

УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ  
СА ПРИВРЕМЕНИМ СЕДИШТЕМ У  
КОСОВСКОЈ МИТРОВИЦИ  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Љиљана Р. Јовићевић

**РИЗИЧНИ ОБЛИЦИ СЕКСУАЛНОГ ПОНАШАЊА ЗА ХИВ ИНФЕКЦИЈУ  
МЕЂУ ПОМОРЦИМА У ЦРНОЈ ГОРИ**

Докторска дисертација

Косовска Митровица, 2018.

UNIVERSITY OF PRISTINA  
TEMPORARY SETTLED IN  
KOSOVSKA MITROVICA  
SCHOOL OF MEDICINE

Ljiljana R. Jovićević

**RISK FORMS OF SEXUAL BEHAVIOR FOR HIV INFECTION BETWEEN  
SEAMEN'S IN MONTENEGRO**

Doctoral Dissertation

Kosovska Mitrovica, 2018.

Ментор 1:

Проф. др Александар Ћорац,  
редовни професор, Медицинског факултета Универзитета у Приштини са  
привременим седиштем у Косовској Митровици

Ментор 2:

Проф. др Бранка Ђуровић,  
ванредни професор Медицинског факултета Војномедицинске академије  
Универзитета одбране у Београду

Чланови комисије:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Датум одбране докторске дисертације

## **ЗАХВАЛНИЦА**

*Професору Александру Ђорџу, ментору овог рада, дугујем велику захвалност на пруженој подршци, смерницама и сугестијама током израде моје докторске дисертације, као и несебичности у преношењу сопствених искустава и знања.*

*Посебну захвалност дугујем покојном професору Светомиру Самарџићу са којим сам започела израду ове докторске дисертације. Уз његову безрезервну иницијалну подршку и професионални ентузијазам формулисан је и дизајниран облик овог рада.*

*Професору Милану Парлићу дугујем велику захвалност на корисним саветима, стручним усмерењима и помоћи приликом тумачења резултата и доношења закључака. Проф. др Јасмини Стевановић дугујем велику захвалност на подршци, корисним саветима и интересовању током израде моје докторске дисертације.*

*Проф. др Бранки Ђуровић захваљујем на свесрдној помоћи у финалној фази рада, усмерењу у компаративној анализи, чиме је квалитет овога рада унапређен.*

*Искрено се захваљујем колегама др Мирјани Костић, др Весни Андрејевић и др Зорану Букумирићу који су били укључени у процес статистичке анализе добијених података.*

*Велико хвала мојој сестри проф. др Татјани Новаковић на стрпљењу, сугестијама и корисним саветима који су унапредили и обогатили овај рад и помогли ми да истрајем у намери да он буде завршен.*

*Безрезервну подршку и охрабрење без којих не бих успела да финализујем мој рад на докторској дисертацији несебично су ми све време пружали мој супруг Душко и моја деца Милош, Марија и Даница. На томе сам им неизмерно захвална.*

## **РИЗИЧНИ ОБЛИЦИ СЕКСУАЛНОГ ПОНАШАЊА ЗА ХИВ ИНФЕКЦИЈУ МЕЂУ ПОМОРЦИМА У ЦРНОЈ ГОРИ**

### **Резиме рада**

**Увод:** Због специфичног начина живота, поморци спадају у групу занимања која имају непосредан утицај на приватни живот. Поморци такође спадају у групу у којој постоји евидентна присутност ризичних облика понашања која повећавају изложеност полно преносивим инфекцијама. Они спадају у групу радника миграната, чији радни ангажман подразумева скучену радну и животну средину на дуже време и одвојеност од породице, пријатеља и матичне средине. Дуготрајна одвојеност од сталних партнера, међународна путовања, радозналост, жеља за пустоловином, смањена критичност због употребе алкохола или опојних дрога разлози су веће заступљености ризичних понашања. Наведене карактеристике ове професије повећавају изложеност ове популације и стављају поморце у висок ризик од инфекције ХИВ-ом и другим полно преносивим инфекцијама. Према подацима Синдиката помораца у Црној Гори има око 5000 лица која се изјашњавају као професионални поморци. У Националном регистру за ХИВ поморци су заступљени са 8,7%.

**Циљ** истраживања је процена нивоа знања и ставова о ХИВ-у међу поморцима у Црној Гори процена њихове повезаности са ризичним облицима сексуалног понашања у односу на ХИВ.

**Материјал и методе:** Истраживање је спроведено у периоду од октобра 2014. до априла 2015. дескриптивним епидемиолошким методом. Истраживањем су обухваћена 543 поморца, што представља нешто више од 10% ове популације. Пре укључивања у истраживање, сви испитаници су били детаљно информисани о истраживању, циљевима истраживања, као и начину прикупљања потребних података. Објашњено им је да су упитници шифрирани, чиме се гарантује поверљивост података. Учешће у истраживању било је добровољно, а испитаници су могли да одустану у било ком тренутку.

Истраживању је претходило одобрење Центра за обуку помораца (BMV) из

Бара. Методологија и дизајн студије одобрени су од стране Етичког одбора Медицинског факултета Универзитета у Приштини у складу са утврђеном процедуром, након чега је започето истраживање на терену. Оквир за узорак је био списак свих агенција за укрцај помораца, васпитно-образовних институција за поморце, центара за обуку помораца и здравствених установа у којима поморци обављају обавезне прегледе.

Инструмент истраживања је био посебно структурисан анонимни упитник затвореног типа дизајниран по угледу на упитнике коришћене у међународним и домаћим сличним истраживањима. Упитник се састојао од четири целине са укупно 40 питања којима су обухваћени: социо-демографске карактеристике, информисаност о ХИВ/АИДС-у и полно преносивим инфекцијама, сексуално понашање и коришћење кондома и ставови према особама инфицираним ХИВ-ом. Већина питања у упитнику су затвореног типа са понуђеним одговорима, док су одговори на поједина питања која се односе на ставове испитаника тестирани као петостепена Ликертова скала.

У првом делу упитника који се односи на социо-демографске карактеристике испитивани су пол, узраст, пребивалиште, школска спрема, занимање, брачни статус, трајање пловидбеног стажа и трајање одсуства од куће током године због пловидбе. У делу упитника који се односи на информисаност испитаника о начинима преношења и заштите од инфекције ХИВ-ом, понуђене су три могућности у одговору: "Да", "Не" и "Не знам". Одговори „не знам” су третирани као нетачни.

Сексуално понашање испитаника сагледано је кроз питања о узрасту приликом ступања у сексуалне односе, броју сексуалних партнера од почетка сексуалне активности и током последњих годину дана, коришћење кондома током протекле године и приликом сексуалног контакта са случајним партнером, као и разлозима за некоришћење кондома.

Ставови испитаника у односу на особе које живе са ХИВ-ом процењени су уз помоћ петостепене Ликертове скале а односе се на слагање са следећим тврдњама: да особе инфициране ХИВ-ом треба сместити у карантин; да деца која оболе од ХИВ-а треба да иду и даље у редовне школе; да особама код којих је утврђено присуство ХИВ-а треба дозволити да плове; да оболели од ХИВ/АИДС-а треба да

имају права као и било који други болесник; да особе инфициране ХИВ-ом треба склонити са свих места на којима могу доћи у контакт са другим људима; да се према оболелима од ХИВ/АИДС-а треба понашати у зависности од начина на који су се инфицирали и да особама са ХИВ/АИДС-ом треба обезбедити најбоље могуће лечење и најбољу могућу негу.

**Резултати:** Резултати су анализирани коришћењем дескриптивне и инференцијалне статистике. За статистичку обраду података коришћен је SPSS 20.0. За одређивање статистичке значајности између различитих варијабли коришћен је непараметарски  $\chi^2$  тест. Вредност  $p < 0,005$  сматра се статистички значајном.

Резултати су показали да од укупног броја испитаника, њих 63,1% информације о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама добија из медија. У школи се информише 7,6 %; на броду 12%, а у породици свега 6,4% испитаника. Од укупног броја испитаника мање од половине је показало задовољавајући ниво информисаности о најважнијим начинима преношења и начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција. Забрињава чињеница да више од трећине испитаника (35,4%), није користило кондом приликом сексуалних односа са случајним партнером. Кондом је увек користило 29,0% испитаника. Податак да је свега 29,0% испитаника увек користило кондом приликом сексуалних контаката са случајним партнером указује на неодговорно понашање помораца. И у овом истраживању најчешћи разлог због чега, при сексуалном односу нису користили кондом, је тај што испитаници не воле секс са кондомом, њих 48,2%. Половина испитаника сматра да кондоми уништавају спонтаност сексуалног чина, док више од трећине сматра да стављање кондома ствара проблеме са ерекцијом.

Охрабрује податак да више од две трећине испитаника сматра да кондоми пружају поуздану заштиту од полно преносивих болести. Упркос томе, половина испитаника сматра да особе које предлажу употребу кондома често мењају сексуалне partnере и да је употреба кондома обавезна само приликом секса са проституткама и међу хомосексуалцима. Сексуални однос у замену за новац, дрогу или запослење имало је нешто мање од трећине испитаника, њих 30,6%, док их није имало 69,4%. Под дејством алкохола сексуалне односе имало 65,6% испитаника, док сексуалне односе под дејством алкохола никада није имало 34,4%. Сексуални односи

под дејством алкохола повећавају степен ризика за преношење ХИВ-а и других полно преносивих инфекција јер се у алкохолисаном стању умањују инхибиције по питању избора партнера и коришћења средстава заштите.

**Закључак:** Знање у вези са ХИВ/АИДС-ом помораца у Црној Гори није на задовољавајућем нивоу, јер је мање од половине испитаника упознато са најважнијим начинима преношења и начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција. Употреба кондома је и даље недовољна, а ставови према особама које живе са ХИВ-ом се нису у многоме променили у односу на ранија истраживања.

**Кључне речи:** ХИВ/АИДС, поморци, ризично понашање



## **THE RISK FORMS OF SEXUAL BEHAVIOR OF SEAMEN IN MONTENEGRO TOWARDS HIV INFECTION**

### **SUMMARY**

**Introduction:** Due to their specific way of life, seamen belong to a profession with direct impact on private life. Seamen also belong to a group where there is an evident presence of risky forms of behavior that increases exposure to sexually transmitted infections. They belong to a group of migrant workers whose professional engagement implies confined working and living conditions for prolonged time and separation from family, friends and home environment. Long-term separations from permanent partners, international travel, curiosity, desire for adventure are the reasons for higher representation of risk behaviors due to the use of alcohol or narcotic drugs. The above characteristics increase the exposure of this population and put seamen at high risk of HIV infection and other sexually transmitted infections. According to data of the Maritime Union in Montenegro, there are around five thousand people who identify themselves as professional seamen. According to the data of the National HIV/AIDS Registry, participation of seamen is 8,7%.

**The aim** of the research is to assess the level of knowledge and attitudes about HIV among seamen in Montenegro and estimate the connection with risky forms of sexual behavior towards HIV.

**Material and methods:** The survey was conducted from October 2014 to April 2015 as a descriptive epidemiological research. The survey included 543 examinees, representing slightly over 10% of this population. Prior survey initiation, all respondents were informed in detail about the study, the research objectives, as well as the method of collecting the necessary data. It was explained to them that questionnaires were coded in order to guarantee confidentiality of data. Participation in the survey was voluntary and the examinees could give up at any time.

The study was preceded by the approval of the Center for Marine Training (BMV) from Bar. The methodology and study design were approved by the Ethics Committee of Medical Faculty, University of Pristina in accordance with the established procedure, after which the field research began. Sample frame was a list of all mariners' boarding agencies, mariners' educational institutions, mariners' training centers and health care institutions in which seamen's perform mandatory medical examinations.

The survey instrument was specifically structured closed type and anonymous questionnaire designed based on questionnaires used in the international and domestic similar research. The questionnaire consisting of 40 multi-part questions included the following: socio-demographic characteristics, knowledge of HIV/AIDS and STIs, attitudes towards HIV/AIDS and STIs, condom use and attitudes towards people infected with HIV. The majority of questions in the questionnaire were closed type with offered answers, while the answers to certain questions related to the attitudes of the respondents were tested as five-step Likert scale.

In the first part of the questionnaire related to socio-demographic characteristics, the gender, age, residence, educational level, occupation, marital status, length of navigation service and length of absence from home during one year period were examined for navigation. Three options were offered as the answers in the part of the questionnaire regarding the information of the respondents about ways of transmission and protection against HIV infection,: "Yes", "No" and "I do not know". Answers "I do not know" were treated as incorrect.

Sexual behavior of respondents was examined through questions about the age of first sexual intercourse, the number of sexual partners since the beginning of sexual activity and over the past year, the use of a condom during the past year and during sexual contact with a casual partner, as well as the reasons for not using condoms.

The respondents' attitudes towards people living with HIV were assessed using the five-step Likert scale and they were related to agreement with the following statements: people infected with HIV should be placed in quarantine; children suffering from HIV should continue to go to regular schools; persons diagnosed with HIV should be allowed to sail; people living with HIV/AIDS should have rights like any other patient; people living with HIV/AIDS should be removed from all places where they can get incontact with other people; behaviour towards patients with HIV/AIDS should depend on the way they aquired infection and t people with HIV/AIDS should be provided with the best possible treatment and the best possible care.

**Results:** The results were analyzed using descriptive and inferential statistics. For data analysis we used SPSS for Windows 20.0. In determining statistically significant differences between the different variables non-parametric  $\chi^2$  test was used. The value of  $p < 0.005$  was considered statistically significant.

The results have shown that the largest number of the examinees get information on HIV and STIs from the media (63.1%). 7.6% were informed in the school; on board 12%, and in the family only 6.4% of respondents. Out of the total number of respondents, less than half of them showed a satisfactory level of information on the most important ways of HIV transmission and protection against HIV and other sexually transmitted infections. It is worried that more than a third of respondents (35.4%) did not use a condom during sexual intercourse with a casual partner. The condom was always used by 29.0% of respondents. The fact that only 29.0% of respondents always used condom during sexual contact with a casual partner indicated the irresponsible behavior of seamen. In this study, the most common reason for not using condom during sexual intercourse respondents stated they did not like sex with a condom, 48.2% of them. Half of respondents believed that condoms destroy the spontaneity of sexual act and more than a third thought that putting condoms causes erectile problems.

It is encouraging that more than two thirds of respondents considered that condoms provide reliable protection against sexually transmitted diseases. In spite of this, half of respondents believed that people who propose the use of a condom change sexual partners more often and that the use of condoms is mandatory only when having sex with prostitutes and homosexuals. Sexual relations in exchange for money, drugs or employment experienced slightly less than a third of respondents, 30.6% of them, while negative answer to this question was given by 69.4%. Regarding having sexual intercourse under the influence of alcohol, 65.6% of respondents responded positively, while sexual intercourse under the influence of alcohol never had 34.4% of respondents. Sexual alcohol-related relationships increase the risk of transmission of HIV and other sexually transmitted infection because in alcoholic state, inhibition is reduced in terms of partner selection and the use of protection products.

**Conclusion:** The knowledge of seamen in Montenegro about HIV/AIDS is not at satisfactory level, as less than half of respondents are familiar with the most important ways of HIV transmission and protection against HIV and other sexually transmitted infections. The use of condom is still insufficient, and attitudes towards people living with HIV have not been changed much in comparison to previous research.

**Key words:** HIV/AIDS, seamen, risky behavior

## САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Појава ХИВ/АИДС-а.....	2
1.2. Етиологија ХИВ инфекције.....	5
1.2.1. Вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ) .....	5
1.2.2. Преношење ХИВ инфекције .....	7
1.2.3. Лабораторијска дијагностика ХИВ инфекције.....	8
1.2.4. Клиничке манифестације ХИВ инфекције.....	9
1.2.5. Антиретровирусна терапија .....	11
1.3. Повезаност миграција са ХИВ инфекцијом .....	13
1.4. Поморци и ХИВ инфекција у свету.....	16
1.5. Поморци у Црној Гори и ХИВ/АИДС.....	19
1.5.1. Епидемиолошка ситуација у односу на ХИВ/АИДС.....	22
1.5.2. Распрострањеност ХИВ/АИДС-а у свету .....	22
1.5.3. Епидемиолошка ситуација у Црној Гори.....	24
2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА .....	29
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА.....	31
3.1. Испитивана популација .....	32
3.2. Инструмент истраживања.....	33
3.3. Статистичка анализа .....	35
4. РЕЗУЛТАТИ РАДА.....	36
4.1. Социодемографске карактеристике.....	37
4.2. Информисаност испитаника о ХИВ/АИДС-у и полно преносивим инфекцијама .....	39

4.2.1. Информисаност испитаника о начинима преношења ХИВ инфекције .....	39
4.2.2. Информисаност помораца о начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција .....	43
4.2.3. Тестирање на ХИВ, Хепатитис Б и Хепатитис Ц .....	44
4.2.4. Доступност кондома у радној средини .....	45
4.3. Сексуално понашање испитаника .....	46
4.3.1. Едукација о људској сексуалности .....	46
4.3.2. Први сексуални однос .....	47
4.3.3. Последњи сексуални однос .....	48
4.3.4. Коришћење кондома .....	50
4.3.5. Секс у замену за новац, под дејством дроге или алкохола, уз уцену или уз присилу .....	54
4.3.6. Полно преносиве болести .....	56
4.4. Ставови испитаника .....	60
4.4.1. Ставови испитаника према особама које живе са ХИВ-ом .....	60
4.4.2. Ставови испитаника у односу на рад, обедовање и дружење са особом која је инфицирана ХИВ-ом .....	63
4.4.3. Ставови испитаника према особама које су инфициране ХИВ-ом у односу на учешће у едукацијама .....	66
4.4.4. Ставови испитаника у односу на промену понашања како би се заштитили од преношења ХИВ-а .....	67
5. ДИСКУСИЈА .....	68
6. ЗАКЉУЧЦИ .....	87
7. ЛИТЕРАТУРА .....	89
8. ПРИЛОЗИ .....	105
8.1. Прилог 1. Упитник за поморце .....	106
8.2. Прилог 2. Пристанак информисаног пацијента .....	119
9. СКРАЋЕНИЦЕ .....	122

---

# **1. У В О Д**

---

## 1.1. ПОЈАВА ХИВ/АИДС-а

Осамдесетих година двадесетог века у медицинску терминологију улази нови ентитет-Acquired Immunodeficiency Syndrome (АИДС) [1,2]. АИДС је последњи и најтежи стадијум инфекције вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ). Карактерише га прогресивно и неповратно слабљење имуног система [3, 4, 5]. Први пацијенти са АИДС-ом су регистровани 1981. године, док је две године касније изолован узрочник ове болести [6].

Наука је одговорила на изазове АИДС-а идентификујући етиологију, описујући патогенезу и путеве преноса, развијајући дијагностичке тестове и методе лечења [1]. Упркос томе, епидемија АИДС-а је захватила цели свет и представља један од највећих изазова јавног здравља на глобалном нивоу [7,8]. Као један од водећих здравствених, социјалних и економских проблема, АИДС је постао предмет бројних истраживања у циљу проналажења што бољих превентивних мера које би редуковале пораст броја инфицираних и умрлих [6].

У самом почетку, ХИВ/АИДС се везивао за тзв. „ризичне групе“. ХИВ инфекција и АИДС су први пут описани унутар популације мушкараца који имају секс са другим мушкарцима [7]. Лекари у Лос Анђелесу били су изненађени да се у групи наизглед здравих младих људи развило запаљење плућа узроковано микроорганизмом *Pneumocystis carinii*, који је до тада такво обољење изазивао само код особа које су имале оштећен имунолошки систем. Исте године лекари у Њујорку су запазили код неколико младих, до тада потпуно здравих људи појаву Капоши саркома, једне врсте рака коже, који се такође јавља код особа којима је оштећен имунолошки систем. За обе ове групе, тада, било је карактеристично да су све оболеле особе били млађи мушкарци, хомосексуалне оријентације [8,9].

Врло брзо су се међу оболелима нашле особе оба пола и свих сексуалних оријентација, затим особе које су интравенски корисници психоактивних супстанци, као и примаоци крви, пре свега хемофиличари [10]. Све ово упућивало је на

закључак да се ово ново обољење преноси сексуалним путем или путем крви. Центар за контролу и превенцију болести из Атланте у Сједињеним Америчким Државама, 1983. године упозорава на могућност ширења болести са мајке (труднице) на дете [11].

Епидемија се почела нагло ширити, првенствено у Европи и Сједињеним Америчким Државама, а праву истраживачку експанзију подстакло је препознавање пандемијског потенцијала и ширења ХИВ-а као претње сваком појединцу [12].

Данас знамо да је епидемија АИДС-а потмуло тињала и много пре званичног откривања и почетка епидемије 1981. године. Током протекле четири деценије епидемија ХИВ инфекције и АИДС-а је надмашила све почетне прогнозе о њеним размерама и утицају на различите аспекте живота хумане популације. АИДС не само да је стекао примат најзначајније стечене имунодефицијенције, већ је посебно у земљама Трећег света довео до драматичног скраћења животног века, уз погубни утицај на садашњи и будући економски развој тих сиромашних земаља.

Убрзо након идентификације вируса откривене су и методе за откривање антитела, што постаје темељ дијагностике. Значајан напредак у борби против АИДС-а је остварен 1985. године када је Америчка администрација за храну и лекове патентирала за комерцијалну производњу први крвни тест за АИДС, а касније и први лек *Zidovudin* који се користио код оболелих од АИДС-а.

У Уједињеном Краљевству је 1986. године први пут спроведена јавна кампања против АИДС-а огласима у новинама, након чега су уследили едукативни програми, чиме се постепено подиже свест о овој болести. У Енглеској је отворена и прва специјална болница за АИДС. Због све бржег ширења АИДС-а, 1987. године се о овој болести разговарало на седници Уједињених нација (крајем те године Светска здравствена организација регистровала је чак 71751 случај на четири континента: у Северној и Јужној Америци, Африци и Европи).

Дана 1. Децембра 1988. године први је пут промовисан Светски дан борбе против АИДС -а, који се од тада обележава сваке године. Светски дан борбе против АИДС-а је прилика да се укаже на потребу континуиране доступности лекова за терапију ХИВ позитивним особама, на важност тестирања, као и промене свести људи о особама које су инфициране ХИВ-ом и односу јавности према њима,



њиховим партнерима и породицама [13]. Од самог почетка, ХИВ инфекција и оболевање од АИДС-а су скоро неизоставно повезани са осудом и неразумевањем околине и многобројним предрасудама [14]. Од самог откривања 80-тих, ова болест је праћена страхом, стигматизацијом и дискриминацијом [15].

Временом, као последица идентификације агенса који узрокује инфекцију, бољег разумевања начина преношења и напретка у антиретровирусној терапији, ХИВ инфекција се све мање доводила у везу са посебним групама. Ипак, упркос демистификацији која је уследила као последица научног разумевања саме ХИВ инфекције и начина њеног преношења, АИДС је и даље болест која код опште популације изазива негативне реакције [16]. Размере проширености ове инфекције и болести су поново показали како болест може стигматизовати и како се против предрасуда и незнања можемо борити само трајном, континуираном и свеобухватном едукацијом [14].

Благовремено сагледајући значај насталог здравственог проблема, Светска здравствена организација (СЗО) је већ средином осамдесетих година дефинисала глобалну стратегију и програм за борбу против ХИВ/АИДС-а [17]. Од 1996. године глобални надзор над ХИВ-ом и полно преносивим инфекцијама је заједнички подухват Светске здравствене организације и Програма Уједињених нација за ХИВ/АИДС (УНАИДС). Задатак заједничке радне групе за надзор на глобалном нивоу је побољшање квалитета доступних података за информисано одлучивање на националном, регионалном и глобалном нивоу [18]. УНАИДС у сарадњи са владама и невладиним организацијама широм света координира напорима и појединачним ресурсима, како би се смањило ширење инфекције и обезбедили лекови за већ инфициране пацијенте [19]. Иако је постигнут велики напредак у одговору, ХИВ инфекција и даље представља озбиљну претњу за јавно здравље у свим регионима [20].

На самом почетку глобалног одговора на пандемију АИДС-а, превенција је била маргинализована. Третман и лечење су били доминанти. Ова систематска неравнотежа у клиничким и јавно-здравственим програмима у великој мери су одговорни за чињеницу да се сваке године око два милиона људи инфицира ХИВ-ом [21]. СЗО процењује да је крајем 2016. године у свету живело 36,7 милиона људи са

ХИВ-ом [22]. Ове процене обавезују здравствене системе на глобалном нивоу да не посустају у борби против ове инфекције, пре свега на пољу превенције. У земљама са ниском инциденцијом, у које спада и Црна Гора, превентивне мере се морају усмерити на поједине делове популације у којима су понашања која повећавају ризик за преношење ХИВ-а присутнија и могу представљати пут за ширење ХИВ инфекције.

## 1.2. ЕТИОЛОГИЈА ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ

### 1.2.1. Вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ)

ХИВ инфекцију проузрокује вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ) који припада фамилији ретровируса. Нови ретровирус изолован је код пацијента оболелог од АИДС-а 1983. године и касније је назван вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) [23]. Исте године, у Пастеровом институту у Паризу, у лабораторији „Prof. Luc Montagnier“, изолован је вирус из повећане лимфне жлезде оболелог са знацима стеченог губитка имунитета и назван је LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Годину дана касније, у лабораторији „Prof. Robert Gallo“ у НИН (National Institute for Health) Бетесда, САД, изолован је вирус који је био сличан са два раније изолована вируса у истој лабораторији који су изазивали леукемију Т лимфоцита код људи - НТЛVI и НТЛVII (*Human T Leukemia Virus*) [24].

У складу са овим називима, тај нови вирус је тада назван НТЛVIII. Пошто је доказано да су ова два вируса идентична, Међународни комитет за номенклатуру вируса га је 1986. године назвао ХИВ (*Human Immunodeficiency Virus*). Налажењем новог типа вируса међу оболелима у западној Африци који изазива исто обољење, али се разликује по структури од претходно идентификованог, добили су нове ознаке као ХИВ 1, односно ХИВ 2 [25].

Ова два вируса су серолошки и географски релативно различита, али имају сличне епидемиолошке карактеристике. Тип ХИВ1 је патогенији и чешће заступљен у свету уопште. ХИВ2 налажен је првенствено у западној Африци, а у неким случајевима и у другим земљама уколико су инфекције епидемиолошки биле повезане са овим регионом [26].

У оквиру ХИВ1 типа разликују се две основне групе–група М („*Major*“) и група О („*Outliner*“) које се доста разликују. Група М се дели у више подтипова, означених од А до Ј. У Европи и Америци доминира подтип (генотип) Б. На Тајланду као и у централној Африци подтип Е, док се у источној и западној Африци региструје подтип А, док се подтип О налази само у западној Африци [27].

Многе претпоставке, нагађања и произвољна тумачења о пореклу вируса дуго година су будили знатижељу и машту јавности о најмистериознијим начинима постанка овог вируса. Савремена сазнања јасно указују да су ХИВ1 и ХИВ2 ушли у људску популацију преко мултиплих зооноских инфекција са СИВ-ом инфицираних примата (СИВ је вирус имунодефицијенције код примата) [25, 28].

Данас је најприхваћенија теорија да је вирус 20-их година прошлог века прескочио „баријеру врста“ и са човеколиког мајмуна прешао на људску врсту. Највероватнији пут преноса на човека био је прехранбени ланац који је чинила конзумација сировог мајмунског меса и изнутрица. Из Африке вирус се крајем 70-их и почетком 80-их година прошлог века проширио на осетљиве популације Северне Америке и Западне Европе. У развијеном делу света најбрже се ширио у популацији мушкараца који су практиковали секс с мушкарцима (МСМ) и интравенским корисницима дрога (ИКД). У Африци доминира хетеросексуални пут преноса, а у Азији и Латинској Америци хетеросексуални пут и преношења путем контаминираног прибора за интравенско коришћење психоактивних супстанци. Источна Европа је крајем века постала једно од подручја с највећим порастом инциденце ХИВ инфекције у свету, првенствено преносом путем контаминираног прибора за интравенско коришћење психоактивних супстанци [12].

ХИВ има способност честих мутација чија је последица велика генетска променљивост. Као и сви вируси ХИВ се не може репликовати самостално, већ само у ћелији домаћина. По доспевању у организам, вирус се везује за зид циљне ћелије. Циљне ћелије за које ХИВ има афинитет су оне које на својој површини имају ЦД4 молекула, а то су пре свега ЦД4+Т лимфоцити и макрофази, али и друге ћелије као што су ћелије нервног система, црева, коже итд. Контакт циљне ћелије и вируса се остварује интеракцијом ЦД4 молекула и молекула на површини вируса, gp 120, уз садејство корецептора, чиме долази до фузије вируса и ћелије домаћина [23].

Резервоар вируса хумане имунодефицијенције је човек, заражен или оболео од АИДС-а [29]. Извором инфекције означавају се оне телесне течности које садрже довољну количину вируса потребну да изазове инфекцију код осетљиве особе. Деле се на инфективне и потенцијално инфективне телесне течности. У инфективне телесне течности спадају крв, сперма, пресемена течност, вагинални секрет и мајчино млеко. Потенцијално инфективне течности су ликвор, плеурална, синовијална, перикардијална, перитонеална и амнионска течност. Остале телесне течности (зној, сузе, урин, столица, назофарингеални секрет, пљувачка, спутум, церумен, повраћени садржај и друге) не садрже вирус, односно не садрже довољну количину вируса да би дошло до инфекције и означавају се неинфективним осим ако не садрже видљиву крв [30].

Вирус се може инаktivирати за 30 минута на температури од 56С°. На температури од 25С° у „хранљивој воденој суспензији“ вирус може да преживи до 15 дана, а на температури од 37С° до 11 дана. Вирус брзо инаktivишу ниске и високе вредности рН (кисела и базна средина), као исушење, а релативно је отпоран на ултравиолетне и гама зраке [10,31].

### 1.2.2. Преношење ХИВ инфекције

Инфекција ХИВ-ом преноси се с оболелог на здраву особу незаштићеним сексуалним контактом (хомосексуалним, хетеросексуалним или бисексуалним), парентералним путем и с мајке на дете [32]. Уколико је један од партнера инфициран, сви облици секса (орални, вагинални, анални) који подразумевају пенетрацију, са или без ејакулације, стварање микро, макро или још већих повреда или рагада, су удружени са високим ризиком за ХИВ инфекцију. Треба нагласити да анални однос представља једну од најризичнијих сексуалних техника [10].

Преношење ХИВ инфекције парентералним путем најчешће подразумева преношење ХИВ-а коришћењем заједничких игала и шприцева контаминираних крвљу инфициране особе, примену трансфузије крви и деривата који нису претходно тестирани или су тестирани у „периоду прозора“ као и примену различите медицинске опреме која се виšekратно користи а да није претходно прописно стерилисана. Увођењем обавезног скрининга добровољних даваоца крви и донора

ткива и органа на ХИВ антитела, готово је у потпуности елиминисан ризик од преношења ове инфекције путем контаминиране крви или крвних препарата [33].

Вертикална трансмисија подразумева преношење ХИВ инфекције са мајке на дете. До преношења ХИВ инфекције са инфициране труднице на дете може доћи у току трудноће, за време самог порођаја, као и дојењем бебе након рођења [34]. Уколико се примене све мере превенције које користи савремена медицина, тј. ако се на време дијагностикује ХИВ инфекција код труднице и примени одговарајућа терапија лековима који се могу давати у трудноћи, а порођај заврши адекватно (најчешће „царским резом“), ризик преноса ХИВ-а са мајке на дете је мањи од 2% [35].

### 1.2.3. Лабораторијска дијагностика ХИВ инфекције

Основни дијагностички приступ пацијенту подразумева: детекцију ХИВ инфекције, процену стадијума ХИВ инфекције, процену потребе за терапијским интервенцијама и даље праћење тока болести [36]. Серолошки тестови за детекцију анти ХИВ-антитела доступни су комерцијално од 1985. године. Најкоришћенији скрининг тест, ЕИА (*Enzyme Immuno Assay*) или ELISA (*Enzyme-linked Immunosorbent Assay*) је високо сензитиван и специфичан. Ипак, реактивност овог теста мора се потврдити додатним тестом, као што је Western blot или IFA (тест индиректне имунофлуоресценције антитела) [37].

Временски период од момента када се догодила инфекција до дана када се тестовима могу открити антигени и антитела на ХИВ назива се „период прозора“. У том периоду по правилу се не могу доказати антитела која су специфична за ХИВ. Она се најчешће могу доказати 6-8 недеља након инфекције. Изузетно ретко, код неких особа сероконверзија (појава антитела) откривена је тек 12-16 месеци након инфекције. Данас се користе савремени тестови четврте генерације (тзв. Combo AG-At тестови) за које је период прозора између четири и осам недеља [38, 39].

#### 1.2.4. Клиничке манифестације ХИВ инфекције

Улазак вируса у организам најчешће не изазива неке видљиве промене [11]. Трајање инкубације може да варира између појединаца. Већина људи инфицираних ХИВ-ом ће развити знаке инфекције ХИВ-ом у року од 5-10 година, мада тај период може бити и краћи. Високо активна антиретровирусна терапија (енглески: *Highly Active Anti Retroviral Therapy* или скраћено ХААРТ), успорава прогресију болести спречавањем вируса да се реплицира [40].

Након инфекције ХИВ-ом, за неколико недеља или месеци, код једног броја (око 35%) инфицираних особа настаје акутно обољење налик мононуклеози које траје 1-2 недеље. После тога инфицирани могу бити без клиничких знакова или симптома болести месецима или годинама [41]. После асимптоматске фазе јавља се рана симптоматска инфекција, која настаје кад број ЦД4 Т-лимфоцита падне испод 500/ml у крви. У овој фази инфекције долази до смањења телесне масе, јављају се дуготрајни проливи, кашаљ, кожне инфекције, увећање лимфних чворова и друге манифестације [30].

Инфицирани организам је све мање способан да успостави и одржи имунски одговор, пре свега на сам ХИВ, а онда и на све оне инфекције за чију је контролу и елиминацију потребна очуваност ћелијског имуног одговора [36]. У овој фази инфекције јављају се многобројне опортунистичке инфекције које су најчешћи узрок морбидитета и морталитета код пацијената са поодмаклом ХИВ инфекцијом. Више десетина опортунистичких инфекција је удружено са ХИВ инфекцијом. Широки спектар микроорганизама-бактерије, вируси, гљивице и протозое, могу узроковати опортунистичке инфекције. Већина тих инфекција, као што су цитомегаловирусна инфекција, туберкулоза, токсоплазмоза, *Pneumocystis carinii pneumonia* и друге, испољавају се као реактивација латентне, претходно стечене инфекције. Опортунистичке инфекције могу имати неубичајену презентацију, често као тешке и дисеминоване болести, а могуће је истовремено јављање више инфекција, које захватају различите органске системе и/или различите анатомске нивое истих органских система [42].

Респираторне инфекције у току инфекције вирусом хумане имунодефицијенције су и даље водећи узрок морбидитета и морталитета ових пацијената. Пацијенти са ХИВ инфекцијом имају повећан ризик за туберкулозу и туберкулоза је главни узрок морбидитета и морталитета код ХИВ инфицираних пацијената, посебно у земљама у развоју [43, 44]. Од свих до сада познатих фактора ризика за реактивацију туберкулозе, ХИВ инфекција се сматра најпотентнијим међу њима. У поређењу са општом популацијом ХИВ инфициране особе су у 20 пута, а особе са АИДС-ом у 30 пута већем ризику за инфекцију туберкулозом [45,46]. Описани су случајеви абдоминалне туберкулозе код ХИВ инфицираних особа у склопу дисеминоване инфекције. Обично су захваћени интраабдоминални лимфни чворови и слезина. Интестинална туберкулоза се у 90% случајева налази у илеоцекалној регији. Клинички манифестан перитонитис и ентеритис се ретко налазе [47].

Многобројна истраживања утврдила су да су ХИВ-ом инфициране особе у већем ризику за оболевање од кардиоваскуларних болести у односу на општу популацију [48]. Ретроспективни подаци прикупљени од 1997. до 2000.године у Националном институту за инфективне болести "Lazzaro Spallanzani" у Риму, на основи око 900 ехокардиографских налаза ХИВ позитивних болесника, указали су на присутност различитих кардиоваскуларних болести у око 11% болесника. Кардиоваскуларни систем често је захваћен различитим променама у току инфекције ХИВ-ом, посебно у терминалном стадијуму болести. Најчешћи облици кардиоваскуларних болести су миокардитис, дилатацијска кардиомиопатија, ендокардитис, перикардни излив и перикардитис, тумори повезани са АИДС-ом (Капошијев сарком и малигни лимфом) и плућна хипертензија [49, 50].

Око 40-70% болесника с ХИВ инфекцијом иницијално се јавља због сметњи и патолошких промена на глави и врату. Најчешће се клинички симптоми ХИВ-а на глави и врату манифестују као промене слузнице у усној шупљини и ждрелу, отолошке сметње, сметње у вези с носом и параназалним шупљинама, промене слузнице ларинкса, израстине на врату, промене на оку и промене локализоване на кожи лица и врата [51].

АИДС карактеришу и опортунистички тумори, чији се настанак такође повезује са депресијом ћелијског имунитета. То су Капошијев сарком, нон-Хочкин-

ов лимфом и инвазивни карцином цервикса код жена [36]. Капошијев сарком је мултицентрични тумор крвних судова узрокован херпес вирусом тип 8. Може се појавити у склопу АИДС-а, ендемски и јатрогено. Најчешће се јавља на кожи и слузокожама, у усној дупљи, а може се јавити и на унутрашњим органима [52, 53].

Лимфоми представљају касну манифестацију АИДС-а и најчешће се јављају када је број ЦД4+ Т-лимфоцита испод 200/ml крви. Скоро сваки део организма може бити захваћен лимфомом али је локализација ове неоплазме ипак чешћа у неким регионима: у централном нервном систему, у гастроинтестиналном тракту, у костној сржи, јетри поткожном ткиву, гингиви, параназалним синусима, орбити, плућима, затим срцу и другим органима.

Рак грлића материце и ануса повезани су са инфекцијом ХПВ-ом (Хумани папилома вирус). У тренутку постављања дијагнозе карцинома цервикса, у скоро 90% случајева већ су захваћене околне структуре, као и лимфне жлезде. Карциноми цервикса код ХИВ- позитивних жена брже рецидивирају а болеснице имају краће преживљавање [54].

ХИВ инфекција је повезана и са широким опсегом проблема менталног здравља, укључујући разумљиве емоционалне реакције на откривање дијагнозе потенцијално фаталне болести. Поред емоционалних реакција, ХИВ инфекција је често повезана са психијатријским поремећајима као што је депресија и неуропсихијатријски синдром као што је АИДС деменција [55].

### 1.2.5. Антиретровирусна терапија

Један од важних момената у глобалном одговору на ХИВ означен је појавом ХААРТ-а. Средином деведесетих година двадесетог века у третману ХИВ/АИДС-а појавиле су се моћне комбинације лекова које имају за циљ да зауставе и сузбију репликацију ХИВ-а у организму инфициране особе [56]. Анти-ХИВ лекови се користе за терапију ХИВ инфекције, али се њима не постиже излечење. Они заустављају даље напредовање ХИВ-а и омогућавају одбрамбеном систему да се обнови [57]. Велики корак напред у лечењу ХИВ инфекције десио се 1995. године када је у терапију уведен *Sakvinavir*, први лек из групе инхибитора протеазе, чиме је започета ера високо активне антиретровирусне терапије [58, 59].

Циљеви примене антиретровирусне терапије су различито дефинисани:



- Клинички циљеви: смањење морбидитета, продужење живота и побољшање квалитета живота,
- Вирусолошки циљеви: смањење вiremије на најнижи могући ниво (мање од 20–50 копија ХИВ-1 РНК у ml плазме) како би се зауставило напредовање болести и спречила појава резистентних вирусних варијанти,
- Имунолошки циљеви: обухватају квантитативни и квалитативни опоравак функције,
- Терапијски циљеви: имати што мање нуспојава уз неопходну кооперативност болесника,
- Епидемиолошки циљеви: превенција ХИВ трансмисије [60].

Према мишљењу већине стручњака за проблеме ХИВ инфекције, антиретровирусна терапија је индикована у свим случајевима акутног ХИВ синдрома и симптоматске ХИВ инфекције, укључујући и сам АИДС, без обзира на број лимфоцита ЦД4 или број вирусних честица у плазми, као и свих инфицираних ХИВ-ом са бројем ЦД4 мањим од 500/ml, односно бројем вирусних честица већим од 10 000/ml у асимптоматској фази инфекције [61, 62].

Неколико година након што је ХААРТ постао широко доступан у земљама развијеног света, различите студије показале су да се број хоспитализација, број новодијагностикованих случајева у стадијуму АИДС-а и број смртних исхода, смањио за 60-80%. На почетку епидемије очекивани животни век особе која је открила да је инфицирана ХИВ-ом процењивао се на око шест година. Појавом ХААРТ -а ова смртоносна болест претворена је у хроничну болест с којом се може живети. Тренутно се очекивани животни век особе која живи с ХИВ-ом приближио очекиваном животном веку особе која није инфицирана овим вирусом [59, 63].

Светска здравствена организација препоручује да се са антиретровирусном терапијом код инфицираних ХИВ-ом крене што пре, без обзира на број ЦД4 лимфоцита. Ова препорука се темељи на многобројним клиничким истраживањима која су показала бољи клинички исход у односу на оне пацијенте код којих је започињање терапије одлагано. Започињање што ранијег третмана антиретровирусном терапијом има повољан учинак на превенцију јер се смањује ризик од преношења ХИВ-а [64].

Доступност антиретровирусне терапије се повећава из године у годину. По подацима УНАИДС-а, у 2016-ој години антиретровирусна терапија је била доступна за 18,2 милиона људи који живе са ХИВ-ом, док је 2015. године била доступна за 15,8 милиона људи [65].

Примена антиретровирусних лекова у Црној Гори је започела 1995. године са појавом *Zidovudina*, првог нуклеозидног инхибитора реверзне транскриптазе (НИРТ) ХИВ-а. Од 1998. године у клиничку праксу је уведена комбиновна антиретровирусна терапија [66]. На крају 2016. године у Црној Гори је на антиретровирусној терапији (АРТ) било 115 особа, од којих двоје деце испод 15 година старости. Терапијски протокол који се користи у Црној Гори у складу је са препорукама које издаје „European AIDS Clinical Society“ (ЕАКС). Такође, у складу са препорукама, крајем 2015. године започело се са тзв. „treat all“ праксом која подразумева да број ЦД4 лимфоцита више не представља критеријум за увођење терапије, већ се лечење препоручује свим ХИВ инфицираним особама [67].

### 1.3. ПОВЕЗАНОСТ МИГРАЦИЈА СА ХИВ ИНФЕКЦИЈОМ

Подаци УНАИДС-а показују да током последње деценије број оболелих у Европи, Северној Америци и Аустралији не показује изразит тренд пораста, а инфекција се одржава углавном у тзв. „ризичним групама“, где спадају и радници мигранти. "Ризичне групе" својим понашањем и навикама условљавају тај статус због економских и социјалних околности склоније су понашању које може резултирати ХИВ инфекцијом [68]. Термин „ризичне групе“ је врло брзо замењен термином „ризично понашање или понашање узимања ризика, који се заправо односи на понашање које повећава ризик за добијање ХИВ-а [69].

Истраживања која су на тему ХИВ инфекције спровођена током последњих деценија у свету, земљама у окружењу и у Црној Гори су показала, да су понашања која повећавају ризик за добијање ХИВ инфекције повезана са социо-демографским и професионалним карактеристикама неких делова популације као што су: сексуалне раднице и радници и њихови клијенти, интравенски корисници дрога, мушкарци који имају секс са мушкарцима, затвореници, радници мигранти, социјално

искључени и маргинализовани млади људи појединих националних групација (припадници РАЕ популације), избеглице и расељена лица. Савремено доба и процес глобализације подстичу развој радних миграција и појаву све већег броја такозваних радних (економских) миграната.

Радник мигрант је особа која због посла или природе самог посла путује у иностранство. То је „особа која је радила, ради или ће радити на послу за који добија надокнаду у држави чији није држављанин“ (Европска конвенција 2004.) [70]. Повећање протока људи, промета и робе на глобалном нивоу ствара армију људи који у потрази за бољим условима рада и већом зарадом лако прелазе границе и доспевају у окружења која поред позитивних страна, имају и многе негативне. Ново окружење и околности популацију радника миграната чини осетљивијом и подложнијом оболевању од многих болести, пре свега оболевању од многих заразних болести. Радне миграције носе двоструки ризик: преношење заразних болести у земље у које се путује и у којима се борави и преношење у земље порекла и у које се враћају, повремено или за стално.

Однос између радних миграција и здравствених ризика уско је повезан с начином и врстом послова које радници мигранти обављају, али и с начином живота укључујући и одвојеност од породице и партнера као и социјално-културним нормама [71]. Узимајући у обзир географску покретљивост и дужа раздобља одвојености од интимних партнера, радници мигранти су изложени повећаном ризику од преношења полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ/АИДС [72,73].

Веза између миграција и ХИВ/АИДС-а је сложена. Мобилност сама по себи није узрок ризика за ХИВ/АИДС, већ су то ситуације и могућа понашања за време путовања или дужег боравка која повећавају изложеност инфекцији ХИВ-ом [74].

Повезаност миграција одређених популационих група са преношењем ХИВ-а и других полно преносивих инфекција уочена је и описана у многим радовима и истраживањима на ту тему. У истраживањима која су спровели Андерсон и његови сарадници потврђено је да је миграција фактор који доприноси трансмисији ХИВ-а. У многим земљама где постоји повећана дугорочна мобилност становништва, забележена је већа преваленца ХИВ-а [75].

Једна од најбоље проучених и највулнерабилнијих професионално-мигрантских занимања када је ХИВ-инфекција у питању је војна популација-тренутно постоји 22 милиона војника ангажованих широм света. Ова групација је добро проучена, не само због самих оболелих или могућности ширења индивидуалним контактима, већ и због могућег утицаја на друштво у целини. За војску, ХИВ није само здравствени проблем. У регионима у којима је ХИВ попримио епидемијске размере, нарушени су економија, комуникације, заустављен развој, а с обзиром да је учесталост обољења по правилу значајно чешћа у припадника војске него у цивила, у крајњем, нарушени су и борбена способност јединица и безбедност земље. Управо због овога, најбогатије војске света улажу велике напоре у испитивање, превенцију и контролу ХИВ-а, те могу бити у многим аспектима узор за друге професионално-мигрантске групе [76].

Карактеристике војне популације које доприносе ризику су поред типичних за миграторна занимања (мушкарци који упражњавају секс са мушкарцима, честа промена места боравка, дуготрајна одвојеност од породице и контакти са сексуалним радницима и локалним становништвом, нарочито у регионима високе стопе ХИВ-а, коришћење алкохола и других супстанци које утичу на рационално расуђивање и доношење одговорних одлука) и млађе животно доба, које се повезује директно са већим ризиком за све полно преносиве инфекције (ППИ), као и присуство других озбиљних војних-професионалних ризика, због којих се често занемари ризик од ХИВ-а и полно преносивих инфекција [77]. Управо због тога и све већег и чешћег ангажовања међународних мировних снага у различитим, ризичним регионима света, Савет безбедности УН је 2000. године донео резолуцију 1308, којом је изражена забринутост за могуће штетне ефекте од ХИВ/АИДС [78]. Ова Резолуција, као и пратећи документи, значајно су допринели превенцији и заштити Мировних снага, те могу послужити као модел за превенцију и заштиту и других миграторно-професионалних група.

Истраживања ХИВ ризичних понашања у осталим популацијама миграната у свету нису тако бројна у односу на бројност истраживања других осетљивих група као што су интравенски корисници психоактивних супстанци, млади, особе које

продају сексуалне услуге или мушкарци који имају сексуалне односе с мушкарцима, те постоји потреба даљих истраживања у циљу превенције и заштите.

#### 1. 4. ПОМОРЦИ И ХИВ ИНФЕКЦИЈА У СВЕТУ

Када говоримо о ризицима за добијање и преношење заразних болести међу радницима мигрантима, посебно место заузимају поморци. Поморци спадају у групу радника миграната чији су радни и животни услови везани за скучену радну и животну средину на дуже време [79]. Многобројни радови и истраживања спроведена међу популацијом помораца у свету су показала да се код помораца чешће сусрећу болести локомоторног система због дизања и ношења тешких терета, кардиоваскуларне болести, оштећења очне слузнице због рада са надражљивим гасовима и другим хемикалијама, злостављање на радном месту, стрес и заразне болести укључујући полно преносиве инфекције и ХИВ/АИДС [70, 71, 72, 73, 74, 83, 84, 86, 87].

Начин живота који воде ставља поморце у висок ризик од инфекције ХИВ-ом и другим сексуално преносивим инфекцијама [85]. Рад на броду, уз посебна физичка оптерећења, често екстремни услови рада (бука, вибрације, висока температура), повећавају стрес и друга психичка оптерећења изазвана ограниченим простором. Осећај изолације и усамљеност (одвојеност од породице, пријатеља и матичне средине), високи степен рутинизације свакодневних послова и хијерархијска организација рада на броду, такође повећавају осетљивост ове популације [72].

Повезаност полно преносивих инфекција са понашањем помораца условљеним пловидбом и дуготрајним одсуством из свог окружења, уочена је и испитивана још у 15. веку, након открића Америке. У доступној литератури је забележено да су морнари Кристофера Колумба, 1492. године, након што су упражњавали секс са женама са Хаитија, оболели од сифилиса и пренели болест у Европу. У 17. и 18. веку описани су многобројни случајеви полно преносивих инфекција међу поморцима након контаката са проституткама приликом боравака у лукама. У докторској дисертацији и многобројним радовима др Петра Вуксановић је описана повезаност полно преносивих инфекција са пловидбом [86, 87].

ХИВ инфекција и АИДС нису нови феномен у популацији помораца. Забележено је да је у Енглеској од ХИВ инфекције умро један поморац 1959. године, а у Норвешкој касних шездесетих година ХХ века од исте инфекције умро је такође један поморац, као и чланови његове породице [88, 89].

Иницијална истраживања којима се испитивала повезаност радних миграција помораца са ХИВ инфекцијом спроведена су у земљама у којима је поморство традиционално занимање и где су подаци о ХИВ инфициранима показивали већу учесталост међу овом популацијом.

Сагледавајући професионалне ризике и изазове у поморству 2010. године, Маркус Олденбург и сарадници са Одсека за поморство, Института за медицину рада и поморску медицину из Хамбурга, потврђују разноликост професионалних ризика међу поморцима укључујући и заразне болести, посебно изложеност полно преносивим инфекцијама и ХИВ-у [90].

У истраживању спроведеном у Белгији 1989. године, на 2600 помораца који плове на бродовима белгијских компанија, Ван Дамме и Ван Дамме су нашли да је од 321 особе тестиране скрининг тестом 15 имало серопозитиван резултат (4,67%), односно да је преваленција ХИВ-а код белгијских помораца била 0,5%, док је код помораца који потичу из афричких земаља била 11,3%. Ови резултати показују да је преваленција ХИВ-а далеко већа међу поморцима него у општој популацији Белгије где је она 0,062% [91].

Истраживањем у Пакистану 1993. године, у тестираним узорцима крви од 2776 помораца, у трансфузионом сервису у Карачију, скринингом на ХИВ антитела, нађена је ХИВ преваленција од 0,66%, док је ХИВ преваленција у узорцима крви из опште популације била 0,00% [92]. Студија спроведена међу поморцима у Великој Британији, у Ливерпулу, показала је да се преваленција кретала од 0,35% до 1% [93].

Прво истраживање реализовано кроз израду докторске дисертације спроведено је у Хрватској у раздобљу од 1994. до 1997. године и обухватило је 1000 страних и 1000 домаћих помораца. Испитаници су испунили кратки упитник, развијен у Хамбуршком Институту за наутичке и тропске болести који је садржавао питања о информисаности и сексуалном понашању. Резултати студије указују на веће оболевање од полно преносивих болести у односу на контролну групу непомораца, на бољу информисаност страних помораца, као и на чешћу употребу

кондома у подзорку странаца. У закључку, аутор студије наглашава слабију информисаност младих (домаћих) помораца-дакле, управо оних које карактерише најризицијније понашање [94].

У периоду 2003-2004. године Александар Штулхоферје у сарадњи са Нином Греинер спровео истраживање међу радницима мигрантима у Хрватској у којем су најзаступљенији били поморци (77,3%), затим радници у грађевинарству (20,5%) и возачи (1,2%). У истраживању је коришћен упитник који су испитаници испуњавали сами, приликом периодичног, законом прописаног, медицинског прегледа. Обухваћено је 570 испитаника из 11 градова у Хрватској. Резултати овог истраживања су показали несумњиву међусобну повезаност између нивоа информисаности и ставова радника миграната. Скоро сваки десети испитаник (9,5%) барем је једном у животу био заражен полно преносивом инфекцијом, при чему се најважнијим разлогом оболевања показало укупно трајање радно-мигрантског статуса [72].

Ренгин Акароглу са Универзитета у Истанбулу, сагледавши ризике и изложеност ХИВ инфекцији због путовања и боравка турских помораца у многим земљама света, спровео је истраживање међу поморцима у Турској на узорку од 660 испитаника. Испитивани су ниво знања и ставови турских помораца у односу на ХИВ. Резултати су показали да је ниво знања испитаника о ХИВ/АИДС-у недовољан и да већина информације о ХИВ-у добија из медија. Већина испитаника је свесна ризика за преношење ХИВ-а, међутим веома мали број испитаника је тестиран на ХИВ. Добијени резултати су указали на потребу за едукацијом турских помораца у области превенције и спречавања ширења ХИВ-а, посебно на пољу промене понашања која повећавају ризик за преношење ове инфекције [95].

Међу поморцима је у Италији 2011. године, Грапасонијева са сарадницима, спровела истраживање којим потврђује да поморци због природе свог посла и дуге одвојености од породице и партнера спадају у групу у којој постоји повећан ризик за преношење полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ. Већина испитаника је показала добро знање о ХИВ/АИДС-у, међутим само 56,35% испитаника користи заштиту приликом сексуалног контакта са случајним партнерима [96].

Резултати ових истраживања и постојећи епидемиолошки подаци су указали на потребу креирања и спровођења адекватних превентивних програма чији је циљ

стимулисање одговорног понашања за превенцију заразних болести, укључујући ХИВ инфекцију. Стратегије већине земаља у свету су усмерене на превенцију и лечење ХИВ инфекције и побољшање квалитета живота особа које живе са ХИВ-ом. У превентивним активностима један од важнијих циљева је подизање свести о радној миграцији као узрочнику који може довести до ризичних ситуација и ризичног понашања у односу на ХИВ.

### **1.5 . ПОМОРЦИ У ЦРНОЈ ГОРИ И ХИВ/АИДС**

Према подацима Синдиката помораца у Црној Гори има око 5000 лица која се изјашњавају као професионални поморци [97]. Поморство у Црној Гори представља традиционалну и веома цењену професију. Иако је реч о веома тешком и захтевном занимању, евидентан је константан раст интересовања међу младим људима за ову професију. Пораст интересовања за ову професију је одраз друштвених догађања и чињеница да опредељеност за ову професију омогућава релативно брзо запошљавање.

Иако Црна Гора спада у земље са ниском преваленцијом ХИВ-а (0,03%), ова изразито мобилна популација представља значајан фактор који може утицати на изложеност становништва овој инфекцији. Поморци из Црне Горе у већини плове на бродовима страних компанија и то углавном на дугим пловидбама, што повећава ризик од добијања инфекције [98].

Према подацима Националног регистра за ХИВ/АИДС учешће помораца у укупном обољевању од ХИВ инфекције у Црној Гори се кретало од 16% 2008. године (ако се узму у обзир њихове партнерке којима су пренели инфекцију, тај проценат је био 25 %), [99], док њихово учешће у укупном обољевању 2016. године износи 8,7% [100].

Епидемија ХИВ/АИДС-а у Црној Гори је почела 1989. године када је пријављен први случај АИДС-а. Сматра се да је ово и заиста био први случај, јер у извештајима надлежних служби из осталих република бивше СФРЈ није било регистрованих случајева из Црне Горе [101].

Први случајеви ХИВ инфекције у Црној Гори, регистровани су управо међу поморцима, што и није било необично обзиром на познате карактеристике живота и



начина понашања помораца (посете јавним кућама и борделима у лукама у којима њихови бродови упловљавају након дуготрајних пловидби, употреба психоактивних супстанци и сл.) [102].

На простору бивше СФРЈ пионирске кораке у истраживању повезаности пловидбе и полно преносивих болести, са посебним акцентом на ХИВ/АИДС, направио је током свог дугогодишњег професионалног ангажовања проф. др Петар Вуксановић, епидемиолог и оснивач Хигијенско-епидемиолошке службе у Дому здравља у Бару. Током своје професионалне и научно-истраживачке каријере, бавио се здравственим стањем и структуром морбидитета југословенских помораца, а појавом ХИВ/АИДС-а 80-их година двадесетог века, пажњу усмерава на превенцију овог обољења оснивањем првог Саветовалишта за ХИВ у Дому здравља у Бару.

Осетљивост популације помораца у односу на преношење полно преносивих инфекција, додатно повећава изузетно традиционалан однос и отпор према коришћењу средстава заштите приликом сексуалних контаката, што су показали и резултати првог истраживања међу поморцима спроведеног у Црној Гори 2001/2002. године [103].

Институт за јавно здравље Црне Горе је у оквиру овог истраживања из 2001/2002. године идентификовао да у току пловидбе поморци посећују јавне куће и имају и по неколико сексуалних партнера, као и да уживају алкохол и друге психоактивне супстанце. По повратку кући, део њих наставља са здравствено небезбедним понашањем укључујући и често мењање сексуалних партнера. Осим тога сваки четврти поморац је имао искуство са дрогом, а сваки трећи је имао сексуални однос под утицајем дроге. Тек сваки шести поморац тврди да редовно користи кондоме. И поред високо ризичног понашања, свега 6% помораца је тестирано на ХИВ. Информације о полно преносивим болестима и ХИВ/АИДС-у, које добијају за време редовног школовања, нису довољне. Поморци би волели да имају више информација о полно преносивим инфекцијама и ХИВ/АИДС-у пре укрцавања на брод. Истраживање указује да већина помораца који користе алкохол и дроге то чине из досаде [104, 105].

У склопу пројекта „Подршка имплементацији Стратегије за ХИВ/АИДС у Црној Гори“ који је финансирао Глобални фонд за борбу против АИДС-а, туберкулозе и маларије (ГФАТМ), 2008. године је спроведено истраживање међу

поморцима којим је испитиван ниво информисаности, сексуално понашање и ставови у вези са ХИВ/АИДС-ом и другим полно преносивим болестима. Резултати овог истраживања су показали недовољну информисаност и значајну присутност ризичних облика понашања јер више од половине помораца обухваћених истраживањем не користи увек кондом приликом сексуалних контаката, посебно приликом сексуалних контаката са случајним партнерима [104].

Резултати наведених истраживања и подаци из Националног регистра за ХИВ условили су да се у стратешком одговору на ХИВ/АИДС-а у Црној Гори (прва Стратегија борбе против ХИВ/АИДС-а у Црној Гори за период 2005-2009. године; друга за период 2010-2014. године и трећа за период 2015-2020. године) у приоритетне области уврсти адекватан здравствено-превентивни рад са припадницима ове популације [105, 106].

Циљ стратешких одговора у борби против ХИВ/АИДС-а у Црној Гори је да задржи статус земље са ниском преваленцијом ХИВ инфекције, обезбеђење универзалног приступа ХИВ/АИДС превенцији и лечењу и побољшање квалитета живота особа које живе са ХИВ-ом кроз координисани мултисекторски одговор [107]. Иако је стопа преваленције ХИВ инфекције у Црној Гори ниска, радници мигранти, пре свега поморци, могу бити један од мостова којима се инфекција уноси у популацију.

## 1.6. ЕПИДЕМИОЛОШКА СИТУАЦИЈА У ОДНОСУ НА ХИВ/АИДС

### 1.6.1. Распрострањеност ХИВ/АИДС-а у свету

Према проценама Светске здравствене организације у свету је крајем 2016. године 36,7 милиона (34,0-39,8 милиона) људи живело са ХИВ -ом, што представља значајан пораст у односу на ранији период (18,7 милиона 1995, односно 28,6 милиона 2000. године). У табели 1 приказана је процењена дистрибуција броја људи по регионима СЗО инфицираних ХИВ-ом у 2016. години.

Табела 1. Процена СЗО о броју особа заражених ХИВ-ом у 2016. години по регионима

СЗО региони	2016.
Африка	25 600 000 (22 900 000-28 600 000)
Америка	3 300 000 (2 900 000-3 800 000)
Југоисточна Азија	3 500 000 (2 500 000-8 200 000)
Европа	2 400 000 (2 300 000-2 600 000)
Источно медитерански регион	360 000 (290 000-500 000)
Западно пацифички регион	1 500 000 (12100 000-2 000 000)
Укупно	36 700 000 (30 800 000-42 900 000)

*Преузето са: WHO. Global Health Observatory resources[108]*

Од почетка епидемије, према подацима УНАИДС-а око 78 милиона ( 71–87 милиона) особа је инфицирано ХИВ -ом, док је 39 милиона ( 35– 43 милиона) особа умрло од АИДС-а. У табели 2 приказан је процењени број људи по регионима СЗО умрлих због ХИВ/АИДС-а у 2016. години.

Табела 2. Процена СЗО о броју особа умрлих од АИДС-а у 2016. години по регионима

СЗО региони	2016.
Африка	720 000 (590000-890 000)
Америка	54 000 (54 000-72 000)
Југоисточна Азија	130 000 (120 000-220 000)
Европа	49 000 (40 000-56 000)
Источно медитерански регион	17 000 (14 000-24 000)
Западно пацифички регион	39 000 (25 000-66 000)
Укупно	1 000 000 (830 000-1 200 000)

*Преузето са: WHO. Global Health Observatory resources [108]*

Према доступним подацима УНАИДС-а, број људи који живе са ХИВ-ом наставља да расте у великој мери, јер је антиретровирална терапија доступна већем броју људи широм света. Као резултат доступније антиретровиралне терапије људи са ХИВ-ом живе дуже, здравије животе. Иако број новоинфицираних ХИВ-ом опада, епидемиолошка ситуација још увек није задовољавајућа. У односу на 2000. годину број новоинфицираних опао је за 35,0%, од чега 58,0% међу децом. Број умрлих од АИДС-а нижи је за 42% у односу на врх који је био 2004. године. Добрим одговором на ХИВ епидемију избегнуто је према проценама 30 милиона нових инфекција ХИВ-ом [109].

ХИВ је и даље водећи узрок умирања међу женама у репродуктивној доби, при чему се процењује да 54% трудница које живе и земљама са ниским или средњим приходом није тестирано на ХИВ. У 2016. години скоро 60% свих новоинфицираних особа међу младима узраста 15–24 године су биле адолесценткиње и младе жене. АИДС је и даље водећи разлог умирања међу адолесцентима у Африци.

У периоду између 2000. и 2016. године број нових инфекција ХИВ-ом је пао за 39%, а број смртних случајева везано за ХИВ, за трећину. У истом периоду, употребом антиретровиралне терапије спасено је 13,1 милион живота. Ово

достигнуће је резултат великих напора националних програма за ХИВ подржаних од стране цивилног друштва и низа развојних партнера [110].

Окончање епидемије ХИВ/АИДС-а до 2030. године је као један од циљева поставила Глобална стратегија здравственог сектора за ХИВ за период 2016-2021. То је могуће постићи убрзаним одговором у наредних пет година кроз политичку посвећеност и подршку, јачањем здравствених ресурса, техничким и програмским иновацијама уз поштовање принципа људских права и једнакости у доступу здравственој заштити [111].

### 1.6.2 Епидемиолошка ситуација у Црној Гори

Епидемија ХИВ/АИДС-а у Црној Гори почела је 1989. године када је пријављен први случај АИДС-а. Сматра се да је ово и заиста био први случај, јер у извештајима надлежних служби из осталих република бивше СФРЈ није било регистрованих случајева из Црне Горе [102].

Надзор над ХИВ-ом се у Црној Гори спроводи више од две деценије. Према ревидираним подацима из регистра за ХИВ/АИДС, од почетка епидемије 1989. године, до краја 2016. године, регистроване су укупно 228 особе инфициране ХИВ-ом, од којих је 106 особа у моменту откривања инфекције било у стадијуму АИДС-а (46,5% свих регистрованих ХИВ позитивних особа), а њих 122 је било или у асимптоматској фази или у симптоматској нон-АИДС фази ХИВ инфекције. У истом периоду 48 особа је умрло од АИДС-а [100].

У 2016. години у Црној Гори регистровано је 34 нових ХИВ/АИДС случајева, па инциденција новооткривених инфекција у 2016. години износи 5,48/100.000 становника. У моменту постављања дијагнозе ХИВ инфекције, седам новорегистрованих особа је већ било у стадијуму АИДС-а (инциденција оболелих износи 1,13/100.000), док је 27 особа регистровано у фази асимптоматске ХИВ инфекције (инциденција износи 4,35/100.000). У овој години регистрован је један смртни исход од АИДС-а. Морталитет у овој години износи 0,16/100.000 становника. Три новорегистрована случаја ХИВ/АИДС-а у овој години су женског пола. Према подацима из приспелих пријава код 15% од свих новорегистрованих ХИВ/АИДС

случајева у овој години, пут преноса инфекције је непознат, у 76% случајева се ради о хомосексуалном или бисексуалном контакту, а код 24% пут преноса инфекције је хетеросексуални контакт. У табели 3 приказана је дистрибуција по полу и узрасту новооткривених особа са ХИВ/АИДС-ом у 2016. години [100].

Табела 3. Дистрибуција по полу и добним групама ХИВ/АИДС особа регистрованих у 2016. Години

Варијабла	Категорија	ХИВ +	АИДС	Умрли
Пол	Мушки	24	7	1
	Женски	3	0	0
Узраст	0 – 4	-	-	-
	5 – 9	-	-	-
	10 – 14	-	-	-
	15 – 19	-	-	-
	20 – 24	2	-	-
	25 – 29	7	1	-
	30 – 34	9	1	-
	35 – 39	7	2	1
	40 – 44	1	1	-
	45 – 49	-	-	-
	50 – 54	1	1	-
	55 – 59	-	1	-
60+	-	-	-	

*Извор: Годишњи извјештај о ХИВ/АИДС-у у Црној Гори за 2016. годину, Подгорица, 2017.[100].*

Највећи број нових ХИВ/АИДС случајева регистрован је на територији општине Подгорица (11 случајева). На територији општине Херцег Нови регистрована су три случаја, по два случаја регистрована су у Бару, Беранама и Бијелом Пољу, а по један случај у Улцињу, Мојковцу, Никшићу и Даниловграду (табела 4).

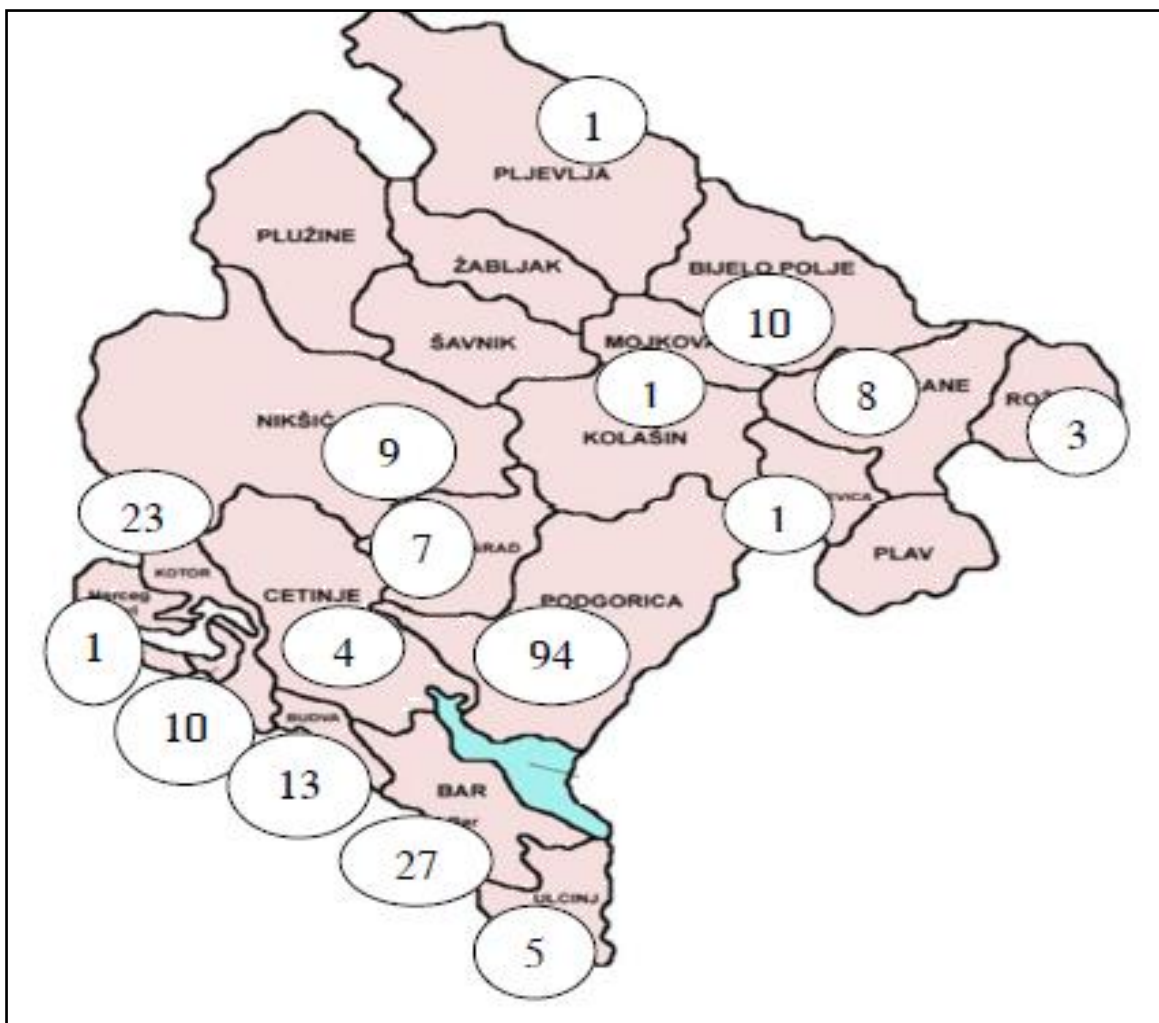
Табела 4. Географска дистрибуција новорегистрованих особа у 2016. години у Црној Гори

Општина	Број ХИВ/АИДС случајева у 2016. години	%
Подгорица	11	32,3%
Котор	5	14,8%
Будва	5	14,8%
Херцег Нови	3	8,8%
Бар	2	5,8%
Беране	2	5,8%
Бијело Поље	2	5,8%
Улцињ	1	2,9%
Мојковац	1	2,9%
Никшић	1	2,9%
Даниловград	1	2,9%
УКУПНО	34	100%

*Извор: Годишњи извјештај о ХИВ/АИДС-у у Црној Гори за 2016. годину, Подгорица, 2017 .[100]*

Значајно већи број инфицираних су мушког пола (178 особа), однос свих мушкараца и жена са ХИВ/АИДС-ом од почетка епидемије износи 4,6:1. Највећи број ХИВ инфекција региструје се у узрасту 20-39 година (77,6%). Особа млађих од 20 година приликом откривања ХИВ инфекције било је 2,2%, а старијих од 39 година 15%. Највећи број инфекција (91%) откривен је у доби која припада радном и репродуктивном узрасту од 15 до 49 година.

У 16 од 21 општине у Црној Гори регистровани су ХИВ/АИДС случајеви. Највећи број регистрован је у приморској регији (38%) и Подгорици (43%). На слици број 1 приказана је географска дистрибуција ХИВ/АИДС случајева у Црној Гори од почетка епидемије до краја 2016. године.



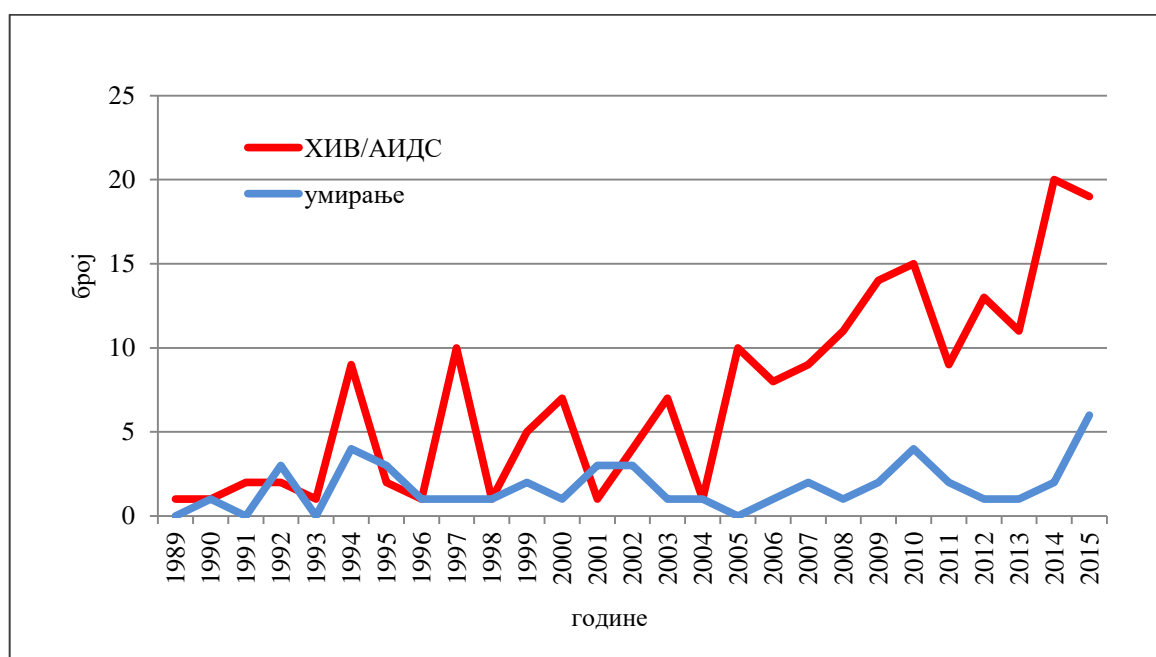
Слика бр.1. Географска дистрибуција ХИВ/АИДС случајева у Црној Гори од почетка епидемије до краја 2016. [100]

Водећи начин трансмисије ХИВ-а у Црној Гори је пренос сексуалним путем (85%). Овај пут трансмисије је најчешћи и од почетка епидемије задржава тренд раста. За разлику од сексуалног пута, инфекција ХИВ-ом путем крви, било да се ради о интравенским корисницима дрога или особама које су примиле инфицирану крв путем трансфузије у здравственим установама, остаје и даље прилично ретка. Путем крви инфицирало се 4% регистрованих особа са ХИВ-ом, од чега је у 1% случајева дошло до заражавања инфицираном крвљу или њеним дериватима у медицинским установама (ван Црне Горе), а у 3% услед интравенског коришћења дрога.

Претпоставка је да се вероватно међу особама које су се изјасниле као хетеросексуалци налази и један проценат хомо и бисексуалаца, који то не наводе



због постојеће дискриминације и стигме која је заступљена у друштву. Такође, у категорији са непознатом, односно неутврђеном трансмисијом (9%), где су сви мушког пола, може се претпоставити да се у већини случајева ради о особама хомо-бисексуалне оријентације које не желе да се о томе изјасне, па је потребно уложити додатни напор да се ова група у ризику дестигматизује и едукује. Вертикална трансмисија ХИВ-а регистрована је код четири детета, односно у 2% случајева. Анализа дистрибуције ХИВ инфекције у односу на групе у ризику указује да су у Црној Гори ХИВ инфекцији највише изложене особе које припадају популацији мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (52%), затим помораца (8,7%), док је велики проценат радника у туризму (15%) вероватно одраз велике популације ових радника у Црној Гори (преко 13 000) пре него њиховог ризичног понашања. Највећа стопа морталитета од АИДС-а забележена је у 2015. години и износила је 0,97 на 100 000 становника.



Графикон 1. Дистрибуција инфицираних ХИВ-ом и умрлих од АИДС-а од 1989. до краја 2015. Године

Према подацима Института за јавно здравље, на крају 2016. године у Црној Гори је са ХИВ-ом живело 180 особа (158 мушкараца и 22 жене), што значи да је преваленција ове инфекције у Црној Гори 0,03% и представља једну од најнижих у региону и Европи [100].

---

## **2. ЦИЉ РАДА**

---

Циљ овог рада је, да у контексту спознаје професионалних оптерећења помораца, сагледа повезаност са ризичним сексуалним понашањима која условљавају већу изложеност ХИВ инфекцији и другим полно преносивим инфекцијама. У том смислу истраживањем је извршена:

1. Процена нивоа знања о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама међу поморцима у Црној Гори;
2. Процена реалних димензија присутности ризичних облика сексуалног понашања међу поморцима (некоришћење средстава заштите, често мењање партнера, коришћење психоактивних супстанци и др.);
3. Процена ставова помораца према особама које живе са ХИВ-ом.

#### **Радне хипотезе**

1. Поморци су због карактеристика посла који обављају (дуготрајна раздвојеност од својих интимних партнера и породица, социјална изолација на броду, склоност конзумирању алкохола и других психоактивних супстанци, коришћење услуга сексуалних радница, нередовна употреба кондома приликом сексуалних контаката) изложени повећаном ризику за преношење ХИВ-а и других узрочника полно преносивих инфекција у односу на општу популацију Црне Горе.
2. Недовољна информисаност помораца о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама је разлог веће присутности ризичних облика сексуалног понашања која доприносе ширењу инфекције ХИВ-ом.

---

### **3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА**

---

### 3.1. Испитивана популација

Испитивану популацију чине поморци који су се у време спровођења истраживања налазили у Црној Гори, односно у приморским градовима према којима гравитира већина помораца из Црне Горе и окружења. Разлог томе је постојање образовних установа за поморце у Котору и Бару, Центара за обуку помораца као и многобројних агенција за укрцај помораца. Један од разлога је и чињеница да се неопходни здравствени прегледи помораца пре укрцаја обављају у Домовима здравља у Бару, Котору и Херцег Новом. Истраживањем су обухваћени поморци из свих приморских општина, као и они који долазе из других општина у Црној Гори и суседних земаља како би се укрцали на бродове.

Процењени број помораца у Црној Гори је 5000. Поморци у Црној Гори стичу образовање на два високошколска установа – Поморском факултету у Котору и Поморском факултету у Бару. Средње образовање стичу у Средњој поморској школи у Котору и у ЈУ Средња стручна школа у Бару – бродомашински и наутички смер. Стручним и техничким пословима за стицање овлашћења и посебних овлашћења за чланове посаде брода бави се више центара за обуку помораца у складу са прописима [112]. Укрцај помораца на углавном стране бродарске компаније врши се преко различитих агенција за укрцај помораца у Црној Гори или ван ње.

Испитаници су у истраживање укључени случајним одабиром, пропорционално броју помораца који су били доступни у време истраживања (периоди између две пловидбе). Критеријуми за укључивање у истраживање су били да испитаници нису млађи од 18 година, да су најмање један месец провели на броду као поморци као и да од последње пловидбе није прошло више од две године.

Истраживању је претходило одобрење Центра за обуку помораца (BMV) из Бара. Методологија и дизајн студије одобрени су од стране Етичког одбора Медицинског факултета Универзитета у Приштини у складу са утврђеном процедуром, након чега је започето истраживање на терену.

Истраживањем су обухваћена 543 поморца, што представља нешто више од 10% ове популације. Пре укључивања у истраживање, сви испитаници су били детаљно информисани о истраживању, циљевима истраживања, као и начину прикупљања потребних података. Објашњено им је да су упитници шифрирани чиме се гарантује поверљивост података. Учешће у истраживању било је добровољно, а испитаници су могли да одустану у било ком тренутку.

Истраживање је спроведено у периоду од октобра 2014. до априла 2015. године, дескриптивним епидемиолошким методом. За одабир испитаника кориштен је двостепени пропорционални стратификовани узорак. Оквир за узорак је био списак свих агенција за укрцај помораца, васпитно-образовних институција за поморце, центара за обуку помораца и здравствених установа у којима поморци обављају обавезне прегледе.

### **3.2. Инструмент истраживања**

Инструмент истраживања је био посебно структурисан анонимни упитник затвореног типа дизајниран по угледу на упитнике коришћене у међународним и домаћим истраживањима међу популацијама код којих постоји евидентна заступљеност ризичних облика понашања која се могу довести у везу са преношењем ХИВ инфекције [6, 72, 73, 113, 114, 115, 116, 117].

Упитник се састојао од четири целине са укупно 40 питања којима су обухваћени: социо-демографске карактеристике, знање о ХИВ/АИДС-у и полно преносивим инфекцијама, понашање приликом коришћења кондома и безбедно сексуално понашање. Већина питања у упитнику су затвореног типа са понуђеним одговорима, док су одговори на поједина питања која се односе на ставове испитаника тестирани као петостепена Ликертова скала.

У делу упитника који се односи на социо-демографске карактеристике испитивани су пол, узраст, пребивалиште, школска спрема, занимање, брачни статус, трајање пловидбеног стажа и трајање одсуства од куће током године због пловидбе.

У делу упитника који се односи на знање испитаника о начинима преношења

и заштите од инфекције ХИВ-ом, понуђене су три могућности у одговору: "Да", "Не" и "Не знам". Одговори „не знам” су третирани као нетачни. Питања су се односила на начине преношења и заштите од ХИВ инфекције, али и на најчешће заблуде које се тичу преношења ове инфекције и могућности заштите. Подаци о месту где испитаници добијају информације о ХИВ и о начину снабдевања кондомима добијени су на основу одговора на питања затвореног типа са понуђеним одговорима.

Сексуално понашање испитаника сагледано је кроз питања о годинама приликом ступања у сексуалне односе, броју сексуалних партнера од почетка сексуалне активности и током последњих годину дана, коришћење кондома током протекле године и приликом сексуалног контакта са случајним партнером, као и разлoзима за некоришћење кондома. Ставови у односу на коришћење кондома сагледани су на основу одговора понуђених у виду петостепене Ликертове скале. Одговори на питања о сексуалном односу у замену за новац, дрогу, запослење или нешто друго, присиљености на сексуални однос и да ли су икад имали неку полно преносиву инфекцију понуђени су у виду дихотомне скале: «ДА» или «НЕ». На питања о сексуалним односима под утицајем дроге или алкохола, промени сексуалног понашања након неке полно преносиве инфекције и полу партнера са којим су у последњих годину дана имали сексуалне односе испитаницима су понуђени готови одговори.

Ставови испитаника у односу на особе које живе са ХИВ-ом процењени су уз помоћ петостепене Ликертове скале, а односе се на слагање са следећим тврдњама: да особе инфициране ХИВ-ом треба сместити у карантин; да деца која оболе од ХИВ-а треба да иду и даље у редовне школе; да особама код којих је утврђено присуство ХИВ-а треба дозволити да плове; да оболели од ХИВ/АИДС-а треба да имају права као и било који други болесник; да особе инфициране ХИВ-ом треба склонити са свих места на којима могу доћи у контакт са другим људима; да се према оболелима од ХИВ/АИДС-а треба понашати у зависности од начина на који су се инфицирали и да особама са ХИВ/АИДС-ом треба обезбедити најбоље могуће лечење и најбољу могућу негу.

Одговори на питање како би се понашали у случају да знају да је нека особа

инфицирана ХИВ-ом тестирани су тростепеном скалом, где је одговор «не знам» третиран као негација. За питања да ли би нешто променили у свом понашању како би се заштитили од ХИВ-а, због чега би променили своје сексуално понашање и коме би се поверили у случају да сазнају да су ХИВ инфицирани понуђени су готови одговори.

### **3.3. Статистичка анализа**

Резултати су анализирани коришћењем дескриптивне и инференцијалне статистике. За статистичку обраду података коришћен је SPSS 20.0. За одређивање статистичке значајности између различитих варијабли коришћен је непараметарски  $\chi^2$  тест. Вредност  $p < 0,005$  сматра се статистички значајном.



---

## **4. РЕЗУЛТАТИ РАДА**

---

#### 4.1. Социодемографске карактеристике испитаника

Истраживањем су обухваћена 543 поморца. Посматрано према полу у истраживању је учествовало 501 (92,3%) особа мушког и 42(7,7%) особа женског пола. Најмлађи испитаник је имао 18, док је најстарији имао 74 године, просечна старост испитаника је  $37.3 \pm 11.6$  године (табела 5).

Табела 5. Социодемографске карактеристике испитаника

	(n)	%
<b>Пол</b>		
Мушки	501	92,3
Женски	42	7,7
<b>Узраст</b>		
18-27	135	24,9
28 – 37	159	29,3
38 – 47	121	22,3
48 – 57	110	20,3
58 и више	18	3,3
<b>Школска спрема</b>		
Основна школа	29	5,3
Средња	197	36,3
Виша или висока	317	58,4
<b>Брачни статус</b>		
У браку	237	43,6
Слободан	263	48,3
Удовац или разведен	43	8,1
<b>Занимање</b>		
Официри	196	36,1
Приправници	30	5,5
Чланови посаде	173	31,9
Бело особље (кувари, конобари, стјуарди и др.)	120	22,1
Студенти	12	2,2
Друго	12	2,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%).

Жене су углавном биле ангажоване као "бело особље" (сервирке, конобарице, хостесе, аниматорке, козметичарке и фризерке). Највише испитаника је било из Бара (33,5%); на другом месту су испитаници из Улциња (15,3), из Будве је било (12,4), Котора (9,5%), Тивта (8,7%) и Херцег Новог (8,5%). Са пребивалиштем у континенталном делу Црне Горе (Цетиње, Никшић, Подгорица) било је 9,5 % испитаника, док је 2,6 % испитаника било са пребивалиштем ван Црне Горе. Преко 85% испитаника живело је у граду, док су остали живели у селу.

Трајање пловидбеног стажа кретало се од 1–47 година. Просечно трајање пловидбе је  $12,39 \pm 9,86$  година. На питање о трајању одсуства од куће, одговорио је 541 поморац. Највећи број помораца 293 (54,2%) од куће одсуствује од 3-6 месеци годишње, (54,2%), како је приказано у табели 6.

Табела 6. Дистрибуцији испитаника према трајању одсуства од куће током године

	n	%
Мање од три месеца	81	15,0
3 - 6 месеци	293	54,2
7 – 10 месеци	150	27,7
Дуже од шест месеци	17	3,1
Укупно	541	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

## 4.2. Информисаност испитаника о ХИВ/АИДС-у и полно преносивим инфекцијама

Највећи број испитаника информације о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама добија путем медија (63,1%), као што је приказано у табели 7.

Табела 7. Дистрибуција испитаника према извору информисања о ХИВ-у и другим полно преносивим инфекцијама

Извор информација	n	%
Медији	343	63,1
Породица	35	6,4
Школа/факултет	41	7,6
Брод	65	12,0
Саветовалиште за ХИВ	20	3,7
Пријатељи	32	5,9
Друго	7	1,3
Укупно	543	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%).

Истраживање је показало да више од две трећине испитаника (71,8%) није имало сексуално образовање нити било какву едукацију о полно преносивим инфекцијама, иако је нешто мање од половине испитаника, 255 (47,0%) знало да у њиховом граду постоји саветовалиште за ХИВ/АИДС и полно преносиве инфекције.

### 4.2.1. Информисаност испитаника о начинима преношења ХИВ-а

Нешто више од две трећине испитаника (72%) знало је да се ХИВ не може пренети убодом комарца, док је њих 67,4% знало да се ХИВ не може пренети дељењем оброка са особом која је инфицирана ХИВ-ом. Више од трећине испитаника (35,5%) знало је да се ХИВ може пренети незаштићеним сексуалним

односом са особом која изгледа здраво. Да се ХИВ може пренети употребом јавног тоалета сматрало је њих 17,9%, а са инфициране мајке на дете њих 44,0%. Са чињеницом да се ХИВ може пренети коришћењем употребљених игала и шприцева упознато је 39,6% испитаника (табела 8).

Табела 8. Преношење ХИВ инфекције

Начини преношења ХИВ-а	Да		Не		Не знам		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Убодом комарца	83	15,3	391	72,0	69	12,7	543	100,0
Дељењем оброка са особом која је инфицирана ХИВ-ом	99	18,2	366	67,4	78	14,2	543	100,0
Сексуалним односом са особом која изгледа здраво	193	35,5	139	25,6	211	38,9	543	100,0
Коришћењем јавног тоалета	97	17,9	363	66,9	83	15,1	543	100,0
Употребом чаше коју је користила ХИВ+ особа	138	25,4	290	53,4	115	21,2	543	100,0
Са инфициране мајке на дете (у трудноћи, током порођаја и дојења)	239	44,0	20	3,7	284	52,3	543	100,0
Коришћењем употребљених игала и шприцева	215	39,6	15	2,8	313	57,6	543	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Процент тачних одговора кретао се од минималних 35,5% до максималних 72,0%. Најнижи степен знања поморци показују у односу на преношење ХИВ-а путем употребљених игала и шприцева, као и да је ХИВ могуће добити незаштићеним сексуалним односом са особом која изгледа здраво. У табели 9 приказани су тачни одговори на питања која су се односила на начине преношења ХИВ-а.

Табела 9. Процент тачних одговора испитаника о начинима преношења ХИВ-а

Начин преношења	Процент тачних одговора
Убодом комарца	72,0
Дељењем оброка са особом која је инфицирана ХИВ-ом	67,4
Сексуалним односом са особом која изгледа здраво	35,5
Коришћењем јавног тоалета	66,9
Употребом чаше коју је користила ХИВ+ особа	53,4
Са инфициране мајке на дете (у трудноћи, током порођаја и дојења)	44,0
Коришћењем употребљених игала и шприцева	39,6

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Анализирано је знање помораца у односу на узраст, степен образовања и ниво радног места (табела 10).

Табела 10. Информисаност помораца о преношењу ХИВ-а у односу на узраст, образовање и ниво радног места

Начини преношења ХИВ-а	Узраст	Образовање	Ниво радног места
Убодом комарца	$\chi^2=13,488$ df= 8 p= 0,96	$\chi^2=11,342$ df=4 p=0.023	$\chi^2=19,251$ df= 10 p=0.037
Дељењем оброка са особом која је инфицирана ХИВ-ом	$\chi^2=14,356$ df=8 p=0.073	$\chi^2=17,602$ df=4 <b>p&lt;0.001</b>	$\chi^2=12,812$ df= 10 p=0.234
Сексуалним односом са особом која изгледа здраво	$\chi^2=36,434$ df=8 <b>p&lt;0.000</b>	$\chi^2=9,756$ df=4 p=0.045	$\chi^2=39,393$ df=10 <b>p&lt;0.000</b>
Коришћењем јавног тоалета	$\chi^2=17,765$ df=8 p=0.023	$\chi^2=15.206$ df=4 <b>p&lt;0.004</b>	$\chi^2=8,844$ df=10 p=0.547
Употребом чаше коју је користила особа инфицирана ХИВ-ом	$\chi^2=15.313$ df=8 p=0.053	$\chi^2=7,114$ df=4 p=0.130	$\chi^2=21,078$ df=10 p=0.021
Са инфициране мајке на дете (у трудноћи, током порођаја и дојења)	$\chi^2=19,845$ df=8 p=0.011	$\chi^2=7,114$ df=4 p=0.130	$\chi^2=25,986$ df=10 p<0.004
Коришћењем употребљених игала и шприцева	$\chi^2=28,389$ df=8 <b>p&lt;0.000</b>	$\chi^2=6,975$ df=4 p=0.137	$\chi^2=27,874$ df=10 <b>p&lt;0.002</b>

Узимајући у обзир узраст, нема статистички значајне разлике у односу на информисаност о начинима преношења ХИВ-а.

Посматрано у односу на степен образовања, статистички значајна разлика постоји у односу на информисаност о преношењу ХИВ-а дељењем оброка са особом која је инфицирана ХИВ-ом ( $\chi^2=17.602$  df =4 p=0.001). Нижи степен информисаности показали су испитаници који имају завршену само основну школу. Статистички значајна разлика постоји и у односу на информисаност испитаника у односу на преношење ХИВ-а коришћењем јавних тоалета ( $\chi^2=15.206$  df=4 p=0.004).

Посматрано у односу на ниво радног места, високо значајна разлика уочена је у односу на информисаност о могућности преношења ХИВ-а сексуалним односом са особом која изгледа здраво ( $\chi^2=39.393$  df=10 p=0.000). Нижи степен информисаности

бележи се код официра. Нешто више од петине (26.5%) зна да је ово начин преношења ХИВ-а. Највиши ниво информисаности показују ученици и студенти.

#### 4.2.2. Информисаност помораца о начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција

Када је реч о начинима заштите од преношења ХИВ-а и других полно преносивих инфекција, резултати су показали да поморци немају довољно информација о начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција.

Да правилна употреба кондома штити од инфекција сматра нешто мање од половине испитаника (42.9%), нешто више од трећине (38,3%) сматра да може да се заштити уколико има сексуалне односе само са једним неинфицираним и верним партнером. Апстиненцију као начин заштите изабрало је њих 35,5%, док је само једна петина упозната о постојању вакцина против појединих полни преносивих инфекција (табела 11).

Табела 11. Информисаност о начинима заштите од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција

Заштита од ХИВ-а и ППИ	Да		Не		Не знам		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Правилном употребом кондома	233	42,9	40	7,4	270	49,7	543	100
Имајући сексуалне односе само са једним неинфицираним и верним партнером	208	38,3	69	12,7	266	49,0	543	100
Избегавањем сексуалних односа (апстиненцијом)	193	35,5	122	22,5	228	42,0	543	100
Вакцинисањем против ППИ	139	25,6	286	52,7	115	21,2	543	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Анализирано је знање помораца у односу на добне групе, степен образовања и ниво радног места (табела 12)



Табела 12. Информисаност о начинима заштите од преношења ХИВ-а у односу на узраст, образовање и ниво радног места

Начини заштите од ХИВ-а	Добне групе	Образовање	Ниво радног места
Правилном употребом кондома	$\chi^2=19,176$ df=8 p=0,014	$\chi^2=9,411$ df=4 p=0,052	$\chi^2=18,374$ df=10 p=0,049
Имајући сексуалне односе само са једним неинфицираним и верним партнером	$\chi^2=9,568$ df=8 p=0,297	$\chi^2=10,350$ df=4 p=0,035	$\chi^2=25,321$ df=10 <b>p&lt;0.005</b>
Избегавањем сексуалних односа (апстиненцијом)	$\chi^2=14,364$ df=8 p=0,073	$\chi^2=11,217$ df=4 p=0,024	$\chi^2=19,786$ df=10 p=0,031
Вакцинисањем против ППИ	$\chi^2=5,678$ df=8 p=0,683	$\chi^2=11,338$ df=4 p=0,023	$\chi^2=27,853$ df=10 <b>p&lt;0.002</b>

Посматрано у односу на старост и образовање нема статистички значајне разлике у односу на информисаност о начинима заштите од ХИВ-а и других ППИ. Статистички значајна разлика постоји у односу на ниво радног места које поморци обављају у односу на информисаност о заштити од ХИВ-а и ППИ када се сексуални односи имају само са једним, неинфицираним партнером. ( $\chi^2=25.321$  df=10 p=0.005). Поморци такође показују различити степен информисаности у односу на постојање вакцина против појединих ППИ ( $\chi^2=27.853$  df=10 p=0.002)

Да својим понашањем ризикују да добију ХИВ инфекцију сматра 46 (8,5%) помораца. Да није у ризику од ХИВ-а сматра њих 366 (67,4%), док њих 131 (24,1%) није сигурно.

#### 4.2.3. Тестирање на ХИВ, Хепатитис Б и Хепатитис Ц

На полно преносиве инфекције тестирало се нешто више од једне петине испитаника, њих 152 (27,9%), док се није тестирало њих 391 (72,1%), како је приказано у табели 13.

Табела 13. Дистрибуција испитаника тестираних на ХИВ, Хепатитис Б и Ц

	n	%
Тестирани на ХИВ	121	22,3
Тестирани на хепатитис Б	33	6,1
Тестирани на хепатитис Ц	37	6,8
Укупно	191	35,2

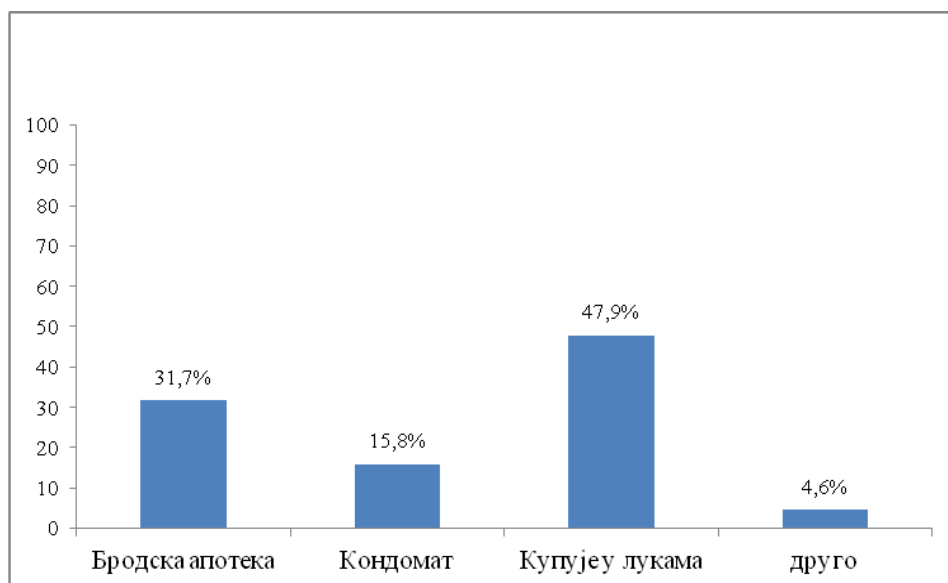
Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Као најчешћи разлог тестирања испитаници наводе примораност због запослења 56 (36,8%); по упуту лекара тестирано је њих 44 (28,9%), док је из личних разлога тестирано њих 52 (34,2%).

Међу испитаницима који су тестирани, резултате тестирања зна 145 (95,3%) испитаника, док их не зна њих 7 (4,7%). На питање да ли зна где се може поверљиво и бесплатно тестирати на ХИВ одговорило је 542 испитаника. Међу њима 350 (64,6%) зна место где може да се бесплатно и поверљиво тестира, док не зна њих 192 (35,4%). Од 539 испитаника, њих 359 (66,6%) добија информације о ХИВ-у у свом радном окружењу (на броду), док се њих 180 (33,4%) изјаснило да им на броду нису доступне информације о ХИВ-у.

#### 4.2.4. Доступност кондома у радној средини (на броду)

На питање да ли су им у радној средини доступни кондоми одговорило је 540 испитаника, при чему се њих 394 (73,0%) изјаснило да су им кондоми доступни, док нису доступни за њих 146 (27,0%). Да не користе кондоме док су на пловидбама изјаснило се 65 (12,8%) помораца. Од њих 442 који су се изјаснили да користе кондом док су на пловидбама њих 140 (31,7%) их набавља у бродској апотеци, 70 (15,8%) их набавља са кондомата, у лукама кондоме купује 212 (47,9%) помораца, док их 20 (4,6%) набавља на неки други начин (графикон 2).



Графикон 2. Начин набављања кондома

### 4.3. СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ ИСПИТАНИКА

#### 4.3.1. Сексуално васпитање или едукација о људској сексуалности

Нешто мање од трећине испитаника (153 или 28,2%) је изјавило да је у току школовања имало неки облик едукације о људској сексуалности како је приказано у табели 14.

Табела 14. Дистрибуција испитаника у односу на едукацију о људској сексуалности

Едукација	Број	Процент
ДА	153	28,2
НЕ	390	71,8
Укупно	543	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Просечна старост испитаника који су имали едукацију о људској сексуалности износи  $30,1 \pm 9,5$  година, а оних који нису имали едукацију износи  $40,1 \pm 11,1$  година, што је статистички значајна разлика ( $t=10,418$ ;  $p<0,001$ ). Резултати

показују да су млађи испитаници чешће имали било какав облик едукације о људској сексуалности.

У табели 15 је приказана заступљеност испитаника који су имали едукацију у односу ниво радног места разврстаних у складу са Правилником о звањима и условима за стицање звања и издавање овлашћења за чланове посаде поморских бродова [112].

Табела 15. Присуство помораца едукацијама о људској сексуалности у односу на ниво радног места

Ниво радног места	Да		Не		Укупно	
	n	%	n	%	N	%
Управљачки ниво	157	80,1	39	19,9	196	100
Радни ниво	215	70,5	90	29,5	305	100
Помоћни ниво	18	42,9	24	57,1	42	100
Укупно	390	71,8	153	28,2	543	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Посматрано у односу на ниво радног места помораца постоји високо статистички значајна разлика у односу на постојање едукације о људској сексуалности међу поморцима који припадају управљачком нивоу у односу на испитанике који припадају радном односно помоћном нивоу занимања ( $\chi^2=24,318$   $df=2$   $p=0.000$ ).

#### 4.3.2. Први сексуални однос

Просечна старост приликом ступања у сексуалне односе међу испитаницима је  $17,0 \pm 2,7$  година, док је просечан број партнера који су испитаници имали од почетка сексуалне активности  $20,1 \pm 27,5$ .

У последњих годину дана испитаници су у просеку имали  $2,6 \pm 2,8$  сексуалних партнера. Сексуалне односе са случајним партнером није имало 184 (33,9%) испитаника. Сексуалне односе са случајним партнером имало је 356 (66,1%) испитаника.

Просечна старост испитаника који су имали случајне/повремене партнере износи  $33,1 \pm 11,0$  година, а оних који имају сталне партнере износи  $39,0 \pm 11,3$  година, што је статистички значајна разлика ( $t=5,266$ ;  $p<0,001$ ).

Посматрано у односу на радни ниво помораца постоји високо статистички значајна разлика у односу на ступање у сексуалне односе са случајним партнерима међу поморцима који припадају управљачком и радном нивоу у односу на испитанике који припадају радном односно помоћном нивоу занимања ( $\chi^2=19,826$   $df=2$   $p=0.000$ ), табела 16.

Табела 16. Избор сексуалног партнера у односу на ниво радног места

Ниво радног места	Случајни партнер		Стални партнер		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Управљачки ниво	37	19,0	158	81,0	195	100
Радни ниво	83	27,7	217	72,3	300	100
Помоћни ниво	21	52,5	19	47,5	40	100
Укупно	141	26,4	394	73,6	535	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

#### 4.3.3. Последњи сексуални однос

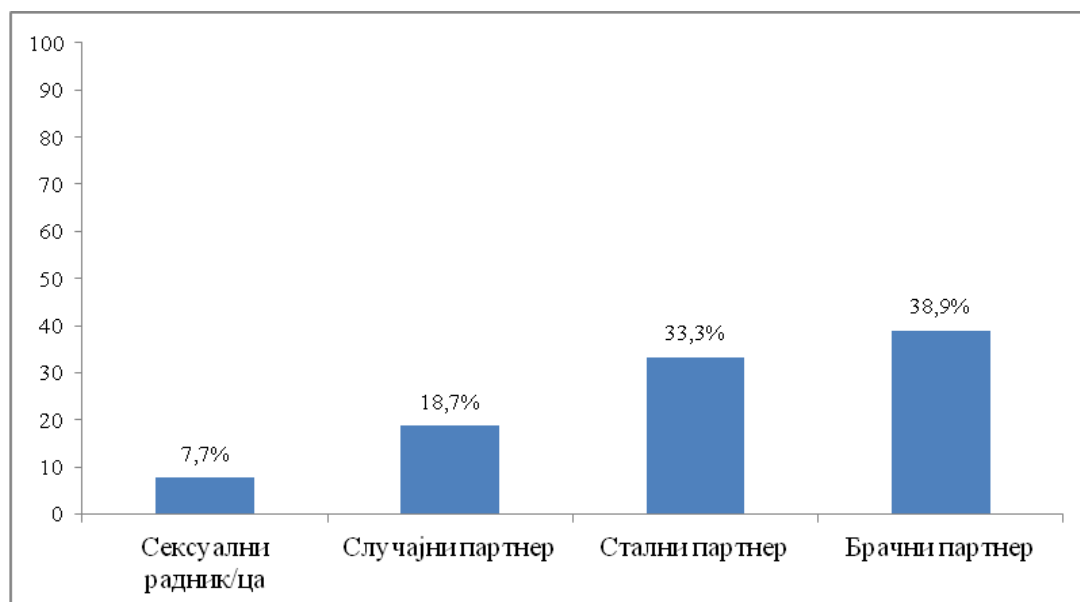
Сексуалне контакте са повременим/случајним партнерима су најчешће имали поморци који од куће одсуствују од 3-6 месеци (52,9% према 54,7%), што није статистички значајна разлика ( $\chi^2_{\text{kvadrat}}=3,931$ ;  $df=3$ ;  $p=0,269$ ) у односу на оне који од куће одсуствују краће или дуже (табела 17).

Табела 17. Заступљеност сексуалних контаката са случајним и сталним партнерима у односу на трајање одсуства од куће

Трајање одсуства од куће	Случајни партнер		Стални партнер		Укупно	
	n	%	n	%	N	%
Мање од три месеца	20	14,3	57	14,5	77	14,4
3-6 месеци	74	52,9	215	54,7	289	54,2
7-10 месеци	38	27,1	112	28,5	150	28,1
Дуже од 10 месеци	8	5,7	9	2,3	17	3,2
Укупно	140	100	393	100	533	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

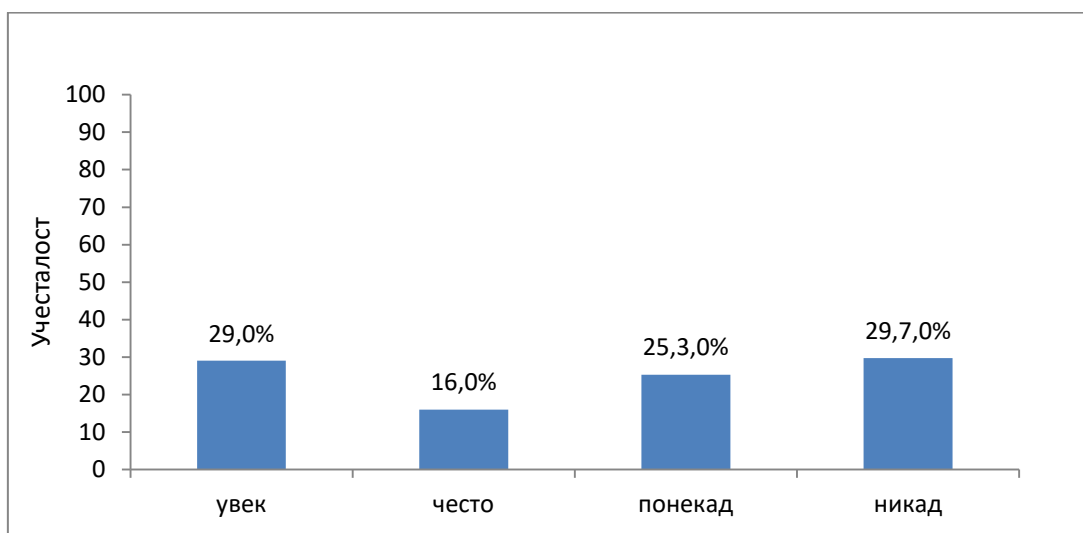
У графикону 3 је приказан избор партнера при последњем сексуалном односу. Највећи број испитаника је последњи сексуални однос имало са брачним партнером, њих 208 (38,9%). Са сталним партнером последњи сексуални однос је имало њих 178 (33,3%), са случајним партнером њих 100 (18,7%), а са сексуалном радницом/радником њих 41 (7,7%).



Графикон 3. Избор партнера у последњем сексуалном односу

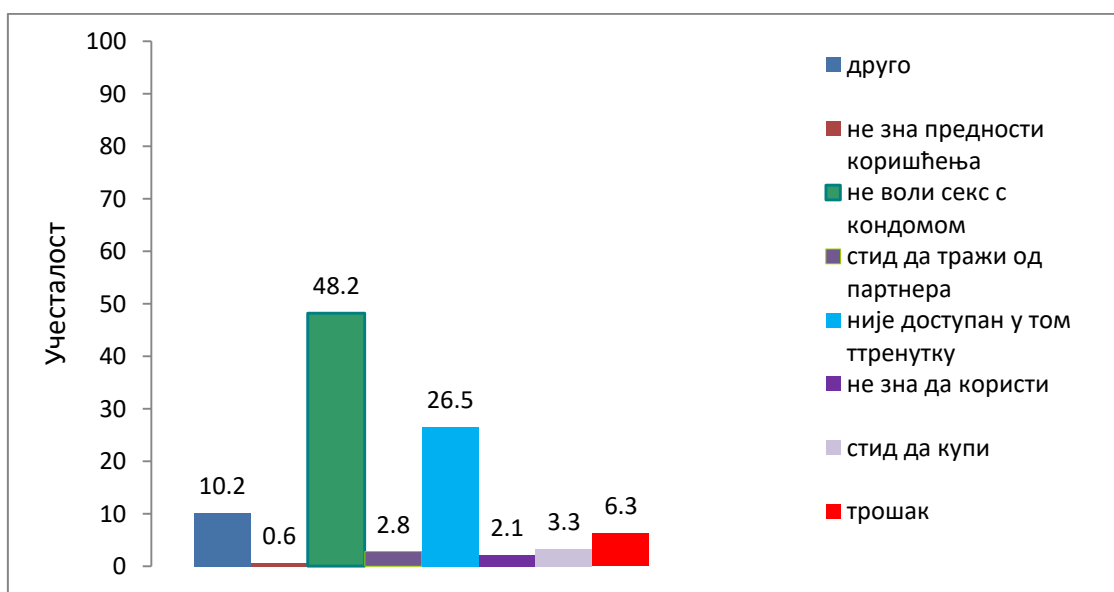
#### 4.3.4. Коришћење кондома

У графикону 4 приказано је коришћење кондома током протекле године. Кондом при сексуалном односу током протекле године никада није користило 160 (29,7%) испитаника, понекада га је користило 136 (25,3%), често њих 86 (16,0%), увек њих 156 (29,0%).



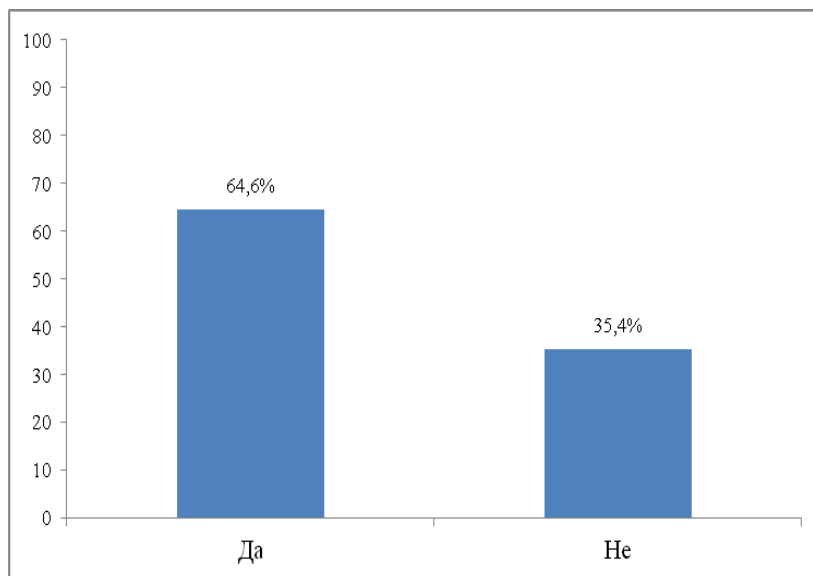
Графикон 4. Коришћење кондома при сексуалном контакту током протекле године

Најчешћи разлог због чега при сексуалном односу није користило кондом је тај што испитаници не воле секс са кондомом, њих 160 (48,2%), (графикон 5).



Графикон 5. Разлози некоришћења кондома

Приликом сексуалних контаката са случајним партнерима кондом је користило њих 230 (64,6%), док га није користило њих 126 (35,4%), како је приказано у графикаону 6.



Графикон 6. Коришћење кондома при сексуалном односу са случајним партнером

Просечна старост испитаника који су користили кондом приликом сексуалног односа са случајним партнером износи  $35,9 \pm 12,0$  година, а оних који нису износи  $39,2 \pm 13,0$  година, што је статистички значајна разлика ( $t=2,449$ ;  $p=0,015$ ).

Са тврдњом да кондоми не пружају поуздану заштиту од ХИВ/АИДС-а се слаже више од трећине испитаника. Да су особе које користе кондом врло одговорне сматра више од две трећине испитаника. Више од трећине испитаника се не слаже са тврдњом да стављање кондома ствара проблеме са ерекцијом, док се нешто мање од трећине не слаже са тврдњом да кондоми уништавају спонтаност сексуалног чина. Охрабрује чињеница да се више од две трећине испитаника слаже са тврдњом да кондоми пружају поуздану заштиту од полно преносивих инфекција, међутим забрињава чињеница да се половина испитаника слаже са тврдњом да особе које предлажу употребу кондома често мењају partnере.

Такође, половина испитаника се слаже са тврдњом да је употреба кондома обавезна само приликом секса са проституткама и хомосексуалцима. Велика већина испитаника се слаже са тврдњом да им куповина кондома не представља проблем и уверени су да знају да правилно користе кондом. Са тврдњом да су способни да



наговоре партнерку/партнера да користе кондом се слаже више од две трећине испитаника.

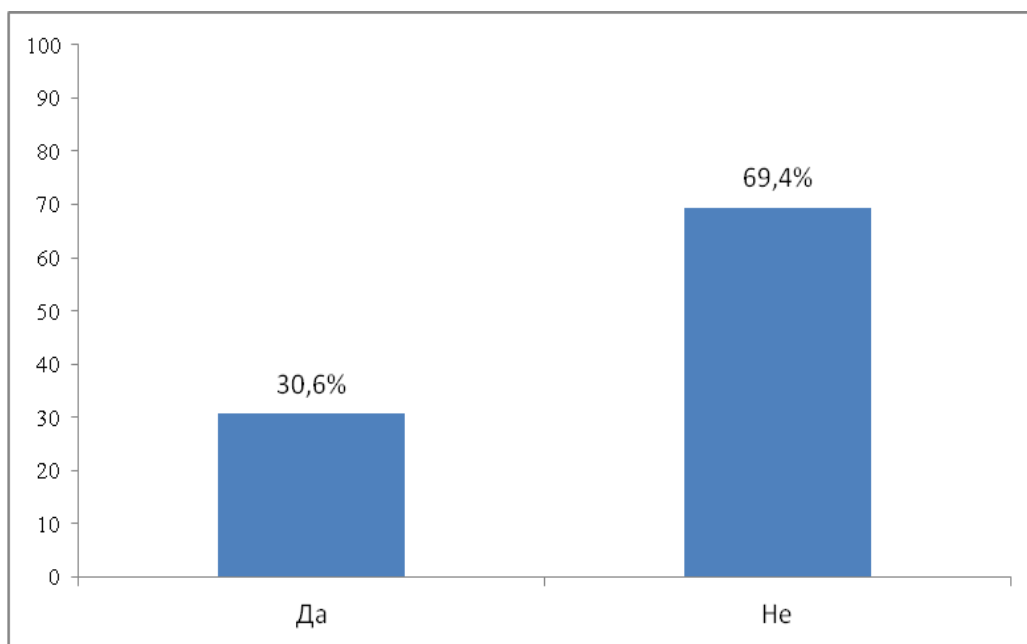
Табела 18. Дистрибуција испитаника у односу на тврдње о употреби кондома

	Уопште се не слажем		Углавном се не слажем		Не могу проценити		Углавном се слажем		Потпуно се слажем		Укупно	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Кондоми не пружају поуздану заштиту од ХИВ/АИДС – а	207	38,1	76	14,0	76	14,0	119	22,0	63	11,6	541	100,0
Особе које користе кондом су врло одговорне	29	5,4	49	9,1	95	17,6	164	30,2	202	37,2	539	100,0
Стављање кондома ствара проблеме са ерекцијом	114	21,1	83	15,4	160	29,5	132	29,6	51	9,4	540	100,0
Кондоми уништавају спонтаност сексуалног чина	84	15,5	81	14,9	113	20,9	158	29,2	105	19,4	541	100,0
Кондоми пружају поуздану заштиту од полно преносивих болести	27	5,0	32	5,9	83	15,4	198	36,7	200	37,0	540	100,0
Особе које предлажу употребу кондома често мењају сексуалне партнере	55	10,2	78	14,5	135	25,0	135	25,0	136	25,2	539	100,0
Употреба кондома је обавезна само приликом секса са проституткама и међу хомосексуалцима	128	23,6	75	13,8	62	11,4	126	23,2	151	27,9	542	100,0
Куповина кондома у продавници или на киоску ми не представља никакав проблем	29	5,4	22	4,1	53	9,8	147	27,2	289	53,5	540	100,0
Уверен/уверена сам да знам правилно користити кондом	7	1,3	12	2,2	66	12,2	121	22,4	335	61,9	541	100,0
Способан/способна сам да наговорим партнерку/партнера да при сексуалном односу користимо кондом	22	4,1	18	3,3	69	12,8	130	24,0	302	55,8	541	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

#### 4.3.5. Секс у замену за новац, под дејством дроге или алкохола, уз уцену или уз присилу

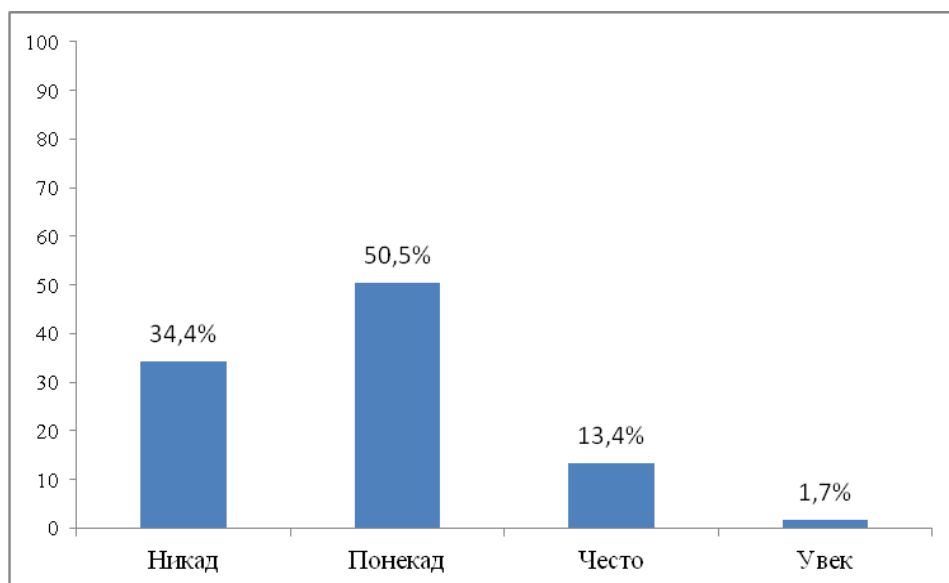
Сексуални однос у замену за новац, под дејством дроге или алкохола или уз уцену или присилу имало је нешто мање од трећине испитаника, њих 166 (30,6%), док их није имало њих 377 (69,4%), како је приказано на графикану 7.



Графикон 7. Учесталост испитаника који су имали секс у замену за новац, под дејством дроге или алкохола, уз уцену или уз присилу

Постоји високо значајна статистичка разлика у односу на добне групе. Секс у замену за новац, под дејством дроге или алкохола, уз уцену или присилу, највише су пружали испитаници у добној групи од 48-57 година а затим у групи од 38-47 година ( $\chi^2$ kvadrat = 26,345 df = 4 p < 0,001).

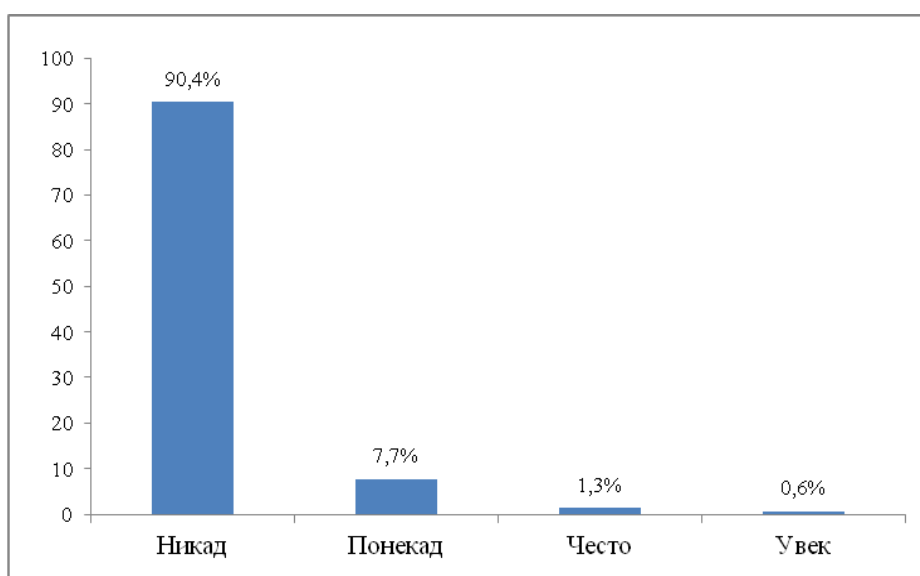
Под дејством алкохола сексуалне односе имало је 356 (50,5%) испитаника, (34,4%). Њих 274 (50,5%) је имало понекада, често њих 73 (13,4%), а увек њих 9 (1,7%). Сексуалне односе под дејством алкохола никада није имало 187 испитаника како је приказано у графикану 8.



Графикон 8. Учесталост испитаника који су имали сексуалне односе под дејством алкохола

Када је у питању упражњавање секса под дејством алкохола, у односу на образовање помораца не постоји статистички значајна разлика ( $\chi^2$  kvadrat = 4,134 df = 6 p = 0,659), као ни у односу на ниво радног места ( $\chi^2$  kvadrat = 16,711 df = 15 p = 0,336).

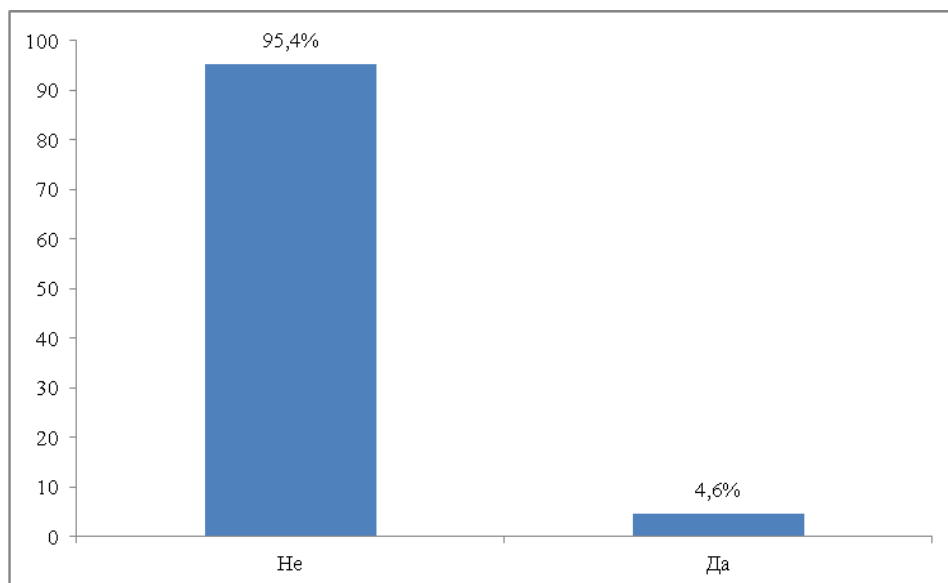
Под дејством дрога сексуалне односе имало је 52 испитаника (9,6%): понекад њих 42 (7,7%), често њих 7 (1,3%), увек 3 (0,6%), никада 490 (90,4%) испитаника (графикон 9).



Графикон 9. Учесталост испитаника који су имали секс под дејством дрога

Када је у питању упражњавање секса под дејством дрога у односу на ниво радног места не постоји статистички значајна разлика ( $\chi^2=16,711$   $df = 15$   $p = 0,336$ ), као ни у односу на ниво образовања ( $\chi^2=22,353$   $df = 15$   $p = 0,099$ ).

У графикону 10 је приказана заступљеност помораца који су били присиљени на неку сексуалну активност. Присиљено је било 25 (4,6%) помораца, а није њих 517 (95,4%)



Графикон 10. Учесталост испитаника који су били присиљени на неку сексуалну активност

#### 4.3.6. Полно преносиве инфекције

Неку од полно преносивих инфекција имало је 121 (22,4%) испитаника, а није имало њих 418 (77,6%).

Испитаници који нису имали неку полно преносиву инфекцију су најчешће били узраста 18-27 година (29,4%), док су они који су имали неку полно преносиву инфекцију најчешће били узраста 28-37 година (30,6%) што је статистички значајна разлика ( $U=18653,0$ ;  $p<0,001$ ), како је приказано у табели 19.

Табела 19. Присутност полно преносивих инфекција у односу на узраст

Узраст	Присуство полно преносивих инфекција					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	N	%
18-27	123	29,4	11	9,1	134	24,9
28-37	121	28,9	37	30,6	158	29,3
38-47	88	21,1	33	27,3	121	22,4
48-57и	73	17,5	35	28,9	108	20,0
58 и више	13	3,1	5	4,1	18	3,3
Укупно	418	100	121	100	539	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

У односу на степен образовања не постоји статистички значајна разлика међу испитаницима везано за присутност полно преносивих инфекција ( $U = 25079,0$ ;  $p = 0,872$ ), како је приказано у табели 20.

Табела 20. Присутност полно преносивих инфекција у односу на образовање

Степен образовања	Присуство полно преносивих инфекција					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Основна школа	19	4,5	9	7,4	28	5,2
Средња школа	248	59,3	67	55,4	315	58,4
Виша/висока школа	151	36,1	45	37,2	196	36,4
Укупно	418	100	121	100	539	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

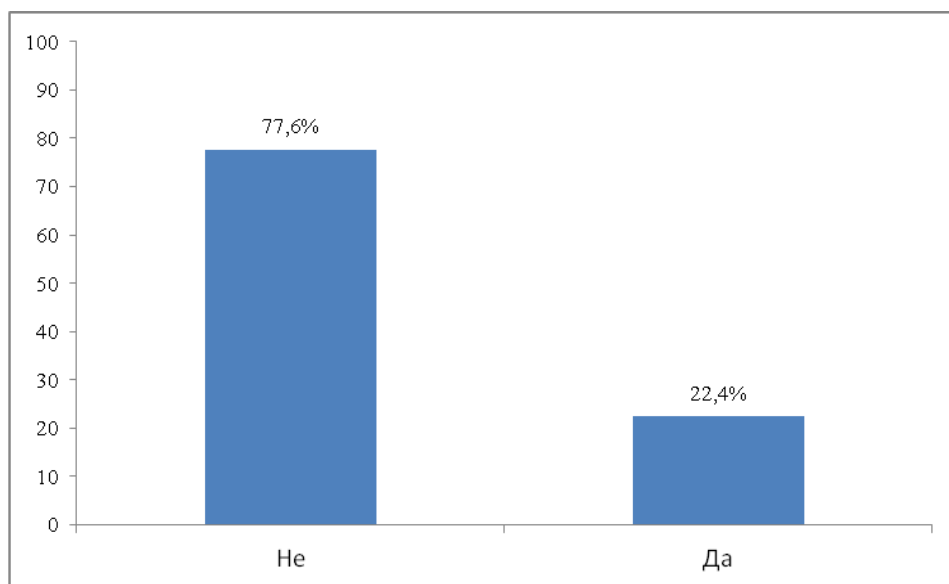
Посматрано у односу на ниво радног места, полно преносиву инфекцију је имало 28,2% испитаника управљачког нивоа, 21,2% радног нивоа и 4,8% помоћног нивоа, што је статистички значајна разлика ( $\chi^2=11,532$ ;  $p=0,003$ ), (табела 21).

Табела 21. Присутност полно преносивих инфекција у односу на ниво радног места

Ниво радног места	Присуство полно преносивих инфекција					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Управљачки ниво	140	71,8	55	28,2	195	100
Радни ниво	238	78,8	64	21,2	302	100
Помоћни ниво	40	95,2	2	4,8	42	100
Укупно	418	77,6	121	22,4	539	100

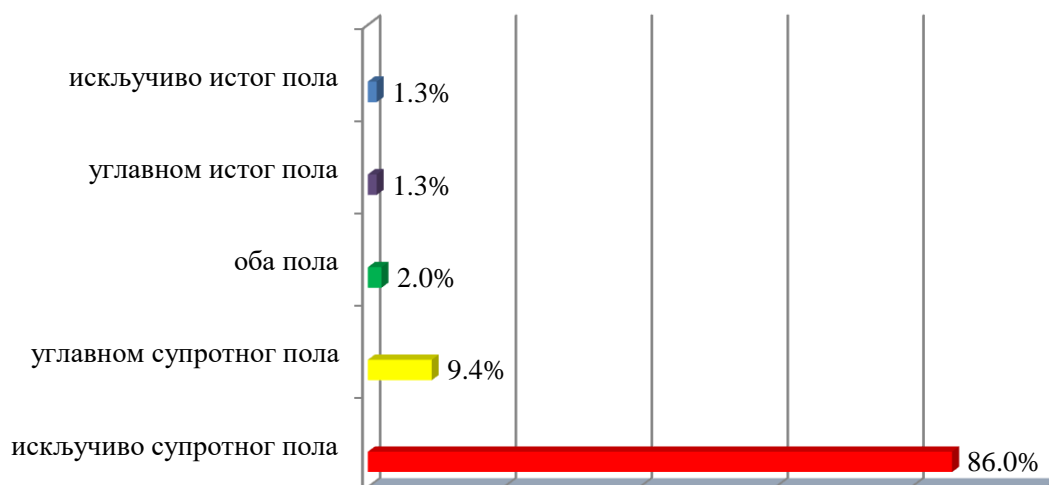
Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Након полно преносиве инфекције сексуално понашање променило је 77,6% помораца како је приказано у графикону 11.



Графикон 11. Промена сексуалног понашања након полно преносиве инфекције

У последњих годину дана од истраживања највећи број помораца, 466 или 86,0%, сексуалне односе је имао са партнерима супротног пола (графикон 12).



Графикон 12. Дистрибуција сексуалних партнера у последњих годину дана, према полу партнера



#### **4.4. СТАВОВИ ИСПИТАНИКА**

##### **4.4.1 Ставови испитаника према особама које живе са ХИВ-ом**

Људе оболеле од ХИВ/АИДС-а у карантин би сместило нешто више од четвртине испитаника 138 (25,5%), док једна петина 108 (20,0%) није сигурна шта треба урадити.

Да деца оболела од ХИВ/АИДС-а не треба да иду у редовне школе сматра 139 (25,7%), а није сигурно њих 161 (29,8%). Да особе инфициране ХИВ-ом не би требало да плове сматра 225 (41,7%), док није сигурно њих 152 (28,1%). Већина сматра да би оболели од ХИВ/АИДС-а требало да имају права као и други болесници 396 (82,0%).

Са свих радних места на којима могу доћи у контакт са другим људима ХИВ+ и оболеле склонило би њих 180 (33,3%), док није сигурно њих 134 (24,7%). Да понашање према оболелим особама зависи од начина на који су примили ХИВ сматра 176 (32,5%), док није сигурно њих 108 (20,0%). Већина испитаника 480 (88,5%) сматра да оболелима треба омогућити сву доступну негу и лечење.

Табела 22. Ставови испитаника према тврдњама које су везане за особе инфициране ХИВ-ом

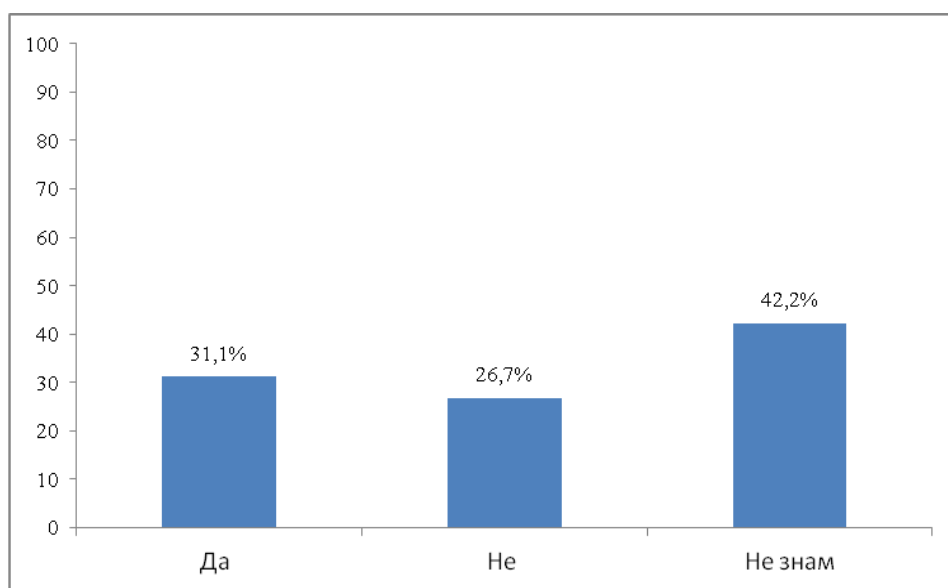
Тврдње	Ставови	Уопште се не слажем		Углавном се не слажем		Не могу проценити		Углавном се слажем		Потпуно се слажем		Укупно	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Људе оболеле од ХИВ-а треба сместити у карантин да би се спречило даље ширење болести		169	31,2	126	23,3	108	20,0	<b>70</b>	<b>12,9</b>	<b>68</b>	<b>12,6</b>	541	100,0
Деца која оболе од ХИВ/АИДС-а треба да и даље иду у редовне школе		<b>53</b>	<b>9,8</b>	<b>86</b>	<b>15,9</b>	161	29,8	125	23,1	116	21,4	541	100,0
Особама код којих је утврђено присуство ХИВ инфекције треба дозволити да плове		<b>141</b>	<b>26,1</b>	<b>84</b>	<b>15,6</b>	152	28,1	96	17,8	67	12,4	540	100,0
Особе оболеле од ХИВ/АИДС-а морају имати сва права као и било који други болесник		<b>20</b>	<b>3,7</b>	<b>30</b>	<b>5,5</b>	96	17,7	150	27,6	246	54,4	542	100,0
Особе инфициране ХИВ-ом треба склонити са свих радних места где могу доћи у контакт са другим људима		18	21,8	110	20,3	134	24,7	<b>113</b>	<b>20,8</b>	<b>67</b>	<b>12,4</b>	542	100,0
Зависно од начина на који су се инфицирали према оболелима од ХИВ/АИДС-а се треба различито понашати		148	27,3	109	20,1	108	20,0	<b>103</b>	<b>19,0</b>	<b>73</b>	<b>13,5</b>	541	100,0
Особама са ХИВ/АИДС-ом треба обезбедити лечење и најбољу могућу негу		4	0,7	14	2,6	44	8,1	101	18,6	379	69,9	542	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

#### 4.4.2. Ставови испитаника у односу на рад, обедовање и дружење са особом која је инфицирана ХИВ-ом

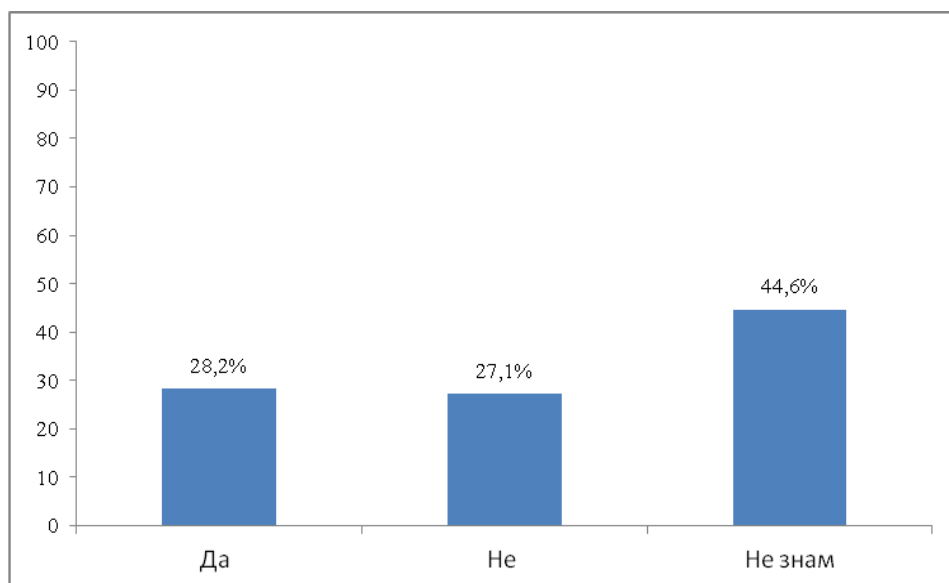
Испитивани су ставови испитаника у односу на то да ли би, уколико су упознати, радили, обедовали или се дружили са особом за коју знају да је инфицирана ХИВ-ом.

Како је приказано у графикону 13, подељена су мишљења да ли би радили са особом за коју сматрају да је инфицирана ХИВ-ом: радило би њих 169 (31,1%), неопредељено је њих 145 (26,7%), док не би радило њих 229 (42,2%).



Графикон 13. Обављање радних активности са особом која је инфицирана ХИВ-ом

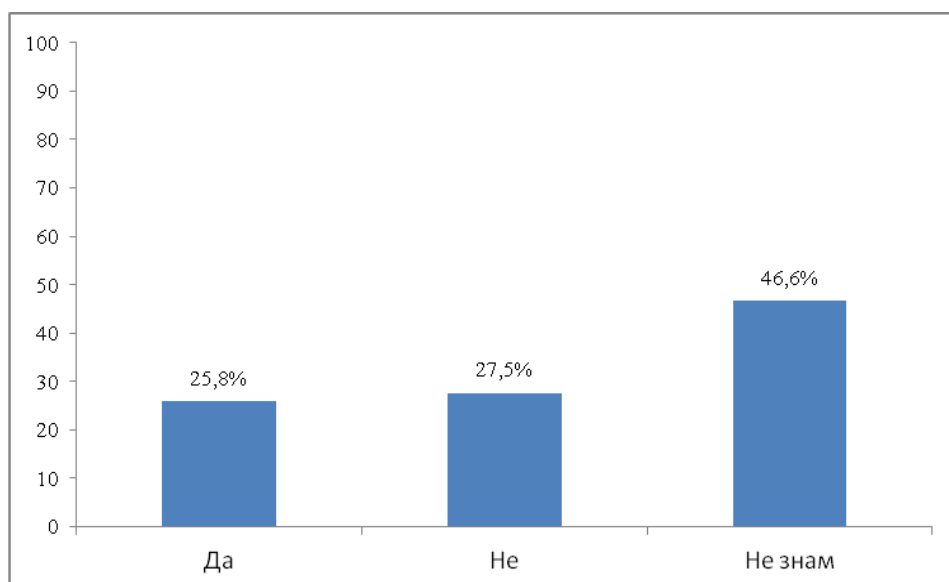
Са ХИВ+ особом обедовало би 147 (27,1%), не би њих 242 (44,6%), док није сигурно њих 153 (28,2%), (графикон 14).



Графикон 14. Обедовање са особом која је инфицирана ХИВ-ом

Са особом за коју зна да је ХИВ + дружило би се 149 (27,5%) испитаника, не би се дружило њих 253 (46,7%), док није сигурно њих 253 (46,7%).

У графикону 15 приказана је дистрибуција испитаника у односу на мишљење да ли би се дружили са особом која је инфицирана ХИВ-ом.



Графикон 15. Дружење са особом која је инфицирана ХИВ-ом

Скоро половина испитаника (46,6%) није сигурна да би се дружила са особом инфицираном ХИВ-ом, док би се 25,8% испитаника дружило у односу на 27,5% испитаника који се не би дружили са особом инфицираном ХИВ-ом.

#### 4.4.3. Ставови испитаника према особама које су инфициране ХИВ-ом у односу на учешће у едукацијама

Посматрано у односу на то да ли су претходно имали било какав облик едукације о људској сексуалности, не постоји статистички значајна разлика међу испитаницима у слагању са тврдњом да особе које су инфициране ХИВ-ом треба ставити у карантин ( $U=29326,5$ ;  $p=0,881$ ), како је приказано у табели 23.

Табела 23. Дистрибуција испитаника према мишљењу о констатацији да особе које су инфициране ХИВ-ом треба ставити у карантин, у односу на учешће у едукацији о људској сексуалности

Мишљење	Едукација о људској сексуалности					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Уопште се не слажем	124	31,9	45	29,6	169	31,2
Углавном се слажем	88	22,6	38	25,0	126	23,3
Не могу проценити	72	18,5	36	23,7	108	20,0
Углавном се слажем	55	14,1	15	9,9	70	12,9
Потпуно се слажем	50	12,9	18	11,8	68	12,6
Укупно	389	100	152	100	541	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Не постоји статистички значајна разлика у одговорима испитаника на питање да ли би радили са особом која је ХИВ инфицирана у односу на претходно постојање било какве едукације о људској сексуалности или сексуалног васпитања ( $\chi^2=1,264$ ;  $p=0,531$ ), (табела 24).

Табела 24. Дистрибуција испитаника према мишљењу о обављању радних активности са особом која је инфицирана ХИВ-ом, у односу на учешће у едукацији о људској сексуалности

Мишљење	Едукација о људској сексуалности					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Не	170	43,6	59	38,6	229	42,2
Не знам	103	26,4	42	27,5	145	26,7
Да	117	30,0	52	34,0	169	31,1
УКУПНО	390	100	153	100	543	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Не постоји статистички значајна разлика у одговорима испитаника на питање да ли би обедовали са особом која је ХИВ инфицирана у односу на претходно постојање било какве едукације о људској сексуалности или сексуалног васпитања ( $\chi^2=3,396$ ;  $p=0,183$ ), (табела 25).

Табела 25. Дистрибуција испитаника према мишљењу о обедовању са особом која је инфицирана ХИВ-ом, у односу на учешће у едукацији о људској сексуалности

Мишљење	Едукација о људској сексуалности					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	n	%
Не	180	46,3	62	40,5	242	44,6
Не знам	112	28,8	41	26,8	153	28,2
Да	97	24,9	50	32,7	147	27,1
УКУПНО	389	100	153	100	542	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Не постоји статистички значајна разлика у одговорима испитаника на питање да ли би се дружили са особом која је ХИВ инфицирана у односу на претходно постојање било какве едукације о људској сексуалности или сексуалног васпитања ( $\chi^2=3,918$ ;  $p=0,141$ ), како је приказано у табели 26.

Табела 26. Дистрибуција испитаника према мишљењу о дружењу са особом која је инфицирана ХИВ-ом, у односу на учешће у едукацији о људској сексуалности

Мишљење	Едукација о људској сексуалности					
	НЕ		ДА		Укупно	
	n	%	n	%	N	%
Не	190	48,8	63	41,2	253	46,7
Не знам	92	23,7	48	31,4	140	25,8
Да	107	27,5	42	27,5	149	27,5
Укупно	389	100	153	100	542	100

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

#### 4.4.4. Ставови испитаника у односу на промену понашања како би се заштитили од преношења ХИВ-а

Ставови испитаника у односу на промену понашања како би се заштитили од преношења ХИВ-а, представљени су у табели 27.

Табела 27. Дистрибуција испитаника у односу на особу којој би се поверили да су инфицирани ХИВ-ом

Особа	n	%
Брачном другу/сталном партнеру	152	28,0
Родитељима	48	8,8
Најбољем пријатељу	57	10,5
Брату/сестри	24	4,4
Свом лекару/свештенику	202	37,2
Никоме	20	3,7
Неком другом	14	2,6
Укупно	543	100,0

Подаци су приказани као фреквенције (n) и проценти (%)

Како би се заштитили од ХИВ-а нешто више од половине испитаника, њих 284 (52,3%) не би ништа мењало у свом понашању. Међу онима који би нешто мењали од њих 259, највише је оних 70 (27,2%) који би избегавали упражњавање секса са непознатим особама. Редовно би користило кондом њих 60 (23,1%), број партнера би смањило њих 35 (13,5%), док би остали мењали два до четири различита начина понашања. Да њихово понашање није ризично сматра 240 (44,2%) испитаника.

Када би сазнали да су инфицирани ХИВ-ом највише испитаника би ту информацију поделило са својим лекаром 202 (37,2%), са брачним другом/сталним партнером њих 152 (28,0%), најбољем пријатељу би рекло њих 57 (10,5%) док би се родитељима поверило 48 (8,8%).



---

## **5. ДИСКУСИЈА**

---

ХИВ/АИДС је најтежа епидемија у историји човечанства, јер је од 1981. године када је од стране СЗО уведена као ново обољење довела до леталног исхода у 25 милиона оболелих, а данас са ХИВ-ом живи близу 40 милиона људи, од чега два милиона деце [118].

Огромни напори који су од стране здравствених система на глобалном нивоу уложени са циљем да се заустави ширење ове инфекције нису довели до откривања ефикасног лека, нити вакцине. Међутим, примена високо активне антиретровиралне терапије (ХААРТ) од 1997. године довела је до пада броја смртних случајева повезаних са АИДС-ом.

Програми превенције ХИВ-а и повећање броја новооткривених случајева у најранијем периоду инфекције, довели су до тога да је ХИВ инфекција постала хронична болест са којом се живи. Посебан акценат у креирању превентивних програма у целом свету стављен је на поједине делове популације у којима је изложеност ризичним облицима понашања већа него у општој популацији.

Стратешки планови за одговор на ХИВ/АИДС на глобалном нивоу препознали су већу рањивост неких група становништва у преношењу ХИВ-а и других полно преносивих инфекција [119].

Поред мушкараца који имају секс са мушкарцима, интравенских наркомана и сексуалних радница, посебну пажњу на пољу превенције заузимају радници мигранти. У зависности од категорије радника миграната (поморци, војници у мировним мисијама, грађевински радници, запослени у туристичком сектору, возачи транспортних средстава) и доминације тих категорија у привредним, економским и политичким ресурсима појединих земаља, креирају се специфични превентивни програми са фокусом на смањењу сагледаних ризика.

У земљама у којима је поморство традиционално занимање, где спада и Црна Гора, посебну пажњу добијају поморци и програми превенције ХИВ инфекције базирани на епидемиолошким подацима и резултатима истраживања спроведеним у тој популацији.

Поморство је некада било значајна грана црногорске привреде, а поморски кадар свих професионалних нивоа високо позициониран на глобалном нивоу. Ратна дешавања деведесетих година и економске санкције довеле су до краха домаћих поморских компанија и условиле да највећи број помораца из Црне Горе потражи ангажман на бродовима страних компанија.

У Црној Гори, по процени Синдиката помораца има 5000 лица који се изјашњавају као професионални поморци. Већина плови на бродовима страних компанија на дугим пловидбама, док је мањи број ангажован на локалним линијама према Италији и Албанији.

Последњих година поморство постаје све интересантније младим људима који на овим просторима не успевају да пронађу адекватно запослење и остваре задовољавајућу зараду. Могућност упознавања удаљених дестинација представља додатни мотив за опредељеност за бављење овом професијом. Поред наведених предности ове професије, познато је да путовања, глобализација и експанзија комуникација, омогућавају и ширење многих заразних болести, између осталих и ХИВ-а и других полно преносивих инфекција.

Повезаност полно преносивих инфекција и инфекције ХИВ-ом са миграцијама је уочена одавно, међутим истраживања на ту тему су релативно новијег датума [72, 73, 94, 96, 120, 121, 122].

Истраживања међу поморцима којима је испитиван ниво знања, присутност ризичних облика сексуалног понашања и ставови према особама које живе са ХИВ-ом су дефицитарна и везују се углавном за земље у којима поморство представља значајну привредну грану.

Због специфичног начина живота, у коме постоји непосредан утицај професије на приватни живот, поморци спадају у групу где постоји евидентна присутност ризичних облика понашања, који повећавају изложеност полно преносивим болестима. Дуготрајна одвојеност од сталних партнера, међународна путовања, радозналост, жеља за пустиловином, смањена критичност због употребе алкохола или опојних дрога разлози су сврставања помораца у ту групу. Имајући у виду наведено, Националном стратегијом Црне Горе за борбу против ХИВ/АИДС-а 2015-2020 су предвиђени превентивни програми међу кључним популацијама,

између осталих и међу поморцима, који ће бити засновани на резултатима истраживања која се спроводе међу овим групама [66].

Сличне професионалне карактеристике које условљавају појаву ризичних облика понашања уочавају се и код војника у мировним мисијама чији се број из године у годину повећава. Компаративне студије о сексуалном понашању спроведене у Француској, Великој Британији и Сједињеним Америчким Државама (САД) показале су да су професионални припадници војне популације у много већем ризику од ХИВ инфекцију од еквивалентних група у цивилној популацији [123, 124].

Непостојање ефикасног лека ни вакцине, као најефикаснији метод у борби против ширења ХИВ инфекције и других полно преносивих инфекција, на прво место ставља превенцију. Превентивни програми остају и даље најбољи приступ у сузбијању пандемије ХИВ-а [125].

Овог концепта се придржава већина земаља у свету, укључујући и земље у којима је присутна изразита мобилност било да се ради о присилним миграцијама (природне катастрофе, ратови) или су у питању радне и економске миграције. Спровођење циљаних превентивних програма доводи до смањења стопа обољевања, што показују подаци УНАИДС-а [126].

Превентивни програми се поред рутинског прикупљања епидемиолошких података, базирају на другој генерацији надзора у многим земљама, односно на резултатима циљаних истраживања у појединим деловима популације у којима су присутни ризични облици понашања.

Циљ нашег истраживања је била процена нивоа информисаности о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама међу поморцима у Црној Гори и повезаност нивоа информисаности са присутношћу ризичних облика сексуалног понашања (некоришћење средстава заштите, често мењање партнера, коришћење психоактивних супстанци и др.) као и утицај на ставове према особама које живе са ХИВ-ом.

Упоредујући резултате нашег истраживања са резултатима спроведеним у другим популацијама сличних професионалних карактеристика (запослени у туристичкој делатности, војници у мировним мисијама, уочава се постојање

заједничких фактора ризика за преношење ХИВ инфекције: недовољна информисаност о начинима преношења и мерама превенције ширења ХИВ-а, дуготрајна одвојеност од породице и интимних партнера, учестале промене места боравка, могућност контаката са сексуалним радницима и локалним становништвом (посебно у срединама где је висока стопа ХИВ инфекције), злоупотреба алкохола и других психоактивних супстанци, нередовна употреба кондома [127, 128, 129].

Испитаници укључени у ово истраживање су учествовали у истраживању у моменту искрцаја у место боравка, односно између две пловидбе. Већина испитаника је била са местом боравка у Црној Гори, односно из приморских општина, што је очекивано с обзиром на дугу традицију бављења поморством у овом региону. Очекивано је било највише испитаника из Бара с обзиром на чињеницу да се у Бару налази највећа црногорска лука из које полазе локалне поморске линије ка Италији и Албанији. Поред тога у Бару постоји неколико агенција за укрцај помораца, две васпитно-образовне установе за поморце (за средње и високо образовање), као и најстарији центар за обуку помораца.

Истраживањем су обухваћене 543 особе које се изјашњавају као професионални поморци. Од укупног броја испитаника 92,3% су биле особе мушког пола и 7,7% особа женског пола. Однос мушкараца и жена у истраживању је очекиван, јер је поморство у Црној Гори традиционално везано за мушкарце, посебно међу становништвом на приморју. Занимања за која се опредељују жене на броду су најчешће повезана са услугама одржавања хигијене, припреме и послуживања хране, услугама неге и улепшавања лица и тела, масаже и сл. Потражња за овим врстама послова се повећава из године у годину због све веће популарности кружних путовања морем, тзв. „крузинг туризма“ који подразумева обезбеђивање таквих услуга.

Црногорске поморце, по њиховим социо-демографским карактеристикама, можемо сврстати у групу радника миграната који су били на дужем раду у иностранству. То је популација коју је тешко обухватити превентивним активностима, јер су најчешће радно ангажовани изван граница државе од стране великог броја послодаваца из свих делова света.

У истраживању је испитивана повезаност информисаности, присутности ризичних облика понашања и ставова у односу на узраст, степен образовања и ниво радног места.

Већина испитаника, осим студената поморског факултета, је у истраживање укључена између две пловидбе. У складу са дефинисаним критеријумима за укључивање у студију, 95,6% испитаника су били активни поморци односно од последње пловидбе није прошло више од две године. У нашем истраживању најмлађи испитаник је имао 18 година, док је најстарији имао 74 године. Просечна старост испитаника је  $37,3 \pm 11,6$  године, што је у корелацији са просечном старошћу испитаника у раније спроведеним истраживањима међу поморцима у Црној Гори. [88,103].

У нашем истраживању је више од половине испитаника имало завршену средњу школу, завршену основну школу имало је њих 5,3%, док је завршену вишу/високу школу имало њих 36,3%. У бројним истраживањима међу популацијама са повећаним ризиком од ХИВ-а, степен образовања је анализиран као важна варијабла и обрађивана је значајност разлике у погледу информисаности, ставова и ризика за пренос ХИВ-а [10, 16, 82, 84, 103,104, 113, 114, 115].

Поморци представљају високомобилну радну снагу која се налази на хиперконкурентном тржишту радне снаге. Запошљавање помораца је добро организовано у виду раширене глобалне мреже која повезује власнике бродова, бродаре, агенције за запошљавање и институције за професионално усавршавање помораца [130]. У нашем истраживању, што се тиче нивоа радног места, међу испитаницима је било највише официра 36,1%, што је у корелацији са степеном образовања испитаника. Као и претходна истраживања спроведена међу поморцима у Црној Гори, и ово истраживање је показало да највећи број помораца из Црне Горе на бродовима заузима позиције из домена управљачког и радног нивоа одговорности, а у складу са захтевима Правилника о врстама звања и овлашћења, условима за стицање звања и издавање овлашћења за чланове посаде брода [112].

На питање о занимању којим се баве током пловидбе, нешто више од петине испитаника се изјаснило као тзв. „бело особље“, односно да обављају послове одржавања хигијене, неге и улепшавања лица и тела, припреме и дистрибуције хране

и сл. Овој категорији испитаника припада већина жена укључених у ово истраживање. Пол се није показао као детерминанта од значаја у испитивању знања, понашања и ставова испитаника.

Брачни статус и партнерски односи представљају важну социодемографску карактеристику. Подаци о брачном статусу у нашем истраживању су били слични резултатима добијеним у неким домаћим и истраживањима спроведеним у другим земљама [72, 73, 88]. Број испитаника који су у браку или у вези је скоро подједнак броју испитаника који нису у вези. Разведених је било 5,9% испитаника, са партнером/ком живи 0,6% испитаника, а са друго је одговорило 0,6% испитаника.

Стаж пловидбе кретао се од 1–47 година, са просечним стажом пловидбе од 12,39 ±9,86 година. Наше истраживање је показало да више од половине помораца одсуствује од куће 3 до 6 месеци током године. Подаци о трајању одвајања од породице су веома важни, јер дуже одсуство помораца од куће повећава могућност ступања у ризичне сексуалне односе са случајним партнерима или са комерцијалним сексуалним радницама, што је директно повезано са преносом ХИВ-а. Слични резултати су добијени у истраживањима која су раније спроведена међу црногорским поморцима 2008. [103] и 2013. године [88].

Са постојањем саветовалишта за ХИВ-а упознато је нешто мање од половине помораца. У Црној Гори, као и у већини земаља света, добровољно поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ представља део националног одговора на ХИВ од посебног значаја. У том смислу, уз финансијску подршку Глобалног фонда за туберкулозу, АИДС и маларију (ГФТАМ) и националне канцеларије УНДП-а, у Институту за јавно здравље и домовима здравља у Бару, Херцег Новом, Котору, Никшићу, Беранама, Бијелом Пољу и Пљевљима су отворена Саветовалишта за добровољно поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ (ДПСТ). У њима се може добити услуга саветовања пре и после тестирања, као и саветовање у присуству чланова породице и сексуалних партнера без упута изабраног лекара и давања личних података. Добијени резултат који говори да скоро половина испитаника није била упозната са постојањем Саветовалишта за ДПСТ указује на потребу интензивирања њихове промоције. Искуства земаља у којима се овакав начин

превентивног деловања примењује у последње две деценије говоре о позитивном утицају ДПСТ-а на промене у знању, понашању и ставовима испитаника [10].

Доступност информација о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама је једна од детерминанти која утиче на ниво знања. Резултати нашег истраживања су показали да највећи број испитаника добија информације о ХИВ-у и полно преносивим инфекцијама путем медија (63,1%). Процент испитаника који добијају информације путем медија је нешто нижи у односу на резултате досадашњих истраживања у Црној Гори. Разлог томе је повећање доступности информација о ХИВ-у и другим полно преносивим инфекцијама на броду последњих година, тако да је двоструко више помораца него у раније спроведеним истраживањима [88,103], навело брод као извор информација. Приступ превенцији ХИВ-а међу поморцима, који је примењивао невладин сектор у Црној Гори путем саветовања и дистрибуције информативно-едукативних материјала (лифлети и брошуре) на терену и пре укрцаја на брод, омогућио је сталну доступност информација и могућност едукације и за оне који нису имали приступ саветовалиштима за поморце.

Уз подршку ГФТАМ-а припремљен је значајан број информативних материјала о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама у виду лифлета и брошура и дистрибуиран је поморцима приликом укрцаја на бродове. Информативни материјали су дистрибуирани у оквиру Саветовалишта за поморце у оквиру невладиног сектора (од 2003. године) и у Саветовалишту за поморце у Дому здравља у Котору (од 2009. године).

Слични резултати о начину добијања информација о ХИВ-у и другим полно преносивим инфекцијама су добијени у истраживању из 2007. године које је спроведено међу турским поморцима. Већина помораца који су учествовали у овом истраживању је добијала информације о ХИВ-у путем медија (68 %) [92], док је истраживање у Сенегалу показало да чак 91,5% помораца информације добија путем медија [131].

У истраживању које је спроведено 2011. године у Италији о перцепцији ризика у сексуалном понашању, добијени резултати су показали да поморци



информације о ХИВ-у добијају најчешће од медицинских радника и путем медија [96].

Наше истраживање је показало да информације о ХИВ-у само 7.6% испитаника добија у својој породици. Ово се може објаснити присутношћу изразитог традиционализма у породичним односима у Црној Гори и инхибицијама када су у питању разговори на тему ХИВ-а и других полно преносивих инфекција у оквиру породице.

Када су у питању начини преношења ХИВ инфекције, најчешће заблуде су веровање да се ХИВ преноси убомом комарца, дељењем хране са инфицираном особом или коришћењем јавних тоалета. Резултати овог истраживања су показали да више од две трећине испитаника негирају најчешће заблуде о преношењу ХИВ-а. Резултати су показали да су испитаници у овом истраживању боље информисани о начинима преношења ХИВ-а у односу на испитанике у претходно спроведеним истраживањима у Црној Гори, односно да већина негира главне заблуде о преношењу ХИВ-а.

Оно што забрињава је да је само нешто више од трећине испитаника (38,9%) свесно чињенице да се ХИВ може пренети сексуалним однос са особом која изгледа здраво, док 25,6% њих сматра да се ХИВ не може пренети на овај начин. Виши ниво знања показују поморци у истраживању из Бангладеша, где чак 77,8% испитаника зна да особа која изгледа здраво може бити инфицирана ХИВ-ом [132].

Да се ХИВ-ом може заразити коришћењем јавних тоалета сматра 17,9% испитаника, што је далеко већи проценат у односу на истраживање Грапасонијеве где то сматра само 2,03% испитаника. Да се ХИВ-ом може заразити путем чаше коју је користила ХИВ+ особа сматра чак скоро једна петина испитаника (25,4%) док код истраживања Грапасонијеве само 2,03% [96].

Више од половине испитаника (52,3%) не зна да се ХИВ преноси са заражене мајке на дете, што је виши ниво знања у односу на испитанике Грапасонијеве (56,85%), [96] и истраживања спроведеног у Лагосу (28,2%), [133] а нижи ниво знања у односу на испитанике из Бангладеша где ово зна 68,0% испитаника. Нешто више од половине испитаника не зна да се ХИВ преноси помоћу игле и шприцева

који су претходно коришћени. И овде виши ниво знања показују испитаници из Бангладеша (67,3%), [132], Италије (81,22%) [96] и Лагоса (74,5%) [133].

Као што је очекивано, нижи ниво информисаности су показали они испитаници који имају завршену само основну школу. Међутим, није очекивано да официри немају довољно информација о преношењу ХИВ-а путем сексуалног односа са особом која изгледа здраво. Испитаници који неправилно идентификују начине преношења ХИВ-а и не негирају основне заблуде о преношењу ХИВ-а су најзаступљенији међу онима који нису имали било какав облик едукације о људској сексуалности у школи или ван ње.

Резултат који показује да мање од половине испитаника зна да се преношење ХИВ-а и полно преносивих инфекција може спречити правилном и редовном употребом кондома је алармантна, али то је значајно више у односу на резултате истраживања које је спроведено у Црној Гори у 2013. години, у којем је само 25,6% испитаника показало задовољавајуће знање [88]. Информисаност помораца је нижа у односу на знање помораца у Бангладешу, где 62,3% помораца зна да се ХИВ може превенирати правилном употребом кондома [132].

Само 38,3% испитаника сматра да могу да се заштите од ХИВ-а и сексуално преносивих болести са једним неинфицираним и верним партнером. Мало више од трећине испитаника (35,5%) знају да могу да се заштите од ХИВ-а и сексуално преносивих болести избегавањем сексуалних односа (апстиненцијом). Више од половине испитаника (52,7%) зна да вакцинација не може да их заштити од ХИВ-а. Слични резултати су добијени у истраживањима у Хрватској и Италији, као и у раније спроведеним истраживањима у Црној Гори [72, 88, 96,].

У нашем истраживању перцепцију личног ризика за добијање ХИВ инфекције, као важног разлога за промену понашања има свега 8,5% испитаника. Слични резултати добијени су и у истраживању које је 2006 године спроведено у Хрватској међу поморцима [73], док скоро половина испитаника у истраживању које је 2007. године спроведено у Турској сматра, да је у ризику за преношење ХИВ-а [95].

Резултати већине поменутих истраживања спроведених не само међу

поморцима већ и међу другим популацијама које укључују мобилност и миграције, низак ниво знања и недоступност кондома, указују на висок ниво ризика за добијање ХИВ-а и других полно преносивих инфекција у односу на оне популације чији су услови живота бољи [114, 115].

Од укупног броја испитаника који су учествовали у овом истраживању 22,3% од њих су тестирани на ХИВ; на хепатитис Б је тестирано 8,1%, док је на хепатитис Ц тестирано само 6,8% испитаника. Главни разлог тестирања на ХИВ код 36,9% испитаника је условљавање послодаваца приликом запошљавања. Приморавање на тестирање због запослења нарушава основни концепт тестирања на ХИВ који се заснива на добровољности и представља директно кршење људских права.

О све већој присутности приморавања на тестирање на ХИВ приликом запошљавања постоји сукоб мишљења, озбиљне полемике и супростављеност ставова између оних који се баве јавним здрављем и оних који се залажу за поштовање људских права. Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима [134] и Универзална декларација о људским правима [135] проглашавају да свако има право на рад, слободан избор запослења, правичне и задовољавајуће услове рада и заштиту од незапослености. Ово право подразумева право на запослење без дискриминације, једнакост у заштити права на рад, забрану принудног рада и забрану самовољног (неоправданог отпуштања).

Наведено право је повређено када постоји обавеза да се запослени подвргне обавезном тестирању на ХИВ и када постоји могућност да позитивни резултат теста проузрокује губитак посла, немогућност добијања посла, као и ускраћивање одређених бенефиција.

Више од половине испитаника је потврдило да знају где могу да се бесплатно и поверљиво тестирају на ХИВ, што је резултат бројних промотивних кампања за добровољно и повјерљиво тестирање на ХИВ која је спроведена у последњих неколико година у Црној Гори.

Резултати овог истраживања су показали да је доступност кондома у радној средини, на броду више него дупло већа (73%) у односу на доступност кондома у радној средини по истраживању спроведеном 2013. године у Црној Гори [88].

Ако се резултати нашег истраживања упореде са резултатима истраживања спроведених међу припадницима војне популације у САД-у, уочава се да током последњих 20 година само 33-35% припадница оружаних снага САД-а редовно користи кондом, што није одступало од популације жена САД где је регистровано у 34%. Употреба кондома била је мања у млађих, неударних жена нижег нивоа образовања. Нередовна употреба кондома међу припадницима војске објашњена је као избегавање доказа о кршењу забране о сексуалном општењу међу припадницима војске током ангажовања на терену. Додатно, жене у војсци на овај начин покушавале су да избегну стигматизацију о промискуитетном понашању која их прати. Поред тога, преко 27% њих је у последњих 90 дана имало више од једног партнера, од тога је 31% био нов партнер, а само 17% је потврдило да је партнер увек користио кондом [136, 137].

Кампање које су од стране невладиног сектора у Црној Гори спроведене по питању повећања доступности кондома током пловидбе, условиле су да кондоми буду саставни део бродских апотека, као и да се на бродовима који су пловили на локалним бродским линијама ка Италији и Албанији буду инсталирани кондомати. Поред тога, повећање нивоа информисаности о начинима заштите од преношења ХИВ-а довели су до тога да се поморци кондомима снабдеју пре укрцаја. Имајући у виду значај доступности кондома у моменту потребе, неке војске света су кондоме уврстиле у обавезан сет средстава за сваког војника [138].

У нашем истраживању су испитиване следеће варијабле које се повезују са ризиком за преношење инфекције ХИВ-ом: узраст започињања сексуалних односа, коришћење кондома, број сексуалних партнера, коришћење кондома приликом контакта са случајним партнерима, сексуални односи под утицајем алкохола и дрога и присутност полно преносивих инфекција.

Од укупног броја, сексуалне односе је имало 514 или 94,6% испитаника. Просечне године ступања у сексуалне односе су  $17,0 \pm 2,7$  година, док је просечан број партнера које су испитаници имали у протеклих годину дана био  $2,6 \pm 2,8$ .

Забрињава чињеница да више од трећине испитаника (35,4%), није користило кондом приликом сексуалних односа са случајним партнером. Током протекле

године кондом при сексуалном односу никада није користило 29,7% испитаника, понекада га је користило 25,3%, често њих 16,0%. Кондом је увек користило 29,0% испитаника. Податак да је свега 29,0% испитаника увек користило кондом приликом сексуалних контаката са случајним партнером указује на неодговорно понашање поморца. Учесници истраживања спроведених раније међу поморцима у Црној Гори су много више користили кондом [88,103], приликом сексуалних контаката са случајним партнерима. У истраживању спроведеном 2008. године кондом при сексуалном контакту са случајним партнерима је користило 47,5% испитаника, док је по резултатима истраживања спроведеног 2013. године кондом приликом секса са случајним партнерима користило 42% испитаника. Охрабрује податак да је свега 18,7 испитаника имало сексуални контакт са случајним партнером. У односу на резултате из претходних истраживања то је више него двоструко мање где је сексуални контакт са случајним партнером имало 47% испитаника (2008.) односно 37,4% испитаника (2013.) [88, 103].

Употреба кондома је мера присутности ризичног понашања и обично се користи у истраживањима у којима се испитује информисаност, ставови и понашање. Смањење употребе кондома приликом сексуалних контаката са случајним партнерима је неочекивано. Најчешћи разлог због чега, при сексуалном односу нису користили кондом, је тај што испитаници не воле секс са кондомом, њих 48,2%. Са тврдњом испитаника да употреба кондома нарушава спонтаност сексуалног чина, 29,2% испитаника се углавном слаже, а 19,4% испитаника се у потпуности слаже.

Ставови испитаника у вези са употребом кондома, упркос превентивним програмима и едукативним кампањама које су спровођене током последњих година међу поморцима, се нису много променили. Више од трећине испитаника сматра да кондоми не пружају поуздану заштиту од ХИВ/АИДС-а, док више од половине испитаника сматра да су особе које користе кондом веома одговорне. Половина испитаника сматра да кондоми уништавају спонтаност сексуалног чина, док више од трећине сматра да стављање кондома ствара проблеме са ерекцијом.

У истраживањима у којима се испитује сексуално понашање немогуће је избећи одређен ниво пристрасности. Наиме поузданост пријављеног обрасца

сексуалног понашања подложна је ефекту „друштвене пожељности“ који резултира да се одговара у складу са друштвено пожељним вредностима. У срединама где се употреба кондома активно промовише, као што је случај у Црној Гори, испитаници могу да се осете обавезним да подрже претпостављена очекивања истраживача.

Друга врста пристрасности повезује се са присећањем, а тиче се времена и учесталости употребе. С обзиром да је циљ већине ХИВ превентивних интервенција да мотивише оне који су у повећаном ризику да користе кондом у свакој прилици, оно што треба проценити је систематска употреба. Да би се ипак олакшало присећање, постављено је питање о употреби кондома приликом последњег сексуалног односа.

Охрабрује податак да више од две трећине испитаника сматра да кондоми пружају поуздану заштиту од полно преносивих болести. Упркос томе, половина испитаника сматра да особе које предлажу употребу кондома често мењају сексуалне партнере и да је употреба кондома обавезна само приликом секса са проституткама и међу хомосексуалцима. Такође, охрабрује податак да већини испитаника не представља проблем куповина кондома у продавници или на киоску и да сматрају да знају да га правилно употребе и наговоре партнерку/ра да приликом сексуалног односа употребе кондом.

Сексуални однос у замену за новац, под дејством дроге или алкохола или уз уцену или присилу имало је нешто мање од трећине испитаника, њих 30,6%. Високо статистичка разлика постоји у односу на добне групе. Највише испитаника који су пружали сексуални однос у замену за новац, под дејством дроге или алкохола или уз уцену или присилу је било у добној групи 48-57 година, а затим у добној групи 38-47.

У истраживању је испитивано конзумирање алкохола као фактор који може индиректно утицати на појаву ризичног понашања. Полази се од претпоставке да под дејством алкохола долази до смањења инхибиција и губитка контроле што може резултирати небезбедним сексуалним контактом. Под дејством алкохола сексуалне односе имало 65,6% испитаника. Међу онима који су имали сексуалне односе под дејством алкохола, више од половине их је имало понекад, често 13,4%, а увек свега

1,7%. У односу на ниво радног места и образовање помораца нема статистички значајне разлике везано за сексуалне односе под дејством алкохола. Што се тиче сексуалних односа под дејством дрога, велика већина испитаника није имала сексуалне односе под њиховим дејством.

Ако наше резултате, испитивања повезаности употребе алкохола и појаве ризичног понашања у вези са ХИВ-ом, упоредимо са резултатима истраживања спроведеног у САД 2012. године међу припадницима војне популације, можемо видети да се злоупотреба алкохола и недозвољених средстава, повезује са непланираним и незаштићеним сексуалним активностима жена у војсци САД-а. Како се у акутном пијанству појачава и сексуална агресивност, чак 33% жена у војсци САД-а, и 31% у морнарици пријавило је нежељене сексуалне контакте. То је значајно више од женске популације САД-а у којој 6-7% пријављује ризична сексуална понашања после злоупотребе алкохола и недозвољених супстанци [139]. Ови подаци сматрају се непотпуним, јер је према подацима истраживања само 26% жена силованих током војне службе силовање и пријавило, а тек 31% затражило медицинску помоћ [140].

Резултати нашег истраживања показују да је на неку сексуалну активност било присиљено 4,6% помораца, док велика већина испитаника, њих 95,4% није никада било присиљено на неку сексуалну активност.

У нашем истраживању сваки пети испитаник је имао неку полно преносиву инфекцију, јер је потврдно на питање о постојању полно преносивих инфекција одговорио 121 испитаник. Заступљеност полно преносивих инфекција је била највећа у категорији испитаника који припадају управљачком нивоу (28,2%), док је свега 4,8% испитаника помоћног нивоа имало неку полно преносиву инфекцију. После полно преносиве инфекције, сексуално понашање променило је 80,1% испитаника.

Упоређујући наше резултате са резултатима епидемиолошких праћења ХИВ-а међу припадницима ваздухопловних јединица у војсци САД-а у периоду 1996-2011. године, очекивало би се да би најмања стопа инфекције могла бити у групи медицинских радника, припадника обавештајно-управних служби и техничке

службе, дакле најобразованијих и најинформисанијих слојева. Резултати су показали да упркос образовању и информисаности стопа није мања у припадника обавештајно-управних служби и техничке службе, док је у санитетској служби већа, с обзиром на професионални ризик исказан контактом са крвљу и телесним течностима оболелих и рањеника, као и на бројне трауме и хитне интервенције на терену [141].

У војној популацији уочене су разлике у факторима ризика између официрског кадра и војника. Заједничким факторима ризика могу се сматрати учестале промене зоне боравка и ангажовања, стажа, присуство других већих професионалних ризика због којих се често занемари ризик од ХИВ-а и ППИ-а, те дуготрајна одвојеност од породице и контакти са сексуалним радницима и локалним становништвом, нарочито у регионима високе стопе ХИВ-а. У популацији војника, коју одређује пре свега млађе животно доба, значајан фактор ризика су и коришћење алкохола и других супстанци које утичу на рационално расуђивање и доношење одговорних одлука. На другој страни, официрски чин, нарочито средњег ранга, представља важан фактор ризика, јер је повезан са већим степеном слободе и већим приходима, што директно утиче на број и врсту партнера, те је у неким војскама официрски чин важан фактор трансмисије и ширења ХИВ-а [142].

Студијом из 2010. године процењено је да 30% припадника Америчке војске учествовало у високо-ризичним сексуалним активностима које према критеријумима ЦДЦ захтевају годишњу контролу на ХИВ [143].

У случају да припадници војске или професионалних мигрантских група, нарочито оних из земаља са високим процентом ХИВ-позитивних, бораве у регионима са малом учесталашћу ХИВ инфекције и ступају у сексуалне контакте са локалним становништвом, постају додатни фактор ризика за трансмисију у региону. Едукација о сопственој одговорности за заштиту других лица стога је један од циљева едукације [144, 145 ].

У последњих годину дана највећи број испитаника сексуалне односе су имали са партнерима супротног пола. Када би сазнали да су инфицирани ХИВ-ом највише испитаника би ту информацију поделило са својим лекаром 37,2%, са брачним



другом/сталним партнером њих 28,0%, најбољем пријатељу би рекло њих 10,5%, док би се родитељима поверило 8,8%. Значајно смањење процента оних који би се у случају ХИВ инфекције поверили свом лекару указује на неповерење и све мању присутност уверења у тајност података у здравственом систему.

Савремено друштво, наглашавајући индивидуализам на глобалном нивоу, утиче на перцепцију ХИВ/АИДС-а као резултат личне неодговорности, што особе које живе са ХИВ-ом у очима других чини кривим за добијање инфекције. Традиционалне културолошке вредности у Црној Гори и религиозна уверења око сексуалности, такође, доприносе објашњењу присутности високог степена стигме и дискриминације везане за ХИВ/АИДС, што је потврђено и резултатима већине истраживања спроведеним последњих година [88, 103]

Резултати нашег истраживања по питању ставова испитаника према особама које живе са ХИВ-ом се много не разликују од резултата раније спроведених истраживања међу популацијама које су у повећаном ризику за преношење ХИВ-а [88, 103].

Људе оболеле од ХИВ/АИДС у карантин би сместило нешто више од четвртине испитаника (25,5%), док једна петина није сигурна шта треба урадити. Образовање и занимање (ниво радног места) помораца нису се показали као значајан фактор у односу на наведене тврдње.

Изнети ставови испитаника о особама које живе са ХИВ/АИДС-ом указују да још увек постоји недостатак тачних информација и адекватне едукације, јер више од трећине испитаника (42,2%), не би радило са особом која је инфицирана ХИВ-ом. Да деца оболела од ХИВ/АИДС-а не треба да иду у редовне школе сматра једна четвртина испитаника.

Већина испитаника, сматра да оболели од ХИВ/АИДС-а треба да имају права као и други болесници, док би особе инфициране ХИВ-ом, са свих радних места где могу доћи у контакт са другим људима, склонило више од трећине испитаника.

Да понашање према оболелим особама зависи од начина на који су се инфицирали ХИВ-ом сматра трећина испитаника, док није сигурна једна петина.

Велика већина испитаника (88,5%) сматра да оболелима треба омогућити сву доступну негу и лечење. Образовање и занимање помораца нису се показали као значајан фактор у односу на наведене тврдње.

Скоро половина испитаника тврди да не би обедовала са особом која је инфицирана ХИВ-ом, а у скоро истом проценту испитаници су изјавили да се не би дружили са особом инфицираном ХИВ-ом. Претходна едукација о људској сексуалности се није показала као фактор од утицаја на прихватање испитаника да раде, обедују и друже се са особом која је инфицирана ХИВ-ом.

Како би се заштитили од ХИВ-а нешто више од половине испитаника (52,3%) не би ништа мењали у свом понашању. Међу онима који би нешто мењали од њих 259, највише је оних који би избегавали упражњавање секса са непознатим особама (27,2%). Редовно би користило кондом њих 23,1%, број партнера би смањило њих 13,5%, док би остали мењали два до четири различита начина понашања.

Посебно забрињава став да особе инфициране ХИВ-ом не треба да плове, како се изјаснило 41,7% испитаника, док није сигурно 28,1%.

Од стране послодаваца, последњих година се доста често поставља питање радне способности помораца који су инфицирани ХИВ-ом, посебно помораца на дугој пловидби. Иако је инфекција ХИВ-ом доживотна и не може се излечити, правовремена примена нових лекова и медицинских поступака омогућава одржавање инфициране особе у добром здравственом стању и физичкој кондицији.

Често се поставља и питање ангажовања војника инфицираних ХИВ-ом. Ставови о ангажовању ХИВ-позитивних особа различити су у војскама света. У неким војскама је на снази рестрикција ангажовања ХИВ-позитивних особа, у неким се сматра да рестрикција није медицински оправдана, док у неким, најчешће војскама Афричких земаља у којима је висок проценат позитивних, због очувања борбене готовости, није могуће увести рестрикцију, те је ангажовање ХИВ-позитивних особа, дозвољено [146].

Међународна организација рада (ILO), донела је 2001. године Кодекс о ХИВ/АИДС- на радном месту [147]. У кодексу, ILO указује на потребу сталнога

дијалога међу земљама чланицама, али и дијалога између државе, послодавца и синдиката у заштити права радника зараженог ХИВ-ом. Основно начело Кодекса јесте заштита људских и радних права особа заражених вирусом ХИВ-а.

ХИВ/АИДС представља у правом смислу речи глобални феномен који се показао неосетљивим на географске, националне, културолошке и социјалне границе. Ипак, ризик за преношење ХИВ-а се налази на индивидуалном нивоу и највећим делом зависи од воље појединца и неодговорног понашања које за последицу има преношење ХИВ-а. Откривање и разумевање детерминанти ризичног понашања са циљем подстицања сигурног понашања на индивидуалном нивоу треба да буде крајњи циљ превентивних интервенција, посебно међу популацијама које су повећаном ризику за преношење инфекције ХИВ-ом.

Потврда снажне повезаности између изложености ризику од ХИВ/АИДС-а и других полно преносивих инфекција са неодговорним сексуалним понашањем условљеним недовољном информисаношћу, захтева фокусирање здравствених система на превентивне механизме који ће подстицати промене у сексуалном понашању и директно утицати на смањење ризика за преношење ових инфекција.

---

## **6. ЗАКЉУЧЦИ**

---

1. Поморци у Црној Гори изложени су повећаном ризику за настанак инфекције ХИВ-ом и другим полно преносивим инфекцијама који је условљен још увек недовољном информисаношћу о њима и неадекватном употребом кондома.
2. Информисаност помораца у односу на претходни период је унапређена и на то су позитивно утицали:
  - доступност информација у медијима,
  - већа доступност информативних материјала на бродовима и у саветовалиштима за поморце и ДПСТ и
  - институционална и ванституционална едукација о овој теми.
3. Боља информисаност утицала је позитивно на промене у ризичном сексуалном понашању које се огледају пре свега у избегавању сексуалних односа са случајним партнерима.
4. Боља информисаност је утицала на повећање позитивних ставова о употреби кондома, али не и на њихову редовну употребу.
5. Боља информисаност утицала је позитивно на однос према особама инфицираним ХИВ-ом и оболелим од АИДС-а у сегменту пружања лечења и неге, али не и на рад и дружење са њима.
6. Превентивни програми међу поморцима, који чине саставни део стратешког одговара Црне Горе на ХИВ инфекцију, фокусирани на континуитет у едукацији на ову тему и промоцију употребе кондома кроз јавно здравствене интервенције којима ће се повећати и њихова доступност, могу допринети смањењу ризичних понашања и променама у навикама и ставовима помораца.

---

## **7. ЛИТЕРАТУРА**

---

1. Министарство здравља Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије (GFATM) и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд, Национална канцеларија за HIV/AIDS; 2010.п.73.
2. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia. Los Angeles: MMWR Morb Mortal Wekly Rep 1981;30(21):250-2.
3. LaroumT, Tighiouart B, Reimi M. Agent-Based Modelling Applied to 5D Model of the HIV Infection. Journal of Information and Organizational Sciences (2016);40(2):185-201.
4. WHO. Global epidemiology. Geneve: WHO-HIV Department; 2015. Dostupno na: <http://www.who.int>
5. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016; UNAIDS 2016. Dostupno na: <https://aidsreportingtool.unaids.org/static/docs>
6. Илић Д. Јавно-здравствени систем и превенција HIV инфекције код сексуалних радница. (Докторска дисертација), Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012:15.
7. Лakošeljac D, Margan Gјenero I, Kolarić B, et al. Sexually Transmitted Diseases as a Risk for Acquiring HIV Infection among the Population of Men Who Have Sex with Men – A Case-Control Study. Coll. Antropol. 2015; 39(3) :729–734.
8. Essex ME. Origin of Aquired immunodeficiency syndrome. In: DeVita V, Hellman S, Rosemberg SA. (eds). AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. (Fourth Edition). Philadelphia: Lippincott-Raven;1997: 3-14.
9. Јevtović Đ. Да ли 30 година касније назиремо светлост на крају тунела? HIV билтен 2012: 47- 48. ISSN 2217-9984

10. Paunić Mila. Uticaj dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV na promene u znanju, stavovima i ponašanju. (Doktorska disertacija). Beograd, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2014:15;4.
11. Cvetković-Jović N, Anđelković V. Paunić M, Ilić D. Savetovanje i HIV testiranje. Beograd: IAN, Međunarodna mreža pomoći; 2007. p. 12.
12. Kolarić B. Druga generacija nadzora nad HIV infekcijom-seroprevalencija u grupama s povećanim rizikom. (Doktorska disertacija). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Zagreb, 2007; 12.
13. O povijesti bolesti koja godišnje odnese dva milijuna života-Svetski dan borbe protiv AIDS-a. Decembar 2014. Dostupno na: [http:// www.alfa.portal.com](http://www.alfa.portal.com)
14. Jureša V, Posavec M, Musil V, Petrović D. (2009). Borba protiv neznanja i predrasuda o spolno prenosivim bolestima: znanje i stavovi učenika i profesora srednjih škola o HIV/AIDS-u. *Medicus*, 18(1\_Spolno prenosive b.); 89-93.
15. Visser MJ, Makin JD, Lenobuy K. Stigmatizing Attitudes of the Community Towards People Living With HIV/AIDS. *Journal of Community&Applied Social Psihology*, 2006;16.
16. Labović I, Mugoša B, Strahinja R, Terzić N. Znanje i stavovi opšte populacije u vezi sa HIV/AIDS-om u Crnoj Gori. Institut za javno zdravlje, Podgorica. 2009;14.
17. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS ). Report of the Second meeting of the programme coordinating board of UNAIDS, Geneva, 1995. Dostupno na: <http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb>
18. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV, 2011; 4. Dostupno na: [http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/20110518\\_](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_)
19. Syed Imran Ahmed, Mohamed Azmi Hassali and Noorizan Abdul Aziz. An assessment of the knowledge, attitudes, and risk perceptions of pharmacy students regarding HIV/AIDS *American journal of pharmaceutical education*, 2009.73(1);15.



20. UNAIDS. UNAIDS World AIDS day report 2012 [Internet]. Geneva: UNAIDS, 2012. Dostupno na:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434\\_WorldAIDSday\\_results\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf)
21. Horton Richard, Pam Das. Putting prevention at the fore front of HIV/AIDS. The Lancet, Vol. 372, No. 9637. 2008;421-422. Dostupno na:  
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60882-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60882-X/fulltext)
22. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data, 2017. Dostupno na:  
<http://www.who.int/gho/hiv/en>
23. Anđelić Đ, Vasić B, Žerjav S, et al. HIV infekcija: priručnik za lekare. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; Beograd, 2007.
24. Gallo RC, Montagnier L. The chronology of AIDS research. Nature 1987; 326 (6112): 435-6.
25. Cvetković-Jović N, Anđelković V, Paunić M, Ilić D. Savetovanje i HIV testiranje: Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i HIV testiranju. IAN, Međunarodna mreža pomoći. Beograd, 2007;12.
26. Ilić Dragan, Paunić Mila. Priručnik za DPST-za savetnike i trenere savetnika. Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata. Beograd, 2006;14.
27. HIV infekcija. Priručnik za lekare. Institut za javno zdravlje Srbije, Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS. Beograd, 2007; 8.
28. Šiljić Marina. Filogenetska analiza i molekularna karakterizacija virusa humane imunodeficijencije u Srbiji (Doktorska disertacija). Medicinski fakultet u Beogradu, 2017.
29. Jevtović Đorđe. Prognoistički značaj pojedinih oportunističkih infekcija za razvoj HIV bolesti. (Doktorska disertacija). Beograd, Medicinski fakultet u Beogradu, 1992;13.

30. Đurić Predrag, Ilić Svetlana. HIV i zdravstveni radnici. Novosadski humanitarni centar, 2007; Imunodeficijencije. Infektološki glasnik, 25 (2); 57-67.
31. Vuksanović Petar. Savremeni aspekti dezinfekcije kod virusnih infekcija sa posebnim osvrtom na HIV. Medicinski centar Bar, Jugoslavija. Medikal center for Seamen (WHO) Hamburg –W. Germany, 1991.
32. Skitarelić Neven. Kliničke manifestacije infekcije uzrokovane virusom humane imunodeficijencije (HIV) u otorinolaringologiji, 2007. Medica Jadertina, 36(3-4), 105-112.
33. Del Dio C., Curran JW. Epidemiology and Prevention of Acquired Immunodeficiency Sndrome and Human Immunodeficiency Virus Infection. 2000; 1340-1368.
34. Bassioni Stamenić F, Baroš S, Čalkić Z, et al. Živeti sa HIV-om. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS. Beograd, 2006.
35. Pilav Aida i saradnici. Smjernice za upućivanje trudnica na HIV testiranje. Udruženje PROI; Sarajevo 2012;6.
36. Jevtović Đorđe. Početni pristup i dalji tretman pacijenta sa infekcijom virusom humane imunodeficijencije. Acta Clinika, 2001;1:11-16.
37. Paunić M, Bojanić J, Čalkić L, et al. “Vodič za dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV“. UNICEF Bosna i Hercegovina. Sarajevo, 2009;47.
38. Bernard M. Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection Centers for Disease Control and Prevention Centers for Disease Control and Prevention and Association of Public Health Laboratories. Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection, 2014. Updated Recommendations. Dostupno na:<http://dx.doi.org/10.15620/cdc23447>
39. Najčešća pitanja i najvažnije informacije o HIV infekciji i AIDS-u. Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, 2016. Dostupno na:<http://zzzsbg.rs/rs>

40. WHO. Fact sheet on HIV/AIDS. Dostupno na: <http://www.who.int/features/qa/71/en/>
41. Biočina-Lukenda D, Blažić-Potočki Z, Lukenda J, Potočki-Karačić T. HIV infection, as Opposed to Antiretroviral Therapy, Does not Cause Changes in the Concentration Levels of Specific Salivary Elektrolytes. Collegium antropologicum, 2009. 33(1), 93-97.
42. Ranin J. Tretman oportunističkih infekcija kod pacijenata sa AIDS-om. Am J Trop Med Hyg 1996; 55: 1-11. Dostupno na: [www.medfak.ni.ac.rs/acta%20facultatis/Acta6/AFMN6X8X.html](http://www.medfak.ni.ac.rs/acta%20facultatis/Acta6/AFMN6X8X.html)
43. Puljiz, I, Begovac J. Tuberculosis in HIV-Infected Patients in Croatia between 1986 and 2005. Collegium antropologicum, 2006, 30 –Supplement 2(2), 53-58.
44. Jevtović Đ, Radosavljević-Ašić G, Dragović-Lukić G. HIV/AIDS-lečenje. HIV/AIDS lečenje tuberkuloze i HIV koinfekcije, poglavlje 4. Klinički protokol za evropski region SZO. Ministarstvo zdravlja Srbije, Beograd 2011;6.
45. Mihanović Perović M, Begovac J, Višković K, Puljiz I. Tuberkuloza u osoba zaraženih HIV-om. Infektološki glasnik 33:2, 79-89 (2013).
46. Salemović Dubravka. Spektar kliničkih manifestacija infekcije Virusom Humane Imunodeficijencije. ACTA. FAC. MED. NAISS. 1999;16 (2), 81-88.
47. Rafanelli D, Šalamon A, Maretić T et al. Zaraza virusom humane imundeficijencije i tuberkuloza crijeva: prikaz bolesnika. Infektološki glasnik, (2005). 25(1), 11-15.
48. Grunfeld C, Delaney JA, Wanke C et al. Preclinical atherosclerosis due to HIV infection: carotid intima-medial thickness measurements from the FRAM study. AIDS 2009 Sep 10;23(14):1841–9.
49. Petrosillo N, Cicalini S, Čivljak R. Kardivaskuarni sistem i infekcija virusom humane imunodeficije. Infektološki glasnik, 2005. 25 (2), 57-67.

50. Visković K, Krolo I, Brnić Z, et al. Uloga mjerenja debljine intime-medije te „echo-tracking“ u dijagnostici pretkliničke ateroskleroze karotidnih arterija u HIV zaraženih bolesnika. *Infektološki glasnik*, 2010;35-41.
51. Skitarelić Neven. Kliničke manifestacije infekcije uzrokovane virusom humane imunodeficijencije u otorinolaringologiji. *Medica Jadertina*, 2007; 36 (3-4), 105-112.
52. What Is Kaposi Sarcoma? About Kaposi sarcoma. American Cancer Society: Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/kaposi-sarcoma/about/what-is-kaposi-sarcoma.html>
53. Latković M. Kako prepoznati pacijenta zaraženog HIV-om u stomatološkoj ordinaciji. *Stom Glas S*, vol. 54.2007;49.
54. Korać M. Oportunistički tumori kod obolelih od Sindroma stečene imunodeficijencije. *Acta Clinica* 2001; (1):1:92-112.
55. Stojanovski J. Stojanović M. Petrović B. Mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji. GIP Ekspertski centar za mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji. Beograd, 2007;23.
56. Cvetković-Jović N, Ilić D, Paunić M. HIV/AIDS i pozitivna prevencija. Ministarstvo zdravlja Srbije, Beograd 2010; 5.
57. Crevar S, Malešević S. Uvod u antiretrovirusnu terapiju. JAZAS. Beograd, 2009; 5.
58. Lange JM, Ananworanich J. The discovery and development of antiretroviral agents. *Antivir Ther.* 2014;19 Suppl 3:5-14.
59. Anđelković M, Buha A, Vukomanović P, Matović V. Bezbednost primene lekova koji se koriste u terapiji HIV infekcije. *Arh.farm.* 2016;66: 161 – 173.
60. Adžić Svjetlana i saradnici. Kliničke vodilje za tretman HIV/AIDS-a u Bosni i Hercegovini. Udruženje „Partnerstvo za zdravlje“. Sarajevo, 2016;17.
61. Williams PL. The UK register of HIV seroconverters: methods and analytical issues. UK register of HIV seroconverters (UKRHS) Steering Committee. *Epidemiol Infect.* 1996 Oct;117(2):305-12.

62. Đokić M. Savremena antiretrovirusna terapija. *Vojnosanitetski pregled*, 2002; 59(4): 417–422. UDC: 615.281.7: 616.988–097.3
63. Amirkhanian Y. A, Tiunov D. V, Kelly J. A. Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases among adolescents in St. Petersburg, Russia. *Fam Plann Perspect* 2008; 33: 106-12.
64. WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on preexposure prophylaxis for HIV. 2015. Dostupno na:  
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
65. UNAIDS. Fact Sheet July Y 2017. Dostupno na:  
<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
66. Vlada Crne Gore. Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a 2015-2020. Podgorica, 2015; 37.
67. Institut za javno zdravlje Crne Gore. Godišnji izvještaj o HIV/AIDS-u u Crnoj Gori za 2015. godinu. Podgorica 2016;14.
68. Mulić R, Kovačević G, Vidan P. HIV/AIDS infekcija među hrvatskim pomorcima i matematički modeli širenja i suzbijanja infekcije. In: *Zbornik radova Treće međunarodna konferencija o pomorskoj znanosti*; 2011, maj 20-21. Split, Hrvatska: Hrvatski hidrografski institut, Fakultet pomorstva. 2011. p. 263-273.
69. Trepka MJ, Kim S. Prevalence of human immunodeficiency virus testing and high-risk human immunodeficiency virus behavior among 18 to 22 year-old students and nonstudents: results of the National Survey of Family Growth. *Sex Transm Dis*. 2010 Oct;37(10): 653-9.
70. Palenkić Anamarija. Diplomski rad: Zdravstveni nadzor radnika migranata. Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet, 2014;11.
71. Knežević B, Šarić I, Krišto D. Zdravstveni rizici radnika migranata. In: *Zbornik radova III Međunarodnog stručno-znanstveni skupa „Zaštita na radu i zaštita zdravlja“*, Zadar 2010. Sept. 20-25. Zadar: Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu; 2010. p. 11.

72. Štulhofer A. Informiranost o HIV/AIDS-u, stavovi i seksualno ponašanje radnika migranata u republici Hrvatskoj. Međunarodna organizacija za migracije. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2004; 9-11; 13.
73. Štulhofer A, Brouillard P, Nikolić N, Grejner N. HIV/AIDS and Croatian Migrant Workers. Coll. Antropol, 30, 2006: 2; 105-114.
74. Knežević B, Zahariev K, Vukšinić A, et al. Prevencija HIV/AIDS-a u populaciji radnika migranata. SIGURNOST, 2012: 54 (4); 383 – 388.
75. Anderson J, Melville R, Jeffries DJ et al. Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland: the study group for the MRC collaborative study of HIV infection in women. AIDS 10 (1996); 89-93.
76. UNAIDS. Uniformed Services Programming Guide. A guide to HIV/AIDS/STI programming options for uniformed services. UNAIDS/03.33E, Geneva, Switzerland, 2003.
77. Laguna-Torres VA, Aguayo N, Aguilar G et al. HIV infection and high-risk behaviours in a Paraguayan military population. Int J STD AIDS. 2014 Oct;25(12):866-77. doi: 10.1177/0956462414523741. Epub 2014 Mar 4.
78. UNAIDS. On the front line: a review of policies and programmes to address HIV/AIDS among peacekeepers and uniformed services. UNAIDS/03.44E, UNAIDS office on AIDS, Security and Humanitarian Response, Copenhagen, Denmark, 2003.
79. Greiner N, Knežević B, Mustajbegović J, Zavalčić M. HIV/AIDS priručnik umedicini rada i sporta. Međunarodna organizacija za migracije (IOM). 2006;31;35.
80. Bubaš M, Knežević B, Krišto D et al. (2013). Utjecaj životnih i radnih uvjeta radnika migranata. Sigurnost, časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini, 55(4):333–339.
81. Mulić R, Ropac D, Gjenero-Margan M, Mulić M. Ponašanje i znanje hrvatskih pomoraca i studenata pomorstva o spolno prenosivim bolestima. Pomorski fakultet, Split, 2004. DRUŠ: ISTRAŽ: Zagreb, br. 6 (74);1143-1158.

82. Vuksanović P, Vraneš-Grujičić M, Andrić M. Informisanost pomoraca anketiranih u Baru o problemima AIDS-a. Dom zdravlja Bar. Simpozij o znanju i edukaciji pomoraca o AIDS-u, Rijeka, 20-21.11.1990;20.
83. Vuksanović P. et al. Seamen and AIDS. *Travel medicine International* 6, 1988.118-20.
84. Štulhofer A, Brouillard P, Nikolić N, Greiner N. HIV/AIDS and Croatian Migrant Workers. *Collegium Antropologicum*, 2006. 30 (Suppl. 2):105-114.
85. Mugoša B, Backović A, Jovićević Lj, et al. Brza procjena i odgovor u odnosu na HIV/AIDS kod posebno osjetljivih grupa mladih ljudi u Crnoj Gori (muškarci koji imaju seks sa muškarcima i komercijalni seksualni radnici/ce. Institut za javno zdravlje. (RAR 2006);13.
86. Vuksanović P. Najčešće bolesti pomoraca. 1979. Pomorska biblioteka, sveska 30.
87. Vuksanović P. Uticaj savremene plovidbe na struktu morbiditeta jugoslovenskih pomoraca (Doktorska disertacija). Univerzitet u Sarajevu, Medicinski fakultet, 1981:88-89.
88. Mugoša B, Laušević D, Labović I et al. Istraživanje znanja, stavova i ponašanja u odnosu na HIV/AIDS u populaciji pomoraca u Crnoj Gori. Institut za javno zdravlje, Podgorica, 2013.
89. Hansen H-L et al. 1994. HIV infection among sefarers in Denmark. *Scand. J Inf. Dis.*, 20:pp. 27-31.
90. Oldenburg M, Baur X, Schlaich C. Occupational risksand challenges of seafaring; *JoccupHealth*. Hamburg, 2010;52(5):249-56.
91. Van Damme J, Van Damme P. 1989. Incidence of HIV in seafarers population. Consensus statement from the consultation on AIDS and seafarers, Geneva. WHO Global programe on AIDS 1989, pp 1-3.

92. Mujeeb S. A, Hafeez A. 1993. Prevalence and pattern of HIV infection in Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 43 (1). Pp. 2-4.
93. Syed Q. et al 1997. International transmission of HIV and Hepatitis B: A study of sailors visiting Liverpool maritime port. A report the sexual Health & environmental Epidemiology unit. University of Liverpool. 1997. pp. 6
94. Sesar Ž, 1998. Epidemiološko istraživanje infekcije HIV-om u naših i stranih pomoraca duge plovidbe. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 1998.
95. Acaroglu R. Knowledge and attitudes of mariners about AIDS in Turkey. Istanbul University, Florence Nightingale College of Nursing, Istanbul, Turkey. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007 Jan-Feb;18(1):48-55.
96. Grappasonni P. Paci F, Mazzucchi F. Amenta. Survey on HIV risk perception and sexual behaviours among seafarers. Centro di Ricerche Cliniche, Telemedicina e Telefarmacia, Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute; Università di Camerino FINAVAL SpA Rome; Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), Rome; *Int Marit Health* 2011; 62, 2: 131–137.
97. Montenegro Letter 2012. Dostupno na: <http://www.plovidba.me>.
98. Republička komisija za AIDS u Ministarstvu zdravlja Crne Gore. Analiza situacije i odgovora. Podgorica 2004;18.
99. Institut za javno zdravlje. Godišnji izvještaj o HIV/AIDS-u u Crnoj Gori za 2008. godinu. Podgorica, 2009; 13.
100. Institut za javno zdravlje Crne Gore. Godišnji izvještaj o HIV/AIDS-u u Crnoj Gori za 2016. godinu. Podgorica 2017;14.
101. Strategija i Akcioni plan prevencije prenošenja HIV infekcije sa majke na dijete. Institut za javno zdravlje. Podgorica, 2009;8.
102. Republika Crna Gora. HIV/AIDS u Crnoj Gori-Analiza situacije i odgovora. Podgorica 2004;5.



103. Mugoša B, Jovićeвић Lj, Terzić N, et al. Institut za javno zdravlje. Brza procena i odgovor u odnosu na HIV/AIDS kod posebno osetljivih grupa mladih ljudi u Crnoj Gori. Podgorica, 2002; 82.
104. Mugoša B, Backović A, Marjanović A, et al. Brza procjena i odgovor u odnosu na HIV/AIDS kod posebno osjetljivih grupa mladih ljudi u Crnoj Gori (muškarci koji imaju seks sa muškarcima i komercijalni seksualni radnici/ce). UNICEF i Institut za javno zdravlje. Podgorica, 2008. ISBN 978-86-85557-07-1
105. Vlada Republike Crne Gore. Strategija borbe protiv HIV/AIDS-a u Crnoj Gori (2005-2009.). Podgorica 2005;14-15.
106. Vlada Crne Gore. Nacionalni strateški odgovor na HIV/AIDS u Crnoj Gori 2010-2014. Podgorica 2010;17. Dostupno na:<http://www.infomladi.me>
107. Crnogorska HIV fondacija. HIV/AIDS u zakonodavstvu Crne Gore. Akcija za ljudska prava. Podgorica 2012;5.
108. World Health Organisation. Global Health Observatory resources. Dostupno na: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>
109. WORLD AIDS DAY 2015. AIDS by the numbers 2015. Dostupno na: [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
110. World Health Organisation. Media centre. HIV/AIDS, Fact sheets. Updated July 2017. Dostupno na:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
111. UNAIDS. UNAIDS point of view. Geneva: UNAIDS, 2002. Dostupno na: [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf)
112. Vlada Crne Gore, Ministarstvo saobraćaja i pomorstva. Pravilnik o zvanjima i uslovima za sticanje zvanja i izdavanje ovlašćenja za članove posade pomorskih brodova (Službeni list Crne Gore 51/15 od 10.09.2015. god.)

113. Laušević D, Mugoša B, Vratnica Z, et al. Istraživanje o rizičnom ponašanju u vezi sa HIV/AIDS-om, HBV i HCV među intravenskim korisnicima droga u Crnoj Gori u 2011. godini. Institut za javno zdravlje, Podgorica 2011.
114. Mugoša B, Laušević D, Vratnica Z, et al. Istraživanje znanja, stavova i ponašanja u odnosu na HIV/AIDS u populaciji muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima. Institut za javno zdravlje, Podgorica, 2014.
115. Mugoša B, Laušević D, Vratnica Z, et al. Rizično ponašanje i prevalencija HIV-a među seksualnim radnicama u Podgorici i drugim gradovima Crne Gore u 2015. godini. Podgorica, 2015.
116. Mugoša B, Laušević D, Vratnica Z, et al. Istraživanje znanja, stavova i ponašanja u odnosu na HIV/AIDS u populaciji zatvorenika u Crnoj Gori. Institut za javno zdravlje. Podgorica, 2012.
117. Ljaljević A, Mugoša B, Terzić N, Labović I. Istraživanje znanja, stavova i ponašanja u odnosu na HIV/AIDS u populaciji mladih Roma i Egipćana u Crnoj Gori. Institut za javno zdravlje. Podgorica, 2013.
118. UNAIDS.UNAIDS Spoint of view. Geneva: UNAIDS, 2002. Доступно на:[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf)
119. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, Switzerland, 2016. Доступно на:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1)
120. Gruber F, Jonjić A. Učestalost spolnih bolesti kod pomoraca. U:M. Malivuk (ur.). Pomorska medicina IV, Beograd. Pomorska biblioteka, 36: 383-387.
121. Vuksanović P. (1987). SIDA i pomorci. U:M Malivuk (ur) Pomorska medicina IV. Beograd, Pomorska biblioteka, 36: 401-407.
122. Mulić R, Vidan P, Poljak N. HIV Infection among seafarers in Croatia. Int Marit Health 2010; 61; 4: 209–214) ISSN 1641–9251

123. UNAIDS. UNAIDS point of view. Geneva: UNAIDS; 2002. Dostupno na: [http://data.unaids.org/Publications/IRCpub05/militarypv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRCpub05/militarypv_en.pdf)
124. Levin LI, Peterman TA, Renzullo PO, Lasley-Bibbs V, Shu XO, Brundage JF, et al. HIV-1 seroconversion and risk behaviors among young men in the US army. The Seroconversion Risk Factor Study Group. *Am J Public Health* 1995; 85(11): 1500–6
125. JadraninŽ, Dedić G, Vaughan F, Grillo M, Šuljagić V. The impact of an educational film on promoting knowledge and attitudes toward HIV and soldiers of the Serbian Armed Forces. *Military medical review* 2015; 72 (7): 569-575
126. Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016; UNAIDS 2016.
127. JovićevićLj, Labović I, Terzić N, et al. Znanje o HIV/AIDS-u i drugim polno prenosivim infekcijama među turističkim radnicima u Crnoj Gori. *Medical Journal of Montenegro*, Vol 1, 2013. doi:10.5937/cma1-2827
128. Tajudeen L, Pengpid S, Peltzer K. HIV Knowledge, Attitudes, and Sexual Behaviour among Tourism Workers in Gauteng Province, South Africa. *J Hum Ecol* 2011;36:103-110.
129. JadraninZ, Šuljagić V, Todorović V, Trkuljić M, Vucetić D. Zastupljenost rizičnog ponašanja za HIV/AIDS i druge seksualno prenosive infekcije u vojnoj populaciji Srbije. *Vojnosanitetski Pregled* 2012; 69(1):43-48. Dostupno na: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0042-8450/2012/0042-84501201043J.pdf>
130. Buklijaš B, Bilić A. Međunarodno radno pravo (uz poseban osvrt na Međunarodnu organizaciju rada), Split, 2006;109.
131. Faye Aet al. Knowledge and attitudes of Senegalese sailors about HIV/AIDS. *Int Marit Health* 2013;64,3:148-153
132. Samuels F, Sultana M.M, Chakraborty S. Bangladeshi sailors-characteristics, working conditions and HIV and AIDS – related vulnerabilities. Project Briefing.No 82;July 2013.

133. Efunshilee AM et al. Knowledge, attitude and practice of the trainer seafarers to HIV/AIDS and Sti At Apapa Seaport, Lagos. American Journal of Clinical and Experimental Microbiology. AJCEM/200709/2715. AFR:CIN:MICROBIOL.8(2):94-100.
134. Rezolucija Generalne skupštine UN. Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima. 2200A (XXI), decembar 1966.
135. Generalna Skupština UN. Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima. 1948.
136. Goyal V, Mattocks KM, Sadler AG. High-Risk Behavior and Sexually Transmitted Infections Among U.S. Active Duty Service women and Veterans. J Women's Health (2012); 21(11): 1155-1169.
137. Duke MR, Ames GM. Challenges of contraceptive use and pregnancy prevention among women in the US Navy. QualHealthRes 2008; 18:244-253
138. UNAIDS. Uniformed Services Programming Guide. A guide to HIV/AIDS/STI programming options for uniformed services. UNAIDS/03.33E, Geneva, Switzerland, 2003.
139. Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Syrop CH, Torner JC, Booth BM. Military service, life span sexual assault exposure, and cervical cytologic abnormalities. J Womens Health 2011; 20:1693-1701.
140. Goyal V, Mattocks KM, Sadler AG. High-Risk Behavior and Sexually Transmitted Infections Among U.S. Active Duty Service women and Veterans. J Women's Health (2012); 21(11): 1155-1169.
141. Hakre S, Mydlarz DG, Dawson P, Danaher PJ, Gould PL, Witkop CT, Michael NL, Pe e SA, Scott PT. Epidemiology of HIV among US Air Force Military Personnel, 1996–2011. PLOS ONE|DOI:10.1371/journal.pone.01267000 May 11, 2015.
142. Laguna-Torres VA, Aguayo N, Aguilar G et al. HIV infection and high-risk behaviours in a Paraguayan military population. Int J STD AIDS. 2014 Oct;25(12): 866-77.

143. RAND corporation (2010). Sexual orientation and US military personnel policy. An update of RAND s 1993 study.
144. UNAIDS. Uniformed Services Programming Guide. A guide to HIV/AIDS/STI programming options for uniformed services. UNAIDS/03.33E, Geneva, Switzerland, 2003.
145. Jadranin Z, Šuljagić V, Todorović V, Trkuljić M, Vucetić D. Zastupljenost rizičnog ponašanja za HIV/AIDS i druge seksualno prenosive infekcije u vojnoj populaciji Srbije. *Vojnosanitetski Pregled*, 2012; 69(1):43-48.
146. UNAIDS. Uniformed Services Programming Guide. A guide to HIV/AIDS/STI programming options for uniformed services. UNAIDS/03.33E, Geneva, Switzerland, 2003.
147. International Labour Office. An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. Geneva, 2001.

---

## **8. ПРИЛОЗИ**

---

### **ПРИЛОГ 1**

**УПИТНИК ЗА ПОМОРЦЕ**

**Поштовани,**

**Овим упитником желимо да испитамо информисаност, ставове и сексуално понашање помораца у Црној Гори у вези са ХИВ/АИДС-ом и другим полно преносивим инфекцијама.**

**Резултати добијени овом студијом послужиће за креирање делотворних и ефикасних програма за едукацију помораца и превенцију ширења ХИВ/АИДС-а и других полно преносивих инфекција међу поморцима.**

**За испуњавање овог упитника потребно Вам је око 20 минута.**

**ИСПУЊАВАЊЕ УПИТНИКА ЈЕ АНОНИМНО !**

**Молимо Вас да на СВА питања одговорите искрено и попуните упитник у потпуности.**

Број упитника

Датум испуњавања упитника

Шифра испитаника

Место становања испитаника

**1. Пол**

1. Мушки

2. Женски

**2. Године старости** \_\_\_\_\_

**3. Заокружите број завршених разреда/година школовања:**

1. Основна школа      1 2 3 4 5 6 7 8,
2. Средња школа      1 2 3 4,
3. Виша школа /факултет      1 2 3 4 5 6,
4. Друго (наведите)      \_\_\_\_\_.

**4. Брачни статус:**

1. Неудата/неожењен,
2. Удата/ожењен,
3. Живим с партнером/партнерком, али нисмо у браку,
4. Разведена/разведен,
5. Нешто друго (наведите шта): \_\_\_\_\_

**5. Којој од следећих категорија припадате:**

1. Официр (палубе и машине),
2. Приправници (кадети и асистенти машине),
3. Чланови посаде (палубе и машине)
4. Бело особље (кувари, конобари, стјуарди/стјуардесе ...),
5. Студенти и ученици на пракси
6. Друго (навести) -----

**6. Колико дуго сте поморац (наведите број година проведених на пловидби)**

\_\_\_\_\_

**7. Колико дуго, због пловидбе, у току године одсуствујете од куће?**

1. Мање од три мјесеца
2. Три до шест мјесеци
3. Седам до десет мјесеци
4. Дуже од десет мјесеци



**Сада ћемо Вам поставити неколико питања везаних за информисаност о ХИВ/АИДС-у и осталим полно преносивим инфекцијама.**

**8. Где најчешће добијате информације о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама?**

1. У медијима,
2. У породици,
3. У школи/на факултету,
4. На броду,
5. У савјетовалишту за ХИВ/АИДС,
6. Од пријатеља / од вршњака,
7. Друго ( наведите )

**9. Да ли у вашем граду постоји Саветовалиште за ХИВ/АИДС и остале полно преносиве инфекције?**

1. Не
2. Не знам
3. Да

**10. Може ли се ХИВ пренети (Заокружите у сваком реду припадајући одговор):**

	Не	Да	Не знам
1. Убодом комарца?	1	2	3
2. Дељењем хране са особом која је инфицирана ХИВ-ом?	1	2	3
3. Сексуалним односом са особом која изгледа здраво?	1	2	3
4. Кориштењем јавног WC-а?	1	2	3
5. Употребом чаше коју је користила особа инфицирана ХИВ-ом?	1	2	3
6. С инфициране мајке на дете (у трудноћи, приликом порођаја и током дојења)	1	2	3
7. Кориштењем већ употребљених игала и шприцева?	1	2	3

- 11. Да ли се од преношења ХИВ-а и других полно преносивих инфекција приликом сексуалног односа могуће заштитити (Заокружите у сваком реду припадајући одговор)**

	Не	Да	Не знам
1. Правилном и редовном употребом кондома?	1	2	3
2. Имајући сексуалне односе само с једним, неинфицираним и верним партнером?	1	2	3
3. Избегавањем сексуалних односа (апстинирањем)?	1	2	3
4. Вакцинисањем против тих инфекција?	1	2	3

- 12. Да ли сматрате да сте својим понашањем у ризику да добијете ХИВ или неку другу полно преносиву инфекцију?**

1. Не
2. Не знам, нисам сигуран/а
3. Да

- 13. Да ли сте се ИКАД тестирали на неку од доле наведених инфекција?**

1. ХИВ
2. Хепатитис Б
3. Хепатитис Ц

- 14. Ако ЈЕСТЕ:**

1. Сам/а сам одлучио/ла,
2. Био/ла сам приморан/а због запослења,
3. Упућен/а сам од стране лекара.

**15. Ако јесте тестирани на ХИВ, да ли знате резултат тестирања на ХИВ?**

1. Не

2. Да

**16. Да ли знате где се можете поверљиво и бесплатно тестирати на ХИВ?**

1. Не

2. Да

**17. Да ли су у Вашем радном окружењу (на броду ) доступне информације о ХИВ/АИДС-у?**

1. Не

2. Да

**18. Да ли су у Вашој средини доступни кондоми?**

1. Не

2. Да

**19. Како се снабдевате кондомима када сте на пловидбама?**

1. Не користим кондоме

2. Из бродске апотеке

3. Са кондомата

4. Купујем их у лукама у којима боравим

5. Друго (наведите) \_\_\_\_\_

**У овом делу упитника поставићемо Вам питања која се односе на сексуално понашање.**

**Молимо Вас да на ова питања одговорите искрено и прецизно (колико сте у могућности да се присетите, без преувеличавања или умањивања броја сексуалних партнера итд.), како би Ваши одговори, на што бољи начин, допринели квалитету анализе података и донесених закључака, као и студије у целини.**

**20. Да ли сте у школи имали сексуално васпитање или било који облик едукације о људској сексуалности ?**

1. Не
2. Да

**21. Са колико година сте имали први сексуални однос ?**

\_\_\_\_\_.  
(Подсећамо Вас да је сексуални однос дефинисан као орални, вагинални и анални)

**22. Од почетка сексуалне активности до данас, колико сте имали сексуалних партнера?**

\_\_\_\_\_

**23. Колико сте сексуалних партнера имали у последњих годину дана?  
(изразите бројем)**

\_\_\_\_\_

**24. Да ли сте ли користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером/партнерком?**

1. Не
2. Нисам имао/ла сексуални однос са случајним партнером/партнерком
3. Да

**25. Последњи сексуални однос имали сте са :**

1. Брачним партнером
2. Сталним партнером
3. Случајним партнером
4. Сексуалном радницом / радником ( особа која пружа сексуалне услуге у замену за новац)
5. Неким другим (објасните )\_

**26. У протеклој години, колико често сте користили кондом током сексуалног односа?**

1. Никад,
2. Понекад,
3. Често,
4. Увек

**27. Ако на претходно питање нисте одговорили са „УВЕК“, заокружите разлоге за то:**

1. То ми је трошак,
2. Стид ме је да их купим,
3. Не знам да га употребим,
4. Није ми доступан у моменту потребе,
5. Стид ме да питам партнера/ку да га користи,
6. Не волим секс са кондомом,
7. Не знам предности коришћења кондома,
8. Други разлози (наведите

**28. Колико се слажете са следећим тврдњама везаним уз употребу кондома (презерватива), о којима људи имају врло различито мишљење.**

(Заокружите у сваком реду припадајући одговор)

	Уопште се не слажем	Углавном се не слажем	Не могу проценити	Углавном се слажем	Потпуно се слажем
1. Кондоми не пружају поуздану заштиту од ХИВ/АИДС-а.	1	2	3	4	5
2. Особе које користе кондоме су врло одговорне.	1	2	3	4	5
3. Стављање кондома ствара проблеме с ерекцијом.	1	2	3	4	5
4. Кондоми уништавају спонтаност сексуалног чина.	1	2	3	4	5
5. Кондоми пружају поуздану заштиту од полно преносивих болести.	1	2	3	4	5
6. Особе које предлажу употребу кондома често мењају сексуалне партнере.	1	2	3	4	5
7. Употреба кондома је обавезна само приликом секса са проституткама и међу хомосексуалцима.	1	2	3	4	5
8. Куповина кондома у продавници или на киоску ми не представља никакав проблем.	1	2	3	4	5
9. Уверен/уверена сам да знам правилно користити кондом.	1	2	3	4	5
10. Способан/способна сам да наговорим партнерку/партнера да при сексуалном односу користимо кондом.	1	2	3	4	5

- 29. Да ли сте, икада, имали сексуални однос у замену за новац, дрогу, запослење или нешто друго?**
1. Не
  2. Да
- 30. Колико често сте имали сексуални однос под утицајем алкохола?**
1. Никад,
  2. Понекад,
  3. Често,
  4. Увек.
- 31. Колико често сте имали сексуални однос под утицајем дроге?**
1. Никад,
  2. Понекад,
  3. Често,
  4. Увек.
- 32. Да ли сте икада били присиљени (претњама, уценом или силом) на неку сексуалну активност?**
1. Не
  2. Да
- 33. Да ли сте, икад, имали неку полно преносиву инфекцију (гонореју, сифилис, генитални херпес, полне брадавице, хламидију)?**
1. Не
  2. Да
- 34. Ако ЈЕСТЕ, да ли сте након тога променили сексуално понашање?**
1. Не,
  2. Почео/ла сам чешће да користим кондом,
  3. Смањио/ла сам број сексуалних партнера,
  4. Од тада имам односе само са својим сталним партнером/ком,
  5. Нешто друго ( објаснити ) \_\_\_\_\_.

**35. У последњих годину дана сексуалне односе сте имали:**

1. Искључиво са партнерима супротног пола,
2. Углавном са партнерима супротног пола,
3. Подједнако са женама и мушкарцима,
4. Углавном са партнерима истог пола,
5. Искључиво са партнерима истог пола.



**У овом делу упитника поставићемо Вам питања везана за ставове које имате према особама које живе са ХИВ/АИДС-ом**

### 36. Колико се слажете са следећим тврдњама?

(Заокружите у сваком реду припадајући одговор)

	Уопште се не слажем	Углавном се не слажем	Не могу проценити	Углавном се слажем	Потпуно се слажем
Људе који болују од ХИВ/АИДС-а треба сместити у карантин да би се спречило даље преношење болести.	1	2	3	4	5
2. Деца која оболе од ХИВ/АИДС-а треба да, и даље, иду у редовне школе	1	2	3	4	5
3. Особама код којих је утврђено присуство ХИВ инфекције треба дозволити да плове	1	2	3	4	5
4. Особе оболеле од ХИВ/АИДС-а морају имати сва права као и било који други болесник.	1	2	3	4	5
5. Особе инфициране ХИВ-ом треба склонити са свих радних места на којима могу доћи у контакт са другим људима.	1	2	3	4	5
6. Зависно од начина на који су се инфицирали (наркоманским шприцем, трансфузијом крви, незаштићеним сексуалним односом, с мајке на дете), према оболелима од ХИВ/АИДС-а се треба различито понашати.	1	2	3	4	5
7. Особама са ХИВ/АИДС-ом треба обезбедити лечење и најбољу могућу његу.	1	2	3	4	5

**37. Ако би сте знали да је нака особа инфицирана ХИВ-ом да ли бисте пристали да:**

(Заокружите у сваком реду припадајући одговор)

	Не	Не знам	Да
1. Радите са том особом	1	2	3
2. Обедујете са том особом	1	2	3
3. Дружите се са том особом	1	2	3

**38. Да ли бисте нешто променили у свом понашању у циљу заштите од инфекције ХИВ-ом?**

(Заокружите сваку опцију са којом се слажете)

1. Смањио/ла бих број сексуалних партнера,
2. Избегавао/ла бих незаштићени секс са случајним партнером (секс без кондома),
3. Избегавао/ла бих анални секс,
4. Водио/ла бих рачуна о редовној употреби кондома.

**39. Разлози због којих не бисте мењали своје сексуално понашање су:**

(Заокружите сваку опцију са којом се слажете)

1. Сматрам да моје понашање није ризично
2. Водим рачуна с ким ступам у сексуалне контакте
3. Не упражњавам секс са непознатим особама
4. Опасност од ХИВ-а је преувеличана
5. Кондом није у потпуности сигуран

**40. Када бисте сазнали да сте инфицирани ХИВ-ом коме бисте се поверили?**

1. Брачном другу/сталном партнеру
2. Родитељу/ родитељима
3. Најбољем пријатељу
4. Брату / сестри
5. Свом лекару
6. Свештенику
7. Никоме
8. Некоме другом ( објасните )

## **ПРИЛОГ 2**

### **ПРИСТАНАК ИНФОРМИСАНОГ ИСПИТАНИКА ЗА УЧЕШЋЕ У ИСТРАЖИВАЊУ**

**НАЗИВ ИСТРАЖИВАЊА:** „Ризични облици сексуалног понашања за ХИВ инфекцију међу поморцима у Црној Гори“.

**ЛЕКАР У ИСТРАЖИВАЊУ:** др Љиљана Јовићевић, специјалиста епидемиолог

Овај пристанак на испитивање садржи информације које ће Вам помоћи да одлучите да ли желите да учествујете у овом истраживању. Молим Вас да прочитате ове информације и да поставите сва питања које имате лекару у студији.

#### **Циљ овог истраживања:**

Да сагледа повезаност ризичних сексуалних понашања међу поморцима са већом изложеношћу ХИВ инфекцији и другим полно преносивим инфекцијама. У контексту наведеног циља истраживањем ће се:

1. Проценити ниво знања о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим инфекцијама међу поморцима у Црној Гори.
2. Проценити реалне димензије присутности ризичних облика сексуалног понашања међу поморцима (некоришћење средстава заштите, често мењање партнера, коришћење психоактивних супстанци и др.).
3. Проценити ставови помораца према особама које живе са ХИВ-ом.
4. Створити предуслови за дизајнирање превентивних програма којима ће се спречити настајање и ширење полно преносивих инфекција у популацији помораца.

Резултати који ће се добити овим истраживањем ће послужити у креирању делотворних и ефикасних програма за едукацију помораца. Очекивани резултат тога је смањење ХИВ инфекције међу поморцима.

### **Шта ће се тражити од испитаника да ураде?**

Уколико пристану да учествују у истраживању, испитаници ће морати да ураде следеће:

- Да одговоре на питања садржана у упитнику састављеном из четири упитничке целине: први део упитника садржаће питања везана за социодемографске карактеристике (пол, узраст, степен образовања, занимање). У другом делу упитника ће бити питања на основу којих ће се процењивати знање помораца о ХИВ/АИДС-у и другим полно преносивим болестима. Трећа упитничка целина ће садржавати питања о сексуалном понашању и навикама испитаника, док ће се последња група питања односити на ставове испитаника према особама које живе са ХИВ-ом.

### **Како ће бити заштићена приватност испитаника?**

Приликом одговарања на питања из упитника неће бити захтевано давање било ког личног податка. Сваки испитаник ће према упутству које ће му се дати непосредно пре попуњавања упитника шифрирати свој упитник. Шифра ће се састојати од почетних слова имена и презимена и последње две цифре из године рођења. Након испуњавања упитник и формулар за информисани пристанак ће бити стављен у коверту која ће бити затворена и неће се отворати до момента обраде добијених података.

**Изјављујем да:**

Сам прочитао/ла овај пристанак информисаног испитаника за учешће у истраживању

Имао/ла сам прилику да постављам питања и да на њих добијам одговоре

Разумем да је учешће у истраживању добровољно

Могу да одлучим да не учествујем у овој студији

-----

Шифра испитаника

(штампаним словима)

-----

Датум

---

## **9. СКРАЋЕНИЦЕ**

---

**АИДС** - Синдром стечене имунодефицијенције

**ХИВ** - вирус хумане имунодефицијенције

**ГФАТМ** - Глобални фонд за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

**ДПСТ** - добровољно и поверљиво саветовање и тестирање

**ИЈЗ** - Институт за јавно здравље

**ИКД** - инјектирајући корисници дроге

**М&Е** - мониторинг и евалуација

**МСМ** - мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима

**ПАС** - психоактивне супстанце

**НВО** - невладине организације

**PLHIV** - енг. People Living with HIV, преузето у значењу „особе које живе са ХИВ-ом”

**ПЗЗ** - примарна здравствена заштита

**ППИ** - полно преносиве инфекције

**РАР**- енг. Rapid Assessment and Response, - „брза процена и одговор”

**СЗО (WHO)** – Светска здравствена организација (World Health Organization)

**UNAIDS** - Joint United Nations Programme on HIV and AIDS

**UNDP** - United Nations Development Programme

**UNGASS** - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

**UNICEF** - United Nations Children’s Fund

**ХЦВ** - вирус хепатитиса Ц

**CDC** - Centers for Disease Control

**ЈУ**- јавна установа

**ILO** -Међународна организација рада



Прилог 1.

## Изјава о ауторству

Потписани-а др Љиљана Јовићевић

број индекса 75/2008

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

„Ризични облици сексуалног понашања за ХИВ инфекцију међу поморцима у Црној Гори“

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

Љиљана Јовићевић

У Косовској Митровици, 23.01.2018. год.

1. Ауторство - Дозвољавање 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. Дозвољавање 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 прераде. Дозвољавање 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. Дозвољавање 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 прераде. Дозвољавање 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. Дозвољавање 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.

Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске  
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора	др Љиљана Јовићевић
Број индекса	75/2008
Студијски програм	Академске докторске студије
Наслов рада	„Ризични облици сексуалног понашања за ХИВ инфекцију међу поморцима у Црној Гори“.
Ментор	Проф. др Александар Ћорац
Потписани/а	др Љиљана Јовићевић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања 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 Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.

Потпис докторанда

*Љиљана Јовићевић*

У Косовској Митровици, 23.01.2018. год.

Прилог 3.

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**„Ризични облици сексуалног понашања за ХИВ инфекцију међу поморцима у Црној Гори“**

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

*Билана Јовановић*

У Косовској Митровици, 23.01.2018. год.