

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Mila D. Paunić

UTICAJ DOBROVOLJNOG POVERLJIVOG
SAVETOVANJA I TESTIRANJA NA HIV
NA PROMENE U ZNANJU, STAVOVIMA I
PONAŠANJU ISPITANIKA

doktorska disertacija

Beograd, 2014.

UNIVERSITY OF BELGRADE

SCHOOL OF MEDICINE

Mila D. Paunić

EFFECT OF VOLUNTARY CONFIDENTIAL
COUNSELLING AND TESTING OF HIV
ON CHANGES IN KNOWLEDGE, ATTITUDES
AND BEHAVIOUR OF CLIENTS

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2014.

Mentor:

Prof. dr Zorana Gledović, profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Članovi komisije:

1. **Prof. dr Vesna Bjegović Mikanović**, profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu
2. **Prof. dr Đorđe Jevtović**, profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu
3. **Prof. dr Slavenka Janković**, profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu u penziji

Datum odbrane doktorske disertacije: _____

Profesorki Zorani Gledović, mentorki ovog rada, dugujem veliku zahvalnost za nesebičnu pomoć, ohrabrenje i stalnu podršku tokom pisanja ove doktorske disertacije. Profesorki Slavenki Janković se iskreno zahvaljujem na stručnoj pomoći, korisnim savetima i sugestijama, koji su unapredili i obogatili ovaj rad.

Profesoru Đorđu Jevtoviću i Profesorki Vesni Bjegović-Mikanović se zahvaljujem na sugestijama prilikom izrade, a posebno tokom korekcije ovog rada.

Takođe, veliku zahvalnost dugujem Doc. Dr Aniti Grgurević, koja je vođena kolegijalnim entuzijazmom bila uključena u proces statističke analize podataka.

Najsnažnija podrška i najviše razumevanja, koji su mi pomogli da istrajem u izradi ove doktorske disertacije, stizali su od mog supruga, Mr sc. med dr Zorana Paunića. Njegova posvećenost, upornost i pomoć predstavljali su nepresušni podsticaj za rad i to je nešto što je meni najviše značilo.

Zoranu, Nataliji i Aleksandru s ljubavlju

UTICAJ DOBROVOLJNOG POVERLJIVOG SAVETOVANJA I TESTIRANJA NA HIV NA PROMENE U ZNANJU, STAVOVIMA I PONAŠANJU ISPITANIKA

Rezime rada

Uvod: Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje (DPST) je široko zastupljena preventivna praksa za koju se veruje da ima potencijal da utiče na porast znanja, promenu stavova, i smanjenje rizičnog ponašanja za HIV infekciju.

Iako se DPST u Srbiji već duže od 12 godina obavlja u skladu sa nacionalnim protokolom i preporukama SZO i UNAIDS-a, do danas nije objavljena nijedna opsežnija evaluaciona studija kojom je procenjeno koliko opisani način rada daje željenih rezultata.

Cilj: U tom smislu sprovedeno je ovo istraživanje, koje je imalo cilj da ispita povezanost prakse dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i promena koje nastaju u oblasti znanja, ponašanja i stavova.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u periodu od maja 2010. godine do septembra 2011. godine. Subjekti istraživanja bili su klijenti savetovališta za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, osobe oba pola, starosti 18-30 godina koje su koristile usluge ovog savetovališta. Istraživanje je bazirano na studiji preseka u dva vremenska perioda: prilikom prvog dolaska na DPST (N=427) tokom koga su sve osobe dobile kompletnu uslugu DPST-a i popunile posebno konstruisan upitnik za procenu znanja, stavova i ponašanja, i nakon perioda od 4-6 meseci (N=365) kada su klijenti popunili identičan upitnik. Kod 17 (od 427) klijenata otkrivena je HIV infekcija (3,98%).

Statistička analiza je urađena za svaku grupu ispitanika pojedinačno i u prvoj i u drugoj fazi ispitivanja, a od statističkih testova korišćen je T-test za numeričke parametarske varijable i Chi-kvadrat test za kategorijske varijable. Urađena je uporedna statistička analiza podataka u smislu otkrivanja postojanja ili nepostojanja razlika u odgovorima u

znanju, stavovima i ponašanju pre i posle intervencije Mc Nemarovim testom za kategorijske dihotomne varijable, Wilcoxon-ovim testom za ordinalne varijable i T-testom za vezane uzorke za numeričke varijable. Multivarijantna logistička regresija je korišćena u cilju procene varijabli koje su imale najjači i nezavisni uticaj u napredovanju u znanju, stavovima i ponašanju posle intervencije. Sve statističke analize rađene su u statističkom programu SPSS version 21.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

Rezultati: Rezultati ove studije pokazali su da je DPST intervencija uticala na:

- porast znanja o HIV infekciji u smislu: povećanja informacija o načinima prenosa HIV-a, načinima zaštite od HIV infekcije, prikladnom vremenu za testiranje, periodu prozora, o terapiji, uz otklanjanje zablude, sa značajnim napretkom uočenim kod ispitanika sa nižim obrazovanjem i iz manjih sredina;
- smanjenje rizičnog ponašanja za HIV u smislu: smanjenja broja seksualnih partnera, smanjenje paralelnih veza, smanjenje velikog broja partnera istovremeno, povećanje korišćenja kondoma u toku poslednja 4 meseca i povećanje apstinencije;
- menjanje stavova u smislu: povećanja spremnosti korisnika da prihvate rezultat testa, prihvatanja obaveze saopštavanja HIV pozitivnog rezultata seksualnom partneru, buđenja svesti o ličnoj odgovornosti za uzimanje HIV infekcije i smanjivanja stigme ili diskriminacije prema osobama koje žive sa HIV-om;
- smanjenje broja partnera, povećanje apstinencije i odgovornije prihvatanje prakse redovnog korišćenja kondoma kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija;
- Nije dokazan uticaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV na smanjenje broja seksualnih odnosa koji su povezani sa materijalnom dobiti, na smanjenje polno prenosivih infekcija, na vrstu ili učestalost korišćenja ilegalnih psihoaktivnih supstanci, kao ni uticaj na smanjenje seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge.

Zaključak: Dobijeni rezultati su pokazali da je intervencija DPST-a snažno uticala na porast znanja, smanjivanje rizičnog ponašanja i menjanje stavova. Rezultati ovog istraživanja omogućiće unapređenje DPST-a u Srbiji kao i razmenu iskustava sa sličnim centrima u drugim sredinama.

Ključne reči: Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV; uticaj DPST-a; DPST i promene u znanju, ponašanju i stavovima; efekti DPST-a, Srbija

EFFECT OF VOLUNTARY CONFIDENTIAL COUNSELLING AND TESTING
OF HIV
ON CHANGES IN KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOUR OF CLIENTS

Abstract

Introduction: Voluntary confidential counselling and testing (VCCT/VCT) is a widespread preventive practice that is believed to have the potential to affect increase of knowledge, change of attitudes, and decrease of risk behavior for HIV infection.

Although VCCT in Serbia has been performed for more than 12 years in accordance with national protocols and recommendations of the WHO and UNAIDS, to our knowledge no extensive evaluation study has been published up to now that estimates how are the described mode renders desired results.

Objective: In this respect, the presented research was conducted in order to study the connection between the practice of voluntary confidential counselling and testing for HIV and the changes that occur in the field of knowledge, behavior, and attitudes.

Methodology: The research was conducted during the period of May 2010 till September 2011. The research subjects were clients of VCCT for HIV counseling centre in the Institute for Students Health of Belgrade, also persons of both sex, aged 18-30 years who used the services of the counselling centre. The research is based on cross-sectional studies in two time periods: at the first arrival to VCCT (N = 427), when each person was provided with the complete VCCT service and then filled in a specially designed questionnaire for the assessment of knowledge, attitudes, and behavior; and the second arrival after a period of 4-6 months (N = 365) when clients filled in the identical questionnaire. The HIV infection was detected at 17 (out of 427) clients (3.98%).

The statistical analysis was performed for each group of respondents respectively the first and second stage of examination, and the statistical tests used were T-test for numerical parametric variables and Chi-square test for categorical variables. A

comparative statistical analysis of the data was performed in terms of discovering the existence or non-existence of differences in the responses regarding knowledge, attitudes and behavior before and after the McNemar test for dichotomous categorical variables, Wilcoxon's test for ordinal variables, and T-test for related samples for numerical variables. Multivariate logistic regression was used to assess the variables that had the strongest independent influence in advancement of knowledge, attitudes, and behavior after the intervention. All statistical analysis were performed with statistical program SPSS version 21.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

Results: The results of the study have shown that VCCT intervention influenced:

- increase of knowledge about HIV infection in terms of: the increase of information about the ways of HIV transmission, ways of protection from HIV infection, appropriate time for testing, the window period, the treatment without delusions, with significant progress observed in patients with lower levels of education and from smaller communities;
- reducing risk behaviour for HIV in terms of: reducing the number of sexual partners, reducing the parallel relationships, reducing the large number of partners at the same time, the increase in condom use during the previous four months, and increase of abstinence;
- changing attitudes to the effect of increasing consumer willingness to accept the result of the test, accepting the obligations of disclosure of HIV positive result of the sexual partner, awakening awareness of personal responsibility for taking HIV infection and reducing stigma and discrimination against people living with HIV;
- reducing the number of partners, increased abstinence and responsible acceptance of regular condom use in respondents with already established HIV infection;
- there was no evidence of the impact of voluntary confidential counselling and testing for HIV in reducing the number of sexual relationships that are associated with material gain, in reducing sexually transmitted infections, the type and frequency of illegal psychoactive substances usage, or impact on reduction of sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs.

Conclusion: The obtained results have shown that the VCCT intervention had a strong impact on increase of knowledge, decrease of risk behaviour, and change of attitudes. The results of this research will enable the promotion of VCCT in Serbia as well as exchange of experience with other similar centres in other communities.

Key words: Voluntary confidential counselling and testing for HIV; impact of VCCT; VCCT and changes in knowledge, attitudes and behavior; effects of VCCT; Serbia

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. ETIOLOGIJA HIV INFEKCIJE.....	2
1.2. STADIJUMI HIV INFEKCIJA KAO OSNOVA RAZLIČITIH ZDRAVSTVENIH INTERVENCIJA	4
1.3. PUTEVI PRENOŠENJA HIV INFEKCIJE.....	6
1.4. OD DIJAGNOZE DO LEČENJA HIV INFEKCIJE.....	9
1.5. EPIDEMIOLOŠKA SITUACIJA I PERSPEKTIVE HIV/AIDS-a.....	10
1.5.1. Rasprostranjenost HIV / AIDS-a u svetu.....	10
1.5.2. Epidemiološka situacija HIV / AIDS-a u Srbiji	11
1.6. DOBROVOLJNO POVERLJIVO SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV KAO KLJUČNA AKTIVNOST U PREVENCIJI HIV / AIDS-a.....	15
1.6.1. Vrste testiranja na HIV	18
1.6.2. Ciljevi dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV	21
1.6.3. Proces dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV	22
1.6.4. Savetovanje pre testiranja na HIV	23
1.6.5. Testiranje na HIV	25
1.6.6. Savetovanje posle testiranja na HIV	26
1.7. POZITIVNA PREVENCIJA.....	28
1.7.1. Podrška pacijentima sa HIV infekcijom u okviru pozitivne prevencije.....	30
1.7.2. Značaj „umrežavanja“ u okviru pozitivne prevencije.....	31
1.8. SUPERVIZIJA KAO POMOĆ U RADU SAVETNIKA ZA DPST	32
2. CILJ RADA	34
3. METOD RADA	35
3.1. ISPITIVANA POPULACIJA	35
3.2. INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA	36
3.3. STATISTIČKA ANALIZA	38
4. REZULTATI.....	40
4.1. SOCIO-DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA.....	40
4.2. PROCENA ZNANJA O HIV INFEKCIJI I O AIDS-u	45

4.2.1. Rezultati analize procene znanja o HIV infekciji i o AIDS-u koristeći princip dve kategorije odgovora	46
4.2.2. Rezultati analize procene znanja o HIV infekciji i AIDS-u uz korišćenje trostepene skale odgovora	52
4.2.3. Rezultati analize procene znanja o HIV-u kod pacijenata kod kojih je ustanovljena HIV infekcija.....	57
4.2.4. Specifičnosti u distribuciji odgovora ispitanika u odnosu na pol, stepen obrazovanja, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka.....	58
4.3. PONAŠANJE ISPITANIKA	65
4.3.1. Seksualna orijentacija.....	65
4.3.2. Prvi seksualni odnos	67
4.3.3. Broj seksualnih partnera.....	69
4.3.4. Korišćenje kondoma	70
4.3.5. Broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca.....	77
4.3.6. Postojanje „paralelnih“ veza	81
4.3.7. Protivusluga ili plaćanje za seksualni odnos	83
4.3.8. Postojanje polno prenosivih infekcija.....	86
4.3.9. Konzumiranje psihoaktivnih supstanci.....	89
4.3.10. Rezultati analize odgovora o ponašanju ispitanika koji pripadaju studentskoj populaciji, a povezani su sa rizikom za HIV.....	96
4.3.11. Rezultati analize odgovora o ponašanju ispitanika povezanim sa rizikom za HIV kod kojih je ustanovljena HIV infekcija.....	97
4.4. STAVOVI ISPITANIKA	100
4.4.1. Rezultati analize odgovora koji se odnose na stavove ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija.....	105
4.5. LOGISTIČKA REGRESIJA	108
5. DISKUSIJA.....	115
5.1. SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	115
5.2. ZNANJE ISPITANIKA O HIV INFEKCIJI.....	117
5.2.1. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje u znanju posle DPST intervencije.....	120

5.3. PONAŠANJA ISPITANIKA KOJA SU POVEZANA SA RIZIKOM ZA HIV	
INFEKCIJU.....	122
5.3.1. Uzrast započinjanja seksualnih odnosa.....	122
5.3.2. Broj seksualnih partnera i „paralelne veze“	123
5.3.3. Korišćenje kondoma	125
5.3.4. Seksualni odnosi povezani sa materijalnom dobiti i postojanje polno prenosivih infekcija	128
5.3.5. Konzumiranje alkohola, konzumiranje droga i seksualni odnosi pod dejstvom alkohola ili droga	129
5.3.6. Neke specifičnosti studentske populacije povezane sa rizičnim ponašanjem za HIV	131
5.3.7. Neke specifičnosti ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija povezane sa rizičnim ponašanjem za HIV	132
5.3.8. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje ka bezbednijem ponašanju posle DPST intervencije.....	134
5.4. STAVOVI ISPITANIKA.....	135
5.4.1. Specifičnosti vezane za stavove ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija.....	138
5.4.2. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje u promeni stavova posle DPST intervencije.....	140
5.5. ZAPAŽANJA, PREDNOSTI I NEDOSTACI STUDIJE	141
6. ZAKLJUČCI	142
7. LITERATURA	144
PRILOG – UPITNIK	158

1. UVOD

Dokumentovani početak epidemije HIV/AIDS-a ili HIV/sida, vezuje se za 1981. godinu kada je po prvi put, kod grupe pacijenata koji su imali teške oportunističke infekcije zbog ekstremno slabog imunološkog odgovora, opisano novo, do tada neprepoznato oboljenje, kao nov klinički entitet, kasnije nazvan sindrom stečenog gubitka imuniteta ili sida; na engleskom: *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS); na francuskom *Syndrome d'Immunodéficite Acquis* (SIDA) (1). Od tog vremena do danas, u potpunosti je proučena struktura virusa humane imunodeficijencije (HIV-a) koji izaziva sidu, napravljen je veliki napredak u izučavanju etiopatogeneze infekcije izazavne HIV-om, jasno su definisani putevi prenosa, detaljno je razjašnjen način replikacije virusa, dobijeni su ubedljivi dokazi o poreklu virusa, osavremenjeni su testovi za njegovu detekciju, otkriveni sve delotvorniji antiretrovirusni lekovi, a neprekidno se ulažu naponi za pronalaženje efikasne vakcine i što efikasnije antiretrovirusne terapije (2, 3). Epidemiološka situacija se sa velikom budnošću prati (4), a najveća nada u sprečavanju i suzbijanju HIV/AIDS epidemije i dalje ostaje na polju prevencije (5).

Sindrom stečenog gubitka imuniteta predstavlja pozni stadijum infekcije HIV-om (2). HIV pripada familiji retrovirusa i otkrili su ga, skoro istovremeno, Luc Montagnier sa Pasterovog instituta u Parizu i Robert Gallo sa Instituta za istraživanje raka u Betezdi (SAD) 1983. godine (6). HIV infekcija, sa ili bez ispoljenih kliničkih manifestacija, može dugi niz godina da protiče bez ikakvih subjektivnih tegoba i znakova bolesti, ali od početka infekcije inficirana osoba virus može preneti na drugu osobu (3, 7).

U samom početku, HIV/AIDS se vezivao za tzv. „rizične grupe“. Prvo je bio prepoznat kod istopolno orijentisanih muškaraca, odmah zatim kod intravenskih korisnika psihoaktivnih supstanci, a potom kod primalaca netestiranih jedinica krvi putem transfuzije i kod pacijenata koji su primali antihemofilnu terapiju. Vrlo brzo je termin „rizične grupe“ zamenjen terminom „rizično ponašanje“ ili ponašanje uzimanja rizika, koji se zapravo odnosi na ponašanje koje povećava rizik za dobijanje HIV-a (8).

Međutim, i pored navedenih saznanja o HIV-u i evidentnom napretku u rasvetljavanju epidemioloških i kliničkih karakteristika HIV infekcije, godinama se svuda u svetu

svakodnevno beleži porast broja novoinficiranih i obolelih osoba, tako da epidemija HIV/AIDS-a već dugi niz godina ima pandemijske razmere (9).

Po podacima UNAIDS-a i SZO, od zvaničnog početka epidemije do danas, procenjuje se da na našoj planeti živi oko 34 miliona ljudi sa HIV-om (10). Na zvaničnom sajtu UNAIDS-a, u izveštaju za 2012. godinu, ohrabruje procena da je u 2011. godini bilo oko 2,5 miliona novih infekcija za razliku od 2001. godine kada je bilo 3,2 miliona novih infekcija (4).

Najveći broj osoba koje su inficirane HIV-om i koje su umrle od AIDS-a su iz Subsaharske Afrike (blizu 80%). UNAIDS i Svetska zdravstvena organizacija (SZO) procenjuju da danas u svetu živi preko 15 miliona osoba kojima je za održavanje života potrebna antiretroviralna terapija, ali je ona krajem 2011. godine bila dostupna za nešto više od polovine (8 miliona ljudi ili 54%) (10). Ako se uz to doda da se procenjuje da preko 50% ljudi na planeti koji su inficirani HIV-om to ne znaju (10), jasno je koliko je potrebno raditi na razvoju preventivnih programa, uz zalaganje za osnivanje i osnaživanje savetovališta za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, poboljšanje njihove dostupnosti i aktivnosti koje će dovesti do povećanja broja osoba koje žele da urade test na HIV.

UNAIDS u okviru svoje strategije, vizije i misije ima 10 značajnih zadatih ciljeva sa pokazateljima koji ih prate i koji su veoma upečatljivo predstavljeni i simbolima (11). To su: smanjiti seksualnu transmisiju HIV-a, prevenirati HIV među korisnicima psihoaktivnih supstanci, eliminisati nove infekcije među decom, obezbediti terapiju za 15 miliona ljudi koji žive sa HIV-om, izbeći smrtne ishode zbog tuberkuloze kao komplikacije HIV infekcije, pronaći nove izvore finansiranja, eliminisati rodne nejednakosti, eliminisati stigmatu i diskriminaciju, eliminisati restrikciju u vezi prava na putovanja i obezbediti ljudima koji žive sa HIV-om punu integraciju u društvo (11).

1.1. ETIOLOGIJA HIV INFEKCIJE

HIV infekciju prouzrokuje virus humane imunodeficijencije (HIV) koji pripada familiji retrovirusa. Identifikovana su 2 tipa: tip 1: HIV-1 i tip 2: HIV-2 (12). Serološki i geografski posmatrano oba tipa virusa su relativno slična, uz neke epidemiološke

razlike; oba uzrokuju sindrom stečene imunodeficijencije, to jest AIDS, ali je HIV-2 nešto manje infektivan od HIV-1 i ima duži inkubacioni period.

Jedna od bitnih karakteristika HIV-a jeste da ima mogućnost velike genetske promenljivosti koja nastaje zbog čestih mutacija. Kao i svi virusi i HIV se ne može replikovati samostalno, već samo u ćeliji domaćina. Po dospevanju u organizam, virus se vezuje za zid ciljne ćelije. Ciljne ćelije za koje HIV ima afinitet su one koje na svojoj površini imaju CD4 molekul, a to su pre svega CD4+ T limfociti i makrofazi, ali i druge ćelije kao što su ćelije nervnog sistema, creva, kože itd. Kontakt ciljne ćelije i virusa se ostvaruje interakcijom CD4 molekula i molekula na površini virusa, gp 120, uz sadejstvo koreceptora, čime dolazi do fuzije virusa i ćelije domaćina (12). Za vezivanje HIV-a za CD4 receptore potrebni su i tzv. koreceptori koji se, takođe, nalaze na površini ćelije. Oni služe kao kofaktori sa CD4 molekulima za vezivanje HIV-a za limfocite i makrofage. Osobe koje ne proizvode normalne količine CCR5 proteina mogu biti rezistentne na HIV infekciju, što se danas koristi za stvaranje nove klase antiretrovirusnih lekova koji blokiraju fuziju samog virusa.

Nakon što virusna ribonukleinska kiselina (RNK) uđe u ćeliju, dolazi do prepisivanja virusne RNK u provirusnu dezoksiribonukleinsku kiselinu (DNK) uz pomoć enzima reverzne transkriptaze. Dakle, virusna RNK se pomoću reverzne transkriptaze prepisuje u DNK u citoplazmi. Tako se formira dvolančana DNK i transportuje u nukleus, gde se integriše u DNK domaćina pomoću enzima integreaze. Ova integrisana DNK može ostati latentna ili se može aktivirati za početak virusne replikacije (13).

Produktivna ili kasna faza virusne replikacije počinje transkripcijom i translacijom DNK u RNK, gde je značajno učešće enzima proteaze. Na kraju virusne replikacije formira se novi kapsid oko novih RNK dimera i dolazi do sklapanja viriona. Virioni pupe kroz ćelijsku membranu, koristeći deo membrane ćelije domaćina kao omotač i dovode do smrti ćelije. Posle izlaska iz ćelije novostvoreni virioni su sposobni da inficiraju nove ćelije (14).

Omotač HIV-a ima glikoproteinsku strukturu, pa je osetljiv i potpuno se može inaktivisati standardnim dezinfekcionim sredstvima, kao što su: rastvarači masti, deterdženti, kiseline i baze, u vremenu od desetak minuta, na sobnoj temperaturi. Za inaktivaciju virusa mogu se koristiti: 10% hipohlorit, 3% vodonik-peroksid, 50% etanol, 35% izopropanol, 0,5% lizol, ili 0,5% paraformaldehid. Virus se može

inaktivirati za 30 minuta na temperaturi od 56° C. Na temperaturi od 25 °C u „hranljivoj vodenoj suspenziji“ virus može da preživi do 15 dana, a na temperaturi od 37 °C do 11 dana. Virus brzo inaktiviraju niske i visoke vrednosti pH (kisela i bazna sredina) kao i sušenje, a relativno je otporan na ultravioletne i gama zrake (12).

1.2. STADIJUMI HIV INFEKCIJA KAO OSNOVA RAZLIČITIH ZDRAVSTVENIH INTERVENCIJA

Iako ulazak virusa u organizam ne mora izazvati neke vidljive promene, kod 20-50% inficiranih, dve do šest nedelja od infekcije mogu se zapaziti nespecifični znaci oboljenja koji u mnogome podsećaju na nejasna febrilna stanja, grip ili infektivnu mononukleozu. U literaturi se ovaj „fenomen“ opisuje kao „akutni retrovirusni sindrom“ (ARS) ili „primarna infekcija HIV-om“. Međutim, ARS može izostati, može biti veoma „neubedljiv“ ili može biti neprepoznat.

U skladu sa tim, klinička slika bolesti može se podeliti u nekoliko stadijuma. Neposredno po inficiranju, u toku prve dve do šest nedelja, kod jednog broja pacijenata javljaju se simptomi slični gripu (gušobolja, povećanje telesne temperature udruženo sa povećanjem površnih limfnih žlezda, zapaljenjem ždrela, bolovima u mišićima, hepatosplenomegalijom, ospom po koži koja može da liči na osip koji se viđa kod malih boginja) i neurološki simptomi u vidu aseptičnog meningitisa ili encefalitisa (12).

U tom periodu, uglavnom se ne mogu dokazati antitela koja su specifična za HIV. Ona se najčešće mogu dokazati tek 6 do 12 nedelja nakon infekcije. Ovaj se period zbog toga naziva *period prozora* (ili nemi period) kada postoji infekcija, kada je inficirana osoba sposobna da prenese virus drugoj osobi, a uobičajeno testiranje ne otkriva prisustvo antitela.

Dakle, serokonverzija, odnosno prisustvo anti HIV antitela, u titru koji se može detektovati savremenim testovima, najčešće nastaje posle 6-8 nedelja. Izuzetno retko, kod nekih osoba serokonverzija je otkrivena tek 12 do 16 meseci posle infekcije (15, 8).

Nakon ovog perioda sledi dosta miran period koji može trajati i nekoliko godina, da bi se nastavio sledećim stadijumom koji se naziva rani simptomatski period, a karakteriše ga slabljenje imunog odgovora uz pojavu herpesa, oralnih gljivičnih infekcija, drugih

oportunističkih infekcija uključujući i tuberkulozu, pojavom tumora, uvećanja limfnih žlezda, zamora i gubitka u telesnoj težini.

Kod nelečenih osoba bolest progredira i prelazi u naredni stadijum - uznapredovalu bolest odnosno AIDS. U ovom stadijumu povećava se broj virusnih čestica u krvi a broj CD4 Ly pada ispod 200/ μ l, što se klinički ispoljava teškim infekcijama, demencijom, pojavom oportunističkih tumora, nesposobnošću i na kraju smrću. Ovaj stadijum karakterišu mnogobrojne infekcije uzročnicima koji se mogu nalaziti u samom organizmu ili u njegovoj okolini, ali ne izazivaju bolest sve dok je odbrana organizma očuvana. S obzirom da u toku HIV infekcije slabe odbrambene snage organizma, javljaju se takozvane oportunističke infekcije (Pneumocistis carini pneumonija, tuberkuloza, Herpes-virusne infekcije, Cytomegalo-virusne infekcije, gljivične infekcije i parazitoze. Svaka od ovih infekcija se može javiti na bilo kom organu u organizmu, ali i više različitih uzročnika može inficirati isti organ. Najčešće su zahvaćeni pluća, nervni sistem, koža, creva, usta, jednjak, genitalni organi (12). Od tumora su najčešći Kapoši sarkom i neke vrste limfoma.

Kako se u toku stadijuma asimptomatske serokonverzije mogu dokazati antitela na HIV, on je i najpogodniji za testiranje na HIV. U ovom stadijumu najčešće ne postoje nikakvi znaci koji bi ukazivali da je osoba inficirana HIV-om, jer su u ovoj fazi pacijenti bez vidljivih simptoma, osećaju se sasvim dobro, a u laboratorijskim nalazima broj virusnih čestica je relativno nizak, uz visoku aktivnost stvaranja antitela na HIV. Ovaj stadijum može da traje godinama, ali epidemiološki gledano, predstavlja „najpogodniji” period za dalje prenošenje virusa, jer se inficirana osoba oseća sasvim „zdravo” i najčešće nije ni svesna da je inficirana.

Klinički simptomi se javljaju tek posle nekoliko godina (7, 10, 12, 15 pa i više godina) od infekcije, mada se retko, kada postoje i druge (pre svega polno prenosive) infekcije, mogu ispoljiti i posle nekoliko meseci od infekcije (12).

S obzirom da za sada ne postoji mogućnost prevencije infekcije HIV-om vakcinacijom jer svi dosadašnji pokušaji dobijanja efektivne vakcine nisu dali pozitivne rezultate, u domenu prevencije ostaje pre svega primarna prevencija u smislu edukacije mladih u vezi rizika vezanih za HIV, posebno edukacija o važnosti korišćenja kondoma kao i snažno lobiranje za uvođenje zdravstvenog vaspitanja u školama.

Ništa manje značajne nisu aktivnosti koje bi obezbedile što lakšu dostupnost dobrovoljnom poverljivom savetovanju i testiranju na HIV za sve građane i građanke, a posebno za osobe koje su u visokom riziku za HIV infekciju, jer je izuzetno važno obezbediti što ranije savetovanje, odmah nakon izlaganja riziku, kao i ranu dijagnostiku, negu i lečenje (16).

1.3. PUTEVI PRENOŠENJA HIV INFEKCIJE

HIV infekcija se najčešće prenosi nezaštićenim seksualnim odnosomima, parenteralnim (krvnim) putem i vertikalnom transmisijom (sa inficirane majke na plod).

Seksualni put prenosa podrazumeva prenošenje HIV-a sa jedne na drugu osobu seksualnim kontaktom, i to homoseksualnim, biseksualnim ili heteroseksualnim odnosima. Ukoliko je jedan od partnera inficiran, svi oblici seksa (oralni, vaginalni, analni) koji podrazumevaju penetraciju sa ili bez ejakulacije, stvaranje mikro, makro ili još većih povreda ili ragada, su udruženi sa visokim rizikom za HIV infekciju. Treba naglasiti da analni odnos predstavlja jednu od najrizičnijih seksualnih tehnika. Iako su mišljenja o stepenu rizika za oralni seks za nastanak HIV infekcije dugo bila podeljena, brojne studije su jasno dokazale efikasnost i ove seksualne tehnike u prenosu HIV-a (17, 12).

Iskustvo u radu sa pacijentima koji žive sa HIV-om kao i brojne studije potvrdili su da rizično seksualno ponašanje u smislu nekorišćenja kondoma, čestog menjanja partnera, istovremenih seksualnih odnosa sa većim brojem partnera, rizične seksualne prakse i seksualni odnosi pod dejstvom alkohola ili droge, spadaju u ponašanja i situacije koja skoro sigurno vode ka HIV infekciji.

Krvni ili parenteralni put transmisije najčešće podrazumeva prenošenje HIV-a korišćenjem zajedničkih igala i špriceva kontaminiranih krvlju inficirane osobe, primenom transfuzije krvi i derivata krvi koji prethodno nisu testirani, ili su testirani u „periodu prozora“ kao i primenom različite medicinske opreme koja se višekratno koristi a da nije prethodno propisno sterilisana. Zbog obaveze testiranja davalaca krvi, tkiva i organa, rizik prenošenja HIV-a na ovaj način je sveden na minimum. Pravilnim procedurama u korišćenju medicinske opreme za višekratnu upotrebu, rizik za prenošenje HIV-a pri pružanju medicinskih usluga se, takođe, svodi na minimum. Ipak

se u literaturi opisuju epidemije bolničkih HIV infekcija, kao npr. u Rumuniji ili zemljama bivšeg SSSR-a (18).

Pareneteralni oblik transmisije HIV infekcije se, uglavnom, vezuje za grupu intravenskih korisnika droga (19). Ovaj način širenja infekcije posebno utiče na razbuktavanje epidemije u nekim zemljama poput Indije, Indonezije, Irana, Libije, Pakistana, zemljama Latinske Amerike, kao i u zemljama u Istočne Evrope (Ukrajina, Ruska Federacija itd.).

Prenošenje preko transfuzije krvi ili krvnih derivata svedeno je na minimum, jer se i krv, kao i tkiva i organi za transplantaciju uzimaju samo od osoba koje nisu inficirane HIV-om (20). U našoj zemlji od 1987. godine zakonski je regulisana kontrola svake jedinice krvi, svih produkata krvi, tkiva i organa na HIV.

Međutim, ukoliko bi neko dobrovoljno dao krv u periodu prozora, postojala bi mogućnost ovakvog načina transmisije jer se ELISA testovima (koji se svuda u svetu koriste kao rutinski „skrining“ testovi) ne bi mogla detektovati antitela kojih još nema u dovoljnoj količini u krvi. Zato je važno naglasiti da iako je veoma dobro i izuzetno humano dobrovoljno dati krv, zavodi i službe za transfuziju krvi nikako ne bi trebalo da budu mesta za proveravanje HIV statusa. Za tu aktivnost postoje specijalizovani centri i savetovašta koji profesionalno rade dobrovoljno testiranje na HIV, uz poverljivo savetovanje.

Vertikalna transmisija (perinatalni oblik transmisije) podrazumeva prenošenje infekcije sa majke na dete. HIV-om inficirane trudnice mogu inficirati svoje dete u toku trudnoće, za vreme samog porođaja, kao i dojenjem bebe nakon rođenja. Međutim, ako se primene sve mere prevencije koje koristi savremena medicina, tj. ako se na vreme dijagnostikuje HIV infekcija kod trudnice i primeni odgovarajuća terapija lekovima koji se mogu davati u trudnoći, a porođaj završi adekvatno (najčešće „carskim rezom“), rizik prenosa HIV-a sa majke na dete je manji od 2%. Ovaj rizik je značajno veći bez primenjenih mera prevencije, a u nerazvijenim zemljama on iznosi 25-47% (21, 22, 23). U brojnim istraživanjima vezanim za HIV infekciju najčešće su ispitivani znanje o HIV/AIDS-u, stavovi i ponašanje ljudi povezani sa HIV infekcijom (24, 25, 26, 27). Istraživanja se odnose, kako na opštu, tako i na specifične populacije ili populacije koje su u visokom riziku za HIV.

Ponašanja koja se direktno mogu povezati sa rizikom za HIV infekciju kreću se od vrlo eksplicitnih ponašanja uzimanja rizika za dobijanje HIV-a, kao što su nekorisćenje kondoma prilikom seksualnih odnosa, prečesto menjanje seksualnih partnera, veći broj partnera istovremeno, korišćenje tuđeg pribora za intravensko korišćenje psihoaktivnih supstanci i slično, do vrlo „skrivenih“ ili neupadljivih ponašanja koja se indirektno mogu povezati sa rizikom za HIV, kao što su „neosmišljeno korišćenje slobodnog vremena“, kasni odlazak na spavanje, nesigurnost u odabiru partnera i slično.

Istaživanje koje je imalo za cilj definiisanje modela rizičnog ponašanja za HIV među studentima beogradskih univerziteta, otkrilo nam je da studenti u odnosu na izbor fakulteta koji studiraju imaju i različite navike, životni ritam i interesovanja, a u skladu sa tim da postoje i razlike u njihovom ponašanju koje može dovesti do HIV infekcije. Studenti umetničkih fakulteta su se izdvojili po svojoj slobodi i ponašanjima uzimanja rizika za HIV, jer dva puta češće od studenata medicinskih fakulteta ne koriste kondome za vreme seksualnih odnosa, imaju veći broj partnera istovremeno, češće se opijaju, značajno češće koriste psihoaktivne supstance i češće imaju seksualne odnose pod dejstvom alkohola ili droge (29).

S druge strane, iz mnogih istraživanja se može zaključiti da još uvek postoje velike zablude o rizicima za infekciju HIV-om, da se ponekad i generalizuju ili pogrešno tumače, pa je važno istaći da je neophodno sprovoditi ciljane istraživanja kako u različitim sredinama, tako i u različitim grupama/populacijama u odnosu na stepen rizika za „uzimanje“ HIV-a.

Ono što možemo okarakterisati kao zajedničko za sve sredine jeste da neznanje i neinformisanost doprinose, još uvek evidentnoj, stigmi i diskriminaciji prema ljudima koji žive sa HIV-om (28). Zato je uvek dobro naglasiti da se HIV ne može preneti uobičajenim socijalnim kontaktima, kao što su: rukovanje, grljenje, poljubac, kašljanje, kihanje, upotreba zajedničkih predmeta na poslu (kancelarijski pribor, telefon, kompjuter, alat i sl.), upotreba zajedničkih kupatila, toaleta, kuhinje, prevoznih sredstava, bazena za plivanje i sl., hrane koju je spremila osoba koja živi sa HIV-om, ubodom insekata i sl.

Takođe, uvek treba naglasiti da svako može da se inficira HIV-om, bez obzira na pol, uzrast, rasu, a da je za dobijanje infekcije od presudne važnosti rizično ponašanje.

Ukoliko neko posumnja i zabrinut je zbog mogućnosti da se inficirao HIV-om, preporučljivo je da uradi laboratorijsku dijagnostiku uz savetovanje sa stručnjakom iz te oblasti.

1.4. OD DIJAGNOZE DO LEČENJA HIV INFEKCIJE

Kod osoba kod kojih postoji sumnja na HIV infekciju, neophodno je uraditi test (po zahtevu/želji samog klijenta ili uz saglasnost te osobe), uz propratno savetovanje kad god je to moguće. Iako se najčešće testiraju i savetuju osobe sa visokim rizikom za HIV infekciju koje imaju simptome i znake HIV infekcije, kao i osobe sa medicinskim stanjima koja su udružena sa HIV-om, zadatak celog društva je da stalno podiže svest ljudi da je potrebno da što ranije dođu na savetovanje i testiranje na HIV ukoliko su imali bilo kakav rizik za HIV infekciju, jer su za prognozu bolesti izuzetno značajne rana detekcija i pravovremeno započinjanje terapije.

Nakon dijagnostikovanja infekcije tzv. skrining testovima, radi se potvrdni test Western blot (WB), a za detekciju genetskog materijala virusa PCR HIV RNK. Dok je PCR najčešće pozitivan posle dve do najkasnije šest nedelja, ELISA i WB mogu biti pozitivni posle oko 2 meseca, u zavisnosti od savremenosti testa koji se koristi za otkrivanje antitela na HIV.

Ukoliko se postavi konačna dijagnoza HIV infekcije, za odluku o načinu lečenja neophodno je odrediti u kom stadijumu bolesti se nalazi inficirana osoba. Za to se koriste dva parametra uz klinički pregled: stepen viremije određen brojem kopija virusne RNK (engl. *viral load*) i broj „CD4 pozitivnih T limfocita“ (CD4+TLy). Na osnovu ova dva pokazatelja odlučuje se o započinjanju terapije (30, 31).

Iako je sida teška bolest bez apsolutnog izlečenja, ono što je medicina postigla jeste produžetak asimptomatskog perioda i produžetak života obolelih.

U lečenju HIV infekcije koristi se visoko aktivna antiretrovirusna terapija ili HAART (skraćenica od engleskih reči Highly Active Antiretroviral Therapy) koja podrazumeva istovremenu upotrebu 3 ili 4 leka različitih klasa koji deluju na različitim mestima virusne replikacije (30). Kombinacijom lekova postiže se kontrola virusne replikacije. Ciljevi HAART-a su postizanje smanjenja viremije do ispod nivoa detektibilnosti za

komercijalne testove (ispod 50 kopija virusa u ml plazme) i rekonstitucije imunog sistema, odnosno da broj CD4Tly bude iznad 350-500/mm³ (32).

Prema načinu na koji antiretrovirusni lekovi deluju oni se dele na više grupa. Prvu grupu čine lekovi koji „koče funkciju virusne reverzne transkriptaze“ (nukleozidni i nenukleozidni inhibitori reverzne transkriptaze). U drugoj grupi su lekovi koji sprečavaju stvaranje proteaze, neophodne za kompletno formiranje virusne čestice (proteazni inhibitori). Treća grupa lekova sprečava ulazak virusa u ciljnu ćeliju (inhibitori fuzije). Istovremeno, ukoliko je to potrebno, u terapiju se mogu uvesti i lekovi za lečenje oportunističkih infekcija i tumora (33, 34, 35, 36).

Primena HAART-a popravila je kvalitet života obolelih, istovremeno produžila život, a HIV infekciju, odnosno AIDS uvrstila u bolesti sa kojima se može doživeti duboka starost (37).

1.5. EPIDEMIOLOŠKA SITUACIJA I PERSPEKTIVE HIV/AIDS-a

1.5.1 Rasprostranjenost HIV / AIDS-a u svetu

Sredinom osamdesetih godina Svetska zdravstvena organizacija definisala je globalnu strategiju i globalni program za borbu protiv HIV/AIDS-a. Ujedinjene nacije su kroz aktivnosti svojih 6 organizacija, UNICEF-a (Dečjeg fonda), UNDP-a (Razvojnog programa), UNFPA (Populacionog fonda), UNESCO-a (Edukativne naučne i kulturalne organizacija), WHO (Svetske zdravstvene organizacije) i World Bank (Svetske banke), od januara 1996. godine započele sprovođenje zajedničkog programa borbe protiv side – UNAIDS (38, 39). Od tada svake godine u mesecu decembru UNAIDS daje detaljan izveštaj o obolevanju i umiranju od HIV/AIDS-a u svetu, kao i brojne epidemiološke parametre i analize.

U izveštaju UNAIDS-a iz 2012. godine navodi se da se procenjuje da je krajem 2011. godine broj ljudi koji živi sa HIV-om (posmatrano od početka epidemije) oko 34 miliona, da je najugroženiji deo sveta Sub-Saharska Afrika, gde jedan od 20 stanovnika ovog dela sveta živi sa HIV-om (što je 4,8% odraslog stanovništva ovog dela Afrike), da je u 2011. godini umrlo 1,7 miliona ljudi od side (što je oko 23% manje nego u 2005. godini kada je umrlo 2,3 miliona ljudi). Jedan od velikih problema je udruženost HIV

infekcije i tuberkuloze, što potvrđuje podatak da je od svih pacijenata sa tuberkulozom testiranih na HIV tokom 2011. godine, njih 23% imalo HIV infekciju. (40).

Iako se Podsaharska Afrika smatra najugroženijim regionom, gde su od ukupnog broja inficiranih 2/3 (ili 69%) iz ovog dela sveta (40), upoređujući podatke za period od 2001. do 2011. godine po regionima, uočava se najveći trend porasta broja novoinficiranih osoba u istočnoj Evropi i centralnoj Aziji, gde oko 1% odraslog stanovništva živi sa HIV-om. Istovremeno je u pojedinim zemljama uočeno da su primenjeni programi prevencije počeli da daju pozitivne rezultate i da je stopa HIV infekcije poslednjih par godina počela da se smanjuje u odnosu na prethodni period (Karibi, neke zemlje Sub-Saharske Afrike).

U uvodnom tekstu UNAIDS-ovog izveštaja za 2012. godinu, izvršni direktor Michael Sidibe, konstatuje da mnoge zemlje ulažu napore kako bi se dosegao zadati cilj za period 2011 – 2015. godine koji je definisan u Deklaraciji Ujedinjenih nacija kroz program „Dosegnuti nulu“, a odnosi se na: nula novih infekcija, nula diskriminacije i nula smrti povezanih sa AIDS-om (40). U istom izveštaju, u kome su sumirani podaci iz 186 zemalja (što je 96% svih članica Ujedinjenih nacija) navodi se da je u 25 zemalja sveta (od toga u 13 iz Sub-saharske Afrike) zabeležen pad stope novoinficiranih, a da je terapija dostupna za blizu 60% inficiranih osoba, kojima je ona potrebna.

1.5.2. Epidemiološka situacija HIV / AIDS-a u Srbiji

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ od početka HIV/AIDS epidemije prati epidemiološku situaciju HIV infekcije u Republici Srbiji i najmanje jednom godišnje objavljuje izveštaje o tome.

Poslednji izveštaj o aktuelnoj epidemiološkoj situaciji pod nazivom: „Aktuelna epidemiološka situacija u vezi sa HIV infekcijom u Republici Srbiji krajem 2013. godine“ objavljen je 14. 05. 2014. godine na sajtu Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ u okviru obeležavanja Dana sećanja na preminule od side i kampanje „Da ne odustanemo“ (41) .

Delove ovog Izveštaja navodimo u integralnom obliku:

„Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije od 1984. do kraja 2013. godine u Republici Srbiji je registrovana 3001 osoba inficirana HIV-om, od kojih su 1692 osobe obolele od AIDS-a, dok je 1159 osoba inficiranih HIV-om umrlo (1061 osoba je umrla

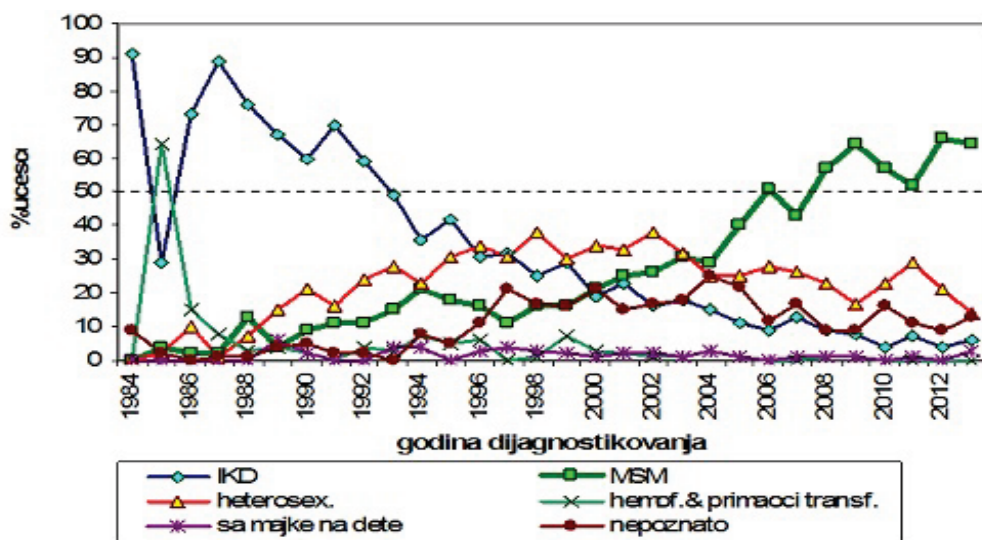
od AIDS-a). Početkom 2014. godine u Srbiji su 1842 osobe živele sa HIV-om. Procenjuje se da još 1800 osoba ne zna da je inficirano HIV-om, odnosno procenjena prevalencija HIV infekcije u populaciji uzrasta 15 i više godina je manja od 0,1%.

Broj osoba koje žive sa HIV-om raste, s jedne strane zbog značajno redukovano umiranja usled primene visoko delotvorne kombinovane antiretrovirusne terapije, a s druge strane zbog porasta broja novodijagnostikovanih osoba inficiranih HIV-om, delom zbog većeg broja osoba testiranih na HIV.

Od početka epidemije, 1985. godine, Beograd je najteže pogođen HIV epidemijom (više od 70% svih registrovanih osoba inficiranih HIV-om), pri čemu je polovina svih novootkrivenih osoba inficiranih HIV-om tokom 2013. godine registrovana na teritoriji grada Beograda. Najveći broj osoba se testira u Beogradu (polovina svih dobrovoljnih savetovanja i testiranja na HIV tokom 2013. godine je realizovana u Beogradu – 4983 testiranih osoba tj. 53%). Tokom 2013. godine novootkriveno je 147 osoba inficiranih HIV-om, pri čemu je 39 osoba (26,5%) svoj HIV pozitivan status saznalo u stadijumu klinički manifestnog AIDS-a, što je značajno manje u odnosu na 2002. godinu (48%), a s druge strane 2013. godine novootkriveno je 77 osoba bez ikakvih simptoma ili znakova HIV infekcije (52%). Međutim, među novootkrivenim osobama inficiranim HIV-om bez ijednog manifestnog simptoma ili znaka bolesti, a za koje je prijavljen broj CD4 limfocita u trenutku dijagnostikovanja HIV infekcije (40 osoba), trećina je imala broj CD4 limfocita manji od 350 ćelija/ml, odnosno dve trećine je imalo inicijalni broj CD4 limfocita manji od 500 ćelija/ml, odnosno bili su u potrebi za uključivanjem na specifičnu, kombinovanu antiretrovirusnu terapiju u skladu sa najnovijim smernicama SZO.

Od 2002. godine registruje se porast učešća mladih uzrasta 15–29 godina među novodijagnostikovanim HIV pozitivnim osobama (47% u 2008, odnosno 30% u 2013. prema 22% tokom 2002. godine). Prema načinu transmisije više od polovine svih novodijagnostikovanih HIV pozitivnih osoba u 2013. godini su muškarci koji su kao rizik prijavili nezaštićen seksualni kontakt sa drugim muškarcima (94 slučaja tj. 64%), a sledi nezaštićen heteroseksualni kontakt (21 slučaj tj. 14%), odnosno od 1994. godine dominantan način transmisije HIV-a je seksualnim putem (grafikon 1).

Grafikon 1. Učešće novodijagnostikovanih osoba inficiranih HIV-om u odnosu na način transmisije i godinu dijagnostikovanja HIV infekcije, Republika Srbija, 1984-2013. godine



Tokom 2013. godine kod 44 osobe novoregistrovana je klinički manifestna bolest uzrokovana HIV-om (AIDS ili sida), pri čemu je 59% svih slučajeva iz Beograda.

Od 1992. godine registruje se trend opadanja učešća obolelih od AIDS-a među injektirajućim korisnicima droge (18% u 2013. godini prema 68% u 1991. godini), a sa druge strane uočava se jasan trend porasta obolelih među heteroseksualcima i homo/biseksualcima sa rizičnim ponašanjem (57% u 2013. godini u odnosu na 13% u 1991. godini). Još uvek visok procenat obolelih lica sa nepoznatim načinom transmisije ukazuje na potencijalnu slabost nadzornog sistema, ali i na visok stepen stigmatizacije pojedinih načina ponašanja u našoj sredini (21% registrovanih slučajeva u 2013. godini).

Među svim registrovanim osobama obolelim, odnosno umrlim od AIDS-a u periodu 1985–2013. Godine, svaka šesta osoba je bila uzrasta 15–29 godina (15% obolelih od AIDS-a i 15,5% umrlih od AIDS-a).

U poslednjih nekoliko godina registrovano je trostruko manje mladih uzrasta 20–29 godina među obolelima od AIDS-a (9% u 2013. godini prema 27% u 2010. godini).

Tokom 2013. godine registrovano je osam smrtnih ishoda od AIDS-a kod osoba muškog pola uzrasta 35–59 godina unutar vremenskog intervala od svega nekoliko dana do tri meseca od trenutka dijagnostikovanja HIV pozitivnog statusa i terminalnog stadijuma HIV infekcije – AIDS-a (18% novoobolelih od AIDS-a u 2013). Kod

preostalih 9 umrlih osoba tokom 2013. AIDS je dijagnostikovao u periodu od 1997. do 2012. godine.

Od 17 osoba umrlih od AIDS-a tokom 2013. godine tri su sa teritorije Vojvodine (mortalitet od 0,16/100.000), dok je 59% registrovano na teritoriji grada Beograda (10 slučajeva sa mortalitetom od 0,60/100.000).

Najveći broj umrlih od AIDS-a tokom 2013. godine registrovan je u uzrastu 30–59 godina (88% svih umrlih od AIDS-a, odnosno 15 slučajeva sa uzrasno-specifičnim mortalitetom od 0,49/100.000). U uzrasnoj grupi dece i mladih do 29 godina nije bilo umrlih od AIDS-a tokom 2013. godine, ali su u periodu od 2009. do 2012. godine registrovane tri do pet osoba uzrasta do 29 godina umrlih od AIDS-a na godišnjem nivou.

U odnosu na transmisivnu kategoriju najveći broj umrlih registrovan je među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (osam osoba tj. 47%), a slede osobe koje su injektirale drogu (četiri osobe tj. 23%) i osobe koje su inficirane HIV-om heteroseksualnim putem (dve osobe tj. 12%), dok kod troje umrlih nije prijavljen način transmisije HIV-a (18%).

Distribucija obolelih od AIDS-a prema polu u periodu 1985–2013. godina pokazuje da je muškaraca trostruko više u odnosu na žene ($1279:413 = 3,1:1$), pri čemu je u 2013. godini odnos polova bio 6,3:1 u korist muškaraca. Sličan odnos polova se registruje i među umrlima od AIDS-a (kumulativno $814:247 = 3,3:1$), pri čemu je u 2013. godini odnos polova je bio 16:1 u korist muškaraca.

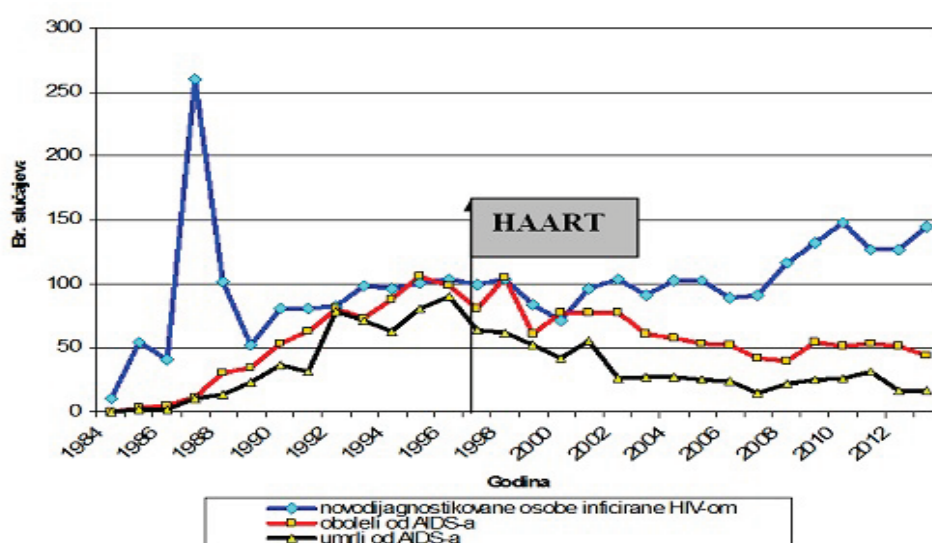
Trudnice inficirane HIV-om imaju mogućnost da pravovremenim uključivanjem u sveobuhvatan program prevencije prenosa HIV-a sa majke na dete rode zdravo dete. Podaci dobijeni nadzorom ukazuju da je u periodu od 2005. do 2013. godine registrovano desetero dece koja su HIV infekciju dobila od majki koje nisu znale da su inficirane HIV-om u odnosu na 28 dece u periodu 1993–2004. godine.

Od 1997. godine visoko aktivna antiretrovirusna terapija (HAART) je dostupna i besplatna u Republici Srbiji“ (41).

„U periodu 2003–2013. godina registrovano je skoro četvorostruko povećanje osoba inficiranih HIV-om na lečenju kombinovanom antiretrovirusnom terapijom (blizu 1200 osoba krajem 2013. prema 330 osoba krajem 2003. godine). Lečenje osoba inficiranih HIV-om se sprovodi u skladu sa revidiranim Nacionalnim vodičem za terapiju HIV

infekcije koji je usklađen sa preporukama Evropskog udruženja kliničara koji se bave AIDS-om i usvojen od strane Republičke komisije za borbu protiv HIV/AIDS-a krajem 2010. godine. Od 1998. godine, odnosno od uvođenja visoko aktivne kombinovane antiretrovirusne terapije u lečenje HIV infekcije, u Republici Srbiji se registruje značajan trend pada obolevanja i umiranja od AIDS-a (grafikon 2).

Grafikon 2. Broj novodijagnostikovanih osoba inficiranih HIV-om, obolelih i umrlih od AIDS-a u Republici Srbiji, 1984–2013. godine



Procenjuje se da trenutno u našoj zemlji oko 1800 osoba ne zna da je inficirano HIV-om. Znajući da HIV infekcija može dugo proticati bez ikakvih znakova i simptoma, jedini način da se otkrije jeste da se osoba koja je imala neki rizik testira na HIV“ (41).

1.6. DOBROVOLJNO POVERLJIVO SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV KAO KLJUČNA AKTIVNOST U PREVENCIJI HIV / AIDS-a

Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje (DPST) na HIV predstavljaju ključne komponente programa prevencije HIV/side u svim zemljama sveta (42, 43, 44).

Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV je potvrđena preventivna strategija koja predstavlja izuzetno važan deo nacionalnog odgovora na HIV u najvećem broju zemalja sveta.

U našoj zemlji, početak razvoja dobre prakse DPST-a vezuje se za Centar za DPST u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd (ZZZZ Studenata), posebno od 2002. godine, kada su savetnici DPST Centra u ZZZZ Studenata zajedno sa partnerima iz UN agencija i partnerima iz nekoliko organizacija civilnog društva razvili model rada koji se i danas koristi, kako u vladinom tako i u nevladinom sektoru u Republici Srbiji. Dobroj praksi DPST-a u Republici Srbiji u mnogome je pomoglo razvijanje nacionalnog Vodiča dobre prakse za DPST i jasan Protokol rada koji je do najsitnijih detalja definisao celu proceduru DPST-a i u velikoj meri se oslanja na protokole koje preporučuju UNAIDS i SZO.

Brojne su koristi od cele aktivnosti DPST-a: ono pomaže ljudima da se informišu o HIV-u: kako se HIV prenosi a kako se ne prenosi, kako da prepoznaju rizike za HIV infekciju u svom ponašanju i kako da smanje ili izbegnu taj rizik, kako da upražnjavaju siguran seks, gde da urade HIV test i da, zavisno od rezultata, preduzmu korake kojima će izbeći da budu inficirani ili da infekciju prenesu na druge. U okviru programa zaštite, savetovanje pre testiranja, testiranje, rezultati HIV testa, kao i savetovanje posle testiranja, može pomoći ljudima da promene svoje ponašanje i u velikoj meri smanje rizik za HIV transmisiju. Istovremeno DPST može pomoći i u širem pristupu, u cilju eliminacije ili bar smanjenja stigmatisanja, žigosanja i diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om (45).

U najvećem broju nisko i srednje razvijenih zemalja DPST je prepoznato kao ključna strategija u odgovoru na HIV/AIDS, jednako kao i u visoko razvijenim zemljama sa savremenim zdravstvenim sistemima. Sve veći broj zemalja postepeno uvode DPST kao deo opšteg sistema zdravstvene zaštite (46). Tako npr. u SAD, gde se procenjuje da četvrtina HIV-pozitivnih ljudi ne zna svoj HIV status, Centri za kontrolu i prevenciju bolesti postavili su DPST kao osnovu strateškog plana gde je predviđeno povećanje broja institucija koje će rutinski obezbediti DPST u zdravstvenim objektima (na primer: klinike za lečenje seksualno prenosivih infekcija, klinike za lečenje bolesti zavisnosti, klinike za planiranje porodice, hitne pomoći, domovi zdravlja), kao i nezdravstvenih institucija (društvene zajednice, programi opšte pomoći) (45, 46, 47). Skoro desetak godina unazad vodi se velika stručna polemika: da li u zemljama u kojima je visoka ili srednja stopa prevalencije HIV-a (a često i bez ovog „uslova“) treba rutinski raditi test na HIV, zapravo između drugih analiza ponuditi i test na HIV odmah po „ulasku“

pacijenta u „zdravstveni sistem“ ili se pridržavati principa DPST-a gde je testiranje na HIV u potpunosti percepcija, želja i inicijativa od strane pojedinca tj. klijenta (48).

Ideja „masovnog testiranja“ napravila je ogromnu polemiku u stručnim krugovima, pa su poslednjih godina objavljivani i matematički modeli koji govore o opravdanosti takvog pristupa u zemljama sa visokom prevalencijom. Naime, objavljena je strategija „testiraj i leči“ koja podrazumeva da se stanovništvo preko 15 godina jednom godišnje testira na HIV, a HIV pozitivni pacijenti da odmah započnu terapiju bez obzira na nivo CD4 Ly. Zagovornici ove strategije smatraju da bi na ovaj način infektivnost pacijenata sa HIV-om bila mnogo niža i procenjuju da bi se za deset godina pandemija mogla zaustaviti.

Ovaj pristup ima centralno pitanje „kolika je individualna šteta za pacijente sa HIV-om u odnosu na korist za društvo“? Strategija „testiraj i leči“ podrazumeva da se svi pacijenti sa HIV-om odmah leče, bez obzira na pitanje toksičnosti lekova, preporuka o najpovoljnijem trenutku za početak lečenja i komplikacija usled dugotrajne upotrebe (49).

Rešenje se možda može potražiti u odgovoru na pitanje: Zašto se uopšte radi dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV? Radi se pre svega da se omogući pojedincima koji brinu zbog situacije ili situacija koje su imali, kada su mogli da se inficiraju HIV-om - da saznaju svoj HIV status. Ujedno služi kao prevencija dalje transmisije HIV-a, jer nosi mogućnost pozitivne prevencije, ranog lečenja, savetovanja i lakši pristup nezi i podršci. DPST omogućava izbor pojedincu. Tako da osoba koja u toku procesa DPST sazna da nema HIV, može da planira kako da ostane HIV negativna; a osoba koja sazna da ima HIV ima mogućnosti da na vreme počne sa tretmanom, jer se traži pristup lečenju, nezi i podršci, pruža se mogućnost podrške i upućivanja na potrebne servise i smanjuje se dalje prenošenje HIV-a na buduće partnere. Trudnice koje saznaju da imaju HIV mogu da spreče prenošenje virusa na bebu. Savetovanje pre testiranja, HIV testiranje i savetovanje koje zatim sledi (savetovanje nakon dobijanja rezultata testa), pomaže ljudima da promene svoje rizično ponašanje i u velikoj meri, bez obzira na ishod tj. HIV status, u velikoj meri smanje rizike za dalju transmisiju HIV-a (50).

U traženju najprikladnije definicije DPST-a, najčešće se može naći definicija prema kojoj „savetovanje i testiranje na HIV predstavlja poverljiv razgovor između savetnika i

klijenta koji omogućava klijentu da prevaziđe nelagodnost i stres koje HIV testiranje nosi i omogući mu da donese lične odluke vezane za HIV“ (51). Savetovanje uključuje i procenu ličnog rizika za dobijanje HIV infekcije, kao i iniciranje i ohrabrenje za promenu rizičnog ponašanja (51).

S druge strane, iako je DPST prepoznat kao izuzetno važna komponenta skoro svake strategije kao nacionalnog odgovora na HIV infekciju i kao prioritet u borbi protiv HIV-a, a razvoj DPST u jednoj zemlji zavisiće od raspoloživih sredstava za njegov razvoj, načina na koji donosioci odluka zaista razumeju DPST, kao i od zdravstvenog i ostalih sistema namenjenih za pomoć klijentima u jednoj zemlji. U zemljama sa niskom prevalencijom, logično je da se DPST razvija na takav način da bude dostupan onim grupama ljudi koji su posebno pogođeni HIV-om. U ovakvim sredinama treba posebno imati u vidu da takav razvoj može da poveća stigmatu i diskriminaciju upravo prema tim grupacijama. Zato se DPST uglavnom razvija na generalnom nivou, a nisu retke zemlje u kojima se on, bez obzira na koncentrovanu epidemiju, razvija najpre u generalnoj populaciji.

Savetovališta i centre za DPST, u svakom slučaju, ne treba razvijati u izolaciji, dobro je ako se DPST obavlja u sklopu već postojećih službi (npr. na klinikama za polno prenosive infekcije, u ustanovama za mlade, savetovalištim za mlade u domovima zdravlja, klinikama za lečenje tuberkuloze i sl.). Ova mesta su pogodna za razvoj DPST-a, jer su to mesta gde se lako dolazi na savetovanje i testiranje na HIV, jer po nekoj primarnoj ulozi te ustanove imaju „senzibilitet“ i „razumevanje za ponašanja uzimanja rizika“. Sve češće DPST savetovališta nalaze svoje mesto u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u okviru definisanih servisa za HIV prevenciju (52).

1.6.1. Vrste testiranja na HIV

Kada govorimo o testiranju na HIV u literaturi se najčešće opisuju četiri vrste testiranja:

- testiranje na HIV inicirano od strane korisnika
- testiranje na HIV preporučeno od strane pružaoca usluga
- rutinsko testiranje i
- mandatorno testiranje

Testiranje na HIV inicirano od strane korisnika se preporučuje da se obavlja uz savetovanje, a u literaturi se opisuje kao dobrovoljno, poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, skraćenica na srpskom jeziku: DPST (engleski *Voluntary Confidentially Counselling and Testing* – VCCT ili samo VCT). Ono uključuje lični aktivni pristup, zahtev za pružanje usluge testiranja u zdravstvenim institucijama, ili u civilnom sektoru koji nudi ovu vrstu usluga, ali se uvek preporučuje da svako ovakvo testiranje prati i savetovanje. Ova vrsta savetovanja i testiranja obično podrazumeva ličnu procenu rizika i vođenje savetovanja od strane savetnika, objašnjavanje dobrobiti i značaja testiranja i razradu ličnih strategija za smanjenje rizika. Kod savetovanja i testiranja na HIV zahtevanog od strane korisnika, veliku ulogu posredno mogu odigrati nevladine organizacije, udruženja, fakulteti, mediji, religijske organizacije i druge organizacije civilnog društva pružajući informacije neophodne za donošenje ličnih odluka (53).

Testiranje na HIV preporučeno od strane pružaoca usluga se takođe preporučuje da bude praćeno savetovanjem. Ono se odnosi na testiranje koje preporučuju zdravstveni radnici, osobama koje dolaze u zdravstvene institucije i smatra se delom standardne medicinske usluge. Ovde ubrajamo: dijagnostičko HIV testiranje, indikovano u situacijama kad osoba pokazuje simptome side ili bolesti koje su obično povezane sa HIV-om. Na primer, ovo može uključiti testiranje na HIV za osobe sa izrazito izraženim padom imuniteta, osobe koje se žale na veliki gubitak težine, prolive, noćna znojenja, osobe sa izrazitim poremećajem krvne slike, sa promenama na koži koje mogu da upute na HIV infekciju ili za osobe obolele od tuberkuloze i sl. Takođe, ovde spada i rutinsko nuđenje HIV testiranja od strane medicinskih radnika u nekim klinikama (kao što su klinike za polno prenosive infekcije ili porodilišta), ali se posebno izdvaja i ovde ne pripada mandatorno testiranje u centrima za transfuziju krvi.

Najvažniji zadatak ove vrste savetovanja i testiranja je da se donesu određene kliničke odluke ili osiguraju medicinske usluge koje zahtevaju poznavanje pacijentovog HIV stanja. Kada god preporuči savetovanje i testiranje na HIV, zdravstveni radnik mora imati na umu šta je najbolji interes svakog pojedinca (54, 55).

Rutinsko testiranje ili kako se sve češće naziva: Rutinsko mandatorno testiranje predstavlja ujedno i obavezno testiranje u transfuziološkim službama, prilikom

uzimanja svake jedinice krvi i regulisano je zakonom. O tome je potrebno obavestiti svakog dobrovoljnog davaoca krvi (48, 56).

Mandatorno testiranje (po tzv. „opt in“ ili „opt out“ modelu), regulisano je različitim pravnim aktima, a odnosi se na obavezno nuđenje testiranja ili obavezno testiranje (uz savetovanje) pojedinih grupacija stanovništva ili korisnika, npr. trudnica ili pacijenata na hemodijalizi ili pacijenata koji se leče na klinikama za TBC ili za venerične bolesti i sl. a u nekim zemljama ili sredinama odnosi se na sve korisnike koji „uđu u zdravstveni sistem kao ležeći pacijenti“ bez obzira na razlog hospitalizacije. O ovome i danas postoje oprečna mišljenja, veoma ozbiljne polemike i jaz između onih koji se bave javnim zdravljem i onih koji su zabrinuti za ljudska prava (49, 50, 57, 58). Svako dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV treba da se bazira na principima dobrovoljnosti, poverljivosti i anonimnosti.

Princip dobrovoljnosti - predstavlja prvi od nekoliko osnovnih principa jer HIV testiranje u okviru DPST-a treba uvek da bude dobrovoljno, a saglasnost klijenta za HIV test treba da bude zasnovana na informacijama koje klijent može da ima o HIV-u od ranije ili ih dobija tokom savetovanja. Informacije o dobrovoljnosti mogu da se ponude klijentu u pisanom obliku ili tokom razgovora bez korišćenja pismene forme, ali uvek treba da budu prikladne, jasne i prezentovane na takav način da ih klijent razume. Dakle, na neki način (usmeno ili u pisanoj formi) neophodno je imati tzv. „informisani pristanak“ za testiranje (52, 59, 60).

Princip poverljivosti je od ogromne važnosti za svaku osobu, a podrazumeva da razgovor i podaci koje klijent iznese u toku savetovanja nikada neće biti iznete ili zloupotrebljene, javno saopštene ili na bilo koji drugi način obelodanjene, osim ako klijent to ne zatraži od savetnika (što se eventualno dešava kada klijent zamoli savetnika da mu pomogne u saopštavanju HIV pozitivnog rezultata seksualnom partneru ili nekoj drugoj osobi). Takođe, to znači da će sa rezultatima testiranja biti upoznat samo savetnik koji je vodio savetovanje i ne bi smelo da bilo koja druga osoba to zna, bez pristanka ili želje samog klijenta.

Osim ovog značenja, poverljivost u terminima savetovanja može da ima i dodatno značenje. Poverljivost se može povezivati i sa odnosom između savetnika i klijenta i

može da znači da, što klijent ima više poverenja u svog savetnika, to je spremniji da savetniku poverava činjenice vezane za njegovo rizično ponašanje. Poverljivost se gradi sve vreme u toku procesa savetovanja i od neprocenjivog je značaja. Koliko će preventivna poruka dopreti do klijenta i koliki će biti krajnji efekat celokupnog procesa DPST-a jako će zavisiti od stepena poverenja koje je klijent stekao u savetnika tokom savetovanja (51, 60).

Princip anonimnosti - Anonimnost je mogućnost koju pružamo klijentu da tokom cele procedure DPST-a – dakle i savetovanja i testiranja, ne mora da iznese nijedan od svojih ličnih identifikacionih podataka i da može da se testira pod šifrom, kodom, nekim izmišljenim imenom ili brojem, a oko svega toga se dogovara sa savetnikom u savetovalištu. Koliko god klijenti bili sigurni u poverljivost (koja bi trebalo da je tokom svakog savetovanja evidentna), velikom broju klijenata ipak mnogo znači da ceo proces DPST-a može da bude bez ostavljanja ličnih podataka. Međutim, iako je ovo jedna od važnih komponenti savetovanja i HIV testiranja, koja u najvećoj meri poštuje ljudska prava i smanjuje nelagodnost i strah oko cele DPST aktivnosti, u našoj zemlji, anonimnost je još uvek ograničena samo na one klijente čiji je rezultat HIV testa prilikom prvog, tj. „skrining testiranja“ negativan (50, 52, 53, 60).

1.6.2. Ciljevi dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV

Kada govorimo o ciljevima savetovanja i testiranja na HIV, istovremeno, govorimo o njihovom sinergističkom odnosu i međusobnom dubokom prožimanju, jer samo tako, zajednički uvezani, mogu ostvariti osnovnu ulogu u prevenciji.

Dobrovoljno savetovanje i testiranje u osnovi započinje i završava se kao otvoren razgovor sa puno poverenja između savetnika/savetnice i korisnika/korisnice. Testiranje će, u odnosu na to da li je rezultat na HIV pozitivan ili negativan u mnogome dalje odrediti smer savetovanja i definisati dalje korake (51, 60).

Ciljevi savetovanja i testiranja na HIV se odnose na:

- pomoć korisniku (klijentu, pacijentu) da prevaziđe stres, da realno percipira rizik za HIV infekciju i da sazna detalje koji će mu pomoći da donese odluku oko samog testiranja

- ohrabrivanje i podsticanje promene u načinu ponašanja u cilju izbegavanja odnosno smanjivanja utvrđenog rizika za HIV infekciju
- predlaganje realnih mera prilagođenih svakoj osobi i situaciji u kojoj se nalazi
- pomoć osobi da prihvati informacije i realnu situaciju koja iziskuje eventualnu dalju podršku – pomoć ili lečenje
- pokušaj da se kod osoba koje su već inficirane, preventivnim savetovanjem obezbedi psihosocijalna podrška kako bi osoba mogla da se uhvati u koštac sa ličnim i društvenim posledicama infekcije
- napore od strane savetnika da uputi pacijenta/korisnika na raspoloživost lečenja, nege i usluga u oblasti psihosocijalne podrške
- jasne smernice u obavezi obaveštavanja partnera i načinima zaštite za partnere HIV pozitivnih osoba, kao i
- jasne informacije o promenama ponašanja koje bi trebalo da pacijent usvoji kako bi se sprečila reinfekcija ili dalja transmisija (60).

U tom smislu saznavanje HIV statusa omogućava pojedincu da:

- polako menja svoje rizično ponašanje za HIV ka manje rizičnom ponašanju, a zatim i ka ponašanju bez rizika
- mnogo ranije – odnosno na vreme pristupi lečenju, podršci i drugim servisima koji pomažu promenu rizičnog ponašanja
- obezbedi sve aktivnosti koje mogu smanjiti rizik prenošenja HIV-a sa majke na dete
- mnogo bolje razume i mnogo bolje prihvati HIV infekciju ukoliko je ima
- može da planira svoju budućnost i da vodi ispunjen život

Kada govorimo mnogo šire nego što je medicinski pristup, DPST pomaže zajednici da smanji predrasude, stigmatizaciju i diskriminaciju koja okružuje HIV i da mobilise podršku najšire zajednice za odgovarajuće servise.

1.6.3. Proces dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV

Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje je proces koji bi trebalo uvek da se sastoji od savetovanja pre testiranja, testiranja i savetovanja posle testiranja. HIV savetovanje se može prilagoditi potrebama klijenta i može da bude individualno, što i

jeste najčešće, ali i savetovanje u paru ili grupno savetovanje, kao i savetovanje uz prisustvo članova porodice, prijatelja ili još jednog savetnika (52, 59, 60).

Poverljivo savetovanje i testiranje se obavlja u: savetovalištima/centrima za dobrovoljno, poverljivo savetovanje i testiranje, terenskim mobilnim jedinicama savetovalištima/ centrima, „drop-in“ centrima, savetovalištima pri infektivnim klinikama, klinikama za dermatovenerologiju i sl. (u daljem tekstu: centrima, savetovalištima za DPST ili centrima za DPST). Ovi centri se u našoj zemlji, za sada, u najvećem broju nalaze pri zavodima i institutima za javno zdravlje, pri klinikama ili odeljenjima za zarazne bolesti, ali bi ih u budućnosti trebalo učiniti što dostupnijim opštoj populaciji, a posebno populacijama u povišenom riziku, pa je dobro razmišljati o otvaranju savetovališta, pri domovima zdravlja, centrima za mlade, nevladinim organizacijama, preventivnim centrima i sl.

1.6.4. Savetovanje pre testiranja na HIV

Važna karakteristika rada centara za dobrovoljno, poverljivo savetovanje za testiranje je dolaženje na savetovanje (i testiranje) bez uputa od strane bilo koga (lekara ili neke nevladine organizacije). Ono što se preporučuje jeste spona između zdravstvenih radnika u savetovalištima i terenskih radnika iz civilnog sektora, tako da korisnici sa terena (posebno iz populacija u visokom riziku za HIV) mogu imati upute izdate od strane nevladinih organizacija uključenih u rad na terenu („outreach“ rad) ali treba naglasiti da posedovanje ovakvih uputa nije neophodno.

Savetovanje pre testiranja na HIV je razgovor između savetnika i korisnika pre nego što on potvrdi svoju odluku da želi da uradi test na HIV. Ovaj razgovor je najčešće sa jednom osobom, dakle individualno savetovanje, ali može da bude i u grupi, kada se daju opše informacije o rizičnim oblicima ponašanja. Savetovanje pre testiranja treba da osigura svakom pojedincu dovoljnu količinu informacija da bi doneo informisanu odluku o dobrovoljnom odlasku na testiranje. U toku ovog razgovora, savetnik priprema klijenta za test objašnjavajući mu šta je HIV test, daje mu osnovne informacije o HIV-u, ako ih klijent nema, koriguje pogrešne pretpostavke i ubeđenja klijenta. Ovaj razgovor treba da je što relaksiraniji i da daje prostora i vremena klijentu da postavlja pitanja i da iznese najveći broj svojih briga. Zatim, savetnik sa klijentom razgovara o klijentovim

rizicima, uključujući seksualnost, partnerske odnose i ostala ponašanja koja nose povećan rizik za HIV infekciju (49, 50, 51).

Razgovor vezan za rizike za HIV je važan element pre test savetovanja, posebno zato što to može da bude prvi put da klijent na takav način razmišlja o HIV-u i sopstvenim rizicima. Ono što je cilj razgovora o rizicima jeste da svaki klijent razume kako ulazi u rizične situacije i koji su faktori koji utiču na njegovo ponašanje koje ga stavlja u rizik za HIV. Pitanja koja savetnik postavlja klijentu treba da imaju tendenciju da razjasne kako se rizična ponašanja dešavaju i koje su to karakteristike klijenta i okolnosti koje ga vode rizičnom ponašanju (49, 50).

Važan deo razgovara je o mogućim načinima zaštite od HIV-a, o metodama zaštite koji su odgovarajući za tog klijenta. U ovom delu razgovora se naglašava koliko je dobro što je klijent sam svestan svojih rizika i što je dobrovoljno došao. Potrebno je ohrabriti ga za dalje korake u smislu smanjenja daljih rizika za HIV.

Na kraju, savetnik sa klijentom diskutuje o značenju rezultata testa i potencijalnim implikacijama pozitivnog i negativnog rezultata za klijenta. Pri tome se razgovara i o tome da klijent može u svakom trenutku odustati od testiranja, ako to želi, i da ne postoji mogućnost prinudnog testiranja.

U toku savetovanja i testiranja savetnik/savetnica treba da objasni poverljivost, šta ona znači i kako se ostvaruje, te da uputi korisnika da može dobiti i anonimno testiranje i šta ono znači. Takođe, svaka preporuka bi trebalo da bude praćena i uputstvima o načinima i sredstvima za sprečavanje HIV infekcije, mogućnostima lečenja i raspoloživosti drugih usluga.

Skoro u svakom protokolu ili vodiču za rad centara za DPST jasno su napisana uputstva o radu savetnika. Tako se u Protokolu rada za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV (DPST) u Odeljenju za prevenciju side i PPI i HE nadzor Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata (61) navodi da u savetovanju pre testiranja na HIV:

“Savetnik treba da:

- obezbedi dovoljno vremena za ovaj razgovor jer on često može da bude vrlo detaljan i da se produži
- obezbedi poverljivost podataka o klijentu
- razgovara sa klijentom o razlozima za testiranje i o rezultatima koje očekuje
- proveriti klijentovo razumevanje HIV-a i kako se infekcija dešava

- ponudi tačne informacije o HIV-u koje mogu da mu pomognu da donese ispravnu odluku o testiranju
- objasni značenje HIV testa
- objasni porceduru testiranja

Savetnik treba da izbegava da:

- bombarduje klijenta informacijama
- interpretira
- smanji važnost određene teme o kojoj klijent želi da razgovara
- predviđa mogući rezultat testiranja
- donosi odluku umesto klijenta
- preuzima odgovornost za klijentovo ponašanje
- vrednuje klijenta i njegove postupke i da morališe“(61).

1.6.5. Testiranje na HIV

Nakon obavljenog savetovanja pre testiranja i nakon dobijanja jasne saglasnosti korisnika/klijenta da želi da obavi testiranje na HIV, klijent daje uzorak krvi za analizu.

Testiranje se za sada sprovodi u laboratorijama pomoću ELISA testova 3. ili 4. generacije najčešće tzv. „Combo testovima“ kojima se određuje prisustvo antitela na HIV tip 1 i HIV tip 2 u krvi kao i postojanje prisustva antigena, najčešće Ag p24 koji se nalazi na površini jezgra virusa.

Ukoliko je uzorak reaktivan, tj. pozitivan na HIV, obavezno se radi i kontrolni test iz istog, a zatim i iz drugog uzorka krvi, ali po mogućnosti testom drugog tipa (ELISA ili RIBA drugog proizvođača). Ovo je neophodno da bi se izbegle moguće greške u smislu „lažno pozitivnog nalaza“ koji može da se javi kod određenih vrsta oboljenja, ali i da se spreče i eliminišu greške tehničke prirode (zamena uzorka i sl.). Ukoliko su testovi i iz prvog i iz drugog uzorka krvi pozitivni ili intermitentni (nedefinisani), radi se WB test, tzv. potvrdni test (50, 51, 52).

1.6.6. Savetovanje posle testiranja na HIV

Savetovanje posle testiranja na HIV je sastavni deo preventivnog savetovanja u okviru procesa DPST-a, a predstavlja nastavak razgovora savetnika i korisnika/klijenta, pri kojem savetnik korisniku/klijentu saopštava rezultat testiranja.

Najvažniji deo savetovanja posle testiranja jeste da se klijentu pomogne da razume rezultat testa i da pokuša da promeni ponašanje koje ga je dovelo u brigu oko HIV infekcije, u skladu sa rezultatom, bilo da je on pozitivan ili negativan (60).

Ukoliko je rezultat pozitivan, savetnik bi trebalo da izda rezultat jasno, bez odugovlačenja, obezbeđujući emocionalnu podršku za klijenta. Klijenti različito reaguju na HIV pozitivan rezultat: kroz plač, nevericu, bes, strah, tugu, šok. Jedno od važnih pravila jeste da klijente ne treba sputavati u tim reakcijama i emocijama. Savetnik treba da ima strpljenja, da razume klijenta i da u tom trenutku pruži maksimalnu emocionalnu podršku klijentu.

U toku razgovora sa klijentom savetnik treba zajedno sa njim da identifikuje podršku za klijenta – jednu osobu ili više osoba sa kojima bi klijent voleo da podeli saznanje o svom HIV statusu i koje će mu pomoći u suočavanju sa HIV-om. Ako je klijent došao sa nekim u savetovanište, treba proveriti da li klijent uopšte želi da tu osobu uključi u razgovor i da li zaista želi da osoba koja je u pratnji zna njen/njegov rezultat testa.

Obraveza saopštavanja HIV statusa sadašnjim i budućim seksualnim partnerima je takođe tema o kojoj savetnik i klijent treba da razgovaraju, onda kad je klijent spreman za to.

Savetnik treba da ohrabri klijenta da o svom HIV statusu govori, ali često to nije moguće na tom prvom susretu posle testiranja. Takođe, to nije uvek moguće, kao npr. u slučaju žena koje su seksualno ili na neki drugi način zlostavljane.

Ne treba zaboraviti da je i za one klijente koji dobiju negativan rezultat savetovanje posle testiranja takođe veoma važno. Klijenti se obično osećaju dobro i rasterećeno i žele da što pre odu iz savetovaništa. Savetnik bi trebalo sa klijentom da pokuša da razgovara o promeni ponašanja da bi klijent i na dalje ostao negativan i da sa klijentom napravi „plan za smanjenje rizika“. Takođe, treba da ga ohrabri i motiviše da pokuša da usvoji nova, nerizična ponašanja ili da ga, ukoliko je to potrebno, uputi na odgovarajuće servise. Promena ponašanja je dug proces i ne može se tako lako – samo jednim

savetovanjem u potpunosti usvojiti bezbedno ponašanje. Uticaj na smanjenje rizičnog ponašanja je proces koji najčešće zahteva više dolazaka na savetovanje. U toku razgovora sa klijentom koji ima HIV negativan rezultat je veoma važno klijentu naglasiti još jednom *period prozora*, i ukoliko je potrebno, zakazati mu ponovni dolazak na savetovanje i testiranje (50, 60).

U već pomenutom protokolu rada za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV (DPST) u Odeljenju za prevenciju side i PPI i HE nadzor Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd (61) naglašeno je da u savetovanju posle testiranja na HIV:

„Savetnik treba da:

- obezbedi dovoljno vremena za razgovor o rezultatima testa kakav god on bio
- saopšti rezultat jasno i jednostavno bez okolišanja i kašnjenja
- Ako je rezultat negativan savetnik treba da:
 - podseti klijenta na period prozora
 - obezbedi klijentu mogućnost razgovora o tome kako može da izbegne rizik od HIV infekcije
- Ako je rezultat pozitivan, savetnik treba da:
 - obezbedi klijentu vreme i mesto koje mu je potrebno da prihvati rezultat i na njega odreaguje
 - precizno objasni klijentu da je ovo preliminaran test koji se mora potvrditi (ili odbaciti) i precizno objasniti sledeće korake koje klijent treba da preduzme: potvrdni test na Infektivnoj klinici a zatim će se preduzeti drugi dijagnostički postupci (od kojih zavisi odluka o vremenu kada se na Infektivnoj klinici započinje terapija)
 - podseti klijenta da nije sam u suočavanju sa tim
 - proveriti da li ima nekog kod koga klijent želi da ode kad čuje rezultat i gde planira da ode pošto napusti centar
 - kaže klijentu da to što je HIV pozitivan neće promeniti savetnikov odnos prema njemu
 - jasno da pokaže klijentu da je uvek dobrodošao
 - jasno ponudi mogućnost ponovnog susreta

Savetnik treba da izbegava da:

- predviđa šta će se dalje dešavati sa klijentom po pitanju infekcije
- propusti bilo koju zabrinutost koju izražava klijent ili da ukazuje na to da su klijentove reakcije neosnovane
- govori klijentu da će sve biti u redu
- govori klijentu kako se oseća
- planira ili odlučuje umesto klijenta
- daje rezultat u momentu kad klijentov sistem podrške ne funkcioniše
- preuzima odgovornost za klijentove postupke
- vrednuje klijenta i njegovo ponašanje i morališe“(61).

1.7. POZITIVNA PREVENCIJA

Pozitivna prevencija sastoji se od niza mera i aktivnosti u HIV prevenciji sa osobama koje žive sa HIV-om, uz pružanje podrške i iskrenu brigu za pacijenta, za njegovog/njenog partnera, porodicu i/ili prijatelje, uz istovremeno buđenje odgovornosti kod pacijenta sa HIV-om da se zaustavi dalje širenje HIV-a. Pozitivna prevencija ima za cilj da poveća samopouzdanje, samopoštovanje i mogućnosti osobe koja živi sa HIV-om da zaštititi svoje zdravlje i predupredi prenošenje infekcije na druge ljude (62).

Pozitivna prevencija u osnovi ima jasan vrednosni sistem koji podrazumeva poštovanje prava ljudi koji žive sa HIV-om da žive ispunjene i zdrave živote, da uživaju u emotivnim i zaštićenim seksualnim odnosima i da mogu da prave izbore u vezi sa stvaranjem potomstva.

Jedna od vodećih svetskih organizacija, Međunarodna HIV/AIDS alijansa, definiše vodeće principe pozitivne prevencije, naglašavajući da: „Ljudi koji žive s HIV-om mogu da vode duge i ispunjene živote i da imaju pravo i mogu da odluče da li će ili neće stupiti u seksualne odnose i zato su im potrebne jasne i precizne informacije i praktična podrška. Potrebno je pružiti razumljive i detaljne informacije i podršku kako bi seksualni odnos bio sigurniji i za one koji žive s HIV-om i za njihove seksualne partnere.

Stvaranje ohrabrujućeg okruženja gde se praksa i politike zasnivaju na razumevanju, podršci, informacijama i komunikaciji, ključno je za uspešnu pozitivnu prevenciju. U njoj nema mesta za okrivljavanje, osude i stigmatizaciju“ (63).

Kroz pozitivnu prevenciju zahteva se smisleno uključivanje i učešće ljudi koji žive sa HIV-om. Ljudi koji žive s HIV-om ne treba da budu samo nemi posmatrači ili samo korisnici usluga i programa u kojima mogu da dobiju podršku i informacije. Ljudi koji žive s HIV-om imaju znanja i lično iskustvo koje im omogućava da učestvuju u stvaranju i realizaciji strategija i programa prevencije i nege u sredinama u kojima žive. Jake i stabilne asocijacije osoba koje žive s HIV-om i njihov lični aktivizam mogu ponuditi dragoceno znanje koje potiče iz proživljenog iskustva života s HIV-om. U novije vreme, u različitim korisničkim pokretima, posebno u civilnom sektoru, govori se o tzv. iskustvenoj ekspertizi. Time se naglašava važnost znanja-ekspertize koja dolazi isključivo kroz lično iskustvo, u ovom slučaju iskustvo života s HIV-om. Samopouzdanje i poverenje ljudi koji žive sa HIV-om raste kada postoji prihvatanje šire zajednice i kada su uključeni u život zajednice. Prihvatanje i uključivanje pomaže ljudima skoro u istoj meri kao i medikamentozna terapija da zaštite svoje zdravlje i da izbegnu prenošenje HIV infekcije na druge (64).

Tako se u tekstu Međunarodne HIV/AIDS Alianse (International HIV/AIDS Alliance) o pozitivnoj prevenciji kao preventivnoj strategiji za ljude koji žive sa HIVom navodi:

„U mnogim zemljama postoji široka dostupnost aktivnosti pozitivne prevencije ka ljudima koji žive s HIV-om, koja se obezbeđuje kroz integraciju u postojeće programe lečenja i prevencije. Važno je da informacije i podrška koje se tiču sigurnijeg seksa, reinfekcije, reproduktivnih izbora, delotvornosti antiretrovirusnog lečenja i sigurnijeg ubrizgavanja droga, bude prisutna na svim mestima. Ovo uključuje zdravstvene ustanove, posebno one koje se bave lečenjem osoba koje žive s HIV-om, dermatovenerološke, ginekološke klinike, ustanove socijalne zaštite i programe nevladinih organizacija, pre svega programe kućne nege, savetovanja i grupe za samopomoć. Pozitivna prevencija podrazumeva da sve aktivnosti poštuju prava osobe na zdravlje, privatnost, poverljivost, informisani pristanak i antidiskriminatorni stav. Ovi principi moraju biti poštovani sve vreme uz obavezu da se pacijentu ne nanese šteta“ (65).

1.7.1. Podrška pacijentima sa HIV infekcijom u okviru pozitivne prevencije

Ljudi koji žive s HIV-om često ističu da je vreme nakon što su saznali da su inficirani jedan od najpotresnijih perioda u njihovom životu. Mnogi navode da su bili preplavljeni snažnim osećanjima. Ova iskustva vezuju se najčešće za strah od bolesti i smrti, neizvesnost, stid, potištenost i strahove da će preneti bolest na partnere i/ili decu. Javljaju se dileme i pitanja o tome kada, kako i da li uopšte da govore otvoreno o svom HIV statusu s porodicom, prijateljima i seksualnim partnerima (63).

Zbog snažnih emotivnih reakcija posle saznavanja statusa, neke osobe u početku prestanu da upražnjavaju seks. Vremenom kod većine, pogotovu kod mladih ljudi vraća se samopouzdanje, samopoštovanje, seksualna želja i potreba da budu u seksualnim i emotivnim vezama. Zbog svega ovoga je važno da oni dobiju i informacije o mogućnostima ponovnog inficiranja HIV-om (reinfekcija) i mogućnostima prenosa virusa na druge osobe (65).

Ključne informacije treba da obuhvate i činjenice da su određene seksualne aktivnosti rizičnije nego druge i da se rizik menja u zavisnosti od HIV statusa oba partnera. Informacije treba da budu jasne, precizne i tačne. Mitovi i pogrešne percepcije još uvek okružuju HIV i potrebno je, pored informacija o seksualnom ponašanju, ponuditi informacije o drugim seksualno prenosivim infekcijama i njihovoj ulozi u povećanju rizika transmisije HIV-a, kao i informacije o reproduktivnim izborima i drugim važnim temama (63).

Telefonske informacije i informativni štampani materijal u našoj zemlji nije u dovoljnoj meri dostupan i postoje prepreke za njihovo korišćenje tako da ih mnogi smatraju korisnim, ali ih nema u dovoljnom broju i obliku.

Za sve profesionalce i aktiviste u radu s HIV infekcijom važno je da ulažu u obrazovanje i da nadograđuju sposobnost da slobodno razgovaraju o svim kompleksnim temama sa ljudima koji žive sa HIV-om. Prikladno i prirodno mesto za te razgovore svakako da su savetovališta za DPST, ali se ona malo koriste u našem zdravstvenom sistemu za pozitivnu prevenciju.

Sredstva zaštite (muški i ženski kondomi) treba da budu široko dostupni svim korisnicima programa prevencije i nege.

1.7.2. Značaj „umrežavanja“ u okviru pozitivne prevencije

Osobe koje su suočene sa HIV-om u različitim momentima, od saznanja pozitivnog statusa do početka uzimanja terapije, imaju različite potrebe na koje ne može da odgovori samo jedna institucija ili organizacija, ma kako njen program bio sveobuhvatan. Razvijanje mreže institucija i organizacija koje pokrivaju različite usluge radi upućivanja korisnika jedna je od najvažnijih stavki kad se govori o efikasnom odgovoru na HIV, pa i o delotvornosti programa pozitivne prevencije. Zbog toga je potrebno razvijati dobru saradnju između svih organizacija, grupa i pojedinaca koje pružaju usluge potrebne osobama koje žive sa HIV-om (66).

Osobe koje žive s HIV-om, pored efikasnog tretmana, imaju veliku potrebu za otvorenim i tolerantnim okruženjem u kome mogu biti iskreni kad je reč o njihovom statusu, bez bojazni da će izgubiti posao, mesto u školi, ili da će dobiti zdravstvenu uslugu, i koje pruža uslove za promociju seksualnih i reproduktivnih prava.

Zakoni i nacionalne politike igraju veliku ulogu u kreiranju tih uslova. Opšti zakoni koji doprinose smanjenju diskriminacije i rešavanju pitanja društvene marginalizacije i osnaživanja ljudi i zajednica koje nemaju jednak položaj, jako su važni kad je reč o kompleksnom zdravstvenom i socijonom pitanju kao što je HIV (62).

Pored rada na unapređenju zakona i politika potrebno je raditi i na obrazovanju opšte populacije, profesionalaca i specifičnih zajednica o važnosti pravnih akata koja štite ljudska prava kad je reč o HIV-u i važnosti koje otvoreno i tolerantno društvo ima u celokupnom odgovoru na HIV.

Pored važnosti unapređenja veza unutar državnog zdravstvenog sistema, potrebno je razvijati i brojne druge veze kao što je, na primer, upućivanje na grupe za uzajamnu podršku ili na udruženja osoba koje žive sa HIV-om. Kvalitetno parnjačko savetovanje i podrška jedan je od najisplativijih i najkorisnijih programa nege i podrške, pogotovo u periodu nakon što je osoba otkrila svoj HIV status (67).

Važnost parnjačke podrške i savetovanja prepoznati su i kod nas. U Srbiji postoji niz asocijacija koje okupljaju osobe koje žive sa HIV-om i koje pružaju značajnu pomoć i razmenjuju iskustva i informacije kroz grupe samopodrške.

Prepreke u stvaranju efikasnog i obuhvatnog sistema za upućivanje, kod nas imaju više izvora. Rad nevladinih organizacija uglavnom je vezan za izvođenje kratkoročnih projekata koji imaju nesigurnu budućnost. Projekti idu na otvorene konkurse i uvek

postoji realna šansa da ne budu finansirani. Tako većina nevladinih organizacija nema dovoljnu stabilnost u radu koja bi omogućila da se ozbiljnije posvete razvijanju partnerskih odnosa s drugim organizacijama i da razviju mreže za upućivanje.

Ljudi koji žive s HIV-om, kao i profesionalci i aktivisti koji se bave HIV-om, različito su zadovoljni i imaju kako dobra tako i loša iskustva u korišćenju psihosocijalnih, pravnih, socijalnih i zdravstvenih usluga koje se nude u okviru nevladinog i državnog sektora. Zbog toga stručnjaci i aktivisti oklevaju da ljude koji žive sa HIV-om upute na određenu službu van ustanove u kojoj oni rade. Sve to otežava ljudima koji žive sa HIV-om da brzo i efikasno koriste postojeće programe (12).

Unutar državnog zdravstvenog sistema prisutno je oslanjanje na zvanične upute između institucija. Iskustva iz savetovaništva za dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje na HIV govore o važnosti efikasnog i direktnog upućivanja, pogotovo kada je reč o osobama koje su u savetovalištu dobile preliminarno HIV seropozitivan nalaz. Nemogućnost da ih direktno upute na potvrdno testiranje, savetnike ometa da efikasno i profesionalno obave post-test savetovanje. Dešava se da savetnik ne zna da li je osoba odustala od testiranja ili je uradila potvrdni test i koji je rezultat, što svakako negativno utiče i na savetnika i na njegov rad, posebno u oblasti pozitivne prevencije.

1.8. SUPERVIZIJA KAO POMOĆ U RADU SAVETNIKA ZA DPST

Supervizija se definiše kao sredstvo za sticanje uvida u sopstvene snage i slabosti i ona pomaže u procesu sticanja veština savetovanja. Supervizija u okviru DPST-a ne podrazumeva kontrolu ili nadzor u cilju ocenjivanja.

Koliko god imali iskustva, savetnici će se u nekim trenucima suočiti sa novim situacijama koje su nepoznate ili koje predstavljaju izazov za njihova osećanja i predrasude.

Zato je važno naglasiti da je supervizija prilika da slušamo jedni druge, da delimo iskustvo i znanja i da dajemo sugestije. Dakle ona nije kritikovanje ili osuđivanje, niti pokušaj da se pokaže koliko je neko dobar ili loš u ovom poslu (68).

Posao savetovanja u okviru DPST-a zahteva stalno inoviranje znanja, sticanje novih znanja i novih veština, razmenu iskustva i deljenje ideja sa drugim savetnicima, pre svega iz razloga što klijenti koji dolaze u savetovališta imaju različite životne istorije, različita zdravstvena i socijalna ubeđenja i dolaze iz različitih miljea. Osim toga, rad sa

najvulnerabilnijom populacijom i populacijom u visokom riziku za HIV zahteva ne samo više znanja i veština, nego stavlja na probu jedan od osnovnih zahteva koji se postavljaju pred savetnike: prijateljski, neosuđujući stav prema svim klijentima. Koliko god da su savetnici prijateljski i neosuđujući, svaka nova situacija, svaki novi klijent, zahteva rad na sopstvenim predrasudama i emocijama i na neki način „troši“ savetnika. Zato učenje i edukacija za savetnika u VCCT savetovalištima nikada ne prestaje i treba da bude kontinuiran proces, kako kroz superviziju tako i kroz povremene, dodatne, posebno dizajnirane treninge za savetnike (53).

Savetnici tokom svog posla doživljavaju stres kao rezultat svakodnevnog napornog rada sa ljudima, rada na sopstvenim osećanjima i predrasudama koje mogu da imaju u vezi sa HIV-om i ljudima. Da bi se stres eliminisao i sprečila pojava pregorevanja (engl. burn out sindrom), osim kvalitetnog treninga, neophodno je planirati i sprovoditi superviziju za savetnike.

Mnoge studije i iskustva su pokazala da je „burnout“ česta pojava, naročito u zemljama gde u samom sistemu ne postoji praksa održavanja supervizije u smislu podrške rada savetnika. Razlozi za pojavu stresa i „burn out“ sindroma mogu da budu vezani za činjenicu da savetnici imaju malo obuke, nedovoljno obuke, ili obuku koja nije adekvatna i koja ne uzima u obzir savetnički aspekt ovog posla – njihove predrasude, strahove i brige (68).

Treninzi za savetnike predstavljaju ključne alatke neophodne za rad, ali činjenica je da samo završeni treninzi nisu dovoljni. Savetovanje je veština koja se stiče i stalno unapređuje i koliko god da iskustva imaju, savetnici će se u nekim trenucima suočiti sa novim situacijama koje mogu prouzrokovati ogroman stres i brigu. Zato je veoma važno redovno organizovati supervizijske sastanke za sve savetnike (poželjno je bar jednom u 6 meseci) kako bi svaki savetnik stekao uvid u sopstvene snage i slabosti, dobio podsticaj za dalji rad i prevenirao sopstveno izgaranje na poslu (48, 52).

2. CILJ RADA

U najvećem broju zemalja DPST je široko zastupljena preventivna praksa za koju se veruje da ima potencijal da utiče na porast znanja, promenu stavova, suzbijanje zabluda, kao i na smanjenje rizičnog ponašanja za HIV infekciju.

Iako se u Srbiji DPST sprovodi po preporukama SZO i UNAIDS-a već duže od 12 godina, u našoj zemlji do sada nije urađena nijedna opsežnija studija kojom se može proceniti uspešnost DPST-a. Smatrali smo da je od izuzetne važnosti bilo napraviti istraživanje koje će pokazati koliko opisani način rada daje željenih rezultata i kolika je zaista delotvornost ove intervencije u našoj sredini.

Cilj ovog rada je:

da se ispita da li postoji povezanost između prakse dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i promena koje nastaju u oblasti znanja, ponašanja i stavova ispitanika u vezi sa HIV/AIDS-om.

Podciljevi ovog rada se odnose na istraživanje eventualnih razlika u promenama u oblasti znanja, ponašanja i stavova u odnosu na:

- sociodemografske karakteristike ispitanika: pol, stalno mesto boravka, školsku spremu (stepen i vrstu formalnog obrazovanja)
- seksualnu orijentaciju i
- HIV status ispitanika na testu (HIV negativni ili HIV pozitivni)

Ovo istraživanje trebalo bi da pruži smernice za unapređenje DPST-a u Srbiji, preporuči snažniju podršku onim aktivnostima koje pokažu najveću delotvornost i posluži za razmenu iskustava sa DPST centrima u drugim sredinama i zemljama, kao i sa naučnom i akademskom zajednicom.

3. METOD RADA

3.1. ISPITIVANA POPULACIJA

Ispitivanu populaciju čine mladi ljudi oba pola uzrasta od 18 do 30 godina, u nešto većem broju studenti beogradskih univerziteta, ali i drugi korisnici usluga svetovašta za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd (iako je zvaničan naziv ovog savetovašta Odeljenje za prevenciju side i PPI i HE nadzor ZZZZS Beograd, najčešće se koristi naziv Centar). Prilikom dolaska u Centar na DPST korisnicima je pre usluge savetovanja i testiranja na HIV ponuđeno, ako žele, da popune posebno pripremljen upitnik, kojim su procenjivani njihovo znanje, stavovi i ponašanje u vezi HIV infekcije.

Na godišnjem nivou, ovaj Centar u proseku poseti oko 2000 korisnika, klijenata (plus /minus 300) koji žele da obave savetovanje i testiranje na HIV.

Pre popunjavanja upitnika svakom klijentu/klijentkinji je objašnjeno da ovo istraživanje ima dve faze i da je potrebno da iskreno odgovore na sva pitanja iz upitnika u dva maha: prvi put (u prvoj fazi istraživanja) pre savetovanja i testiranja na HIV, tj. istog dana kada su došli u Centar; a zatim drugi put (u drugoj fazi istraživanja) nakon 4-5 meseci. Svi klijenti su imali mogućnost: ili da ostave svoj broj telefona kako bi mi mogli da ih kontaktiramo, podsetimo i pozovemo, ukoliko zaborave da ponovo dođu nakon 4-5 meseci od prvog popunjavanja upitnika – što je učinilo preko 70% ispitanika ili da se sami sete i dođu u savetovašte, nakon 4-5 meseci – zašta se odlučilo oko 30% ispitanika.

Istraživanje je trajalo 16 meseci – od maja 2010. godine do septembra 2011. godine i imalo je dve faze.

U prvoj fazi istraživanje je sprovedeno u periodu od maja 2010. godine do maja 2011. godine kada je obuhvaćena populacija od ukupno 427 ispitanika, koji su svakog ponedeljka i srede u navedenom periodu posetili Centar za prevenciju side i PPI ZZZZS Beograd i gde im je pre usluge dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV

ponuđeno da popune upitnik. Razlog zbog čega su izabrana ova dva dana u nedelji za sprovođenje istraživanja jeste identičan pristup i jednak način rada na DPST-u savetnika-epidemiologa koji su po rasporedu rada ovog Savetovališta radili ponedeljkom i sredom.

U navedenom, jednogodišnjem periodu, Centar za DPST je posetilo ukupno 2089 klijenata, a broj klijenata koji su se u ovom periodu javili samo ponedeljkom i sredom, kada je istraživanje i sprovedeno, bio je 805. Broj onih koji su ispunjavali kriterijume za istraživanje, tj. da su uzrasta od 18 do 30 godina, bilo je 659. Od ovog broja, njih 427 je želelo da učestvuje u istraživanju dajući pisanu saglasnost, pa je procenat korisnika koji su želeli da popune ponuđeni upitnik (stopa odaziva) bila 65%. Ovaj procenat klijenata koji su želeli da učestvuju u istraživanju je dosta visok, s obzirom da više od polovine klijenata koji posete savetovalište za DPST želi da obavi savetovanje i testiranje anonimno, tj. bez ostavljanja bilo kakvih podataka.

U drugoj fazi istraživanja koje je sprovedeno od septembra 2010. godine do septembra 2011. godine, obuhvaćena je populacija od 365 ispitanika. To znači da od 427 ispitanika koji su popunili upitnik u prvoj fazi istraživanja, njih 62 (15%) nije popunilo drugi upitnik.

Dakle 365 ispitanika popunilo je identičan upitnik koji su popunjavali 4-5 (najviše 6) meseci ranije, tokom prve faze istraživanja, kada su bili u Centru za DPST zbog savetovanja i testiranja na HIV. I ovaj broj ispitanika od 365 (što je 85%) je veoma visok, s obzirom da nije postojala nikakva konkretnija stimulacija klijenata za ponovni dolazak – osim da popune upitnik.

3.2. INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA

Instrument istraživanja bio je anonimni upitnik, dizajniran prema sličnim istraživanjima u svetu, prilagođen našim uslovima (Prilog – Upitnik).

Ovaj upitnik je za osnovu imao bazični „Upitnik za savetovališta za mlade“ namenjen mladima koji dolaze u preventivna savetovališta za mlade pri domovima zdravlja i

studentskim poliklinikama, koji je kreiran u toku Projekta Ministarstva zdravlja Republike Srbije „Zdravlje mladih na Balkanu“

(Link: <http://www.canbhp.org/balkan-youth-and-health/index.php?lang=Srpski®ion=Srbija&trenutna=informacijaRadiAkcije.php>).

Upitnik koji smo koristili sadrži tri celine: Prva celina se odnosi na pitanja vezana za lične podatke, druga sadrži pitanja vezana za procenu znanja o HIV/AIDS-u, a u trećoj su pitanja koja se odnose na stavove i ponašanje ispitanika koji se mogu dovesti u vezu sa rizikom za HIV infekciju. Upitnik ima ukupno 49 pitanja, većinom zatvorenog tipa sa ponuđenim odgovorima, a pojedini odgovori su testirani u vidu petostepenih Likertovih skala.

Pitanja koja se tiču socio-demografskih karakteristika ispitanika odnose se na pol, uzrast, školsku spremu, zaposlenje, ličnu procenu materijalnog stanja, školsku spremu i zanimanje roditelja, bračno stanje, stalno mesto boravka i iskustvo vezano za test na HIV. Pitanja koja se odnose na procenu znanja testirana su trostepenim skalama, gde je ostavljena mogućnost i odgovora „ne znam“, ali su se odgovori „ne znam“ tretirali kao netačni. Pitanja vezana za procenu znanja u najvećoj meri su se odnosila na načine prenosa HIV-a, gde je bio naveden niz konkretnih situacija koje mogu biti značajne za korisnike koji dolaze u savetovalište, zatim pitanja vezana za prepoznavanje rizičnog ponašanja, stepenovanje rizika za različite vrste seksualnih odnosa, postojanje efikasne terapije za HIV pozitivne osobe i niz pitanja vezanih za „period prozora“.

Pitanja kojima se ispituju stavovi i ponašanja ispitanika koji se mogu dovesti u vezu sa rizikom za HIV, odnose se na: seksualne odnose, uzrast stupanja u seksualne odnose, seksualnu orijentaciju, broj dosadašnjih seksualnih partnera, broj partnera u poslednja 4 meseca, postojanje paralelnih veza, vrstu seksualnih odnosa, korišćenje kondoma u različitim seksualnim praksama, plaćanje ili sticanje neke materijalne dobiti za seksualnu uslugu, postojanje neke od polno prenosivih infekcija, te na praksu vezanu za konzumiranje alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, praksu opijanja i postojanje seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge; zatim pitanja koja su se odnosila na stavove vezane za obavezu osoba koje žive sa HIV-om da svoj HIV pozitivni status kažu nekome – i kome, postojanje ili odsustvo stigme i diskriminacije u odnosu na osobe koje žive sa HIV-om, zatim spremnost prihvatanja rezultata nakon testiranja –

kakav god on bio i pitanja o stavovima vezanim za verovanje u delotvornost, uspešnost i motivisanost za promenu rizičnog ponašanja kod klijenata nakon celog procesa savetovanja i testiranja na HIV.

3.3. STATISTIČKA ANALIZA

Statistička obrada prikupljenih podataka uključila je metode deskriptivne statistike (mere centralne tendencije i mere varijabiliteta), kao i analitičke gde je od statističkih testova korišćen t-test za numeričke parametarske varijable (npr. za testiranje razlika u prosečnim godinama starosti po polu, testiranje razlika u prosečnim godinama stupanja u seksualne odnose u odnosu na pol, obrazovanje, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka, kao i testiranje razlika u prosečnom broju seksualnih partnera u odnosu na pol, obrazovanje, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka) i Hi kvadrat test za kategorijske varijable (npr. za testiranje razlika u distribuciji odgovora prema polu, dobnim grupama, stepenu obrazovanja odnosno prethodnom obrazovanju, seksualnoj orijentaciji, prepoznavanju rizika za HIV, prema mestu stalnog boravka i u odnosu na pripadnost grupama sa različitim rizikom za HIV infekciju).

Statistička obrada prikupljenih podataka urađena je za svaku grupu ispitanika pojedinačno i u prvoj i u drugoj fazi ispitivanja, ali je uporedna statistička analiza podataka u smislu otkrivanja postojanja ili nepostojanja razlika u odgovorima u znanju, stavovima i ponašanju pre i posle intervencije testirana Mc Nemarom testom za kategorijske dihotomne varijable, Wilcoxon-ovim testom za ordinalne varijable i T-testom za vezane uzorke za numeričke varijable.

Da bismo dalje ispitali koje varijable imaju najjači i nezavisni uticaj na napredovanje u znanju, stavovima i ponašanju posle intervencije koju smo ispitivali, rađena je multivarijantna logistička regresija.

Da bismo došli do podataka koji su ušli u model multivarijantne logističke regresione analize, prethodno su urađeni skorovi za znanje, stavove i ponašanje, tako što su tačni odgovori, prihvatljiviji stavovi i poželjnije ponašanje kodirani većim brojem. Veći skor

je označavao bolje znanje, odnosno prihvatljivije stavove i poželjnije ponašanje. Ukupni skorovi su određeni tako što je za svakog ispitanika računat prosečan skor odgovora odvojeno za znanje, stavove i ponašanje pre i posle intervencije, a potom je računata prosečna procentualna razlika u znanju, stavovima i ponašanju pre i posle intervencije prema sledećoj formuli: $((\text{posle}_{\text{interv.}} - \text{pre}_{\text{interv.}}) / \text{pre}_{\text{interv.}}) \times 100$. Medijana prosečnih procentualnih razlika u znanju, stavovima i ponašanju je uzeta kao granična vrednost koja je kontinuiranu ishodnu (zavisnu) varijablu pretvorila u dihotomnu ishodnu varijablu neophodnu u logističkoj regresiji. Varijable koje su bile statistički značajne (na osnovu Hi kvadrat testa i Studentovog t-testa na nivou $p < 0,1$ ušle su u model multivarijantne logističke regresione analize. Nezavisne varijable odnosile su se na: socio-demografske karakteristike ispitanika (pol, uzrast, školsku spremu, materijalno stanje, zaposlenost, mesto boravka, bračno stanje), prethodno savetovanje i testiranje na HIV, kvalitet pružene usluge savetovanja, uzrast stupanja u seksualne odnose, seksualnu orijentaciju i upotrebu psihoaktivnih supstanci. Urađena su tri modela multivarijantne logističke regresije:

- model multivarijantne logističke regresije gde su ispitivani nezavisni faktori koji su uticali na napredovanje u znanju,
- model multivarijantne logističke regresije gde su ispitivani nezavisni faktori koji su uticali na smanjenje rizičnog ponašanja i
- model multivarijantne logističke regresije gde su ispitivani nezavisni faktori koji su uticali na napredovanje u promeni stavova.

Nivo statističke značajnosti u svim testovima je bio $p < 0,05$ a statistička obrada podataka urađena je uz pomoć statističkog programa SPSS version 21.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

4. REZULTATI

4.1. SOCIO-DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

Ispitivanjem je u prvoj, inicijalnoj fazi obuhvaćeno 427 ispitanika, uzrasta od 18 do 30 godina, 239 (56%) mladića i 188 (44%) devojaka (tabela 1). U drugoj fazi istraživanja od 427 ispitanika odazvalo se 365, i to 210 mladića (57,5%) i 155 devojaka (42,5%) (tabela 1), dok se 62 ispitanika (14%) nisu odazvala.

Tabela 1. Distribucija ispitanika prema polu

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Pol	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Muški	239	56,0	210	57,5
Ženski	188	44,0	155	42,5
Ukupno	427	100,0	365	100,0

I u prvoj i u drugoj fazi ispitivanja studenti su činili više od polovine ispitanika.

U I fazi: studenata je bilo 238 (55,7%), sa završenim fakultetom 47 (11%), sa završenom srednjom školom 106 (24,8%), srednju školu je pohađalo njih 14 (3,3%), a samo završenu osnovnu školu su imala 22 ispitanika (5,2%) (tabela 2).

U II fazi: studenata je bilo 183 (50,1%), sa završenim fakultetom 51 (14,0%), sa završenom srednjom školom 102 (27,9%), srednju školu je pohađalo njih 11 (3,0%) i samo završenu osnovnu školu imalo je 18 ispitanika (4,9%) (tabela 2).

Tabela 2. Distribucija ispitanika prema školskoj spremi

Školska sprema	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Završena osnovna škola	22	5,2	18	4,9
Ide u srednju školu	14	3,3	11	3,0
Završena srednja škola	106	24,8	102	27,9
Ide na fakultet	238	55,7	183	50,1
Završen fakultet	47	11,0	51	14,0
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Radi lakšeg praćenja i upoređivanja dobijenih podataka u statističkoj analizi, ispitanike smo, u odnosu na stepen obrazovanja, podelili u dve grupe: prvu grupu su činili ispitanici čiji je najviši stepen obrazovanja bila srednja škola, tako da su u prvoj fazi istraživanja ovu grupu činila 142 ispitanika (ili 33,3%). U drugoj grupi su bili ispitanici koji su studirali ili su završili studije a kojih je u prvoj fazi istraživanja bilo 285 (ili 66,7%) (tabela 3). U drugoj fazi istraživanja grupu ispitanika čiji je najviši stepen obrazovanja bila srednja škola, činio je 131 ispitanik (ili 35,9%), a u drugoj grupi u kojoj su bili ispitanici koji su studirali ili su završili studije bila su 234 ispitanika (ili 64,1%) (tabela 3).

Tabela 3. Distribucija ispitanika prema školskoj spremi – sumarni prikaz u dve grupe

Školska sprema	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Srednja škola i niže obrazovanje	142	33,3	131	35,9
Studenti i fakultetski obrazovani	285	66,7	234	64,1
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Kada je školska sprema roditelja u pitanju, u prvoj fazi istraživanja više od polovine ispitanika je navelo da im majka ima srednju stručnu spremu (238 ispitanika ili 55,7%), a najveći broj ispitanika je naveo da im otac ima višu ili visoku školu (234 ispitanika ili 54,8%). I u drugoj fazi istraživanja dobijeni su slični podaci. Detaljna distribucija odgovora na pitanje o školskoj sprema majke i oca data je u tabelama 4. i 5.

Tabela 4. Školska sprema majke

Školska sprema majke	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Bez škole	6	1,4	6	1,6
Osnovna škola	25	5,9	20	5,5
Srednja škola	238	55,7	196	53,7
Viša i visoka škola	140	32,8	126	34,5
Magisterijum ili doktorat	18	4,2	17	4,7
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Tabela 5. Školska sprema oca

Školska sprema oca	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Bez škole	6	1,4	5	1,4
Osnovna škola	2	,5	2	,5
Srednja škola	170	39,8	151	41,4
Viša i visoka škola	234	54,8	193	52,9
Magisterijum ili doktorat	15	3,5	14	3,8
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Jedna trećina ispitanika u prvoj fazi istraživanja navodi da je zanimanje njihove majke i zanimanje njihovog oca – službenik/službenica. Više od četvrtine navodi da im je majka nezaposlena (112 ispitanika ili 26,2%), a svaki deveti navodi da je i otac nezaposlen (50 ispitanika ili 11,7%). U drugoj fazi istraživanja povećan je broj ispitanika koji su naveli

da im je majka nezaposlena – 113 ili 31,0 %, a u odnosu na zanimanje oca nisu uočene veća odstupanja u drugoj fazi istraživanja (tabele 6 i 7).

Tabela 6. Zanimanje majke

Zanimanje majke	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Nezaposlena	112	26,2	113	31,0
Poljoprivrednik	12	2,8	9	2,5
Radnica	75	17,6	56	15,3
Službenica	143	33,5	110	30,1
Stručnjak	30	7,0	25	6,8
Rukovodilac	22	5,2	18	4,9
Naučna radnica	6	1,4	6	1,6
Penzionerka	27	6,3	28	7,7
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Tabela 7. Zanimanje oca

Zanimanje oca	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Nezaposlen	50	11,7	44	12,1
Poljoprivrednik	17	4,0	16	4,4
Radnik	90	21,1	79	21,6
Službenik	142	33,3	112	30,7
Stručnjak	39	9,1	31	8,5
Rukovodilac	37	8,7	32	8,8
Naučni radnik	4	0,9	3	0,8
Penzioner	48	11,2	48	13,2
Ukupno	427	100,0	365	100,0

U prvoj fazi istraživanja bio je nešto veći broj ispitanika koji su rođeni van Beograda (49,6%) a u drugoj je bilo više ispitanika koji su rođeni u Beogradu (50,1%). Oko 3% ispitanika je rođeno van Srbije, u bivšim Jugoslovenskim republikama – Bosni i Hercegovini, u Hrvatskoj ili u Crnoj Gori (tabela 8).

I u prvoj i u drugoj fazi istraživanja Beograd, kao stalno mesto boravka, ili mesto sadašnjeg boravka navodi veći broj ispitanika (u prvoj fazi 57,1% i u drugoj 58%), dok ostala mesta u Srbiji kao stalno mesto boravka navodi u prvoj fazi 42,9% ispitanika i u drugoj fazi istraživanja 42% ispitanika (tabela 9).

Tabela 8. Distribucija ispitanika prema mestu rođenja

Mesto rođenja	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Beograd	202	47,3	183	50,1
Unutrašnjost Srbije	212	49,6	170	46,6
Van Srbije	13	3,0	12	3,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Tabela 9. Distribucija ispitanika prema mestu boravka

Mesto boravka	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Beograd	244	57,1	218	58,0
Van Beograda	183	42,9	147	42,0
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Svoje trenutno materijalno stanje u prvoj fazi istraživanja kao „osrednje“ procenjuje blizu polovine ispitanika (njih 194 ili 45,4%), „dobro“ ili „izuzetno dobro“ ukupno njih 108 (ili 25,3%), dok ga je kao „loše“ ili „izuzetno loše“ procenilo ukupno 125 ispitanika (ili 29,3%) (tabela 10). Najveće razlike u pogledu socio-demografskih karakteristika između prve i druge faze istraživanja uočene su upravo u okviru ovog pitanja (procena trenutnog materijalnog stanja). U drugoj fazi istraživanja najviše ispitanika je odgovorilo da trenutno ima loše materijalno stanje – 140 ispitanika (ili 38,4%), odnosno da imaju „loše“ ili „izuzetno loše“ materijalno stanje procenilo je ukupno 165 ispitanika (ili 45,2%). Da je ono „osrednje“ procenilo je 139 ispitanika (ili 38,1%), a „dobro“ ili „izuzetno dobro“ ukupno njih 61 (ili 16,7%) (tabela 10).

Tabela 10. Procena trenutnog materijalnog stanja

Procena trenutnog materijalnog stanja	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Izuzetno loše	27	6,3	25	6,8
Loše	98	23,0	140	38,4
Osrednje	194	45,4	139	38,1
Dobro	96	22,5	60	16,4
Izuzetno dobro	12	2,8	1	,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

4.2. PROCENA ZNANJA O HIV INFEKCIJI I O AIDS-u

U delu upitnika kojim se procenjivalo znanje ispitanika bilo je 18 pitanja. Odgovori na sva pitanja u ovom delu upitnika dati su u vidu trostepene skale sa ponuđenim odgovorima: „tačno“ „netačno“ i „ne znam“, a obrada dobijenih odgovora i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja (pre i posle intervencije) urađena je na dva načina:

1. analizom dve kategorije odgovora (ovaj način je podrazumevao da su odgovori „ne znam“ tretirani kao neispravni i pridodati su neispravnim odgovorima, tako da su se pri statističkoj analizi posmatrale samo dve kategorije odgovora – „ispravni“ i „neispravni“ odgovori);
2. analizom trostepene skale odgovora gde su sva tri ponuđena odgovora posmatrana ravnopravno, tako da su se pri statističkoj analizi posmatrale tri kategorije odgovora – „tačni“, „netačni“ i odgovori „ne znam“.

U literaturi se skoro ravnopravno koriste oba načina.

4.2.1. Rezultati analize procene znanja o HIV infekciji i o AIDS-u koristeći princip dve kategorije odgovora

Obradujući odgovore na pitanja o znanju tako što smo sve odgovore „ne znam“ tretirali kao neispravne i posmatrali samo dve kategorije odgovora: ispravne i neispravne – dobili smo da je od ukupno 18 pitanja za 17 dobijena statistički značajna razlika u odgovorima između prve i druge faze istraživanja.

Distribucija odgovora za 18 pitanja kojim je testirano znanje ispitanika i statistička značajnost u odgovorima između prve i druge faze istraživanja prikazane su u tabelama od broja 11 do broja 28.

Tabela 11. Distribucija odgovora na pitanje: „Osoba koja ima HIV infekciju ili sidu može da se prepozna po izgledu“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	111	26,0	48	13,2
Ispravan odgovor	316	74,0	317	86,8
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 46.021; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 12. Distribucija odgovora na pitanje: „HIV se prenosi krvlju, spermom i vaginalnim sekretom“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	13	3,0	1	0,3
Ispravan odgovor	414	97,0	364	99,7
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 63.140; $p = 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 13. Distribucija odgovora na pitanje: „Ljudi mogu da se zaštite od HIV-a jedino ako uopšte nemaju seksualne odnose“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	81	19,0	42	11,5
Ispravan odgovor	346	81,0	323	88,5
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 46.052; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 14. Distribucija odgovora na pitanje: „Ljudi mogu da dobiju HIV ukoliko jedu iz istog tanjira ili koriste isti toalet sa inficiranom osobom“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	103	24,1	46	12,6
Ispravan odgovor	324	75,9	319	87,4
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 44.022; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 15. Distribucija odgovora na pitanje: „Da bi se uradio test na HIV potrebno je da prođe period od oko 2 meseca od poslednje prilike kada je virus mogao da se prenese“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	89	20,8	24	6,6
Ispravan odgovor	338	79,2	341	93,4
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 54.018; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 16. Distribucija odgovora na pitanje: „HIV može da se prenese ubodom inficiranog komarca“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	105	24,6	45	12,3
Ispravan odgovor	322	75,4	320	87,7
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 40.024; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 17. Distribucija odgovora na pitanje: „Trudna žena koja ima HIV infekciju ili sidu može HIV preneti na svoje nerođeno dete“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	24	5,6	10	2,7
Ispravan odgovor	403	94,4	355	97,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 59.310; $p = 0,012$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 18. Distribucija odgovora na pitanje: „Ljudi mogu da se zaštite od seksualnog prenosa HIV infekcije ukoliko koriste kondom pri svakom seksualnom odnosu“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	8	1,9	2	0,5
Ispravan odgovor	419	98,1	363	99,5
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 66.020; $p = 0,180$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 19. Distribucija odgovora na pitanje: „Zajedničkom upotrebom i razmenom igala i špriceva prilikom ubrizgavanja droge može se preneti HIV“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	12	2,8	2	0,5
Ispravan odgovor	415	97,2	363	99,5
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 65.074; p = 0,031

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 20. Distribucija odgovora na pitanje: „Sasvim je sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe virus (HIV) preneti na zdravu osobu“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	251	58,8	103	28,2
Ispravan odgovor	176	41,2	262	71,8
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 114.009; p < 0,001

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 21. Distribucija odgovora na pitanje: „Period prozora je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	293	68,6	146	40,0
Ispravan odgovor	134	31,4	219	60,0
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 113.009; p < 0,001

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 22. Distribucija odgovora na pitanje: „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/ negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	132	30,9	61	16,7
Ispravan odgovor	295	69,1	304	83,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 49.424; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 23. Distribucija odgovora na pitanje: „U toku perioda prozora HIV se ne može preneti drugoj osobi“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	164	38,4	61	16,7
Ispravan odgovor	263	61,6	304	83,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 74.113; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 24. Distribucija odgovora na pitanje: „Kondom je bitno koristiti samo za vaginalni seksualni odnos“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	75	17,6	24	6,6
Ispravan odgovor	352	82,4	341	93,4
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 36.026; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 25. Distribucija odgovora na pitanje: „Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ se može preneti HIV“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	117	27,4	52	14,2
Ispravan odgovor	310	72,6	313	85,8
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 42.023; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „tačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „netačno“

Tabela 26. Distribucija odgovora na pitanje: „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	80	18,7	28	7,7
Ispravan odgovor	347	81,3	337	92,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 40.024; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 27. Distribucija odgovora na pitanje: „Danas postoje efikasni lekovi koji mogu značajno produžiti život HIV pozitivnim pacijentima i koji mogu produžiti asimptomatski period (period bez znakova i simptoma HIV/AIDS-a)“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	45	10,5	27	7,4
Ispravan odgovor	382	89,5	338	92,6
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 42.680; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

Tabela 28. Distribucija odgovora na pitanje: „Oralnim seksualnim odnosom bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom možemo se inficirati HIV-om“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Neispravan odgovor	103	24,1	20	5,5
Ispravan odgovor	324	75,9	345	94,5
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Hi kvadrat test = 64.015; $p < 0,001$

*Neispravan odgovor: sumirani odgovori „netačno“ i „ne znam“;

Ispravan odgovor: „tačno“

4.2.2. Rezultati analize procene znanja o HIV infekciji i AIDS-u uz korišćenje trostepene skale odgovora

Analizirajući odgovore na pitanja o znanju tako što smo sve ponuđene odgovore posmatrali kao tri ravnopravne kategorije odgovora, u tabelama su autentično preneti kao iskazi:

1. „tačno“
2. „netačno“
3. „ne znam“

Na osnovu odgovora na svih 18 pitanja uočava se evidentan napredak u znanju u drugoj fazi istraživanja (nakon intervencije koju testiramo), sa statistički značajnom razlikom u odgovorima pre i posle intervencije na svih 18 pitanja. Osim napretka u znanju u drugoj fazi istraživanja, takođe, skoro kod svakog pitanja se uočava „topljenje nesigurnosti“ u odgovorima tj. smanjivanje procenata odgovora „ne znam“.

U tabelama od broja 29 do broja 37 prikazana je distribucija odgovora na pitanja kod kojih je uočen najveći porast tačnih odgovora ili ubedljivo smanjenje odgovora „ne znam“.

Tako je na pitanje: „Period prozora je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila do pojave kliničke slike HIV infekcije tj. side“, u prvoj fazi istraživanja, ispravan odgovor dalo manje od trećine ispitanika (31%), a u drugoj dvostruko više (60%) i ova razlika je statistički visoko značajna (tabela 29).

Tabela 29. Distribucija odgovora na pitanje: „Period prozora je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila do pojave kliničke slike HIV infekcije, tj. side“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	185	43,3	76	20,8
Netačno	134	31,4	219	60,0
Ne znam	108	25,3	70	19,2
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -9.944$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Zatim, skoro četvrtina ispitanika u prvoj fazi ispitivanja nije bila sigurna da li se HIV može preneti sa jedne na drugu osobu i u toku *perioda prozora* (23,2% odgovora „ne znam“), a svaki sedmi ispitanik je dao neispravan odgovor (15,2%). U drugoj fazi istraživanja osetno je veći procenat ispitanika koji su znali ispravan odgovor na ovo pitanje (83,3%), a razlika u odgovorima je bila statistički visoko značajna. (tabela 30).

Tabela 30. Distribucija odgovora na pitanje: „U toku perioda prozora HIV se ne može preneti drugoj osobi“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	65	15,2	13	3,6
Netačno	263	61,6	304	83,3
Ne znam	99	23,2	48	13,2
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -8.168$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Na pitanje: „Da bi se uradio test na HIV potrebno je da prođe period od oko 2 meseca od poslednje prilike kada je virus mogao da se prenese“ u prvoj fazi 79,2% je odgovorilo da je to tačno, ali se 18,3% izjasnilo da ne zna odgovor na ovo pitanje (tabela 13), dok je u drugoj fazi istraživanja 93,4% odgovorilo da je to tačno, a tri puta manje (5,8%) je bilo neodlučno, što je bilo statistički visoko značajno (tabela 31).

Tabela 31. Distribucija odgovora na pitanje: „Da bi se uradio test na HIV potrebno je da prođe period od oko 2 meseca od poslednje prilike kada je virus mogao da se prenese“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	338	79,2	341	93,4
Netačno	11	2,6	3	,8
Ne znam	78	18,3	21	5,8
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -7.077$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „tačno“*

Da se HIV ne može preneti socijalnim kontaktom, tj. korišćenjem istog pribora za jelo i korišćenjem istog toaleta sa inficiranom osobom, znalo je preko tri četvrtine ispitanika u prvoj fazi istraživanja, a u drugoj fazi istraživanja taj procenat je viši za još 12%, dok je procenat neispravnih odgovora smanjen 3 puta (tabela 32), što je bilo statistički visoko značajno $p < 0,001$.

Tabela 32. Distribucija odgovora na pitanje: „Ljudi mogu da se inficiraju (zaraze) HIV-om ukoliko jedu iz istog tanjira ili koriste isti toalet sa osobom koja živi sa HIV-om“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	35	8,2	9	2,5
Netačno	324	75,9	319	87,4
Ne znam	68	15,9	37	10,1
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -6.260$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Najveća nesigurnost postojala je kod odgovora na pitanja oko prenosa HIV-a poljupcem, putem oralnog seksa i putem analnog seksa, pa su to bila pitanja na koja su se u prvoj fazi istraživanja ispitanici u visokom procentu odlučivali za odgovor „ne znam“.

Tako se u prvoj fazi istraživanja na pitanje (iskaz): „Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ se može preneti HIV“ svaki peti ispitanik odlučio za odgovor „ne znam“ (20,1%) dok je 7,3 % dalo pogrešan odgovor. U drugoj fazi istraživanja ovi procenti su višestruko niži, što je bilo statistički visoko značajno $p < 0,001$ (tabela 33).

Tabela 33. Distribucija odgovora na pitanje: „Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ se može preneti HIV“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	31	7,3	7	1,9
Netačno	310	72,6	313	85,8
Ne znam	86	20,1	45	12,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -6.018$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Najveća razlika u procentima izabranih odgovora „ne znam“ u prvoj i drugoj fazi istraživanja uočena je kod pitanja (iskaza): „Oralnim seksom bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom, možemo se inficirati HIV-om“ gde se u prvoj fazi istraživanja 21,8% ispitanika odlučilo za odgovor „ne znam“, dok je u drugoj fazi istraživanja taj procenat ubedljivo niži (5,2%), što je bilo statistički visoko značajno $p < 0,001$ (tabela 34).

Tabela 34. Distribucija odgovora na pitanje: „Oralnim seksom bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom, možemo se inficirati HIV-om“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	324	75,9	345	94,5
Netačno	10	2,3	1	,3
Ne znam	93	21,8	19	5,2

Vilkoksonov test $Z = -7.734$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „tačno“*

Iako su u visokom procentu dobijeni tačni odgovori za tvrdnju: da se analni seksualni odnosi bez kondoma svrstavaju u najviše rizike za HIV infekciju, svaki šesti ispitanik je izabrao odgovor „ne znam“ u prvoj fazi istraživanja, a u drugoj fazi istraživanja je ovaj procenat ubedljivo niži (tabela 35), što je bilo statistički visoko značajno.

Tabela 35. Distribucija odgovora na pitanje: „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	347	81,3	337	92,3
Netačno	7	1,6	2	,5
Ne znam	73	17,1	26	7,1
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -6.230$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „tačno“*

Ukupno trećina ispitanika u prvoj fazi istraživanja je dala odgovor „ne znam“ ili neispravan odgovor na pitanje/iskaz: „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“, dok je u drugoj fazi istraživanja taj procenat bio skoro duplo niži, što je statistički visoko značajno (tabela 36).

Tabela 36. Distribucija odgovora na pitanje: „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
Odgovori ispitanika*	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	64	15,0	17	4,7
Netačno	295	69,1	304	83,3
Ne znam	68	15,9	44	12,1
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -6.874$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Najveći porast ispravnih odgovora (preko 30%) uočen je na pitanje/tvrdnju: „Sasvim je sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe - HIV preneti na zdravu osobu“, gde je procenat ispitanika koji su dali ispravan odgovor u drugoj fazi istraživanja bio statistički visoko značajno viši ($p < 0,001$) (tabela 37).

Tabela 37. Distribucija odgovora na pitanje: „Sasvim je sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe - virus (HIV) preneti na zdravu osobu“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Tačno	201	47,1	69	18,9
Netačno	176	41,2	262	71,8
Ne znam	50	11,7	34	9,3
Ukupno	427	100,0	365	100,0

Vilkoksonov test $Z = -10.362$; $p < 0,001$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

4.2.3. Rezultati analize procene znanja o HIV-u kod pacijenata kod kojih je ustanovljena HIV infekcija

Od 427 ispitanika koji su učestvovali u istraživanju u prvoj fazi istraživanja kod 17 je dijagnostikovana HIV infekcija, s tim da se u drugoj fazi istraživanja od njih 17, javilo i dalje učestvovalo u istraživanju 16 pacijenata sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom. Svih 16 pacijenata su bili muškarci, što je u odnosu na celokupan uzorak bilo statistički visoko značajno (Fišerov test =12.351; $p < 0,001$), a nije bilo nikakve statistički značajne razlike analizirajući druge socio-demografske karakteristike HIV pozitivnih pacijenata u odnosu na celokupan uzorak kada su u pitanju stepen obrazovanja, zaposlenost, mesto rođenja, stalno mesto boravka i materijalno stanje.

Prosečna vrednost godina starosti pacijenata kod kojih je dijagnostikovna HIV infekcija bila je 24,38 godina (+/- 2,6), i nije se statistički značajno razlikovala od prosečne vrednosti godina starosti celokupnog uzorka (23,96 godine +/- 3,1).

Analizirajući odgovore na 18 pitanja iz dela upitnika koji se odnosio na znanje, dobijeno je da se odgovori ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija na 17 pitanja nisu statistički razlikovali u odnosu na odgovore ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija. Jedino pitanje, i to samo u prvoj fazi istraživanja, gde postoji statistički visoko značajna razlika u odgovorima ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija u odnosu na ispitanike kod kojih nije dijagnostikovana

HIV infekcija, jeste pitanje: „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“ (tabela 38).

Tabela 38. Distribucija odgovora ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija na pitanje: „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“

Odgovori ispitanika*	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Ispravan odgovor	10	58,8	15	93,8
Neispravan odgovor	7	41,2	1	6,2
Ukupno	17	100,0	16	100,0
	Fišerov test 6.518 p = 0,019		Fišerov test 0.048 p = 1,000	

* *Ispravan odgovor je: „tačno“ a neispravan: „netačno“ i „ne znam“*

4.2.4. Specifičnosti u distribuciji odgovora ispitanika u odnosu na pol, stepen obrazovanja, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka

Analizirajući znanje o HIV/AIDS-u u odnosu na pol, stepen obrazovanja, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka (Beograd ili druga mesta u Srbiji) brojnije su bile statistički značajne razlike u odgovorima u prvoj fazi istraživanja nego u drugoj.

Specifičnosti u distribuciji odgovora u odnosu na pol

Statistički visoko značajne razlike u odgovorima vezanim za znanje o HIV/AIDS-u u odnosu na pol, u prvoj fazi istraživanja postojale su kod pitanja: „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se dogodila infekcija HIV-om do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“ ($p = 0,003$) i „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“ ($p < 0,001$) gde su devojke imale više ispravnih odgovora, a statistički značajne razlike uočene su i kod pitanja: „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“, sa većim procentom tačnih odgovora među devojka.

U drugoj fazi istraživanja statistički značajne razlike u odnosu na pol, ostale su samo u odgovorima kod pitanja „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije“, gde su devojke i dalje imale veći procenat tačnih odgovora od mladića ($p = 0,013$).

Specifičnosti u distribuciji odgovora u odnosu na seksualnu orijentaciju

Skoro identične statistički značajne razlike u odgovorima u prvoj fazi istraživanja su uočene u odnosu na seksualnu orijentaciju, na identična pitanja kao i u odnosu na pol. Statistički visoko značajne razlike su postojale u odgovorima na pitanja: „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“ ($p = 0,003$) i „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“ ($p = 0,003$) gde je više tačnih odgovora bilo među heteroseksualno orijentisanim ispitanicima. Statistički značajne razlike uočene su i u odgovorima na pitanje „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“ ($p = 0,042$) sa većim procentom ispravnih odgovora među homoseksualno populacijom. U drugoj fazi istraživanja statistički visoko značajne razlike u odnosu na seksualnu orijentaciju uočene su samo kod pitanja „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije, tj. side“ ($p = 0,005$) ali sada sa većim procentom ispravnih odgovora među homoseksualno populacijom.

Specifičnosti u distribuciji odgovora u odnosu na stepen obrazovanja

Najviše statistički značajnih razlika u odgovorima uočeno je u odnosu na stepen obrazovanja ispitanika, posebno u prvoj fazi istraživanja.

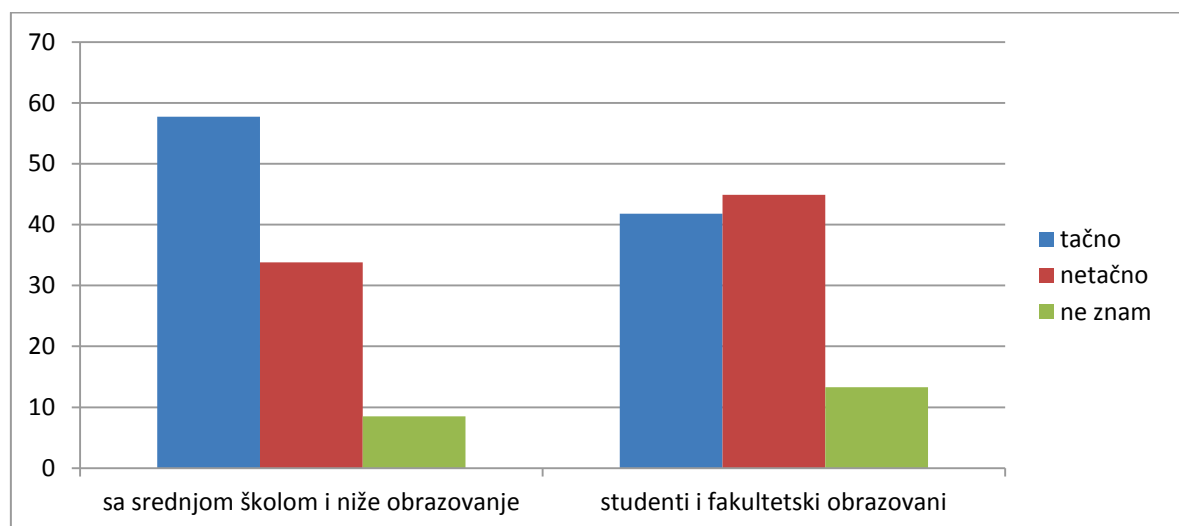
U prvoj fazi istraživanja, u odnosu na stepen obrazovanja uočene su statistički visoko značajne razlike ($p < 0,001$) kod odgovora na sledeća 4 pitanja: „Sasvim sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe HIV preneti na zdravu osobu“ (grafikon 3), zatim „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije tj. side“

(grafikon 4), zatim „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“ (grafikon 5) i „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“ (grafikon 6).

Takođe uočene su statistički značajne razlike u odgovorima ($p < 0,05$) na još 4 pitanja: „U toku *perioda prozora* HIV se ne može preneti drugoj osobi“, „Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ se može preneti HIV“, „Danas postoje efikasni lekovi koji mogu značajno produžiti život HIV pozitivnim pacijentima i koji mogu produžiti asimptomatski period (period bez znakova i simptoma HIV/AIDS-a)“ i „HIV može da se prenese ubodom inficiranog komarca“.

U drugoj fazi istraživanja ove razlike se osetno smanjuju ali dalje ostaju statistički značajne razlike u odgovorima vezanim za definisanje *perioda prozora* (grafikon 7), zatim da li kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke (grafikon 8) i da li se analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava u najviše rizike za HIV infekciju (grafikon 9).

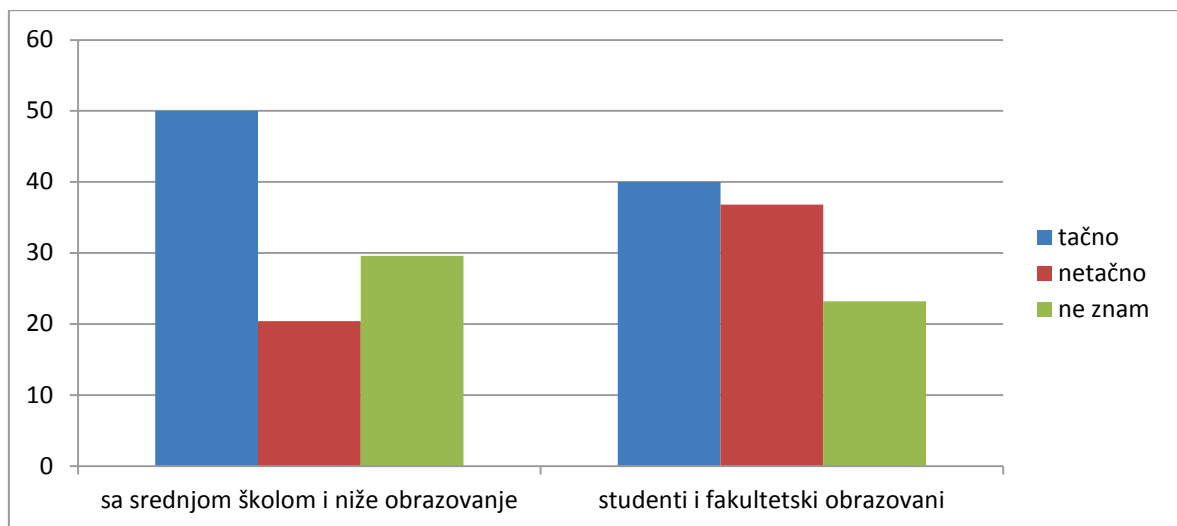
Grafikon 3. Distribucija odgovora na pitanje „Sasvim sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe HIV preneti na zdravu osobu“* u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 9.917; $p=0,007$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

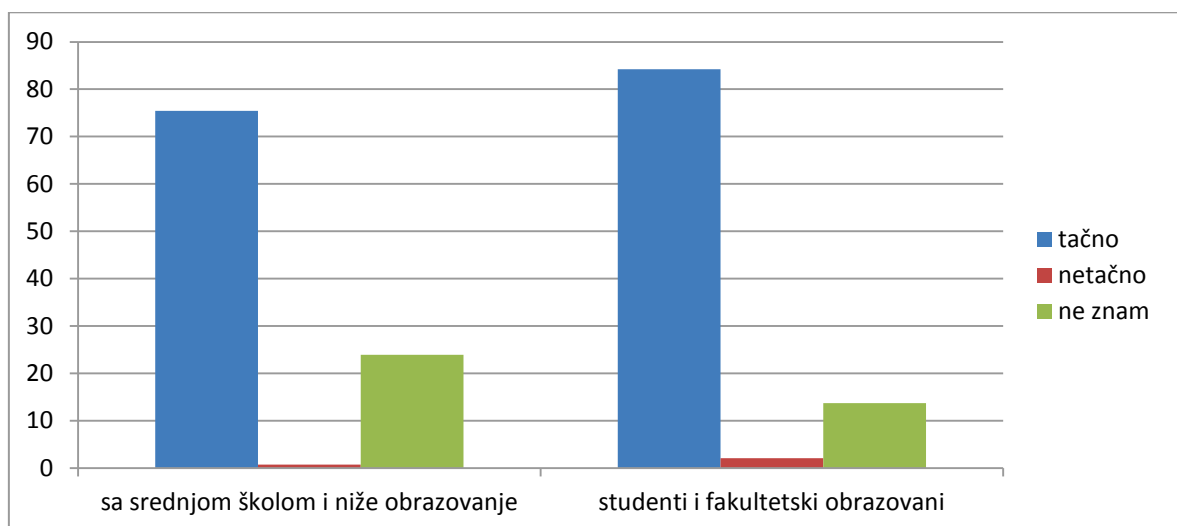
Grafikon 4. Distribucija odgovora na pitanje „Period prozora je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“* u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 11.874; $p=0,003$

* Ispravan odgovor je: „netačno“

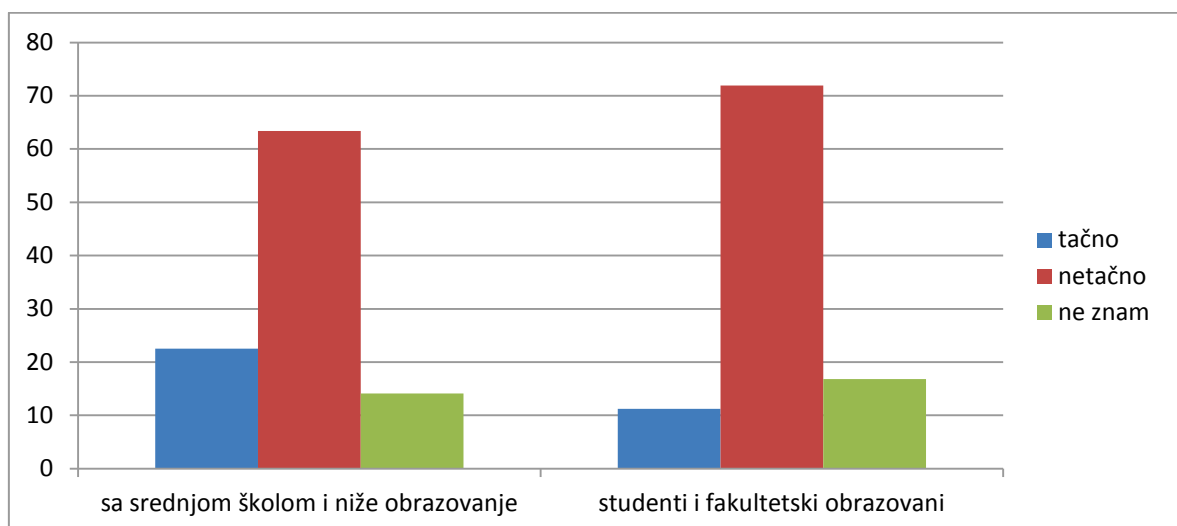
Grafikon 5. Distribucija odgovora na pitanje „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“* u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 7.885; $p=0,019$

* Ispravan odgovor je: „tačno“

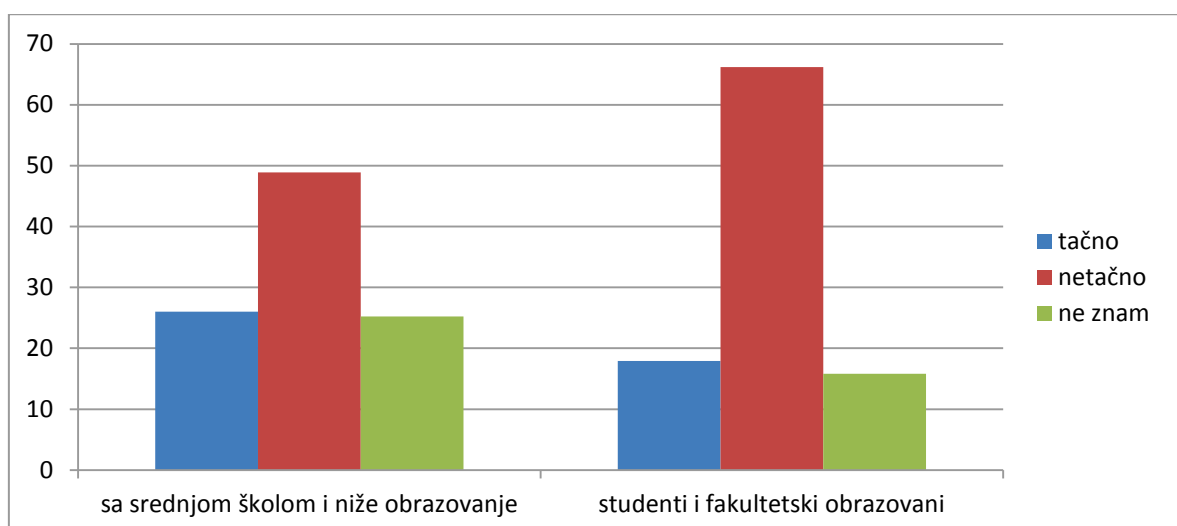
Grafikon 6. Distribucija odgovora na pitanje „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“* u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 9.540; p=0,008

* Ispravan odgovor je: „netačno“

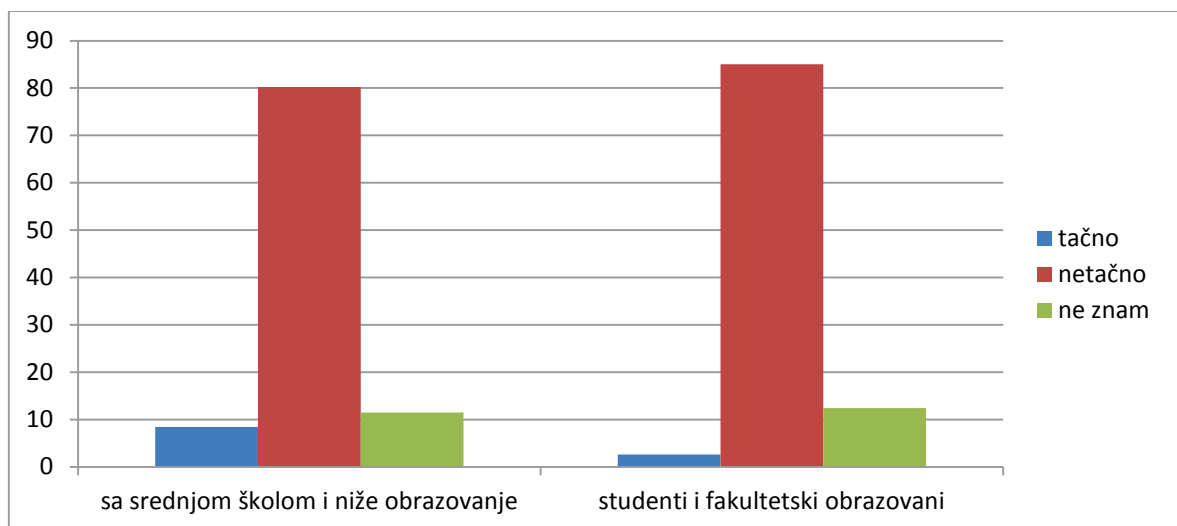
Grafikon 7. Distribucija odgovora na pitanje „Period prozora je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“* u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 10.667; p=0,005

* Ispravan odgovor je: „netačno“

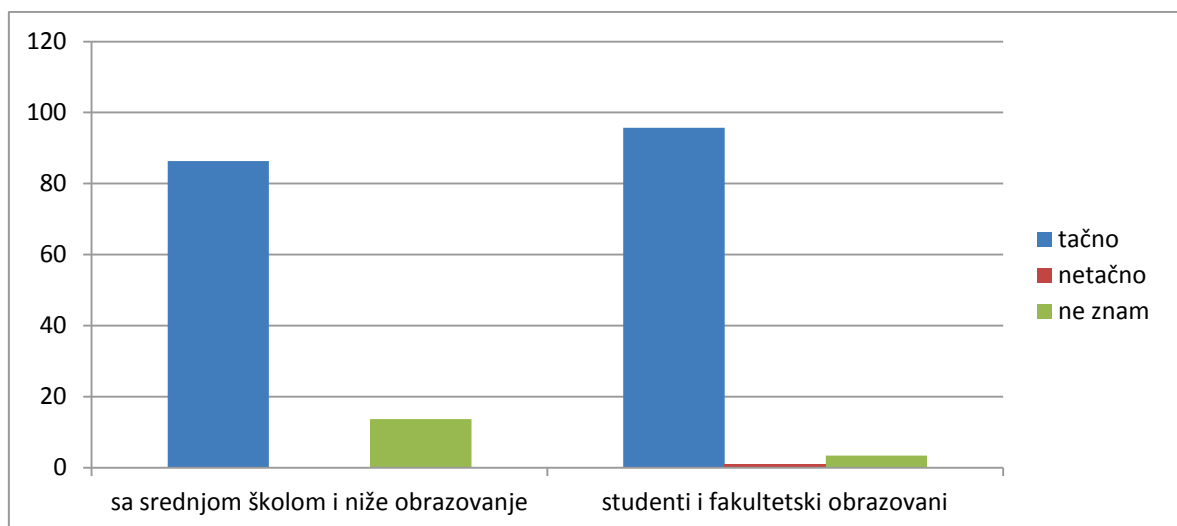
Grafikon 8. Distribucija odgovora na pitanje „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/ negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“* u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 6.438; $p=0,040$

* *Ispravan odgovor je: „netačno“*

Grafikon 9. Distribucija odgovora na pitanje „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“* u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 14.496; $p=0,001$

* *Ispravan odgovor je: „tačno“*

Specifičnosti u distribuciji odgovora u odnosu na stalno mesto boravka

U odnosu na stalno mesto boravka u prvoj fazi istraživanja, uočene su statistički visoko značajne razlike kod odgovora na pitanja: „*Period prozora* je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side“ ($p < 0.001$); „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“ ($p=0,013$) i „Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/ negativna onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/negativna“ ($p=0,017$) gde su u većem procentu ispravne odgovore davali ispitanici čije je stalno mesto boravka bilo Beograd. U drugoj fazi istraživanja razlike u odgovorima u odnosu na stalno mesto boravka ispitanika su se samnjile, ali su statistički značajne razlike ostale kod odgovora na ova ista pitanja.

4.3. PONAŠANJE ISPITANIKA

Svi ispitanici koji su učestvovali u istraživanju naveli su da su imali seksualne odnose. Prvi seksualni odnos u prvoj fazi istraživanja ispitanici su naveli da su imali, u proseku sa 17,48 godina, u drugoj fazi sa 17,36 - u rasponu od trinaeste do dvadeset treće godine, bez statističke značajne razlike između prve i druge faze istraživanja.

4.3.1. Seksualna orijentacija

U prvoj fazi istraživanja 64,9% ispitanika je navelo da ima heteroseksualnu a 35,1% homoseksualnu ili biseksualnu orijentaciju. I u drugoj fazi istraživanja ti procenti su bili slični, 61,9% i 38,1%. (tabela 39).

Tabela 39. Distribucija ispitanika prema seksualnoj orijentaciji

Seksualna orijentacija	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Homo/biseksualna	150	35,1%	139	38,1%
Heteroseksualna	277	64,9%	226	61,9%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

Analizirajući odgovore 365 ispitanika koji su popunili oba upitnika i upoređujući („međujući“) njihove odgovore u prvom i drugom upitniku, dobijeno je da je od 239 ispitanika koji su u prvoj fazi istraživanja naveli heteroseksualnu orijentaciju, njih 13 (muškaraca) je u drugoj fazi istraživanja navelo da su homoseksualno ili biseksualno orijentisani, što je bilo statistički visoko značajno (tabela 40).

Tabela 40. Distribucija ispitanika prema seksualnoj orijentaciji

		DRUGA FAZA istraživanja		
		Homo/biseksualna orijentacija	Heteroseksualna orijentacija	
PRVA FAZA istraživanja	Homo/biseksualna orijentacija	126	0	
	Heteroseksualna orijentacija	13	226	239
		139	226	

U odnosu na pol: preko 60% ispitanika muškog pola imalo je homo/biseksualne odnose u obema fazama istraživanja, dok je taj procenat daleko niži među ispitanicama (ispod 3%), pa je razlika u odnosu na pol i seksualnu orijentaciju i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja statistički visoko značajna ($p < 0,001$) (tabela 41).

Tabela 41. Seksualna orijentacija ispitanika u odnosu na pol

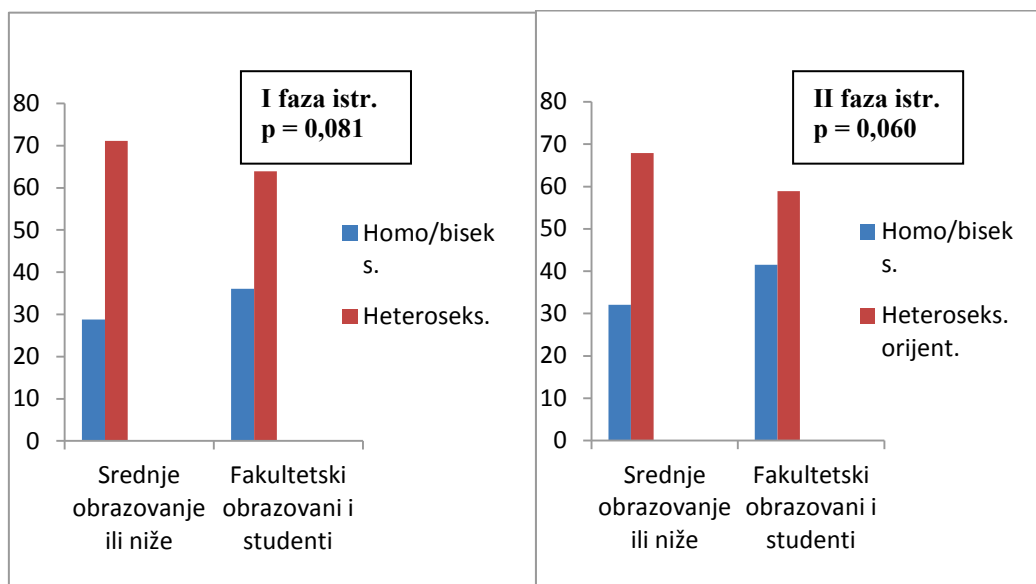
	Prva faza istraživanja				Druga faza istraživanja			
	Muški pol		Ženski pol		Muški pol		Ženski pol	
Seksualna orijentacija	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
Homo/biseksualna	145	60,7%	5	2,7%	138	65,7%	1	0,6%
Heteroseksualna	94	39,3%	183	97,3%	72	34,3%	154	99,4%
Ukupno	239	100,0%	188	100,0%	210	100,0%	155	100,0%

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 155.919; $p < 0,001$

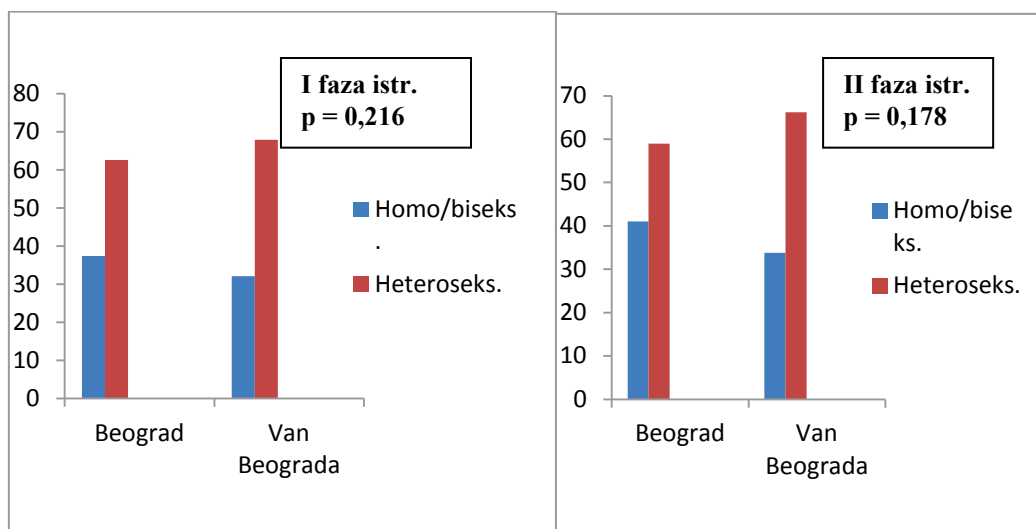
Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 160.156; $p < 0,001$

Nije uočena ststistička značajnost između seksualne orijentacije i stepena obrazovanja (grafikon 10), kao ni između seksualne orijentacije i stalnog mesta boravka (grafikon 11).

Grafikon 10. Seksualna orijentacija ispitanika u odnosu na stepen obrazovanja



Grafikon 11. Seksualna orijentacija ispitanika u odnosu na stalno mesto boravka



4.3.2. Prvi seksualni odnos

I u prvoj i u drugoj fazi istraživanja postoji statistički visoko značajna razlika prosečnog uzrasta kada je naveden prvi seksualni odnos u odnosu na pol (tabela 42), stepen obrazovanja (tabela 43) i seksualnu orijentaciju (tabela 44), a nije uočena statistički značajna razlika u odnosu na stalno mesto boravka ispitanika i uzrasta prvog seksualnog odnosa.

Tabela 42. Prosečan uzrast prvog seksualnog odnosa ispitanika u odnosu na pol

Pol	Prva faza istraživanja $p < 0,001$		Druga faza istraživanja $p < 0,001$	
	Broj ispitanika	Uzrast (godine)	Broj ispitanika	Uzrast (godine)
Muški pol	239	16,91 ± 1,9	210	16,76 ± 2,0
Ženski pol	188	18,22 ± 1,5	155	18,16 ± 1,6
Ukupno	427		365	

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 100.392; $p < 0,001$

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 92.650; $p < 0,001$

Tabela 43. Prosečan uzrast prvog seksualnog odnosa ispitanika u odnosu na obrazovanje

Obrazovanje	Prva faza istraživanja $p < 0,001$		Druga faza istraživanja $p < 0,001$	
	Broj ispitanika	Uzrast (godine)	Broj ispitanika	Uzrast (godine)
Srednja škola i niže	142	16,69 ± 2,2	131	16,66 ± 2,3
Studenti i fakultetski obrazovani	285	17,88 ± 1,6	234	17,74 ± 1,6
Ukupno	427		365	

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 72.134; $p < 0,001$

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 56.324; $p < 0,001$

Tabela 44. Prosečan uzrast prvog seksualnog odnosa ispitanika u odnosu na seksualnu orijentaciju

Seksualna orijentacija	Prva faza istraživanja $p < 0,001$		Druga faza istraživanja $p < 0,001$	
	Broj ispitanika	Uzrast (godine)	Broj ispitanika	Uzrast (godine)
Homo/biseksualna	150	16,94 ± 2,2	139	16,69 ± 2,3
Heteroseksualna	277	17,78 ± 1,6	226	17,77 ± 1,6
Ukupno	427		365	

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 83.227; $p < 0,001$

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 68.929; $p < 0,001$

4.3.3. Broj seksualnih partnera

Među ispitanicima u obema fazama istraživanja, muškarci su imali skoro dvostruko više seksualnih partnera/partnerki od devojaka, što je bilo statistički visoko značajno (tabela 45). Takođe, u odnosu na njihovu seksualnu orijentaciju, ispitivanje je pokazalo da su homoseksualno ili biseksualno orijentisani ispitanici imali skoro dvostruko više seksualnih partnera od heteroseksualno orijentisanih ispitanika (prosečno 12,2 u odnosu na 6,5), što je takođe bilo statistički visoko značajno (tabela 46), dok u odnosu na stepen obrazovanja i stalno mesto boravka ni u prvoj ni u drugoj fazi istraživanja nije dobijena statistički značajna razlika što se tiče prosečnog broja seksualnih partnera ispitanika.

Tabela 45. Prosečan broj seksualnih partnera ispitanika u odnosu na pol

Pol	Prva faza istraživanja $p < 0,001$		Druga faza istraživanja $p < 0,001$	
	Broj ispitanika	Broj seksualnih partnera	Broj ispitanika	Broj seksualnih partnera
Muški pol	239	$10,07 \pm 6,4$	210	$10,81 \pm 6,8$
Ženski pol	188	$6,04 \pm 3,8$	155	$5,86 \pm 3,7$
Ukupno	427		365	

Tabela 46. Prosečan broj seksualnih partnera ispitanika u odnosu na seksualnu orijentaciju

Seksualna orijentacija	Prva faza istraživanja $p < 0,001$		Druga faza istraživanja $p < 0,001$	
	Broj ispitanika	Broj seksualnih partnera	Broj ispitanika	Broj seksualnih partnera
Homo/biseksualna	150	$12,2 \pm 7,5$	139	$12,8 \pm 7,7$
Heteroseksualna	277	$6,5 \pm 4,4$	226	$6,3 \pm 4,1$
Ukupno	427		365	

4.3.4. Korišćenje kondoma

Pri poslednjem seksualnom odnosu, u prvoj fazi istraživanja kondom je koristilo nešto više od četvrtine ispitanika, dok se taj procenat u drugoj fazi istraživanja udvostručio, što je statistički visoko značajno ($p < 0,001$) (tabela 47).

Tabela 47. Korišćenje kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa

Da li ste koristili kondom tokom poslednjeg seksualnog odnosa?	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Da	117	27,4%	192	52,6%
Ne	299	70,0%	135	37,0%
Bez seksualnog odnosa u poslednja 4 meseca	11	2,6%	38	10,4%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

Vilkoksonov test $Z = -9.583$; $p < 0,001$

Korišćenje kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na pol, stepen obrazovanja, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka

Analizirajući odgovore u prvoj i u drugoj fazi istraživanja nailazimo na statistički značajne razlike u odgovorima o korišćenju kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na pol i to samo u prvoj fazi istraživanja ($p = 0,022$) dok u drugoj fazi istraživanja nema statistički značajne razlike u odgovorima (tabela 48).

Tabela 48. Korišćenje kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na pol iskazano u procentima

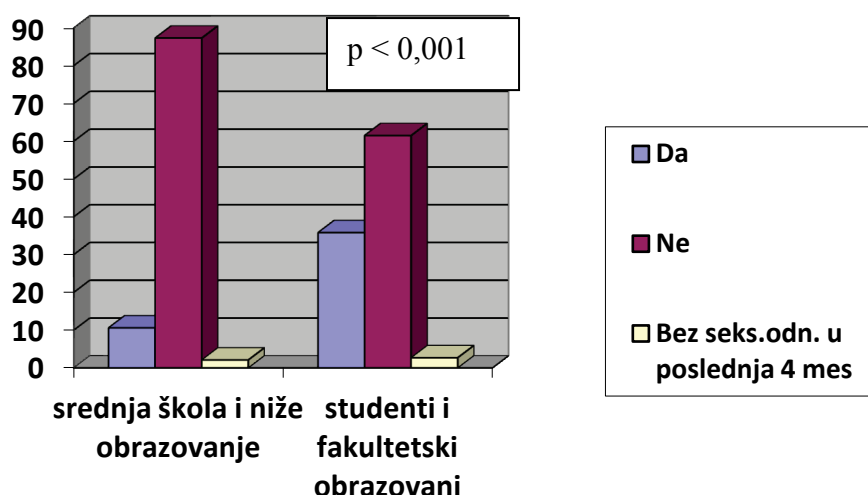
	Prva faza istraživanja			Druga faza istraživanja		
	Da	Ne	Bez seksualnog odnosa u poslednja 4 meseca	Da	Ne	Bez seksualnog odnosa u poslednja 4 meseca
Muško	23,0%	75,8%	1,2%	52,9%	38,6%	8,6%
Žensko	32,0%	65,3%	2,7%	52,3%	34,8%	12,9%

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 5.254; $p = 0,022$

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 1.949; $p = 0,377$

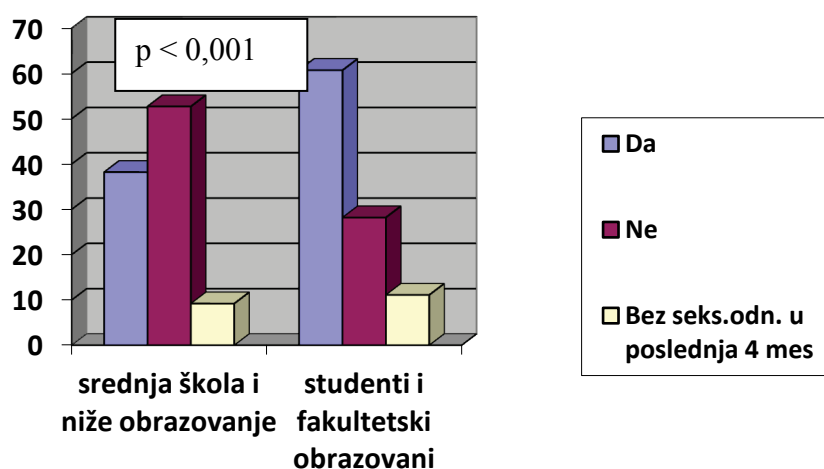
Statistički visoko značajna razlika postoji kod odgovora o korišćenju kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na stepen obrazovanja u obema fazama istraživanja gde se uočava da ispitanici nižeg obrazovanja u manjem procentu koriste kondom (grafikoni 12 i 13); dok nema statistički značajne razlike u odgovorima o korišćenju kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na seksualnu orijentaciju, niti u odnosu na stalno mesto boravka u obema fazama istraživanja.

Grafikon 12. Korišćenje kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 30.319; $p < 0,001$

Grafikon 13. Korišćenje kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)



Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 21.994; $p < 0,001$

Korišćenje kondoma tokom poslednja 4 meseca za vaginalne, analne i oralne seksualne odnose

Odgovori na detaljnija pitanja o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za sve vrste seksualnih odnosa bili su ponuđeni u vidu petostepene skale, gde se osim ponuđenih odgovora da „nije bilo ovakve vrste seksualnih odnosa u poslednja 4 meseca“ i odgovora „ne“ (u smislu nekorisćenja kondoma) bilo ponuđeno još i „ponekad“, „uglavnom da“ i „da, svaki put“. S obzirom da je za prenos HIV-a dovoljan i samo jedan seksualni odnos bez kondoma, statističku analizu smo radili na dva načina: odgovore „uglavnom da“, „ponekad“ i „ne“ grupisali smo u kategoriju „ne“, tako da je statistička obrada odgovora na ova pitanja urađena, trostepenom skalom odgovora, a kako je u visokom procentu bilo i odgovora da „nije bilo ovakve vrste seksualnih odnosa u poslednja 4 meseca“ statistička analiza je urađena i na drugi način: izuzimajući ispitanike koji su odgovorili da „nisu imali ovakvu vrstu seksualnih odnosa u poslednja 4 meseca“.

Statistički je visoko značajan porast procenata redovnog korišćenja kondoma u drugoj fazi istraživanja u odnosu na prvu kako za vaginalne seksualne odnose (tabela 49 - petostepena skala odgovora i grafikon 14 - trostepena skala odgovora) tako i za analne seksualne odnose (tabela 50 - petostepena skala odgovora i grafikon 15 - trostepena skala odgovora), kao i smanjenje procenata odgovora o nekorisćenju kondoma u drugoj fazi istraživanja.

Tabela 49. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za vaginalne seksualne odnose (analiza petostepenom skalom odgovora)*

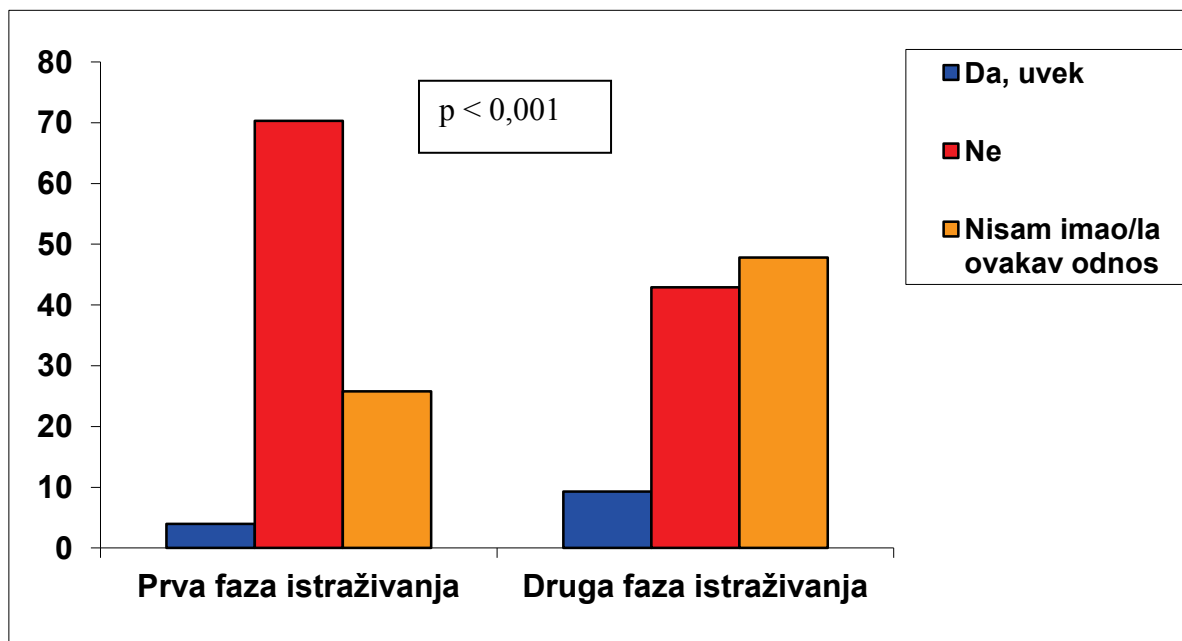
	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Ne	145	45,7%	23	12,0%
Ponekad	85	26,8%	42	22,0%
uglavnom da	70	22,1%	92	48,2%
Da, svaki put	17	5,4%	34	17,8%
Ukupno	317	100,0%	191	100,0%

*U prvoj fazi istraživanja 110 ispitanika nije imalo ovakvu vrstu odnosa

*U drugoj fazi istraživanja 175 ispitanika nije imalo ovakvu vrstu odnosa

Vilkoksonov test $Z = -8.426$; $p < 0,001$

Grafikon 14. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za vaginalne seksualne odnose (analiza trostepenom skalom odgovora)*



*sumirani su odgovori: „ne“, „ponekad“ i „uglavnom da“ i prikazani na grafikonu kao odgovor „Ne“

Vilkoksonov test; $p < 0,001$

Tabela 50. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za analne seksualne odnose (analiza petostepenom skalom odgovora)*

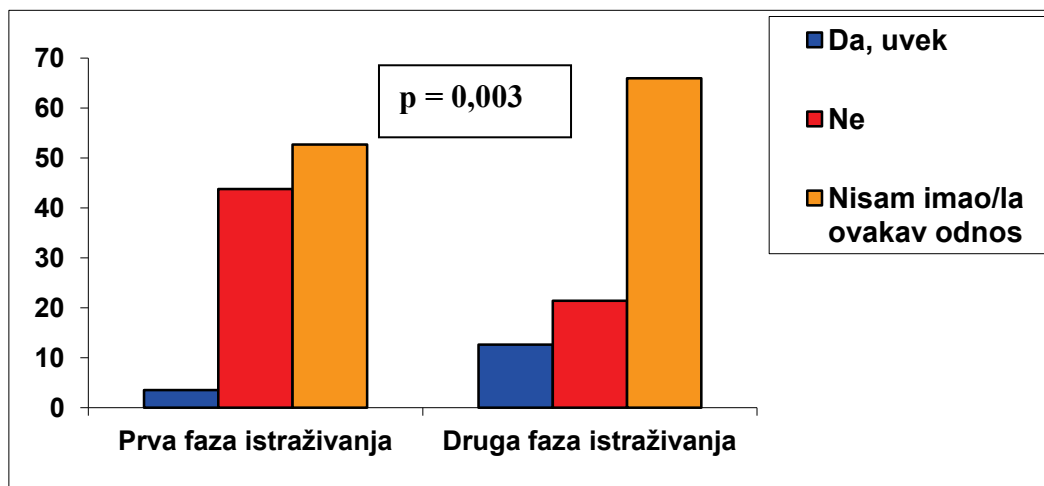
	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Ne	92	45,5%	10	8,1%
Ponekad	32	15,8%	23	18,5%
Uglavnom da	63	31,2%	45	36,3%
Da, svaki put	15	7,4%	46	37,1%
Ukupno	202	100,0	124	100,0

*U prvoj fazi istraživanja 225 ispitanika nije imalo ovakvu vrstu odnosa (52,7%)

*U drugoj fazi istraživanja 241 ispitanika nije imalo ovakvu vrstu odnosa (66%)

Vilkoksonov test $Z = -6.944$; $p < 0,001$

Grafikon 15. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za analne seksualne odnose (analiza trostepenom skalom odgovora)*



*sumirani su odgovori: „ne“, „ponekad“ i „uglavnom da“ i prikazani na grafikonu kao odgovor „Ne“

Vilkoksonov test; $p=0,003$

Odgovori na pitanja o korišćenju kondoma u poslednja 4 meseca za oralne seksualne odnose pokazuju da je razlika u odgovorima u dvema fazama istraživanja statistički visoko značajna i u analizi u kojoj su bili isključeni ispitanici koji nisu imali ovakvu vrstu odnosa (tabela 51) i u analizi koja je uključila ispitanike koji su odgovorili da nisu imali ovakvu vrstu odnosa (grafikon 16 i grafikon 17).

Tabela 51. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za oralne seksualne odnose (analiza petostepenom skalom odgovora)*

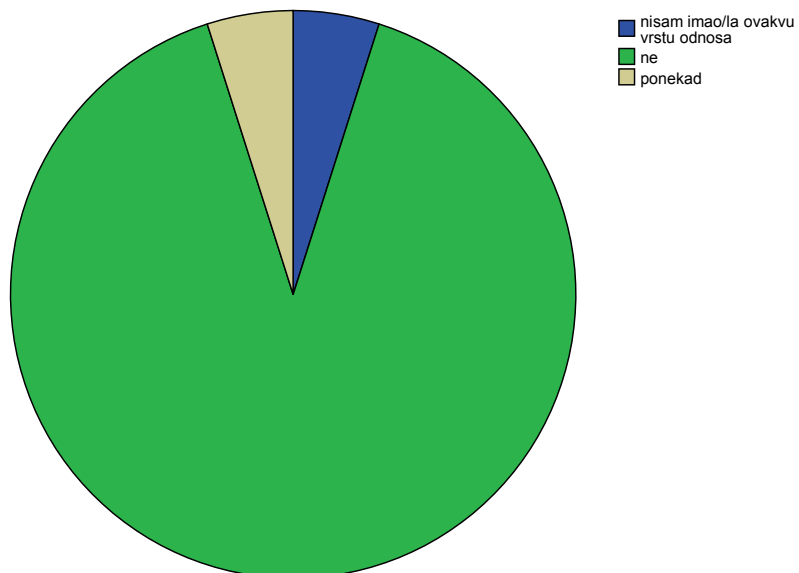
	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Ne	385	94,8	232	89,9
Ponekad	21	5,2	18	7,0
Uglavnom da	0	0	0	0
Da, svaki put	0	0	8	3,1%
Ukupno	406	100,0	258	100,0

*U prvoj fazi istraživanja 21 ispitanik nije imao ovakvu vrstu odnosa (4,9%)

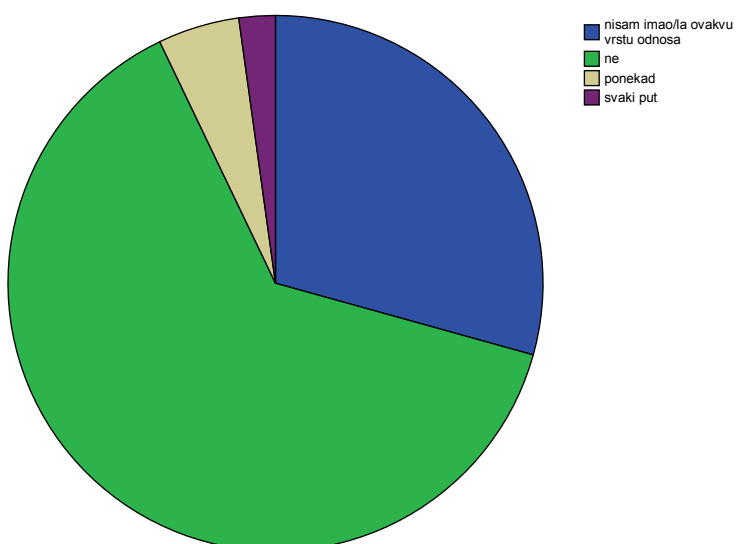
*U drugoj fazi istraživanja 107 ispitanika nije imalo ovakvu vrstu odnosa (34,1%)

Vilkoksonov test: $Z = -3.140$; $p=0,002$

Grafikon 16. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za oralne seksualne odnose (prva faza istraživanja)



Grafikon 17. Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca za oralne seksualne odnose (druga faza istraživanja)



Vilkoksonov test; $p < 0,001$

Korišćenje kondoma u poslednja 4 meseca u odnosu na pol, stepen obrazovanja, seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka

Analizom odgovora o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za sve tri vrste seksualnih odnosa u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka utvrdili smo da postoje statistički visoko značajne razlike u odnosu na pol i seksualnu orijentaciju za sve tri vrste odnosa u obema fazama istraživanja. Takođe, uočava se statistički značajna razlika u odgovorima u prvoj fazi istraživanja u odnosu na stepen obrazovanja za analne seksualne odnose, a statistički visoko značajna razlika kod odgovora u prvoj fazi istraživanja u odnosu na stepen obrazovanja i stalno mesto boravka kod korišćenja kondoma za vaginalne seksualne odnose i u odnosu na stalno mesto boravka za analne seksualne odnose.

Na tabeli 52 dat je prikaz nivoa statističkih značajnosti (p vrednosti) za odgovore o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za sve tri vrste seksualnih odnosa u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka u prvoj i drugoj fazi istraživanja.

Tabela 52. Korišćenja kondoma u poslednja 4 meseca za sve tri vrste seksualnih odnosa u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka (p vrednosti)*

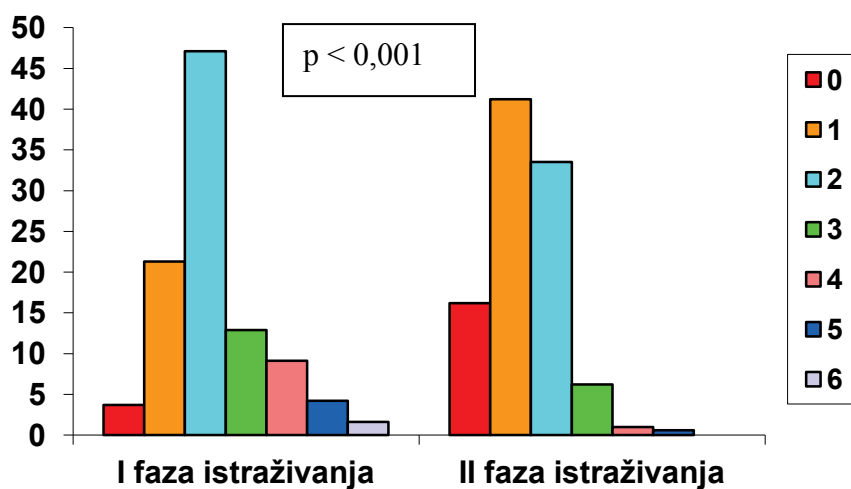
	PRVA FAZA ISTRAŽIVANJA			DRUGA FAZA ISTRAŽIVANJA		
	Vaginalni seks. odnosi	Oralni seks. odnosi	Analni seks. odnosi	Vaginalni seks. odnosi	Oralni seks. Odnosi	Analni seks. odnosi
Pol	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Seksualna orijentacija	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Stepen obrazovanja	p < 0,001	p=0,366	p=0,028	p=0,143	p=0,298	p=0,077
Stalno mesto boravka	p < 0,001	p=0,159	p < 0,001	p=0,368	p=0,069	p=0,073

* Hi kvadrat test

4.3.5. Broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca

Na pitanje o broju partnera u poslednja 4 meseca dobijen je podatak da su ispitanici u prvom istraživanju imali između 0 i 6 partnera (u proseku 2,22 +/- 1,20), a u drugom između 0 i 5 (u proseku 1,42 +/- 0,98) gde za odgovore o broju partnera u poslednja 4 meseca postoji statistički visoko značajna razlika između prve i druge faze istraživanja ($p < 0,001$) (grafikon 18).

Grafikon 18. Broj partnera u poslednja 4 meseca



Broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka

Odgovori o broju partnera bili su statistički visoko značajno različiti u odnosu na pol i seksualnu orijentaciju u obema fazama istraživanja ($p < 0,001$) (tabela 53 i tabela 54; tabela 55 i tabela 56); u odnosu na stalno mesto boravka bili su statistički visoko značajno različiti u prvoj fazi ($p < 0,001$) (tabela 57) a statistički značajno različiti u drugoj fazi ($p=0,047$) (tabela 58), dok u odnosu na stepen obrazovanja statistički visoko značajna razlika postoji samo u prvoj fazi istraživanja ($p < 0,001$) (tabela 59), a u drugoj fazi istraživanja nije bilo statistički značajne razlike u odnosu na obrazovanje ($p=0,207$) (tabela 60). Prikaz statističke značajnosti (p vrednosti) o broju seksualnih partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka u prvoj i drugoj fazi istraživanja dat je u tabeli 61.

Statistički visoko značajna razlika u odnosu na broj partnera u poslednja 4 meseca uočena je u smislu daleko većeg broja seksualnih partnera kod ispitanika muškog pola, zatim ispitanika koji imaju homoseksualne ili biseksualne odnose, kao i ispitanika čije je mesto stalnog boravka van Beograda koji su češće imali 3 ili više partnera, dok su osobe ženskog pola, heteroseksualno orijentisani ispitanici i ispitanici sa nižim obrazovanjem znatno češće od njih apstinirali, imali jednog ili 2 partnera u poslednjem četvoromesečnom periodu.

Tabela 53. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na pol (prva faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca						Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6	
Muški	Broj	4	34	109	40	27	18	7	239
	%	1,7%	14,2%	45,6%	16,7%	11,3%	7,5%	2,9%	100,0%
Ženski	Broj	12	57	92	15	12	0	0	188
	%	6,4%	30,3%	48,9%	8,0%	6,4%	,0%	,0%	100,0%
Ukupno	Broj	16	91	201	55	39	18	7	427
	%	3,7%	21,3%	47,1%	12,9%	9,1%	4,2%	1,6%	100,0%

p<0,001

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 47.977; p < 0,001

Tabela 54. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na pol (druga faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca						Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6	
Muški	Broj	29	68	86	23	1	0	3	210
	%	13,8%	32,4%	41,0%	11,0%	,5%	0%	1,4%	100,0%
Ženski	Broj	30	75	40	7	3	0	0	155
	%	19,4%	48,4%	25,8%	4,5%	1,9%	0%	,0%	100,0%
Ukupno	Broj	59	143	126	30	4	0	3	365
	%	16,2%	39,2%	34,5%	8,2%	1,1%	0%	,8%	100,0%

p=0,001

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 21.896; p < 0,001

Tabela 55. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na seksualnu orijentaciju (prva faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca						Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6	
Homo/biseksualna	Broj	0	21	60	24	24	14	7	150
	%	,0%	14,0%	40,0%	16,0%	16,0%	9,3%	4,7%	100,0%
Heteroseksualna	Broj	16	70	141	31	15	4	0	277
	%	5,8%	25,3%	50,9%	11,2%	5,4%	1,4%	,0%	100,0%
Ukupno	Broj	16	91	201	55	39	18	7	427
	%	3,7%	21,3%	47,1%	12,9%	9,1%	4,2%	1,6%	100,0%

p<0,001

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 57.899; p < 0,001

Tabela 56. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na seksualnu orijentaciju (druga faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca						Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6	
Homo/biseksualna	Broj	14	45	59	17	1	0	3	139
	%	10,1%	32,4%	42,4%	12,2%	,7%	,0%	2,2%	100,0%
Heteroseksualna	Broj	45	98	67	13	3	0	0	226
	%	19,9%	43,4%	29,6%	5,8%	1,3%	,0%	,0%	100,0%
Ukupno	Broj	59	143	126	30	4	0	3	365
	%	16,2%	39,2%	34,5%	8,2%	1,1%	,0%	,8%	100,0%

p=0,001

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 21.455; p = 0,001

Tabela 57. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na stalno mesto boravka (prva faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca						Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6	
Beograd	Broj	10	50	120	38	21	4	0	243
	%	4,1%	20,6%	49,4%	15,6%	8,6%	1,6%	,0%	100,0%
Van Beograda	Broj	6	41	81	17	18	14	7	184
	%	3,3%	22,3%	44,0%	9,2%	9,8%	7,6%	3,8%	100,0%
Ukupno	Broj	16	91	201	55	39	18	7	427
	%	3,7%	21,3%	47,1%	12,9%	9,1%	4,2%	1,6%	100,0%

p=0,001

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 22.540; p = 0,001

Tabela 58. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na stalno mesto boravka (druga faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca							Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6		
Beograd	Broj	38	90	66	19	4	0	0	217	p=0,047
	%	17,5%	41,5%	30,4%	8,8%	1,8%	,0%	,0%	100,0%	
Van Beograda	Broj	21	53	60	11	0	0	3	148	
	%	14,2%	35,8%	40,5%	7,4%	,0%	,0%	2,0%	100,0%	
Ukupno	Broj	59	143	126	30	4	0	3	365	
	%	16,2%	39,2%	34,5%	8,2%	1,1%	,0%	,8%	100,0%	

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 11.249; p = 0,047

Tabela 59. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca							Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6		
Do srednje škole i niže	Broj	8	13	94	12	9	6	0	142	p<0,001
	%	5,6%	9,2%	66,2%	8,5%	6,3%	4,2%	,0%	100,0%	
Studenti i fakult. obrazovani	Broj	8	78	107	43	30	12	7	285	
	%	2,8%	27,4%	37,5%	15,1%	10,5%	4,2%	2,5%	100,0%	
Ukupno	Broj	16	91	201	55	39	18	7	427	
	%	3,7%	21,3%	47,1%	12,9%	9,1%	4,2%	1,6%	100,0%	

Prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 41.854; p < 0,001

Tabela 60. Broj partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)

		Broj partnera u poslednja 4 meseca							Ukupno	P
		0	1	2	3	4	5	6		
Do srednje škole i niže	Broj	23	48	52	8	0	0	0	131	p=0,207
	%	17,6%	36,6%	39,7%	6,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
Studenti i fakult. obrazovani	Broj	36	95	74	22	4	0	3	234	
	%	15,4%	40,6%	31,6%	9,4%	1,7%	,0%	1,3%	100,0%	
Ukupno	Broj	59	143	126	30	4	0	3	365	
	%	16,2%	39,2%	34,5%	8,2%	1,1%	,0%	,8%	100,0%	

Druga faza istraživanja: Hi kvadrat test = 7.19; p = 0,207

Tabela 61. Broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka (*p vrednosti*)*

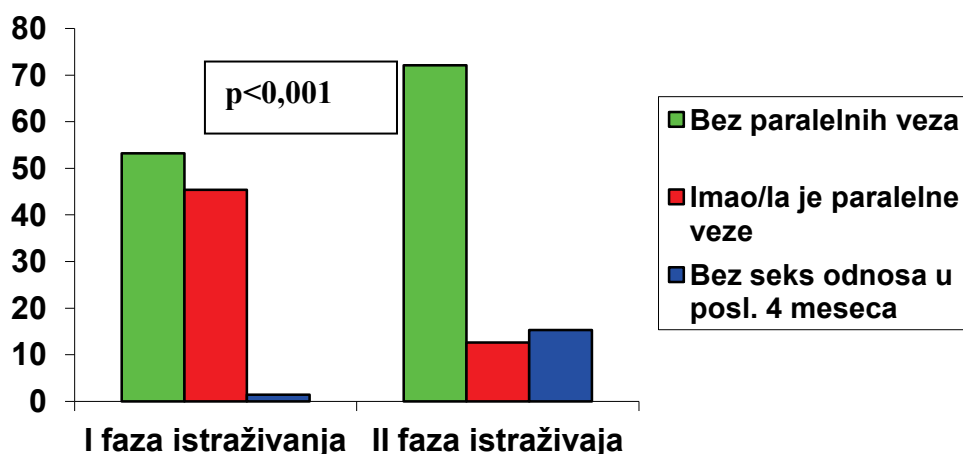
	PRVA FAZA ISTRAŽIVANJA	DRUGA FAZA ISTRAŽIVANJA
Pol	$p<0,001$	$p=0,001$
Seksualna orijentacija	$p<0,001$	$p=0,001$
Stepen obrazovanja	$p<0,001$	$p=0,207$
Stalno mesto boravka	$p=0,001$	$p=0,047$

* Hi kvadrat test

4.3.6. Postojanje „paralelnih“ veza

Pored regularnog partnera, „paralelne“ ili „ slučajne“ veze, u poslednja 4 meseca imalo je blizu polovine ispitanika u prvoj fazi istraživanja (45,4%), dok je u drugoj fazi istraživanja taj procenat bio znatno niži (12,6%) (grafikon 19). Razlika tj. smanjenje broja paralelnih veza u drugoj fazi istraživanja u odnosu na prvu, bilo je statistički visoko značajno $p<0,001$.

Grafikon 19. Postojanje paralelnih veza u poslednja 4 meseca

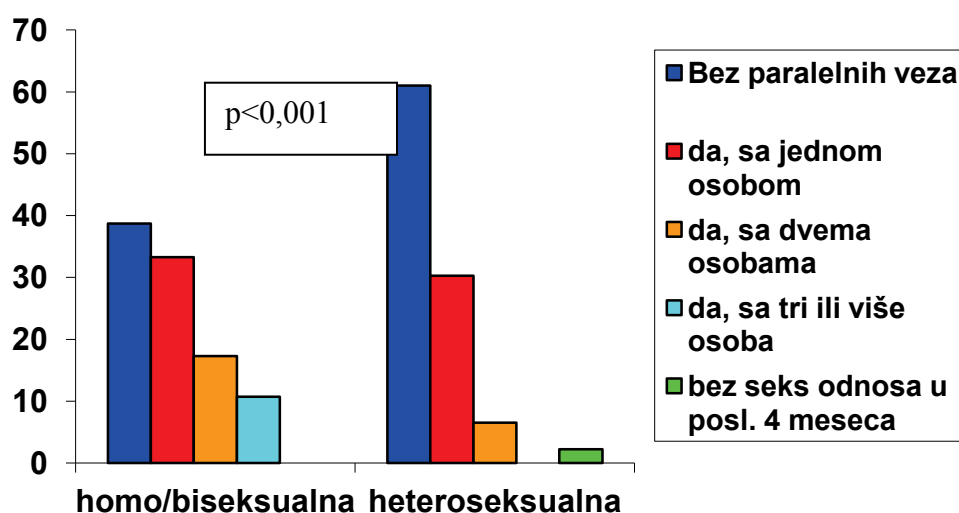


Hi kvadrat test = 111.077; $p<0,001$

Daljom analizom podataka o broju partnera koji su predstavljali „paralelne veze“ uočava se statistički visoko značajna razlika u odnosu na seksualnu orijentaciju i u prvom i u drugom istraživanju (grafikon 20 i grafikon 21), a u odnosu na pol statistički

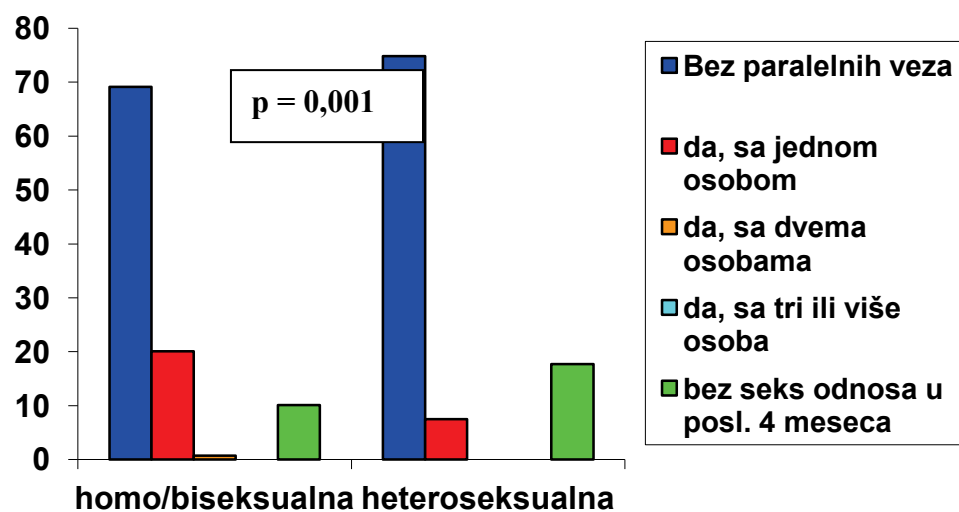
visoko značajna razlika u prvoj fazi istraživanja i statistički značajna razlika u drugoj fazi istraživanja (grafikon 22 i grafikon 23). U odnosu na stepen obrazovanja nema statistički značajnih razlika ni u prvoj ni u drugoj fazi istraživanja ($p=0,506$ u prvoj i $p=0,737$ u drugoj fazi istraživanja), a u odnosu na stalno mesto boravka postoji statistički visoko značajna razlika samo u prvoj fazi istraživanja, a u drugoj je nema (u prvoj fazi istraživanja $p=0,002$ a u drugoj fazi istraživanja $p=0,473$).

Grafikon 20. Broj „paralelnih veza“ u odnosu na seksualnu orijentaciju u prvoj fazi istraživanja



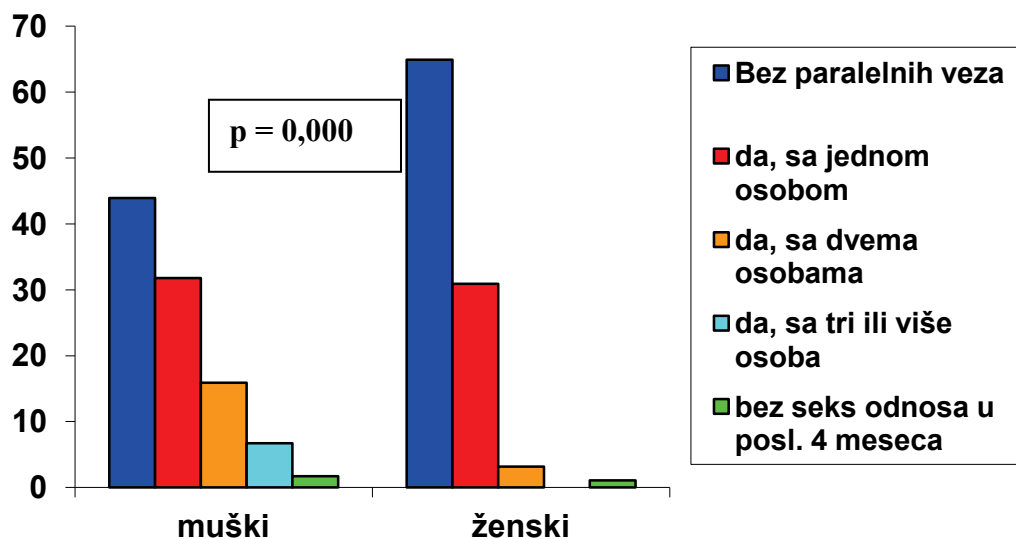
Hi kvadrat test = 53.301; $p = 0,207$

Grafikon 21. Broj „paralelnih veza“ u odnosu na seksualnu orijentaciju u drugoj fazi istraživanja



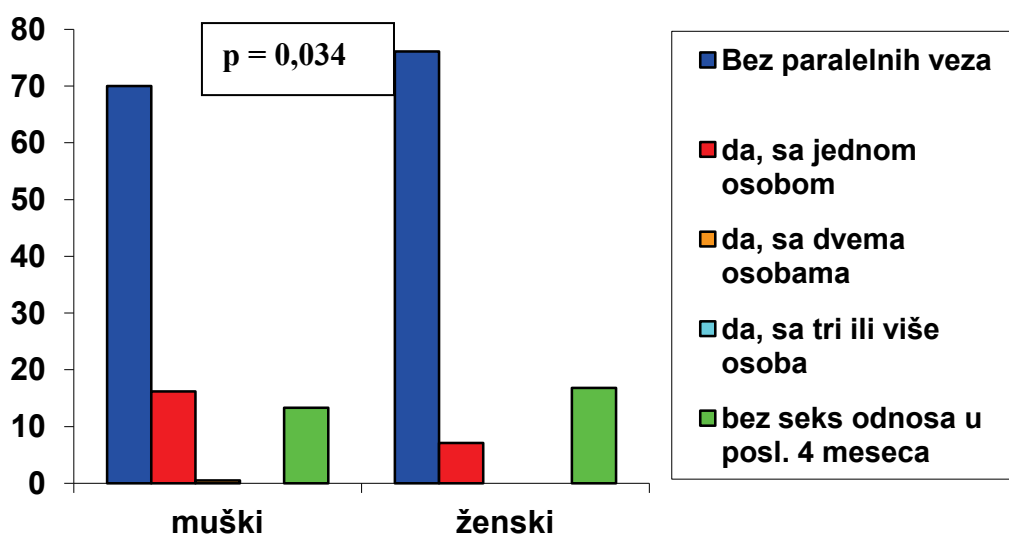
Hi kvadrat test = 17.640; $p = 0,001$

Grafikon 22. Broj „paralelnih veza“ u odnosu na pol u prvoj fazi istraživanja



Hi kvadrat test = 38.082; $p < 0,001$

Grafikon 23. Broj „paralelnih veza“ u odnosu na pol u drugoj fazi istraživanja



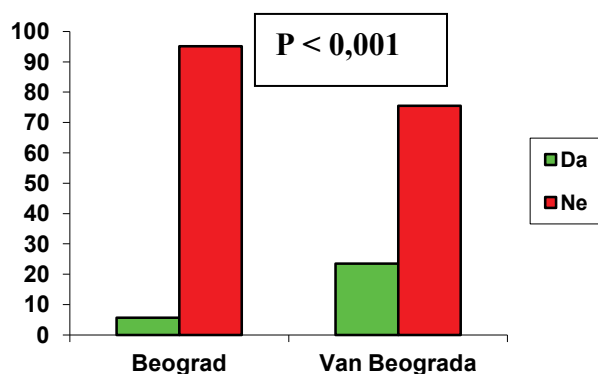
Hi kvadrat test = 10.433; $p = 0,034$

4.3.7. Protivusluga ili plaćanje za seksualni odnos

Da su bar jednom u životu, kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku vrstu materijalne dobiti i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja skoro u jednakom procentu su odgovorili ispitanici (oko 14%), tako da nije bilo statistički značajne razlike u odgovorima između ove dve faze istraživanja.

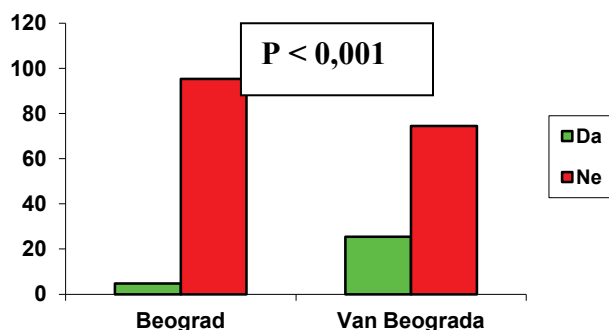
Takođe, na to isto pitanje „Da li ste kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku vrstu materijalne dobiti“ ni u prvoj ni u drugoj fazi istraživanja nije bilo statističke značajne razlike u odgovorima u odnosu na pol, stepen obrazovanja i seksualnu orijentaciju. Statistički visoko značajna razlika se uočava jedino u odnosu na stalno mesto boravka, gde je u obema fazama istraživanja statistički visoko značajno veći broj ispitanika sa stalnim mestom boravka van Beograda, imao neku materijalnu dobit kao protivuslugu za seksualni odnos (grafikon 24 i grafikon 25).

Grafikon 24. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste ikada do sada kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku vrstu materijalne dobiti?“ u odnosu na stalno mesto boravka (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 45.513; $p < 0,001$

Grafikon 25. Distribucija odgovora na pitanje: „Da li ste ikada do sada kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku vrstu materijalne dobiti?“ u odnosu na stalno mesto boravka (druga faza istraživanja)

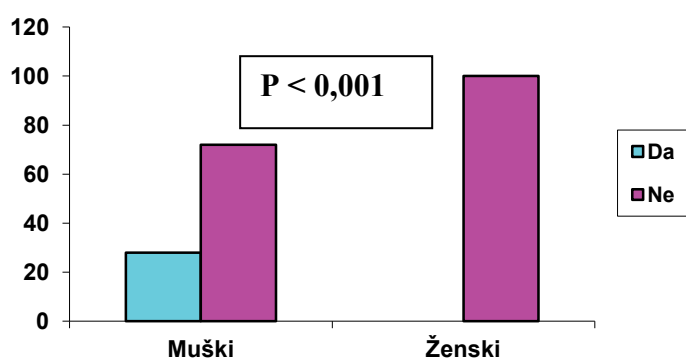


Hi kvadrat test = 49.505; $p < 0,001$

Na pitanje: „Da li ste ikada do sada Vi nekome platili za seksualnu uslugu?“ u odgovorima između prve i druge faze istraživanja nema statistički značajne razlike, odnosno i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja blizu 13% ispitanika je odgovorilo potvrdno.

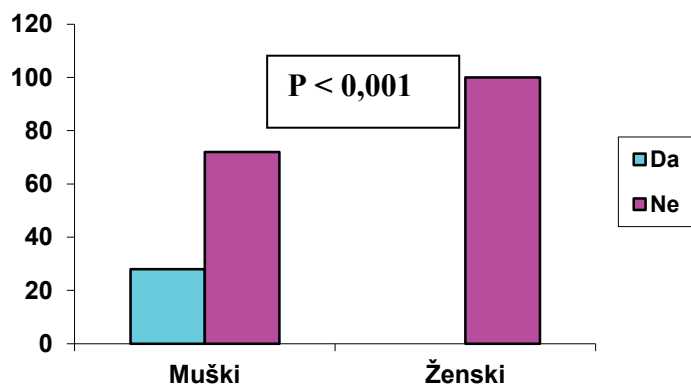
Na isto pitanje u distribuciji odgovora u odnosu na seksualnu orijentaciju i u odnosu na mesto stalnog boravka nije bilo statistički značajne razlike, dok je u odnosu pol i na stepen obrazovanja u obema fazama istraživanja postojala statistički značajna razlika: za pol i u prvoj i u drugoj fazi statistički visoko značajna razlika (grafikon 26 i grafikon 27) a za stepen obrazovanja u prvoj statistički visoko značajna (grafikon 28) i u drugoj statistički značajna razlika (grafikon 29).

Grafikon 26. Plaćanje drugoj osobi za pruženu seksualnu uslugu u odnosu na pol (prva faza istraživanja)



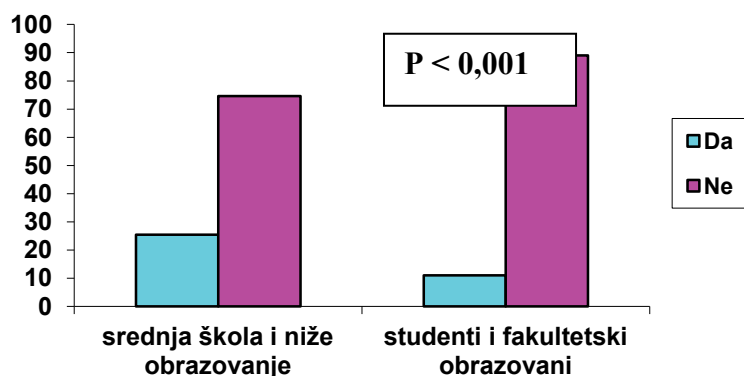
Hi kvadrat test = 62.512; $p < 0,001$

Grafikon 27. Plaćanje drugoj osobi za pruženu seksualnu uslugu u odnosu na pol (druga faza istraživanja)



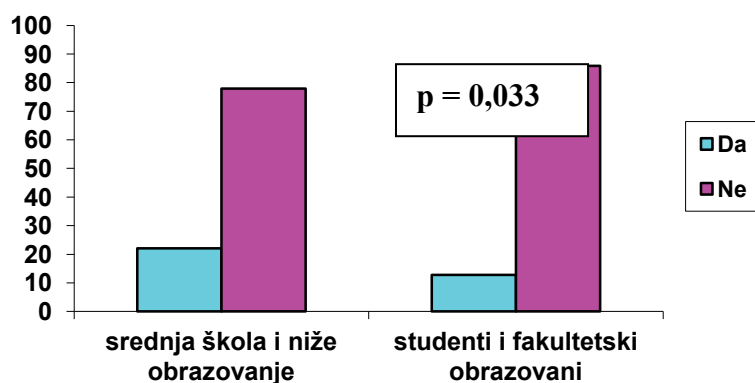
Hi kvadrat test = 59.781; $p < 0,001$

Grafikon 28. Plaćanje drugoj osobi za pruženu seksualnu uslugu u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 15.011; $p < 0,001$

Grafikon 29. Plaćanje drugoj osobi za pruženu seksualnu uslugu u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)

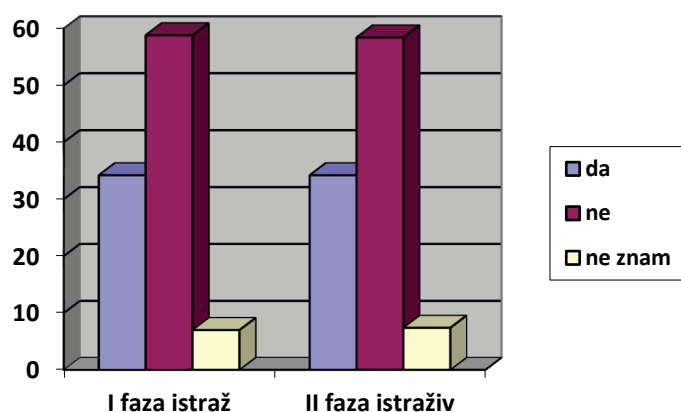


Hi kvadrat test = 16.843; $p = 0,033$

4.3.8. Postojanje polno prenosivih infekcija

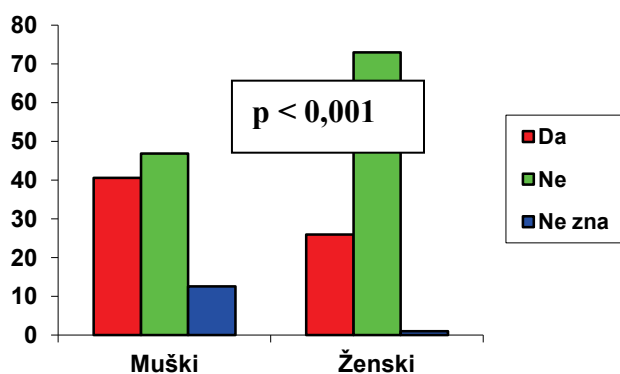
I u prvoj i u drugoj fazi istraživanja skoro da se u potpunosti podudaraju odgovori na pitanje: „Da li ste ikada do sada imali neku polno prenosivu infekciju?“. Trećina ispitanika je odgovorila da je imala neku od polno prenosivih infekciju (PPI) (grafikon 30). Statistički visoko značajna razlika ($p < 0,001$) je postojala u odnosu na pol (grafikon 31 i grafikon 32) seksualnu orijentaciju (grafikon 33 i grafikon 34) i stalno mesto boravka (grafikon 35 i grafikon 36), pri čemu su muškarci, homoseksualno orijentisani ispitanici i ispitanici sa stalnim mestom boravka van Beograda imali češće PPI. Nije uočena statistički značajna razlika u odnosu na stepen obrazovanja ni u prvoj ($p = 0,694$) ni u drugoj fazi istraživanja ($p = 0,319$).

Grafikon 30. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija



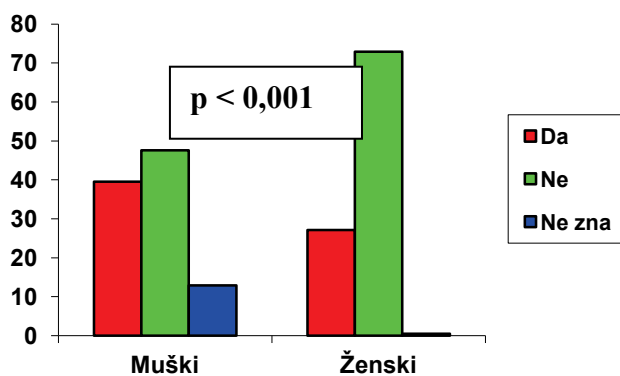
Mek Nemarov test: $p=0,125$

Grafikon 31. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na pol (prva faza istraživanja)



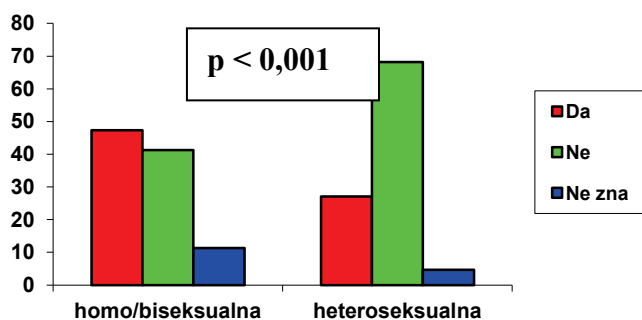
Hi kvadrat test = 43,210 $p < 0,001$

Grafikon 32 . Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na pol (druga faza istraživanja)



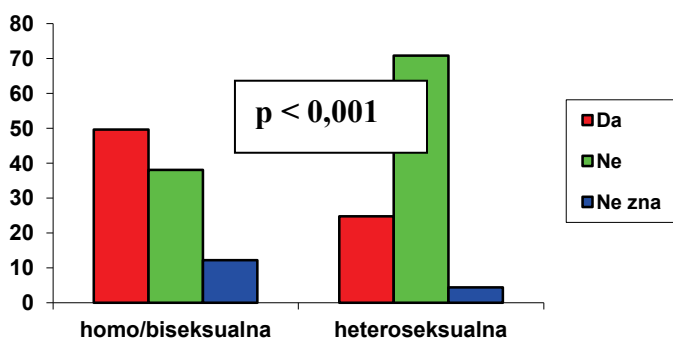
Hi kvadrat test = 33,719 $p < 0,001$

Grafikon 33. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na seksualnu orijentaciju (prva faza istraživanja)



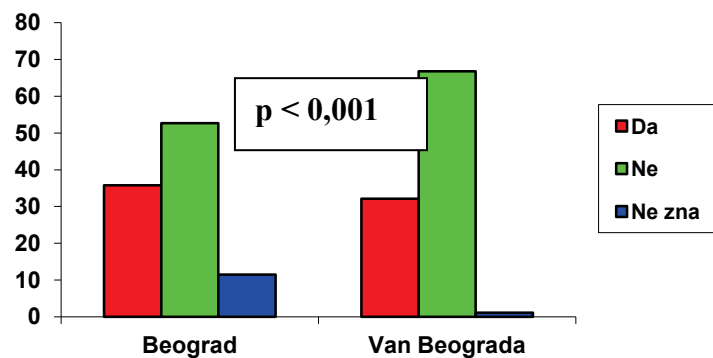
Hi kvadrat test = 29,762 $p < 0,001$

Grafikon 34. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na seksualnu orijentaciju (druga faza istraživanja)



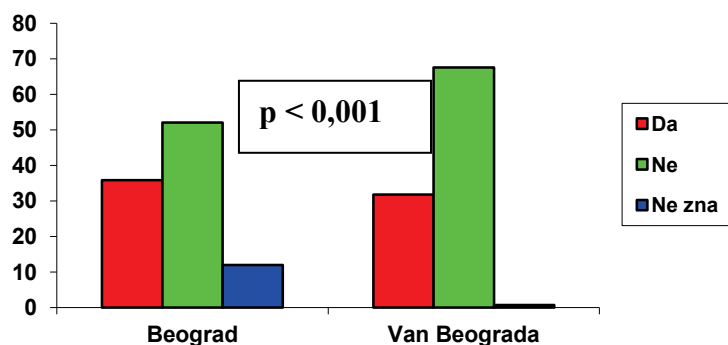
Hi kvadrat test = 38,360 $p < 0,001$

Grafikon 35. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na stalno mesto boravka (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 20,237 $p < 0,001$

Grafikon 36. Postojanje neke od polno prenosivih infekcija u odnosu na stalno mesto boravka (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 19,275 $p < 0,001$

I u prvoj i u drugoj fazi istraživanja, oko 12% ispitanika navelo je da je imalo više od jedne polno prenosive infekcije (tabela 62).

Tabela 62. Postojanje dve ili više polno prenosivih infekcija

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Da	52	12,4 %	48	12,5 %
Ne	375	87,6 %	317	87,5 %
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

4.3.9. Konzumiranje psihoaktivnih supstanci

Konzumiranje alkohola

Na pitanja o korišćenju alkohola, praktično svi ispitanici su odgovorili da su probali neko alkoholno piće, ali postoje razlike u odnosu na praksu opijanja.

Razlika u broju opijanja između prve i druge faze istraživanja bila je statistički visoko značajna ($p < 0,001$), jer je u prvoj fazi istraživanja nešto više od trećine ispitanika odgovorilo da se nisu nijednom opili u poslednja 4 meseca, malo više od četvrtine se opilo jednom, a preostalih 36% se opijalo dva ili više puta; a u drugoj fazi istraživanja polovina ispitanika je odgovorila da se nije opila nijednom u poslednja 4 meseca, 31% jednom i 18% dva ili više puta (tabela 63).

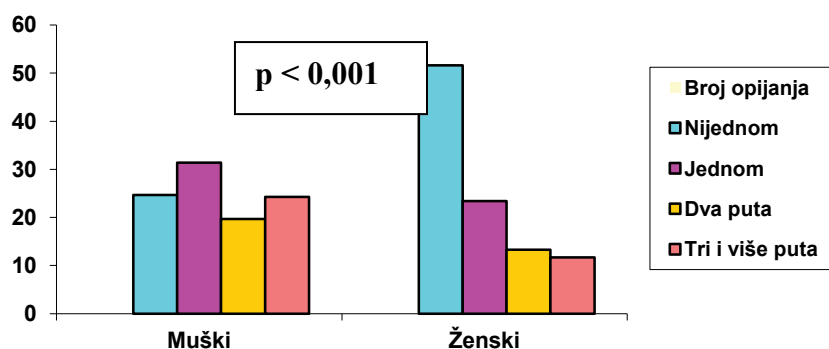
Tabela 63. Broj opijanja u poslednja 4 meseca

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Nijednom	156	36,5%	183	50,1%
Jednom	119	27,9%	115	31,5%
dva puta	72	16,9%	35	9,6%
tri i više puta	80	18,7%	32	8,8%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

Vilkoksonov test: $Z = -9,807$ $p < 0,001$

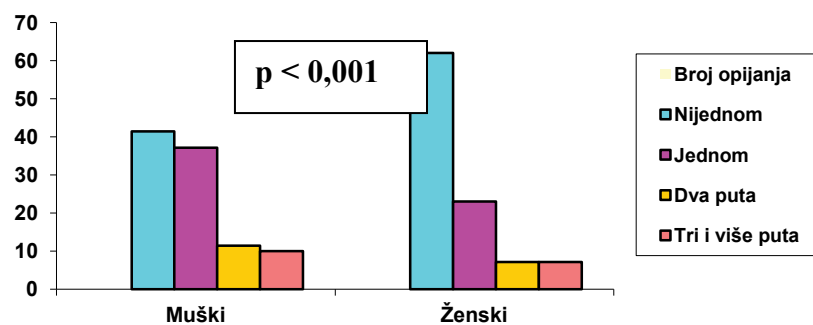
I u prvoj i u drugoj fazi istraživanja postoji statistički visoko značajna razlika u broju opijanja u poslednja 4 meseca u odnosu na pol, gde su se mnogo više i češće opijali mladići (grafikon 37 i grafikon 38).

Grafikon 37. Broj opijanja u poslednja 4 meseca u odnosu na pol (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 34,657 $p < 0,001$

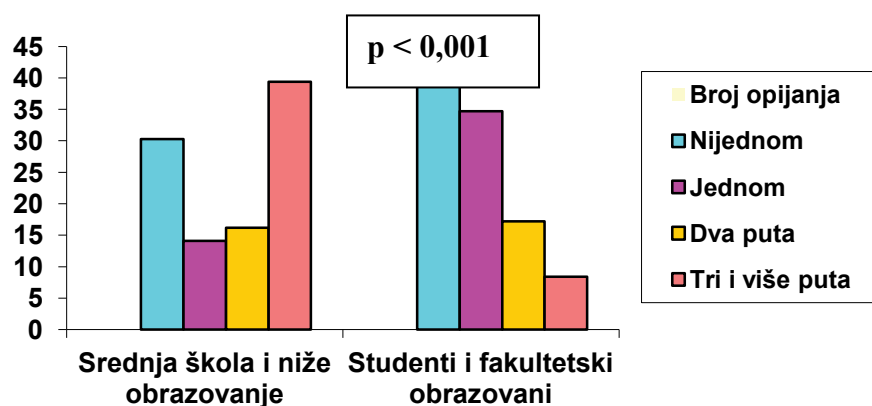
Grafikon 38. Broj opijanja u poslednja 4 meseca u odnosu na pol (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 15,068 $p < 0,001$

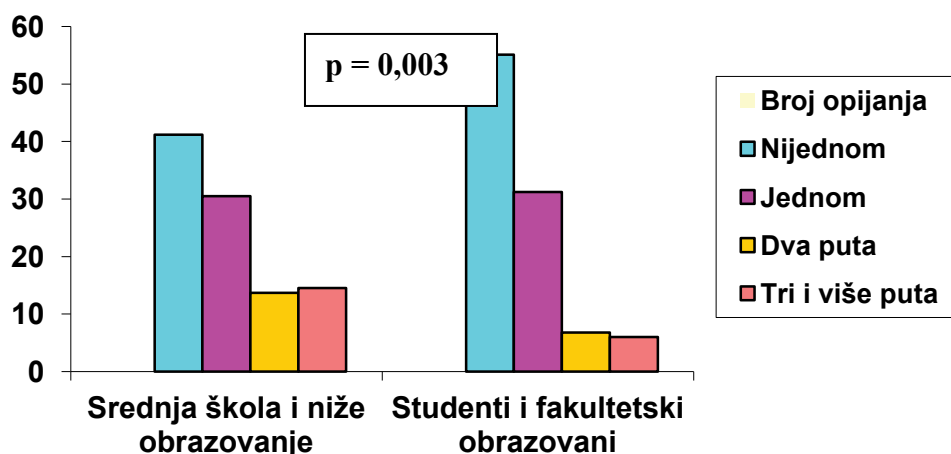
Takođe postoji statistički visoko značajna razlika u broju opijanja u poslednja 4 meseca i u odnosu na stepen obrazovanja, gde je uočeno da se češće opijaju ispitanici sa nižim obrazovanjem (grafikon 39 i grafikon 40), a nije uočena statistički značajna razlika u odnosu na seksualnu orijentaciju i na mesto stalnog boravka.

Grafikon 39. Broj opijanja u poslednja 4 meseca u odnosu na stepen obrazovanja (prva faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 65,501 $p < 0,001$

Grafikon 40. Broj opijanja u poslednja 4 meseca u odnosu na stepen obrazovanja (druga faza istraživanja)



Hi kvadrat test = 14,213 $p = 0,003$

Konзумiranje droga

Od ilegalnih psihoaktivnih supstanci i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja nešto više od polovine ispitanika (sa minimalnim razlikama i bez statističke značajnosti u odnosu na fazu istraživanja) je navelo da je probalo marihuanu (tabela 64).

Tabela 64. Distribucija odgovora ispitanika na pitanje da li su ikada probali marihuanu

Probali marihuanu?	I FAZA ISTRAŽIVANJA		II FAZA ISTRAŽIVANJA	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
DA	238	55,7%	203	55,5%
NE	189	44,3%	162	44,5%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

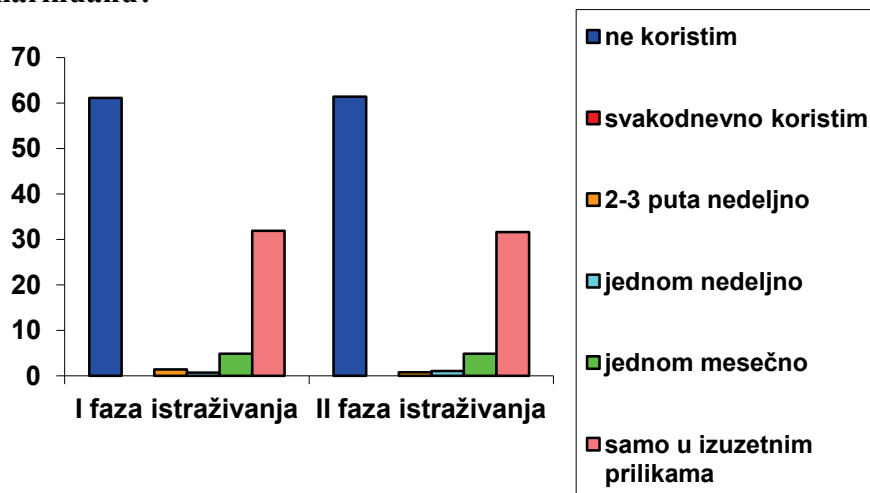
Mek Nemarov test; $p = 0,718$

Bez statističke značajnosti između prve i druge faze istraživanja su i prosečne godine starosti prvog probanja marihuane, pa je u prvoj fazi istraživanja to bilo sa 17,05 godina a u drugoj sa 16,9 godina.

Iako je marihuana najčešće probana psihoaktivna supstanca, dve trećine ispitanika posle „probavanja“ nije nastavilo da je koristi, a trećina je navela da je povremeno koristila, bez statistički značajnih razlika u odnosu na fazu istraživanja (gde je najviše odgovora: „samo u izuzetnim prilikama“ ređe: „mesečno“ i „nedeljno“, a izuzetno retko „dva-tri puta nedeljno“ ili „svakodnevno“ (grafikon 41). Nije bilo statistički značajne razlike u odgovorima u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, obrazovanje i stalno mesto boravka.

Pored marihuane, najmanje još jednu psihoaktivnu supstancu (dakle, najmanje dve) probala je četvrtina ispitanika i u prvoj u drugoj fazi istraživanja (tabela 65), gde se pored marihuane ubedljivo najčešće navode sedativi, kao druga psihoaktivna supstanca.

Grafikon 41. Distribucija odgovora ispitanika na pitanje: „Koliko često koriste marihuanu?“



Vilkoksonov test: $p = 0,145$

Tabela 65. Odgovori ispitanika na pitanje da li su ikada probali dve (ili više) psihoaktivne supstance (PAS)

Probali 2 ili više PAS?	I FAZA ISTRAŽIVANJA		II FAZA ISTRAŽIVANJA	
	Broj ispitanika	Procenat	Broj ispitanika	Procenat
DA	110	25,8 %	94	24,9 %
NE	317	74,2 %	271	75,1 %
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test: $p = 0,628$

U prvoj fazi istraživanja 15 ispitanika (3,5 %) je navelo da je koristilo heroin intravenskim putem („na iglu“) dok je u drugoj fazi istraživanja 8 ispitanika (1,9%) navelo da ga je povremeno koristilo intravenskim putem („na iglu“) (tabela 66).

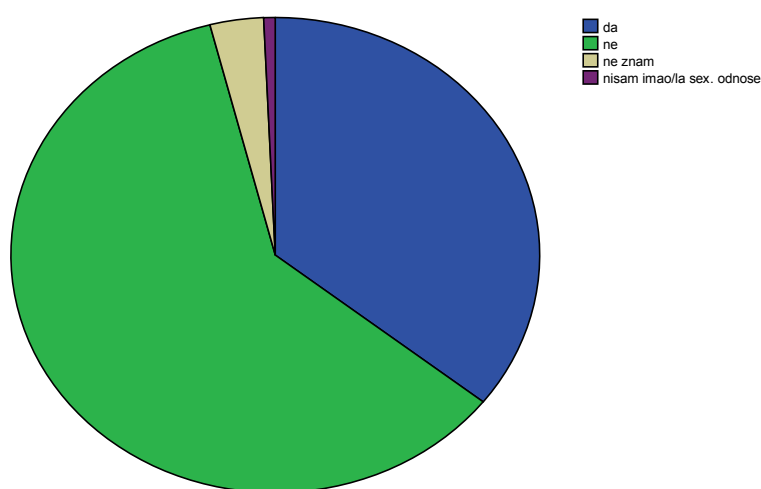
Tabela 66. Ispitanici koji trenutno koriste heroin intravenski - „na iglu“

Ispitanici koji povremeno koriste heroin intravenski	Broj ispitanika	Procenat
I FAZA ISTRAŽIVANJA	15	3,5 %
II FAZA ISTRAŽIVANJA	8	1,9 %

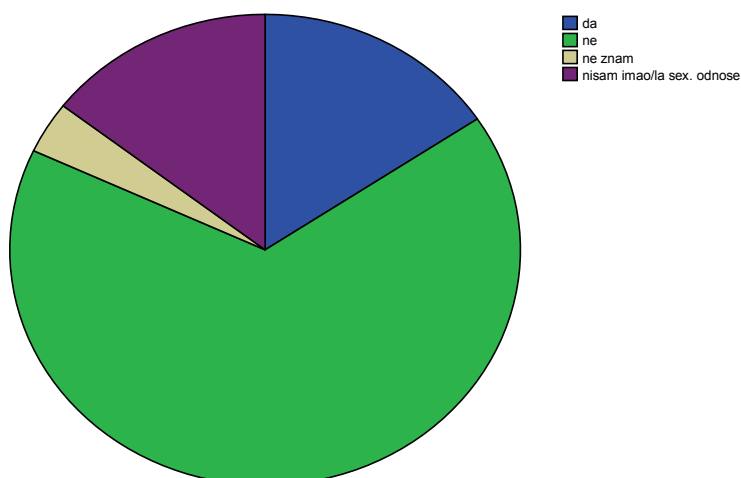
Seksualni odnosi pod dejstvom alkohola ili droge

U prvoj fazi istraživanja seksualne odnose pod dejstvom alkohola ili neke druge psihoaktivne supstance u poslednja 4 meseca imalo je nešto više od trećine ispitanika (grafikon 42) a u drugoj fazi taj procenat je dvostruko niži (grafikon 43) što je bilo statistički visoko značajno (tabela 40).

Grafikon 42. Distribucija odgovora ispitanika na pitanje: „Da li ste u poslednja 4 meseca imali odnos u pripitom ili pijanom stanju ili pod dejstvom neke psihoaktivne supstance?“ (prva faza istraživanja)



Grafikon 43. Distribucija odgovora ispitanika na pitanje: „Da li ste u poslednja 4 meseca imali odnos u pripitom ili pijanom stanju ili pod dejstvom neke psihoaktivne supstance?“ (druga faza istraživanja)



Vilkoksonov test; $Z = -6,786$ $p < 0,001$

U prvoj fazi istraživanja uočene su statistički značajne razlike u distribuciji odgovora ispitanika koji su u poslednja 4 meseca imali seksualne odnose u pripitom ili pijanom stanju ili pod dejstvom neke psihoaktivne supstance, u smislu daleko većeg broja ovakvih odnosa kod muškog pola nego kod ženskog, više kod heteroseksualno opredeljenih ispitanika nego kod homoseksualno opredeljenih, češće kod ispitanika sa stalnim mestom boravka van Beograda nego kod Beogradana kao i kod ispitanika sa nižim obrazovanjem nego kod studenata i fakultetski obrazovanih.

U drugoj fazi istraživanja statistička značajnost u odgovorima ostala je jedino u odnosu na seksualno opredeljenje, pa je (iako u mnogo manjem obimu) i dalje veći broj odnosa pod dejstvom alkohola ili neke psihoaktivne supstance bio među heteroseksualno opredeljenim ispitanicima, nego homoseksualno opredeljenim ispitanicima. Prikaz statističke značajnosti (p vrednosti) u distribuciji odgovora ispitanika koji su u poslednja 4 meseca imali seksualne odnose u pripitom ili pijanom stanju ili pod dejstvom neke druge psihoaktivne supstance u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka u prvoj i drugoj fazi istraživanja dat je u tabeli 67.

Tabela 67. Seksualni odnosi pod dejstvom alkohola ili neke druge psihoaktivne supstance u poslednja 4 meseca, u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, stepen obrazovanja i stalno mesto boravka (p vrednosti)*

	PRVA FAZA ISTRAŽIVANJA	DRUGA FAZA ISTRAŽIVANJA
Pol	$p < 0,001$	$p=0,385$
Seksualna orijentacija	$p=0,005$	$p=0,042$
Stepen obrazovanja	$p=0,011$	$p=0,080$
Stalno mesto boravka	$p=0,027$	$p=0,472$

*Hi-kvadrat test

4.3.10. Rezultati analize odgovora o ponašanju ispitanika koji pripadaju studentskoj populaciji, a povezani su sa rizikom za HIV

Studentsku populaciju možemo posmatrati kao posebnu, dosta heterogenu grupu za ponašanje uzimanja rizika u odnosu na vrstu fakulteta. Komparativnom analizom podataka od studenata umetničkih i medicinskih fakulteta u prethodnom istraživanju je dobijeno da se daleko rizičnije ponašaju studenti umetničkih fakulteta. Oni su u odnosu na svoje kolege sa medicinskih fakulteta ranije stupali u seksualne odnose, u mnogo manjem procentu koristili kondom, imali veći broj paralelnih veza, češće konzumirali alkoholna pića i u mnogo većem procentu imali seksualne odnose u pripitom ili pijanom stanju (tabela 68).

Tabela 68. Uporedni prikaz nekih oblika rizičnog ponašanja za HIV kod studenata u odnosu na vrstu fakulteta koju studiraju

Karakteristika – oblik rizičnog ponašanja	Studenti medicinskih fakulteta	Studenti umetničkih fakulteta	P vrednost
Godine u vreme prvog seksualnog odnosa (X±SD)	17,4±1,1	17,0±1,7	0,025*
Korišćenje kondoma (broj, %)			
Da	81 (68,1)	78 (38,8)	
Ne	38 (31,9)	123 (61,2)	
≥ 2 seksualna partnera istovremeno (br, %)			
Da	16 (13,3)	49 (24,1)	0,019**
Ne	104 (86,7)	154 (75,9)	
Konzumiranje alkohola (br, %)			
Da	39 (15,5)	103 (35,3)	0,007**
Ne	213 (84,5)	189 (64,7)	
Seksualni odnosi pod dejstvom alkohola (br, %)			
Da	27 (22,7)	95 (46,6)	<0,001**
Ne	84 (70,6)	101 (49,5)	

* t-test, ** Hi-kvadrat test

4.3.11. Rezultati analize odgovora o ponašanju ispitanika povezanim sa rizikom za HIV kod kojih je ustanovljena HIV infekcija

Analizirajući odgovore ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija uočavamo da je prosečan broj njihovih dosadašnjih seksualnih partnera 11,63 +/- 8,2 što je statistički visoko značajno u odnosu na prosečan broj dosadašnjih seksualnih partnera ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija (8,04 +/- 5,7) što se vidi iz tabele 69.

Tabela 69. Prikaz prosečnog broja seksualnih partnera kod ispitanika sa i bez HIV infekcije

Dijagnostikovana HIV infekcija	Broj ispitanika	Prosečan broj seksualnih partnera
Da	16	11,63 +/- 8,2
Ne	349	8,04 +/- 5,7

T test; $p = 0,017$

Analizom odgovora o broju seksualnih partnera u poslednja 4 meseca, uočava se statistički značajna razlika između ispitanika sa i bez HIV infekcije. Analizirajući ukupan uzorak - u prvoj fazi istraživanja (od 427 ispitanika) prosečan broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca bio je 2,22 +/- 1,20 a u drugoj fazi (od 365 ispitanika) 1,42 +/- 0,98. Analizom i upoređivanjem odgovora samo onih ispitanika koji su učestvovali u obe faze istraživanja u odnosu na to da li je kod njih ustanovljena HIV infekcija ili ne, uočavamo da postoji statistički značajna razlika u prosečnom broju seksualnih partnera u poslednja 4 meseca samo u prvoj fazi istraživanja ($p=0,041$). Ta razlika se u drugoj fazi istraživanja gubi (tabela 70).

Tabela 70. Prikaz prosečnog broja seksualnih partnera u poslednja 4 meseca kod ispitanika sa i bez HIV infekcije

Dijagnostikovana HIV infekcija	I FAZA ISTRAŽIVANJA*		II FAZA ISTRAŽIVANJA	
	Broj ispitanika	Prosečan broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca	Broj ispitanika	Prosečan broj seksualnih partnera u poslednja 4 mes.
Da	16	2,81 +/- 1,47	16	1,00 +/- 0,73
Ne	349	2,18 +/- 1,18	349	1,44 +/- 0,99

* prva faza istraživanja T test $p=0,041$

Analizirajući odgovore o korišćenju kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu u odnosu na to da li je kod ispitanika ustanovljena ili nije ustanovljena HIV infekcija, nije uočena statistički značajna razlika ni u prvoj ni u drugoj fazi istraživanja, ali je daleko viši procenat odgovora ispitanika sa HIV infekcijom koji su u drugoj fazi istraživanja dali odgovor da nisu uopšte ni imali seksualne odnose u poslednja 4 meseca.

Takođe, analizirajući odgovore o korišćenju kondoma za vaginalne, analne i oralne seksualne odnose tokom poslednja 4 meseca uočeno je da je bilo statistički visoko značajno ($p=0,001$) to što su ispitanici sa HIV infekcijom u visokom procentu odgovorili da nisu imali vaginalne odnose (u prvoj fazi 82% a u drugoj fazi istraživanja svih 16 tj. 100%) što i jeste logično jer su svi ispitanici kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija bili homo/biseksualne orijentacije.

Praksu korišćenja kondoma za oralne seksualne odnose su ispitanici sa HIV infekcijom mnogo odgovornije prihvatili, pa je za razliku od ispitanika kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija korišćenje kondoma za oralni seks statistički značajno u većem procentu kod pacijenata sa dijagnostikovanom HIV infekcijom ($p<0,001$) (tabela 71).

Tabela 71. Distribucija odgovora o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za oralne seksualne odnose u odnosu na dijagnostikovanje HIV infekcije **

Dijagnostikovana HIV infekcija	nisam imao/imala ovu vrstu odnosa	Ne	Ponekad	Uglavnom	Da, svaki put
Da	5 (31,3%)	4 (25%)	0	0	7 (43,8%)
Ne	102 (29,2%)	228 (65,3%)	18 (5,2)	0	1 (0,3%)

** druga faza istraživanja

Iako nije uočena statistička značajnost u vezi prakse korišćenja kondoma za analne seksualne odnose, u odnosu na to da li je kod ispitanika dijagnostikovana HIV infekcija ili ne, važno je istaći da od 16 ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, njih 12 (75%) u poslednja 4 meseca nisu imali seksualne odnose, da je kondom svaki put koristilo njih troje (odnosno trojica) (18,8%) a da je jedan koristio (6,3%) ponekad. Ti procenti su u izvesnoj meri drugačiji kod ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija, ali bez statističke značajnosti, što se vidi iz tabele 72.

Tabela 72. Distribucija odgovora o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za analne seksualne odnose u odnosu na dijagnostikovanje HIV infekcije **

Dijagnostikovana HIV infekcija	nisam imao/imala ovu vrstu odnosa	Ne	Ponekad	Uglavnom	Da, svaki put
Da	12 (75%)	0	1 (6,3%)	0	3 (18,8)
Ne	229 (65,6%)	10 (2,9%)	22 (6,3%)	45 (12,9%)	43 (12,3%)

** druga faza istraživanja

Ukoliko analiziramo odgovore o postojanju paralelnih veza ispitanika posmatrajući dihotomnu distribuciju: „postoji paralelna veza“ ili „ne postoji paralelna veza“, nije uočena statistički značajna razlika između odgovora ispitanika sa dijagnostikovanom HIV infekcijom i ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija. Međutim, ako posmatramo broj partnera u tim paralelnim vezama, u prvoj fazi istraživanja se uočava statistički značajno veći broj paralelnih veza (veza sa istovremeno 4 ili 5 partnera) nego kod ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija ($p=0,034$), što je prikazano na tabeli 73.

Tabela 73. Distribucija odgovora o broju paralelnih veza tokom poslednja 4 meseca u odnosu na dijagnostikovanje HIV infekcije

Faza istraživanja	Dijagnostikova na HIV infekcija	Broj partnera u poslednja 4 meseca						p*
		0	1	2	3	4	5 i >	
PRVA	Da	0	3 18,8 %	6 37,5 %	1 6,3 %	3 18,8%	3 18,8%	p=0.034
	Ne	15 4,3 %	70 20,1 %	172 49,3 %	45 12,9 %	29 8,3 %	18 5,2 %	
DRUGA	Da	4 25 %	8 50 %	4 25 %	0	0	0	p=0,632
	Ne	55 15,8 %	135 38,7 %	122 35 %	30 8,6 %	4 1,1 %	3 0,9 %	

* Hi-kvadrat test

4.4. STAVOVI ISPITANIKA

Na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status?“ u prvoj fazi istraživanja svaki četvrti ispitanik je naveo da smatra da HIV pozitivna osoba nema obavezu da bilo kome to kaže, dok je taj procenat u drugoj fazi istraživanja bio mnogo niži, odnosno samo jedan od 10 ispitanika je smatrao da osoba koja živi sa HIV-om nema obavezu da bilo kome saopšti svoj HIV pozitivan status (tabela 74).

Tabela 74. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Da li HIV + osoba ima obavezu da saopšti svoj HIV+ status bilo kome?				
Da	325	76,1%	323	88,5%
Ne	102	23,9%	42	11,5%
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test = 48,431 $p < 0,001$

U razradi ovog pitanja, sa konkretno navedenim osobama prema kojim postoji ili ne postoji obaveza saopštavanja HIV pozitivnog rezultata (koje je glasilo: „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV status: svom seksualnom partneru; svom lekaru; članovima uže porodice ili kolegama sa kojim radi?“) postojale su statistički značajne razlike u odgovorima upoređujući prvu i drugu fazu istraživanja.

Nešto više od dve trećine ispitanika u prvoj fazi istraživanja odgovorilo je da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da to kaže svom seksualnom partneru, a u drugoj fazi potvrdno je odgovorilo više od četiri petine ispitanika, što je bilo statistički visoko značajno (tabela 75).

Tabela 75. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV status svom seksualnom partneru?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Obaveza da se HIV + status saopšti seksualnom partneru?				
Da	295	69,1%	306	83,8%
Ne	132	30,9%	59	16,2%
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test = 65,015 p<0,001

Da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da to kaže svom lekaru u prvoj fazi istraživanja smatralo je više od polovine ispitanika 52% a u drugoj fazi 44% (tabela76).

Tabela 76. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV status svom lekaru?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Obaveza da se HIV + status saopšti lekaru?				
Da	221	51,8%	160	43,8%
Ne	206	48,2%	205	56,2%
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test = 15,022 p<0,001

Statistički visoko značajne bile su razlike u odgovorima između prve i druge faze istraživanja i kod odgovora na pitanje da li osoba koja ima HIV ima obavezu da to kaže članovima uže porodice (tabela 77) i kolegama sa kojima radi na poslu (tabela 78).

Tabela 77. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV status članovima bliže porodice?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Obaveza da se HIV + status saopšti članovima uže porodice?				
Da	166	38,9%	90	24,7%
Ne	261	61,1%	275	75,3%
Ukupno	427	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test = 47,170 p<0,001

Tabela 78. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV + status kolegama sa posla?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Obaveza da se HIV + status saopšti kolegama sa posla?				
Da	54	12,8%	24	6,6%
Ne	368	87,2%	341	93,4%
Ukupno	422	100,0 %	365	100,0 %

Mek Nemarov test = 15,015 $p < 0,001$

Na pitanje „Da li smatrate da su osobe sa rizičnim ponašanjem (kao npr. korisnici droga, „gay“ populacija, prostitutke ili komercijalne seksualne radnice) odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini?“ u prvoj fazi istraživanja ispitanici su u najvećem procentu odgovorili – „ne znam“, a u drugoj fazi su se u najvećem broju opredelili za odgovor „ne“ i ova razlika u odgovorima prve i druge faze istraživanja bila je statistički visoko značajna (tabela 79).

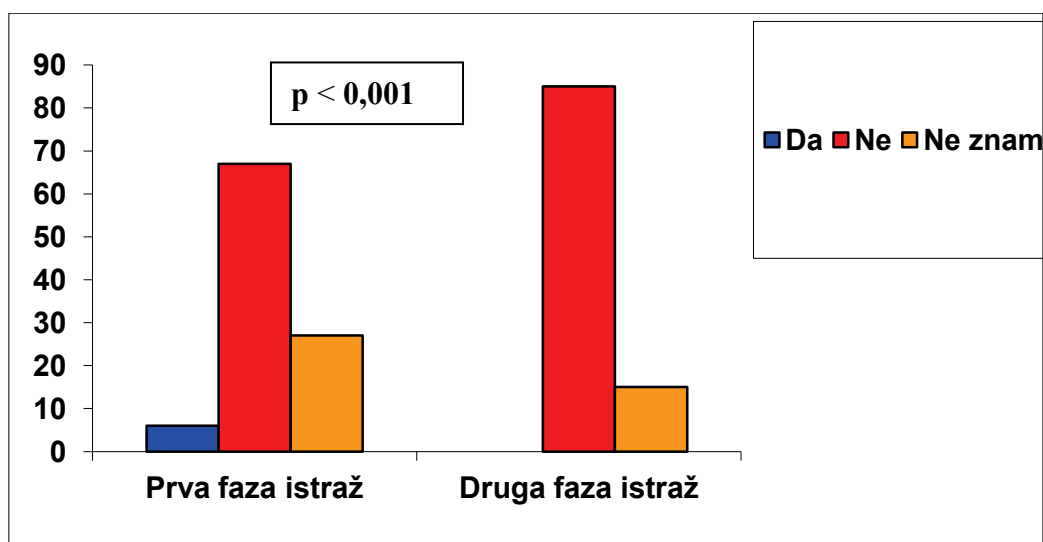
Tabela 79. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da su osobe sa visoko rizičnim ponašanjem (kao npr. korisnici droga, „gay“ populacija, prostitutke ili komercijalne seksualne radnice) odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Da li su osobe sa visoko rizičnim ponašanjem odgovorne za širenje HIV-a?				
Da	106	24,8%	57	15,6%
Ne	151	35,4%	224	61,4%
Ne znam	170	39,8%	84	23,0%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

Vilkoksonov test: $Z = -8,063$ $p < 0,001$

Uočavaju se razlike u odgovorima u dvema fazama istraživanja na pitanje „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?“ tako što su u prvoj fazi istraživanja, iako u relativno niskom procentu 5,9% (25 ispitanika) postojali i odgovori „da“ da bi u drugoj fazi istraživanja oni u potpunosti nestali, odnosno ovakvih odgovora bilo je 0. U prvoj fazi istraživanja bilo je 27,2% odgovora „ne znam“ i 67% „ne“, a u drugoj 15,1% „ne znam“ a 85% „ne“. Razlike u odgovorima bile su statistički visoko značajne (grafikon 44).

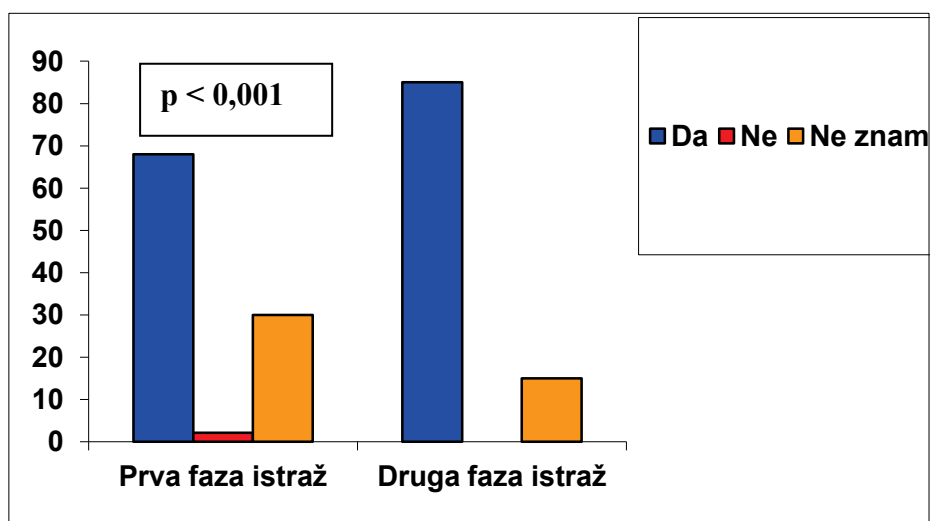
Grafikon 44. Distribucija odgovora na pitanje „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati ?“



Vilkoksonov test: $Z = -7,426$ $p < 0,001$

Na pitanje „Da li ste spremni da prihvatite rezultat HIV testa kakav god on bio?“, svaki treći/četvrti ispitanik u prvoj fazi istraživanja nije spreman ili nije siguran oko odgovora na ovo pitanje, dok je u drugoj fazi istraživanja taj procenat duplo niži, pa je razlika u odgovorima između prve i druge faze istraživanja bila statistički visoko značajna (grafikon 45). U prvoj fazi istraživanja 290 ispitanika (67%) odgovara „da“, 128 ispitanika (30%) je odgovorilo „ne znam“ i njih 9 (2,1%) je odgovorilo „ne“, dok je u drugoj fazi 309 ispitanika (84,7%) odgovorilo „da“, 56 ispitanika (15,3%) je odgovorilo „ne znam“, a niko nije odgovorio „ne“ (grafikon 45).

Grafikon 45. Distribucija odgovora na pitanje „Da li ste spremni da prihvatite rezultat HIV testa kakav god on bio?“



Vilkoksonov test: $Z = -7,971$ $p < 0,001$

Preko 91% ispitanika u prvoj fazi istraživanja a preko 96% u drugoj, dalo je potvrđan odgovor na pitanje „Da li verujete da razgovor sa savetnikom/savetnicom u centrima i savetovaništima za sidu mogu podstaći klijente da smanje svoje rizično ponašanje za HIV infekciju?“ što je bilo statistički visoko značajno (tabela 80).

I na poslednje pitanje u upitniku: „Bez obzira na rezultat HIV testa potrebno je – i poželjno - i dalje dolaziti u centre i savetovaništa za prevenciju side – na savetovanja“ razlike u odgovorima u prvoj i drugoj fazi istraživanja bile su statistički visoko značajne, u smislu mnogo većeg procenta pozitivnih odgovora u drugoj fazi istraživanja (tabela 81).

Tabela 80. Distribucija odgovora na pitanje „Da li verujete da razgovor sa savetnikom/savetnicom u centrima i savetovaništima za sidu mogu podstaći klijente da smanje svoje rizično ponašanje za HIV infekciju?“

	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Spremnost prihvatanja rezultata na HIV kakav god on bio				
Da	391	91,6%	351	96,2%
Ne	8	1,9%	2	0,5%
Ne znam	28	6,6%	12	3,3%
Ukupno	427	100,0%	365	100,0%

Vilkoksonov test: $Z = -3,090$ $p = 0,002$

Tabela 81. Distribucija odgovora na pitanje „Bez obzira na rezultat HIV testa potrebno je i poželjno i dalje dolaziti u savetovališta za HIV na savetovanja“

Potreba kontinuiranog savetovanja	Prva faza istraživanja		Druga faza istraživanja	
	Broj	Procenat	Broj	Procenat
Da	356	83,8%	346	94,8%
Ne	17	4,0%	1	0,3%
Ne znam	52	12,2%	18	4,9%
Ukupno	425	100,0%	365	100,0%

Vilkoksonov test: $Z = -5,998$ $p < 0,001$

4.4.1. Rezultati analize odgovora koji se odnose na stavove ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija

Analiza odgovora koji se odnose na stavove, ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, pokazala je da na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status?“ ni u prvoj, ni u drugoj fazi istraživanja nema statistički značajne razlike u odgovorima između ispitanika kod kojih je nakon testiranja ustanovljena HIV infekcija u odnosu na ispitanike kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija. Iako je u drugoj fazi istraživanja svih 16 ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija odgovorilo da postoji obaveza osobe koja živi sa HIV-om da svoj status kaže nekome (a iz daljih odgovora saznajemo da se to odnosi na seksualnog partnera) ta razlika ipak nije bila statistički značajna ($p = 0,072$) (tabela 82).

Analizom odgovora ispitanika koje su to osobe prema kojima postoji, ili ne postoji, obaveza saopštavanja HIV pozitivnog rezultata, zapaženo je da je svih 16 ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija u drugoj fazi istraživanja odgovorilo da postoji obaveza HIV pozitivne osobe da kaže svoj HIV pozitivan status seksualnom partneru, a da ne postoji obaveza da se kaže svoj HIV pozitivan status kolegama na poslu, lekarima, kao ni članovima porodice.

Tabela 82. Distribucija odgovora na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status?“

Dijagnostik ovana HIV infekcija	I FAZA ISTRAŽIVANJA				II FAZA ISTRAŽIVANJA**			
	„Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status?“							
	da		Ne		Da		Ne	
Da	13	76,5%	4	23,5%	16	100,0%	0	0%
Ne	312	76,1%	98	23,9%	307	88,0%	42	12,0%

**Hi kvadrat test = 3.226 p = 0,072

U prvoj fazi istraživanja odgovori ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, na pitanje „Da li smatrate da su osobe sa rizičnim ponašanjem odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini?“ ne razlikuju se od odgovora ispitanika kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija; da bi u drugoj fazi istraživanja ta razlika bila statistički visoko značajna: jer u drugoj fazi istraživanja je svih 16 (100%) ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija odgovorilo da „osobe sa rizičnim ponašanjem nisu odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini“ za razliku od 59,6% koliki je bio procenat ovakvih odgovora ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija (p = 0,005)

Odgovori na pitanje „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?“ se takođe razlikuju u odnosu na fazu istraživanja, ali sada obrnuto: u prvoj fazi istraživanja je statistički visoko značajna razlika u odgovorima ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, sa ubedljivo višim procentom odgovora „ne znam“ u odnosu na ispitanike kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija; dok u drugoj fazi istraživanja nije uočena statistička značajnost u odgovorima na ovo pitanje (tabela 83).

Tabela 83. Prikaz odgovora ispitanika na pitanje „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?“ u odnosu na dijagnostikovanje HIV infekcije

Dijagnostik ovana HIV infekcija	I FAZA ISTRAŽIVANJA*			II FAZA ISTRAŽIVANJA		
	„Da li osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?“					
	da	ne	Ne znam	Da	ne	Ne znam
Da	2 12,5%	4 25%	10 62,5%	0	16 100%	0
Ne	20 5,7%	241 69,1%	88 25,2%	0	294 84,2%	55 15,8%

* prva faza istraživanja: Hi kvadrat test = 13.508 p = 0,001

Distribucija odgovora na pitanje o verovanju da razgovori sa savetnikom/savetnicom u savetovalištim za HIV/AIDS mogu podstaći klijente da smanje svoje rizično ponašanje nije pokazala statistički značajnu razliku u odnosu na to da li je kod ispitanika dijagnostikovana HIV infekcija ili ne, za razliku od pitanja koje je glasilo „Da li je, bez obzira na rezultat HIV testa potrebno i poželjno i dalje dolaziti u centre i savetovališta za prevenciju side na savetovanja?“ u prvoj fazi istraživanja je procenat odgovora „da“ ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija sa 40% porastao na 100% u drugoj fazi istraživanja.

4.5. LOGISTIČKA REGRESIJA

Varijable koje se odnose na socio-demografske karakteristike ispitanika, prethodno savetovanje i testiranje na HIV, seksualnu orijentaciju i upotrebu droga analizirane su u odnosu na napredovanje u znanju posle intervencije pomoću X^2 testa i t-testa. Medijana prosečne procentualne razlike u znanju iznosila je 13,33, tako da je ispitivan uticaj posmatranih varijabli u odnosu na ishodnu dihotomnu varijablu skora znanja gde je manji napredak predstavljao skor $\leq 13,33$, a veći napredak skor $> 13,33$.

Pomenutim statističkim testovima dobijeno je da je napredovanje u znanju povezano sa uzrastom (mlađi ispitanici su bolje napredovali i lakše usvajali znanje), materijalnim stanjem (više su napredovali u znanju oni koji su bili lošijeg materijalnog stanja), zaposlenošću (nezaposleni su više napredovali), mestom boravka (bolje su napredovali u znanju ispitanici čije je stalno mesto boravka van Beograda), uzrastom u vreme prvog seksualnog odnosa (ispitanici koji su ranije stupili u seksualne odnose više su napredovali u znanju), kao i sa ranijom praksom testiranja na HIV i kvalitetom usluge DPST (najviše su napredovali u znanju oni ispitanici koji nisu nikada radili test i oni koji nisu dobili kompletnu uslugu DPST-a). Statistička značajnost nije nađena u odnosu na pol, školsku spremu, bračno stanje, seksualnu orijentaciju i konzumiranje psihoaktivnih supstanci (tabela 84).

Tabela 84. Socio-demografske i druge karakteristike ispitanika koje su povezane sa savetovanjem i testiranjem na HIV u odnosu na napredovanje u znanju posle intervencije

Karakteristike ispitanika	Skor napredovanja u znanju		p
	≤ 13,33 (n = 181)	> 13,33 (n = 159)	
Uzrast (srednja vrednost ± SD)	24,3 ± 3,3	23,7 ± 2,9	0,042
Pol, n (%)			
Muški	110 (55,0)	90 (45,0)	0,436
Ženski	71 (50,7)	69 (49,3)	
Mesto boravka, n (%)			
Beograd	118 (59,9)	79 (40,1)	0.004
Mesta van Beograda	63 (44,1)	80 (55,9)	
Školska sprema, n (%)			
Srednje obrazovanje i niže	63 (49, 2)	65 (50,8)	0,249
Studenti i fakultetski obrazovani	118 (55,7)	94 (44,3)	
Radni status, n (%)			
Nezaposleni	149 (49,3)	153 (50,7)	0.000
Zaposleni (za stalno)	32 (84,2)	6 (15,8)	
Materijalno stanje, n (%)			
Loše	40 (43,0)	53 (57,0)	0,048
Srednje	90 (59,2)	62 (40,8)	
Dobro	51 (53,7)	44 (46,3)	
Bračno stanje, n (%)			
Nisu u vezi	77 (51,7)	72 (48,3)	0,172
U vezi	96 (56,8)	73 (43,2)	
U braku	8 (36,4)	14 (63,6)	
Test na HIV, n (%)			
Ne	130 (47,8)	142 (52,2)	0,000
Da, u ovom savetovalištu	24 (100)	0 (0)	
Da, na drugom mestu	27 (61,4)	17 (38,6)	
Kompletna usluga DPST-a na HIV uz dobru komunikaciju sa savetnikom, n (%)			
Ne, nisu nikada testirani	120 (45,8)	140 (54,2)	0,000
Da, delimično	36 (67,5)	17 (32,5)	
Da, kompletno	25 (100)	0 (0)	
Godine života u vreme prvog seksualnog odnosa, srednja vrednost ± SD	17,63 ± 2.1	17,23 ± 1.9	0,003
Seksualna orijentacija, n (%)			
Homo/biseksualna	73 (59,8)	49 (40,2)	0,068
Heteroseksualna	108 (49,5)	110 (50,5)	
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci intravenskim putem, n (%)			
Ne	177 (53,0)	157 (47,0)	0,689
Da	4 (66,7)	2 (33,3)	

Varijable koje su bile statistički značajne na nivou 0,1 ušle su u model multivarijantne logističke regresije gde su se kao nezavisni faktori koji su uticali na napredovanje u znanju izdvojili: mesto boravka, uzrast u vreme prvog seksualnog odnosa i kvalitet

DPST usluge (odnosno, da li su ispitanici imali kompletnu uslugu DPST-a uz dobru komunikaciju sa savetnikom u savetovalištu) (tabela 85).

Tabela 85. Multivarijantna logistička regresija sa napredovanjem u znanju kao zavisnom varijablom

Nezavisne varijable	B	p	OR (95%CI)
Mesto boravka	0,953	<0,001	2,59 (1,66 – 4,06)
Uzrast u vreme prvog seksualnog odnosa	-0,239	<0,001	0,79 (0,69 – 0,89)
Kompletna usluga DPST-a uz dobru komunikaciju sa savetnikom u savetovalištu	0,287	0,009	1,33 (1,07 – 1,65)

Na isti način, kao i za znanje, izračunata je medijana prosečne procentualne razlike u smanjenju rizičnog ponašanja za HIV i prihvatanja bezbednijeg ponašanja, koja je iznosila 25, tako da je ispitivan uticaj posmatranih varijabli u odnosu na ishodnu dihotomnu varijablu skora prihvatanja bezbednijeg ponašanja, gde je manji napredak predstavljao skor ≤ 25 , a veći napredak > 25 .

Odgovarajućim statističkim testovima dobijeno je da je napredovanje u smanjenju rizičnog ponašanja povezano sa uzrastom (mlađi ispitanici su lakše usvajali promenu ponašanja i bezbednije prakse), mestom boravka (ispitanici čije je stalno mesto boravka van Beograda su u mnogo većem procentu smanjili rizično ponašanje), zatim sa bračnim statusom (ispitanici koji su u vezi ili su u braku u većem procentu su prihvatili bezbednije ponašanje), uzrastom u vreme prvog seksualnog odnosa (ispitanici koji su ranije stupili u seksualne odnose lakše su prihvatili bezbednije prakse), kao i sa praksom testiranja na HIV uz kompletnu uslugu DPST-a (u redukciji rizičnog ponašanja najviše su napredovali oni koji su već ranije dobili kompletnu uslugu DPSTa – oni su imali najviše pozitivnih promena u ponašanju, za razliku od onih koji su samo uradili test u nekoj laboratoriji bez savetovanja, ili su samo dobili kratke informacije). Takođe je uočena povezanost porasta znanja sa smanjenjem rizičnog ponašanja, to jest kod ispitanika kod kojih je bilo statistički značajnog napredovanja u znanju, bilo je i statistički značajnog usvajanja bezbednijih praksi ($p=0,016$). Statistička

značajnost nije nađena u odnosu na pol, školsku spremu, zaposlenost, materijalno stanje i seksualnu orijentaciju (tabela 86).

Tabela 86. Socio-demografske i druge karakteristike ispitanika koje su povezane sa savetovanjem i testiranjem na HIV u odnosu na napredovanje ka bezbednijem ponašanju posle intervencije

Karakteristike ispitanika	Skor napredovanja ka bezbednijem ponašanju		P
	≤ 25 (n = 192)	> 25 (n = 173)	
Uzrast (srednja vrednost ± SD)	24,31 ± 3,3	23,62 ± 2,9	0,012
Pol, n (%)			
Muški	105 (50,0)	105(50,0)	0,246
Ženski	87 (56,1)	68 (43,9)	
Mesto boravka, n (%)			
Beograd	132 (62,9)	78 (37,1)	0,000
Mesta van Beograda	60 (38,7)	95 (61,3)	
Školska sprema, n (%)			
Srednje obrazovanje i niže	62 (47,3)	69 (52,7)	0,131
Studenti i fakultetski obrazovani	130 (55,6)	104 (44,4)	
Radni status, n (%)			
Nezaposleni	172 (52,6)	155 (47,4)	0,997
Zaposleni (za stalno)	20 (52,6)	18 (47,4)	
Materijalno stanje, n (%)			
Loše	51 (47,7)	56 (52,3)	0,202
Srednje	92 (57,9)	67 (42,1)	
Dobro	49	50	
Bračno stanje, n (%)			
Nisu u vezi	103 (63,6)	59 (36,4)	0,001
U vezi	81 (45,0)	99 (55,0)	
U braku	8 (34,8)	15 (65,2)	
Da li su ikada radili test, n (%)			
Nisu nikada radili test na HIV	142 (50,9)	137 (49,1)	0,460
Da, jednom	42 (59,2)	29 (40,8)	
Da, dva ili više puta	8 (53,3)	7 (46,7)	
Kompletna usluga DPST-a na HIV uz dobru komunikaciju sa savetnikom, n (%)			
Ne, nisu nikada testirani	145 (50,2)	143 (49,8)	0,044
Da, delimično	29 (54,7)	24 (45,3)	
Da, kompletno	19 (76,0)	6 (24,0)	
Godine života u vreme prvog seksualnog odnosa, srednja vrednost ± SD	17,83 ± 2,0	16,97 ± 1,7	0,048
Seksualna orijentacija, n (%)			
Homo/biseksualna	71 (56,8)	54 (43,2)	0,246
Heteroseksualna	121 (50,4)	119 (49,6)	
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci intravenskim putem, n (%)			
Ne	191 (53,5)	166 (46,5)	
Da	1 (12,5)	7 (87,5)	

Varijable koje su bile statistički značajne na nivou 0,1 ušle su u model multivarijantne logističke regresije gde su se kao nezavisni faktori koji su uticali na usvajanje bezbednijeg ponašanja za HIV infekciju izdvojili: mesto boravka, uzrast u vreme prvog seksualnog odnosa, bračni status i kvalitet DPST usluge (odnosno, da li su ispitanici imali kompletnu uslugu DPST-a uz dobru komunikaciju sa savetnikom u savetovalištu) (tabela 87).

Tabela 87. Multivarijantna logistička regresija sa napredovanjem ka bezbednijem ponašanju kao zavisnom varijablom

Nezavisne varijable	B	p	OR (95%CI)
Mesto boravka	1,231	<0,001	3,42 (2,02-5,80)
Uzrast u vreme prvog seksualnog odnosa	-0,25	<0,001	0,78 (0,69-0,89)
Bračni status	0,89	<0,001	2,44 (1,57-3,77)
Kompletna usluga DPST-a uz dobru komunikaciju sa savetnikom u savetovalištu	0,17	0,049	1,188 (0,99-1,41)

Na isti način, kao i za znanje i za ponašanje, izračunata je medijana prosečne procentualne razlike u napredovanju u promeni stavova vezanih za HIV koja je iznosila 3,4, tako da je ispitivan uticaj posmatranih varijabli u odnosu na ishodnu dihotomnu varijablu skora promene stavova, gde je manji napredak predstavljao skor $\leq 3,4$ a veći napredak $> 3,4$.

Pomenutim statističkim testovima dobijeno je da je napredak u promeni stavova povezan sa bračnim statusom (ispitanici koji su u vezi ili u braku su najviše napredovali u promeni stavova), materijalnim stanjem (ispitanici koji su naveli da imaju dobro materijalno stanje najmanje su napredovali u promeni stavova) i sa ranijom praksom testiranja na HIV uz kompletnu uslugu DPST-a (ispitanici koji su dobili kompletnu uslugu DPST-a su u najvećem procentu promenili stavove). Statistička značajnost nije nađena u odnosu na pol, uzrast, školsku spremu, zaposlenost, mesto boravka, uzrast kada je bio prvi seksualni odnos i seksualnu orijentaciju (tabela 88).

Tabela 88. Socio-demografske i druge karakteristike ispitanika koje su povezane sa savetovanjem i testiranjem na HIV u odnosu na napredovanje u promeni stavova posle intervencije

Karakteristike ispitanika	Skor napredovanja u promeni stavova		p
	$\leq 3,4$ (n =162)	$> 3,4$ (n =168)	
Uzrast (srednja vrednost $\pm$ SD)	23,9 $\pm$ 3,23	24,04 $\pm$ 2,86	0,662
Pol, n (%)			
Muški	86 (46)	101 (54)	0,197
Ženski	76 (53,1)	67 (46,9)	
Mesto boravka, n (%)			
Beograd	84 (46,7)	96 (53,3)	0,335
Mesta van Beograda	78 (52,0)	72 (48)	
Školska sprema, n (%)			
Srednje obrazovanje i niže	49 (43,0)	65 (57,0)	0,107
Studenti i fakultetski obrazovanje	113 (52,3)	103 (47,7)	
Radni status, n (%)			
Nezaposleni	146 (48,3)	156 (51,7)	0,373
Zaposleni (za stalno)	16 (57,1)	12 (42,9)	
Materijalno stanje, n (%)			
Loše	42 (44,2)	53 (55,8)	0,019
Srednje	66 (44,6)	82 (55,4)	
Dobro	54 (62,1)	33 (37,9)	
Bračno stanje, n (%)			
Nisu u vezi	77 (53,8)	66 (46,2)	0,000
U vezi	83 (50,6)	81 (49,4)	
U braku	2 (8,7)	21 (91,3)	
Test na HIV, n (%)			
Ne	129 (48,7)	136 (51,3)	0,807
Da, u ovom savetovalištu	26 (49,1)	27 (50,9)	
Da, na drugom mestu	7 (58,3)	5 (41,7)	
Kompletna usluga DPST-a na HIV uz dobru komunikaciju sa savetnikom, n (%)			
Ne, nisu nikada testirani	133 (48,9)	139 (51,1)	0,034
Da, delimično	25 (61,0)	16 (39,0)	
Da, kompletno	4 (23,5)	13 (76,5)	
Godine života u vreme prvog seksualnog odnosa, srednja vrednost $\pm$ SD	17,54 $\pm$ 2,02	17,27 $\pm$ 2,03	0,218
Seksualna orijentacija, n (%)			
Homo/biseksualna	54 (52,4)	49 (47,6)	0,414
Heteroseksualna	108 (47,6)	119 (52,4)	
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci intravenskim putem, n (%)			
Ne	158 (49,1)	164 (50,9)	0,958
Da	4 (50,0)	4 (50,0)	

Varijable koje su bile statistički značajne na nivou 0,1 ušle su u model multivarijantne logističke regresije gde su se kao nezavisni faktori koji su uticali na napredovanje u promeni stavova izdvojili bračno i materijalno stanje, pri čemu su ispitanici koji su bili u vezi ili u braku, kao i ispitanici lošijeg materijalnog stanja više napredovali u menjanju stavova (tabela 89).

Tabela 89. Multivarijantna logistička regresija sa napredovanjem u promeni stavova kao zavisnom varijablom

Nezavisne varijable	B	p	OR (95%CI)
Materijalno stanje	-0,445	0,005	0,64 (0,47 – 0,87)
Bračno stanje	0,633	0,001	1,88 (1,29 – 2,75)

5. DISKUSIJA

U literaturi se ispituje uticaj DPST-a na ponašanja koja predstavljaju rizik za prenos HIV-a. U tzv. KAPB (K-knowledge, A-attitude, B-behavior and P-practice tj. studijama znanja, stavova i ponašanja) pored ispitivanja uticaja DPST-a na ponašanja ispituje se i njegov uticaj na promene u znanju i uticaj na menjanje stavova (69, 70, 71, 72).

Dugogodišnje iskustvo u radu na DPST-u, poverenje velikog broja klijenata sticano tokom dve i po decenije rada i zapažanja savetnika iz naših savetovališta da cela ova aktivnost kod velikog broja korisnika povećava njihovo znanje o HIV infekciji i da ima uticaja na smanjenje rizičnog ponašanja za HIV, inicirali su postavljanje hipoteze da je DPST praksa koja može značajno uticati na porast znanja, smanjenje rizičnog ponašanja i da ima potencijala za menjanje stavova u pozitivnom pravcu (50, 51, 60).

5.1. SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

Našom studijom je u prvoj fazi istraživanja bilo obuhvaćeno 427 ispitanika, a u drugoj 365, uzrasta od 18 do 30 godina. To znači da od 427 ispitanika koji su popunili upitnik u prvoj fazi istraživanja, njih 62 (15%) nije popunilo drugi upitnik. Za ovakvu vrstu istraživanja odziv od 85% za drugu fazu istraživanja je zadovoljavajući, što pokazuju rezultati sličnih istraživanja u svetu (70, 73, 74).

Prema rezultatima naše studije, distribucija ispitanika prema polu je bila sa nešto većim učešćem ispitanika muškog pola; mladića oko 56% i devojaka oko 44%, što se poklapa sa podacima o polnoj strukturi posetilaca u godišnjim izveštajima Centra za prevenciju side i PPI Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata.

Broj ispitanika koji pripadaju studentskoj populaciji u ovom istraživanju bio je najveći (nešto više od polovine), što i jeste logično, s obzirom da je istraživanje obavljeno u ustanovi koja primarno brine o zdravlju studentske populacije. S obzirom da je Centar za HIV i PPI Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata dostupan i ostalim mladim ljudima koji ne pripadaju studentskoj populaciji, a koji su imali rizik za HIV infekciju, većinu ispitanika su činili korisnici čiji je stepen obrazovanja najviše bio do srednje

stručne spreme, uključujući i srednju stručnu spremu, što se takođe poklapa sa podacima iz godišnjih protokola i izveštaja Centra za prevenciju side i PPI Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Univerziteta u Beogradu.

Beograd kao stalno mesto boravka navelo je oko 57% ispitanika, a ostala mesta u Srbiji (van Beograda) 43%. U brojnim studijama se mesto boravka analizira kao važna varijabla i obrađuje značajnost razlike između metropole i manjih sredina, odnosno između ruralne i gradske omladine u pogledu znanja, stavova i rizika za prenos HIV infekcije (75, 76, 77).

Svoje materijalno stanje je blizu polovine naših ispitanika (45,4%) u prvoj fazi istraživanja procenilo kao „osrednje“, a skoro 30% je mislilo da je njihovo materijalno stanje loše ili izuzetno loše. U drugoj fazi istraživanja odgovori su se donekle razlikovali: pa je 45% ispitanika navelo da je njihovo materijalno stanje loše ili izuzetno loše, a 38% je navelo da je „osrednje“. Moguće je da se ova razlika može pripisati iskrenijem i otvorenijem odnosu, koji je najverovatnije rezultat dobro uspostavljenog međuodnosa sa savetnicom/savetnikom iz savetovaništa. U skladu sa tim, uočljiv je i podatak da je skoro trećina naših ispitanika (31%) navela da im je majka nezaposlena, kao i da je oko 12% očeva naših ispitanika, takođe bez posla. U literaturi se mogu naći studije sa sličnim rezultatima u kojima se ispituje povezanost DPST-a i materijalnog stanja ispitanika (75, 78, 79).

Podaci o bračnom stanju se nisu mnogo razlikovali u odnosu na fazu istraživanja, pa je u prvoj fazi istraživanja 39% ispitanika navelo da trenutno nisu ni sa kim u partnerskoj vezi, da jeste u vezi navelo je 49%, blizu 5% je bilo udatih ili oženjenih i po par procenata onih koji su živeli sa partnerima koji nisu njihovi bračni partneri, zatim razvedeni, udovci ili udovice i drugo. U drugoj fazi istraživanja procenti su bili skoro identični. I u radovima drugih autora partnerske veze i bračni status predstavljaju važnu sociodemografsku karakteristiku, a podaci o bračnom statusu ispitanika su u velikoj meri slični sa našim podacima (70, 78, 80).

Da test na HIV nikada do tada nije uradilo u prvoj fazi istraživanja navelo je 76,3% ispitanika koji su odmah nakon popunjavanja upitnika dobili kompletnu uslugu DPST-a. U drugoj fazi istraživanja svi ispitanici naveli su da su dobili kompletnu uslugu savetovanja i testiranja na HIV, jer je drugo istraživanje obavljeno 4-6 meseci nakon prvog, u cilju ponovnog popunjavanja upitnika i sagledavanja uticaja cele DPST usluge na promene u znanju, ponašanju i stavovima korisnika. U studiji koja je meta-analizom obuhvatila 17 istraživanja iz DPST savetovaništva širom sveta, mahom su postojale dve faze istraživanja: prva ili bazična, iza koje je usledilo dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, a zatim druga 4 do 8 meseci nakon prve; nekolicina istraživanja je imala tri faze, inicijalnu i još dve 6 i 13 meseci nakon intervencije DPST-a (70).

5.2. ZNANJE ISPITANIKA O HIV INFEKCIJI

Znanje ispitanika procenjivano je kroz 18 pitanja koja su se odnosila na: načine prenosa HIV-a, načine zaštite od HIV infekcije, prikladnom vremenu za testiranje - *periodu prozora*, zatim na zablude vezane za prenos HIV-a, mogućnost provere sopstvenog statusa kroz HIV status partnera, mogućnosti terapije, kao i načine prevencije HIV infekcije. Testiranjem tačnih (ispravnih) odgovora u drugoj fazi istraživanja u odnosu na prvu, evidentiran je značajan napredak u znanju, odnosno, dokazana je statistički značajna razlika, bilo u povećanju procenata tačnih odgovora, ili smanjenju netačnih i/ili odgovora „ne znam“ na 17, od mogućih 18 pitanja.

Na jedan broj pitanja, uglavnom na ona koja su se odnosila na *period prozora* i procenu rizika za prenos HIV-a u toku *perioda prozora*, kao i na mogućnost provere svog HIV statusa kroz HIV status svog seksualnog partnera, u prvoj fazi istraživanja dobijen je visok procenat neispravnih odgovora, ili odgovora „ne znam“. Tako je na pitanje: „Da li je *period prozora* vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila, do pojave kliničke slike?“ u prvoj fazi istraživanja, ispravan odgovor dala tek trećina ispitanika (31%), ali zato je u drugoj fazi ispravnih odgovora bilo dvostruko više (60%). Takođe, visok procenat nesigurnosti tj. odgovora „ne znam“ (23,2%) dali su ispitanici u prvoj fazi ispitivanja na pitanje „Da li se HIV može preneti sa jedne na drugu osobu i u

toku *perioda prozora?*“, dok je u drugoj fazi istraživanja više od četiri petine ispitanika (83,3%) znalo ispravan odgovor.

Ubedljivo najviše nesigurnosti je bilo u odgovorima na pitanja oko prenosa HIV-a poljupcem, putem oralnog seka i stepenovanje rizika za analni seks, pa su to ujedno i bila pitanja na koja su se, u prvoj fazi istraživanja, ispitanici u visokom procentu odlučivali za odgovor „ne znam“. Tako se u prvoj fazi istraživanja na pitanje tj. tvrdnju da se „Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ može preneti HIV“ svaki peti ispitanik odlučio za odgovor „ne znam“ (20,1%), dok je 7,3% dalo pogrešan odgovor; u drugoj fazi istraživanja ovi procenti su bili višestruko niži: odgovora „ne znam“ bilo je 12,3% a pogrešnih odgovora 1,9%, što je bilo statistički visoko značajno. Najveće smanjenje nesigurnosti (smanjenje izabranih odgovora „ne znam“) u drugoj fazi istraživanja u odnosu na prvu, bilo je kod odgovora na pitanje: „Oralnim seksom bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom, moguće je inficirati se HIV-om“ gde je u prvoj fazi istraživanja 21,8% ispitanika odgovorilo „ne znam“, a u drugoj fazi istraživanja 5,2%.

Videli smo da su u visokom procentu dobijeni tačni odgovori za tvrdnju: „da se analni seksualni odnosi bez kondoma svrstavaju u najviše rizike za HIV infekciju“, međutim, upadljivo je to što je svaki šesti ispitanik imao dilemu kod odgovora na ovo pitanje u prvoj fazi istraživanja i izabrao odgovor „ne znam“ (17,1%) dok je u drugoj fazi istraživanja ovaj procenat bio značajno niži – 7,1%.

Kod ovog istog pitanja uočava se statistički visoko značajna razlika u odgovorima ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija u odnosu na ispitanike kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija: u prvoj fazi istraživanja postojala je statistički visoko značajna razlika u odgovorima tako što su ispitanici kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija u daleko manjem procentu dali ispravne odgovore (58,8%) u odnosu na celokupan uzorak (81,3%) da bi se u drugoj fazi istraživanja (posle intervencije) ta razlika potpuno izgubila, pa čak i dobila „inverzija“ (ispitanici kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija su imali 93,8% tačnih odgovora, a opšti uzorak 92,3%). Naime, upoređujući odgovore na ukupno 18 pitanja koja su se odnosila na znanje - odgovori ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija nisu se statistički značajno razlikovali u odnosu na odgovore ispitanika kod kojih nije

dijagnostikovana HIV infekcija na 17 pitanja, osim kod pitanja: „Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju“.

Osim uočenog smanjenja nesigurnosti u odgovorima nakon intervencije (smanjenje odgovora „ne znam“), u istraživanju je uočen i porast znanja, tj. povećanje procenta ispravnih odgovora na svih 18 pitanja. Ubedljivo najveći napredak u znanju (preko 30%) uočen je kod odgovora na pitanje: „Sasvim je sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe HIV preneti na zdravu osobu“, gde je procenat ispitanika koji su dali ispravan odgovor u prvoj fazi istraživanja bio 41,2% a u drugoj 71,8%.

U našem istraživanju, procentualna distribucija ispravnih (tačnih) odgovora testirana je i u odnosu na pol, stepen obrazovanja, stalno mesto boravka i u odnosu na seksualnu orijentaciju. Razlike u odgovorima bile su značajnije u prvoj fazi istraživanja nego u drugoj. Ovo upravo govori da je ispitivana intervencija imala uticaj da se te razlike smanje. U najvećoj meri one su bile povezane sa stepenom obrazovanja, kao i sa stalnim mestom boravka, dok je manja razlika u odnosu na fazu ispitivanja uočena u procentualnom učešću tačnih odgovora u odnosu na pol i seksualnu orijentaciju.

Da je ispitivana intervencija doprinela da se poveća znanje vezano za HIV infekciju kod ispitanika sa nižim obrazovanjem tj. kraćim formalnim školovanjem i kod ispitanika čije je stalno mesto boravka van Beograda, govori činjenica da je najviše razlika u odgovorima u smislu povećanja znanja nakon intervencije uočeno u odnosu na stepen obrazovanja ispitanika i u odnosu na mesto stalnog boravka. Ispitanici sa nižim stepenom obrazovanja, kao i ispitanici čije je stalno mesto boravka bilo van Beograda, imali su u prvoj fazi istraživanja mnogo slabije početno znanje, a nakon intervencije tj. nakon dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV, uočava se statistički značajan porast znanja i u velikoj meri se gube početne razlike u znanju, koje su bile upadljive pre intervencije koju smo testirali. Slične rezultate nalazimo u publikovanim radovima nekoliko većih istraživanja u svetu, posebno sa Južnoameričkog i Afričkog kontinenta (69, 72, 73, 74).

5.2.1. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje u znanju posle DPST intervencije

Napredovanje u znanju posle DPST intervencije povezano je sa:

- uzrastom (mlađi ispitanici su bolje napredovali i lakše usvajali znanje),
- materijalnim stanjem (više su napredovali u znanju oni koji su bili lošijeg materijalnog stanja),
- zaposlenošću (nezaposleni su više napredovali),
- mestom boravka (bolje su napredovali u znanju ispitanici čije je stalno mesto boravka van Beograda),
- uzrastom u vreme prvog seksualnog odnosa (ispitanici koji su ranije stupili u seksualne odnose više su napredovali u znanju),
- i da li su ikada radili test sa kompletnom uslugom DPST-a (ubedljivo su najviše napredovali u znanju oni ispitanici koji nisu nikada imali kompletnu uslugu DPST-a, što i jeste logično, jer ispitanici koji su već bili u savetovalištima - u startu su imali bolje znanje, pa su sada manje napredovali jer su već dobili dosta informacija tokom savetovanja u okviru usluge DPST-a).

Nakon statističke analize, po modelu multivarijantne logističke regresije, na napredovanje u znanju izdvojili su se:

- mesto boravka,
- uzrast (godine života) u vreme prvog seksualnog odnosa i
- da li su ispitanici imali kompletnu uslugu DPST-a uz dobar odnos/dobru komunikaciju sa savetnikom u savetovalištu.

Multivarijantnom logističkom regresijom dobijeno je da je 2,6 puta bila veća šansa za napredovanjem u znanju za ispitanike čije je stalno mesto boravka van Beograda; 1,2 puta su lakše usvajali znanje klijenti koji su u mlađem uzrastu stupili u seksualne odnose, a 1,3 puta više su napredovali u znanju oni klijenti koji su po prvi put bili u našem savetovalištu i dobili kompletnu uslugu DPST-a uz dobar međuodnos sa savetnikom.

Upoređujući rezultate naše studije sa rezultatima studija autora iz drugih DPST Centara u svetu uočava se snažna povezanost znanja o HIV infekciji i edukacije, tj. stepena obrazovanja (80, 81, 82).

Od sociodemografskih karakteristika često je istraživano da li postoje razlike u odnosu na to da li su ispitanici iz urbane ili ruralne sredine motivisaniji za DPST kao i u odnosu na socijalni status. Rezultati studije koji se suprotstavljaju uvreženom mišljenju da su siromašniji i mlađi korisnici manje zainteresovani i manje motivisani za DPST, pokazali su da ispitanici nižeg socijalnog statusa imaju veću želju i motiv da se testiraju, ali bez predviđanja kakvo će dalje biti njihovo ponašanje (78). Takođe, u pomenutoj studiji naglašeno je skoro alarmantno povećanje HIV infekcije među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (MSM populaciji) ispod 29 godina, sa povećanjem novih HIV infekcija u ovoj kategoriji za čak 12,2% na godišnjem nivou, pa ne čudi da je povećanje DPST-a postalo prioritet u nacionalnoj strategiji za prevenciju novih infekcija HIV-om (78).

U radu kolega iz Nigerije obrađuje se uticaj ekonomskog statusa i dostupnosti u odnosu na daljinu i prevoz do DPST centara, plaćanje DPST-a, radno vreme i korisnika i savetovališta i slično. Naglašava se izuzetna važnost da usluga DPST-a bude maksimalno dostupna jer su potrebe i namere identične i kod bogatijeg i siromašnijeg sloja stanovništva, a prepreke u dostupnosti su one koje utiču na stepen korišćenja DPST usluga (79).

5.3. PONAŠANJA ISPITANIKA KOJA SU POVEZANA SA RIZIKOM ZA HIV INFEKCIJU

Najčešće istraživana ponašanja koja se povezuju sa rizikom za HIV su: uzrast započinjanja seksualnih odnosa, korišćenje kondoma, broj seksualnih partnera, postojanje paralelnih veza, postojanje kratkih i površnih veza, postojanje seksualno prenosivih infekcija, rizične seksualne prakse, seksualni odnosi pod uticajem alkohola ili droga (70, 73, 76, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91).

5.3.1. Uzrast započinjanja seksualnih odnosa

Jedno od obeležja koje je prisutno u najvećem broju studija koje ispituju znanje, stavove i ponašanje mladih, a tiču se seksualnog zdravlja, jeste početak seksualnog života (70, 92, 93, 94, 95). U nekim od tih istraživanja rani početak seksualnih odnosa povezuje se sa brojnim rizicima, najčešće sa većim rizikom za polno prenosive infekcije i HIV (70, 96).

U našem istraživanju svi ispitanici koji su učestvovali u studiji imali su seksualne odnose. Prve seksualne odnose imali su u proseku sa 17,4 godine, sa statistički značajnim razlikama u odnosu na pol, obrazovanje i seksualnu orijentaciju. Muškarci su u proseku godinu i tri meseca stupali u seksualne odnose ranije nego devojke (muškarci: u proseku sa 16,9 godina, a devojke u proseku sa 18,2 godine), ispitanici sa nižim formalnim obrazovanjem godinu i dva meseca ranije od ispitanika sa višim obrazovanjem (ispitanici sa nižim obrazovanjem u proseku sa 16,7 godina, a ispitanici sa višim obrazovanjem u proseku sa 17,9 godina) i homoseksualno orijentisani ispitanici u proseku godinu dana ranije nego ispitanici heteroseksualne orijentacije (ispitanici homoseksualne orijentacije u proseku sa 16,8 godina, a ispitanici heteroseksualne orijentacije u proseku sa 17,8 godina). Stalno mesto boravka nije značajno uticalo na uzrast stupanja u prve seksualne odnose.

Heteroseksualnu orijentaciju je imalo 65% ispitanika a homoseksualnu 35% u prvoj fazi istraživanja, odnosno heteroseksualnu 62%, a homoseksualnu 38% u drugoj. Upadljivo je da je od 239 ispitanika koji su učestvovali i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja, nakon što su dobili kompletnu uslugu DPST-a, trinaest ispitanika muškog pola koji su u prvoj

fazi istraživanja naveli da su heteroseksualno orijentisani, u drugoj fazi istraživanja su naveli da su homo ili biseksualno orijentisani. Očigledno je da su stekli poverenje u savetnika sa kojim su razgovarali kao i u ceo proces DPST-a, pa su tokom ponovne posete savetovalištu, kada su po drugi put popunjavali upitnik, bili otvoreniji.

U jednom od najvećih istraživanju među studentskom populacijom kod nas, koje je obuhvatilo 5385 akademaca sa skoro svih fakulteta univerzitetskih centara u Srbiji (Beograd, Novi Sad, Niš, Kragujevac i Subotica) dobijeni su podaci o seksualnom ponašanju studenata. Naime, seksualne odnose u tom istraživanju, studenti su imali u proseku sa 17 godina (mladići nešto ranije od devojaka) (97).

Generalno posmatrano, na osnovu radova autora iz sveta stiće se utisak da se u razvijenijim zemljama, posebno u zemljama gde postoji seksualno obrazovanje u školama već dugi niz godina, mladi odlučuju za prvo seksualno iskustvo u proseku kasnije u odnosu na mlade u nerazvijenim zemljama sveta.

5.3.2. Broj seksualnih partnera i „paralelne veze“

U našem istraživanju mladići su imali ubedljivo više seksualnih partnera (u proseku 10 seksualnih partnera) nego devojke (u proseku 6 seksualnih partnera).

Homo ili biseksualno orijentisani ispitanici imali su u proseku dvostruko više seksualnih partnera od heteroseksualno orijentisanih ispitanika (homo/biseksualno orijentisani ispitanici u proseku 12 partnera, a heteroseksualno orijentisani ispitanici u proseku 6 partnera). Nije dokazano da postoji veza između stepena obrazovanja i stalnog mesta boravka i prosečnog broja seksualnih partnera ispitanika.

U odnosu na broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca, naše istraživanje je pokazalo:

- da je broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca skoro dvostruko smanjen u drugoj fazi istraživanja u odnosu na prvu, odnosno da su u prvoj fazi istraživanja ispitanici u proseku imali 2,2 partnera u poslednja 4 meseca, a u drugoj 1,4;
- da su u prvoj fazi istraživanja ispitanici muškog pola, ispitanici čije je stalno mesto boravka van Beograda i ispitanici koji imaju homoseksualne ili biseksualne odnose, imali u mnogo višem procentu tri, četiri, pet ili više partnera u toku poslednja 4 meseca, dok se u drugoj fazi istraživanja taj broj višestruko i ubedljivo smanjio;

- da je pored stalnog partnera, u poslednja 4 meseca „paralelne“ veze imalo blizu polovine ispitanika u prvoj fazi istraživanja (45,4%), dok je drugoj fazi istraživanja taj procenat bio četverostruko niži (12,6%);

Iz dalje, detaljnije analize dobijenih rezultata, sledi

- da se veći broj istovremenih pratnera koji su predstavljali „paralelne veze“ ubedljivo (višestruko) smanjio posle intervencije koju ispituje, posebno kod ispitanika muškog pola, kod homo/biseksualno orijentisanih ispitanika i kod ispitanika sa nižim stepenom obrzovanja,
- da se u drugoj fazi istraživanja značajno povećao broj ispitanika koji su apstinirali u poslednja 4 meseca.

Kako su sve nabrojane promene uočene nakon pružene usluge DPST-a, odnosno u drugoj fazi istraživanja, sasvim je sigurno da se uočene promene povezuju sa intervencijom koju ispituje odnosno da joj možemo pripisati direktan uticaj na opisane promene.

Dakle, smanjenje broja partnera, smanjenje paralelnih veza, smanjenje velikog broja partnera istovremeno i povećanje broja klijenata koji apstiniraju, možemo smatrati „posledicom“ kompletne usluge DPST-a.

Često se u centrima za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje istražuje seksualna orijentacija korisnika i broj seksualnih partnera, pa tako mnogi autori, posebno iz zemalja gde je visoko stigmatizovana praksa istopolnih seksualnih odnosa, navode da se o nezaštićenim seksualnim odnosima među muškarcima jedino otvoreno govori u DPST centrima i da HIV infekcija sve više pogađa ovu populaciju (81, 98, 99). Obimna meta-analiza (studija koja se nalazi u Kohranovoj bazi podataka) koja je za osnovu imala 2808 radova objavljenih do jula 2010. godine, koji su obrađivali uticaj i efekte DPST-a brojnih savetovališta širom sveta, predstavljala je izuzetno važan i bogat izvor brojnih podataka (70). Važno je naglasiti da su u ovu meta-analzu ušli samo publikovani radovi koji su se nalazili u elektronskoj bazi, da je neophodan kriterijum bio da su svi ispitanici imali inicijalnu intervenciju DPST-a, jasno opisanu u smislu: savetovanja pre testiranja, testiranja i savetovanja posle testiranja, da su zatim ispitanici imali najmanje još jedan dolazak nakon nekoliko meseci; neke studije su

imale još dva dolaska (posle 6 meseci i posle 13 meseci) i da je ispitivan i jasno prezentovan uticaj DPST intervencije na korisnike - u oblasti bioloških, bihevioralnih i psiholoških parametara.

Nakon detaljne analize i obrade prikupljenih podataka, od 2808 radova – samo je 17 ispunjavalo opisane kriterijume i ušlo u meta analizu.

Osnovna poruka ove meta analize je da je analiziranih 17 istraživanja otkrilo vrlo malo o samoj intervenciji DPST-a i njenim komponentama i strategijama koje se koriste u pre i post savetovanju. Autori upravo naglašavaju da je to najveći nedostatak, ne samo publikovanih istraživanja, već i mnogih centara (savetovaništva), jer se izuzetno retko sreće da je kompletna procedura DPST-a jasno opisana, sa svim elementima, protokolom rada i svim koracima (70).

U ovom radu, posle opsežne meta analize navedeno je sledeće:

- od 17 radova koji su ušli u meta-analizu 15 je iz DPST centara pri klinikama
- ispitivana populacija (klijenti) su bili i iz gradskih i iz ruralnih sredina
- ispitanici koji su dobili kompletnu uslugu DPST-a značajno su smanjili broj seksualnih partnera u odnosu na one koji nisu dobili DPST uslugu
- kod prosečnog broja partnera inicijalno je postojala razlika u odnosu na pol, a 6 meseci nakon DPST intervencije na smanjenje broja partnera nije uticao pol
- statistički visoko značajno povećanje korišćenja kondoma nakon intervencije DPST-a se vezuje za HIV pozitivne pacijente
- polno prenosive infekcije (PPI) su se smanjile šest meseci posle dobijanja DPST usluge u poređenju sa početnom vrednošću
- studija snažno podržava ohrabrivanje HIV pozitivnih klijenata da kažu svoj HIV status svom seksualnom partneru
- istovremeno, u okviru pozitivne prevencije, preporučuje se rad sa osobama kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, uz dalje upućivanje (tzv. „referral“)

5.3.3. Korišćenje kondoma

Kako je kondom jedino pouzdano sredstvo zaštite od seksualnog načina prenošenja HIV-a, rezultati koje smo dobili mogu samo donekle da ohrabre.

U prvoj fazi istraživanja na pitanja o korišćenju kondoma: „Da li ste tokom poslednjeg seksualnog odnosa koristili kondom?“ potvrdno je odgovorilo 27,4% klijenata, a u

drugoј fazi 52,6%. Iako je skoro udvostručen broj ispitanika koji je odgovorio da je koristio kondom tokom poslednjeg odnosa to je, generalno gledano, još uvek nizak procenat (tek nešto više od polovine ispitanika nakon intervencije je koristio kondom). Uočeno je da je napredak u korišćenju kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa u ukupnom uzorku bio bez statistički značajne razlike u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju i mesto boravka, a statistički visoko značajna razlika je postojala u odnosu na stepen obrazovanja. Ispitanici sa nižim obrazovanjem su u trostruko manjem procentu koristili kondom tokom poslednjeg seksualnog odnosa nego ispitanici sa višim obrazovanjem i ta razlika je postojala i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja. Na osnovu toga možemo zaključiti da ispitivana intervencija nije „neutralisala“ ili nadoknadila uticaj razlike u stepenu formalnog obrazovanja u odnosu na praksu korišćenja kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa.

Odgovori na mnogo detaljnija pitanja o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca, analizirani su posebno za vaginalne, za analne i za oralne seksualne odnose. Odgovori na ta pitanja bili su ponuđeni u vidu petostepene skale – jer je bilo mnogo prihvatljivije ponuditi veći broj odgovora na pitanje „Da li ste tokom poslednja 4 meseca koristili kondom?“ nego ponuditi isključive odgovore „da“ ili „ne“. Ponuđeni su bili odgovori: „ne“, „ponekad“, „uglavnom da“ „da, svaki put“ i „nije bilo ovakve vrste seksualnih odnosa u poslednja 4 meseca“.

Važno je objasniti da smo zatim, u statističkoj analizi, odgovore „uglavnom da“, „ponekad“ i „ne“ grupisali u jednu kategoriju (kategoriju odgovora „ne“), jer je činjenica da je za prenos HIV-a dovoljan i samo jedan seksualni odnos bez kondoma sa osobom koja živi sa HIV-om da bi se virus preneo. Analizirajući dobijene odgovore na ovaj način dobili smo da je nakon ispitivane intervencije bilo statistički visoko značajano povećanje odgovora o redovnom korišćenju kondoma (kategorija odgovora - „da svaki put“) i za vaginalne i za analne odnose (za vaginalne je povećan dvostruko – sa 4% u prvoj fazi povećan je na 9,3% u drugoj, a za analne je povećan trostruko - sa 3,5% u prvoj fazi povećano je na 12,6% u drugoj fazi). I pored ovog statistički visoko značajnog povećanja redovnog korišćenja kondoma nakon ispitivane intervencije, procenat redovnog korišćenja kondoma je, generalno posmatrano, još uvek izuzetno mali.

S druge strane ohrabruje činjenica da se u drugoj fazi istraživanja smanjio broj klijenata koji nisu koristili kondom u prethodna 4 meseca. Tako je u prvoj fazi istraživanja za vaginalne seksualne odnose sa 70,3% odgovora ispitanika koji nisu koristili kondom u poslednja 4 meseca, taj procenat smanjen na 42,9% u drugoj fazi; dok je za analne seksualne odnose, sa 43,8% u prvoj fazi, procenat nekorišćenja kondoma pao na 21,4%.

Dugogodišnje iskustvo savetnika koji rade u Centru za DPST u kome je istraživanje obavljeno govori o izuzetno retkoj praksi korišćenja kondoma za oralne seksualne odnose, pa otuda ne čudi podatak dobijen u prvoj fazi istraživanja da preko 95% ispitanika ne koristi kondom tokom oralnih seksualnih odnosa. Iskustvo je takođe pokazalo da se o ovoj vrsti seksualne prakse ipak posvećuje dosta pažnje u toku razgovora u savetovalištim, odnosno da sami klijenti često pitaju o stepenu rizika za oralni seks. Pa je tako u drugoj fazi istraživanja (nakon usluge DPST-a) dobijeno statistički značajno smanjenje broja ispitanika koji nisu koristili kondom za oralni seks tokom prethodna 4 meseca, a pojavili su se i odgovori, doduše, u veoma niskom procentu (od 3,1%) klijenata koji su u drugoj fazi istraživanja naveli da su tokom prethodna 4 meseca uvek koristili kondom za oralni seksualni odnos.

Važno je istaći takođe da je procenat ispitanika koji su apstinirali i/ili nisu imali određenu vrstu seksualnog odnosa tokom prethodna 4 meseca bio značajno viši u drugoj fazi istraživanja, s tim da je za vaginalne odnose on sa 25,8% u prvoj fazi istraživanja skoro dvostruko povećan u drugoj (47,8%); za analne seksualne odnose sa 52,7% u prvoj fazi istraživanja povećao se na 66% u drugoj, dok je ova razlika najubedljivija bila za oralne seksualne odnose, koje u prvoj fazi istraživanja nije imalo 4,9% ispitanika, a u drugoj 34,1%.

Svi rezultati o korišćenju/nekorišćenju kondoma upućuju na činjenicu da je u toku razgovora sa klijentima u savetovalištu za DPST, tokom savetovanja neophodno posvetiti dovoljno pažnje, vremena i energije u detaljnim objašnjenjima o ovoj izuzetno važnoj praksi.

Posmatrajući odgovore u prvoj fazi istraživanja o korišćenju kondoma tokom poslednja 4 meseca za vaginalne i analne odnose uočene su statistički značajne razlike koje su povezane sa polom, seksualnom orijentcijom, stepenom obrazovanja i stalnim mestom boravka. U drugoj fazi istraživanja, nakon pružene usluge savetovanja i testiranja na

HIV uočene statistički značajne razlike povezane sa stepenom obrazovanja i stalnim mestom boravka su nestale, pa se ispitivanoj intervenciji može pripisati uticaj na neutralisanja razlike u odgovorima o praksi korišćenja kondoma (tokom poslednja 4 meseca), u odnosu na stepen obrazovanja i mesto boravka naših korisnika.

Rezultati studije koja je rađena u Kejp Taunu na klinici za seksualno prenosive infekcije govori da korišćenje kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu nije bilo u korelaciji sa HIV statusom ispitanika, odnosno, utvrđeno je da su pacijenti koji su pri prvoj ponovnoj sesiji testiranja dijagnostikovani kao HIV pozitivni, na početku istraživanja u većem procentu odgovorili da su pri poslednjem seksualnom odnosu koristili kondom (78%), u odnosu na one koji su ostali HIV negativni (59%), a takođe su (na početku istraživanja) izjavili da su pri poslednjem seksualnom odnosu koristili kondom (73).

U ovoj studiji nije pronađeno značajno smanjenje rizičnog ponašanja nakon DPST intervencije, osim smanjenja nezaštićenih analnih seksualnih odnosa među HIV pozitivnim ispitanicima, u odnosu na HIV negativne.

5.3.4. Seksualni odnosi povezani sa materijalnom dobiti i postojanje polno prenosivih infekcija

U delu upitnika koji se odnosio na pitanja o seksualnim odnosima koji su povezani sa materijalnom dobiti nisu uočene razlike u odnosu na fazu istraživanja.

Tako su odgovori na pitanje: „Da li ste ikada do sada kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku vrstu materijalne dobiti?“ i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja bili skoro u identičnom procentu (14%), bez statističke značajne razlike u odgovorima u odnosu na pol, stepen obrazovanja i seksualnu orijentaciju. Statistički visoko značajna razlika je uočena jedino u odnosu na stalno mesto boravka, gde je u i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja statistički visoko značajno veći broj ispitanika sa stalnim mestom boravka van Beograda, imao neku materijalnu dobit kao protivuslugu za seksualni odnos (23,5% - ispitanici sa stalnim mestom boravka van Beograda, u odnosu na 5,3% - ispitanici sa stalnim mestom boravka u Beogradu).

Nešto je niži procenat odgovora (blizu 13%) na pitanje: „Da li ste Vi ikada do sada nekome platili za seksualnu uslugu?“ a u odgovorima između prve i druge faze istraživanja takođe nema statistički značajne razlike. Takođe nema statistički značajne razlike ni u odnosu na seksualnu orijentaciju i stalno mesto boravka ispitanika, dok je u

odnosu na pol i na stepen obrazovanja u obema fazama istraživanja postojala statistički značajna razlika i to tako što su se svi pozitivni odgovori o plaćanju seksualnih usluga odnosili na mladiće, a daleko je više ispitanika koji su bar jednom platili za seksualnu uslugu, a imaju niže obrazovanje u odnosu na grupu ispitanika koji studiraju ili su završili fakultet.

U odnosu na fazu istraživanja skoro da nije bilo razlike ni u odgovorima o postojanju neke od polno prenosivih infekcija, tako da je trećina ispitanika odgovorila da je imala neku od polno prenosivih infekciju, a 12% da je imalo i više od jedne polno prenosive infekcije. Polno prenosive infekcije su statistički značajno više imali muškarci, homo/biseksualno orijentisani ispitanici i ispitanici iz Beograda, uz upadljivo statistički značajno veći procenat odgovora „ne znam“ u ovim kategorijama.

Autori iz Hrvatske iz VCT Centra iz Zagreba posebnu pažnju poklanjaju ispitivanju seksualnih odnosa sa neregularnim (slučajnim ili paralelnim) partnerima i nekorišćenju kondoma u takvim vezama (100), autori iz Kine najviše povezuju veći broj veza (3 i više) i prisustvo PPI sa većim rizikom za HIV infekciju (81, 98) a u istraživanju faktora rizika za HIV infekciju među mladim muškarcima sa Haitija, naglašena je snažna veza između postojanja paralelnih i/ili slučajnih veza sa HIV pozitivnošću (82).

5.3.5. Konzumiranje alkohola, konzumiranje droga i seksualni odnosi pod dejstvom alkohola ili droga

Konzumiranje alkohola predstavljaju faktor koji indirektno može predstavljati rizik za prenos HIV-a. Navika učestalog i preteranog korišćenja alkohola povećava verovatnoću rizičnog ponašanja, tako što dovodi do alkoholisanog stanja, gubitka kontrole, nekritičnog ponašanja i može se završiti nezaštićenim seksualnim odnosom.

Svi ispitanici u našoj studiji odgovorili su da su probali bar neko alkoholno piće u životu. Iz istraživanja smo mogli da dobijemo podatke o broju opijanja u periodu od 4 meseca pre intervencije (u prvoj fazi istraživanja) i 4 meseca posle savetovanja i testiranja na HIV (u drugoj fazi istraživanja). Posle DPST intervencije povećao se broj ispitanika koji se u poslednja 4 meseca nisu opjeli (sa 36,5% na 50,1%), ali se povećao i broj onih koji su se jednom opili (sa 27,9% na 31,5%). Ubedljivo se smanjio broj onih

koji su se višestruko opijali: dva puta (sa 16,9% na 9,6%) a najviše se smanjio broj ispitanika koji su se opijali tri, četiri ili više puta u poslednja 4 meseca (sa 18,7% na 8,8%).

Često opijanje je i u prvoj i u drugoj fazi istraživanja statistički visoko značajno povezano sa polom, tako što su se u mnogo većem procentu dva, tri ili više puta u prethodna 4 meseca opijali muškarci, a takođe je povezano sa obrazovanjem, tako što su se u mnogo većem procentu dva, tri ili više puta u prethodna 4 meseca opijali ispitanici koji imaju niže obrazovanje.

Iz ovih rezultata možemo zaključiti da je intervencija imala uticaja na smanjenje broja opijanja onih korisnika koji su imali naviku čestog opijanja.

Dugogodišnje iskustvo savetnika koji rade u DPST savetovalištu u kome je rađeno istraživanje govori da klijenti često u razgovoru ne doživljavaju konzumiranje marihuane kao rizik, odnosno često u toku razgovora, onako – „kao usput“ pomenu da su probali marihuanu ili da je ponekad koriste. Istraživanje je pokazalo da je nešto više od polovine ispitanika probalo marihuanu (sa minimalnim razlikama i bez statistički značajne razlike u odnosu na fazu istraživanja), u proseku sa 17 godina. Od onih koji su je probali, dve trećine više nije konzumiralo marihuanu, a trećina je navela da je i dalje povremeno koristi, bez značajnih razlika u odnosu na fazu istraživanja i bez razlike u odnosu na pol, seksualnu orijentaciju, obrazovanje i stalno mesto boravka.

Četvrtina ispitanika je navela da je pored marihuane probala bar još jednu psihoaktivnu supstancu, gde se najčešće navode sedativi, a zatim ekstazi i druge ilegalne droge, bez razlika u odnosu na fazu istraživanja. Podatak da je u prvoj fazi istraživanja bilo 15 ispitanika (3,5%) koji su naveli da su intravenski („na iglu“) koristili ili koriste heroin, a u drugoj fazi duplo manje – 8 (ili 1,9%) govori da je u ovoj kategoriji klijenata (intravenskih korisnika droga) bilo najviše osipanja.

Razlike u odgovorima o korišćenju psihoaktivnih supstanci pre i posle intervencije (DPST-a) praktično nisu uočene, tako da se može zaključiti da ispitivana intervencija nije imala uticaja na vrstu ili učestalost korišćenja ilegalnih psihoaktivnih supstanci.

Jedna od visokorizičnih praksi za dobijanje HIV infekcije je praksa seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge. U našem istraživanju u prvoj fazi istraživanja, četiri

meseca pre intervencije koju smo testirali, seksualne odnose pod dejstvom alkohola ili droge imala je trećina ispitanika, a nakon savetovanja i testiranja na HIV - u periodu od 4 meseca koji su prethodili drugoj fazi istraživanja, taj broj je bio duplo manji. Istovremeno se uočava da se zapravo nije povećao procenat ispitanika koji su odgovorili da nisu imali seksualne odnose pod dejstvom alkohola ili droge, već je znatno povećan broj ispitanika u drugoj fazi istraživanja koji su apstinirali.

Uočene razlike u distribuciji odgovora ispitanika u prvoj fazi istraživanja bile su u smislu daleko većeg broja seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge kod muškaraca, kod heteroseksualno opredeljenih ispitanika, kod ispitanika sa stalnim mestom boravka van Beograda i kod ispitanika sa nižim obrazovanjem. U drugoj fazi istraživanja ove statistički značajne razlike uočene u prvoj fazi istraživanja se potpuno gube, osim u odnosu na seksualno opredeljenje, pa je, u drugoj fazi istraživanja i dalje veći broj odnosa pod dejstvom alkohola ili droga među heteroseksualno orijentisanim ispitanicima nego među homoseksualno orijentisanim.

Na osnovu ovih rezultata možemo zaključiti da se ispitivanoj intervenciji ne može u potpunosti pripisati uticaj smanjenja prakse seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge ali se može govoriti o neutralisanju razlike upražnjavanja ovakve prakse u odnosu na pol, stepen obrazovanja i mesto boravka naših korisnika.

U publikovanim rezultatima istraživanja među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a a koje je bilo deo projekta Ministarstva zdravlja R Srbije iz donacije Global fonda za borbu protiv side, tuberkuloze i malarije, ispitivana je učestalost prakse seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge i dobijeni procenti su u skoro svim populacionim grupama viši od onih koje smo mi dobili (79).

5.3.6. Neke specifičnosti studentske populacije povezane sa rizičnim ponašanjem za HIV

Videli smo da su ponašanja koja se povezuju sa rizikom za HIV infekciju ispitivana u odnosu na jedan broj varijabli, pre svega u odnosu na socio-demografske karakteristike, ali smo videli i da ispitanike koji pripadaju studentskoj populaciji možemo posmatrati

kao posebnu, dosta heterogenu grupu za ponašanje uzimanja rizika, u odnosu na to koji fakultet studiraju.

Uočeno je da postoje značajne razlike u odnosu na vrstu fakulteta koju su odabrali. Tako je detaljnijom analizom dobijenih podataka u odnosu na to da li se radi o studentima umetničkih fakulteta ili fakulteta medicinskih nauka, dobijeno da se rizičnije ponašaju studenti fakulteta umetnosti nego studenti sa fakulteta medicinskih nauka. Saznali smo da su studenti umetničkih fakulteta ranije stupali u seksualne odnose, u mnogo manjem procentu koristili kondom tokom seksualnih odnosa, imaju veći broj paralelnih veza, češće konzumiraju alkoholna pića i u mnogo većem procentu imaju seksualne odnose u pripitom ili pijanom stanju (29).

Iz publikovanih radova autora iz naše zemlje (101) saznajemo da su studenti sa Univerziteta u Novom Sadu probali alkohol u proseku sa 15 godina, da se svaki drugi ispitanik opijao najmanje dva (ili više) puta u toku svog života, a da je svaki treći ispitanik vodio ljubav u pijanom stanju (102). Prema rezultatima istraživanja u studentskoj populaciji sa Univerziteta u Beogradu, na uzorku od 3430 studenata I i III godine studija, saznajemo da je 29% ispitanika probalo marihuanu (u proseku sa 17 godina života), a heroin oko 2% sa, u proseku sa 18 godina (103).

Sve to upućuje na potrebu postojanja savetovališta u studentskim poliklinikama koja bi se tematski bavila svim ovim problemima.

5.3.7. Neke specifičnosti ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija povezane sa rizičnim ponašanjem za HIV

Ispitanici kod kojih je ustanovljena HIV infekcija imali su tokom života značajno veći broj seksualnih partnera ($11,63 \pm 8,2$) u odnosu na ispitanike kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija ($8,04 \pm 5,7$)

Analiza dobijenih odgovora ispitanika o broju partnera i korišćenju kondoma u periodu od četiri meseca koji je prethodio prvoj, a zatim periodu od četiri meseca koji je prethodio drugoj fazi istraživanja je pokazala:

- da je u prvoj fazi istraživanja broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija bio u proseku veći ($2,81 \pm 1,47$) nego kod ispitanika kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija ($2,22 \pm 1,20$)

- da je u drugoj fazi istraživanja broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija bio u proseku manji ($1,00 \pm 0,73$) nego kod ispitanika kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija ($1,44 \pm 0,99$)
- da je kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija broj seksualnih partnera skoro trostruko smanjen nakon intervencije (u prvoj fazi istraživanja prosečan broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca je bio $2,81 \pm 1,47$ dok je nakon intervencije savetovanja i testiranja na HIV, prosečan broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca bio $1,00 \pm 0,73$)
- da u prvoj fazi istraživanja nije uočena razlika u korišćenju kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu u odnosu na to da li je kod ispitanika ustanovljena HIV infekcija ili ne, ali je zato daleko veći broj ispitanika sa HIV infekcijom, u drugoj fazi istraživanja, koji je u poslednja 4 meseca apstinirao
- da svi ispitanici kod kojih je otkrivena HIV infekcija bili homo/biseksualne orijentacije,
- da je u drugoj fazi istraživanja (nakon savetovanja i testiranja na HIV) kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija utvrđeno da su odgovornije prihvatili praksu redovnog korišćenja kondoma za analne seksualne odnose nego ispitanici kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija, a još je upadljivije povećanje korišćenja kondoma za oralne seksualne odnose kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija
- da ne postoji razlika u odnosu na postojanje paralelnih veza kod ispitanika sa dijagnostikovanom HIV infekcijom i ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija. Međutim paralelne veze sa istovremeno 4 ili 5 partnera u prvoj fazi istraživanja bile su daleko češće kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija nego kod ispitanika kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija.

U brojnim studijama u svetskoj literaturi se sve češće opisuje uticaj DPST intervencije kao uspešne intervencije u radu sa klijentima koji su dobili HIV pozitivan rezultat, a posebno u okviru pozitivne prevencije (63, 65, 104, 105, 106, 107).

U već pomenutoj meta-analizi iz istraživanja 17 DPST centara u svetu, ističe se snažan uticaj cele aktivnosti DPST-a na smanjenje rizičnog ponašanja pacijenata sa HIV-om, a posebno se za ovu intervenciju ističe da snažno podržava ohrabrivanje HIV pozitivnih

klijenata da kažu svoj status svom seksualnom partneru. Takođe, naglašava se važnost dalje saradnje i dolazaka pacijenata sa HIV infekcijom u savetovališta, uz dalje upućivanje u odgovarajuće institucije ili organizacije prema potrebama pacijenata (70). U nekim radovima se ističe mnogo veći efekat DPST-a na smanjenje rizičnog ponašanja kod HIV pozitivnih pacijenata u odnosu na HIV negativne (70, 73, 105).

5.3.8. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje ka bezbednijem ponašanju posle DPST intervencije

U smanjenju rizičnog ponašanja za HIV i prihvatanja bezbednijeg ponašanja, kao nezavisni faktori koji su uticali na smanjenje rizičnog ponašanja izdvojili su se:

- uzrast (mlađi ispitanici su lakše usvajali promene ka bezbednijem ponašanju)
- mesto boravka (ispitanici čije je stalno mesto boravka van Beograda su u mnogo višem procentu smanjili rizično ponašanje),
- bračni status (ispitanici koji su u vezi ili braku su u većem procentu prihvatili bezbednije ponašanje)
- uzrast (godine života) u vreme prvog seksualnog odnosa (ispitanici koji su ranije stupili u seksualne odnose lakše su prihvatili bezbednije prakse), i
- postojanje kompletne usluge DPST-a (najviše pozitivnih promena u ponašanju su imali oni ispitanici koji su već ranije dobili kompletnu uslugu DPST-a, a ne samo test u nekoj laboratoriji bez savetovanja, ili samo kratke informacije).

Analiza rezultata po modelu multivarijantne logističke regresije, pokazala je: da je 3,4 puta bila veća šansa za smanjenje rizičnog ponašanja za ispitanike čije je stalno mesto boravka van Beograda; da su za 22% lakše usvajali bezbedne prakse klijenti koji su ranije stupili u seksualne odnose, 2,4 puta je bila veća šansa za smanjenje rizičnog ponašanja ispitanika koji su u vezi ili u braku i 1,2 puta su lakše prihvatili bezbedne prakse ispitanici koji su imali kompletnu uslugu DPST-a uz dobar međuodnos sa savetnikom.

5.4. STAVOVI ISPITANIKA

U toku rada lekara i savetnika u centrima za DPST (u našoj sredini to su najčešće epidemiolozi) u toku razgovora sa klijentom u najužem fokusu ove intervencije jeste usmeravanje i ohrabrivanje klijenta za promenu ponašanja od rizičnog ka bezbednom.

U toku savetovanja se prožimaju i paralelno dešavaju brojne intervencije. Otklanjanje zabluda, razrešavanje dilema, dobijanje odgovora na najrazličitija pitanja klijenata kao i ciljano davanje informacija u odnosu na situaciju i problem zbog koga je klijent došao spadaju u kategoriju pružanja informacija i građenja znanja. Dobijene informacije, građenje znanja, građenje dobrog međudnosa sa savetnikom i sticanje poverenja u toku razgovora, doprinosi da se klijent dobro oseća, a zajedno sa njegovom odlukom da uradi test zbog rizičnog ponašanja, samo testiranje kao i razgovor sa savetnikom posle testiranja, kada se klijentu saopštava rezultat testa, imaju višestruke rezultate i efekte.

Jedan od važnih efekata intervencije DPST-a je i menjanje stavova, odnosno izgrađivanje korektnih stavova, mada je taj aspekt cele intervencije u manjoj meri istraživan u odnosu na promene u znanju i ponašanju (72, 108, 109) .

Rezultati našeg istraživanja ukazuju da je u prvoj fazi istraživanja, na pitanje „Da li smatrate da su osobe sa rizičnim ponašanjem (kao npr. korisnici droga, „gay“ populacija, prostitutke ili komercijalne seksualne radnice) odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini“ dve trećine ispitanika je odgovorilo potvrdno ili su bili neodlučni i odgovorili „ne znam“. U drugoj fazi je taj procenat duplo smanjen, pa se ispitivanoj DPST intervenciji može pripisati uticaj na svesnost o postojanju ili nepostojanju lične odgovornosti za „uzimanje“ HIV infekcije. Iako je ovo značajan pomak u smislu statističke značajnosti, on je, objektivno gledano još uvek nedovoljan.

Koliko se stavovi ispitanika menjaju kada postoji potencijalna mogućnost da osoba kojoj postavljamo pitanje „da li HIV pozitivne osobe treba izolovati“ i sama bude HIV pozitivna vidimo iz sledećeg: u prvoj fazi istraživanja na pitanje: „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati“? dve trećine ispitanika odgovara „ne“, malo više od četvrtine nije moglo da se opredeli (odgovara „ne znam“) ali je istovremeno 5,9% odgovorilo potvrdno. Nakon savetovanja i testiranja na HIV i realne

spoznaje svakog od ispitanika da na testu mogu biti HIV pozitivni, u drugoj fazi istraživanja potpuno nestaju odgovori da HIV pozitivne osobe treba izolovati. Ostalo je doduše 15% neodlučnih, ali je zaista izuzetno važno da se niko nije opredelio za odgovor koji krajnje diskriminiše osobe koje žive sa HIV-om.

Iz ovoga se može zaključiti da intervencija DPST-a ima važnu ulogu u smanjivanju stigme ili diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om.

Pitanje stigme i diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om je tema koja je aktuelna od početka epidemije HIV-a i AIDS-a i brojne su studije koje ovu oblast sagledavaju iz više uglova – od korena i uzroka pojave stigme prema HIV pozitivnim ljudima, do implikacija i kvaliteta života pacijenata sa HIV-om (110, 111, 112); dok su mnogo ređe studije koje eksplicitno govore o uticaju DPST prakse na smanjenje stigme i diskriminacije prema ljudima koji žive sa HIV-om.

Sticanje poverenja u savetnika/savetnicu, podsticaj i podrška za smanjenje rizičnog ponašanja klijenata je osnovni zadatak svakog savetovališta. Otuda su izuzetno vredni odgovori dobijeni u ovako visokom procentu (91% ispitanika u prvoj fazi istraživanja, a preko 96% u drugoj) koji su odgovorili da veruju da razgovor sa savetnikom/savetnicom u centrima i savetovalištim za sidu mogu podstaći klijente da smanje svoje rizično ponašanje za HIV infekciju.

Takođe, potvrda činjenici da su se klijenti u savetovalištu osećali dobro i da smatraju da su nešto korisno dobili za sebe govore odgovori ispitanika – u prvoj fazi istraživanja 83,8%, a u drugoj 94,8% ispitanika koji smatraju da je, bez obzira na rezultat HIV testa, dobro i poželjno i dalje dolaziti u savetovališta za DPST.

Na osnovu odgovora na ova dva pitanja možemo zaključiti da ispitivana DPST intervencija kod klijenata budi poverenje u celu aktivnost dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i da klijenti smatraju da je ona prijateljska i korisna.

Koliko ova intervencija pomaže u spremnosti da se prihvati rezultat HIV testa kakav god on bio, govori činjenica da u prvoj fazi istraživanja više od trećine ispitanika nije bilo sigurno ili nije bilo spremno da prihvati HIV pozitivan rezultat, dok je u drugoj fazi istraživanja taj procenat dvostruko niži. Na osnovu toga možemo zaključiti da ispitivana

intervencija ima ulogu u realnom sagledavanju koristi od testiranja na HIV i ohrabrivanju za prihvatanje rezultata testa kakav god on bio.

O tome da li postoji obaveza nekome (i kome) reći rezultat ukoliko je on HIV pozitivan postojalo je dosta dilema među ispitanicima, posebno u prvoj fazi istraživanja.

Tako je na pitanje „Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da nekome kaže svoj HIV status?“ u prvoj fazi istraživanja četvrtina ispitanika odgovorila je da smatra da HIV pozitivna osoba nema obavezu da bilo kome to kaže, dok je u drugoj fazi taj procenat bio duplo niži.

Najveće nedoumice oko toga kome HIV pozitivna osoba ima obavezu da kaže svoj status su postojale i pre i posle ispitivane DPST intervencije u vezi obaveze saopštavanja svog HIV pozitivnog statusa lekaru, gde se procenat onih koji su odgovorili da HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV pozitivan status lekaru se sa 61,1% povećao na 75,3%). Slični su stavovi i što se tiče saopštavanja porodici (procenat onih koji su odgovorili da HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV pozitivan status ujoj porodici se sa 48,2% povećao na 56,2%), a još je viši procenat onih koji znaju da kolegama sa posla HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV status (procenat onih koji su odgovorili da HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV pozitivan status kolegama s posla, sa 87,2% se povećao na 93,4%).

Ono što je u istraživanju bilo statistički značajno, ali sa druge strane (generalno posmatrano) još uvek nedovoljno – jeste jasan stav po pitanju obaveze saopštavanja HIV pozitivnog rezultata seksualnom partneru. Istraživanje je pokazalo da je u prvoj fazi istraživanja trećina ispitanika smatrala da HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV pozitivan status seksualnom partneru. Interesantno je da je mnogo veći procenat ispitanika u prvoj fazi istraživanja imao stav da pre postoji obaveza saopštavanja HIV pozitivnog statusa lekaru nego seksualnom partneru. U drugoj fazi istraživanja procenat onih koji su smatrali da HIV pozitivna osoba nema obavezu da kaže svoj HIV pozitivan status seksualnom partneru se dvostruko smanjio.

Na osnovu svih ovih podataka možemo zaključiti da je DPST intervencija koja pomaže klijentima da saznaju i sagledaju opravdanost potrebe, ali i obaveze saopštavanja HIV pozitivnog rezultata seksualnom partneru.

U praksi, tokom DPST-a ovo se pitanje možda nedovoljno razrađuje u toku razgovora sa klijentima čiji je rezultat negativan, ali se svakako detaljno obrađuje kod klijenata kod kojih je ustanovljena HIV infekcija.

5.4.1. Specifičnosti vezane za stavove ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija

Analizirajući stavove ispitanika kod kojih je u toku prve faze istraživanja dijagnostikovana HIV infekcija uočavamo da svih 16 ispitanika u drugoj fazi istraživanja smatra da postoji obaveza HIV pozitivne osobe da kaže svoj HIV pozitivan status seksualnom partneru. Takođe, mnogo je veći procenat odgovora ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija koji smatraju da svoj HIV pozitivan status ne moraju reći članovima porodice, lekarima ili kolegama s posla, posebno nakon pružene usluge DPST-a tj. u drugoj fazi istraživanja, ali bez statističke značajnosti.

Iako nije uočena statistička značajnost u odgovorima na sva ova pitanja u odnosu na grupu ispitanika kod kojih jeste ili nije dijagnostikovana HIV infekcija, veoma je značajno to što su svi klijenti kod kojih je ustanovljena HIV infekcija imali spoznaju da su u obavezi da svoj HIV pozitivan rezultat saopšte seksualnom partneru.

Veliko je breme „nostiti HIV infekciju“ u svakoj sredini, a posebno u konzervativnim sredinama u kojima postoji visok stepen stigme i diskriminacije, kako prema osobama koje žive sa HIV-om tako i prema osobama koje su istopolno orijentisane (74, 98, 113). Svesni svega toga, ne čudi vrlo ubedljiva promena u odgovorima ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija na pitanje „Da li smatrate da su osobe sa rizičnim ponašanjem odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini?“

U prvoj fazi istraživanja odgovori ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija, se nisu razlikovali od odgovora ispitanika kod kojih nije ustanovljena HIV infekcija, dok se u drugoj fazi istraživanja ona za preko 40% razlikovala, tako što je

svih 16 ispitanika (100%) kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija odgovorilo da „osobe sa rizičnim ponašanjem nisu odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini“.

Da su ispitanici kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija imali opravdanu strepnju da su se inficirali HIV-om, ali da su odgovornost za to prebacili ili „pripisali nekoj drugoj osobi“ može se donekle zaključiti i na osnovu odgovora na pitanje „Da li, po vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?“ U prvoj fazi istraživanja među ispitanicima kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija bio je mnogo manje odgovora „ne“ (25%) u odnosu na ispitanike kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija (69,1%). U drugoj fazi istraživanja distribucija odgovora je bila sasvim drugačija – svi ispitanici kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija - njih 16 (100%) odgovorilo je da osobe koje žive sa HIV-om ne treba izolovati, dok su ispitanici kod kojih nije dijagnostikovana HIV infekcija takav odgovor dali u nižem procentu – od 84,2%.

U prilog već iznetoj konstataciji da ispitivana DPST intervencija kod klijenata budi poverenje i da klijenti smatraju da tokom razgovora sa savetnikom mogu da dobiju nešto korisno i dobro za sebe, govori i činjenica da su na pitanje: „Da li je, bez obzira na rezultat HIV testa potrebno i poželjno i dalje dolaziti u DPST savetovališta?“ potvrdni odgovori ispitanika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija su sa 40% u prvoj fazi istraživanja povećani na 100% u drugoj fazi istraživanja. Ovi su odgovori izuzetno važni, pošto upravo oni ukazuju na snažnu potrebu klijenata sa HIV infekcijom za razgovorom, prihvatanjem i pozitivnom prevencijom.

Strani autori u svojim radovima često naglašavaju najsnažniji uticaj DPST-a na smanjenje rizičnog ponašanja kod korisnika kod kojih je dijagnostikovana HIV infekcija. Takođe ističe se da dobra praksa DPST-a daje podršku i ohrabruje HIV pozitivne klijenate da kažu svoj HIV status svom seksualnom partneru. Istovremeno preporučuje se kontinuirani rad sa HIV pozitivnim pacijentima i rad sa njihovim partnerima, supružnicima, decom, porodicom ili bliskom prijateljima u okviru pozitivne prevencije (70).

5.4.2. Najznačajnije karakteristike ispitanika u odnosu na napredovanje u promeni stavova posle DPST intervencije

Napredak u promeni stavova posle DPST intervencije povezan je sa:

- bračnim statusom (ispitanici koji su u vezi ili u braku su najviše napredovali u promeni stavova),
- materijalnim stanjem (ispitanici koji su naveli da imaju dobro materijalno stanje najmanje su napredovali u promeni stavova) i
- da li su ispitanici ranije radili test na HIV koristeći kompletnu uslugu DPST-a (ispitanici koji su dobili kompletnu uslugu DPST-a su u najvećem procentu promenili stavove).

Ispitanici koji su boljeg materijalnog stanja su za 36% imali manje šansi za menjanje stavova, a ispitanici koji su u vezi ili u braku 1,88 puta su više napredovali u promeni stavova.

5.5. ZAPAZANJA, PREDNOSTI I NEDOSTACI STUDIJE

Zapažanje savetnika DPST Centra u kom je rađeno istraživanje govori da su ispitanici koji su imali dileme oko odgovora, posebno iz dela upitnika koji se odnosio na znanje, kasnije u toku razgovora sa lekarom, pitali za neke detalje iz upitnika, ukoliko nisu prodiskutovani tokom samog procesa savetovanja. Traženje odgovora i pojašnjenja koje su inicirali klijenti su dobrodošli; a ovo zapažanje može biti dobar osnov za razmišljanje o kreiranju i uvođenju kratkih upitnika koji bi se davali klijentima u prikladnim momentima, npr. u prijemnoj sobi, pre savetovanja u DPST savetovalištim. Upitnici bi sadržali pitanja o HIV infekciji koji bi podstakli klijente na otvoren razgovor sa lekarom i ohrabрили ih da postavljaju pitanja.

Upoređujući našu studiju sa studijama kolega iz drugih DPST centara u svetu (70), zaključujemo da je velika prednost naše studije jasno opisan svaki korak celog procesa savetovanja i testiranja na HIV. On je definisan Protokolom rada DPST centra ZZZZ Studenata, a oslanja se na nacionalni Protokol rada i nacionalni Vodič dobre prakse za DPST. Ovo je od izuzetne važnosti jer svetski stručnjaci u ovoj oblasti upravo naglašavaju da je u najvećem broju studija glavni nedostatak upravo to što nisu jasno opisani svi detalji intervencije tj. aktivnosti tokom procesa pre i posle savetovanja (70).

Nedostatak ove studije je mogućnost postojanja pristrasnosti u odgovorima od strane korisnika zbog osetljivosti teme istraživanja. Ovaj problem je posebno mogao da dođe do izražaja tokom druge faze istraživanja, jer su klijenti, tj. ispitanici koji su učestvovali u studiji u najvećem broju uspostavili dobru komunikaciju, dobar i topao međuodnos sa savetnikom/savetnicom tokom prvog susreta, a spoznaja da istraživanje (između ostalog) meri i stepen usvojenih preporuka, pa čak i uspešnost rada savetnika u savetovalištu, mogla je uticati na davnje „poželjnijih odgovora“ u delu istraživanja koji se odnosio na ponašanje i stavove ispitanika.

6. ZAKLJUČCI

Prema rezultatima našeg istraživanja:

1. Postoji statistički značajna povezanost između prakse dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i porasta znanja ispitanika, u smislu: povećanja informacija o načinima prenosa HIV-a, načinima zaštite od HIV infekcije, prikladnom vremenu za testiranje, periodu prozora, otklanjanja zablude vezanih za mogućnost provere sopstvenog statusa kroz HIV status partnera, postojanja terapije i prepoznavanja važnosti prevencije HIV infekcije.

Dokazan je statistički značajniji napredak u znanju kod ispitanika sa nižim obrazovanjem, što govori da je DPST intervencija koja u značajnoj meri može nadoknaditi znanja o HIV infekciji koja se dobijaju u toku formalnog obrazovanja. Takođe, dokazano je mnogo veće napredovanje u znanju kod ispitanika čije je stalno mesto boravka van Beograda; kod klijenata koji su u mlađem uzrastu stupili u seksualne odnose i kod klijenata koji su po prvi put bili u savetovalištu i dobili kompletnu uslugu DPST-a uz dobar međuodnos sa savetnikom.

2. Postoji statistički značajna povezanost između prakse DPST-a na HIV i napredovanja ispitanika ka bezbednijem ponašanju za HIV, u smislu: smanjenja broja seksualnih partnera, smanjenje paralelnih veza i velikog broja partnera istovremeno, povećanja broja klijenata koji apstiniraju, smanjenja broja klijenata koji nisu koristili kondom u toku poslednja 4 meseca i smanjenja broja opijanja u toku poslednja 4 meseca kod ispitanika koji imaju naviku višestrukog opijanja. Iako je nakon intervencije uočeno statistički visoko značajano povećanje redovnog korišćenja kondoma, ovaj procenat je, generalno posmatrano, još uvek veoma mali.

Nije dokazan uticaj DPST-a na HIV na smanjenje broja seksualnih odnosa koji su povezani sa materijalnom dobiti, na smanjenje polno prenosivih infekcija, na vrstu ili učestalost korišćenja ilegalnih psihoaktivnih supstanci, a takođe se ne može u

potpunosti pripisati ni uticaj DPST-a na smanjenje seksualnih odnosa pod dejstvom alkohola ili droge.

Ispitivanoj intervenciji pripisuje se uticaj neutralisanja razlika u korišćenju kodnoma u odnosu na stepen obrazovanja i mesto boravka, s tim da je mnogo veća šansa za smanjenje rizičnog ponašanja za HIV dokazana kod ispitanika čije je stalno mesto boravka van Beograda i to: za klijente koji su ranije stupili u seksualne odnose, za one koji su trenutno u vezi ili u braku i za klijente koji su imali kompletnu uslugu DPST-a uz dobar međuodnos sa savetnikom.

3. Postoji statistički značajna povezanost između prakse DPST-a na HIV i menjanja stavova u smislu: povećanja spremnosti ispitanika da prihvate rezultat testa kakav god on bio, sticanja poverenja u celu aktivnost DPST-a, ubedljivog smanjivanja stigme ili diskriminacije prema osobama koje žive sa HIV-om, buđenja svesti o ličnoj odgovornosti za „uzimanje HIV infekcije“ i sagledavanja opravdanosti obaveze saopštavanja HIV pozitivnog rezultata seksualnom partneru. Ispitivanoj intervenciji pripisuje se snažan uticaj na menjanje stavova među ispitanicima koji su lošijeg materijalnog stanja i kod ispitanika koji su u vezi ili u braku.

4. Intervencija DPST-a na HIV je kod ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija uticala na smanjenje broja partnera, povećanje apstinencije i odgovornije prihvatanje prakse redovnog korišćenja kondoma za analne seksualne odnose. Nije uočena razlika u korišćenju kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu kod klijenta sa i bez HIV infekcije. Uočena je snažna pozitivna promena stava ispitanika kod kojih je ustanovljena HIV infekcija, da osobe koje žive sa HIV-om ne treba izolovati.

5. Rezultati našeg istraživanja ukazali su da je intervencija DPST-a na HIV snažna preventivna praksa koja utiče na porast znanja, smanjivanje rizičnog ponašanja i menjanje stavova, ukoliko se radi po jasno definisanom protokolu rada i ako ga rade edukovani i motivisani savetnici koji umeju da uspostave dobar međuodnos sa svojim klijentima i u koje klijenti imaju poverenja.

7. LITERATURA

1. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981;30(21):250-2.
2. Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. Lancet. 2006;368(9534):489-504.
3. Mayer KH, Venkatesh KK. Antiretroviral therapy as HIV prevention: status and prospects. Am J Public Health. 2010;100(10):1867-76.
4. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS [Internet]. November 2013 [cited 2014 Sep 02]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf
5. Horton R, Das P. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS. Lancet. 2008;372(9637):421-2.
6. Gallo RC, Montagnier L. The chronology of AIDS research. Nature 1987; 326 (6112): 435-6.
7. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983;220(4599):868-71.
8. Trepka MJ, Kim S. Prevalence of human immunodeficiency virus testing and high-risk human immunodeficiency virus behavior among 18 to 22 year-old students and nonstudents: results of the National Survey of Family Growth. Sex Transm Dis. 2010;37(10):653-9.
9. Kallings LO. The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/ AIDS. J Intern Med. 2008;263(3):218-43.
10. UNAIDS. UNAIDS World AIDS day report 2012[Internet]. Geneva: UNAIDS; c2012 [cited 2014 Aug 07]. 48p. Available from:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf

11. AIDSinfo: Epidemiological status 2012 [internet]. Geneva: UNAIDS; c2012 [cited 2013 Marth 05]. Available from: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>
12. Anđelić Đ, Vasić B, Žerjav S, Korać M, Lukić R, Pašić S, et al. HIV infekcija: priručnik za lekare. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2007.
13. Saag MS. Clinical spectrum of HIV disease. In: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention. 4th ed. Philadelphia: Lippincot-Raven; 1996. p. 123-40.
14. Chin J. Acquired immunodeficiency syndrome. In: Chin J, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 17th ed. Washington (DC): American Public Health Association; 2000. p. 1-9.
15. Levin BR, Bull JJ, Stewart FM. Epidemiology, evolution, and future of the HIV/AIDS pandemic. *Emerg Infect Dis* 2001;7 (3 Suppl): 505-11.
16. Centers for Disease Control (CDC). HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases - United States Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention. *MMWR Recomendations and Reports*. 1998; 47(RR12): 1-24.
17. Oral Sex and HIV Risk [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; c2014 [updated 2014 May 21; cited 2014 Jul 14]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/risk/behavior/oralsex.html>
18. Kozinetz CA, Matusa R, Cazacu A. The burden of pediatric HIV/AIDS in Constanta, Romania: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* [internet]. 2001 [cited 2010 Oct 31];1:7. Epub 2001 Jul 18. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/1/7>
19. U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexual Transmitted Diseases and Tuberculosis Prevention; Division of HIV/AIDS Prevention. HIV

- Surveillance in Injection Drug Users [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2013 [cited 2014 Jul 14]. 20p. Available from: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_surveillance_HIV_injection_drug_users.pdf
20. Blood Transfusions & Organ/Tissue Transplants [internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services (HHS); c2013 [last revised 2013 Jul 27; cited 2014 Jul 14]. [about 3 screens]. Available from: <http://aids.gov/hiv-aids-basics/prevention/reduce-your-risk/blood-transfusions-organ-donation/index.html>
 21. Marazzi MC, Palombi L, Nielsen-Saines K, Haswell J, Zimba I, Magid NA, et al. Extended antenatal use of triple antiretroviral therapy for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 correlates with favorable pregnancy outcomes. *AIDS*. 2011;25(13):1611-8.
 22. Powis KM, Kitch D, Ogwu A, Hughes MD, Lockman S, Leidner J, et al. Increased Risk of Preterm Delivery Among HIV-Infected Women Randomized to Protease Versus Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor-Based HAART During Pregnancy. *J Infect Dis*. 2011;204(4):506-14.
 23. Lockman S, Hughes MD, McIntyre J, Zheng Y, Chipato T, Conradie F, et al. Antiretroviral therapies in women after single-dose nevirapine exposure. *N Engl J Med*. 2010;363(16):1499-509.
 24. Ministry of Health/PEPFAR Office, Government of Bahamas. The Commonwealth of The Bahamas global AIDS response progress reporting. Monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS. Country Report 2012. Ver. 3.2. [internet]. Nasau: The Ministry of Health; 2012 [cited 2014 Aug 23]. 60p. Available from [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BS_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BS_Narrative_Report[1].pdf)
 25. Regassa N, Kedir S. Attitudes and practices on HIV preventions among students of higher education institutions in Ethiopia: the case of Addis Ababa University. *East Afr J Public Health*. 2011;8(2):141-54.
 26. Ministry of Health and Quality of Life, Government of Mauritius. Study on knowledge, attitudes, behaviours and practices related to HIV and AIDS in the

- community in Mauritius and in Rodrigues [internet]. Port Louis: Ministry of Health and Quality of Life; 2011[cited 2014 Aug 23]. 3p. Available from: <http://www.gov.mu/portal/sites/sida/tor-kapb.pdf>
27. Davis A. Final survey on knowledge, attitude, practices and behavior (KAPB) concerning HIV and AIDS, malaria, tuberculosis and the community health fund at Mponde Tea Estate and surrounding villages [internet]. Dar es Salaam: The Tanzanian German Programme to Support Health (TGPSH); 2011 [cited 2014 Aug 23]. 60p. Available from: http://www.tgpsh.or.tz/fileadmin/documents/Events/News-Events/Final_KAPB_Report_for_Mponde_PPP_10.01.2012.pdf
 28. St Xavier's College, International Center for Research on Women (ICRW), UNDP, STRIVE. Integrating a youth-based stigma and discrimination reduction curriculum in higher education. Case Study [internet]. Washington DC: International Center for Research on Women; 2013 [cited 2014 Aug 23]. 2p. Available from: http://www.icrw.org/files/publications/05-ICRW_STRIVE%20case%20study-SXC-V1.pdf
 29. Paunić M, Maksimović N, Janković J, Marinković J, Janković S. Risk behaviors for getting HIV infection among university students in Serbia. Coll Antropol. 2014;38(2):409–15.
 30. Rathbun CR, Liedtke MD, Lockhart SM, Greenfield RA. Antiretroviral Therapy for HIV Infection [internet]. New York: Medscape; c2014 [updated 2014 Aug 29; cited 2014 Sep 02]. 36p. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1533218-overview#showall>
 31. Puhan MA, Van Natta ML, Palella FJ, Addessi A, Meinert C; Ocular Complications of AIDS Research Group. Excess mortality in patients with AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy: temporal changes and risk factors. Clin Infect Dis. 2010;51(8):947-56.
 32. Lodi S, Phillips A, Touloumi G, Geskus R, Meyer L, Thiébaut R, et al. Time from human immunodeficiency virus seroconversion to reaching CD4+ cell count thresholds < 200, < 350, and < 500 cells/mm³: assessment of need following changes in treatment guidelines. Clin Infect Dis. 2011;53(8):817-825.

33. Shen L, Peterson S, Sedaghat AR, McMahon MA, Callender M, Zhang H, et al. Dose-response curve slope sets class-specific limits on inhibitory potential of anti-HIV drugs. *Nat Med*. 2008;14:762-766.
34. Cox SW, Aperia K, Albert J, Wahren B. Comparison of the sensitivities of primary isolates of HIV type 2 and HIV type 1 to antiviral drugs and drug combinations. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1994;10:1725-9.
35. Weller IV, Williams IG. ABC of AIDS. Antiretroviral drugs. *BMJ*. 2001;322(7299):1410-2.
36. Elion RA, Witt MD. Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors in the Treatment of HIV: Focus on Efficacy [internet]. New York: Medscape; c2003 [cited 2014 Sep 02]. 26p. Available from: <http://www.medscape.org/viewarticle/465383>
37. AIDSinfo. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents [internet]. Washington (DC): Department of Health and Human Services. [last updated 2014 May 01; cited 2014 Sep 02]. 284p. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
38. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report of the second meeting of the programme coordinating board of UNAIDS, Geneva, 13-15 November 1995 [internet]. Geneva: UNAIDS; 2004 [cited 2013 Jan 11]. 23p. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/governance/pcb_02_pcb_02_95_07_report_en.pdf
39. The HIV/AIDS Situation in mid 1996: Global and Regional Highlights [International Conference on AIDS (11th: 1996: Vancouver, Canada)]; [internet]. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 1996 [cited 2013 Jan 11]. 14p. Available from: <http://quod.lib.umich.edu/c/cohen/aids/5571095.0113.011?rgn=main;view=fulltext>
40. World AIDS Day 2012: Getting to Zero [internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2013 Jan 11]; [about 2 screens]. Available from: http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/en/

41. „Da ne odustanemo” – Dan sećanja na preminule od side, 18. maj 2014 [internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; [updated 2014 May 14; cited 2014 Aug 29]; [about 4 screens]. Available from: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=853>
42. World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, April 2007 [internet]. Geneva: WHO Press; 2007 [cited 2013 Sep 15]. 92p. Available from: www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf
43. Chou R, Huffman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT. Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2005;143(1):55-73.
44. World Health Organization, UNAIDS; Centers for Disease Control (U.S.). Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation – 2009 update [internet]. Geneva: WHO Press; 2009 [cited 2013 Sep 15]. 52p. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance.pdf
45. UNAIDS, World Health Organization. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing [internet]. Geneva: UNAIDS; 2004 Jun [cited 2014 Aug 02]. 3p. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf?ua=1>
46. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Turning the Tide Against HIV and Tuberculosis. Global Fund Investment Guidance for Eastern Europe and Central Asia [report; internet]. Geneva: The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; 2014 Sep [cited 2014 Sep 12]. 20p. Available from: http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication_GlobalFundInvestmentEECA_Guidance_en/
47. World Health Organization. The right to know. New approaches to HIV testing and counselling [internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2014

Jun 14]. 4p. Available from:

http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf?ua=1

48. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. *J Health Polit Policy Law*. 2009;34: 301-23.
49. Dieffenbach CW, Fauci AS. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA*. 2009;301(22):2380-2.
50. Ilić D, Paunić M. Priručnik za DPST za savetnike i trenere savetnika. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata; 2006.
51. Cvetković-Jović N, Anđelković V, Paunić M, Ilić D. Savetovanje i HIV testiranje: Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i HIV testiranju. Beograd: IAN Međunarodna mreža pomoći; 2007.
52. Anđelković V, Ilić Vlatković VL, Ilić D, Paunić M. Vodič za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV., Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2007.
53. World Health Organization, Department of HIV/AIDS Family and Community Health. Global Health-Sector Strategy for HIV/AIDS 2003–2007. Providing a Framework for Partnership and Action [internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited on 2014, Sep 02]. 33p. Available from: <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP000103.pdf>
54. World Health Organization, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities [internet]. Geneva: WHO press; 2007 Jun [cited 2013 Sep 15]. 60p. Available from: www.unicef.org/.../PITCGuidance2007_Eng.pdf
55. Becker J, Tsague L, Sahabo R, Twyman P. Provider Initiated Testing and Counseling (PITC) for HIV in resource-limited clinical settings: important questions unanswered. *Pan Afr Med J* [internet]. 2009 [cited 2013 Sep 02]; 3:4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2984289/>
56. Wanyenze RK, Nawavvu C, Namale AS, Mayanja B, Bunnell R, Abang B, et al. Acceptability of routine HIV counselling and testing, and HIV seroprevalence in Ugandan hospitals. *Bull World Health Organ*. 2008; 86: 302-9.

57. Centers for Disease Control and Prevention. Provider-initiated HIV testing and counseling of TB patients – Livingstone District, Zambia, September 2004-December 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57: 285-9.
58. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006; 55: 1-17.
59. Family Health International Institute for HIV/AIDS. Voluntary Counselling and Testing for HIV: A Strategic Framework. 2003 [internet]. Arlington (VA): Family Health International Institute for HIV/AIDS; 2003 [cited 2014 Sep 02]. 21p. Available from:
http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Voluntary_Counseling_and_Testing_for_HIV_A_Strategic_Framework.pdf.pdf
60. Ilić D, Paunić M. Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV. Priručnik za rad na DPST. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, Canadian International Development agency, International Aid Network-IAN; 2004.
61. Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Protokol rada za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV (DPST) u Odeljenju za prevenciju side i PPI i HE nadzor Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Del. Br. 1845; 23.04.2013.
62. Kalichman SC, editor. Positive prevention: Reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2005.
63. Global Network of People Living with HIV/AIDS, UNAIDS. Moving forward on ‘positive health, dignity and prevention’ – people living with HIV set principles for engagement. Press release [internet]. 2009 May 8 [cited 2009 May 21]. 2p. Available from:
http://www.gnpplus.net/images/stories/20090508_news_release_phdp_final.pdf
64. Norwegian ministries. Acceptance and coping. National HIV strategy (2009-2014) [internet]. Oslo: The Ministry of Labour and Social Inclusion, the Ministry of Children and Equality, the Ministry of Health and Care Services, the Ministry of Justice and the Police, the Ministry of Education and Research, the Ministry of

Foreign Affairs; 2009 [cited 2010 Sep 15]. 56p. Available from:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Acceptance%20and%20coping-National%20HIV%20strategy.pdf>

65. International HIV/AIDS Alliance. Positive prevention: prevention strategies for people with HIV/AIDS [internet]. Brighton: International HIV/AIDS Alliance; 2007 Sep [cited 2010 May 12]. 36p. Available from:
<http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001333.pdf>
66. Auerbach JD. Principles of positive prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004; 37: S122-5
67. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21: 181-206
68. Kinga TN, Kariuki M, Njunge T. Relationship between forms of counsellor supervision and level of burnout among VCT counsellors in selected counties in Kenya. *International Journal of Current Research* [internet]. 2012 [cited 2013 Sep 15];4(2):139–43.. Available from:
<http://www.journalcra.com/sites/default/files/1514.pdf>
69. Du Plessis GE, Meyer-Weitz AJ, Steyn M. Study of knowledge, attitudes, perceptions and beliefs regarding HIV and AIDS (KAPB). Memorandum presented to the directorate primary health care of the Department of National Health and Population Development [Report – Research]. Pretoria: Human Sciences Research Council; 1993. 204p.
70. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. *Cochrane database Syst Rev* [internet]. 2012; 9:CD001224. Author manuscript; available in PMC 2014 February 21. [cited 2014, May 11]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931252/pdf/nihms549686.pdf>
71. UNICEF Namibia. HIV and AIDS Knowledge, Attitudes, Practices, and Behaviour (KAPB) Study in Namibia : Key Findings [internet]. Windhoek, Namibia: Unicef; 2006 Dec [cited 2014 Sep 12]. 32p. Available from:

http://www.nied.edu.na/publications/aids/UNICEF%20Nam_2006_HIV%20AIDS%20KAPB%20study_Keyfindings_corrected%2027%20nov.pdf

72. Olugbenga-Bello AI, Amusan OA, Oladele EA, Olaogun OA. Knowledge, Attitude and Uptake of Voluntary Confidential Counseling and Testing (VCCT) for HIV/AIDS Among Young Adults in an Urban Settlement in Southwest Nigeria. *The Soc Sci.* 2008; 3: 442-447.
73. Kalichman SC, Cain D, Simbayi LC. Behavioral changes associated with testing HIV-positive among sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Am J Public Health.* 2010;100(4):714–9.
74. Guo W, Wu ZY, Song AJ, Poundstone K. Impact of HIV/sexually transmitted infection testing on risky sexual behaviors among men who have sex with men in Langfang, China. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(7):1257-63.
75. Sanchez J, Vega O, Alvarez H, Gotuzzo E. Knowledge, attitudes and practices related to AIDS and STD among high school students of low socioeconomic status (SES) in Lima. Abstracts Vol. 1 [International Conference on AIDS (7th: 1991: Florence, Italy)]; International AIDS Society, 1991. p393 ((abstract MB4012)
76. Uzochukwu B, Uguru N, Ezeoke U, Onwujekwe O, Sibeudu T. Voluntary counseling and testing (VCT) for HIV/AIDS: a study of the knowledge, awareness and willingness to pay for VCT among students in tertiary institutions in Enugu State Nigeria. *Health Policy.* 2011;99(3):277-84.
77. Imperato AM. Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: knowledge, attitudes, behaviors and risks. *J Community Health* 1996; 21: 329-47.
78. McGarrity LA, Huebner DM. Behavioral intentions to HIV test and subsequent testing: the moderating role of sociodemographic characteristics. *Health Psychol.* 2014;33(4):396-400.
79. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Jedinica za implementaciju projekta Ministarstva zdravlja iz donacije Global fonda za borbu protiv side, tuberkuloze i malarije (GFATM); Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS. Istraživanja među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a: Osnovni rezultati, 2012. Projekat „Jačanje

nacionalnog odgovora na HIV/sidu decentralizacijom ključnih zdravstvenih usluga“ finansiran sredstvima Globalnog fonda za borbu protiv side, tuberkuloze i malarije. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2012.

80. Landman KZ, Ostermann J, Crump JA, Mgonja A, Mayhood MK, Itemba DK et al. Gender differences in the risk of HIV infection among persons reporting abstinence, monogamy, and multiple sexual partners in northern Tanzania. PLoS One [internet]. 2008 [cited 2013 Sep 15]; 3(8):e3075. 6p. Available from: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003075&representation=PDF>
81. Zhou L, Guo J, Fan L, Tian J, Zhou B. Survey of motivation for use of voluntary counseling and testing services for HIV in a high risk area of Shenyang, China. BMC Health Serv Res [internet]. 2009 Feb 5 [cited 2013 Sep 15];9:23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2660302/>
82. Dorjgochoo T, Noel F, Deschamps MM, Theodore H, Dupont W, Wright PF, et al. Risk factors for HIV infection among Haitian adolescents and young adults seeking counseling and testing in Port-au-Prince. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(4):498-508.
83. Khan H. India: Are PPTCT programs an entry point to other HIV and reproductive health services?. Horizons Report [internet]. 2007 Jun [cited 2013 Oct 10]: 11-12. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ456.pdf
84. Arthur G, Nduba V, Forsythe S, Mutemi R, Odhiambo J, Gilks C. Behaviour change in clients of health centre-based voluntary HIV counselling and testing services in Kenya. Sex Transm Infect. 2007;83:541-6.
85. Amaro H, Morrill AC, Dai J, Cabral H, Raj A. Heterosexual behavioral maintenance and change following HIV counselling and testing. J Health Psychol. 2005;10(2):287-300.
86. Parker R. Sexual cultures, HIV transmission and AIDS prevention. AIDS 1994; 8 (Suppl 1): 309-14.
87. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. Am J Public Health. 1999;89(9):1397-405.

88. El-Bassel N, Witte SS, Gilbert L, Wu E, Chang M, Hill J, et al. The efficacy of a relationship-based HIV/STD prevention program for heterosexual couples. *Am J Public Health*. 2003;93(6):963-9.
89. Murphy DA, Durako SJ, Moscicki AB, Vermund SH, Ma Y, Schwarz DF, et al; Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *J Adolesc Health*. 2001;29(3 Suppl):57-63.
90. UNAIDS. The impact of voluntary counselling and testing: a global review of the benefits and challenges [internet]. Geneva: UNAIDS; 2001 Jun [cited 2010 Aug 05]. 96p. Available from: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc580-vct_en.pdf
91. Chersich MF, Rees HV. Causal links between binge drinking patterns, unsafe sex and HIV in South Africa: its time to intervene. *Int J STD AIDS*. 2010;21(1):2-7.
92. Pruefer-Kraemer L, Stock C, Oteng S, Allgoewer A, Kraemer A. Sexual behavior, individual STD prevention, and self reported STDs of first year university students. *Bridging the Gap: Conference Record [Abstract book, International Conference on AIDS (12th: 1998: Geneva, Switzerland)]*; International AIDS Society, 1998. p185 (abstract 23244).
93. Mirandola M, Capra C, Lacquaniti S, Bertinato L, Di Perri G, Poli S, et al. Relationship between sexual risk behavior and drug use in high school students 16-19 years old in the north-east of Italy. *Abstracts Vol. 1 [International Conference on AIDS (11th: 1996: Vancouver, Canada)]*; International AIDS Society, 1996. p180 (abstract Mo.D. 1730).
94. UNAIDS. Impact of HIV and sexual education on the sexual behavior of young people: a review update [internet]. Geneva: UNAIDS; 1997 [cited 2010 Aug 05]. 64p. Available from: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc010-impactyoungpeople_en.pdf
95. Collins J, Warren W, Kann L, Santelli J, Kolbe JS. Age of initiation of sexual intercourse among high school students in the United States. *Bridging the Gap: Conference Record [Abstract book, International Conference on AIDS (12th:*

- 1998: Geneva, Switzerland)]; International AIDS Society, 1998. p248 (abstract 14329).
96. Valois RF, Oeltmann JE, Waller J, Hussey JR. Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *J Adolesc Health* 1999; 25: 328-35.
 97. Ilić D, Janković Z, Paunić M. Zdravstveno ponašanje studentske omladine. U: Zbornik radova Stručno-naučnog skupa „Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine“; 2000 11-14 Maj; Zlatibor. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata; 2000. p.34-9.
 98. Wong FY, Huang ZJ, Wang W, He N, Marzzurco J, Frangos S, et al. STIs and HIV among men having sex with men in China: a ticking time bomb? *AIDS Educ Prev*. 2009;21(5):430-46.
 99. Costenbader EC, Otiazhvili D, Meyer W, Zule WA, Orr A, Kirtadze I. Secrecy and risk among MSM in Tbilisi, Georgia. *AIDS Care*. 2009;21(5):591-7.
 100. Kosanović ML, Kolarić B. Characteristics of clients tested for human immunodeficiency virus infection at the Voluntary Counselling and Testing Center in Zagreb, Croatia. *Coll Antropol*. 2006;30 (Suppl 2):115-9
 101. Simić S, Gašić S, Marinković L. Pušenje, alkoholizam, druge narkomanije, nasilničko ponašanje. U: Zbornik radova Stručno-naučnog skupa „Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine“; 2000 11-14 Maj; Zlatibor. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata; 2000. p.63-4.
 102. Jankulov M, Marinković L. Seksualno ponašanje, komunikacija sa drugovima u školi, u porodici studenata Novosadskog Univerziteta. U: Zbornik radova Stručno-naučnog skupa „Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine“; 2000 11-14 Maj; Zlatibor. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata; 2000. p.121-7.
 103. Paunić M. Pušenje, alkoholizam, druge narkomanije i nasilničko ponašanje među studentima Beogradskog Univerziteta. U: Zbornik radova Stručno-naučnog skupa „Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine“; 2000 11-14 Maj; Zlatibor. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata; 2000. p.51-9.

104. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(6):493–505.
105. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance: preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in men who have sex with men. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60(3):65-8.
106. Bayer R. Changing the paradigm for HIV testing – the end of exceptionalism. *N Engl J Med* 2006; 355: 647-9.
107. Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry CP Jr. Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-1 infection: implications for early detection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;32:143-52.
108. Mwangi RW, Ngure P, Thiga M, Ngure J. Factors Influencing the Utilization of Voluntary Counselling and Testing Services among University Students in Kenya. *Glob J Health Sci*. 2014;6(4):84-93.
109. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker LG. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2013;25(2):194-201.
110. Valdiserri RO. HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *Am J Public Health*. 2002;92(3):341-2.
111. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):13-24.
112. Holzemer WL, Human S, Arudo J, Rosa ME, Hamilton MJ, Corless I, et al. Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(3):161-8.
113. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* [internet]. 2012 [cited 2014 Sep 12];12:522. 12p. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-522.pdf>

PRILOG - UPITNIK

UPITNIK

I LIČNI PODACI

1. Pol

1. ☐ muški

2. ☐ ženski

2. Koliko imate godina? _____

3. Školska sprema (zaokružite jedan od ponuđenih odgovora):

1. ☐ nisam išao/la u školu

2. ☐ nezavršena osnovna škola

3. ☐ idem u osnovnu školu

4. ☐ završena osnovna škola

5. ☐ idem u srednju školu

6. ☐ završena srednja škola

7. ☐ idem na fakultet

8. ☐ završen fakultet

4. Da li ste zaposleni:

1. ☐ ne

2. ☐ ne, ali radim povremene poslove

3. ☐ da, na određeno vreme

4. ☐ da, na neodređeno vreme

5. Vaše trenutno materijalno stanje procenjujete kao:

1. ☐ izuzetno loše

2. ☐ loše

3. ☐ osrednje

4. ☐ dobro

5. ☐ izuzetno dobro

6. Školska sprema majke:

1. ☐ bez škole

2. ☐ osnovna škola

3. ☐ srednja škola

4. ☐ viša ili visoka škola

5. ☐ magisterijum ili doktorat

7. Školska sprema oca:

1. ☐ bez škole

2. ☐ osnovna škola

3. ☐ srednja škola

4. ☐ viša ili visoka škola

5. ☐ magisterijum ili doktorat

8. Zanimanje majke:

1. ☐ nezaposlena

2. ☐ poljoprivrednik

3. ☐ radnik

4. ☐ službenik

5. ☐ stručnjak

6. ☐ rukovodilac

7. ☐ naučni radnik (magistar ili doktor nauka)

8. ☐ penzionerka

upišite zanimanje pre penzionisanja _____

9. Zanimanje oca:

1. ☐ nezaposlen

2. ☐ poljoprivrednik

3. ☐ radnik

4. ☐ službenik

5. ☐ stručnjak

6. ☐ rukovodilac

7. ☐ naučni radnik (magistar ili doktor nauka)

8. ☐ penzioner

upišite zanimanje pre penzionisanja _____

10. Bračno stanje:

1. ☐ nisam ni sa kim u vezi

2. ☐ u vezi

3. ☐ udata/oženjen

4. ☐ udata/oženjen ali živim sa osobom koja nije moj bračni partner

5. ☐ razvedena/razveden

6. ☐ udovica/udovac

7. ☐ drugo _____

11. Gde ste rođeni:

1. ☐ U Beogradu

2. ☐ U unutrašnjosti Srbije (navedite gde) _____

3. ☐ U inostranstvu (navedite gde) _____

12. Mesto sadašnjeg boravka _____

13. Da li ste ikada do sada radili test na HIV

1. ☐ nisam

2. ☐ da, jednom

3. ☐ da, dva puta

4. ☐ da, tri i više puta

14. Kada ste poslednji put radili test na HIV:

1. _____ (upišite mesec i godinu) 2. ☐ Nisam radio/la test na HIV

15. Da li ste test na HIV radili:

1. ☐ Dobrovoljno, po sopstvenoj želji (odluci)
 2. ☐ Na zahtev neke druge osobe
 3. ☐ Nisam radio/la test na HIV

16. Da li je testiranju na HIV prethodilo savetovanje pre testiranja, a zatim su rezultati saopšteni uz savetovanje posle testiranja:

1. ☐ Ne 2. ☐ Da 3. ☐ Nisam radio/la test na HIV

17. Da li je rezultat testa na HIV bio:

1. ☐ Pozitivan 2. ☐ Negativan 3. ☐ Nisam radio/la test na HIV

18. Da li ste do sada ikada bili u nekom od savetovališta za prevenciju side?

1. ☐ nisam
 2. ☐ da, u ovom Savetovalištu
 3. ☐ da, u Savetovalištu druge/drugih institucije/a i/ili organizacije/a

19. Da li ste tokom prethodne/ih posete/a savetovalištu dobili:

1. ☐ kompletnu uslugu savetovanja i testiranja na HIV
 2. ☐ samo uslugu testiranja na HIV
 3. ☐ samo uslugu savetovanje, bez testiranja
 4. ☐ samo kratke informacije
 5. ☐ nisam do sada bio/la u savetovalištu

20. Da li ste tokom prethodne/ih posete/a savetovalištu uspostavili :

1. ☐ dobru komunikaciju sa savetnikom/com, kada ste se osećali prihvaćenim/nom i dobrodošlim/lom i bili ohrabreni da iznesete sve svoje brige vezane za HIV infekciju
 2. ☐ komunikaciju koja se može oceniti kao „srednje dobra“, u kojoj ste uspeali da iznesete deo svojih briga vezanih za HIV infekciju
 3. ☐ komunikaciju koja se više može okarakterisati kao jednosmerno pružanje informacija od strane savetnika/ce
 4. ☐ niste uspostavili dobru komunikaciju sa savetnikom/com
 5. ☐ nisam do sada bio/la u savetovalištu

21. Da li poznajete (ili ste poznavali) neku osobu koja je HIV pozitivna ili obolela od side:

1. ☐ Da 2. ☐ Ne

II ZNANJE O HIV/AIDS-u**22. Pažljivo pročitajte, razmislite i označite koja je od sledećih izjava tačna, a koja netačna:**

<i>Iskaz</i>	<i>Tačno</i>	<i>Netačno</i>	<i>Ne znam</i>
1. Osoba koja ima HIVinfekciju ili sidu može da se prepozna po izgledu			
2. HIV se prenosi krvlju, spermom i vaginalnim sekretom			
3. Ljudi mogu da se zaštite od HIV-a jedino ako uopšte nemaju seksualne odnose			

<i>Iskaz</i>	<i>Tačno</i>	<i>Netačno</i>	<i>Ne znam</i>
4. Ljudi mogu da se zaraze HIVom ukoliko jedu iz istog tanjira ili koriste isti toalet sa zaraženom osobom			
5. Da bi se uradio test na HIV potrebno je da prođe period od oko 2 meseca od poslednje prilike kada je virus mogao da se prenese			
6. HIV može da se prenese ubodom inficiranog komarca			
7. Trudna žena koja ima HIV infekciju ili sidu može HIV preneti na svoje nerođeno dete			
8. Ljudi mogu da se zaštite od seksualnog prenosa HIV infekcije ukoliko koriste kondom pri svakom seksualnom odnosu			
9. Zajedničkom upotrebom i razmenom igala i špriceva prilikom ubrizgavanja droge može se preneti HIV			
10. Sasvim je sigurno da će se pri svakom seksualnom odnosu bez kondoma, sa HIV pozitivne osobe - virus (HIV) preneti na zdravu osobu			
11. „Period prozora“ je vremenski period od momenta kada se infekcija HIV-om dogodila – do pojave kliničke slike HIV infekcije – tj. side.			
12. Kroz svoj HIV status možemo proveriti i status svog seksualnog partnera/partnerke; odnosno ako sam ja HIV negativan/na onda je i moj seksualni partner/partnerka HIV negativan/na			
13. U toku „perioda prozora“ HIV se ne može preneti drugoj osobi			
14. Kondom je bitno koristiti samo za vaginalni seksualni odnos			
15. Pljuvačkom i tzv. „francuskim poljupcem“ se može preneti HIV			
16. Analni seksualni odnos bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom svrstava se u najviše rizike za HIV infekciju			
17. Danas postoje efikasni lekovi koji mogu značajno produžiti život HIV pozitivnim pacijentima i koji mogu produžiti asimptomatski period (period bez znakova i simptoma HIV/AIDS-a)			
18. Oralnim kontaktom bez kondoma sa HIV pozitivnom osobom možemo se zaraziti HIV-om			

III PONAŠANJE I STAVOVI

23. Da li ste do sada imali seksualne odnose?

1. ☐ Nisam
2. ☐ Da, sa osobama istog pola
3. ☐ Da, sa osobama suprotnog pola
4. ☐ Da, sa osobama oba pola

24. Prvi seksualni odnos ste imali sa:

a) _____ godina

b) nisam imao/la seksualne odnose

25. Broj dosadašnjih seksualnih partnera:

a). ukupan broj _____

b) nisam imao/la seksualne odnose

26. Da li ste tokom poslednjeg seksualnog odnosa koristili kondom?1. ☐ da2. ☐ ne2. ☐ nisam imao/la seksualne odnose**27. Da li ste Vi i Vaš(i) partner(i) u poslednja 4 meseca koristili kondom tokom:**

	Nisam imao/la takvu vrstu odnosa	Ne	Ponekad	Uglavnom da	Svaki put
a) Vaginalnih seksualnih odnosa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Oralnih seksualnih odnosa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Analnih seksualnih odnosa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

28. Broj seksualnih partnera u poslednja 4 meseca:

a). _____

b) nisam imao/la seksualne odnose

29. Da li ste pored „regularnog/e” partnera/partnerke u poslednja 4 meseca - imali „paralelnu vezu”:1. ☐ nisam imao/la „paralelnih“ veza2. ☐ da, sa jednom osobom3. ☐ da, sa dvema osobama4. ☐ da, sa tri ili više osoba5. ☐ nisam imao/la seksualne odnose**30. Da li ste ikada do sada kao protivuslugu za seksualni odnos imali neku materijalnu dobit?**1. ☐ da2. ☐ ne3. ☐ nisam imao/la seksualne odnose**31. Da li ste ikada do sada Vi nekome platili za seksualnu uslugu?**1. ☐ da2. ☐ ne3. ☐ nisam imao/la seksualne odnose**32. Da li ste do sada imali neku polno prenosivu infekciju?**1. ☐ da2. ☐ ne3. ☐ ne znam4. ☐ nisam imao/la seksualne odnose**33. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio „da“, da li znate koju ste polno prenosivu infekciju imali:**1. ☐ polne bradavice (kondilome)2. ☐ gonoreju (triper)3. ☐ hepatitis B4. ☐ hepatitis C5. ☐ polnu hlamidijazu6. ☐ trihomonijazu7. ☐ genitalni herpes8. ☐ sifilis9. ☐ kandidijazu10. ☐ ne znam tačno koju**34. Da li znate gde možete nabaviti kondom? (možete da zaokružite veći broj odgovora)**1. ☐ Ne znam2. ☐ Apoteka3. ☐ Dom zdravlja ili bolnica4. ☐ Kiosk ili prodavnica5. ☐ Drugo (navedite gde) _____**35. Da li ste ikada probali neko alkoholno piće?**1. ☐ nisam2. ☐ da, prvi put sa _____ godina

36. Koliko često pijete alkoholna pića, bez obzira na količinu koju u tim prilikama popijete? (molimo Vas da odgovorite na svako pitanje)

	Ne pijem	Samo u izuzetnim prilikama	Jednom mesečno	Jednom nedeljno	2-3 puta nedeljno	Svakodnevno
a.Pivo	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
b.Vino	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
c.Žestoka pića	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐

37. Koliko puta ste se u poslednja četiri meseca opili?

1. ☐ nijednom 2. ☐ jednom 3. ☐ dva puta
4. ☐ tri i više puta 5. ☐ ne pijem alkoholna pića

38. Da li smatrate da osoba koja živi sa HIV-om ima obavezu da kaže svoj HIV status: (možete zaokružiti veći broj odgovora)

1. ☐ svom seksualnom partneru 2. ☐ svom lekaru
3. ☐ članovima bliže (uže) porodice 4. ☐ kolegama sa kojima radi (na poslu)
5. ☐ nema obavezu da bilo kome kaže svoj HIV status

39. Da li smatrate da su osobe sa rizičnim ponašanjem (kao npr. korisnici droga, "gay" populacija, prostitutke ili komercijalne seksualne radnice) odgovorne za širenje HIV infekcije u našoj sredini

1. ☐ da 2. ☐ ne 3. ☐ ne znam

40. Da li, po Vašem mišljenju, osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati?

1. ☐ da 2. ☐ ne 3. ☐ ne znam

41. Da li ste ikada probali neku/e od pobrojanih supstanci (molimo Vas da odgovorite na svako pitanje)?

a.Marihuanu (travu)	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
b.Ekstazi	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
c.Spид	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
d.Sedativi	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
e.LSD	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
f.Kokain	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
g.Heroin	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne
h. Drugo ____	1. ☐ da, prvi put sa ____ godina	2. ☐ ne

42. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio „da“ za bilo koju supstancu, koliko često koristite neku/e od pobrojanih (odgovorite na svako pitanje)?

	Ne koristim	Svaki dan	2-3 puta nedeljno	Jednom nedeljno	Jednom mesečno	Samo u izuzetnim prilikama
a.Marihuanu (travu)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
b.Ekstazi	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
c.Spilid	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
d.Sedativi	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
e.LSD	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
f.Kokain	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
g.Heroin	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
h. Drugo _____	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐

43. Da li ste neku drogu uzimali intravenskim putem (na iglu)?

1. ☐ nisam 2. ☐ jesam

44. Kada ste poslednji put uzeli narkotik preko igle i šprica?

1. _____ (upišite okvirno datum)
2. ☐ Ne uzimam drogu na iglu

45. Kada ste poslednji put ubrizgali narkotik koristeći iglu i špric koje je neko pre Vas koristio za ubrizgavanje?

1. _____ (upišite okvirno datum)
2. ☐ Uvek koristim svoj špric i iglu 3. ☐ Ne uzimam drogu na iglu

46. Da li ste u poslednja 4 meseca imali seksualni odnos dok ste bili pripiti, u pijanom stanju, ili pod dejstvom neke od droga?

1. ☐ jesam 2. ☐ nisam 3. ☐ ne znam 4. ☐ nisam imao/la seksualne odnose

47. Da li ste spremni da prihvatite rezultat HIV testa - kakav god on bio?

1. ☐ jesam 2. ☐ nisam 3. ☐ ne znam

48. Da li verujete da razgovor(i) sa savetnicima u centrima i savetovalištima za sidu mogu podstaći klijente i pacijente da smanje svoje rizično ponašanje za HIV infekciju

1. ☐ verujem 2. ☐ ne verujem 3. ☐ ne znam

49. Bez obzira na rezultat HIV testa potrebno je - i poželjno - i dalje dolaziti u centre i savetovališta za prevenciju side – na savetovanja:

1. ☐ da 2. ☐ ne 3. ☐ ne znam

Hvala Vam na iskrenosti i strpljenju što ste popunili ovaj upitnik do kraja.

MILA PAUNIĆ - BIOGRAFIJA

Mila Paunić je rođena 12. avgusta 1959. godine u Peći.

Diplomirala je na Medicinskom Fakultetu Univerziteta u Beogradu 1985. godine, a specijalizaciju iz Epidemiologije je završila 1992. godine, takođe na Medicinskom Fakultetu Univerziteta u Beogradu.

Stručno zvanje „Primarijus” dodeljeno joj je februara 2000. godine.

Juna 2002. godine završila je magistarske studije na Medicinskom Fakultetu Univerziteta u Beogradu, odbranivši magistarski rad pod nazivom „Određivanje modela rizičnog ponašanja za prenos virusa humane imunodeficijencije u studentskoj populaciji”. Užu specijalizaciju je završila 2010. godine odbranivši rad: „Zdravstveno-vaspitne potrebe korisnika centra za prevenciju side i polno prenosivih infekcija”.

Živi u Beogradu i 25 godina radi u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Univerziteta u Beogradu.

Kao Članica Ekspertske grupe za razvoj i zdravlje mladih Ministarstva zdravlja Republike Srbije, podgrupe za HIV/AIDS i polno prenosive infekcije, od 2002. godine učestvovala je u donošenju nacionalne Strategije za razvoj i zdravlje mladih u Republici Srbiji, koju je Vlada Republike Srbije usvojila u novembru 2006. godine.

Bila je članica Prosvetnog Saveta Vlade Republike Srbije tokom 2002–2003. godine i članica kurikularnog tima Ministarstva Prosvete (2001–2003) kada je snažno zastupala ideju uvođenja zdravstvenog vaspitanja u školske kurikule. Najveći doprinos oko uvođenja zdravstvenog vaspitanja, dala je tokom 2006/2007g., kao UNICEF-ova konsultantkinja za program uvođenja Zdravstvenog vaspitanja u srednje škole u Srbiji, pod nazivom „Vaspitanje za zdravlje kroz životne veštine”.

U periodu 2008-2010. godine kao članica Republičke stručne komisije za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine Ministarstva zdravlja R Srbije i koordinatorka grupe za zdravstvenu zaštitu mladih posle punoletstva, učestvovala je pisanju Uredbe o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena dece i omladine Republike Srbije, koju je Vlada Republike Srbije usvojila 2009. godine; kao i Stručno metodološkog uputstva za sprovođenje Uredbe (2011. godine).

Tokom 2011. godine učestvovala je u izradi Nacionalne Strategije za HIV infekciju i AIDS za period 2011–2015. godine u oblasti Prevencije, u delu o Dobrovoljnom poverljivom savetovanju i testiranju na HIV.

Održala je više od 100 treninga za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV i rukovođila brojnim projektima i programa za prevenciju side i polno prenosivih infekcija, u zemlji i u inostranstvu.

Autorka je, ili koautorka devet knjiga (7 u Srbiji i dve u inostranstvu), urednica 4 knjige (od toga jedna u inostranstvu) i jedna je od autora/autorki Nacionalnog protokola za rad na DPST-u u Republici Srbiji.

Objavila je preko 60 radova koji su štampani u stručnim časopisima, zbornicima radova ili zbornicima sažetaka, prikazani na stručnim i naučnim skupovima u zemlji i inostranstvu, gde je prvoimenovana autorka bila u 27 radova.

U Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata radi kao specijalista epidemiologije i specijalista zdravstvenog vaspitanja u Odeljenju za prevenciju side i polno prenosivih infekcija. Sa velikim entuzijazmom i puno topline radi kao savetnica za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, duboko verujući da je takav način rada najbolji put za pokretanje najpozitivnijih odluka povezanim sa zdravljem.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a _____ Mila Paunić _____

broj upisa _____

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

„Uticaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV na promene u znanju, stavovima i ponašanju ispitanika“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 21.11.2014.god.



Prilog 2.

**Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije
doktorskog rada**

Ime i prezime autora Mila Paunić

Broj upisa _____

Studijski program _____

Naslov rada „Uticaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV na
promene u znanju, stavovima i ponašanju ispitanika“

Mentor Prof. dr Zorana Gledović

Potpisani Mila Paunić

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 21.11.2014.god.



Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

„Uticaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV na promene u znanju, stavovima i ponašanju ispitanika“

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim prilogima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo

2. Autorstvo - nekomercijalno

☒ 3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade

4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima

5. Autorstvo – bez prerade

6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poledini lista).

Potpis doktoranda

U Beogradu, 21.11.2014.god.

