

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Sladana J. Baroš

**Znanje, stavovi i ponašanje muškaraca koji
imaju seksualne odnose sa muškarcima u
odnosu na HIV: kvantitativna i kvalitativna
analiza**

Doktorska disertacija

Beograd, 2023

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF MEDICINE

Sladana J. Baroš

**HIV Knowledge, Attitudes, and Behaviour
of Men who have Sex with Men:
Quantitative and Qualitative analysis**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2023

Mentor:

Prof. dr Sandra Šipetić Grujičić, redovni profesor, epidemiologija, Institut za epidemiologiju, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi komisije:

Prof. dr Vesna Bjegović Mikanović, redovni profesor, socijalna medicina, Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Prof. dr Dejana Vuković, redovni profesor, socijalna medicina, Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Prof. dr sc. med. Vesna Šuljagić, redovni profesor, epidemiologija, Vojnomedicinska akademija – Medicinski fakultet, Univerzitet odbrane, Beograd

Datum odbrane disertacije:

Zahvalnost

Želim da zahvalim svima onima koji su me na svoj način podržali na ovom putu, a posebno:

Mentorki, prof. dr Sandri Šipetić Grujičić na usmeravanju, konstruktivnim savetima i komentarima i na umeću da me u pravom momentu podstakne na intenzivniju realizaciju preuzetih obaveza;

Članovima komisije na pozitivnoj oceni doktorske disertacije.

Takođe, zahvalnost dugujem:

Pok. doc. dr Draganu Iliću, koji me je ohrabrio i podržao da krenem prvo na master studije javnog zdravlja, a onda i na doktorske studije;

Prof. dr Viktoriji Cucić, na svim razgovorima, prijateljskim savetima i podsticajnim pitanjima koja su doprinela radu na tezi;

Kolegama i Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” koji je podržao realizaciju doktorskih studija;

Nadasve, želim da zahvalim mojoj porodici na strpljenju i pomoći i što nisu prestali da veruju, prijateljima na razumevanju i mom sinu na smehu koji ispunjava i pokreće, kao i na lekcijama kako se verom u sebe, radom i upornošću stiže do željenih rezultata.

Zahvalnost dugujem i svim koautorima radova, koji su objavljeni kao rezultat istraživanja u okviru ove doktorske disertacije, jer su učestvovali u:

1. Kreiranju ideje i koncepta teze: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić;
2. Prikupljanju podataka: prof. Bojanu Žikiću, prof. dr Sandri Šipetić Grujičić;
3. Formalnoj i statističkoj analizi: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić, prof. Bojanu Žikiću;
4. Istraživanju: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić, prof. Bojanu Žikiću;
5. Metodologiji: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić, prof. Bojanu Žikiću;
6. Superviziji: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić
7. Pisanju – originalni nacrt: prof. Sandri Šipetić Grujičić
8. Pisanju – recenzija i uređivanje: prof. dr Sandri Šipetić Grujičić, prof. Bojanu Žikiću, Jeleni Petrović Atay.

Znanje, stavovi i ponašanje muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima u odnosu na HIV: kvantitativna i kvalitativna analiza

Sažetak:

Uvod: U mnogim zemljama Evrope, pa i u Srbiji, beleži se koncentrovana epidemija HIV-a među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (MSM).

Cilj: Cilj rada je proceniti znanje, stavove i ponašanje MSM u vezi sa HIV-om, identifikovati značajne nezavisne faktore za testiranje na HIV i kontekstualne doprinosne faktore za rizično ponašanje MSM.

Metod: Sproveli smo sekundarnu analizu podataka kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” među MSM u Beogradu (Bgd), Novom Sadu (NS) i Kragujevcu (Kg) iz 2013. godine. Kvantitativnim istraživanjem, koristeći metod uzorkovanja vođenog ispitanicima, obuhvaćeno je 1000 MSM, od kojih je 62 MSM uključeno u ugnježdenu kvalitativno istraživanje. Koristili smo multivarijantu logističku regresionu analizu (MLRA) za kvantitativne podatke, a tematsku za kvalitativne.

Rezultati: Na HIV se u poslednjih 12 meseci testiralo, po procenama za MSM populaciju, u Bgd 34,4% MSM, u NS 36,6% i u Kg 58,9%. Adekvatno znanje o HIV infekciji ima 60% i više MSM u sva tri grada. U Bgd svaki peti, u NS svaki četvrti i u Kg svaki treći MSM nisu menjali partnera u poslednjih 12 meseci. Kondom pri poslednjem analnom seksualnom odnosu sa muškarcem nije koristilo oko 1/3 MSM u Bgd i NS, a oko 15% u Kg. Prema rezultatima MLRA značajni nezavisni faktori povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci su: a) seksualno ponašanje (broj partnera i njihovo poznavanje), b) određena znanja o HIV infekciji i testiranju na nju, c) korišćenje preventivnih i zdravstvenih usluga i d) samo u uzorku: u Bgd korišćenje psihoaktivnih supstanci i nacionalnost; u Kg stav da osobe koje žive sa HIV-om ne treba socijalno izolovati. Anticipirana stigma u vezi sa MSM, HIV-om i životom sa HIV-om se izdvojila kao poseban doprinosni kontekstualni faktor povezan sa testiranjem na HIV i percepcijom rizika na HIV.

Zaključci: Među MSM je zastupljeno rizično ponašanje u odnosu na HIV, ali ne i testiranje na HIV. Odgovor MSM populacije na anticipiranu stigmu vodi ka oponiranju zastupljenosti rizika na HIV i izbegavanju testiranja.

Ključne reči: muškarci koji imaju seks sa muškarcima, HIV, uzorkovanje vođeno ispitanicima, fokus grupe, dubinski intervju, testiranje na HIV, rizično ponašanje, znanje, stigma.

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Javno zdravlje

UDK broj:

HIV Knowledge, Attitudes, and Behaviour of Men who have Sex with Men: Quantitative and Qualitative analysis

Abstract:

Background: In many European countries, including Serbia, there is concentrated HIV epidemic among men who have sex with men (MSM).

Objectives: To assess the knowledge, attitudes, and behaviour related to HIV among MSM, to identify significant independent factors for HIV testing, and contributing contextual factors related to MSM's risk behaviour.

Method: We conducted secondary data analysis from the quantitative and qualitative research among MSM in Belgrade (Bg), Novi Sad (NS), and Kragujevac (Kg) of Institute of the Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut" from 2013. In quantitative research, using respondent driven sampling, we included 1000 MSM, of which 62 was included in a nested qualitative research. We employed multivariable logistic regression analysis (MLRA) for quantitative data, and thematic analysis for qualitative.

Results: According to estimates for MSM population, in Bg 34,4% MSM, in NS 36.6%, and in Kragujevac 58.9% MSM have been tested on HIV in the last 12 months. Adequate HIV knowledge had 60% plus MSM in all three cities. Every fifth MSM in Bg, every fourth in NS, and every third in Kg didn't change partner in the last 12 months. About 1/3 MSM in Bg, and NS, and 15% MSM in Kg have been using condom during the last anal sexual intercourse with man. MLRA identify as significant independent factors related to HIV testing in the last 12 months: a) sexual behaviour (number of partners, and mutual knowledge), b) certain knowledge on HIV and testing, c) use of preventive and health services, and d) only in the sample: in Bg use of psychoactive substances and nationality; in Kg attitude that people living with HIV shouldn't be socially isolated. Anticipated stigma related to MSM, HIV and living with HIV was found to be contributing contextual factor for HIV testing and risk perception.

Conclusion: HIV risk behaviour is prevalent among MSM, but not the HIV testing. MSM response to anticipated stigma lead to opposing the prevalent HIV risk, and to avoiding HIV testing.

Key words: men who have sex with men, HIV, respondent driven sampling, focus groups, in-depth interview, HIV testing, risk behaviour, knowledge, stigma.

Scientific field: Medicine

Scientific subfield: Public Health

UDK number:

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a	2
1.1.1. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a globalno	2
1.1.2. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji.....	7
1.2. Muškarci koji imaju seks sa muškarcima	13
1.2.1. Značenje pojma muškarci koji imaju seks sa muškarcima	13
1.2.2. Sociokulturno okruženje i zakonodavni odnos prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Evropi.....	14
1.2.3. Sociokulturno okruženje i zakonodavni odnos prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji.....	18
1.2.4. Teorije o poreklu i depatologizacija istopolnih seksualnih sklonosti (homoseksualnosti)	21
1.2.5. Završna razmatranja – seksualni odnosi među muškarcima kroz vreme.....	24
1.3. Prevencija HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji..	25
1.3.1. Opšte karakteristike programa prevencije HIV infekcije	25
1.3.2. Procena veličine populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji ...	26
1.3.3. Programi prevencije HIV infekcije u Srbiji među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima	26
1.3.4. Rizici na HIV infekciju među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima	29
1.3.5. Stigma i HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima.....	31
1.3.6. Završna razmatranja – HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji	32
1.4. Teorijski okvir	33
1.4.1. Ponašanje, stavovi i znanje	33
1.4.2. Konstruktivistički teorijski pristup	35
1.4.2.1. Teorija stigme.....	37
1.4.2.2. Teorija rizika	40
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	42
3. METODE ISTRAŽIVANJA	42
3.1. Metode i dizajn istraživanja.....	42
3.1.1. Sekundarna analiza podataka	42
3.1.2. Kombinovano kvantitativno i kvalitativno istraživanje – <i>mixed</i> metod	43
3.1.3. Metod uzorkovanja vođenog ispitanicima (engl. <i>Respondent-Driven Sampling</i> , RDS)	45
3.1.4. Metod namernog uzorkovanja	48
3.2. Uzoračka populacija	49
3.3. Lokacije i vremenski okvir istraživanja.....	50
3.4. Kvantitativna komponenta istraživanja	50
3.4.1. Uzorkovanje i veličina uzorka	50
3.4.2. Varijable.....	60
3.4.3. Istraživački instrumenti.....	60
3.4.4. Implementacija istraživanja	61
3.4.5. Kontrola kvaliteta podataka	64
3.4.6. Analiza podataka.....	64
3.5. Kvalitativna komponenta istraživanja	65

3.5.1. Uzorkovanje i veličina uzorka	65
3.5.2. Istraživački instrumentarijum	66
3.5.3. Implementacija kvalitativnog istraživanja	67
3.5.4. Kontrola kvaliteta podataka	68
3.5.5. Analiza podataka.....	68
3.6. Etički aspekti studije.....	68
4. REZULTATI.....	71
4.1. Karakteristike uzorka.....	71
4.1.1. Osnovne karakteristike uzorka za kvantitativno istraživanje.....	71
4.1.1.1. Sociodemografske karakteristike uzorka	71
4.1.1.2. Karakteristike uzorka u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci.	88
4.1.2. Osnovne karakteristike uzorka za kvalitativno istraživanje.....	93
4.2. Znanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima o HIV infekciji.....	94
4.3. Seksualno ponašanje i partneri	99
4.3.1. Seksualni odnosi sa ženama.....	99
4.3.2. Prvi analni seksualni odnos sa muškarcem	103
4.3.3. Stalni seksualni partneri i procena rizika	104
4.3.4. Povremeni i komercijalni seksualni partneri.....	106
4.3.5. Stabilnost odnosa, učestalost menjanja partnera i upotreba kondoma.....	111
4.3.6. Oralni seksualni odnosi i percepcija rizika	117
4.4. Percepcija rizika i samoprocena izloženosti riziku.....	119
4.4.1. Percipirani rizici za inficiranje HIV-om	119
4.4.2. Samoprocena rizika.....	125
4.5. Iskustvo sa polno prenosivim infekcijama (PPI).....	126
4.6. Briga o zdravlju	128
4.6.1. Korišćenje zdravstvene službe	128
4.6.2. Korišćenje usluga udruženja	130
4.7. Stavovi u odnosu na HIV infekciju i rizike vezane za seksualnu orijentaciju.....	132
4.7.1. Percipirana stigme prema MSM u široj zajednici.....	132
4.7.2. Percepcija stigme povezana sa predstavom kako šire društvo shvata HIV infekciju	136
4.7.3. Percipirana stigma vezana za MSM koji žive sa HIV-om	138
4.7.4. Internalizovana homonegativnost (autostigma)	140
4.8. Testiranje na HIV infekciju	142
4.8.1. Učestalost testiranja na HIV infekciju	142
4.8.2. Rezultati univarijantne logističke regresione analize (ULRA) za one koji su se testirali na HIV i one koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci	143
4.8.3. Rezultati multivarijantne logističke regresione analize za one koji su se testirali na HIV i one koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci.....	188
4.8.4. Kontekstualizacija rezultata multivarijantne logističke regresione analize rezultatima kvalitativne analize testiranja na HIV infekciju.....	194
5. DISKUSIJA.....	199
6. ZAKLJUČCI.....	221
7. LITERATURA.....	225

1. UVOD

Počevši od 80-ih godina prošlog veka, od opisivanja prvih slučajeva, HIV infekcija (engl. *Human Immunodeficiency Virus*, virus humane imunodeficijencije) i AIDS (engl. *Acquired ImmuneDeficiency Syndrome*, sindrom stečene imunodeficijencije) brzo dobijaju svetske razmere i postaju jedan od značajnih javnozdravstvenih izazova. HIV pripada grupi lentivirusa familije retrovirusa (1). Kao RNA virus, obično ima dug inkubacioni period. Tačnije, od inficiranja do momenta kad se može utvrditi prisustvo HIV-a u krvi serološkim testovima prođe oko 3 do 6 nedelja (u zavisnosti od senzibilitnosti i specifičnosti testova), a do oboljevanja može da prođe i 10 godina (2). HIV se javlja u dva osnovna tipa: HIV 1, teritorijalno rasprostranjen svuda po svetu, i HIV 2, uglavnom prisutan na području zapadne Afrike i, zahvaljujući različitim migracijama, u nekim zemljama Evrope (1). HIV 1 ima više pod tipova, od kojih je u zapadnoj Evropi najviše rasprostranjen podtip B, a u istočnoj podtip A (A_{FSU}) (3). U Srbiji je predominantan podtip B, mada su u regionu Balkana prisutni i drugi podtipovi (4). Po inficiranju HIV-om dolazi do replikacije virusa što vodi narušavanju imunološkog odgovora organizma, odnosno narušavanju funkcije i opadanju broja CD4+ limfocita, a time i imunološkog odgovora na različite infekcije. Najteža forma HIV infekcije jeste AIDS, kada dolazi do pojave oportunističkih infekcija i/ili tumora (5).

Načini prenosa HIV infekcije su takvi da se relativno lako, manjim korekcijama u samom ponašanju i/ili primenom biomedicinskih mera, mogu prevenirati. HIV se prenosi putem nezaštićenog seksualnog odnosa (analog i/ili vaginalnog, izuzetno retko oralnog), putem krvi i krvnih derivata (najčešće putem injektiranja nesterilnim priborom, a po uvođenju obaveznog testiranja na HIV infekciju donora, gotovo uopšte se više ne prenosi putem transfuzije krvi i krvnih derivata i transplantacijom organa) i vertikalnom transmisijom sa inficirane majke na dete tokom trudnoće, porođaja ili dojenja (preventabilno primenom antiretrovirusne (u daljem tekstu: ARV) terapije i kontrolisanog porođaja putem carskog reza).

Ubrzo po identifikovanju HIV virusa i načina prenosa shvatilo se da prevencija širenja HIV infekcije zahteva multisektorski pristup, u cilju delovanja na izmenu rizičnog ponašanja i suzbijanje HIV infekcije kako na individualnom nivou, tako i na nivou zajednice, države, a i šire – na međunarodnom nivou. HIV/AIDS epidemija je vrlo brzo vezala za sebe stigmju, što je dovelo do razvoja specifične terminologije za planiranje i implementaciju politika i programa, kako bi se izbeglo dalje stigmatizovanje onih u riziku od HIV infekcije i/ili onih koji žive sa HIV-om. Tako npr. termin „rizične grupe” biva brzo zamenjen terminom „rizično ponašanje”, radi pomeranja fokusa sa grupe na samo ponašanje koje vodi u rizik. Sledstveno, razvijaju se i usvajaju termini za koje se smatra da ne stigmatizuju grupe na koje se odnose, nego da ukazuju na samo ponašanje. Termin „populacije sa većim rizikom od HIV infekcije”, „vulnerabilne grupe” ili „grupe sa većim rizikom” brzo je zamenjen terminom „populacije pod povećanim rizikom od HIV-a”, a zatim terminom „ključne HIV populacije” (u većem riziku od HIV infekcije) (6). Ključne populacije o kojima je reč su gej, biseksualni i drugi muškarci koji imaju seks sa muškarcima, osobe koje injektiraju drogu, osobe koje se bave seks-radom, transrodne osobe i zatvorenici (6–8).

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima (u daljem tekstu: MSM) su od samih početaka epidemije HIV infekcije u fokusu, obzirom da su prvi slučajevi AIDS-a identifikovani i opisani upravo među njima. Kako na početku epidemije 80-ih godina 20. veka, tako i sada, oni su jedna od ključnih populacija na globalnom nivou kod kojih je rizik od HIV infekcije prisutan. MSM su najzastupljeniji među osobama kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija u razvijenijem delu sveta (Severna Amerika, zemlje Evropske unije), a poslednjih nekoliko godina i u balkanskim zemljama, uključujući i Srbiju (9). Osnovni transmisivni rizik u ovoj grupi jeste nezaštićen analni seksualni odnos. Međutim, ovaj rizik oblikuju različiti faktori u različitim sredinama. U zavisnosti od sredine, rizik je povezan sa opštim znanjem o načinima transmisije

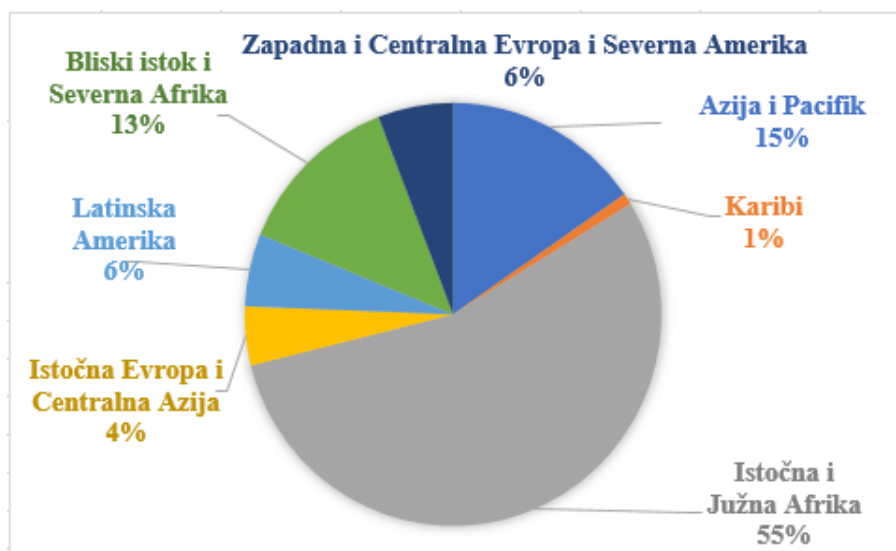
i mogućnostima prevencije HIV infekcije, dostupnim programima prevencije, tj. preventivnim sredstvima, percepciji i stavovima samih individua o izloženosti riziku, kao i o prihvatljivosti različitih preventivnih mera. Na to se nadovezuju i sredinski faktori poput razvijenosti i dostupnosti programa prevencije, njihove usmerenosti i prihvatljivosti muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, stavova šire zajednice prema homoseksualnosti, HIV infekciji, prevenciji, lečenju, kao i zdravstvene i druge politike prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Od opisivanja prvih slučajeva AIDS-a i identifikovanja HIV infekcije kontinuirano se sprovode različiti programi prevencije HIV infekcije. Jedan od ključnih je i savetovanje i testiranje na HIV infekciju. Savetovanje obezbeđuje da osoba bolje razume svoje rizike i da kroz savetovanje bude motivisana za prevenciju istih. Testiranje na HIV je, pak, ključno za ranu dijagnostiku HIV infekcije, pravovremeno započinjanje lečenja i time postizanje nedetektabilne viremije u krvi inficiranih osoba, što dalje utiče ne samo na unapređenje kvaliteta života osoba koje žive sa HIV-om, već i na onemogućavanje dalje humane transmisije virusa.

U cilju dosezanja međunarodnog cilja za 2030. godinu, „okončanja AIDS-a kao javnozdravstvene pretnje” (7), neophodno je preventivne mere usmeriti na one faktore koji doprinose daljoj transmisiji HIV infekcije u ključnim populacijama, a u našoj sredini primarno u populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima. Intencija ovog rada jeste da doprinese identifikovanju zastupljenosti rizičnih oblika ponašanja i njihove percepcije, kao i da identifikuje faktore koji doprinose testiranju na HIV infekciju.

1.1. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a

1.1.1. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a globalno

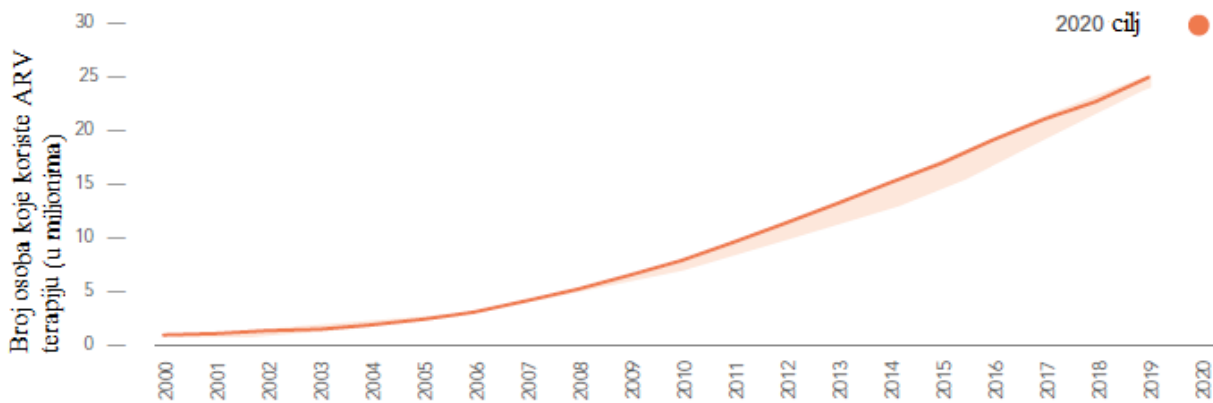
I pored zabeleženih značajnih uspeha u pogledu odgovora na HIV infekciju u poslednjih 20-ak godina, HIV je i dalje jedan od vodećih problema u oblasti javnog zdravlja. Prema procenama Udruženog programa Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS (engl. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, u daljem tekstu: UNAIDS), od početka HIV epidemije do kraja 2019. godine ukupno je inficirano HIV-om 75.700.000 (55.900.000–100.000.000) osoba, od kojih je, prema istim procenama, 32.700.000 (24.800.000–42.200.000) osoba umrlo od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om (10). Prema procenama UNAIDS-a, u 2019. godini ukupno je 38 miliona ljudi (31,6–44,5 miliona) živelo sa HIV-om (11). Od toga, prema teritorijalnoj podeli UNAIDS-a, više od polovine procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om živi na teritoriji Istočne i Južne Afrike (11) (grafikon 1).



Grafikon 1. Distribucija procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om u svetu prema teritorijalnoj podeli UNAIDS-a (Podaci za izradu grafikona preuzeti od *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), referenca (11))

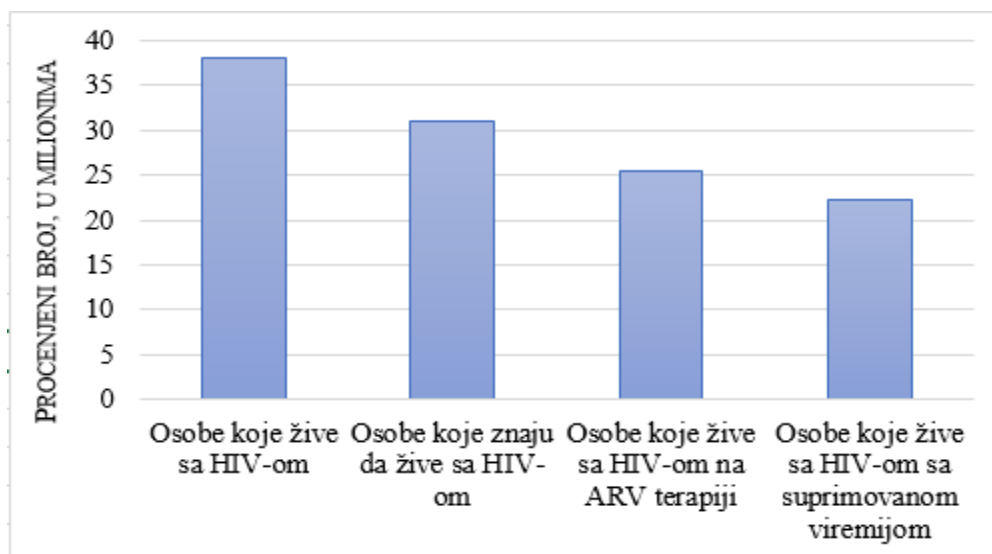
UNAIDS procenjuje da se ukupno 25,4 miliona ljudi (24,5–25,6 miliona) leči koristeći ARV terapiju (11). Procene takođe ukazuju da se broj osoba koje se leče ARV terapijom u poslednjih 10 godina povećao 3,2 puta, gledajući 2010. godinu kada se procenjuje da se ARV terapijom lečilo 7.800.000 osoba koje žive sa HIV-om (6.900.000–7.900.000) (11). Povećanje broja ljudi koji se leče ARV terapijom je posledica više faktora. Jedan od njih je veća dostupnost terapije, što je bio deo postavljenih „Milenijumskih ciljeva razvoja” (engl. *Milennium Development Goals*, MDG), tačnije podcilj cilja 6. Prema podacima Ujedinjenih nacija (engl. *United Nations*, u daljem tekstu: UN), u periodu od 2003. godine do juna 2014. godine povećao se broj osoba koje žive sa HIV-om i koriste ARV terapiju sa 800.000 na 13.600.000. Takođe, UN procenjuje da je u periodu od 1995. godine do 2013. godine lečenje ARV terapijom sprečilo 7.600.000 smrti koje bi bile posledica AIDS-a (12). UNAIDS procenjuje da je samo u periodu od 2010. do 2019. godine, zahvaljujući lečenju ARV terapijom, izbegnuto 12.100.000 smrti od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om (13). Ciljevi i politike koje su artikulisane počevši od 2014. godine (kao što su politika „testiraj i leči”, „Ciljevi održivog razvoja” (engl. *Sustainable Development Goals*, SDG), UNAIDS-ova „Strategija 2016–2021: Brzim putem do okončanja AIDS-a” i sl.), uz posvećenost pojedinačnih zemalja odgovoru na HIV infekciju i uz postojanje finansijske podrške različitih donatora, uticalo je da se broj osoba koje se leče ARV terapijom poveća do 2019. godine.

Međutim, i pored značajnog povećanja broja osoba koje žive sa HIV-om i koriste ARV terapiju za lečenje, ciljevi za 2020. godinu u pogledu broja ljudi koji znaju da žive sa HIV-om i koji koriste ARV terapiju nisu dosegnuti u 2019. godini (grafikon 2).



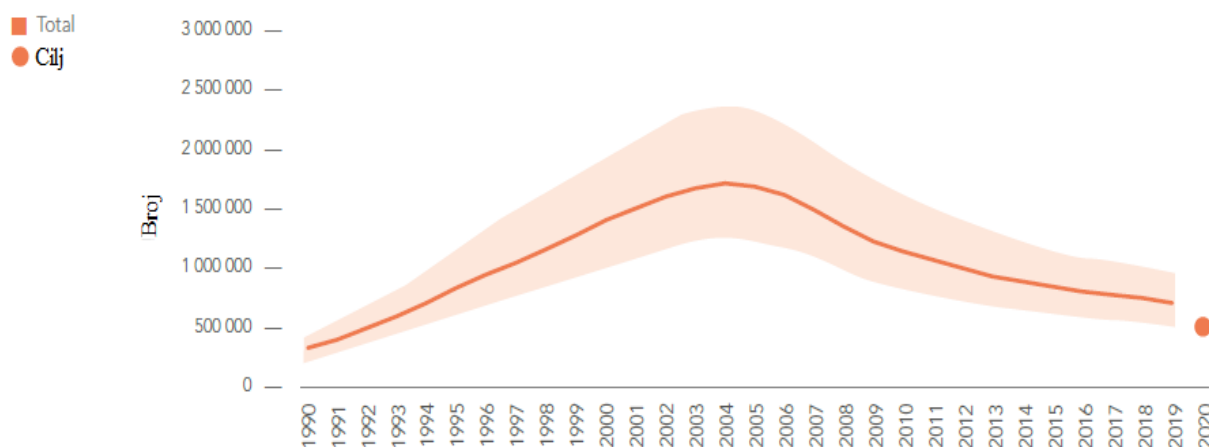
Grafikon 2. Broj osoba koje koriste antiretrovirusnu (ARV) terapiju na globalnom nivou za period 2000–2019, sa ciljnom vrednošću za 2020. godinu (Preuzeto i prevedeno iz reference (9), str. 70)

U odnosu na cilj da među onima koji su inficirani HIV-om njih 90% zna da živi sa HIV-om, UNAIDS procene govore da je 2019. godine 81% osoba znalo da žive sa HIV-om (u rasponu 68–95%). Ovo je povećanje za 10% u odnosu na 2015. godinu, od kada se prati ovaj cilj (11). Dalje, u odnosu na cilj da među onima koji znaju da žive sa HIV-om njih 90% bude na lečenju ARV terapijom, prema procenama UNAIDS-a u 2019. godini njih 82% je bilo na lečenju (u rasponu 66–97%), što je povećanje od 12% u odnosu na 2015. godinu. Odnosno, u odnosu na procenjeni broj osoba koje žive sa HIV-om, njih 67% (54–78%) koriste ARV terapiju, što je povećanje za 18% u odnosu na 2015. godinu (11). Kada je reč o uspešnosti lečenja ARV terapijom i UNAIDS-ovom cilju da 90% od onih koji su na lečenju ARV terapijom ima nedetektabilnu količinu virusa u krvi (NKVK) procene UNAIDS-a su visoke i govore o tome da 88% osoba koje se leče ARV terapijom imaju NKVK, što je za 4% više u odnosu na 2015. godinu (11). Ovo ujedno govori o uspešnosti lečenja ARV terapijom i ujedno unapređenju kvaliteta života osoba koje žive sa HIV-om. U odnosu na procenjeni broj osoba koje žive sa HIV-om u svetu, kod 59% je postignuta NKVK, što je za 18% više u odnosu na 2015. godinu (11). Realizacija opisanih ciljeva je data na grafikonu 3.



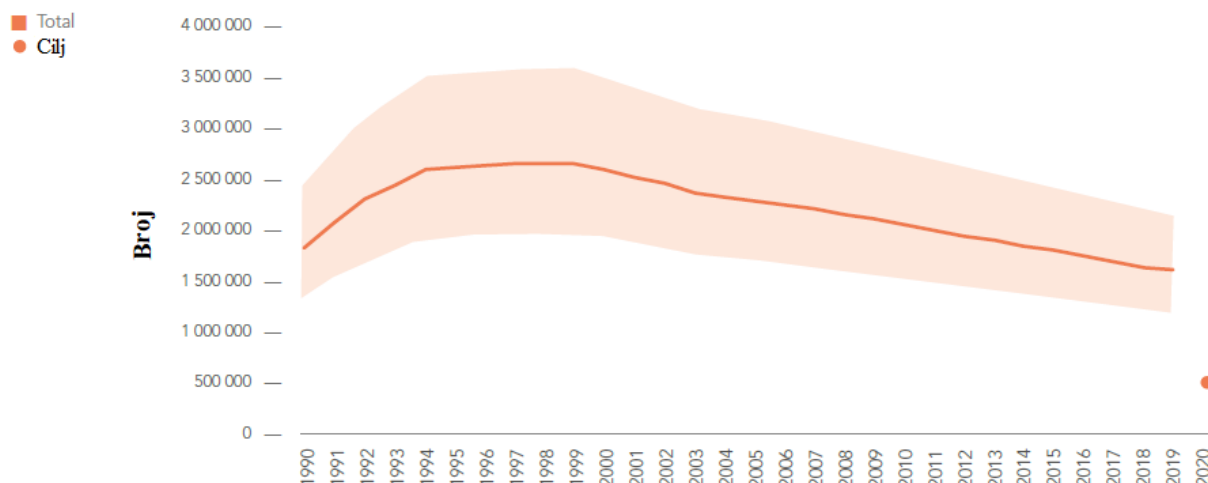
Grafikon 3. Procenjeni broj osoba na globalnom nivou koje žive sa HIV-om i među njima onih koji znaju da žive sa HIV-om, koji su na lečenju ARV terapijom i kod kojih je postignuta NKVK u 2019. godini (Podaci za izradu grafikona preuzeti od *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), referenca (11))

Povećanje broja osoba na globalnom nivou koje se leče ARV terapijom uticalo je i na smanjenje broja osoba koje su preminule od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om. Tokom 2019. godine je na globalnom nivou 690.000 (u rasponu od 500.000–970.000) umrlo od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om, što je manje za 410.000 osoba (39%) u odnosu na zabeleženi broj umrlih od stanja i bolesti povezanih sa AIDS-om 2010. godine (11,13). Generalno, opadanje broja osoba umrlih od stanja i bolesti povezanih sa AIDS-om na godišnjem nivou beleži se od 2005. godine (11). Ipak, cilj postavljen za 2020. godinu – da bude manje od 500.000 smrti od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om na godišnjem nivou – nije još dosegnut (grafikon 4) (13). U odnosu na regione, UNAIDS procenjuje da je u gotovo svim regionima došlo do značajnog pada u broju osoba koje su umrle od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om u poslednjih 10 godina (najviše za 49% i to u Južnoj i Istočnoj Africi, a najmanje za 2% na Bliskom Istoku i Severnoj Africi). Izuzetak je region Istočne Evrope i Centralne Azije gde se procenjuje da je povećan broj osoba koje su umrle od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om u periodu 2010–2019. godine za 24% (13).



Grafikon 4. Procenjen broj osoba koje su preminule od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om na globalnom nivou za period 1990–2019. godina, sa ciljnom vrednošću za 2020. godinu (Preuzeto i prevedeno iz reference (13), str. 12)

Prema UNAIDS-u, procenjeni broj osoba koje se na godišnjem nivou inficiraju HIV-om opada. Tokom 2019. godine se procenjuje da je bilo 1.700.000 (u rasponu 1.200.000–2.200.000) osoba novoinficiranih HIV-om, što je za 400.000 (23%) osoba novoinficiranih HIV-om manje nego tokom 2010. godine (11, 13). Kako je za 2020. godinu postavljen cilj da bude manje od 500.000 osoba novoinficiranih HIV-om na godišnjem nivou, može se konstatovati da ovaj cilj nije dosegnut. Ipak, treba imati na umu da postoji određeni kontinuitet u padu procenjenog broja novoinficiranih HIV-om od 1999. godine, kada je procenjeno da je te godine 2 800 000 osoba novoinficirano HIV-om (grafikon 5) (11). U većini regiona, po procenama UNAIDS-a, došlo je do smanjenja procenjenog broja osoba novoinficiranih HIV-om u odnosu na 2010. godinu (najviše za 38% u Istočnoj i Južnoj Africi, a najmanje 12% u regionu Azije i Pacifika). Međutim, u dva regiona je došlo do značajnog povećanja procenjenog broja osoba koje su novoinficirane HIV-om, i to u regionu Istočne Evrope i Centralne Azije za 72% u odnosu na 2010. godinu, i u regionu Bliskog Istoka i Severne Afrike za 22%. U regionu Latinske Amerike takođe je došlo do povećanja procenjenog broja osoba novoinficiranih HIV-om u 2019. godini u odnosu na 2010. godinu, ali ne toliko drastično kao u dva pomenuta regiona, već za 2% (13). Generalno, povećanje procenjenog broja osoba koje su novoinficirane HIV-om povezano je sa slabijim sprovođenjem mera prevencije HIV infekcije.



Grafikon 5. Procenjen broj osoba novoinficiranih HIV-om na globalnom nivou za period 1990–2019. godine, sa ciljnom vrednošću za 2020. godinu (Preuzeto i prevedeno iz reference (13), str. 7)

Može se reći da je na globalnom nivou HIV infekcija najzastupljenija među ženama uzrasta 15 i više godina. Prema procenama UNAIDS-a, oko 50% od ukupnog broja osoba koje žive sa HIV-om na kraju 2019. godine čine žene uzrasta 15 i više godina, oko 5% deca uzrasta do 15 godina, a ostalo su muškarci uzrasta 15 i više godina. Na globalnom nivou procenjena incidencija HIV infekcije je 0,22/1000 neinficiranih osoba, odnosno 0,37/1000 neinficiranih odraslih osoba uzrasta 15–49 godina (11). Među onima koji znaju svoj HIV status (81% od ukupnog procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om), oko 54% su žene uzrasta 15 i više godina, oko 3,5% deca uzrasta do 14 godina, a ostalo su muškarci uzrasta 15 i više godina (11).

Kada je reč o broju osoba koje se leče ARV terapijom u odnosu na pol i uzrast, 55% osoba čine žene uzrasta 15 i više godina, odnosno 85% od ukupnog broja onih žena koje znaju da žive sa HIV-om, a 73% od ukupnog procenjenog broja žena uzrasta 15 i više koje su u 2019. godini živele sa HIV-om. Zatim, 3,8% osoba koje koriste ARV terapiju čine deca uzrasta do 14 godina, što je 86% dece od ukupnog broja one dece koja znaju da žive sa HIV-om, odnosno svega 53% od procenjenog broja dece uzrasta do 14 godina koja žive sa HIV-om. Ostalo čine muškarci uzrasta 15 i više godina (11). Ipak, može se reći da je, prema podacima UNAIDS-a, broj dece koja se leče ARV terapijom duplo veći nego 2010. godine, žena oko 3,6 puta, a muškaraca oko 3 puta (11). Ovo sve govori da je odgovor na HIV u pogledu povećanja dostupnosti lečenja ARV terapijom zaista unapređen u poslednjih 10 godina, posebno među ženama.

Prema procenama UNAIDS-a, broj dece uzrasta do 14 godina koja su novoinficirana HIV-om u 2019. godini predstavlja oko 9% od ukupnog broja novoinficiranih osoba. Prema UNAIDS-ovim procenama, broj dece novoinficirane HIV-om se smanjuje od 2000. godine, te je u odnosu na 2010. godinu duplo manji (11). Na globalnom nivou, prema procenama UNAIDS-a, u 2019. godini je zabeleženo manje žena i devojčica novoinficiranih HIV-om u odnosu na muškarce i dečake (48% i 52% respektivno). Takođe, može se reći da je u odnosu na 2010. godinu u većoj meri opao broj osoba novoinficiranih HIV-om među osobama ženskog pola (za 27%) nego među osobama muškog pola (za 18%) (13).

Ključne populacije su u većem riziku od HIV infekcije primarno zbog rizika vezanih za određena ponašanja, primarno za nezaštićene seksualne odnose i za ubrizgavanje supstanci nesterilnim priborom. Prema procenama UNAIDS-a, u 2019. godini, rizik od inficiranja HIV-om bio je 26 puta veći među gej i drugim muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, 29 puta veći među osobama koje injektiraju drogu, 30 puta veći među seks-radnicima/ama, a 13 puta veći među transrodnim osobama u odnosu na osobe iz opšte populacije (10).

Na globalnom nivou, tokom 2019. godine najviše osoba iz ključnih populacija novoinficiranih HIV-om, prema UNAIDS-ovim procenama, bilo je među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (23% od ukupnog broja osoba novoinficiranih HIV-om), a zatim slede osobe koje injektiraju drogu (10%), seks-radnice/ci (8%) i transrodne osobe (2%). Ostale osobe novoinficirane HIV-om pripadaju seksualnim partnerima osoba iz ključnih populacija u riziku od HIV-a (19%), odnosno svim ostalima (38%) (13).

Procenjeni broj osoba novoinficiranih HIV-om među različitim populacijama razlikuje se prema regionima UNAIDS-a. Procenjeno učešće muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u ukupnom procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om je najveće u regionu Zapadne i Centralne Evrope i Severne Amerike (64%), odnosno u regionu u kom se nalazi i Srbija, a zatim slede region Azije i Pacifika i region Latinske Amerike (sa po 44%), dok je učešće muškaraca koji imaju seks sa muškarcima najmanje u regionu Istočne i Južne Afrike (sa 6%) (13). Kada je reč o osobama koje injektiraju drogu, njihovo procenjeno učešće u ukupnom procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om najveće je u regionu Istočne Evrope i Centralne Azije (48%), a zatim slede region Bliskog Istoka i Severne Afrike (43%), region Azije i Pacifika (17%) i region Zapadne i Centralne Evrope i Severne Amerike (15%). U ostalim regionima učešće ove populacije ne prelazi 3% (13). Seks-radnici/ce imaju daleko niže učešće u ukupnom broju osoba novoinficiranih HIV-om u različitim regionima. Najviše ih je u regionu Zapadne i Centralne Afrike (19%), a najmanje u regionu Zapadne i Centralne Evrope i Severne Amerike (0,4%). Za transrodne osobe podaci su oskudni, ali UNAIDS procenjuje da je učešće transrodnih osoba u ukupnom procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om bilo najviše u regionu Azije i Pacifika (7%) (13). Seksualni partneri ključnih populacija u riziku od HIV-a učestvuju u procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om sa najviše 27% u regionu Zapadne i Centralne Afrike i najmanje 15% u regionu Istočne i Južne Afrike (13).

Gledajući ukupno učešće osoba iz ključnih populacija u riziku od HIV-a u procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om, može se reći da su u regionu Zapadne i Centralne Evrope i Severne Amerike nosilac epidemije muškarci koji imaju seks sa muškarcima, gde osobe iz ove populacije čine oko 2/3 novoinficiranih HIV-om u 2019. godini. Osobe koje injektiraju drogu su dominantne u regionima Istočne Evrope i Centralne Azije, kao i u regionu Bliskog Istoka i Severne Afrike, gde osobe koje injektiraju čine gotovo polovinu slučajeva novih infekcija u 2019. godini. U regionu Istočne i Južne Afrike i dalje je glavni nosilac HIV epidemije opšta populacija (sa učešćem od 72% u procenjenom broju osoba novoinficiranih HIV-om) (13).

1.1.2. Epidemiološke karakteristike HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji

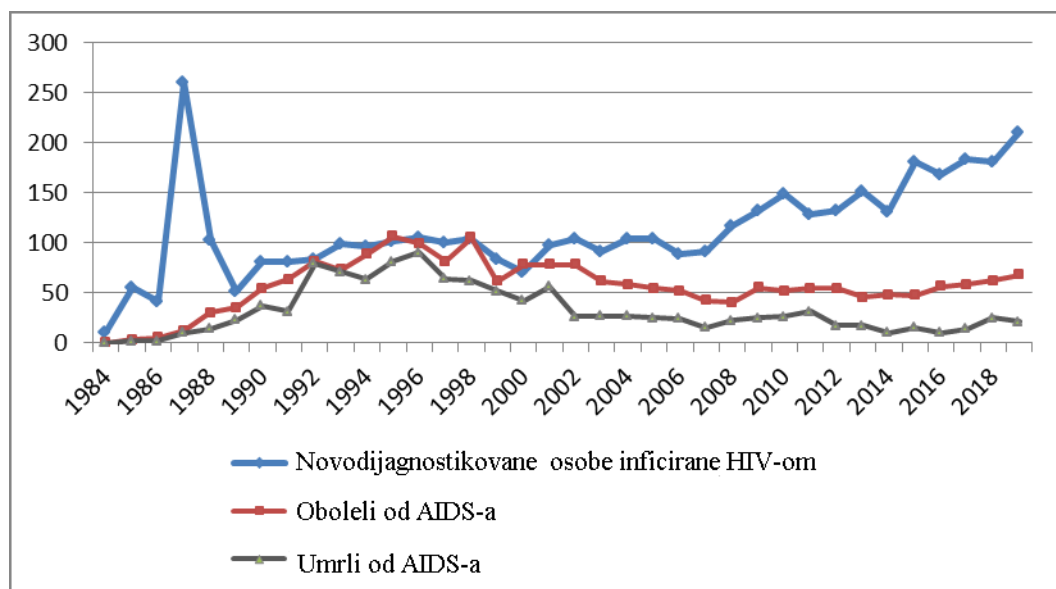
Na teritoriji regiona Evrope – po regionalnoj podeli Svetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization*, WHO; u daljem tekstu: SZO) – od početka evidentiranja do kraja 2019. godine zabeleženo je 2.144.520 osoba koje žive sa dijagnostikovanom HIV infekcijom. U odnosu na regione Evrope, 31,4% od ukupnog broja (673.917) osoba koje žive sa HIV-om je na teritoriji regiona Zapadne Evrope, 4,4% (95.428) na teritoriji regiona Centralne Evrope (kom pripada i Srbija, sa 4066 osoba kojima je dijagnostikovana HIV infekcija), a ostalih 62,7% (1.345.175) su na teritoriji regiona Istočne Evrope (14).

Od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om od početka prijavljivanja slučajeva do 2019. godine na teritoriji regiona Evrope (po SZO) preminulo je 268 879 osoba¹ (194.042 u Zapadnoj Evropi, 9528 u Centralnoj Evropi, od kojih 1155 u Srbiji, i 65.309 u Istočnoj). Međutim, prikazani broj umrlih je značajno manji od realnog, s obzirom na to da nisu sve zemlje regiona

¹ Ukupan broj obolelih od AIDS-a koji su preminuli u periodu od početka prijavljivanja do 2019. godine je veći, ali, kako ECDC navodi, predstavljeni podaci ne uključuju one koji su živeli sa HIV-om, a čija smrt nije direktno povezana sa AIDS-om; vidi referencu (14).

Evrope izvestile o broju osoba koje su umrle od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om (npr. Ruska Federacija) (14).

Na kraju 2019. godine, prema podacima Evropskog centra za suzbijanje i prevenciju bolesti (engl. *European Centre for Disease Prevention and Control*, u daljem tekstu: ECDC) i Kancelarije SZO za region Evrope, u regionu Evrope ukupno je kod 136.449 osoba novodijagnostikovana HIV infekcija, što čini stopu osoba sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom od 15,6/100.000 neinficiranih stanovnika. U odnosu na 2010. godinu, ovo je ujedno uvećanje broja osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija na godišnjem nivou za oko 10% u odnosu na 2010. godinu (sa 123.710 novodijagnostikovanih osoba koje žive sa HIV-om). Najveći broj novodijagnostikovanih se beleži u Istočnoj Evropi (79% od ukupnog broja osoba sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom, sa stopom 41,7/100.000 neinficiranih stanovnika), a zatim u Zapadnoj (16%, sa stopom 5,2/100.000) i Centralnoj Evropi (5%, sa stopom 3,4/100.000). Stope osoba kojima je novodijagnostikovanih HIV infekcija su najveće u Ruskoj Federaciji (54,9/100.000 neinficiranih stanovnika) i Ukrajini (39,0/100.000 neinficiranih stanovnika), a najmanje, ispod 3,0/100.000 neinficiranih stanovnika, u Bosni i Hercegovini (0,9/100.000) i Sloveniji (1,6/100.000). U Srbiji je stopa osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija u 2019. godini bila 2,4/100.000 neinficiranih stanovnika (ukupno 210 osoba, što je ujedno i najveći broj osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija od 1990. godine). U odnosu na 2010. godinu, povećanje broja osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija na godišnjem nivou se beleži u Istočnoj (za oko 20%), i Centralnoj Evropi (za 131%), a u Zapadnoj Evropi se beleži smanjenje ovog broja (za 29%). U Srbiji, u odnosu na 2010. godinu, broj osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija viši je za 41% (sa 149 osoba u 2010. godini) (14). Na grafikonu 6 dat je prikaz broja registrovanih HIV slučajeva i obolelih i umrlih od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om od početka epidemije u Republici Srbiji do kraja 2019. godine.



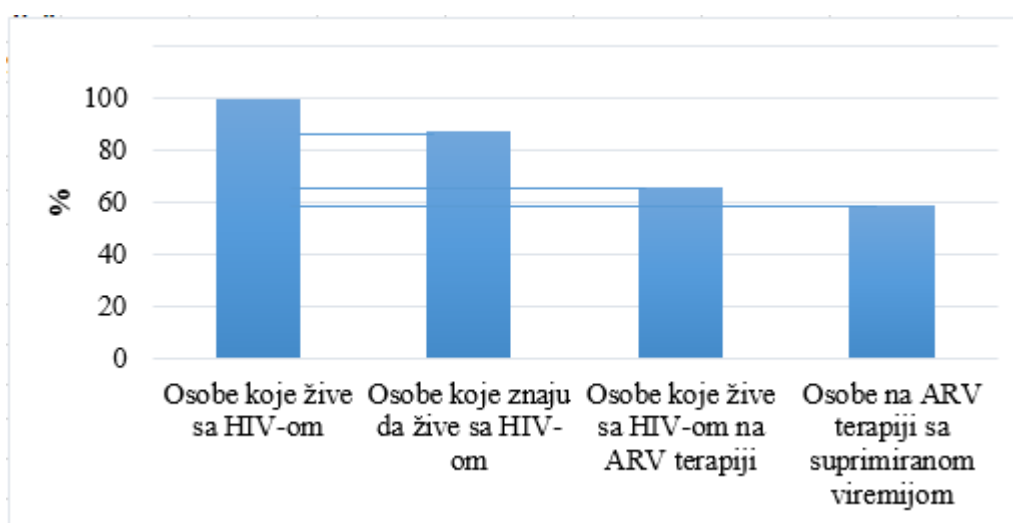
Grafikon 6. Broj registrovanih osoba koje žive sa HIV-om i obolelih i umrlih od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om u Republici Srbiji u periodu 1984–2019. godine (Preuzeto iz reference (15))

Učestalost onih kod kojih je HIV infekcija dijagnostikovana kasno meri se brojem CD4+ limfocita u krvi po dijagnostikovanju HIV infekcije. Oni kod kojih se utvrdi broj CD4+

limfocita manji od 350 ćelija/mm³ su osobe kojima je kasno dijagnostikovana HIV infekcija, tj. „kasni prezenter“ (engl. *late presenters*), a oni kod kojih se utvrdi da je broj CD4+ limfocita manji do 200 ćelija/mm³ smatraju se podgrupom „kasnih prezentera“, tj. osobama sa uznapređovalom HIV infekcijom. Za ove osobe se očekuje da ARV terapija neće imati željeni efekat (16). ECDC i Kancelarija SZO za region Evrope od 2011. godine prate broj CD4+ limfocita u krvi po dijagnostikovanju HIV infekcije na nivou regiona Evrope. Međutim, tokom te godine ova merenja su sprovedena tek na 14,3% osoba od ukupnog broja onih kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija. I na ovom malom uzorku, broj CD4+ limfocita je kod svake druge osobe bio manji od 350 ćelija/mm³ (17). Te godine (2011) je u Srbiji podatak o broju CD4+ limfocita postojao za 53,2% osoba kojima je novodijagnostikovano da žive sa HIV-om, od kojih je 58,2% imalo manje od 350 ćelija/mm³, dok je 1/3 imala manje od 200 ćelija/mm³ (17). Tokom 2013. godine, u Evropi je za gotovo 50% osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija utvrđivan broj CD4+ limfocita prilikom dijagnostikovanja HIV infekcije. I tada je učešće onih koji imaju ispod 350 CD4 ćelija/mm³ među testiranim bio 49% (18). U 2019. godini situacija u Evropi se promenila u smislu povećanja učešća (na 74%) onih kojima je prilikom dijagnostikovanja HIV infekcije utvrđen i broj CD4+ limfocita u krvi. U 2019. godini nešto je bilo veće učešće onih kod kojih je HIV infekcija dijagnostikovana kasno, tačnije 53% u čitavom regionu Evrope (SZO). U odnosu na čitav region, nešto niže učešće onih ispod 350 CD4 ćelija/mm³ zabeleženo je u Zapadnoj Evropi (49%), dok je u ostalim teritorijama regiona, tj. u Istočnoj i Centralnoj Evropi, zabeleženo nešto više (po 56%) Na sve tri teritorije regiona Evrope, po podeli SZO, došlo je do povećanja učešća onih sa brojem CD4+ limfocita manjim od 350 ćelija/mm³ u odnosu na 2013. godinu, gde je najveće povećanje zabeleženo u Centralnoj Evropi (za 16%), a najmanje u Zapadnoj Evropi (za 1%) (14,18). Kada je reč o učešću onih kojima je HIV infekcija dijagnostikovana u uznapređovalom stadijumu, u regionu Evrope bilo ih je 31% među osobama kojima je prvi put dijagnostikovana HIV infekcija, i to najmanje u Zapadnoj Evropi (28,5%), a najviše u Centralnoj Evropi (35%), gde se ujedno beleži i najveće povećanje u učešću onih sa uznapređovalom HIV infekcijom (za 17%) u odnosu na 2013. godinu (14,18). U Republici Srbiji udeo onih kasno dijagnostikovanih među onima kojima je utvrđen broj CD4+ limfocita u krvi je ostao manje-više nepromenjen u 2019. godini u odnosu na 2011. godinu. Ono što se povećalo jeste udeo onih kojima je utvrđen broj CD4+ limfocita u krvi od ukupnog broja osoba novodijagnostikovanih da žive sa HIV-om (90,4%). Od njih, gotovo 2/3 osoba (63,2%) je imalo broj CD4+ limfocita manje od 350 ćelija/mm³ krvi, a više od 1/3 (38,8%) manje od 200 ćelija/mm³ (14). Udeo osoba kojima je HIV infekcija dijagnostikovana kasno među osobama sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom u Srbiji je učestaliji nego što je to prosečno učešće kako za region Evrope, tako i za teritorije regiona Zapadne, Centralne i Istočne Evrope. Ovo govori u prilog da je preventivne napore potrebno posebno uložiti u savetovanje i testiranje na HIV, primarno zbog omogućavanja pravovremene dijagnostike HIV infekcije.

Lečenje raspoloživom ARV terapijom je od početka epidemije u Republici Srbiji bilo finansirano od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO). Od 1997. godine u Republici Srbiji počinje da se koristi visoko aktivna ARV terapija, koja je takođe bila obezbeđena od strane RFZO za sve osiguranike inficirane HIV-om (19). Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju, državljani Republike Srbije koji nisu po nekom drugom osnovu osigurani, imaju pravo na zdravstveno osiguranje po osnovu lečenja od zaraznih bolesti (član 16), gde se ubraja i lečenje u vezi sa HIV infekcijom i AIDS-om (20). Kod nas se lečenje sprovodi u skladu sa terapijskim vodičima Evropskog kliničkog društva za AIDS (engl. *European AIDS Clinical Society*, u daljem tekstu: EACS) i prema poslednjim preporukama sa terapijskim lečenjem se počinje odmah po dijagnostikovanju HIV infekcije (21).

Prema procenama UNAIDS-a, u Srbiji je na kraju 2019. godine 3200 (u rasponu od 2500–3800) osoba živelo sa HIV-om, od toga je 2800 osoba znalo da živi sa HIV-om (87,5% od procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om). Ukupno 2100 osoba koje žive sa HIV-om se krajem 2019. godine lečilo ARV terapijom (75% od ukupnog broja onih koji znaju da žive sa HIV-om, odnosno 65,6% od procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om) (22). Od uvođenja ARV terapije kod nas beleži se pad u broju umrlih od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om. U poslednjih 10 godina, najveći zabeleženi broj umrlih na godišnjem nivou bio je 2011. godine (31 osoba), a najmanji 2016. godine (10 osoba). U 2019. godini, broj umrlih od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om bio je 21 (14). Prema procenama UNAIDS-a, lečenje ARV terapijom je uticalo da 1 900 osoba ima NKVK krajem 2019. godine (90,5% od ukupnog broja na ARV terapiji, odnosno 59,4% od procenjenog broja osoba koje žive sa HIV-om) (grafikon 7) (22).

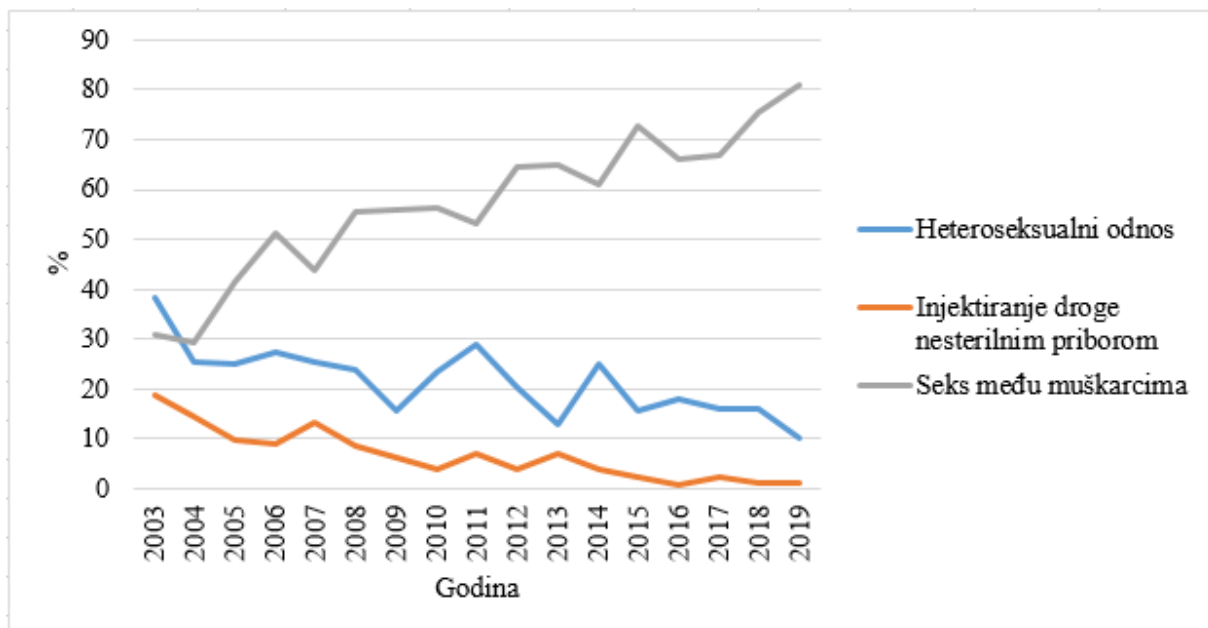


Grafikon 7. Procentualno učešće osoba koje znaju da žive sa HIV-om, osoba koje se leče ARV terapijom i osoba sa NKVK u procenjenom broju osoba koje žive sa HIV-om u Republici Srbiji za 2019. godinu (Podaci za izradu grafikona preuzeti od *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), referenca (22))

Prema podacima ECDC i Kancelarije SZO za region Evrope, svaka druga osoba kojoj je 2019. godine prvi put dijagnostikovana HIV infekcija prijavila je da je razlog transmisije HIV infekcije nezaštićen heteroseksualni odnos, gotovo svaka peta osoba je prijavila da je razlog nezaštićen seksualni odnos između muškaraca, gotovo svaka 8 osoba je prijavila da je razlog prenosa HIV infekcije injektiranje nesterilnim priborom, dok je 1% osoba prijavilo nešto drugo, a kod 15% je razlog nepoznat. U odnosu na izveštaje onih zemalja koje redovno izveštavaju ka ECDC, od 2010. godine raste broj osoba inficiranih HIV-om u svim transmisivnim kategorijama, sem u kategoriji transmisije korišćenjem nesterilnog pribora prilikom injektiranja, gde broj osoba opada. Ono što se generalno uočava jeste da je u 2019. godini nezaštićeni seksualni odnos među muškarcima dominantan način transmisije HIV infekcije u Zapadnoj i Centralnoj Evropi, dok je u Istočnoj dominantan nezaštićen heteroseksualni odnos, kao i injektiranje droge nesterilnim priborom (14). U Republici Srbiji je u 2019. godini glavni razlog transmisije HIV infekcije među osobama kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija bio nezaštićen seksualni odnos (91% od ukupnog broja kojima je dijagnostikovana HIV infekcija tokom 2019. godine), primarno nezaštićen seksualni

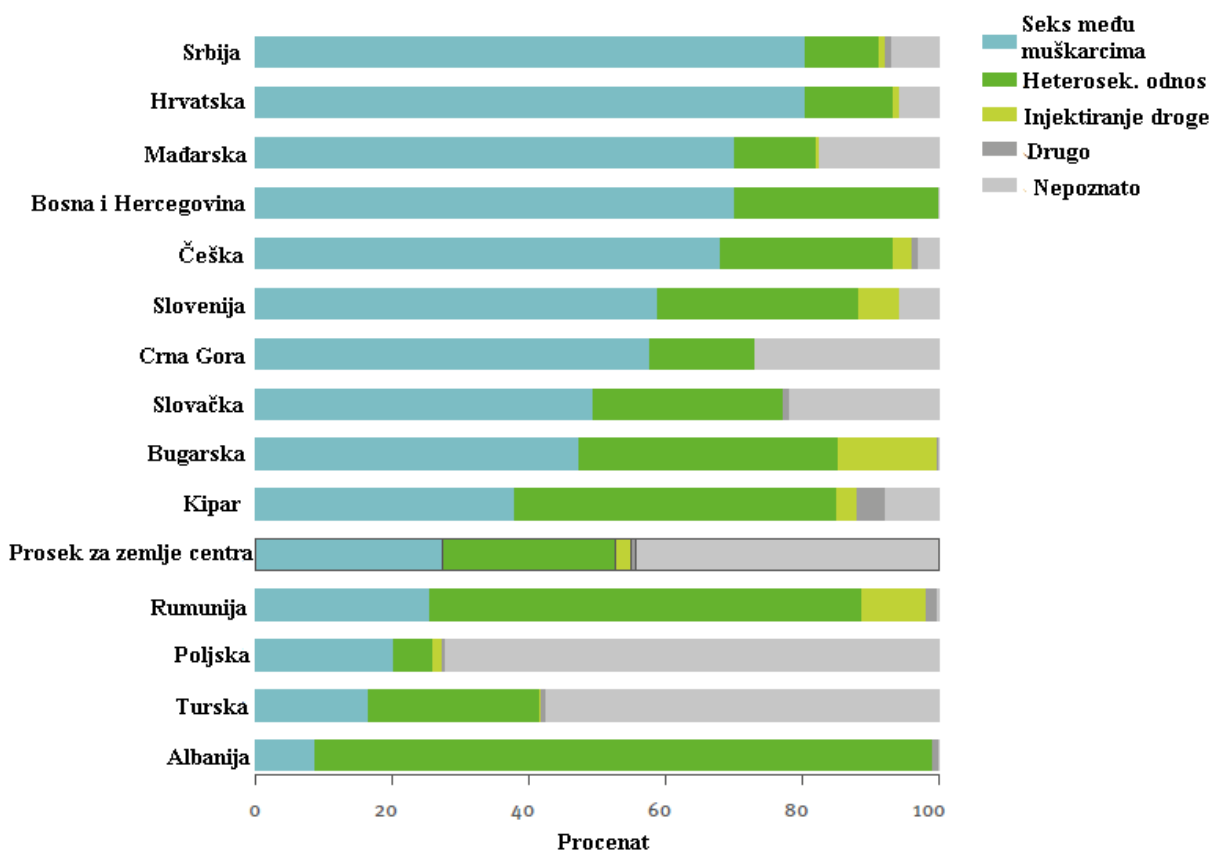
odnos među muškarcima (81%). Među osobama kojima je novodijagnostikovano da žive sa HIV-om zastupljeniji su muškarci nego žene, te je odnos muškaraca prema ženama bio 10,7:1. Najviše osoba kojima je dijagnostikovana HIV infekcija prvi put u 2019. godini pripada uzrasnoj grupi 30–39 (36,7%), a zatim u grupi 20–29 (24,8%) (14). Imajući u vidu da je i prethodnih godina bilo najviše osoba sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom u ovim uzrasnim grupama, može se reći da su mladi posebno izloženi riziku od HIV infekcije.

Učešće prenosa HIV infekcije nezaštićenim seksualnim odnosom u Srbiji počevši od 1994. godine raste, a već od oko 2000. godine se među osobama sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom povećava udeo onih koji za razlog transmisije prijavljuju nezaštićen seksualni odnos među muškarcima, dok se smanjuje udeo onih koji prijavljuju nezaštićen heteroseksualni odnos. Tako već tokom 2006. godine gotovo svaka druga osoba (51,8%) sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom prijavljuje nezaštićen seksualni odnos među muškarcima kao put prenosa HIV infekcije (23,24). Uporedo sa rastom učešća inficiranih putem nezaštićenog seksualnog odnosa, opada učešće onih koji kao razlog transmisije prijavljuju korišćenje nesterilnog pribora prilikom injektiranja (sa 70% u 1991. godini, preko 4% u 2010, na 0,9% u 2019. godini) (14,24). Kada je reč o seks-radnicima/ama, kao jednoj od ključnih populacija u riziku od HIV-a, razlozi za transmisiju HIV infekcije među njima pripadaju jednoj od definisanih kategorija transmisije, te nema podataka koji način prenosa je među njima dominantan (nezaštićen seksualni odnos, injektiranje nesterilnim priborom ili nešto drugo). Učestalost načina transmisije HIV infekcije putem nezaštićenog seksualnog odnosa i putem injektiranja nesterilnim priborom među osobama kojima je prvi put dijagnostikovana HIV infekcija dati su na grafikonu 8.



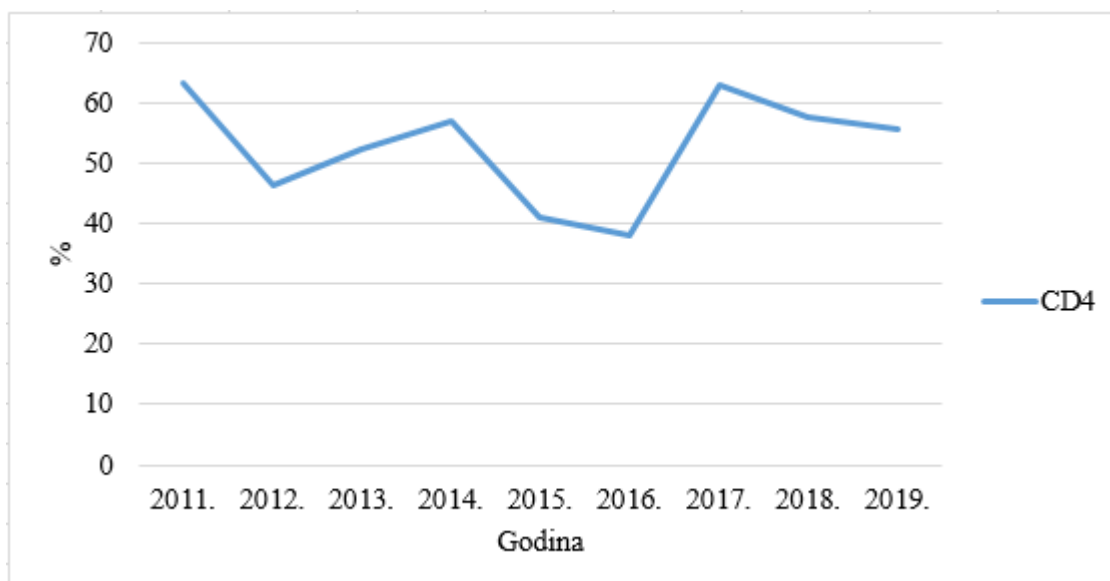
Grafikon 8. Procentualno učešće načina transmisije HIV infekcije putem nezaštićenog seksualnog odnosa i putem injektiranja nesterilnim priborom u periodu 2003–2019. godine u Srbiji (Podaci za izradu grafikona preuzeti od *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), reference (14,25,26))

U odnosu na druge zemlje u okruženju, tj. one koje pripadaju Centralnoj Evropi po podeli SZO, Srbija i Hrvatska su zemlje u kojima prenos HIV infekcije nezaštićenim seksualnim odnosima među muškarcima dominira (grafikon 9).



Grafikon 9. Osobe sa novodijagnostikovanom HIV infekcijom u regionu Evrope prema državi i načinu transmisije (ukupno 6713 osoba) (Preuzeto i prevedeno iz reference (14), str. 49)

Imajući u vidu epidemiološke podatke koji ukazuju na povećano učešće muškaraca koji imaju seks sa muškarcima među osobama kojima se dijagnostikuje HIV infekcija, može se reći da je Srbija zemlja sa koncentrovanom HIV epidemijom među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, kojima je dijagnostikovana HIV infekcija po prvi put u 2019. godini, nešto više od polovine (55,8%) je dijagnostikovana kasno (sa CD4+ limfocitima manjim od 350 ćelija/mm³ krvi). Može se reći da je onih kojima je HIV infekcija kasno dijagnostikovana među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji veće od prosečnog učešća ovih osoba u regionu Evrope SZO (47,0%), odnosno na teritoriji Zapadne, Centralne i Istočne Evrope (proseci respektivno: 41,1%, 47,3%, 43,2%) (14). Učešće onih kojima je HIV infekcija kasno dijagnostikovana među inficiranim muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji nema ustaljen trend (grafikon 10). Ipak, treba imati u vidu da utvrđivanje broja CD4+ limfocita u krvi nije rađeno svima kojima je HIV infekcija dijagnostikovana tokom perioda 2011–2019. godine.



Grafikon 10. Procentualno učešće onih kojima je kasno dijagnostikovana HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija u Srbiji (Podaci za izradu grafikona preuzeti od *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), reference (14,17,18,27–32))

Ovakvi trendovi ukazuju na kasno testiranje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima inficiranih HIV-om, tj. odlazak na testiranje onda kada zdravstveno stanje krene da se narušava, što dalje utiče na nepovoljnije ishode lečenja i manju učinkovitost ARV terapije.

1.2. Muškarci koji imaju seks sa muškarcima

1.2.1. Značenje pojma muškarci koji imaju seks sa muškarcima

U javnom diskursu vezanom za HIV infekciju i AIDS već od samih početaka epidemije došlo je do vezivanja HIV/AIDS-a za različite društvene grupe, te njihovog daljeg marginalizovanja i stigmatizovanja. Tačnije, identifikovani rizični oblici ponašanja za transmisiju HIV infekcije su se vezali za određene populacije u kojima je pretpostavljeno postojanje identifikovanih oblika ponašanja. Na ovaj način su dodatno stigmatizovane određene društvene grupe, tako što je u javnom diskursu njihov identitet postao povezan sa HIV infekcijom.

Međutim, već početkom 90-ih godina 20. veka postalo je jasno da, kada se govori o prevenciji HIV infekcije, aktivnosti nije dovoljno usmeriti na onu populaciju koja se identifikuje kao gej ili kao biseksualni muškarci. Naime, istraživanja su pokazala da postoji jedna značajna grupa muškaraca koja praktikuje seksualne odnose sa muškarcima, ali se identifikuje kao heteroseksualna (33,34). U kontekstu uključivanja i ovih muškaraca u ispitivanja vezana za HIV rizik i u planiranje preventivnih programa, početkom 90-ih godina 20. veka autori poput *Dowsett*-a (1990) i *Doll* i drugi (1992) koriste termin muškarci koji imaju seks sa muškarcima (33,34). Na ovaj način se u fokus stavljaju ne samo muškarci koji se identifikuju kao gej i/ili biseksualni, već i oni koji se identifikuju kao heteroseksualci, a koji uključuju situacioni seks među muškarcima (u kolektivima i situacijama u kojima su prisutni samo muškarci, kao što su zatvor, i ranije vojska, naftne bušotine na moru i slično).

Ovaj termin ubrzo biva prihvaćen u javnozdravstvenom diskursu kao termin kojim se s jedne strane ne stigmatizuje, a sa druge koji je u epidemiološkom smislu znatno precizniji, jer pažnju usmerava na seksualno ponašanje, a ne na društveni identitet (35). Termin je dalje preuzeo UNAIDS, SZO, Centri za suzbijanje i prevenciju bolesti (engl. *Centers for Disease*

Control and Prevention, u daljem tekstu: CDC) i druge međunarodne organizacije, kao i javnozdravstveni radnici u oblasti odgovora na HIV infekciju. Tako se muškarci koji imaju seks sa muškarcima definišu kao osobe muškog pola koje imaju seksualne odnose i/ili ljubavni odnos sa osobama muškog pola, bez obzira kako se lično ili društveno identifikuju u odnosu na seksualnu orijentaciju, seksualnu privlačnost ili rodni identitet (6,8). Pored termina „muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima”, u literaturi se koriste i termini poput „gej i drugi muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima”, ili „gej, biseksualni i drugi muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima”, pri čemu se odrednica fokusirana na ponašanje (seksualni odnos sa muškarcima) proširuje i na identitet (biti gej i/ili biseksualac).

1.2.2. Sociokulturno okruženje i zakonodavni odnos prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Evropi

Odnos prema telesnosti, seksualnosti i seksualnim praksama se tokom vremena menjao. Veliku ulogu u samom odnosu prema ovim temama imao je sociokulturni kontekst u kome su se ove teme razmatrale. Naime, kroz socijalizaciju uče se i usvajaju pravila kulture poput onog šta je ispravno korišćenje svoga tela, uključujući tu i prakse u vezi sa seksualnošću i seksualnim odnosima. Jedan od prvih sociologa i antropologa koji je u prvoj polovini 20. veka govorio o kulturno definisanim obrascima upotrebe tela, tj. o tzv. „telesnim tehnikama” je *Marcel Mauss*. Dajući različite oblike klasifikacije telesnih tehnika, on u okviru „klasifikacije nabiranja” u kategoriji tehnika zrelog doba prepoznaje „tehnikе reprodukcije”, tačnije tehnike seksualnih položaja. Tu prepoznaje da su ove tehnike s jedne strane kulturno definisane, a sa druge strane da su čvrsto povezane sa seksualnim moralom – normalnost i nenormalnost određenih polnih činova (36). Seks među muškarcima je jedna od tema koja je kroz istoriju različito tretirana – od punog prihvatanja do potpunog anatemisanja, od potpunog moralnog prihvatanja do potpune moralne osude.

Prema dostupnim izvorima, seks među muškarcima se javlja u najranijim društvenim zajednicama i civilizacijama. Tamo gde postoje određeni pisani tragovi, oni ukazuju da je ovakav odnos bio društveno prihvaćen na teritoriji Evrope, tj. nije posebno problematizovan u većini zajednica (37). Poznato je da je u antičkoj Grčkoj ovaj odnos zauzimao posebno mesto među slobodnim muškarcima, budući da su oni imali pravo da učestvuju u vlasti i politici. Odnos među muškarcima koji su vršnjaci nije posebno budio interesovanje javnosti, posebno kada je reč o mladićima, za koje je to smatrano delom odrastanja. Međutim, odnos između odraslog muškarca i mladića bio je u fokusu javnosti i to primarno sa aspekta morala. Njih su razlikovale godine života, društveni položaj i uticaj koji su imali. Odrasli muškarci su zauzimali određene pozicije u javnom životu, a mladiće je tek čekalo njihovo društveno etabliranje. Odnos između odraslog muškarca i mladića u tom smislu mogao je da utiče ili na društvenu degradaciju mladića ili na njegov bolji društveni položaj pod patronatom odraslog muškarca. Otud je ovaj odnos bio umnogome prožet različitim kulturno prihvaćenim pravilima ponašanja, kojim se nastojalo da se reguliše ovakav odnos na obostranu dobrobit. Njihovo kršenje je bilo praćeno određenim većim ili manjim moralnim osudama od strane zajednice (38). Interesantno je da se još u antičkoj Grčkoj pravi razlika između aktivne (insertivne) i pasivne (receptivne) seksualne uloge. Aktivna (insertivna) uloga podrazumeva poštovanje muškog principa i nije u sukobu sa ulogom muškarca u društvu, dok pasivna (receptivna) uloga podrazumeva preuzimanje ženskog principa i kao takva nije u skladu sa ulogom muškarca u društvu. Otud su muškarci sa receptivnom ulogom u odnosima sa muškarcima trpeli određenu društvenu osudu, tj. stigmatu (37,38).

Rimsko carstvo je imalo tolerantan odnos prema istopolnim seksualnim praksama, mada je društveni stav generalno varirao tokom vremena. Bilo je onih koji su u većoj meri bili za suzbijanje ovakvih odnosa, ali i onih koji su generalno ovakve odnose pozdravljali i/ili

tolerisali. Kao i u antičkoj Grčkoj, i u Rimskom carstvu su muškarci koji su imali pasivnu (receptivnu) ulogu u seksualnom odnosu sa muškarcima trpeli određenu društvenu stigmatu. Muškarci koji su imali insertivnu ulogu su se ponašali u skladu sa ulogom muškarca u rimskom društvu, tj. ulogom slobodnih Rimljana, dok su muškarci koji imaju receptivnu ulogu u seksualnom odnosu sa muškarcem preuzimali na sebe ulogu žena i robova. Otud, nije bila retkost da slobodni Rimljani uzimaju za ljubavnike svoje robove. Međutim, sa prihvatanjem i priznavanjem hrišćanstva, odnos prema seksualnom odnosu među muškarcima se postepeno menja. Hrišćanska crkva osuđuje seks među muškarcima kao poseban greh, posebnu jeres. U 4. veku se donosi zakon o kriminalizaciji receptivne uloge u seksualnom odnosu među muškarcima, a nešto kasnije se dodaje i osuda muškog seks-rada (37).

Posle pada Rimskog carstva (476. godine), u velikoj meri se menja i sociokulturna slika Evrope. Vizantijsko carstvo opstaje i razvija se na istoku. Tu se u 6. veku donosi i prvi zakon koji zabranjuje seksualne odnose među muškarcima, tzv. Justinijanov zakonik (37). Osnov za osudu seksualnih odnosa među muškarcima od strane hrišćanske crkve (i istočne, pravoslavne, i zapadne, katoličke) jeste shvatanje seksualnosti kao svojevrsnog iskušenja. Jedini blagosloveni seksualni odnosi su oni koji omogućavaju reprodukciju (tzv. prokreacijski) i to u bračnoj zajednici. Seksualni odnosi koji su tu samo zbog zadovoljstva nisu blagosloveni i otud su grešni. Pored istopolnih seksualnih odnosa, primarno muškaraca, na listi osuđenih polnih radnji su bili i preljuba, odnosi izvan braka, masturbacija, incest itd. Svi ovi odnosi su smatrani neprirodnim, tj. protivprirodnim (39). Otud se crkva zalagala i za suzdržavanje od telesnih zadovoljstava, kulta tela, i posledično od seksualnih odnosa u braku, sem u slučaju prokreacijskog seksualnog odnosa. Prilikom objašnjavanja grešnosti istopolnih seksualnih odnosa, primarno muškaraca, crkva se pozivala na priču o Božijem gnevu i uništenju Sodome i Gomore zbog razvrata (39). U crkveni, a onda i svetovni jezik je, u 11. veku, tako ušao termin „sodomija” i „sodomit” u značenju „protivprirodnih” seksualnih odnosa, ali u osnovi se ovim terminom označavao primarno seksualni odnos među muškarcima (39,40).

Ipak, bez obzira na negativan odnos crkve prema istopolnim seksualnim praksama primarno muškaraca, crkveni zakoni nisu bili uvek u skladu sa sekularnim zakonima. Ovo je uticalo na to da su, iako generalno stigmatizovani, seksualni odnosi među muškarcima bili društveno tolerisani do 12. veka, izuzev u Španiji. Naime, Španija je posle pada Rimskog carstva došla pod vlast Vizigota (do 8. veka) koji nisu dozvoljavali istopolne seksualne odnose primarno među muškarcima. Oni su i uveli zakone koji su osuđivali muškarce koji su praktikovali istopolne seksualne odnose, a kazna je bila kastracija, kasnije i smrt. Po osvajanju Španije od strane Muslimana, odnos među muškarcima se zvanično ne dozvoljava, ali istovremeno cveta umetnost koja veliča lepotu muške ljubavi. Španija biva oslobođena u 13. veku, a to je ujedno i vreme vraćanja netolerancije i represivnih mera u odnosu na seksualne odnose među muškarcima, tj. sodomiju (37). Generalno, tokom 12. i 13. veka crkvena i svetovna vlast se sve više povezuju i približavaju, što je uticalo i na jačanje antisodomijjskih zakona i na njihovu primenu.

Od 15. veka do praktično doba prosvetiteljstva i industrijske revolucije, u evropskim zemljama vladaju krajnje represivne mere u odnosu na tzv. sodomiju. To je period kada se u Zapadnoj Evropi uspostavlja Inkvizicija i kada su mere torture opšteprihvaćen način dobijanja priznanja o počinjenom grehu. Represivne mere u većem delu Zapadne Evrope su bile pod uticajem katoličke i protestantske crkve, posebno izražene u periodu od 16. do 18. veka, sa smrtnom kaznom za sodomiju (bilo vešanjem, spaljivanjem, dekapitulacijom...). U Engleskoj (Velikoj Britaniji) je u 16. veku Henri VIII doneo zakon o zabrani sodomije kojim se muškarcima zabranjuje analni seks bilo da je reč o seksu sa muškarcima, bilo sa ženama, bilo sa životinjama. Predviđena kazna je bila smrt vešanjem. Ovaj zakon je imao dalekosežne

posledice, s obzirom na to da je Velika Britanija bila kolonijalna sila, te je ovaj zakon uveden i u kolonije. U Britaniji je ostao na snazi do 1967. godine, s tim da je polovinom 19. veka smrtna kazna bila zamenjena doživotnom robijom. Španija je, takođe kao kolonijalna sila, prenosila zakon o zabrani sodomije u svoje kolonije, primarno na teritorije Srednje i Južne Amerike. U Španiji je Inkvizicija bila najaktivnija i najsurovija, a radila je na suzbijanju sodomije praktično od 16. veka do početka 19. veka (37). U Istočnoj Evropi, tj. u oblastima pod dominacijom pravoslavne crkve, takođe je bilo prisutna netolerancija ka istopolnim seksualnim odnosima. Još je Vizantija uvela prve zakone koji su osuđivali ovakve odnose. Međutim, u zemljama pod dominacijom pravoslavne crkve nije bilo tako represivnih mera, kao u Zapadnoj Evropi. U Rusiji, kao dominantno pravoslavnoj zemlji, od usvajanja hrišćanstva u 11. veku postojala je nominalna netolerancija prema seksualnim odnosima među muškarcima. Međutim, tek je Petar Veliki u 17/18. veku odlučnije radio na suzbijanju ovakvih seksualnih odnosa. Ipak, prvi zakon koji je zabranjivao analne seksualne odnose među muškarcima uveden je u carskoj Rusiji tek u prvom polovini 19. veka (37).

Ono što je karakteristično za evropske zemlje jeste da, bez obzira na postojanje legislative koja zabranjuje istopolne seksualne odnose među muškarcima, ova legislativa se ne sprovodi u svim zemljama jednako ažurno. Takođe, u vreme najveće represije u odnosu na muškarce koji su imali seksualne odnose sa muškarcima, u periodu od 16. do 18. veka, seksualni odnosi među muškarcima u aristokratskim krugovima se tolerišu (37). Može se reći da su postojale grupe ljudi koje su imale veće slobode u odnosu na ostatak populacije. Ove slobode su bile primarno deo njihovog položaja i sledstveno društvenog uticaja i moći kojom su raspolagali.

Krenuvši od 18. veka, a posebno u 19. veku, sa prosvetiteljstvom i industrijskom revolucijom, menja se i odnos prema istopolnim seksualnim odnosima. Iako mnogi vodeći intelektualci tog doba osuđuju seks među muškarcima (*Voltaire, Montesquieu, Kant*), ipak se zalažu za izmenu zakona kojima se suzbija ova pojava. U tom periodu u centru pažnje su se našle individualne slobode, uključujući i slobode od sveštenstva i crkve, kao i prirodna prava čoveka. Jačaju sekularni pogledi na svet, te crkvena tumačenja vezana za prokreacijsku ulogu seksualnog odnosa u bračnoj zajednici dolaze u pitanje. Kada je reč o seksualnim odnosima među muškarcima, iako ne nailaze na široko odobravanje i podršku, posmatra se sama regulativa. Ono što se zaključuje jeste da zakoni koji dopuštaju i primenjuju torturu za dobijanje priznanja i sprovode smrtnu kaznu na brutalan način nad osobama koje priznaju, nisu u skladu sa poštovanjem čoveka i njegovim prirodnim pravima. Zalažu se za ili ukidanje zakona koji kažnjavaju istopolne seksualne odnose ili za izmenu i ublažavanje kazni za ovo delo, uz ukidanje torture kao postupka dokazivanja dela. U tom periodu stupa na snagu Napoleonov zakonik, 1810. godine, kojim je ukinuto svako progonjenje i kažnjavanje „sodomita”. Sve ovo je vodilo ka tome da su mnoge zemlje u Evropi ili ukinule zakone kojima se kažnjava sodomija ili su kazne za takva dela ublažene (37).

U drugom polovini 19. veka pozitivistički pristup prirodi i čoveku sve više jača, što je uticalo na to da se pitanje seksualnosti i seksualnih sklonosti postepeno prebaci iz domena religije i morala u domen naučnog razmatranja (40). Ovo je doprinelo razvoju različitih teorija o poreklu istopolnih sklonosti, čime su se u to doba bavili mahom psiholozi i psihijatri. Međutim, medikalizacija problema istopolnih sklonosti i uviđanje da se pitanje seksualnosti individue ne može razrešiti setom zakonskih ograničenja, ipak nije dovelo do ukidanja zakona koji uređuju ovu oblast, niti do promene širih društvenih stavova koji nose moralnu osudu seksualnosti koja nije „prirodna”, tj. izlazi iz okvira heteroseksualnog bračnog života sa seksom kao delom prokreacije.

Polovinom 19. veka, kao deo zalaganja za ukidanje zakona koji kažnjavaju istopolne seksualne odnose, uvode se termini „homoseksualac/ci” i „homoseksualnost”. Naime, mađarski novinar, *Karoly Maria Kertbeny*, 1869. godine prvi koristi ove termine u svojim pamfletima u

kojima se zalaže da Pruska država ne uvodi kaznene mere za „homoseksualnost”, preuzimajući tadašnji diskurs kojim se ova pojava medikalizuje i prebacuje iz sfere zakonske regulative u sferu nauke i medicine (41). Ovakva istupanja su bila praktično deo šireg buđenja gej zajednice i preteče gej pokreta, koji su tražili ukidanje svih zakona kojim se kažnjava istoplon seksualna orijentacija. Ovi pokreti se praktično organizovanije javljaju krajem 19. veka i početkom 20. u Zapadnoj Evropi (Nemačka, Velika Britanija, Francuska, pa i šire). Zahvaljujući industrijskoj revoluciji i procvatu gradova, u koje dolaze ljudi sa različitih strana, čija mnogoljudnost doprinosi svojevrsnoj anonimnosti pojedinca i uživanju većih sloboda, u većim evropskim gradovima razvija se gej supkultura, često predvođena umetnicima i intelektualcima. Ovaj trend je takođe bio prisutan i u Istočnoj Evropi, pre svega u Rusiji, čemu doprinose reforme sprovedene u drugoj polovini 19. veka (37).

Mada početak 20. veka biva praćen jačanjem gej zajednice i pokreta, jačim zalaganjem za ukidanje kaznenih odredbi zakona, svojevrsnim seksualnim preispitivanjem i određenim seksualnim slobodama, ovo biva prekinuto razvojem nacionalsocijalizma, ali i komunizma. Tokom Drugog svetskog rata veliki broj muškaraca koji su praktikovali seks sa muškarcima je pogubljen, usled represivne politike nacionalsocijalista prema Jevrejima, Romima, masonima, komunistima i homoseksualcima. U nacističkim logorima je bilo zatvoreno između 10.000 i 15.000 osoba istopolnih sklonosti, pretežno muškaraca, i većina nije preživela ove logore (37). Nakon Drugog svetskog rata pitanje regulative istopolnih seksualnih odnosa primarno muškaraca se različito tretira u evropskim zemljama. U nekim se o ovom problemu ćuti i ne razmatra se posebno, dok se u drugim ponovo uvode kaznene mere za homoseksualnu praksu. Takođe, iako postoje, ovi zakoni se primenjuju različitim intenzitetom u različitim zemljama.

Praktično, izraženiji pokreti za ukidanje kriminalizacije istopolnih odnosa u Evropi i Severnoj Americi ponovo se pokreću krajem 50-ih godina 20. veka i jačaju tokom vremena, posebno 60-ih i 70-ih godina. Gej zajednica postaje sve više javno vidljiva (37). Ujedno, dolazi do promena i u medicinskom viđenju same homoseksualnosti, te i do njene depatologizacije kroz važeće klasifikacije bolesti, najpre kroz „Dijagnostički i statistički priručnik” (engl. *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM) Američke asocijacije psihijatarata (engl. *American Psychiatric Association*, APA) i, kasnije, „Međunarodne klasifikacije bolesti” (engl. *International Classification of Diseases*, ICD) SZO. Međutim, do svojevrsnog diskontinuiteta u zalaganju za promenu javnog diskursa u odnosu na gej zajednicu, i lezbejke, gej, biseksualne i transrodne (LGBT) osobe generalno, došlo je 80-ih godina 20. veka, usled pojave AIDS-a.

Po opisivanju prvih slučajeva AIDS-a (1981. godine), javnost još uvek nije znala puno o uzrocima AIDS-a, načinima prenosa i slično. Već 1982. godine CDC je na osnovu epidemioloških ispitivanja jednog broja pacijenata zaključio da je verovatni način prenosa agensa koji izaziva narušavanje imunološkog odgovora seksualni kontakt (42). Ubrzo, CDC je, analizirajući raspoložive podatke, konstatovao da su među obolelim u većini bili homo/biseksualno orijentisani muškarci, heroinomani (korisnici heroina injektiranjem), Haićani i hemofiličari (43), tzv. „4H”.

Epidemija nove smrtonosne bolesti, o kojoj se malo znalo, a koja dominantno pogađa upravo homoseksualne i biseksualne muškarce dobija značajnu pažnju javnosti. Odmah na početku epidemije, *New York Times* objavljuje članak pod nazivom „Novi homoseksualni poremećaj zabrinjava zdravstvene zvaničnike”. Tu se govori o novom „oboljenju stečene imunodeficijencije”, tzv. A.I.D. (engl. *Acquired Immunodeficiency Disease*), odnosno, kako se u tom članku po prvi put naziva, o „imunodeficijenciji povezanoj sa gej osobama” (engl. *Gay-Related ImmunoDeficiency*, GRID) (44). Ovo je i početak povezivanja AIDS-a i kasnije HIV infekcije sa gej osobama i konsekventno njihove veće stigmatizacije.

Povezivanje gej zajednice sa HIV infekcijom je brzo iz javnog diskursa Sjedinjenih Američkih Država (SAD) preneto i na Evropu, kao i konsekventno dodatna stigmatizacija i

vraćanje moralističkog diskursa o istopolnim seksualnim odnosima u javnost. Međutim, gej zajednica je relativno brzo krenula da adresira problem, reorganizovala se i aktivirala ne samo u domenu legislative i depatologizacije već i u domenu prevencije HIV infekcije, kao i podrške osobama koje žive sa HIV-om (45).

I pored dodatne stigmatizacije koju je HIV infekcija donela za gej zajednicu, ipak je do kraja 20. veka i samog početka 21. veka došlo do promena u medicinskom i pravnom shvatanju istopolnih seksualnih odnosa, što je, zajedno sa aktivizmom gej zajednice i jačanjem koncepta poštovanja ljudskih prava, doprinelo dekriminalizaciji istopolnih seksualnih sklonosti u Evropi. Može se reći da su zemlje Evropske unije sada najtolerantnije i najviše progej orijentisane u svetu (37), mada i dalje ne može da se kaže da ne postoji stigmatizacija, tj. homofobija na određenom nivou u različitim segmentima društva.

1.2.3. Sociokulturno okruženje i zakonodavni odnos prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji

Na osnovu oskudnih izvora, ne može se mnogo toga reći o društvenom odnosu prema istopolnim seksualnim odnosima u Srbiji u prošlosti, sem generalno da je ovaj odnos pratio važeći diskurs u Evropi. Prvi pisani izvori vezani su za srednjovekovnu Srbiju i odnose se na crkveno-pravne spise. Prema Bojaninu, jedan od prvih crkvenih kanona koji je, između ostalog, uređivao i seksualno ponašanje jeste nomokanon/zakonopravila Sv. Save (1220. godine). Ovo je prvi kanon novoosnovane srpske autokefalne crkve (1219. godine) Kraljevine Srbije pod Stefanom Prvovenčaninim kao kraljem, i Sv. Savom kao prvim poglavarem srpske crkve. Nomokanon predstavlja skup crkvenih i svetovnih pravila, tj. zakona, tačnije vizantijskih i rimskih kanona iz 4. veka, kao i njihovih tumačenja iz 12. veka, kao i svetovnih zakona iz 6, 8. i 9. veka prevedenih sa grčkog jezika (46). U tom smislu postojale su i različiti oblici kažnjavanja crkvenih i svetovnih vlasti seksualnog odnosa među muškarcima.

U okviru crkvene jurisdikcije, ključni način kontrole seksualnosti i informisanja o počinjenim gresima bila je ispovest. Sveštenici su, u cilju što detaljnijeg informisanja i propisivanja kaznenih mera u odnosu na počinjene grehe, imali i detaljna uputstva vezana za ispovest vernika (posebne upitnike), a koja su posebnu pažnju posvećivala seksualnom ponašanju i gresima povezanim sa njim. Svetosavski nomokanon prepoznaje i osuđuje „protivprirodne”, „neprirodne” seksualne odnose: analni seksualni odnos muškarca bilo sa muškarcima („muželoštvo”, „muželeganije”, „mužebludstvo”, „sa muškim polom”) bilo sa ženama, kao i seksualni odnosi muškarca sa životinjama („skotološtvo”). Seksualni odnosi među muškarcima su kažnjavani izopštavanjem iz crkve na određeni vremenski period (od nekoliko godina do 50 godina, u zavisnosti od uzrasta i bračnog statusa, kao i samog kanona čiji je prevod ušao u sastav svetosavskog nomokanona). U tom smislu, sveštenstvo se koristilo i epitimijnim zbornicima koji su posebno utvrđivali kazne za svaki počinjeni greh u odnosu na njegovu složenost i težinu, kao i u odnosu na određene kontekstualne faktore (uzrast, bračno stanje, okolnosti u kojima se osoba nalazi, svest pojedinca i slično). Od značaja za procenu težine dela „muželoštva” bila je i seksualna uloga prestupnika, tj. da li je imao insertivnu, receptivnu ili univerzalnu (i insertivnu i receptivnu) ulogu. Najlakši oblik greha je bila receptivna uloga, a najteži oblik – univerzalna (46). Ovo je posebno interesantno u svetlu dominantnog evropskog diskursa koji je više stigme vezivao upravo za one sa receptivnom ulogom, osuđujući ih da poseduju ženskost neprimerenu za muškarca.

U svetovnom zakonodavstvu, prvi zakon koji se uvodi u Srbiju jeste Dušanov zakonik (1349, 1354. godina). Međutim, Dušanov zakonik nema odredbi vezanih za istopolne seksualne odnose. Pored ovog zakonika postojao je set pravnih dokumenata koji zajedno sa zakonikom čine „Dušanovo zakonodavstvo”. U ovim pravnim dokumentima prepoznaje se delo „muželoštva”, za koje se određuje smrtna kazna. Izuzetak čine maloletna lica, tj. dečaci do 12 godina starosti, za koje se smatra da nisu u tome učestvovali svojom voljom. Ovakvo određenje

prestupa i kazne ostalo je aktuelno i u doba vladavine Turaka u srpskom društvu. Ostaje otvoreno pitanje da li se ikada i koliko se zaista smrtna kazna primenjivala u praksi (46).

U vreme vladavine Turaka, odnos prema istopolnim seksualnim odnosima je bio neodređen. Naime, islam, zvanična religija Turaka Osmanlija, nije dozvoljavao istopolne seksualne odnose. Ali, u zavisnosti od islamske frakcije i samog vremena, Turci su bili manje ili više popustljivi prema seksualnim odnosima među muškarcima. Ono što je bilo karakteristično za vreme osmanske vlasti jeste da zvanična islamska religija nije dozvoljavala seksualne odnose među muškarcima, ali da je imala tolerantan stav prema platonskom iskazivanju ljubavi i privrženosti među muškarcima (37). Međutim, otvoreno je pitanje koliko su ovi odnosi bili platonski. Postoje podaci koji govore u prilog tome da je seksualni odnos između odraslih muškaraca i mladića, dečaka, bio vrlo zastupljen među Osmanlijama (47).

Turska osvajanja Srbije su, između ostalog, praćena ne samo seksualnim zlostavljanjem žena, devojaka i devojčica, već i seksualnim zlostavljanjem dečaka. Postoje podaci koji ukazuju da „dankom u krvi” dečaci nisu odvođeni samo u vojnu janičarsku službu, već i u posebne „kuće valjaka” radi seksualnog uživanja odraslih muškaraca. Ovi dečaci su davani i sultanu na dar, radi njegovog uživanja, kao i uživanja turskih velikodostojnika. Ovakav odnos turskih osvajača prema domicilnom stanovništvu uticao je s jedne strane na stvaranje shvatanja da je homoseksualnost turska osobina, „turski porok” i da je to „nešto” što samo Turci rade, a sa druge na jačanje kulta muškosti, tj. stereotipne patrijarhalne predstave o zdravoj i snažnoj srpskoj muškosti i postavljanju snažnog heteroseksualnog normativa, kao i na građenje etničkog identiteta i integraciju kulta (heteroseksualne) muškosti u taj identitet (47).

U periodu postepenog oslobađanja Srbije od turske vlasti, srpska elita je preuzimala praktično tekovine Zapadne Evrope. Tokom 1839. godine donosi najpre Vojni zakon, gde je za seksualni odnos među muškarcima, zajedno sa pedofilijom i seksualnim odnosima sa životinjama, određena kazna bičevanja. Nešto kasnije, 1860. godine, usvaja se civilni Krivični zakonik, koji preuzima odredbe pruskog krivičnog zakona u odnosu na zabranu seksualnih odnosa među muškarcima, gde se ovo delo, zajedno sa seksualnim odnosom sa životinjama, definiše kao protivprirodni blud i kažnjava kaznom zatvora (do 4 godine). U ovom periodu, sve do Prvog svetskog rata, stavovi srpske intelektualne elite su uglavnom pratili progresivne stavove Zapadne Evrope. Tako je, pod uticajem Beča i dela *Kraft-Ebinga*, seksualni odnos među muškarcima smatran za duševno oboljenje i nastranost, a preuzima se i naziv za ovakve odnose koji se u tom delu, pored termina homoseksualnosti, koristi – „prederastija”. Iako nema direktnih zapisa o odnosu šireg društva (van društvene intelektualne i političke elite) prema istopolnim seksualnim odnosima, može se pretpostaviti da je ovaj odnos bio prihvaćen kroz svojevrsan podsmeh i ismevanje takvih individua (47).

Posle Prvog svetskog rata, 1929. godine, donosi se novi Krivični zakonik Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca, gde se uglavnom ne menja odnos zakona prema istopolnim seksualnim odnosima muškaraca. Ovaj zakon je trpeo i svojevrsne kritike tadašnje elite, opet po ugledu na evropske intelektualce, u domenu odredbi vezanih za seksualnost. Smatralo se da ove odredbe narušavaju pravo individue na privatnost, kao i da je seksualnost stvar individue dok god ne ugrožava druge, mada se istovremeno seksualni čin među muškarcima osuđivao kao moralna devijacija (48).

Nakon Drugog svetskog rata, tokom kog nije bilo sistematskog hapšenja, zatvaranja i pogublivanja muškaraca koji su praktikovali istopolne seksualne odnose (48) u Srbiji, u novoosnovanoj komunističkoj Jugoslaviji nastavilo se sa zakonodavnom politikom kažnjavanja muškaraca koji praktikuju seks sa muškarcima. Krivičnim zakonom Federativne Narodne Republike Jugoslavije iz 1951. godine kriminalizuje se seksualni odnos među muškarcima (49). Prema navodima F. Dote („Telegram”, 12. 10. 2017. godine), do kraja 50-ih godina kažnjavanje po osnovu protivprirodnog bluda (seksualnog odnosa među muškarcima) bila su posebno intenzivna, da bi potom bila sporadična i retka. Prema istim navodima, u periodu do 1977.

godine i donošenja novih Krivičnih zakona, ukupno je procesuirano 1500 muškaraca za protivprirodnu blud na teritoriji Jugoslavije. Ali, kako se navodi, generalno u socijalističkim zemljama represija prema muškarcima koji praktikuju istopolne seksualne odnose je bila daleko manja nego u zemljama Zapadne Evrope gde su procesuirane desetine hiljada muškaraca zbog seksualnih odnosa sa muškarcima (npr. u Zapadnoj Nemačkoj 70.000, u Velikoj Britaniji 50.000 itd.) (50). Tokom 1974. godine dolazi do izmena ustava i do prebacivanja ovlašćenja na republike i pokrajine Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije (SFRJ). U tom svetlu, republike i pokrajine donose svoje Krivične zakonike, i već tada dolazi do dekriminalizacije istopolnih seksualnih odnosa u nekim republikama (Slovenija, Hrvatska) i pokrajinama (Socijalistička autonomna pokrajina (SAP) Vojvodina) (51). U Srbiji se konačno dobrovoljni seksualni odnosi među punoletnim muškarcima dekriminalizuju po raspadu SFRJ, Krivičnim zakonikom iz 1994. godine (51).

Ono što treba istaći jeste da, bez obzira na zakonsku regulativu i revnost u njenoj primeni, istopolni seksualni odnosi muškaraca su u srpskom društvu bili u kontinuitetu stigmatizovani i marginalizovani. Kult (heteroseksualne) muškosti se negovao kroz vreme, kao i kult bračnog života i reprodukcije. U tom smislu, istopolni seksualni odnosi muškaraca su bili tolerisani dok nisu bili javni i dok su muškarci sa seksualnim sklonostima ka muškarcima održavali društveno prihvatljivu sliku o sebi – stupajući u bračne odnose i imajući potomstvo. Odstupanja su povlačila društvene sankcije kroz svojevrsno društveno izopštavanje, s jedne strane, a sa druge kroz ismevanje tih osoba i podsmevanje njima u javnosti.

Prvi slučajevi HIV infekcije u Srbiji, tačnije u SFRJ, registrovani su 1984. godine. Među prvih 18 slučajeva zvanično nije bilo muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, već 13 osoba koje injektiraju drogu, četiri hemofiličara i jedna osoba nepoznatog rizika. Sledeće godine beleže se dva slučaja AIDS-a i to kod jedne biseksualne osobe i jedne heteroseksualne (stranca iz Afrike) (52). U početku je odgovor na HIV infekciju i AIDS u tadašnjoj Jugoslaviji bio odgovor zdravstvenog sektora i svodio se na edukaciju zdravstvenih radnika i na uvođenje mere obaveznog testiranja dobrovoljnih davalaca krvi (52). Nije bilo programa koji su targetirali ključne populacije. Za razliku od zapadnoevropskih zemalja i posebno SAD, gde su se vrlo brzo organizovala udruženja za prevenciju HIV infekcije među gej muškarcima, odnosno za podršku osobama koje žive sa HIV-om, u Jugoslaviji to nije bio slučaj. Prvo se uključio Crveni krst (1987. godine) promovišući aktivnosti zdravstvenog sektora, a za njim sledi JAZAS – Jugoslovenska asocijacija za borbu protiv side (1991. godine) sa aktivnostima usmerenim na edukaciju mladih i zdravstvenih radnika (52).

Slično kao i u drugim delovima Evrope, i u Srbiji je odgovor na HIV epidemiju imao dva toka. Jedan je bio formalan, strogo medicinski, gde se HIV posmatrao kao infektivno oboljenje. Drugi je bio neformalan, praćen strahom od nepoznatog, od smrti povezanom sa AIDS-om i stigmom. Prema jednoj analizi koja je obuhvatila medijske članke na temu HIV-a, objavljene u periodu od 1989. do 2006. godine, može se videti da su pisanja medija bila usmerena primarno na one koji žive sa HIV-om i to kao na one s druge strane normalnosti, kažnjene za svoje grehe i slično. Od grehova, najviše je bilo prisutno injektiranje narkotika i (promiskuitetni) seksualni odnosi, bez specifikovanja istopolnih seksualnih odnosa (53).

Stigma vezana za HIV/AIDS je bila prisutna ne samo u opštoj populaciji, već i među zdravstvenim radnicima. Početkom 90-ih godina prošlog veka urađena je studija u opštoj populaciji i među zdravstvenim radnicima. Pokazalo se da zdravstveni radnici imaju više stručnih znanja od opšte populacije, ali da se u drugim aspektima ne razlikuju značajno od opšte populacije. Tako, zdravstveni radnici i javno mnjenje dele gotovo iste stavove u odnosu na to ko je u riziku od HIV infekcije. Prva tri mesta po rizičnosti u odnosu na HIV infekciju zauzimaju: osobe koje injektiraju drogu (tj. narkomani), zatim muškarci koji imaju seks sa muškarcima (homoseksualci), a na trećem mestu su seks-radnice/ci (tj. prostitutke). Ovo

istraživanje je još pokazalo da postoji nejednak odnos zdravstvenih radnika prema različitim podgrupama inficiranih HIV-om. Uzete su tri grupe inficiranih: osobe koje injektiraju drogu (kao predstavnici stigmatizovanih grupa), pacijenti inficirani prilikom transfuzije krvi i lekari inficirani na poslu. Najmanja spremnost da se pruži pomoć je prisutna u odnosu na osobe koje injektiraju drogu, a najveća u odnosu na kolege lekare. Dodatno, u odnosu na iste tri kategorije inficiranih HIV-om, javno mnjenje je pokazalo najveću distancu prema osobama koje injektiraju drogu, a najmanju prema osobama slučajno inficiranim transfuzijom krvi (54). Ovo istraživanje je ukazalo na postojanje visokog stepena stigme u društvu, a i u zdravstvu, vezane ne samo za HIV infekciju, već i za grupe asocirane s HIV-om, primarno za osobe koje injektiraju drogu, muškarce koji imaju seks sa muškarcima i seks-radnice/ke.

Može se reći da fokusirana istraživanja u ovim visoko stigmatizovanim populacijama u odnosu na HIV infekciju počinju intenzivnije da se realizuju početkom 21. veka. U tom periodu se veća pažnja obraća i na stavove javnog mnjenja prema ključnim populacijama, nevezano za njihov HIV status. Ovo je u velikoj meri posledica preuzimanja postojećih međunarodnih trendova u odgovoru na HIV infekciju, primarno nastojanju da se ispoštuju smernice UNAIDS-a. Ovo je vodilo i ka demedikalizaciji odgovora na HIV, tj. uvođenju multisektorskog pristupa problemu HIV infekcije, što se ogledalo i u osnivanju prve multisektorske Komisije za borbu protiv side 2002. godine. Ipak, i pored velikih pomaka, pitanje stigme vezane za muškarce koji imaju seks sa muškarcima i njenoj povezanosti sa HIV infekcijom nije razmatrano.

1.2.4. Teorije o poreklu i depatologizacija istopolnih seksualnih sklonosti (homoseksualnosti)

Tokom druge polovine 19. veka, u svetlu oslobađanja ljudske misli od strogog religijskog definisanja pojava i odnosa, dolazi i do kritičkog razmatranja legislative vezane za istopolne seksualne odnose. Razmatra se i kritikuje težina kazne i priroda čoveka, kao i njegovo pravo na privatnost (dok ne ugrožava sebe i druge).

Karl Heinrich Ulrichs, pravnik, jedan od prvih izlaže teoriju da je sklonost ka istom polu urođena, tj. da se čovek rađa u jednom polu sa duhom drugog pola, i za to koristi termin „treći pol”. Takođe pravnik, *Karoly Maria Kertbeny*, tvorac pojma „homoseksualnost”, je isticao da je homoseksualna sklonost urođena normalna seksualna varijacija i otud nepromenjiva i kao takva ne može da podleže moralnim osudama i kažnjavanju (39,41). Postepeno, pitanje seksualnih preferencija iz pravne sfere prelazi u sferu medicine. Međutim, jedan od uticajnih psihijatara u drugoj polovini 19. veka, *Richard von Krafft-Ebing*, preuzima pojam „homoseksualnost” i iznosi teoriju da je reč o degenerativnom poremećaju. Naime, po njemu, čovek se rađa sa homoseksualnim predispozicijama, te to treba smatrati kongenitalnim poremećajem, odnosno psihopatologijom. Njegovo delo *Psychopathia Sexualis* (1889. godina) je imala veliki uticaj na tadašnje psihijatre i medicinu uopšte, te se i proširilo i prihvatilo shvatanje da je homoseksualnost urođen psihijatrijski, patološki, poremećaj. Neki lekari tog vremena su zastupali stanovište da je reč o normalnoj varijaciji u seksualnosti, ali njihovo mišljenje nije bilo posebno uticajno u tom periodu, sve do polovine 20. veka (37,41).

Sa razvojem psihoanalize, *Sigmund Freud* postavlja teoriju kojom se sklonost istopolnim seksualnim odnosima objašnjava kao normalna faza individualnog razvoja. Svi se rađaju kao biseksualci, a zatim prilikom prelaska u heteroseksualce imaju jedan period homoseksualnosti. Neke osobe prosto ostanu u tom periodu razvoja, tj. ne pređu u fazu heteroseksualnosti. Otud se, po *Freud*-u, ne može govoriti o bolesti, tj. o degenerativnom poremećaju, već o normalnoj varijaciji nastaloj zastojeu u seksualnom razvoju individue (37,41)

Za razliku od *Freud*-a, nastavljači njegovog učenja preuzimaju diskurs da je kod istopolne seksualne orijentacije reč o patološkom poremećaju. Oni razvijaju teoriju da je reč o običnom strahu od suprotnog pola, nastalom usled neadekvatnog roditeljskog odgoja (41).

Prihvatanjem i tumačenjem homoseksualnosti kao poremećaja, bolesti, nameće se i pitanje da li ona može ili ne može da se izleči. Postojala su oba shvatanja početkom 20. veka: da ne može i da može. Struja koja je zastupala tezu da ne može, imala je uticaja i na razvoj fundamentalističkih, nacionalsocijalističkih pogleda na istopolne seksualne odnose. Tačnije, homoseksualnost, kao patologija, shvaćena je kao pretnja društvu, tj. kao loša evolucionarna osobina; kako ne može da se izleči, najbolje je ukloniti/istrebiti homoseksualce. Oni koji su smatrali da može da se leči, utiču na razvoj reparativne terapija sa ciljem izlečenja osoba sa istopolnim seksualnim sklonostima, patološkog dela društva. Metodi lečenja su bili raznovrsni: od kastracije, preko elektrošokova i lobotomije, do razgovora (37). Metode su se menjale, ali može se reći da je reparativna terapija opstala do današnjih dana. Smatra se da je ova terapija uspela da „preobrati” manji broj osoba sa istopolnim seksualnim sklonostima, ali da je napravila značajno velike štete većini onih koji su joj bili podvrgnuti. I pored toga, ova terapija i sad ima svoje pristalice, pobornike i praktikante.

Uporedo sa jačanjem i rastem medicinskih znanja, ukazala se potreba za sistematizacijom i međunarodnom klasifikacijom bolesti i uzroka smrti. Prva „Međunarodna lista uzroka smrti” (engl. *International List of Causes of Death*, ILCD) je prezentovana i prihvaćena 1893. godine. Prva revizija je urađena 1900. godine. Ova lista je prerasla u „Međunarodnu klasifikaciju bolesti” (MKB), kao šesta revizija iz 1948. godine, a odgovornost za MKB prelazi na SZO. U toj klasifikaciji je svoje mesto našla i „homoseksualnost”, klasifikovana pod „Patološka ličnost” (320) kao „Seksualne devijacije” (320.6). U osmoj reviziji (1965. godine) klasifikacija se revidira u pogledu istopolnih seksualnih sklonosti, te pod klasom „Seksualne devijacije” (320) nalazimo „Homoseksualnost” (320.0) (55).

Pored klasifikacije SZO, u SAD se pod okriljem APA, izrađuje DSM–I 1952. godine. Tu se pod uticajem dominantne psihoanalitičke teorije „homoseksualnost” svrstava u „sociopatološki poremećaj ličnosti”. Nešto kasnije, u DSM–II iz 1968. godine, „homoseksualnost” se svrstava u „seksualne devijacije” (41).

Polovinom 20. veka se rade nova istraživanja van oblasti psihologije koja su značajno uticala na izmenu dotadašnjeg diskursa. Naime, ovo su istraživanja koja se po prvi put rade u opštoj populaciji, tj. u populaciji koja ne spada u pacijente (nije tražila pomoć psihologa/psihijatra i nije na lečenju). Ova istraživanja su bila osnov teorije o homoseksualnosti kao normalnoj varijansi ljudske seksualnosti, kao i osnov za izmenu zvaničnog diskursa o homoseksualnosti kao patološkom poremećaju i za njegovu depatologizaciju i demedikalizaciju.

Tu su najpre istraživanja seksualnosti *Alfred Kinsey*-a, počevši od kraja 40-ih godina 20. veka, koja pokazuju da je neko istopolno seksualno iskustvo imalo 10% opšte populacije. Takođe, početkom 50-ih *Ford i Beach* na osnovu sprovedenih istraživanja među životinjama pokazuju da su i u životinjskom svetu seksualni odnosi među predstavnicima istog pola takođe prisutni. Jedno od značajnih istraživanja je istraživanje *Evelyn Hooker* početkom 50-ih godina 20. veka. Ona je sprovedla studiju slučaja i kontrola sa 30 homoseksualnih osoba i 30 heteroseksualnih kontrola. Zaključci studije govore da je među homoseksualnim i heteroseksualnim osobama nema razlike u pogledu zastupljenosti psiholoških poremećaja. Ovo je negiralo dotadašnje tvrdnje da osobe koje seksualno privlači isti pol imaju teške psihopatološke poremećaje, za razliku od osoba koje privlači suprotan pol (41).

Uporedo sa novim saznanjima, u SAD jača i pokret za gej prava, odnosno za dekriminalizaciju i depatologizaciju istopolne seksualne sklonosti. Pod uticajem aktivista, koji su bili i u redovima tadašnjih psihologa, kao i novih naučnih saznanja, APA, u šestom štampanom izdanju DSM–II, 1973. godine, isključuje „homoseksualnost” sa liste mentalnih poremećaja. U DSM ostaje „poremećaj seksualne orijentacije” koji je obuhvatao one koji nisu prihvatili svoju seksualnu orijentaciju. Sama homoseksualnost kao takva definisano je da nije mentalni poremećaj. Odluku Odbora APA da se homoseksualnost izbriše sa liste mentalnih

poremećaja prihvatilo je glasanjem 58% članova (41). Ova odluka APA nije imala podršku onih koji su i dalje smatrali da istopolna seksualna sklonost jeste mentalni poremećaj. Da li je odluka bila opravdana, tema je i novijih naučnih radova, koji preispituju naučnost dokaza koji su korišćeni kao osnov za donošenje odluke da istopolna seksualna sklonost nije mentalni poremećaj, već da je normalna varijacija u ljudskoj seksualnosti (56).

Gotovo u isto vreme (1975. godine) radi se i deveta revizija MKB, gde se sada u klasi „Seksualnih devijacija i poremećaja” (302) našla „Egodistonična homoseksualnost” (46). APA uvodi „Egodistoničnu homoseksualnost” u DSM–III, 1980. godine, ali sedam godina kasnije, u DSM–III–R, u potpunosti se briše „homoseksualnost” (41). Pod uticajem APA, u MKB 10 (1990. godine) u klasi F66 – „Psihološki poremećaji i poremećaji povezani sa polnim razvojem i orijentacijom” eksplicitno se navodi u napomeni: „Seksualna orijentacija sama po sebi ne treba se posmatrati kao poremećaj” (57: str. 342), ali se u istoj klasi navodi „Egodistonična polna orijentacija” (F66.1) u koju se svrstavaju osobe koje žele da promene svoju drugačiju seksualnu orijentaciju, jer imaju određene bihevioralne ili psihološke probleme kao posledicu postojeće seksualne orijentacije (57).

Zanimanje za uzroke istopolne seksualne orijentacije ili za pitanje zašto određene osobe privlače osobe muškog pola, a druge – osobe ženskog pola, ostaje aktuelno tokom 80-ih godina 20. veka i kasnije. Istraživanja daju još uvek nedovoljno dokazane odgovore, a obuhvataju sledeće determinante seksualne orijentacije: genetika, hormoni, biološko okruženje (redosled rađanja) i društveno okruženje. Nijedna od ovih teorija nije dala nedvosmislene dokaze o uzrocima homoseksualnosti. U okviru genetskih istraživanja, vršena su ispitivanja blizanaca, ali i molekularna ispitivanja. Obe vrste ispitivanja nisu dala nedvosmislene dokaze da je genetski faktor taj koji utiče na seksualnu orijentaciju. Istraživanja blizanaca su pokazala da pored genetike značajno mesto zauzimaju i porodično okruženje, kao i specifično društveno okruženje (58). Takođe, tu su teorije koje seksualnu orijentaciju objašnjavaju dejstvom hormona tokom intrauterinog razvoja (58,59). U biološke teorije o poreklu homoseksualnosti ulaze i teorije koje ukazuju da redosled rađanja braće može da utiče na istopolnu seksualnu orijentaciju, te da kasnije rođena muška deca imaju veće šanse da budu istopolne seksualne orijentacije nego njihova braća (59). Takođe, pored bioloških, prisutne su teorije koje, priznajući uticaj urođenih činilaca, naglašavaju i uticaj sredine na razvoj urođenih predispozicija. Pri tome se misli na sam odgoj deteta, odnos sa roditeljima, socijalizaciju u širu društvenu sredinu itd. Međutim, ni uticaj društvenog okruženja nije nedvosmisleno dokazan kao determinanta seksualne orijentacije (58).

U svetlu svih naučnih saznanja u poslednjih nekoliko decenija, najnovija MKB 11 isključuje dijagnozu F66.1 „Egodistoničnu polnu orijentaciju” i, umesto toga, u kategoriji „Faktori koji utiču na zdravstveni status ili kontakt sa zdravstvenom službom”, pod QA15 – „Savetovanje vezano za seksualnost”, uvodi QA15.1 – „Savetovanje vezano za seksualno ponašanje i orijentaciju ili za seksualne odnose” (60). Na ovaj način se zaokružuje, posle dugog niza godina, zvanična medicinska depatologizacija istopolne seksualne sklonosti.

1.2.4.1. Pristup i depatologizacija homoseksualnosti u Srbiji

Razvoj različitih psiholoških pristupa i tumačenja homoseksualnosti u Srbiji je naišao na ograničen odziv. Iako su tokom vremena teorijski pristupi homoseksualnosti u većoj ili manjoj meri varirali, u Srbiji je struja koja homoseksualnost vidi kao patologiju, tj. kao mentalni poremećaj bila zvanično prihvaćena. Ovakvo shvatanje homoseksualnosti ima svoje korene u 19. veku, kada je naša intelektualna elita, uključujući i lekare, bila u velikoj meri pod uticajem bečke škole. Tada je, od svih dela ranih autora, delo *Krafft-Ebinga, Psychopathia Sexualis* (1889), preuzeto kao osnov za razumevanje i tretiranje homoseksualnosti. Prema Duišin i Barišić, Srpsko lekarsko društvo, koje se osniva krajem 19. veka, u svom časopisu nije objavilo nijedan rad na temu istopolnih seksualnih sklonosti sve do 1991. godine (61). Međutim, i rad

koji je tad objavljen nije bio vezan striktno za problem istopolne seksualne orijentacije, već se odnosi na temu rodnog identiteta i promene pola.

Posle Drugog svetskog rata, srpska medicinska struka preuzima aktuelnu MKB, koja homoseksualnost tretira kao seksualnu devijaciju (55). O homoseksualnosti se pisalo i van medicinskih nauka. Duišin i Barišić tako navode primer pisanja o istopolnoj seksualnoj orijentaciji u udžbeniku Pravnog fakulteta sa početka 50-ih godina. U njemu se o homoseksualnosti govori kao o seksualnoj psihopatologiji. Ističe se da homoseksualci odstupaju od onog što je pravilno, prirodno i normalno razvijena seksualnost individue. U ovom udžbeniku se navode brojne stereotipne negativne predstave o osobama (muškarcima) koje imaju istopolne seksualne sklonosti (o njihovom izgledu, ponašanju, osobinama) (61). Može se reći da ovakve predstave odražavaju i stav šire zajednice – homoseksualnost je nešto o čemu se javno ne govori, što se javno ne pokazuje i što može da se toleriše ukoliko te osobe javno ne iskazuju svoje drugačije seksualne preferencije od normativnih heteroseksualnih i ukoliko ispoštuju svoje rodno definisane uloge u pogledu braka i porodice.

Proces depatologizacije homoseksualnosti u Srbiji je tekao sporo. Međutim, već od 70-ih godina 20. veka, kada dolazi do dekriminalizacije homoseksualnosti u nekim republikama i u SAP Vojvodini, ova tema biva više podržana od onih koji ne smatraju da se homoseksualnost može tretirati kao bolest. Takođe, ovo je doba kada dolaze do izraza i drugačija stanovišta o homoseksualnosti od onog opšteprihvaćenog o homoseksualnosti kao patologiji ili devijaciji seksualnosti. Od 80-ih godina 20. veka tema homoseksualnosti može da se nađe u nekim medicinskim publikacijama. Tako sredinom 80-ih godina 20. veka izlazi publikacija dr M. Košičeka, *U okviru vlastitog spola*, gde se o homoseksualnosti govori kao o normalnoj pojavi, koja ne treba da se leči, već da je potrebno da se osobe koje imaju ove sklonosti podrže da prihvate sebe i svoju seksualnost (50). U knjizi *Medicinska seksologija*, publikovanoj krajem 80-ih godina 20. veka, posebno poglavlje posvećeno je homoseksualnosti gde se ističe da istraživanja pokazuju da nema razlika u učestalosti psihičkih poremećaja između hetero- i homoseksualnih osoba (61). Generalno, tokom 80-ih godina 20. veka, sve je brojnija zajednica psihijatarata koji homoseksualnost shvataju kao normalnu, a ne patološku pojavu (50).

MKB 10. revizija (iz 1990. godine) donosi zvanično promenu diskursa i homoseksualnost prestaje biti klasifikovana kao bolest. Međutim, u Srbiji stupa na snagu 1998. godine (62). Može se reći da od tada seksualna orijentacija kao takva izlazi iz okvira medicine i tretira se kao normalna varijacija u ljudskoj seksualnosti. Ipak, i pored zvaničnog prihvatanja MKB 10, u medicinskim krugovima su dosta dugo ostale i dalje prisutne nedoumice u pogledu preuzimanja stava da seksualna orijentacija kao takva nije bolest. Tako se Etički odbor ispred Srpskog lekarskog društva tek 2008. godine, na zahtev udruženja upućen tri godine ranije, izjasnio da je saglasan sa stavom SZO i da seksualna orijentacija kao takva nije bolest (63). Može se reći da, iako je proces depatologizacije išao sporo u Srbiji, ipak je dovršen bar u medicinskim okvirima.

1.2.5. Završna razmatranja – seksualni odnosi među muškarcima kroz vreme

Istopolna seksualna orijentacija je, nakon antičkog doba i jačanja uticaja hrišćanske crkve, u Evropi bila tretirana kao greh i odstupanje od prirode i suštine seksualnog odnosa – prokreacije. Religijsko mišljenje je bilo zastupljeno praktično sve do prosvetiteljstva i kasnije 19. veka, kada se tema pravne regulacije istopolnih seksualnih odnosa stavlja ponovo u fokus. Druga polovina 19. veka donosi i veći angažman psihijatarata i psihologa po ovom pitanju. Može se reći da se do polovine 19. veka istopolna seksualna orijentacija posmatrala samo kao devijacija u ponašanju, iskakanje iz „normalnih” heteroseksualnih okvira, i tretirana je kao ponašanje koje se može regulisati. Međutim, tek sa razvojem psihološkog proučavanja istopolne seksualne orijentacije, homoseksualnost dobija i drugi deo svoje prizme – postaje deo identiteta bolesti. Ovo ujedno utiče na jasnije iscertavanje i definisanje društvenih stereotipa i

predrasuda vezanih za osobe istopolne seksualne orijentacije, a dalje i odnos društva prema njima.

Može se reći da kroz vreme, bez obzira na izmene koje su donošene u oblasti regulacije istopolnog seksualnog ponašanja, sama regulativa i prateće kaznene mere nisu u svim zemljama i u svim vremenima jednako dosledno sprovedene. U zemljama sa aktivnom inkvizicijom, kaznene mere su se ažurnije sprovodile. Međutim, u mnogim zemljama, uključujući i Srbiju, i pored kriminalizacije homoseksualnosti, mere nisu u velikoj meri sprovedene. Istopolno seksualno ponašanje se generalno tolerisalo dok god su individue mogle da odgovore na zahteve zajednice u pogledu stupanja u heteroseksualni brak i osnivanja porodice. Može se reći da je ovakav stav društvene zajednice kod nas očuvan sve do pred kraj 20. veka, kada se u većoj meri organizuju udruženja za zaštitu prava istopolno orijentisanih osoba.

I pored značajnog napretka u promeni društvenog diskursa u odnosu na istopolnu seksualnu orijentaciju, ipak su i dalje prisutne struje koje vrlo konzervativno posmatraju ovu pojavu. Najčešće se to čini kroz prizmu religije, morala, stereotipa o „normalnosti” i „prirodnosti”, kao i određenih psiholoških učenja koja i dalje smatraju da je moguće „izlečiti homoseksualnost”, tj. preobratiti osobe istopolne seksualne orijentacije u heteroseksualce. Često se u ovakvim diskursima homoseksualnost izjednačava sa pedofilijom. Može se reći da, i pored postojanja regulativa koje u fokus stavljaju zaštitu ljudskih prava svake individue, i dalje su u različitim društvenim sredinama prisutni stigma i s njom povezana diskriminacija osoba istopolnih seksualnih sklonosti.

1.3. Prevencija HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji

1.3.1. Opšte karakteristike programa prevencije HIV infekcije

Programi prevencije HIV infekcije su usmereni na smanjenje transmisije HIV infekcije u populaciji. UNAIDS već 2010. godine prepoznaje potrebu za kombinovanom HIV prevencijom koju definiše kao kombinaciju biomedicinskih, bihejvioralnih i društvenih/strukturnih intervencija prilagođenih potrebama pojedinaca i zajednica na nacionalnom i/ili lokalnom nivou (64). Ovaj pristup postaje i deo UNAIDS strategije za odgovor na HIV infekciju 2015. godine (65). Bihejvioralne intervencije su usmerene na promenu rizičnih oblika ponašanja. Obuhvataju različite komunikacione pristupe, a u cilju usvajanja novih, protektivnih, oblika ponašanja, povećanja znanja i izgradnje potrebnih veština (npr. intervencije poput savetovanja, programa podrške, informisanja, edukacija i slično). Biomedicinske intervencije u svom pristupu se oslanjaju na medicinske intervencije i sredstva u cilju smanjenja transmisije HIV infekcije i često se oslanjaju na bihejvioralne intervencije. Primeri biomedicinskih intervencija su distribucija kondoma, savetovanje i testiranje na HIV, obrezivanje, postekspoziciona i preekspoziciona profilaksa, razmena igala i špriceva, dijagnostikovanje i lečenje polno prenosivih infekcija (PPI) itd. Strukturne intervencije su usmerene na izmenu faktora (socijalnih, političkih, fizičkih, ekonomskih, kulturnih) mikro i makro okruženja koji olakšavaju i/ili podstiču transmisiju HIV infekcije. Ove intervencije su teže za implementaciju, s obzirom da često zahtevaju menjanje nekih sociokulturnih ili političkoekonomskih osnova na kojima počiva društvo. Primeri intervencija ovog tipa su smanjenje rodne nejednakosti, smanjenje stigme i sprečavanje diskriminacije po osnovu različitih ličnih osobina, zaštita ljudskih prava osoba koje žive sa HIV-om i/ili marginalizovanih i stigmatizovanih osoba, izmena zakona i politika koje nepovoljno utiču na pristup programima prevencije HIV infekcije i/ili lečenju, povećanje dostupnosti obrazovanja, zdravstvenih i socijalnih usluga, smanjenje siromaštva i nezaposlenosti, dekriminalizacija određenih oblika ponašanja i slično (8,66).

1.3.2. Procena veličine populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima jedna su od ključnih populacija u riziku od HIV infekcije. Nije poznato kolika je zastupljenost gej i drugih muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u opštoj populaciji. Jednu od najranijih procena veličine ove populacije, zasnovanu na istraživanju u opštoj populaciji, dao je *Kinsey* krajem 40-ih godina – početkom 50-ih 20. veka, a to je da je homoseksualnost prisutna kod oko 10% opšte populacije u SAD (41,67). Ova procena je kasnije napuštena i smatra se previsokom. Od tada postoje različite procene prevalencije populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u opštoj populaciji. U SAD procene onih koji su imali homoseksualno iskustvo ili koji se identifikuju kao gej idu od oko 1-2% do 6–7%, mada se određen broj studija sreće na proceni od oko 4% seksualno aktivne populacije (41,67,68).

Procene veličine populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima rađene su i u Evropi. Prema studiji rađenoj na osnovu podataka Evropskog internet istraživanja među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (engl. *European MSM Internet Survey*, EMIS) (iz 2010. godine), prevalencija populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u 38 evropskih zemalja kreće se od 1% do 3%, sa procenom za Srbiju 1,6% seksualno aktivnih muškaraca iz opšte populacije (36.944 osoba) (69). Ova procena je dosta manja od poslednje nacionalne procene veličine populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, rađene 2011. godine. Prema ovoj proceni, u Srbiji između 1,4% i 5,6% seksualno aktivnih muškaraca uzrasta 20–49 godina pripada populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, odnosno po nacionalnoj proceni 55.447 osoba (u rasponu od 20.789–90.104) (70,71). Zvanična procena je tokom 2018. godine neznatno korigovana, kroz nacionalni cenzus, te je procena da oko 2% seksualno aktivnih muškaraca ima seks sa muškarcima, tj. oko 40.000 u Srbiji, što je bliže proceni datoj na osnovu rezultata EMIS istraživanja iz 2010. godine.

1.3.3. Programi prevencije HIV infekcije u Srbiji među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima

Mada se prvi preventivni programi usmereni na gej i biseksualne muškarce uspostavljaju već sa pojavom HIV epidemije, kod nas su počeli da se sprovedu tek početkom 2000-ih. Njihovo uvođenje u javnozdravstvene politike i programe bilo je podržano od strane UN agencija u Srbiji. Jedno od prvih udruženja koje je počelo da sprovodi program prevencije HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji je udruženje Siguran puls mladih. Već 2005. godine doneta je prva Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a (2005–2010). Njome se strateški prvi put prepoznaju muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima u okviru strateškog poglavlja „Prevencija” – „Prevencija među posebno osetljivim grupacijama stanovništva”. Tu su u okviru cilja „Smanjenje štete od rizičnog ponašanja MSM” definisane osnovne preventivne aktivnosti među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, poput razvoj njihove svesti o rizicima na HIV infekciju, smanjenje diskriminacije, distribucija preventivnog materijala, procena znanja i ponašanja u odnosu na HIV infekciju i slično (72). Muškarci koji imaju seks sa muškarcima su dalje prepoznati i u naredne dve strategije sa setom preventivnih aktivnosti koje treba sprovoditi među njima u cilju smanjenja rizika od HIV infekcije i povezanog rizičnog ponašanja.

Među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima kod nas se sprovedu programi koji uključuju kombinovanje intervencija. Od bihejvioralnih intervencija prisutni su savetovališni rad sa muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, njihovo informisanje usmenim putem ili putem lifleta i drugog publikovanog materijala, podrška u cilju osnaživanja i ostvarivanja svojih prava i slično. Ove intervencije se mahom sprovedu kroz terenski rad udruženja, sa ili bez

mobilnih jedinica², ili u posebnim prostorima namenjenim okupljanju klijenata iz ciljne populacije i radu sa njima (svratišta ili *drop-in* centri). Takođe, sprovođenje nekih bihejvioralnih intervencija zahteva ili bar traži povezivanje sa institucijama (npr. sa zdravstvenim ustanovama, ustanovama socijalne zaštite i slično). Od biomedicinskih intervencija najznačajnija je usluga savetovanja i testiranja na HIV infekciju. Ona se pruža ili u zdravstvenim ustanovama (u 24 instituta/zavoda za javno zdravlje, IJZ/ZJZ), Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata (ZZZS) Beograd, Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti (SBBZ) u Beogradu ili van zdravstvenih ustanova (pretežno u saradnji zdravstvenih ustanova sa udruženjima). Ovo poslednje (pružanje usluge van zdravstvenih ustanova) se pokazalo kao posebno značajna usluga u slučaju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, te tu uslugu snažno preporučuju, između ostalih, SZO i ECDC (73,74). Dalje, od biomedicinskih intervencija kod nas prisutna je preekspoziciona profilaksa (PrEP), kao i postekspoziciona profilaksa (PEP) koje još uvek nisu u potpunosti regulisane. PrEP, koja se preporučuje od strane međunarodnih agencija kada su muškarci koji imaju seks sa muškarcima u pitanju, još uvek nije u potpunosti regulisana i sistematizovana u okviru zdravstvenog sistema, mada je sam lek registrovan upravo za prevenciju seksualne transmisije HIV infekcije pre ekspozicije (tj. za PrEP), i može da se nabavi u slobodnoj prodaji (uz izveštaj lekara specijaliste). Distribucija kondoma i lubrikanata je, takođe, jedna od biomedicinskih intervencija koja se sprovodi kod nas i to primarno od strane udruženja, ali i od strane Savetovaništa za HIV i PPI pri IJZ/ZJZ i ZZZS Beograd. Iako se preporučuje, obrezivanje kao biomedicinska intervencija kod nas se ne propagira i sprovodi sistematski kao preventivna mera. Zatim, u ove intervencije se može uključiti i lečenje ARV terapijom kao prevencija kod seksualnih partnera različitog serološkog statusa u smislu postizanja i održavanja niske viremije u krvi osobe koja živi sa HIV-om, u cilju prevencije dalje transmisije HIV infekcije. Kada je reč o strukturnim intervencijama, u ovom polju se nije radilo u većoj meri. Postoje strateški dokumenti kojima se identifikuju teme od značaja za, konkretno, muškarce koji imaju seks sa muškarcima (smanjenje diskriminacije, povećanje dostupnosti određenih (biomedicinskih) usluga i slično), ali ostaje otvoreno pitanje uspešnosti ovakvih programa, posebno imajući u vidu da zahtevaju dugu implementaciju da bi rezultati bili vidljivi.

I pored kontinuiteta u postojanju programa prevencije HIV infekcije usmerenih na muškarce koji imaju seks sa muškarcima, obuhvat ovim programima je promenljiv. Prema rezultatima istraživanja sprovedenog 2012. godine, u poslednjih 12 meseci programom prevencije (da su dobili kondom od terenskih radnika udruženja ili u Savetovaništu za HIV i PPI pri IJZ/ZJZ i da znaju gde može da se savetuje i testira na HIV) u Beogradu je bio obuhvaćen svaki drugi ispitanik, a u Novom Sadu nešto manje (dva od pet, tj. 43,3%). Ovo istraživanje je pokazalo porast obuhvata ove populacije programima prevencije HIV infekcije u periodu od 2008. godine (sa 13,4% u Beogradu i 7,2% u Novom Sadu) do 2012. godine (75).

Osnovne usluge koje su pružane muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u periodu 2011–2019. godine u okviru programa prevencije HIV infekcije od strane udruženja su usluge (parnjačkog) individualnog savetovanja, usluge upućivanja na zdravstveni sistem ili sistem socijalne zaštite, uz pratnju terenskog radnika udruženja u slučaju potrebe, distribucija kondoma, i, periodično, usluga savetovanja i testiranja na HIV u saradnji sa teritorijalno nadležnim IJZ/ZJZ. Pored ovih usluga, u skladu sa projektnim planovima, neka udruženja su pružala i dodatne usluge (grupno savetovanje, usluge psihologa, konsultacije sa zdravstvenim radnicima i slično).

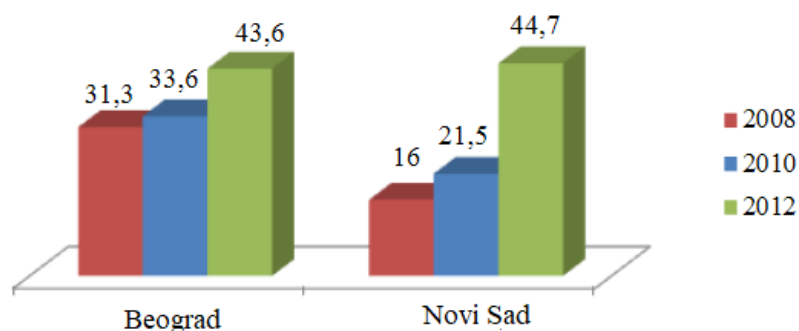
Prema programskim podacima dostavljenim Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” (IJZS), u Srbiji je 2012. godine 12.439 muškaraca koji imaju seks sa

² Mobilne jedinice su namenska, posebno prilagođena sanitetska vozila za pružanje primarno usluge savetovanja i testiranja na HIV infekciju, kao i za uslugu razmene igala i špricova u slučaju osoba koje injektiraju droge.

muškarcima bilo dosegnuto programima prevencije HIV infekcije koje sprovode udruženja, što je oko 22% procenjene veličine ove populacije. Tokom 2013. godine, programima prevencije, prema podacima IJZS, dosegnut je najveći broj muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima u periodu 2011–2019. godine od strane udruženja, tj. 21.195 (38,2% od procenjenog broja muškaraca koji imaju seks sa muškarcima). Posle toga, obuhvat preventivnim uslugama ove populacije drastično opada, tako da se od 2015. godine broj obuhvaćenih preventivnim uslugama kreće između 1500 i 2355 osoba (76,77). Izražen pad u obuhvatu programima prevencije HIV infekcije uzrokovan je prestankom finansiranja ovih programa iz sredstava donacije Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije u okviru programa Ministarstva zdravlja, što je praćeno neiznalaženjem drugih sredstava za podršku ovim programima.

Testiranje na HIV, praćeno savetovanjem se smatra za jednu od najznačajnijih mera prevencije. Ova intervencija se posmatra kao prvi korak u pravcu promene ponašanja, preuzimanja odgovornosti za zdravlje, sprovođenja mera smanjenja rizika, ali isto tako kao prvi korak u lečenju u slučaju pozitivnog rezultata (73). S jedne strane, kroz savetovani rad individua se osnažuje da donese odluke koje će ići u pravcu zaštite zdravlja, a sa druge strane nastoji se da se testiranjem što ranije dijagnostikuju osobe inficirane HIV-om, radi ranijeg uključivanja na ARV terapiju i postizanja nedetektibilne količine virusa u krvi.

Generalno, smatra se da je poznavanje svog HIV statusa od presudnog značaja za uspeh nacionalnih, tj. međunarodnog odgovora na HIV infekciju (73). Prema biobihejvioralnom istraživanju u Beogradu i Novom Sadu među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (2012. godine) njih 43,6% se testiralo na HIV u poslednjih 12 meseci i čulo rezultat svoga testa u Beogradu, a u Novom Sadu njih 44,7% (75). Ovi rezultati ujedno ukazuju i na porast u učešću onih koji su se savetovali i testirali na HIV u poslednjih 12 meseci u ova dva grada (grafikon 11).



Grafikon 11. Procentualno učešće muškaraca koji imaju seks sa muškarcima koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci i znaju rezultat svog poslednjeg testa u istraživanjima 2008, 2010. i 2012. godine prema istraživačkoj lokaciji (Preuzeto iz reference (75))

Prema rezultatima EMIS istraživanja iz 2017. godine, u Evropi se 79% muškaraca koji imaju seks sa muškarcima nekad u životu testiralo na HIV, dok je njih 56% to učinilo u poslednjih 12 meseci. Prema istoj studiji, Srbija ulazi među zemlje sa niskom prevalencijom testiranja u poslednjih 12 meseci među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, kao i većina zemalja Balkanskog poluostrva (78).

Programski podaci IJZS govore da je u periodu 2013–2019. godine došlo do povećanja učešća muškaraca koji imaju seks sa muškarcima među dobrovoljno savetovanim i testiranim osobama (sa 10,1% na 30,9% respektivno), iako je u istom periodu došlo do značajnog pada aktivnosti udruženja koja su pružala usluge prevencije HIV infekcije (sa 21.195 osoba na 2054

respektivno) (77,79). Ostaje otvoreno pitanje da li i u kojim uslovima usluge koje se pružaju na nivou udruženja doprinose (ranij) dijagnostici HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima.

Studije sprovedene u evropskim zemljama identifikuju neke barijere za testiranje na HIV u različitim populacijama. Tako se kao barijere navode niži obrazovni status (80–82), percepcija da nisu u riziku od HIV infekcije (80,83), strah od pozitivnog rezultata (84,85), dok se kao pozitivno povezani faktori u nekim studijama u zemljama Evrope identifikuje rizično seksualno ponašanje (80–82,86). Suprotno, EMIS istraživanje iz 2010. godine je pokazalo da je učešće onih muškaraca koji imaju seks sa muškarcima sa rizičnim seksualnim ponašanjem koji su se ujedno i testirali na HIV nisko i to na teritoriji jugoistočne Evrope (87). Kontakt sa zdravstvenom službom je, na primer, u Estoniji identifikovan kao pozitivno asociran sa testiranjem na HIV infekciju (86). Kod nas nisu ispitivani faktori koji su povezani sa testiranjem na HIV infekciju.

1.3.4. Rizici na HIV infekciju među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima

Prema podacima UNAIDS-a u većini evropskih zemalja prevalencija HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima je iznad 5%. U Srbiji je prevalencija HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima 8,3% prema rezultatima nacionalnog istraživanja iz 2013. godine i pokazuje blagi rast u odnosu na 2008. godinu (88). Takođe, prema rezultatima poslednjeg EMIS iz 2017. godine učešće onih kojima je dijagnostikovana HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima je 7,6% u Srbiji, odnosno u većini evropskih zemalja je iznad 6% (78). Uzevši u obzir rutinske epidemiološke podatke uz podatke dobijene istraživanjima, može se reći da je u Srbiji koncentrovana epidemija HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima.

Dosta je pisano u literaturi o osnovnim rizicima za transmisiju HIV infekcije koji se javljaju među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Nezaštićen analni seksualni odnos među muškarcima je osnovni način transmisije HIV infekcije. Rađena su različita istraživanja koja su pokušala da utvrde šanse za transmisiju HIV infekcije po izlaganju HIV infekciji u odnosu na način transmisije. Procene su različite za različite načine prenosa. Svima je zajedničko da je najrizičniji način prenosa nezaštićen receptivni analni seksualni odnos (ukoliko partneru koji živi sa HIV-om nije NKVK). Prema sistematskom pregledu *Patel*-a i drugih, rizik za transmisiju HIV infekcije po jednom nezaštićenom receptivnom analnom seksualnom odnosu (bez upotrebe ARV terapije) sa osobom koja je inficirana HIV-om je 1,38% (1 transmisija na 72 izloženosti). Nezaštićen insertivni analni seksualni odnos (bez upotrebe ARV terapije) nosi rizik od transmisije HIV infekcije po izloženosti 0,11% (1 na 909 izloženosti). Nezaštićen receptivni i insertivni vaginalni seksualni odnos nose manje rizike (0,08%, 1 na 1250; i 0,04%, 1 na 2500 respektivno) u odnosu na nezaštićene analne seksualne odnose, kao i upotreba nesterilnih igala za injektiranje (0,63%, 1 na 158) u odnosu na nezaštićene analne seksualne odnose, kao i upotreba nesterilnih igala za injektiranje (0,63%, 1 na 158) u odnosu na nezaštićen receptivni analni seksualni odnos (89). Pri tome, autori ističu da na veličinu rizika od transmisije HIV infekcije po aktu/izloženosti utiču i drugi faktori, te tako rizik raste ako je prisutna neka PPI, ako je partner koji živi sa HIV-om u akutnoj fazi HIV infekcije ili sa visokom količinom virusa u krvi. Rizik od transmisije HIV infekcije smanjuju faktori poput suprimovane količine virusa u krvi, tj. upotreba ARV terapije, upotreba kondoma, korišćenje PrEP i sl. (89). Dodatno, studije ukazuju na to da oni muškarci, koji imaju seks sa muškarcima koji percipiraju da je prevalencija HIV infekcije niska i da je njihov rizik za HIV infekciju nizak, lakše usvajaju rizične oblike seksualnog ponašanja (90).

Nezaštićeni analni seksualni odnosi su i dalje zastupljeni među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Prema podacima UNAIDS-a, u većini Evropskih zemalja, gde spada i Srbija, između 25% i 50% muškaraca koji imaju seks sa muškarcima nije koristio kondom

prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa u poslednjih 6 meseci. Više od 50% njih ne koristi kondom u nekim zemljama, poput Hrvatske, Francuske, Švedske, Finske, Češke, dok između 5% i 25% ne koristi kondom u Ukrajini, Bugarskoj, Švajcarskoj i Španiji (88).

Prema biobihevioralnim istraživanjima u Srbiji, upotreba kondoma nije konzistentna među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Pri poslednjem analnom seksualnom odnosu sa muškim partnerom u poslednjih 6 meseci njih 58,4% je prijavilo da je koristilo kondom u Beogradu (što se koristi kao nacionalni prosek), a u Novom Sadu je isto prijavilo 64% ispitanika. Razlika postoji u odnosu na konzistentnu upotrebu kondoma sa različitim partnerima. Tako sa stalnim muškim partnerom većina muškaraca ne koristi kondom (oko 61% u Beogradu i 65% u Novom Sadu), dok sa povremenim ne koristi više ispitanika u Beogradu (oko 39%) nego u Novom Sadu (oko 25%) (75).

Studije ukazuju da na odluku o upotrebi kondoma utiče percepcija rizika od HIV infekcije ili PPI. Rizik se procenjuje između ostalog i u odnosu na partnera s kojim se stupa u odnos. Studija sprovedena u Holandiji ukazuje da percepcija ili poznavanje HIV statusa partnera utiče na upotrebu kondoma, te je korišćenje kondoma zastupljenije među onima čiji se serološki HIV status razlikuje (91). Isto pokazuje i studija u SAD, gde je utvrđeno da je slaganje između partnera po serološkom statusu (engl. *serosorting*) povezano i sa smanjenjem HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (92).

Sa povećanjem broja različitih seksualnih partnera povećava se i rizik od HIV infekcije, posebno u kombinaciji sa nekonzistentnom upotrebom kondoma. Kada je reč o povremenim partnerima (partnerima samo na jedno veče, partnerima s kojima osoba povremeno ima seksualne odnose, ali nije u vezi, „prijateljima sa povlasticama”), prema EMIS iz 2017. godine, 77% muškaraca je imalo ovakve partnere, a 53% nije uvek koristilo kondom sa njima u poslednjih 12 meseci. Medijana broja povremenih partnera bila je 6 (78). Prema biobihevioralnom istraživanju sprovedenom u Srbiji 2012. godine, u Beogradu i Novom Sadu, prosečan broj različitih partnera u poslednjih 12 meseci u Beogradu je bio 12,5, medijana 5, a u Novom Sadu 5,2, medijana 3. Ovo je u odnosu na prethodna biobihevioralna istraživanja među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima iz 2008. i 2010. godine u ova dva grada povećanje u prosečnom broju partnera u poslednjih 12 meseci (75).

Posebne rizike nosi upotreba različitih (psihoaktivnih) supstanci prilikom seksualnih odnosa. U poslednjih desetak godina sve više se govori o rizicima koji se identifikuju vezano za „seksualizovanu upotrebu droga”, tzv. *chemsex*. Naime, registruje se rast *chemsex-a* među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Reč je o korišćenju kombinacije više (psihoaktivnih) supstanci u cilju produžavanja seksualnog odnosa, povećanja seksualnog uzbuđenja i olakšavanja seksualnog odnosa sa više partnera (93, 94). Još uvek nema precizne definicije u odnosu na to koje supstance se koriste da bi određeni seksualni akt bio kategorisan kao *chemsex*. Ovo posebno otežava činjenica da je upotreba različitih supstanci prilikom seksualnog odnosa (za njegovo intenziviranje i/ili olakšavanje) prisutna u kontinuitetu. Ono što je specifično kod *chemsex-a* jeste da se nastoji da se pomoću „hemije” dođe do intenzivnijeg seksualnog osećaja (95). Uglavnom je upotreba ovih supstanci vezana za gej zabave i seksualne odnose sa više osoba (93). Prema *Stuart-u*, koristi se kombinacija tri supstance – gamahidroksibutirat/gamabutirolokaton – GHB/GLB (engl. *gammahydroxybutyrate/gamabutyrolactone*, u žargonu „G” („dži”)), kristalni metamfetamin (engl. *crystal methamphetamine*, u žargonu „kristal met”, „kristal”, „kvarc”, „staklo”, „Tina”) i sintetski katenoni (engl. *cathenone*) najčešće mefedron (engl. *mephedrone*, 3MMC, 4MMC, u žargonu još „Mjau-mjau”, „MCAT”) (95). „G” se koristi radi povećanja energije i podizanja libida, ali i relaksacije mišića što olakšava seksualni odnos, posebno sa više partnera. Kristalni metamfetamin i mefedron su stimulansi (93,94). Pored ovih droga, kako *Stuart* ističe, nije neuobičajeno da se koriste i druge supstance poput alkohola, kanabisa, alkil-nitrita (*alkyl nitrates*, u žargonu *Poppers*), kokain i slčno (95). Ove supstance se ponekad kombinuju sa

lekovima za erektilnu disfunkciju (Viagra[®], Kamagra[®] i slično), u cilju produžavanja seksualnog odnosa, posebno u slučaju seksa sa više partnera (93). *Giorgetti* i ostali ne ograničavaju broj psihoaktivnih supstanci koje se koriste za produženje seksualnog odnosa, posebno sa više partnera (93). *Frankis* i ostali, na primer, govore o kombinaciji četiri psihoaktivne supstance – tri koje pominje *Stuart*, a četvrta je ketamin (engl. *ketamine*) (96). *Schmidt* takođe problematizuje broj i vrstu (psihoaktivnih) supstanci koje se koriste prilikom *chemsex*-a. Naime, on ističe da nije svaka upotreba stimulansa prilikom seksa *chemsex* i predlaže da se koristi kombinacija bilo koje 4 supstance upotrebljene kao stimulansi za seksualni odnos sa više partnera istovremeno (97). Rizici vezani za *chemsex*, pored rizika od HIV infekcije i predoziranja, jesu i povrede u rektalnom delu, abrazija penisa, a ukoliko se kombinuju lekovi za erektilnu disfunkciju, javlja se rizik od kardiotoksičnosti (93). Prema poslednjem EMIS, 2017. godine, 15% muškaraca koji imaju seks sa muškarcima je navelo da je nekad u životu imalo *chemsex*, a 10% da se to desilo u poslednjih 12 meseci (78).

Od početka HIV epidemije, edukacija o načinima transmisije HIV infekcije i načinima zaštite posmatrana je kao jedna od ključnih mera. Prema biobihejvioralnom istraživanju među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Beogradu i Novom Sadu (2012. godine), oko 2/3 muškaraca koji imaju seks sa muškarcima ima korektno znanje vezano za prevenciju seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje osnovnih zabluda o HIV infekciji (75). Međutim, kada je reč o uticaju znanja vezanog za HIV infekciju na protektivno ponašanje, studije nemaju jednoznačne zaključke. Prema nekim istraživanjima veće znanje o HIV infekciji nije asocirano sa konzistentnom upotrebom kondoma (98,99), ali je povezano sa samoprocenom rizika od HIV infekcije, komunikacijom s partnerom o upotrebi kondoma i nošenjem kondoma sa sobom (99). Neke studije zaključuju da generalno veće znanje o HIV infekciji nije asocirano sa nižom stopom, odnosno prevalencijom, HIV infekcije (100,101). Znanje o HIV infekciji se u nekim studijama pokazuje kao povezano sa učestalijim, tj. redovnijim testiranjem na HIV infekciju (102,103).

1.3.5. Stigma i HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima

Prema biobihejvioralnom istraživanju iz 2012. godine sprovedenom u Beogradu i Novom Sadu među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, gotovo svaki drugi ispitanik u Beogradu, odnosno svaki treći u Novom Sadu je naveo da je iskusio neki oblik stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci, najčešće verbalno nasilje i društveno distanciranje/izolaciju (75). Prema istom istraživanju, 4% muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u Beogradu i oko 1% njih u Novom Sadu naveo je su im zdravstvene usluge bile uskraćene zbog seksualne orijentacije u poslednjih 12 meseci. Iskustvo internalizovane homonegativnosti, odnosno autostigme je imao gotovo svaki drugi ispitanik u Beogradu (55,2%) i oko dva od pet ispitanika u Novom Sadu (42%). Veliki broj ispitanika je takođe prijavio da su bili žrtve fizičkog nasilja (30% u Beogradu i 17% u Novom Sadu) od različitih izvršilaca, ali najčešće od nepoznatih osoba. Iskustvo višestrukog fizičkog nasilja prijavilo je 24% ispitanika u Beogradu i 15% u Novom Sadu, što je, kako se navodi u studiji, u slučaju Novog Sada tri puta više nego što je bilo prisutno u 2010. godini (75).

U opštoj populaciji u Srbiji su, prema istraživanju javnog mnjenja prema diskriminaciji u 2019. godini, homofobni stavovi i dalje izraženi. Čak oko 60% građana/ki se slaže sa tvrdnjom da nemaju ništa protiv LGBT osoba dok su nevidljive („dok to rade kod svoje kuće”), a 38% smatra da je homoseksualnost bolest. Kada je reč o postojanju socijalne distance, LGBT populacija se našla na drugom mestu, odmah posle migranata i tražilaca azila, a zajedno sa Albancima. Ipak, i ovo je korak napred u odnosu na 2016. godinu, kada je socijalna distanca bila najizraženija prema LGBT osobama, tj. bili su na prvom mestu (104).

Kada je reč o HIV infekciji, pored povezanosti stigme sa testiranjem na HIV injekciju, studije pokazuju da postoji povezanost između stigme i manjeg korišćenja HIV preventivnih

usluga, tj. programa, rizičnog ponašanja u odnosu na HIV i nižeg znanja o HIV infekciji (105–107). Studije sprovedene u Srbiji nisu ispitivale povezanost iskustva stigmatizacije sa drugim oblicima ponašanja vezanim za rizik od HIV infekcije i/ili znanjem o HIV infekciji.

Ono što je studija u Srbiji, tj. u Beogradu i Novom Sadu, 2012. godine pokazala jeste da među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima ima onih koji smatraju da osobe koje žive sa HIV-om treba izolovati, tj. da ne treba da se mešaju sa drugima (13% u Beogradu, 5% u Novom Sadu). Gotovo svaki treći ispitanik u Beogradu i svaki drugi u Novom Sadu smatraju da su osobe koje su se inficirale HIV-om same krive za to (75). Ovo može da ukazuje na postojanje određenih stereotipnih predstava o osobama koje žive sa HIV-om, što može da bude osnova za stigmatizaciju i diskriminaciju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, a koji žive sa HIV-om, od strane onih muškaraca koji nisu inficirani HIV-om. Ovakva relacija nije ispitivana kod nas.

Studije su pokazale da postoji određena povezanost između zastupljenosti testiranja na HIV infekciju i stigmatizacije vezane za drugačiju seksualnu orijentaciju. Tako, u zemljama u kojima je stigma prema drugačijoj seksualnoj orijentaciji od heteroseksualne izraženija, kao što su to zemlje jugoistočne Evrope (poput Srbije, Bosne i Hercegovine, Hrvatske, Makedonije), zastupljenost testiranja je niža nego u zemljama u kojima stigma nije izražena (105,108–110).

1.3.6. Završna razmatranja – HIV infekcija među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Srbiji

Zbog specifičnog načina prenosa, HIV infekcija je i dalje ozbiljan javnozdravstveni problem. I pored značajnih pomaka u prevenciji i suzbijanju HIV infekcije, ciljevi vezani za sprečavanje daljeg širenja HIV infekcije i eliminaciju diskriminacije povezane sa HIV infekcijom i sa ključnim populacijama u riziku od HIV-a još uvek nisu dosegnuti. Na globalnom nivou, većina osoba inficiranih HIV-om živi na teritoriji Istočne i Južne Afrike. Takođe, na globalnom nivou u određenim regionima najviše novoinficiranih osoba iz ključnih populacija u riziku od HIV-a u 2019. godini bilo je putem nezaštićenog seksualnog odnosa među muškarcima. U Zapadnoj Evropi, kao i u Centralnoj Evropi, gde spada i Republika Srbija prema teritorijalnoj podeli Evrope SZO, primećuje se da je dominantan način transmisije HIV infekcije u 2019. godini seksualnim putem i to primarno putem nezaštićenog seksualnog odnosa među muškarcima. U Srbiji se tako beleži koncentrovana epidemija među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (prevalencija HIV infekcije veća od 5%). I pored široko dostupnog savetovanja i testiranja na HIV na teritoriji Srbije (kroz mrežu IJZ/ZJZ, ZZZS Beograd, kao i kroz preventivne aktivnosti mreže IJZ/ZJZ u saradnji sa udruženjima), kao i dostupne ARV terapije za sve državljane Srbije inficirane HIV-om na teret RFZO, primećuje se da je u populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u kontinuitetu zastupljeno kasno dijagnostikovanje HIV infekcije, a time i kasnije uključivanje u sistem lečenja. Ovo utiče na rizik od lošijih ishoda lečenja na individualnom nivou, ali se umanjuje i preventivni značaj terapije u sprečavanju dalje transmisije HIV infekcije na kolektivnom nivou.

Ono što istraživanja rađena u Srbiji među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima pokazuju jeste da većina ovih muškaraca ima zadovoljavajuće znanje u odnosu na načine seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje osnovnih zabluda o prenosu HIV-a. Međutim, i pored toga, značajan je udeo onih koji ne koriste konzistentno kondom sa svojim partnerima, kako sa stalnim, tako i sa povremenim. Ujedno se beleži i porast broja različitih seksualnih partnera tokom godine. Takođe, u Srbiji se beleži i nisko učešće onih koji praktikuju „seksualizovanu upotrebu droga”, odnosno koriste (psihoaktivne) supstance radi intenziviranja osećaja i/ili produženja seksualnog odnosa. I pored prisutnih rizika od transmisije HIV infekcije, Srbija pripada zemljama sa niskom prevalencijom testiranja na HIV infekciju. Međutim, kod nas nije ispitivano koji su faktori povezani sa testiranjem na HIV infekciju među

muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, tj. koliko su znanje, postojeći stavovi, percepcija i/ili svest o riziku i samo ponašanje povezani sa testiranjem na HIV.

Prema istraživanjima sprovedenim u Srbiji među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, pokazuje se da je među njima značajno učešće onih koji su imali neko iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci, odnosno autostigme, tj. internalizovane homonegativnosti. Međutim, postojeće studije nisu u većoj meri ispitivale postojanje povezanosti između stigme, diskriminacije i internalizovane homonegativnosti i spremnosti muškaraca koji imaju seks sa muškarcima da se testiraju na HIV infekciju u Srbiji. Pored toga, do 2014. godine obuhvat muškaraca koji imaju seks sa muškarcima programima prevencije HIV infekcije je bio dosta visok, ali opet nemamo informacije da li su ovi programi imali uticaj na motivisanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima da se testiraju na HIV.

Imajući u vidu manjkavost informacija o faktorima povezanim sa testiranjem na HIV infekciju među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, uz postojanje informacija koje ukazuju na perzistentno postojanje rizičnih oblika ponašanja u ovoj populaciji, praćeno relativno visokim znanjem o načinima seksualne transmisije HIV infekcije, ovom studijom nastojimo da procenimo znanje, stavove i ponašanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u odnosu na HIV i identifikujemo faktore koji su povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci, kao i da utvrdimo koji su to kontekstualni faktori koji mogu doprineti njihovom rizičnom ponašanju, te na koji način se percipira HIV infekcija i povezanost te percepcije sa testiranjem na HIV.

1.4. Teorijski okvir

U ovom poglavlju ćemo jasnije definisati predmet istraživanja i odrediti naš teorijski pristup. Naime, bavimo se znanjem, stavovima i ponašanjem u odnosu na HIV infekciju jedne društvene podgrupe muškaraca – muškarcima koji praktikuju seksualne odnose sa muškarcima.

1.4.1. Ponašanje, stavovi i znanje

Pitanje ponašanja ljudi je kompleksno. Faktori koji utiču na ponašanje su različiti. Mogu se podeliti na urođene (uticaj genetskog potencijala) ili stečene (uticaj okruženja), ili na biološke (genetski potencijal), fizičke (konkretno fizičko okruženje u kom se osoba u datom momentu nalazi) i kulturne (socijalni, politički, ekonomski faktori) faktore. Konkretno, na ponašanje utiču potrebe individue, navike, socijalizacija (kulturalizacija), motivacija, znanje, stavovi, vrednosti, norme, uverenja, društvene uloge koje osoba ima, percepcija itd. (111).

Specifičan vid ponašanja je socijalno ponašanje. Socijalno ponašanje se određuje kao ono koje se realizuje kroz interakciju sa drugima (111). U literaturi postoje dva oprečna pristupa u objašnjavanju socijalnog ponašanja – kognitivne teorije, po kojima je ponašanje u osnovi racionalno, reflektivno, i bihevioralne teorije, po kojima je ponašanje u osnovi impulsivno, nesvesno uslovljeno (111,112). Neke teorije, poput modela dualnog sistema socijalnog ponašanja, objedinjuju ova dva teorijska pristupa. Njima se tvrdi da nije reč o odvojenim procesima (racionalno – impulsivno), već da je reč o paralelnim sistemima koji postoje u isto vreme, ali se kontekstualno primenjuju i/ili smenjuju (113).

Jedan od bitnih procesa koji utiče ne samo na ponašanje individue, nego i na kogniciju (znanje), stavove itd., jeste socijalizacija. Socijalizacija može da se odredi kao proces uvođenja jedinke u socijalno okruženje, tj. prenos i prihvatanje društvenih pravila, normi, vrednosti, kao i načina ponašanja u jednom društvu. Na ovaj način individua stiče društveno relevantne oblike ponašanja (načine zadovoljavanja osnovnih potreba i izvedenih motiva/nagona, uključujući i seksualni) i formira se kao ličnost zadržavajući pri tom svoje specifične individualne karakteristike (111). Postoje različiti agenti socijalizacije poput porodice, škole, vršnjaka,

medija itd. i nisu svi jednako dominantni u različitim životnim dobima i/ili situacijama u kojima se nalazi individua (111).

Ponašanje je uvek motivisano zadovoljavanjem određenih vrsta potreba. Motivi se određuju kao pokretačke snage koje iniciraju određenu aktivnost osobe i obično se dele na biološke, tj. fiziološke, primarne (zasnovane na urođenim telesnim potrebama) i socijalne, tj. psihološke, sekundarne (stečene i formirane tokom vremena, zasnovane na psihološkim potrebama koje se zadovoljavaju kroz kontakt sa drugim osobama). Međutim, nije uvek moguće povući jasnu granicu između ove dve osnovne vrste motiva. Na primer, kada je reč o bolestima zavisnosti, ova vrsta ponašanja je zasnovana na biološkim motivima, iako je ova potreba u osnovi stečena tokom vremena. Nasuprot tome, seksualno ponašanje je zasnovano na biološkim motivima, ali je način ponašanja definisan socijalizacijom – šta se smatra privlačnim, postojanje seksualnih zabrana poput zabrane incesta, seksualne norme poput one sa kojim polom je prihvatljivo da se zadovolji seksualna potreba, prihvatljivi načini udvaranja itd. Otud, ne može se govoriti samo o biološkom motivu, s obzirom da je ova potreba na određeni način socijalizovana, odnosno kulturalizovana. Tako je seksualno ponašanje pod uticajem ne samo urođenih potreba i motiva, već i pod uticajem socijalnih faktora i kulture (111).

U ovom radu se ispituje ponašanje individua u odnosu na rizik od HIV infekcije i prevenciju tog rizika (npr. seksualno ponašanje, testiranje na HIV infekciju, upotreba psihoaktivnih supstanci i sl.).

Kognicija se određuje kao znanje koje imamo i koristimo u spoznavanju sveta oko sebe i stvaranju organizovane slike toga sveta (114). Kada je reč o znanju, može se reći da nema jednoznačne i jedinstvene definicije znanja. Jedna od prvih definicija znanja, koja je dugo bila prihvaćena u naučnim krugovima, jeste definicija Platona koja kaže da je znanje „opravdano istinito verovanje”. Ova definicija je tokom vremena i kritikovana i osporavana, ali i branjena i podržavana (115). Kod ove definicije je problematično pitanje šta je istina i šta je opravdano verovanje. Odnosno, može se u osnovi tvrditi da je ovo definicija iluzije, a ne znanja (115). Znanje je permanentno promenljiva kategorija. Epistemolozi, međutim, ne mogu da se slože oko pitanja da li je u osnovi stalnog sticanja znanja proces racionalizacije ili empirijskog učenja. Neki teoretičari dalje razlikuju više vrsta znanja: iskustveno znanje – ono što učimo iz neposrednog iskustva; znanje kao veštine – ono što učimo usvajajući veštine kako da nešto uradimo; i znanstvene tvrdnje, eksplicitno znanje – znanje koje se uči i prenosi s jedne osobe na drugu direktnim putem (npr. kroz predavanja) ili indirektnim (npr. putem knjiga), a za šta je osnov mogućnost verbalizacije istog (115). Znanje koje u većoj meri određuje društveno ponašanje jeste socijalno znanje, tj. znanje koje se odnosi na razumevanje i predviđanje ponašanja drugih ljudi i sebe samih u različitim društvenim situacijama (116).

Ne ulazeći dalje u definicije znanja kao takvog, u ovom radu znanje tretiramo kao postojanje ili usvojenost adekvatnih informacija (bilo kroz iskustvo bilo kroz znanstvene tvrdnje) u odnosu na HIV infekciju (rizik i prevenciju), kao i adekvatnih veština preveniranja rizika od HIV-a.

U predviđanju ponašanja individue, stavovi takođe zauzimaju istaknuto mesto. Postoji više različitih definicija stavova. Jedna od njih određuje stavove kao manje ili više perzistentne evaluacije objekta stava, odn. ličnosti, pojave, društvene grupe ili predmeta (116). Mogu biti nasledni, ali i izgrađeni na osnovu ličnog iskustva ili socijalizacijom (116). Ono u čemu se svi autori slažu jeste da stavovi u značajnoj meri određuju ponašanje. Naime, kao što smo istakli, ponašanje se ne može odrediti kao čisto racionalno ili kao čisto impulsivno. Međutim, ono što se primećuje jeste da je ponašanje ljudi tokom vremena relativno dosledno. U tom smislu, ponašanje se može objasniti delovanjem stavova. Stavovi su, poput ponašanja, složeni, tj. imaju tri komponente: kognitivnu, zasnovanu na raciju (znanja, shvatanja, vrednosni sudovi), emotivnu, zasnovanu na nesvesnom, iracionalnom (osećanja u odnosu na objekat stava) i konativnu komponentu, zasnovanu na delovanju (voljna komponenta da se preduzme akcija u

odnosu na predmet stava) (111,116). Svaka od komponenti dalje može da bude više ili manje složena, tj. razvijena. U zavisnosti od dimenzija stava (složenosti, snage, usmerenosti komponenti stava, doslednosti u ispoljavanju i spremnosti za ispoljavanje, kao i stepenu prirastanja uz stav) stavovi su manje ili više podložni menjanju (111). Npr. postoje stavovi koji su zasnovani na oskudnim informacijama, za koje nisu vezane jake emocije, ne doživljavaju se kao bitni i koji nisu u velikoj meri pokretači na akciju, odnosno niska je spremnost za njihovo ispoljavanje. Na ovakve stavove je lakše uticati i menjati ih.

Stavovi se aktiviraju u direktnom ili indirektnom kontaktu sa objektom stava. Aktivacija stava se ispoljava kroz ponašanje. Otud se govori o uticaju stava na ponašanje. Generalno, stavovi olakšavaju (socijalno) ponašanje ljudi. Naime, stavovi svojom aktivacijom pomažu čoveku da odredi kako da se ponaša u određenoj situaciji – da li da učestvuje u nekoj akciji ili da se distancira. Što je neki stav izraženiji, jači, to je čovekova reakcija na objekat stava brža (116). Za predviđanje ponašanja bitna je i konzistentnost stava, što opet zavisi od razvijenosti dimenzija samog stava, tj. njegove jačine.

Za predviđanje ponašanja bitna je i konzistentnost stava, što opet zavisi od razvijenosti dimenzija samog stava, tj. njegove jačine.

U ovom radu bavimo se stavovima vezanim za rizik od HIV infekcije (npr. procena sopstvenog rizika, procena rizičnosti različitih situacija, stavovi vezani za istopolnu seksualnu orijentaciju i sl.), prevenciju HIV infekcije (npr. stav prema upotrebi kondoma, testiranju na HIV infekciju i sl.) i osobe koje žive sa HIV-om.

1.4.2. Konstruktivistički teorijski pristup

Konstruktivistički pristup obuhvata teorijske perspektive koje polaze od toga da je stvarnost u stvari relativna i da zavisi od načina na koji se pojave, tj. stvarnost percipiraju, odnosno od načina na koji se percipirane pojave kategorišu. U ovu grupu pristupa spadaju i oni pristupi koje koristimo u ovom radu: strukturalizam i simbolički interakcionizam.

Kako ističu socijalni psiholozi na koje se oslanjaju strukturalisti, jedna od osobina ljudi jeste tendencija da generalizuju i simplifikuju svet oko sebe. Odnosno, ljudi su skloni da kontinuum prostora i vremena dele na određene segmente, kategorije i da tako stvaraju organizovanu sliku sveta. Ovakva kategorizacija, razvrstavanje u imenovane klase, u suštini pomaže čoveku da se lakše orijentiše u svakodnevnom životu i omogućava mu brzo reagovanje. U procesu kategorizacije, raznolikost prostora i vremena koja nas okružuje biva grupisana u relativno ograničen broj kategorija, odnosno kategorizacijom simplificiramo raznolikost koja nas okružuje. Tako svoju okolinu opažamo upravo kroz kategorije kojim raspolažemo (111,117,118). Svaka kategorija, većeg ili manjeg stepena opštosti, ima svoje ime, tj. posebno je označena. Okruženje tako biva percipirano kroz skupove imenovanih kategorija, međusobno različitih, kao i kontinuum vremena – izdelfen na segmente, tj. imenovane kategorije (117,118). Npr. kontinuum dnevne svetlosti mi delimo na vremenske kategorije: dan–noć, sa prelazima predvečerje, zora...; kontinuum protoka vremena na sate, dane, nedelje, mesece, godine... itd. Tako se može reći da sve ono što je imenovano postoji, bilo objektivno, bilo subjektivno i pripada određenim imenovanim kategorijama. Kako se dešava da određene pojave mogu da pripadaju i dvema i više kategorija, kojoj će pripadati u momentu kada se vrši kategorizacija zavisi od konteksta u kom se pojava sagledava, kao i od samog posmatrača, njegovih osobina i načina na koji razvrstava stvari.

Način kategorizacije zavisi od kulture u kojoj se realizuje (117), s obzirom da se način razvrstavanja i označavanja stvarnosti internalizuje između ostalog kroz proces učenja i socijalizacije/kulturalizacije jedinke. Može se reći da se kroz socijalizaciju / kulturalizaciju usvaja svojevrsan jezik kulture (119). U tom smislu proces kategorizacije s jedne strane olakšava proces mišljenja/razmišljanja, a sa druge je osnova za delovanje, međuljudsku interakciju i (verbalnu i neverbalnu) komunikaciju. Takođe, proces kategorizacije je dijalektički

proces – s jedne strane čovek je taj koji proizvodi kategorije i kategoriše stvarnost, a sa druge strane, kategorije su te koje utiču na koji način će čovek da posmatra svet oko sebe.

Način posmatranja stvari, tj. kategorizacija je bitna u procesu komunikacije, tj. u procesu prenosa poruka. U ovom kontekstu simboli zauzimaju značajno mesto, pošto se preko njih komuniciraju različite poruke. Nema jednoznačne definicije simbola. *Leach* s jedne strane ističe da se o simbolima može govoriti kada označavajuće (simbol) i označeno (pojava) ne pripadaju istom kontekstu i među njima nema suštinske veze (119). Npr. kada nacrtana jabuka ne označava jabuke, već kada označava tehnološku kompaniju – jabuka je simbol. Ili, npr. duga je simbol kada označava LGBT zajednicu. *Cohen*, pak, ističe da nije bitno toliko kom kontekstu pripadaju označavajuće i označeno, dok god je označeno kategorija, tj. zajednica. Odnosno, po njemu, simbol bi bilo praktično sve ono što označava određenu kategoriju, tj. zajednicu (120).

U procesu kategorizacije značajno mesto zauzimaju granice između kategorija. Naime, u procesu kategorizacije određene imenovane pojave se razvrstavaju u različite kategorije na osnovu njihovih međusobnih razlika, odnosno na osnovu granica između kategorija (119). Dodatno, jedna imenovana kategorija dobija smisao samo u kontrastu ili kroz distinkciju od druge/ih kategorije/a (118). Upravo na osnovu granica se prave razlike između kategorija koje se nalaze u istoj prostornoj/vremenskoj sferi. Prilikom kategorizacije, čovek pravi distinkciju između kategorija koristeći se binarnim opozicijama, tj. parovima suprotnosti (dobro–loše, moralno–nemoralno itd.). U ovom procesu građenja binarnih opozicija, čovek traga i za međukategorijama, tj. onim što je između ove dve opozicije, a ne pripada nijednoj (118). Međukategorije često pripadaju zoni granice.

Granice između imenovanih kategorija su obeležene markerima, tj. simbolima, razlike (119). Same granice podležu određenim zabranama ili propisima. Naime, kada se pažnja fokusira na granice između kategorija, može se uočiti da sama granica nije toliko distinktivna i precizna, kako se to očekuje. Upravo usled takve osobine granice, pojave koje su na granici, na marginama, dobijaju status nesvakidašnjeg, odnosno ili čistog ili opasnog. Takav status zahteva i određena pravila postupanja prema pojavama (121). Sledstveno, ne samo pojave, već i ljudi na marginama imaju drugačiji društveni tretman.

Na ovaj način možemo razmišljati i o zajednici muškaraca koji imaju seks sa muškarcima kao društvenoj kategoriji. Naime, procesu kategorizacije podležu i ljudi, koji bivaju razvrstavani u različite imenovane društvene grupe, tj. zajednice (od etničkih i nacionalnih, do profesionalnih, verskih, različitih supkulturnih grupa itd.). Da bi jedna zajednica mogla da postoji, njeni članovi moraju biti percipirani od strane onih van te zajednice kao drugačiji od njih, i obratno – oni koji pripadaju toj zajednici sami sebe percipiraju kao drugačije od onih koji ne pripadaju njihovoj zajednici (122). U konkretnom slučaju, muškarci koji imaju seks sa muškarcima bivaju percipirani od strane heteroseksualne većine kao drugačiji i nepripadnici zajednici heteroseksualaca, s jedne strane, a sa druge, sami pripadnici zajednice muškaraca koji imaju seks sa muškarcima percipiraju da su drugačiji od heteroseksualaca. *Cohen* ističe da je zajednica primarno „mentalni konstrukt”, te da ima svest o sebi i svom identitetu samo kroz razlikovanje od drugih, od nepripadnika, tj. od pripadnika druge/ih zajednice/a (120). Da bi moglo da postoji „razlikovanje”, potrebno je da bude ispunjeno par preduslova. Prvo, potrebno je da zajednica bude imenovana, tj. da ima ime. Drugo, mora da ima određena pripisana svojstva po kojima se razlikuje od ostalih. Ta svojstva simbolišu, tj. markiraju granicu između pripadnika i nepripadnika zajednice. Treće, treba da postoje „drugi” u odnosu na koje se vrši razlikovanje između pripadnika i nepripadnika zajednice. I, što je možda i najvažnije, neophodno je da postoji društvena interakcija (direktna ili indirektna) između pripadnika i nepripadnika zajednice. Zahvaljujući interakciji, dolazi do transakcije značenja simbola, odnosno pripisivanja svojstava i markiranja granice/a. Takođe, zahvaljujući interakciji i transakciji, dolazi do razvrstavanja ljudi u imenovane kategorije (120,122). Pored ovih elemenata, bitnu ulogu ima i odnos moći. Naime, kada postoji nejednak pristup moći

između pripadnika i nepripadnika zajednici, tada grupni identitet, tj. pripadnost zajednici, postaje značajna u svakodnevnom iskustvu, može da određuje pristupu resursima (122), pa i da utiče na kvaliteta života i mentalno zdravlje.

U slučaju nejednake raspodele moći između društvenih grupa, zajednica, oni koji imaju moć postaju „značajni drugi” u odnosu na koje se gradi identitet i koji utiču na iskustvo nošenja tog identiteta. U konkretnom slučaju zajednice muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, „značajni drugi” su heteroseksualci/ke. Kako bi olakšao razumevanje dijalektičkog procesa definisanja i postojanja različitih zajednica, tj. društvenih grupa, *Jenkins* je uveo dva termina: „grupna identifikacija” – koja označava proces unutrašnjeg definisanja grupe, definisanja od strane samih pripadnika zajednice; i „društvena kategorizacija” – koji označava proces spoljašnjeg definisanja grupe, definisanja od strane nepripadnika zajednice. Grupna identifikacija i društvena kategorizacija mogu da budu kompatibilni procesi. Ovo znači da se unutrašnje viđenje zajednice potvrđuje od strane značajnih drugih, tj. spoljašnja definicija potvrđuje unutrašnju. Međutim, u slučaju nejednake raspodele moći, nije retko da se unutrašnje i spoljašnje definisanje ne poklapaju. Često spoljašnja definicija biva pejorativna, dok je unutrašnja često odgovor na tu definiciju i pokušaj da se ova negativna definicija izmeni, negira ili da se predstavi kao pozitivna (122). U bilo kom slučaju, spoljna definicija se preuzima i na osnovu nje se dalje manipuliše značenjem/identitetom u svakodnevnom životu. Identitet tako biva između ostalog određen i grupnom pripadnošću, tj. pripadnošću određenoj društvenoj kategoriji.

Bitno je istaći da se pripadnost određenim zajednicama (tj. grupni identiteti) može steći rođenjem (npr. nacionalni identitet), ili tokom života (npr. profesionalni identitet). Međutim, postoje grupni identiteti koji se mogu steći i rođenjem, a i kasnije tokom života – kroz proces ličnog razvoja, sazrevanja i samoosvešćivanja. Npr. identiteti poput rodnog identiteta i seksualne orijentacije se kulturno podrazumevaju i u većini slučajeva ne odstupaju od kulturne norme, a vezani su za pol prilikom rođenja (npr. seksualna privlačnost ka suprotnom polu, kao kulturna norma, rodni identitet u skladu sa polom na rođenju, takođe kao kulturna norma). Međutim, ovi identiteti mogu da odstupaju od kulturne norme i da kao takvi budu osvešćeni tokom života i sazrevanja individue.

Socijalno ponašanje je vezano i za grupni identitet, tj. pripadnost određenoj kategoriji, zajednici i za deljenje/nošenje njenih simbola. Društvene kategorije, tj. grupe, za sebe vezuju određeni položaj u širem okruženju, a u zavisnosti od pristupa moći, i određene očekivane društvene uloge koje se vezuju za pripadnike definisanih kategorija (111). Koje ponašanje se vezuje za određene društvene uloge uči se kroz proces socijalizacije i/ili inicijacije u samu grupu. Pripadnost grupi, zajednici, na taj način definiše ne samo identitet pojedinca, već i njegovo ponašanje.

Pojedinac može da ima više društvenih uloga, odnosno da pripada različitim grupama. U zavisnosti od konteksta interakcije, kao i identiteta osobe sa kojom se stupa u interakciju, osoba formira svoje ponašanje. S jedne strane, kroz interakciju osobe prikazuju ili skrivaju određeni grupni identitet, tj. ono što može da simboliše pripadnost grupi (123), a sa druge samo ponašanje se tumači i interpretira i daje mu se značenje u skladu sa simbolima koje dele učesnici u interakciji kao pripadnici iste/različitih grupa (120). Odnosno, ponašanje samo po sebi nema značenje, već ga dobija kroz interpretaciju posmatrača ili učesnika u interakciji, a interpretacija je u vezi sa raspolaganjem određenim kulturnim simbolima vezanim za način kategorisanja individua.

1.4.2.1. Teorija stigme

Svaka kategorizacija, pa i kategorizacija ljudi, u suštini jeste simplifikacija percipiranog okruženja radi stvaranja organizovane slike sveta. Na taj način, kategorizacija ljudi pomaže

individui da lakše misli o društvenom okruženju, odnosno da se lakše postavi i deluje u društvenom svetu. Ovo dalje za posledicu ima stvaranje stereotipija i predrasuda, s obzirom da društvene kategorije za sebe vezuju stavove (111). Predrasude su vrsta stava koji su logički nezasnovani, tj. ne počivaju na preciznim i tačnim, objektivnim, informacijama, već na pogrešnim ili generalizovanim informacijama. Ukorenjene su i teško se menjaju, jer su za njih po pravilu vezane jake emocije. Stereotipije su sastavni deo predrasuda i predstavljaju onaj kognitivni deo predrasuda kao stava. Stereotipije predstavljaju kognitivni odnos prema objektu predrasude i u suštini su uprošćeno i rigidno shvatanje, tj. znanje o karakteristikama objekta predrasude. Stereotipije služe čoveku da lakše kategorizuje pojave u svom okruženju, tj. da lakše stvara organizovanu sliku sveta i time da se brže i lakše snalazi u društvenoj realnosti. Međutim, ima i onih autora koji ulogu stereotipija vide u tome da predstavljaju opravdanje i racionalizaciju za neprijateljski stav prema određenim društvenim grupama i opravdanje za ispoljavanje agresivnosti ka tim grupama (111).

Društvene uloge, društvene grupe/zajednice i identitet individue proistekao iz grupne pripadnosti, tj. kategorizacije, može da ima svoje značajne implikacije na svakodnevni život, posebno zahvaljujući stereotipijama, predrasudama i s njima povezanoj stigmi. Do sad je utvrđeno da je stigma jedna od socijalnih determinanti zdravlja. Kao takva, ona ima značajne implikacije po stigmatizovane osobe u pogledu dostupnosti zdravstvene zaštite, pridržavanja propisanog terapijskog režima itd. (124). Jedan od prvih teoretičara stigme, *Goffman*, kad govori o stigmi i njenim implikacijama, govori u stvari o osobama sa „narušenim identitetom”. To su osobe koje nose onu osobinu za koju se vezuje stigma, tj. negativna društvena kategorizacija. To mogu da budu osobine koje je teško prikriti u svakodnevnoj interakciji (npr. boja kože, invaliditet i sl.), tj. osobine koje su manje ili više eksplicitne, a mogu biti i osobine koje uglavnom mogu da se prikriju (npr. seksualna orijentacija, profesija i sl.), tj. osobine koje su manje ili više implicitne. Kako *Goffman* navodi, osobine koje ne mogu da se sakriju u interakciji su one koje diskredituju osobu. Osobine koje mogu da se prikriju ili da se prikažu tokom interakcije su diskreditujuće za osobu. Dalje, on razlikuje osobine po tome da li su urođene ili ne i da li su trajne ili ne (npr. boja kože nasuprot dužini kose) (123). Ove osobine su simboli pripadnosti (stigmatizovanoj) grupi i otud oni nose određenu društvenu informaciju koja je poznata učesnicima u interakciji (123). Ova informacija može biti manje ili više kompleksna, u zavisnosti od značenja vezanih za simbol. Takođe, ova informacija govori nešto i o tome šta se može očekivati od osobe u pogledu ponašanja, mišljenja, nastupanja i deo je njene društvene uloge.

Autori koji su se posle *Goffman*-a bavili stigmom nastojali su da stigmi priđu iz više društvenog ugla, sa nivoa strukture, uvažavajući i dalje *Goffman*-ov individualni pristup. *Link* i *Phelan*, tako, objašnjavaju proces stigmatizacije kroz nekoliko faza razvoja. Prvo ide faza identifikovanja razlike, tj. markera razlike, tzv. označavanje. U sledećoj fazi se uočena osobina, označeno, povezuje sa negativnim stereotipijama, tj. dobija sadržaj. U trećoj fazi dolazi do kategorizacije i odvajanja označenih, tj. „njih” od „nas” koji pripadamo grupi koja nema uočeni marker razlike. I na kraju, svi koji su kategorisani kao označeni, oni koji poseduju marker razlike, za koje se vezuju negativne stereotipije, tj. pripadaju posebnoj grupi, gube društveni status i moć i bivaju diskriminisani. Na ovaj način *Link* i *Phelan* nastoje da spoje dva teorijska pristupa stigmi: jedan više strukturni pristup koji se zasniva na društvenoj kategorizaciji i markiranju granica između „nas” i „njih”, a drugi više individualni pristup koji počiva na individui i njenom iskustvu stigme kroz interakciju koja vodi gubitku društvenog statusa i diskriminaciji. Ističu da je za postojanje procesa stigmatizacije i s njim povezanim iskustvom stigme bitno postojanje razlika u društvenoj moći i dominaciji u odnosu dve grupe, odnosno predstavnika grupa u interakciji (125). Stigma se takođe može posmatrati i kao korektivni faktor u društvu. Naime, kroz proces stigmatizacije postavlja se društvena norma šta je to poželjno, a šta nepoželjno društveno ponašanje (126,127).

Scambler se bavio stigmom vezanom za zdravlje, primarno za epilepsiju i HIV/AIDS. On naglašava da je stigma primarno strukturni, tj. kulturalni fenomen koji ima svoje implikacije na individualnom nivou. Stigma postoji kroz opozicije. U okviru iste društvene norme postoji ono što je normalno i ono što je nenormalno, ono što je društveno prihvatljivo i ono što nije itd. Takođe, *Scambler* ističe da određene norme iz kojih proističe stigma uvek postoje u određenim strukturnim okvirima. Ovo dalje implicira da manifestacija stigme zavisi od kontekstualizacije i situacije. *Scambler* dalje razlikuje stigmom od devijacije. Stigma je ontološki nedostatak, a devijacija moralni. Za stigmom je vezan sram, a za devijaciju krivica. Dalje, on razlikuje tri oblika stigme: a) ispoljena stigma – diskriminacija; b) stigma koja se oseća – anticipacija da može doći do ispoljavanja stigme, do iskustva stigme, kao i internalizovan osećaj sramote; c) projektovana stigma – strategije za izbegavanje ili suprotstavljanje ispoljenoj stigmatizaciji, a da se pri tom ne internalizuje stigma, tj. da ne postoji stigma koja se oseća na individualnom nivou (128).

Herek govori o seksualnoj stigmatizaciji, tj. stigmatizaciji vezanoj za seksualne manjine, seksualnu orijentaciju. On pristupa stigmatizaciji kao kulturnom fenomenu koji se manifestuje na strukturnom nivou i na individualnom nivou. Na strukturnom nivou, seksualna stigma se manifestuje kroz institucije i vladajuću ideologiju kojima se daje legitimitet postojećoj seksualnoj stigmatizaciji i sa tim povezanim gubitkom moći i društvenog statusa, tzv. heteroseksizam. Heteroseksizam, tj. strukturna seksualna stigma, ispoljava se kroz narativ da je odstupanje od heteroseksualnosti nenormalno, nemoralno itd., što dalje utiče na skrivanje seksualne orijentacije na individualnom nivou. Ispoljavanje drugačije seksualne orijentacije od heteroseksualne vuče za sobom narativ da je to amoralno, nenormalno itd., što dalje opravdava da se osobama koje ispolje drugačiju seksualnost uskrati moć, da se diskriminišu ili da se nad njima vrši nasilje. Na individualnom nivou seksualna stigma se manifestuje u tri oblika: kao a) ispoljena stigma (etiketiranje, izbegavanje, izopštavanje, diskriminacija, nasilje itd.); b) stigma koja se oseća (individualna očekivanja da će doći do ispoljene stigmatizacije u određenim situacijama, znanje da postoji određena kategorizacija, bez obzira da li se kategorisana osoba slaže sa osobinama koje se pripisuju kategoriji); i kao c) internalizovana stigma (slaganje sa elementima negativne kategorizacije, tj. identifikovanje sa pripisanim negativnim osobinama). Stigma koja se oseća (anticipira) se manifestuje kod seksualnih manjina i kod heteroseksualaca. Kod seksualnih manjina se manifestuje kroz različite strategije skrivanja seksualne orijentacije u društvenim situacijama/interakcijama, a kod heteroseksualaca se manifestuje kroz izbegavanje situacija koje heteroseksualnu osobu mogu povezati sa stigmatizujućim identitetom, što nekad vodi i tome da heteroseksualci ispolje stigmom samo da bi dokazali da su heteroseksualci. Internalizovana stigma se kod seksualnih manjina ispoljava kao autostigma ili: internalizovana homofobija, internalizovani heteroseksizam, internalizovana homonegativnost. Kod heteroseksualaca internalizovana stigma se ispoljava kao seksualne predrasude ili: homofobija, homonegativnost, heteroseksizam (129).

Složenost stigme uvećava i postojanje višestruke stigme, tj. kada je jedna osoba stigmatizovana u odnosu na više svojih svojstava. Tako npr, višestruku stigmom često trpe osobe koje žive sa HIV-om, s obzirom na to da su obično stigmatizovani ne samo zbog svog HIV statusa, već dodatno i zbog onog što se smatra da je vezano za glavni način transmisije HIV infekcije (seksualna orijentacija, seks-rad kao posao, injektiranje droge i sl.), odnosno po drugom svojstvu koje za sebe vezuje stigmom u datoj zajednici (etnicitet, verska pripadnost itd.). U literaturi je do sad pokazano da je višestruka stigma kojoj su izložene osobe koje žive sa HIV-om povezana sa lošijom adherencijom za propisanu terapiju, teže odlučivanje da se jave zdravstvenoj službi radi lečenja i slično (130,131).

Na individualnom nivou gledano, postoje različite reakcije osoba na izloženost stigmatizaciji. Tako neke osobe, usled svesti o izloženosti stigmatizaciji, prihvataju i internalizuju pripisane negativne osobine, te se autostigmatizuju (123,128). Autostigma značajno narušava mentalno zdravlje (132). Druge osobe, pak, uzimaju aktivniji pristup, ali takav da nastoje da sakriju svoju

pripadnost stigmatizovanoj grupi. I na kraju, može se reći da postoje i oni koji se aktivno suprotstavljaju stigmatizaciji i nastoje da promene negativni narativ vezan za svoju grupu (123,128,133).

1.4.2.2. Teorija rizika

Reč „rizik” potiče od italijanske reči *risicare* u značenju „usuditi se” (134). Ovo implicira da je rizik u stvari stvar izbora i teorijski mu se tako u osnovi i pristupa. Dva su osnovna teorijska pristupa riziku. Prvi pristup je pozitivistički ili kognitivistički. On kreće od pretpostavke da je rizik objektivna stvarnost, da može da se kvantifikuje i proceni (135). Rizik se može proceniti ukrštanjem izloženosti riziku, posledica događaja i verovatnoće događaja (136). Ovaj pristup podrazumeva da je primena ekspertske, naučnog znanja o riziku ključna u preveniranju rizika. Otud se istraživanja usmeravaju na ono što bi bilo laičko znanje, odnosno misinterpretacija ekspertske, naučnog znanja i utvrđuju postojanje zablude koje dovode do rizičnih oblika ponašanja, odnosno pogrešnih izbora (137). Ovaj teorijski pristup često implicira da je povećanje znanja ključno za prevenciju rizičnih oblika ponašanja. Međutim, istraživanja su dalje pokazala da samo znanje nije ključno u odluci o ponašanju, te da edukacije često nemaju željene efekte na ponašanje individua (136).

Sociokulturni ili konstruktivistički pristup riziku pak smatra da je rizik društvena i/ili subjektivna kategorija. Ono što se kategoriše kao rizik je prethodno konstruisano na osnovu postojećeg znanja i društvenog diskursa. Socijalizacijom ljudi preuzimaju kategorije, ali, kako su oni i kreatori i kultura kulturnog konteksta, oni te kategorije, tj. njihovo značenje i znanje o njima, dalje modifikuju kroz interakciju (135). Ovo se odnosi i na kategoriju rizika, te je i ono što se percipira kao rizik promenljivo u zavisnosti od društvenog okruženja, ali i vremena u kom se uočava/javlja. Na nivou individue, sociokulturni, tj. konstruktivistički pristup implicira da je preveniranje ili preuzimanje rizičnih oblika ponašanja povezano sa individualnim znanjem (koje može da obuhvata i ekspertske znanje) i kontekstom u kom se nešto dešava (137), pri čemu ovo drugo često ima veći uticaj. Na nivou zajednice, rizik se posmatra kao društveni konstrukt koji, u zavisnosti od teorijskog okvira, modeluje ponašanje zajednice, odnosno individue unutar zajednice (135). Postoji više teorija koje se zasnivaju na sociokulturnom, tj. konstruktivističkom pristupu, kao što su strukturalne teorije (simbolizam, teorije rizičnog društva, teorije vladavine), i fenomenološke teorije (koje primat daju individualnoj percepciji rizika). Osnovna razlika u ovim teorijskim pravcima jeste od koje premise kreću: da rizik objektivno postoji, nezavisno od sociokulturnog konstrukta koji se na njega nadovezuje, ili da je rizik isključivo društveni konstrukt koji se samo u određenom društvenom kontekstu prepoznaje i postoji (135). U nastavku ćemo ukratko dati pregled osnovnih strukturalnih teorija.

Rizik se posmatra kao neželjeno ponašanje, za koje se kroz socijalizaciju uči da treba da se izbegava. *Merry Douglas* tako smatra da rizik ima svoju funkciju u očuvanju postojećih društvenih granica i očuvanju društvenog reda. Rizik je tako vezan za ona ponašanja koja krše postojeće norme, nisu u skladu sa očekivanjima drugih ili onim što se smatra ispravnim ponašanjem. Za nju, rizik je objektivno postojeći dok je odgovor na rizik kulturno determinisan. Kultura je ta koja daje okvir za percepciju, znanje o očekivanjima drugih, posledicama/sankcijama vezanim za ponašanje itd. Preuzimanje rizika tako za sobom povlači okrivljavanje od strane društvenog okruženja i marginalizaciju, s obzirom da su oni koji ruše norme ponašanja pretnja društvenom integritetu. Dalje, svaka kultura, po *Douglas*, poseduje određene pojave koje ne pripadaju nijednoj kulturnoj kategoriji, odnosno one koje pripadaju dve ili više kategorija. Te pojave su izvor nesigurnosti i anksioznosti i tretiraju se kao opasne i nečiste, odnosno za njih se vezuje rizik. One narušavaju organizovanu sliku sveta koja se nastoji održati/postići. Otud ponašanja koja podržavaju ove kulturne neusaglašenosti bivaju kategorisana kao rizična, društveno opasna, nečista (121,135).

Beck i *Giddens* smatraju da je modernizacija dovela do toga da je sadašnje društvo puno neizvesnosti, nesigurnosti i nepredviđenih situacija, te ga nazivaju „rizičnim društvom”. Upravo te neizvesnosti definišu rizik (135,137). Modernizacija, tj. tehnološki razvoj, dovodi do stvaranja rizika koji je posledica upravo tehnološkog razvoja (poput zagađenja vazduha i voda, globalno zagrevanje i sl.). U prevenciji rizika ljudi se oslanjaju na ekspertsko znanje, ali je i ono u modernom društvu nesigurno. Odnosno, često nema jednoznačnog ekspertskeg mišljenja, već više različitih (sukobljenih) mišljenja. Na nivou individue, moderno društvo unosi neizvesnost u život pojedinaca. Za razliku od tradicionalnog društva, koje je davalo okvir delovanja, moderno društvo je orijentisano ka budućnosti i pred čoveka stavlja izbor između različitih mogućnosti. U modernom društvu nema jasnih smernica kako individua da napravi izbor. Individua pravi izbore, nastojeći da proceni rizik u odnosu na željeni ishod, a oslanjajući se, između ostalog, na postojeće ekspertske znanje, koje joj je prihvatljivo/razumljivo. Značaj društvenih institucija se vidi u davanju okvira ekspertskeg znanja, a i u definisanju rizika. Takođe, ono što karakteriše rizično društvo jeste da se veličina rizika ne može sagledati (npr. globalno zagrevanje), da su tom riziku svi izloženi podjednako, bez obzira na društveno-ekonomski status, da do identifikacije rizika dolazi kroz dalji tehnološki razvoj društva (razvoj ekspertskeg znanja, ali i društvenih institucija koje podržavaju razvoj znanja u određenim sferama), da je izvor ovog nesagledivog rizika upravo u tehnološkom razvoju. Rizici čiji je izvor priroda (poput bolesti, zemljotresa itd.) mogu da se sagledaju, izračunaju i procene. Takođe, pored toga što tehnološki razvoj proizvodi neizvesnost i nesigurnost, on je pozitivno uticao i na smanjenje određenih prirodnih rizika, što je dovelo do npr. produžetka prosečnih godina života čoveka (134,135). Po *Giddens*-u bitno mesto u proceni rizika i pravljenju izbora ima poverenje u određeno ekspertske znanje. Davanju poverenja prethodi procena da li da se da poverenje i kome. Dodatno, bitna je i vera koja se pojavljuje tamo gde je mala verovatnoća da se nešto dogodi, a velike su posledice događaja (135). Zajedničko je da se rizik shvata kao objektivno postojeći, međutim u tom smislu ne nužno i identifikovan kao rizik. Riziku se tako pristupa kao subjektivnoj društvenoj kategoriji. Subjektivnost izvire iz institucija društva koje identifikuju određene rizike kao bitne i ističu ih, dok druge ili minimalizuju ili marginalizuju ili još nisu identifikovali (134).

Rhodes i *Žikić*, pak, govore o rizičnom okruženju. Ovde je naglašen kulturni kontekst u kom dolazi do odluke o preuzimanju ili preveniranju rizičnog ponašanja. Rizik se posmatra kao objektivna činjenica, ali subjektivna je njegova percepcija kroz prizmu individualnog znanja i konteksta, tj. okruženja u kom se rizik razmatra. Naglasak se pomera sa individue na njeno okruženje. Odnosno, smatra se da je individualni izbor uslovljen dejstvom okruženja u kom se nalazi. Rizično okruženje je tako skup faktora koji deluju spolja na individuu i utiču na njeno shvatanje i viđenje rizika. Okruženje se dalje prepoznaje na mikro i makro nivou. Mikro nivo je neposredno okruženje s kojim je pojedinac u direktnom kontaktu, dok je makro nivo – nivo strukture društva, kulturne norme, vladajuća politika i slično, i ovaj nivo nema direktan uticaj, ali daje okvir delovanja i posredno utiče na izbore individue. Okruženje u svoja dva nivoa (mikro i makro) može biti društveno (norme i stavovi neposrednog društvenog okruženja, praksa/delovanje pojedinaca i/ili predstavnika institucija, tj. značajnih drugih i sl. na mikro nivou i kulturne norme, vrednosti, institucije na makro nivou); fizičko (mesto života pojedinca na mikro nivou, odnosno šire područje života zajednice sa infrastrukturom na makro nivou); ekonomsko (način ostvarivanja prihoda, rashodi itd. na mikro nivou, ekonomski razvoj, razvoj zdravlja i slično na makro nivou), i političko (propisi koji deluju direktno na pojedinca, usluge koje postoje u zajednici i slično na mikro nivou, odnosno zakoni i regulative, javne politike i slično na makro nivou). Međusobno prožimanje i dejstvo faktora okruženja na pojedinca uslovljavaju njegove izbore u pogledu ponašanja, pa samim tim može se govoriti o okruženju koje je manje ili više rizično za pojedinca. Ovaj teorijski pristup naglašava da preventivne

napore treba usmeriti na delovanje na okruženje, kako bi se uticalo na smanjenje rizičnog ponašanja individue (138–140).

U ovom radu rizik od HIV infekcije se tretira kao objektivno postojeći, dok je njegova percepcija i ponašanje vezano za rizik društveni konstrukt koji zauzima svoje mesto u društvenoj kategorizaciji i identifikaciji pripadnika MSM zajednice.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Imajući u vidu epidemiološku situaciju u Srbiji, odnosno zastupljenost prenosa HIV infekcije nezaštićenim seksualnim odnosom među muškarcima, osnovni ciljevi studije su da se:

1. proceni znanje, stavovi i ponašanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima po pitanju HIV infekcije i da se identifikuju značajni nezavisni faktori za njihovo testiranje na HIV;

2. analiziraju kontekstualni faktori koji doprinose rizičnom ponašanju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima i da se sagleda na koji način muškarci koji imaju seks sa muškarcima percipiraju rizik od HIV infekcije.

Hipoteze od kojih polazimo u ovoj studiji su:

1. Ponašanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima zavisi od percepcije rizika od HIV infekcije, a njihova percepcija je pod uticajem stavova šireg i užeg društvenog okruženja o istopolnim seksualnim odnosima i HIV infekciji.
2. Značajni faktori koji doprinose da se muškarci koji imaju seks sa muškarcima savetuju i testiraju na HIV su seksualni odnosi bez kondoma, veći broj seksualnih partnera, ranije prisustvo polno prenosivih infekcija (PPI), kao i neadekvatno znanje o putevima prenošenja i prevenciji HIV infekcije.

3. METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. Metode i dizajn istraživanja

U ovoj studiji je korišćena kombinacija nekoliko metoda:

1. Sekundarna analiza podataka.
2. Kombinacija kvantitativnog istraživanja sprovedenog metodom uzorkovanja vođenog ispitanicima (engl. *Respondent-Driven Sampling*, u daljem tekstu RDS) i kvalitativnog istraživanja ugnježenog u šire kvantitativno istraživanje u okviru studije preseka.

Studija preseka omogućava da se u kratkom vremenskom periodu načini adekvatan presek stanja u populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, uz otvaranje mogućnosti da se utvrde određene pravilnosti, odnosno povezanosti između ispitivanih pojava.

3.1.1. Sekundarna analiza podataka

Sekundarna analiza podrazumeva analizu podataka koji su već sakupljeni u okviru ranijih istraživanja. Ciljevi u sekundarnoj analizi uglavnom su nezavisni od ciljeva koji su primarno bili definisani studijom (141,142). Sekundarna analiza se može odnositi na ponovnu analizu već objavljenih podataka ili na ponovnu analizu arhiviranih sirovih podataka (142). Prednosti sekundarne analize podataka jesu da dozvoljava dodatnu eksploraciju već sakupljenih podataka, dublju obradu specifičnih pitanja koja nisu obrađena i da štedi resurse (materijalne, ljudske i vremenske) za ponovno izvođenje studije (141,142). Mi smo sprovedeli sekundarnu analizu sirovih podataka dobijenih istraživanjem koje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa

muškarcima, gde je autor bio koordinator celokupnog istraživanja i glavni istraživač za kvalitativnu komponentu istraživanja.

3.1.2. Kombinovano kvantitativno i kvalitativno istraživanje – *mixed* metod

U literaturi se kombinovanje kvantitativnog i kvalitativnog pristupa označava terminom *mixed* metod ili istraživanje *mixed* metodom. Mada nema jedinstvene definicije, osnovne odrednice ovog metoda su da predstavlja integraciju i kombinaciju kvantitativnog i kvalitativnog istraživačkog metoda u jednom ili više elemenata studije, kao i da su istraživačka pitanja takva da se odgovori dobijaju kroz kvantitativni i kvalitativni pristup. Njegovom primenom dobijaju se rezultati koji se međusobno dopunjuju i proširuju saznanje, odnosno koji povećavaju validnost, širinu i dubinu nalaza (143).

Kombinovanje različitih metodoloških pristupa nije novina u nauci, posebno u okviru kulturne antropologije i sociologije (143,144). Cilj kombinovanja različitih pristupa jeste primarno dobijanje što validnijih rezultata, tako što se nedostaci samo jednog metodološkog pristupa nastoje prevazići kombinovanjem sa komplementarnim pristupom. U literaturi se pretežno ističe dihotomija kvantitativnog i kvalitativnog pristupa kroz različite metodološke elemente dizajna istraživanja (144–146). Međutim, upravo su razlike mesta susreta kvantitativnog i kvalitativnog pristupa prilikom njihovog kombinovanja, tj. u okviru *mixed* metoda. Moguće je povezivanje ovih pristupa na jednom ili na više metodoloških elemenata u dizajnu studije. Osnovno mesto povezivanja je istraživačko pitanje, odnosno pitanja na koja studija treba da odgovori. Može da se radi o jednom istraživačkom pitanju koje zahteva oba pristupa da bi se na njega odgovorilo ili da postoje minimum dva istraživačka pitanja – ono koje implicira kvalitativan pristup i ono koje implicira kvantitativan (147–149). Ovo bi značilo da studija treba da odgovori ne samo na pitanja učestalosti određene pojave i utvrđivanja odnosa među varijablama već i na pitanja vezana za kontekst pojave, njen opis, percepciju ili značenje pojave kroz subjektivni konstrukt normi, vrednosti i povezanih ponašanja. Posledično, različita istraživačka pitanja zahtevaju različite teorijske pristupe. Otud, pitanja koja impliciraju kvalitativne metode uglavnom podrazumevaju eksplorativni tip studije, kao i induktivni ili abduktivni pristup. U tom smislu, kvalitativne metode daju dobar osnov za generisanje teorija i postavljanje hipotezi koje se dalje ispituju kroz kvantitativni pristup. S druge strane, kvantitativna pitanja uglavnom pripadaju eksplanatornom tipu studija, koje podrazumevaju deduktivan pristup i prethodno postavljanje hipoteza (145–148,150).

U odnosu na način sakupljanja podataka, kvalitativni i kvantitativni pristup se mogu kombinovati na više načina, a u zavisnosti od istraživačkog pitanja. Obično se ističu dva tipa realizacije komponenti istraživanja u odnosu na vreme izvođenja (istovremeno, tj. simultano i sekvencionalno), sa po tri osnovna dizajna. U odnosu na vreme izvođenja istraživanja, moguće je da se kvalitativni i kvantitativni deo istraživanja izvode istovremeno, pri čemu oba dela zauzimaju jednak status po značaju, ili može da se da veći značaj jednom od dva pristupa, dok je drugi više dopuna tom osnovnom pristupu (143,149). U ovom slučaju istraživanja se rade paralelno i dizajnom su predviđene oblasti koje je potrebno pokriti kvantitativnim segmentom, a koje kvalitativnim, kako bi podaci mogli da se dopune i da se dobije šira slika problema. Zatim, ukoliko je reč o sekvencionalnom izvođenju, prvo se realizuje jedan deo istraživanja (kvantitativni ili kvalitativni), a zatim, nakon osnovne obrade dobijenih podataka, izvodi se drugi deo istraživanja (kvalitativni ili kvantitativni). Ovakav dizajn podrazumeva da su rezultati prvog dela istraživanja od značaja za dalje planiranje i postavljanje drugog dela istraživanja (143,147,149). Naravno, moguće je da studija ima više od dva dela, ali princip je isti – svaki deo ima svoje vreme izvođenja koje sledi po realizaciji prethodnog dela. Dalje, kada je reč o statusu, i u sekvencionalnom dizajnu studije moguće je da kvalitativni i kvantitativni pristup imaju jednak značaj i jednak status, ali takođe, u zavisnosti od istraživačkog/ih pitanja, može

da jedan pristup bude dominantan, dok je drugi njegova dopuna (143,149). Koji pristup će prvo biti realizovan u sekvencionalnom dizajnu zavisi od istraživačkog pitanja i ciljeva.³

Kvantitativni i kvalitativni pristup je moguće kombinovati i u domenu uzorkovanja. Kvalitativni podaci mogu da obezbede potrebne informacije na osnovu kojih će se odrediti najpogodniji metod uzorkovanja, posebno kada je reč o teško dostupnim populacijama, ili da pomognu pri regrutaciji svih ili dela participanata, posebno kada je reč o metodama poput, na primer, namernog uzorka, ili metoda „grudve snega” i uzorkovanja vođenog ispitanicima gde se namernim metodom, tj. ciljano biraju inicijalni ispitanici. Kvantitativno istraživanje, takođe, može biti osnov za regrutovanje ispitanika za kvalitativnu komponentu istraživanja. Kvantitativni podaci i/ili kvantitativni pristup omogućava da se selektuju oni ispitanici koji će zadovoljiti zahtev za, npr. „maksimumom varijacije fenomena” (151), tj. koji će zadovoljiti kriterijume različitosti unutar uzorka.

Kvantitativni i kvalitativni pristup se dalje mogu kombinovati i u pogledu same analize podataka, mada se najčešće analiziraju zasebno. Tako se npr. kvantitativni podaci mogu koristiti kao okvir za kodni ključ, tj. za teme na osnovu kojih se dalje radi obrada kvalitativnih podataka (147). Zatim, moguće su transformacije podataka. Odnosno, moguće je raditi pretvaranje kvalitativnih podataka u kvantitativne (kvantifikaciju kvalitativnih podataka) ili pretvaranje kvantitativnih u kvalitativne (kvalifikaciju kvantitativnih podataka) (149,152). Takođe, moguće je povezivanje određenih kvantitativnih podataka individualnih slučajeva sa kvalitativnim podacima istih slučajeva (147).

Jedno od ključnih mesta kombinovanja kvalitativnog i kvantitativnog pristupa, pored istraživačkog pitanja, jeste predstavljanje nalaza i njihova interpretacija. Dva su osnovna načina – zasebno prezentovanje i interpretacija kvantitativnih i kvalitativnih nalaza, i kombinovano predstavljanje, gde se obično u okviru istih tema predstavljaju kvalitativni i kvantitativni nalazi (147,148). U svakom slučaju, značajno je da se nalazi sagledaju iz više uglova, tj. i kroz kvantitativnu i kroz kvalitativnu prizmu. Ovo omogućava dopunjavanje podataka, njihovo bolje sagledavanje i objašnjavanje. Često se u literaturi spominje kao jedan od osnovnih ciljeva kombinovanja kvalitativnog i kvantitativnog pristupa upravo triangulacija podataka i njihova konvergencija (147,148). Međutim, posebno mesto zauzima i iznalaženje razlika u nalazima kvantitativnih i kvalitativnih komponenti istraživanja (147). Upravo razlike ili nedoslednosti otvaraju prostor za dalje naučno saznanje.

U našoj studiji, kvantitativni i kvalitativni pristup su kombinovani u odnosu na:

- ciljeve studije na koja se odgovori dobijaju kroz kvantitativni i kvalitativni pristup; na pitanje vezano za utvrđivanje učestalosti različitih oblika ponašanja rizičnih u odnosu na HIV, prevalenciju znanja i rasprostranjenost različitih stavova vezanih za HIV, kao i utvrđivanje faktora koji su povezani sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci odgovore daje kvantitativna komponenta istraživanja; na pitanja vezana za kontekst u kom se određeni oblici ponašanja javljaju i razloga koji stoje iza njih, za način na koji znanje i stavovi opravdavaju određene oblike rizičnog ponašanja, kao i za percepciju HIV infekcije i testiranja na HIV odgovore daje kvalitativna komponenta istraživanja.

Vođeni postavljenim ciljevima studije, posebna mesta ukrštanja kvantitativnog i kvalitativnog pristupa u ovoj studiji su:

³Na primer, kvalitativni deo istraživanja može da prethodi kvantitativnom kada se o izučavanom fenomenu malo zna. Tada nalazi kvalitativnog istraživanja služe za razvoj istraživačkog instrumenta ili za razvoj metodologije uzorkovanja koja će odgovarati kontekstu i populaciji. Kvantitativni deo istraživanja može da prethodi kvalitativnom kako bi se dobili podaci o rasprostranjenosti određene pojave i utvrdili određeni odnosi među varijablama. Kvalitativni deo istraživanja dalje omogućava da se pojava kontekstualizuje, da se daju dublja objašnjenja pronađenih odnosa, da se sagleda percepcija ispitanika koja može bolje da objasni postojanje ili nedostatak postojanja određenih odnosa među varijablama. Više u referenci (147).

- okvir uzorkovanja, pri čemu je uzorkovanje vođeno ispitanicima (RDS) za potrebe kvantitativnog istraživanja služilo kao osnov za uključivanje ispitanika u ugnjeđeno kvalitativno istraživanje koristeći namerno uzorkovanje;
- tematski okviri za sakupljanje podataka u kvalitativnom istraživanju i u kvantitativnom istraživanju su bili kompatibilni;
- analiza i interpretacija nalaza, gde smo nalaze predstavili kombinovano, u okviru istih tematskih celina.

Po dizajnu istraživanja, u odnosu na vreme i način kombinovanja kvantitativne i kvalitativne komponente istraživanja, istraživanje pripada tipu simultanog istraživanja, tj. istovremenog izvođenja obe komponente. Status obe komponente u studiji je jednak. U našem dizajnu, kvalitativna studija je bila po tipu ugnjeđena studija u okviru kvantitativne studije. Svaka komponenta je posebno dizajnirana sa jasno istaknutim mestima na kojima se ukrštaju. Tokom same implementacije na terenu značajno mesto ukrštanja je bilo u odmenu uzorkovanja. Kvalitativna studija, kao ugnjeđena, oslonila se na uzorački okvir i procedure uzorkovanja kvantitativne RDS studije. Po dodatnim kriterijumima, radi zadovoljenja kriterijuma maksimuma variranja fenomena, među ispitanicima dosegnutim kroz kvantitativno RDS istraživanje regrutovani su oni koji su dalje učestvovali u kvalitativnom istraživanju sprovedenom koristeći dubinske intervju i diskusije u fokus grupama.

3.1.3. Metod uzorkovanja vođenog ispitanicima (engl. *Respondent-Driven Sampling*, RDS)

Kvantitativna studija je sprovedena metodom uzorkovanja vođenog ispitanicima (RDS). RDS metod uzorkovanja je jedan od metoda koji se preporučuje za teško dostupne, skrivene i marginalizovane populacije (153,154) i, zahvaljujući osnovnim pretpostavkama RDS metoda, omogućava da uzorkovanje bude reprezentativno i zasnovano na verovatnoći, uz uslov da se obrada podataka radi takođe RDS metodom (155).

RDS se zasniva na postojećim društvenim mrežama samih ispitanika i predstavlja, u stvari, razvijenu verziju lančanog, tj. mrežnog uzorkovanja „grudve snega” (156,157). Naime, po RDS metodu, regrutovanje ispitanika vrše sami ispitanici u okviru svojih parnjačkih društvenih mreža, tako što pozivaju ograničen broj pripadnika ciljne populacije koji su deo njihove društvene mreže, tj. njihove prijatelje/poznanike. U tom smislu, ispitanike kao pripadnike određene populacione grupe identifikuju osobe iz njihove društvene mreže, te nije potrebno da unapred budu poznati samom istraživaču kao takvi (154,156). Osnov za primenu RDS metoda uzorkovanja jeste postojanje razgranatih i čvrstih društvenih mreža u izučavanoj populaciji. Nedostatak istih ili postojanje ograničenog broja manjih društvenih grupa međusobno nepovezanih se pokazalo kao bitan faktor koji utiče na izvodljivost RDS metode uzorkovanja (158).

Uzorkovanje RDS metodom podrazumeva da se za studiju prvo regrutuju tzv. *semena*, tj. inicijalni ispitanici poznati istraživaču koji su namerno odabrani kao oni koji imaju veliku društvenu mrežu, dobro su povezani sa drugim članovima populacije i imaju razvijene socijalne veštine. *Semena* su jedini ispitanici koji bivaju ciljano regrutovani direktno od strane istraživačkog time. Po učešću, *semena* dobijaju ograničen broj kupona, posebno numerisanih (što omogućava praćenje lanca regrutovanja), sa određenim rokom važenja, koje daju osobama iz svoje društvene mreže pozivajući ih da učestvuju u istraživanju. Pozvane osobe dolaze na istraživačku lokaciju i mogu da učestvuju samo ako imaju validan kupon. *Semena* su jedine osobe koje u istraživanju učestvuju bez prethodno dobijenih kupona. Ispitanici koji su se odazvali na poziv *semena* i koji su učestvovali sa validnim kuponom u istraživanju čine prvi *talas* ispitanika. Po svom učešću oni takođe dobijaju ograničen broj posebno numerisanih kupona, koje daju svojim poznanicima koje pozivaju da učestvuju u istraživanju. Oni koji se

odazovu, a potvrde validnim kuponom da su pozvani da učestvuju od strane onih koji su već učestvovali, čine drugi *talas* ispitanika. I tako se dalje vrši regrutacija do dosezanja definisane veličine uzorka (156). Numeracija kupona omogućava praćenje lanca regrutovanja, što uključuje praćenje od kog *semena* potiču svi kasniji ispitanici i kom *talasu* pripada svaki dosegnuti ispitanik. Ograničavanjem broja kupona kojima jedna osoba može pozvati druge učesnike nastoji se prevazići pristrasnost u uzorku koja može nastati ako jedna osoba regrutuje veliki broj osoba iz svoje mreže, dok druga osoba ne regrutuje nikog ili veoma mali broj ispitanika. Na ovaj način neki delovi populacije ne budu dosegnuti, a uzorak biva prebojen osobama iz jedne društvene mreže, što ne dozvoljava generalizaciju nalaza. Ograničavanjem broja kupona ograničava se broj osoba koje mogu biti pozvane od strane jednog ispitanika i povećava reprezentativnost uzorka (154,156,157).

U ovom sistemu značajno mesto zauzimaju kuponi i s njima povezan sistem motivisanja ispitanika za učešće i dalje regrutovanje ispitanika. Svakom *semenu* se dodeljuje poseban broj, a po učešću svako *seme* dobija ograničen broj kupona posebno numerisanih (sa oznakom *semena* i *talasa* kom pripada onaj koji će biti pozvan da učestvuje). Svaki sledeći ispitanik dobija kupone numerisane po istom principu, tako da se zna ko je regruter (onaj koji poziva u istraživanje) budućeg ispitanika i kom lancu pripada. Kuponi imaju i određeno vreme važenja, koje se definiše na osnovu procene učestalosti kontakata unutar društvene mreže, tj. koliko je u proseku potrebno osobi da pozove nekog od svojih parnjaka u istraživanje i koliko vremena je pozvanima potrebno da se odazovu. Kuponi koji se distribuiraju su ujedno i motivatori za učešće i dalje regrutovanje. Onaj koji donese validan kupon i učestvuje u istraživanju biva posebno motivisan, tj. dobija određenu nadoknadu (novac, poklon ili uslugu). Takođe, onaj ko je uspešno regrutovao svoje parnjake, u smislu da su se odazvali i da su učestvovali u istraživanju, dobija za svaku regrutovanu osobu dodatnu nadoknadu (novac, poklon ili uslugu) (154,156). Bitno je da nadoknada ne bude premala, već da bude dobro balansirana, tako da odgovara minimalnoj vrednosti koja će držati ispitanike motivisanim za učešće i regrutovanje svojih parnjaka (158). Na ovaj način se osigurava motivisanost tokom istraživanja i dosezanje definisane veličine uzorka.

Za postizanje reprezentativnosti, tj. smanjenja pristrasnosti uzorka, bitna je veličina društvene mreže svakog ispitanika, povezanost različitih subpopulacija unutar ciljne populacije putem društvenih mreža, kao i dosezanje ekvilibrijuma (konvergencije) i nepostojanje homofilije u odnosu na ključne varijable (154,155). Naime, RDS metod nije samo način uzorkovanja ispitanika, već podrazumeva i specifičnu analizu koja obezbeđuje postizanje reprezentativnosti uzorka (155,156).

Za razliku od jednostavnog slučajnog uzorka gde je verovatnoća uključivanja u uzorak ista za sve i unapred je poznata, kod RDS metoda ovo nije slučaj. Da bi se odredila verovatnoća da jedan ispitanik bude uključen u istraživanje potrebno je da se zna veličina društvene mreže one osobe koja ga je uključila u istraživanje. Ukoliko regruter ima malu društvenu mrežu, verovatnoća da ispitanik bude uključen je veća, nego ukoliko regruter ima veliku društvenu mrežu. Da bi mogla da se izračuna verovatnoća, prilikom RDS metoda uzorkovanja svi ispitanici koji se uključuju u studiju treba što preciznije da navedu koliko članova broji njihova društvena mreža. Društvena mreža u ovom smislu podrazumeva osobe koje ispitanik zna po imenu i koje njega znaju o imenu, dakle imaju svojstvo prijatelja ili poznanika. Dalje se ovaj broj ograničava na one koji pripadaju istoj ciljnoj populaciji kao i ispitanik i na one s kojim su bili u kontaktu određeni vremenski period pre istraživanja (npr. jedan mesec) (155). Kada je reč o vremenskom okviru, on se određuje na osnovu procene učestalosti kontakata u populaciji na osnovu postojećih informacija, te to može biti i period manji ili veći od mesec dana. Veličina mreže dalje daje osnov za izračunavanje odgovarajućih pondera potrebnih za analizu podataka i davanje procena za populaciju (155). Kada je reč o populacionim procenama, bitno je istaći da je neophodno voditi računa o ukrštanju populacija sa različitim istraživačkim lokacija, tj.

geografskih područja. Ukoliko istraživačke lokacije nisu povezane, uopštavanje je moguće samo na nivou istraživačke lokacije, tj. jednog geografskog područja. Povezanost istraživačkih lokacija se procenjuje na osnovu verovatnoće da će oni koji žive na jednoj lokaciji uspešno regrutovati one koji žive na drugoj lokaciji da dođu na njihovu lokaciju da učestvuju u istraživanju i obratno (159).

Kao što je rečeno, pored postojanja razgranatih društvenih mreža u ciljnoj populaciji, bitno je da unutar populacije postoje društvene mreže i između različitih subgrupa unutar populacije. Na ovaj način postoji verovatnoća da će se prilikom lančanog regrutovanja dosegnuti sve podgrupe unutar ciljne populacije, bez obzira kojoj podgrupi pripada ili koja svojstva ima inicijalni ispitanik, tj. *seme*. Ova verovatnoća je zasnovana na Markovljevom slučajnom procesu, kojim se naglašava da stanje koje neko/nešto može zauzimati u budućnosti ne zavisi od pređašnjih stanja, već da su sve informacije o verovatnoći budućeg stanja sadržane u sadašnjem, nezavisno od pređašnjih (154). Konkretno, ovo implicira da će regrutovani ispitanici imati svojstva koja reprezentuju svojstva grupe, nezavisno od svojstava inicijalnih ispitanika (154,155). Polazi se od toga da iako inicijalni ispitanici regrutuju sebi slične osobe iz svojih društvenih grupa, ova sličnost sa inicijalnim ispitanicima opada što se više odmiče od *semena*, tj. kako se doseže više *talasa* ispitanika u lancu. Na ovaj način se doseže ekvilibrijum (konvergencija) u uzorku, tj. faza u kojoj uzorak više nije pristrasan u odnosu na karakteristike *semena*, već predstavlja karakteristike populacije. Ovo znači da se očekuje da se po doseganju ekvilibrijuma, bez obzira na dalje uključivanje novih talasa ispitanika, zastupljenost karakteristika u uzorku ne menja značajno (oko 2%) (154,155). Princip kojim se označava tendencija da osobe regrutuju sebi slične po određenim opštim sociodemografskim karakteristikama, naziva se homofilija. Ukoliko je homofilija viša, to znači da su osobe u većoj meri regrutovale sebi slične (npr. osobe ženskog pola su učestalije regrutovale osobe ženskog nego osobe muškog pola), a ukoliko je niža označava suprotno – da su osobe regrutovale učestalije one koji se od njih razlikuju. U oba slučaja postoji pristrasnost. Homofilija bi trebalo da bude neutralna (154,155). U zavisnosti od softvera za obradu RDS podataka, neutralna homofilija je ona čije su vrednosti približno 0 (160), odnosno približno 1 (161).

Prednosti RDS metoda uzorkovanja jesu: mogućnost uzorkovanja reprezentativnog uzorka za populaciju za koju ne postoji uzorački okvir i gde jedinice koje ulaze u uzorak nisu unapred poznate istraživaču; regrutovanje ispitanika vrše sami ispitanici, što omogućava drugačiju organizaciju terenskog rada: istraživački tim ne ide na teren u potrazi za ispitanicima, već ispitanici dolaze sami na jednu istraživačku lokaciju gde se sprovodi istraživanje. Dodatno, pored prednosti vezanih za samo doseganje ispitanika, tu su i prednosti vezane za mogućnost analize podataka RDS metodom, u cilju dobijanja procena koje se mogu uopštiti na izučavanu populaciju na definisanoj lokaciji.

U kontekstu naše studije, primena RDS metoda uzorkovanja je opravdana, s jedne strane, time što je populacija muškaraca koji imaju seks sa muškarcima jedna od teško dostupnih populacija u našoj sredini, usled visokog stepena stigme vezane za drugačiju seksualnu orijentaciju. Mada jedan deo populacije ne skriva svoju seksualnu orijentaciju, i dalje nisu spremni svi da se izjasne kao homoseksualno ili biseksualno orijentisani. Takođe, jedan deo populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima se identifikuju kao heteroseksualci. U tom smislu, kada postoji skrivanje identiteta ili ponašanja koje je osnov za identifikovanje ciljne populacije, istraživač nema mogućnost da samostalno identifikuje sve članove populacije, napravi uzorački okvir i dođe do reprezentativnog uzorka. RDS metod je preporučljiv upravo u takvim slučajevima. Sa druge strane, muškarci koji imaju seks sa muškarcima, kako pokazuju prethodna istraživanja kod nas i u regionu (75,162), kao i konsultativni razgovori sa predstavnicima udruženja koja sprovode preventivne programe u populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima na tri istraživačke lokacije, ima razgranate

i međusobno dobro povezane društvene mreže, što je osnov za primenu RDS metode uzorkovanja.

3.1.4. Metod namernog uzorkovanja

Kvalitativna komponenta istraživanja je sprovedena korišćenjem metoda namernog uzorkovanja, kako za selekciju ispitanika za dubinske intervju, tako i za selekciju učesnika u fokus grupama.

Ne postoji jednoznačno shvatanje i definisanje metoda namernog uzorkovanja, tj. njegovog sadržaja u metodološkom smislu (163). Ono što je zajedničko u svim odrednicama namernog uzorkovanja jeste da ono podrazumeva da istraživač namerno selektuje one jedinice uzorka koje će omogućiti sakupljane dovoljno informativnog i sveobuhvatnog materijala vezanog za izučavani fenomen (151,164,165). Naime, za kvalitativna istraživanja je značajno odabrati ispitanike tako da to budu oni koji poseduju informacije od značaja za istraživanje (iskustvo, mišljenje, stavove itd.) i mogu da ih verbalizuju, odnosno na drugi način prenesu. U tom smislu, za kvalitativna istraživanja je bitno imati dovoljno ispitanika koji će pomoći da se fenomen što bolje sagleda, razume, opiše i kontekstualizuje (164). Veličina uzorka u kvalitativnim istraživanjima je obično mala, tj. obično je određena saturacijom u podacima (151,164–166).

Selekcija ispitanika primenom namernog uzorkovanja se vodi određenim kriterijumima koji mogu biti definisani pre ili u toku terenskog rada na sakupljanju podataka ili kombinovano (i pre i tokom terenskog istraživačkog rada). Kriterijumi mogu biti jasno određeni u vidu varijabli (u odnosu na uzrast, pol, nacionalnu pripadnost, određeno ponašanje itd.), ili teorijski definisani u vidu teme na koju se fokusira, te u skladu sa temom traže se i regrutuju ispitanici (kazivači).

Postoje različite strategije namernog uzorkovanja, ali nema konsenzusa koje sve strategije pripadaju namernom uzorkovanju, a koje mogu da se posmatraju kao poseban metod. *Patton* tako razlikuje čak 40 strategija namernog uzorkovanja razvrstanih u osam osnovnih kategorija (167). Strategije se razlikuju u odnosu na vreme kada se definiše struktura uzorka (pre istraživanja ili tokom istraživanja ili kombinovano), na međusobni odnos karakteristika ispitanika (homogeni ili heterogeni po određenim karakteristikama) i na cilj istraživanja, tj. zahteve koji iz njega proizilaze (165). Neke od strategija namernog uzorkovanja su: strategija maksimalnog variranja uzorka (selektovanje onih ispitanika koji se razlikuju prema određenim varijablama za koje se pretpostavlja da imaju uticaj na izučavani fenomen, kako bi se identifikovale različitosti i našli zajednički obrasci koji se ponavljaju u različitim slučajevima); strategija odabira tipičnih slučajeva (selektovanja onih koji predstavljaju proseka radi razumevanja i prikaza onog što je uobičajeno); strategija selekcije ključnih informanata (odabir onih koji dobro poznaju određenu temu ili problem); stratifikovan namerni ili kvotni uzorak (struktura uzorka se definiše prema određenim varijablama od interesa, tako da se za svaku grupu varijabli definiše i mali broj jedinica posmatranja, pri čemu je značajno prethodno poznavanje karakteristika populacije); strategija odabira pozitivnih devijanata (poređenje onih u zajednici koji imaju uspešan odgovor na određeni problem); strategija selekcije homogenih slučajeva (odabir onih sa sličnim karakteristikama); selekcija po oportunitetu (prethodno ne planirana regrutacija ispitanika koji mogu dati poseban doprinos boljem sagledavanju teme); selekcija „grudvom snega” (uključivanje onih sa određenim karakteristikama po preporuci uključenih ispitanika); itd. (151,163–165,167). Teorijski odabir uzorka, tj. teorijsko uzorkovanje se, u zavisnosti od autora, tretira kao samostalni metod uzorkovanja (151,164,168), a nekad kao jedna od strategija namernog uzorkovanja (165,167). Teorijski odabir uzorka se vezuje za teoriju „utemeljenosti” (engl. *grounded theory*) i odlikuje ga odabir ispitanika u skladu sa potrebama istraživanja, tj. u skladu sa pretpostavkama i pitanjima koja se

otvaraju tokom sakupljanja podataka, a u procesu induktivne analize i izgradnje teorije zasnovane na podacima (151,167,168).

Zajedničko za sve strategije namernog uzorkovanja jeste fleksibilnost uzorkovanja i prilagođavanje uključivanja ispitanika zahtevima terena i zahtevima saznanja do kojih se dolazi tokom sakupljanja podataka; fleksibilnost veličine uzorka, definisane često teorijskom saturacijom (zasićenje u podacima, tj. prestanak otvaranja novih tema ili novih perspektiva u odnosu na izučavani fenomen); fleksibilnost u pogledu strategija u smislu mogućnosti kombinovanja različitih strategija namernog uzorkovanja u praksi u cilju odgovora na istraživačko pitanje (165,166).

Kombinovanje različitih strategija namernog uzorkovanja prilikom istraživanja *Patton* je formalno prepoznao kao kategoriju kombinovanog (engl. *mix*), stratifikovanog i ugnježenog uzorkovanja. U okviru ove kategorije se nalazi kombinovanje različitih strategija namernog uzorkovanja s jedne strane, a sa druge, kombinovanje strategija namernog uzorkovanja sa uzorkovanjem zasnovanim na verovatnoći, primenjenim u kvantitativnim metodima uzorkovanja (167). Prilikom kombinovanja uzorkovanja zasnovanog na verovatnoći i strategija namernog uzorkovanja, on razlikuje nekoliko tipova kombinacija metoda: stratifikovana (korišćenje statističkih podataka za formiranje uzoračkog okvira, stratum, za kvalitativno istraživanje); sekvencionalna (namerno uzorkovanje onih koji su selektovani nekom od metoda uzorkovanja zasnovanog na verovatnoći); paralelna (paralelno izvođenje oba tipa uzorkovanja); triangulacija (poređenje uzoraka formiranih različitim tipovima uzorka i dobijenih nalaza); usmerena na utvrđivanje validnosti (sprovođenje terenskog kvalitativnog istraživanja o procesu uzorkovanja u prethodno izvedenom kvantitativnom istraživanju) (167). Ostali autori kombinovanje različitih strategija prećutno tretiraju kao podrazumevanu praksu terenskog istraživačkog rada.

Metod namernog uzorka omogućava dosezanje onih ispitanika koji mogu da pruže dovoljno bogate i sveobuhvatne informacije od značaja za odgovor na cilj istraživanja. Takođe, omogućava teorijski otvoren pristup fenomenu, što je posebno značajno za one teme koje su nedovoljno poznate ili koje zahtevaju bolje sagledavanje u specifičnim kontekstima. Namerno uzorkovanje omogućava tzv. naturalističko sagledavanje fenomena (u okvirima svakodnevice ispitanika). Posebno je pogodan za teško dostupne populacije, čime se omogućava da se sa malim brojem ispitanika sagleda sadržaj i kontekst određenog fenomena.

U okviru realizovane studije, metod namernog uzorkovanja je omogućio kontekstualizaciju i sagledavanje faktora koji doprinose rizičnom ponašanju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, kao i njihove percepcije rizika od HIV infekcije. U konkretnoj studiji je primenjen kombinovani metod, koji bi, po *Patton*-ovoj podeli, pripadao sekvencijalnom kombinovanom metodu, tj. kombinovanju uzorkovanja zasnovanog na verovatnoći, tj. RDS metoda uzorkovanja, sa namernim uzorkovanjem strategijom maksimalne varijacije u uzorku. Kako su ispitanici koji učestvuju u kvalitativnoj komponenti ujedno i deo onih koji su učestvovali u kvantitativnoj komponenti, ovakav tip uzorkovanja pomaže da se bolje sagledaju kvantitativni podaci i da se dublje sagledaju i kontekstualizuju numerički podaci, što ujedno odgovara i cilju naše studije.

3.2. Uzoračka populacija

Za potrebe istraživanja, definisali smo ciljnu populaciju kao osobe muškog pola koje imaju seksualne odnose sa osobama muškog pola bez obzira na njihovu seksualnu orijentaciju. Uzoračka populacija su nam bile punoletne osobe muškog pola koje su imale analni seksualni odnos sa osobom/a muškog pola u poslednjih 6 meseci.

3.3. Lokacije i vremenski okvir istraživanja

Istraživanje je implementirano tokom novembra i decembra 2013. godine u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu. Gradovi u kojima je realizovano istraživanje su s jedne strane regionalni, univerzitetski i klinički centri, a sa druge su gradovi u kojima su u vreme istraživanja bila funkcionalna udruženja koja su sprovodila programe prevencije HIV infekcije u ovoj populaciji (Siguran puls mladih, SPM, u Beogradu; Omladina JAZAS-a Novi Sad u Novom Sadu i Asocijacija Duga u Kragujevcu). Postojanje funkcionalnih udruženja je bilo jedan od osnovnih kriterijuma za odabir gradova u kojima će se realizovati istraživanje. Naime, muškarci koji imaju seks sa muškarcima predstavljaju jednu od teško dostupnih, skrivenih populacija. U studiji se krenulo se od pretpostavke da udruženja koja sprovode programe prevencije HIV infekcije imaju adekvatan pristup populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima i da će saradnja sa ovim udruženjima na terenu pomoći tokom regrutacije ispitanika. Pored benefita koja ovakva saradnja ima za samo istraživanje, tu su i benefiti za same ispitanike, kao i za udruženja. Naime, ispitanici dosegnuti istraživanjem, a koji sami nisu imali susret sa programima HIV prevencije, dobijaju informaciju kao i direktan uvid u to koje su preventivne usluge dostupne, a udruženja dobijaju mogućnost da dosegnu ovim uslugama one osobe koje ranije nisu bile u kontaktu sa njihovim udruženjem, tj. nisu koristili njihove usluge.

3.4. Kvantitativna komponenta istraživanja

3.4.1. Uzorkovanje i veličina uzorka

Na osnovu predefinisanih kriterijuma, u istraživanju su mogle da učestvuju osobe muškog pola, uzrasta 18–59 godina, koje su imale analni seksualni odnos sa osobom muškog pola u poslednjih 6 meseci, koje žive ili rade na teritoriji istraživanja u periodu minimum od tri meseca pre uključivanja u studiju, koje imaju validan kupon dobijen od osobe koja je prethodno učestvovala u istraživanju i daju pisani informisani pristanak za učešće u istraživanju.

U istraživanje nisu uključivani oni koji nisu muškog pola, koji su mlađi od 18 godina ili stariji od 59, koji nisu imali analni seksualni odnos sa osobom muškog pola u poslednjih 6 meseci, koji ne žive ili ne rade na teritoriji istraživanja tokom minimum poslednja tri meseca, koji nemaju kupon ili imaju kupon koji nije validan, koji su prethodno već učestvovali u istraživanju na nekoj od istraživačkih lokacija (Beograd, Novi Sad ili Kragujevac), koji nisu u mentalno podobnom stanju, tj. nisu kompetentni da daju informisani pristanak (smetnje u razvoju, ili pod značajnim dejstvom alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci, tako da nije u stanju da razume pitanja i održi minimum potrebne pažnje) i koji nisu dali informisani pristanak.

U kvantitativni deo istraživanja je uključeno 1000 MSM i to iz Beograda 400, iz Novog Sada 300 i iz Kragujevca 300. Veličina uzorka za studiju preseka je određena na osnovu formule $n = (z^2 * \pi * (1 - \pi)) / E^2$, gde je n – veličina uzorka, z – kritična vrednost za interval poverenja od 95% (1,96), π – proporcija posmatranog događaja u populaciji (u konkretnom slučaju: 43,6% savetovanih i testiranih na HIV prema rezultatima istraživanja iz 2012. godine među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (75)) i E – preciznost ocene (0,0325). Zbog mogućnosti odbijanja ispitanika da budu uključeni u istraživanje, veličina uzorka je povećana za 10% i konačno je određena na 1000 ispitanika.

Koristeći RDS metod uzorkovanja, uzorkovanje je u sva tri grada krenulo od 10 inicijalnih ispitanika, *semena*, namerno odabranih kao oni koji imaju velike društvene mreže i razvijene socijalne veštine. Takođe, prilikom odabira se vodilo računa da ujedno budu predstavnici različitih subpopulacija populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima i to

u odnosu na uzrast (do 30, 31+) i u odnosu na mesto dolaska u kontakt sa potencijalnim seksualnim partnerima (u klubu ili privatnim žurkama, preko interneta, preko ličnih poznanstava, na kruzingu – mesta na otvorenom poput parkova, javni toaleti, određene lokacije u gradu), budući da se pretpostavilo da su ovo osnovni i dominantni načini grupisanja (po uzrastu u vršnjačke grupe i po mestu susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima). Takođe, na osnovu konsultacija sa udruženjima koja imaju programe prevencije HIV infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima na istraživačkim lokacijama, kao i na osnovu postojećih ranijih istraživanja, pretpostavili smo da postoji preplitanje između ovih subpopulacija. Tačnije, postoje društveni kontakti između onih koji pripadaju mlađim uzrasnim grupama i onih koji pripadaju starijim, kao i da osobe nisu isključive u odnosu na mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerom, te da pored dominantnog mesta susreta koriste i druge opcije u zavisnosti od trenutne procene ili potrebe za promenom strategije. Struktura *semena* je data u tabeli u nastavku (tabela 1). Takođe, u tabeli je prikazano za lanac svakog *semena* posebno koliko *talasa* je dosegnuto u lancu, koliko je ukupno regrutovanih osoba u jednom lancu i njihovo učešće u ukupnom uzorku.

Tabela 1. Osnovne karakteristike *semena* uključenih u istraživanje, broj *talasa* dosegnutih kroz lanac regrutovanja po *semenu*, kao i broj i procenat regrutovanih osoba kroz lance po *semenu* u ukupnom uzorku

Grad	Broj <i>semena</i>	Uzrast (godine)	Dominantno mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima	Najviši stepen obrazovanja	Radni status	Testiranje u poslednjih 12 meseci	Maksimalan broj dosegnutih <i>talasa</i>	Ukupan broj regrutovanih osoba	% regrutovanih osoba u ukupnom uzorku
Beograd	1	24	Kruzing	Srednja škola	Student	Da	5	28	7,0
	2	23	Internet	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	6	22	5,5
	3	30	Lična poznanstva	Srednja škola	Zaposlen	Da	4	20	5,0
	4	26	Klub, privatne žurke	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	5	64	16,0
	5	35	Kruzing	Viša/visoka škola	Zaposlen	Ne	4	20	5,0
	6	35	Internet	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	5	34	8,5
	7	31	Klub, privatne žurke	Srednja škola	Nezaposlen	Da	6	65	16,3
	8	32	Klub, privatne žurke	Viša/visoka škola	Nezaposlen	Ne	6	28	7,0
	9	26	Lična poznanstva	Srednja škola	Zaposlen	Da	6	58	14,5
	10	35	Kruzing	Viša/visoka škola	Nezaposlen	Da	5	61	15,2
Ukupno								400	100

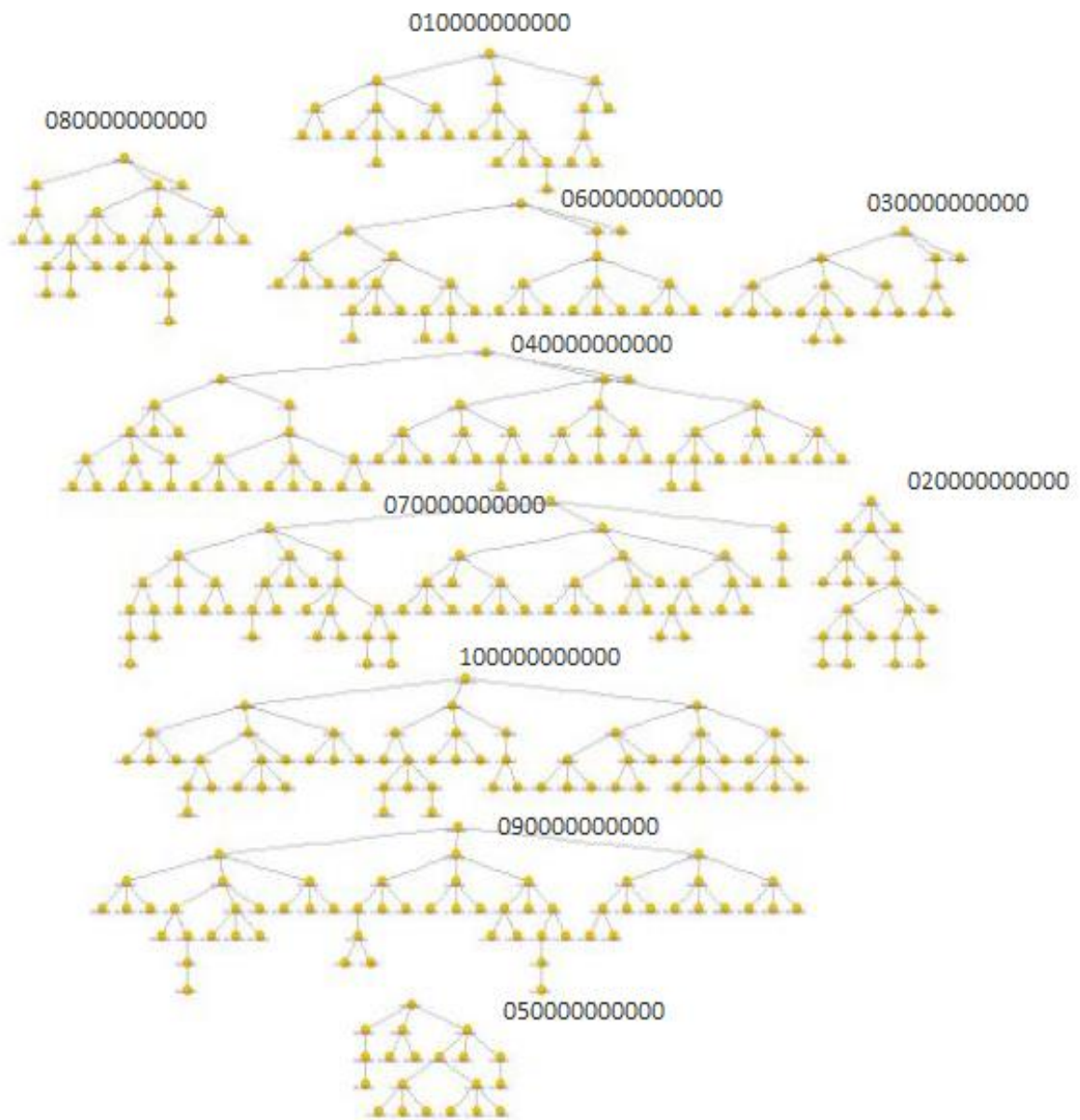
Grad	Broj semena	Uzrast (godine)	Dominantno mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima	Najviši stepen obrazovanja	Radni status	Testiranje u poslednjih 12 meseci	Maksimalan broj dosegnutih talasa	Ukupan broj regrutovanih osoba	% regrutovanih osoba u ukupnom uzorku
Novi Sad	1	32	Klub, privatne žurke	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	7	45	15
	2	31	Lična poznanstva	Viša/visoka škola	Zaposlen	Ne	5	42	14
	3	25	Lična poznanstva	Srednja škola	Student	Da	5	25	8,3
	4	29	Kruzing	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	4	25	8,3
	5	42	Lična poznanstva	Srednja škola	Penzioner	Ne	5	29	9,7
	6	25	Lična poznanstva	Srednja škola	Student	Da	5	36	12
	7	18	Klub, privatne žurke	Srednja škola	Student	Da	5	28	9,4
	8	31	Kruzing	Srednja škola	Zaposlen	Da	7	27	9
	9	36	Internet	Srednja škola	Zaposlen	Da	5	10	3,3
	10	26	Lična poznanstva	Srednja škola	Zaposlen	Ne	5	33	11
Ukupno								300	100

Grad	Broj semena	Uzrast (godine)	Dominantno mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima	Najviši stepen obrazovanja	Radni status	Testiranje u poslednjih 12 meseci	Maksimalan broj dosegnutih talasa	Ukupan broj regrutovanih osoba	% regrutovanih osoba u ukupnom uzorku
Kragujevac	1	18	Klub, privatne žurke	Srednja škola	Student	Ne	6	32	10,7
	2	27	Kruzing	Srednja škola	Zaposlen	Da	6	24	8,0
	3	28	Kruzing	Srednja škola	Zaposlen	Da	5	27	9,0
	4	18	Klub, privatne žurke	Srednja škola	Nezaposlen	Da	5	31	10,30
	5	29	Internet	Viša/visoka škola	Zaposlen	Da	6	46	15,3
	6	22	Lična poznanstva	Viša/visoka škola	Student	Ne	5	29	9,7
	7	35	Internet	Srednja škola	Zaposlen	Da	7	31	10,3
	8	33	Internet	Viša/visoka škola	Nezaposlen	Da	7	34	11,3
	9	26	Kruzing	Srednja škola	Student	Da	6	23	7,7
	10	18	Lična poznanstva	Srednja škola	Student	Da	6	23	7,7
Ukupno								300	100

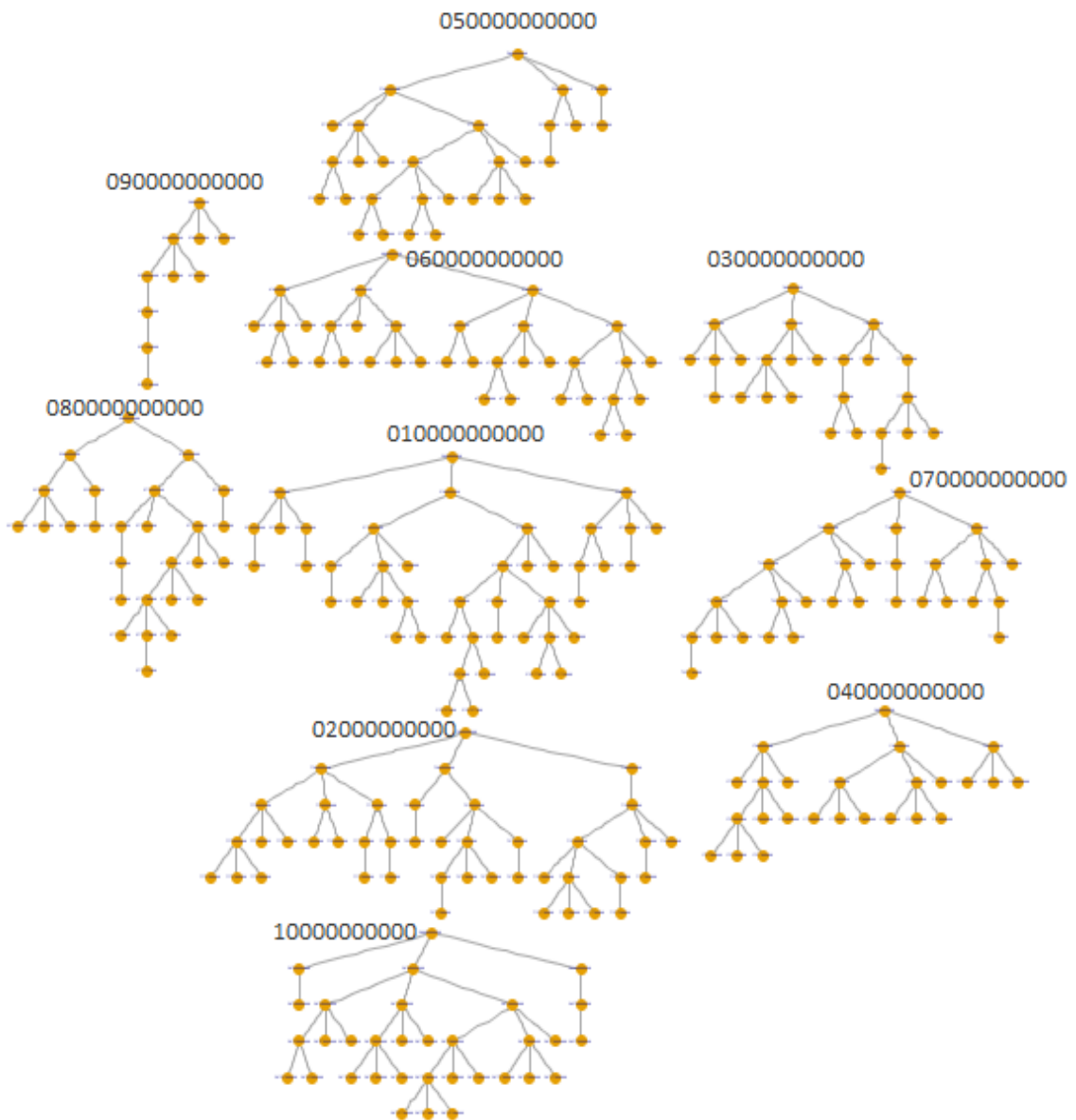
Ispitanici su u studiju regrutovani pomoću kupona, koji su bili posebno numerisani. *Semena* su dobijala brojeve od 1 do 10, za svaki grad posebno i to u obliku 010000000000, 020000000000, 030000000000... 100000000000. U zavisnosti od *semena*, brojevi za *talase* su se označavali sa brojevima od 1 do maksimum 3, pa su *semenu* 010000000000 dodeljeni kuponi 011000000000, 012000000000, 013000000000 koji bi označavali prvi *talas* regrutovanih ispitanika iz lanca ovog *semena*. Za *seme* 020000000000 kuponi su bili 021000000000, 022000000000 i 023000000000 i tako redom za sva *semena*. Regrutovani ispitanici sa brojem kupona sa prvog *talasa* dobijali su kupone sa oznakom za drugi *talas*, čuvajući pri tom informacije o regruteru. Tačnije, ispitanik 011000000000 je dobijao maksimum 3 kupona kupona sa oznakama 011100000000, 011200000000 i 011300000000; ispitanik 022000000000 je dobijao kupone 022100000000, 022200000000 i 022300000000 i tako redom za sve lance prema *semenima*. U ovakvom tipu numeracije, prve dve oznake su oznake za *seme*. Ostale oznake od 1 do maksimum 3 se odnose na broj *talasa*, tako što se oznaka za prvi *talas* nalazi na trećem mestu (nakon oznake za *seme*), za drugi *talas* na četvrtom mestu, za treći na petom i tako dalje. Na slici 1 (a–c) su prikazane mreže regrutovanih ispitanika u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu za svako *seme* uključeno u istraživanje. U cilju produbljivanja mreže, na petom talasu je počelo deljenje po jednog kupona učesnicima u istraživanju. Regrutovanje je stalo po dosezanju predviđenog broja ispitanika po lokaciji.

Kuponi distribuirani učesnicima su imali dva dela: gornji i donji sa odgovarajućim informacijama na prednjoj i zadnjoj strani kupona (slike 2 i 3). Gornji deo kupona je služio za regrutovanje novih ispitanika. Ovaj deo kupona je regruter davao parnjaku kog je pozvao da učestvuje u istraživanju. On je sadržao informacije vezane za lokaciju istraživanja (grad) i adresu lokacije gde se sprovodi istraživanje; zatim, RDS broj, tj. broj kupona (broj pod kojim će se voditi ispitanik koji realizuje kupon, tj. učestvuje u istraživanju); vreme važenja kupona, kao i informacije o radnom vremenu istraživačke lokacije i materijalnoj vrednosti kupona (iznos koji ispitanik dobija po realizovanom učešću). Vreme važenja kupona je, u konsultaciji sa predstavnicima udruženja koja vode programe prevencije HIV infekcije na istraživačkim lokacijama, određeno na dve nedelje krenuvši od dana posle neposrednog učešća onoga koji je dobio kupone (regrutera). Na poleđini ovog dela kupona nalazile su se osnovne informacije o anonimnom i poverljivom učešću u istraživanju onih koji ispunjavaju kriterijume uključivanja, koje benefite nosi učešće u istraživanju, kao i u kojim uslovima neće biti prihvaćeno učešće donosioca kupona (slika 2 i 3).

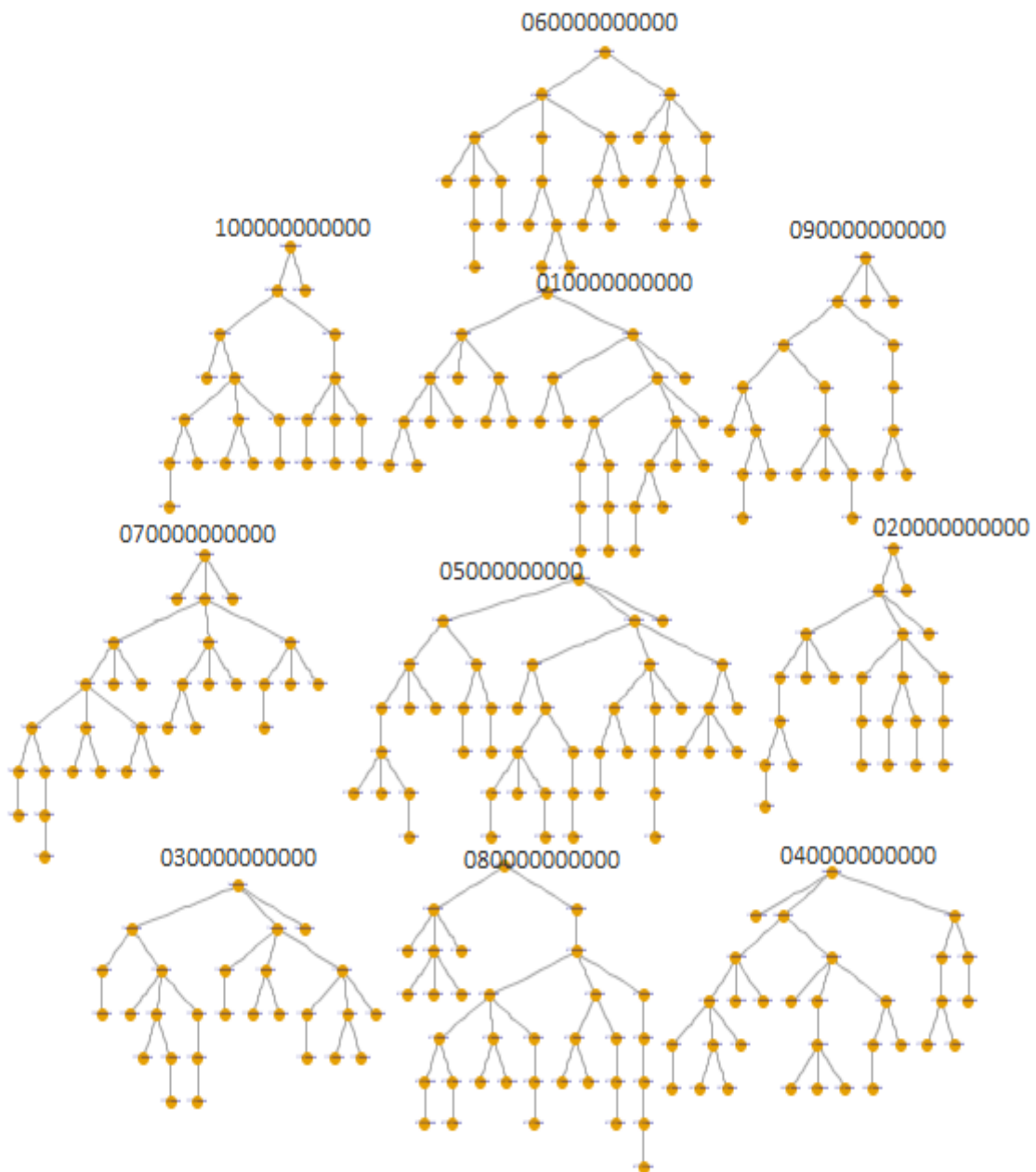
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



Slika 1. Mreža regrutovanih ispitanika po lancima u odnosu na oznaku inicijalnog *semena* za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Donji deo kupona regruter zadržava za sebe. Na osnovu ovog dela kupona, a po realizovanom učešću osobe koju je regruter uspešno uključio u istraživanje, donosilac donjeg dela kupona, tj. regruter, je mogao da dobije materijalnu nadoknadu za uspešno realizovanu regrutaciju svog prijatelja/poznanika. Na ovom delu kupona se nalazi RDS broj, tj. broj kupona pod kojim je prijatelj/poznanik učestvovao u istraživanju (identičan broju na gornjem delu kupona), zatim adresa lokacije na kojoj se sprovodi istraživanje, broj telefona na kojem je bilo moguće proveriti da li se prijatelj/poznanik kom je dat gornji deo kupona pojavio na istraživanju, kao i radno vreme kad je bilo moguće preuzeti materijalnu nadoknadu i iznos, tj. vrednost donjeg dela kupona. Na poledini ovog dela kupona su se nalazile informacije o tome pod kojim uslovima je moguće preuzeti nadoknadu za uspešnu regrutaciju (slika 2 i 3).



Купон за учешће у истраживању

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„Др Милан Јовановић Батућ“

(Град) (Потпис купон менаџера)

(Адреса локације)

RDS број:

Време важења купона: од до 2013.год.

Радно време: 15h-20h сваког дана изузев

Доносилац купона за учешће у истраживању добија надокнаду у вредности од 1000,00 динара



Купон за потврду учешћа

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„Др Милан Јовановић Батућ“

RDS број:

Адреса:

Телефон:
(Потпис купон менаџера)

Радно време: 20h-21h сваког дана изузев

Доносилац купона за успешно укључивање учесника у истраживање, добија надокнаду у вредности од 500,00 динара

Слика 2. Предња страна горњег и доњег дела купона за учешће у истраживању

Пројекат Министарства здравља Републике Србије
„Унапређење HIV превенције и заштита особа
под повећаним ризиком од HIV-а“

Уколико испуњавате услове за анонимно и поверљиво учешће у истраживању дођите и заузврат можете добити:

- новчану надокнаду за утрошено време потребно за учешће у истраживању
- резултате анонимног тестирања на HIV и хепатитис Ц из узете крви (из прста)
- информације о заштити од HIV/сиде и других ППИ
- информације где се можете бесплатно, анонимно и поверљиво тестирати на HIV, хепатитис Б и Ц.

Овај купон неће бити прихваћен уколико:

- је оштећен или без одговарајућег RDS броја,
- је већ укључен довољан број учесника,
- је истекао рок важења,
- сте претходно учествовали у овом истраживању.

Пројекат Министарства здравља Републике Србије
„Унапређење HIV превенције и заштита особа
под повећаним ризиком од HIV-а“

Уколико сте у анонимно и поверљиво истраживање успешно укључили пријатеље/ице, дођите у термину означеном на предњој страни и заузврат можете добити надокнаду за утрошено време потребно за регрутовање Вашег пријатеља/ице у вредности од 500,00 динара.

Успешна регрутација значи да је Ваш пријатељ/ица који је дошао/ла са купоном:

- испоштовао/ла рок важења купона,
- подобан за учешће у истраживању,
- није претходно учествовао/ла у овом истраживању,
- у складу са потребама истраживања омогућио/ла анонимно узимање узорка крви из прста,
- у потпуности испунио/ла заједно са нама анкету.

Купон неће бити прихваћен уколико:

- је оштећен или без одговарајућег RDS броја,
- нисте дошли са њим у одговарајуће радно време,
- је истраживање завршено.

Слика 3. Задња страна горњег и доњег дела купона за учешће у истраживању

3.4.2. Varijable

Ishodišna, zavisna, varijabla koju smo ispitivali jeste:

- testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci.

Nezavisne varijable su bile:

- sociodemografske karakteristike (rodno izjašnjavanje, uzrast, mesto rođenja, radni status, obrazovni status, bračni status, upotreba interneta),
- korišćenje psihoaktivnih supstanci (cigarete, alkohol, opioidne supstance),
- seksualno ponašanje (prvi seksualni odnos, oralni seks u poslednjih 12 meseci, upotreba kondoma prilikom oralnog seksa, upotreba kondoma prilikom analnog seksa sa stalnim i sa povremenim partnerima, broj različitih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci, način upoznavanja seksualnih partnera, seksualni odnosi pod uticajem alkohola i upotreba kondoma, seksualni odnosi sa komercijalnim partnerima i upotreba kondoma, seksualni odnosi sa ženama i upotreba kondoma),
- navike i ponašanja vezane za seksualne odnose (upotreba i nabavka kondoma i lubrikanata),
- PPI (prethodno iskustvo i lečenje),
- znanje, stavovi i ponašanje u vezi sa HIV infekcijom (znanja vezana za prevenciju seksualne transmisije HIV infekcije i odbacivanje glavnih zabluda vezanih za transmisiju HIV infekcije, tačno identifikovanje mesta gde se može savetovati i testirati na HIV, prethodna iskustva vezana za savetovanje i testiranje na HIV, mesto nabavke kondoma i lubrikanata, samoprocena rizika od HIV infekcije, stavovi prema osobama inficiranim HIV-om),
- stigma i diskriminacija (stigmatizovanje osoba koje žive sa HIV-om, lično iskustvo stigme, autostigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci, iskustvo sa fizičkim nasiljem zbog seksualne orijentacije).

3.4.3. Istraživački instrumenti

Podaci su prikupljeni strukturiranim **upitnikom** zatvorenog tipa (Prilog 1, a–c). Upitnik je administriran samopopunjavanjem i imao je 7 tematskih oblasti, tj. celina:

1. sociodemografske karakteristike
2. korišćenje psihoaktivnih supstanci
3. seksualna istorija
 - 3.1. seksualna istorija: broj i partneri
 - 3.2. seksualna istorija: komercijalni partneri
 - 3.3. seksualna istorija: seks sa ženama
4. navike i ponašanja (kondomi i lubrikanti)
5. seksualno prenosive infekcije
6. znanje, stavovi i mišljenja u vezi sa HIV infekcijom
7. pitanja vezana za stigmu i diskriminaciju

Pored osnovnog upitnika, ispitanici su popunjavali i **upitnik o društvenoj mreži** (prilog 2). U okviru tog upitnika osnovni podaci koji su obrađeni dobijali su se na osnovu pitanja vezanih za broj punoletnih osoba uzrasta do 60 godina iz ciljne populacije sa kojima je osoba u kontaktu u poslednjih mesec dana. Ovaj broj je predstavljao veličinu društvene mreže ispitanika, što je podatak od značaja za kasnije RDS populacione procene. Veličina mreže se računala kao razlika između brojeva dobijenih na osnovu tri pitanja (pitanje 1 – (pitanje 2 + pitanje 3)):

1. Koliko osoba koje poznajete ste tokom poslednjih mesec dana videli, a koje žive u mestu istraživanja i koje su muškog pola i imaju seksualne odnose sa muškarcima? (Pod poznanstvom se misli na osobe čije ime Vam je poznato, kao i Vaše njima).
2. Koliko od tih osoba (iz prvog pitanja) je mlađe od 18 godina?

3. Koliko od tih osoba (iz prvog pitanja) ima 60 i više godina?

Lista za proveru procedure (prilog 3) bila je pomoćni instrument koji je pomagao da se isprati da li je jedan ispitanik na istraživačkoj lokaciji prošao sve faze istraživanja. Od pitanja koja su se nalazila u Listi za proveru procedure, a koja su dalje služila za RDS obradu podataka nalazilo se pitanje o RDS broju ispitanika, kao i informacija o broju i brojevima dodeljenih kupona za davanje regrutovanje ispitanika. Ostale informacije koje su se unosile u listu za proveru procedure jesu – datum učešća, da li je dat informisani pristanak, rod i godište, pripadnost subpopulaciji u odnosu na dominantno mesto stupanja u kontakt sa potencijalnim seksualnim partnerima, ispunjenost kriterijuma podobnosti (analni seksualni odnos u poslednjih 6 meseci, vreme i mesto života/rada), procena da li je podoban, da li je popunjen upitnik o mreži i kolika je veličina mreže, da li su dati kuponi i nadoknada, kao i napomene.

3.4.4. Implementacija istraživanja

Istraživanje se sprovodilo u prostorijama svratišta (*drop-in* centara) udruženja koja sprovode programe prevencije HIV infekcije u populaciji muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima. Ove prostorije su odgovarale zahtevima primene RDS metodologije: lokacije su lako dostupne ispitanicima iz različitih delova grada, kao i dovoljno udaljene od mesta okupljanja onih koji mogu da budu potencijalno nasilni prema populaciji. Sam prostor je zadovoljavao potrebe da postoji više odvojenih prostorija za sprovođenje procedura istraživanja (prostor za čekanje, prijemni prostor, prostor za anketiranje). Dodatno, kako je reč o prostorijama udruženja, ljudi koji stanuju u okruženju su već bili navikli na određeni promet ljudi, tako da dolaženje i odlazanje ispitanika nije skretalo posebnu pažnju javnosti. Istraživačka lokacija je bila otvorena šest dana u nedelji u periodu od 15 do 21 časova.

Postojala su tri terenska istraživačka tima – za svaku istraživačku lokaciju po jedan. Njihovim radom je koordinirao terenski koordinator, koji je pratio implementaciju na sve tri lokacije, bio u stalnoj komunikaciji sa glavnim istraživačkim timom, vodio računa o redovnom dostavljanju popunjenih obrazaca glavnom istraživačkom timu, kao i o svim potrebama i izazovima koji bi se javljali na terenu tokom terenskog istraživačkog rada. Terenski istraživački tim koji je radio na istraživačkoj lokaciji su činili: vođa terenskog tima (zadužen za usmeravanje ispitanika po njihovom dolasku na lokaciju i uzimanje pisanog informisanog pristanka), skriener (zadužen za procenu podobnosti ispitanika i davanje informisanog pristanka), kupon menadžer (zadužen za rad sa kuponima, njihovu proveru i izdavanje novih kupona za regrutovanje, unos podataka u aplikaciju i bazu podataka za praćenje realizacije terenskog rada, izdavanje nadoknada za učešće u istraživanju i za uspešno obavljeno regrutovanje novih ispitanika) i anketari (osobe koje su pružale podršku onima koji nisu mogli samostalno da popune anketu i kroz razgovor sa ispitanicima popunjavali upitnik o društvenoj mreži).

Članovi terenskog tima su imali mešoviti sastav u pogledu pripadnosti istraživanoj populaciji. Uključivanje članova populacije u istraživački tim je bilo od velikog značaja u cilju stvaranja poverljive i prihvatljive atmosfere za ispitanike, kao i u cilju adekvatne procene ispunjavanja kriterijuma podobnosti samih ispitanika.

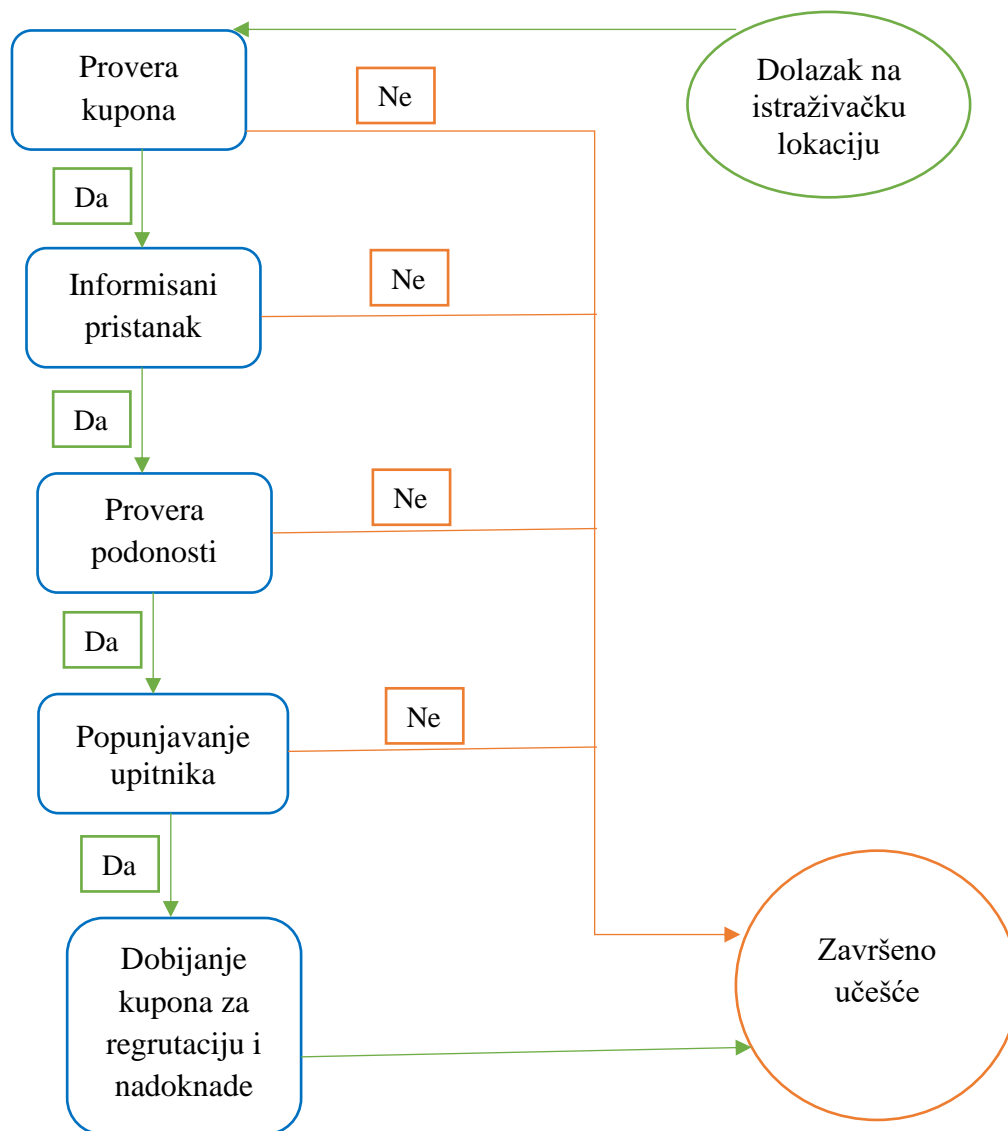
Svi članovi terenskog istraživačkog tima su prošli jednodnevnu obuku, koja je imala opšti deo vezan za metodologiju istraživanja, instrumentarijum i načini administriranja, uloge svakog člana terenskog tima, procedure učešća u istraživanju, kao i poseban deo vezan za rad kupon menadžera sa RDS bazom za praćenje implementacije terenskog istraživačkog rada.

RDS baza za praćenje implementacije terenskog istraživačkog rada je posebno dizajnirana sa ciljem da može da se isprati implementacija kako u praktičnom, tako i u

metodološkom smislu. U bazu su se unosili osnovni podaci koji su bili u Listi za proveru procedure (datum, RDS broj kupona, davanje informisanog pristanka, pol, godište, dominantno mesto susreta sa potencijalnim partnerima, podobnost ispitanika, istraživačka lokacija, popunjavanje upitnika, razlozi za odbijanje učešća (ukoliko ispitanik odbije da učestvuje ili bude isključen iz istraživanja), veličina mreže, brojevi dobijenih RDS kupona i datum važenja, izdavanje nadoknade. Takođe, RDS baza je dozvoljavala brze pretrage za proveru RDS broja (validnosti kupona, učešća, isplate sekundarnih i primarnih nadoknada), ukupan broj kupona koji su izdati, *talas* do kog se najdalje stiglo prema *semenu*, pregled učesnika u istraživanju prema uzrastu i dominantnom mestu kontakta sa potencijalnim seksualnim partnerima, kao i pregled svih kupona koji su učestvovali u istraživanju. Ovo je olakšavalo rad samog istraživačkog tima i dozvoljavalo praćenje na dnevnom nivou načina realizacije istraživanja i obuhvata ispitanika, kao i toka implementacije RDS metodologije.

Po dolasku na istraživačku lokaciju, ispitanike je dočekivao vođa terenskog tima. On bi uzimao kupon od ispitanika i vršio prvu proveru validnosti kupona – da li kupon vremenski važeći ili je istekao i da li je oštećen. Ukoliko proceni da je kupon važeći i neoštećen, predavao ga je kupon menadžeru. Kupon menadžer je radio proveru kupona po dolasku potencijalnih ispitanika na lokaciju kroz aplikaciju i bazu podataka – da li je broj kupona među onim brojevima koji su izdati od strane istraživačkog tima, da li je aktuelan u sistemu (broj nije iskorišćen za nečije učešće i vremenski je važeći). Proveren kupon, ukoliko je validan, kupon menadžer vraća vođi terenskog tima sa popunjenim delom Liste za proveru procedure u domenu datuma i RDS broja. Ukoliko je kupon ispravan, vođa terenskog tima ukratko informiše ispitanika o istraživanju (nosiocima istraživanja, ciljevima, načinu učešća, načinu poštovanja principa anonimnosti, dobrovoljnosti i poverljivosti), a određene ispitanike informiše i o postojanju kvalitativne studije (opis dat u delu Kvalitativne komponente istraživanja). Ukoliko ispitanik ne pristaje da učestvuje u istraživanju, ispitaniku koji odlazi se zahvaljuje na odvojenom vremenu. Kupon menadžer podatke iz Liste za proveru procedure unosi u RDS bazu. Ukoliko ispitanik shvata informacije i prihvata da dalje učestvuje, vođa terenskog tima mu daje obrazac za davanje saglasnosti koji ispitanik potpisuje, popunjava u Listi za proveru procedure da je dobijena informisana saglasnost, a zatim ga, zajedno sa Listom za proveru procedure, upućuje ka skrineru, tj. osobi za proveru podobnosti ispitanika. Skriner obavlja poverljiv razgovor sa potencijalnim ispitanikom u cilju procene da li osoba ispunjava kriterijume za uključivanje u istraživanju. Ukoliko ispunjava, popunjava Listu za proveru procedure u domenu subpopulacije (dominantnog mesta stupanja u kontakt sa potencijalnim seksualnim partnerima), pola, uzrasta i kriterijuma podobnosti. Ukoliko ispitanik nije podoban, ispitaniku se zahvaljuje na odvojenom vremenu i obaveštava se da ne može da učestvuje u istraživanju. Dalje kupon menadžer podatke iz Liste za proveru procedure unosi u RDS bazu. Ukoliko je podoban, ispitanik se sa Listom za proveru procedure upućuje ka anketarima. Anketar priprema upitnik (unositi datum i broj ankete) koji daje ispitaniku i objašnjava kako se anketa popunjava, uz ostavljanje mogućnosti ispitaniku da bira da li želi punu asistenciju anketara prilikom popunjavanja. Po popunjavanju upitnika, anketar preuzima anketu i vrši proveru kompletiranosti odgovora i u Listu za proveru procedure unosi da je anketa popunjena. Nakon toga, kroz razgovor sa ispitanikom popunjava Upitnik o društvenoj mreži. Po popunjavanju, ovo evidentira u Listi za proveru procedure zajedno sa podatkom o broju osoba u društvenoj mreži i povezuje Listu za proveru procedure sa upitnikom i upitnikom o mreži, a zatim ispitanika sa Listom za proveru procedure i upitnicima šalje ka kupon menadžeru. Ukoliko se ispitanik predomislio i odbio da učestvuje tako što nije hteo da popuni upitnik, odnosno upitnik o društvenoj mreži, u Listu za proveru procedure se unosi da upitnik/ci nije/nisu popunjen/i, ispitanik odlazi, a Lista za proveru procedure se dostavlja kupon menadžeru koji dalje unosi podatke u RDS bazu. Ukoliko je ispitanik popunio upitnike, dolazi

sa Listom za proveru procedure i popunjenim upitnicima kod kupon menadžera koji unosi u Listu za proveru procedure podatak iz RDS baze vezan za RDS brojeve pripadajućih kupona, koje dalje daje ispitaniku uz objašnjavanje postupka sa kuponima. Ukoliko ispitanik odbije da preuzme kupone, ovo se unosi u Listu za proveru procedure i u RDS bazu, a osobi se samo izdaje nadoknada za utrošeno vreme za učešće u istraživanju. Ukoliko osoba preuzme kupone, ovo se na isti način evidentira i ispitanik takođe dobija nadoknadu za utrošeno vreme. Ukoliko ispitanik odbije nadoknadu, ovo se takođe unosi u Listu za proveru procedure i u RDS aplikaciju i bazu. Na ovaj način je primarno učešće u istraživanju realizovano (grafikon 12). U proseku je trajalo oko 45 minuta.



Grafikon 12. Algoritam primarnog učešća u istraživanju

Po završenom primarnom učešću u istraživanju ispitanik koji je dobio određeni broj kupona (maksimum tri) je imao mogućnost da gornji deo kupona da nekom od svojih prijatelja koji pripadaju ciljnoj populaciji. Ove osobe bi mogle da u roku od 14 dana nakon učešća primarnog ispitanika učestvuju u istraživanju. Primarni ispitanik bi za sebe zadržavao donji deo kupona, sa kojim je imao mogućnost da dođe na istraživačku lokaciju i proveri da li je neko od njegovih prijatelja kojima je dao gornji deo kupona učestvovao u istraživanju. Proveru je vršio kupon menadžer na osnovu broja na donjem delu kupona. Ukoliko je uspešno realizovano

učešće ispitanika sa RDS brojem sa donjeg dela kupona (popunio upitnike), primarni ispitanik je dobijao nadoknadu za utrošeno vreme za uspešno regrutovanog ispitanika. Ukoliko ispitanik sa RDS brojem sa donjeg dela kupona nije učestvovao u istraživanju, primarni ispitanik je o tome obavestavan. On bi dalje imao mogućnost do isteka važenja kupona da ponovo podseti svog prijatelja kome je dao gornji deo kupona da učestvuje u istraživanju.

3.4.5. Kontrola kvaliteta podataka

Kontrola kvaliteta podataka je rađena na samom terenu, po popunjavanju upitnika, kada bi anketar vršio brzi pregled kompletiranosti odgovora u anketi. Dodatno, kontrola kvaliteta podataka je rađena i po dostavljanju popunjenih upitnika, pre unosa u SPSS statistički paket, kada je još jednom kontrolisana kompletiranost odgovora, ali i njihova logička doslednost. Nijedna anketa nije isključena.

Kontrola implementacije istraživanja je rađena preko RDS baze, praćenjem strukture uzorka i regrutacije prema *semenima* (broj dosegnutih *talasa*, odziv na istraživanje u odnosu na broj distribuiranih kupona, ukupni brojevi dosegnutih ispitanika i sl.).

3.4.6. Analiza podataka

Za obradu i analizu kvantitativnih podataka koristili smo dva statistička paketa: SPSS 22 za obradu uzoračkih proporcija i RDS Analyst 0,52 (161) za obrade na nivou populacionih procena. Statistička analiza uzorka je podrazumevala za numeričke kontinuirane varijable utvrđivanje mera aritmetičke sredine (AS), standardne devijacije, medijane, raspona, sa odgovarajućim testovima značajnosti razlika u zavisnosti od normalnosti raspodele (t-test, Mann Whitney U test), a za nominalne varijable proporcije sa odgovarajućim testovima značajnosti (hi-kvadrat test). Statistička obrada populacionih RDS procena je obuhvatala izračunavanje dosezanja ekvilibrijuma za osnovne demografske varijable, kao i za zavisnu varijablu – testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci. Zatim, analiza je obuhvatala utvrđivanje za numeričke varijable populacione procene aritmetičke sredine, standardne devijacije, medijane, a za nominalne podatke procenu proporcija u populaciji sa 95% intervalom poverenja (95% CI). Homofilija je računata za svaku varijablu, tako što su vrednosti između 1,00–1,20 vrednovane kao niska homofilija, između 1,21–1,50 kao umerena homofilija, 1,51–1,70 kao povišena homofilija, i preko 1,70 kao visoka homofilija. Prilikom izračunavanja procena za populaciju za svaki grad korišćen je za potrebe ponderisanja (*weighting*) i podešavanja (*adjustment*) podataka RDS II estimator, za koji nije potrebno prethodno poznavanje procenjene veličine populacije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima za svaku istraživačku lokaciju. RDS II estimator se oslanja na prijavljenu veličinu društvene mreže svakog ispitanika. Dobijeni ponderi po ispitaniku se koriste za sve varijable, tj. na nivou uzorka (155).

Za utvrđivanje značajnih nezavisnih faktora koji su povezani sa testiranjem muškaraca koji imaju seks sa muškarcima na HIV u poslednjih 12 meseci koristili smo univarijantnu i multivarijantnu logističku regresionu analizu. Univarijantna logistička regresiona analiza (ULRA) je primenjena tamo gde je varijabilnost bila veća od 10% (u Beogradu više od 40 slučajeva, a u Novom Sadu i Kragujevcu više od 30 slučajeva po jednoj opciji neke od varijabla). Za multivarijantnu logističku regresionu analizu (MLRA) koristili smo *stepwise backward* logističku regresionu analizu, gde su sve asocijacije koje su pokazivale značajnost na nivou $p < 0,05$ u modelu ULRA uključene u model MLRA. Potom su iz modela MLRA isključivane jedna po jedna varijabla koje bi pokazivale najveću značajnost ($p > 0,05$), tj. sa najvećom vrednošću p , dok u modelu nisu ostale one varijable koje su pokazivale značajnost na nivou $p < 0,05$. Logističku regresionu analizu smo radili na nivou uzorka, koristeći SPSS 22

statistički paket, kao i na nivou populacije koristeći RDS Analyst gde su podaci za računanje populacionih procena ponderisani i podešeni koristeći RDS II estimator.

3.5. Kvalitativna komponenta istraživanja

3.5.1. Uzorkovanje i veličina uzorka

Metod uzorkovanja korišćen u ugnježdenoj kvalitativnoj studiji je namerno uzorkovanje strategijom sekvencionalnog kombinovanog uzorkovanja, pri čemu su ispitanici za dubinske intervjue i diskusije u fokus grupama (FG) namerno uzorkovani među onima koji su prethodno učestvovali u kvantitativnom istraživanju. Na ovaj način su u okviru uzorka koji je formiran RDS metodom, namerno selektovani ispitanici koji se međusobno razlikuju po definisanim varijablama za koje se smatralo da mogu da utiču na različito shvatanje HIV infekcije, kao i na izloženost različitim faktorima koji doprinose rizičnom ponašanju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u odnosu na HIV infekciju, tj. po strategiji maksimalne varijacije među selektovanim individuama.

Pored osnovnih kriterijuma za učešće u kvantitativnom istraživanju, za kvalitativno istraživanje su se definisani kriterijumi koji omogućavaju maksimalnu varijaciju uzorka. Za uključivanje u kvalitativno istraživanje ispitanici su morali da budu sa različitih *talasa* (od prvog do šestog) koji su potekli od različitih *semena*. Naime, uključeni su oni iz lanca regrutovanja koji nisu iz neposrednog kontakta (nisu iz iste društvene mreže, odnosno nisu primarni učesnik i osoba koju je on uključio u istraživanje). Učesnici kako u dubinskim intervjuima, tako i u diskusijama u FG su morali da budu različiti u odnosu na godine starosti (<25 i 25 i više), mesto upoznavanja potencijalnih seksualnih partnera (preko interneta, preko ličnih poznanstava, u klubovima, na javnim „kruzing” mestima) i korišćenju usluga prevencije HIV infekcije koje pružaju udruženja (oni koji su koristili ove usluge i oni koji nisu). Takođe, dodatni kriterijum za uključivanje u kvalitativnu komponentu istraživanja je davanje posebnog informisani pristanak za učešće. U uzorak nisu uključena *semena*, oni koji ne žele ili nisu bili u mogućnosti da odgovore zahtevima istraživanja (ne razumeju ili ne prihvataju etičke principe istraživanja ili nisu u mogućnosti da verbalizuju svoje iskustvo, stavove i mišljenje), kao i oni koji su prethodno učestvovali u kvalitativnoj komponenti istraživanja (tj. oni koji su učestvovali u dubinskom intervjuu nisu regrutovani za FG i obratno) na bilo kojoj lokaciji istraživanja.

Veličina uzorka u kvalitativnom istraživanju je zavisila od saturacije u podacima. Procenjeno je da je za saturaciju potrebno minimum 30 muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u okviru dubinskih intervjuova (do 20 iz Beograda, do 10 iz Novog Sada i do pet iz Kragujevca) i od 18 do 36 ispitanika za FG (za dve FG u Beogradu i jednu u Novom Sadu ili Kragujevcu). Ukupan planiran broj ispitanika za kvalitativnu komponentu je bio od 48 do 66. U istraživanje je na sve tri lokacije ukupno uključeno 62 osobe, od kojih 25 u diskusije u fokus grupama i 37 u dubinske intervjue. U Beogradu je ukupno bilo 32 ispitanika, u Novom Sadu 23, a u Kragujevcu 2.

Ispitanici za kvalitativnu studiju su namerno selektovani među onima koji su prethodno učestvovali u kvantitativnom istraživanju. U okviru kvantitativne komponente, primenom RDS metoda uzorkovanja, uključeni su ispitanici koji ispunjavaju osnovne kriterijume za učešće u istraživanju vezane za uzrast, mesto boravka/rada, seksualno ponašanje u poslednjih 6 meseci, kao i kriterijume vezane za validnost kupona i informisanu saglasnost za učešće. Za kvalitativno istraživanje su formirani dodatni kriterijumi različitosti za koje se smatralo da utiču na percepciju HIV rizika i izloženost faktorima vezanim za rizično ponašanje, a zahtevali su da se ispitanici razlikuju po uzrastu, po dominantnom mestu kontakta sa potencijalnim seksualnim partnerima, kao i po korišćenju usluga prevencije HIV infekcije koje se pružaju od strane udruženja. Ove varijable su identifikovane na osnovu rezultata EMIS iz 2010. godine (87), kao i na osnovu razgovora sa predstavnicima udruženja koja sprovode programe prevencije HIV

infekcije među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, sa pretpostavkom da imaju uticaj na ponašanje, iskustvo i percepciju HIV infekcije.

Dodatni zahtev je bio i da se selektuju oni koji nisu u istoj društvenoj mreži, tj. nisu u prijateljskim i/ili partnerskim vezama, zbog pretpostavke da će oni imati slične osnovne obrasce ponašanja, što se nastojalo ispoštovati selektovanjem onih ispitanika između kojih postoji bar jedan *talas*, tj. nisu u odnosu regruter i regrutovani u istom lancu učešća. Takođe, za učešće u kvalitativnoj komponenti nisu pozivana *semena*, kao i oni koji ne žele ili nisu bili u mogućnosti da odgovore našim zahtevima (ne razumeju ili ne prihvataju etičke principe istraživanja ili nisu u mogućnosti da verbalizuju svoje iskustvo, stavove i mišljenje).

Selektovanje ispitanika za kvalitativnu studiju je išlo u dve osnovne faze. U prvoj fazi su među onima koji su učestvovali u kvantitativnom istraživanju kontaktirani oni koji su ispunjavali dodatne kriterijume. Njih je selektovao vođa terenskog tima u saradnji sa kupon menadžerom, a na osnovu osnovnih podataka koji su se nalazili u Listi za proveru procedure. Oni koji su selektovani davali su saglasnost da budu naknadno kontaktirani za učešće u kvalitativnoj studiji. U drugom talasu selekcije su se pozivali oni koji su iskazali zainteresovanost da učestvuju u kvalitativnom istraživanju, vodeći računa da budu zastupljeni oni koji su međusobno različiti po ranije definisanim varijablama. Oni su dalje povezivani sa intervjuerima. Oni koji bi učestvovali u kvalitativnoj komponenti dobijali su poseban identifikacioni broj, odnosno oznaku za FG. Jedan ispitanik je učestvovao ili u dubinskom intervjuu ili u diskusiji u FG. Prvo su pozivani ispitanici za učešće u dubinskim intervjuima. FG su išle kasnije, mada su u jednom kraćem periodu tekle paralelno i FG i dubinski intervjui.

3.5.2. Istraživački instrumentarijum

Teme obrađene kvalitativnim istraživanjem su bile definisane s jedne strane u odnosu na kvantitativni upitnik, kako bi se postigla komplementarnost, a sa druge oslanjajući se na konsultacije sa predstavnicima udruženja koja vode parnjačke programe prevencije HIV infekcije među MSM, u cilju definisanja dodatnih tema koje mogu biti značajne za bolje razumevanje i osvetljavanje istraživačkog pitanja. Instrumenti koji su se koristili, bili su definisani u odnosu na primenjeni metod sakupljanja podataka. Naime, za dubinske intervju i diskusije u FG se koristio tematski vodič (prilog 4 i 5). Tematski vodič daje više mogućnosti za verbalizaciju individualnog iskustva, stavova i mišljenja, kao i za uključivanje novih tema koja su od značaja za ciljeve studije, a deo su iskustva konkretnog ispitanika, odnosno za prilagođavanje razgovora iskustvu ispitanika. Ovo je ujedno ostavljalo mogućnost da, u odnosu na iskustvo ispitanika i mogućnost verbalizacije različitih sadržaja, sve teme ne budu jednako duboko obrađene sa svim ispitanicima.

Osnovne teme za razgovor sa ispitanicima tokom dubinskih intervju, praćene probnim pitanjima, su, pored osnovnih demografskih karakteristika, bile: prva seksualna iskustva, sadašnja seksualna praksa (partnerski odnosi, upotreba kondoma), iskustvo i znanje u odnosu na HIV i PPI, percepcija rizika (od HIV infekcije, nasilja), percepcija društvenog okruženja (percepcija prihvatljivosti istopolnih odnosa, procena rizika od javnog obznanjivanja svoje seksualne orijentacije), iskustvo sa programima prevencije, uključujući i savetovanje i testiranje na HIV (korišćenje usluga, njihova prihvatljivost i informisanje o njihovom postojanju). U tematskom vodiču za FG posebno je obrađena tema rizika od HIV infekcije i korišćenja programa prevencije, uključujući i savetovanje i testiranje na HIV. Takođe, razgovori su bili otvoreni za uvođenje novih tema, ukoliko bi se pojavile i ukoliko bi bile relevantne za istraživanje.

3.5.3. Implementacija kvalitativnog istraživanja

Regrutacija ispitanika za kvalitativno istraživanje je imala dve faze. U prvoj fazi, prema smernicama za selekciju ispitanika za učešće u kvalitativnoj komponenti, vođa terenskog tima je, u saradnji sa kupon menadžerom, po završenom učešću u kvantitativnoj komponenti istraživanja, prilazio onim ispitanicima koji zadovoljavaju dodatne kriterijume različitosti sa informacijom o sprovođenju kvalitativnog istraživanja i proverom zainteresovanosti ispitanika za učešće u istom. Oni koji bi bili inicijalno zainteresovani, ostavljali su svoj kontakt broj telefona uz saglasnost da ih vođa terenskog tima ili direktno intervjuer pozovu, ukoliko budu odabrani da učestvuju u kvalitativnoj komponenti istraživanja, odnosno u dubinskom intervjuu ili u FG. Svim selektovanim na ovaj način su date osnovne informacije o kvalitativnom istraživanju, odnosno šta se podrazumeva pod dubinskim intervjuom, a šta pod FG, šta je cilj kvalitativnog istraživanja i da ih njihov preliminarni pristanak ne obavezuje da učestvuju u kvalitativnom istraživanju. U drugoj fazi su među onima koji su ostavili kontakt broj telefona pozivani oni koji najbolje odgovaraju kriterijumima različitosti. Pozivao ih je ili vođa terenskog tima ili intervjuer direktno. Ukoliko se niko ne bi javio, pozivan je prvi sledeći sa sličnim osnovnim karakteristikama. Po kontaktiranju, sa ispitanikom bi se još jednom proverila zainteresovanost da učestvuje u kvalitativnoj komponenti i, ukoliko je ispitanik i dalje bio zainteresovan, dogovaralo bi se vreme i mesto realizacije dubinskog intervjuja, odnosno proveravalo bi se da li je ispitanik slobodan da u određeno vreme dođe na mesto održavanja FG. Za dubinske intervjuje, intervjuer bi se u dogovoreno vreme i na dogovorenom mestu našao sa ispitanikom. Dubinski intervjui su trajali u proseku 90 minuta. Razgovori su zvučno beleženi (snimani). Pre svakog intervjuja, ispitanik bi davao pisanu informisanu saglasnost za učešće u razgovoru. Kada je reč o FG, ispitanike je na dogovorenom mestu u dogovoreno vreme dočekivao vođa terenskog tima. Po okupljanju ispitanika, moderator grupe je prvo informisao ispitanike o kvalitativnoj komponenti istraživanja i načinu učešća u istoj, a zatim bi ispitanici davali pisanu saglasnost za učešće. Razgovoru je, pored moderatora, prisustvovao i fasilitator. FG su trajale oko 120 minuta ne računajući pauze. I za razgovor u FG je takođe pravljen zvučni zapis. FG su ostavljene za kraj terenskog rada. Međutim, kako je implementacija terena kratko trajala, na kraju su neki dubinski intervjui radjeni paralelno sa FG (tokom poslednjih desetak dana terenskog rada).

Prva faza selekcije ispitanika je rađena na lokacijama gde je sprovedeno kvantitativno istraživanje, tačnije u prostorijama udruženja. Mesto i vreme realizacije dubinskih intervjuja je bilo posebno dogovarano sa ispitanicima koji bi prihvatili da učestvuju u razgovoru. Tako su za razgovor bile dostupne opcije – prostorije udruženja, javni prostor i privatni prostor, tj. smeštaj ispitanika ukoliko bi intervjuer procenio da nema rizika. U slučaju da se razgovor vodio u smeštaju ispitanika, intervjuer bi o lokaciji i vremenu realizacije razgovora informisao glavnog istraživača, kako bi mogla da se isprati bezbednost i reaguje na vreme u slučaju nepravilnosti.

Diskusije u FG i veći deo intervjuja su se realizovali na istraživačkim lokacijama gde se sprovodilo kvantitativno istraživanje, tj. u prostorijama udruženja (sve FG i 17 dubinskih intervjuja). Zatim, dobar deo dubinskih intervjuja (14) je realizovan u prostorijama IJZS. Ostali intervjui su se realizovali na javnim mestima, tj. u kafićima (2), i u stanu ispitanika (2). Svi učesnici u kvalitativnoj komponenti su dobili nadoknadu za utrošeno vreme.

Intervjueri za dubinske intervjuje u okviru kvalitativne komponente bili su antropolozi, koji su prethodno prošli posebnu obuku za vođenje dubinskih intervjuja. Intervjue su realizovala tri intervjuera, jedan muškog pola i dva ženskog (od kojih je jedan autor, kao glavni istraživač). Svi intervjueri su bili različitih godina. Najmlađi je bio intervjuer muškog pola. Kada je reč o ispitanicima, intervjueri uglavnom nisu prethodno poznavali ispitanike. Bilo je ukupno 4 ispitanika koji su intervjuisani od strane osobe koja ih poznaje. Razlika u ovako dobijenim podacima jeste da su podaci bili više šturi, jer su ispitanici podrazumevali da intervjuer zna

odgovore na pitanja. FG je vodio moderator, antropolog ženskog pola (ujedno autor i glavni istraživač), a fasilitator je bio takođe antropolog, muškog pola, ujedno i intervjuer.

3.5.4. Kontrola kvaliteta podataka

Kontrola kvaliteta kvalitativnih podataka je rađena u dva navrata. Prva kontrola je rađena nakon realizovanog razgovora (dubinskog intervjuja ili FG), kada je glavni istraživač preslušavao snimke razgovora u cilju identifikovanja mesta gde je moguće unaprediti razgovore, kao i u cilju identifikacije potencijalnih dodatnih tema za razgovore. Druga kontrola kvaliteta podataka je rađena na transkribovanom materijalu. Naime, svaki transkript razgovora je upoređivan sa zvučnim zapisom. Tom prilikom je rađeno dopunjavanje onih mesta koja su bila razumljiva glavnom istraživaču, a ostala su netranskribovana. U slučaju da ni glavni istraživač nije uspevaio da razazna govorni materijal, na tom mestu u transkriptu je ostavljena oznaka „(...)” za nerazumljiv deo u razgovoru (suviše tiho da bi bilo dobro tonski zabeleženo ili pričanje više ispitanika u jedan glas tokom razgovora u FG). Nakon provere transkripata, podaci su išli na dalju obradu.

3.5.5. Analiza podataka

Pre obrade podataka, svi razgovori su transkribovani u „verbatim” formatu (od reči do reči). Prilikom transkripcije, posebno je beležen tekst intervjuera, a posebno ispitanika, kako bi se mogla napraviti razlika prilikom kodiranja. U prekućavanju razgovora se vodilo računa da se u transkripte ne unose lična imena izgovorena tokom razgovora i drugi identifikujući podaci.

Za analizu kvalitativnih podataka je korišćena tematska analiza. U tom smislu su transkripti dalje kodirani (163, 169). Kodni ključ je primarno definisan na osnovu glavnih tema tematskog vodiča, da bi zatim bio modifikovan dodavanjem ili preformulacijom kodova u skladu sa temama koje su se otvorile tokom razgovora (npr. tema HIV percepcije i iskustva, stigma). Nakon osnovnog kodiranja podataka, rađen je drugi krug kodiranja unutar prethodno razvijenih kodova. Ove pod teme su bile npr. u okviru teme stigma: HIV stigma, MSM stigma, autostigma. U analizi se tražio odnos između tema (šta je ono što je zajedničko, a šta je individualno), kao i odnos tema sa kvantitativnim nalazima (kontekstualizacija kvantitativnih nalaza).

3.6. Etički aspekti studije

Za sprovođenje istraživanja su definisani etički principi u skladu sa osnovnim načelom „ne načini štetu”. Ovi principi su podrazumevali:

a) **Smanjenje rizika** od učešća u istraživanju u vidu dodatne stigmatizacije, tako što se terenski tim koji dolazi u neposredni kontakt sa ispitanicima prethodno selektuje i obučava, pri čemu obuka ne podrazumeva samo obuku za sprovođenje istraživanja, već i senzibilizaciju tima za rad sa posebno osetljivim kategorijama stanovništva;

b) Omogućavanje **koristi od istraživanja**, kako za učesnike, tako i za one koji pripadaju izučavanoj populaciji. Korist za populaciju se ogleda u kasnijoj mogućnosti da se dobijeni nalazi iskoriste za dalji razvoj programa prevencije, kao i za bolje praćenje epidemiološke situacije i planiranje adekvatnih intervencija itd. Korist za ispitanike se ogleda u mogućnosti da tokom učešća u istraživanju dobiju individualno relevantne i adekvatne informacije vezane za HIV infekciju i druge PPI, uključujući i odgovore na pitanja samog ispitanika, kao i informacije o postojećim preventivnim uslugama i mogućnostima za njihovo korišćenje;

c) **Poštovanje osnovnih ljudskih prava**, što je u kontekstu istraživanja značilo poštovanje i uvažavanje prava na samoodređenje, poštovanje i uvažavanje ličnosti i integriteta učesnika u istraživanju;

d) **Poštovanje autonomije učesnika**, što je u kontekstu istraživanja određivalo poštovanje prava učesnika da samostalno odluči da li želi ili ne želi da učestvuje u istraživanju, njegove odluke da odustane u bilo kom momentu od daljeg učešća u istraživanju, bez traženja dodatnih obrazloženja i objašnjenja njegove odluke i bez nagovaranja ili motivisanja materijalnim dobrima da se predomisli.

d) **Poštovanje anonimnosti**, odnosno ne beleženje nikakvih identifikujućih podataka koristeći istraživačke instrumente; svaki ispitanik se vodio pod specifičnom šifrom, bez imena i prezimena i drugih identifikujućih podataka; informacijama koje se tokom istraživanja sakupljaju rukovala su ovlašćena lica na način koji obezbeđuje anonimnost; prilikom obrade podataka nigde se nisu navodile informacije koje mogu da otkriju identitet učesnika;

e) **Poštovanje principa poverljivosti** informacija podrazumeva da se podaci koje je ispitanik dao o sebi tretiraju kao poverljive, te su članovi tima imali obavezu čuvanja tih podataka i njihovog neiznošenja u javnost.

f) **Poštovanje principa dobrovoljnosti** učešća u istraživanju, što podrazumeva da svaki ispitanik dobrovoljno prihvata da učestvuje u istraživanju, te da istraživački tim ne sme ni na koji način da utiče na odluku ispitanika, posebno ne nagovaranjem, posebnim motivisanjem, ucenama, emotivnim pritiscima ili davanjem obećanja; ispitanik je sam donosio odluku da svoje vreme i svoje iskustvo podeli sa članovima istraživačkog tima, poštujući pravila učešća u istraživanju; dobrovoljnost je ujedno podrazumevala da je moguće u bilo kom momentu prekinuti učešće ili se predomisli u pogledu učešća.

f) **Dosledno traženje informisanog pristanka za učešće u istraživanju** podrazumevalo je, s jedne strane, pružanje adekvatnih informacija ispitaniku o samom istraživanju od strane članova terenskog istraživačkog tima (ko sprovodi istraživanje, predmet i cilj istraživanja, način učešća u istraživanju, osnovni principi koji se poštuju u okviru istraživanja, način zaštite anonimnosti, poverljivosti i dobrovoljnosti učešća, moguće neprijatnosti ukoliko ih ima, način upotrebe podataka, kontakt telefon i ime i prezime osobe zadužene za žalbe u slučaju narušavanja učesnikovih prava tokom istraživanja), a sa druge, traženje pisane saglasnosti za učešće u istraživanju nakon informisanja. Osnovne informacije o istraživanju su ispitanicima davane usmeno i u pisanom obliku. Prilikom usmenog informisanja, članovi tima koji su uzimali informisani pristanak (skriner prilikom učešća u kvantitativnom istraživanju, intervjuer za učešće u dubinskim intervjuima, odnosno moderator za učešće u FG) su imali zadatak da informacije predstave na ispitanicima razumljiv način, kao i da odgovore na sve nedoumice ispitanika vezane za istraživanje. Pisanu saglasnost mogle su da daju samo osobe koje su punoletne i mentalno i fizički očuvane. Oni koji su saglasni da učestvuju u istraživanju (kvantitativnom i/ili kvalitativnom) potpisivali su obrazac pristanka. U cilju očuvanja anonimnosti, obrazac je bilo moguće potpisati, pored imena i prezimena, i inicijalima ili pseudonimom. Bio je bitan lični čin, tj. lična odluka da osoba prihvata da učestvuje i da to potvrđuje upravo na ovaj način – potpisom.

Pored opštih etičkih principa, u okviru kvalitativne komponente bili su naglašeni principi vezani za dobrovoljnost i anonimnost učešća i poverljivost podataka.

a) **Dobrovoljnost**: pored opštih odrednica poštovanja principa dobrovoljnosti, u okviru kvalitativne studije dobrovoljnost je bila naglašena u smislu da ispitanici ne samo da mogu da odbiju da učestvuju, već mogu da odbiju da razgovaraju na određene teme za koje procenjuju da bi im bilo neprijatno da govore o njima ili bi mogle da pokrenu previše emocija.

b) **Anonimnost**: tokom razgovora, ukoliko bi ispitanici dali svoje ime intervjueru, u cilju zaštite anonimnosti, njihovo ime se nigde nije beležilo. Ukoliko bi tokom razgovora koji

se snima bilo pomenuto ime ispitanika, njegovo ime nije beleženo u transkriptu. U njemu se samo upisivalo da je to ime ispitanika, u formi: „(ime ispitanika)”. Ukoliko bi bila pomenuta neka druga imena, ili informacije o lokaciji, koje se mogu dovesti u vezu sa identitetom ispitanika, ova imena i nazivi nisu transkribovani u originalnom obliku. Za imena koja bi se pominjala koristila se oznaka Y za osobe muškog pola, odnosno X za osobe ženskog pola. Ukoliko bi više osoba bilo pomenuto tokom razgovora, svaka je dobijala svoju oznaku kombinovanjem oznake za pol i redni broj pojavljivanja u razgovoru (npr. X1, X2... Xn za osobe ženskog pola, Y1... Yn za osobe muškog pola). Imena javnih ličnosti su beležena na način kako su imenovane. U cilju zaštite anonimnosti, nakon transkripcije, svi zvučni zapisi su brisani, tj. uništavani.

c) **Poverljivost:** kada je reč o poverljivosti, naglašena je obaveza intervjuera da sve informacije dobijene od ispitanika čuva u poverenju i ne prenosi dalje.

d) **Informisani pristanak:** svaki ispitanik koji je učestvovao u razgovoru putem dubinskog intervjuera ili u FG je posebno davao informisani pristanak za učešće u svakoj od navedenih komponenti. Intervjuer, u slučaju dubinskih intervjuera, odnosno moderator, u slučaju FG, je posebno informisao učesnika o kvalitativnom istraživanju, odgovarajući na ista pitanja o studiji kao i u slučaju kvantitativnog istraživanja (ko sprovodi istraživanje, predmet i cilj istraživanja i tako dalje), na način razumljiv ispitaniku. Usmeno objašnjenje je praćeno pisanom informacijom koja se davala ispitaniku. Intervjuer/moderator je dodatno odgovarao na sva pitanja o istraživanju koja bi ispitanik imao. Nakon toga, ispitanik je donosio odluku da li želi ili ne želi da učestvuje u kvalitativnom istraživanju. Negativna odluka ispitanika nije uticala na odnos prema ispitaniku, kao ni na mogućnost ispitanika da dobije sve relevantne i adekvatne informacije vezane za HIV infekciju (rizik, prevencija i usluge). Ukoliko bi ispitanik doneo pozitivnu odluku, potpisivao bi obrazac za pristanak, na identičan način kao i za učešće u kvantitativnom istraživanju.

Imajući u vidu da se istraživanje sprovodilo u populaciji koja je stigmatizovana u široj društvenoj zajednici, postojao je rizik od fizičkog nasilja nad ispitanicima i članovima istraživačkog tima od strane desno orijentisanih (i/ili) homofobnih grupa. U cilju bezbednosti, o realizaciji samog terenskog istraživanja bilo je obavješteno Ministarstvo unutrašnjih poslova i lokalne uprave policije. Policija je tako bila na spremna na delovanje u slučaju narušavanja bezbednosti istraživačkog tima ili ispitanika na istraživačkim lokacijama. Takođe, vođe terenskog tima su vodile računa da se ispred istraživačkih lokacija ne okupljaju i ne zadržavaju veće grupe ljudi, kako se ne bi privlačila pažnja i izazvalo potencijalno negodovanje okruženja. Pri izvođenju dubinskih intervjuera u privatnom prostoru ispitanika postojala je procedura postupanja u smislu javljanja intervjuera glavnom istraživaču po realizovanom intervjuu, odnosno, u slučaju da protekne 120 minuta od početka intervjuera bez poziva intervjuera, glavni istraživač bi pozivao intervjuera u cilju provere bezbednosti. Tokom trajanja terenskog istraživanja nije bilo potrebe za bilo kakvim intervencijama. Tačnije, poštujući mere predostrožnosti, nije nijednom narušena bezbednost istraživačkih timova i samih ispitanika.

Studija je odobrena od strane Etičkog odbora Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (br. 2650/XII-2). Takođe, istraživanje je dobilo saglasnost Etičkog odbora Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” (br. 6627/1-2013).

4. REZULTATI

4.1. Karakteristike uzorka

4.1.1. Osnovne karakteristike uzorka za kvantitativno istraživanje

4.1.1.1. Sociodemografske karakteristike uzorka

U kvantitativnom istraživanju učestvovalo je ukupno 1000 ispitanika, koliko je i predviđeno veličinom uzorka, i to 400 u Beogradu, a po 300 u Novom Sadu i u Kragujevcu. Društvene mreže koje imaju muškarci koji imaju seks sa muškarcima u proseku su najveće u Kragujevcu, a najmanje u Novom Sadu. Prosečna veličina mreže u uzorku je gotovo duplo veća nego u slučaju procene za populaciju (tabela 2).

Tabela 2. Procenjena veličina društvenih mreža ispitanika u lancima prema *semenima* i prosečna veličina i medijana društvenih mreža u ukupnom uzorku

Seme	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	AS (SD), Med	AS (SD), Med	AS (SD), Med
01	11,1 (11,7), 8,0	6,4 (8,4) 4,0	13,9 (9,1) 10,0
02	10,1 (10,6), 7,0	6,8 (5,5) 5,0	18,2 (9,0) 15,5
03	10,9 (10,4), 10,0	7,9 (6,3) 6,0	17,9 (8,5) 17,0
04	9,5 (8,5), (7,0)	10,3 (7,4) 9,0	9,9 (9,4) 8,0
05	16,2 (17,6) 15,0	9,9 (8,0) 6,0	10,3 (7,6) 9,5
06	9,0 (5,9) 6,5	8,2 (6,1) 6,5	15,6 (8,1) 15,0
07	6,3 (7,2) 5,0	7,0 (6,4) 5,0	14,3 (7,3) 15,0
08	9,4 (7,3) 6,0	6,1 (5,5) 5,0	11,6 (8,0) 10,0
09	10,7 (9,3) 7,0	7,4 (5,9) 6,5	16,2 (7,7) 15,5
10	9,7 (9,9) 7,0	6,5 (3,9) 5,0	9,7 (6,9) 7,0
Ukupno (procena)	9,2 (9,1) 6,5	7,3 (6,5) 5,0	12,8 (8,5) 10,5
Ukupno (uzorak)	18,2 (19,8) 13,5	13,0 (14,8) 10,0	18,4 (9,5) 17,0

U Beogradu je 400 ispitanika dosegno kroz 6 *talasa*, pri čemu je najviše ispitanika regrutovano na trećem i četvrtom *talasu*. U Novom Sadu je 300 ispitanika dosegno kroz 7 *talasa*, pri čemu je najviše dosegno od drugog do četvrtog *talasa*. U Kragujevcu, 300 ispitanika je dosegno kroz 7 *talasa*, sa najviše dosegnutih između trećeg i petog *talasa* (tabela 3).

Tabela 3. Broj i kumulativni broj dosegnutih ispitanika u odnosu na *talas* prema gradovima

Talas	Beograd		Novi Sad		Kragujevac	
	Broj dosegnutih ispitanika	Kumulativan broj dosegnutih ispitanika	Broj dosegnutih ispitanika	Kumulativan broj dosegnutih ispitanika	Broj dosegnutih ispitanika	Kumulativan broj dosegnutih ispitanika
0 (<i>seme</i>)	10	10	10	10	10	10
1	30	40	29	39	25	35
2	55	95	66	105	40	75
3	129	224	91	196	76	151
4	122	346	65	261	67	218
5	44	390	29	290	61	279
6	10	400	7	297	19	298
7	0	400	3	300	2	300

Svi ispitanici su bili muškog pola, a ukupno 2 se izjasnilo da je ženskog roda (u Beogradu) i 3 da su transrodne osobe (dva iz Beograda i jedan iz Novog Sada). U odnosu na uzrast, najmlađi su bili muškarci koji imaju seks sa muškarcima iz Novog Sada, a najstariji iz Kragujevca (tabela 4). Homofilija nije zabeležena u Beogradu i Kragujevcu, ali je zabeležena povišena homofilija u Novom Sadu. Odnosno, mlađe osobe su pozivale mlađe osobe, a starije – starije. Ovo ukazuje na to da je uzorak u Novom Sadu bio prebojen mlađim ispitanicima. U odnosu na uzoračke proporcije, ispitanici iz Novog Sada su značajno mlađi od ispitanika iz druga dva grada.

Tabela 4. Prosečan uzrast i medijana uzrasta muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u populaciji (procena) i u uzorku (uzoračke proporcije) prema gradu

Grad	Populaciona procena	Uzoračke proporcije
	AS (SD) Medijana	AS (SD) Medijana
Beograd	31,8 (+/-9,8), 30	31,7 (+/-9,6), 30
	Homofilija: 1,09	
Novi Sad	27,5 (+/-6,9) 26	27,9 (+/-6,8), 27
	Homofilija: 1,60	
Kragujevac	29,0 (+/-8,2), 28	30,3 (+/-8,3), 30
	Homofilija: 0,92	

*Vrednost *Kruskal Wallis* testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 26,823$; $p < 0,001$ ++ $p < 0,001$

U okviru prikaza osnovnih karakteristika uzorka, za osnovne varijable je mereno dosezanje ekvilibrijuma, kako bi se proverila mogućnost postavljanja procena za populaciju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima na nivou pojedinačnog grada.

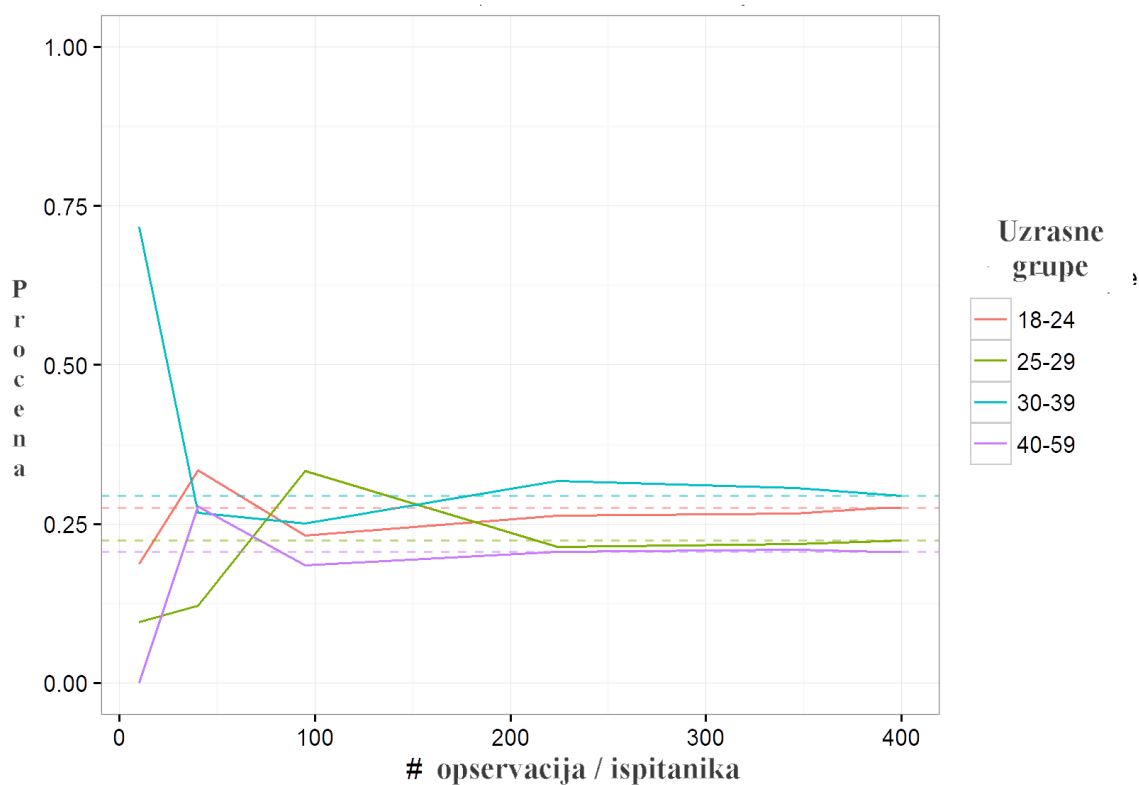
U cilju utvrđivanja ekvilibrijuma u odnosu na uzrast, ispitanike smo podelili u četiri uzrasne grupe (18–24, 25–29, 30–39, 40–59). Procena distribucije muškaraca koji imaju seks sa muškarcima u odnosu na ove uzrasne grupe data je u tabeli 5.

Tabela 5. Procenjena distribucija muškaraca koji imaju seks sa muškarcima prema uzrasnim grupama i gradu

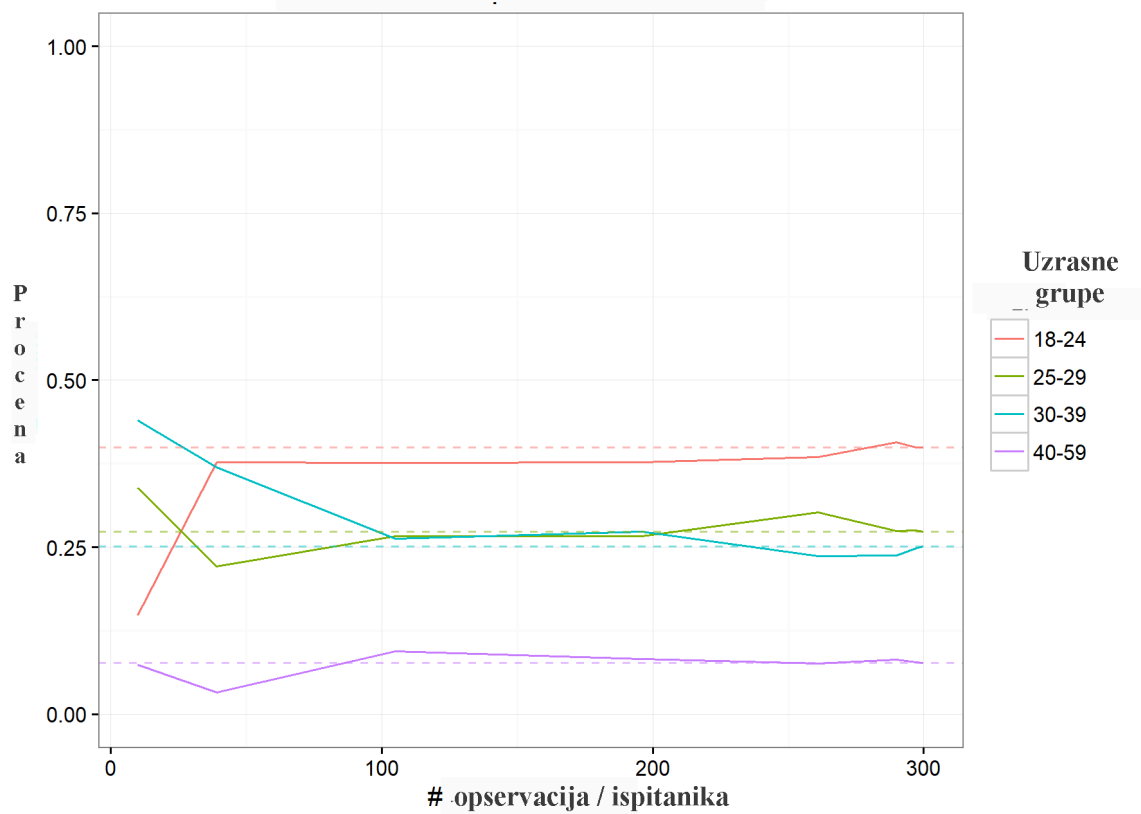
Varijabla	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
Uzrasne grupe	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
18–24	27,6 (21,1–34,0)	39,9 (29,8–50,1)	34,9 (27,6–42,3)
25–29	22,4 (17,0–27,9)	27,3 (20,5–34,1)	20,0 (12,4–27,6)
30–39	29,4 (23,5–35,5)	25,1 (18,1–32,1)	33,7 (27,2–40,2)
40–59	20,6 (15,4–25,7)	7,6 (3,2–12,1)	11,3 (7,2–15,4)

Ekvilibrijum u odnosu na uzrast je dosegnut u Beogradu (sa oko 200 ispitanika, tj. na trećem *talasu*) i u Kragujevcu (sa oko 250 ispitanika, na petom *talasu*), dok je u Novom Sadu dosegnut neujednačeno po uzrasnim grupama, tj. najkasnije za uzrasnu grupu 25–29, sa oko 280 ispitanika (peti talas) (grafikon 13, a–c).

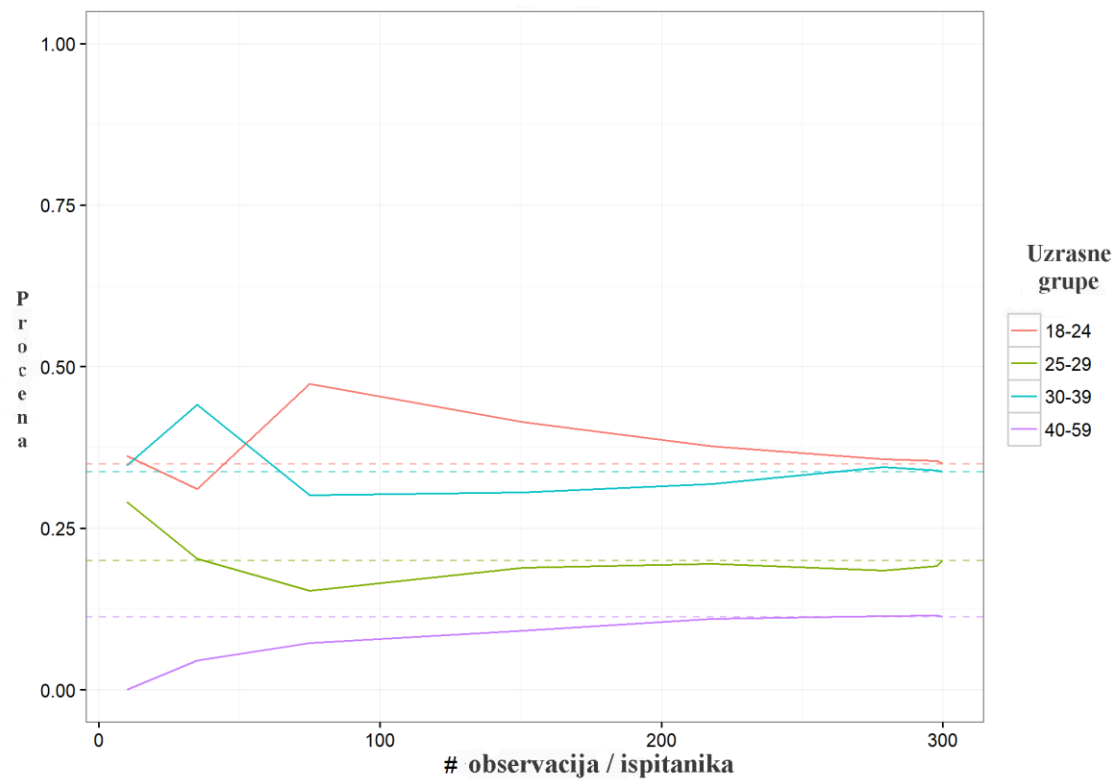
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



Grafikon 13. Ekvilibrijum u odnosu na uzrast za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Kada je reč o obrazovanju, oko 1/3 muškaraca koji imaju seks sa muškarcima ima završenu višu ili visoku stručnu spremu.⁴ Homofilija pri regrutovanju ispitanika nije zabeležena ni u jednom gradu (tabela 6). Kada je reč o radnom statusu, odgovore ispitanika smo podelili u dve kategorije – kategoriju onih sa primanjima, tj. zaposleni, samozaposleni i penzioneri, i kategoriju izdržavanih lica – nezaposleni, učenici i studenti. U Beogradu i Kragujevcu, prema RDS procenama, više je osoba u kategoriji zaposlenih, samozaposlenih ili penzionera, dok je u Novom Sadu više onih koji su nezaposleni, studenti ili učenici, što je i za očekivati, obzirom da su u Novom Sadu u većoj meri zastupljeni mladi. Ove razlike u uzorku su se pokazale statistički značajnim. U odnosu na radni status, umerena homofilija pri regrutovanju ispitanika je zabeležena u Novom Sadu (tabela 6). U odnosu na bračno stanje, odgovori ispitanika su grupisani u dve kategorije: oni u bračnoj ili vanbračnoj zajednici i oni koji nisu u zajednici (neoženjeni, udovci, razvedeni). Prema RDS procenama, većina muškaraca koji imaju seks sa muškarcima nije u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, a homofilija pri regrutovanju nije zabeležena ni u jednom gradu. Prema uzoračkim proporcijama, značajno više ispitanika u Novom Sadu nije u (van)bračnoj zajednici (tabela 6).

Tabela 6. Procenjena i uzoračka distribucija muškaraca koji imaju seks sa muškarcima po obrazovanju, radnom statusu i bračnom statusu za Beograd, Novi Sad i Kragujevac

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Obrazovanje</i>						
Bez obrazovanja, nezavršena i završena osnovna škola, završena srednja škola	59,8 (53,1-66,5)	68,7 (62,1-75,3)	67,4 (60,2-74,6)	257 (64,3)	208 (69,6)	195 (65,4)
Završena viša ili visoka škola	40,2 (33,5-46,9)	31,3 (24,7-37,9)	32,6 (25,4-39,8)	143 (35,8)	91 (30,4)	103 (34,6)
Homofilija	1,03	1,01	1,05	*1		
<i>Radni status</i>						
Zaposleni, samozaposleni, penzioneri	53,1 (46,4-59,7)	46,7 (38,7-54,7)	57,1 (49,5-64,8)	231 (57,8)	142 (47,3)	189 (63,0)
Nezaposleni, učenici, studenti	46,9 (40,3-53,6)	53,3 (45,3-61,3)	42,9 (35,2-50,5)	169 (42,3)	158 (52,7)	111 (37,0)
Homofilija	1,06	1,22	1,06	*2 ⁺⁺		
<i>Bračni status</i>						
Bračna i vanbračna zajednica	9,2 (4,0-14,5)	1,8 (0,0-3,9)	9,5 (6,2-12,9)	40 (10,2)	5 (1,7)	34 (11,5)
Neoženjeni, udovci, razvedeni	90,8 (85,5-96,0)	98,2 (96,1-100,0)	90,5 (87,1-93,8)	352 (89,8)	295 (98,3)	261 (88,5)
Homofilija	1,01	1,00	0,99	*3 ⁺⁺		

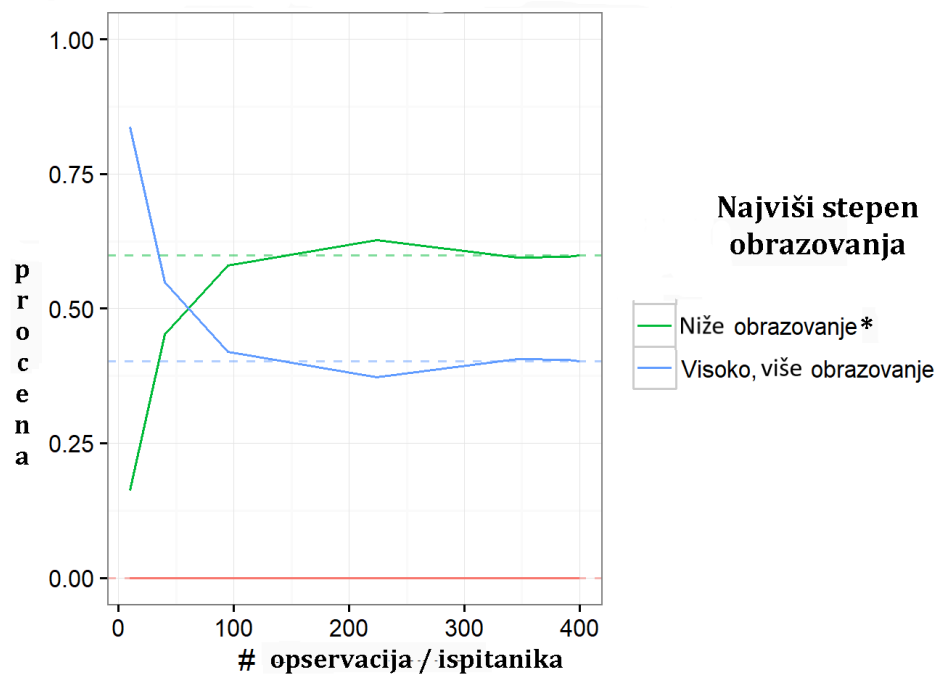
* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=2,271$; $p=0,321$; 2) $\chi^2=15,607$; $p<0,001$; 3) $\chi^2=23,908$; $p<0,001$.

⁺⁺ $p<0,001$.

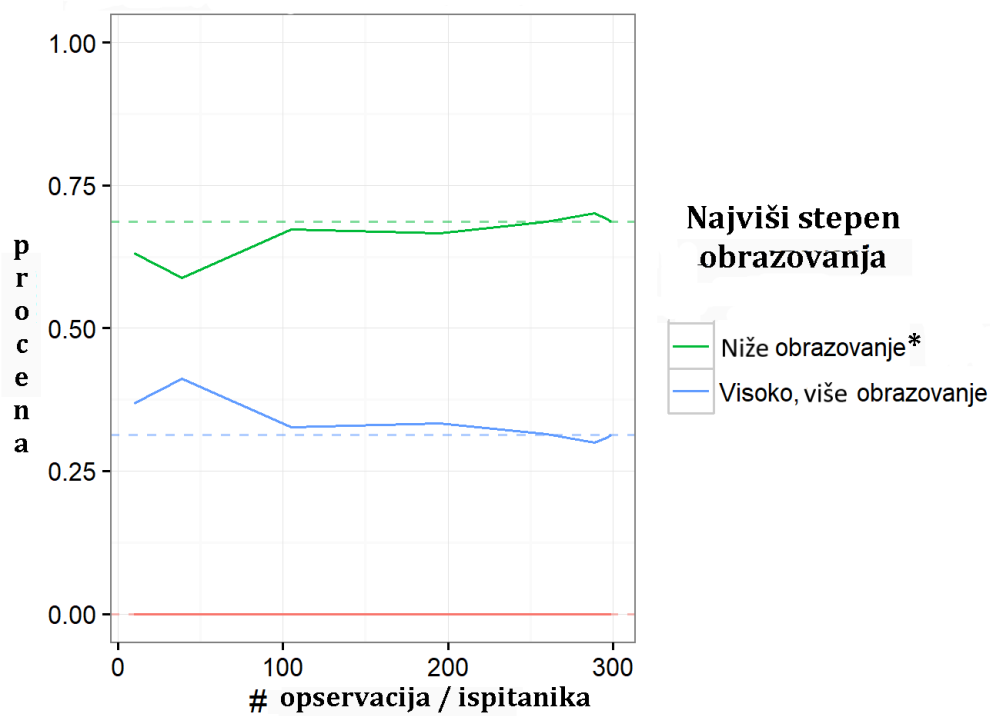
⁴ Kako je u uzorku bio mali broj onih bez obrazovanja, sa nezavršenom osnovnom školom i sa završenom osnovnom školom, ove kategorije su pripojene kategoriji nižeg obrazovanja – do završene srednje škole.

U odnosu na obrazovanje, ekvilibrijum je dosegnut za sva tri grada, u Beogradu na oko 300 ispitanika (četvrti *talas*), a u Novom Sadu i Kragujevcu na oko 220 ispitanika (četvrti *talas* i peti *talas* respektivno) (grafikon 14, a–c).

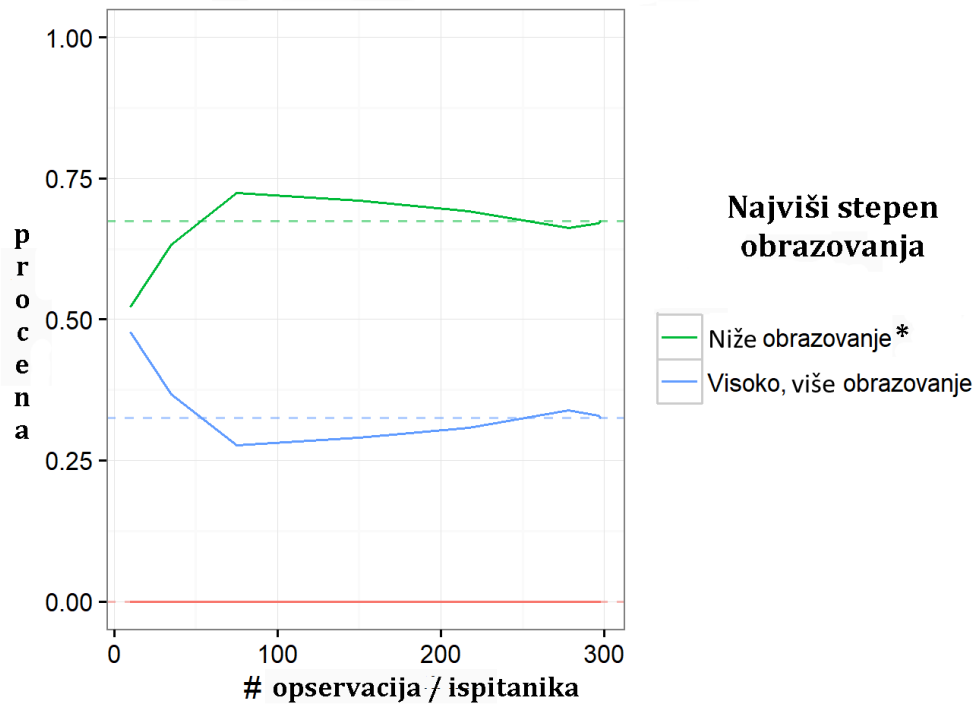
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac

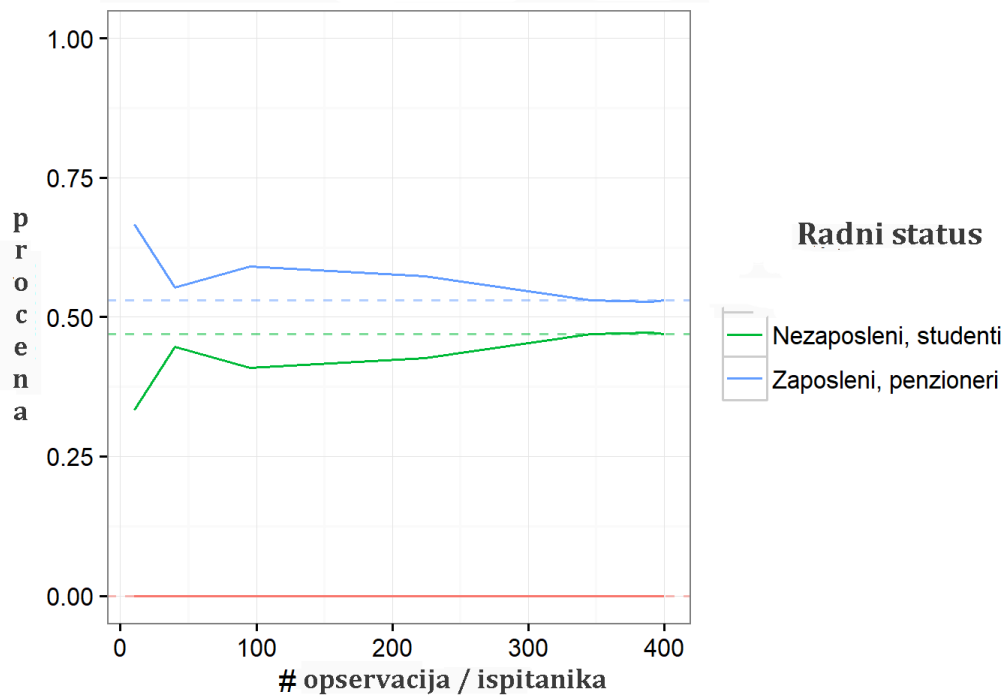


Grafikon 14. Ekvilibrijum u odnosu na obrazovanje za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

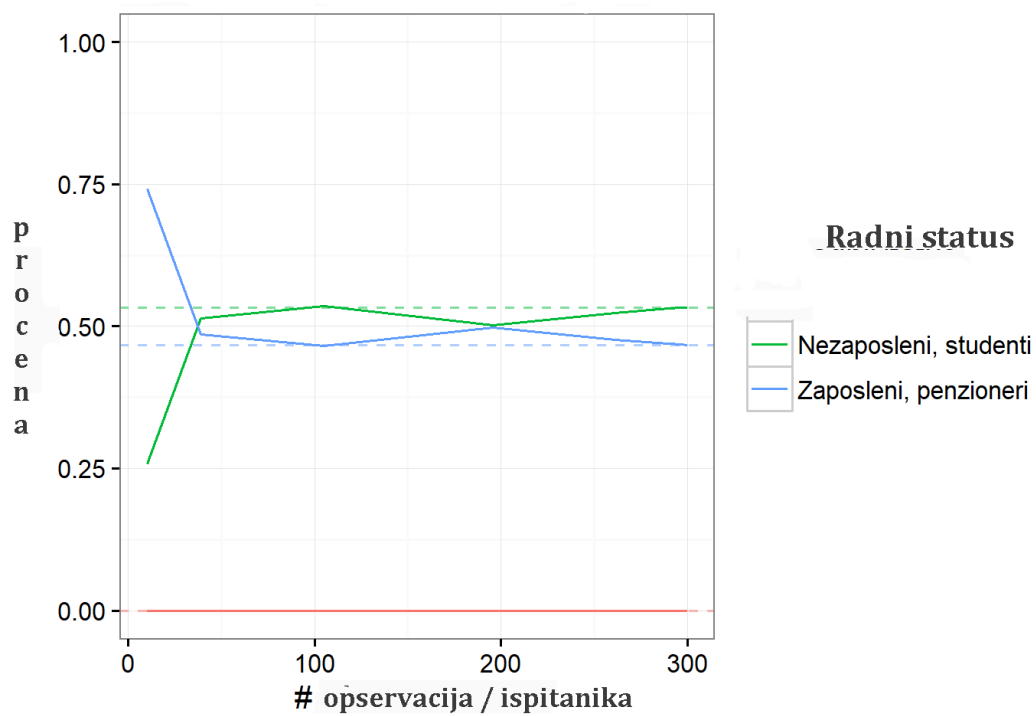
* Obuhvata one bez obrazovanja, sa nezavršenom i završenom osnovnom školom i završenom srednjom školom

Kada je reč o doseganju ekvilibrijuma u odnosu na radni status, u Beogradu je ekvilibrijum dosegnut sa oko 300 ispitanika (četvrti *talas*), u Novom Sadu sa oko 250 (četvrti *talas*), a u Kragujevcu sa oko 220 ispitanika (peti *talas*) (grafikon 15, a–c).

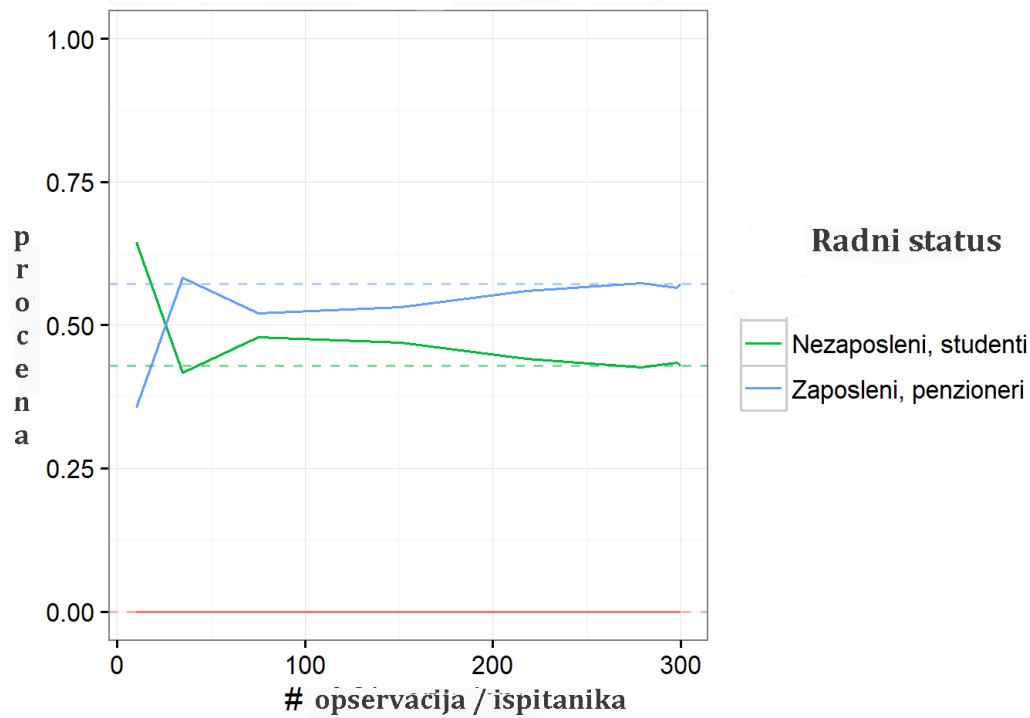
a) Beograd



b) Novi Sad



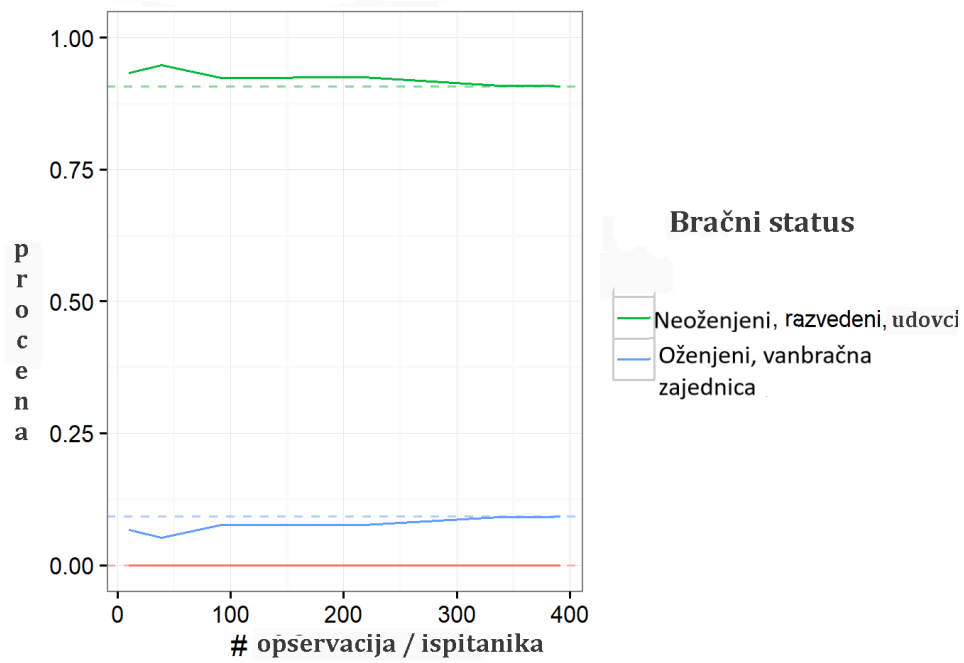
c) Kragujevac



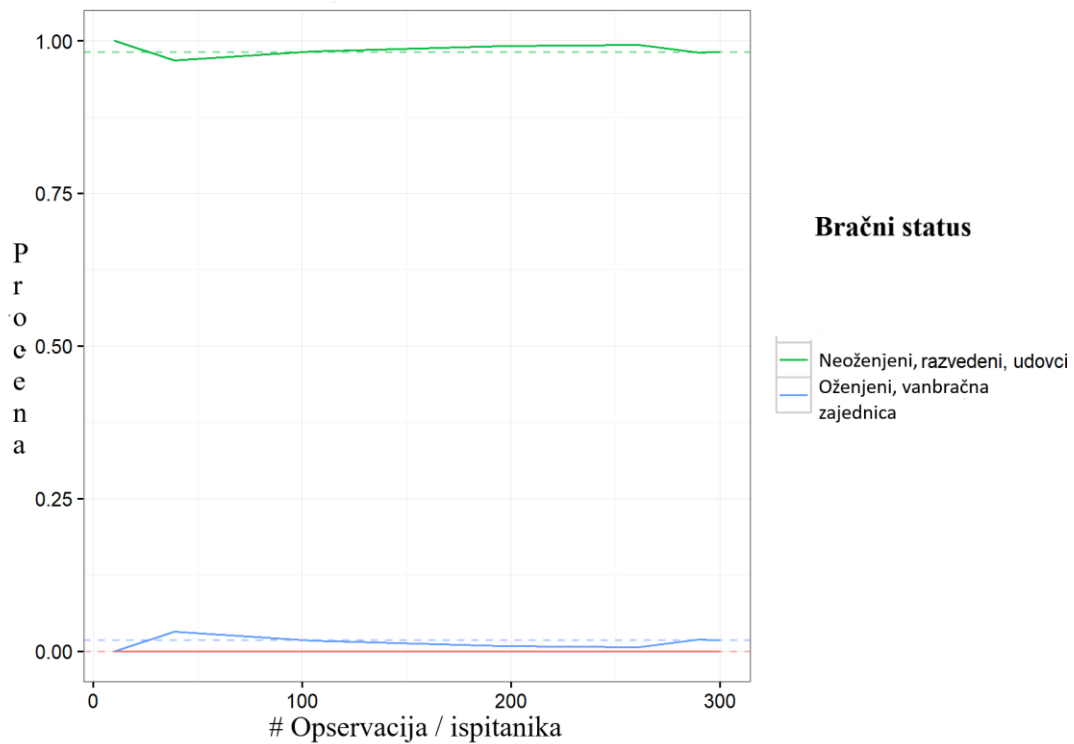
Grafikon 15. Ekvilibrijum u odnosu na radni status za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

U odnosu na bračni status, ekvilibrijum je dosegnut za sva tri grada: u Beogradu na oko 100 ispitanika (treći *talas*), u Novom Sadu na oko 60 ispitanika (drugi *talas*) i u Kragujevcu na oko 200 ispitanika (četvrti *talas*) (grafikon 16, a–c).

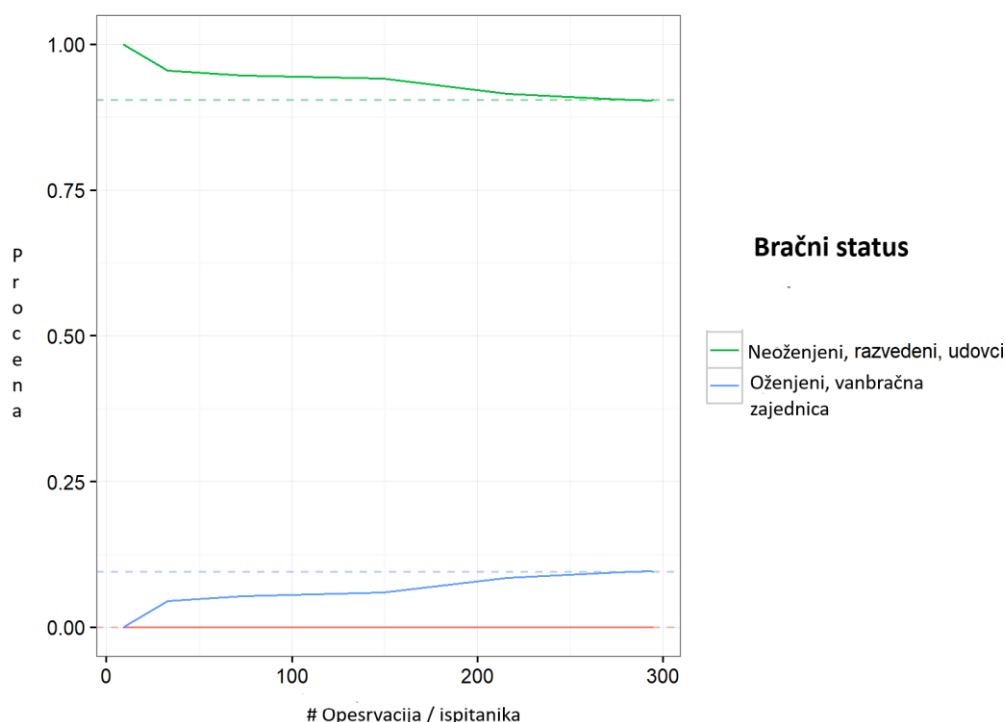
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



Grafikon 16. Ekvilibrijum u odnosu na bračni status za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Većina muškaraca koji imaju seks sa muškarcima, prema RDS procenama, u sva tri grada su srpske etničke pripadnosti, s tim da se u Beogradu najmanje njih identifikuje kao Srbi. Homofilija pri regrutovanju nije zabeležena ni u jednom gradu. U odnosu na uzoračke proporcije, razlika između Beograda i drugih gradova po pitanju etničkog izjašnjavanja je statistički značajna (tabela 7). Ono što je interesantno jeste da je u Beogradu i najveći udeo onih koji nisu želeli da se izjasne o svojoj etničkoj pripadnosti (40,3%) za razliku od Novog Sada i Kragujevca (3%, 20,4% , respektivno).

Tabela 7. Procenjena i uzoračka distribucija muškaraca koji imaju seks sa muškarcima prema etničkoj pripadnosti u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Etnička pripadnost</i>						
Srbi	56,1 (49,6-62,7)	82,2 (75,9-88,4)	72,9 (65,5-80,2)	208 (52,0)	237 (79,0)	206 (68,7)
Drugo ili se nisu izjasnili	43,9 (37,3-50,4)	17,8 (11,6-24,1)	27,1 (19,8-34,5)	192 (48,0)	63 (21,0)	94 (31,3)
Homofilija	1,04	1,00	1,00			***

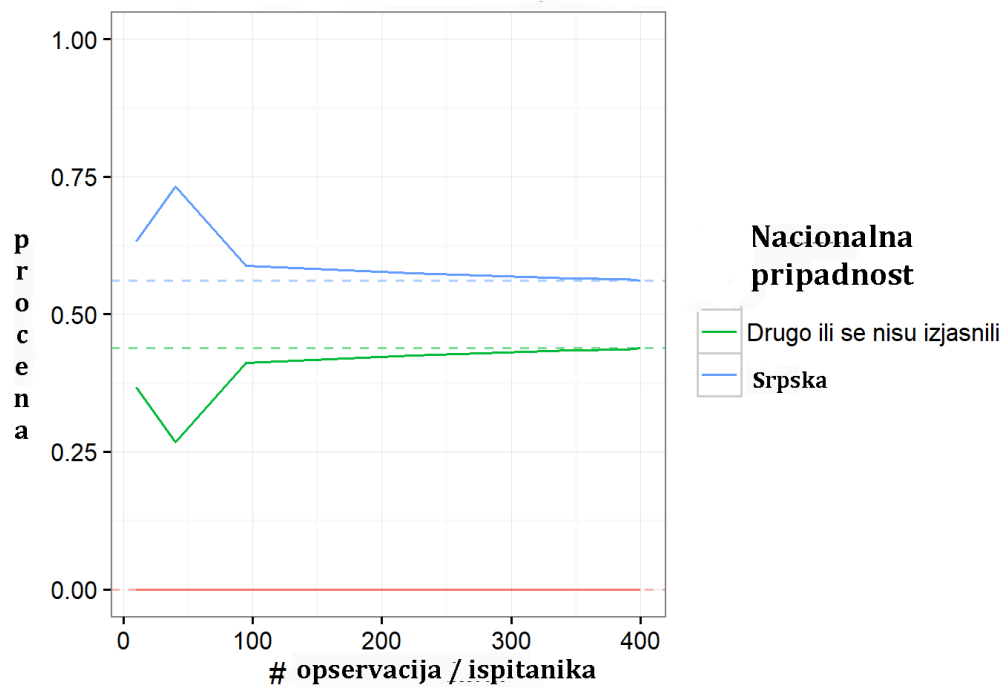
* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2=57,405$; $p<0,001$.

++ $p<0,001$.

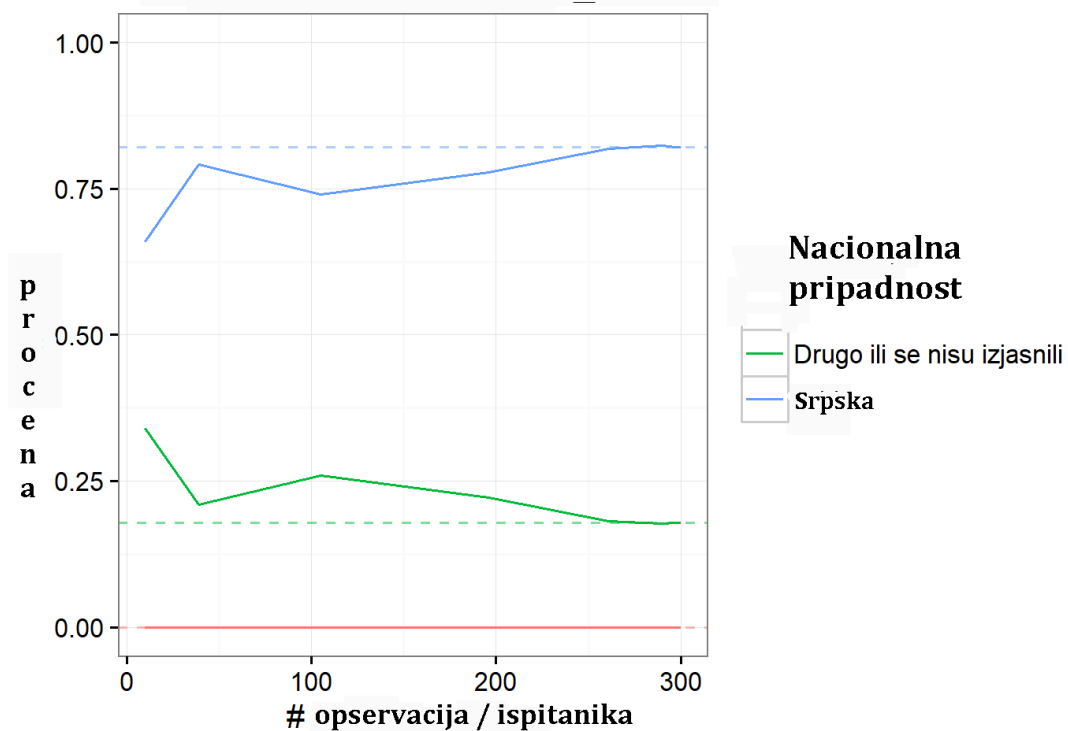
U odnosu na etničku pripadnost, ekvilibrijum je dosegnut za sva tri grada, i to u Beogradu sa oko 150 ispitanika (treći talas), u Novom Sadu sa oko 240 ispitanika (četvrti talas),

a u Kragujevcu sa oko 260 muškaraca koji imaju seks sa muškarcima (peti *talas*) (grafikon 17, a–c).

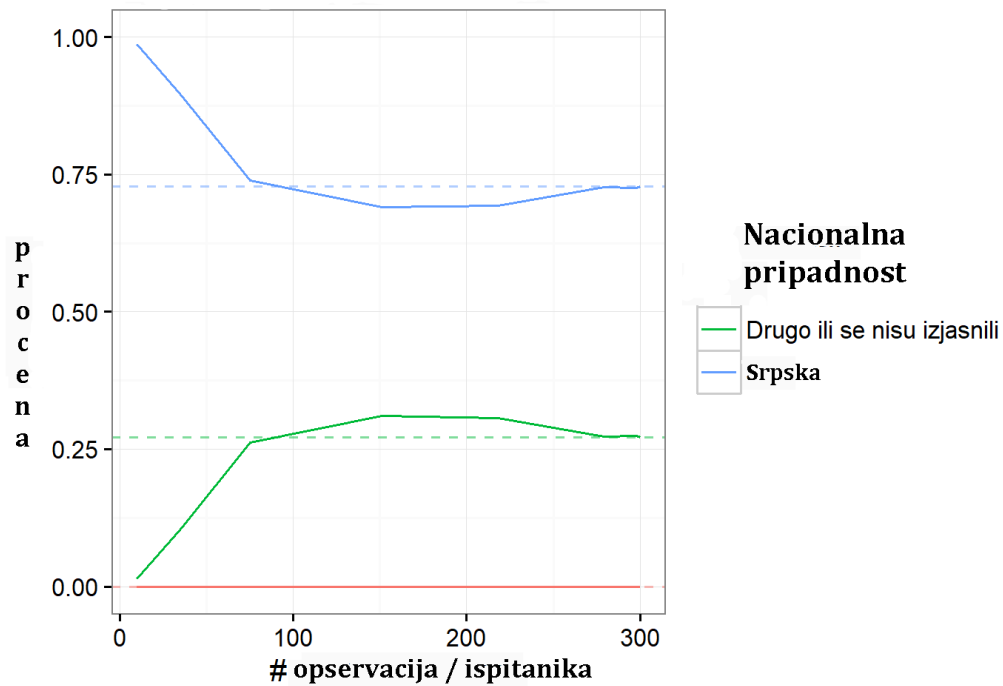
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



Grafikon 17. Ekvilibrjum u odnosu na nacionalnu (etničku) pripadnost za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Kada je reč o mestu susreta, tj. prvog kontakta sa potencijalnim seksualnim partnerom, najmanje ispitanika je u kontakt sa potencijalnim partnerima stupala primarno na kruzingu u Novom Sadu i Kragujevcu, dok su u Beogradu podjednako zastupljena sva mesta susreta. Umerena homofilija je zabeležena u Novom Sadu. Kada je reč o uzoračkim proporcijama, značajno više ispitanika iz Beograda je do potencijalnih partnera dominantno dolazila na kruzingu (tabela 8).

Tabela 8. Procenjena i uzoračka distribucija muškaraca koji imaju seks sa muškarcima prema dominantnom mestu stupanja u kontakt sa potencijalnim seksualnim partnerima u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

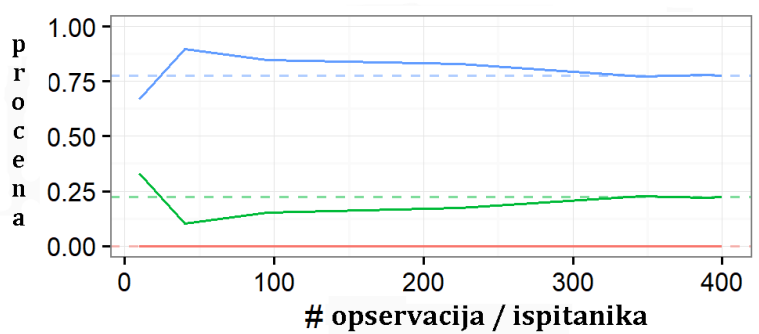
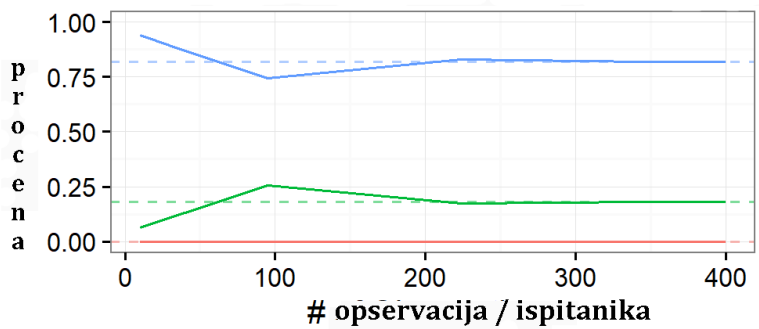
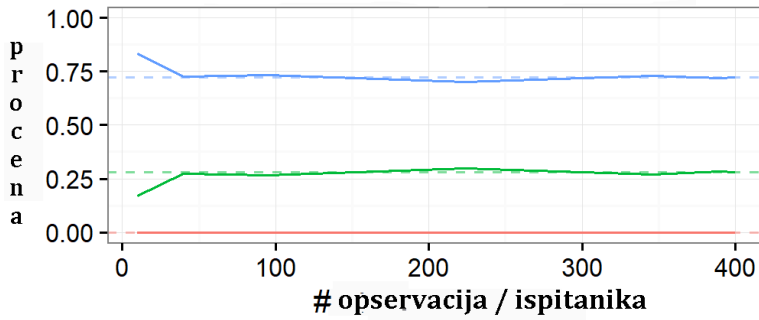
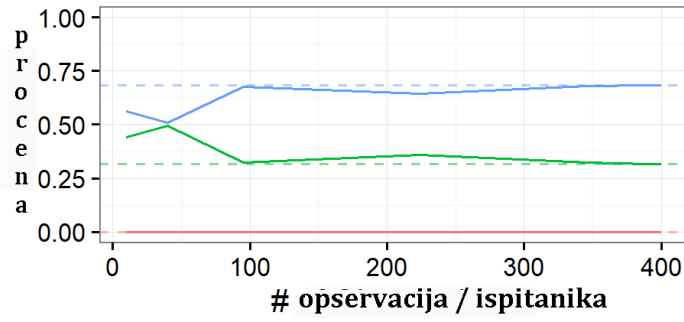
Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Dominantno mesto stupanja u kontakt sa potencijalnim seksualnim partnerima</i>						
Internet, oglasi	31,7 (25,6-37,9)	48,5 (47,1-49,9)	42,6 (36,0-49,2)	101 (25,3)	145 (48,3)	106 (35,3)
Klubovi, žurke	27,9 (21,1-34,8)	22,4 (14,8-30,1)	18,9 (13,6-24,3)	136 (34,1)	73 (24,3)	67 (22,3)
Lična poznanstva	17,9 (13,4-22,3)	28,3 (20,4-36,2)	32,8 (25,8-39,9)	70 (17,5)	78 (26,0)	108 (36,0)
Kruzing mesta i drugo	27,9 (21,1-34,8)	0,7 (0,0-8,0)	5,6 (2,3-8,8)	92 (23,1)	4 (1,3)	19 (6,3)
Homofilija	1,05	1,24	1,05			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2=138,980$; $p<0,001$.

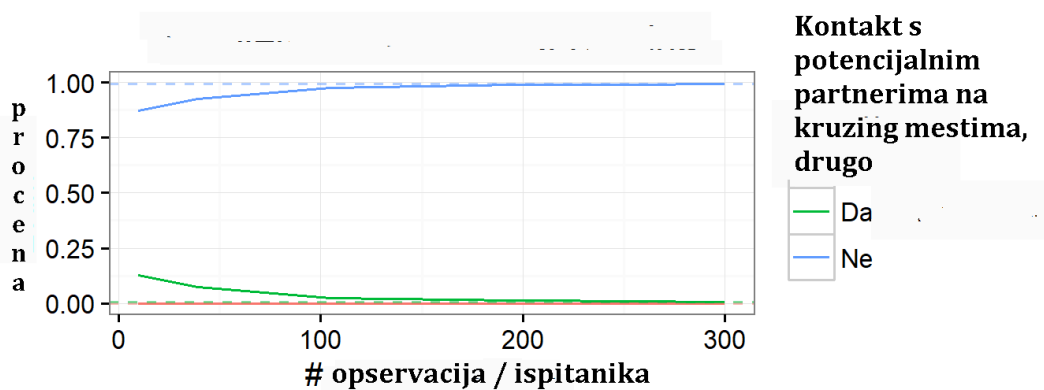
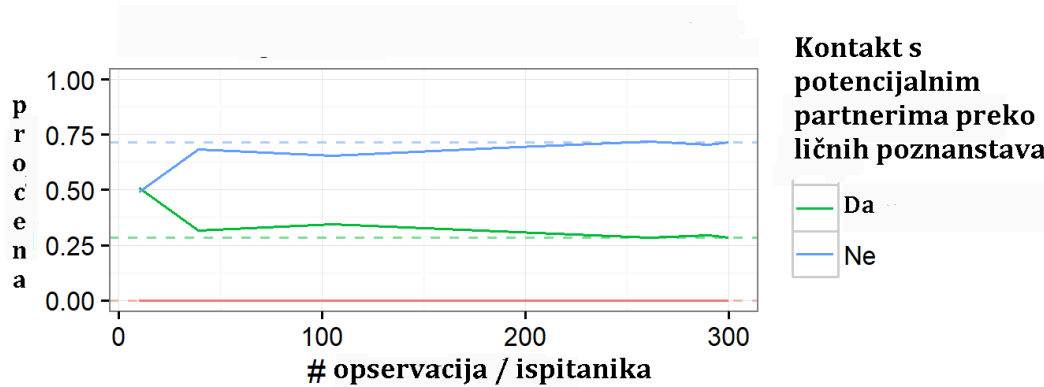
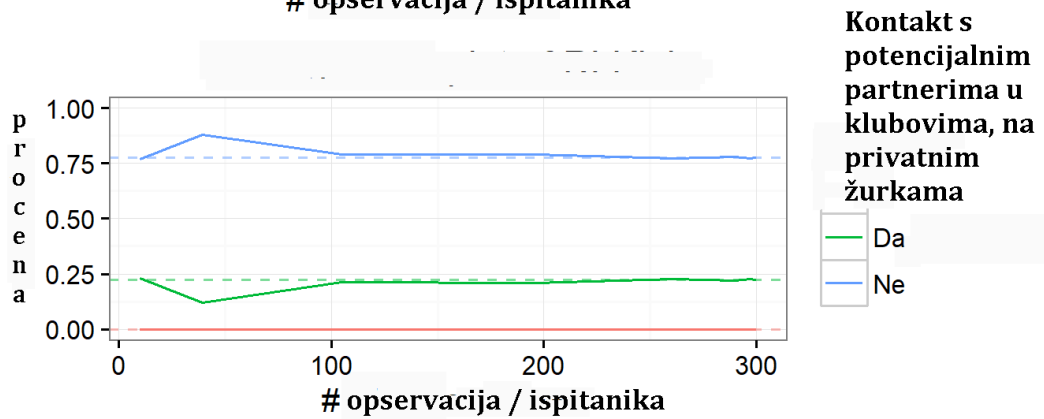
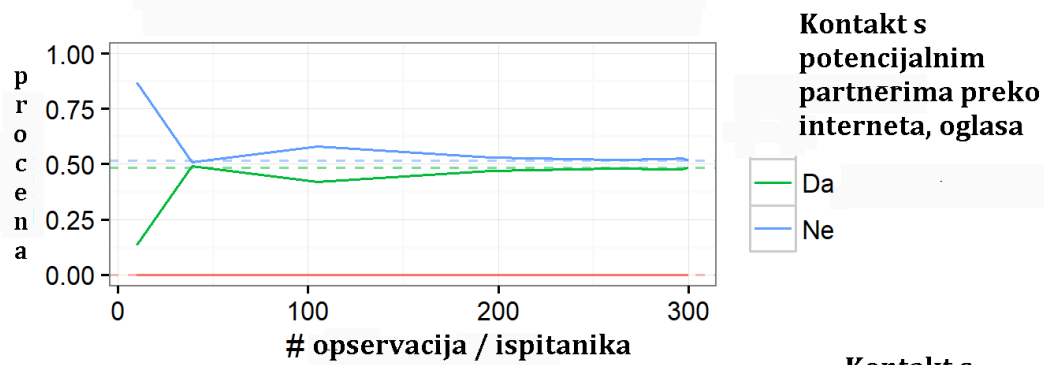
** $p<0,001$.

U odnosu na ekvilibrijum, on je dosegnut u sva tri grada, i to u Beogradu na oko 290 ispitanika (četvrti *talas*) za internet i oglase kao dominantno mesto kontakta, oko 200 za klubove i žurke, kao i za lična poznanstva (treći *talas*), a oko 300 (četvrti *talas*) za kruzing. U Novom Sadu ekvilibrijum je dosegnut sa oko 190 ispitanika (treći *talas*) za internet i oglase kao dominantno mesto kontakta, sa oko 100 ispitanika (drugi *talas*) za klub i žurke, i sa oko 200 ispitanika (četvrti *talas*) za kruzing i za lična poznanstva. U Kragujevcu je ekvilibrijum dosegnut sa oko 90 ispitanika (treći *talas*) za internet i oglase, kao i za lična poznanstva kao dominantan način kontakta sa potencijalnim seksualnim partnerima, dok je sa oko 150 ispitanika (treći *talas*) dosegnut za klub i žurke, odnosno kruzing kao primarno mesto susreta sa potencijalnim partnerima (grafikon 18, a–c).

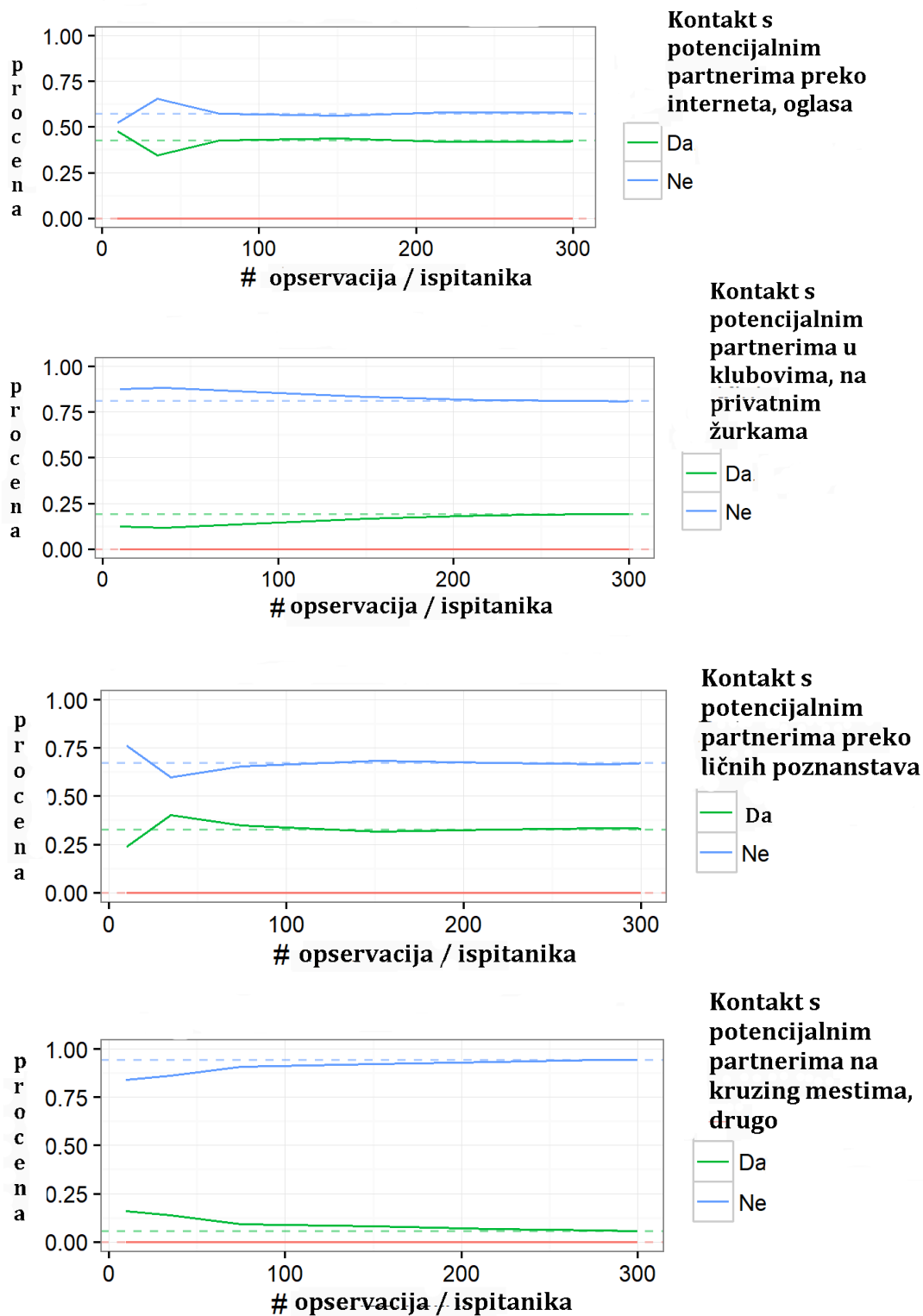
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



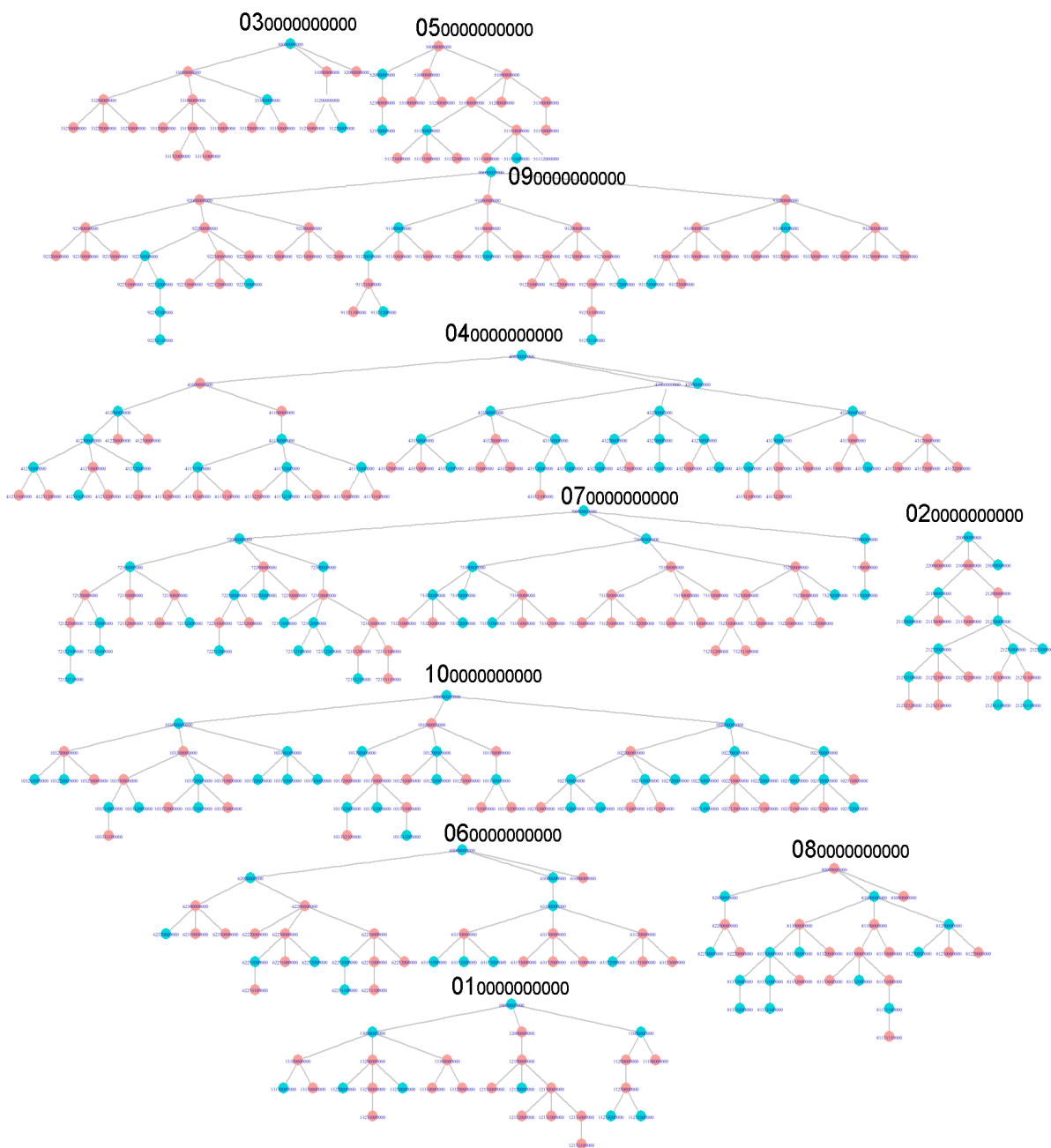
Grafikon 18. Ekvilibrijum u odnosu na dominantno mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Imajući u vidu karakteristike uzorka, u Novom Sadu smo identifikovali povišenu homofiliju u odnosu na uzrast i umerenu u odnosu na radni status. Međutim, ekvilibrijum (karakteristike populacije) je dosegnut za sve posmatrane varijable najkasnije do petog *talasa*.

4.1.1.2. Karakteristike uzorka u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci

U poslednjih 12 meseci na HIV se testiralo, prema RDS procenama, u Beogradu 34,3% muškaraca koji imaju seks sa muškarcima (95% interval poverenja (engl. *confidence interval*, u daljem tekstu CI): 28,2–40,4; homofilija 1,05), u Novom Sadu 38,6% (95% CI: 31,8–45,4; homofilija 1,04), a u Kragujevcu 58,9% (95% CI: 51,0–66,8; homofilija 1,04). Rekrutovanje u odnosu na testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci za lanac prema svakom *semenu* je prikazano na slici 4 (a–c). U odnosu na uzoračke vrednosti, statistički značajno više ($\chi^2 = 33,051$; $p < 0,001$) ispitanika iz Kragujevca se testiralo na HIV u poslednjih 12 meseci nego što je to slučaj sa ispitanicima iz Beograda i Novog Sada (57,7%, 39,0%, 39,7% respektivno).

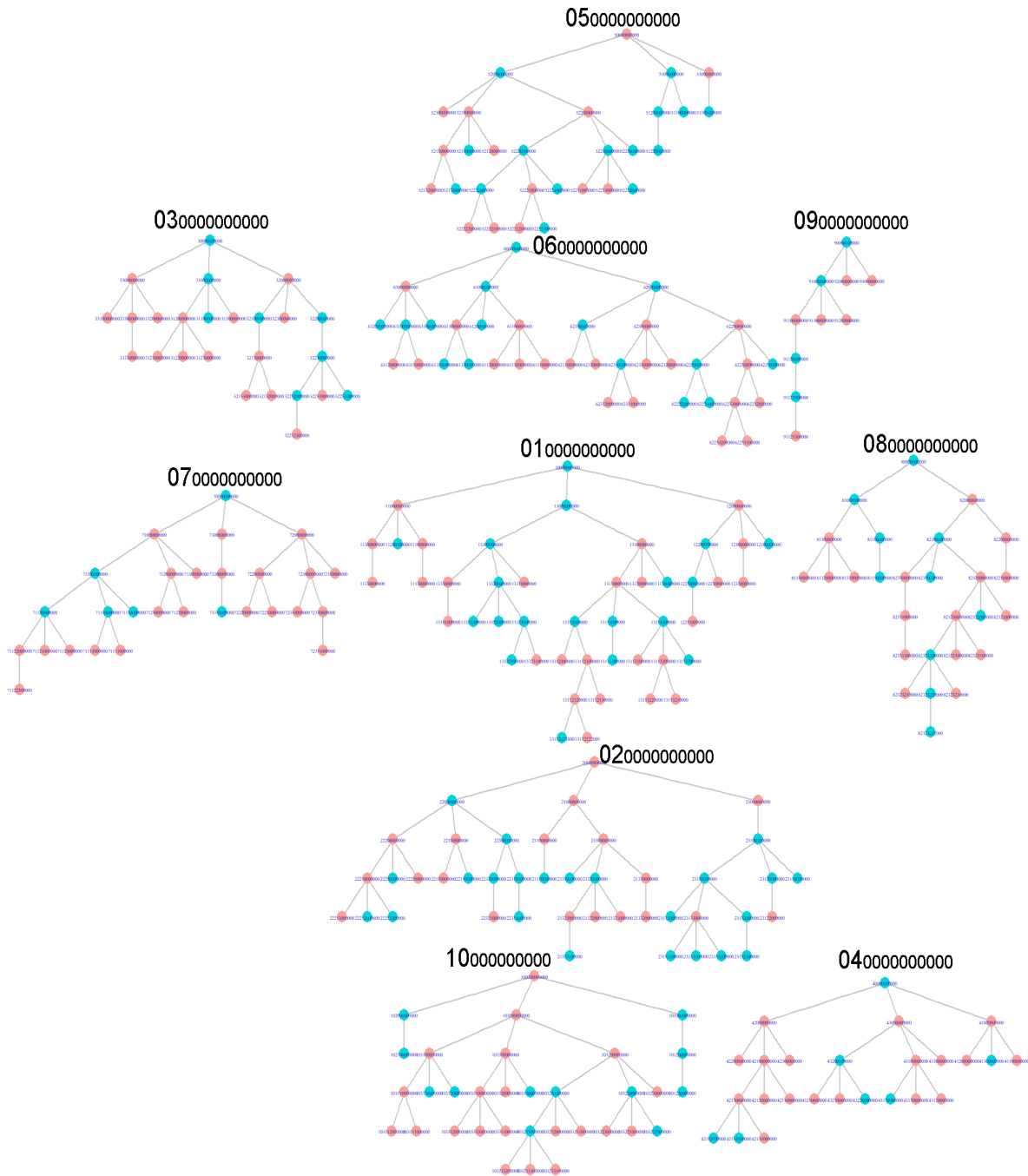
a) Beograd



testiranje u poslednjih 12 meseci

● Ne, nisu se testirali ● Da, testirali se

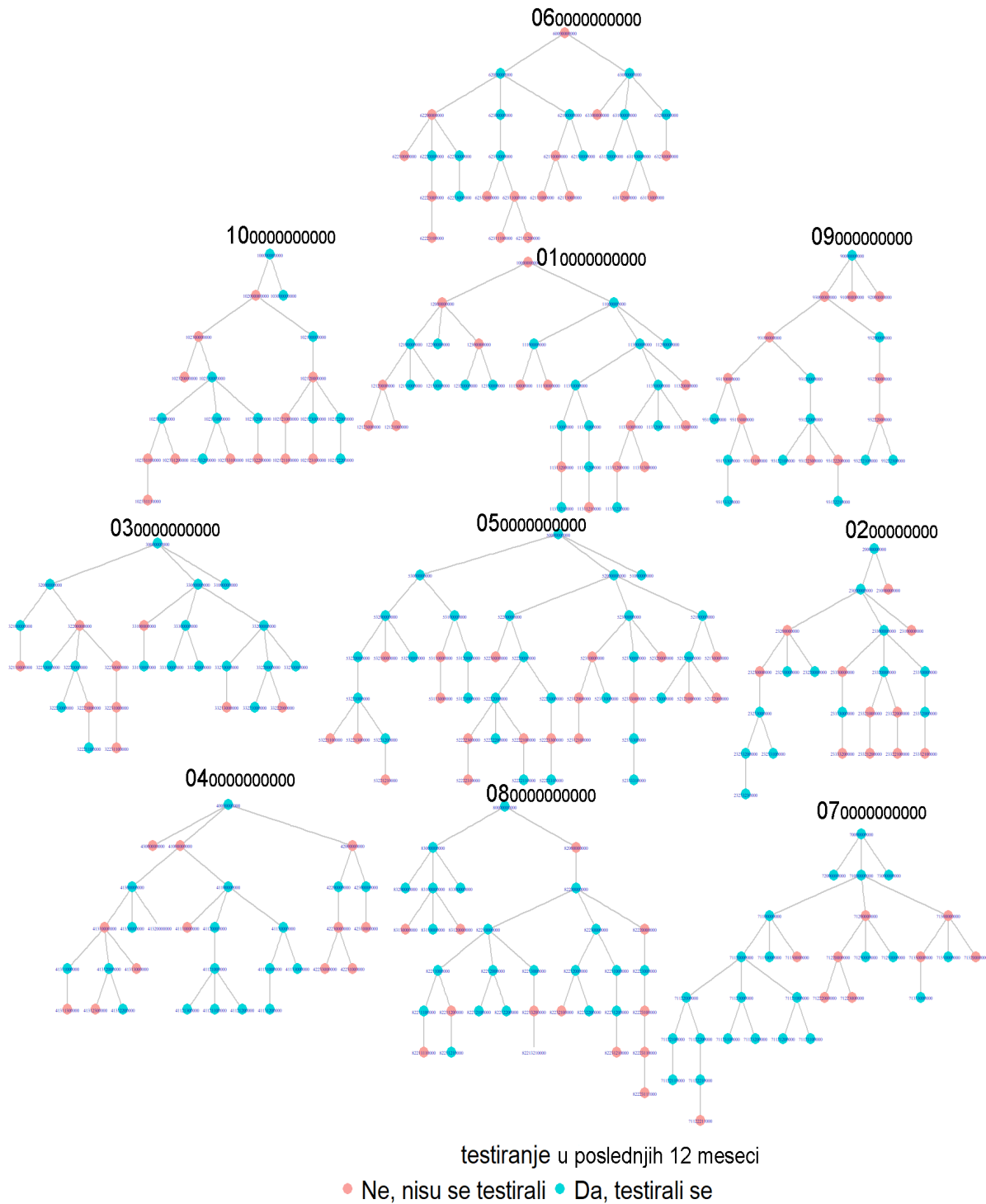
b) Novi Sad



testiranje u poslednjih 12 meseci

● Ne, nisu se testirali ● Da, testirali se

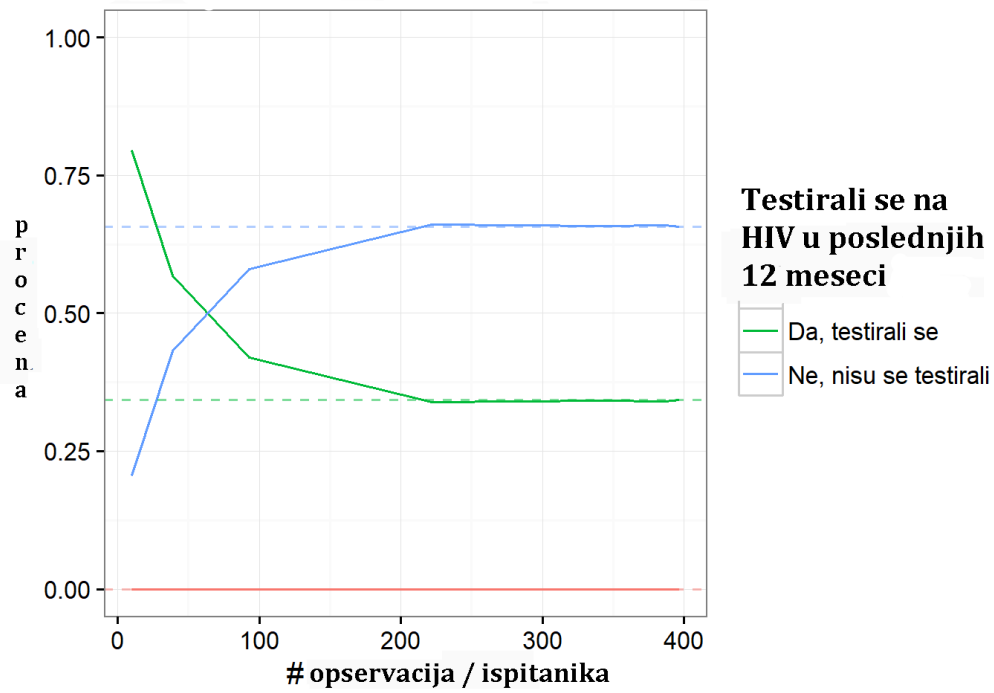
c) Kragujevac



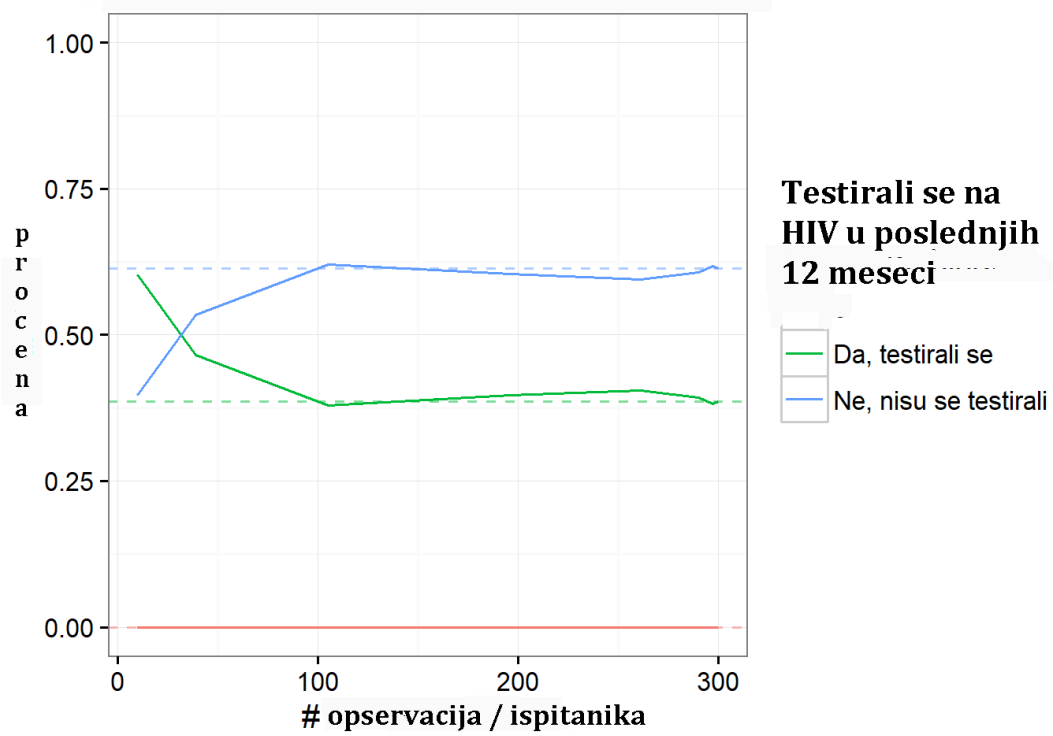
Slika 4. Društvene mreže u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci prema *semenima* i pripadajućim lancima za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Ekvilibrijum je dosegnut u sva tri grada u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, i to u Beogradu sa oko 200 ispitanika (treći *talas*), Novom Sadu sa oko 90 ispitanika (drugi *talas*), a u Kragujevcu sa oko 270 ispitanika (peti *talas*) (grafikon 19, a–c).

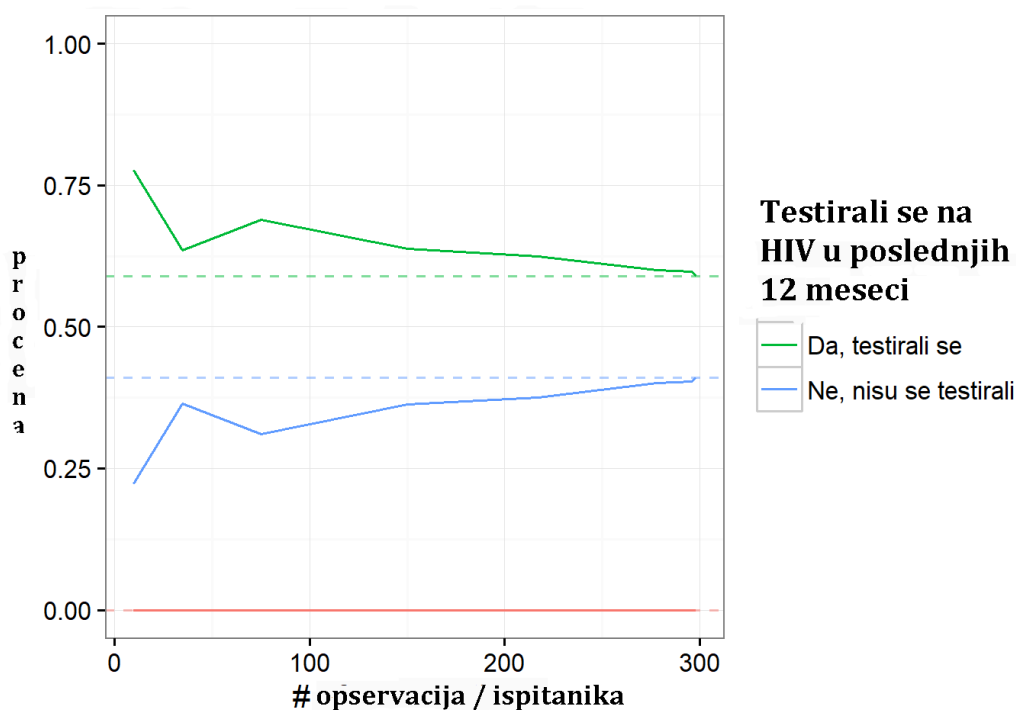
a) Beograd



b) Novi Sad



c) Kragujevac



Grafikon 19. Ekvilibrijum u odnosu na dominantno mesto susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c)

Imajući u vidu karakteristike ispitanika u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, uzorak je nepristrastan u odnosu na regrutovanje ispitanika, a ujedno je dosegao karakteristike populacije između drugog *talasa* u Novom Sadu i petog *talasa* u Kragujevcu.

4.1.2. Osnovne karakteristike uzorka za kvalitativno istraživanje

U kvalitativno istraživanje je uključeno ukupno 62 osobe, od kojih je 37 učestvovalo u dubinskim intervjuima, a 25 u četiri FG (dve u Beogradu i dve u Novom Sadu). Uzrast ispitanika se kretao od 18 do 50 godina. Oko polovine svih učesnika su bili oni koji su koristili usluge udruženja u periodu pre istraživanja. Najviše ih je do partnera dolazilo preko interneta i oglasa. Učesnici u dubinskim intervjuima su bili pretežno srpske etničke pripadnosti, sa završenom srednjom školom i sa primanjima (zaposleni i penzioneri). Gotovo 1/3 osoba je imala iskustvo sa PPI i/ili HIV-om (tabela 9).

Tabela 9. Karakteristike uzorka muškaraca koji imaju seks sa muškarcima za kvalitativno istraživanje

Učesnici u intervjuima i u fokus grupama (N=62)	
Varijable	N (%)
<i>Uzrast</i>	
AS (SD)	29,55 (+/-7,43)
Medijana	30
<i>Grad</i>	
Beograd	37 (59,7)
Novi Sad	23 (27,1)
Kragujevac	2 (3,2)
<i>Korišćenje usluga udruženja</i>	
Koristili usluge udruženja	36 (58,0)
Nisu koristili usluge udruženja	26 (42,0)
<i>Dominantno mesto kontakta sa potencijalnim seksualnim partnerima</i>	
Internet i oglasi	24 (38,7)
Lična poznanstva	16 (25,8)
Gej klubovi	12 (19,4)
Kruzing mesta i drugo	10 (16,1)
Učesnici u dubinskim intervjuima (N=37)	
<i>Seksualna orijentacija</i>	
Homoseksualna	30 (81,1)
Biseksualna	6 (16,2)
Drugo	1 (2,7)
<i>Stepen obrazovanja</i>	
Osnovna škola	1 (2,7)
Srednja škola	22 (59,5)
Viša ili visoka škola	12 (32,4)
Bez podataka	2 (5,4)
<i>Radni status</i>	
Zaposleni	17 (36,0)
Nezaposleni i studenti	17 (36,0)
Penzioneri	1 (2,6)
Bez podataka	2 (5,4)
<i>Etnička pripadnost</i>	
Srbi	26 (70,3)
Drugo	3 (8,1)
Bez podataka	8 (21,6)
<i>Imali iskustvo sa PPI i/ili HIV infekcijom</i>	
Imali PPI ikad	11 (29,7)
Žive sa HIV-om	3 (8,1)

4.2. Znanje muškaraca koji imaju seks sa muškarcima o HIV infekciji

Gotovo svi ispitanici su čuli za HIV infekciju i AIDS, odnosno u populaciji muškaraca koji imaju seks sa muškarcima (MSM) u Beogradu 99,4% (95% CI: 98,5–100), u Novom Sadu svi, a u Kragujevcu 99,7% (95% CI: 99,1–100), bez zabeležene homofilije prilikom

uzorkovanja (oko 1,00 u svim gradovima). Slični rezultati su i u uzorku (99,5%, 100%, 99,7% respektivno).

MSM ispitanici su bili dosta dobro informisani o osnovnim načinima prenosa HIV infekcije:

Pa oralni seks, analni seks, korišćenje, ovaj, raznoraznih supstanci, mislim, preko igle, znači, nesterilisane igle, i naravno, ovaj, s majke na dete... (#14, Beograd, 40 godina)⁵

Prenosi se, može da se prenosi seksualnim odnosom, može da se prenese, tipa, preko rane otvorene, preko krvi. Doduše, znam da jako kratko može da izdrži van organizma, kada je van krvi, van organizma... Postoji rizik, naravno, da se prenese i preko oralnog seksa i analnog. (#8, Beograd, 19 godina)

Većina MSM u sva tri grada pravilno identifikuje osnovne načine seksualne transmisije HIV infekcije. Da upražnjavanje seksa sa samo jednim vernim neinficiranim partnerom smanjuje rizik od transmisije HIV infekcije zna najmanje MSM u Novom Sadu, tj. ne zna jedna od četiri osobe, dok u Beogradu i Kragujevcu tek svaka šesta osoba netačno odgovara na ovo pitanje. Homofilija povezana sa regrutovanjem nije zabeležena ni u jednom gradu. U uzorku se ova razlika između Novog Sada i druga dva grada pokazuje statistički značajnom (tabela 10). Kada je reč o kondomu kao sredstvu prevencije seksualne transmisije, manje od 5% MSM populacije nije smatralo da pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik od transmisije HIV infekcije, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje. U uzorku, Novi Sad se opet izdvojio, s obzirom da su statistički značajno više ispitanici iz Novog Sada odgovarali tačno na ovo pitanje (tabela 10). MSM identifikuju ne korišćenje kondoma prilikom seksualnog odnosa kao osnovni rizik za transmisiju HIV infekcije, te ističu da je za prenos HIV infekcije dovoljno:

Pa, samo, ono, da ne koristi se zaštita, kondom. (#15, Beograd, 27 godina)

Tabela 10. Procenjena i uzoračka distribucija zastupljenosti znanja vezanog za prevenciju seksualnog načina transmisije HIV infekcije među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)
<i>Znanje vezano za prevenciju seksualnog načina transmisije HIV infekcije</i>						
Upražnjavanje seksa sa samo jednim vernim nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a	83,8 (79,0-88,6)	78,0 (72,4-83,5)	84,0 (78,4-89,6)	333/397 (83,9)	239/300 (79,7)	248/297 (83,5)
Homofilija	0,99	1,02	0,98	*1		

⁵ Oznake za ispitanike su date u formi broj intervjuja (#n), grad u kom je ispitanik boravio u vreme istraživanja (Beograd, Novi Sad ili Kragujevac) i uzrast ispitanika u godinama.

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)
Pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a	93,9 (90,6-97,1)	97,3 (95,2-99,4)	95,3 (92,5-98,1)	374/396 (94,4)	291/300 (97,0)	279/297 (93,9)
Homofilija	0,99	1,00	1,00	*2		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću 1) $\chi^2=2,397$; $p=0,302$; 2) $\chi^2=3,522$; $p=0,172$.

Neki ispitanici su imali potpunija znanja o HIV infekciji. Tako su neki objašnjavali:

Znam da je to bolest imunog sistema, da, prosto, HIV napada ćelije, krvne, koje služe u odbrani organizma od bakterija, od spoljašnjih uticaja. I, ovaj, može da se prenese krvlju, može da se prenese preko telesne tečnosti, da li sekreta, sperme. Ima ga i u pljuvački, i u suzama, u očima, al' prosto, to je jako mali procenat virusa u tim tečnostima da bi mogao da se prenese. (#34, Novi Sad, 21 godina)

Prema kvalitativnim nalazima, vrlo retki ispitanici (svega njih par) su imali informaciju da redovno uzimanje terapije od strane osoba koje žive sa HIV-om može da utiče na supremiju virusa u njihovoj krvi, čime se dalje smanjuje rizik od dalje transmisije HIV infekcije:

(#4, 26):... (Ako) uzima lekove (osoba koja živi sa HIV-om), kol'ko ja znam, tačno na vreme, baš bukvalno tačno na vreme kada se uzima i sve, i oni (lekovi) to smanjuju, ne znam da kažem, 'ajde da kažem, te pozitivne, ne znam šta, u krvi što smanjuju... (#6, 36): Virus smanjuje? (#4, 26): Da, da, da, i time izaziva, kao, jako malo šanse da se neko zarazi, mislim, bukvalno, u samom kontaktu sa krvlju... (FG, #4, Novi Sad)⁶.

Ali bi bilo super da, ovaj, da taj narod (inficirani HIV-om) dobije te lekove, zato što onda bolest se ne bi širila. Zapravo je mnogo manja verovatnoća da, ako oni imaju seks sa nekim bez zaštite, da će da inficiraju tu drugu osobu. Znači, radili bi na suzbijanju epidemije, time što bi te ljude stavili na lekove, a ujedno njima bi kvalitet života bio bolji. (#11, Beograd, 34 godine)

Pored osnovnih znanja, postoje i nedoumice vezane za transmisiju HIV infekcije, primarno u domenu mogućnosti prenosa pljuvačkom, preko zanoktica, i slično:

U teoriji, ti ako imaš pokidanu zanokticu, to ti krvari. Odradiš nekom „hand job”, u smislu ručno zadovoljavaš nekoga. Ako ta osoba svrši, recimo, da ta tečnost dođe do toga (do zanoktice), ko tebi garantuje da ti nećeš biti inficiran? (#11, Beograd, 34 godine)

⁶ Oznaka za citate preuzete iz FG je: oznaka za fokus grupu (FG), broj FG, grad u kojoj je realizovana FG (Beograd ili Novi Sad).

E sad, to ni ja nisam najbolje s'vatio... Da l' sam u nekoj brošuri pročit'o, da li preko pljuvačnih žlezda i ... semenih tečnosti i to je to. Ako isto ima neko kvarne zube, a ja imam ranicu u ustima... to je to. (#13, Beograd, 30 godina)

MSM su u velikoj meri odbacivali i neke od osnovnih zabluda vezanih za prenos HIV infekcije. Većina osoba odbacuje zabludu da osoba koja izgleda zdravo ne može biti zaražena HIV-om (preko 90%), bez registrovane homofilije vezane za regrutovanje. U uzorku, statistički značajno više ispitanika iz Novog Sada odbacuje ovu zabludu (tabela 11). Kako objašnjavaju ispitanici:

Jer može on da izgleda super, možda izgleda zdrav, a možda i sam ne zna da ima bolest... (#1, Beograd, 25 godina)

Znam dečka koji, ono, izgleda odlično. Trenira i ekstra se oblači. Sve to, al' je zaražen, na primer. (#28, Novi Sad, 22 godine)

Međutim, iako nije pravilo, kako smatraju retki ispitanici, ipak je moguće u nekim izuzetnim slučajevima prepoznati po izgledu ko je inficiran HIV-om.

Pa, za neke mogu da kažem. Mogu da pretpostavim da imaju. Ono, kao, na kraju se ispostavi da imaju... Obično su to, ovaj, ne znam... Kosti lica se, tj. ne kosti lica, nego, ono, kao, konfiguracija lica nekako postane drugačija; boja kože postane drugačija. Ne znam da li zbog lekova koje piju, ili... Često su ovako obrazi upali. Ne znam, podočnjaci su izraženiji. Bar je to moja percepcija. Ne znam, ne mogu da tvrdim da je to zaista tako. Smršaju naglo, na primer, ili smršaju baš ono, ili se naglo ugoje, ili tako nešto. (#23, Beograd, 32 godine)

Znam da osoba koja je meni prenela... Tu osobu sam video u fazi (u) kojoj sam ja slično izgledao, sa mnogo manje kila, ispijeno u licu. Prosto, vidi se. Toj osobi se videlo, k'o što se po meni videlo. Tu osobu sam video i u bolnici, slučajno, ta što je došla na redovnu kontrolu. Sad mi je jasno. Redovna kontrola je četvrtkom... (#26, Kragujevac, 27 godina)

Zabludu da se može inficirati HIV-om ukoliko se boravi u istom radnom ili životnom prostoru sa osobom koja živi sa HIV-om najmanje odbacuju MSM iz Beograda, a najviše oni iz Novog Sada, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje. Isti je slučaj i kada je u pitanju odbacivanje zablude da se deljenjem hrane sa osobom koja živi sa HIV-om može preneti HIV. Ispitanici iz Novog Sada u uzorku statistički značajno više od ispitanika iz druga dva grada odbacuju obe ove zablude (tabela 11). Moguće je da na zabludu vezanu za hranu utiče i gore pomenuta nedoumica vezana za ulogu pljuvačke u prenosu HIV infekcije. Međutim, i pored toga, ispitanici su uglavnom isticali da ne izbegavaju kontakt sa osobama koje žive sa HIV-om, ističući ili podrazumevajući da se uobičajenim društvenim kontaktom sa njima ne može preneti HIV infekcija.

Naravno, HIV ne možeš (dobiti) rukovanjem. Ne možeš kad piješ, ono, pljuvačkom na nečemu, ovaj, tako da... Mislim da ne može pljuvačkom, nisam siguran za to. Ali rukovanjem (ne može). Ne diskriminišem te osobe. Znam jednu osobu koja ima HIV, koja je HIV pozitivna, i ponašam se prema njoj kao da ga (HIV) nema. (#4, Beograd, 30 godina)

Tabela 11. Procenjena i uzoračka distribucija zastupljenosti predrasuda vezanih za prenos HIV infekcije među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Predrasude vezane za prenos HIV infekcije</i>						
Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om	86,5 (82,3-90,7)	99,4 (98,2-100)	83,4 (77,1-89,8)	336/393 (85,5)	299 (99,7)	243/297 (81,8)
Homofilija	1,01	1,00	1,01	*1 ⁺⁺		
Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom i radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om	78,6 (72,9-84,2)	98,1 (96,3-99,9)	92,6 (88,0-97,2)	318/359 (80,5)	291 (97,0)	270/296 (91,2)
Homofilija	0,97	1,01	0,98	*2 ⁺⁺		
Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om	78,7 (72,9-84,6)	92,9 (89,5-96,3)	87,3 (80,8-93,9)	321/394 (81,5)	277 (92,3)	249/296 (84,1)
Homofilija	0,99	1,01	1,00	*3 ⁺⁺		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću 1) $\chi^2=54,000$; $p<0,001$; 2) $\chi^2=48,940$; $p<0,001$; 3) $\chi^2=16,961$; $p<0,001$.

⁺⁺ $p<0,001$.

Prema proceni, adekvatno znanje o prevenciji seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje osnovnih zabuda o HIV-u je najzastupljenije u Novom Sadu, a najslabije zastupljeno u Beogradu. Homofilija vezana za regrutovanje ispitanika nije zabeležena ni u jednom gradu. U odnosu na uzoračke proporcije, statistički je značajno najzastupljenije adekvatno znanje među ispitanicima iz Novog Sada u odnosu na ispitanike iz drugih gradova (tabela 12).

Tabela 12. Procenjena i uzoračka distribucija adekvatnog znanja o prevenciji seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje predrasuda o prenosu HIV infekcije među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 393 (%)	N = 300 (%)	N = 297 (%)
<i>Adekvatno znanje uz istovremeno odbacivanje predrasuda</i>						
Imaju adekvatno znanje o prevenciji seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje predrasuda o transmisiji HIV infekcije	59,8 (53,1-66,4)	71,2 (64,8-77,4)	67,5 (60,2-74,8)	233 (59,3)	216 (72,0)	197 (66,3)
Homofilija	0,99	1,04	1,00			**+

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 12,343$; $p = 0,002$.

+ $p < 0,05$.

4.3. Seksualno ponašanje i partneri

Seksualno ponašanje MSM populacije smo posmatrali sa stanovišta različitosti seksualnih partnera, seksualnih praksi i percepcije rizika u odnosu na HIV infekciju.

4.3.1. Seksualni odnosi sa ženama

Gotovo svaka druga osoba iz MSM populacije je imala seksualni odnos sa ženom nekad u životu, i to u Beogradu 45,9% (95% CI: 47,8–60,4), u Novom Sadu 51,1% (95% CI: 43,8–58,3) i u Kragujevcu 47,7% (95% CI: 39,9–55,4), bez zabeležene homofilije povezane sa regrutovanjem u gradovima. U uzorku je zabeležena podjednaka prevalencija seksualnih odnosa sa ženama (41,8%; 48,3%; 50,3%; respektivno), bez statistički značajnih razlika po gradovima.

Ispitanici su u kvalitativnom istraživanju navodili različite motive za seksualne odnose sa ženama. Većina je seksualne odnose sa ženama imala na početku svog seksualnog života, kao deo otkrivanja svoje seksualnosti.

Imao sam seksualna iskustva sa oba pola. Moje prvo seksualno iskustvo je bilo sa devojkom. Imao sam 17 godina, tako nešto. A, drugo iskustvo je bilo sa 19 godina (sa muškarcem). (#26, Kragujevac, 27 godina)

Medijana uzrasta prilikom prvog vaginalnog seksualnog odnosa sa ženom po RDS procenama u MSM populaciji je bila 17 godina u Beogradu i Novom Sadu, a 18 u Kragujevcu. Odnosno, prosečne godine prilikom prvog vaginalnog seksualnog odnosa sa ženom su u Beogradu bile 17,18 (+/-3,53), u Novom Sadu 17,33 (+/-2,48), a u Kragujevcu 16,38 (+/-4,90). Medijana uzrasta prilikom prvog vaginalnog seksualnog odnosa sa ženama u uzorku je bila ista kao i procenjeni uzrast u populaciji (sa rasponom 11–29, 13–24, i 14–20 respektivno), odnosno

približan kada je reč o prosečnim godinama starosti: u Beogradu 17,74 (+/-2,82), u Novom Sadu 17,41 (+/-1,96), a u Kragujevcu 17,87 (+/-1,52). Nisu zabeležene statistički značajne razlike među ispitanicima iz različitih gradova.

Prema izjavama ispitanika, ne deklarišu se svi koji su imali seksualni odnos sa ženama kao biseksualci. Naime, oni o svojoj seksualnoj orijentaciji sude na osnovu postojeće situacije, tj. kroz njihovu seksualnu praksu koja je vezana za muškarce. Seksualne odnose sa ženama uglavnom više doživljavaju kao deo procesa traženja svog seksualnog identiteta.

...Muškarci (me) privlače. Shvatio sam da... Bio sam sa ženama, devojkama. Shvatio sam da mi na seksualnom nivou ne odgovaraju, mislim na neko duže vreme. Ali emotivno ne mogu nešto da se spojim sa njima, u smislu, ne mogu da osetim emotivnu vezanost za ženu, kao za muškarca. (#2, Beograd, 32 godine)

Pa, ne znam, taj seks sa devojkom koji sam imao to je bilo... Isto sam bio sa njom u vezi par godina i bilo je ono. Bilo je emocija, a isto je tako bilo i sa muškarcima. Ali mislim da mi više prija sa muškarcima. (#30, Novi Sad, 36 godina)

Boraveći u sredinama gde homoseksualnost nije društveno prihvaćeno ponašanje, u nekim slučajevima devojke su služile/služe kao svojevrsan „paravan” za prikriivanje drugačije seksualne orijentacije.

Pomen'o sam ti malu sredinu i sve ostalo. Šumadija, mislim, (ime mesta), ne bitno. Prvenstveno sam imao devojke zbog toga. Neka vrsta paravana. (#3, Beograd, 30 godina)

Znaš, kad su svi bili sa njom, pa mor'o sam i ja, jednostavno... Zato što su svi iz društva bili, a stvarno, znači, znaš ono, faktički, to je bio, ono, možda strah: ako ne budem, da se misli da sam gej. (#20, Beograd, 32 godine)

(U selu) ima 1200 stanovnika. Tamo imam devojku s kojom sam u nekoj kombinaciji već nepune dve godine. Tako da, ono. U suštini, ja imam jako veliko poštovanje prema njoj i ono... Ja sam njoj samo dao do znanja da ja ne želim vezu sa njom. Mi smo bili u vezi i onda kad sam ja odlučio da se viđam isključivo...da se viđam i sa momcima, smatrao sam, ono, da nema potrebe i sa njom. Onda smo mi raskinuli. Onda, posle toga, kad izađem, onda budemo zajedno, ali to nije ništa ozbiljno...da kažem... Zato što smo ona i ja sada u toj nekoj, mogu slobodno da se izrazim, kres kombinaciji. (#33, Novi Sad, 21 godina)

Većina onih MSM koji su imali seksualni odnos sa ženom, imali su ga pre više od 12 meseci (tabela 13).

Tabela 13. Procenjena i uzoračka prevalencija poslednjeg seksualnog odnosa sa ženom među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Poslednji seksualni odnos sa ženom</i>						
Nikad nisu imali seksualni odnos sa ženom	54,1 (47,7-60,4)	48,9 (41,5-56,3)	52,3 (44,5-60,1)	233 (58,3)	155 (51,7)	149 (49,7)
Imali seksualni odnos sa ženom pre više od 12 meseci	35,6 (29,7-41,6)	37,8 (30,1-45,4)	34,0 (26,3-41,8)	124 (31,0)	114 (38,0)	110 (36,7)
Imali seksualni odnos sa ženom pre manje od 12 meseci	10,3 (5,1-15,6)	13,3 (9,4-17,2)	13,6 (7,5-19,8)	43 (10,8)	31 (10,3)	41 (13,7)
Homofilija	1,03	1,13	1,05			*

*Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 7,300$; $p = 0,121$.

Govoreći o svom seksualnom iskustvu sa ženama, neki ispitanici su dosta dugo bili sa oba pola istovremeno ili su bili sa onima koji su u vezama ili bračnim zajednicama sa ženama.

E, pazi ovako, 'nači, ja sam krajnje iskrena osoba i, 'nači, i takav odnos sam imao i prema svojoj bivšoj ženi. Ovaj, da sam ja njoj i pre našeg venčanja, 'nači, rekao da sam ja biseksualac, 'nači, da me zanimaju i muškarci na šta je ona sasvim okej... Da ću imati možda potrebu da, da kažem, jedanput u dva, tri meseca, znači, izađem s nekim i imam seks...sa... sa muškarcem. Pomirila se s tim, s tim što je rekla: „Jednostavno, ne želim, što se tiče porodice, da porodica trpi...”, 'nači, da to ne bude neka ljubavna veza i ovaj, da pazim šta radim, upravo zbog bolesti, zbog svega toga. Na kraju je ispala ljubavna veza što je dovelo do kraha (razvoda)... (#5, Beograd, 41 godina)

Pa, nije mi smetalo (to što partner ima devojku). Nije mi smetalo, al' nisam to video kao vezu od osam godina... Kont'o sam da će to biti neko prolazno iskustvo samo i nije mi smetalo. (#30, Novi Sad, 36 godina)

Među MSM koji su prijavili da su nekad u životu imali seksualni odnos sa ženama, prema RDS procenama, ponekad ili uvek su koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa ženom većina MSM. Pri tome, umerena pozitivna homofilija vezana za regrutovanje je zabeležena samo u Beogradu, dok u drugim gradovima homofilija nije bila prisutna. Tačnije, u Beogradu su ispitanici češće regrutovali one koji imaju slično ponašanje u odnosu na korišćenje kondoma sa ženama. U uzorku, razlike između gradova u pogledu korišćenje kondoma sa ženom među onim MSM koji su imali seksualne odnose sa ženom pokazale su se statistički značajnim, te je u Novom Sadu značajno više ispitanika prijavilo da uvek koristi kondom, a u Kragujevcu značajno najmanje njih je prijavilo da nikad ne koristi kondom (tabela 14). Prema kvalitativnim podacima, ispitanici koji su imali seksualne odnose sa ženama uglavnom su tvrdili da su koristili kondome sa ženama i to uglavnom na početku veze. Posle, tokom veze, kondom ukoliko bi nastavio da se koristi, koristio bi se primarno kao sredstvo prevencije trudnoće.

Zaista sam od početka te neke svoje karijere uvek koristio kondom, čak i s devojkom kad sam bio. Znači, i s njom sam u početku koristio kondom. Već kasnije, ono, malo smo prestali, ovaj, da koristimo kondom, tako da... (#36, Novi Sad, 35 godina)

Sa devojkom jesam (koristio kondom), sa dečkom ne. Zato što je ona insistirala i zato što od trudnoće, zbog toga najviše. Bila je jako mlada, mislim i sad je mlada, i ja sam mlad! (#26, Kragujevac, 27 godina)

Pa, jeste me pitala (da imaju seks bez kondoma), ovaj, ali sam ja rek'o: može, ali ako ona krene da pije pilule za kontracepciju, što je ona odbila da pije pilule, jer kao, hm, zbog hormona, hm. Jer ona je bila malo punija i onda je smršala i kao nije htela, jer se boji, kao, zbog tog jo-jo efekta, da joj se ne bi vratili opet, kao ono, kilogrami... Jeste to jednom bila polemika zašto mi imamo seks sa zaštitom i ja sam joj rekao može, ali je to razlog. Okej, ja tebi verujem da si ti zdravstveno, ono, okej, da kažem, da si zdrava osoba, da si samo sa mnom u nekom seksualnom odnosu, ali opet, da ja sad toliko pazim, reko', meni to ne pada na pamet, reko'. A, ono, da dopustim ono da, hmm, devojka od 19–20 godina zatrudni, pa da abortira... Ne vidim ni razloga za tim. (#33, Novi Sad, 21 godina)

Među onima koji su ponekad ili uvek koristili kondom, prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa ženom prema RDS procenama preko 70% MSM je prijavilo da je koristilo kondom, pri čemu je umerena pozitivna homofilija vezana za regrutovanje i u ovom slučaju zabeležena u Beogradu. U uzorku su zabeležene značajne razlike, tako da je značajno više ispitanika koristilo kondom pri poslednjem seksualnom odnosu sa ženom u Novom Sadu u odnosu na druga dva grada (tabela 14).

Tabela 14. Procenjena i uzoračka prevalencija korišćenja kondoma prilikom seksualnih odnosa sa ženom među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji su imali seksualne odnose sa ženama nekad u životu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Učestalost upotrebe kondoma</i>						
Nikad	36,5 (24,9-48,0)	29,0 (19,8-38,2)	15,4 (5,0-25,8)	63 (38,2)	35 (24,1)	29 (19,6)
Ponekad	29,2 (19,9-38,6)	30,0 (20,9-39,1)	47,7 (37,7-57,7)	49 (29,7)	48 (33,1)	79 (53,4)
Uvek	34,3 (22,6-46,0)	41,0 (32,0-50,0)	36,9 (29,6-44,2)	165 (32,1)	62 (42,8)	40 (27,0)
Homofilija	1,30	0,93	0,96	*1 ⁺⁺		
<i>Koristili kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa</i>						
Ne	25,4 (12,7-38,0)	18,6 (8,4-28,8)	27,5 (16,3-38,7)	30 (29,4)	21 (19,1)	40 (33,6)
Da	74,6 (62,0-87,3)	81,4 (71,1-91,6)	72,5 (61,3-83,7)	72 (70,6)	89 (80,9)	79 (66,4)
Homofilija	1,34	1,09	1,15	*2 ⁺		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 29,241$; $p < 0,001$; 2) $\chi^2 = 6,320$; $p = 0,042$.

+ $p < 0,05$.

++ $p < 0,001$.

4.3.2. Prvi analni seksualni odnos sa muškarcem

Prvom seksualnom odnosu sa osobom istog pola su obično prethodila određena razmišljanja vezana za svoje seksualne sklonosti:

Pa, ne znam (kako se osećao). Strah. Da li je to ispravno? Da li to tako treba? Da li se to samo meni dešava?... Da li je to normalno?... Više taj neki strah i ta neka nejasnoća. (#2, Beograd, 32 godine)

Ne znam ni ja kako sam se osećao. U neku ruku normalno i da će to proći... Kako god. Al', mislim, nisam im'o neku grižu savesti zbog toga, jer tad još nisam im'o nikakvo iskustvo. Ne znam. Mislio sam da me to možda ono tako malo samo privlači, razumeš, i da nikad ništa neću uraditi po tom pitanju i... I to je to. (#30, Novi Sad, 36 godina)

Prema RDS procenama, medijana uzrasta stupanja u prvi analni seksualni odnos sa muškarcem je u sva tri grada 19 godina. Prosečne godine se prema istim procenama razlikuju, te su u Beogradu prosečne godine stupanja u prvi analni seksualni odnos 19,62 (+/-4,57), u Novom Sadu 19,89 (+/-4,36), a u Kragujevcu 21,09 (+/-5,79). U uzorku, medijana uzrasta stupanja u prvi analni seksualni odnos se značajno razlikuje između Beograda i Novog Sada, s jedne strane, gde je medijana 19 godina, i Kragujevca, s druge, gde je medijana 20 godina (Mann Whitney U test, $\chi^2=20,856$; $p<0,001$). Prosečan uzrast stupanja u prvi analni seksualni odnos u Beogradu je 19,29 (+/-4,39), Novom Sadu 19,63 (+/-4,02) i 21,53 (+/-5,89) u Kragujevcu.

Prema iskazima ispitanika, iskustva su bila različita u pogledu prvog partnera, međusobnog poznavanja, daljeg odnosa sa prvim partnerom, razlike u godinama i seksualne uloge (receptivni ili insertivni, neki i oboje). Dosta ispitanika je navelo da su prva seksualna iskustva imali sa svojim vršnjacima, osobama s kojima su se družili i koje su poznavali, dok su neki imali prvi seks sa potpuno nepoznatim osobama s kojima su stupali u kontakt mahom putem interneta ili na neki drugi način. Samo jedna osoba je navela da je prvo seksualno iskustvo bilo u stvari nasilno, ali nikad prijavljeno kao takvo⁷, dok je jedna prijavila da je prvi partner bio značajno stariji (za oko 20 godina), u vreme kad je ona imala pravni status deteta.⁸ Ono što se razlikovalo između ispitanika jeste i reakcija, tj. razmišljanja nakon tog prvog seksualnog iskustva sa muškarcem. Nekim ispitanicima je bilo potrebno još vremena da prihvate svoju drugačiju seksualnu orijentaciju, dok su neki prvi seksualni odnos više doživeli kao svojevrsno oslobođenje:

On je bio stariji od mene, možda nekih 5–6 godina, i nije mi se nešto dopadao. Ali, nemam pojma... Želeo sam da budem sa nekim i onda sam... Ali kasnije sam se kajao. Imao sam osećaj, grižu savesti, tako da... Ne samo zbog te osobe, nego zbog tog... Ja nisam sebe prihvatao kao gej, to jest nisam mogao još, da, da razvijem taj odnos prema sebi kao prema, gej osobi. (#23, Beograd, 32 godine)

⁷ Osoba je svesno htela da ima seksualni odnos sa muškarcem, zbog čega je otišla na kruzning mesto, što je uticalo da ne prijavi nasilan seksualni odnos i da to prihvati kao ono što je sama inicirala: *Taj moj manje–više prvi susret je bio silom. Zato što sam ja sam svesno krenuo sa tom dvojicom, stavili me u kola i odveli tamo negde, i tako. Oni su bili parkirani pored parka. Oni su dolazili tu. Bili su malo stariji. Ja sam imao 16–17 godina, i tako. Tako da taj, taj, to prvo je bilo silovanje. Tamo negde otišli. Vratili se. Tačno da su me vratili na, natrag, ali, nije bilo batina. Ali jeste bilo malo... Mislim, naravno da je bio (seks) grub, jebanje grubo, bolno. Tako da ja nekoliko godina posle toga nije mi palo na pamet ni da pipnem nekog a kamoli nešto drugo. (#12, Beograd, 50 godina).*

⁸ Ispitanik je u vreme prvog seksualnog odnosa imao 13 godina, dok je njegov prvi partner imao oko 32–33 godine.

Pa, odnosno, kad sam prvi put imao seksualni odnos i kada sam u stvari sebi priznao to da jesam to što jesam, ovaj, onako... Opustio sam se. Znači, mnoge stvari su mi krenule u životu. Znači, nisam osećao taj pritisak više, da nešto nije u redu sa mnom i tako dalje. Znači, saznao sam u stvari šta je, a do tad sam sve to potiskivao... To kol'ko sam bio sretan što se to desilo i što sam napokon priznao to sebi, ovaj, tol'ko sam i bio malo pod nekim stresom, šokom. 'Nači ono, ipak je to nešto što saznaješ o sebi, što priznaješ sebi. (#5, Beograd, 41 godina)

Kada je reč o upotrebi kondoma, iskustva se razlikuju takođe. Neki ispitanici navode da nisu koristili kondom ili zato što nisu razmišljali o tome u tom trenutku, ili što je bio prvi put za oba partnera, ili zato što partner to nije želeo. Drugi, pak, navode da je kondom korišćen i to na njihovu inicijativu:

Je l' on koristio kondom? Jeste. Zato što je... Ja sam rekao „hajde, molim te”, „'ajde'”. Jer sva ta u školi žvakanja i, ovaj, predavanja. Prosto, hteo sam da... da se ja osećam sigurno. (#34, Novi Sad, 21 godina)

4.3.3. Stalni seksualni partneri i procena rizika

Prema RDS procenama, gotovo svaki treći MSM je imao stalnog seksualnog partnera u poslednjih 12 meseci, i to u Beogradu 61,1% (95% CI: 54,6–67,6), u Novom Sadu 61,5% (95% CI: 54,4–68,7), a u Kragujevcu 66,1% (95% CI: 58,4–73,8), bez izražene homofilije vezane za regrutovanje po gradovima. U odnosu na uzoračke vrednosti, 58,5% ispitanika iz Beograda je prijavilo da ima stalnog partnera, 61,4% iz Novog Sada i statistički značajno više ($\chi^2 = 6,702$; $p = 0,035$) ispitanika iz Kragujevca, tačnije njih 68,0%.

Međutim, iz iskaza ispitanika u intervjuima uviđa se da je pojam stalni partner relativizovan. Naime, mada jedan deo ispitanika govori o stalnim vezama koje traju godinama i često su praćene zajedničkim životom, većina ispitanika je govorila o stalnim vezama koje traju nekoliko meseci (mesec dana na više, a u par slučajeva oko 10 dana). Uporedo, postoje veze sa osobama koje se ne smatraju stalnim partnerima, a koje mogu da traju godinu i više dana:

Koliko ja trajala tvoja najduža veza do sada? Pa, to je bilo par meseci. Znači, možda dva meseca. (#1, Beograd, 25 godina)

Ne mogu da kažem da je veza, pošto je trajala nedelju ipo dana, ali zapravo, s druge strane mogu da kažem zato što sam se osećao kao da je, znaš, da smo već neko vreme u vezi i kao da bi to ono prolongiralo na neke duže staze. (#31, Novi Sad, 22 godine)

Toj osobi dam do znanja prvi, bukvalno, bar prvog dana dam do znanja, da l' porukom ili usmeno, da ne možemo u vezu da stupimo, prosto nije to to, ali možemo da se vidamo. E sad, pod tim viđanjem može da se smatra kad pričam, kad sam rasejan, sa nekim da popričam nekad, kad mi neko fali, kad me razume u potpunosti. Onda se družimo. To druženje počinje prvo kafom, a nekad se završi ili počne seksom. Uglavnom druženje. To zna da potraje. Sa jednom osobom sam se družio godinu dana, ako ne i više, znači. Nek' bude baš toliko smo se družili. Ali u vezi nikada nismo bili. (#26, Kragujevac, 27 godina)

Samo poimanje dužine veze se razlikuje. Neki ispitanici pod dugom vezom shvataju veze preko godinu dana ili one što traju više godina, a neki pod dugim vezama shvataju veze od par meseci:

Pa jako dugo (su bili u vezi). Osam meseci je prošlo. Baš je potrajalo to dugo, zato što to u početku nije bilo toliko intenzivno ni viđanje, ni druženje. Mi smo tek tu oko Nove godine počeli onako baš intenzivno da se družimo. Počeli smo čak zajedno i da izlazimo na ta neka strejt mesta, da... Ono da izađemo uveče na večeru, da izađemo na piće tamo, 'vamo. (#33, Novi Sad, 21 godina)

Ono što razlikuje vezu od redovnog viđanja ili ponavljano seksualnog odnosa sa jednom osobom jesu primarno emocije koje postoje između dve osobe u vezi. Emotivni odnos koji postoji dovodi do razvijanja međusobnog poverenja, što dalje može da utiče na upotrebu kondoma.

Pa zato što imam poverenje u njega, siguran sam da, ono, da nema potrebe da koristimo kondom. A i mnogo mi je bolji seks bez kondoma. (#28, Novi Sad, 22 godine)

Uvek sam razmišljao da bude to ne korišćenje kondoma neko poverenje i da prosto, am, nije ni stvar seksualnog osećaja, nego te bliskosti i intime koju imaš sa nekim. Da prosto, ovaj, ni ne možemo jedan drugom da prenesemo ništa, jer nećemo dobiti ništa ni od koga i sigurni smo i to je OK... (#25, Beograd, 28 godina)

Međutim, iako su emocije i s njima povezana izgradnja poverenja osnov za izostajanje kondoma, individualno je da li će do ovoga zaista doći i kada. Postoje primeri koji su odmah imali seksualne odnose bez kondoma, kao i oni kod kojih se kondom konzistentno koristi.

A jeste možda razmišljali nekad da odustanete od kondoma? Ne. Pod jedan on (partner) je taj koji ne želi uopšte da razmišlja o tome (seksualnom odnosu bez kondoma), i ja to poštujem. Tako da, to je to... I testirali smo se pre jedno godinu dana, godinu dana, tako. Ali i dalje koristimo... To je njegov stav koji ja poštujem. Ja ne bih lično imao problem sa tim. Ja sam imao odnose bez (kondoma). Ali on jednostavno tako razmišlja, i ja, stalo mi je do njega, tako da neću navaljivanjem da upropastim to nešto što je po meni sasvim ispravno kako razmišlja i to je to. (Nezaštićen seksualni odnos je bio vezan) uglavnom za partnere sa kojima sam imao duže, 'ajde da kažem, vremenski duže seksualni odnos. (#3, Beograd, 30 godina)

Ne, nije bio dogovor, tako je išlo, mislim, niko nije obraćao pažnju na to (korišćenje kondoma prilikom seksualnih odnosa), niti ja, niti on, ovaj... Nismo uopšte pominjali to (kondom). Pričali smo o tim polnim bolestima pre i... I bilo je... Igrali smo na tu igru poverenja. Ja sam verovao njemu, on je verovao meni. Da nismo zaraženi. (#9, Beograd, 21 godina)

Lično ja sam uvek koristio zaštitu pogotovo s nekim s kim sam prvi put, a kad sam duže u vezi onda ne, i to je to. (#28, Novi Sad, 22 godine)

Određena vrsta poverenja na kojoj se zasniva seksualni odnos bez kondoma može da se razvije i u odnosima koji su seksualni, tj. bez emocija i koji se ne smatraju vezom, već druženjem:

Poznajem ga, prijatelj mi je i on mi je rekao da nema nikad ni sa kim, i prosto od njega nikad nisam osećao neku bojazan za neku seksualno prenosivu bolest... Druženje s njim traje od 2006. (#21, Beograd, 2 godine)

Generalno, prevalencija upotrebe kondoma među MSM, prema RDS procenama, se razlikuje. Najmanje MSM iz Beograda koriste kondom sa stalnim partnerom, a najviše oni iz Kragujevca. U uzorku se razlike između gradova pokazuju statistički značajnim (tabela 15).

Tabela 15. Procenjena i uzoračka prevalencija konzistentnosti korišćenja kondoma prilikom seksualnih odnosa sa stalnim seksualnim partnerima među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji su imali stalne seksualne partnere u poslednjih 12 meseci

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	%	%	%	N = 234 (%)	N = 183 (%)	N = 204 (%)
<i>Korišćenje kondoma sa stalnim seksualnim partnerom u poslednjih 12 meseci</i>						
Nikad nisu koristili kondom	26,4	18,2	5,4	67 (28,6)	34 (18,6)	10 (4,9)
Ponekad su koristili kondom	35,9	39,7	17,1	85 (36,3)	72 (39,3)	29 (14,2)
Uvek su koristili kondom	37,6	41,9	77,5	82 (35,0)	77 (42,1)	165 (80,9)
*++						

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 108,801$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

4.3.4. Povremeni i komercijalni seksualni partneri

Prema RDS procenama najviše MSM osoba iz Beograda je u poslednjih 12 meseci imalo seksualne odnose sa povremenim partnerima, bez izražene homofilije vezane za regrutovanje po gradovima. U uzorku se razlika između Beograda i drugih gradova pokazala statistički značajnom (tabela 16).

Tabela 16. Procenjena i uzoračka prevalencija seksualnih odnosa sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
Imali povremenog partnera	81,0 (75,8-86,3)	60,4 (53,1-67,7)	75,2 (68,5-81,9)	328 (82,0)	193 (64,3)	226 (75,6)
Nisu imali povremenog partnera	19,0 (13,7-24,2)	39,6 (32,3-46,9)	24,8 (18,1-31,5)	72 (18,0)	107 (35,7)	73 (24,4)
Homofilija	1,02	1,15	1,03	*++		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 28,515$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

Kao i u slučaju stalnih partnera, i povremeni partneri nisu jednoznačna kategorija. Prema iskazima ispitanika u intervjuima, mogu da se razlikuju minimum dve kategorije

povremenih partnera. Prva je ona s kojima se seksualni odnosi imaju povremeno duži ili kraći period. Druga su oni s kojima se seksualni odnos desi jedan put i više se ne ponavlja. Zajedničko je to da osobe koje su imale seksualni odnos (jednom ili više puta) ne žele vezu, odnosno da odnos ne doživljavaju kao vezu. Ove odnose pre svega karakteriše odsustvo dubljih emocija.

Ja taj neki seks i tu neku egzibiciju, ja to smatram kao neki sport. Mislim, možda glupo zvuči, ali svrstavam u neki sport, u neki egzibicionizam, nešto, mislim... Tu nema laži, prevare. Nema romantike, ljubavi, emocije, ne znam ni ja šta, da mi sad prvo heklamo sat vremena, i ono, kao, da ja, e, kao, da li si ti normalna ili nisi da bi mi nešto odradili. Znači, ja sam zaista direktan: hoćemo – hoćemo, nećemo – nećemo. Nije nikakav problem. Vrlo direktno pitam ljude. Nemam problem sa komunikacijom. (#35, Novi Sad, 39 godina)

I kad smo se dopisivali znali smo na čemu smo. Jer, napisano: ne traži ljubav nego seks. Tako da sam odma' znao na čemu sam. Ovaj, nije tu bilo ljubavi, već, eto, čisto iz eksperimentisanja, isprobavanja. (#31, Novi Sad, 24 godine)

Jer mene malo to iskreno opterećuje vezivanje za jednu osobu. Pogotovo, nema mi nekog smisla, bar još uvek ja to nisam osetio i naišao na osobu sa kojom bih ja proveo, ovaj, da kažem monogaman život. A, ovaj, pritom, ono, kad ti je to strejt neka veza, onda sad tu može da se osnuje porodica, pa, ti ljudi žele da imaju decu, pa, i ta deca povezuju, pa, i to je nekako održivo. Ovo mi sve deluje suviše nekako na labavim nogama. (#24, Beograd, 33 godine)

Međutim, nekad situacije nisu jednoznačne, bar ne za obe osobe u ovakvom seksualnom odnosu. Prema iskazima ispitanika u intervjuima u nekim situacijama se dešava da jedan partner u seksualnom odnosu želi vezu ili misli da je u vezi, dok drugi dosledno ne ulazi u vezu, već relaciju tretira kao seksualni odnos.

Ja sam skont'o da meni treba samo seks, da ne bih mog'o da se vezujem s nekim, da budem s nekim. I, onda sam tako našao tog nekog drugara. I, ovaj, na kraju se ispostavilo... Mislim, nije na kraju, nego: ispostavilo se da je on bio zaljubljen. Ali, u suštini, ja sam od početka bio u fazonu – ja hoću seks. I, onda sam mogao da imam seks sa nekim ko mi nije, ono. Mislim, nisam bio zaljubljen uopšte u njega. I posle toga sam imao neke, kako da kažem (smeh) eksperimente, ali u tom smislu nekako sam promenio gledanje na seks i na te emocije. Meni je to pre bilo skroz jedno. (#6, Beograd, 26 godina)

Otprilike za tih dva meseca, dvaput smo se videli. Mis'm da je on to baš hteo tako da bude veza na, hm, zbog seksa. A, ovaj, ja, eto, sam se trudio da to ne bude to. I, eto, ja sam bio sam sa sobom u vezi dva meseca. (Kroz smeh) Bilo mi je lepo. (#34, Novi Sad, 21 godina)

Pored osoba koje stupaju u povremene seksualne odnose, postoje i stalne veze koje su otvorenog tipa gde oba partnera sporazumno imaju seksualne partnere van veze. Ovakve veze se formiraju ili odmah u startu na osnovu uzajamnog sporazuma, ili tokom vremena u cilju osvežavanja veze.

Ne mogu da kažem da smo mi sve tri godine, ovaj, da smo bili samo ja i on zajedno. Znači, kad smo hteli da nešto uradimo, da ubacimo još nekog, jednostavno, da obnoviš malo vezu. Kao, u normalnim vezama, gde ne možeš da gustiraš jedno te isto pet godina, tri godine, nego jednostavno... Gej veza je mnogo slobodnija što se toga tiče. Ovaj, kad smo nekog želeli da ubacimo, naravno, ja i on smo uvek imali seks bez kondoma, a sa nekim drugim smo imali sa kondomom. (#4, Beograd, 30 godina)

Međutim, ne odobravaju svi veze otvorenog tipa i smatraju da je to znak narušenosti emotivnog odnosa između partnera.

Kažu da to dođe posle nekog dužeg perioda. Nisam toliko godina, dugogodišnje, toliko dugo godina da sam imao (jednog partnera), pa sad da sam morao da idem na otvorenu vezu. Mislim da bih presekao pre (vezu), nego, nego... Čim dođe do situacije da ti moraš nekog uključivati u to (vezu), onaj prvi razlog je prestao i oslabio, onda to treba preseći. (#32, Novi Sad, 44 godine)

Naravno, postoje i one veze u kojima jedan od partnera ima povremene partnere bez znanja stalnog partnera o tome.

Ja lično, ništa mi ne predstavlja vernost jednom partneru. Fizička vernost. Meni je bitnija neka duhovna vernost, kako da kažem. Fizička kao fizička, to da li će neko da ima seks s nekim drugim, potpuno mi je nebitno. Bitno mi je samo da ne dobije neku zaraznu bolest. Ja sam svom partneru na početku naše veze jasno i glasno rek'o... da bi' ja želeo otvorenu vezu, i u kojoj bi moj partner mogao da ima seks sa nekim drugim ako želi, i gde bi' ja mog'o da imam seks sa nekim drugim koga želim. Međutim, on je totalno suprotnih shvatanja... Ali ja sada tajno imam ponekad seks sa nekim sa strane da on to ne zna. (#21, Beograd, 24 godine)

Ja sam tada sebe opravdavao sam pred sobom da ja mogu da odvojim seks od emocija; da ja njega volim, da ja njemu pružam sve što mogu najbolje od sebe, ovaj, a to što imam, kao, sa strane nešto, to je čisto eto: da ja zadovoljim neke svoje nagone. Bez ikakvih emocija. I ja to tada nisam, ovaj, shvatao kao neku... prevare... Pogotovu ako on ne zna, onda ne može ni da mu smeta. (#10, Beograd, 37 godina)

Nekad seksualne veze traju znatno duže nego veze sa stalnim partnerima. One se obično prekidaju kada je jedan do dva seksualna partnera u stalnoj vezi, ali se obnavljaju vrlo lako sa izlaskom iz tih veza, tj. u slučaju potrebe da se seksualno zadovoljstvo potraži izvan stalne veze. U ovakvim vezama može, kako je već istaknuto, da se razvije svojevrsno poverenje koje ne zahteva upotrebu kondoma. Međutim, osnovna je tendencija da se koristi kondom sa povremenim partnerima. Većina MSM, prema RDS procenama, prijavljuje da konzistentno koristi kondom sa povremenim partnerima, a najviše onih iz Kragujevca. Razlika između Kragujevca i drugih gradova u uzorku se pokazuje kao statistički značajna (tabela 17).

Tabela 17. Procenjena i uzoračka prevalencija konzistentne upotrebe kondoma pri analnom seksualnom odnosu sa povremenim seksualnim partnerima u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji su prijavili da su imali povremene partnere u poslednjih 12 meseci

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	%	%	%	N = 328 (%)	N = 193 (%)	N = 226 (%)
<i>Upotreba kondoma sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci</i>						
Nikad	7,6	3,4	1,5	25 (7,6)	5 (2,6)	4 (1,8)
Ponekad	30,2	25,0	15,5	105 (32,0)	49 (25,4)	43 (19,0)
Uvek	62,2	71,6	83,0	198 (60,4)	139 (72,0)	179 (79,2)
**+						

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 28,118$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

I pored nastojanja da kondom uvek koriste sa povremenim partnerima, postoje situacije u kojima kondom izostane. Obično se ističe da ljudi s kojima kondom nije korišćen nisu u potpunosti nepoznati, te se na tome zasniva određena vrsta poverenja.

Postojala je jedna osoba sa kojom sam se samo družio, kojoj znam status da ništa neće biti sem druženja. U ovom slučaju to je bilo više seksualno druženje. Sa tom osobom sam se viđao radi toga. Sa tom osobom bila je zaštita, ali ne uvek. I ubeđen sam... Užasno se kajem... Iskreno, sramota me je; glupo mi je. Ali, iskreno, samo smo se zbog seksa družili. (#26, Kragujevac, 27 godina)

Nikad nisam bio da ja, sad, nisam siguran, da nemam kontrolu (nad upotrebom kondoma). Uvek znam, čak i taj put kad sam pristao, sa tim oženjenim likom, znao sam da nema kondom. Nije uradio ništa protiv moje volje. Ja sam pitao: „'očemo bez kondoma?“ On je rekao da je tako lepše (smeh). Bilo mi nešto svejedno, nemam pojma. (#24, Beograd, 33 godine)

Pored povremenih partnera, manji udeo MSM je imao komercijalna seksualna iskustva, bilo u ulozi klijenta bilo u ulozi seks-radnika. Ovu vrstu seksualnih odnosa su nekad u životu, prema RDS procenama, najviše imali MSM iz Kragujevca, njih 17,0% (95% CI: 12,3–21,7), zatim oni iz Beograda, njih 10,5% (95% CI: 5,4–15,6), a najmanje oni iz Novog Sada, njih 3,3% (95% CI: 0,9–5,7). Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena. Posmatrajući uzoračke vrednosti, razlike između gradova su statistički značajne ($\chi^2 = 47,392$; $p < 0,001$), gde je značajno više ispitanika iz Kragujevca prijavilo da je nekad u životu imalo komercijalni seksualni odnos (21,5%), zatim oni iz Beograda (12,3%), a najmanje ispitanika je ovu vrstu seksualnog iskustva prijavilo u Novom Sadu (3,0%). Kada je reč o vrsti komercijalnog seksualnog iskustva, više ispitanika je prijavilo da se bavilo seks radom, a manje da su kupovali usluge seks radnika. U Novom Sadu, za razliku od drugih gradova, niko nije prijavio da je kupovao seksualne usluge. U odnosu na uzoračke proporcije, MSM iz Novog Sada su statistički značajno manje prodavali seks usluge nego MSM ispitanici iz druga dva grada. Ispitanici iz Kragujevca su, pak, statistički značajno više prijavili da su kupovali seksualne usluge (tabela 18).

Tabela 18. Procenjena i uzoračka prevalencija komercijalnih seksualnih odnosa prema ulozi (seks-radnik ili klijent) među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
<i>Ikad prodali seksualnu uslugu</i>	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 299 (%)	N = 298 (%)
Ne	92,2 (88,1-96,3)	96,7 (94,3-99,1)	92,7 (87,6-97,7)	364 (91,0)	290 (97,0)	272 (91,3)
Da	7,8 (3,7-11,9)	3,3 (0,8-5,7)	7, (2,3-12,4)	36 (9,0)	9 (3,0)	26 (8,7)
Homofilija	1,00	1,02	1,01	*1 ⁺		
<i>Ikad kupili seksualnu uslugu</i>	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 299 (%)
Ne	96,8 (93,6-100,0)	/	89,5 (86,0-93,1)	348 (96,0)	300 (100)	258 (86,3)
Da	3,2 (0,0-6,4)	/	10,5 (6,9-14,0)	16 (4,0)	/	41 (13,7)
Homofilija	1,01	/	1,01	*2 ⁺⁺		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 10,934$; $p=0,004$; 2) $\chi^2 = 55,943$; $p<0,001$.

⁺p<0,05.

⁺⁺ p<0,001.

Među ispitanicima u kvalitativnom istraživanju bilo je onih koji su se bavili seks-radom. Iako je pravilo profesije da se usluge uvek pružaju sa kondomom, postoje i odstupanja. Uglavnom je reč o stalnim klijentima.

Bavio sam se (seks radom) do pre 9 meseci. Kol'ko si, na primer, imao klijenata na mesec dana? Oko... od 60 do 90... mesečno. A je l' se koristi kondom i za analni i za oralni kad se radi? Za analni sam koristio obavezno, a za oralni u 90% slučajeva... A, kad u kojim situacijama se ne koristi? Kada sam baš, ono... Imam poverenje u tu osobu, znači da se znamo dugo i da ono... Jednostavno taj kontakt koji smo imali, ovako kroz priču, ono, stek'o je poverenje da, ono, da nema ni tol'ko vremena da se viđa sa nekim. Znači to su neki stalni klijenti? Pa, da. I više nego stalni, znači ono. Može se reći i, ono, da prelazi u prijateljstvo. (#15, Beograd, 27 godina)

Bilo je ispitanika koji su prijavili da su kupovali seksualne usluge. Uglavnom je reč o onim seksualnim uslugama koje se pružaju na kruzingu mestima. Iskustva ispitanika kao klijenata su uglavnom vezana za oralni seksualni odnos.

Eto prvo (komercijalno) iskustvo pre dve nedelje, tako nešto, sa jednim dečkom koji je relativno mlad... Ova,j dečko je imao, on mi je rekao, 17 godina. Ja koliko znam zakonska granica je 14, pa sam pristao. Ali, dobro, iako je tako mlađi, nije, sad, dete u glavi. Uglavnom, on je mene pitao da li mogu da mu dam malo novca. I, meni ga nekako bilo žao, i dao sam mu 200 dinara za obostrano pušenje. Eto. (#21, Beograd, 24 godine)

Pa, to je bila neka osoba, koju sam takođe sreo na kruzingu i, ono, koja je rekla da radi za novac, a koja mi se baš svidela. Ima tako 23–4 godine, i koji je Rom, „by the way”. I onda, ovaj, pošto je rek'o da radi za novac, nije bilo drugog načina, a baš mi se dopadao. Onda sam mu platio. Analni kontakt ili? Oralni. (#23, Beograd, 32 godine)

Prema RDS procenama, većina MSM u Beogradu i Kragujevcu, koji su imali komercijalne seksualne odnose, prijavili su da su prilikom poslednjeg analnog komercijalnog odnosa koristili kondom, i to u Beogradu 88,1% (95% CI: 86,3–89,4) i u Kragujevcu 88,3% (95% CI: 80,3–96,2). Pri tome nije zabeležena homofilija vezana za uzorkovanje u ova dva grada. RDS procene za MSM populaciju za Novi Sad nije bilo moguće uraditi, jer nije bilo varijacije u odgovorima (svi ispitanici koji su imali komercijalni seksualni odnos su izjavili da su koristili kondom). Posmatrajući uzorak, nisu zabeležene statistički značajne razlike između gradova ($\chi^2=47,392$; $p=0,464$). U Beogradu 85,1% ispitanika koji su imali komercijalne seksualne odnose je prijavilo da su prilikom poslednjeg analnog komercijalnog seksualnog odnosa koristili kondom, u Novom Sadu 100% (9 osoba), a u Kragujevcu 85,4%.

Ono što su ispitanici komentarisali tokom intervjua jeste sve učestalija ponuda i potražnja za seksualnim uslugama na *online* gej sajtovima za upoznavanje. Neki ispitanici prijavljuju svoja iskustva da im je na sajtovima nuđen novac u zamenu za seks. Takođe, neki su govorili i o posebnim profilima osoba koje nude „eskort”, tj. poslovnu pratnju, na sajtovima za upoznavanje.

Verovatno je to i ranije postojalo, ali ja to nisam primećiv'o. Nemam pojma. Ali, poslednjih nekoliko godina, kao, vidim to (je) izraženi model ponašanja. Ono, kao, odnos, mlađi–stariji. Sve više, na primer, esko (eskort) profila. Sve više ljudi koje srećem radi za novac. Najviše ljudi koji dolaze iz unutrašnjosti, ili ovde ili dolaze zato što ne mogu da budu gej, ne znam tamo u, u otkud znam, u (ime grada) ili u (ime grada)... I onda, pošto nemaju nikakva sredstva, jer nemaju, ono, ni završenu školu, ili često, ono, kao, ostave školu ili završe, na primer, srednju školu, ne mogu da se zaposle. Onda pribegavaju, ne znam, masažama, ne znam šta sve, ono, kao, prodavanjem sebe i tako dalje. (#23, Beograd, 32 godine)

Govoreći o seks-radu, neki ispitanici su govorili i o prisutnim ponudama ili očekivanjima ponude za mesečnim izdržavanjem u zamenu za seks, tj. o ponudama za uspostavljanjem *sugar daddy* odnosa (kad stariji muškarac finansira sve troškove života svog mladog ljubavnika).

Bilo je, ono, kao, neko kad je pit'o: „E, 'oćeš da te finansiram mesečno 300 eura da budeš moj dečko?” Reko': „Šta? Jesi ti normalan? Beži, bre, odavde!” Po internetu. To je smešno. (#29, Novi Sad, 21 godina)

Danas, pogotovo (sa) 18, 19, 20 godina, svi prelepo izgledaju. Ali, ja jednostavno ne volim te neke glupe priče, ovaj, s njima da pričaš i da im obećavaš da ćeš im platiti fakultet i sve to, da ćeš biti s njima celog života da bi, ono, kao, moglo da se desi nešto. (#36, Novi Sad, 35 godina)

4.3.5. Stabilnost odnosa, učestalost menjanja partnera i upotreba kondoma

Seksualne i/ili emotivne veze MSM imaju različitu dužinu trajanja, od jednog susreta do više uzastopnih godina. Mada je dobar deo ispitanika u intervjuima preferirao stabilne veze sa stalnim partnerima (emotivne i seksualne veze), bilo je dosta i onih koji su ili u jednom delu svog života ili u vidu stalne prakse, svesno bili skloniji menjanju seksualnih partnera.

Kad bi me neko pit'o sad „sa kol'ko si tipova bio u životu?”, ono, znaš, kao (smeh) pojma nemam! Ono, kad si me pitala za prošlu godinu (smeh) ne mogu da se setim ni za ovu godinu, a kao, tek (smeh) najbolje pamtim ono sa početka, to što si me pitala, ono, kao: prvo seksualno iskustvo. Tih par prvih sve pamtim. U stvari, za mene je sve ostalo ono negde izgubljeno u međuprostoru... Desi se nekad da imam (seksualni odnos) sa istim osobama sa kojima sam se

ok skapirao. I, onda ponekad ponovimo. Eto, sretnemo se i ono, po 2–3 puta... Desi se, ako je neko ok, s kojim mi je bilo dobro. A nekad... Pa, uglavnom volim da promenim. Ali, sad, ako mi se neko baš sviđa, onda ono ponovim. (#34, Novi Sad, 33 godine)

Najviše MSM iz Kragujevca, prema RDS procenama, u poslednjih 12 meseci nisu menjali partnere, dok je najviše MSM u Beogradu koji su češće menjali partnere, bez zabeležene homofilije u odnosu na regrutovanje po gradovima. Razlike između gradova, gledajući uzoračke vrednosti, pokazale su se statistički značajnim, pa tako značajno više ispitanika iz Kragujevca nije menjalo seksualne partnere u poslednjih 12 meseci (tabela 19).

Tabela 19. Procenjena i uzoračka prevalencija učestalosti menjanja seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 399 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
Nisu menjali partnera	19,4 (13,1-25,7)	24,8 (18,7-30,9)	30,1 (24,3-36,0)	59 (14,8)	75 (25,0)	91 (30,3)
Menjali na par meseci i više	46,4 (39,8-53,0)	57,4 (50,6-64,1)	54,3 (46,6-61,9)	184 (46,1)	167 (55,7)	151 (50,3)
Menjali minimum jedanput mesečno	34,2 (27,5-40,9)	17,8 (12,0-23,7)	15,6 (9,9-21,3)	156 (39,1)	58 (19,3)	58 (19,3)
Homofilija	1,16	1,13	0,99			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 57,036$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

Menjanje partnera se objašnjava postojanjem promiskuiteta. Promiskuitet se posmatra kao učestalo menjanje partnera, ali bez jasnog konsenzusa o tome koji broj partnera čini osobu promiskuitetnom.

U gej svetu, bar ono što sam ja zaključio, ono, kao, na osnovu nekog svog iskustva, 99% ljudi je u stvari, ono, kao, 'ajde da kažemo promiskuitetno... Mislim, to može da se broji, ono, kao, ne znam, od nekoliko desetina ljudi sa kojima su bili do, ne znam, nekoliko hiljada, ono. I da jednostavno to jednostavno tako funkcioniše. (#23, Beograd, 32 godine)

Neki ispitanici smatraju da je promiskuitet samo stereotip o gej populaciji, te da to nije toliko izraženo, dok neki smatraju da se promiskuitet kao osobina vremenom, tj. sa godinama i iskustvom gubi, te da u nekim ozbiljnijim godinama kod muškaraca počinje da dominira potreba da nađu jednu osobu s kojom će da budu. Ima i onih koji smatraju da je izražen seksualni nagon i potreba za njegovim zadovoljenjem odlika muškaraca, čime se objašnjava zastupljenost promiskuiteta među MSM.

(#4, 41) Bez uvrede, ali muškarci su više promiskuitetniji od žena... (#2, 20) Muškarcima je verovatno manji moral. Mogu jednostavno... Može im se! Ne znam, ne razmišljaju toliko o tome, o rizicima, o... Sve se svodi samo na koncept! Samo to je, poenta je, kao, to je to. Koncept...? (#1, 25) Životinjski nagon. (FG, #2, Beograd)

Ispitanici uočavaju da postoji predstava da je gej populacija promiskuitetna. Generalno se opaža da većina MSM populacije nema stabilne veze i da lako dolazi do menjanja seksualnih partnera. Posmatrajući sebe, većina ispitanika je procenila da za sebe mogu reći da nisu promiskuitetni. Međutim, bilo je i onih koji su sebe ipak procenili kao promiskuitetne. Sama procena je zavisila od individualne procene koliko seksualnih partnera u prošlosti čini osobu promiskuitetnom, učestalost menjanja partnera i generalno pristupa seksualnim kontaktima sa drugim osobama (da li preferiraju seksualne kontakte bez emotivnih veza ili emotivne partnerske odnose).

Još ne smatram sebe promiskuitetnim i sve to, ali, eto, dosta puta mi se desilo, da skapiram se sa dečkom i odemo na piće. Uglavnom većina njih je imala svoj stan, svoj smeštaj. Da odemo kod njega i, eto, imamo seks, bilo oralni, bilo analni ili samo ono vatačinu, što se kaže... (#22, Beograd, 24 godine)

Prema RDS procenama, MSM populacija u Beogradu je imala najveći broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci, u proseku AS=10,40 (+/-19,98), sa medijanom 5. U Novom Sadu i Kragujevcu procene pokazuju sličan prosečan broj i medijanu partnera, AS=4,10 (+/-3,89), Med=3 i AS=4,39 (+/-5,06), Med=3, respektivno. Homofilija vezana za uzorkovanje nije zabeležena po gradovima. Kada je reč o uzoračkim vrednostima, one su nešto više nego procene za populaciju. Tako je prosečan broj partnera ispitanika u Beogradu AS=14,52 (+/-53,35), a medijana 6, u Novom Sadu AS=4,40 (+/-4,18), sa medijanom 3, a u Kragujevcu AS=5,04 (+/-6,02), sa medijanom 3 partnera. Razlike između Beograda i drugih gradova u uzroku su se pokazale statistički značajnim ($\chi^2 = 93,133$; $p < 0,001$).

Veće vrednosti prosečnog broja i medijane partnera u poslednjih 12 meseci zabeležene su kod onih osoba koje su stupale u komercijalne seksualne odnose u poslednjih 12 meseci. Prema RDS procenama, u Beogradu je prosečan broj i medijana partnera među onima koji su imali komercijalne odnose u poslednjih 12 meseci bio znatno veći nego među onima koji nisu imali ovakve odnose. Veća razlika se beleži i u Kragujevcu, dok u Novom Sadu nema veće razlike između onih koji su imali komercijalne seksualne odnose u poslednjih 12 meseci i onih koji nisu (tabela 20).

Tabela 20. Procenjena i uzoračka procena broja seksualnih partnera među MSM prema iskustvu komercijalnog seksualnog odnosa u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	AS (SD) Med	AS (SD) Med	AS (SD) Med	AS (SD) Med	AS (SD) Med	AS (SD) Med
Imali komercijalnog seksualnog partnera	32,13 (64,54) 21,5	4,05 (3,35) 3,0	10,82 (7,12) 9,0	70,00 (184,27) 25,0	5,33 (4,04) 3,0	12,52 (8,42) 10,0
Nisu imali komercijalnog seksualnog partnera	9,01 (11,77) 4,0	4,11 (3,91) 3,0	4,02 (4,66) 3,0	9,99 (11,45) 6,0	4,39 (4,19) 3,0	4,48 (5,41) 3,0

Aktivni seksualni partneri su oni koji u seksualnom odnosu imaju insertivnu ulogu. Kada je reč o prosečnom broju i medijani partnera koji su bili aktivni prilikom seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci, populacione RDS procene ukazuju na manji prosečan broj i medijanu ovih partnera u odnosu na ukupan prosečni broj i medijanu seksualnih partnera

MSM. Prema RDS procenama, MSM u Beogradu su imali u poslednjih 12 meseci u proseku 4,85 insertivnih partnera (+/-9,34), Med=2, u Novom Sadu 1,98 (+/-2,82), Med=1, a u Kragujevcu 2,52 (+/-3,51), Med=1, bez zabeležene homofilije vezane za uzorkovanje po gradovima. U uzorku, ispitanici iz Beograda su aktivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci imali u proseku 5,99 (+/-10,40), Med=2, iz Novog Sada 2,16 (+/-3,13), Med=1, a iz Kragujevca 2,82 (+/-4,19), sa Med=1. Ispitanici iz Beograda pri tom imaju statistički značajno više aktivnih partnera u poslednjih 12 meseci u odnosu na druga dva grada ($\chi^2 = 53,494$; $p < 0,001$).

Kako ispitanici kroz intervjue saopštavaju, kondom nije uvek korišćen. Naime, iako postoji svest da kondom treba da se koristi posebno sa povremenim partnerima i partnerima „za jednu noć”, u praksi se ovo ne ispoštuje uvek. Prema rezultatima kvantitativnog istraživanja, RDS procene ukazuju da između 1/3 i 1/6 MSM populacije, u zavisnosti od grada, nisu koristili kondom pri poslednjem analnom seksualnom odnosu u poslednjih 6 meseci, bez obzira na vrstu partnera (stalni, povremeni ili komercijalni), a homofilija vezana za regrutovanje po gradovima nije zabeležena. U uzorku, razlike između gradova su se pokazale statistički značajnim, tj. značajno veći broj ispitanika iz Kragujevca je prijavilo da je koristilo kondom pri poslednjem analnom seksualnom odnosu u poslednjih 6 meseci (tabela 21).

Tabela 21. Procenjena i uzoračka prevalencija korišćenja kondoma pri poslednjem analnom seksualnom odnosu u poslednjih 6 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Koristili kondom pri poslednjem analnom seksualnom odnosu</i>						
Da	63,2 (56,8-69,7)	69,5 (62,7-76,4)	85,8 (80,7-91,0)	249 (62,3)	216 (72,0)	256 (85,3)
Ne	36,8 (30,3-43,2)	30,5 (23,6-37,3)	14,2 (9,0-19,3)	151 (37,8)	84 (28,0)	44 (14,7)
Homofilija	0,99	1,01	1,02	***		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 45,411$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Neupotreba kondoma je, prema iskazima ispitanika, uglavnom vezana ili za stalne partnere ili za partnere koji možda jesu povremeni (tj. sa kojima postoji samo seksualni odnos), ali koji nisu potpuni stranci i prema kojima postoji određeni odnos uzajamnog poverenja. Međutim, ima i situacija koje se jednostavno „dese”.

U tom trenutku kod sebe nisam imao kondom, ni lubrikant, ni ta osoba nije imala. Eto, desilo se. (#16, Beograd, 30 godina)

Kako je došlo do toga? Da ne koristimo (kondom)? Vrlo spontano. Ne znam. Sreli smo se valjda posle dugo (vremena) (smeh). Mislim, ne znam, nekako je... Samo prosto nismo stavili kondom. To je to. I imao sam strašnu grižu savesti sutradan što to nisam uradio. Mislim, ne grižu savesti, nego nelagodnost. (#18, Beograd, 33 godine)

Razlozi koje su MSM navodili za nekorisćenje kondoma prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa u kvantitativnom istraživanju su različiti. Najučestaliji razlog je što je bio u

pitanju seksualni odnos sa stalnim partnerom ili što su smatrali da nije neophodan. Najmanje učestao razlog je bio cena kondoma. Pozitivna umerena homofilija vezana za regrutovanje je nađena u Kragujevcu (tabela 22).

Tabela 22. Procenjena i uzoračka prevalencija razloga za nekorišćenje kondoma pri poslednjem analnom seksualnom odnosu u poslednjih 6 meseci među onim MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji su prijavili da nisu koristili kondom prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa sa muškim partnerom u poslednjih 6 meseci

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 151 (%)	N = 84 (%)	N = 43 (%)
<i>Razlozi za nekorišćenje kondoma prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa</i>						
Seksualni odnos sa stalnim partnerom	40,9 (33,1-48,7)	59,7 (45,6-73,8)	40,4 (10,4-70,4)	56 (37,1)	48 (57,1)	12 (27,9)
Smatrali da nije neophodno	22,8 (19,3-26,4)	14,6 (10,2-19,0)	21,4 (11,5-31,4)	33 (21,9)	13 (15,5)	11 (25,6)
Ne vole da koriste kondom	15,9 (4,2-27,6)	1,4 (0,0-9,6)	15,1 (7,9-22,2)	22 (14,6)	2 (2,4)	8 (18,6)
Partner se protivio	5,6 (2,9-8,2)	4,6 (1,5-7,7)	18,1 (5,7-30,5)	11 (7,3)	5 (6,0)	9 (20,9)
Kondom nije bio dostupan	5,0 (0,1-10,2)	11,5 (6,4-16,5)	1,0 (0,0-10,0)	12 (7,9)	10 (11,9)	1 (2,3)
Nisu razmišljali o kondomu	7,7 (3,6-11,8)	6,1 (0,8-11,4)	2,8 (0,0-14,3)	14 (9,3)	5 (6,0)	1 (2,3)
Suviše je skup	0,3 (0,0-0,8)	/	/	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Drugo	1,7 (4,6-7,9)	2,0 (0,0-7,6)	1,2 (0,0-7,2)	2 (1,3)	1 (1,2)	1 (2,3)
Homofilija	0,93	1,02	1,50			

Uglavnom, neupotreba kondoma je stvar odluke u trenutku:

Ja sam uvek za zaštitu. Jedino nekad, u slučaju ako nije dostupna ili tako nešto u tom trenutku. (#2, Beograd, 32 godine)

To je ta kao gej plaža... Ne znam zašto sam otišao. Bilo je nekako bez veze, nešto poslepodne, truć bla... Ja vrlo često sednem u auto, odem tamo, ono, kao, zapalim dve cigare; poneseš flašu koka-kole; popijem je... Iskuliram, ono, odmorim svoj mozak. Ne odem, ono, kao, radi seksa nego ono, radi kuliranja. I tako sam nešto otiš'o da se provozam, bez veze, ono, kao. Nisam uopšte otiš'o radi seksa, nego ono, kao, da iskuliram. I onda sam sreo nekog super lika. I, eto, tako smo, kao, odradili taj seks i onda tek, kad se taj neki seks završio, tek sam onda shvatio u suštini šta sam uradio (imao seks bez kondoma). (#36, Novi Sad, 35 godina)

Njemu je bilo svejedno. Krenulo je sve to. Taj dečko je pitao: „Oćeš da staviš kondom ili ćeš bez kondoma?” Reko: „Bez.” Ono, kad smo već došli do tako nekog momenta. I tako smo nastavili. (#24, Beograd, 33 godine)

Nekorišćenje kondoma može da bude i posledica bezrazložnog poverenja u partnere, čak i ako se oni vide prvi put:

Pa, razmišljao sam tako da su svi OK, da i čak i neko ko ti predloži možda seks bez kondoma, da je to neko siguran u svoj status, da se testirao ranije, da on zna da je sve OK. Mislim, konačan odgovor je da sam verovao. Da, verovao sam ljudima. (#27, Kragujevac, 28 godina)

Međutim, postoje i situacije u kojima je reč o odluci da se kondom ne koristi. Naime, reč je o prisutnom trendu *bareback* seksualnog odnosa (odnosa bez kondoma). U razgovorima, ispitanici sugerišu da su na prihvatljivost *bareback* seksa uticali gej pornografski filmovi. Jedan ispitanik je prijavio da je glumio u istim. Prema iskazima ispitanika, postoje osobe koje preferiraju seks bez kondoma, a glavni razlog je – lepši osećaj prilikom seksualnog odnosa.

Mislim da je problematično (upotreba kondoma) zato što je to (kondom) višak, to je nešto... veštačko, što ima svoju funkciju svakako i to je neosporno. Kada to racionalno analiziramo, sve to O.K. Ali, naprosto, taj čin je sastavni deo nekakve lepe prirode, mislim na oralni seks, analni seks, ili bilo kakav drugi seks... (#7, Beograd, 39 godina)

Pa, mislim, kuckajući sa ljudima na internetu, upoznao sam, između ostalog, i takve ljude (koji traže seks bez kondoma). To su ljudi koji ti ponude, ono, pitaju te odma', u startu, da li (si), ono, spreman na seks bez kondoma, jer njima to smeta, žulja ih, čuda 'vamo, tamo. I ponude ti, ono. (#30, Novi Sad, 36 godina)

Jedan ispitanik je naveo da preferira seksualni odnos sa kondomom, jer smatra da je tada seksualni odnos manje bolan, pošto je kondom lubriran. Nekoliko ispitanika je naveo i higijenske razloge kao osnovni razlog za upotrebu kondoma:

Meni je kondom više izraz higijene, nego što se ja toliko štitim od bolesti. Iskreno. Znači, meni je to više... Jer, ti koliko god da se klistiraš, ti nikad ne možeš da budeš siguran da li će nešto ostati... (#20, Beograd, 32 godine)

U jednoj fokus grupi ispitanici su istakli da, čak i kad se ne koristi kondom redovno, to nije nešto o čemu se priča:

(#4, 25) A, nekad mi ni najbliži prijatelj neće priznati da ne koristi kondom, recimo. A što?

(#4, 25) Pa, i njemu je glupo zato što vidi neku osudu, kao, ako ne koristi da ne znam šta...

(#3, 35) Ja sve moje prijatelje pitam da li koriste ili ne koriste, tako da tačno znam ko koristi, ko ne. (#4, 25) Ali onaj koji ne koristi taj ti neće reći... (FG, #1, Beograd)

Međutim, iako većina ispitanika smatra da sa povremenim partnerima treba uvek koristiti kondom i mada većina i nastoji da čini upravo to, jedan ispitanik je naveo da je nošenje kondoma sa sobom u stvari znak promiskuiteta, te da je to razlog što ga ne nosi:

Nisam od ovih što idu u izlazak sa kondomom i lubrikantom. Znači, to mi je... Ovo će sad biti verovatno izjava jednog jako zatucanog čoveka, ali... Ja o takvom čoveku bih trebao da razmišljam kao o jednoj jako svesnoj osobi koja vodi računa o svom zdravlju, o zdravlju partnera, bla, bla, bla, ali ja takvu osobu vidim kao droljetinu. Eto. (#7, Beograd, 39 godina)

Neki ispitanici su više komentarisali probleme vezane za nabavku kondoma. U fokus grupama su isticali da je cena kondoma značajan faktor, posebno za mlade, da kondom nabave i imaju kad je potrebno. Takođe, ispitanici u intervjuima i ispitanici u fokus grupama su primetili i to da za neke osobe može da bude neprijatno da kupuju kondom:

Tu ima mnogo ljudi koje je frka, sramota, kako god. Ne znam kako da se izrazim... Da ih neko vidi, recimo. Ja znam i danas neke ljude kojima je glupo da kupe kondome na trafici ili u apoteci bilo gde, ne bitno. U 21. veku, ali Bože moj... (#3, Beograd, 30 godina)

4.3.6. Oralni seksualni odnosi i percepcija rizika

Oralni seksualni odnosi su među MSM populacijom u sva tri grada učestali. Prema RDS procenama gotovo svi MSM su imali oralni seksualni odnos sa muškarcem u poslednjih 12 meseci, i to u Beogradu 97,2% (95% CI: 95,2–99,3), u Novom Sadu 99,2% (95% CI: 98,2–100,0), a u Kragujevcu 96,2% (95% CI: 92,6–99,7). Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena u odnosu na gradove. U uzorku, bez statistički značajnih razlika, 97,2% ispitanika iz Beograda, 99,0% iz Novog Sada i 97,0% iz Kragujevca je izjavilo da su imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci sa muškarcem.

Za oralni seks, kako prema iskazima ispitanika u kvalitativnom istraživanju, tako i u kvantitativnom, kondom se vrlo retko koristi. U kvalitativnom istraživanju većina ispitanika je pokazala prilično visok otpor prema upotrebi kondoma za oralni seks.

Ja sam probao sa kondomom, al' po meni je odvratn taj osećaj da stavljam kondom u usta. (#28, Novi Sad, 22 godine)

U kvantitativnom istraživanju, konzistentnu upotrebu kondoma sa muškim partnerima u poslednjih 12 meseci, po RDS procenama, prijavljuje najviše MSM osoba u Beogradu, ali je učešće ovih osoba u ukupnoj MSM populaciji po gradovima i dalje nisko. Homofilija vezana za regrutovanje po gradovima nije zabeležena. Kada je reč o uzoračkim veličinama, konzistentna upotreba kondoma za oralni seksualni odnos sa muškarcem u proteklih 12 meseci bila je ujednačeno niska po gradovima. Međutim, beleže se statistički značajne razlike u odnosu na one koji izjavljuju da nikad nisu koristili kondom pri oralnom seksualnom odnosu sa muškarcem u poslednjih 12 meseci, pri čemu najmanje takvih osoba ima u Kragujevcu (tabela 23). Prema populacionim procenama, kao i prema uzoračkim vrednostima, među onima koji su, ako ne uvek, a ono ponekad koristili kondom za oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci, prilikom poslednjeg oralnog seksualnog odnosa većina nije koristila. Pri tome, kako je mali broj ispitanika prijavio da sporadično ili redovno koristi kondom pri oralnom seksualnom odnosu u Beogradu i Novom Sadu, zabeležena je pozitivna umerena homofilija vezana za regrutovanje u ova dva grada. U uzorku su zabeležene statistički značajne razlike u odnosu na Kragujevac, gde je najveće učešće onih ispitanika koji nisu koristili kondom pri poslednjem oralnom seksualnom odnosu (tabela 23).

Tabela 23. Procenjena i uzoračka prevalencija učestalosti korišćenja kondoma pri oralnom seksualnom odnosu sa muškarcem među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 389 (%)	N = 297 (%)	N = 291 (%)
<i>Učestalost korišćenja kondoma za oralni seks u poslednjih 12 meseci</i>						
Nikad	75,2 (69,6-80,7)	90,9 (87,4-94,4)	52,1 (44,0-60,1)	294 (75,6)	264 (88,9)	146 (50,2)
Retko	11,4 (7,1-15,6)	2,3 (0,9-3,8)	29,1 (27,2-31,0)	45 (11,6)	11 (3,7)	95 (32,6)
Ponekad	4,1 (0,6-7,6)	2,0 (0,0-4,3)	11,9 (4,3-19,6)	17 (4,4)	7 (2,4)	31 (10,7)
Uglavnom	3,9 (2,0-5,8)	0,9 (0,0-2,4)	2,3 (0,0-5,6)	16 (4,1)	4 (1,3)	4 (1,4)
Uvek	5,4 (3,1-7,7)	3,7 (2,2-5,3)	4,6 (2,4-6,9)	17 (4,4)	11 (3,7)	15 (5,2)
Homofilija	1,00	1,02	1,14	*1 ⁺⁺		
<i>Koristili kondom pri poslednjem oralnom seksualnom odnosu sa muškarcem među onima koji su sporadično ili redovno koristili kondom za oralni seks</i>						
Ne	70,9 (52,8-89,1)	52,7 (18,6-86,7)	82,3 (76,8-87,8)	70 (73,7)	22 (68,8)	124 (85,5)
Da	29,1 (10,9-47,2)	47,3 (13,3-81,4)	17,7 (12,2-23,2)	25 (26,3)	10 (31,3)	21 (14,5)
Homofilija	1,50	1,36	0,93	*2 ⁺		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 145,389$; $p < 0,01$; 2) $\chi^2 = 7,437$; $p = 0,024$.

⁺ $p < 0,05$.

⁺⁺ $p < 0,001$.

Oralni seks se uglavnom percipira kao seks niskog rizika za inficiranje HIV-om. Naime, uglavnom su svesni da rizik postoji ukoliko postoje ranice u usnoj duplji, ali se ipak smatra da su izgledi za HIV infekciju niski.

Ne koristim kondom pri oralnom seksu, na primer... A to sam čuo da treba. Mislim, opet neko ko je doktora pitao nekad, kao: koja je verovatnoća da, da, da dobiješ HIV preko oralnog seksa? Pa, kao: „Verovatnoća ti je da kao ideš Knez Mihajlovom i da ti na sred ulice padne klavir na glavu. Eto, to tolika je verovatnoća.” I meni je to bilo referenca odlična i nisam koristio kondom. (#25, Beograd, 28 godina)

Deo ispitanika ipak ističe da je i nezaštićen oralni seksualni odnos rizičan za inficiranje HIV-om, kao i za druge PPI.

To (nezaštićen oralni seksualni odnos) je vrlo rizično. Možeš sve živo da pokupiš tim putem i onda je bolje uopšte nemati oralni seks. Ili pažljiv izbor partnera. (#11, Beograd, 34 godine)

Postoje i one retke MSM osobe, koje po svedočenju ispitanika, traže korišćenje kondoma za oralni seksualni odnos. Iako se ovakvi zahtevi nalaze neuobičajenim i bezmalo čudnim, osoba će se uglavnom ispoštovati:

U vrlo retkom broju slučajeva neko koristi (kondom) i za oralni seks... Taj moj dečko, poslednji, prvi put kad je nakon dugo vremena pristao, eto, kao imamo oralni seks, insistirao je da ja nosim kondom. I, reko', 'ajde, da probamo i to. Ovaj, ali u najvećem broju slučajeva, niko to ne koristi. (#10, Beograd, 37 godina)

Opet moram da pričam o svojim nekim predrasudama. Znači, kada bi se nalazio s nekim samo radi seksa, ja nikom ne bih pružio oralno zadovoljstvo, a na tom nekom je odluka da li će to uraditi meni ili sa kondomom ili bez, znači. Ali ako bih ja inicirao penetraciju, onda bih stavio (kondom). Egoističan sam u tom smislu i ja obično mislim da svako treba da štiti sebe. Drugim rečima, ako taj neko želi meni da pruži oralno zadovoljstvo, ja mu neću reći: „E, stavi kondom!” Ali, ako hoće da ga stavi, ja sam OK. (#7, Beograd, 39 godina)

4.4. Percepcija rizika i samoprocena izloženosti riziku

Procena rizika je deo upravljanja rizikom od HIV infekcije. Rizik se procenjuje primarno u odnosu na seksualnog partnera i na kontekst u kom dolazi do seksualnog odnosa.

4.4.1. Percipirani rizici za inficiranje HIV-om

Osnovni rizik za infekciju HIV-om među MSM jeste, kako većina ispitanika procenjuje, nezaštićen seksualni odnos sa osobom koja živi sa HIV-om. U tom smislu, da bi se osoba zaštitila od izlaganja riziku od HIV infekcije, potrebno je da izbegne one za koje zna ili misli da su inficirani HIV-om ili, u slučaju da se odluči na seksualni odnos sa ovim osobama, da bude sigurna da se koristi zaštita. U odnosu na ovaj potencijalni rizik procenjuju se potencijalni seksualni partneri, odnosno nastoji se smanjiti rizik.

Osobe koje nose rizik za inficiranje HIV-om su pre svega one koje su promiskuitetne. Osobe koje učestalo menjaju partnere ili za koje se zna da su imale veliki broj partnera, često se smatraju za one koje manje-više svesno ulaze u rizik od inficiranja HIV-om, posebno ako pri tim seksualnim odnosima ne vode računa, tj. ne koriste konzistentno kondom. Za ove osobe se generalno pretpostavlja da ne vode previše računa o odabiru partnera i o smanjenju rizika.

Čim on ima neku želju da se seksa sa svima i ako je promiskuitetan, pretpostavljam da obožava taj osećaj i sve to, pa nekad i kad nema kondoma i kad treba da trkne do apoteke, pa njemu je to gubljenje vremena. Moja neka teorija. Možda postoje i stvarno koji su savesni ili svesni u tim situacijama, ali opet kažem neko moje mišljenje koje bi bilo. (#1, Beograd, 25 godina)

I pored ovakvih procena, ispitanici u razgovorima ipak ocenjuju da se bilo kome može desiti da se inficira HIV-om, čak i onima koji nisu promiskuitetni i koji imaju malo seksualnog iskustva:

Pa rizik uvek postoji, ne moraš ti da menjaš stalno partnere, ti možeš da nađeš jednu osobu, na primer, da imaš danas seks i za mesec dana da imaš ponovo seks, da naiđeš na osobu koja je HIV (pozitivna), a da ti to ne kaže. (#4, Beograd, 30 godina)

Iako su svesni da se HIV-om može inficirati bilo ko ko je izložen nekom od rizika za prenos HIV infekcije, ima ispitanika koji ipak smatraju da su osobe inficirane HIV-om one koje su bile promiskuitetne. Među ovim ispitanicima bilo je onih koji su imali stigmatizujući stav prema osobama koje žive sa HIV-om, primarno iz razloga što smatraju da svako ko se upušta

u seksualne odnose zna kojim rizicima se izlaže i da treba odgovorno da se ponaša. U tom smislu nisu imali puno saosećanja za njihov problem.

I baš jednom prilikom kad je jedna osoba dobila sidu i kad je to rekla i, ono, u suze krene, ja kažem: „Kako te nije sramota? Pa, znaš šta radiš!” Meni je stvarno krivo da tu sidu dobije neko ko to uradi prvi, drugi, treći put. Ali, ako neko ko u 365 dana ima 380 partnera u godini, većinu bez kondoma, pa šta se čudiš? Kako te nije sramota da kažeš – što mene, zašto ja? Malo je degutantno. (#20, Beograd, 32 godine)

Više saosećanja ispitanici su imali za one koji su se inficirali HIV-om, a da prethodno nisu imali reputaciju promiskuitetnih osoba, oni koji su bili žrtve situacije (npr. pucanja kondoma ili namernog prenosa HIV infekcije) ili oni kojima je preneo partner koji ni sam nije znao da je inficiran HIV-om.

Postoje određene situacije kada je jednostavno teže racionalno proceniti rizik i racionalno primeniti mere zaštite. Takve situacije su, kako ispitanici opisuju, one u kojima se osoba nađe pod uticajem alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci.

Alkohol je dosta zastupljen, primarno u večernjim izlascima. Prema kvantitativnim podacima, oko 2/3 MSM koristi alkohol, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje među gradovima: u Beogradu 65,8% (95% CI: 59,6–72,0), u Novom Sadu 63,9% (95% CI: 58,1–69,7), a u Kragujevcu 60,0% (95% CI: 53,4–66,7). U uzorku se beleže slične vrednosti (66,7%; 68,7%; 59,7% respektivno), s tim što ispitanici u Kragujevcu značajno manje prijavljuju da koriste alkohol ($\chi^2=17,053$; $p=0,002$). U situacijama kada su pod uticajem alkohola, ispitanici su u intervjuima tvrdili da je tad obično manja kontrola nad samim sobom i nad rizikom kojem se osoba izlaže. U tom smislu, smatrali su da u takvim situacijama lako može da dođe do toga da izostane upotreba kondoma.

Da li misliš da je teško u praksi primeniti sve savete i znanja koje osoba ima vezano za rizik? Pa, jeste. Zato što se nađeš u nekakvom, mislim prosto situaciji gde kao... se ne setiš da reaguješ razumno, u alkoholisanom stanju, kako god. (#17, Beograd, 30 godina)

Prema kvantitativnim podacima, procenjuje se da je svaki treći MSM imao seksualne odnose pod uticajem alkohola u poslednjih 12 meseci. Pri tome homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena u Beogradu i Kragujevcu, dok je u Novom Sadu na granici između niske i umerene pozitivne homofilije (tj. da su slični pozivali one koji se slično ponašaju u odnosu na alkohol i seksualne odnose). Uzoračke vrednosti su nešto drugačije, gde je gotovo svaki drugi ispitanik u Beogradu prijavio da je imao seks pod uticajem alkohola, dok je tek svaki treći to prijavio u Kragujevcu, što je statistički značajno manje nego u druga dva grada (tabela 24).

Tabela 24. Procenjena i uzoračka prevalencija praktikovanja seksualnih odnosa pod uticajem alkohola u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Imali seksualni odnos pod uticajem alkohola</i>						
Da	39,2 (32,1-46,3)	37,2 (28,9-45,5)	34,7 (27,4-42,0)	188 (47,0)	129 (43,0)	104 (34,7)
Ne	60,8 (53,7-67,9)	62,8 (54,5-71,1)	65,3 (58,0-72,6)	212 (53,0)	171 (57,0)	196 (65,3)
Homofilija	1,14	1,20	1,00			**+

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 10,840$; $p=0,04$.

+ $p<0,05$.

Pored alkohola, ispitanici su pominjali u razgovorima i da je zastupljena upotreba psihoaktivnih supstanci. Obično su ispitanici pominjali kanabis (marihuanu i hašiš). Neki su pominjali da se korišćenje ovih supstanci kombinuje sa korišćenjem alkohola. Takođe, u manjoj meri, ispitanici su spominjali upotrebu metamfetamina (ekstazi), kokaina i alkil-nitrita (tj. *poppers*). Kako su neki ispitanici navodili, psihoaktivne supstance se koriste radi pojačavanja seksualnog doživljaja. Često su u takvim situacijama, tj. pod dejstvom psihoaktivnih supstanci, ispitanici opušteniji i manje kontrolišu situaciju, što podrazumeva izostajanje upotrebe kondoma.

Jedan ispitanik je pričao o svom iskustvu sa psihoaktivnim supstancama:

Oralni seks na marihuani i na ekstaziju mi je bio mnogo bolji nego seks ovako, tj. nekako pojačan, pojačan osećaj pri dodiru, pri uopšte ono, kao, seksualnom činu. I, onda, traje duže, zato što ne može da se ejakulira baš tako brzo, naročito pri upotrebi ekstazija, spida ili tako nekih. Mada kod marihuane može da bude problem. U stvari, sve zavisi kako si raspoložen. Ukoliko si super raspoložen i ta osoba ti jednostavno prija i taj seks sa tom osobom, sve bude OK. Ali, par puta mi se desilo, na primer, da upadnem u totalno neke paranoje... A kažeš da se u takvim situacijama desi da kondom izostane? Tj. desilo ti se nekoliko puta. Da, 5–6, tako. A partneri sa kojima si bio? To su ljudi koje sam tad upoznao. Uglavnom ih više nikad nisam video, ili sam se posle toga čak... sa jednom osobom sam se viđao. Čak možda nekih dve godine. U stvari, čisto seksualno, zato što je on kao strejt, tj. taj biseksualac. Imao je devojku i tako dalje... (#23, Beograd, 32 godine)

Ovaj ispitanik je ujedno jedini govorio i o upotrebi tableta za potenciju, konkretno Kamagre® i Cialis®. Međutim, ostalo je nedorečeno da li je ove stimulanse koristio u kombinaciji sa metamfetaminima ili drugim psihoaktivnim supstancama. Govorio je o određenim kardiološkim problemima koje mu je izazvalo korišćenje Cialis®:

I onda sam tako par puta uzimao neka, da kažem, po, stimulanse, ili, kao što je Cijates (Cialis®) ili, kako se zove, Kamagra®, tako nešto. Međutim ovaj pri uzimanju Cijatesa, pošto imam aritmiju, onda, ovaj, srce počinje ubrzano da kuca, da se znojim, da ne mogu da se skoncentrišem na seks, ono, jednostavno, ne može. Ni tada nemam erekciju nego... Zato što se suviše usredsredim na lupanje srca i tako dalje, i onda jednostavno nisam želeo dalje. Tu sam dva puta ili tri puta da sam uzimao. Nije funkcionisalo. (#23, Beograd, 32 godine)

Poppers prema iskazu jednog od ispitanika ima posebnu namenu. Tačnije, on se koristi pri seksualnom odnosu da bi se opustio mišić anusa, tako da analni seksualni odnos bude bezbolniji i prijatniji.

Ljudi koriste raznorazne stimulanse, tipa Poppers i ostalo, da bi im se mišić opustio. Meni to nije potrebno. Jednostavno sam reagujem da se to desi kad ja želim i to je to. (#3, Beograd, 30 godina)

Prema kvantitativnim podacima, mali procenat MSM populacije je prijavio da koristi bilo šta od psihoaktivnih supstanci, tj. droga. U Beogradu je bilo najviše onih koji su izjavili da koriste drogu ili da su koristili ranije, a sada više ne. Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena po gradovima, kada je reč o RDS procenama. Međutim, kada je reč o uzoračkim vrednostima, beleže se statistički značajne razlike gde je u Beogradu značajno manje onih koji ne koriste drogu u odnosu na ostala dva grada (tabela 25).

Tabela 25. Procenjena i uzoračka prevalencija korišćenja psihoaktivnih supstanci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 396 (%)	N = 299 (%)	N = 298 (%)
<i>Korišćenje psihoaktivnih supstanci nekad u životu</i>						
Koriste trenutno	7,1 (3,4-10,8)	3,5 (0,9-6,1)	0,2 (0,0-6,0)	30 (7,6)	11 (3,7)	2 (0,7)
Koristili ranije, sada ne koriste	15,3 (10,2-20,3)	0	2,0 (0,0-6,4)	57 (14,4)	0 (0,0)	10 (3,4)
Ne koriste	77,6 (71,7-83,4)	96,5 (93,9-99,1)	97,8 (93,1-100,0)	309 (78,0)	288 (96,3)	286 (96,0)
Homofilija	1,03	1,01	1,00			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 87,502$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

Ispitanici su svesni da rizik od inficiranja HIV-om i drugim PPI postoji. Bez obzira na ličnu procenu u kojoj meri su izloženi riziku od inficiranja HIV-om, ispitanici pretežno nastoje da ga kontrolišu. U tom smislu praktikuju određena ponašanja, kako bi smanjili rizik. Smanjenje rizika podrazumeva primarno procenu partnera s kojim se (potencijalno) stupa u seksualni odnos. Manji rizik podrazumeva stupanje u seksualne odnose sa onim osobama koje se procenjuju kao bezbedne ili nosioci manjeg rizika. U tom smislu, ispitanici, prema svojim iskazima, koriste različite načine procenjivanja potencijalnog seksualnog partnera i pri tome koirste različite kriterijume za procenu rizičnosti potencijalnog seksualnog odnosa sa osobom.

Najzastupljenija mera za smanjenje ličnog rizika jeste razgovor sa potencijalnim partnerom. Iz razgovora se nastoji proceniti kakav je partner, da li govori istinu ili laže, da li je bezbedan ili ne itd. Razgovori mogu biti putem ličnog kontakta („licem u lice”), ali mogu biti i putem interneta (na *chat*-u, društvenim mrežama i slično), SMS poruka itd., tj. posredstvom različitih kanala komunikacije. Naravno, ono što se procenjuje zavisi od toga kako sam ispitanik procenjuje svoj lični rizik, tj. šta je rizično u odnosu na infekciju HIV-om: seksualna uloga koju će imati, promiskuitetnost potencijalnog partnera, inficiranost HIV-om potencijalnog partnera itd., kao i u odnosu na to šta očekuje od druge osobe (samo seksualni odnos ili emotivnu vezu).

Ja tu prilično biram, ono, s kim ću. I, to ne radim nikad baš tek tako, ono: sa četa, pa, kao, 'aj sad za pola sata, odma'. Ovaj, nisam imao takve. Takve sam nalazio da ja budem aktivan. Ali, kada bi' ja bio pasivan, uvek bi' išao, ovaj, na varijantu da se prvo mi ispričamo negde uz piće, ili večeru, šta god, pa da ja još dodatno na svoj način procenim kakva je to ličnost, kakav je karakter, čime se bavi, ima... To nije nikakva garancija, ali je prosto, eto, tu kao, smanjujem neku šansu na minimum da to bude neko ko je očigledno promiskuitetan i u nekom očiglednom riziku, da je već inficiran nekim virusom. (#10, Beograd, 37 godina)

Prevažodno po tom dopisivanju (proceni osobu). Ako ti kreneš sa nekim drugarski da se dopisuješ i vidiš da je taj neko normalna osoba, da, ono, priča o nekim normalnim stvarima i daš sebi prostora da se vi upoznate, onda OK. A, ako taj neko krene sa nepristojnim pitanjima šta voliš u seksu, je l' te pali ovo, je l' te pali ono, hm, kolika ti je dužina ovoga, koliko ti je dužina onoga, je l' radiš ovo, je l' radiš ono. Onda ja već vidim do treće poruke da tu... da ti... da kažem napaljeni kreteni, kojima je samo seks u glavi. Ono što je... samo izbrišem broj, u suštini, zaobiđi me. (#33, Novi Sad, 21 godina)

Pored direktnog razgovora dosta zastupljen metod je i raspitivanje o potencijalnom partneru. Naime, ističe se da gej zajednica u suštini nije velika. Pri tome, mahom se između sebe znaju lično ili „iz viđenja” osobe koje se kreću u sličnim krugovima, tj. na sličnim mestima susreta potencijalnih seksualnih partnera. Na određena kruzinge mesta dolazi manje-više isti krug ljudi; na određenim internet sajtovima za upoznavanje opet se sreće određen krug ljudi; slično je i sa kaficima i klubovima. U svakom slučaju, priče koje se razmenjuju o drugima jesu i one o tome ko često menja partnere, ko je s kim bio, kao i da li je neko HIV pozitivan ili ne. Ove priče, opet, mogu biti kroz razgovor sa drugim(a) bilo u realnom prostoru bilo u virtuelnom. Ove informacije se dalje koriste za procenu rizika od seksualnog odnosa sa dotičnom osobom, kao i za procenu da li je osoba zainteresovana za isti odnos za koji je zainteresovana osoba koja procenjuje (seksualni odnos ili emotivnu vezu).

Generalno, zajednica, gej zajednica nije toliko velika, pa znaš o svakome po nešto ili bar možeš vrlo lako da saznaš. Tako da, ovaj, od prilike, što dovodi opet u neku krajnost da ti veruješ pričama, je l', ali sve jedno znaš, tamo gde ima vatre ima i dima i obrnuto. Ako o nekome čuješ nešto kao jako ekstremno loše, to znači da tu nešto smrdi i prosto recimo, to je jedan dobar pokazatelj da l' neko jeste rizičan recimo, u smislu polno prenosive bolesti ili nije. Naravno, to ne mora ništa da znači. Nekome o kome svi misle da je svetac, može da recimo ima neku bolest, što uopšte nije ni čudno. Ovaj, recimo da je to jedan onako dobar, kako da kažem, znaš, da malo probereš, od prilike, gde ne treba, a gde možeš da nađeš nešto sigurnije, u tom nekom smislu. (#31, Novi Sad, 22 godine)

Pored ovih opštih mesta – razgovor sa samom osobom i raspitivanje o toj osobi, postoje i drugi načini da se smanji rizik. Jedan takav vrlo specifičan je prijavila jedna osoba, a to je povremena poseta Klinici za infektivne bolesti radi uvida ko u gej zajednici ima HIV infekciju. Ovo služi primarno za informaciju, pa i eliminaciju, onih partnera koji mogu da budu potencijalni izvor transmisije HIV infekcije, posebno ako se ova informacija kombinuje sa reputacijom koju ima osoba u gej zajednici.

Jedno ljetu sam praktikov'o da odem na Infektivnu kliniku, da vidim ko tu dolazi, ne da bi' ja nekoga vred'o, provocir'o, nego jednostavno lično ja da bih znao o čemu se radi. Jer, ja isključivo idem na javna mesta. Znači, park, šuma. Na internet ne idem. Mislim odem – to je samo gubljenje vremena za mene... (#19, Beograd, 41 godina)

Svi pomenuti načini procene potencijalnog seksualnog partnera pomažu, u stvari, da se odabere partner koji primarno može odgovoriti na njihove potrebe za emotivnim i/ili seksualnim povezivanjem sa drugom osobom⁹, a dodatno i na onaj zahtev vezan za procenu rizika od infekcije HIV-om i drugih PPI u slučaju seksa sa osobom koja se procenjuje. Ono što se procenjuje jeste s kim je bezbedno imati (nezaštićene) seksualne odnose. Pored stalnih partnera i nekih povremenih partnera sa kojima je izgrađen odnos uzajamnog poverenja gde upotreba kondoma može da izostane, nezaštićeni odnosi se izbegavaju. Međutim, postoje neke kategorije MSM koje mogu biti procenjene kao manje rizične. Naravno, procena je individualna. Ono što je zajedničko jeste da nema jedne univerzalne kategorije osoba koje se procenjuju kao one koje imaju nizak rizik da su inficirane HIV-om, tj. da su bezbedne u odnosu na mogućnost prenosa HIV infekcije. Svaki ispitanik ima neke svoje kriterijume na osnovu kojih procenjuje bezbednost partnera. Tako neki smatraju da su oni koji su u braku ili imaju stalnu vezu sa devojkom generalno manje rizični, jer se podrazumeva da će da vode računa o svom zdravlju zbog supruge, odnosno devojke. Neki su cenili da su manje rizični oni koji su iz manjih mesta, oni koji nemaju veliko seksualno iskustvo ili oni koji nisu imali veliki broj partnera.

Pa zato što su mi delovali (muškarci bez ili sa malo iskustva) nekako, otkud znam, najukusnije (smeh). I što su bili negde sa strane, nisu bili toliko seksualno aktivni, i što su to neki ljudi koji se još nisu otkrili svoju seksualnost do kraja, i, otkud znam, ono, malo su, eto, delovali su mi sigurnije. A koliko su česti takvi muškarci, da im je to tek početak ili? Pa ima dosta tipova koji... Ne može to sebi da prizna i onda on živi skroz normalnim životom. Mislim, dosta je takvih. Imaju žene, decu, ali ponekad, ono. Jednostavno, muškarci su, da kažem, mnogo seksualniji od žena, i mnogo, mislim, bar se tako ponašaju. (#24, Beograd, 33 godine)

Imao sam ove početnike, sigurno početnike (partnere kojima je on prvi partner)... K'o što sam rek'o, ne bih da dajem godišta, ovaj, tako da, siguran sam. Vidi se to. Sa nekim se upoznaš, pa vidiš da je totalni (početnik), ovaj, pa je onda seks siguran... (#32, Novi Sad, 44 godine)

Jednostavno u njemu nisam video rizik. Zato što je bio pre mene dosta dugo u vezi. Posle toga mislim da dečko se ne viđa sa bilo kim, da nije sa bilo kim i jednostavno sam ja... Nisam video rizik u njemu. (#28, Novi Sad, 22 godine)

Neki su se uverili da takvi kriterijumi u praksi ne garantuju sigurnost, odnosno da su baš osobe koje su imale ono što su oni smatrali bezbednim karakteristikama bile inficirane HIV-om. Takođe, ima primera da je osoba smatrala da kategoriji niskog rizika pripadaju zdravstveni radnici, ali se na kraju na bolniji način uverila u suprotno, s obzirom da je posle duže veze saznala da je njegov stalni partner, zdravstveni radnik, promiskuitetan i, posledično, neveran u vezi:

Ja upoznajem ljude (potencijalne partnere) koje neko zna godinama. Pri tom me je jedan prijatelj upoznao sa njim (stalnim partnerom). Došao sam kod njega u kuću. On je zdravstveni radnik i... Obojica su zdravstveni radnici. I, onda, zbog toga onda imaš onda neki... kliker kao... pa, mogu - zašto da ne (seksualni odnos bez kondoma), a u stvari taj zdravstveni radnik je imao trojke, četvorke posle... godinu dana naše veze! Pošto sam ja saznao da on funkcioniše tako. Ordinirao po (lokacija kruzina mesta) i tako dalje. (#25, Beograd, 28 godina)

⁹ Ispitanici procenjuju mogućnosti ostvarivanja željenog oblika povezivanja sa osobom: samo seksualni odnos, ponavljani seksualni odnos ili emotivna i seksualna partnerska veza.

Ako se izuzmu oni ispitanici koji su bili u partnerskim emotivno-seksualnim vezama sa osobama koje žive sa HIV-om i koji su uglavnom isticali da su mnogo naučili kako o HIV infekciji, tako i o životu sa njom kroz takve odnose, ispitanici se razlikuju među sobom po pitanju toga da li bi svesno stupili u seksualne odnose sa osobom za koju znaju da živi sa HIV-om. Neki smatraju da bi imali seksualni odnos, samo bi morali da budu oprezniji u pogledu korišćenja zaštite, dok drugi smatraju da je rizik suviše velik da bi svesno ušli u njega, bez obzira na korišćenje zaštite.

Ne bih ušao (u seksualni odnos) da znam da ima (HIV). A što? Pa od tog straha da se ne zarazim, mislim koliko god, ono, zaštitu koristili, to, opet bi se bojao. (#28, Novi Sad, 22 godine)

HIV ne znači ništa. To je samo dalje korišćenje kondoma. Ništa drugo. Ljubav će sve ostalo učiniti. Briga jedno o drugome. Sama briga, zdravlje, emocije i sve ostalo. Znači, HIV je samo razlog da koristiš duže kondom, ništa drugo. (#29, Novi Sad, 21 godina)

4.4.2. Samoprocena rizika

Kao što je procena rizika individualna, tako je i samoprocena izloženosti riziku individualna stvar. Samoprocena zavisi od generalne procene koliko su bili izloženi riziku od inficiranja HIV-om, koliko smatraju da mogu da upravljaju tim rizikom i od percepcije generalne mogućnosti da se HIV prenese s jedne osobe na drugu. Ispitanici su mahom podeljeni po tom pitanju. Neki ocenjuju da su u povećanom riziku od inficiranja HIV-om, dok neki procenjuju da nemaju nikakav rizik.

Pa mislim da jesam (u riziku). Zato što tako s vremena na vreme imam seksualne odnose sa nepoznatim osobama. Bez zaštite oralni seks, analni seks ne. Ali i taj oralni može da prenese neke stvari, možda čak i HIV, koliko ja znam, ali je jako mala šansa. (#21, Beograd, 24 godine)

Al' ja nisam tol'ko promiskuitetan da bih ja razmišljao sad o tome (o izloženosti riziku od HIV infekcije), zato što ja ne nalazim svake noći, ne znam ni ja, muškarce, a ni oni mene... Znači to... Pa, ti ljudi sa kojima sam bio, oni su mi bili OK, znači, evo, i dan-danas su živi i zdravi, mislim. (#1, Beograd, 25 godina)

Ja bi' sigurno im'o (HIV) da sam nastavio sa takvim (životom), da nemam ovoliko iskustvo, koje sad imam. Ja bi' sto posto, znači. Samo te godine bi', dajem glavu! Znam sebe kakav sam. Mislim, ono, kad se zaletim. Sad znam perfektno da kontrolišem to, čak i da ne želim seks, da ni ne započne, a kamoli da stigne do toga da imamo nezaštićen... (#29, Novi Sad, 21 godina)

Ne znam... O tome se radi zato što trudim se da koristim kondome. Ali, ovaj, nekako uvek sam tako optimističan. (Smeh) Mislim da neće (na njega HIV infekcija). (#34, Novi Sad, 21 godina)

Kroz kvantitativno istraživanje, neujednačene su samoprocene izloženosti riziku od inficiranja HIV-om među MSM u različitim gradovima. Prema RDS procenama, u Beogradu i Novom Sadu gotovo svaki drugi MSM smatra da je izložen riziku od inficiranja HIV-om, dok u Kragujevcu to smatra tek svaki peti. Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena po gradovima. Uzoračke vrednosti su slične, s tim da je razlika između gradova statistički značajna, tj. u Kragujevcu je najmanje ispitanika procenilo da je izloženo riziku od inficiranja HIV-om ili nekom drugom PPI (tabela 26).

Tabela 26. Procenjena i uzoračka prevalencija samoprocene rizika od inficiranja HIV infekcijom ili drugom PPI među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 397 (%)	N = 299 (%)	N = 289 (%)
<i>Samoprocena izloženosti riziku od inficiranja HIV-om ili PPI</i>						
U riziku	48,2 (41,7-54,7)	51,6 (44,6-58,7)	22,3 (16,6-27,9)	217 (54,7)	157 (52,5)	57 (19,7)
Nisu u riziku	21,6 (15,9-27,3)	31,8 (25,2-38,4)	46,3 (38,2-54,4)	71 (17,9)	88 (29,4)	139 (48,1)
Nisu sigurni	30,2 (23,8-36,5)	16,6 (11,8-21,3)	31,4 (23,8-39,0)	109 (27,5)	54 (18,1)	93 (32,2)
Homofilija	0,99	1,09	1,15			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 116,551$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Generalno, ispitanici, kad govore o svojoj izloženosti riziku od HIV infekcije, često spominju verovanje da HIV infekcija ili neke druge PPI obično pogađaju nekog drugog. Ovo verovanje se odnosi u nekim slučajevima na njih lično, a u nekim se spominje kao opšta osobina svih ljudi. Međutim, takva verovanja su se za neke ispitanike pokazala kao pogrešna, nakon njihovog inficiranja HIV-om.

Jako sam neozbiljno ušao u sve to (seksualni život), što je neobjašnjivo skroz. Ne mogu ja to da objasnim do kraja, znači. Potpuno nesvesno, sa tom nekom mišlju da se to (inficiranje HIV-om) dešava tamo negde, ali da ne može da se desi meni. (#27, Kragujevac, 28 godina)

4.5. Iskustvo sa polno prenosivim infekcijama (PPI)

Kroz kvantitativno istraživanje, iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci je najzastupljenije među MSM u Beogradu, kako po RDS procenama, tako i prema uzoračkim vrednostima. Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena po gradovima, kada je reč o RDS procenama. Kada je reč o uzorku, statistički značajno više je zastupljeno iskustvo sa PPI među ispitanicima iz Beograda (tabela 27).

Tabela 27. Procenjena i uzoračka prevalencija iskustva sa PPI u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci</i>						
Imali PPI	10,8 (7,2-14,4)	4,7 (2,1-7,2)	4,0 (1,7-6,2)	54 (13,5)	13 (4,3)	10 (3,3)
Nisu imali PPI	89,2 (85,6-92,8)	95,3 (92,8-97,9)	96,0 (93,8-98,3)	346 (86,5)	287 (95,7)	290 (96,7)
Homofilija	1,01	1,00	0,99			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 31,766$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Kroz intervjuje, ispitanici su spominjali svoje lično iskustvo ili iskustvo osoba koje poznaju vezano za različite PPI. Najčešća iskustva su bila vezana za kondilome i stidne vaši, a nekoliko ispitanika je govorilo i o sifilisu, gonoreji, hepatitisu B i hepatitisu C. Za kondilome i stidne vaši neki ispitanici su tvrdili da su ih dobili posredno, tj. ne preko seksualnog kontakta, nego preko npr. bazena (kondilome), tuđe posteljine i odeće (stidne vaši). Međutim, ima i onih koji su opisivali svoje iskustvo sa seksualnim načinom prenosa PPI, na primer:

U klubu, šanker, muv'o me, i znate: mrak. Ne možete videti kako izgleda – lep i sve to. Nekako sam dopustio da mi prodre u mozak... Ako mi neko prodre u mozak, ne bitno da li je lep ili ružan... Ja nikad nisam im'o pijan seks... Ali, tako, ipak malo te opusti (alkohol), i uvek deluje to malo, jedan procenat opuštanja. I, opustio sam sebe... Dopustio sam sebi da imam sa takvim nekim idiotom ružnim seks! I ujutru ustajem samo vidim pored mene (njega). Jao, Bože! Samo sam otišao u WC. Sačekao da se probudi. Dva sata sam bio u WC-u samo da ode... Tri meseca kasnije samo sam video one tačkice. (#29, Novi Sad, 21 godina)

Im'o sam, ove, kondilome, koje većina gejeva (smeh) koje znam ima! Ovaj, i im'o sam ove stidne vaši. Kako je do toga došlo? Ja sam tad bio počeo da se viđam sa jednim dečkom... Za koga, mislim. Mi smo imali seks sa kondomom. Međutim, kondilomi ne moraju uopšte naravno... Mislim, kao, koža, sluzokoža na sluzokožu i čao, ovaj. Uglavnom, ja baš nisam znao dosta, dosta o njemu, posebno taj deo da je baš promiskuitetan bio pre... Ovaj, i prosto desilo mi se. Posle ne znam kol'ko vremena ja sam skont'o da je on (preneo kondilome). A, što se tiče ovih vaši, spavao sam jednom kod jednog lika i posle sedam–osam dana, deset, ne znam kol'ko, prosto sam video to, pa sam sredio. (#6, Beograd, 26 godina)

Većina ispitanika je prijavila da je otišla kod lekara u državnu zdravstvenu ustanovu poslednji put kad su imali neku od PPI, zatim u privatnu zdravstvenu službu i u apoteku. U Beogradu su učestalije prijavljivali i da su obraćali aktivistima udruženja za savet (tabela 28).

Tabela 28. Procenjena i uzoračka distribucija svih preduzetih mera poslednji put kada su приметили da imaju neku od PPI među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji su imali iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 54 (%)	N = 13 (%)	N = 100 (%)
<i>Preduzete mere po sumnji na PPI u poslednjih 12 meseci</i>						
Otišli u državnu zdravstvenu ustanovu	54,3 (36,5-72,1)	68,2 (41,5-94,8)	46,7 (18,5-74,9)	31 (57,4)	6 (46,2)	2 (20,0)
Otišli u privatnu zdravstvenu ustanovu	26,1 (24,0-28,2)	25,7 (0,00-54,0)	24,6 (0,0-58,7)	8 (14,8)	5 (38,5)	4 (40,0)
Otišli u apoteku	24,4 (11,6-37,3)	6,1 (0,0-28,8)	34,7 (0,0-73,5)	12 (22,2)	2 (15,4)	4 (40,0)
Potražili savet prijatelja	7,9 (0,0-20,7)	1,7 (0,0-20,1)	10,7 (0,0-41,9)	5 (9,3)	1 (7,7)	2 (20,0)
Samoinicijativno se lečili kod kuće	8,6 (0,0-21,4)	/	5,7 (0,0-36,0)	6 (11,1)	0 (0,0)	1 (10,0)
Potražili savet od NVO	26,7 (15,3-38,0)	/	5,1 (0,0-36,5)	15 (27,8)	0 (0,0)	1 (10,0)
Prestali sa seksualnim odnosima	13,4 (1,9-24,8)	/	/	7 (13,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nisu učinili ništa	6,9 (0,0-23,7)	/	/	5 (9,3)	0 (0,0)	0 (0,0)

4.6. Briga o zdravlju

4.6.1. Korišćenje zdravstvene službe

Većina MSM, prema RDS procenama, ima svog izabranog lekara u domu zdravlja, s tim što je to najmanje prijavilo MSM u Beogradu, 76,2% (95% CI: 70,0–82,5), a gotovo svi u Novom Sadu i Kragujevcu, tačnije 90,5% (95% CI: 86,4–94,7) i 86,7% (95% CI: 80,9–92,4) respektivno. Homofilija vezana za regrutovanje nije zabeležena po gradovima. Uzoračke vrednosti su donekle slične, sa 77,5% ispitanika u Beogradu koji su prijavili da imaju izabranog lekara u domu zdravlja, 90,0% u Novom Sadu i 89,3% u Kragujevcu. Beograd se pri tome značajno razlikuje od druga dva grada ($\chi^2=27,501$; $p<0,01$). Kada je reč o korišćenju usluga zdravstvene zaštite, gotovo svaki drugi MSM je posetio svog izabranog lekara u poslednjih 12 meseci, bez zabeležene homofilije vezane za uzorkovanje po gradovima. U uzorku se beleži da su statistički značajno ređe bili kod svog izabranog lekara u poslednjih 12 meseci ispitanici iz Novog Sada (tabela 29).

Tabela 29. Procenjena i uzoračka prevalencija posete svom izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu koji imaju izabranog lekara

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 310 (%)	N = 270 (%)	N = 267 (%)
<i>Posetili izabranog lekara u Domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>						
Da	52,1 (44,5-59,8)	44,2 (35,6-52,9)	58,5 (51,1-65,9)	159 (51,3)	122 (45,2)	149 (50,8)
Ne	47,9 (40,2-55,5)	55,8 (47,1-64,4)	41,5 (34,1-48,9)	151 (48,7)	148 (54,8)	1187 (44,2)
Homofilija	1,13	1,15	0,93			*+

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 6,111$; $p=0,047$.

+ $p<0,05$.

U razgovorima, većina ispitanika je pokazala veliko poverenje u odnos lekara prema osobama drugačije seksualne orijentacije. Naime, većina smatra da ih lekari ne bi tretirali drugačije ukoliko bi saznali za njihovu seksualnu orijentaciju. Ističu da lekar po svojoj profesionalnoj vokaciji čuva poverljivost razgovora sa pacijentom i da se neke stvari, poput seksualne orijentacije, ne unose u medicinski karton. Naravno, ima i onih koji smatraju da to ne bi bio slučaj, te da bi lekari to dalje proširili u mestima njihovog stanovanja. Ovo se posebno odnosi na Novi Sad i Kragujevac, obzirom da su manji gradovi od Beograda i, prema shvatanju ispitanika, ljudi se učestalije međusobno poznaju ili poznaju nekog ko zna nekog kome bi mogli reći za seksualnu orijentaciju ispitanika bez njihove saglasnosti, a što može da bude dalje problem za njih. Bez obzira na njihovo shvatanje odnosa lekara prema osobama manjinske seksualne orijentacije, većina se odlučuje da prećuti informaciju o svojoj seksualnoj orijentaciji u kontaktu sa lekarima. Naime, odlučuju se da kažu jedino ako je to neizbežno i, po njihovoj proceni, u interesu njihovog zdravlja. Obično se navodi da su službe kojima bi mogli da saopšte svoju seksualnu orijentaciju dermatologija, ako bi procenili da je to neophodno, i savetovalište za HIV i PPI, ako ih pitaju.

(#8, 39) *Ma i problem je, izvinite, problem je i, uopšte, poverenje u tu osobu, sa kojom dođeš (u zdravstvenu ustanovu) da razgovaraš. Znači, problem je u tome što ljudi nemaju poverenja u medicinsko osoblje našeg zdravstvenog sistema; što je on imao, kao mlad čovek, problem u tome, kad je sedeo sam sa lekarom i pričao sa njim, što je im'o problem da mu kaže: da jeste im'o odnos sa muškarcem; što on, uopšte, ima tu neku kočnicu da on kaže lekaru, eto, svoju (seksualnu orijentaciju)... (#5, 18) Prvo, prvo mi je palo na pamet to što sam već rekao da ne znam kakav odnos, stav prema tome (ima sagovornik, lekar), a druga stvar je što ću ja danas— sutra možda raditi tu, i ne znaš kako će te uopšte prihvatiti ako kažeš da si (gej). Razumeš? (FG, #3, Novi Sad)*

Iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju, prema RDS procenama, najučestalije je MSM populacija iz Beograda odustajala do traženja zdravstvene usluge, 15,8% (95% CI: 9,7–21,9), zatim iz Kragujevca, 6,3% (95% CI: 3,3–9,3), a najmanje iz Novog Sada, 2,2% (95% CI: 0,5–3,9). Homofilija vezana za uzorkovanje nije zabeležena ni u jednom gradu. Kada je reč o uzoračkim proporcijama, prisutne su statistički značajne razlike ($\chi^2=66,781$; $p<0,001$) između ispitanika iz Beograda, gde je najviše njih odustalo od traženja zdravstvene pomoći (19%) i onih iz Kragujevca (5,1%) i Novog Sada (2,0%) gde je manji udeo ispitanika

koji su izjavili da su odustali od traženja zdravstvene pomoći usled straha od otkrivanja njihove seksualne orijentacije.

Prema nalazima kvalitativnog istraživanja, oni ispitanici koji ili sami žive sa HIV-om ili poznaju nekog ko živi sa HIV-om, navodili su situacije diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om od strane medicinskih radnika. Spominjali su iskustva vezana za obeležavanje njihovih kartona crvenim flomasterom, ali i iskustva vezana za strah koji su imali da se ne proširi informacija o njihovom HIV statusu dalje u zajednici.

Ja sam inače bio u ambulanti u mom naselju i moja doktorka je stvarno izvanredna žena, divna žena (...) i ne bih imao problem njoj da kažem, zaista pravu stvar (da je inficiran HIV-om). Međutim, meni je problem to što ima gomila medicinskih sestara koje rade za nju i rade tamo. Šta god doktorka napiše, one moraju da udare pečat. Znam da bi prosto bilo nemoguće da ja sestrama kažem: „Nemojte da pričate dalje”, s obzirom da je ambulanta bukvalno preko puta moje kuće. To (njegov HIV status) bi se saznalo brzo. (#26, Kragujevac, 27 godina)

4.6.2. Korišćenje usluga udruženja

Udruženja koja sprovode programe prevencije HIV infekcije među MSM inicijalni kontakt sa potencijalnim korisnicima usluge uspostavljaju davanjem kondoma. Prema rezultatima kvantitativnog istraživanja, tokom 2012. godine najviše MSM iz Kragujevca je dobijalo kondome od NVO. Homofilija vezana za uzorkovanje nije zabeležena po gradovima, dok je u uzorku nađeno da je razlika između Kragujevca i drugih gradova statistički značajna (tabela 30).

Tabela 30. Procenjena i uzoračka prevalencija nabavke kondoma u udruženju tokom 2012. godine među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Nabavljali kondom od udruženja tokom 2012. godine</i>						
Da	44,2 (37,4-51,0)	59,3 (52,2-66,5)	86,0 (82,8-89,1)	212 (53,0)	180 (60,0)	253 (84,3)
Ne	50,8 (43,7-57,9)	37,1 (30,3-43,9)	13,4 (11,9-14,9)	172 (43,0)	111 (37,0)	44 (14,7)
Nisu uopšte nabavljali kondome	5,0 (1,9-8,1)	3,6 (1,3-5,8)	0,6 (0,0-3,3)	16 (4,0)	9 (3,0)	3 (1,0)
Homofilija	1,09	1,01	0,99			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 77,519$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

Pored inicijalnog kontakta sa potencijalnim korisnicima, udruženja su pružala različite usluge prevencije. Da su koristili neku od usluga prevencije tokom 2012. godine prijavilo je najviše MSM iz Kragujevca, a najmanje iz Novog Sada, bez zabeležene homofilije vezane za uzorkovanje. Uzoračke razlike između Kragujevca i drugih gradova su se pokazale statistički značajnim (tabela 31).

Tabela 31. Procenjena i uzoračka prevalencija korišćenja preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Koristili usluge udruženja tokom 2012. godine</i>						
Da	46,8 (40,2-53,4)	35,2 (28,0-42,3)	86,0 (80,6-91,4)	222 (55,5)	117 (39,0)	255 (85,0)
Ne	53,2 (46,6-59,8)	64,8 (57,7-72,0)	14,0 (8,6-19,4)	178 (44,5)	183 (61,0)	45 (15,0)
Homofilija	1,06	1,05	1,01	***		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 135,816$; $p < 0,001$.

*** $p < 0,001$.

Oni koji su koristili usluge udruženja, u zavisnosti od grada, bili su posebno zadovoljni i zainteresovani za dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje (DPST) na HIV u zajednici u Beogradu, za savetovanje o zaštiti zdravlja i o bezbednom ponašanju u Kragujevcu, a u Novom Sadu im je najviše značio prijateljski odnos i druženje. U Beogradu i Novom Sadu MSM su istakli i svoje zadovoljstvo uslugom podele besplatnih kondoma i lubrikanata. Za RDS procene homofilija vezana za regrutovanje u odnosu na pomenute varijable nije zabeležena, ali u uzorku su za sve pomenute razlike u odnosu na preferirane usluge pronađene statistički značajne razlike (tabela 32).

Tabela 32. Procenjena i uzoračka prevalencija usluga koje pružaju udruženja prema zainteresovanosti MSM za njih u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 222 (%)	N = 117 (%)	N = 255 (%)
<i>Usluge koje pružaju udruženja</i>						
Podela kondoma i lubrikanata	26,8 (19,1-34,6)	22,2 (8,3-36,1)	20,1 (13,9-26,3)	60 (27,0)	32 (27,4)	47 (18,4)
Nešto drugo	73,2 (65,4-80,9)	77,8 (63,9-91,7)	79,9 (73,7-86,1)	162 (73,0)	85 (72,6)	208 (81,6)
Homofilija	1,09	1,14	1,05	*1+		
Usluga DPST**	48,4 (39,9-56,8)	18,2 (9,0-27,4)	4,0 (1,1-7,0)	112 (50,5)	22 (18,8)	10 (3,9)
Nešto drugo	51,6 (43,2-60,1)	81,8 (72,6-91,0)	96,0 (93,0-98,9)	110 (49,5)	95 (81,2)	245 (96,1)
Homofilija	1,05	1,02	1,00	*2**		
Savetovanje o ponašanju i zaštiti zdravlja	7,8 (4,0-11,6)	12,0 (5,2-18,8)	49,4 (40,0-58,8)	15 (6,8)	12 (10,3)	136 (53,3)
Nešto drugo	92,2 (88,4-96,0)	88,0 (81,2-94,8)	50,6 (41,2-60,0)	207 (93,2)	105 (89,7)	119 (46,7)
Homofilija	1,00	1,05	1,18	*3**		

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 222 (%)	N = 117 (%)	N = 255 (%)
Prijateljski odnos i druženje	9,9 (6,6-13,2)	43,0 (29,5-56,5)	22,9 (17,2-28,7)	20 (9,0)	45 (38,5)	50 (19,6)
Nešto drugo	90,1 (86,8-93,4)	57,0 (43,5-70,5)	77,1 (71,3-82,8)	202 (91,0)	72 (61,5)	205 (80,4)
Homofilija	1,00	1,19	1,06	*4 ⁺⁺		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 6,160$; $p=0,046$; 2) $\chi^2 = 142,247$; $p<0,001$; 3) $\chi^2 = 150,915$; $p<0,001$; 4) $\chi^2 = 42,590$; $p<0,001$.

⁺ $p<0,05$.

⁺⁺ $p<0,001$.

** DPST – dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje na HIV.

Kada je reč o razlozima za nekorišćenje usluga, oni su različiti i kreću se od neinformisanosti, preko nezainteresovanosti, do straha od potencijalnog neželenog autovanja (obznanjivanja svoje seksualne orijentacije) drugim osobama za koje inače ne bi voleli da znaju za njihovu seksualnu orijentaciju. Ovaj problem se javlja primarno kod onih osoba koje nisu spremne da se autuju široj zajednici i koje kriju svoj identitet u odnosu na seksualnu orijentaciju, a češći je u manjim sredinama, nego u velikim (poput Beograda).

Ja znam jako puno ljudi koji, ono, kao: „Jao, odakle ti toliko puno kondoma?“, pa: „Oćeš doneti i meni?“ „Neću! Odeš tamo, rade od tol'ko do tol'ko, obično“. „Neću. Mene je sramota...“ Veruj mi da jako puno ljudi tako reaguje... Znači, njega je sramota da dođe po kondome, a kamoli da s nekim otvoreno priča o nečem... Od čega ih je sramota? Da se sretnu s nekim, da, da će ljudi koji znaju ovde, koji rade ovde, da će znati da je on taj i taj... (#36, Novi Sad, 35 godina)

4.7. Stavovi u odnosu na HIV infekciju i rizike vezane za seksualnu orijentaciju

Stavovi u odnosu na HIV infekciju su kroz razgovore sa ispitanicima bili povezani sa njihovom percepcijom stigme. Pitanje stigme je bila jedna od ključnih tema u razgovorima sa ispitanicima, tema na koju su se spontano vraćali. Oblici stigme koje su ispitanici opisivali mogu se grupisati kao: a) percipirana stigma prema MSM u široj zajednici, tj. kako je biti MSM (gej) u opštoj populaciji; b) stigma povezana sa percepcijom kako šire društvo shvata HIV infekciju; i c) percipirana stigma vezane za MSM koji žive sa HIV-om unutar MSM zajednice.

4.7.1. Percipirana stigma prema MSM u široj zajednici

MSM (gej) stigma je bila jedna od tema koje su iskrsele tokom razgovora sa MSM populacijom u intervjuima i diskusijama u FG. Ovo je tema koju su ispitanici spontano spominjali, neki u manjoj, neki u većoj meri. Ispitanici su bili svesni stigme prisutne u opštoj populaciji koja je vezana za homoseksualnu praksu, odnosno njihovog neprihvatanja takve prakse. Neki ispitanici su to objašnjavali na sledeći način:

„U kontekstu šireg društva je to što smo potlačeni i što društvo pokušava da nas marginalizuje, i gurne u mišiju rupu; pišu poruke po zidovima, Beogradom, »krv će liti, parade neće biti«... I onda kad ti, kao mlad čovek koji je pritisnut takvim porukama, dobiješ neku priliku da nešto iskažeš, onda to ode u svoju krajnost. Znači, onda imaš potrebu da se obmotaš zastavom, da se

skineš go i da napraviš eksces zato što si prethodno izmrcvaren, namučen, isfrustriran i zgažen. (#7, Beograd, 39 godina)“ (170)¹⁰

Prema izjavama ispitanika, u Srbiji nije prihvatljivo biti gej. Međutim, u razgovorima su ispitanici smatrali da veći gradovi pokazuju više tolerancije u odnosu na seksualnu različitost, posebno Beograd i Novi Sad, kad se uporede sa manjim mestima u Vojvodini, na primer. U manjim sredinama, u kojima se ljudi učestalije međusobno poznaju (tzv. zajednice međusobnog poznavanja), ispitanici smatraju da su MSM više izloženi stigmati, tačnije da su u većem strahu od moguće stigme.

Pa lakše (je biti gej u većem gradu). Jednostavno, manje ljudi, manje ljudi zna za tebe, i više možeš donekle da se sakriješ, i da nađeš nekoga (za partnera) u ovom svetu nego da nađeš nekoga u manjem mestu. Zato što su u manjim mestima mnogo ljudi zatvoreniji zbog straha od porodice, od komšije, od ne znam, sviju. (#19, Beograd, 41 godina)

U manjim mestima primitivniji su ljudi... Mislim, u Novom Sadu, ono, ljude boli uvo šta će neko proći, ne znam šta, dok, na primer, su drugačiji komentari i tako to, dobacivanje i tako to (u manjem mestu). Je li ti neko dobacivao nekada? Pa jeste. Uglavnom su to komentari: pederu, pederčino i tako. To je to. Mene stvarno boli uvo za komentare, dok nije neki fizički kontakt. Komentari me uopšte ne dotiču. (#28, Novi Sad, 22 godine)

U razgovorima se pokazalo da su svi ispitanici imali u većoj ili manjoj meri direktno ili indirektno iskustvo sa posledicama stigme. Prema kvantitativnim podacima, RDS procene, pak, ukazuju da je najviše MSM iz Beograda doživelo neki oblik stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci, a najmanje MSM iz Novog Sada. Nije zabeležena homofilija vezana za regrutovanje po gradovima. Uzoračke proporcije ukazuju na statistički značajne razlike između Beograda, gde je najviše ispitanika prijavilo da je bilo izloženo nekom obliku stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci, i druga dva grada (tabela 33).

Tabela 33. Procenjena i uzoračka prevalencija izloženosti nekom obliku stigme i diskriminacije zbog seksualne orijentacije u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 299 (%)
<i>Izloženost stigmati i/ili diskriminaciji u poslednjih 12 meseci</i>						
Da	49,0 (42,7-55,3)	31,4 (25,0-37,8)	36,4 (29,2-43,6)	214 (53,5)	89 (29,7)	104 (34,8)
Ne	51,0 (44,7-57,3)	68,6 (62,2-75,0)	63,6 (56,4-70,8)	186 (46,5)	211 (70,3)	195 (65,2)
Homofilija	0,96	1,00	1,05			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 46,608$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Ispoljavanje stigme se javlja na različite načine: od podsmevanja osobama što su gej do fizičkog nasilja prema njima. Prema kvantitativnim podacima, MSM koji su bili izloženi stigmati i diskriminaciji identifikovali su različite oblike stigme i diskriminacije koje su doživeli u poslednjih 12 meseci (tabela 34). MSM iz svih gradova su najčešće spominjali da su bili

¹⁰ Citat je publikovan u članku koji je deo ove disertacije.

ogovarani, a zatim da su bili nepoželjni u društvu i da se smanjio broj osoba sa kojima mogu da se druže.

Tabela 34. Procenjena i uzoračka prevalencija zastupljenosti različitih oblika stigme i diskriminacije zbog seksualne orijentacije u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 299 (%)
<i>Zbog seksualne orijentacije u poslednjih 12 meseci:</i>						
Bili nepoželjni u društvu	20,0 (14,8-25,2)	8,9 (5,1-12,7)	10,1 (6,8-13,5)	89 (22,3)	32 (10,7)	23 (7,7)
Bili ogovarani	35,0 (28,8-41,2)	22,2 (16,4-28,0)	24,7 (19,2-30,3)	153 (38,3)	63 (21,0)	62 (20,7)
Smanjio se broj osoba sa kojima mogu da se druže	17,2 (12,2-22,2)	7,3 (3,5-11,0)	8,5 (11,7-25,3)	68 (17,0)	18 (6,0)	63 (21,1)
Bili javno ponižavani i vredani	15,6 (11,3-19,9)	5,5 (2,3-8,7)	5,6 (2,2-9,0)	72 (18,0)	13 (4,3)	16 (5,4)
Uskraćena im usluga u zdravstvenoj ustanovi	4,8 (0,1-9,5)	0,8 (0,4-1,2)	/	28 (7,0)	1 (0,3)	0 (0,0)
Uskraćena im usluga u opštini, banci, pošti, radnji	2,3 (0,0-5,4)	0,2 (0,0-1,5)	/	13 (3,3)	1 (0,3)	0 (0,0)
Napustio ih partner/ka	2,8 (0,3-5,3)	1,9 (1,2-2,6)	2,1 (0,4-3,8)	12 (3,0)	3 (1,0)	5 (1,7)
Drugo	2,6 (1,4-3,8)	0,6 (0,0-1,7)	/	7 (1,8)	2 (0,7)	0 (0,0)

U razgovorima, većina MSM je isticala da su bili ili lično ili da je to bio neko od njihovih MSM prijatelja žrtve nekog oblika nasilja, bilo psihološkog, verbalnog, fizičkog, ekonomskog (žrtve pljačke) ili seksualnog.

Relativno skoro se jedan moj drugar zadesio u (naziv kruzina mesta). Krenuo je za nekim likom i tako dalje. Međutim, ovaj, oralni seks je neki bio i iznuda novca od strane tog lika. Da je ovaj (njegov drug) rekao da nema novac i ovaj uhvatio i pretukao ga je (njegovog druga). Bukvalno ga je pretuk'o. (#5, Beograd, 41 godina)

Iako ispitanici kroz razgovore smatraju da su veliki gradovi tolerantniji prema seksualnoj različitosti, prema kvantitativnim podacima, prevalencija fizičkog nasilja je najviša u Beogradu, a najniža u Kragujevcu. U odnosu na RDS procene, nije zabeležena homofilija vezana za regrutovanje po gradovima, dok je u odnosu na uzoračke vrednosti zabeležena statistički značajna razlika između Beograda i drugih gradova (tabela 35).

Tabela 35. Procenjena i uzoračka prevalencija iskustva fizičkog nasilja nekada u životu među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 397 (%)	N = 300 (%)	N = 294 (%)
<i>Izloženost fizičkom nasilju nekad u životu</i>						
Da	25,6 (19,9-31,2)	16,2 (11,2-21,2)	13,9 (9,2-18,5)	108 (27,2)	50 (16,7)	37 (12,6)
Ne	74,4 (68,8-80,1)	83,8 (78,8-88,8)	86,1 (81,5-90,8)	289 (72,8)	250 (83,3)	257 (87,4)
Homofilija	1,05	1,00	1,06			***

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 25,307$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Oni koji su prijavili da su ikad imali iskustvo nasilja, prijavili su i različite izvršioce tog nasilja. U Beogradu i Novom Sadu, prema RDS procenama, MSM su najučestalije prijavljivali nepoznate osobe kao izvršioce nasilja, dok su u Kragujevcu prijavljivali partnera. Zatim slede, u sva tri grada, članovi porodice (tabela 36).

Tabela 36. Procenjena i uzoračka prevalencija osoba koje su izvršile fizičko nasilje nad MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu među MSM koji su prijavili da su nekad u životu bili žrtva fizičkog nasilja

Varijabla	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 107 (%)	N = 50 (%)	N = 35 (%)
<i>Izvršiocu fizičkog nasilja</i>						
Nepoznata osoba	66,7 (57,5-75,9)	55,2 (50,2-60,2)	34,1 (6,1-62,0)	77 (72,0)	27 (54,0)	14 (40,0)
Partner	7,5 (0,0-16,2)	12,3 (5,0-19,7)	40,5 (15,2-65,7)	12 (11,2)	4 (8,0)	16 (45,7)
Član porodice	23,6 (11,6-35,5)	19,6 (9,0-30,2)	33,2 (15,5-50,9)	26 (24,3)	11 (22,0)	15 (42,9)
Policija	8,4 (0,0-28,3)	2,0 (0,0-7,5)	1,7 (0,0-8,4)	13 (12,1)	2 (4,0)	1 (2,9)
Kolege sa radnog mesta	7,6 (6,2-9,0)	10,6 (0,0-23,8)	1,4 (0,0-9,5)	7 (6,5)	6 (12,0)	1 (2,9)
Neko drugi	3,8 (0,0-10,5)	3,0 (0,0-20,5)	24,7 (16,4-32,9)	5 (4,7)	4 (8,0)	5 (14,3)

U cilju izbegavanja situacija u kojima bi bili izloženi stigmati, diskriminaciji ili nasilju, MSM ne retko skrivaju svoju seksualnu orijentaciju od drugih osoba.

U pokušaju da izbegnu da budu označeni kao gej i posledično izloženi stigmati i, potencijalno, diskriminaciji i nasilju, u razgovorima su ispitanici u stvari govorili koliko su spremni da saopšte drugima svoju seksualnu orijentaciju. Većina ispitanika je ili imala ili i dalje ima nedoumice po pitanju otkrivanja svoje seksualne orijentacije u svojoj užoj i široj zajednici. Većina ispitanika je izjavila da ne znaju svi za njihovu seksualnu orijentaciju. Uglavnom znaju prijatelji, često ne svi, a retko to znaju roditelji, saradnici na poslu i tako dalje.

Od rodbine niko ne zna... I recimo, da imam pet nekih ljudi koji su strejt i da znaju za mene i s kojima se ja, kao, družim, znaš, i da je sve cool, kao, što se toga tiče. A, kakva je situacija sa tvojom porodicom? Što se toga tiče, hmm... Pa, pošto sam ja pre im'o devojke, onda to nije sad, znaš... Nikad tu nije bila, kao, neka sumnja. Am, ali razlog zbog čega im ne kažem za sebe jeste zato što ne mislim da su dovoljno liberalni i otvoreni što se toga tiče, znaš. S druge strane sam jedina, pa bi to bio popriličan šamar (za roditelje), znaš. (#31, Novi Sad, 22 godine)

Ispitanici su tvrdili da su tokom vremena, postepeno, naučili kome i kada mogu da kažu za svoju seksualnu orijentaciju, a kada, tj. u kojim situacijama, treba da prečute informaciju o svojoj seksualnoj orijentaciji. U tom smislu, jedan od osnovnih rizika, kako to vide ispitanici, jeste u stvari rizik od stigmatizacije, odnosno potencijalne diskriminacije i nasilja, do kojih može da dođe nakon „izlaska” (engl. *coming out*), tj. javnog saopštavanja svoje drugačije seksualne orijentacije od heteroseksualne u određenim društvenim situacijama. Ovo može da dovede do komplikacija u porodičnim odnosima, ali i šire.

„Pa, mislim da je najrizičnije biti gej u porodici! (smeh) U smislu pritiska. Pa, znaš, ne može... Ko će u Srbiji to da prihvati?... Mislim, moj brat, recimo, ne priča sa mnom već, evo, sad će druga godina... (#6, Beograd, 26 godina)” (170)¹¹

Uvek je bio strah u meni da se izjasnim. A što? Zašto, pa zbog, kako zašto? Ovo je Balkan, znaš i sam, i u takvoj porodici živim da moji roditelji mislim da to nikad ne bi prihvatili. #4, Beograd, 30 godina)

U tom smislu, svakodnevica MSM postaje upravo upravljanje informacijom o svojoj seksualnoj orijentaciji u široj društvenoj zajednici, a u cilju obezbeđivanja ličnog mira.

4.7.2. Percepcija stigme povezana sa predstavom kako šire društvo shvata HIV infekciju

Većina ispitanika su u razgovorima smatrali da se na neki način HIV infekcija izjednačava sa pripadnošću MSM populaciji u širom društvenom okruženju. Time su ujedno zaključivali da je stigma povezana sa HIV infekcijom ujedno povezana i za pripadnost MSM populaciji. Ispitanici su dalje tvrdili da se u opštoj populaciji smatra da su osobe koje su HIV pozitivne, u stvari, pripadnici MSM populacije, tj. kad se kaže da je neko inficiran HIV-om, odmah se ova osoba kategoriše kao pripadnik MSM populacije.

(#3, 18), „Sama reč HIV se direktno vezuje za gej populaciju... Svaka bolest, sve što je bolesno, sve nezdravo se vezuje za nas. (FG, #2, Beograd)” (170)¹²

Ispitanici su, pored MSM stigme, govorili i o HIV stigmati i to sa stanovišta njihovog shvatanja HIV infekcije i rizika povezanog s njom.

Ispitanici su u kvalitativnom istraživanju govorili i o svom shvatanju značaja HIV infekcije. Naime, uočavali su da nije samo stigma to što se vezuje za HIV infekciju, tj. posledično za MSM populaciju. Ispitanici su isticali da život sa HIV infekcijom nije lak, da osobe koje žive sa HIV-om bivaju drugačije tretirane u ustanovama sistema, da se može desiti da im ljudi „okrenu leđa” itd. Takođe, nije bilo nedoumica po pitanju postojanja terapije za HIV

¹¹ Isto.

¹² Isto.

infekciju i mogućnosti izlječenja. Tačnije, oni ispitanici koji nisu bili inficirani HIV-om su znali da HIV ne može da se izleči. Tamo gde su ispitanici više govorili o HIV terapiji, isticali su da je terapija skupa i govorili da nisu sigurni da li su najnovije terapijske opcije dostupne osobama koje žive sa HIV-om u Srbiji. Bilo je ispitanika koji ne žive sa HIV-om koji su, međutim, isticali i neke pozitivne aspekte HIV infekcije. Naime, za nju su tvrdili da je to sad već jedna od hroničnih bolesti sa kojom može da se živi dovoljno dugo i kvalitetno, naravno uz redovno korišćenje terapije.

„Možda je ovo proizvelo reakciju, kao, ne znam... OK, kao, imaćemo lekove, pićemo lekove i živećemo 30, 40, 50 godina; i onako ne nameravam da živim duže – tako nešto. Sve je relativizovano, ono, čitava ta priča je, ono, razvodnjena. (#23, Beograd, 32 godine)” (170)¹³

Retki ispitanici su isticali da, i pored postojanja terapije, kvalitet života osoba koje žive sa HIV-om ne može da bude isti kao kod zdravih osoba, odnosno da im je kvalitet života narušen i da zahtevaju doživotno lečenje. Neki ispitanici među onima koji sami ne žive sa HIV-om su išli tako daleko da su tvrdili da HIV infekcija u stvari može da povoljno deluje na osobe koje žive sa HIV-om. HIV infekciju su posmatrali kao nešto što osobu motiviše (i usmerava) na praktikovanje zdravih stilova života i na brigu o svom sveukupnom zdravlju. Drugi, pak, ispitanici su poredili HIV infekciju sa drugim hroničnim nezaraznim bolestima, ističući da u poređenju sa nekim bolestima HIV infekcija je nešto što bi pre izabrali, kao bolest sa kojom se lakše i bolje živi.

„Postoje neke nove bolesti, gde... Rak debelog creva! Ako ti naprave rupu (u stomaku), to je odvratno. Moraš ceo život da živiš sa nekakvom rupom u stomaku! Ne možeš ići u WC (kako treba). I šta bi pre: HIV ili to? Ja bi' deset HIV-a, nego tu jednu bolest! Ili dijabetes. Sa HIV-om uzimaš jedanput dnevno tabletu, dok dijabetičar tri puta dnevno uzima insulin. Mislim, postoje mnogo gore bolesti (od HIV-a). HIV te tera da se baviš sobom, zdravljem, sportom, i... Nije strašan. Nije da nas ubija, nego samo nas osvrne na nas. (#29, Novi Sad, 21 godina)” (170)¹⁴

I pored svojevrsnog prihvatljivog stava prema HIV infekciji, tj. stava koji je u neku meru normalizuje, ispitanici nisu pokazivali ravnodušnost u odnosu na mogućnost da se sami inficiraju HIV-om. Međutim, nisu svi ispitanici spremni da vode računa o tome da li stupanjem u seksualne odnose sa određenim partnerom izlažu sebe riziku od HIV infekcije. Neki ispitanici su prosto isticali da osećaju svojevrsan umor od brige za zdravlje i da su skloni da se prepuste životu bez previše razmišljanja o posledicama.

„Toliko se opterećujemo tim (HIV-om)... Rekao sam – neću da se opterećujem toliko time. Sviđa mi se u ovom trenutku kako je i to je to. Nema neke filozofije... (#24, Beograd, 33 godine)” (170)¹⁵

Kako da kažem, ne mogu da razmišljam za svakog koga upoznam da li je potencijalno HIV pozitivan ili nije. Mislim, to mi nije nešto što mi je primarno u tom trenutku da razmišljam na tu temu... (#2, Beograd, 32 godine)

¹³ Isto.

¹⁴ Isto.

¹⁵ Isto.

Ispitanici ne umanjuju postojanje rizika od HIV infekcije. Svesni su, kao što je ranije navedeno, da rizik postoji posebno u slučaju nezaštićenog analnog seksualnog odnosa. Međutim, ono što većina ističe jeste da taj rizik nije specifičan za MSM populaciju. Naime, isticali su da su svi rizici koji se mogu naći u MSM populaciji prisutni i u opštoj populaciji, tj. među muškarcima koji imaju seksualne odnose samo sa ženama, kao i među ženama. U tom smislu su isticali da promiskuitet koji se vezuje za MSM populaciju nije specifično njihova odlika. Naime, promiskuitet kao takav neki ispitanici su objašnjavali postojanjem jačeg seksualnog nagona kod muškaraca. Smatrali su da su da je svim muškarcima daleko naglašeniji seksualni nagon nego ženama. Posmatrajući tako, kada se nađu dva muškarca, onda je stupanje u seksualne odnose mnogo lakše, nego kada se nađu muškarac i žena, upravo zbog razlika u seksualnom nagonu i pristupa seksu.

„Pa, možda zato što su muškarci generalno seksualniji... Nemaju te strahove, jer njih niko ne osuđuje da su drolje, kao što je to za ženu koja ima češće seksualne odnose... Ali, ima isto veze sa, ne znam, gej muškarcima. Imaju drugačije hormone možda, otkud znam. Imaju mnogo veću potrebu za seksom. (#24, Beograd, 33 godine)” (170)¹⁶

Međutim, kako su implicitno zaključivali ispitanici koji su poredili heteroseksualce sa gej populacijom, to što su možda u praksi gej muškarci promiskuitetniji od heteroseksualnih muškaraca, ne znači da su manje bezbedni u odnosu na rizik od HIV infekcije. Naime, ovi ispitanici su isticali da heteroseksualna populacija čak učestalije nego MSM populacija ne koristi kondom.

„Ogromna većina heteroseksualaca ne koristi kondome. Čuo sam o tome od svojih prijatelja. Idu tom nekom logikom: „Neće to (HIV infekcija) baš meni da se desi”, „Šta ima veze?” i tako dalje... (#10, Beograd, 37 godina)” (170)¹⁷

Mada su bili svesni da se sve učestalije govori o većoj zastupljenosti HIV infekcije među MSM, neki ispitanici su imali objašnjenje i za to, a koje je u skladu sa poređenjem rizika gej i heteroseksualnih muškaraca. Naime, objašnjavali su da takva statistika najverovatnije nije pouzdana iz razloga što se gej muškarci češće testiraju na HIV nego heteroseksualni muškarci. Na ovaj način ispitanici su u stvari ukazivali na neopravdanost HIV stigme koja se vezuje za gej muškarce i izjednačavali MSM populaciju sa heteroseksualnom kada je reč o riziku od HIV infekcije.

4.7.3. Percipirana stigma vezana za MSM koji žive sa HIV-om

Kroz kvalitativno istraživanje pokazalo se da većina učesnika zna nekog ko živi sa HIV-om bilo direktno bilo indirektno. Neki od ispitanika i sami žive sa HIV-om, a neki su bili u vezi sa osobom koja živi sa HIV-om.

U okviru kvantitativnog istraživanja ispitivani su i stavovi prema osobama koje žive sa HIV-om kroz set pitanja vezanih za prihvatljivosti socijalnog kontakta sa ovim osobama i njihove socijalne integracije. Većina ispitanika je pokazala nediskriminatorne stavove prema osobama koje žive sa HIV-om u odnosu na tri postavljena pitanja (da li bi kupovali sveže povrće ako bi saznali da prodavac ili vlasnik prodavnice živi sa HIV-om, da li treba dozvoliti učiteljici koja živi sa HIV-om da nastavi da podučava u školi i da li treba dozvoliti da se osobe koje žive sa HIV-om „mešaju sa drugima”, tj. da budu socijalno integrisane). Najmanje negativne stavove

¹⁶ Isto.

¹⁷ Isto.

su imali, prema RDS procenama, MSM iz Novog Sada, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje u odnosu na gradove. U uzorku, razlike između Novog Sada, gde su ispitanici u najmanjoj meri imali diskriminatorne stavove, i drugih gradova pokazale su se statistički značajnim, odnosno između Kragujevca i drugih gradova u odnosu na pitanje poželjnosti socijalne integracije osoba koje žive sa HIV-om, gde je svaki drugi ispitanik bio protiv (tabela 37).

Tabela 37. Procenjena i uzoračka prevalencija zastupljenosti diskriminatornih stavova prema osobama koje žive sa HIV-om među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Stavovi	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 300 (%)
<i>Kupili bi sveže povrće ako bi saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac imaju HIV</i>						
Da	76,8 (70,8-82,8)	90,9 (87,1-94,7)	81,8 (75,8-87,9)	320 (80,0)	269 (89,7)	246 (82,0)
Ne bi, nisu sigurni	23,2 (17,2-29,2)	9,1 (5,3-12,9)	18,2 (12,1-24,2)	80 (20,0)	31 (10,3)	54 (18,0)
Homofilija	1,00	1,00	1,00	*1+		
<i>Dozvolili bi učitelji koja je inficirana HIV-om da nastavi da podučava u školi</i>						
Da	73,9 (67,9-80,0)	91,4 (87,5-95,4)	82,8 (76,2-89,4)	304 (76,0)	273 (91,0)	246 (82,0)
Ne bi, nisu sigurni	26,1 (20,0-32,1)	8,5 (4,6-12,5)	17,2 (10,6-23,8)	96 (24,0)	27 (9,0)	54 (18,0)
Homofilija	1,02	1,00	1,03	*2++		
<i>Osobe koje su inficirane HIV-om ne bi trebalo da se „mešaju” sa ostalima nigde**</i>						
Ne slažu se	83,7 (78,5-89,0)	99,2 (97,6-100)	48,7 (41,3-56,1)	340 (85,0)	299 (99,7)	128 (42,8)
Slažu se, nisu sigurni	16,3 (11,0-21,5)	0,8 (0,0-2,4)	51,3 (43,9-58,7)	60 (15,0)	1 (0,3)	171 (57,2)
Homofilija	1,01	1,00	1,12	*3++		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 12,327$; $p = 0,002$; 2) $\chi^2 = 26,505$; $p < 0,001$; 3) $\chi^2 = 296,811$; $p < 0,001$.

** 299 ispitanika u Kragujevcu odgovorio na ovo pitanje.

+ $p < 0,05$.

++ $p < 0,001$.

Osobe koje žive sa HIV-om koje su ispitanici lično poznavali, u razgovorima su ocenjeni kao osobe koje vode računa o drugima i koje su dosta uticale na same ispitanike u pogledu korišćenja kondoma sa različitim partnerima. Međutim, pored ovih osoba, tu su i osobe koje žive sa HIV-om za koje se vezuju negativne stereotipne predstave i koje se osuđuju. Obično je reč o osobama koje žive sa HIV-om koje se lično ne poznaju ili se poznaju površno, a za koje se uglavnom iz priča drugih zna da namerno šire HIV infekciju. Većina ispitanika u razgovorima je spominjala upravo te osobe za koje je čula ili ih lično poznaju koje namerno dalje šire HIV infekciju.

...Ti (poznani koji živi sa HIV-om) svesno ideš i hvališ se drugim kako si imao seks bez kondoma i kako si... I onda se pitaš: da li je uspio pelcer ili nije! Veruj mi, ja bi' ga istog momenta... Ma, eliminiš' o ga sa planete. (#19, Beograd, 41 godina)

„Im'o sam dosta slučajeva, dosta priča. Slušao sam da neko ide s tom namerom da namerno zarazi (HIV-om). Slušao sam iz priča, raznoraznih, da je NN osoba, zna svesno da ima HIV i da je par ljudi zarazila namerno koji su relativno skoro ušli u ovu priču (koji su imali prvi seksualni odnos sa muškarcem). Taj je... izvršio je samoubistvo. To se desilo u Beogradu. Isto je i u drugim gradovima gde sam bio i živeo. U jednom gradu sam čuo priču od prijatelja gde su mu ljudi pisali na „Romeu” (gej sajt za upoznavanje) da taj i taj lik, neki profil, ima AIDS, i da ih je zarazio. To se nikad ne zna... (#4, Beograd, 30 godina)” (170)¹⁸

Po mišljenju nekih ispitanika, ovo čine ili osobe koje su psihički labilne ili one koje su ljute na sve zbog onoga što im se desilo, te hoće da i drugi budu u istoj situaciji kao i one. Drugi, pak, ispitanici, nisu imali nikakvo objašnjenje za ovakvo postupanje.

Ovakve predstave o delu MSM populacije koja živi sa HIV-om vode ka njihovom stigmatizovanju od strane šire MSM zajednice i stvaranju svojevrstnih stereotipa da je, u stvari, najbitnije znati nečiji HIV status, kako bi se osoba zaštitila od HIV-a. Ovo, takođe, stvara predstavu među MSM ispitanicima da su tračevi sasvim dobar izvor informacija vezanih za HIV status drugih osoba od kojih se, u stvari, treba čuvati u cilju smanjenja rizika od HIV infekcije.

4.7.4. Internalizovana homonegativnost (autostigma)

Gotovo svaka druga MSM osoba ima neko od osećanja internalizovane homonegativnosti. Ovo je mereno kroz postojanje jednog od negativnih osećanja vezanih za ličnu seksualnu orijentaciju, poput stida, krivice, nelagodnosti ili nečeg drugog, sličnog. Internalizovana homonegativnost je u najvećoj meri zastupljena među MSM iz Kragujevca, bez registrovanja homofilije vezane za regrutovanje u odnosu na pojedinačne gradove. U uzorku se ova razlika između Kragujevca i druga dva grada pokazala statistički značajnom (tabela 38).

Tabela 38. Procenjena i uzoračka prevalencija zastupljenosti internalizovane homonegativnosti među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijable	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 400 (%)	N = 300 (%)	N = 297 (%)
<i>Imali neko od osećanja internalizovane homonegativnosti</i>						
Da	49,1 (42,4-55,7)	48,6 (41,7-55,5)	63,4 (55,9-70,9)	199 (49,8)	136 (45,3)	204 (68,7)
Ne	50,9 (44,3-57,6)	51,4 (44,5-58,3)	36,6 (29,1-44,1)	201 (50,3)	164 (54,7)	93 (31,3)
Homofilija	0,97	1,01	0,96	***		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 37,777$; $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

Kako su ispitanici u razgovorima navodili, osećanja vezana za internalizovanu homofobiju su najviše bivala izražena nakon prvog seksualnog iskustva sa muškarcem. Tada je bilo potrebno da osoba prihvati svoju drugačiju seksualnu orijentaciju od heteroseksualne. Neki su to uspevali brže da prihvate, a nekima je bilo potrebno znatno više vremena. Nije u

¹⁸ Isto.

potpunosti jasno da li su na to više uticali faktori vezani za sredinu u kojoj žive, poput trenutnog društvenog okruženja, otvorenosti ili liberalnosti porodice, ili individualni faktori.

Mislio (sam) da je to kao neka vrsta... psihičkog poremećaja. Jer, prosto sam u manjini. Ljudi koje sam dotle poznavao nikad o tome nisu pričali i, ako se to negde spomene ili vidi na televiziji, uvek se konotiralo negativno, kao nešto bolesno i nenormalno. I zbog toga sam krio i preispitivao sam sebe da li sam ja nenormalan zbog toga... I krio sam da me ne bi osudila neka okolina, moji prijatelji, poznanici, tako. Pošto se to inače generalno smatra u našem društvu u većini slučajeva kao neka sramota. (#8, Beograd, 37 godina)

Iako je većina ispitanika smatrala da sada sebe prihvata kao takve, tj. kao gej i/ili biseksualne osobe, u nekim razgovorima su isticali negativne osobine gej muškaraca, a u nekim jednostavne konstatacije poput: „Ponekad mrzim što sam gej” (#23, Beograd, 32 godine). Dosta ispitanika je smatralo da i dalje treba da se skrivaju u javnosti i da je bitno da se ne razlikuju pojavno od većinskih heteroseksualnih muškaraca. Ono što neki ispitanici prihvataju pomirljivo i samo po sebi razumljivo, dok neki negoduju protiv toga, jeste da dva muškarca u vezi ne smeju javno da iskažu svoje emocije, tj. ne mogu da idu ulicom i drže se za ruku ili da se poljube na javnom mestu, ukoliko to nije neko gej mesto ili mesto koje je naklonjeno gej populaciji. Neki ispitanici su isticali da osobe koje obično budu maltretirane su oni MSM koji su feminizirani, jer se za njih vrlo brzo može zaključiti koja im je seksualna orijentacija. Takođe, osobe koje još teže prihvata sredina jesu trans-žene.

Postoje mesta koja su „gay friendly” u kojima možeš da se ponašaš onako kakav jesi, znaš, sem OK ako baš si, recimo, tref „queen”. Ne možeš da izađeš u Srbiju i da se tako ponašaš, osim dobro možda nekih „go-gay” mestima, mada i tamo su nekad ljudi jako kao ahao... hm... Znaš, kao, ja sam gej i to je „cool”, ali on je kao trandža i to nije OK. Znaš, jako zanimljivo, ovaj, no sve u svemu mislim da nije nešto sad preterano, ne znam, ono, kao, jako teška situacija, ali ne mogu da kažem da je laka, jer prosto ne možeš ti da izađeš napolje i da se držiš za ruku (sa partnerom) i da pokažeš svoje emocije u javnosti. (#31, Novi Sad, 22 godine)

Ispitanici su imali i određene negativne predstave o samoj MSM populaciji. Naime, ono što su isticali jeste da se za gej populaciju vezuje HIV infekcija u široj javnosti i smatrali su da je to, između ostalog, i zbog toga što ih šira javnost smatra promiskuitetnim. Dodatno, većina samih MSM ispitanika je smatrala MSM populaciju većinski promiskuitetnom. Neki ispitanici su objašnjavali da je promiskuitet određeni stereotip koji je u nekom momentu od strane MSM populacije shvaćen kao norma. Otud shvatanje da je promiskuitet nešto što se preuzima kao oblik ponašanja prilikom inicijacije u gej svet.

(#7) „Kad prizna sebi da je homoseksualac, da li on s tim odmah povezuje „Ako sam ja homoseksualac, ja treba da budem promiskuitetan?”... Imaju loš vid same reči homoseksualac... (Oni misle) da gej mora da bude promiskuitetan, da izlazi po žurkama, da menja partnere, da tračari konstantno, da – ne znam... (FG, #4 Novi Sad)” (170)¹⁹

Pa, mislim da je to baš ono, kao taj način, prenošenje takvog modela ponašanja, s generacije na generaciju, novu koja dolazi. Mislim da je to možda jedan od glavnih faktora. Jer, čak i kad ulazimo u sve to, ono, kao, sa nekim drugim idejama, i onda kad se, ovaj... Ja kad sam poč'o da ulazim dublje u tu priču, onda nas kao neka mašina koja nas u stvari, ono, ne znam, još više uvlači u to (promiskuitet). (#23, Beograd, 32 godine)

¹⁹ Isto.

Internalizovana homonegativnost i strah od stigme, diskriminacije i nasilja su međusobno povezani. I pored prihvatanja sebe, ispitanici uglavnom smatraju da seksualna orijentacija nije nešto što treba da bude javno. Neki su prihvatili shvatanje da to treba da bude nešto što se dešava u njihova „četiri zida”, odnosno u privatnosti doma. Javnost seksualne orijentacije se u nekim slučajevima shvata, ne kao život bez pritiska i straha od osude, već kao preterano isticanje sopstvene seksualnosti:

Mislim, ono, živiš normalan život kao i svaki drugi čovek. Ako se ne ističeš i ne guraš tu u neki prvi plan mislim da ti ni u kom momentu neće napraviti problem (seksualna orijentacija) i da možeš normalno da živiš, kao i svi ostali ljudi. Ovde to u Srbiji ja mislim da i dalje jeste veliki problem. Mislim, čim zapadneš nekome za oko i ističeš to u prvi plan da si gej, mislim, kao i sve ostalo... Čemu isticati nešto, mislim, držiš to za sebe. Mislim, takav si, živiš sa tim i čemu to sad nešto javno gurati u prvi plan. (#30, Novi Sad, 36 godina)

Generalno, jedno od bitnih pitanja je bilo upravo način na koji osoba prilagođava svoju seksualnu orijentaciju postojećim društvenim normama vezanim za heteroseksualnost.

4.8. Testiranje na HIV infekciju

4.8.1. Učestalost testiranja na HIV infekciju

Testiranje na HIV, praćeno savetovanjem, je jedna od ključnih preventivnih mera. Većina MSM, prema RDS procenama, zna gde može da se savetuje i testira na HIV u gradu u kom su dosegnuti i to njih 76,7% (95% CI: 70,6–82,8) u Beogradu, 98,8% (95% CI: 96,9–100,0) u Novom Sadu i 87,3% (95% CI: 81,6–93,1) u Kragujevcu, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje po gradovima. Uzoračke vrednosti su slične, sa 77,6% onih koji pravilno identifikuju mesta gde se može uraditi testiranje na HIV na lokaciji istraživanja u Beogradu, zatim 98,7% ispitanika u Novom Sadu i 86,3% u Kragujevcu. Statistički značajne razlike su prisutne između Novog Sada, gde je najviše ispitanika pravilno identifikovalo mesto testiranja na HIV, i druga dva grada ($\chi^2=65,266$; $p<0,001$).

Prema RDS procenama, većina MSM se testirala na HIV nekad u životu i to 68,7% (95% CI: 61,8–75,6) u Beogradu, 76,6% (95% CI: 71,2–82,1) u Novom Sadu i najviše, 83,7% (95% CI: 77,2–90,1), u Kragujevcu, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje po gradovima. Slično je i u slučaju uzoračkih proporcija gde je testirano na HIV nekad u životu 73,0% ispitanika iz Beograda, 78,3% iz Novog Sada i 85,2% iz Kragujevca. Ispitanici iz Kragujevca su se statistički značajno češće testirali na HIV nekad u životu ($\chi^2=14,876$; $p=0,001$). Međutim, kada je reč o testiranju na HIV u poslednjih 12 meseci, odziv je znatno niži. Najviše testiranih na HIV MSM u poslednjih 12 meseci, prema RDS procenama, je u Kragujevcu, a najmanje u Beogradu, bez zabeležene homofilije vezane za regrutovanje u odnosu na gradove. Kada je reč o uzoračkim vrednostima, učestalost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci je slična, s tim da se Kragujevac, sa najvećim brojem ispitanika koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci, statistički značajno razlikuje od druga dva grada (tabela 39).

Tabela 39. Procenjena i uzoračka prevalencija učestalosti testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu

Varijable	Populaciona procena			Uzoračke proporcije		
	Beograd	Novi Sad	Kragujevac	Beograd	Novi Sad	Kragujevac
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	N = 397 (%)	N = 300 (%)	N = 298 (%)
<i>Testirali se na HIV u poslednjih 12 meseci</i>						
Da, testirali se	34,3 (28,2-40,5)	36,6 (31,5-45,7)	58,9 (51,1-66,7)	155 (39,0)	119 (39,7)	172 (57,7)
Ne, nisu se testirali	65,7 (59,5-71,8)	61,4 (54,3-68,5)	41,1 (33,3-48,9)	242 (61,0)	181 (60,3)	126 (42,3)
Homofilija	1,06	1,04	1,05	*++		

* Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 28,624$; $p < 0,001$.

++ $p < 0,001$.

4.8.2. Rezultati univarijantne logističke regresione analize (ULRA) za one koji su se testirali na HIV i one koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci

Razlike između onih MSM koji su se testirali na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i onih koji nisu smatrajući koristeći univarijantnu logističku regresionu analizu (ULRA). ULRA je primenjena tamo gde je varijabilnost bila veća od 10% (u Beogradu više od 40 slučajeva, a u Novom Sadu i Kragujevcu više od 30 slučajeva u jednoj kategoriji neke od varijabla).

U Beogradu i Kragujevcu medijana uzrasta onih koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci je, prema RDS procenama, nešto veća od onih MSM koji su se testirali, dok su u Novom Sadu oni koji se nisu testirali na HIV nešto mlađi u odnosu na medijanu uzrasta onih koji su se testirali. Ukoliko se gledaju uzoračke proporcije, sličan je odnos medijana uzrasta među MSM ispitanicima kao u MSM populaciji, s tim da je ta razlika u uzrastu statistički značajna samo u Kragujevcu. Ukoliko se posmatraju uzrasne grupe (do 29 i 30 i više godina starosti), prema RDS procenama, u Beogradu je u obe uzrasne grupe oko 2/3 onih koji se nisu testirali na HIV. U Novom Sadu i Kragujevcu, prema procenama za populaciju MSM, nešto više je testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci među onima mlađeg uzrasta (do 29 godina), nego što je to među onima iz starije uzrasne grupe (30 i više godina), s tim da je u Kragujevcu više onih koji su se testirali na HIV od onih koji nisu. Kada je reč o uzoračkim proporcijama, slično kao i u populaciji, više je onih u mlađoj uzrasnoj grupi koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci, nego što je to slučaj u starijoj, s tim da je u Kragujevcu ta razlika statistički značajna (tabela 40, a-c).

Prema RDS procenama, u Beogradu je više onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su se izjasnili kao Srbi po nacionalnoj pripadnosti, nego među onima koji su se izjasnili kao nešto drugo ili odbili da se izjasne. Odnos između onih koji su se testirali i onih koji nisu u poslednjih 12 meseci prema nacionalnoj pripadnosti je isti i u uzorku, s tim da su nađene razlike statistički značajne. U Novom Sadu u populaciji MSM, prema RDS procenama, podjednako su zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji su se izjasnili kao Srbi po nacionalnom identitetu i među onima koji su se izjasnili kao nešto drugo ili su odbili da se izjasne. U uzorku, pak, testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima srpske nacionalne pripadnosti nego među onima koji

nisu većinske nacionalne pripadnosti. Međutim, te razlike se nisu pokazale statistički značajnim. U populaciji MSM u Kragujevcu, prema RDS procenama, testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji su se izjasnili da nisu Srpske nacionalne pripadnosti ili koji su odbili da se izjasne, nego među onima koji su srpske nacionalne pripadnosti. Ovakav odnos je nađen i u uzorku u Kragujevcu, s tim da zabeležene razlike nisu statistički značajne (tabela 40, a–c).

U odnosu na obrazovanje, radni i bračni status, u Beogradu i u MSM populaciji, prema RDS procenama, i u uzorku, testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima sa završenom višom ili viskom školom, nego među onima bez obrazovanja ili sa nižim obrazovanjem (do završene srednje škole); zatim, među onima koji su sada ili su bili ranije u radnom odnosu, nego među onima koji nisu u radnom odnosu (učenici, studenti, nezaposleni); i, među onima koji nisu (više) u braku, nego među onima koji jesu u braku / vanbračnoj zajednici. Za ove razlike u uzorku nije nađeno da su statistički značajne. Sličan odnos u kategorijama obrazovanja, radnog i bračnog statusa je nađen i u Novom Sadu, bez značajnih razlika. Međutim, treba reći da je u Novom Sadu svega pet osoba ili sad u braku ili bilo ranije u braku. U Kragujevcu, u MSM populaciji, prema RDS procenama, više je testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci među onima sa završenom višom ili visokom školom, nego među onima bez obrazovanja ili sa nižim stepenom obrazovanja (do završene srednje škole). U uzorku u Kragujevcu, odnos testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci i onih koji nisu među onima sa završenom višom ili visokom školom i među onima sa nižim obrazovanjem je približno isti, bez statistički značajnih razlika. U MSM populaciji u Kragujevcu testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji nisu u radnom odnosu (učenici, studenti, nezaposleni), nego među onima koji su (bili) u radnom odnosu, i među onima koji nisu (više) u braku, nego među onima koji su u braku/vanbračnoj zajednici. Slična zastupljenost testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na radni i bračni status je nađena i u uzorku, bez zabeleženih statistički značajnih razlika (tabela 40, a–c).

Tabela 40a. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na osnovne sociodemografske karakteristike prema procenjenim i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uzrast</i>								
AS (SD)	31,49 (+/-9,03)	31,90 (+/-10,36)	/		31,48 (+/-9,033)	31,86 (+/-9,907)	/	
Medijana (raspon)	29,0	30,0			30,0 (18-55)	29,5 (18-59)		
						**		
<i>Uzrasne grupe</i>								
18–29	35,4	64,6	1,10 (0,64-1,88)	0,725	77 (38,9)	121 (61,1)	0,99 (0,66-1,48)	0,950
30–59	33,3	66,7	1		78 (39,2)	121 (60,8)	1	
						***1		

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Nacionalnost</i>								
Srbi	38,8	61,2	1,58 (0,91-2,75)	0,101	95 (45,9)	112 (54,1)	1,84 (1,22-2,77)	0,004
Drugo ili se nisu izjasnili	28,6	71,4	1		60 (31,6)	130 (68,4)	1	
						***2 ⁺		
<i>Obrazovanje</i>								
Bez obrazovanja, nezavršena i završena osnovna škola, završena srednja škola	30,2	69,8	1		92 (36,1)	163 (63,9)	1	
Završena viša ili visoka škola	40,6	59,4	1,58 (0,90-2,77)	0,109	63 (44,4)	79 (55,6)	1,41 (0,93-2,15)	0,105
						***3		
<i>Radni status</i>								
Učenici, studenti, nezaposleni	29,5	70,5	0,66 (0,38-1,15)	0,144	58 (34,5)	110 (65,5)	0,72 (0,47-1,08)	0,114
Zaposleni, penzioneri	38,6	61,4	1		97 (42,4)	132 (57,6)	1	
						***4		
<i>Bračni status (-8)</i>								
Brak, vanbračna zajednica	10,6	89,4	1		11 (28,9)	27 (71,1)	1	
Nisu u braku, razvedeni, udovci	36,6	63,4	4,87 (1,80-13,16)	0,002	141 (40,2)	210 (59,8)	1,65 (0,79-3,43)	0,181
						***5		

* Od ukupno 400 ispitanika, 3 nisu odgovorila na pitanje o testiranju; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: U=18696,000; p=0,958.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=0,004$; p=0,950; 2) $\chi^2=8,530$; p=0,003; 3) $\chi^2=2,632$; p=0,105; 4) $\chi^2=2,499$; p=0,114; 5) $\chi^2=1,814$; p=0,178.

⁺ p<0,05.

ULRA za MSM populaciju u Beogradu, prema RDS procenama, nije pokazala statistički značajnu povezanost ispitivanih sociodemografskih karakteristika sa testiranjem na HIV u

poslednjih 12 meseci. Iz ULRA je isključena varijabla „bračni status” zbog varijabilnosti manje od 10%. Prema uzoračkim proporcijama, ULRA je pokazala da je statistički značajno češće povezano testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci sa srpskom nacionalnom pripadnošću (tabela 40a).

Tabela 40b. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na osnovne sociodemografske karakteristike osoba prema procenjenim i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uzrast</i>								
AS (SD)	27,6 (+/-6,15)	27,4 (+/-7,32)	/		29,3 (+/-6,62)	27,8 (+/-6,89)		
Medijana (raspon)	27,0	26,0			27,0 (18-57)	26,0 (18-50)		
					**			
<i>Uzrasne grupe</i>								
18–29	40,1	59,9	1,21 (0,66-2,22)	0,537	79 (40,9)	114 (59,1)	1,61 (0,71-1,89)	0,547
30–59	35,6	64,4	1		40 (37,4)	67 (62,2)	1	
					***1			
<i>Nacionalnost</i>								
Srbi	39,4	60,6	1,21 (0,61-2,41)	0,584	98 (41,4)	139 (58,6)	1,41 (0,79-2,53)	0,249
Drugo ili se nisu izjasnili	34,9	65,1	1		21 (33,3)	42 (66,7)	1	
					***2			
<i>Obrazovanje (-1)</i>								
Bez obrazovanja, nezavršena i završena osnovna škola, završena srednja škola	35,7	64,3	1		79 (38,0)	129 (62,0)	1	
Završena viša ili visoka škola	44,9	55,1	1,47 (0,79-2,73)	0,225	39 (42,9)	52 (57,1)	1,22 (0,74-2,02)	0,428
					***3			
<i>Radni status</i>								
Učenici, studenti, nezaposleni	37,0	63,0	0,86 (0,48-1,53)	0,609	59 (37,3)	99 (62,7)	0,81 (0,51-1,29)	0,385
Zaposleni, penzioneri	40,5	59,5	1		60 (42,3)	82 (57,7)	1	
					***4			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Bračni status</i>								
Brak, vanbračna zajednica	11,1	88,9	1		1 (20,0)	4 (80,0)	1	
Nisu u braku, razvedeni, udovci	39,1	60,9	/	/	118 (40,0)	177 (60,0)	/	/
						***5		

* Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: U = 10341,500; p= 0,560.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,362$; p = 0,547; 2) $\chi^2 = 1,337$; p = 0,248; 3) $\chi^2 = 0,630$; p = 0,427; 4) $\chi^2 = 0,754$; p = 0,385 5) $\chi^2 = 0,822$; p = 0,365.

ULRA, i prema RDS procenama za MSM populaciju i prema uzoračkim proporcijama za Novi Sad, nije pokazala statistički značajnu povezanost nijedne sociodemografske karakteristike sa testiranjem u poslednjih 12 meseci (tabela 40b).

Tabela 40c. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na osnovne sociodemografske karakteristike osoba prema procenjenim i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uzrast</i>								
AS (SD)	28,3 (+/-7,73)	30,0 (+/-8,84)	/		29,4 (+/-7,75)	31,6 (+/-9,00)	/	
Medijana (raspon)	27,0	30,0			28,0 (18-54)	31,0 (18-56)		
						***+		
<i>Uzrasne grupe</i>								
18–29	63,6	36,4	1,54 (0,84-2,84)	0,163	95 (63,8)	54 (36,2)	1,64 (1,03-2,62)	0,035
30–59	53,1	46,9	1		77 (51,7)	72 (48,3)	1	
						***1+		
<i>Nacionalnost</i>								
Srbi	55,4	44,6	0,58 (0,31-1,09)	0,088	112 (54,6)	93 (45,4)	0,66 (0,40-1,10)	0,111
Drugo ili se nisu izjasnili	68,3	31,7	1		60 (64,5)	33 (35,5)	1	
						***2		

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Obrazovanje</i>								
Bez obrazovanja, nezavršena i završena osnovna škola, završena srednja škola	57,5	42,5	1		112 (57,7)	82 (42,3)	1	
Završena viša ili visoka škola	61,9	38,1	1,20 (0,65-2,21)	0,559	59 (57,8)	43 (42,2)	1,01 (0,62-1,63)	0,985
					***3			
<i>Radni status</i>								
Učenici, studenti, nezaposleni	62,7	37,3	1,32 (0,70-2,47)	0,390	67 (60,9)	43 (39,1)	1,23 (0,76-1,99)	0,349
Zaposleni, penzioneri	56,1	43,9	1		105 (55,9)	83 (44,1)	1	
					***4			
<i>Bračni status (-5)</i>								
Brak, vanbračna zajednica	54,6	45,4	1		18 (52,9)	16 (47,1)	1	
Nisu u braku, razvedeni, udovci	59,7	40,3	1,23 (0,54-2,76)	0,621	152 (58,7)	107 (41,3)	1,26 (0,62-2,59)	0,524
					***5			

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: $U = 9392,500$; $p = 0,049$.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 4,455$; $p = 0,035$; 2) $\chi^2 = 2,560$; $p = 0,110$; 3) $\chi^2 = 0,000$; $p = 0,985$; 4) $\chi^2 = 0,727$; $p = 0,394$; 5) $\chi^2 = 0,407$; $p = 0,523$.

+ $p < 0,05$.

ULRA, prema RDS procenama za MSM populaciju u Kragujevcu, nije pokazala statistički značajnu povezanost ($p < 0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i ispitivanih osnovnih sociodemografskih obeležja. Prema uzoračkim proporcijama, ULRA je pokazala značajnu povezanost ($p < 0,05$) mlađe uzrasne grupe (do 29 godina) sa učestalijim testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na stariju grupu (30 i više godina) MSM ispitanika (tabela 40c).

Prema RDS procenama u Beogradu je ujednačen udeo MSM onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema mestima susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima. Slična je situacija i po pitanju uzoračkih proporcija, s tim da nisu uočene statistički značajne razlike. U Novom Sadu, prema RDS procenama i uzoračkim vrednostima, nešto su se više

testirali na HIV u poslednjih 12 meseci oni MSM koji potencijalne partnere nalaze preko interneta i oglasa i na kruzning mestima, nego oni koji partnere ne nalaze na te načine. Nešto manje su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci oni koji potencijalne partnere nalaze u klubovima i na privatnim žurkama, kao i putem poznanstava, nego oni koji partnere ne nalaze na te načine. U uzorku u Novom Sadu nisu zabeležene statistički značajne razlike u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci prema mestu susreta sa potencijalnim partnerima. U Kragujevcu, prema RDS procenama i uzoračkim vrednostima, više su zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su potencijalne partnere upoznavali preko interneta ili oglasa, u klubovima i na kruzning mestima, nego među onima koji nisu sretali potencijalne partnere na ovim mestima. Takođe, nešto manja zastupljenost je onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su potencijalne partnere upoznavali preko ličnih poznanstava, nego među onima koji su koristili druge načine za upoznavanje potencijalnih partnera. Statistički značajne razlike u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u uzorku zabeležene su samo u odnosu na stupanje u kontakt sa partnerima preko ličnih poznanstava i preporuka prijatelja (tabela 41, a–c).

Tabela 41a. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na mesto susreta potencijalnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Internet, oglasi</i>								
Da	36,1	63,9	1,12 (0,62-2,05)	0,702	42 (42,0)	58 (58,0)	1,18 (0,74-1,87)	0,484
Ne	33,5	66,5	1		113 (38,0)	184 (62)	1	
						**1		
<i>Klubovi, žurke</i>								
Da	32,7	67,3	0,90 (0,51-1,95)	0,730	46 (34,1)	89 (65,9)	0,72 (0,47-1,12)	0,146
Ne	34,9	65,1	1		109 (41,6)	153 (58,4)	1	
						**2		
<i>Lična poznanstva</i>								
Da	35,1	64,9	1,04 (0,54-2,02)	0,901	33 (46,5)	38 (53,5)	1,45 (0,86-2,44)	0,158
Ne	34,2	65,8	1		122 (37,4)	204 (62,6)	1	
						**3		

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kruzing i druga mesta</i>								
Da	33,1	66,9	0,93 (0,48-1,82)	0,841	34 (37,4)	57 (62,6)	0,91 (0,56-1,48)	0,708
Ne	34,7	65,3	1		121 (39,5)	185 (60,5)	1	
					**4			

*Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,491$; p = 0,483; 2) $\chi^2 = 2,122$; p = 0,145; 3) $\chi^2 = 2,009$; p = 0,156; 4) $\chi^2 = 0,140$; p = 0,708.

Kada je reč o ULRA, prema RDS procenama za MSM populaciju u Beogradu, kao i prema uzoračkim proporcijama, nije bilo statistički značajne povezanosti testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i nekog od mesta susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima (tabela 41a).

Tabela 41b. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na mesto susreta potencijalnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Internet, oglasi</i>								
Da	44,0	56,0	1,55 (0,87-2,76)	0,132	63 (43,4)	82 (56,6)	1,36 (0,85-2,16)	0,196
Ne	33,6	66,4	1		56 (36,1)	99 (63,9)	1	
					**1			
<i>Klubovi, žurke</i>								
Da	30,8	69,2	0,65 (0,32-1,29)	0,219	24 (32,9)	49 (67,1)	0,68 (0,39-1,18)	0,174
Ne	40,9	59,1	1		95 (41,9)	132 (58,1)	1	
					**2			
<i>Lična poznanstva</i>								
Da	34,3	65,7	0,77 (0,40-1,51)	0,450	29 (37,2)	49 (62,8)	0,87 (0,51-1,48)	0,602
Ne	40,3	59,7	1		90 (40,5)	132 (59,5)	1	
					**3			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kruzing i druga mesta</i>								
Da	88,1	11,9	/	/	3 (75,0)	1 (25,0)	/	/
Ne	38,3	61,7	1		116 (39,2)	180 (60,8)	1	
					**4			

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 1,677$; p = 0,195; 2) $\chi^2 = 1,859$; p = 0,173; 3) $\chi^2 = 0,272$; p = 0,602; 4) $\chi^2 = 2,115$; p = 0,146.

Kada je reč o ULRA, prema RDS procenama za MSM populaciju u Novom Sadu, kao i prema uzoračkim proporcijama, nije bilo statistički značajne povezanosti testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i nekog od mesta susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima (tabela 41b).

Tabela 41c. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na mesto susreta potencijalnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Internet, oglasi</i>								
Da	62,2	37,8	1,27 (0,67-2,39)	0,464	64 (61,0)	41 (39,0)	1,23 (0,76-1,99)	0,405
Ne	56,5	43,5	1		108 (56,0)	85 (44,0)	1	
					**1			
<i>Klubovi, žurke</i>								
Da	72,8	27,2	2,13 (1,09-4,13)	0,026	45 (67,2)	22 (32,8)	1,67 (0,94-2,97)	0,077
Ne	55,7	44,3	1		127 (55,0)	104 (45,0)	1	
					**2			
<i>Lična poznanstva</i>								
Da	42,8	57,2	0,37 (0,20-0,69)	0,002	50 (46,3)	58 (53,7)	0,48 (0,30-0,77)	0,003
Ne	66,9	33,1	1		122 (64,2)	68 (35,8)	1	
					**3+			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kruzing i druga mesta</i>								
Da	83,3	16,7	/	/	13 (72,2)	5 (27,8)	/	/
Ne	57,5	42,5	1		159 (56,8)	121 (43,2)	1	
					**4			

*Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,695$; p = 0,404; 2) $\chi^2 = 3,160$; p = 0,075; 3) $\chi^2 = 9,055$; p = 0,003; 4) $\chi^2 = 1,651$; p = 0,199.

+ p < 0,05.

ULRA je pokazala, prema RDS procenama za Kragujevac, da postoji pozitivna povezanost testiranja na HIV MSM populacije u poslednjih 12 meseci sa mestima susreta sa potencijalnim partnerima koja podrazumevaju direktan kontakt, tj. u klubovima ili na privatnim žurkama, kao i da postoji negativna povezanost sa susretom preko ličnih poznanstava. Kada je reč o uzoračkim proporcijama, ULRA je pokazala negativnu povezanost testiranja na HIV MSM ispitanika u poslednjih 12 meseci sa upoznavanjem partnera preko ličnih poznanstava i preporuka (tabela 41c). Kruzing i druga mesta susreta su izuzeta iz ULRA zbog niske varijabilnosti (manje od 10%).

Kada je reč o RDS procenama za MSM populaciju, podjednako su zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji imaju adekvatno znanje i onima koji ga nemaju (pravilno identifikuju načine prevencije seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje osnovnih zabluda o prenosu HIV infekcije) u sva tri grada (tabela 42, a–c).

Kada je reč o uzoračkim proporcijama, u Beogradu je nešto više onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji imaju adekvatno znanje, nego među onima koji nemaju. Ova razlika nije statistički značajna. U Novom Sadu, u uzorku, testirani na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci su podjednako zastupljeni i među onima koji imaju i među onima koji nemaju adekvatno znanje. U uzorku u Kragujevcu, kao i u Beogradu, testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji imaju adekvatno znanje, nego među onima koji ga nemaju, bez zabeleženih statistički značajnih razlika. U Beogradu u MSM populaciji, kao i u uzorku, podjednako je učešće onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji znaju da upražnjavanje seksa sa samo jednim, vernim, neinficiranim partnerom smanjuje rizik od transmisije HIV infekcije, da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om i da se osoba ne može inficirati HIV-om ako duže boravi u istom prostoru kao i osoba koja živi sa HIV-om i među onima koji nemaju ova znanja. U Beogradu je u MSM populaciji i u uzorku nađeno da je više testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji znaju da pravilna upotreba kondoma smanjuje rizik od transmisije HIV infekcije nego među onima koji nemaju ovo znanje, i ova razlika je u uzorku statistički značajna. Međutim, potrebno je istaći da nema adekvatno znanje u pogledu protektivne funkcije kondoma manje od 10% ispitanika u Beograd, tj. 22 osobe. U MSM populaciji u Beogradu je učešće onih koji su se testirali na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci podjednako među onima koji znaju i među onima koji ne znaju da se osoba ne može inficirati HIV-om deljenjem hrane

sa osobom koja živi sa HIV-om. Međutim, u uzroku su oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci zastupljeniji među onima koji imaju ovo znanje, s tim da zabeležena razlika nije statistički značajna. I u populaciji i u uzorku u Beogradu više je testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji znaju gde se može savetovati i testirati na HIV nego među onima koji ovo ne znaju. Ova razlika je u uzorku statistički značajna (tabela 42a).

Tabela 42a. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na znanje o transmisiji i prevenciji HIV infekcije i o mestu gde se može savetovati i testirati na HIV prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imaju adekvatno znanje o prevenciji seksualne transmisije uz istovremeno odbacivanje predrasuda o prenosu HIV infekcije (-7)</i>								
Da	33,1	66,9	0,94 (0,54-1,63)	0,815	98 (42,1)	135 (57,9)	1,39 (0,91-2,10)	0,125
Ne	34,6	65,4			55 (34,4)	105 (65,6)	1	
					**1			
<i>Upraznjavanje seksa sa samo jednim vernim nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a</i>								
Da	34,7	65,3	1,12 (0,54-2,34)	0,758	136 (40,8)	197 (59,2)	1,63 (0,92-2,92)	0,096
Ne	32,2	67,8			19 (29,7)	45 (70,3)	1	
					**2			
<i>Pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a (-1)</i>								
Da	35,7	64,3	/	/	151 (40,4)	223 (59,6)	/	/
Ne	4,48	95,5	1		3 (13,6)	19 (86,4)	1	
					**3+			
<i>Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om (-4)</i>								
Da	33,3	66,7	0,88 (0,41-1,86)	0,732	134 (39,9)	202 (60,1)	1,32 (0,73-2,40)	0,350
Ne	36,3	63,7	1		19 (33,3)	38 (66,7)	1	
					**4			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom i radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om (-2)</i>								
Da	33,2	66,8	0,88 (0,43-1,78)	0,713	127 (39,9)	191 (60,1)	1,23 (0,73-2,07)	0,432
Ne	36,2	63,8	1		27 (35,1)	50 (64,9)	1	
					**5			
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om (-3)</i>								
Da	34,5	65,5	1,15 (0,55-2,40)	0,714	129 (40,2)	192 (59,8)	1,29 (0,76-2,20)	0,349
Ne	31,5	68,5	1		25 (34,2)	48 (65,8)	1	
					**6			
<i>Znaju gde se može savetovati i testirati na HIV</i>								
Da	42,0	58,0	7,24 (2,64-19,82)	<0,001	146 (47,4)	162 (52,6)	8,01 (3,88-16,53)	<0,001
Ne	9,1	90,9	1		9 (10,1)	80 (89,9)	1	
					**7++			

* Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 2,356$, $p = 0,125$; 2) $\chi^2 = 2,806$, $p = 0,094$; 3) $\chi^2 = 6,250$, $p = 0,012$; 4) $\chi^2 = 0,879$, $p = 0,349$; 5) $\chi^2 = 0,619$, $p = 0,432$; 6) $\chi^2 = 0,881$, $p = 0,348$; 7) $\chi^2 = 40,344$, $p < 0,001$.

+ $p < 0,05$.

++ $p < 0,001$.

Rezultati ULRA u MSM populaciji, po RDS proceni, ukazuju da je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci statistički značajno povezano sa znanjem gde može da se savetuje i testira na HIV, dok se ostala znanja nisu pokazala značajnim na nivou $< 0,05$ u ovom pogledu. Identično je i u slučaju uzoračkih proporcija (tabela 42a). Znanje o protektivnoj ulozi kondoma pri seksualnim odnosima je isključeno iz ULRA usled niske varijabilnosti (manje od 10% onih koji nemaju ovo znanje).

U Novom Sadu MSM populacija/ispitanici pokazali su visoko znanje u pogledu pojedinačnih izjava. Testirani na HIV u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji i u uzroku u Novom Sadu su podjednako zastupljeni i među onima koji znaju i među onima koji ne znaju da upražnjavanje seksa sa samo jednim, vernim, neinficiranim partnerom smanjuje rizik od transmisije HIV infekcije. Kada je reč o znanju o protektivnoj funkciji kondoma u odnosu na transmisiju HIV infekcije prilikom seksualnih odnosa u MSM populaciji u Novom Sadu testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji imaju ovo znanje nego među onima koji nemaju, dok su u uzorku podjednako zastupljeni i među onima koji imaju i među onima koji nemaju ovo znanje. Međutim, ovo znanje nema svega devet ispitanika iz Novog Sada. Takođe, usled malog broja onih koji ne znaju da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om, razlika u zastupljenosti onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12

meseci među onima koji znaju i koji ne znaju u populaciji i u uzorku je neočekivana, te je daleko više onih koji su se testirali među onima koji nemaju ovo znanje (100%). U uzorku ova razlika nije statistički značajna. Naime, broj onih koji nema ovo znanje je 1 osoba koja se ujedno i testirala na HIV u poslednjih 12 meseci. Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno i među onima koji znaju i među onima koji ne znaju da se osoba ne može zaraziti dužim boravkom u istom prostoru sa osobom koja živi sa HIV-om, s tim da ovo ne zna svega devet ispitanika. Nešto više je zastupljeno testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji znaju da se osoba ne može inficirati HIV-om deljenjem hrane sa osobom koja živi sa HIV-om, nego među onima koji ovo ne znaju, i u populaciji i u uzorku. Ova razlika u uzorku se nije pokazala statistički značajnom. Takođe, i u odnosu na ovo znanje se beleži nizak broj onih koji ovo ne znaju (25 osoba). Kada je reč o znanju gde se može savetovati i testirati na HIV u Novom Sadu, testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su i u populaciji i u uzorku zastupljeniji među onima koji imaju ovo znanje. Međutim, i u pogledu ovog znanja se beleži mali broj onih koji ovo ne znaju (četiri osobe) (tabela 42b).

Tabela 42b. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na znanje o transmisiji i prevenciji HIV infekcije i o mestu gde se može savetovati i testirati na HIV prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imaju adekvatno znanje o prevenciji seksualne transmisije uz istovremeno odbacivanje predrasuda o prenosu HIV infekcije</i>								
Da	38,3	61,7	0,96 (0,51-1,81)	0,889	87 (40,3)	129 (59,7)	1,10 (0,65-1,84)	0,729
Ne	39,4	60,6			32 (38,1)	52 (61,9)	1	
					**1			
<i>Upraznjavanje seksa sa samo jednim vernim nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a</i>								
Da	38,6	61,4	0,99 (0,48-2,03)	0,980	96 (40,2)	143 (59,8)	1,11 (0,62-1,98)	0,726
Ne	38,8	61,2			23 (38,3)	38 (62,3)	1	
					**2			
<i>Pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a</i>								
Da	39,1	60,9	/	/	116 (39,9)	175 (60,1)	/	/
Ne	22,6	77,7	1		3 (33,3)	6 (66,7)	1	
					**3			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om</i>								
Da	38,3	61,7	/	/	118 (39,5)	181 (60,5)	/	/
Ne	100,0	0,0	1		1 (100,0)	0	1	
					**4			
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom i radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om</i>								
Da	38,7	61,3	/	/	115 (39,9)	176 (60,5)	/	/
Ne	34,6	65,4	1		4 (44,4)	5 (55,6)	1	
					**5			
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om</i>								
Da	39,2	60,8	/	/	112 (40,4)	165 (59,6)	/	/
Ne	31,5	68,5	1		7 (30,4)	16 (69,6)	1	
					**6			
<i>Znaju gde se može savetovati i testirati na HIV</i>								
Da	38,8	61,2	/	/	118 (39,9)	178 (60,1)	/	/
Ne	20,9	79,1	1		1 (25,0)	3 (75,0)	1	
					**7			

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,120$, $p = 0,729$; 2) $\chi^2 = 0,123$, $p = 0,726$; 3) $\chi^2 = 0,156$, $p = 0,693$; 4) $\chi^2 = 1,526$, $p = 0,217$; 5) $\chi^2 = 0,088$, $p = 0,766$; 6) $\chi^2 = 0,887$, $p = 0,346$; 7) $\chi^2 = 0,364$, $p = 0,546$.

Rezultati ULRA u MSM populaciji, po RDS proceni i prema uzoračkim proporcijama, u Novom Sadu ukazuju da nema statistički značajne povezanosti na nivou $<0,05$ nijedne varijable vezane za znanje koja je imala zadovoljen minimum varijabilnosti sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci (tabela 42b). Iz ULRA je isključeno ukupno pet varijabli, usled niske varijabilnosti (sve one gde je u jednoj kategoriji odgovorilo manje od 30 ispitanika).

U Kragujevcu je u MSM populaciji i u uzorku nađeno veće učešće onih koji su se testirali na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci među onima koji ne znaju da upražnjavanje seksa sa samo jednim, vernim, neinficiranim partnerom smanjuje rizik od HIV infekcije nego među onima koji ovo znaju (bez zabeleženih statistički značajnih razlika u uzorku). Zatim, veće učešće testiranih na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je i u populaciji i u uzorku među onima koji znaju za protektivnu funkciju kondoma u odnosu na transmisiju HIV infekcije prilikom seksualnih odnosa, nego među onima koji ne znaju (bez zabeleženih statistički značajnih razlika u uzorku), s tim da ovo znanje nema svega 18 ispitanika. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je i u populaciji i u uzorku zastupljenije među onima koji znaju da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om u odnosu na one koji to ne znaju. Ova razlika

u uzorku je statistički značajna. I u populaciji i u uzorku je podjednako zastupljeno testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji znaju i među onima koji ne znaju da osoba ne može da se inficira HIV-om dužim boravkom u istom prostoru sa osobom koja živi sa HIV-om. U populaciji MSM u Kragujevcu je podjednako zastupljeno testiranje na HIV infekciju i među onima koji znaju i među onima koji ne znaju da se osoba ne može inficirati HIV-om deljenjem hrane sa osobom koja živi sa HIV-om, dok je u uzorku zastupljenije među onima koji ovo znaju, bez zabeležene statističke značajnosti ove razlike. Kada je reč o znanju o mestu gde se može savetovati i testirati na HIV, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je i u populaciji i u uzorku zastupljenije među onima koji ovo znaju u odnosu na one koji ovo ne znaju, i ova razlika je u uzorku statistički značajna (tabela 42c).

Tabela 42c. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na znanje o transmisiji i prevenciji HIV infekcije i o mestu gde se može savetovati i testirati na HIV prema procenama za populaciju i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imaju adekvatno znanje o prevenciji seksualne transmisije uz istovremeno odbacivanje predrasuda vezanih za prenos HIV infekcije (-2)</i>								
Da	59,7	40,3	1,06 (0,55-2,06)	0,859	120 (60,9)	77 (39,1)	1,41 (0,86-2,29)	0,168
Ne	58,3	41,7			52 (52,5)	47 (47,5)	1	
					**1			
<i>Upražnjavanje seksa sa samo jednim vernim nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a (-2)</i>								
Da	56,5	43,5	0,46 (0,20-1,04)	0,061	141 (56,9)	107 (43,1)	0,72 (0,38-1,37)	0,322
Ne	73,9	26,1			31 (64,6)	17 (35,4)	1	
					**2			
<i>Pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a (-2)</i>								
Da	60,8	39,2	/	/	169 (60,8)	109 (39,2)	/	/
Ne	28,3	71,6	1		3 (16,7)	15 (83,3)	1	
					**3++			
<i>Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om (-2)</i>								
Da	64,0	36,0	3,29 (1,36-7,98)	<0,001	155 (64,0)	87 (36,0)	4,35 (1,92-9,88)	<0,001
Ne	35,1	64,9	1		17 (31,5)	37 (68,5)	1	
					**4++			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom i radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om (-3)</i>								
Da	60,1	39,9	/	/	161 (59,9)	108 (40,1)	/	/
Ne	49,8	50,2	1		11 (42,3)	15 (57,7)	1	
					**5			
<i>Osoba se ne može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om (-3)</i>								
Da	59,8	40,2	1,16 (0,53-2,56)	0,706	149 (60,1)	99 (39,9)	1,57 (0,84-2,94)	0,157
Ne	56,1	43,9	1		23 (48,9)	24 (51,1)	1	
					**6			
<i>Znaju gde se može savetovati i testirati na HIV</i>								
Da	62,5	37,5	3,24 (1,22-8,61)	0,019	160 (62,3)	97 (37,7)	3,99 (1,94-8,18)	<0,001
Ne	34,0	66,0	1		12 (29,3)	29 (70,7)	1	
					7			

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 1,905$, $p = 0,168$; 2) $\chi^2 = 0,987$, $p = 0,321$; 3) $\chi^2 = 13,521$, $p < 0,001$; 4) $\chi^2 = 19,237$, $p < 0,001$; 5) $\chi^2 = 3,002$, $p = 0,083$; 6) $\chi^2 = 2,019$, $p = 0,155$; 7) $\chi^2 = 15,767$, $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

ULRA je, prema RDS procenama za MSM populaciju u Kragujevcu, kao i za uzorak, pokazala postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti ($p < 0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa znanjem o tome da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om, i sa znanjem gde se može savetovati i testirati na HIV u Kragujevcu. ULRA na MSM uzorku je pokazala istu povezanost. Tačnije, veće šanse da se testiraju na HIV imaju oni koji znaju da osoba koja izgleda zdravo može živeti sa HIV-om i oni koji znaju gde se može savetovati i testirati na HIV (tabela 42c). Iz ULRA su isključene dve varijable, i to znanje o protektivnoj funkciji kondoma u odnosu na transmisiju HIV infekcije tokom seksualnih odnosa i znanje o nemogućnosti transmisije HIV infekcije boravkom u istom prostoru sa osobom koja živi sa HIV-om usled niske varijabilnosti (ispod 30 ispitanika nije imalo adekvatno znanje po navedenim varijablama).

U pogledu korišćenja psihoaktivnih supstanci (PAS) nekad u životu, u MSM populaciji, prema RDS procenama, kao i prema uzoračkim vrednostima, u Beogradu je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci zastupljenije među onima koji nikad nisu koristili PAS. Ova razlika u zastupljenosti testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci između onih koji su nekad koristili PAS i koji nikad nisu koristili je u uzorku statistički značajna (tabela 43a). Za razliku od Beograda, u Novom Sadu i u populaciji i u uzorku testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije

među onima koji su nekad u životu koristili drogu, ali ovo nije statistički značajna razlika u uzroku. Međutim, u Novom Sadu je mali broj osoba koristio drogu nekad u životu (11 osoba) (tabela 43b). Kao u Beogradu, u Kragujevcu i u populaciji i u uzroku je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci zastupljenije među onima koji nikad nisu koristili PAS, što nije statistički značajna razlika u uzorku. Međutim, u Kragujevcu je nekad u životu koristilo drogu ukupno 12 osoba (tabela 43c).

Kada je reč o konzumiranju alkohola, prema RDS procenama i prema uzoračkim vrednostima, u Beogradu i Novom Sadu je podjednako učestalo testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su nekad u životu koristili alkohol i među onima koji nisu (tabela 43, a–b). U Kragujevcu, u MSM populaciji testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno među onima koji su nekad u životu koristili alkohol i među onima koji nisu. U uzorku, pak, nešto zastupljenije je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji nikad nisu koristili alkohol nego među onima koji jesu. Međutim, ova razlika nije statistički značajna (tabela 43c).

Tabela 43a. Upotreba psihoaktivnih supstanci među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Koristili drogu – ikad (-4)</i>								
Da	20,5	79,5	0,41 (0,19-0,87)	0,020	20 (23,3)	66 (76,7)	0,40 (0,23-0,69)	0,001
Ne	38,5	61,5	1		133 (43,3)	174 (56,7)	1	
						**1 ⁺⁺		
<i>Koristili alkohol – ikad (-1)</i>								
Da	34,5	65,5	1,04 (0,58-1,87)	0,903	112 (39,9)	169 (60,1)	1,15 (0,74-1,80)	0,537
Ne	33,7	66,3	1		42 (36,5)	73 (63,5)	1	
						**2		

*Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 11,378$, $p = 0,001$; 2) $\chi^2 = 0,382$, $p = 0,536$.

⁺⁺ $p < 0,001$.

Za MSM populaciju, ULRA pokazuje, prema RDS procenama i prema uzoračkim vrednostima, da je sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci negativno značajno češće povezana upotreba PAS u nemedicinske svrhe nekad u životu, odnosno da su manje šanse da su se testirali na HIV oni koji su nekad u životu koristili PAS (tabela 43a).

Tabela 43b. Upotreba psihoaktivnih supstanci među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Koristili drogu – ikad (-1)</i>								
Da	51,6	48,4	/	/	6 (54,5)	5 (45,5)	/	/
Ne	38,2	61,8	1		113 (39,2)	175 (60,8)	1	
					**1			
<i>Koristili alkohol – ikad</i>								
Da	37,5	62,5	0,88 (0,48-1,60)	0,675	78 (37,9)	128 (62,1)	0,79 (0,48-1,29)	0,345
Ne	40,6	59,4	1		41 (43,6)	53 (56,4)	1	

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 1,036$, $p = 0,309$; 2) $\chi^2 = 0,893$, $p = 0,345$.

U Novom Sadu, ULRA zbog male varijabilnosti među ispitanicima u pogledu korišćenja droge nije mogla da se primeni u pogledu povezanosti iskustva korišćenja PAS i testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci. U pogledu povezanosti testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa upotrebom alkohola ikad, nije pronađena statistička značajnost ($p < 0,05$) ni u okviru RDS procena ni u okviru uzoračkih vrednosti (tabela 43b).

Tabela 43c. Upotreba psihoaktivnih supstanci među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Koristili drogu – ikad (-2)</i>								
Da	51,5	48,5	/	/	6 (50,0)	6 (50,0)	/	/
Ne	59,4	40,6	1		166 (58,5)	118 (41,5)	1	
					**1			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Koristili alkohol – ikad</i>								
Da	57,5	42,5	0,85 (0,44-1,64)	0,630	102 (54,8)	84 (45,2)	0,73 (0,45-1,18)	0,195
Ne	61,3	38,7	1		70 (62,5)	42 (37,5)	1	
						**2		

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,338$, $p = 0,561$; 2) $\chi^2 = 1,681$, $p = 0,195$.

Kao i u Novom Sadu, i u Kragujevcu ULRA zbog male varijabilnosti među ispitanicima u pogledu korišćenja PAS nije mogla da se primeni u pogledu povezanosti iskustva korišćenja PAS i testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci. Kada je reč o povezanosti testiranja u poslednjih 12 meseci sa upotrebom alkohola ikad, nije pronađena statistička značajnost ($p < 0,05$) ni u okviru RDS procena ni u okviru uzoračkih vrednosti (tabela 43c).

Medijana uzrasta stupanja u analne seksualne odnose je podudarna među gradovima u odnosu na RDS procene. Beleži se samo statistički značajna razlika u uzoračkim vrednostima medijane stupanja u seksualne odnose između onih kojih su se testirali i onih koji nisu u Kragujevcu (tabela 44, a–c).

Testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno među onima koji su imali i među onima koji nisu imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci u populaciji MSM u Beogradu i u Kragujevcu, a nešto manje je zastupljeno među onima koji su imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji u Novom Sadu. Kada je reč o uzorku testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci u Beogradu i Kragujevcu, ali razlika nije statistički značajna. U Novom Sadu u uzorku testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno i među onima koji imaju i među onima koji nemaju stalnog partnera u poslednjih 12 meseci (tabela 44, a–c).

U MSM populaciji u Beogradu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji imaju povremenog partnera u odnosu na one koji nemaju, dok je u uzorku testiranje podjednako zastupljeno u obe grupe. I u MSM populaciji i u uzorku u Beogradu više je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci zastupljeno među onima koji su imali komercijalne seksualne odnose nekad u životu u odnosu na one koji nisu, s tim da je ova razlika statistički značajna u uzorku. U MSM populaciji, kao i u uzorku u Beogradu, testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je najmanje zastupljeno među onima koji nisu menjali partnera u poslednjih 12 meseci. Međutim, u uzorku ova razlika nije statistički značajna. Dalje, u MSM populaciji, kao i u uzorku, testiranje na HIV infekciju je zastupljenije među onima koji su izjavili da su imali dva ili više seksualnih partnera. Međutim, ova razlika u uzorku se nije pokazala značajnom. U MSM populaciji u Beogradu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je prisutno u većoj meri među onima koji su imali dva i više seksualnih partnera sa kojima su bili u pasivnoj ulozi (receptivni) u odnosu na one koji su imali manje aktivnih (insertivnih) partnera. U uzorku, testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je podjednako

zastupljeno i među onima koji su imali dva i više insertivnih seksualnih partnera i među onima koji su imali jednog ili nijednog takvog partnera. Oralni seks je praktikovala većina ispitanika, tačnije svega 10 nije imalo oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci. Gledajući zastupljenost testiranih na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na iskustvo oralnog seksualnog odnosa u poslednjih 12 meseci, u MSM populaciji u Beogradu nešto su zastupljeniji oni koji su se testirali među onima koji nisu imali oralni seksualni odnos u odnosu na one koji su imali ovakav odnos u poslednjih 12 meseci. U uzorku je suprotno, tj. zastupljenije je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci. Ova razlika u uzroku nije statistički značajna. U MSM populaciji u Beogradu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji nikad nisu imali seksualne odnose sa ženama, dok je u uzorku podjednaka zastupljenost testiranih i među onima koji su nekad imali i/ili imaju seksualne odnose sa ženama i među onima koji nikad nisu imali ovakve odnose. Ova razlika u uzorku nije statistički značajna. I u MSM populaciji i u uzorku testiranje na HIV infekciju je podjednako zastupljeno i među onima koji su imali seksualne odnose pod uticajem alkohola i među onima koji nisu imali ovakve odnose (tabela 44a).

Tabela 44a. Seksualni partneri, seksualno iskustvo i menjanje partnera među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Medijana uzrasta stupanja u analne seksualne odnose sa muškarcima</i>	19,0	19,0	/		18,0 (8-32)	19,0 (7-35)	/	
					**			
<i>Imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	36,4	63,6	1,27 (0,74-2,17)	0,382	100 (43,1)	132 (56,9)	1,51 (1,00-2,29)	0,050
Ne	31,1	68,9	1		55 (33,3)	110 (66,7)	1	
					***1			
<i>Imali povremenog partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	36,6	63,4	1,77 (0,87-3,61)	0,113	126 (38,8)	199 (61,2)	0,94 (0,56-1,58)	0,812
Ne	24,6	75,4	1		29 (40,3)	43 (59,7)	1	
					***2			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali komercijalni seksualni odnos ikad</i>								
Da	50,6	49,4	2,13 (0,97-4,69)	0,060	25 (53,2)	22 (46,8)	1,92 (1,04-3,55)	0,036
Ne	32,5	67,5	1		130 (37,1)	220 (62,9)	1	
					***3			
<i>Učestalost menjanja partnera u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Nisu menjali	14,9	85,1	1		20 (33,9)	39 (66,1)	1	
Na par meseci i više	42,3	57,7	4,20 (1,85-9,53)	0,001	76 (41,5)	107 (58,5)	0,83 (0,44-1,55)	0,551
Minimum jednom mesečno	35,8	64,2	3,19 (1,38-7,37)	0,006	59 (38,3)	95 (61,7)	1,14 (0,74-1,77)	0,548
					***4			
<i>Broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
1 ili manje	14,0	86,0	1		19 (31,7)	41 (68,3)	1	
2 ili više	39,6	60,4	4,02 (1,84-8,78)	<0,001	136 (40,4)	201 (59,6)	1,46 (0,81-2,62)	0,205
					***5			
<i>Broj insertivnih seksualnih partnera (-2)</i>								
1 ili manje	30,1	69,9	1		59 (37,3)	99 (62,7)	1	
2 ili više	38,5	61,5	1,46 (0,84-2,54)	0,180	95 (40,1)	142 (59,9)	1,12 (0,74-1,70)	0,584
					***6			
<i>Imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Da	34,2	65,8	/	/	152 (39,4)	234 (60,6)	/	/
Ne	41,7	58,3			3 (30,0)	7 (70,0)	1	
					***7			
<i>Imali seks sa ženom – ikad</i>								
Da	28,2	71,8	0,60 (0,34-1,05)	0,073	60 (36,4)	105 (63,6)	0,82 (0,55-1,24)	0,356
Ne	39,5	60,5			95 (40,9)	137 (59,1)	1	
					***8			
<i>Imali seksualni odnos pod uticajem alkohola</i>								
Da	32,3	67,7	0,86 (0,51-1,47)	0,590	67 (35,8)	120 (64,2)	0,77 (0,52-1,16)	0,216
Ne	35,6	64,4	1		88 (41,9)	122 (58,1)	1	
					***9			

* Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: $U = 18045,000$, $p = 0,523$.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 3,867$, $p = 0,049$; 2) $\chi^2 = 0,056$, $p = 0,812$; 3) $\chi^2 = 4,484$, $p = 0,034$; 4) $\chi^2 = 1,164$, $p = 0,559$; 5) $\chi^2 = 1,616$, $p = 0,204$; 6) $\chi^2 = 0,300$, $p = 0,584$; 7) $\chi^2 = 0,360$, $p = 0,549$; 8) $\chi^2 = 0,852$, $p = 0,356$; 9) $\chi^2 = 1,534$, $p = 0,215$.

ULRA za MSM populaciju u Beogradu, prema RDS procenama, ukazuje na statistički značajnu povezanosti ($p < 0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa učestalošću menjanja partnera u poslednjih 12 meseci (na par meseci i više ili minimum jednom mesečno u odnosu na one koji nisu uopšte menjali partnere) i brojem različitih seksualnih partnera (2 i više) u poslednjih 12 meseci. U uzorku, ULRA pokazuje statistički značajnu povezanost ($p < 0,05$) testiranja u poslednjih 12 meseci sa postojanjem stalnog partnera u poslednjih 12 meseci (na granici statističke značajnosti, $p = 0,05$) i sa postojanjem komercijalnog partnera nekad u životu (tabela 44a). Iz ULRA je isključen pokazatelj vezan za oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci usled male varijabilnosti (manje od 10% nije imalo ovu vrstu iskustva u poslednjih 12 meseci) (tabela 44a).

U Novom Sadu u MSM populaciji, prema RDS procenama, kao i u uzorku, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali povremenog partnera u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu imali ovu vrstu partnera. Uočena razlika u uzorku nije statistički značajna. Komercijalnog partnera je u poslednjih 12 meseci imalo svega 9 ispitanika iz Novog Sada. I u MSM populaciji i u uzorku, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je bilo zastupljenije među ovih 9 ispitanika koji su imali komercijalnog seksualnog partnera, nego među onima koji nisu. Ova razlika u uzorku nije statistički značajna. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji i u uzorku u Novom Sadu je najmanje zastupljeno među onima koji nisu menjali seksualne partnere u odnosu na one koji su to činili na par meseci ili jednom mesečno. Ove razlike u uzorku nisu statistički značajne. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci i u populaciji i u uzorku je zastupljenije među onima koji su imali dva i više seksualnih partnera i među onima koji su imali dva i više seksualnih partnera sa kojima su imali pasivnu (receptivnu) ulogu u seksualnom odnosu u odnosu na one koji su imali manje seksualnih partnera generalno ili u aktivnoj (insertivnoj) ulozi. U uzorku se statistički značajnom pokazala razlika u testiranju na HIV u odnosu na broj insertivnih seksualnih partnera. Oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci nije imalo tri ispitanika. Prema RDS procenama, u MSM populaciji u Novom Sadu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali oralne seksualne odnose u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu, dok je u uzorku učešće testiranih na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci podjednako prisutno u obe grupe. U Novom Sadu u MSM populaciji testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali nekad u životu ili i dalje imaju seksualne odnose sa ženama, nego među onima koji nemaju ovo iskustvo, dok je u uzorku zastupljenost testiranja na HIV podjednaka u obe grupe. I u populaciji i u uzorku u Novom Sadu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji nisu imali seksualne odnose pod uticajem alkohola, s tim da ova razlika u uzorku nije statistički značajna (tabela 44b).

Tabela 44b. Seksualni partneri, seksualno iskustvo i menjanje partnera među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Medijana uzrasta stupanja u analne seksualne odnose sa muškarcima</i>	19,0	19,0	/		19,0 (13-37)	19,0 (13-35)	/	
Test značajnosti					**			
<i>Imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci (-2)</i>								
Da	35,8	64,2	0,73 (0,40-1,30)	0,282	71 (38,8)	112 (61,2)	0,92 (0,57-1,48)	0,722
Ne	43,4	56,6	1		47 (40,9)	68 (59,1)	1	
					***1			
<i>Imali povremenog partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	42,4	57,6	1,50 (0,82-2,72)	0,186	81 (42,0)	112 (58,0)	1,31 (0,81-2,14)	0,274
Ne	32,9	67,1	1		38 (35,5)	69 (64,5)	1	
					***2			
<i>Imali komercijalni seksualni odnos ikad (-1)</i>								
Da	73,8	26,2	/	/	6 (66,7)	3 (33,3)	/	/
Ne	37,3	62,7	1		112 (38,6)	178 (61,4)	1	
					***3			
<i>Učestalost menjanja partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Nisu menjali	26,2	73,8	1		26 (34,7)	49 (65,3)	1	
Na par meseci i više	42,2	57,8	2,06 (1,01-4,18)	0,046	66 (39,5)	101 (60,5)	0,61 (0,30-1,23)	0,166
Minimum jednom mesečno	44,5	55,5	2,26 (0,95-5,37)	0,064	27 (46,6)	31 (53,4)	0,75 (0,41-1,37)	0,350
					***4			
<i>Broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
1 ili manje	26,9	73,1	1		27 (34,6)	51 (65,4)	1	
2 ili više	42,7	57,3	2,03 (1,04-3,97)	0,038	92 (41,4)	130 (58,6)	1,34 (0,78-2,89)	0,290
					***5			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Broj insertivnih seksualnih partnera (-1)</i>								
1 ili manje	33,2	66,8	1		62 (34,3)	119 (65,7)	1	
2 ili više	47,9	52,1	1,85 (1,03-3,32)	0,039	57 (48,3)	61 (51,7)	1,79 (1,12-2,88)	0,016
					***6+			
<i>Imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	38,9	61,1	/	/	118 (39,7)	179 (60,3)	/	/
Ne	7,6	92,4			1 (33,3)	2 (66,7)		
					***7			
<i>Imali seks sa ženom – ikad</i>								
Da	43,3	56,7	1,49 (0,84-2,64)	0,166	60 (41,4)	85 (58,6)	1,15 (0,72-1,82)	0,558
Ne	33,8	66,2			59 (38,1)	96 (61,9)	1	
					***8			
<i>Imali seksualni odnos pod uticajem alkohola (-3)</i>								
Da	32,6	67,4	0,66 (0,36-1,21)	0,179	67 (35,8)	120 (64,2)	0,74 (0,46-1,19)	0,218
Ne	42,2	57,8	1		88 (41,9)	122 (58,1)	1	
					***9			

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: $U=10382,500$, $p=0,597$.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=0,127$, $p=0,722$; 2) $\chi^2=1,198$, $p=0,274$; 3) $\chi^2=2,874$, $p=0,090$; 4) $\chi^2=1,934$, $p=0,380$; 5) $\chi^2=1,124$, $p=0,289$; 6) $\chi^2=5,886$, $p=0,015$; 7) $\chi^2=0,051$, $p=0,822$; 8) $\chi^2=0,344$, $p=0,558$; 9) $\chi^2=1,426$, $p=0,232$.

+ $p<0,05$.

U Novom Sadu, prema RDS procenama, ULRA je pokazala statistički značajnu povezanost ($p<0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa učestalošću menjanja partnera u poslednjih 12 meseci (oni koji su menjali na par meseci i više u odnosu na one koji nisu menjali uopšte), brojem seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više), kao i brojem aktivnih (insertivnih) seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više). Kada je reč o uzoračkim proporcijama, prema ULRA statistički značajna povezanosti na nivou $p<0,05$ je utvrđena između testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i broja aktivnih (insertivnih) partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više) (tabela 44b). Iz ULRA je isključen pokazatelj o oralnim seksualnim odnosima u poslednjih 12 meseci, s obzirom na malu varijabilnost (manje od 10% nije imalo oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci) (tabela 44b).

U Kragujevcu i u MSM populaciji i u uzorku testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali povremene partnere i među onima koji su imali komercijalne partnere u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu imali ovakve partnere u poslednjih 12 meseci. U uzorku je statistički značajna razlika zabeležena u pogledu postojanja

povremenih partnera u poslednjih 12 meseci. U Kragujevcu je u MSM populaciji i u uzorku najmanje zastupljeno testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su najučestalije menjali seksualne partnere (minimum jednom mesečno) u odnosu na one koji su menjali nešto ređe (na par meseci) ili nisu uopšte menjali partnere u poslednjih 12 meseci. Ove razlike su u uzorku statistički značajne. Slično, i u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su imali dva i više seksualnih partnera, odnosno dva i više aktivnih (insertivnih) seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci nego među onima koji su imali jednog i manje partnera. Obe zabeležene razlike vezane za zastupljenost testiranja na HIV u uzorku su statistički značajne. Oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci ukupno nije imalo 9 ispitanika. Učestalije testiranje na HIV infekciju i u MSM populaciji i u uzorku je nađeno među onima koji nisu imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci nego među onima koji jesu, bez zabeležene statističke značajnosti ove razlike u uzorku. Svakako, ovaj nalaz treba uzeti sa rezervama zbog malog broja onih koji su prijavili da nisu imali oralni seksualni odnos. Kada je reč o zastupljenosti testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u odnosu na iskustvo seksualnih odnosa sa ženama, i u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu je zastupljenije testiranje među onima koji nisu imali seksualne odnose sa ženama nekad u životu, nego među onima koji jesu. Ova razlika se u uzorku pokazuje statistički značajnom. I u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu učestalije je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji nisu imali seksualne odnose pod uticajem alkohola, s tim da je ova razlika u uzorku statistički značajna (tabela 44c).

Tabela 44c. Seksualni partneri, seksualno iskustvo i menjanje partnera među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Medijana uzrasta stupanja u analne seksualne odnose sa muškarcima</i>	19,0	20,0	/		19,00 (12-39)	21,0 (13-39)	/	
							**	
<i>Imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	60,4	39,6	1,20 (0,61-2,37)	0,596	123 (60,3)	81 (39,7)	1,39 (0,85-2,28)	0,186
Ne	56,0	44,0	1		49 (52,1)	45 (47,9)	1	
							***1	
<i>Imali povremenog partnera u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Da	62,5	37,5	1,74 (0,88-3,42)	0,108	138 (61,6)	86 (38,4)	1,84 (1,08-3,14)	0,025
Ne	48,9	51,1	1		34 (46,6)	39 (53,4)	1	
							***2+	

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali komercijalni seksualni odnos ikad (-2)</i>								
Da	69,2	30,8	1,67 (0,85-3,304)	0,136	41 (64,1)	23 (35,9)	1,37 (0,77-2,44)	0,277
Ne	57,3	42,7	1		131 (56,5)	101 (43,5)	1	
					***3			
<i>Učestalost menjanja partnera u poslednjih 12 meseci</i>								
Nisu menjali	51,1	48,9	1		42 (46,2)	49 (53,8)	1	
Na par meseci i više	70,4	29,6	2,32 (1,13-4,79)	0,022	112 (74,7)	38 (25,3)	1,86 (0,93-3,72)	0,080
Minimum jednom mesečno	33,5	66,5	0,52 (0,22-1,22)	0,132	18 (31,6)	39 (68,4)	6,39 (3,27-12,46)	<0,001
					***4++			
<i>Broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (-2)</i>								
1 ili manje	51,8	48,2	1		42 (47,2)	47 (52,8)	1	
2 ili više	62,4	37,6	1,54 (0,81-2,95)	0,188	130 (62,8)	77 (37,2)	1,89 (1,14-3,12)	0,013
					***5+			
<i>Broj insertivnih seksualnih partnera (-1)</i>								
1 ili manje	50,8	49,2	1		72 (49,0)	75 (51,0)	1	
2 ili više	67,0	33,0	1,97 (1,07-3,62)	0,030	99 (66,0)	51 (34,0)	2,02 (1,27-3,23)	0,003
					***6+			
<i>Imali oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Da	57,9	42,1	/	/	165 (57,3)	123 (42,7)	/	/
Ne	82,4	17,6			6 (66,7)	3 (33,3)	1	
					***7			
<i>Imali seks sa ženom – ikad</i>								
Da	50,1	49,9	0,50 (0,27-0,91)	0,025	75 (50,3)	74 (49,7)	0,54 (0,34-0,86)	0,010
Ne	66,9	33,1			97 (65,1)	52 (34,9)	1	
					***8+			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali seksualni odnos pod uticajem alkohola</i>								
Da	50,9	49,1	0,60 (0,32-1,14)	0,119	49 (47,6)	54 (52,4)	0,53 (0,33-0,86)	0,010
Ne	63,2	36,8	1		123 (63,1)	72 (36,9)	1	
						***9+		

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Mann Whitney testa sa p-vrednošću: $U=9310,500$, $p=0,037$.

*** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=1,759$, $p=0,185$; 2) $\chi^2=5,104$, $p=0,024$; 3) $\chi^2=1,189$, $p=0,275$; 4) $\chi^2=38,601$, $p<0,001$; 5) $\chi^2=6,231$, $p=0,013$; 6) $\chi^2=8,805$, $p=0,003$; 7) $\chi^2=0,314$, $p=0,575$; 8) $\chi^2=6,655$, $p=0,010$; 9) $\chi^2=6,639$, $p=0,010$.

+ $p<0,05$.

++ $p<0,001$.

U Kragujevcu u MSM populaciji, prema RDS procenama, ULRA pokazuje statistički značajnu povezanost ($p<0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa učestalošću menjanja seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (na par meseci i više u odnosu na one koji nisu menjali partnere), sa brojem aktivnih (insertivnih) seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više), kao i sa nepostojanjem iskustva seksualnog odnosa sa ženom nekad u životu. S druge strane, u uzorku, prema ULRA statistički značajna povezanost ($p<0,05$) je prisutna između testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i postojanja povremenih partnera u poslednjih 12 meseci, učestalosti menjanja seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (minimum jednom mesečno u odnosu na one koji ne menjaju partnere), broja različitih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više), broja aktivnih (insertivnih) seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više), nepostojanja seksualnog odnosa sa ženama nekad u životu, kao i nepostojanja seksualnog odnosa pod uticajem alkohola u poslednjih 12 meseci (tabela 44c). Iz ULRA je isključen pokazatelj vezan za oralni seksualni odnos u poslednjih 12 meseci usled male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika nije imalo iskustvo oralnog seksualnog odnosa u poslednjih 12 meseci) (tabela 44c).

Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci varira u odnosu na različitu učestalost upotrebe kondoma sa različitim partnerima. U Beogradu, u MSM populaciji i u uzorku, podjednako je zastupljeno testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su uvek koristili kondom sa stalnim partnerom, odnosno sa povremenim partnerima i među onima koji ovo nisu činili ili nisu imali stalnog, odnosno povremenog partnera u poslednjih 12 meseci. Učestalost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljena, takođe, i u populaciji i u uzorku u Beogradu, među onima koji su prilikom poslednjeg seksualnog odnosa (bez obzira na vrstu partnera) koristili kondom i među onima koji to nisu činili. Da je koristilo uvek kondom prilikom oralnog seksualnog odnosa u poslednjih 12 meseci prijavilo je 16 osoba. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, i u populaciji i u uzorku, je zastupljenije među onima koji nisu uvek koristili kondom prilikom oralnog seksualnog odnosa, s tim da ova razlika u uzorku nije statistički značajna (tabela 45a).

Tabela 45a. Upotreba kondoma među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa stalnim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci</i>								
Ne	34,3	65,7	1,00 (0,57-1,76)	0,998	62 (40,8)	90 (59,2)	1,13 (0,74-1,70)	0,574
Da ili nisu imali stalnog partnera	34,3	65,7	1		93 (38,0)	152 (62,0)	1	
					**1			
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa povremenim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci</i>								
Ne	32,0	68,0	0,86 (0,49-1,51)	0,598	46 (35,4)	84 (64,6)	0,79 (0,51-1,23)	0,298
Da ili nisu imali povremenog partnera	35,4	64,6	1		109 (40,8)	158 (59,2)	1	
					**2			
<i>Koristili kondom prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa bez obzira na vrstu partnera</i>								
Da	34,5	65,5	1		98 (39,8)	148 (60,2)	1	
Ne	34,1	65,9	0,98 (0,56-1,72)	0,955	57 (37,7)	94 (60,2)	0,92 (0,60-1,39)	0,679
					**3			
<i>Uvek koristili kondom pri oralnom seksualnom odnosu u poslednjih 12 meseci (-10)</i>								
Ne	35,5	64,5	/	/	148 (39,9)	223 (60,1)	/	/
Da	9,9	90,1	1		4 (25,0)	12 (75,0)	1	
					**4			

* Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=0,316$, $p=0,574$; 2) $\chi^2=1,087$, $p=0,297$; 3) $\chi^2=0,172$, $p=0,679$; 4) $\chi^2=1,426$, $p=0,232$.

ULRA nije pokazala statistički značajne povezanosti testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i upotrebe kondoma u MSM populaciji u Beogradu, odnosno u uzorku (tabela 45a). Iz ULRA bila je izuzeta upotreba kondoma prilikom oralnih seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci zbog male varijabilnosti (manje od 10% onih koji su uvek koristili kondom tokom oralnih seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci).

U Novom Sadu, i u populaciji MSM i u uzorku, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su uvek koristili kondom sa stalnim partnerom ili ga uopšte nisu imali u poslednjih 12 meseci, nego među onima koji nisu uvek koristili kondom sa stalnim

partnerom. Ova razlika u uzorku nije se pokazala statistički značajnom. Kada je reč o upotrebi kondoma sa povremenim partnerima, testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci, i u populaciji i u uzorku, bilo je podjednako zastupljeno i među onima koji nisu uvek koristili kondom sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci i među onima koji su ili koristili uvek ili uopšte nisu imali ovu vrstu partnera. I u populaciji i u uzorku testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u Novom Sadu je bilo zastupljenije među onima koji su koristili kondom prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa (bez obzira na vrstu partnera), nego među onima koji nisu koristili kondom, s tim da ova razlika u uzorku nije statistički značajna. Prilikom oralnog seksualnog odnosa u poslednjih 12 meseci uvek je koristilo kondom 11 osoba. Pri tome, i u MSM populaciji i u uzorku u Novom Sadu, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je bilo zastupljenije među onima koji su izjavili da su uvek koristili kondom tokom oralnih seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci. Ova razlika se nije pokazala statistički značajnom u uzorku (tabela 45b).

Tabela 45b. Upotreba kondoma među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa stalnim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci (-2)</i>								
Ne	31,1	68,9	0,60 (0,33-1,09)	0,095	37 (34,9)	69 (65,1)	0,73 (0,45-1,20)	0,219
Da ili nisu imali stalnog partnera	43,0	57,0	1		81 (42,2)	111 (57,8)	1	
					**1			
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa povremenim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci</i>								
Ne	40,4	59,6	1,09 (0,52-2,29)	0,807	21 (38,9)	33 (61,1)	0,96 (0,52-1,76)	0,897
Da ili nisu imali povremenog partnera	38,2	61,8	1		98 (39,8)	148 (60,2)	1	
					**2			
<i>Koristili kondom prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa bez obzira na vrstu partnera</i>								
Da	42,1	57,9	1		91 (42,1)	125 (57,9)	1	
Ne	30,6	69,4	0,61 (0,31-1,16)	0,132	28 (33,3)	56 (66,7)	0,69 (0,40-1,16)	0,163
					**3			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uvek koristili kondom pri oralnom seksualnom odnosu u poslednjih 12 meseci (-3)</i>								
Ne	38,5	61,5	/	/	112 (39,2)	174 (60,8)	/	/
Da	47,5	52,5	/	/	6 (54,5)	5 (45,5)	1	
					**4			

* Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=1,514$, $p=0,219$; 2) $\chi^2=0,017$, $p=0,897$; 3) $\chi^2=1,955$, $p=0,162$; 4) $\chi^2=1,047$, $p=0,306$.

Prema ULRA nije prisutna statistički značajna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i upotrebe kondoma u MSM populaciji u Novom Sadu, odnosno u uzorku (tabela 45 b). Iz ULRA je bio isključen pokazatelj vezan za upotrebu kondoma prilikom oralnih seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je odgovorilo da je uvek koristilo kondom za ovu vrstu odnosa) (tabela 45b).

U Kragujevcu je, i u MSM populaciji i u uzorku, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci podjednako zastupljeno među onima koji su uvek koristili kondom sa stalnim partnerom, odnosno nisu imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci i među onima koji nisu uvek koristili kondom sa ovom vrstom partnera. Međutim, kada je reč o seksualnim odnosima sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci, testiranje na HIV je zastupljenije među onima koji su uvek koristili kondom sa ovim partnerima ili ih nisu imali u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu bili konzistentni u upotrebi kondoma prilikom seksualnog odnosa sa povremenim partnerima. Ova razlika je u uzorku statistički značajna. Takođe, i u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su koristili kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa (bez obzira na vrstu partnera), a ova razlika je u uzorku statistički značajna. Da su uvek koristili kondom prilikom oralnog seksualnog odnosa prijavilo je ukupno 15 osoba. Pri tome, i u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je bilo zastupljenije među onima koji nisu uvek koristili kondom, bez zabeleženih statistički značajnih razlika u uzorku (tabela 45c).

Tabela 45c. Upotreba kondoma među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa stalnim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci</i>								
Ne	56,9	43,1	0,91 (0,36-2,29)	0,836	23 (59,0)	16 (41,0)	1,06 (0,54-2,10)	0,865
Da ili nisu imali stalnog partnera	59,3	40,7	1		149 (57,5)	110 (42,5)	1	
					**1			
<i>Uvek koristili kondom prilikom seksualnog odnosa sa povremenim partnerom/ima u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Ne	36,5	63,5	0,35 (0,15-0,77)	0,009	16 (34,0)	31 (66,0)	0,31 (0,16-0,60)	<0,001
Da ili nisu imali povremenog partnera	62,4	37,6	1		156 (62,4)	94 (37,6)	1	
					**2++			
<i>Koristili kondom prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa bez obzira na vrstu partnera</i>								
Da	60,7	39,3	1		155 (61,0)	99 (39,0)	1	
Ne	48,4	51,6	0,61 (0,27-1,38)	0,235	17 (38,6)	27 (61,4)	0,40 (0,21-0,78)	0,007
					**3+			
<i>Uvek koristili kondom pri oralnom seksualnom odnosu u poslednjih 12 meseci (-9)</i>								
Ne	59,3	40,7	/	/	160 (58,4)	114 (41,6)	/	/
Da	32,1	67,9			6 (40)	9 (60,0)	1	
					**4			

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=0,029$, $p=0,865$; 2) $\chi^2=13,052$, $p<0,001$; 3) $\chi^2=7,702$, $p=0,006$; 4) $\chi^2=1,968$, $p=0,161$.

+ $p<0,05$.

++ $p<0,001$.

ULRA za MSM populaciju u Kragujevcu, po RDS procenama, ukazuje na statistički značajnu povezanost konzistentnog korišćenja kondoma prilikom seksualnih odnosa sa povremenim partnerima ili ne postojanjem povremenih partnera u poslednjih 12 meseci i testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci. U uzorku, rezultati ULRA ukazuju na statistički značajnu povezanost testiranja na HIV MSM ispitanika u poslednjih 12 meseci i

konzistentne upotrebe kondoma prilikom seksualnih odnosa sa povremenim partnerima ili nemanjem povremenih partnera u poslednjih 12 meseci, kao i korišćenja kondoma prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa (bez obzira na vrstu partnera) (tabela 43 c). Iz ULRA je isključen pokazatelj vezan za konzistenciju upotrebe kondoma tokom oralnih seksualnih odnosa u poslednjih 12 meseci zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je uvek koristilo kondom za ovu vrstu seksualnih odnosa) (tabela 45c).

U sva tri grada, prema RDS procenama, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji je zastupljenije među onima koji su imali iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu imali ovakvo iskustvo (tabela 46, a–c).

U uzorku u Beogradu testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je učestalije među onima koji su imali neki PPI u poslednjih 12 meseci, ali ova razlika nije statistički značajna (tabela 46a).

Tabela 46a. Iskustvo sa polno prenosivim infekcijama među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	47,8	52,2	1,89 (0,90-3,96)	0,093	25 (46,3)	29 (53,7)	1,41 (0,79-2,52)	0,241
Ne	32,7	67,3	1		130 (37,9)	213 (62,1)	1	
					**			

*Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 1,382$, $p = 0,240$.

ULRA nije pokazala statistički značajnu povezanost iskustva sa PPI u poslednjih 12 meseci i testiranja na HIV u MSM populaciji u Beogradu, kao ni u uzorku (tabela 46a).

U Novom Sadu u uzorku svega 13 osoba je prijavilo da je imalo iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci. Među njima je učestalije i testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu imali ovo iskustvo, ali razlike nisu statistički značajne (tabela 46b).

Tabela 46b. Iskustvo sa polno prenosivim infekcijama među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	51,8	48,2	/	/	6 (46,2)	7 (53,8)	/	/
Ne	38,0	62,0	1		113 (39,4)	174 (60,6)	1	
						**		

* Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 0,239$, $p = 0,625$.

ULRA povezanosti testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i iskustva sa PPI u poslednjih 12 meseci nije sprovedena zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je imalo iskustvo sa nekom od PPI u poslednjih 12 meseci) (tabela 46b).

U Kragujevcu ukupno 10 osoba je izjavilo da je imalo neko iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci. U uzorku, među ovim osobama koje tvrde da su imale iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci nađeno je da je testiranje na HIV zastupljenije. Međutim, ova razlika nije statistički značajna (tabela 46c).

Tabela 46c. Iskustvo sa polno prenosivim infekcijama među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo sa PPI u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	73,3	26,7	/	/	5 (50,0)	5 (50,0)	/	/
Ne	58,3	41,7	1		167 (58,0)	121 (42,0)	1	
						**		

*Od ukupno 300 ispitanika, 2 nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 0,253$, $p = 0,615$.

Kao i u slučaju Novog Sada, i u Kragujevcu ULRA povezanosti testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i iskustva sa PPI u poslednjih 12 meseci nije sprovedena zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je imalo iskustvo sa nekom od PPI u poslednjih 12 meseci) (tabela 46c).

Kada je reč o brizi za zdravlje, posmatrali smo učestalost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci u odnosu na korišćenje usluga izabranog lekara u poslednjih 12 meseci, kao i u odnosu na korišćenje usluga prevencije HIV infekcije koje pružaju udruženja.

U Beogradu i u Novom Sadu u MSM populaciji, kao i u uzorku, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji su posetili izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci nego među onima koji nisu, i među onima koji su koristili usluge udruženja koja pružaju usluge prevencije HIV infekcije tokom 2012. godine, nego među onima koji nisu koristili ove usluge. U uzorku su zabeležene razlike u oba grada statistički značajne (tabela 47, a–b).

Tabela 47a. Korišćenje zdravstvenih i preventivnih usluga među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Posetili izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	46,4	53,6	2,42 (1,41-4,15)	0,001	79 (50,0)	79 (50,0)	2,14 (1,42-3,24)	<0,001
Ne ili nema izabranog lekara	26,4	73,6	1		76 (31,8)	163 (68,2)	1	
						**1 ⁺⁺		
<i>Koristili HIV preventivne usluge udruženja u 2012. godini</i>								
Da	49,9	50,1	3,82 (2,10-6,96)	<0,001	121 (55,0)	99 (45,0)	5,14 (3,25-8,13)	<0,001
Ne	20,7	79,3	1		34 (19,2)	143 (80,8)	1	
						**2 ⁺⁺		

*Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 13,240$, $p < 0,001$; 2) $\chi^2 = 52,794$, $p < 0,001$.

⁺⁺ $p < 0,001$.

U Beogradu, ULRA je, prema RDS procenama, kao i prema uzoračkim proporcijama, pokazala statistički značajnu povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i posete izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci, kao i korišćenja usluga HIV prevencije nekog od lokalnih udruženja tokom 2012. godine (tabela 47a).

Tabela 47b. Korišćenje zdravstvenih i preventivnih usluga među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Posetili izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	49,2	50,8	2,10 (1,17-3,77)	0,013	62 (50,8)	60 (49,2)	2,19 (1,36-3,52)	0,001
Ne ili nema izabranog lekara	31,6	68,4	1		57 (32,0)	121 (68,0)	1	
					**1 ⁺			
<i>Koristili HIV preventivne usluge udruženja u 2012. godini</i>								
Da	51,6	48,4	2,30 (1,27-4,18)	0,006	63 (53,8)	54 (46,2)	2,65 (1,64-4,28)	<0,001
Ne	31,6	68,4	1		56 (30,6)	127 (69,4)	1	
					**2 ⁺⁺			

* Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 10,687$, $p = 0,001$; 2) $\chi^2 = 16,114$, $p < 0,001$.

⁺ $p < 0,05$.

⁺⁺ $p < 0,001$.

Kao i u Beogradu, ULRA je u Novom Sadu, prema RDS procenama, kao i prema uzoračkim proporcijama, pokazala statistički značajnu povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i posete izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci, kao i korišćenja usluga HIV prevencije nekog od lokalnih udruženja tokom 2012. godine (tabela 47b).

Za razliku od Beograda i Novog Sada, u Kragujevcu je i u MSM populaciji i u uzroku podjednako zastupljeno testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji su posetili izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci i među onima koji to nisu učinili. Isto kao i u Beogradu i Novom Sadu, i u Kragujevcu je učestalije testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su koristili usluge prevencije HIV infekcije od udruženja tokom 2012. godine nego među onima koji ovo nisu činili. Ova razlika se u uzorku pokazala značajnom (tabela 47c).

Tabela 47c. Korišćenje zdravstvenih i preventivnih usluga među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Posetili izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	59,7	40,3	1,07 (0,58-1,96)	0,838	89 (60,1)	59 (39,9)	1,22 (0,77-1,93)	0,402
Ne ili nema izabranog lekara	58,1	41,9	1		83 (55,3)	67 (44,7)	1	
					**1			
<i>Koristili HIV preventivne usluge udruženja u 2012. godini</i>								
Da	65,1	34,9	7,35 (2,13-25,34)	0,002	166 (65,4)	88 (34,6)	11,95 (4,86-29,35)	<0,001
Ne	20,2	79,8	1		6 (13,6)	38 (86,4)	1	
					2			

*Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,704$, $p = 0,401$; 2) $\chi^2 = 41,104$, $p < 0,001$.

** $p < 0,001$.

ULRA je i u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu ukazala na postojanje statistički značajne povezanosti između testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i korišćenja usluga prevencije HIV infekcije koje su pružala lokalna udruženja u 2012. godini (tabela 47c).

U MSM populaciji i u uzorku u Beogradu, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je učestalije među onima koji procenjuju da imaju rizik da se inficiraju HIV-om nego među onima koji smatraju da nisu u riziku, s tim da je ova razlika u uzroku statistički značajna (tabela 48a).

Tabela 48a. Samoprocena rizika među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Samoprocena rizika od HIV infekcije</i>								
Da, imaju rizik	46,7	53,3	2,95 (1,69-5,17)	<0,001	104 (47,9)	113 (52,1)	2,33 (1,53-3,54)	<0,001
Ne, nemaju rizik	22,8	77,2	1		51 (28,3)	129 (71,7)	1	

*Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2=15,870$, $p<0,001$.

++ $p<0,001$.

ULRA za Beograd je pokazala da, i u MSM populaciji i u uzorku, postoji značajna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa samoprocenom izloženosti riziku od inficiranja HIV-om (tabela 48a).

U Novom Sadu u MSM populaciji testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji smatraju da su u riziku od inficiranja HIV-om, nego među onima koji procenjuju da nisu u ovom riziku. U uzorku je zastupljenost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci podjednaka i među onima koji smatraju da su izloženi riziku od HIV infekcije i među onima koji smatraju da ovog rizika nema (tabela 48b).

Tabela 48b. Samoprocena rizika među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Samoprocena rizika od HIV infekcije (-1)</i>								
Da, imaju rizik	43,6	56,4	1,58 (0,89-2,80)	0,114	63 (40,1)	94 (59,9)	1,06 (0,67-1,69)	0,805
Ne, nemaju rizik	32,8	67,2	1		55 (38,7)	87 (61,3)	1	
						**		

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2=0,061$, $p=0,805$.

U Novom Sadu, i u MSM populaciji i u uzorku, ne postoji statistički značajna povezanost ($p < 0,05$) testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i samoprocene o postojanju rizika od HIV infekcije (tabela 48b).

U Kragujevcu u MSM populaciji testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno i među onima koji smatraju da imaju rizik da se inficiraju HIV-om i među onima koji nemaju ovakvo ubeđenje. U uzorku, pak, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji smatraju da nisu izloženi riziku od HIV infekcije nego među onima koji smatraju da takav rizik postoji, ali ova razlika nije statistički značajna (tabela 48c).

Tabela 48c. Samoprocena rizika među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Samoprocena rizika od HIV infekcije</i>								
Da, imaju rizik	56,2	43,8	0,82 (0,38-1,78)	0,615	30 (52,6)	27 (47,4)	0,73 (0,41-1,32)	0,301
Ne, nemaju rizik	61,1	38,9	1		139 (60,2)	92 (39,8)	1	
					**			

*Od ukupno 300 ispitanika, 2 nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: $\chi^2 = 1,072$, $p = 0,300$.

Kao i u Novom Sadu, tako i u Kragujevcu, ULRA ni u MSM populaciji ni u uzorku nije pokazala povezanost između samoprocene postojanja rizika od inficiranja HIV-om i testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci (tabela 48c).

U odnosu na stavove prema osobama koje žive sa HIV-om, učestalost testiranja na HIV u različitim gradovima bila je različita. U Beogradu u MSM populaciji je podjednaka zastupljenost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji tvrde da bi kupili sveže povrće u prodavnici gde je vlasnik ili prodavac osoba koja živi sa HIV-om i među onima koji tvrde da ovo ne bi učinili. U uzorku, pak, testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je zastupljenije među onima koji tvrde da bi kupili povrće bez obzira na HIV status prodavaca ili vlasnika prodavnice, nego među onima koji tvrde da ne bi kupili i ova razlika je statistički značajna. I u populaciji i u uzorku u Beogradu su podjednako zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci i među onima koji tvrde da bi dozvolili da učiteljica koja živi sa HIV-om radi u školi i među onima koji tvrde da bi se ovome usprotivili. U populaciji i u uzorku u Beogradu oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji se ne slažu da bi osobe koje žive sa HIV-om trebalo socijalno izolovati nego među onima koji se slažu sa ovom tvrdnjom, s tim da ova razlika u uzorku nije statistički značajna (tabela 49a).

Tabela 49a. Stavovi prema osobama koje žive sa HIV-om među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kupili bi sveže povrće ako bi saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac živi sa HIV-om</i>								
Da, kupili bi	35,5	64,5	1,27 (0,61-2,62)	0,552	133 (41,7)	186 (58,3)	1,82 (1,06-3,13)	0,030
Ne, ne bi kupili	30,3	69,7	1		22 (28,2)	56 (71,8)	1	
					**1+			
<i>Dozvolili bi učiteljici koja je inficirana HIV-om da nastavi da podučava u školi</i>								
Da, dozvolili bi	34,9	65,1	1,11 (0,58-2,13)	0,746	122 (40,4)	180 (59,6)	1,27 (0,79-2,06)	0,325
Ne, ne bi dozvolili	32,6	67,4	1		33 (34,7)	62 (65,3)	1	
					**2			
<i>Ne slažu se da osobe koje su inficirane HIV-om treba da budu socijalno izolovane (da se „ne mešaju” sa ostalima nigde)</i>								
Da, ne slažu se	35,7	64,3	1,48 (0,64-3,45)	0,358	138 (40,8)	200 (59,2)	1,70 (0,93-3,12)	0,083
Ne, slažu se ili nisu sigurni	27,2	72,8	1		17 (28,8)	42 (71,2)	1	
					**3			

*Od ukupno 400 ispitanika, 3 nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=4,791$, $p=0,029$; 2) $\chi^2=0,973$, $p=0,324$; 3) $\chi^2=3,047$, $p=0,081$.
+ $p<0,05$.

ULRA za Beograd u MSM populaciji nije ukazala na značajnu povezanost stavova prema osobama koje žive sa HIV-om i testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci. Međutim, u uzorku, ULRA je pokazala povezanost testiranja na HIV MSM ispitanika u poslednjih 12 meseci i tvrdnje da bi kupili povrće od osobe koja živi sa HIV-om (tabela 49a).

U Novom Sadu većina ispitanika je imala pozitivan stav prema osobama koje žive sa HIV-om. I u populaciji i u uzorku je podjednaka zastupljenost onih koji su se testirali na HIV i među onima koji tvrde da bi kupili povrće u prodavnici u kojoj je ili vlasnik ili prodavac osoba koja živi sa HIV-om i među onima koji tvrde da ovo ne bi učinili. Kada je reč o tvrdnji da bi se složili da učiteljica koja živi sa HIV-om nastavi da radi sa decom u školi, sa ovom tvrdnjom se nije složilo ukupno 27 osoba. Među njima je i u populaciji i u uzorku zabeležena manja zastupljenost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci nego među onima koji se slažu sa navedenom tvrdnjom. Sa tvrdnjom da osobe koje žive sa HIV-om treba socijalno izolovati slaže se svega jedna osoba koja se nije testirala na HIV u poslednjih 12 meseci, te je tim i učestalost testiranih na HIV veća među onima koji se ne slažu sa ovom tvrdnjom (tabela 49b).

Tabela 49b. Stavovi prema osobama koje žive sa HIV-om među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kupili bi sveže povrće ako bi saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac živi sa HIV-om</i>								
Da, kupili bi	38,2	61,8	0,82 (0,32-2,12)	0,686	107 (39,8)	162 (60,2)	1,05 (0,49-2,24)	0,908
Ne, ne bi kupili	42,9	57,1	1		12 (38,7)	19 (61,3)	1	
					**1			
<i>Dozvolili bi učiteljici koja je inficirana HIV-om da nastavi da podučava u školi</i>								
Da, dozvolili bi	39,8	60,2	1,93 (0,60-6,23)	0,271	113 (41,4)	160 (58,6)	2,47 (0,97-6,32)	0,059
Ne, ne bi dozvolili	22,6	74,4	1		6 (22,2)	21 (77,8)	1	
					**2			
<i>Ne slažu se da osobe koje su inficirane HIV-om treba da budu socijalno izolovane (da se „ne mešaju” sa ostalima nigde)</i>								
Da, ne slažu se	38,9	61,1	/	/	119 (39,8)	180 (60,2)	/	/
Ne, slažu se ili nisu sigurni	0,0	100,0	1		0 (0,0)	1 (100,0)	1	
					**3			

*Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,013$, $p = 0,908$; 2) $\chi^2 = 3,773$, $p = 0,052$; 3) $\chi^2 = 0,660$, $p = 0,417$.

U Novom Sadu prema rezultatima ULRA nema povezanosti između testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i stavova prema osobama koje žive sa HIV-om ni u MSM populaciji ni u uzorku (tabela 49b).

U populaciji i u uzorku MSM u Kragujevcu testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji tvrde da bi kupili sveže povrće u prodavnici gde je vlasnik ili prodavac osoba koja živi sa HIV-om, odnosno koji tvrde da bi dozvolili da učiteljica koja živi sa HIV-om nastavi da radi u školi sa decom, nego među onima koji tvrde da ne bi kupili povrće, odnosno da ne bi dozvolili da učiteljica nastavi da radi. U uzorku je statistički značajna razlika u testiranju na HIV prisutna u slučaju tvrdnje da bi dozvolili učiteljici koja živi sa HIV-om da nastavi da radi sa decom. U Kragujevcu testirani na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji, i u populaciji i u uzorku, među onima koji se ne slažu sa tvrdnjom da osobe koje žive sa HIV-om treba socijalno izolovati, nego među onima koji se slažu sa ovom tvrdnjom. Ova razlika u uzorku je statistički značajna (tabela 49c).

Tabela 49c. Stavovi prema osobama koje žive sa HIV-om među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijantne logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=172)	Nisu se testirali (N=126)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Kupili bi sveže povrće ako bi saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac živi sa HIV-om</i>								
Da, kupili bi	60,9	39,1	1,56 (0,68-3,57)	0,296	145 (59,2)	100 (40,8)	1,40 (0,77-2,53)	0,272
Ne, ne bi kupili	50,0	50,0			27 (50,9)	26 (49,1)	1	
**1								
<i>Dozvolili bi učiteljici koja je inficirana HIV-om da nastavi da podučava u školi</i>								
Da, dozvolili bi	62,9	37,1	2,61 (1,09-6,25)	0,031	151 (61,6)	94 (38,4)	2,45 (1,33-4,49)	0,004
Ne, ne bi dozvolili	39,4	60,6	1		21 (39,6)	32 (60,4)	1	
**2+								
<i>Ne slažu se da osobe koje su inficirane HIV-om treba da budu socijalno izolovane (da se „ne mešaju” sa ostalima nigde) (-1)</i>								
Da, ne slažu se	54,8	45,2	0,71 (0,38-1,32)	0,281	65 (50,8)	63 (49,2)	0,60 (0,37-0,95)	0,031
Ne, slažu se ili nisu sigurni	63,0	37,0	1		107 (63,3)	62 (36,7)	1	
**3+								

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2=1,212$, $p=0,271$; 2) $\chi^2=8,650$, $p=0,003$; 3) $\chi^2=4,693$, $p=0,030$.

+ $p<0,05$.

U Kragujevcu u MSM populaciji ULRA je pokazala postojanje statistički značajne povezanosti ($p<0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i tvrdnje da učiteljica koja živi sa HIV-om treba da nastavi da podučava decu. U uzorku MSM u Kragujevcu ULRA je pokazala postojanje statistički značajne povezanosti ($p<0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci i tvrdnji da učiteljici koja živi sa HIV-om treba dozvoliti da nastavi da radi sa decom i da osobe koje žive sa HIV-om treba da budu socijalno izolovane (tabela 49c).

U MSM populaciji u Beogradu učestalost testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljena među onima koji su imali iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci i među onima koji nisu, dok je u uzorku zastupljenije testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci među onima koji su imali iskustvo stigme i diskriminacije nego među onima koji nisu imali ovo iskustvo. U uzorku se zabeležene razlike nisu pokazale statistički značajnim. U MSM populaciji u Beogradu podjednako su zastupljeni oni koji su se

testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su odustajali od traženja zdravstvene usluge iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju i među onima koji nisu. U uzorku, pak, oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci su zastupljeniji među onima koji nisu odustali od traženja zdravstvene usluge iz straha od otkrivanja seksualne orijentacije. Ova razlika nije statistički značajna. U MSM populaciji u Beogradu učestalije je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji nisu imali neko osećanje autostigme zbog seksualne orijentacije nego među onima koji jesu. U uzorku je učestalost onih koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci podjednako zastupljena i među onima koji su imali osećanja autostigme i među onima koji to nisu imali. Testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci i u populaciji i u uzorku je bilo više zastupljeno među onima koji su nekad u životu bili žrtva fizičkog nasilja nego među onima koji nisu bili žrtva. Ova razlika u uzorku nije bila statistički značajna (tabela 50a).

Tabela 50a. Lično iskustvo sa stigmom, diskriminacijom, autostigmom i fizičkim nasiljem među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Beograd sa rezultatima univarijante logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	35,6	64,4	1		90 (42,5)	122 (57,5)	1	
Ne	33,1	66,9	0,89 (0,52-1,53)	0,675	65 (35,1)	120 (64,9)	0,73 (0,49-1,10)	0,136
					**1			
<i>Iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju, odustali od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Da	31,5	68,5	1		23 (30,7)	52 (69,3)	1	
Ne	34,9	65,1	1,16 (0,58-3,32)	0,664	132 (41,1)	189 (58,9)	1,58 (0,92-2,71)	0,097
					**2			
<i>Osećali autostigmu zbog seksualne orijentacije</i>								
Da	29,3	70,7	1		74 (37,4)	124 (62,6)	1	
Ne	39,3	60,7	1,56 (0,91-2,66)	0,103	81 (40,7)	118 (59,3)	1,15 (0,77-1,72)	0,497
					**3			

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Bili žrtve fizičkog nasilja – ikad (-3)</i>								
Da	39,4	60,6	1		48 (44,4)	60 (55,6)	1	
Ne	32,2	67,8	0,73 (0,40-1,31)	0,292	106 (37,1)	180 (62,9)	0,74 (0,47-1,15)	0,181
					**4			

* Od ukupno 400 ispitanika, tri nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 2,223$, $p = 0,136$; 2) $\chi^2 = 2,790$, $p = 0,095$; 3) $\chi^2 = 0,462$, $p = 0,497$; 4) $\chi^2 = 1,749$, $p = 0,180$.

ULRA nije pokazala povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci u populaciji MSM ili među MSM ispitanicima sa iskustvom stigme, diskriminacije, strahom od stigme, autostigmom i pretrpljenim fizičkim nasiljem (tabela 50a).

U Novom Sadu, i u populaciji i u uzorku, bili su podjednako zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su imali iskustvo stigme i diskriminacije i među onima koji nisu imali ovo iskustvo. Ukupno šest osoba je izjavilo da je odustalo od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju. Među njima, tri su se testirala na HIV, a tri nisu u poslednjih 12 meseci. Prema RDS procenama za MSM populaciju oni koji su se testirali na HIV podjednako su zastupljeni i među onima koji su odustali od traženja zdravstvene usluge iz straha od otkrivanja njihove seksualne orijentacije i među onima koji nisu odustali. U uzroku su oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci zastupljeniji među onima koji su odustali od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju nego među onima koji nisu. Međutim, ova razlika nije statistički značajna. I u MSM populaciji i u uzorku u Novom Sadu podjednako su bili zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su imali neko od osećanja povezanih sa autostigmom i onih koji nisu imali, kao i među onima koji su bili žrtva fizičkog nasilja nekad u životu i među onima koji to nisu bili (tabela 50b).

Tabela 50b. Lično iskustvo sa stigmom, diskriminacijom, autostigmom i fizičkim nasiljem među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Novi Sad sa rezultatima univarijante logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=119)	Nisu se testirali (N=181)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	38,5	61,5	1		35 (39,3)	54 (60,7)	1	
Ne	38,7	61,3	1,01 (0,54-1,88)	0,986	84 (39,8)	127 (60,2)	1,02 (0,61-1,69)	0,938
					**1			
<i>Iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju, odustali od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci</i>								
Da	36,3	63,7	1		3 (50,0)	3 (50,0)	1	
Ne	38,7	61,3	/	/	116 (39,5)	178 (60,5)	/	/
					**2			
<i>Osećali autostigmu zbog seksualne orijentacije</i>								
Da	39,5	60,5	1		53 (39,0)	83 (61,0)	1	
Ne	37,8	61,2	0,93 (0,53-1,66)	0,815	66 (40,2)	98 (59,8)	1,05 (0,66-1,68)	0,822
					**3			
<i>Bili žrtve fizičkog nasilja – ikad</i>								
Da	37,3	62,7	1		21 (42,0)	29 (58,0)	1	
Ne	38,9	61,1	1,07 (0,50-2,28)	0,864	98 (39,2)	152 (60,8)	0,89 (0,48-1,65)	0,712
					**4			

* Svih 300 ispitanika je odgovorilo na pitanje o testiranju na HIV.

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 0,006$, $p = 0,938$; 2) $\chi^2 = 0,273$, $p = 0,601$; 3) $\chi^2 = 0,050$, $p = 0,822$; 4) $\chi^2 = 0,136$, $p = 0,712$.

Kao i u slučaju Beograda, ULRA nije pokazala povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci u populaciji MSM ili među MSM ispitanicima iz Novog Sada sa iskustvom stigme i diskriminacije, autostigmom i pretrpljenim fizičkim nasiljem nekad u životu (tabela 50b). Iz ULRA bio je isključen pokazatelj vezan za odustajanje od traženja zdravstvene usluge usled straha od otkrivanja njihove seksualne orijentacije zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je izjavilo da je odustalo od zdravstvene usluge usled straha od neželjenog otkrivanja njihove seksualne orijentacije) (tabela 50b).

U Kragujevcu u MSM populaciji testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je podjednako zastupljeno među onima koji su imali i među onima koji nisu imali neko iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci. U uzorku, pak, zastupljeniji su bili oni koji su se testirali na HIV među onima koji su imali neko iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih

12 meseci, s tim da ova razlika nije statistički značajna. I u MSM populaciji i u uzroku u Kragujevcu oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci podjednako su zastupljeni među onima koji su odustali od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci iz straha od neželjenog otkrivanja seksualne orijentacije, nego među onima koji nisu odustali. Pri tome nisu zabeležene statistički značajne razlike. Takođe, treba istaći da je od traženja zdravstvene u sluge odustalo ukupno 15 ispitanika. I u MSM populaciji i u uzorku u Kragujevcu bili su podjednako zastupljeni oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci među onima koji su imali neko osećanje vezano za autostigmu i među onima koji nisu ovo imali, kao i među onima koji su imali neko iskustvo fizičkog nasilja nekad u životu i među onima koji nisu imali ovo iskustvo (tabela 50c).

Tabela 50c. Lično iskustvo sa stigmom, diskriminacijom, autostigmom i fizičkim nasiljem među onima koji su se testirali na HIV i onima koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci prema RDS procenama i uzoračkim proporcijama za Kragujevac sa rezultatima univarijante logističke regresione analize (ULRA)*

Varijable	Populacione procene				Uzoračke proporcije			
	Testirali se	Nisu se testirali	ULRA		Testirali se (N=155)	Nisu se testirali (N=242)	ULRA	
	%	%	OR (95% CI)	p - vrednost	N (%)	N (%)	OR (95% CI)	p - vrednost
<i>Imali iskustvo stigme i diskriminacije u poslednjih 12 meseci (-1)</i>								
Da	60,3	39,7	1		64 (62,7)	38 (37,3)	1	
Ne	58,2	41,8	0,92 (0,48-1,75)	0,791	108 (55,4)	87 (44,6)	0,74 (0,45-1,20)	0,223
					**1			
<i>Iz straha da se ne sazna za njihovu seksualnu orijentaciju, odustali od traženja zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci (-6)</i>								
Da	52,3	47,7	1		9 (60,0)	6 (40,0)	1	
Ne	59,5	40,5	/	/	160 (57,8)	117 (42,2)	/	/
					**2			
<i>Osećali autostigmu zbog seksualne orijentacije (-3)</i>								
Da	59,6	40,4	1		117 (57,6)	86 (42,4)	1	
Ne	57,0	43,0	0,90 (0,46-1,74)	0,746	53 (57,6)	39 (42,4)	1,00 (0,61-1,64)	0,997
					**3			
<i>Bili žrtve fizičkog nasilja – ikad (-6)</i>								
Da	59,2	40,8	1		22 (59,5)	15 (40,5)	1	
Ne	59,2	40,8	1,00 (0,38-2,60)	1,00	148 (58,0)	107 (42,0)	0,94 (0,47-1,90)	0,870
					**4			

* Od ukupno 300 ispitanika, dva nisu odgovorila na pitanje o testiranju na HIV; u tabeli je naznačen dodatni broj nedostajućih odgovora uz pripadajuće varijable u formi (-n).

** Vrednost Hi-kvadrat testa sa p-vrednošću: 1) $\chi^2 = 1,489$, $p = 0,222$; 2) $\chi^2 = 0,029$, $p = 0,864$; 3) $\chi^2 = 0,000$, $p = 0,997$ 4) $\chi^2 = 0,027$, $p = 0,870$.

Kao i u slučaju prethodna dva grada, ULRA nije pokazala postojanje statistički značajne povezanosti ($p < 0,05$) testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci u Kragujevcu sa iskustvima stigme i diskriminacije, autostigme i fizičkog nasilja (tabela 50c). Iz ULRA je isključen pokazatelj vezan za traženje zdravstvene usluge u poslednjih 12 meseci iz straha od otkrivanja seksualne orijentacije zbog male varijabilnosti (manje od 10% ispitanika je odgovorilo da su odustali od traženja zdravstvene usluge) (tabela 50c).

4.8.3. Rezultati multivarijantne logističke regresione analize za one koji su se testirali na HIV i one koji se nisu testirali na HIV u poslednjih 12 meseci

Da bismo utvrdili nezavisne faktore koji povećavaju šanse za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci, uradili smo multivarijantnu logističku regresionu analizu (MLRA). U model su ušle sve one varijable koje su se pokazale statistički značajno ($p < 0,05$) povezanim sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u modelima ULRA.

U Beogradu, prema rezultatima ULRA kao statistički značajno pozitivno povezanim sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci, prema RDS procenama za MSM populaciju, pokazale su se sledeće varijable:

- znanje gde se može savetovati i testirati na HIV u Beogradu;
- učestalost menjanja partnera;
- broj partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- samoprocena da postoji rizik da se inficiraju HIV-om;
- poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci; i
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji u Beogradu statistički značajno negativno povezano je bilo „korišćenje psihoaktivnih supstanci nekad u životu”.

U model dobijen MLRA je uključeno ukupno 392 osobe. Kao značajni nezavisni prediktorski faktori većih šansi za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u modelu MLRA ostale su, za MSM populaciju u Beogradu, prema RDS procenama (tabela 51):

- znanje gde se može savetovati i testirati na HIV u Beogradu;
- broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- samoprocena da su u riziku od HIV infekcije;
- poseta izabranom lekaru u Domu zdravlja u poslednjih 12 meseci; i
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

U Novom Sadu, u populaciji MSM, prema RDS procenama, ULRA je pokazala da postoji pozitivna statistički značajna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci sa:

- učestalošću menjanja partnera;
- brojem različitih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- brojem insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- posetom izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci; i
- korišćenjem HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

U modelu MLRA, u koji je uključeno 299 od 300 ispitanika, ostali su kao značajni nezavisni prediktorski faktori većih šansi za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji u Novom Sadu, prema RDS procenama (tabela 51):

- broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci; i
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

U Kragujevcu, prema RDS procenama, u MSM populaciji postoji statistički značajna pozitivna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci prema modelima ULRA sa:

- susretom sa potencijalnim seksualnim partnerima u klubovima;
- znanjem da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om;

- znanjem gde se može savetovati i testirati na HIV u Kragujevcu;
- učestalošću menjanja partnera;
- brojem insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- stavom da učiteljica koja živi sa HIV-om treba da nastavi da radi sa decom u školi, i
- korišćenjem HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Negativna statistički značajna povezanost testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u modelima ULRA za Kragujevac je nađena sa:

- ličnim poznavanjima kao načinom susreta sa potencijalnim seksualnim partnerima;
- seksualnim odnosom sa ženama nekad u životu;
- nekonzistentnim korišćenjem kondoma sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci.

U modelu MLRA, u koji je uključeno 294 od 300 ispitanika, statistički značajni nezavisni prediktorski faktori veće šanse testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u populaciji MSM u Kragujevcu, prema RDS procenama, su (tabela 51):

- znanje da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om;
- broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Značajan nezavisni prediktorski faktor manje šanse za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je:

- upoznavanje potencijalnih seksualnih partnera putem ličnih poznavanja.

Tabela 51. Rezultati multivarijantne logističke regresione analize (MLRA): značajni nezavisni faktori povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci u populaciji MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu, prema RDS procenama

Grad	Beograd (N=392)		Novi Sad (N=299)		Kragujevac (N=294)	
	aOR (95% CI)	p-vrednost	aOR (95% CI)	p-vrednost	aOR (95% CI)	p-vrednost
Karakteristike						
<i>Mesto susreta sa potencijalnim partnerima</i>						
<i>Lična poznavanja</i>						
Da					0,34 (0,18-0,68)	0,002
Ne					1	
Seksualno ponašanje						
<i>Broj različitih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci</i>						
1 ili manje	1					
2 ili više	3,67 (1,64-8,22)	0,002				
<i>Broj insertivnih seksualnih partnera</i>						
1 ili manje			1		1	
2 ili više			1,87 (1,01-3,44)	0,045	2,36 (1,18-4,69)	0,015

Grad	Beograd (N=392)		Novi Sad (N=299)		Kragujevac (N=294)	
	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost
Znanje o prevenciji transmisije HIV infekcije						
<i>Znanje da osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om</i>						
Da					2,52 (1,07-5,97)	0,035
Ne					1	
<i>Znaju gde se može savetovati i testirati na HIV</i>						
Da	4,37 (1,50-12,80)	0,007				
Ne	1					
Percepcija rizika						
<i>Samoprocena da su u riziku od HIV infekcije</i>						
Da	1,96 (1,08-3,56)	0,027				
Ne	1					
Zdravstvene usluge						
<i>Posetili su izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>						
Da	2,32 (1,25-4,30)	0,008	2,25 (1,21-4,17)	0,010		
Ne	1		1			
<i>Korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine</i>						
Da	2,82 (1,50-5,30)	0,001	2,15 (1,15-3,99)	0,016	7,53 (2,07-27,40)	0,002
Ne	1		1		1	

U uzorku rezultati ULRA i MLRA se razlikuju od rezultata ULRA i MLRA u populaciji. U Beogradu, prema uzoračkim proporcijama u modelima ULRA nešto više varijabli je bilo pozitivno statistički značajno povezano sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci, i to:

- srpska etnička pripadnost;
- znanje gde se može savetovati i testirati na HIV u Beogradu;
- postojanje stalnog partnera u poslednjih 12 meseci;
- postojanje komercijalnih partnera nekad u životu;
- poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci;
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine;
- tvrdnja da bi kupili sveže povrće u prodavnici gde je vlasnik ili prodavac osoba koja živi sa HIV-om.

Negativna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci je nađena prema ULRA sa „korišćenje PAS nekad u životu”.

Rezultati MLRA, u koju je uključeno 393 od 400 ispitanika u Beogradu, identifikovali su da su značajni nezavisni prediktorski faktori većih šansi za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci (tabela 52):

- srpska etnička pripadnost;
- znanje gde se može savetovati i testirati na HIV u Beogradu;
- postojanje stalnog partnera u poslednjih 12 meseci;
- postojanje komercijalnih partnera nekad u životu;
- samoprocena da su u riziku od HIV infekcije;
- poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci;
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Takođe, isti rezultati identifikuju i da je nezavisan faktor vezan za manje šanse testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci: korišćenje PAS nekad u životu.

U Novom Sadu, ULRA je pokazala pozitivnu povezanost sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci sledećih uzoračkih karakteristika:

- broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više),
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine i
- poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci.

Sve tri varijable su se pokazale kao značajni nezavisni prediktori većih šansi za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u modelu MLRA, u koji je uključeno 299 od 300 ispitanika (tabela 52), što je identično MLRA modelu u populaciji MSM u Novom Sadu.

U Kragujevcu je u uzorku MSM kroz ULRA nađena povezanost 15 varijabli sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i to pozitivna povezanost sa varijablama:

- mlađa uzrasna grupa (18–29);
- znanje da osoba može da izgleda zdravo i da istovremeno živi sa HIV-om;
- znanje gde se može savetovati i testirati na HIV u Kragujevcu;
- postojanje povremenih partnera u poslednjih 12 meseci;
- učestalost menjanja partnera u poslednjih 12 meseci;
- broj različitih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više);
- tvrdnja da učiteljica koja živi sa HIV-om treba da nastavi da radi sa decom u školi;
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Negativna povezanost testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci nađena je za varijable:

- susret s potencijalnim seksualnim partnerima preko ličnih poznanstava i preporuka;
- postojanje seksualnog odnosa sa ženom nekad u životu;
- postojanje seksualnog odnosa pod uticajem alkohola u poslednjih 12 meseci;
- nekonzistentna upotreba kondoma sa povremenim partnerima u poslednjih 12 meseci;
- korišćenje kondoma pri poslednjem analnom seksualnom odnosu; i
- tvrdnja da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu socijalno izolovane.

Kao značajni nezavisni prediktorski faktori većih šansi za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u modelu MLRA za Kragujevac (tabela 52), u koji je uključeno 291 od 300 ispitanika, našle su se varijable:

- znanje da osoba koja živi sa HIV-om može da izgleda zdravo;
- broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (dva i više),
- korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine.

Značajni nezavisni faktori koji su povezani sa manjim šansama za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u MLRA modelu za Kragujevac su:

- susret s potencijalnim seksualnim partnerima preko ličnih poznanstava i preporuka;

- postojanje seksualnog odnosa nekad u životu sa ženom;
- tvrdnja da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu socijalno izolovane.

Tabela 52. Rezultati multivarijantne logističke regresione analize (MLRA): značajni nezavisni faktori povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci među MSM u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu, prema uzoračkim proporcijama

Grad	Beograd (N=393)		Novi Sad (N=299)		Kragujevac (N=291)	
	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost
<i>Nacionalna pripadnost</i>						
Srpska	2,12 (1,28-3,51)	0,004				
Drugo ili neće da se izjasne	1					
<i>Mesto susreta sa potencijalnim partnerima</i>						
<i>Lična poznanstva</i>						
Da					0,56 (0,31-0,99)	0,049
Ne					1	
<i>Korišćenje PAS</i>						
Koristili drogu ikad	0,46 (0,25-0,87)	0,016				
Nisu koristili drogu	1					
<i>Seksualno ponašanje</i>						
<i>Imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci</i>						
Da	2,02 (1,22-3,34)	0,007				
Ne	1					
<i>Imali nekad u životu komercijalnog partnera</i>						
Da	2,57 (1,21-5,45)	0,014				
Ne	1					
<i>Broj insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci</i>						
1 ili manje			1		1	
2 ili više			1,71 (1,04-2,83)	0,034	2,69 (1,53-4,71)	0,001
<i>Imali seksualni odnos sa ženom nekad u životu</i>						
Da					0,55 (0,30-0,98)	0,042
Ne					1	

Grad	Beograd (N=393)		Novi Sad (N=299)		Kragujevac (N=291)	
	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost	aOR (95% CI)	p- vrednost
Karakteristike						
Znanje o prevenciji transmisije HIV infekcije i odbacivanje zabluda						
<i>Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om</i>						
Da					3,62 (1,48-8,85)	0,005
Ne					1	
Znaju gde se može savetovati i testirati na HIV						
Da	4,08 (1,81-9,20)	0,001				
Ne	1					
Stav prema osobama koje žive sa HIV-om						
<i>Ne slažu se da osobe koje su inficirane HIV-om treba da budu socijalno izolovane (da se „ne mešaju” sa ostalima nigde)</i>						
Da, ne slažu se					0,45 (0,25-0,79)	0,006
Ne					1	
Percepcija rizika						
<i>Samoprocena da su u riziku od HIV infekcije</i>						
Da	1,83 (1,12-3,01)	0,017				
Ne	1					
Zdravstvene usluge						
<i>Posetili su izabranog lekara u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci</i>						
Da	2,26 (1,36-3,77)	0,002	2,37 (1,44-3,90)	0,001		
Ne	1		1			
Korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja tokom 2012. godine						
Da	5,13 (2,94-8,94)	<0,001	2,62 (1,59-4,31)	<0,001	7,71 (2,76-21,58)	<0,001
Ne	1		1		1	

Rezultati MLRA su u daljem tekstu dopunjeni kvalitativnim nalazima.

4.8.4. Kontekstualizacija rezultata multivarijantne logističke regresione analize rezultatima kvalitativne analize testiranja na HIV infekciju

Jedan od glavnih razloga za testiranje na HIV infekciju jeste rizično seksualno ponašanje. Međutim, shvatanje seksualnog rizika se razlikuje među gradovima.

Prema rezultatima ULRA i MLRA, u MSM populaciji u Beogradu je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci bilo značajno povezano sa imanjem dva ili više seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (OR 4,02, 95% CI: 1,84–8,78; aOR 3,67, 95%CI 1,64–8,22). U Novom Sadu i Kragujevcu u odnosu na seksualno ponašanje, testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci, prema ULRA i MLRA, u populaciji i u uzorku bilo povezano sa seksualnim odnosima u pasivnoj ulozi sa dva i više partnera (u populaciji OR 1,85, 95% CI: 1,03–3,42; aOR 1,87, 95% CI: 1,01–3,44; OR 1,97, 95% CI: 1,07–3,62; aOR 2,36, 95% CI: 1,18–4,69, respektivno; u uzorku: OR 1,79 95% CI: 1,12–2,88; aOR 1,71, 95% CI: 1,04–2,83; OR 2,02, 95% CI: 1,27–3,23; aOR 2,69, 95% CI: 1,53–4,71 respektivno). U Beogradu u uzorku je sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci u modelu ULRA i MLRA značajno bilo povezano sa postojanjem komercijalnih seksualnih partnera nekad u životu (OR 1,92, 95% CI: 1,04–3,55; aOR 2,57, 95% CI: 1,21–5,45). Kako kvalitativni nalazi pokazuju, glavni percipirani rizik vezan za veći broj seksualnih partnera je povezan sa mogućnošću nenamernog seksualnog odnosa sa nekim ko je HIV pozitivan, što predstavlja osnovni seksualni rizik od HIV infekcije:

Jednom mi se desilo da sam bio sa osobom za koju sam kasnije saznao da ima HIV. Imali smo nezaštićen odnos, s tim što sam u tom odnosu (ja) bio aktivan (insertivan). I, onda sam se mnogo uplašio. Onda sam radio posle tri meseca (test na HIV)...(#23, Beograd, 32 godine)

Generalno, seksualni odnos sa osobom za koju nisu znali da živi sa HIV-om jeste jedan od najintenzivnijih motiva za testiranje na HIV.

(Testirao sam se na HIV) zato što sam čuo neke priče za jednog dečka sa kojim sam bio (u seksualnom odnosu). To je bio neko s kim sam bio nešto kratko. Ta priča (o njemu) me je naterala da odem da proverim (HIV status)... (#27, Kragujevac, 28 godina)

Za razliku od drugih gradova, u Kragujevcu je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci bilo značajno negativno povezano u ULRA i MLRA modelu i u populaciji i u uzorku sa upoznavanjem partnera preko ličnih poznanstava, kontakata i preporuka prijatelja (OR 0,37, 95% CI: 0,20–0,69, aOR 0,34, 95% CI: 0,18–0,68; OR 0,48, 95% CI: 0,30–0,77, aOR 0,56, 95% CI: 0,31–0,99, respektivno). Kvalitativni nalazi objašnjavaju da se različiti načini upoznavanja vezuju za različit stepen poverenja prema partnerima. Tako, npr, kontakt koji se ostvaruje sa potencijalnim partnerima preko prijatelja ostavlja utisak veće pouzdanosti partnera i osećaj boljeg poznavanja osobe. Ovo može da navede osobu da stvori lažni osećaj sigurnosti i da rizik od HIV-a i PPI neopravdano minimalizuje. Suprotno, na kruzingu mestima kontakt sa potencijalnim partnerima je relativno površan i nije praćen nekim intimnijim razgovorima, na osnovu kojih bi mogao da se proceni rizik od HIV-a i drugih PPI.

Obično, pokupiš nekoga (na kruzingu) i odete... Odvezeš se negde i odradiš to (imaš seks) u kolima ili napolju... Ako pokupim nekoga, vratim ga tamo gde sam ga pokupio ili gde već hoće (da ide) i idem kući... (# 36, Novi Sad, 35 godina)

U Beogradu je prema ULRA i MLRA modelu samo u uzorku postojanje stalnog seksualnog partnera u poslednjih 12 meseci bilo značajno povezano sa većim šansama za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci (OR 1,51, 95% CI: 1,00–2,29; aOR 2,02, 95% CI: 1,22–3,34). Generalno, prema kvalitativnim nalazima, može se zaključiti da se seksualni odnosi sa stalnim partnerom uglavnom ne doživljavaju kao rizični. Međutim, ima ispitanika koji ističu da su, ušavši u emotivni i seksualni odnos sa partnerom, sporazumno uradili testiranje na HIV infekciju, kako bi proverili svoj status radi stupanja u nezaštićene seksualne odnose:

Između ostalog, uradili smo i test na HIV. Ovaj, ne jednom, nego par puta. I onda sam bio siguran, znači, da zaista nije promiskuitetan. A, je l' ste se sporazumno odlučili da idete na test? Da, da. Naravno. Ništa pod prisilom, ništa ovako, nego – hajde! Hoćemo to da uradimo zbog nas. 'Nači, i zbog mene i zbog njega, jednostavno da bi imali to neko rasterećenje... u samom seksu. Znači, da, da... Želim da uživam u tom, znači, kad... bude seksa. Je l' to vodilo na kraju odluci da prestanete da koristite kondome? Da, da. Jeste... Jednostavno smo se tako dogovorili. Mislim dogovorili. Pričali smo o tome. (#5, Beograd, 41 godina)

U intervjuima su ispitanici isticali da postoji i mogućnost prevara u stalnoj vezi, što bi trebalo da utiče na osobe u ovakvim vezama da se testiraju na HIV.

Ja sam pitao drugara tog, koji je živeo sa muškarcem tri godine. Imali su seks bez kondoma i on (drugar) smatra da on nema razloga da se testira. A dečko mu je imao (seksualne) odnose sa drugima! (#25, Beograd, 28 godina)

Sumnja u status partnera može da objasni značajnu povezanost znanja da osoba može da izgleda zdravo, a da živi sa HIV-om u modelu ULRA i MLRA u populaciji i u uzorku sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u Kragujevcu (OR 3,29, 95% CI: 1,36–7,98, aOR 2,52, 95% CI: 1,07–5,97; OR 4,35, 95% CI: 1,92–9,88, aOR 3,62, 95% CI: 1,48–8,85, respektivno). U Kragujevcu su oba ispitanika u dubinskim intervjuima naveli da je testiranje na HIV bilo povezano sa sumnjom da su imali seksualni odnos sa nekim ko je inficiran HIV-om, iako im u momentu kad su stupali u seksualni odnos nisu delovali sumnjivo, odnosno nisu bili na oprezu. Kasnije su, razmišljajući, smatrali da su mogli da pretpostave... Jedna osoba je čula naknadno priče od gej prijatelja da je osoba s kojom je imao seksualni odnos inficirana HIV-om, što ga je motivisalo da se testira. Druga osoba je naknadno, kada joj se zdravstveno stanje narušilo, otišla da se testira na HIV. Po saznavanju rezultata, zaključio je ko je mogao od dotadašnjih seksualnih partnera da bude inficiran HIV-om. Generalno, sumnja da je osoba bila sa nekim ko živi sa HIV-om utiče na odluku da se ode na testiranje na HIV infekciju.

Prema kvalitativnim nalazima, odluka o testiranju na HIV infekciju može da bude povezana i sa percepcijom svoje seksualne orijentacije. Prema kazivanju jednog od ispitanika, oni muškarci koji imaju seks sa muškarcima, a koji sebe doživljavaju kao heteroseksualce, smatraju da, za razliku od homoseksualaca i biseksualaca, nisu u potrebi da se testiraju na HIV, odnosno na njih se ne odnosi rizik od HIV infekcije, jer su heteroseksualci:

(#1, 30) Ima mnogo ljudi koji mi ono (kažu): „ja se nisam testirao (na HIV), ja sam strejt.” Ja mu kažem „Šta ćeš ti kod mene ako si strejt?” (i oni odgovore) „Pa...ali to (da imamo seks) znaš samo ti.” A ja kažem: „Pa, dobro, znam samo ja i ova četiri zida, ali opet znaš to i ti, u tvojoj glavi.” (A oni odgovore) „Ne, ne, ne! Ja ovo (seks sa muškarcem) ne radim uvek, ne radim je ovo svaki dan! Jedanput u godini, i to je meni, ono, normalno.” (FG, #1, Beograd)

Jedino su u Beogradu oni koji su procenjivali da su u riziku od HIV infekcije imali značajno veće šanse i u populaciji i u uzroku u modelu ULRA i MLRA da se testiraju na HIV u poslednjih 12 meseci (OR 2,95, 95% CI: 1,69–5,17; aOR 1,96, 95% CI: 1,08–3,56; OR 2,33, 95% CI: 1,53–3,54, aOR 1,83, 95% CI: 1,12–3,01, respektivno), dok u drugim gradovima samoprocena rizika nije identifikovana kao nezavisan prediktivni faktor testiranja na HIV infekciju u MSM populaciji.

Ono što se pojavilo samo u uzorku u modelu ULRA i MLRA u Kragujevcu jeste da je postojanje iskustva seksualnog odnosa sa ženama nekad u životu faktor koji je negativno povezan sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci (OR 0,54, 95% CI: 0,34–0,86, aOR 0,55, 95% CI: 0,30–0,98). Kada je reč o seksualnim odnosima sa ženama, kao što je istaknuto u prethodno predstavljenim rezultatima (9.2.1. Seksualni odnosi sa ženama), žene se koriste i kao paravani za skrivanje svojih seksualnih sklonosti ka istom polu. Takođe, deo su i faze upoznavanja svoje seksualnosti, tj. svojih preferencija. Mada ne govore direktno o tome, može se pretpostaviti da postoji generalno zadržka kod onih koji nastoje da očuvaju/izgrade društveno prihvatljivu (heteroseksualnu) sliku o sebi da izbegavaju testiranje kako ne bi bili u situaciji da rizikuju otkrivanje njihovih seksualnih preferencija, odnosno kako ne bi bili u riziku od stigme i potencijalne diskriminacije (što je posebno prisutno u manjim sredinama, kojima pripada i Kragujevac). Takođe, bilo bi dobro dalje proučiti motivaciju za testiranje kod onih koji se identifikuju kao biseksualci.

U Beogradu i Novom Sadu je identifikovana pozitivna povezanost testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci sa posetom izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci u modelu ULRA i MLRA i u populaciji i u uzorku (u populaciji: OR 2,42, 95% CI: 1,41–4,15, aOR 2,32, 95% CI: 1,25–4,30; OR 2,10, 95% CI: 1,17–3,77, aOR 2,25, 95% CI: 1,21–4,17, respektivno; u uzorku: OR 2,14, 95% CI: 1,42–3,24, aOR 2,26, 95% CI: 1,36–3,77; OR 2,19, 95% CI: 1,36–3,52; aOR 2,37, 95% CI: 1,44–3,90, respektivno). Ukoliko se odlazak kod izabranog lekara posmatra kao deo redovne brige o zdravlju, ovakvi nalazi mogu biti u nekoj meri opravdani kvalitativnim podacima, gde su u razgovorima neki ispitanici isticali da generalno briga o svom zdravlju uključuje i redovno testiranje na HIV. Neki su se prema testiranju na HIV odnosili kao da je to deo lične higijene – nešto što valja svaka osoba koja vodi računa o sebi i svom zdravlju da redovno čini.

(#4, 26) Od trenutka kako sam to (da sam gej) sebi priznao i počeo da upoznajem gej ljude i to sve (imam seksualne odnose), od toga ja se testiram (na HIV) svakih 6 meseci. (FGD #4, Novi Sad)

Kada je reč o testiranju na HIV kao delu brige o sopstvenom zdravlju, treba napomenuti da neki ispitanici praktikuju da redovno kontrolišu svoj HIV status kroz dobrovoljno davanje krvi.

Na odluku o testiranju na HIV infekciju može da utiče i percepcija sopstvenog zdravlja. Tako su neki ispitanici isticali da znaju da su zdravi i da otud ne vide razloga za odlazak na testiranje na HIV:

Prosto me je mrzelo da odem na testiranje. Zanimario sam to... Čist sam. Osećam se dobro. Mislim, znam da možeš da se osećaš dobro i sa HIV-om, ali osećam se dobro. Nemam taj problem (HIV). (#4, Beograd, 30 godina)

U sva tri grada je, prema rezultatima ULRA i MLRA u populaciji i u uzorku, značajno veću verovatnoću za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci imaju oni koji su prethodno koristili HIV preventivne usluge udruženja (u populaciji – u Beogradu: OR 3,82, 95% CI: 2,10–6,96; aOR 2,82, 95% CI: 1,50–5,30; u Novom Sadu: OR 2,30, 95% CI: 1,27–4,18; aOR 2,15, 95% CI: 1,15–3,99; u Kragujevcu: OR 7,35, 95% CI: 3,13–25,34; aOR 7,53, 95% CI: 2,07–27,40; u uzorku – u Beogradu OR 5,14, 95% CI: 3,25–8,13; aOR 5,13, 95% CI: 2,94–8,94; u Novom Sadu: OR 2,65, 95% CI: 1,64–4,28; aOR 2,26, 95% CI: 1,59–4,31; u Kragujevcu: 11,95, 95% CI: 4,86–29,35, aOR 7,71, 95% CI: 2,76–21,58).

Udruženja su, pored pružanja parnjačke podrške i savetovanja, distribucije kondoma i lubrikanata, radila i na podizanju znanja, uključujući i motivisanje za savetovanje i testiranje na HIV infekciju i informisanje o mestima gde i kada mogu to da urade. U Beogradu je u populaciji i u uzorku nađeno da oni koji znaju gde mogu da se savetuju i testiraju na HIV u Beogradu imaju značajno veće šanse da se testiraju na HIV u poslednjih 12 meseci (OR 7,24, 95% CI: 2,64–19,82; aOR 4,37, 95% CI: 1,50–12,80; OR 8,01, 95% CI: 3,88–16,53, aOR 4,08, 95% CI: 1,81–9,20, respektivno).

Savetovanje i testiranje na HIV može da se uradi u savetovalištim za HIV i PPI pri IJZ/ZJZ i, u slučaju Beograda, u ZZS. Međutim, i pored znanja o tome gde može da se testira na HIV, ispitanici su u razgovorima isticali različite barijere. Kako su neki ispitanici iz Novog Sada istakli, prepreka može da bude radno vreme savetovališta. Ovo radno vreme često nije u skladu sa redovnim obavezama koje imaju ispitanici, što ih onemogućava da stignu na vreme da dobiju uslugu.

(#2, 29) Tri koleginice sa posla su htele da odu za Prvi decembar (Svetski AIDS dan) da se testiraju i ispostavilo se da one ne mogu da odu zato što one rade do pet–pola šest, a Higijenski (savetovalište za HIV i PPI IJZ Novi Sad) radi do jedan ili dva. One ne mogu da odu zato što ili moraju da uzmu slobodan dan ili da ustanu veoma rano (da odu pre posla). (FG, #3, Novi Sad)

Suprotno, ima i ispitanika koji ističu da onaj ko želi da se testira na HIV uvek može da se organizuje tako da stigne na vreme da se testira. Međutim, neki ispitanici su isticali da je problem što za testiranje u savetovalištu pri zdravstvenoj ustanovi često treba izdvojiti dva dana – prvi dan za testiranje na HIV, a drugi za preuzimanje rezultata testa. Ono što vide kao protivtežu identifikovanim preprekama jeste mogućnost savetovanja i testiranja na HIV u udruženju. Oni koji su koristili ove usluge ističu da prvo nema barijere vezane za radno vreme, a drugo da se u udruženju koriste brzi skrining testovi na HIV, te da se rezultat može dobiti istog dana. Ono što je prepreka za korišćenje ovih usluga u udruženju jeste što se te usluge ne pružaju uvek, u kontinuitetu, već periodično, u sklopu različitih akcija.

(#4, 25) Ljudima je najjednostavnije 1. decembra (Svetski AIDS dan), jer imaju pokretne jedinice ceo dan, brzi rezultati izdavanja... #5 Ja sam radio (HIV test) u (adresa Savetovališta za HIV). Znam da im je uvek (pravilo) ako nešto radiš danas (HIV test), sutra popodne dobijaš rezultate. Tako da (ima NVO) imaju tu prednost što se tiče pokretnih jedinica... (FG, #1, Beograd)

U kvantitativnom delu istraživanja u sva tri grada je nađeno da iskustvo stigme i diskriminacije, kao i osećaj autostigme, nisu povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci. Međutim, kvalitativni nalazi su ukazali na to da je shvatanje stigme i procena izloženosti riziku od stigme svakako povezana sa testiranjem na HIV infekciju. U razgovorima sa ispitanicima isticano je da stigma povezana sa seksualnom orijentacijom, kao i stigma povezana sa HIV infekcijom, mogu da deluju na odluku konkretne osobe da se testira na HIV

infekciju. Naime, ispitanici, posebno u manjim mestima, percipiraju savetovališta za HIV i PPI pri zdravstvenim ustanovama kao mesta gde potencijalno mogu da budu dovedeni u situaciju da kasnije u svom društvenom okruženju budu stigmatizovani zbog svoje seksualne orijentacije. Tačnije, postoji shvatanje, posebno kad je reč o manjim mestima, da će odlaskom u savetovališta za HIV i PPI pri zdravstvenoj ustanovi svi, protivno njihovoj volji, saznati za njihovu seksualnu orijentaciju:

(#7, 41) Imam sigurno 10 prijatelja koji se nikad u životu nisu testirali (na HIV). I neće... (#3, 35) Mislim da je to zbog obeležavanja. Znači, ko ide da se testira (na HIV), on je verovatno gej... I to je to. Strah da će ih videti neko tamo... (#7, 41) Javno žigosani... (FG, #3, Novi Sad).

Ono što takođe može da odbije od korišćenja usluge savetovanja i testiranja na HIV u zdravstvenoj ustanovi jeste i razgovor sa savetnikom, gde savetnik pokušava da proceni rizik osobe za inficiranje HIV-om, pri čemu je bitno da utvrdi i seksualnu praksu klijenta. Ovo neki ispitanici nalaze posebno odbojnim:

(#6, 36) Najstrašnji deo je kada doktor pita: da li imate seks sa muškarcima ili sa devojkama? #7 Mislim to pitanje treba da se izbacila. Kada su ga izbacili iz vojske, onda... Mislim, da li se razlikuje ako se HIV dobije od muškarca ili od žene?... Nije da ja tamo želim da se dokazujem. Zašto je bitno kako sam dobio?... (FG, #4, Novi Sad)

Pored ovih barijera za testiranje na HIV identifikovanih u odnosu na savetovališta za HIV i PPI pri zdravstvenim ustanovama, neki ispitanici su identifikovali i određene barijere za testiranje na HIV u udruženjima, a vezane za potencijalnu stigmatu. Naime, pored onih ispitanika kojima odlazak u udruženje na testiranje na HIV predstavlja olakšanje u odnosu na savetovališta u zdravstvenoj ustanovi, postoje i oni ispitanici koji nisu spremni još uvek da budu identifikovani kao MSM ni u udruženjima i dodatno smatraju da bi odlaskom u udruženje koje sprovodi program u ovoj populaciji svoju seksualnu orijentaciju protiv svoje volje izložili javnosti. Neki su, pak, ispitanici isticali u manjoj ili većoj meri i pitanje poverljivosti onoga što kažu savetniku u udruženju. Naime, savetnici u udruženjima su obično parnjaci (osobe koje su takođe MSM), koji se kreću na sličnim mestima kao i ispitanici, te kod nekih ispitanika postoji strah da bi ti isti savetnici mogli da ispričaju drugima ono što su od njih čuli u poverenju. Međutim, može se reći da ipak preovlađuju oni MSM koji imaju pozitivna iskustva sa udruženjima u ovom pogledu i doživljavaju ih kao mesta gde mogu otvoreno da govore o svojoj seksualnosti.

Pored stigme vezane za gej osobe, ispitanici su govorili i o stigmati vezanoj za HIV infekciju kojoj se direktno ili indirektno izlažu odlaskom na testiranje na HIV. Jedan od strahova je vezan i za saznavanje svog potencijalno pozitivnog HIV statusa. Ovo bi dalje, po shvatanju ispitanika, uticalo na njihov kvalitet života:

Malo me je bio strah rezultata (testa na HIV), iako nisam imao razloga da se bojim. Nisam menjao mnogo partnera. Ali... Mislim da ne bih mogao da živim sa tim (sa HIV-om)... Jako mi je strašno to. Poznajem dečka koji živi sa tim (sa HIV-om) i znam kolike probleme ima najviše zato što se (su ljudi) saznalo. (# 28, Novi Sad, 22 godine)

Pored straha od potencijalne stigme vezane za HIV infekciju u slučaju pozitivnog rezultata testa na HIV, tu je i strah od potencijalnog označavanja od strane MSM zajednice kao da su HIV pozitivna osoba ili kao da su osoba koja je u stalnom riziku od HIV infekcije zbog svog seksualnog ponašanja. Ovaj strah je u stvari vezan za dobijanje svojevrstne loše reputacije u MSM zajednici, kao i za širenje mišljenja u zajednici da je osoba koja se testirala na HIV u

stvari promiskuitetna. Kao što je ranije spomenuto, ovakva reputacija u MSM zajednici može uticati na smanjenu mogućnost stupanja u partnerske odnose sa drugim muškarcima.

Pored označavanja u samoj MSM zajednici, neki ispitanici su isticali i svoju zabrinutost da će biti obeleženi i u opštoj populaciji kao HIV pozitivni, te da će se na taj način onda okolina i odnositi prema njima, ukoliko se sazna da su gej (MSM).

(#5, 18) *Ako se kaže „HIV”, to se onda misli normalno na seksualnu gej populaciju – kada se priča o HIV-u. Realno.* (FG, #3, Novi Sad)

5. DISKUSIJA

Prema rezultatima našeg istraživanja tek svaka treća osoba se testirala na HIV u poslednjih 12 meseci u Beogradu i Novom Sadu, a duplo više, tačnije gotovo dve od tri osobe u Kragujevcu. Sudeći prema rezultatima poslednjeg Evropskog internet istraživanja među MSM (EMIS) sprovedenog 2017. godine u 50 zemalja Evrope može se generalno reći da obuhvat uslugom testiranja na HIV infekciju među MSM nije zadovoljavajući. Prema ovoj studiji u Evropi se svega 56% MSM testiralo na HIV i dobilo rezultate u 12 meseci koji su prethodili studiji. Takođe, prema rezultatima ove studije Srbija pripada zemljama gde je obuhvat uslugom testiranja na HIV nizak, odnosno u poslednjih 12 meseci u Srbiji je uslugu testiranja koristilo svega 43,6% MSM (78). Ovi rezultati su u skladu sa nalazima našeg istraživanja.

U cilju rane dijagnostike osoba inficiranih HIV-om i njihovog uključivanja u odgovarajući terapijski režim, usluga testiranja na HIV, praćena savetovanjem, je prepoznata i na međunarodnom i na nacionalnom nivou za ključnu intervenciju u prevenciji HIV infekcije (8,19,171). Ova intervencija je posebno dobila na značaju po definisanju preporuke „testiraj i leći” od strane SZO. Neophodno je da se osobi odmah po dijagnostikovanju HIV infekcije uvede i odgovarajući antiretrovirusni terapijski režim, bez obzira na broj CD4+ ćelija/mm³ koji postoji u momentu dijagnostikovanja HIV infekcije (172). Bez obzira na značaj same intervencije i kontinuiranog rada na njenoj promociji od strane udruženja, kao i od strane javnozdravstvenih ustanova, može se reći da obuhvat nije zadovoljavajući.

Posledice niskog obuhvata testiranjem na HIV infekciju se reflektuju na zdravstveno stanje osoba u vreme dijagnostikovanja HIV infekcije. Naime, prema rezultatima epidemiološkog nadzora među osobama kod kojih je novodijagnostikovana HIV infekcija uočen je velik broj onih kod kojih je HIV kasno dijagnostikovano, tzv. *late presenters* (manje od 350 CD4+ ćelija/mm³), odnosno sa uznapredovalom HIV infekcijom, tzv. *advanced HIV infection* (manje od 200 CD4+ ćelija/mm³). Među osobama kojima je rađen test broja CD4+ limfocita, tokom poslednjih 10 godina gotovo polovina osoba je dijagnostikovana u kasnom stadijumu HIV infekcije, odnosno oko 1/3 sa uznapredovalom HIV infekcijom. Tako je 2011. godine, kada se počinje pratiti ovaj pokazatelj u Srbiji, kod 58,2% osoba među onima kojima je meren broj CD4+ limfocita HIV infekcija kasno dijagnostikovana, odnosno 32,8% je bilo sa uznapredovalom HIV infekcijom. U 2020. godini kod 57% osoba je kasno dijagnostikovana HIV infekcija, a čak 43% je bilo sa uznapredovalom HIV infekcijom. Najmanje učešće osoba kojima je kasno dijagnostikovana HIV infekcija među onima kojima je meren broj CD4+ limfocita je zabeležen 2015. godine (42,7%), a najveće učešće je zabeleženo 2014. godine (67,3%). Kada je reč o MSM, među onima kojima je meren broj CD4+ limfocita kod oko polovine je tokom poslednjih 10 godina HIV infekcija kasno dijagnostikovana, i to kod 63,2% u 2011. godini, a kod 54,9% u 2020. godini. Najviše MSM osoba sa kasno dijagnostikovanom HIV infekcijom među MSM kojima je meren broj CD4+ limfocita je zabeleženo upravo 2011. godine, a najmanje 2016. godine (38,1%) (17,28–30,173). Kasno dijagnostikovanje HIV infekcije je i dalje jedan od javnozdravstvenih problema u Evropi. Prema izveštaju ECDC, na nivou Evrope (bez Ruske federacije) kasno dijagnostikovanje HIV infekcije je u kontinuitetu

prisutno kod oko polovine osoba kojima je novodijagnostikovana HIV infekcija. U 2020. godini, kasno dijagnostikovanje HIV infekcije je bilo prisutno kod 41% MSM (173), što je znatno niže nego što je slučaj sa MSM populacijom u Srbiji.

Učešće velikog broja onih kojima je HIV infekcija kasno dijagnostikovana, tj. kada je imunološki odgovor već narušen, ima negativne implikacije na uspešnost antiretrovirusne terapije po započinjanju lečenja. Naime, studije pokazuju da je započinjanje terapijskog lečenja onda kada je imunološki odgovor već narušen (nizak broj CD4+ ćelija/mm³ ili pojava oboljenja koja su indikativna za AIDS) povezano sa bržom progresijom bolesti i većom učestalošću hospitalizacija, manjom uspešnošću u postizanju nedetektibilne viremije, kao i većom učestalošću umiranja od bolesti i stanja povezanih sa AIDS-om. Takođe, započinjanje lečenja u kasnijem stadijumu HIV infekcije povezano je i sa većom transmisijom HIV infekcije u zajednici iz koje potiču inficirani HIV-om (174–176).

Jedno od osnovnih pitanja koje se postavlja u ovom našem istraživanju odnosilo se na ispitivanje faktora koji su povezani sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci u MSM populaciji. Faktore identifikovane multivarijantnom logističkom regresionom analizom (MLRA) smo grupisali u četiri grupe: 1) faktori vezani za brigu o zdravlju, tj. korišćenje preventivno-zdravstvenih usluga; 2) faktori vezani za rizično ponašanje u odnosu na HIV; 3) faktori vezani za znanje o HIV infekciji; 4) ostali faktori. U sva tri grada kada se gledaju modeli dobijeni MLRA u odnosu na populaciju i u odnosu na uzorak, najveće razlike u faktorima se javljaju u grupi faktora vezanih za rizike. Najveće razlike između identifikovanih faktora u multivarijantnom logističkom regresionom modelu za populaciju i modelu za uzorak u pojedinačnom gradu su u Beogradu. Novi Sad pokazuje najveću konzistentnost u rezultatima MLRA, tačnije oba modela, i onaj koji je realizovan u odnosu na populacione procene i onaj u odnosu na uzoračke proporcije, su identični.

Prema nalazima našeg istraživanja, kao značajan nezavisni prediktor verovatnoće testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci među MSM u multivarijantnom logističkom regresionom modelu, i po populacionim procenama i po uzoračkim vrednostima za sva tri grada, je korišćenje HIV preventivnih usluga udruženja u poslednjih 12 meseci, što je faktor vezan za brigu o zdravlju. Pored korišćenja usluga udruženja, u Beogradu i Novom Sadu, i u multivarijantnom logističkom regresionom modelu za populaciju i za uzorak, identifikovano je korišćenje usluge izabranog lekara u poslednjih 12 meseci kao značajan nezavisni prediktor testiranja na HIV infekciju, što smo takođe svrstali u grupu faktora vezanih za brigu o zdravlju.

Kada je reč o znanju, u Beogradu se u oba multivarijantna logistička regresiona modela, i za populaciju i za uzorak, identifikuje kao značajan nezavisni faktor asociran za veću verovatnoću testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci – znanje o mestu gde se može savetovati i testirati na HIV. U Kragujevcu je i za populaciju i za uzorak značajan nezavisni faktor vezan za veću verovatnoću testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci znanje da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om.

U pogledu rizičnog ponašanja značajni nezavisni faktori asocirani sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, u Beogradu su samoprocena da postoji rizik da se mogu inficirati HIV-om (u populaciji i u uzorku); seksualni odnosi sa dva i više partnera u poslednjih 12 meseci (u populaciji); postojanje stalnog seksualnog partnera u poslednjih 12 meseci (samo u uzorku); i postojanje komercijalnih seksualnih partnera nekad u životu (samo u uzorku). Značajan nezavisni faktor asociran sa manjim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u Beogradu je upotreba psihoaktivnih supstanci nekad u životu.

U Novom Sadu, značajan nezavisni faktor povezan sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je postojanje seksualnih odnosa sa dva i više seksualnih partnera koji su pri tome imali aktivnu ulogu (u populaciji i u uzorku).

U Kragujevcu, značajan nezavisni faktor povezan sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci je postojanje seksualnih odnosa sa dva i više insertivnih seksualnih

partnera (u populaciji i u uzorku). Značajni nezavisni faktori povezani sa manjim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u Kragujevcu su upoznavanje potencijalnih seksualnih partnera preko ličnih poznanstava (u populaciji i u uzorku); i postojanje seksualnih odnosa sa ženama nekad u životu (samo u uzorku).

Od ostalih faktora, u Beogradu je identifikovana srpska nacionalna pripadnost kao značajan nezavisan faktor povezan sa većim šansama za testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci (samo u uzorku), a u Kragujevcu je identifikovan stav da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu socijalno izolovane kao značajan nezavisni faktor asociran sa manjom verovatnoćom testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci.

Prema rezultatima kvalitativne komponente našeg istraživanja, identifikovano je da su za odluku o testiranju na HIV infekciju značajni percepcija stigme povezane sa gej populacijom i HIV infekcijom, nedostatak poverenja u zdravstvene ustanove i percepcija rizičnosti sopstvenog seksualnog ponašanja.

Korišćenje usluga udruženja koja sprovode programe prevencije HIV infekcije među MSM se pokazalo kao značajan nezavisan prediktor testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci. Druge studije potvrđuju ovaj nalaz i to po dva osnova – kroz korišćenje bihejvioralnih usluga, uključujući i edukaciju i parnjačku podršku, koje pružaju udruženja, i kroz korišćenje biomedicinskih usluga, tačnije savetovanja i testiranja na HIV van zdravstvene ustanove, tj. u zajednici. Kada je reč o bihejvioralnim intervencijama, posebno o parnjačkoj podršci, studije ukazuju da postojanje društvene, parnjačke, podrške i dobijanje edukacije/saveta o HIV infekciji i PPI, deluje protektivno u odnosu na rizike od HIV infekcije. Tako se u studiji sprovedenoj na jugu SAD ističe da je veća verovatnoća da se testiraju na HIV oni MSM koji imaju parnjačku podršku (177), a u studiji sprovedenoj u jednoj od kineskih provincija se ističe da oni MSM koji dobijaju relevantne informacije o HIV infekciji i PPI imaju veće šanse da se testiraju na HIV bilo kada u životu (178). Istraživanje među MSM u Švedskoj je pokazalo da je jedan od nezavisnih prediktora testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci besplatno davanje kondoma u poslednjih 12 meseci (81). Kada je reč o usluzi testiranja na HIV van zdravstvenih ustanova, tj. u zajednici, više istraživanja ukazuje da je ova usluga značajna za veći obuhvat MSM (i drugih ključnih populacija) testiranjem na HIV infekciju, za ranu dijagnostiku HIV infekcije i s tim povezano započinjanje lečenja. Tako su sistematski pregledi literature i pojedinačne studije, u kojim su evaluirane ove intervencije, ukazale na značaj i efektivnost ove intervencije u smislu povećanja broja testiranja na HIV, posebno među onima koji se ranije nisu testirali na HIV infekciju ili su se retko testirali (179–181) i uspešnosti u identifikovanju osoba koje su inficirane HIV-om (179,181,182). U slučaju MSM koji su uključeni u naše istraživanje, najviše ispitanika iz Kragujevca je koristilo usluge udruženja (tri od četiri), a znatno manje u Beogradu (gotovo svaki drugi) i Novom Sadu (oko svaki treći). Primetno učestalije testiranje među MSM u Kragujevcu upravo se može povezati sa značajno većim učešćem onih MSM koji su koristili usluge prevencije HIV infekcije od udruženja u odnosu na MSM iz Beograda i Novog Sada. Udruženja koja su pre i tokom našeg istraživanja bila aktivna realizovala su mahom bihejvioralne intervencije, poput savetovanja (parnjačkog, individualnog ili sporadično grupnog) u cilju promene rizičnog ponašanja, ali i u cilju psihosocijalnog osnaživanja individua i jačanju mentalnog zdravlja (rad na samoprihvatanju sebe i svoje drugačije seksualne orijentacije i rad na prevazilaženju s tim povezanih problema); zatim informisanje o rizicima od HIV infekcije, načinima njihove prevencije i mestima gde se može uraditi dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje (DPST) na HIV, kao i deljenje kondoma. Sporadično su organizovali savetovanje i testiranje na HIV u prostorijama udruženja ili na različitim lokacijama gde se okupljaju pripadnici MSM populacije (kruzing mesta, gej klubovi, kafići i sl.) koristeći prilagođena kombi-vozila. U našem istraživanju, kao i u drugim studijama, sa većom verovatnoćom testiranja na HIV povezana su oba tipa usluga koja udruženja pružaju – i bihejvioralne intervencije i biomedicinske. Međutim, da bi uradili dublju analizu koje

konkretno usluge udruženja deluju na povećanje verovatnoće testiranja, bilo bi potrebno uraditi posebno istraživanje sa specifikovanim uslugama koje se tu pružaju, kao i poređenje verovatnoće testiranja u udruženju i u zdravstvenoj ustanovi.

Ono što se takođe pokazalo kao značajan nezavisni prediktor testiranja na HIV infekciju u Beogradu i Novom Sadu (i u populaciji i u uzorku) jeste poseta izabranom lekaru tokom 12 meseci koji su prethodili istraživanju. Izabranog lekara u domu zdravlja je posetilo tokom 12 meseci pre realizacije istraživanja oko polovine MSM u sva tri grada. Da je generalno poseta lekaru u poslednjih 12 meseci pozitivno povezana sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci potvrđuju i druge studije sprovedene u Estoniji, nekim gradovima u SAD i Australiji (86, 183-186). Međutim, u ovim studijama se mahom naglašava značaj razgovora sa lekarom o seksualnom odnosu sa muškarcima i/ili preporukom lekara da se osoba testira na HIV. Tako se u studiji sprovedenoj u Masačusetsu (SAD) zaključuje da je manja verovatnoća da se nisu testirali na HIV i/ili PPI oni kojima je lekar to preporučio (184). Međutim, jedan sistematski pregled koji se bavi barijerama za testiranje na HIV u Evropi ukazuje na to da lekari izbegavaju da preporučuju testiranje na HIV, jer opažaju da to utiče na javljanje anksioznosti kod pacijenata (85). U slučaju naše populacije, izabrani lekari ne rade procenu rizika od HIV infekcije i ne preporučuju (rutinski ili targetirano) testiranje na HIV infekciju, sem u izuzetnim slučajevima. Slično, u studiji sprovedenoj u Sijetlu (SAD) nalazi se da je nezavisan faktor povezan sa većom verovatnoćom testiranja na HIV samo da osoba ima izabranog lekara (185). U našem istraživanju se može pretpostaviti da je razlog povezanosti odlaska izabranom lekaru sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci posledica shvatanja da je testiranje na HIV deo brige o zdravlju, te da se češće testiraju na HIV oni koji generalno više vode računa o zdravlju (a time i redovnije posećuju izabranog lekara). Dalje možemo pretpostaviti da je ovo vezano i sa pozitivnim shvatanjem ponavljano testiranja u delu MSM zajednice. Ovu pretpostavku potkrepljuju i nalazi jednog pregleda literature vezanog za ponavljana testiranja u kom je posmatran način na koji se ova tema posmatra, tj. tretira u literaturi i naučnim krugovima. Tu se ističe da je tokom 90-ih godina prošlog veka ponavljano testiranje pojedinaca posmatrano kao nepotrebno, kao parametar ponavljano rizičnog ponašanja i loše postavljenog savetovanja pre i posle testiranja. Posle 2000-te ističe se da se ponavljano testiranje počinje preporučivati, kao i da se ponavljano testiranje tretira kao deo brige o zdravlju (187). U studiji sprovedenoj u Sijetlu (SAD) ističe se da je veća verovatnoća da su ispitanici koji su se testirali na HIV za glavni razlog testiranja navodili da se redovno testiraju na HIV (185). U našem istraživanju u kvantitativnom segmentu nema podataka da li se oni koji su prijavili da su posećivali dom zdravlja i izabranog lekara u poslednjih 12 meseci periodično testiraju na HIV. Međutim, kvalitativni podaci ukazuju da u jednom delu MSM populacije postoji pozitivna norma o periodičnom testiranju na HIV kao delu opšte brige o svom zdravlju.

Znanje da i ona osoba koja izgleda zdravo ipak može biti inficirana HIV-om, u našem istraživanju se javlja kao nezavisan faktor povezan sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci i to u Kragujevcu (i u modelu MLRA dobijenom za populaciju i u modelu MLRA dobijenom za uzorak). Ovakav nalaz se sreće i u studiji realizovanoj u Gani, gde je takođe znanje da osoba koja živi sa HIV-om može izgledati zdravo povezano sa većom verovatnoćom testiranja na HIV (188). Treba istaći da je u svim gradovima visoko znanje po pitanju zdravog izgleda i inficiranosti HIV-om. Tako u Novom Sadu svi sem jednog ispitanika znaju da zdrav izgled nije isto što i HIV negativan status, a u Beogradu po procenama za populaciju to zna njih 94%, odnosno u uzorku njih 85,5%. Generalno, može se reći da je svest o tome da izgled ne govori ništa o HIV statusu u kombinaciji sa drugim faktorima rizika utiče na odluku o testiranju na HIV infekciju. Studija sprovedena u Mozambiku i Keniji ukazuje da je nezavisan faktor za testiranje na HIV ikad u životu među muškarcima (nevezano za njihovu seksualnu orijentaciju) postojanje sveobuhvatnog znanja o HIV infekciji (pravilno identifikovanje načina prevencije seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje glavnih zabluda) (189).

Studije sprovedene u Irskoj i Norveškoj, pak, ističu da je niže znanje o HIV infekciji jedan od faktora za netestiranje na HIV (190,191), a u jednom sistematskom pregledu literature se ističe da znanje o HIV infekciji utiče na testiranje na HIV infekciju (192). U našem istraživanju nije nađeno da je sveobuhvatno znanje nezavisan faktor testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci. Ono što je nađeno u Beogradu (u oba modela MLRA – i za populaciju i za uzorak) jeste da je znanje o tome gde može da se uradi testiranje na HIV jedan od nezavisnih faktora za testiranje u poslednjih 12 meseci. Odnosno, oni koji imaju ovo znanje imaju oko 4,4 puta u populaciji, odnosno oko 4,8 puta u uzorku veće šanse da se testiraju na HIV u poslednjih 12 meseci. Studije sprovedene u Holandiji, Norveškoj, Bugarskoj i Švedskoj ukazuju da oni koji se nikad nisu testirali nemaju dovoljno informacija o testiranju na HIV, što uključuje i mesto gde se testiranje i pod kojim uslovima može obaviti (81,190,193,194). Tako se u jednom sistematskom pregledu vezanom za prepreke za testiranje na HIV u Evropi ističe da je za mlade na Balkanu jedna od prepreka i to što ne znaju gde bi trebalo da odu da se testiraju na HIV, ako bi se odlučili da to učine (85). Za razliku od Novog Sada i Kragujevca, Beograd je grad koji daje više mogućnosti u vidu ustanova gde se može realizovati testiranje na HIV praćeno savetovanjem (za sve populacije Gradski zavod za javno zdravlje Beograd i Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd). Dodatno, u Novom Sadu svega 4 osobe nisu znale gde se sve može savetovati i testirati na HIV u Novom Sadu, dok je u Kragujevcu učešće onih koji znaju bilo takođe visoko (preko 60%), ali ova informacija nije delovala kao značajan nezavisan faktor za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u ovom gradu.

Studije o riziku ukazuju da samo ponašanje nije u tolikoj meri determinisano znanjem, već da na ponašanje utiču i drugi faktori poput stavova, normi, konkretnih okolnosti i slično (111,113). Neki autori govore o znanju kao delu odluke da se izvrši neka akcija (poput testiranja na HIV). Uz znanje, potrebno je da postoji izloženost određenoj informaciji (o HIV infekciji), odluka da se učini neka akcija na osnovu dobijene informacije i postojanje prethodnog iskustva u preduzimanju iste akcije (195). U našem slučaju, adekvatno znanje o HIV infekciji ima više od 60% ispitanika u svakom gradu, što je u nekoj meri u skladu sa nalazima iz EMIS sprovedenog 2017. godine, gde oko 72% ispitanika iz Srbije tvrdi da su dobili neku informaciju o HIV infekciji i/ili PPI specifično vezanu za MSM u poslednjih 12 meseci (78). Međutim, samo znanje o načinima prevencije seksualne transmisije HIV infekcije uz istovremeno odbacivanje osnovnih zabluda nije jedan od diskriminatornih faktora za testiranje u poslednjih 12 meseci, inače bi obuhvat testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci bio znatno viši. Znanje, pak, o mestu gde se može testirati na HIV jeste preduslov da se testiranje realizuje. Otud, i tamo gde nije identifikovan kao faktor koji ukazuje na veću verovatnoću testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci, svakako nedostatak informacije o mestu gde se može dobiti usluga savetovanja i testiranja na HIV može opstruirati realizaciju namere o testiranju. Prema rezultatima istraživanja među MSM sprovedenog u 50 evropskih zemalja, uključujući i Srbiju, među onima koji se nikad nisu testirali na HIV, 41,5% njih ne zna gde se može testirati na HIV, a u Srbiji njih 31,8% (što je manje nego u susednim zemljama poput Bugarske, Hrvatske, Bosne i Hercegovine, Makedonije) (78). Međutim, samo znanje gde se može savetovati i testirati na HIV nekad nije dovoljno da bi se zaista osoba testirala na HIV. Kako kvalitativna komponenta istraživanja pokazuje, postoje i određene strukturne barijere koje deluju demotivisuće u odnosu na testiranje na HIV. Te strukturne barijere su najviše vezane za radno vreme samih savetovališta pri IJZ/ZJZ, kao i za vreme koje je potrebno da protekne da bi se dobili rezultati testiranja na HIV (od minimum jednog dana u Beogradu do nekoliko dana, a obično – dan posle testiranja). Slične strukturne barijere u smislu radnog vremena, čekanja rezultata testa, ali i odnosa zdravstvenih radnika prema MSM klijentima, nađene su i istraživanjem sprovedenim među MSM u Škotskoj (196). Ove barijere se premošćuju postojanjem mogućnosti savetovanja i testiranja na HIV van zdravstvenih ustanova, tj. u udruženjima kroz terenski rad, korišćenjem brzih skrining testova na HIV. Međutim, prema pregledu strategija za unapređenje testiranja,

ističe se da je testiranje van zdravstvenih ustanova primenljivije u većim gradovima i da se tu testiraju mahom oni MSM koji ne skrivaju svoju seksualnu orijentaciju (179). Takođe, ono što se može pretpostaviti jeste da oni koji su se već odlučili da se testiraju na HIV infekciju, odlučuju se i za mesto testiranja prema raspoloživim informacijama i preferencijama, a u nedostatku preventivnih informacija mogu se odlučiti ili se odlučuju (kao u slučaju nekih naših ispitanika) i za privatne laboratorije. Otud, iako je bitno znanje gde se može savetovati i testirati na HIV, rasprostranjenost mesta gde se može samo testirati na HIV (bez savetovanja), relativizuje značaj posmatranog znanja o mestu gde se može dobiti usluga testiranja na HIV praćenog savetovanjem. Kako je upravo savetovanje značajno za rad na prevenciji HIV infekcije, odnosno za upućivanje na lečenje, bitno je postojanje usluge savetovanja i testiranja na HIV van zdravstvenih ustanova, odnosno na mestima gde se okupljaju MSM, kako bi mogli da je dobiju i oni koji nisu dovoljno informisani o postojanju i prednostima usluge testiranja na HIV praćenog savetovanjem.

Prema nalazima kvalitativnog istraživanja, i pored prisutnog relativno dobrog znanja o načinima transmisije HIV infekcije, i dalje postoje određene nedoumice. Ove nedoumice se javljaju više na nivou primene znanja u praksi, vezano za konkretne i hipotetičke situacije. Tako, na primer, postoje određene sumnje i nejasnoće vezano za mogućnost transmisije HIV infekcije putem pljuvačke. Ono što je interesantno jeste da je svega nekoliko ispitanika imalo određene informacije o efikasnosti terapije kao preventivnog sredstva. Ova znanja u vreme sprovođenja istraživanja su bila relativno nova, što ukazuje na dobru informisanost ili, pak, dobru motivisanost MSM da se informišu o smanjenju rizika od HIV infekcije. Samo dejstvo terapije na smanjenje rizika od transmisije HIV infekcije je praćeno kroz različite studije intenzivno u periodu od 2007. godine do 2016. godine. Može se reći da se prve randomizovane kontrolisane studije počinju sprovoditi od 2011. godine, prvo među heteroseksualnim parovima, a zatim i među MSM. Studije su pokazale da nije bilo transmisije HIV infekcije tamo gde je partner koji živi sa HIV-om imao nedetektabilnu količinu virusa u krvi (manje od 200 kopija/ml ili manje od 50 kopija/ml, zavisno od studije) (197). Početkom 2016. godine UNAIDS je usvojio i promovisao slogan „nedetektabilno = neprenosivo” (engl. *Undetectable = Untransmissible*) (198). Međutim, i pored ovih ranih saznanja malog broja MSM u našem istraživanju, 2017. godine, prema rezultatima EMIS studije, svega oko polovine MSM u Srbiji (51%) je imala informacije o nemogućnosti da se HIV prenese seksualnim putem u slučaju nedetektabilne viremije u krvi. U odnosu na zemlje u susedstvu, učešće onih koji nisu imali informaciju je nešto više nego učešće MSM u susednim zemljama poput Bosne i Hercegovine, Hrvatske, Mađarske, a manje nego učešće MSM u Severnoj Makedoniji ili Bugarskoj, dok u čitavom evropskom uzorku nije bilo informisano oko 43% ispitanika (78). Ovo generalno ukazuje na potrebu za boljim informisanjem MSM populacije, ne samo kod nas, već i u Evropi. Takođe, studija sprovedena među osobama sa različitim serološkim statusom u odnosu na HIV infekciju među MSM (tzv. PARTNER 2) ukazala je da, iako nije bilo slučajeva prenosa HIV infekcije između učesnika u studiji (sa partnera koji živi sa HIV-om na partnera koji nije inficiran HIV-om), na kraju studije je bilo učesnika koji su se inficirali usled nezaštićenih seksualni odnosa sa drugim partnerima koji nisu bili uključeni u studiju, a među kojima su bili i oni koji žive sa HIV-om. Takođe, ista studija je našla da je oko 24% neinficiranih HIV-om i oko 27% onih koji žive sa HIV-om tokom studije prijavilo da se inficiralo nekom od PPI (199). Imajući u vidu prevalenciju znanja među MSM o mogućnosti neprenošenja HIV infekcije seksualnim putem ukoliko partner koji živi sa HIV-om ima NKVK kao i postojećim rizičnim oblicima ponašanja (veći broj seksualnih partnera u toku 12 meseci), poruku da je „nedetektabilno = neprenosivo” treba iskomunicirati sa oprezom, odnosno uz isticanje svih ograda poput one da postoji razlika između onog da li osoba „zna” (ima ažurne rezultate testa) ili „veruje” da ima NKVK.

Samo shvatanje rizika i izloženosti istom je nađeno kao nezavisan faktor veće šanse za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci u Beogradu u oba modela MLRA – i za populaciju i za uzorak. Odnosno, oni koji smatraju da su u riziku od HIV infekcije imaju gotovo 2 puta veću šansu da se testiraju na HIV u poslednjih 12 meseci (i u populaciji i u uzroku). Sličan nalaz se sreće i u drugim studijama. Naime, u dva sistematska pregleda se ističe da je niska samoprocena izloženosti riziku od HIV infekcije jedan od faktora vezanih za netestiranje na HIV infekciju (179,192). Dalje, studije sprovedene u Kini, Misuriju (SAD), kao i u Švedskoj ističu da je niska percepcija izloženosti riziku od HIV infekcije povezana sa manjom verovatnoćom da su se osobe ikad testirale na HIV infekciju (81,178,183), dok u Ujedinjenom Kraljevstvu studija takođe među MSM ukazuje da se osobe sa ovakvom percepcijom češće testiraju u stadijumu kada je broj CD4 limfocita značajno snižen (manji od 200 kopija/ml) (193). Studije sprovedene među MSM u Nemačkoj i Njujorku (SAD) potvrđuju da je veća verovatnoća da se testiraju u poslednjih 12 meseci oni koji smatraju da su bili izloženi riziku od HIV infekcije (83,200). Da su u nekom riziku od HIV infekcije najmanje smatra ispitanika iz Kragujevca (tek svaki peti), za razliku od Beograda i Novog Sada gde oko polovine ispitanika smatra da je u nekom riziku od HIV infekcije. Sama procena svog rizika, prema nalazima kvalitativne komponente istraživanja, zavisi ne samo od procene ili shvatanja MSM da li su imali neko rizično ponašanje, nego i koliko smatraju da mogu da upravljaju tim rizikom (koliko su vešti u proceni da li je neka situacija u kojoj se nalaze rizična u odnosu na inficiranje HIV-om i da li mogu i hoće da smanje taj rizik), kao i od samog verovanja da „to” (inficiranje HIV-om) može da se desi i njima u nekoj konkretnoj situaciji. Imajući u vidu da se različiti oblici rizičnog ponašanja javljaju kao nezavisni faktori testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci u različitim gradovima, može se pretpostaviti da je u Novom Sadu i Kragujevcu pitanje izloženosti riziku vezano više za ograničen broj oblika ponašanja. Takođe, može se pretpostaviti da sama percepcija mogućnosti da se upravlja sopstvenim rizikom manja u većim sredinama, sa većom fluktuacijom same MSM populacije. U jednom sistematskom pregledu vezanom za ponavljano, rutinsko testiranje na HIV među MSM, ukazuje se da je odlazak MSM iz manjih u veće gradove nešto što se podrazumeva, i to primarno zbog mogućnosti očuvanja anonimnosti i zbog većih mogućnosti da stupaju u društvene interakcije sa drugim MSM (187). U različitim studijama sprovedenim u Irskoj, Holandiji, Nemačkoj, u Evropi uopšte, između ostalog nađeno je da je faktor povezan sa testiranjem i veličina grada u kom boravi osoba, tj. da je manja verovatnoća da će se testirati na HIV oni MSM koji žive u manjim sredinama i/ili ne žive u glavnom gradu (80,83,87,191). U našem istraživanju nismo našli ovu povezanost, ali je prisutna značajna razlika između Kragujevca i Beograda i Novog Sada, pri čemu se značajno više ispitanika iz Kragujevca testiralo na HIV u poslednjih 12 meseci. Međutim, ovaj nalaz treba uzeti s oprezom, s obzirom da su većina ispitanika iz Kragujevca (oko 85%) bili korisnici usluga udruženja koje je povremeno pružalo i usluge testiranja na HIV.

U sva tri grada različiti pokazatelji rizičnog ponašanja u odnosu na inficiranje HIV-om su identifikovani kao nezavisni prediktori testiranja u poslednjih 12 meseci. U Novom Sadu i u Kragujevcu nađeno je oko dva, odnosno dva i po puta (respektivno) veća verovatnoća testiranja na HIV onih koji su prijavili da su imali dva i više insertivnih seksualnih partnera u prethodnih 12 meseci. Ovaj pokazatelj je nađen kao nezavisan faktor u oba modela MLRA (i u populaciji i u uzorku). U Beogradu je, pak, u modelu MLRA za populaciju nađeno da je veća verovatnoća da se testiraju u poslednjih 12 meseci oni koji su imali dva i više seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (bez obzira na ulogu koju su imali prilikom tih seksualnih odnosa). Studije potvrđuju da je broj partnera u poslednjih 12 meseci sa kojima osoba ima seksualni odnos jedan od prediktora testiranja na HIV. Studija sprovedena među MSM u Evropi 2010. godine potvrđuje da je veća verovatnoća da se ikad testiraju oni koji su imali seksualne odnose sa više muških seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (2–5 ili 10 i više) (87). Studija sprovedena među MSM u Australiji takođe potvrđuje da je veća verovatnoća da su se testirali na HIV u

poslednjih 12 meseci oni koji su prijavili da su imali više muških seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (186). Suprotno, studija sprovedena među MSM u Holandiji pokazuje da je veća verovatnoća da se nikad nisu testirali na HIV oni MSM koji su prijavili da su imali manji broj seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (80). U Barseloni, Španija, sprovedena je studija među MSM koji dolaze u *check-point* da se testiraju na HIV. Praćena je kohorta MSM koji inicijalno nisu inficirani HIV-om (imali negativan rezultat HIV testa prilikom inicijacije u studiju) u periodu od tri godine, kako bi se ispratila incidencija HIV infekcije. Ovom studijom je pokazano da je jedan od nezavisnih faktora serokonverzije HIV statusa iz negativnog u pozitivan bio i da su imali više od 10 seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (201). Ovo ukazuje da ispitanici u našem istraživanju dobro procenjuju da ih povećan broj seksualnih partnera, odnosno menjanje partnera, stavlja u veći rizik od HIV infekcije, što je dalje motiv za proveru HIV statusa. Prema rezultatima studije sprovedene 2017. godine među MSM u 50 evropskih država, 77% MSM je imalo povremenog partnera, odnosno njih 68% povremenog seksualnog partnera. Samo jednog seksualnog povremenog partnera je imalo oko 11% MSM, a više od 50 oko 4% MSM, sa medijanom 4 partnera s kojima su imali seksualni odnos (78). U odnosu na 2010. godinu, kada je EMIS studija takođe sprovedena u 38 evropskih zemalja, uključujući i Srbiju, vidi se da se povećalo učešće onih koji imaju povremene partnere (sa 67% u 2010. godini), pri čemu je učešće onih koji su imali jednog povremenog partnera bilo 11%, a onih koji su imali 11 i više 30% (87). Prema našem istraživanju, najviše su MSM iz Beograda prijavljivali da su imali povremene partnere u poslednjih 12 meseci (u populaciji oko 81%, u uzorku oko 82%), u odnosu na Novi Sad i Kragujevac (oko 60% u populaciji i oko 64% u uzorku, odnosno oko 75% u populaciji i uzorku, respektivno). Međutim, treba istaći da u našem istraživanju seksualni odnosi sa konkretno povremenim partnerima nisu, prema rezultatima MLRA, povezani sa testiranjem na HIV infekciju. Povezanost je nađena u odnosu na sam broj partnera (nevezano za seksualnu ulogu u Beogradu, odnosno vezano za broj insertivnih partnera u Novom Sadu i Kragujevcu). Generalno, medijana broja različitih partnera (stalnih, povremenih, komercijalnih) u poslednjih 12 meseci u Beogradu je 5 u populaciji, odnosno 6 u uzorku, a u Novom Sadu i Kragujevcu medijana je 3 partnera i u populaciji i u uzorku. Studije nisu usaglašene po pitanju trenda u broju seksualnih partnera među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Tako, sistematski pregled Hess-a i ostalih govori u prilog da je tokom godina došlo do smanjenja broja seksualnih partnera u zemljama sa visokim prihodima (SAD, Australija i Evropske zemlje) u periodu 1990–2013. godine (202). S druge strane, studija Chapin-Bardales i ostalih govori da je u SAD u periodu 2008–2014. godine došlo do povećanja broja seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima (203). Gledajući medijane broja različitih partnera (stalnih, povremenih, komercijalnih) u našem istraživanju u odnosu na istraživanje sprovedeno 2012. godine među MSM u Beogradu i Novom Sadu, može se reći da je u uzorku medijana broja partnera u Beogradu porasla sa 5 u 2012. godini na 6, a u Novom Sadu da je ostala ista.

U modelu MLRA za uzorak u Beogradu je od rizičnih oblika ponašanja kao značajan faktor asociran sa većom verovatnoćom testiranja na HIV povezan seks sa komercijalnim seksualnim partnerima nekad u životu i postojanje stalnog partnera u poslednjih 12 meseci. Kada je reč o stalnom seksualnom partneru kao faktoru veće verovatnoće testiranja na HIV infekciju, u istraživanju među MSM u Evropi nađeno je da oni koji žive sa stalnim partnerom imaju veću verovatnoću da se testiraju u poslednjih 12 meseci (87). Istraživanje među MSM u Švedskoj pokazuje da je veća verovatnoća da će se testirati oni koji započinju novu vezu (81). Kvalitativni podaci u našem istraživanju ukazuju da veza sa stalnim partnerom može da bude motivacioni faktor za testiranje u cilju započinjanja seksualnih odnosa bez kondoma. Slično pokazuje i sistematski pregled kvalitativnih istraživanja gde se kaže da je upravo osećaj odgovornosti prema sebi i partneru motivacija za testiranje (204). U istom sistematskom pregledu kvalitativnih istraživanja ističe se i to da veza sa stalnim partnerom može da bude i

barijera za testiranje, imajući u vidu da je testiranje na HIV manje zastupljeno u odnosima koji počivaju na poverenju (204). U našem istraživanju manje od 30% ispitanika u Beogradu (26,4% u populaciji, 28,6% u uzorku) ne koristi kondom sa stalnim partnerom, a oko trećine (35,9% u populaciji i 36,3% u uzorku) koristi povremeno kondom sa stalnim partnerom. U Novom Sadu i Kragujevcu manje su zastupljeni oni koji uopšte ne koriste kondom sa stalnim partnerom (oko 18% u populaciji i u uzorku, odnosno oko 5% u populaciji i u uzorku, respektivno), a podjednako ili manje oni koji povremeno koriste (oko 39% u populaciji i u uzorku, odnosno oko 17% u populaciji, a oko 14% u uzorku, respektivno).

Kondom nema samo praktičnu vrednost (prevencija HIV infekcije i PPI), već i simboličku. Naime, kondom je simbol poverenja između partnera koji stupaju u seksualni odnos. Simbolički, seksualni odnos bez kondoma označavaju poverenje među partnerima, ljubav, intimnost (205). Kondom pravi razliku između tipa partnera i očekivanja koja se imaju od partnera (u smislu trajnosti odnosa), što se vidi posebno na primeru seks radnika/ca gde je kondom marker razlike između privatnog i profesionalnog života individue (206). Stalni partner se po pravilu ređe doživljava kao izvor rizika, te se s njim učestalije ne koristi kondom, nego što je to slučaj sa povremenim partnerima (207,208). Međutim, nekorišćenje kondoma nije vezana samo za osećaj poverenja i intimnosti. Nekad je reč o većem zadovoljstvu, uz prihvatanje rizika od HIV infekcije i PPI, primarno kad je reč o povremenim partnerima, grupnom seksu, seksualnim odnosima pod uticajem PAS. Tada je poverenje prebačeno na nivo „nade” i „verovanja” da se ništa neće desiti, uz poverenje u sopstvenu procenu rizika koji nose osobe sa kojima se stupa u seksualni odnos. Prema EMIS istraživanju sa nekonzistentnom upotrebom kondoma povezana je procena rizičnosti takvog odnosa i to u smislu – da li partner koristi PrEP, da li je istog HIV (negativnog) statusa, i da li ima suprimovanu viremiju, tj. koristi ARV terapiju ukoliko živi sa HIV-om (78). U našem istraživanju, procena rizika od neupotrebe kondoma je primarno vezana za HIV status seksualnog partnera.

Kada je reč o stalnim partnerima, u našem istraživanju njima se poklanja poverenje, što za sobom povlači i seksualne odnose bez kondoma. Istraživanje u Barseloni (Španija) u kom je praćena serokonverzija iz HIV negativnog u HIV pozitivan status kod kohorte MSM koji koriste usluge testiranja u zajednici pronađeno je da je nezavisan faktor serokonverzije kod MSM između ostalog nezaštićen analni seksualni odnos u poslednjih 6 meseci sa stalnim partnerom nepoznatog HIV statusa (201). Prema kvalitativnim nalazima našeg istraživanja otvora se pitanje definicije stalnog partnera. Naime, naši ispitanici shvataju stalnog partnera kao osobu sa kojom se stupa u emotivni odnos praćen seksualnim odnosom. Međutim, do razvoja emotivnog odnosa, koji podrazumeva određen stepen poverenja, može da dođe dosta brzo. Tako su neki ispitanici govorili o stalnim vezama koje su trajale nekoliko nedelja. Odnosno, uviđali su problem da osoba može da misli da je u stalnoj vezi, ali da se ispostavi da je to kratkotrajna veza, koja možda i nije imala sve epitete stalne (intimnost, poverenje). Prema istraživanju među MSM u 50 evropskih zemalja, uključujući i Srbiju, među onima koji su imali stalnog partnera u poslednjih 12 meseci (49%) većina je imala samo jednog stalnog (66%), a izuzetno retko više od 5 (78). Takođe, u zavisnosti od ispitanika, monogamija može, ali i ne mora, da bude sastavni deo stalne veze. U jednom sistematskom pregledu vezanom za ponavljano testiranje na HIV infekciju među MSM ističe se da neke studije pokazuju da su veće šanse da se testiraju oni koji nisu u stalnoj vezi u odnosu na one koji su u stalnoj vezi otvorenog tipa (sa sporazumnim postojanjem i praktikovanjem seksualnih odnosa sa drugim osobama van stalne veze) (187). Ovo sve u većoj meri otvara pitanje definisanja poverenja u netradicionalnim seksualnim odnosima i vezama, tačnije u vezama drugačijim od heteroseksualne monogamije. Generalno, stupanje u stalnu vezu (u kom god obliku da se ona javlja) može biti motivacija za testiranje na HIV u cilju stupanja u nezaštićene seksualne odnose.

Od ostalih oblika seksualnog ponašanja, u MLRA modelu u uzorku u Beogradu je nađeno da je nezavisan faktor vezan za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci postojanje

komercijalnih seksualnih odnosa nekad u životu (bez obzira da li je osoba zamenila seksualnu uslugu za novac ili materijalno dobro ili je nekome dala novac ili materijalno dobro za seksualnu uslugu). Komercijalni seksualni odnosi su najviše zastupljeni u Kragujevcu, i to više u ulozi klijenta (davanje novca ili materijalnog dobra u zamenu za seksualne usluge) (17% u populaciji, a 21,5% u uzorku), a najmanje u Novom Sadu gde su svi bili u ulozi seks-radnika (pružali seksualne usluge u zamenu za novac ili drugo materijalno dobro) (oko 3% i u populaciji i u uzorku). Među onima koji su imali komercijalne seksualne odnose u Beogradu (10,5% u populaciji, 12,3% u uzorku), više njih je prijavljivalo da su bili u ulozi seks-radnika. Ovo može da objasni i zašto je u Beogradu komercijalni seksualni odnos asociran sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci. Prema istraživanjima među seks radnicima/ama u Srbiji sprovedenom 2013. godine, 32% seks-radnika/ca u Beogradu čine osobe muškog pola. Među njima, testiranjem na HIV i PPI je bilo obuhvaćeno 48,4% osoba (209). Generalno, istraživanje sprovedeno u Sijetlu (SAD) ukazuje da je veća verovatnoća za redovno testiranje na HIV vezana za imanje nezaštićenih seksualnih odnosa sa nepoznatim osobama (185). Interesantno je da kod nas nije identifikovan kao faktor za testiranje u poslednjih 12 meseci nezaštićen seksualni odnos, koji je najzastupljeniji u Beogradu (36,7% nije koristilo kondom pri poslednjem analnom seksualnom odnosu u populaciji, odnosno 37,8% u uzorku), a najmanje u Kragujevcu (oko 14,5% u populaciji i u uzorku nije koristilo kondom pri poslednjem seksualnom odnosu). Međutim, po pitanju nezaštićenih analnih seksualnih odnosa kao faktoru asociranom sa testiranjem na HIV infekciju nisu ujednačeni ni nalazi drugih studija. Tako u istraživanju među MSM u Evropi nije nađeno da je značajan faktor testiranja na HIV ikad među MSM nezaštićen analni seksualni odnos. Nađeno je, naprotiv, da postoji značajna povezanost između manje učestalosti nezaštićenih analnih seksualnih odnosa sa partnerom nepoznatog ili pozitivnog HIV statusa i testiranja na HIV, odnosno da se većina onih koji su imali takve odnose nije testirala na HIV u poslednjih 12 meseci (87). Slično, istraživanje sprovedeno među MSM u Škotskoj ističe da nezaštićen analni seksualni odnos nije faktor koji je vezan za testiranje na HIV (84). Međutim, druga istraživanja među MSM, poput istraživanja u Estoniji, Francuskoj, Sijetlu (SAD) nalaze da je jedan od faktora povezan sa testiranjem na HIV nezaštićen analni seksualni odnos (86,185,210). Autori sistematskog pregleda literature o testiranju na HIV u SAD među MSM koji koriste internet ističu da nema dokaza da je nezaštićen analni seksualni odnos faktor vezan za testiranje na HIV, ali isto tako dodaju da se ipak ovo ne može odbaciti kao razlog testiranja na HIV, s obzirom na rizik koji nosi, a kog su svesni i MSM (211). Ukoliko uzmemo u obzir kvalitativne nalaze, možemo pretpostaviti da se sam nezaštićen analni seksualni odnos ne posmatra kao rizik, već se rizičnim percipira partner u takvom seksualnom odnosu ili situacija u kojoj je došlo do nezaštićenog seksualnog odnosa. Ovde se opet oslanjaju na lične koncepte procene stepena izloženosti riziku od transmisije HIV-a. Osnovni rizik jeste – nezaštićen seksualni odnos sa osobom koja živi sa HIV-om. U tom smislu procena izloženosti riziku svodi se na procenu da li (potencijalni) seksualni partner živi ili ne sa HIV-om, odnosno da li postoji mogućnost da se inficira HIV-om.

Prevenција rizika od transmisije HIV infekcije se svodi na izbegavanje seksualnih odnosa sa osobama za koje se zna ili za koje se pretpostavlja da žive sa HIV-om i sa osobama za koje se smatra da se rizično ponašaju (promiskuitetne su). Dakle, rizik se pomera sa samog akta (nezaštićenog seksualnog odnosa) na aktere (učesnika/e u nezaštićenom seksualnom odnosu). Ovakav način prevencije HIV infekcije naglašava rizik od inficiranja HIV-om u uslovima niskog testiranja na HIV i poznavanja svog i/ili tuđeg serostatusa. Naime, iako je *serosorting* – slaganje seksualnih partnera po serološkom statusu HIV infekcije (seksualni odnosi sa osobama istog HIV statusa) – jedna od prihvaćenih i rasprostranjenih mera prevencije HIV infekcije među MSM u Evropi (87,212), da bi bila uspešna potrebno je znati svoj HIV status i biti spreman dati tačnu informaciju o svom statusu seksualnom partneru. Rezultati istraživanja sprovedenog među MSM u Evropi ukazuju da su faktori vezani za otkrivanje svog

serostatusa seksualnom partneru vezani za testiranje u poslednjih 12 meseci, praktikovanje nezaštićenih seksualnih odnosa i za otvoreno iskazivanje svoje seksualne orijentacije („autovanost“). Ista studija ističe da je najniži stepen otkrivanja svog HIV statusa među MSM u jugoistočnoj Evropi, kao i da su svuda prisutni slučajevi transmisije HIV infekcije usled nepoznavanja svog HIV statusa i time davanja netačne informacije o svom statusu seksualnom partneru (212). Ono što je značajan nalaz iste studije jeste da je verovatnoća izlaganja seksualnom riziku od transmisije HIV infekcije manja tamo gde se primenjuje mera slaganja partnera po HIV statusu (212). Naravno, preduslov jeste posedovanje tačne informacije o svom HIV statusu i otvorenost prema partneru po pitanju istog.

U Kragujevcu je u oba modela MLRA (za populaciju i za uzorak) nezavisan faktor asociran sa manjom verovatnoćom testiranja na HIV upoznavanje sa potencijalnim seksualnim partnerima preko ličnih poznanstava. Kroz literaturu se potvrđuje da je testiranje na HIV infekciju vezano i za mesto susreta sa potencijalnim partnerima. U studiji realizovanoj među MSM u Australiji nađeno je da je veća verovatnoća da su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci oni koji posećuju gej bazene, teretane, plaže, odnosno mesta na kojima se otvoreno okupljaju MSM (186). Studija sprovedena u Estoniji među MSM takođe pokazuje da je veća verovatnoća da su se ikad testirali na HIV oni koji su imali seksualne odnose na gej mestima (kruzing, sobe u klubovima i slično) (86). Istraživanje među MSM u Evropi pokazuje da se više testiraju na HIV oni koji posećuju mesta gde je moguće imati seksualne odnose (kruzing, prostori u klubovima i slično) ili mesta gde se okupljaju MSM (klubovi, kafići i slično) (87). Kvalitativni nalazi posredno ukazuju da je u slučaju naših ispitanika pitanje načina upoznavanja partnera ujedno povezano i sa procenom rizika, tj. sa procenom rizičnosti seksualnog odnosa sa određenom individuumom. U tom smislu, oni koji se upoznaju preko zajedničkih prijatelja, doživljavaju se kao oni koji nisu u velikoj meri stranci, te samim tim daje im se veće poverenje nego osobama koje se upoznaju u klubovima, preko interneta i slično. A, kao što smo prethodno već naglasili, poverenje ima bitnu ulogu u odlučivanju da li će se prilikom seksualnog odnosa koristiti kondom ili ne.

U Beogradu je samo u modelu MRLA za uzorak nađeno da je nezavisan faktor testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci upotreba droge bilo kada u životu. Tačnije, nađeno je da je manja verovatnoća da su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci oni koji su bilo kada u životu koristili drogu. Studije u kojima je nađena povezanost testiranja na HIV i upotrebe psihoaktivnih supstanci uglavnom govore u prilog našeg nalaza. Naime, sistematski pregled literature o testiranju na HIV među MSM u SAD koji su korisnici društvenih mreža na internetu pokazuje da je veća verovatnoća da se nikad nisu testirali na HIV oni MSM koji su koristili psihoaktivne supstance (211). Studija sprovedena u Misuriju (SAD) među MSM pokazuje da je veća verovatnoća da se nisu testirali na HIV i PPI oni koji su koristili psihoaktivne supstance tokom seksa (183). Slično, studija u Francuskoj među MSM nalazi da su oni koji su se testirali na HIV u poslednjih 12 meseci asocirani sa manjom verovatnoćom korišćenja klupskih psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa (210). Nešto drugačije, studija u Sijetlu (SAD) među MSM pokazuje da je veća verovatnoća da se redovno testiraju na HIV oni koji nisu injektirali u poslednjih 12 meseci i koji su inhalirali nitrite u poslednjih 12 meseci (185). Odnosno, studije ukazuju da se manje testiraju na HIV oni koji su bili u riziku vezanom za korišćenje psihoaktivnih supstanci.

Korišćenje psihoaktivnih supstanci je često vezano za rizične seksualne odnose, posebno sa sve zastupljenijom praksom upotrebe (psihoaktivnih) supstanci radi produžetka i/ili intenziviranja seksualnog odnosa među MSM, tzv. *chemsex*-om. Prema rezultatima istraživanja među MSM u Evropi uviđa se da je prisutno značajno variranje u učestalosti *chemsex*-a u zemljama Evrope. Koristeći širu definiciju *chemsex*-a (korišćenje bilo kojih stimulansa u cilju produžetka ili intenziviranja seksualnog odnosa), u poslednje 4 nedelje *chemsex* je najprisutniji bio među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u Holandiji (9–15%), a zatim u Velikoj

Britaniji, Španiji i Francuskoj (6–8%). U Srbiji je prema ovom istraživanju učestalost *chemsex*-a 1–3%, kao i u susednim zemljama (Bosni i Hercegovini, Crnoj Gori, Makedoniji, Bugarskoj, Rumuniji), dok je u Mađarskoj i Hrvatskoj praksa *chemsex*a nešto zastupljenija (4–5%) (78). Prema nalazima kvalitativne komponente našeg istraživanja, ispitanici su koristili određene kombinacije supstanci u cilju intenziviranja i produžavanja seksualnog odnosa. Međutim, nisu pominjali supstance koje ulaze u užu definiciju onih supstanci koje se koriste pri tzv. *chemsex*-u. Ono što jeste bilo u upotrebi, a u cilju intenziviranja i/ili produžavanja seksualnog odnosa jeste ekstazi, tablete za potenciju i kanabis. *Poppers* je korišćen sa ciljem opuštanja mišića anusa radi olakšavanja seksualnog odnosa, što je svrha opisana i u literaturi (93). Upotreba ovih supstanci u kombinaciji ili samostalno prema nekim autorima takođe ulazi u širu definiciju *chemsex*-a, posebno kad se koriste u kombinaciji sa tabletama za potenciju i obično tokom gej žurki gde se praktikuje i seks (93). Upotreba (psihoaktivnih) supstanci u cilju intenziviranja i/ili produžavanja seksualnog odnosa povećava rizik od transmisije HIV infekcije, usled nekonzistentne upotrebe kondoma, posebno prilikom seksualnog odnosa sa jednom ili više nepoznatih osoba, tj. osoba sa nepoznatim HIV statusom. U našem istraživanju najzastupljenija je upotreba psihoaktivnih supstanci u Beogradu (oko 22% i u populaciji i u uzorku), dok je u ostala dva grada učešće onih koji koriste ili su koristili ispod 5%. U odnosu na istraživanje među MSM u Srbiji u 2012. godini, primećuje se da je u Beogradu zastupljenost upotrebe psihoaktivnih supstanci podudarna, dok je u Novom Sadu bila veća učestalost onih koji koriste psihoaktivne supstance (oko 13%) (75). Ostaje otvoreno pitanje da li je nisko učešće onih koji prijavljuju konzumiranje psihoaktivnih supstanci činjenica koja odgovara realnosti ili je u pitanju percepcija sebe kao nekorisnika droge ukoliko je reč o povremenom korišćenju supstanci poput kanabisa ili *poppersa*. Upotrebu stimulativnih supstanci među MSM i percepciju korišćenja ovih supstanci (razloga, redovnosti, situacija za koje se vezuju) potrebno je više istražiti.

Od faktora nezavisno asociranih sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci u modelu MLRA za uzorak vezanih za seksualno ponašanje u Kragujevcu nađeno je da je manja verovatnoća da su se testirali oni koji su imali seksualne odnose sa ženama nekad u životu. Rezultati MRLA u studiji sprovedenoj među MSM u Sijetlu (SAD) govore da je veća verovatnoća da se testiraju na HIV onih koji su imali seksualne odnose samo sa muškarcima u poslednjih 12 meseci (185). Poređenjem biseksualnih muškaraca i drugih muškaraca obuhvaćenih Nacionalnim istraživanjem rasta porodice u SAD (engl. *National Survey of Family Growth*) utvrđeno je da je manje verovatno da se nekad u životu testiraju na HIV oni muškarci koji praktikuju biseksualne odnose nego što je to slučaj sa onim koji praktikuju samo homoseksualne odnose. Takođe, utvrđeno je da oni koji se identifikuju kao biseksualci imaju manje šanse da se testiraju na HIV nego oni koji se tako ne identifikuju, a praktikuju biseksualne seksualne odnose (213). Studija sprovedena među MSM u Irskoj ističe da je manja verovatnoća da su se nekad u životu testirali oni koji su biseksualne seksualne orijentacije, kao i oni koji skrivaju svoju seksualnu orijentaciju (191). Odnosno, studija sprovedene među MSM u Kini i sistematski pregled literature o testiranju među MSM koji koriste *online* društvene mreže u SAD nalaze da je veća verovatnoća da se testiraju na HIV oni koji se identifikuju kao homoseksualci (178,211). Možemo pretpostaviti da je u slučaju osoba koje imaju ili su imale i seksualne odnose sa ženama, posebno u manjim mestima, strah od otkrivanja seksualnih preferencija prisutniji. Ovde se otvara i pitanje otvorenosti prema drugima o svojoj seksualnoj orijentaciji, posebno ukoliko odnosi (seksualni i/ili partnerski) sa ženama služe kao „paravan” za skrivanje svoje seksualne orijentacije ili su deo procesa procene i prihvatanja svoje drugačije seksualne orijentacije. Naime, prihvatanje svoje seksualne orijentacije (homoseksualne ili biseksualne) može da potraje, bez obzira na postojeću seksualnu praksu osobe. U nekim studijama se diskutuje i o tome da je seksualna orijentacija fluidna kategorija i da može da se menja tokom vremena (npr. u početku su svi heteroseksualci, a zatim se ovo dovodi u pitanje i

osoba traži svoju orijentaciju, te tokom života može različito da se identifikuje) (214). Poput studije među MSM u Irskoj (191), istraživanje među MSM u Evropi pokazalo je da veća verovatnoća da su se nekad testirali na HIV oni koji ne skrivaju i prihvataju svoju seksualnu orijentaciju (koji su „autovani“) (87). Slično, studija među MSM u Francuskoj nalazi da oni koji su se testirali u poslednjih 12 meseci manje skrivaju da imaju seks sa muškarcima, a u Nemačkoj i Norveškoj studije među MSM pokazuju da oni MSM koji se nikad nisu testirali na HIV imaju veću verovatnoću da kriju svoju seksualnu orijentaciju (83,190,210,215).

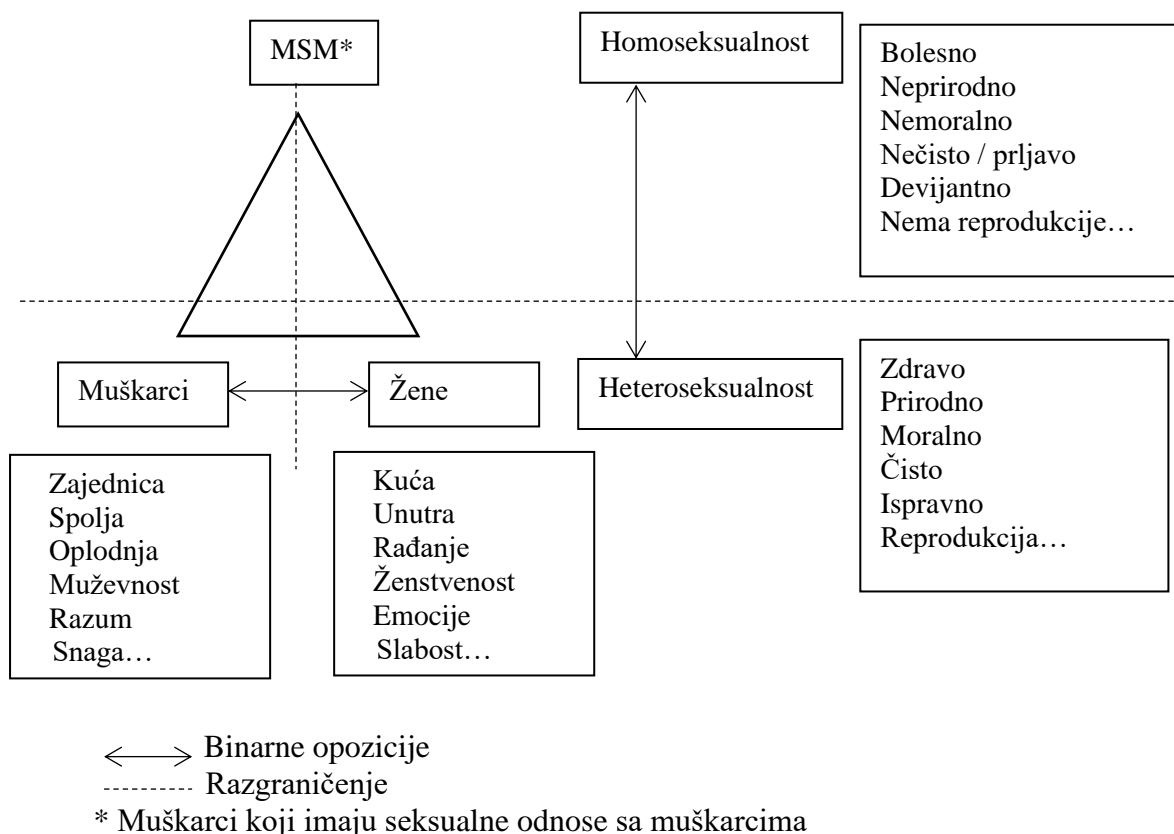
Nalazi našeg kvalitativnog istraživanja potvrđuju da MSM, posebno oni koji nisu u potpunosti otvoreni o svojoj seksualnoj orijentaciji, imaju strepnju da će odlazak na testiranje na HIV doprineti da se informacija o njihovoj seksualnoj orijentaciji proširi bez njihovog znanja i saglasnosti. Generalno, pitanje percepcije poverljivosti mesta gde se sprovodi savetovanje i testiranje na HIV, odnosno samog procesa savetovanja i testiranja, u literaturi se identifikuje kao značajno u pogledu testiranja na HIV infekciju. U sistematskom pregledu strategija koje su se koristile da se poveća korišćenje usluge savetovanja i testiranja među MSM ističe se da je jedna od prepoznatih barijera upravo pitanje poverljivosti razgovora i rezultata testa, kao i strah od stigme (179). Sistematski pregled barijera za testiranje na HIV u Evropi ističe da je jedna od barijera i pitanje poverljivosti informacije o rezultatu testa na HIV, primarno ako je reaktivan, kao i pitanje poverljivosti u smislu da osoba može biti viđena da se testira, što može da povuče za sobom stigmom (85). Slično, studija sprovedena u Švedskoj među MSM ističe kao barijeru za testiranje na HIV strah da osoba ne bude prepoznata od strane zdravstvenog radnika i time otkrivena njegova seksualna orijentacija, uz strah da će informacija o rezultatima testa, primarno reaktivnim, biti otkrivena dalje od strane zdravstvenog radnika bez saglasnosti osobe (81). Istraživanje sprovedeno među MSM u Evropi nalazi da je najveće nezadovoljstvo poverljivošću procesa savetovanja i testiranja u Srbiji, uz Makedoniju, Belorusiju, Ukrajinu, Poljsku, Maltu i Rusiju (87). Kroz literaturu se prepoznaje da u MSM zajednici postoji strah od osude zdravstvenih radnika, od širenja u društvenom okruženju od strane zdravstvenih radnika informacija o HIV statusu klijenata ili o njihovoj seksualnoj orijentaciji, i iz tih razloga izbegavanje ili nerado otkrivanje svojih seksualnih preferencija prilikom testiranja na HIV (81,179,216,217). Ovo sve ide u prilog da se osobe nerado odlučuju na testiranje u savetovalištim za HIV i PPI pri zdravstvenim ustanovama. Ovakvi nalazi su prisutni i u našem istraživanju. Naime, pored strukturalnih barijera (u smislu radnog vremena, dužine čekanja rezultata), posebno u manjim mestima, javlja se strah od prepoznavanja osobe od strane zdravstvenih radnika i posledično spoznavanje njihove seksualne orijentacije i dalje širenje informacije o tome u društvenom okruženju koje ne zna za seksualnu orijentaciju osobe. Najčešće je osobe strah da za njihovu seksualnu orijentaciju ne saznaju članovi uže porodice. Slično nepoverenje u zdravstvene radnike identifikovano je i u slučaju osoba koje žive sa HIV-om u Srbiji, koje su imale negativna iskustva upravo sa otkrivanjem njihovog HIV statusa bez njihove saglasnosti osobama za koje oni nisu želeli da saznaju, što je dalje uticalo na izlaganje diskriminaciji u njihovom privatnom i/ili poslovnom okruženju (218). Pored nepoverenja u zdravstvene radnike i u poverljivost procesa savetovanja i testiranja na HIV, kad je reč o testiranju u zdravstvenim ustanovama, javlja se i strepnja da je samo mesto gde se odlazi prepoznatljivo u široj društvenoj zajednici kao mesto gde dolaze gej muškarci da se testiraju na HIV. Biti viđen znači biti identifikovan kao MSM i/ili kao HIV pozitivan. Ovo se sreće i u literaturi, pa istraživanje barijera vezanih za testiranje na HIV u MSM populaciji u Jamajki ističe kao barijeru upravo izdvojenost mesta gde se radi testiranje na HIV u zdravstvenoj ustanovi i povezivanje tog mesta sa HIV infekcijom i gej populacijom (217).

Slične barijere se vezuju i za savetovanje i testiranje u zajednici. U kvalitativnoj komponenti našeg istraživanja neki ispitanici su pokazivali određen stepen nepoverenja i prema poverljivosti procesa, odnosno mesta savetovanja i testiranja na HIV van zdravstvene ustanove (u mobilnoj jedinici ili u prostorijama udruženja). Studija sprovedena u Holandiji ukazuje da je

u slučaju testiranja van zdravstvene ustanove teško postići poverljivost, s obzirom da su to mesta gde osobe svraćaju kad im je zgodno, pa da mogu videti ko se testira (219). Slično, istraživanje sprovedeno među MSM na Jamajki pokazuje da postoji i određen strah od testiranja van zdravstvene ustanove, u zajednici, usled mogućnosti da njihovi gej prijatelji saznaju da su se testirali na HIV (217). Kako se ističe u sistematskom pregledu literature vezanom za strategije povećanja obuhvata MSM populacije uslugom testiranja na HIV, usluga testiranja u zajednici može da bude prihvatljiva u većim urbanim sredinama i u populaciji onih MSM koji ne kriju svoju seksualnu orijentaciju (179). Generalno, u sistematskim pregledima literature se prepoznaju prednosti testiranja na HIV van zdravstvene ustanove, poput – veća dostupnost u odnosu na radno vreme kada se usluga pruža, mestu pružanja usluge koje je uglavnom i mesto gde se okupljaju MSM, doseže se više MSM koji se ranije nisu testirali ili koji nisu raspoloženi da idu u zdravstvenu ustanovu da se testiraju na HIV, neosuđujući stav prema MSM, s obzirom da su pružaoci usluge mahom iz populacije, redovnije testiranje klijenata savetovališta u zajednici, niža cena usluge i slično (179–181,204,220,221), dok se kao nedostatak prepoznaje nedosezanje u većoj meri onih koji su inficirani HIV-om i teže povezivanje osoba sa zdravstvenim sistemom radi lečenja, tj. potvrdnog testiranja (180,219). Ono što dodatno ističu ispitanici u kvalitativnoj komponenti istraživanja, prednost usluge testiranja na HIV u zajednici jeste i korišćenje brzih testova na HIV, koji omogućavaju da se rezultati testa na HIV dobiju za manje od pola sata. Kada je reč o usluzi testiranja u zajednici, van zdravstvene ustanove, ono što se u literaturi prepoznaje kao barijera za široku implementaciju ove usluge, posebno u smislu da uslugu pruža obučeno nemedicinsko osoblje, na globalnom nivou, pa i kod nas, jesu zakonski okviri i postojeće regulative (221,222).

Prihvatljivost i pristupačnost mesta testiranja na HIV je tesno povezana sa shvatanjem stigme i s njom povezane diskriminacije. Stigma povezana sa HIV infekcijom, kao i homofobija deluju kao strukturni faktori koji predstavljaju barijere za testiranje na HIV u MSM populaciji (105). U našem istraživanju, pak, nije nađeno da su iskustva stigme, diskriminacije, internalizovane homonegativnosti i nasilja povezani sa testiranjem na HIV u poslednjih 12 meseci ni u univarijantnom ni u multivarijantnom logističkom regresionom modelu, i pored prevalentnosti ovih iskustava među MSM u sva tri grada (oko 50% MSM iz Beograda, a oko 30% do 35% u Novom Sadu i Kragujevcu imalo iskustvo stigme; oko 50% MSM iz Beograda i Novog Sada, a oko 65% MSM iz Kragujevca imalo iskustvo internalizovane homonegativnosti; oko 26% MSM iz Beograda bilo žrtva fizičkog nasilja nekad u životu, oko 16% njih u Novom Sadu i oko 14% u Kragujevcu). Međutim, kroz kvalitativnu komponentu se ističe da je primarno anticipirana stigma ili stigma koja se oseća ta koja je prepreka za testiranje na HIV. Ovaj nalaz je podržan i drugim istraživanjima, kao što je istraživanje među MSM u Njujorku (SAD) ili istraživanje među MSM u Makedoniji (108,200).

Stigmatizacija može da se posmatra kao proces markiranja granice između „nas” i „njih”, odnosno, u našem slučaju, između heteroseksualaca i ne-herterosualaca, tj. onih koji stupaju u seksualne odnose sa istim polom. Stupanje u seksualne odnose sa istim polom se nalazi u graničnom domenu između opozicije muški pol i ženski pol. Kategorije „muškarci” i „žene” kao opozicije za sebe vezuju opozicione predstave o sadržaju ovih pojmova (kultura – priroda, snaga – slabost, zajednica – kuća, seksualnost – smernost, oplodnja – rađanje itd.). Ovu opoziciju čuvaju određena pravila ponašanja, kao i tabui kojima se nastoje da ne dođe do inverzije društvenih uloga muškarca i žene u zajednici (223). Muškarci koji stupaju u seksualne odnose sa istim polom, muškarcima, krše postojeće tabue i u ovoj opoziciji nisu ni u jednoj kategoriji. Nisu pravi muškarci, jer odstupaju od heteroseksualnog normativa, a nisu ni žene, jer odstupaju od polne prirode žena. Odnosno, u opoziciji „muškarci” – „žene”, oni izlaze iz kategorizacije, formirajući nešto „drugo”, na granici između opozicije muško – žensko, odnosno između opozicije „kultura” - „priroda” (grafikon 20).



Grafikon 20. Binarne opozicije vezane za stigmatizaciju muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima

U opoziciji „heteroseksualnost” – „MSM/homoseksualnost”, imamo opozicione karakteristike koje se vezuju za ove kategorije, kao što su: „zdravo” naspram „bolesnog”, društveno prihvatljivo naspram društveno neprihvatljivog, prirodno naspram neprirodnog (ali ne i kulturnog), „čisto” naspram „prljavog”, „moralno” naspram „nemoralnog” itd.

Stigmatizacija muškaraca koji stupaju u seksualne odnose sa muškarcima je fenomen dugog trajanja, s obzirom da narušava jasnoću opozicije „muško” – „žensko”, kao i da uvodi nered u postojeće društvene uloge vezane za muškarce i žene. Dodatno, sa otkrivanjem prvih slučajeva AIDS-a upravo među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, za njih se počinje vezivati i stigma povezana sa HIV/AIDS-om (224). Stigma povezana sa HIV infekcijom i AIDS-om je dosta istraživana i naučno obrađivana (225). HIV stigma je povezana s jedne strane sa onima koji žive sa HIV-om, a sa druge sa onima koji su u riziku da se inficiraju HIV-om, tj. onima koji se ne ponašaju u skladu sa društvenim (heteroseksualnim, tradicionalnim) normama (138,226). Po *Scambler*-u bi tako HIV infekcija bila vezana za stigmatu, tj. za sramotu, a osobe koje žive sa HIV-om bi bile vezane za devijantnost, tj. bile bi društveno osuđene kao nemoralne. Odnosno, o HIV infekciji se može govoriti kao granici između „heteroseksualnosti” i „homoseksualnosti”, a time kao o simbolu „nemoralnosti”, „devijacije” itd.

U našem istraživanju MSM govore o dve grupe stigmatizujućih stavova. Prva je ona kojoj su izloženi od strane većinskog heteroseksualnog društvenog okruženja, tj. spoljašnja u odnosu na MSM zajednicu, i može se podeliti na dve vrste – ona vezana za HIV infekciju, i ona vezana samo za gej zajednicu. Druga grupa stigmatizujućih stavova je ona kojoj je izložena podgrupa MSM koja živi sa HIV-om od strane MSM društvenog okruženja, tj. unutrašnja u odnosu na MSM zajednicu. Obe grupe stigmatizujućih stavova jesu ono što pripadnici MSM

zajednice / MSM koji žive sa HIV-om mogu da iskuse kao ispoljenu stigmatu (diskriminaciju, nasilje, heteroseksizam) ili kao stigmatu koja se pretpostavlja, oseća, anticipira. U oba vida, oni koji su stigmatizovani na neki način reaguju na stigmatu. Odnosno, kako je proces kategorizacije dvosmeran, spoljno definisanje i kategorisanje MSM kao „društveno devijantnih”, „nemoralnih”, „bolesnih”, utiče na formiranje unutrašnje definicije, identifikaciju i izgradnju grupnog identiteta MSM, kao i na odgovor zajednice na nametnutu definiciju. Odgovori koji se prepoznaju i u literaturi i kod nas u istraživanju su – autostigmatizacija ili internalizovana homonegativnost (koja je prevalentna u našem istraživanju); zatim, upravljanje informacijom o svojoj seksualnoj orijentaciji; i otpor prema stigmati (123,126,128,129,133).

Negativni zdravstveni ishodi su najviše istraživani u slučajevima internalizovane homonegativnosti i upravljanja informacijom o svojoj seksualnoj orijentaciji. Tako istraživanje među MSM u 38 evropskih zemalja 2010. godine pokazuje da postoji povezanosti između internalizovane homonegativnosti i otvorenosti o svojoj seksualnoj orijentaciji, a posledično i sa manjim obuhvatom programima prevencije HIV infekcije, uključujući i testiranje na HIV, pa i znanjem vezanim za HIV infekciju i AIDS. Takođe, ističe se da su veći stepeni internalizovane homonegativnosti nađeni u Istočnoj i Jugoistočnoj Evropi (gde je svrstana i Srbija), nego u ostalim delovima Evrope (87). Prema istom istraživanju, MSM koji žive u zemljama Evrope u kojima je izraženija stigma prema MSM (kao što je u Srbiji), imaju manje šanse da se testiraju na HIV i time da im se dijagnostikuje HIV infekcija, odnosno imaju veće šanse da će praktikovati seksualno ponašanje koje ih stavlja u rizik od HIV infekcije (105). Prema sintezi rezultata različitih istraživanja o stigmati kao uzroku nejednakosti u zdravlju ističe se da stigma generalno doprinosi njenoj internalizaciji i posledično osećaju manje vrednosti i generalno narušenijom mentalnom i fizičkom zdravlju. Takođe, stigma je povezana i sa socijalnom izolacijom onih koji su izloženi stigmati. Dalje, kako ističu autori, ona utiče i na razvoj različitih mehanizama nošenja sa stresom vezanim za bojazan od ispoljene stigme koji su često loši po zdravlje, poput neumerenog pijenja alkohola, pušenja i slično (126).

U našem istraživanju, odgovor MSM na percipiranu stigmatu od strane heteroseksualnog okruženja jeste, pored internalizovane homonegativnosti, upravo upravljanje informacijom o svojoj seksualnoj orijentaciji, tj. biranje situacija i ljudi gde će biti otvoreni o svojoj seksualnoj orijentaciji, i negiranje odnosno relativizacija svoje „različitosti” od dominantne, referentne, grupe heteroseksualnih muškaraca. Naime, MSM problematizuju one osobine koje smatraju da su im pripisane od strane referentne grupe, nalazeći iste osobine i kod heteroseksualnih muškaraca (sklonost stupanju u seksualne odnose sa različitim osobama, život sa HIV-om), odnosno dokazujući da nemaju one osobine koje su im pripisane (isticanje svesnosti značaja zdravlja i brige o zdravlju, uključujući i redovno testiranje na HIV). Tačnije, naši ispitanici potenciraju diskurs da je promiskuitetnost, odnosno seksualni nagon naglašen kod svih muškaraca, bez obzira na seksualnu orijentaciju. Na ovaj način izjednačavaju heteroseksualne i homo/biseksualne muškarce u pogledu seksualnog nagona time stavlajući akcenat da je rizik od seksualne transmisije HIV infekcije podjednako imanentno ili manifesno prisutan kod muškaraca. Za rizik od seksualnog prenosa HIV infekcije kod heteroseksualnih muškaraca vezuju i nepraktikovanje seksualnih odnosa sa kondomom, jer sebe vide kao zdrave. U okviru ovog diskursa odbacuju pripisanu osobinu „bolesno” time što ističu svoje zdravstveno odgovorno ponašanje, posebno u odnosu na HIV infekciju. MSM za razliku od heteroseksualnih muškaraca su ti koji se testiraju na HIV, dok to heteroseksualni muškarci ne čine. Na ovaj način relativizuju i vezivanje HIV infekcije za MSM populaciju, tvrdeći da su inficirani HIV-om u većoj ili istoj meri i heteroseksualni muškarci (ali se za to ne zna, pošto se ne testiraju), tj. da HIV infekcija nije odlika MSM već opet muškaraca generalno. Time su menjali spoljašnju definiciju od onih koji su na granici dve kategorije u definiciju onih koji pripadaju kategoriji muškaraca. Na ovaj način su simbolički relativizovali s jedne strane stigmatu vezanu za pripadnost MSM zajednici, a sa druge stigmatu vezanu za HIV infekciju. Ovaj nalaz je u skladu

sa tvrdnjom *Herek* i *Capitanio*-a da povezivanje HIV stigme sa stigmom vezanom za seksualnost u stvari simbolički kreira jasnu granicu između „zdravog”, „normalnog” dela društva, tj. heteroseksualaca, i onog „bolesnog”, „devijantnog” dela društva, tj. onih koji su drugačije seksualne orijentacije od heteroseksualne (226). Upravo ovu distinkciju MSM kroz svoj odgovor na spoljnu definiciju, tj. kroz unutrašnju definiciju, nastoje da relativizuju i ponište. Tačnije, odbijaju da se identifikuju sa nametnutom kategorizacijom. Ipak, kada se posmatra zastupljenost internalizovane homonegativnosti među MSM u našem istraživanju, može se zaključiti da otpor kategorizaciji iskazan u prethodnom diskursu nije takav da se može govoriti o onome što *Scambler* naziva „projektovana stigma” (128) među svim MSM, tj. o pružanju otpora kategorizaciji, a da pri tom osoba ne internalizuje anticipiranu društvenu stigmom. Kada je reč o relativizaciji zastupljenosti HIV infekcije među MSM, treba reći da studije ukazuju na to da oni MSM koji percipiraju da je prevalencija HIV infekcije niska i da je njihov rizik za HIV infekciju nizak lakše stupaju u rizične oblike seksualnog ponašanja (90).

U direktnim odnosima sa osobama iz referentne, dominantne heteroseksualne grupe, naši MSM biraju strategiju upravljanja informacijom o svojoj seksualnoj orijentaciji. Naime, osoba ne mora da iskusi ispoljenu stigmom (diskriminaciju, nasilje ili heteroseksizam), da bi znala da može da je iskusi ukoliko se sazna za njeno stigmatizujuće obeležje, tj. u našem slučaju za seksualnu orijentaciju. Otud je prisutna stalna strepnja, posebno u manjim mestima koja se percipiraju kao mesta sa većom verovatnoćom da se različiti ljudi međusobno poznaju (posebno sa onima koji su značajni drugi u životu pojedinca, tj. sa članovima porodice i slično), da će osoba biti identifikovana kao neko ko je drugačije seksualne orijentacije i da će zbog toga imati različite socijalne posledice (distanciranje, izolaciju, isključivanje). Otud je značajna mogućnost kontrole ko ima informaciju o seksualnoj orijentaciji individue, tj. upravljanje ovom informacijom. Posledično, kao poseban rizik se percipira otkrivanje informacije o seksualnoj orijentaciji zdravstvenim radnicima prilikom savetovanja i testiranja na HIV, posebno u manjim mestima. Ovo se izbegava ili ne odlaženjem na testiranje u zdravstvene ustanove ili ne otkrivanjem svoje seksualne orijentacije prilikom savetovanišnog razgovora sa zdravstvenim radnikom. Upravo pitanje poverljivosti, kako je već istaknuto u tekstu i literaturi, je nešto što je barijera za testiranje na HIV infekciju među MSM (81,83,204). Savetovaništa za HIV i PPI se tako vide kao mesta sa povećanim rizikom od gubitka kontrole nad tim ko ima informaciju o njihovoj seksualnoj orijentaciji, tj. od mogućnosti da informacija bude prosleđena osobama za koje ne žele da to saznaju iz straha od ispoljavanja stigme. Kao što je istaknuto, prisutan je strah da će, usled narušavanja principa poverljivosti, članovi porodice (ukoliko već ne znaju) saznati za seksualnu orijentaciju osobe, a to povlači strah od loše reakcije porodice. Ova loša reakcija članova porodice može da se poveže i sa postojanjem onog što *Goffman* naziva stigmom „iz ljubaznosti” (engl. *courtesy stigma*), tj. stigmom koja se temelji na povezanosti sa osobom/grupom koja je stigmatizovana (123). Ovo bi značilo da su stigmatizovani i članovi porodice, kao oni koji su neposredno povezani sa stigmatizovanom osobom, tj. da su i oni delimično „odgovorni” na neki način i da snose deo „krivice” i/ili „sramote”.

Prema rezultatima studije sprovedene u Njujorku (SAD), anticipirana HIV stigma je povezana sa odlaganjem testiranja na HIV, a bazirana je na pretpostavci da će osoba biti odbačena od strane društva u slučaju HIV pozitivnog rezultata (200). Generalno, strah od HIV pozitivnog rezultata testa je, kako u našem istraživanju, tako i u drugim studijama, jedna od barijera za testiranje na HIV. O tome da strah od pozitivnog rezultata povećava šanse da se osoba nije testirala na HIV ili se ovaj strah identifikuje kao jedan od razloga netestiranja na HIV infekciju navodi se npr. u studijama sprovedenim u Nemačkoj, Škotskoj, Jamajki (83,84,217). U sistematskom pregledu kvalitativnih istraživanja o barijerama za testiranje na HIV među MSM strah od pozitivnog rezultata se specifikuje u smislu da se radi o strahu od promena koje u život uvodi život sa HIV-om u pogledu mogućeg narušavanja kvaliteta života zbog uzimanja terapije, ali i od promena u seksualnom životu osobe (204). Slično, istraživanje

sprovedeno u Škotskoj među MSM takođe prepoznaje kao barijeru za testiranje na HIV strah od pozitivnog rezultata, tačnije od promena koje ovakav rezultat donosi u seksualni život osobe (196). Sistematski pregled literature o barijerama za testiranje na HIV infekciju u Evropi govori da je strah od pozitivnog rezultata povezan u stvari sa pitanjem kako se dalje nositi sa životom sa HIV-om (85). Istraživanje sprovedeno među MSM u Ujedinjenom Kraljevstvu, prepoznajući strah od pozitivnog rezultata kao razlog za testiranje na HIV u kasnijim stadijumima infekcije, govori u stvari o strahu od bolesti, smrti i života sa HIV-om (193). U našem istraživanju, jedan deo ispitanika je govorio i o strahu od pozitivnog rezultata testa na HIV kao razlogu za izbegavanje testiranja, odnosno o tome šta takav rezultat znači za život pojedinca. Uglavnom su svi ispitanici svesni stigme koju život sa HIV infekcijom nosi sa sobom. Međutim, jedan deo ispitanika je isticao narativ kojim se HIV infekcija normalizuje, odnosno ističe se njen hronični karakter – da je HIV sada nešto s čime se živi kao sa svakom drugom hroničnom bolešću. Na ovaj način s jedne strane se suprotstavljaju stigmatizaciji vezanoj za HIV infekciju, a koja je takođe povezana i za MSM populaciju, a sa druge, gradi se destigmatizujuće okruženje za osobe koje žive sa HIV-om u MSM zajednici. Tačnije, pozitivan rezultat na HIV infekciju povlači za sobom dodatnu stigmatizaciju od strane referentne heteroseksualne grupe. Ovaj rezultat potvrđuje anticipiranu jednakost između HIV pozitivnog statusa i MSM identiteta. Anticipaciju postojanja ove jednakosti potvrđuje i studija sprovedena među MSM na Jamajki, gde je ovakva percepcija identifikovana kao barijera za testiranje na HIV (217). Ističući hronični karakter HIV infekcije, MSM u narativu relativizuju i suprotstavljaju se društvenoj kategorizaciji i stigmatizaciji vezanoj za HIV infekciju, kao simbolu „kazne za nemoral”.

HIV infekcija kao simbol „kazne za nemoral”, odnosno kao simbol negativno društveno kategorisanih grupa bazirano na društveno neprihvatljivom ponašanju rizičnom u odnosu na HIV infekciju, ima svoje simboličke funkcije. Ovaj rizik se može posmatrati na način kako ga definiše *Douglas* (121,135) – kao simbolička granica između društveno prihvatljivog ponašanja i onoga što to nije i što remeti red postojeće društvene strukture. Postavljanjem ovakvih granica, i s njima povezane stigme i tabua, obezbeđuje se određeni društveni pritisak kao društveni mehanizam da se očuva postojeći red i da se reguliše ponašanje svih članova određene šire kulturne zajednice. Dodatno, postavljanjem ovakvih granica između „nas” („zdravih”) i „njih” („bolesnih”) simbolički se štiti „zdravi” deo društva od HIV infekcije, od „bolesti” i s njom povezane smrti. Time se gradi osećaj sigurnosti i bezbednosti većinske heteronormativne zajednice. Takođe, može se reći da HIV infekcija i povećanje vidljivosti MSM i LGBT zajednice generalno u većinsku heteronormativnu populaciju uvode osećaj nesigurnosti i neizvesnosti, koji se može uslovno povezati sa ovim pojavama kao delom modernizacije i društvenih promena o kojima govore *Beck* i *Giddens* (135). Stigmatizacija, tj. negativna društvena kategorizacija ovih pojava jeste vid pokušaja očuvanja tradicionalnih oblika društvenog ponašanja u Srbiji, sa naglašavanjem onog što su „tradicionalne vrednosti” (patrijarhalnost u vidu jasne distinkcije između kategorija muško i žensko, biološka reprodukcija u smislu negovanja kulta porodice i porodičnog života). Ovo posebno dolazi do izražaja ako se ima u vidu da je prema istraživanjima Poverenika za zaštitu ravnopravnosti u Srbiji homofobija i dalje izražena (104). Slično je i u zemljama u okruženju poput Hrvatske, Severne Makedonije, Bosne i Hercegovine, Crne Gore (108–110).

U samoj MSM zajednici, prema nalazima naše kvalitativne komponente istraživanja, odnos prema HIV infekciji je ambivalentan. U odgovoru na negativnu spoljnu definiciju nametnutu od strane referentne heteroseksualne većine, tj. na društvenu kategorizaciju, kojom se HIV infekcija vezuje za MSM zajednicu²⁰, javljaju se dva odgovora – prenos stigme na MSM koji žive sa HIV-om i destigmatizacija HIV infekcije. Kada je reč o destigmatizaciji HIV infekcije, tu se ističe pomenuti narativ da je HIV infekcija hronično stanje sa kojim se danas

²⁰ Tačnije, HIV infekcija kao simbol „bolesti” i „kazne” vezuje se za „nemoralno” i „devijantno” ponašanje pripadnika MSM zajednice, tj. za ponašanje koje odstupa od heteroseksualnog normativa.

živi manje ili više jednako kvalitetno kao i bez HIV infekcije. U nekim narativima se čak preteruje ističući da život s HIV infekcijom čoveka više okreće zdravim stilovima života i da čovek tada više posvećuje pažnju svom zdravlju. Međutim, podjednako je dominantan narativ kojim se dodatno stigmatizuju oni MSM koji žive sa HIV-om. Ovim narativom se onim MSM koji žive sa HIV-om pripisuju sve one negativne društvene osobine koje se anticipiraju kao osobine koje su od strane referentne heteroseksualne grupe pripisane MSM zajednici. Na ovaj način se dobijaju i dve predstave o MSM koji žive sa HIV-om: predstave o dobrom MSM koji živi sa HIV-om i predstava o lošem MSM koji živi sa HIV-om. Predstave o dobrom MSM koji živi sa HIV-om su praćene pripisanim osobinama poput – da obaveštavaju seksualne partnere o svom HIV pozitivnom statusu i/ili vode računa da koriste kondom sa seksualnim partnerima, i savetuju one koji nisu inficirani HIV-om kako da se zaštite. Predstave o lošem MSM koji živi sa HIV-om su praćene pripisanim osobinama poput – ima promiskuitetno ponašanje, skriva svoj HIV pozitivni status od seksualnih partnera, ne koristi kondom prilikom seksualnih odnosa i zalaže se za dalju transmisiju HIV infekcije.

Postojanje HIV stigme u samoj MSM zajednici prema onim MSM koji žive sa HIV-om je prepoznato i kroz druge studije. U sistematskom pregledu literature o stigmatizaciji unutar gej zajednice ističe se da je diferencijacija unutar gej zajednice po HIV statusu sve prisutnija, kao i da se ova diferencijacija radi ne samo na osnovu potvrđenog HIV pozitivnog statusa, već i na osnovu pretpostavljenog. Ovo dalje utiče na formiranje stavova kojim se stigmatizuju, odnosno negativno kategorišu, HIV pozitivni (stvarno ili pretpostavljeno) pripadnici MSM zajednice, a što je praćeno njihovom socijalnom izolacijom i odbacivanjem, diskriminacijom po osnovi fizičkog izgleda i pretpostavljenog zdravstvenog stanja, pa i nasiljem (227). Upravo postojanje ove stigme vezane za HIV infekciju unutar MSM zajednice se u sistematskom pregledu kvalitativne literature o barijerama za testiranje na HIV u MSM zajednici identifikuje kao jedna od barijera za testiranje na HIV infekciju (204). Stigmatizacija MSM koji žive sa HIV-om od strane MSM koji ne žive (ili misle da ne žive) sa HIV-om, tj. negativna društvena kategorizacija unutar MSM zajednice jednog dela te zajednice, može se posmatrati kao odgovor na spoljnu negativnu društvenu kategorizaciju. Naime, negativni atributi i markeri razlike se premeštaju na one „druge” koji u stvari nose te attribute („bolest”, rizično ponašanje, nesavesno, tj. nemoralno ponašanje). *Herek* tako ističe da anticipirana stigma može da bude okidač da osoba, koja je sama stigmatizovana, ispolji stigmatu prema drugoj osobi koja je pripadnik iste grupe. Na ovaj način, po njemu, stigmatizovana osoba u stvari dokazuje u široj zajednici da je „normalna” (129). Ovo se može preneti i na one MSM koji sebe vide kao neinficirane HIV-om, tj. kao zdrave. Stigmatizujući MSM koji žive sa HIV-om simbolički dokazuju svoju „normalnost” i time jednakost sa heteroseksualnim muškarcima, tj. sa „zdravim” delom društva, a šire gledano svrstavaju se u kategoriju „muškarci”. Dodatno, postojanje ovakve vrste stigmatizacije unutar zajednice utiče, kako je već govoreno, i na samo testiranje na HIV infekciju u smislu izbegavanja korišćenja usluga testiranja van zdravstvene ustanove. Naime, javlja se narativ da nije dobro biti viđen od strane MSM zajednice da se testiraš, jer time pružaš osnov da se o tebi misli kao nekom ko je potencijalno HIV pozitivan, odnosno ko ima ponašanje koje se vezuje za one koji su se inficirali HIV-om.

Pozitivna predstava o MSM koji žive sa HIV-om je svojevrsan odgovor na potencijalnu unutrašnju stigmatu, tj. negativnu društvenu kategorizaciju od strane samih MSM. Ovaj pozitivan odnos prema MSM koji žive sa HIV-om je prisutniji u Novom Sadu i Beogradu, gde je veća zastupljenost pozitivnih stavova prema osobama koje žive sa HIV-om, nego u Kragujevcu, gde se svaka druga osoba slaže s tim da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu izolovane. Na ovaj način se destigmatizuje HIV infekcija, tj. normalizuje se život sa HIV-om, a time se stvara i određena pozitivna kategorizacija koja može da simbolički „zaštiti” osobu u slučaju da se inficira HIV-om od socijalne izolacije i odbacivanja unutar zajednice, kao i da simbolički može da „nastavi” svoj dotadašnji život, ukoliko se pridržava uspostavljenih načela vezanih za

pozitivno kategorisane MSM koji žive sa HIV-om. Na ovaj način se uspostavlja svojevrsna norma ponašanja za one koji se inficiraju HIV-om, vezana za seksualno ponašanje u cilju sprečavanja dalje transmisije HIV infekcije. U modelu MRLA za uzorak u Kragujevcu je nađeno da je stav da osobe koje žive sa HIV ne treba da budu izolovane faktor povezan sa manjom šansom testiranja na HIV u poslednjih 12 meseci. Ovo se može objasniti pretpostavljenom svešću da postoji socijalna izolacija osoba koje žive sa HIV-om, odnosno da testiranje sprečava upravo strah od potencijalne anticipirane socijalne izolacije u slučaju dijagnostikovanja HIV infekcije.

Kada je reč o saopštavanju svog HIV statusa, studije pokazuju da oni koji žive sa HIV-om nisu uvek spremni da podele ovu informaciju. U studiji među MSM u Njujorku (SAD) utvrđeno je npr. da su MSM koji smatraju da nisu inficirani HIV-om spremniji da otkriju svoj HIV status (228), dok je studija među MSM u 13 evropskih gradova utvrdila da je oko 1/3 ispitanika uzajamno otkrila serostatus pri poslednjem analnom seksualnom odnosu, a veće šanse da to učine su nađene kod onih koji su se testirali u poslednjih 12 meseci, kao i kod onih koji su otvoreni o svojoj seksualnoj orijentaciji (212). Nespremnost MSM koji žive sa HIV-om da otkriju svoj serostatus seksualnim partnerima koji su negativni ili ne znaju svoj HIV status može se objasniti anticipiranom stigmom vezanom za HIV infekciju u MSM zajednici, kao i strahom od socijalne izolacije i gubitku seksualnog života.

Generalno, stigma vezana za HIV infekciju i MSM utiče na promenu percepcije ličnog rizika i procenu rizika, što je dalje povezano sa procenom potrebe za testiranjem na HIV infekciju. Procena rizika može da bude niža od realnog rizika, jer je zasnovana na „poznavanju” HIV statusa partnera (obično preko lične procene ili na osnovu glasina), na negiranju zastupljenosti HIV infekcije među MSM, i na osuđivanju loših MSM koji žive sa HIV-om za dalju transmisiju HIV infekcije. Anticipirana stigma na taj način može da utiče na procenu da li osoba treba ili ne da se testira na HIV. Samo testiranje na HIV infekciju u smislu saznavanja svog rezultata na HIV i procenom benefita koje to donosi (pravovremeno započinjanje lečenja i očuvanje kvaliteta života) s jedne strane, odnosno potencijalnih rizika (osuda zajednice, odbacivanje itd.) s druge, jeste jedno od pitanja koje se postavlja pred MSM. U nekim studijama sprovedenim u Škotskoj ističe se da je došlo do promene diskursa u gej zajednici prema testiranju na HIV, odnosno da se sad testiranje posmatra kao pozitivno normirano u ovoj zajednici (84,196). Međutim, istraživanje sprovedeno u Bugarskoj ukazuje da se kod MSM koji su deo etničkih manjinskih grupa, tj. romske populacije, testiranje na HIV negativno normira, tj. postoje negativni stavovi prema testiranju (194). Interesantno da je samo u Beogradu u MLRA modelu u uzorku nađeno da je pripadnost većinskoj etničkoj grupi, srpskoj, nezavisan faktor povezan sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci. Ujedno, u Beogradu je značajno manje ispitanika navelo da su srpske etničke pripadnosti (52% u uzorku, za razliku od 68,7% u Kragujevcu i 79% u Novom Sadu). U Beogradu je i najveće učešće onih ispitanika koji nisu hteli da se izjasne o svojoj etničkoj pripadnosti (40,3%). Otvara se pitanje koji su uzroci manje spremnosti etničkih manjina ili onih koji se ne osećaju kao pripadnici većinske etničke grupe u Beogradu da se testiraju na HIV. Potrebno je dodatno istražiti da li se i u ovom slučaju može govoriti o sličnim barijerama za testiranje u poslednjih 12 meseci koje su prisutne među Romima u Bugarskoj (slabije znanje o HIV infekciji i testiranju na HIV, postojanje negativnih stavova prema testiranju na HIV, shvatanje da nisu MSM) (194) ili postoje i dodatne barijere. Sistematski pregled narativa vezanog za rutinsko testiranje na HIV infekciju ukazuje da je došlo do promene narativa početkom 21. veka, kada se ovo ponašanje počinje pozitivno normirati u zajednici, što dalje utiče na smanjenje stigme vezane za HIV infekciju i AIDS (187). Kvalitativna komponenta našeg istraživanja ukazuje da je u jednom delu populacije prisutno pozitivno normiranje samog testiranja kao dela brige o zdravlju, što može pozitivno da utiče na odluku o testiranju na HIV, tj. na redovno testiranje na HIV infekciju. Subjektivnost u proceni rizika može biti kompenzovana testiranjem na HIV infekciju

kao normom, ali je bitno da prethodno postoji destigmatizacija infekcije HIV-om. Generalno, bilo bi potrebno dodatno istražiti zastupljenost i prediktore periodičnosti tj. ponavljanja testiranja na HIV infekciju među MSM.

Za razliku od drugih studija gde je uzrast bio povezan sa većim ili manjim šansama za testiranje na HIV infekciju, kod nas nije registrovana ovakva povezanost. U drugim studijama, povezanost uzrasta nije jednoznačna, te se u nekim studijama veće šanse za testiranje na HIV pripisuju mlađim MSM (87,188,200), a u drugim onim starijim (81,87,178,211). Takođe, većina studija nalazi da je viši stepen obrazovanja faktor koji povećava šanse za testiranje na HIV (178,188,191,211). Međutim, kod nas ova povezanost nije identifikovana.

Ono što se ističe u literaturi jeste dilema da li je testiranje na HIV infekciju kao biomedicinska intervencija doprinela prevenciji HIV infekcije. Ponavljano testiranje na HIV jednom godišnje ili češće u zavisnosti od praktikovanja rizičnog ponašanja u odnosu na transmisiju HIV infekcije jeste preporuka SZO (171). Takođe, SZO preporučuje promenu procedure savetovanja i testiranja na HIV, tako da se isključi savetovanje pre testiranja iz same usluge (171). SZO ovo opravdava da ponavljano testiranje na HIV infekciju treba da služi s jedne strane ranoj dijagnostici HIV infekcije i promptnom započinjanju lečenja, a sa druge praćenju uspešnosti programa prevencije HIV infekcije (tako što osobe sa negativnim HIV statusom ostaju negativne) (171). Ono što se zamera ovakvom pristupu jeste da se na ovaj način u stvari podržava kontinuitet u postojanju rizičnog ponašanja, odnosno da se na ovaj način ne utiče na promenu ponašanja (214,229,230). *Monteiro* u svojoj kritici biomedikalizacije prevencije HIV infekcije ističe da ovo povlači različita etička pitanja, kao i da zanemaruje politički i kulturni kontekst na nacionalnom nivou, kada se HIV testiranje nameće kao osnovna strategija u prevenciji transmisije HIV infekcije (229). Slično, *Aggelton* ističe da je bitno kulturno prilagođavanje mera koje se preporučuju na međunarodnom nivou, posebno kad je reč o biomedicinskim intervencijama (214). *Burns* ističe da biomedicinske intervencije nisu uspele da dosegnu one koji su u najvećem riziku od HIV infekcije (230). Autori generalno zameraju da se u biomedicinskom pristupu zanemaruje kako kulturni i politički kontekst na nacionalnom nivou, tako i kontekst same zajednice kojoj su intervencije namenjene. *Aggelton* tako ističe da se polako počeo napuštati participatorni pristup, kao i multisektorski pristup koji je uvažavao nalaze humanističkih nauka u smislu boljeg približavanja mera prevencije samoj populaciji, a da se nameću univerzalne biomedicinske mere poput testiranja na HIV, započinjanja lečenja, cirkumcizija itd. (214). *Monteiro* naglašava da je testiranje na HIV, praćeno smanjivanjem značaja savetovanja, postalo tehnika za primenu mere „serosortinga” i time tehnika za omogućavanje seksualnih odnosa bez kondoma u krajnjoj liniji (229). Slično se zamera i drugim biomedicinskim preventivnim merama, poput PrEP-a. *Traeger* i ostali u sistematskom pregledu sa meta analizom o efektima PrEP-a na upotrebu kondoma i PPI ukazuju da korišćenje PrEP-a utiče na slabiju upotrebu kondoma sa različitim partnerima, tj. da dolazi do kompenzacije rizika – napuštanje ranijih protektivnih praksi zbog uvođenja novih (231). Ovo uvodi dodatne rizike od PPI među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima. Tako, na primer, studija u Nemačkoj ukazuje da je postojanje bar jedne PPI među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima povezano sa korišćenjem PrEP-a, životom sa HIV-om, češćom promenom seksualnih partnera (pet i više u poslednjih 12 meseci), korišćenjem rekreativnih droga, kao i sa nezaštićenim seksualnim odnosima (232). Ono što ovi autori ne diskutuju jeste stanovište da bihejvioralne intervencije same po sebi nisu dovele do željenih promena u smislu sprečavanja daljeg širenja HIV infekcije. Odnosno, nisu u dovoljnoj meri uzele u obzir da seksualno ponašanje jeste vid socijalnog ponašanja koje ulazi u kategoriju intimnosti. S jedne strane, kondom je simbol poverenja, a sa druge, tu je stalno prisutna potraga za većim i intenzivnijim zadovoljstvima. Biomedicinske intervencije prihvataju ove činjenice vezane za seksualnost i intimnost, te pokušavaju da medicinskim putem suzbiju širenje HIV infekcije. Autori koji kritikuju biomedikalizaciju prevencije HIV infekcije zaključuju, a sa time se možemo složiti, da je

potrebno pored biomedicinskih intervencija uporedo sprovoditi i bihevioralne, kao i da u planiranju i implementaciji biomedicinskih, a i drugih, intervencija treba kontekstualizovati mere i prilagoditi ih samoj populaciji kojoj su namenjene (kroz participatorni i multisektorski pristup) (214,229). Takođe, ističe se da je potrebno razvijati i intervencije na strukturnom nivou, koje će uticati na osnaživanje negativno kategorisanih društvenih zajednica, odnosno na smanjenje stigme, diskriminacije i strukturnog nasilja kao faktora koji doprinose većoj izloženosti ovih grupa riziku od HIV infekcije (230).

Ovim istraživanjem smo kombinovanjem kvantitativnih i kvalitativnih metoda kontekstualizovali kvantitativne nalaze vezane za primarno testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci, ali i za znanje i rizično ponašanje, sagledavši iz ugla samih MSM barijere i motive za testiranje na HIV, kao i njihovu percepciju i shvatanje rizičnih oblika ponašanja, kao i motivaciju za njihovo praktikovanje.

Ovim istraživanjem smo kombinovanjem kvantitativnih i kvalitativnih metoda kontekstualizovali kvantitativne nalaze vezane primarno za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci, ali i za znanje i rizično ponašanje, sagledavši iz ugla samih MSM barijere i motive za testiranje na HIV, kao i njihovu percepciju i shvatanje rizičnih oblika ponašanja, i motivaciju za njihovo praktikovanje.

Poseban doprinos ovog istraživanja je u uporednom predstavljanju rezultata klasične statističke analize i RDS analize, za koju se može reći da je prva ovakvog obima na našem prostoru. U radu smo sprovedeli statističku analizu po RDS metodu (uz korišćenje RDS estimatora), kao i klasičnu analizu podataka (bez korišćenja estimatora). Vrednosti koje smo dobijali kroz ovu uporednu analizu su u odnosu na pojedinačne varijable približne. Međutim, kako se RDS analiza sprovodi u okviru lokacije na kojoj je realizovano istraživanje nismo bili u mogućnosti da testiramo značajnost razlika koje se javljaju između gradova. U ovom domenu smo se oslanjali na klasičnu analizu, tj. uzoračke vrednosti. Ono gde je došlo do manjeg razilaženja rezultatom dobijenih RDS obradom i klasičnom obradom podataka jeste u pogledu univarijantne i multivarijantne logističke regresione analize. Može se pretpostaviti da do razlike dolazi primarno usled primene estimatora prilikom RDS analize podataka, s obzirom da estimator utiče na dobijene vrednosti, te da je verovatno uticao i na pronađene statističke značajnosti. Posmatrajući rezultate obe statističke analize, može se reći da su, i pored razlika, oba modela konzistentna u pogledu grupe faktora koji se javljaju kao prediktori testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci (korišćenje preventivno-zdravstvenih usluga, rizično seksualno ponašanje i određena znanja vezana za HIV infekciju i testiranje na HIV).

Takođe, poseban doprinos istraživanja jeste i bolje sagledavanje stigme kao javnozdravstvenog problema, koji deluje na nivou društvene strukture, i, kao normativni akt, može da sputava i ometa preventivne (bihevioralne i/ili biomedicinske) intervencije. Stigma se javlja kao društveni mehanizam koji deluje i na očuvanju postojećeg sociokulturnog poretka, ali istovremeno ga i problematizuje, baš kroz odgovor stigmatizovanog dela društva na stigmatu. U slučaju HIV infekcije ovaj odgovor može da produbi rizike od HIV infekcije, te je u tom smislu potrebno posebno konstruisati strukturne intervencije koje će delovati na destigmatizaciju HIV infekcije i ponašanja vezanih za HIV infekciju, ali koje će ujedno podržavati protektivne oblike ponašanja.

Ograničenja studije

U cilju boljeg tumačenja rezultata ovog istraživanja, potrebno je skrenuti pažnju na postojeća ograničenja. Reprezentativnost sprovedenog istraživanja je ograničena. Istraživanje je sprovedeno u populaciji koja je teško dostupna i za koju ne postoji okvir za reprezentativno slučajno selektovanje uzoračkih jedinica. U cilju postizanja veće reprezentativnosti uzorka MSM, korišćen je metod uzorkovanja vođenog ispitanicima (RDS). Kao i sve druge metode uzorkovanja u populacijama koje su teško dostupne i skrivene, i ovaj metod pripada grupi

neslučajnih metoda, gde nije poznata verovatnoća izbora uzoračkih jedinica u uzorak. Međutim, u cilju prevazilaženja ovog nedostatka, kroz rad je sprovedena statistička obrada podataka po RDS metodu, tj. uz korišćenje posebnih estimatora za RDS vrednosti. RDS metod, uz ponderisanje pojedinačnih slučajeva u odnosu na procenjenu verovatnoću da u grupi kontakata jedne osobe baš osobe koje su dobile kupon uđu u uzorak, nastoji da poveća validnost i reprezentativnost uzorka, tj. da ga približi slučajnom uzorku (154, 155). Međutim, RDS metod ima svoje limitacije, te se reprezentativnost uzorka nakon RDS obrade podataka ograničava na lokaciju gde je istraživanje sprovedeno. U tom smislu ne možemo govoriti o reprezentativnosti naših rezultata za čitavu MSM populaciju u Srbiji, već samo o ograničenoj reprezentativnosti za MSM populaciju u Beogradu, Novom Sadu i Kragujevcu. Samo u Novom Sadu je pronađena homofilija u odnosu na uzrast i na radni status ispitanika. Otud, rezultati predstavljeni za Novi Sad imaju ograničenu pouzdanost. Da bi se ovo prevazišlo, preporučljivo je povećanje veličine uzorka u ovom gradu. U slučaju Kragujevca videli smo da je ekvilibrijum u odnosu na testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci dosegnut tek oko petog talasa (sa oko 280 ispitanika). Otud, rezultate za Kragujevac u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, treba uzeti sa rezervom. Naime, mada je ekvilibrijum dosegnut, bilo bi dobro da se uzorkovanje produžilo u cilju produbljanja uzorka kojim bi se osigurala veća zastupljenost svih karakteristika prisutnih u populaciji u odnosu na testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci.

Treba istaći da se softver, korišćen za RDS univarijantnu i multivarijantnu logističku regresionu analizu, kontinuirano razvija i unapređuje koristeći R platformu od strane Grupe za metode istraživanja teško dostupnih populacija (engl. *Hard-to-Reach Population Methods Research Group*) (233). S obzirom da se softver u delu za logističku regresionu analizu i dalje razvija, dobijene rezultate treba tumačiti sa oprezom. Prednost našeg istraživanja u tom smislu jeste postojanje uporednih uzoračkih vrednosti datih kroz statističku analizu bez estimatora.

Kvalitativna komponenta istraživanja, pak, sa svoje strane ima svoje limitacije vezane za saturaciju u podacima. Saturacija je dosegnuta u Beogradu i Novom Sadu, ali ne i u Kragujevcu. U Kragujevcu smo imali samo dva ispitanika i oba su pripadala podgrupi onih koji žive sa HIV-om. I pored toga, oba dubinska intervjuja su uključena u tematsku analizu, s obzirom da su nalazi kompatibilni sa kvalitativnim nalazima u druga dva grada i međusobno se dopunjuju. Poseban doprinos kvalitativne analize jeste mogućnost triangulacije kvalitativnih i kvantitativnih nalaza i time jasnijeg sagledavanja prepreka i motivacije za testiranje na HIV infekciju, shvatanja rizika i rizičnih oblika ponašanja i davanja određene širine i dubine nalazima istraživanja.

6. ZAKLJUČCI

U odnosu na ciljeve ovog istraživanja i postavljene hipoteze, izvodimo sledeće zaključke:

1. Značajni nezavisni faktori koji doprinose da se MSM savetuju i testiraju na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci su a) seksualno ponašanje (u odnosu na broj partnera i njihovo poznavanje), b) određena znanja vezana za HIV infekciju i testiranje na nju, c) korišćenje preventivnih i zdravstvenih usluga i d) u slučaju uzorka MSM iz Beograda korišćenje psihoaktivnih supstanci i etnička pripadnost, a u slučaju uzorka MSM iz Kragujevca stav da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu socijalno izolovane.
 - U Beogradu se na HIV u poslednjih 12 meseci testiralo 34,4% MSM populacije (39% u uzorku). Značajni nezavisni faktori asociirani sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci su: korišćenje usluge prevencije HIV infekcije koje pružaju udruženja (u populaciji i u uzorku); poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci (i u populaciji i u uzorku); postojanje seksualnih odnosa sa dva i više seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (u populaciji); samoprocena da su u riziku od inficiranja HIV-om (u populaciji i u uzorku);

postojanje stalnog partnera u poslednjih 12 meseci (samo u uzorku); postojanje komercijalnog seksualnog partnera nekad u životu (samo u uzorku); znanje gde se može savetovati i testirati na HIV infekciju (i u populaciji i u uzorku, inače znanje koje u Novom Sadu ima 95% učesnika); srpska etnička pripadnost (samo u uzorku). Značajan nezavisni faktor povezan sa manjim šansama za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci je upotreba droge nekad u životu (samo u uzorku).

- U Novom Sadu se na HIV testiralo u poslednjih 12 meseci 36,6% MSM populacije (39,7% u uzorku). Značajni nezavisni faktori povezani sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci su korišćenje usluga prevencije HIV infekcije koje pružaju udruženja (u populaciji i u uzorku); postojanje dva i više insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (u populaciji i u uzorku) i poseta izabranom lekaru u domu zdravlja u poslednjih 12 meseci (u populaciji i u uzorku);
- U Kragujevcu se na HIV u poslednjih 12 meseci testiralo 58,9% MSM populacije (57,7% u uzorku, što je statistički značajno više nego u ostala dva grada). Značajni nezavisni faktori povezani sa većim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci su korišćenje usluge prevencije HIV infekcije koje pružaju udruženja (u populaciji i u uzorku); postojanje dva i više insertivnih seksualnih partnera u poslednjih 12 meseci (u populaciji i u uzorku); znanje da osoba koja izgleda zdravo može biti inficirana HIV-om (u populaciji i u uzorku). Značajni nezavisni faktori povezani sa manjim šansama za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci su upoznavanje seksualnih partnera preko ličnih poznanstava (u populaciji i u uzorku); postojanje seksualnih odnosa sa ženama nekad u životu (samo u uzorku); slaganje sa stavom da osobe koje žive sa HIV-om ne treba da budu socijalno izolovane (samo u uzorku).
- Nezaštićeni seksualni odnosi nisu identifikovani ni u jednom gradu kao nezavisan faktor testiranja na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci. Sam nezaštićeni seksualni odnos se ne percipira kao rizičan ukoliko je bio sa osobom koja nije inficirana HIV-om, te se u ovom smislu ističe značaj percepcije rizika, odnosno subjektivnost procene seksualnih partnera. Poverenje, upoznavanje preko ličnih kontakata, poznavanje partnera i glasine o nečijem HIV statusu su sve osnovi za procenu rizika od transmisije HIV infekcije usled (nezaštićenog) seksualnog odnosa u određenoj situaciji. Može se pretpostaviti da je povećan broj seksualnih partnera povezan sa testiranjem na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci upravo zbog naknadne procene ili sumnje da je neko od tih partnera bio inficiran HIV-om.
Stupanje u seksualne odnose bez kondoma sa partnerima (pretpostavljenog) istog HIV statusa i sa partnerima koji žive sa HIV-om koji imaju nedetektabilnu količinu virusa u krvi u uslovima nedovoljnog i/ili kasnog obuhvata uslugom testiranja na HIV infekciju i nedovoljno znanja o tome šta znači i kako se prati nedetektabilna količina virusa u krvi, predstavlja poseban rizik od HIV infekcije u MSM populaciji kod nas. Otud je potrebno posebno voditi računa u preventivnim intervencijama o preciziranju značenja s jedne strane slogana „nedetektabilno = neprenosivo”, a sa druge „serosortinga” kao mera prevencije HIV infekcije. Takođe, prilikom dizajniranja preventivnih intervencija, potrebno je voditi računa o shvatanju „poverenja” među partnerima u netradicionalnim vezama/odnosima.
- Prethodno iskustvo sa PPI se nije pokazalo značajno povezanim sa testiranjem na HIV infekciju, imajući u vidu da je u uzorku bilo malo učešće onih koji su imali neko iskustvo promena u polnoj regiji u poslednjih 12 meseci. U cilju ispitivanja povezanosti ranijeg iskustva sa PPI i testiranja na HIV infekciju bilo bi poželjno u većoj meri uključiti u dizajn istraživanja one sa tim iskustvom.

2. Ponašanje MSM populacije zavisi od njihove percepcije rizika od HIV infekcije. Ova percepcija je u velikoj meri oblikovana stavovima šireg i užeg društvenog okruženja o istopolnim seksualnim odnosima i HIV infekciji.
 - Anticipirana stigma koja se vezuje za HIV infekciju i MSM populaciju od strane većinskog heteroseksualnog okruženja, tj. referentne grupe, utiče na shvatanje rizika i rizičnosti, te se rizik od HIV infekcije u jednom delu relativizuje i negira, a u drugom delu se odgovornost za rizik prebacuje na MSM koji žive sa HIV-om. Kako je rizik praktično sveden na nezaštićen seksualni odnos sa nekim ko je inficiran HIV-om, ponašanje se usklađuje sa konkretnom situacijom, tj. procenom partnera i sopstvene spremnosti da se preuzme rizik (pokloni poverenje). Ovakav odgovor na anticipiranu stigmom vezanu za MSM i za HIV infekciju može da doprinese rizičnijem ponašanju u odnosu na transmisiju HIV infekcije. Tačnije, narativ koji se formira u smislu ignorisanja značaja HIV infekcije (vezivanje s jedne strane za kategoriju „muškaraca”, a sa druge naglašavajući njen hronični i po nekim ispitanicima – benigni karakter), rekategorizacija HIV rizika i/ili njegovo poricanje (kroz vezivanje rizika za opštu kategoriju „muškaraca”), može ohrabriti rizično ponašanje (kao simbol kategorije „muškarci”).
 - Rezultati analize kvalitativnih podataka ukazuju da je testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci povezano sa anticipiranom stigmom vezanom za MSM populaciju i HIV infekciju od strane dominantne heteroseksualne grupe i strahom od njenog ispoljavanja u vidu diskriminacije, heteroseksizma i/ili nasilja. Anticipirana stigma se tako pojavljuje kao strukturalna barijera za testiranje na HIV infekciju. Za testiranje na HIV infekciju pokazalo se posebno značajnim pitanje poverljivosti procesa testiranja, informacija koje klijent daje o sebi (primarno o svojoj seksualnoj orijentaciji) i informacija o rezultatu testa na HIV infekciju. Narušavanje ovog principa pojedinca stavlja u rizik od ispoljavanja stigme prema njemu od strane heteroseksualne većine i/ili od strane MSM zajednice. Pitanje poverljivosti je vezano za samo mesto testiranja bilo u zdravstvenoj ustanovi, bilo van nje (u zajednici). Reč je o pitanju u kojoj meri se određeno mesto percipira kao povezano sa mestom testiranja gej populacije, odnosno koliko se odlazak na testiranje vidi kao povezano sa „lošim” ponašanjem i HIV infekcijom. U tom smislu, „biti viđen” od strane nepoželjnih osoba (iz heteroseksualne zajednice ili iz MSM zajednice) može biti rizik koji se vezuje za samo mesto testiranja. Kršenje poverljivosti putem daljeg prosljeđivanja informacija bez saglasnosti klijenta o njegovoj seksualnoj orijentaciji ili rezultatu testa je takođe rizik koji se više vezuje za testiranje na HIV infekciju u zdravstvenoj ustanovi, nego van nje (u zajednici). Dodatno, strah od pozitivnog rezultata testa na HIV i od posledica koje on nosi u domenu izlaganja stigmati zbog HIV statusa jeste takođe barijera za testiranje na HIV infekciju povezana sa stigmom vezanom za HIV infekciju.

U cilju prevazilaženja identifikovanih barijera za testiranje na HIV u poslednjih 12 meseci, potrebno je povećati broj mesta u kojima je moguće dobijati uslugu testiranja na HIV praćenog savetovanjem, kako u zdravstvenim ustanovama, tako i van njih, u zajednici. Kombinovanje bihevioralnih i biomedicinskih intervencija u okviru rada udruženja se pokazalo kao pozitivno, imajući u vidu značajnost korišćenja usluga prevencije HIV infekcije u povećanju šansi za testiranje na HIV infekciju u poslednjih 12 meseci. Međutim, da bi se usluga testiranja na HIV praćenog savetovanjem zaista koristila, potrebno je uvesti dodatne strukturne izmene u smislu destigmatizacije HIV infekcije i seksualne orijentacije. Destigmatizacija može da doprinese ne samo većem obuhvatu MSM populacije testiranjem na HIV infekciju, već i tome da MSM dobiju adekvatne informacije o HIV infekciji od savetnika u skladu sa individualnim

potrebama, kao i da se formiraju pozitivni uslovi za informisanu i tačnu komunikaciju između seksualnih partnera o njihovom HIV statusu pre seksualnog odnosa. Ovo zahteva kombinovanje biomedicinskih, bihejvioralnih i strukturnih intervencija u cilju uspješne prevencije i suzbijanja HIV epidemije među MSM.

7. LITERATURA

1. Visseaux B, Damond F, Matheron S, Descamps D, Charpentier C. Hiv-2 molecular epidemiology. *Infect Genet Evol.* 2016;46:233-40.
2. Simić D. Epidemiološke odlike infekcije virusom humane imunodeficijencije i sindroma stečene imunodeicijencije. U: Jevtović Đ, ur. HIV infekcija: Priručnik za lekare. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2007. str. 6-20.
3. Beloukas A, Psarris A, Giannelou P, Kostaki E, Hatzakis A, Paraskevis D. Molecular epidemiology of HIV-1 infection in Europe: An overview. *Infect Genet Evol.* 2016;46:180-89.
4. Stanojevic M, Alexiev I, Beshkov D, Gökengin D, Mezei M, Minarovits J, et al. HIV-1 molecular epidemiology in the Balkans: a melting pot for high genetic diversity. *AIDS Rev.* 2012;14(1):28-36.
5. Jevtović Đ. HIV infekcija: Početni pristup i dalji tretman pacijenata sa infekcijom virusom humane imunodeficijencije. U: Jevtović Đ, ur. HIV infekcija: Priručnik za lekare. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2007: 31-46.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS Terminology Guidelines. Geneva: UNAIDS; 2015. 60 str.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2016-2021 Strategy: On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2016. 124 str.
8. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: WHO; 2016. 155 str.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Update, 2020: Seizing the Moment - Tackling entrenched inequalities to end epidemic. Geneva: UNAIDS; 2020. 380 str.
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Internet] Fact Sheet - World AIDS Day 2020. Geneva: UNAIDS, 2020. [Citirano 4. april 2021.] Dostupno na: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Internet] HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2019. Geneva: UNAIDS, 2020. [Citirano 4. april 2021.] Dostupno na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_estimates_from_1990-to-present.xlsx
12. United Nations. Millenium Development Goals and Beyond 2015: Goal 6 - Combat HIV/AIDS, Malaria and Other Diseases [Internet]. Geneva: UN; 2015. [Citirano 1. mart 2021.] Dostupno na: <https://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>.
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS 2020 Reference: UNAIDS Data 2020. Geneva: UNAIDS; 2020. 433 str.
14. European Centre for Disease Prevention and Control / World Health Organization Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 126 str.
15. Simić D. [Internet] Epidemiološke determinante HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji krajem novembra 2020. godine. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2020. [ažurirano 1. Decembar 2020; citirano 12. Januara 2021.]. Dostupno na: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.batut.org>.

- rs%2Fdownload%2Faktuelno%2FEpidemiologija%2520HIV%2520infekcije%2520i%2520AIDS%2520krajem%25202020.docx&wdOrigin=BROWSELINK.
16. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011;12(1):61-64.
 17. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2012. 93 str.
 18. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2014. 95 str.
 19. Vlada Republike Srbije. Strategija za prevenciju i kontrolu HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji, 2018-2025. godine. Beograd: Sl. glasnik RS. 2018;61/18.
 20. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Sl. glasnik RS. 2019;25/19.
 21. European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 9.0. Brussels: EACS; 2017. 101 str.
 22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Internet] Country factsheets: Serbia, 2019. Geneva: UNAIDS; 2020 [ažurirano n.d.; pristupljeno 12. septembar 2020.]. Dostupno na: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/serbia>.
 23. Vučić-Janković M, Marković-Denić L, Milić N, Simić D, Lončarević G, Seke K. Izveštaj o zaraznim bolestima u 2006. godini na teritoriji Republike Srbije [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2007. [Ažurirano 5. septembra 2011; citirano 2. mart 2021]. Dostupno na: <https://batut.org.rs/index.php?content=299>
 24. Lončarević G, Milić N, Grgić B, Ilić-Vlatković V, Simić D, Obrenović J, et al. Izveštaj o zaraznim bolestima u 2009. godini na teritoriji Republike Srbije [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2010. [Ažurirano 5. septembra 2011; citirano 2. mart 2021]. Dostupno na: <https://batut.org.rs/index.php?content=299>
 25. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2008.
 26. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2011.
 27. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
 28. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: ECDC; 2015.
 29. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016.
 30. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: ECDC; 2017.
 31. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
 32. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019.
 33. Dowsett GW. Reaching Men who have Sex with Men in Australia. An Overview of AIDS Education: Community Intervention and Community Attachment Strategies. *Aust J Soc Issues.* 1990;25(3):186-98.

34. Doll LS, Petersen LR, White CR, Johnson ES, Ward JW, The Blood Donor Study G. Homosexually and nonhomosexually identified men who have sex with men: A behavioral comparison. *J. Sex Res.* 1992;29(1):1-14.
35. Young RM, Meyer IH. The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1144-49.
36. Mos M. *Sociologija i antropologija* (1). Beograd: Biblioteka XX vek; 1998. 395 str.
37. Pickett BL. *Historical dictionary of homosexuality*. Maryland: Scarecrow Press, Inc.; 2009. 229 str.
38. Fuko M. *Istorija seksualnosti: Korišćenje ljubavnih uživanja*. Beograd: Prosveta; 1988. 249 str.
39. Primorac I. *Etika i seks*. Beograd: Sl. glasnik RS; 2007. 255 str.
40. Fuko M. *Istorija seksualnosti: Volja za znanjem, Drugo izdanje*. Beograd: Prosveta; 1982. 146 str.
41. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behav. Sci.* 2015;5(4):565-75.
42. Centers for Disease Control and Prevention. A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among Homosexual Male Resident of Los Angeles and Orange Counties, California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1982;31(23):305-07.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1982;31(37):507-14.
44. Altman KL. New Homosexual Disorder Worries Health Officials. *New York Times* [Internet]. 1982 May 11 [Pristupljeno 11. septembar 2021]; Section C: str. 1. Dostupno na: <https://www.nytimes.com/1982/05/11/science/new-homosexual-disorder-worries-health-officials.html>
45. Mann JM, Kay K. Confronting the pandemic: the World Health Organization's Global Programme on AIDS, 1986-1989. *AIDS.* 1991;5 Suppl 2:S221-29.
46. Bojanin S. Homoseksualnost u srednjovekovnoj Srbiji. U: Blagojević J, Dimitrijević O, ur. *Među nama: Neispričane priče gej i lezbejskih života (Zbornik radova)*. Beograd: Hartefakt Fond; 2014:22-40.
47. Jovanović V. Homoseksualnost i srpsko društvo u 19. veku. U: Blagojević J, Dimitrijević O, ur. *Među nama: Neispričane priče gej i lezbejskih života (Zbornik radova)*. Beograd: Hartefakt Fond; 2014:44-60.
48. Zec D. Nevidljivi u oluji: položaj homoseksualaca u okupiranoj Srbiji (1941-1944). U: Blagojević J, Dimitrijević O, ur. *Među nama: Neispričane priče gej i lezbejskih života (Zbornik radova)*. Beograd: Hartefakt Fond; 2014:84-104.
49. Krivični zakonik, član 186. *Službeni list FNRJ.* 1951;13/1951.
50. Raunić F. Kako je bilo biti gej u Jugoslaviji? Pričali smo s čovjekom koji je upravo doktorirao na tu temu. *Telegram* [Internet]. Zagreb: Telegram, 2017. oktobar 12. [Pristupljeno 8. februar 2021]. Dostupno na: <https://www.telegram.hr/price/kako-je-bilo-biti-gej-u-jugoslaviji-pricali-smo-s-covjekom-koji-je-upravo-doktorirao-na-tu-temu/>
51. Mršević Z. Dve decenije krivičnopravne regulative homoseksualnih odnosa u Jugoslaviji. U: Živković L, ur. *Opet bih bila lezbejka - Labris - grupa za lezbejska ljudska prava: prvih pet godina rada, od 1995 do 2000*. Beograd: Labris; 2001:63-66.
52. Dujić A. Od prvog slučaja HIV/AIDS-a u Srbiji do formiranja Nacionalne komisije. U: Šulović V, Cucić V, Ilic D, ur. *Naučni skup: Dvadeset godina HIV/AIDS-a u Srbiji*; Beograd: SANU - Međudjeljenski odbor za SIDU, JAZAS; 2006:13-24.
53. Stojanovski J, Stojanovic M, Prvulović M. Stigma i diskriminacija ljudi koji žive sa HIV-om [Internet]. Beograd: GIP ekspertske centar za mentalno zdravlje, 2007.

- [Ažurirano n.d; citirano 8. februar 2021]. Dostupno na: <https://www.ian.org.rs/arhiva/sida/publikacije/Stigma%20i%20diskriminacija%20osoba%20koje%20zive%20sa%20HIV-om.pdf>
54. Savin K, Korać V, Kupek E, Simović-Hiber I, Cucić V. SIDA i društvena reakcija. Beograd: Prometej, Institut za sociološka i kriminološka istraživanja; 1992. 109 str.
 55. Wolfbane Cybernetic Ltd. International Classification of Diseases Oxfordshire. [Internet]. England: Wolfbane Cybernetic Ltd; 2007 [ažurirano 7. april 2007, pristupljeno 30. januar 2021]. Dostupno na: <http://www.wolfbane.com/icd/>.
 56. Kinney RL, 3rd. Homosexuality and scientific evidence: On suspect anecdotes, antiquated data, and broad generalizations. *Linacre Q.* 2015;82(4):364-90.
 57. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - 10. revizija Knjiga 1, Izdanje 2010 (prevod na srpski jezik; izdanje Svetske zdravstvene organizacije, 2011) [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2013. [Ažurirano 1. maj 2017; citirano 20. februar 2021]. Dostupno na: https://batut.org.rs/index.php?category_id=151
 58. Cook CCH. The causes of human sexual orientation. *Theol Sex.* 2021;27(1):1-19.
 59. LeVay S. Gay, Straight, and the Reason Why - The Science of Sexual Orientation. New York: Oxford University Press; 2017. 265 str.
 60. World Health Organization. [Internet] International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. Geneva: WHO; 2020 [ažurirano septembar 2020, pristupljeno 25. januar 2021]. Dostupno na: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1669287891>.
 61. Duišin D, Barišić J. Koncepti, kontekst i stavovi prema homoseksualnosti – Istorijski osvrt. U: Blagojević J, Dimitrijević O, ur. Među nama: Neispričane priče gej i lezbejskih života. Beograd: Hartefakt Fond; 2014:104-15.
 62. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Međunarodna klasifikacija bolesti Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2017 [ažurirano 1. maj 2017; pristupljeno 20. januar 2021]. Dostupno na: http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=151.
 63. Vučković D. Godišnji izveštaj o položaju LGBTTIQ populacije u Srbiji. Beograd: Labris, 2009. 23 str.
 64. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections - A UNAIDS Discussion Paper. Geneva: UNAIDS; 2010. 36 str.
 65. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014. 40 str.
 66. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV Prevention 2020 Road Map: Accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: UNAIDS; 2017. 33 str.
 67. Kinsey Institute. [Internet] Diversity of sexual orientation Bloomington. Indiana: Kinsey Institute, Indiana University; 2011 [ažurirano 4/11; pristupljeno 8. februar 2021]. Dostupno na: <https://kinseyinstitute.org/research/publications/historical-report-diversity-of-sexual-orientation.php>.
 68. Chandra A, Mosher WD, Copen C, Sionean C. Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Identity in the United States: Data From the 2006–2008 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, No. 36. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2011. 36 str.

69. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, the EN. Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. *BMC Public Health*. 2013;13(1):919.
70. Comiskey C, Dempsey O, Simic D, Baroš S. Injecting drug users, sex workers and men who have sex with men: a national cross-sectional study to develop a framework and prevalence estimates for national HIV/AIDS programmes in the Republic of Serbia. *BMJ Open*. 2013;3(5):e002203.
71. Comiskey C, Dempsey O, Snel A. Prevalencija populacija pod povećanim rizikom od HIV-a u Republici Srbiji. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovnaović Batut“; 2011. 44 str.
72. Komisija za borbu protiv HIV/AIDS-a Vlade Republike Srbije. Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2005.
73. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services - 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct result and Connection. France: WHO; 2015. 188 str.
74. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018. 111 str.
75. Krtinić G. Procena prevalencije HIV infekcije i sifilisa i učestalosti rizičnih oblika ponašanja među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima u Beogradu i Novom Sadu. U: Knežević T, Baroš S, Simić D, Bassioni Stamenić F, Mitić K, ur. Beograd: Ministarstvo zdravlja Repbulike Srbije; 2012:67-90.
76. Baroš S. Analiza realizovanih aktivnosti u okviru nacionalnog odgovora na HIV epidemiju u periodu 2008-2013. godine [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2014. [Ažurirano 18. septembar 2015; citirano 6. april 2021]. Dostupno na: https://batut.org.rs/index.php?category_id=173
77. Baroš S. Izveštaj o realizovanim aktivnostima u okviru odgovora na HIV epidemiju u Republici Srbiji tokom 2019. godine sa uporednom analizom za period 2015-2019. godine [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2020. [Ažurirano 26. novembra 2020; citirano 6. april 2021]. Dostupno na: https://batut.org.rs/index.php?category_id=173
78. The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: ECDC; 2019. 164 str.
79. Baroš S. Izveštaj o realizovanim aktivnostima u okviru nacionalnog odgovora na HIV epidemiju u periodu od 1. jaunara do 31. decembra 2013. godine [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2014. [Ažurirano 18. septembar 2015; citirano 6. april 2021]. Dostupno na: https://batut.org.rs/index.php?category_id=173
80. den Daas C, Doppen M, Schmidt AJ, Op de Coul E. Determinants of never having tested for HIV among MSM in the Netherlands. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009480.
81. Persson KI, Berglund T, Bergstrom J, Eriksson LE, Tikkanen R, Thorson A, et al. Motivators and barriers for HIV testing among men who have sex with men in Sweden. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24):3605-18.
82. Witzel TC, Melendez-Torres GJ, Hickson F, Weatherburn P. HIV testing history and preferences for future tests among gay men, bisexual men and other MSM in England: results from a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011372.
83. Marcus U, Gassowski M, Drewes J. HIV risk perception and testing behaviours among men having sex with men (MSM) reporting potential transmission risks in the previous

- 12 months from a large online sample of MSM living in Germany. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1111.
84. Knussen C, Flowers P, McDaid LM. Factors associated with recency of HIV testing amongst men residing in Scotland who have sex with men. *AIDS Care*. 2014;26(3):297-303.
 85. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010;20(4):422-32.
 86. Ruutel K, Parker RD, Lohmus L, Valk A, Aavik T. HIV and STI Testing and Related Factors Among Men Who Have Sex with Men in Estonia. *AIDS Behav*. 2016;20(10):2275-85.
 87. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: ECDC; 2013. 217 str.
 88. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Key Population Atlas [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019 [ažurirano 8. avgust 2019; citirano 12. decembar 2020]. Dostupno na: <https://kpatlas.unaids.org/dashboard>.
 89. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014;28(10):1509-19.
 90. Bakker AB, Buunk BP, Siero FW, van den Eijnden RJJM. Application of a modified health belief model to HIV preventive behavioral intentions among gay and bisexual men. *Psychol Health*. 1997;12(4):481-92.
 91. Matser A, Heijman T, Geskus R, de Vries H, Kretzschmar M, Speksnijder A, et al. Perceived HIV status is a key determinant of unprotected anal intercourse within partnerships of men who have sex with men in Amsterdam. *AIDS Behav*. 2014;18(12):2442-56.
 92. Khosropour CM, Dombrowski JC, Swanson F, Kerani RP, Katz DA, Barbee LA, et al. Trends in Serosorting and the Association With HIV/STI Risk Over Time Among Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(2).
 93. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex". *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(5):762-70.
 94. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing*. 2013;13(1(Spring)):6-10.
 95. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*. 2019;19(1):3-10.
 96. Frankis J, Flowers P, McDaid L, Bourne A. Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health*. 2018;15(2):144-50.
 97. Schmidt AJ. S07.3 Challenges in defining Chemsex. Answers for surveillance from EMIS-2017. *Sex Transm Infect*. 2019;95:A15.
 98. Mudingayi A, Lutala P, Mupenda B. HIV knowledge and sexual risk behavior among street adolescents in rehabilitation centres in Kinshasa; DRC: gender differences. *Pan Afr Med J*. 2011;10:23.
 99. Norman Lisa R, Carr R. The role of HIV knowledge on HIV-related behaviours: a hierarchical analysis of adults in Trinidad. *Health Educ*. 2003;103(3):145-55.
 100. Parker RD, Rütel K. Associations of high-risk behaviour and HIV status with HIV knowledge among persons in Tallinn, Estonia. *Scand J Public Health*. 2010;38(7):748-55.
 101. Joshi RK, Mehendale SM. Determinants of consistently high HIV prevalence in Indian Districts: A multi-level analysis. *PloS One*. 2019;14(5):e0216321.

102. Mosnier E, Nacher M, Parriault MC, Dao C, Bidaud B, Brousse P, et al. Knowledge, attitudes, practices about HIV and implications in risk and stigma prevention among French Guianese and Brazilian border inhabitants : Beliefs about HIV among border inhabitants. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1633.
103. Kuehne A, Koschollek C, Santos-Hövenner C, Thorlie A, Müllerschön J, Mputu Tshibadi C, et al. Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing - Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PloS One*. 2018;13(4):e0194244.
104. Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. Izveštaj o istraživanju javnog mnjenja: odnos građana i građanki prema diskriminaciji u Srbiji. Beograd: Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, 2019. 64 str.
105. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*. 2015;29(10):1239-46.
106. Liao M, Wang M, Shen X, Huang P, Yang X, Hao L, et al. Bisexual Behaviors, HIV Knowledge, and Stigmatizing/Discriminatory Attitudes among Men Who Have Sex with Men. *PloS One*. 2015;10(6):e0130866.
107. Parker CM, Garcia J, Philbin MM, Wilson PA, Parker RG, Hirsch JS. Social risk, stigma and space: key concepts for understanding HIV vulnerability among black men who have sex with men in New York City. *Cult Health Sex*. 2017;19(3):323-37.
108. Stojanovski K, King EJ, Bondikjova V, Brooks DK, Mihajlov A. 'Until we have laws ... everything is useless!': intersectionality, self-identified needs and inequity among sexual and gender minorities in Macedonia. *Cult Health Sex*. 2019:1-16.
109. Baćak V, Dominković Z, Fuček H, Grđan K, Kolarić B, Lončar D, et al. Report exploring the link between MSM, homophobia and HIV/AIDS in countries: Bosnia and Herzegovina, Croatia, Montenegro and Serbia. Zagreb: United Nations Development Program (UNDP) in Croatia; 2010. 104 str.
110. Stojisavljevic S, Djikanovic B, Matejic B. 'The Devil has entered you': A qualitative study of Men Who Have Sex With Men (MSM) and the stigma and discrimination they experience from healthcare professionals and the general community in Bosnia and Herzegovina. *PloS One*. 2017;12(6):e0179101.
111. Rot N. Osnovi socijalne psihologije. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1994. 435 str.
112. Dijksterhuis A, Bargh JA. The perception–behavior expressway: Automatic effects of social perception on social behavior. U: Zanna MP, ur. *Advances in experimental social psychology*, vol. 33: Academic Press; 2001:1-40.
113. Strack F, Deutsch R. Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Pers Soc Psychol Rev*. 2004;8(3):220-47.
114. Bloch M. Cognition. U: Barnard A, Spencer J, ur. *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. Second ed. New York: Routledge; 2010:855.
115. Bolisani E, Bratianu C. The Elusive Definition of Knowledge. U: *Emergent Knowledge Strategies. Knowledge Management and Organizational Learning*, vol. 4. Cham: Springer; 2018:1-22.
116. Jhangiani R, Tarry H, Stangor C. Principles of Social Psychology (1st International H5P Edition) [Internet]. BCcampus; 2022 [citirano 2. maj 2022]. Dostupno na: <https://opentextbc.ca/socialpsychology/>.
117. Bandić D. Carstvo zemaljsko i carstvo nebesko: ogledi o narodnoj religiji. Beograd: Biblioteka XX vek; 1997. 280 str.
118. Lič E. Klod Levi-Stros. Beograd: Biblioteka XX vek - Prosveta; 1982. 218 str.

119. Lič E. *Kultura i komunikacija*. Beograd: Biblioteka XX vek; 2002. 151 str.
120. Cohen AP. *The Symbolic Construction of Community*. London and New York: Routledge; 2001. 128 str.
121. Daglas M. Čisto i opasno: analiza pojmova prljavštine i tabua. Beograd: Biblioteka XX vek; 2001. 248 str.
122. Dženkins R. *Etnicitet u novom ključu: argumenti i ispitivanja*. Beograd: Biblioteka XX vek; 2001. 336 str.
123. Gofman E. *Stigma: zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom*. Novi Sad: Mediterran Publishing; 2009. 165 str.
124. Churcher S. Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature. *WHO South East Asia J Public Health*. 2013;2(1):12-22.
125. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(1):363-85.
126. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5):813-21.
127. Campbell C, Deacon H. Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *J Community Appl Soc Psychol*. 2006;16(6):411-17.
128. Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn*. 2009;31(3):441-55.
129. Herek GM. *Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice*. *J Soc Issues*. 2007;63(4):905-25.
130. Mawar N, Saha S, Pandit A, Mahajan U. The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs. *Indian J Med Res*. 2005;122(6):471-84.
131. Loutfy MR, Logie CH, Zhang Y, Blitz SL, Margolese SL, Tharao WE, et al. Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. *PloS One*. 2012;7(12):e48168.
132. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8(2):75-81.
133. Deacon H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *J Community Appl Soc Psychol*. 2006;16(6):418-25.
134. Rasborg K. Risk. In: Kivisto P, editor. *The Cambridge Handbook of Social Theory: Volume 2: Contemporary Theories and Issues*. 2. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. str. 313-32.
135. Lupton D. *Risk: Key Ideas*. Taylor & Francis e-Library; 2005. 190 str.
136. Finucane ML, Slovic P, Mertz CK, Flynn J, Satterfield TA. Gender, race, and perceived risk: The 'white male' effect. *Health Risk Soc*. 2000;2(2):159-72.
137. Kemshall H. Conflicting knowledges on risk: The case of risk knowledge in the probation service. *Health Risk Soc*. 2000;2(2):143-58.
138. Žikić B. *Reprodukcija, marginalnost, rizik: Oglеди iz antropologije javnog zdravlja*. Beograd: Srpski genealoški centar: Odeljenje za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta / Etnološka biblioteka br. 90; 2016. 282 str.
139. Simić M, Rhodes T, Janković K, Simon S. Vulnerabilnost i stigma među grupama vulnerabilnim na HIV/AIDS u Srbiji: razumevanje rizične sredine HIV-a. U: Šulović V, Ilić D, ur. *Naučni skup sa međunarodnim učešćem: Medicinski i društveni aspekti HIV infekcije i side*; 23. april 2004; Beograd: SANU, Međuodjeljski odbor za SIDU, Asocijacija za borbu protiv SIDE - JAZAS; 2004:115-36.
140. Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *Int J Drug Policy*. 2002;13(2):85-94.

141. Johnston MP. Secondary Data Analysis: A Method of which the Time Has Come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries*. 2017;3(3 (September, 2014)):619-26.
142. Church RM. The Effective Use of Secondary Data. *Learn Motiv*. 2002;33(1):32-45.
143. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res*. 2007;1(2):112-33.
144. Milić V. Sociološki metod, Treće izdanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1996. 767 str.
145. Baroš S, Žikić B. Kvalitativna istraživanja u okviru „Druge generacije nadzora nad HIV-om”. *Socijalna misao*. 2006;51(3):57-75.
146. Davies MB. *Doing a Successful Research Project: Using Qualitative or Quantitative Methods*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. 274 str.
147. Doyle L, Brady A-M, Byrne G. An overview of mixed methods research – revisited. *J Res Nurs*. 2016;21(8):623-35.
148. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Z Soz Sozpsychol*. 2017;69(2):107-31.
149. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educ Res*. 2004;33(7):14-26.
150. Flick U, von Kardorff E, Steinke I, ur. *A Companion to Qualitative Research*. SAGE Publications; 2004. 447 str.
151. Higginbottom GM. Sampling issues in qualitative research. *Nurse Res*. 2004;12(1):7-19.
152. Nzabonimpa JP. Quantitizing and qualitizing (im-)possibilities in mixed methods research. *Method Innov*. 2018;11(2):2059799118789021.
153. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005;19 Suppl 2:S67-72.
154. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl*. 1997;44(2):174-99.
155. Tyldum G, Johnston GL. *Applying Respondent Driven Sampling to Migrant Populations: Lessons from the Field*. London: Palgrave Pivot; 2014. 126 str.
156. Johnston L, Sabin K. Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Method Innov Online*. 2010;5(2):38-48.
157. Gile KJ, Beaudry IS, Handcock MS, Ott MQ. Methods for Inference from Respondent-Driven Sampling Data. *Annu Rev Stat Appl*. 2018;5(1):65-93.
158. Simic M, Johnston LG, Platt L, Baros S, Andjelkovic V, Novotny T, et al. Exploring barriers to 'respondent driven sampling' in sex worker and drug-injecting sex worker populations in Eastern Europe. *J Urban Health*. 2006;83(6 Suppl):i6-i15.
159. Spiller MW. *Regression Modeling of Data Collected Using Respondent-Driven Sampling* [master's thesis]. Ithaca (NY): Cornell University; 2009. [citirano 9. mart 2021]. Dostupno na: <https://ecommons.cornell.edu/handle/1813/13551>
160. Volz E, Wejnert C, Cameron C, Spiller M, Barash V, Degani I, et al. Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. [Internet]. Ithaca (NY): Cornell University; 2012. 120 str. [citirano 9. mart 2021]. Dostupno na: <http://www.respondentdrivensampling.org/>
161. Handcock MS, Gile KJ. *rspse: Estimating Hidden Population Size using Respondent Driven Sampling Data, Version 0.5-2*. Los Angeles, CA; 2014.
162. Bozicevic I, Lepej SZ, Rode OD, Grgic I, Jankovic P, Dominkovic Z, et al. Prevalence of HIV and sexually transmitted infections and patterns of recent HIV testing among men who have sex with men in Zagreb, Croatia. *Sex Transm Infect*. 2012;88(7):539-44.

163. Flick U, ur. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. SAGE Publications Ltd; 2014. 634 str.
164. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract*. 1996;13(6):522-26.
165. Flick U, ur. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*. SAGE Publications Ltd; 2018. 708 str.
166. Abrams LS. Sampling 'Hard to Reach' Populations in Qualitative Research: The Case of Incarcerated Youth. *Qual Soc Work*. 2010;9(4):536-50.
167. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods, Fourth edition: Integrating theory and practice*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications, Inc; 2015. 1670 str.
168. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs*. 1997;26(3):623-30.
169. Miles MB, Huberman MA, Saldana J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook, Third edition*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publication; 2014. 341 str.
170. Baros S, Sipetic Grujicic S, Zikic B, Petrovic Atay J. Stigma matters: HIV and HIV risk perception among men who have sex with men in Serbia; a qualitative study. *Health Risk Soc*. 2018;20(7-8):342-57.
171. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 592 str. [citirano 1. septembar 2022]. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
172. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for public health approach - Second Edition. Geneva: WHO; 2016. 480 str.
173. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2021. 120 str.
174. Poudel KC, Buchanan DR, Poudel-Tandukar K. Delays in antiretroviral therapy initiation among HIV-positive individuals: results of the positive living with HIV study. *Glob Health Action*. 2016;9:31550.
175. Anlay DZ, Tiruneh BT, Dachew BA. Late ART Initiation among adult HIV patients at university of Gondar Hospital, NorthWest Ethiopia. *Afr Health Sci*. 2019;19(3):2324-34.
176. Rodrigues A, Struchiner CJ, Coelho LE, Veloso VG, Grinsztejn B, Luz PM. Late initiation of antiretroviral therapy: inequalities by educational level despite universal access to care and treatment. *BMC Public Health*. 2021;21(1):389.
177. Painter TM, Song EY, Mullins MM, Mann-Jackson L, Alonzo J, Reboussin BA, et al. Social Support and Other Factors Associated with HIV Testing by Hispanic/Latino Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the U.S. South. *AIDS Behav*. 2019;23(Suppl 3):251-65.
178. Li R, Pan X, Ma Q, Wang H, He L, Jiang T, et al. Prevalence of prior HIV testing and associated factors among MSM in Zhejiang Province, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1152.
179. Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to Increase HIV Testing Among MSM: A Synthesis of the Literature. *AIDS Behav*. 2018;22(8):2387-412.
180. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001496.
181. Croxford S, Tivoschi L, Sullivan A, Combs L, Raben D, Delpech V, et al. HIV testing strategies outside of health care settings in the European Union (EU)/European Economic Area (EEA): a systematic review to inform European Centre for Disease Prevention and Control guidance. *HIV Med*. 2020;21(3):142-62.

182. Zhang D-p, Han L, Li C-m, Meng S-n, Leng Z-w, Li F, et al. [The impact of community-based organizations in HIV testing mobilization among men who have sex with men]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2013;47(5):431-4.
183. Lo YC, Turabelidze G, Lin M, Friedberg Y. Prevalence and determinants of recent HIV testing among sexually active men who have sex with men in the St. Louis metropolitan area, Missouri, 2008. *Sex Transm Dis*. 2012;39(4):306-11.
184. Mimiaga MJ, Reisner SL, Bland S, Skeer M, Cranston K, Isenberg D, et al. Health System and Personal Barriers Resulting in Decreased Utilization of HIV and STD Testing Services among At-Risk Black Men Who Have Sex with Men in Massachusetts. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(10):825-35.
185. Katz DA, Swanson F, Stekler JD. Why do men who have sex with men test for HIV infection? Results from a community-based testing program in Seattle. *Sex Transm Dis*. 2013;40(9):724-28.
186. Holt M, Rawstorne P, Wilkinson J, Worth H, Bittman M, Kippax S. HIV testing, gay community involvement and internet use: social and behavioural correlates of HIV testing among Australian men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2012;16(1):13-22.
187. Redoschi BRL, Zucchi EM, Barros C, Paiva VSF. Routine HIV testing in men who have sex with men: from risk to prevention. *Cad Saude Publica*. 2017;33(4):e00014716.
188. Idrrisu A-K, Opoku-Ameyaw K, Bukari FK, Mahama B, Akooti JJA. HIV Testing Decision and Determining Factors in Ghana. *World J AIDS*. 2019;9(2):85-104.
189. Budu E, Seidu AA, Armah-Ansah EK, Mohammed A, Adu C, Ameyaw EK, et al. What has comprehensive HIV/AIDS knowledge got to do with HIV testing among men in Kenya and Mozambique? Evidence from Demographic and Health Surveys. *J Biosoc Sci*. 2022;54(4):558-71.
190. Berg RC. Predictors of never testing for HIV among a national online sample of men who have sex with men in Norway. *Scand J Public Health*. 2013;41(4):398-404.
191. O'Donnell K, Fitzgerald M, Quinlan M, Hickson F, Keogh P, Schmidt AJ, et al. Inequalities in HIV testing uptake and needs among men who have sex with men living in Ireland: findings from an internet survey. *HIV Med*. 2019;20(2):157-63.
192. Adebayo OW, Salerno JP. Facilitators, Barriers, and Outcomes of Self-Initiated HIV Testing: An Integrative Literature Review. *Res Theory Nurs Practice*. 2019;33(3):275-91.
193. Dowson L, Kober C, Perry N, Fisher M, Richardson D. Why some MSM present late for HIV testing: a qualitative analysis. *AIDS Care*. 2012;24(2):204-09.
194. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Vassileva S, McAuliffe TL, DiFranceisco WJ, et al. Levels of HIV Testing Among Young Men Who Have Sex with Men in Bulgaria: Very Low Testing by Ethnic Minority Roma (Gypsy) Men. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(2):240-49.
195. Meadowbrooke CC, Veinot TC, Loveluck J, Hickok A, Bauermeister JA. Information Behavior and HIV Testing Intentions Among Young Men at Risk for HIV/AIDS. *J Assoc Inf Sci Technol*. 2014;65(3):609-20.
196. Flowers P, Knussen C, Li J, McDaid L. Has testing been normalized? An analysis of changes in barriers to HIV testing among men who have sex with men between 2000 and 2010 in Scotland, UK. *HIV Med*. 2013;14(2):92-98.
197. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. *JAMA*. 2019;321(5):451-52.
198. The Lancet HIV. U=U taking off in 2017. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e475.
199. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive

- partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393(10189):2428-38.
200. Golub SA, Gamarel KE. The Impact of Anticipated HIV Stigma on Delays in HIV Testing Behaviors: Findings from a Community-Based Sample of Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621-27.
 201. Ferrer L, Loureiro E, Meulbroek M, Folch C, Perez F, Esteve A, et al. High HIV incidence among men who have sex with men attending a community-based voluntary counselling and testing service in Barcelona, Spain: results from the ITACA cohort. *Sex Transm Inf*. 2016;92(1):70-75.
 202. Hess KL, Crepaz N, Rose C, Purcell D, Paz-Bailey G. Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2017;21(10):2811-34.
 203. Chapin-Bardales J, Rosenberg ES, Sullivan PS, Jenness SM, Paz-Bailey G. Trends in Number and Composition of Sex Partners Among Men Who Have Sex With Men in the United States, National HIV Behavioral Surveillance, 2008-2014. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(3):257-65.
 204. Lorenc T, Marrero-Guillamón I, Llewellyn A, Aggleton P, Cooper C, Lehmann A, et al. HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health Educ Res*. 2011;26(5):834-46.
 205. Fortenberry JD. Trust, Sexual Trust, and Sexual Health: An Interrogative Review. *J Sex Res*. 2019;56(4-5):425-39.
 206. Baroš S. Kondom kao simbol „profesionalnosti” kod osoba koje se bave seksualnim radom u Beogradu. *GEI SANU*. 2006;54:201-17.
 207. Huang Y, Yu B, Jia P, Wang Z, Yang S, Tian C, et al. Association between Psychological Factors and Condom Use with Regular and Nonregular Male Sexual Partners among Chinese MSM: A Quantitative Study Based on the Health Belief Model. *Biomed Res Int*. 2020;2020:5807162.
 208. Knox J, Yi H, Reddy V, Maimane S, Sandfort T. The fallacy of intimacy: Sexual risk behaviour and beliefs about trust and condom use among men who have sex with men in South Africa. *Psychol Health Med*. 2010;15(6):660-71.
 209. Čabak B. Procena učestalosti javljanja HIV infekcije i hepatitisa C među seksualnim radnicima/radnicama u Beogradu i Novom Sadu i njihovih rizičnih oblika ponašanja. U: Ilić D, Cucić V, Baroš S, Simić D, Mitić K, Dinić AM, ur. Istraživanje među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om, 2013. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2014:101-22.
 210. Lorente N, Champenois K, Blanche J, Préau M, Suzan-Monti M, Mora M, et al. Investigating Recent Testing among MSM: Results from Community-Based HIV Rapid Testing Attendees in France. *J SexTransm Dis*. 2013;2013:648791.
 211. Noble M, Jones AM, Bowles K, DiNenno EA, Tregear SJ. HIV Testing Among Internet-Using MSM in the United States: Systematic Review. *AIDS Behav*. 2017;21(2):561-75.
 212. Marcus U, Schink SB, Sherriff N, Jones AM, Gios L, Folch C, et al. HIV serostatus knowledge and serostatus disclosure with the most recent anal intercourse partner in a European MSM sample recruited in 13 cities: results from the Sialon-II study. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):730.
 213. Jeffries WLt. HIV testing among bisexual men in the United States. *AIDS Educ Prev*. 2010;22(4):356-70.

214. Aggleton P, Parker R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *Am J Public Health*. 2015;105(8):1552-58.
215. Marcus U, Gassowski M, Kruspe M, Drewes J. Recency and frequency of HIV testing among men who have sex with men in Germany and socio-demographic factors associated with testing behaviour. *BMC Public Health*. 2015;15(1):727.
216. Meulbroek M, Ditzel E, Saz J, Taboada H, Pérez F, Pérez A, et al. BCN Checkpoint, a community-based centre for men who have sex with men in Barcelona, Catalonia, Spain, shows high efficiency in HIV detection and linkage to care. *HIV Med*. 2013;14(S3):25-28.
217. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, Jones N, Lee-Foon N, Levermore K, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21385.
218. Baroš S. Percepcija diskriminacije i pravnog odgovora iz perspektive osoba koje žive sa HIV-om. Beograd: Dobrotvorna fondacija Srpske pravoslavne crkve Čovekoljublje; 2019. 54 str.
219. Krabbenborg N, Spijker R, Żakowicz AM, de Moraes M, Heijman T, de Coul EO. Community-based HIV testing in The Netherlands: experiences of lay providers and end users at a rapid HIV test checkpoint. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):34.
220. Paschen-Wolff MM, Restar A, Gandhi AD, Serafino S, Sandfort T. A Systematic Review of Interventions that Promote Frequent HIV Testing. *AIDS Behav*. 2019;23(4):860-74.
221. Macdonald V, Verster A, Baggaley R. A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(S4):21658.
222. Fernández-López L, Baros S, Niedźwiedzka-Stadnik M, Staneková DV, Rosińska M, Simic D, et al. Integration of community-based testing data into national HIV surveillance in Poland, Serbia and Slovakia within the framework of INTEGRATE project. *BMC Infect Dis*. 2021;21(2):800.
223. Bandić D. Ka opoziciji muški pol – ženski pol u religiji Srba. *Etnološke sveske (Stara serija: 1978–1990)*. 1985;6(6):23-32.
224. Ayala G, Spieldenner A. HIV Is a Story First Written on the Bodies of Gay and Bisexual Men. *Am J Public Health*. 2021;111(7):1240-42.
225. 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.
226. Herek GM, Capitanio JP. AIDS Stigma and Sexual Prejudice. *Am Behav Sci*. 1999;42(7):1130-47.
227. Smit PJ, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, et al. HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS Care*. 2012;24(4):405-12.
228. Grov C, Rendina HJ, Moody RL, Ventuneac A, Parsons JT. HIV Serosorting, Status Disclosure, and Strategic Positioning Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(10):559-68.
229. Monteiro S, Brigeiro M, Mora C, Vilella W, Parker R. A review of HIV testing strategies among MSM (2005–2015): Changes and continuities due to the biomedicalization of responses to AIDS. *Glob Public Health*. 2019;14(5):764-76.
230. Burns PA, Williams MS, Mena LA, Bruce MA, Bender M, Burton ET, et al. Leveraging Community Engagement: The Role of Community-Based Organizations in Reducing

- New HIV Infections Among Black Men Who Have Sex with Men. *J Racial and Ethn Health Disparities*. 2020;7(2):193-201.
231. Traeger MW, Schroeder SE, Wright EJ, Hellard ME, Cornelisse VJ, Doyle JS, et al. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2018;67(5):676-86.
232. Jansen K, Steffen G, Potthoff A, Schuppe AK, Beer D, Jessen H, et al. STI in times of PrEP: high prevalence of chlamydia, gonorrhea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):110.
233. Gile KJ, Handcock MS, Johnston LG, Mar CM, Fellows IE, McLaughlin KR. Hard-to-Reach Population Methods Research Group [Internet]. University of California, Los Angeles (UCLA) [ažurirano 16. mart 2012; citirano 1. avgust 2022]. Dostupno na: http://wiki.stat.ucla.edu/hpmrg/index.php/Hard-to-Reach_Population_Methods_Research_Group.

Publikovani radovi iz teze:

1. Baros S, Šipetić Grujić S, Zikić B, Petrović Atay J. Stigma matters: HIV and HIV risk perception among men who have sex with men in Serbia; a qualitative study. *Health Risk Soc.* 2018;20(7-8):342-57. doi: 10.1080/13698575.2018.1551991 (M22; IF 2,659)
2. Baroš S, Šipetić Grujičić S. Ključne politike i mere za suzbijanje epidemije virusa humane imunodeficijencije/sindroma stečene imunodeficijencije na globalnom nivou. *MedPodml* 2022, 73(4):1-7. doi: 10.5937/mp73-40594

PRILOZI

Lista priloga:

Prilog 1: Upitnik o seksualnom ponašanju muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima za Beograd (a), Novi Sad (b) i Kragujevac (c) (preuzeto u originalu, na latinici).

Prilog 2: Upitnik o mreži (preuzeto u originalu, na ćirilici)

Prilog 3: Lista za proveru procedure (preuzeto u originalu, ćirilica)

Prilog 4: Tematski vodič za dubinski intervju (preuzeto u originalu, ćirilica)

Prilog 5: Tematski vodič za diskusiju u fokus grupama (preuzeto u originalu, ćirilica)

Prilog 1. Upitnik o seksualnom ponašanju muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima

a) Beograd

UPITNIK ZA MUŠKARCE KOJI IMAJU SEKSUALNE ODNOSNE SA MUŠKARCIMA
GRAD: Beograd

Datum popunjavanja upitnika <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2013 dan mesec </div>		Broj upitnika <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ime i prezime anketara _____		
SOCIO-DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE		
1	Kako se rodno izjašnjavate?	1. Muško 2. Žensko 3. Transrodna osoba
2	Koliko imate godina?	<input type="text"/> <input type="text"/> (Broj godina)
3	Gde ste rođeni?	1. U Beogradu 2. U unutrašnjosti (Srbija, Vojvodina, Kosovo) 3. U inostranstvu (uključujući i republike bivše Jugoslavije)
4	Koliko godina živite u Beogradu?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Broj godina / meseci
5	Šta ste po nacionalnosti?	_____ (navesti)
6	Koji je najviši stepen obrazovanja koji ste do sada stekli?	1. Nisam išao u školu 2. Nepotpuna osnovna škola 3. Osnovna škola 4. Srednja škola (3 ili 4 razreda) 5. Viša/visoka škola
7	Koji je Vaš bračni status? (odnosi se na partnere suprotnog pola)	1. Neoženjen 2. Oženjen 3. Živim u vanbračnoj zajednici 4. Razveden 5. Udovac
8	Kakav je Vaš radni status?	1. Učenik/student 2. Zaposlen 3. Samozaposlen (privatnik/ poljoprivrednik ili slično) 4. Penzioner 5. Nezaposlen
9	Koliko sati nedeljno koristite internet? (upišite broj sati u kućicu, ukoliko ne koristite upišite 0)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Broj sati

KORIŠĆENJE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

10	Da li koristite neku od navedenih supstanci? (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora)			
		Ne	Da	Koristio, sada ne koristim
	Cigarete (pušenje)	1	2	3
	Alkohol	1	2	3
	Droga	1	2	3
11	Da li ste ikada uzeli drogu ubrizgavanjem (koristeći špric i iglu)?	1. Da → pređite na pitanje 12		
		2. Ne → pređite na pitanje 14		
12	Kada ste poslednji put ubrizgali drogu?	1. U poslednjih mesec dana 2. Pre više od mesec dana, ali manje od 12 meseci 3. Pre više od godinu dana		
13	Kakav pribor ste koristili prilikom poslednjeg ubrizgavanja droge?	1. U potpunosti nov i nekorišćen 2. Svoj pribor, koji sam pre toga koristio 3. Pribor koji je prethodno koristio neko drugi 4. Ne sećam se		

SEKSUALNA ISTORIJA

14	Sa koliko godina ste imali prvi penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos? (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima) U prazna polja u tabeli unesite godine stupanja u seksualni odnos:		
		Analni	Vaginalni
	Sa muškarcem		
	Sa ženom		
15	U poslednjih 12 meseci , da li ste imali oralni seks sa muškarcem? (Ukoliko niste sigurni šta znači oralni, pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 16	
		2. Ne → pređite na pitanje 19	
16	Koliko često ste Vi i Vaš partner(i) koristili kondom pri oralnom seksu u poslednjih 12 meseci ?	1. Nikad → pređite na pitanje 18	
		2. Retko 3. Ponekad 4. Uglavnom 5. Uvek	→ pređite na pitanje 17
17	Kada ste poslednji put imali oralni seks, da li ste Vi i Vaš partner koristili kondom?	1. Ne → pređite na pitanje 18	
		2. Da → pređite na pitanje 19	

18	Koji je bio glavni razlog zašto nije korišćen kondom pri poslednjem oralnom odnosu? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____
19	Koliko često ste Vi i Vaš stalni partner koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci? (Ukoliko niste sigurni šta znači analni, pogledajte listu sa terminima)	1. Nemam stalnog partnera s kojim imam analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek
20	Koliko često ste koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci sa povremenim partnerom?	1. Nisam imao povremenog partnera s kojim sam imao analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek
21	Da li ste Vi ili Vaš partner koristili kondom prilikom poslednjeg analnog odnosa (bez obzira da li je bio sa stalnim ili povremenim partnerom)?	1. Ne → pređite na pitanje 22 2. Da → pređite na pitanje 23
22	Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu niste koristili kondom? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: BROJ I PARTNERI		
23	Sa koliko različitih muškaraca ste imali analni seks u poslednjih 12 meseci? (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj različitih partnera: _ _ _ _
24	Navedite broj partnera kojima ste Vi bili pasivan partner prilikom analnog seksa u poslednjih 12 meseci. (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj partnera kada ste bili pasivni: _ _ _ _
25	Na koji način ste u poslednjih 12 meseci najčešće pronalazili partnere? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor koji se najviše odnosi na Vas)	1. Preko oglasa u časopisima i na televiziji 2. Preko internet oglasa i foruma 3. U klubovima 4. Na privatnim žurkama 5. Na javnim mestima (parkovi, javni WC...) 6. Preko ličnih poznanstava 7. Nešto drugo _____

26	Koliko često ste menjali partnera za analne odnose u poslednjih 12 meseci?	1. Nekoliko puta nedeljno 2. Nekoliko puta mesečno 3. Jednom mesečno 4. Na svakih nekoliko meseci 5. Na više od pola godine 6. Imao sam samo jednog partnera
27	Da li ste u poslednjih 12 meseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola sa muškim partnerom?	1. Da → pređite na pitanje 28 2. Ne → pređite na pitanje 29
28	Da li ste prilikom poslednjeg seksualnog odnosa koji ste imali pod uticajem alkohola koristili kondom?	1. Da 2. Ne
SEKSUALNA ISTORIJA: KOMERCIJALNI PARTNERI		
29	Da li ste Vi nekome plaćali za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
30	Da li je Vama neko plaćao za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
→ Ukoliko ste odgovorili sa NE i na pitanje 29 i na pitanje 30 → pređite na pitanje 33		
31	Kada ste poslednji put imali analni seks sa komercijalnim partnerom , da li je korišćen kondom? (Ukoliko niste sigurni šta znači komercijalni seksualni partner , pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 33 2. Ne → pređite na pitanje 32
32	Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu sa komercijalnim partnerom nije korišćen kondom? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Nisam razmišljao o tome 7. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: SEKS SA ŽENAMA		
33	Kada ste poslednji put imali penetrantan seksualni odnos sa ženom? (penetrantan seksualni odnos podrazumeva stavljanje polnog organa u polni organ ili čmar žene) (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima)	1. Nikad nisam imao penetrantni seksualni odnos sa ženom → pređite na pitanje 36 2. Pre više od 12 meseci 3. Pre manje od 12 meseci → pređite na pitanje 34
34	Koliko često ste koristili kondom prilikom penetrantnog odnosa sa svim partnerkama?	1. Nikad → pređite na pitanje 36 2. Ponekad 3. Uvek → pređite na pitanje 35
35	Da li ste koristili kondom pri poslednjem penetrantnom seksualnom odnosu sa ženom?	1. Da 2. Ne

NAVIKE I PONAŠANJA (KONDOMI, LUBRIKANTI)

<p>36</p>	<p>Gde ste sve nabavljali kondome u periodu od 1. januara do 31. decembra 2012. godine</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u sex shop-u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benziskoj pumpi 5. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacije Siguran puls mladih (SPY) 6. U studentskoj poliklinici – ZZZ Studenata Beograd 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____ 										
<p>36 a</p>	<p>Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili birajući opcije 5 („terenski radnik“), 8 („drop-in centar“) ili u opciji 9 odgovorili „nevladina organizacija“, molim Vas da odgovorite na sledeće pitanje (ostali pređite na naredno pitanje): Na osnovu vašeg dosadašnjeg iskustva sa preventivnim programima / programima podrške, šta vam je najviše koristilo iz oblasti onoga što su oni nudili (<u>IZABRATI SAMO JEDNU opciju</u>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prijateljski odnos i druženje 2. Nisu me diskriminisali 3. Savet o ponašanju, o zaštiti zdravlja 4. Razmena špriceva i igala 5. Pomoć da dođem do lekara 6. Kondomi i lubrikanti 7. Testiranje na HIV ili HCV 8. Doktorska ekipa na terenu 9. Razgovori o mojim problemima 10. Pomoć oko dokumenata ili centra za socijalni rad 11. Drugo (navesti): _____ 										
<p>37</p>	<p>Koliko često ste koristili bilo koje sredstvo za podmazivanje (lubrikante) prilikom analnog odnosa tokom poslednjih 12 meseci?</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. Nikad → pređite na pitanje 41</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>2. Ponekad</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">→ pređite na pitanje 38</td> </tr> <tr> <td>3. Uvek</td> </tr> </table>	1. Nikad → pređite na pitanje 41		2. Ponekad	→ pređite na pitanje 38	3. Uvek					
1. Nikad → pređite na pitanje 41												
2. Ponekad	→ pređite na pitanje 38											
3. Uvek												
<p>38</p>	<p>Koja ste sve sredstva za podmazivanje (lubrikante) koristili tokom poslednjih 12 meseci?</p> <p>(navedite sve odgovore koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo _____ 										
<p>39</p>	<p>Da li ste koristili sredstva za podmazivanje (lubrikante) tokom poslednjeg analnog odnosa sa muškarcem?</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. Da → pređite na pitanje 40</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>2. Ne, nije dostupno</td> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">→ pređite na pitanje 41</td> </tr> <tr> <td>3. Ne, preskupo je</td> </tr> <tr> <td>4. Ne, partner se protivio</td> </tr> <tr> <td>5. Ne, ne volim ih</td> </tr> <tr> <td>6. Ne, nisam smatrao da je neophodno</td> </tr> <tr> <td>7. Ne, nisam razmišljao o tome</td> </tr> <tr> <td>8. Nešto drugo _____</td> </tr> </table>	1. Da → pređite na pitanje 40		2. Ne, nije dostupno	→ pređite na pitanje 41	3. Ne, preskupo je	4. Ne, partner se protivio	5. Ne, ne volim ih	6. Ne, nisam smatrao da je neophodno	7. Ne, nisam razmišljao o tome	8. Nešto drugo _____
1. Da → pređite na pitanje 40												
2. Ne, nije dostupno	→ pređite na pitanje 41											
3. Ne, preskupo je												
4. Ne, partner se protivio												
5. Ne, ne volim ih												
6. Ne, nisam smatrao da je neophodno												
7. Ne, nisam razmišljao o tome												
8. Nešto drugo _____												

40	Koje sredstvo za podmazivanje (lubrikant) ste koristili prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa sa muškarcem? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo _____		
SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE				
41	Tokom prethodnih 12 meseci da li ste imali bilo kakve promene ili sekreciju (iscedak) iz polnog organa? (poznate kao polno prenosive bolesti)	1. Da → pređite na pitanje 42 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 2. Ne → pređite na pitanje 43		
42	Poslednji put kada ste imali sekreciju (iscedak) iz polnog organa ili ranicu na polnom organu, šta ste preduzeli? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	1. Nisam uradio ništa 2. Otišao sam u državnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 3. Otišao sam u privatnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 4. Otišao sam u apoteku radi kupovine lekova 5. Pitao sam prijatelja/starije i iskusnije osobe 6. Samoinicijativno sam se lečio kod kuće 7. Prestao sam sa seksualnim odnosima 8. Obratio sam se aktivisti nevladine organizacije radi saveta 9. Drugo (navesti) _____		
ZNANJE, STAVOVI I MIŠLJENJA U VEZI HIV INFEKCIJE				
43	Da li ste čuli za virus humane imunodeficijencije (HIV) i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva?	1. Da → pređite na pitanje 44 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 2. Ne → pređite na pitanje 53		
44	Odgovorite na sledeća pitanja, zaokruživši broj ispod odgovarajuće opcije			
PITANJE		Da	Ne	Ne znam
Da li upražnjavanje seksa sa samo jednim, vernim, nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a?		1	2	3
Da li pravilna upotreba kondoma tokom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a?		1	2	3
Da li osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om?		1	2	3
Da li se osoba može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom ili radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om?		1	2	3
Da li se osoba može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om?		1	2	3
45	Koji lubrikanat (podmazivač) uz kondom smanjuje rizik da se osoba zarazi HIV-om? (zaokružite samo jedan odgovor)	1. Lubrikant na bazi ulja 2. Lubrikant na bazi vode 3. Ne znam		

46	Da li Vam je poznato gde se može savetovati i testirati na HIV (obaviti dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje)?	1. Nije mi poznato ni jedno mesto 2. Da, (navedite gde): _____ _____ _____
47	Da li ste se testirali na HIV ?	1. Da, tokom poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne → pređite na pitanje 51
48	Da li su Vam saopšteni rezultati pri poslednjem testiranju na HIV?	1. Da 2. Ne, pređite na pitanje 49
48 a	Pri poslednjem testiranju na HIV, Vaš rezultat je bio:	1. Pozitivan 2. Negativan 3. Ne želim o tome da govorim 4. Ne sećam se
49	Da li ste se od 1. januara 2012. do 31. decembra 2012. godine testirali na HIV u Zavodu za zaštitu zdravlja studenata (Studentskoj poliklinici) u Beogradu?	1. Da, koliko puta: [][] → pređite na 50 2. Ne → pređite na pitanje 51
50	Da li ste se tom prilikom izjasnili o svojoj orijentaciji , tj. da ste imali seksualne odnose sa muškarcima?	1. Da 2. Ne
51	Gde ste sve nabavljali lubrikante na bazi vode u poslednjih 12 meseci?	1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u <i>sex shop</i> -u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benzinskoj pumpi 5. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacija Siguran puls mladih (SPY) 6. U savetovalištu na HIV i PPI 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____
52	Uzevši sve u obzir, da li smatrate da postoji rizik da se inficirate HIV-om ili nekom drugom polno prenosivom infekcijom (PPI)?	1. Da 2. Ne 3. Ne znam
53	Da li ste bili uključeni u istraživanje koje je izvedeno u junu 2012. godine u Droop-in centru u Beogradu (ul. Srebrnička), gde je rađeno popunjavanje upitnika i testiranje na HIV i sifilis?	1. Da 2. Ne

53a	Šta mislite o sledećim pitanjima?			
		Da	Ne	Ne znam
	a) Ako bi neki član vaše porodice oboleo od AIDS-a da li biste prihvatili da njega ili nju negujete u svom domaćinstvu?	1	2	3
	b) Ako biste saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac hrane ima HIV da li biste kupili sveže povrće od njega/nje?	1	2	3
	c) Ako bi učiteljica/nastavnica imala virus HIV-a, ali da pritom nije obolela, da li bi joj trebalo dozvoliti da nastavi da podučava u školi	1	2	3
	d) Ako bi se član vaše porodice inficirao HIV -om , da li biste želeli da to ostane tajna?	1	2	3
DOSTUPNOST, KORIŠĆENJE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIM USLUGAMA				
54	Da li imate overenu zdravstvenu knjižicu na svoje ime?	1. Da 2. Ne		
55	Kome se prvom obraćate kada imate zdravstvenih problema? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Lekaru opšte medicine ili pedijatru u Domu zdravlja 2. Hitnoj službi 3. Privatnom lekaru 4. Narodnom iscelitelju (travaru, bioenergetičaru i sl.) 5. Nekom drugom (roditelji, rodbina, prijatelji) 6. Nikom, sam se lečim		
56	Da li imate svog izabranog lekara opšte medicine / pedijatra u Domu zdravlja i kako ste ga izabrali?	1. Ne → pređite na pitanje 59 2. Sam sam ga izabrao 3. Umesto mene ga je izabrao neko od članova moje porodice ili moj staratelj 4. Umesto mene ga je izabrao neko u ustanovi 5. Nisam ga birao, dodeljen mi je u Domu zdravlja		
57	Da li ste bili kod svog lekara u Domu zdravlja?	1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta		→ pređite na pitanje 58
		2. Da, pre više od 12 meseci		
		3. Nikada u životu		→ pređite na pitanje 59
		4. Ne znam		

58	Da li ste zadovoljni Vašim lekarom u Domu zdravlja?	1. Nezadovoljan sam 2. Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan 3. Zadovoljan sam																		
59	Da li ste bili kod privatnog lekara?	1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta, (i navedite kod kojih sve specijalnosti) kod: a. interniste b. hirurga c. ginekologa d. stomatologa e. kožnog (dermatologa) f. drugo 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Nikada u životu 4. Ne znam																		
Koliko ste zadovoljni zdravstvenom zaštitom koju koristite? (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem odgovarajućeg broja ispod ponuđenih opcija)																				
60	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Ne koristim usluge</th> <th style="width: 20%;">Nezadovoljan sam</th> <th style="width: 20%;">Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan</th> <th style="width: 20%;">Zadovoljan sam</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>U Domu zdravlja</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>U privatnoj praksi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>						Ne koristim usluge	Nezadovoljan sam	Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Zadovoljan sam	U Domu zdravlja	1	2	3	4	U privatnoj praksi	1	2	3	4
	Ne koristim usluge	Nezadovoljan sam	Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Zadovoljan sam																
U Domu zdravlja	1	2	3	4																
U privatnoj praksi	1	2	3	4																
PITANJA VEZANA ZA STIGMU I DISKRIMINACIJU																				
61	U kojoj meri se slažete sa sledećim izjavama (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora)																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Izjava</th> <th style="width: 15%;">Ne slažem se</th> <th style="width: 15%;">Delimično se slažem</th> <th style="width: 15%;">Slažem se</th> <th style="width: 10%;">Ne znam</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Osobe inficirane HIV-om ne bi trebalo da se mešaju sa ostalima nigde</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Osobe koje su inficirane HIV-om same su krive za to</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>					Izjava	Ne slažem se	Delimično se slažem	Slažem se	Ne znam	Osobe inficirane HIV-om ne bi trebalo da se mešaju sa ostalima nigde	1	2	3	4	Osobe koje su inficirane HIV-om same su krive za to	1	2	3	4
Izjava	Ne slažem se	Delimično se slažem	Slažem se	Ne znam																
Osobe inficirane HIV-om ne bi trebalo da se mešaju sa ostalima nigde	1	2	3	4																
Osobe koje su inficirane HIV-om same su krive za to	1	2	3	4																
62	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije u toku proteklih 12 meseci imali neko od sledećih iskustava? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	1. Bili ste nepoželjni na nekom društvenom okupljanju (slavlje, privatne zabave) 2. Smanjio se broj ljudi sa kojima se možete družiti 3. Uskraćena Vam je usluga u zdravstvenoj ustanovi 4. Uskraćena Vam je usluga u opštini, banci, pošti, radnji 5. Bili ste odgovarani od strane drugih 6. Bili ste javno ponižavani i vređani 7. Napustio Vas je partner/partnerka 8. Drugo (navesti) _____ 9. Ništa od navedenog																		

63	Da li ste u poslednjih 12 meseci iz straha da neko ne sazna za Vašu seksualnu orijentaciju odustali od traženja zdravstvene usluge iako Vam je bila potrebna?	1. Da 2. Ne
64	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije osećali nešto od navedenog? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	1. Stid 2. Krivicu 3. Nelagodnost 4. Drugo (navesti) _____ 5. Ništa od navedenog
65	Da li ste bili žrtva fizičkog nasilja ?	1. Da, tokom poslednjih 12 meseci → pređite na pitanje 66 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne, nikada → pređite na pitanje 67
66	Od strane koga ste pretrpeli nasilje: (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	1. Policije 2. Kolega/koleginica (sa radnog mesta) 3. Partnera 4. Članova porodice 5. Nepoznate osobe 6. Nekog drugog (navedi) _____
67	Da li znate da je u Srbiji donet Zakon o zabrani diskriminacije ?	1. Da 2. Ne
68	Da li mislite da će Zakon o zabrani diskriminacije promeniti nešto u Vašem položaju?	1. Da 2. Ne znam 3. Ne
Ovo je kraj našeg upitnika. Hvala Vam što ste odvojili vreme da odgovorite na postavljena pitanja. Cenimo Vašu pomoć.		

POPUNJAVA ANKETAR:

69	Upitnik popunio:	1. Učesnik 2. Anketar
-----------	-------------------------	--------------------------

Potpis kontrolora: _____

11	Da li ste ikada uzeli drogu ubrizgavanjem (koristeći špric i iglu)?	1. Da → pređite na pitanje 12									
		2. Ne → pređite na pitanje 14									
12	Kada ste poslednji put ubrizgali drogu?	1. U poslednjih mesec dana 2. Pre više od mesec dana, ali manje od 12 meseci 3. Pre više od godinu dana									
13	Kakav pribor ste koristili prilikom poslednjeg ubrizgavanja droge?	1. U potpunosti nov i nekorišćen 2. Svoj pribor, koji sam pre toga koristio 3. Pribor koji je prethodno koristio neko drugi 4. Ne sećam se									
SEKSUALNA ISTORIJA											
14	Sa koliko godina ste imali prvi penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos? (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima)										
	U prazna polja u tabeli unesite godine stupanja u seksualni odnos:										
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Analni</th> <th style="width: 35%;">Vaginalni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sa muškarcem</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sa ženom</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Analni	Vaginalni	Sa muškarcem			Sa ženom		
	Analni	Vaginalni									
Sa muškarcem											
Sa ženom											
15	U poslednjih 12 meseci , da li ste imali oralni seks sa muškarcem? (Ukoliko niste sigurni šta znači oralni, pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 16									
		2. Ne → pređite na pitanje 19									
16	Koliko često ste Vi i Vaš partner(i) koristili kondom pri oralnom seksu u poslednjih 12 meseci ?	1. Nikad → pređite na pitanje 18 2. Retko 3. Ponekad 4. Uglavnom → pređite na pitanje 17 5. Uvek									
17	Kada ste poslednji put imali oralni seks, da li ste Vi i Vaš partner koristili kondom?	1. Ne → pređite na pitanje 18									
		2. Da → pređite na pitanje 19									
18	Koji je bio glavni razlog zašto nije korišćen kondom pri poslednjem oralnom odnosu? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____									
19	Koliko često ste Vi i Vaš stalni partner koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci ? (Ukoliko niste sigurni šta znači analni, pogledajte listu sa terminima)	1. Nemam stalnog partnera s kojim imam analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek									

20	Koliko često ste koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci sa povremenim partnerom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam imao povremenog partnera s kojim sam imao analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek
21	Da li ste Vi ili Vaš partner koristili kondom prilikom poslednjeg analnog odnosa (bez obzira da li je bio sa stalnim ili povremenim partnerom)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne → pređite na pitanje 22 2. Da → pređite na pitanje 23
22	Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu niste koristili kondom? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: BROJ I PARTNERI		
23	Sa koliko različitih muškaraca ste imali analni seks u poslednjih 12 meseci? (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj različitih partnera: _ _ _ _
24	Navedite broj partnera kojima ste Vi bili pasivan partner prilikom analnog seksa u poslednjih 12 meseci. (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj partnera kada ste bili pasivni: _ _ _ _
25	Na koji način ste u poslednjih 12 meseci najčešće pronalazili partnere? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor koji se najviše odnosi na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preko oglasa u časopisima i na televiziji 2. Preko internet oglasa i foruma 3. U klubovima 4. Na privatnim žurkama 5. Na javnim mestima (Parkovi, javni WC...) 6. Preko ličnih poznanstava 7. Nešto drugo _____
26	Koliko često ste menjali partnera za analne odnose u poslednjih 12 meseci?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nekoliko puta nedeljno 2. Nekoliko puta mesečno 3. Jednom mesečno 4. Na svakih nekoliko meseci 5. Na više od pola godine 6. Imao sam samo jednog partnera
27	Da li ste u poslednjih 12 meseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola sa muškim partnerom?	<ol style="list-style-type: none"> 3. Da → pređite na pitanje 28 4. Ne → pređite na pitanje 29
28	Da li ste prilikom poslednjeg seksualnog odnosa koji ste imali pod uticajem alkohola koristili kondom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne

SEKSUALNA ISTORIJA: KOMERCIJALNI PARTNERI		
29	Da li ste Vi nekome plaćali za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
30	Da li je Vama neko plaćao za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
→	Ukoliko ste odgovorili sa NE i na pitanje 29 i na pitanje 30 → pređite na pitanje 33	
31	Kada ste poslednji put imali analni seks sa komercijalnim partnerom , da li je korišćen kondom? (Ukoliko niste sigurni šta znači komercijalni seksualni partner , pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 33
		2. Ne → pređite na pitanje 32
32	Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu sa komercijalnim partnerom nije korišćen kondom? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Nisam razmišljao o tome 7. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: SEKS SA ŽENAMA		
33	Kada ste poslednji put imali penetrantan seksualni odnos sa ženom? (penetrantni seksualni odnos podrazumeva stavljanje polnog organa u polni organ ili čmar žene) (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima)	1. Nikad nisam imao penetrantan seksualni odnos sa ženom → pređite na pitanje 36
		2. Pre više od 12 meseci 3. Pre manje od 12 meseci → pređite na pitanje 34
34	Koliko često ste koristili kondom prilikom penetrantnog odnosa sa svim partnerkama?	1. Nikad → pređite na pitanje 36
		2. Ponekad 3. Uvek → pređite na pitanje 35
35	Da li ste koristili kondom pri poslednjem penetrantnom seksualnom odnosu sa ženom?	1. Da 2. Ne
NAVIKE I PONAŠANJA (KONDOMI, LUBRIKANTI)		
36	Gde ste sve nabavljali kondome u periodu od 1. januara do 31. decembra 2012. godine (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u <i>sex shop</i> -u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benzinskoj pumpi 4. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacije Omladina JAZAS-a 6. U savetovalištu na HIV i PPI 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____

36a	<p>Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili birajući opcije 5 („terenski radnik“), 8 („drop-in centar“) ili u opciji 9 odgovorili „nevladina organizacija“, molim Vas da odgovorite na sledeće pitanje (ostali pređite na naredno pitanje):</p> <p>Na osnovu vašeg dosadašnjeg iskustva sa preventivnim programima / programima podrške, šta vam je najviše koristilo iz oblasti onoga što su oni nudili (<u>IZABRATI SAMO JEDNU opciju</u>):</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prijateljski odnos i druženje 2. Nisu me diskriminisali 3. Savet o ponašanju, o zaštiti zdravlja 4. Razmena špriceva i igala 5. Pomoć da dođem do lekara 6. Kondomi i lubrikanti 7. Testiranje na HIV ili HCV 8. Doktorska ekipa na terenu 9. Razgovori o mojim problemima 10. Pomoć oko dokumenata ili centra za socijalni rad 11. Drugo (navesti): _____
37	<p>Koliko često ste koristili bilo koje sredstvo za podmazivanje (lubrikante) prilikom analnog odnosa tokom poslednjih 12 meseci?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nikad → pređite na pitanje 41 2. Ponekad → pređite na pitanje 38 3. Uvek
38	<p>Koja ste sve sredstva za podmazivanje (lubrikante) koristili tokom poslednjih 12 meseci?</p> <p>(navedite sve odgovore koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo _____
39	<p>Da li ste koristili sredstva za podmazivanje (lubrikante) tokom poslednjeg analnog odnosa sa muškarcem?</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 40 2. Ne, nije dostupno 3. Ne, preskupo je 4. Ne, partner se protivio 5. Ne, ne volim ih 6. Ne, nisam smatrao da je neophodno 7. Ne, nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____ <p style="text-align: right;">→ pređite na pitanje 41</p>
40	<p>Koje sredstvo za podmazivanje (lubrikant) ste koristili prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa sa muškarcem?</p> <p>(zaokružite SAMO JEDAN odgovor)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo _____
SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE		
41	<p>Tokom prethodnih 12 meseci da li ste imali bilo kakve promene ili sekreciju (iscedak) iz polnog organa? (poznate kao polno prenosive bolesti)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 42 2. Ne → pređite na pitanje 43

42	<p>Poslednji put kada ste imali sekreciju (iscedak) iz polnog organa ili ranicu na polnom organu, šta ste preduzeli?</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam uradio ništa 2. Otišao sam u državnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 3. Otišao sam u privatnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 4. Otišao sam u apoteku radi kupovine lekova 5. Pitao sam prijatelja/starije i iskusnije osobe 6. Samoinicijativno sam se lečio kod kuće 7. Prestao sam sa seksualnim odnosima 8. Obratio sam se aktivisti nevladine organizacije radi saveta 9. Drugo (navesti) _____ 																								
ZNANJE, STAVOVI I MIŠLJENJA U VEZI HIV INFEKCIJE																										
43	<p>Da li ste čuli za virus humane imunodeficijencije (HIV) i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 44 2. Ne → pređite na pitanje 53 																								
Odgovorite na sledeća pitanja, zaokruživši broj ispod odgovarajuće opcije																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">PITANJE</th> <th style="width: 10%;">Da</th> <th style="width: 10%;">Ne</th> <th style="width: 20%;">Ne znam</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="188 853 906 965">44</td> <td data-bbox="906 853 1018 965"></td> <td data-bbox="1018 853 1129 965"></td> <td data-bbox="1129 853 1401 965"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 965 906 1077"></td> <td data-bbox="906 965 1018 1077"></td> <td data-bbox="1018 965 1129 1077"></td> <td data-bbox="1129 965 1401 1077"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1077 906 1155"></td> <td data-bbox="906 1077 1018 1155"></td> <td data-bbox="1018 1077 1129 1155"></td> <td data-bbox="1129 1077 1401 1155"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1155 906 1267"></td> <td data-bbox="906 1155 1018 1267"></td> <td data-bbox="1018 1155 1129 1267"></td> <td data-bbox="1129 1155 1401 1267"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1267 906 1346"></td> <td data-bbox="906 1267 1018 1346"></td> <td data-bbox="1018 1267 1129 1346"></td> <td data-bbox="1129 1267 1401 1346"></td> </tr> </tbody> </table>			PITANJE	Da	Ne	Ne znam	44																			
PITANJE	Da	Ne	Ne znam																							
44																										
45	<p>Koji lubrikanat (podmazivač) uz kondom smanjuje rizik da se osoba zarazi HIV-om? (zaokružite samo jedan odgovor)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lubrikant na bazi ulja 2. Lubrikant na bazi vode 3. Ne znam 																								
46	<p>Da li Vam je poznato gde se može savetovati i testirati na HIV (obaviti dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije mi poznato ni jedno mesto 2. Da, (navedite gde): _____ _____ _____ 																								
47	<p>Da li ste se testirali na HIV?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. Da, tokom poslednjih 12 meseci</td> <td rowspan="2" style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: middle;">→ pređite na pitanje 48</td> </tr> <tr> <td>2. Da, pre više od 12 meseci</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Ne → pređite na pitanje 51</td> </tr> </table>	1. Da, tokom poslednjih 12 meseci	→ pređite na pitanje 48	2. Da, pre više od 12 meseci	3. Ne → pređite na pitanje 51																				
1. Da, tokom poslednjih 12 meseci	→ pređite na pitanje 48																									
2. Da, pre više od 12 meseci																										
3. Ne → pređite na pitanje 51																										
48	<p>Da li su Vam saopšteni rezultati pri poslednjem testiranju na HIV?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne, predjite na pitanje 49 																								

48a	Pri poslednjem testiranju na HIV, Vaš rezultat je bio:	1. Pozitivan 2. Negativan 3. Ne želim o tome da govorim 4. Ne sećam se
49	Da li ste se od 1. januara 2012. do 31. decembra 2012. godine testirali na HIV u Institutu za javno zdravlje Vojvodine (Higijenski zavod) u Novom Sadu?	1. Da, koliko puta: [] [] → pređite na 50 2. Ne → pređite na pitanje 51
50	Da li ste se tom prilikom izjasnili o svojoj orijentaciji , tj. da ste imali seksualne odnose sa muškarcima?	1. Da 2. Ne
51	Gde ste sve nabavljali lubrikante na bazi vode u poslednjih 12 meseci?	1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u <i>sex shop</i> -u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benzinskoj pumpi 5. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacije Omladina JAZAS-a 6. U savetovalištu na HIV i PPI 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____
52	Uzevši sve u obzir, da li smatrate da postoji rizik da se inficirate HIV-om ili nekom drugom polno prenosivom infekcijom (PPI)?	1. Da 2. Ne 3. Ne znam
53	Da li ste bili uključeni u istraživanje koje je izvedeno u junu 2012. godine u ulici Maksima Gorkog u Novom Sadu gde je rađeno popunjavanje upitnika i testiranje na HIV i sifilis?	1. Da 2. Ne
53a	Šta mislite o sledećim pitanjima?	
		Da Ne Ne znam
	a) Ako bi neki član vaše porodice oboleo od HIV-a da li biste prihvatili da njega ili nju negujete u svom domaćinstvu?	1 2 3
	b) Ako biste saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac hrane ima HIV da li biste kupili sveže povrće od njega/nje?	1 2 3
	c) Ako bi učiteljica/nastavnica imala virus HIV-a, ali da pritom nije obolela, da li bi joj trebalo dozvoliti da nastavi da podučava u školi	1 2 3
	d) Ako bi se član vaše porodice inficirao virusom HIV -a , da li biste želeli da to ostane tajna?	1 2 3

DOSTUPNOST, KORIŠĆENJE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIM USLUGAMA

54	Da li imate overenu zdravstvenu knjižicu na svoje ime?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 			
55	Kome se <u>prvom obraćate</u> kada imate zdravstvenih problema? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lekaru opšte medicine ili pedijatru u Domu zdravlja 2. Hitnoj službi 3. Privatnom lekaru 4. Narodnom iscelitelju (travaru, bioenergetičaru i sl.) 5. Nekom drugom (roditelji, rodbina, prijatelji) 6. Nikom, sam se lečim 			
56	Da li imate svog izabranog lekara opšte medicine / pedijatra u Domu zdravlja i kako ste ga izabrali?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne → pređite na pitanje 59 2. Sam sam ga izabrao 3. Umesto mene ga je izabrao neko od članova moje porodice ili moj staratelj 4. Umesto mene ga je izabrao neko u ustanovi 5. Nisam ga birao, dodeljen mi je u Domu zdravlja 			
57	Da li ste bili kod svog lekara u Domu zdravlja?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta 2. Da, pre više od 12 meseci 	→ pređite na pitanje 58		
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Nikada u životu 4. Ne znam 	→ pređite na pitanje 59		
58	Da li ste zadovoljni Vašim lekarom u Domu zdravlja?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nezadovoljan sam 2. Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan 3. Zadovoljan sam 			
59	Da li ste bili kod privatnog lekara?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta, (i navedite kod kojih sve specijalnosti) kod: <ul style="list-style-type: none"> g. interniste h. hirurga i. ginekologa j. stomatologa k. kožnog (dermatologa) l. drugo 2. Da, pre više od 12 meseci 5. Nikada u životu 3. Ne znam 			
60	Koliko ste zadovoljni zdravstvenom zaštitom koju koristite? (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem odgovarajućeg broja ispod ponuđenih opcija)				
		Ne koristim usluge	Nezadovoljan sam	Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Zadovoljan sam
	U Domu zdravlja	1	2	3	4
	U privatnoj praksi	1	2	3	4

PITANJA VEZANA ZA STIGMU I DISKRIMINACIJU

61	U kojoj meri se slažete sa sledećim izjavama (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora)				
	Izjava	Ne slažem se	Delimično se slažem	Slažem se	Ne znam
	Osobe inficirane HIV-om ne bi trebalo da se mešaju sa ostalima nigde	1	2	3	4
	Osobe koje su inficirane HIV-om same su krive za to	1	2	3	4
62	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije u toku proteklih 12 meseci imali neko od sledećih iskustava? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bili ste nepoželjni na nekom društvenom okupljanju (rodjendan, slavlje, privatne zabave/druženja) 2. Smanjio se broj ljudi sa kojima se možete družiti 3. Uskraćena Vam je usluga u zdravstvenoj ustanovi 4. Uskraćena Vam je usluga u opštini, banci, pošti, radnji 5. Bili ste odgovarani od strane drugih 6. Bili ste javno ponižavani i vređani 7. Napustio Vas je partner/partnerka 8. Drugo (navesti)_____ 9. Ništa od navedenog 			
63	Da li ste u poslednjih 12 meseci iz straha da neko ne sazna za Vašu seksualnu orijentaciju odustali od traženja zdravstvene usluge iako Vam je bila potrebna?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 			
64	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije osećali nešto od navedenog? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stid 2. Krivicu 3. Nelagodnost 4. Drugo (navesti)_____ 5. Ništa od navedenog 			
65	Da li ste bili žrtva fizičkog nasilja?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, tokom poslednjih 12 meseci → pređite na pitanje 66 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne, nikada → pređite na pitanje 67 			
66	Od strane koga ste pretpeli nasilje: (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Policije 2. Kolega/koleginica (sa radnog mesta) 3. Partnera 4. Članova porodice 5. Nepoznate osobe 6. Nekog drugog (navedi) _____ 			
67	Da li znate da je u Srbiji donet Zakon o zabrani diskriminacije?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 			

68	Da li mislite da će Zakon o zabrani diskriminacije promeniti nešto u Vašem položaju?	1. Da 2. Ne znam 3. Ne
Ovo je kraj našeg upitnika. Hvala Vam što ste odvojili vreme da odgovorite na postavljena pitanja. Cenimo Vašu pomoć.		

POPUNJAVA ANKETAR:		
69	Upitnik popunio:	1. Učesnik 2. Anketar

Potpis kontrolora: _____

c) Kragujevac

**UPITNIK ZA MUŠKARCE KOJI IMAJU SEKSUALNE ODNOSNE SA MUŠKARCIMA
GRAD: Kragujevac**

Datum popunjavanja upitnika <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2013 dan mesec </div>		Broj upitnika <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ime i prezime anketara _____			
SOCIO-DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE			
1	Kako se rodno izjašnjavate?	1. Muško 2. Žensko 3. Transrodna osoba	
2	Koliko imate godina?	<input type="text"/> <input type="text"/> (Broj godina)	
3	Gde ste rođeni?	1. U Kragujevcu 2. U unutrašnjosti (Srbija, Vojvodina, Kosovo) 3. U inostranstvu (uključujući i republike bivše Jugoslavije)	
4	Koliko godina živite u Kragujevcu?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Broj godina / meseci	
5	Šta ste po nacionalnosti?	_____ (navesti)	
6	Koji je najviši stepen obrazovanja koji ste do sada stekli?	1. Nisam išao u školu 2. Nepotpuna osnovna škola 3. Osnovna škola 4. Srednja škola (3 ili 4 razreda) 5. Viša/visoka škola	
7	Koji je Vaš bračni status? (odnosi se na partnere suprotnog pola)	1. Neoženjen 2. Oženjen 3. Živim u vanbračnoj zajednici 4. Razveden 5. Udovac	
8	Kakav je Vaš radni status?	1. Učenik/student 2. Zaposlen 3. Samozaposlen (privatnik/ poljoprivrednik ili slično) 4. Penzioner 5. Nezaposlen	
9	Koliko sati nedeljno koristite internet? (upišite broj sati u kućicu, ukoliko ne koristite upišite 0)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Broj sati	
KORIŠĆENJE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI			
10	Da li koristite neku od navedenih supstanci? (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora)		
		Ne	Da
	Cigarete (pušenje)	1	2
	Alkohol	1	2
	Droga	1	2
			Koristio, sada ne koristim
			3
			3
			3

11	Da li ste ikada uzeli drogu ubrizgavanjem (koristeći špric i iglu)?	3. Da <input type="checkbox"/> pređite na pitanje 12									
		4. Ne <input type="checkbox"/> pređite na pitanje 14									
12	Kada ste poslednji put ubrizgali drogu?	1. U poslednjih mesec dana 2. Pre više od mesec dana, ali manje od 12 meseci 3. Pre više od godinu dana									
13	Kakav pribor ste koristili prilikom poslednjeg ubrizgavanja droge?	1. U potpunosti nov i nekorišćen 2. Svoj pribor, koji sam pre toga koristio 3. Pribor koji je prethodno koristio neko drugi 4. Ne sećam se									
SEKSUALNA ISTORIJA											
14	Sa koliko godina ste imali prvi penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos? (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima) U prazna polja u tabeli unesite godine stupanja u seksualni odnos:										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Analni</th> <th>Vaginalni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sa muškarcem</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sa ženom</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Analni	Vaginalni	Sa muškarcem			Sa ženom		
	Analni	Vaginalni									
Sa muškarcem											
Sa ženom											
15	U poslednjih 12 meseci , da li ste imali oralni seks sa muškarcem? (Ukoliko niste sigurni šta znači oralni, pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 16									
		2. Ne → pređite na pitanje 19									
16	Koliko često ste Vi i Vaš partner(i) koristili kondom pri oralnom seksu u poslednjih 12 meseci ?	1. Nikad → pređite na pitanje 18 2. Retko 3. Ponekad 4. Uglavnom 5. Uvek → pređite na pitanje 17									
17	Kada ste poslednji put imali oralni seks, da li ste Vi i Vaš partner koristili kondom?	1. Ne → pređite na pitanje 18									
		2. Da → pređite na pitanje 19									
18	Koji je bio glavni razlog zašto nije korišćen kondom pri poslednjem oralnom odnosu? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____									
19	Koliko često ste Vi i Vaš stalni partner koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci ? (Ukoliko niste sigurni šta znači analni, pogledajte listu sa terminima)	1. Nemam stalnog partnera s kojim imam analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek									

20	Koliko često ste koristili kondom pri analnom seksu u poslednjih 12 meseci sa povremenim partnerom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam imao povremenog partnera s kojim sam imao analni seksualni odnos 2. Nikad 3. Ponekad 4. Uvek
21	Da li ste Vi ili Vaš partner koristili kondom prilikom poslednjeg analnog odnosa (bez obzira da li je bio sa stalnim ili povremenim partnerom)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne → pređite na pitanje 22 2. Da → pređite na pitanje 23
22	<p>Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu niste koristili kondom?</p> <p>(zaokružite SAMO JEDAN odgovor)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Imao sam odnos sa stalnim partnerom 7. Nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: BROJ I PARTNERI		
23	Sa koliko različitih muškaraca ste imali analni seks u poslednjih 12 meseci? (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj različitih partnera: _ _ _ _
24	Navedite broj partnera kojima ste Vi bili pasivan partner prilikom analnog seksa u poslednjih 12 meseci. (upišite broj partnera u prazna polja)	Broj partnera kada ste bili pasivni: _ _ _ _
25	Na koji način ste u poslednjih 12 meseci najčešće pronalazili partnere? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor koji se najviše odnosi na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preko oglasa u časopisima i na televiziji 2. Preko internet oglasa i foruma 3. U klubovima 4. Na privatnim žurkama 5. Na javnim mestima (parkovi, javni WC...) 6. Preko ličnih poznanstava 7. Nešto drugo _____
26	Koliko često ste menjali partnera za analne odnose u poslednjih 12 meseci?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nekoliko puta nedeljno 2. Nekoliko puta mesečno 3. Jednom mesečno 4. Na svakih nekoliko meseci 5. Na više od pola godine 6. Imao sam samo jednog partnera
27	Da li ste u poslednjih 12 meseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola sa muškim partnerom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 28 2. Ne → pređite na pitanje 29
28	Da li ste prilikom poslednjeg seksualnog odnosa koji ste imali pod uticajem alkohola koristili kondom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne

SEKSUALNA ISTORIJA: KOMERCIJALNI PARTNERI		
29	Da li ste Vi nekome plaćali za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
30	Da li je Vama neko plaćao za uslugu analnog seksualnog odnosa (novcem, poklonom ili bilo kojom drugom uslugom)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne
→	Ukoliko ste odgovorili sa NE i na pitanje 29 i na pitanje 30 → pređite na pitanje 33	
31	Kada ste poslednji put imali analni seks sa komercijalnim partnerom , da li je korišćen kondom? (Ukoliko niste sigurni šta znači komercijalni seksualni partner , pogledajte listu sa terminima)	1. Da → pređite na pitanje 33
		2. Ne → pređite na pitanje 32
32	Koji je bio glavni razlog zašto pri poslednjem analnom odnosu sa komercijalnim partnerom nije korišćen kondom? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije mi bio dostupan 2. Suviše je skup 3. Partner se protivio 4. Ne volim ih 5. Nisam smatrao da je neophodno 6. Nisam razmišljao o tome 7. Nešto drugo _____
SEKSUALNA ISTORIJA: SEKS SA ŽENAMA		
33	Kada ste poslednji put imali penetrantan seksualni odnos sa ženom? (penetrantan seksualni odnos podrazumeva stavljanje polnog organa u polni organ ili čmar žene) (Ukoliko niste sigurni šta znači penetrantan analni ili vaginalni seksualni odnos, pogledajte listu sa terminima)	1. Nikad nisam imao penetrantni seksualni odnos sa ženom → pređite na pitanje 36
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Pre više od 12 meseci 3. Pre manje od 12 meseci → pređite na pitanje 34
34	Koliko često ste koristili kondom prilikom penetrantnog odnosa sa svim partnerkama?	1. Nikad → pređite na pitanje 36
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Ponekad 3. Uvek → pređite na pitanje 35
35	Da li ste koristili kondom pri poslednjem penetrantnom seksualnom odnosu sa ženom?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne
NAVIKE I PONAŠANJA (KONDOMI, LUBRIKANTI)		
36	Gde ste sve nabavljali kondome u periodu od 1. januara do 30. septembra 2013. godine (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u <i>sex shop</i>-u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benziskoj pumpi 4. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacija Asocijacija Duga 6. U savetovalištu na HIV i PPI pri Institutu za javno zdravlje Kragujevac 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____

36a	<p>Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili birajući opcije 5 („terenski radnik“), 8 („drop-in centar“) ili u opciji 9 odgovorili „nevladina organizacija“, molim Vas da odgovorite na sledeće pitanje (ostali pređite na naredno pitanje):</p> <p>Na osnovu vašeg dosadašnjeg iskustva sa preventivnim programima / programima podrške, šta vam je najviše koristilo iz oblasti onoga što su oni nudili <u>(IZABRATI SAMO JEDNU opciju)</u>:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prijateljski odnos i druženje 2. Nisu me diskriminirali 3. Savet o ponašanju, o zaštiti zdravlja 4. Razmena špriceva i igala 5. Pomoć da dođem do lekara 6. Kondomi i lubrikanti 7. Testiranje na HIV ili HCV 8. Doktorska ekipa na terenu 9. Razgovori o mojim problemima 10. Pomoć oko dokumenata ili centra za socijalni rad 11. Drugo (navesti): _____ 		
37.	<p>Koliko često ste koristili bilo koje sredstvo za podmazivanje (lubrikante) prilikom analnog odnosa tokom poslednjih 12 meseci?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Nikad → pređite na pitanje 41 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ponekad 6. Uvek </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: middle;">→ pređite na pitanje 38</td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ponekad 6. Uvek 	→ pređite na pitanje 38
<ol style="list-style-type: none"> 5. Ponekad 6. Uvek 	→ pređite na pitanje 38			
38	<p>Koja ste sve sredstva za podmazivanje (lubrikante) koristili tokom poslednjih 12 meseci?</p> <p>(navedite sve odgovore koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo <p>_____</p>		
39	<p>Da li ste koristili sredstva za podmazivanje (lubrikante) tokom poslednjeg analnog odnosa sa muškarcem?</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 40 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ne, nije dostupno 3. Ne, preskupo je 4. Ne, partner se protivio 5. Ne, ne volim ih 6. Ne, nisam smatrao da je neophodno 7. Ne, nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____ </td> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: middle;">→ pređite na pitanje 41</td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ne, nije dostupno 3. Ne, preskupo je 4. Ne, partner se protivio 5. Ne, ne volim ih 6. Ne, nisam smatrao da je neophodno 7. Ne, nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____ 	→ pređite na pitanje 41
<ol style="list-style-type: none"> 2. Ne, nije dostupno 3. Ne, preskupo je 4. Ne, partner se protivio 5. Ne, ne volim ih 6. Ne, nisam smatrao da je neophodno 7. Ne, nisam razmišljao o tome 8. Nešto drugo _____ 	→ pređite na pitanje 41			
40	<p>Koje sredstvo za podmazivanje (lubrikant) ste koristili prilikom poslednjeg analnog seksualnog odnosa sa muškarcem?</p> <p>(zaokružite SAMO JEDAN odgovor)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vazelin 2. Bebi ulje 3. Lubrikant na bazi vode 4. Neku mast, kremu, mleko za telo 5. Pljuvačku 6. Glicerin 7. Ne znam 8. Nešto drugo _____ 		
SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE				
41	<p>Tokom prethodnih 12 meseci da li ste imali bilo kakve promene ili sekreciju (iscedak) iz polnog organa? (poznate kao polno prenosive bolesti)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 42 2. Ne → pređite na pitanje 43 		

42	<p>Poslednji put kada ste imali sekreciju (iscedak) iz polnog organa ili ranicu na polnom organu, šta ste preduzeli?</p> <p>(zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam uradio ništa 2. Otišao sam u državnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 3. Otišao sam u privatnu zdravstvenu ustanovu radi pregleda i lečenja 4. Otišao sam u apoteku radi kupovine lekova 5. Pitao sam prijatelja/starije i iskusnije osobe 6. Samoinicijativno sam se lečio kod kuće 7. Prestao sam sa seksualnim odnosima 8. Obratio sam se aktivisti nevladine organizacije radi saveta 9. Drugo (navesti)_____ 		
ZNANJE, STAVOVI I MIŠLJENJA U VEZI HIV INFEKCIJE				
43	<p>Da li ste čuli za virus humane imunodeficijencije (HIV) i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da → pređite na pitanje 44 2. Ne → pređite na pitanje 53a 		
44	Odgovorite na sledeća pitanja, zaokruživši broj ispod odgovarajuće opcije			
	PITANJE	Da	Ne	Ne znam
	Da li upražnjavanje seksa sa samo jednim, vernim, nezaraženim partnerom smanjuje rizik za prenošenje HIV-a?	1	2	3
	Da li pravilna upotreba kondoma tokom svakog seksualnog odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a?	1	2	3
	Da li osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om?	1	2	3
	Da li se osoba može zaraziti HIV-om ako boravi u istom životnom ili radnom prostoru sa osobom koja je zaražena HIV-om?	1	2	3
	Da li se osoba može zaraziti HIV-om ako deli hranu sa osobom koja je zaražena HIV-om?	1	2	3
45	<p>Koji lubrikanat (podmazivač) uz kondom smanjuje rizik da se osoba zarazi HIV-om?</p> <p>(zaokružite samo jedan odgovor)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lubrikant na bazi ulja 2. Lubrikant na bazi vode 3. Ne znam 		
46	<p>Da li Vam je poznato gde se može savetovati i testirati na HIV (obaviti dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije mi poznato ni jedno mesto 2. Da, (navedite gde): _____ _____ _____ 		
47	<p>Da li ste se testirali na HIV?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, tokom poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 		<p>→ pređite na pitanje 48</p>
48	<p>Da li su Vam saopšteni rezultati pri poslednjem testiranju na HIV?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne, pređite na pitanje 49 		

48a	Pri poslednjem testiranju na HIV, Vaš rezultat je bio:	1. Pozitivan 2. Negativan 3. Ne želim o tome da govorim 4. Ne sećam se		
49	Da li ste se od 1. januara 2013. do 30. septembra 2013. godine testirali na HIV u Institutu za javno zdravlje u Kragujevcu	1. Da, koliko puta: [<input type="text"/>] <input type="checkbox"/> pređite na 50 2. Ne → pređite na pitanje 51		
50	Da li ste se tom prilikom izjasnili o svojoj orijentaciji , tj. da ste imali seksualne odnose sa muškarcima?	1. Da 2. Ne		
51	Gde ste sve nabavljali lubrikante na bazi vode u poslednjih 12 meseci?	1. Nisam nabavljao 2. Kupovinom u apoteci 3. Kupovinom u <i>sex shop</i> -u 4. Kupovinom u prodavnici, kiosku, benzinskoj pumpi 5. Od terenskih radnika/aktivista iz nevladine organizacija Asocijacija Duga 6. U savetovalištu na HIV i PPI pri Institutu za javno zdravlje u Kragujevcu 7. Od seksualnih partnera ili prijatelja 8. U Drop-in centru 9. Nešto drugo _____		
52	Uzevši sve u obzir, da li smatrate da postoji rizik da se inficirate HIV-om ili nekom drugom polno prenosivom infekcijom (PPI)?	1. Da 2. Ne 3. Ne znam	→ Pređite na pitanje 53a	
53a	Šta mislite o sledećim pitanjima?	Da	Ne	Ne znam
	e) Ako bi neki član vaše porodice oboleo od AIDS-a da li biste prihvatili da njega ili nju negujete u svom domaćinstvu?	1	2	3
	f) Ako biste saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac hrane ima HIV da li biste kupili sveže povrće od njega/nje?	1	2	3
	g) Ako bi učiteljica/nastavnica imala virus HIV-a, ali da pritom nije obolela, da li bi joj trebalo dozvoliti da nastavi da podučava u školi?	1	2	3
	h) Ako bi se član vaše porodice inficirao HIV -om , da li biste želeli da to ostane tajna?	1	2	3
DOSTUPNOST, KORIŠĆENJE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIM USLUGAMA				
54	Da li imate overenu zdravstvenu knjižicu na svoje ime?	1. Da 2. Ne		

55	Kome se prvom obraćate kada imate zdravstvenih problema? (zaokružite SAMO JEDAN odgovor)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lekar u opšte medicine ili pedijatru u Domu zdravlja 2. Hitnoj službi 3. Privatnom lekaru 4. Narodnom iscelitelju (travaru, bioenergetičaru i sl.) 5. Nekom drugom (roditelji, rodbina, prijatelji) 6. Nikom, sam se lečim 			
56	Da li imate svog izabranog lekara opšte medicine / pedijatra u Domu zdravlja i kako ste ga izabrali?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne → pređite na pitanje 59 2. Sam sam ga izabrao 3. Umesto mene ga je izabrao neko od članova moje porodice ili moj staratelj 4. Umesto mene ga je izabrao neko u ustanovi 5. Nisam ga birao, dodeljen mi je u Domu zdravlja 			
57	Da li ste bili kod svog lekara u Domu zdravlja?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Nikada u životu 4. Ne znam 	<p>→ pređite na pitanje 58</p> <p>→ pređite na pitanje 59</p>		
58	Da li ste zadovoljni Vašim lekarom u Domu zdravlja?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nezadovoljan sam 2. Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan 3. Zadovoljan sam 			
59	Da li ste bili kod privatnog lekara?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, u poslednjih 12 meseci (navedite koliko puta): _____puta, (i navedite kod kojih sve specijalnosti) kod: <ul style="list-style-type: none"> m. interniste n. hirurga o. ginekologa p. stomatologa q. kožnog (dermatologa) r. drugo 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Nikada u životu 4. Ne znam 			
60	Koliko ste zadovoljni zdravstvenom zaštitom koju koristite? (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem odgovarajućeg broja ispod ponuđenih opcija)				
		Ne koristim usluge	Nezadovoljan sam	Nisam ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Zadovoljan sam
U Domu zdravlja		1	2	3	4
U privatnoj praksi		1	2	3	4

PITANJA VEZANA ZA STIGMU I DISKRIMINACIJU

61	U kojoj meri se slažete sa sledećim izjavama (odgovorite na svaku stavku zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora)				
	Izjava	Ne slažem se	Delimično se slažem	Slažem se	Ne znam
	Osobe inficirane HIV-om ne bi trebalo da se mešaju sa ostalima nigde	1	2	3	4
	Osobe koje su inficirane HIV-om same su krive za to	1	2	3	4
62	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije u toku proteklih 12 meseci imali neko od sledećih iskustava? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bili ste nepoželjni na nekom društvenom okupljanju (slavlje, privatne zabave) 2. Smanjio se broj ljudi sa kojima se možete družiti 3. Uskraćena Vam je usluga u zdravstvenoj ustanovi 4. Uskraćena Vam je usluga u opštini, banci, pošti, radnji 5. Bili ste odgovarani od strane drugih 6. Bili ste javno ponižavani i vređani 7. Napustio Vas je partner/partnerka 8. Drugo (navesti)_____ 9. Ništa od navedenog 			
63	Da li ste u poslednjih 12 meseci iz straha da neko ne sazna za Vašu seksualnu orijentaciju odustali od traženja zdravstvene usluge iako Vam je bila potrebna?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 			
64	Da li ste zbog Vaše seksualne orijentacije osećali nešto od navedenog? (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stid 2. Krivicu 3. Nelagodnost 4. Drugo (navesti)_____ 5. Ništa od navedenog 			
65	Da li ste bili žrtva fizičkog nasilja ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da, tokom poslednjih 12 meseci 2. Da, pre više od 12 meseci 3. Ne, nikada → pređite na pitanje 67 <p style="text-align: right;">→ pređite na pitanje 66</p>			
65	Od strane koga ste pretrpeli nasilje: (zaokružite SVE ODGOVORE koji se odnose na Vas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Policije 2. Kolega/koleginica (sa radnog mesta) 3. Partnera 4. Članova porodice 5. Nepoznate osobe 6. Nekog drugog (navedi) 			
66	Da li znate da je u Srbiji donet Zakon o zabrani diskriminacije ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 			

67	Da li mislite da će Zakon o zabrani diskriminacije promeniti nešto u Vašem položaju?	1. Da 2. Ne znam 3. Ne
<p>Ovo je kraj našeg upitnika. Hvala Vam što ste odvojili vreme da odgovorite na postavljena pitanja. Cenimo Vašu pomoć.</p>		

POPUNJAVA ANKETAR:		
68	Upitnik popunio:	1. Učesnik 2. Anketar

Potpis kontrolora: _____

Prilog 2. Упитник о мрежи

УПИТНИК О МРЕЖИ

ГРАД: _____

Датум попуњавања упитника 		РДС број	
1. ПИТАЊА О МРЕЖИ			
1.1	Колико особа које познајете, сте током последњих месец дана видели, а које живе у Београду/Новом Саду/Крагујевцу и које су мушког пола и имају сексуалне односе са мушкарцима? Под <u>познанством</u> се мисли на особе чије Вам је име познато, као и Ваше њима?	_____ (унеси број)	1.2
1.2	Колико од тих особа (број из 1.1) сте видели у последње две недеље?	_____ (унеси број)	1.3
1.3	Колико од тих особа (број из 1.1) је млађе од 18 година?	_____ (унеси број)	1.4
1.4	Колико од тих особа (број из 1.1) има 60 и више година?	_____ (унеси број)	1.5
1.5	Колико од тих особа (број из 1.1) бисте могли да позовете да учествују у истраживању током наредне две недеље?	_____ (унеси број)	2.1
2. ОДНОС СА РЕГРУТЕРОМ И МОТИВИ УЧЕШЋА			
2.1	Да ли бисте Ви позвали особу која је позвала Вас да учествује у студији?	1. Да 2. Не	2.2
2.2	Особа која Вам је дала купон и позвала да учествујете је: (не читати одговоре)	1. Непозната особа, неко кога сте тек упознали 2. Неко кога знате из виђења (нисте блиски са њим) 3. Близак пријатељ, неко кога добро познајете 4. Сексуални (интимни) партнер 5. Члан породице / рођак	2.3
2.3	Који је главни разлог што сте прихватили да учествујете у студији? Не читати одговоре!	1. Због надокнаде 2. Јер ме је познаник замолио 3. Да бих се тестирао на НИВ/Хепатис Ц 4. Чинило ми се интересантно 5. Имао сам слободног времена 6. Друго (наведи) _____	Крај

Prilog 3: Lista za proveru procedure**Листа провере процедуре квантитативног истраживања – Мушкарци који имају
сексуалне односе са мушкарцима
БЕОГРАД / НОВИ САД / КРАГУЈЕВАЦ**

РДС број				
Датум				
			Потпис	
Дат информисан пристанак		Да	Не ¹	
Род	1. Мушки 2. Трансродна особа <input type="checkbox"/>	Годиште		<input type="text"/>
			Потпис	
Субпопулација (уписати)				
Критеријуми подобности	Сексуална пракса у 6 месеци	Да	Не	
	Време боравка / рада	Да	Не	
	Место боравка / рада	Да	Не	
Испитаник подобан		Да	Не ²	
Попуњен упитник о мрежи		Да	Не ³	
Величина мреже:		Број: <input type="text"/>		
Попуњен упитник		Да	Не ⁴	
РДС бројеви припадајућих купона	1.			
	2.			
	3.			
Дати купони		Да	Не ⁵	
Издата надокнада		Да	Не ⁶	
Напомене:				
<i>Унето у базу података</i> ▽				

¹ Наведи у напомени разлог и попуни образац за одбијање учешћа

² Наведи у напомени разлог и попуни образац за неиспуњавање критеријума

³ Наведи у напомени разлог и попуни образац за одбијање учешћа

⁴ Наведи у напомени разлог и попуни образац за одбијање учешћа

⁵ Наведи у напомени разлог и унеси у базу

⁶ Наведи у напомени разлог и унеси у базу

Prilog 4: Tematski vodič za dubinski intervju

ТЕМАТСКИ ВОДИЧ – МУШКАРЦИ КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

I ОСНОВНИ СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ	
1. Годиште / род / етничка припадност	
2. Место живљења	Колико дуго живи у Београду/Новом Саду/Крагујевцу? Разлози доласка? С ким живи? Да ли је подстанар? Колико често мења стан и који су разлози за промене стана?
3. образовање	
4. Радни статус	Основни-додатни извори прихода?
II ИНИЦИЈАЦИЈА У СЕКСУАЛНУ ПРАКСУ	
1. Пол првог сексуалног партнера	Са колико година је имао први сексуални однос? Ког пола је била особа?
2. Иницијација у MSM праксу	1. Кад је осетио да га привлаче мушкарци? Како се осећао због тога? С ким је могао да разговара о томе? 2. Кад је имао први сексуални однос са мушкарцем? 3. Опис првог сексуалног партнера и првог сексуалног односа
3. Лична сексуална оријентација - став	1. Како би сад описао / окарактерисао своју сексуалну оријентацију? Зашто.
III САДАШЊА СЕКСУАЛНА ПРАКСА	
1. Стални партнери	1. Да ли је у вези тренутно? 2. Колико дуго веза траје (је трајала)? Стабилност везе. 3. Место првог контакта 4. Сексуална пракса: врста односа, употреба кондома (анални, орални) 5. Колико му је трајала најдужа веза? Кад/пре колико времена је то било? 6. Колико је највише сталних партнера имао током једне године...
2. Случјани партнери/ке	1. „Отвореност везе“ - партнери/ке ван везе. Како / зашто до тога долази? 2. Како упознаје случајне партнере? 3. Кад је последњи пут имао случајног партнера/ку? Пол? Како је до тога дошло (опис ситуације, претходно познавање...) 4. Коју врсту сексуалног односа (анални, орални) су имали (заштита, зашто, иницијатива) 5. Колико често има случајне партнере? Зашто.
3. Комерцијални партнери/ке	1. Када је последњи пут имао комерцијалног партнера / партнерку? (у којој „улози“ је био – клијент / радник); а кад први пут. 2. Колико често има комерцијалне сексуалне односе? Зашто 3. Ког пола су обично комерцијални сексуални партнери (први / последњи)? 4. Како долази у контакт са комерцијалним партнерима? 5. Колико „познаје“ комерцијалне партнере (стални / пролазни...) 6. Коју врсту сексуалних односа има с комерцијалним партнерима (заштита како, зашто, иницијатива...)
4.Промена партнера	1. Како процењује партнере, тј. На основу чега прихвата да уђе у сексуални однос? Зашто?

IV ПЕРЦЕПЦИЈА РИЗИКА	
1. Употреба заштите	<ol style="list-style-type: none"> 1. Коју врсту заштите користи? Зашто. 2. Од чега зависи да ли ће користити заштиту или не? Опис ситуације / партнера / врсте сексуалног контакта кад није коришћена никаква заштита и обратно. 3. Колико често користи кондом? Лубриканте (врста). 4. Заштита и врста контакта (анални, орални) 5. Питање поверења и заштите?
2. Лични ризик	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шта је по њему ризично везано за његову сексуалну оријентацију? Зашто 2. Кад је последњи пут он био у ризику? Опис 3. Шта је могуће учинити да се самњи ризик? Како он настоји да смањи ризик? (пример – опис)
3. Ризик партнера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кад је последњи пут довео у ризик свог партнера? О каквом ризику је реч? Опис.
4. Схватање ризика	<ol style="list-style-type: none"> 2. Шта је све ризик за HIV? 3. Колико је он у ризику да буде инфициран HIV-ом? На основу чега то процењује? 4. Процена ризика везана за орални секс без кондома. Ризик везан за анални секс без кодама. 5. Пуцење кондома? Искуство.
5. Искуство: ППИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кад је последњи пут имао неку ППИ? О којој је било реч? 2. Како је до тога дошло? (...) 3. Шта је радио у тој ситуацији (где се лечио, колико је био отворен о начину инфицирања према лекару / партнеру....) 4. Сексуални односи и ППИ? Партнерски однос и ППИ?
6. Искуство и ставови: HIV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Како се може инфицирати HIV-ом? 2. Познаје ли неког ко живи с HIV-ом? (Колико дуго, шта мисли о разлозима инфицирања...) / Како би реаговао да зна да је неко инфициран HIV-ом? Шта би се променило у његовом односу? Да ли би имао сексуални однос са особом? Зашто, како... 3. Шта мисли, шта утиче на то да се неко инфицира? 4. Где се све може тестирати на HIV? 5. Кад је последњи пут размишљао о HIV-у? Зашто? 6. Да ли се икад тестирао на HIV (кад последњи пут)? Зашто се тестирао? Искуство. Колико је био отворен о својој сексуалној оријентацији? 7. Шта га одбија од тестирања (ако се није тестирао)? Зашто? 8. Сматра ли да има потребе да се сад тестира на HIV? Зашто?
V ДРУШТВЕНО ОКРУЖЕЊЕ	
1. Отвореност о својој оријентацији, перцепција „различитости“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ко све зна за његову оријентацију? 2. Како су сазнали? 3. Од кога крије? Зашто? Како? Како би реаговали кад би сазнали? 4. Прихватање своје СО. Како је данас бити другачије СО.
2. Друштво	<ol style="list-style-type: none"> 1. Како наше друштво гледа на особе хомосексуалне оријентације? Колико је толерантно у односу на другачије оријентације од хетеросексуалне? Зашто? 2. Какве проблеме може да има особа бисексуалне оријентације у нашем друштву? Зашто?
3. Подршка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Колико људи у окружењу су исте сексуалне оријентације као и он? Колико дуго их зна? 2. С ким може да се посаветује о сексуалним проблемима? Пример

4. Стигма и дискриминација: друштво	<ol style="list-style-type: none"> 1. Какво има искуство у односу на стигму и дискриминацију поводом другачије сексуалне оријентације од хетеросексуалне? 2. Кад је последњи пут био изложен стигми / дискриминацији због своје сексуалне оријентације? Опис 3. Како је могуће избећи такве ситуације? 4. Кад је последњи пут био у непријатној / насилној (физички, психички...) ситуацији због своје оријентације? (опис...) 5. Како избећи такве ситуације
5. Стигма и дискриминација: здравствени сектор	<ol style="list-style-type: none"> 1. Како здравствени радници гледају на особе другачије сексуалне оријентације од хетеросексуалне? Зашто. Лично искуство. 2. Колико је отворен према здравственим радницима о својој сексуалној оријентацији? Зашто.
VI ПРОГРАМИ	
1. Информације	<ol style="list-style-type: none"> 1. За која је удружења чуо која се баве превентивним радом међу МСМ? Како је чуо, шта је чуо... Контакт са њима - први. 2. На који начин долази до информација о HIV-у/ ППИ / могућностима тестирања...
2. Приступачност	<ol style="list-style-type: none"> 1. Где је све могуће добити услугу НВО? ДСПТ... 2. Колико он има времена и воље да дође до места где се пружа услуга? Шта га све спречава? 3. Где најчешће прими услугу
3. Прилагођеност	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шта све нуде НВО од услуга... (набрајање) 2. Шта је све користио? Зашто? 3. Шта недостје... 4. Какав утисак остављају теренски радници с којим је дошао у контакт? Колико он/а заиста може да му помогне? Пример. Зашто?
4. Прихватљивост	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шта (га) одбија од укључивања у програм који нуде НВО и супротно – шта га мотивише? Зашто... 2. Шта други мисле о онима који долазе у НВО по услугу?
5. Комуникабилност	<ol style="list-style-type: none"> 1. Колико су савети који дају примењиви у свакодневици/твом реалном животу)? Зашто? Пример 2. Колико информације и савети су у твом случају утицали на тебе? 3. Шта је пресудно утицало на тебе у односу на употребу кондома? Зашто? 4. Зашто је тешко у пракси применити све савете и знање које особа има а везано за ризик? 5. Шта мисле о превентивним активностима? Колико су овакве активности, капање, утицале на њега? Пример – лични туђи. 6. Шта мислиш, да ли ти који пропагирају употребу кондома - користе увек кондом?...
6. Препоруке	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шта је потребно променити у приступу да би заиста програми имали ефекта? 2. Шта је то што би већини било прихватљиво...

Prilog 5: Tematski vodič za diskusiju u fokus grupama

КОРИШЋЕЊЕ ПРЕВЕНТИВНИХ УСЛУГА – (НЕ)КОРИСНИЦИ

Општи подаци:

- Године
- Начин / место доласка у контакт са потенцијалним сексуалним партнером/има

РИЗИК

Број инфицираних HIV-ом у MSM/геј популацији значајно расте. То постаје један од водећих начина преноса HIV-а код нас.

1. Шта мислите, зашто се то дешава код нас? Које се то дешава? Како се то дешава...

ПОСТОЈЕЋИ ПРОГРАМИ

На спречавању даљег ширења инфекције HIV-ом међу MSM/геј популацијом раде различита удружења и установе у Србији. То раде кроз различите тзв. превентивне активности (саветовање и тестирање на HIV, индивидуални разговори/саветовање/подришка, психолошка подришка, групе самопомоћи исл).

2. Које превентивне активности су вама познате/ за које су чули? По вашем мишљењу има ли их довољно или премало или превише?
3. Зашто (не)користе услуге удружења?
 - a. Шта их посебно одбија / шта им се свиђа?
 - b. Шта им је потребно/корисно од превентивних услуга? Зашто?
 - i. Шта их спречава да то користе? Зашто? Шта би их мотивисало да почну да користе? - некорисници
 - ii. Шта може да их спречи да их користе? – корисници
 - c. Приватност, поверљивост? - одлазак у неки простор? Људи који разговарају о HIV-у с тобом? Начин на који се разговара? Време - кад је могуће доћи, колико се посвећује особи?
 - d. Шта би мењали и зашто?
4. Шта мисле о порукама које се шаљу? Које су то поруке – шта су чули/запамтили?
 - a. Колико је јасно, прихватљиво, занимљиво, памтљиво...
 - b. Пример неки информације или поруке која је на њих утицала да размисле о томе да ли су били у ризику да се инфицирају HIV-ом.

ЖЕЉЕНИ/ИДЕАЛНИ ПРОГРАМ

Нашли сте се у ситуацији да треба да осмислите програм који би заиста утицао на MSM/геј популацију да промени понашање и да постане одговорнија према себи, својим партнерима и свом сексуалном здрављу. Све што осмислите моћи ће да се реализује (имаће довољно и новца и људи да све изнесу). Битно је да програм делује, тј. да буде такав да делује како на вас, тако и на све припаднике MSM/геј популације.

5. Шта бисте ви урадили да утичете / мотивишете геј особе да промене своје понашање?
 - a. Како бисте **ви** организовали превенцију?
 - i. Шта би по вама сигурно деловало да геј особе промене понашање?
 - b. На којим проблемима геј/MSM особа бисте ви радили у циљу промене понашања и заштите здравља?
 - c. Да ли би било све исто за све геј/MSM особе или би требало да буде различито у односу нпр. на узраст или род или начин доласка до партнера? Зашто? Како?
 - d. Како бисте ви обезбедили приватност и поверљивост за оне који користе ваш програм? (време, место и начин пружања услуге)
 - e. Како бисте их ви привукли да користе услуге?
 - f. Шта бисте ви покушали да поручите и на који начин?
 - i. Како би гласила порука?

- ii. Шта би сигурно деловало да геј/МСМ особе промене понашање?
- iii. Како послати ту поруку? (преко кога/чега, где, у које време)
- iv. Колико су уопште довољне једнократне поруке? Ако нису, шта је то што је потребно? Ко би требало да шаље ту поруку?

BIOGRAFIJA

Sladana Baroš je rođena 1977. godine u Indiji, gde je završila osnovnu školu i Gimnaziju društveno-jezičkog smera. Zvanje diplomirani etnolog-antropolog je stekla na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 2004. godine s prosečnom ocenom 9,12. Diplomski rad „Srbi povratnici Livanjskog polja o identitetu Srba i Hrvata” nagrađen je kao najbolji diplomski istraživački rad nagradom „Borivoje Drobniaković” Etnografskog muzeja u Beogradu. Zvanje master menadžer javnog zdravlja stekla je 2015. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu s prosečnom ocenom 9,60. Kontinuirano se edukovala kroz brojne seminare u zemlji i inostranstvu u oblastima istraživanja u ključnim populacijama u riziku od HIV-a i monitoringa i evaluacije.

Od 2006. godine je zaposlena u Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” (IJZS), gde od 2007. godine radi na poslovima monitoringa i evaluacije nacionalnog odgovora na HIV/AIDS.

Od 2013. godine je član Savetodavne grupe Evropskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (*European Centre for Disease Prevention and Control*) za monitoring implementacije Dablinske deklaracije. Učestvovala u radu mreže za realizaciju Evropskog internet istraživanja među MSM (EMIS) u 2017. godinu ispred IJZS, gde je nakon realizacije istraživanja bila član uredničkog odbora EMIS mreže. Od 2021. godine je nominovana od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije za kontakt osobu (*focal point*) Jedinice Svetske zdravstvene organizacije za Bihejvioralne i kulturalne uvide za zdravlje (*WHO Unit for Behavioral and Cultural Insights for Health*). Bila je član radne grupe za izradu „Nacionalne strategije za kontrolu i prevenciju HIV infekcije i AIDS-a, 2018–2025” Vlade Republike Srbije.

U periodu od 2004. godine do danas bila je angažovana kao glavni istraživač, evaluator i konsultant na više različitih domaćih i međunarodnih istraživačkih projekata, gde je u svom radu koristila i kvantitativne i kvalitativne metode. Od 2007. godine ispred IJZS koordinira periodična bihejvioralna istraživanja u ključnim populacijama u riziku od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om. U okviru istih istraživanja bila je glavni istraživač za više različitih istraživanja. Autor je i koautor brojnih radova publikovanih u domaćim i međunarodnim časopisima i autor je nekoliko istraživačkih monografija.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Слађана Барош

Број индекса JZ 01/15

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Знање, ставови и понашање мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима у односу на HIV: квантитативна и квалитативна анализа

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

У Београду, 24.1.2023.

Потпис аутора



Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Слађана Барош

Број индекса JZ 01/15

Студијски програм Јавно здравље

Наслов рада Знање, ставови и понашање мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима у односу на HIV: квантитативна и квалитативна анализа

Ментор Проф. др Сандра Шипетић Грујичић

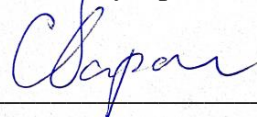
Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду, 24.1.2023.

Потпис аутора



Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:
која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)

5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

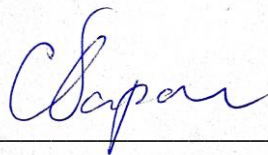
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.

Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

У Београду, 24.1.2023.

Потпис аутора



1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода