

ЗНАЊЕ, СТАВОВИ И ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ОБЛАСТИ ХИВ-а



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



Подршка
у борби против ХИВ/АИДС-а



Investing in our future
The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria



Министарство здравља и Међународна мрежа помоћи И.А.Н.

Пројекат

Перцепција знања, ставова и понашања здравствених радника у Србији из области ХИВ-а и АИДС-а у 2010. години

Издавач

Министарство здравља Републике Србије

Аутори

Виолета Анђелковић

Доц. др Горан Опачић

Доц. др Небојша Петровић

Др Гордана Кртинић

Проф. др Ђорђе Јевтовић

Проф. др Миомир Деспотовић

Рецензија

Проф. др Зоран Радовановић

Лектура

Сања Благојевић Бошковић

Дизајн и припрема

New Assist

Штампа

New Assist

Тираж

600

СIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.254(497.11)(083.41)“2010”

ЗНАЊЕ, ставови и понашање здравствених радника у области ХИВ-а у 2010. години / [Виолета Анђелковић ... и др.]. - Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2010 (Београд : New Assist). - 75 стр. : табеле ; 30 см. - (Пројекат Перцепција знања, ставова и понашања здравствених радника у Србији из области ХИВ-а и АИДС-а у 2010. години)

Подаци о ауторима преузети из колофона. - Тираж 600.

- Summary. - Библиографија: стр. 65-66.

ISBN 978-86-83607-54-9

1. Анђелковић, Виолета [аутор]

COBISS.SR-ID 178874636

Република Србија
Министарство здравља

**ЗНАЊЕ, СТАВОВИ И ПОНАШАЊЕ
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У
ОБЛАСТИ ХИВ-а У 2010. ГОДИНИ**

Октобар, 2010.

Захвалница

Захваљујемо се свима који су помогли да се припреми и спроведе истраживање и напише извештај.

Посебно се захваљујемо директорима и руководиоцима институција које су ушле у узорак истраживања. Њихов ангажман је омогућио да се истраживање спроведе несметано и у најкраћем могућем року.

Захвалност дугујемо здравственим радницима који су учествовали у истраживању на доприносу који су дали разумевању проблематике ХИВ-а у здравственом окружењу.

Истраживачки тим

САДРЖАЈ

РЕЗИМЕ	7
SUMMARY	9
1. УВОД	11
1.1 ХИВ и сида у Србији – епидемиолошки подаци	11
1.2 Здравствени радници и ХИВ – професионални ризик	11
1.3 Стигма и дискриминација повезане са ХИВ-ом у здравственом систему	12
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	15
2.1 Општи циљ истраживања	15
2.2 Специфични циљеви истраживања	15
3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА	17
3.1 Узорак истраживања	17
3.2 Истраживачки инструмент	17
4. ИСТРАЖИВАЧКИ ТИМ	21
5. ФАЗЕ И ДИНАМИКА ИЗВОЂЕЊА ИСТРАЖИВАЊА	23
5.1 Поступак испитивања	23
5.2 Теренско истраживање	23
5.3 Мониторинг и евалуација	24
6. ИЗРАДА ИЗВЕШТАЈА	25
6.1 Статистичка обрада података	25
7. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	27
7.1 Знање здравствених радника о ХИВ-у	27
7.2 Понашање здравствених радника на радном месту у контексту ХИВ инфекције	34
7.3 Ставови према људима који живе са ХИВ-ом	40
8. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА	49
8.1 Знање здравствених радника о ХИВ-у и сиду	49
8.2 Едукација и процена потребе за едукацијом здравствених радника	52
8.3 Понашање здравствених радника и опажање ризика од инфицирања ХИВ-ом на радном месту	53
8.4 Ставови здравствених радника према људима који живе са ХИВ-ом	56
9. ОГРАНИЧЕЊА ИСТРАЖИВАЊА	61
10. ЗАКЉУЧАК	63
Литература	65
ПРИЛОЗИ	67

РЕЗИМЕ

„Перцепција знања, ставова и понашања здравствених радника о ХИВ-у у 2010. години“ је назив истраживања спроведеног у оквиру пројекта Министарства здравља „Унапређење националног одговора на ХИВ/АИДС децентрализијом кључних здравствених услуга“. Циљ истраживања је био да се испитају знање и ставови здравствених радника о ХИВ-у, као и то како они опажају ризик инфицирања ХИВ-ом на радном месту. Ови подаци су потребни за планирање одговарајућих образовних програма за здравствене раднике и кампања за сузбијање стигме и дискриминације према људима који живе са ХИВ-ом (ПЛХИВ) у здравственом систему. Истраживање је спроведено у периоду од децембра 2009. године до фебруара 2010. године на репрезентативном узорку здравствених радника у Србији. Узорак је био типа „случајни стратификовани“, а стратуми су одређени тако да обезбеде регионалну репрезентативност и репрезентативност у односу на тип установе (ниво здравствене заштите), занимање (лекари, техничари, стоматолози и бабице) и пол запослених. Узорак је обухватио 1502 здравствена радника из 92 здравствене институције.

Резултати истраживања су показали да здравствени радници у Србији највише знања имају о сексуалном путу преношења ХИВ-а и његовој превенцији, као и о томе да се са ХИВ-ом може живети дужи временски период уз помоћ терапије која је код нас доступна. Најмање знања имају о вертикалној трансмисији ХИВ-а и превенцији такве трансмисије, ХИВ тестирању и „периоду прозора“, опортунистичким инфекцијама и лечењу ХИВ-а, као и о мерама заштите од ХИВ-а на радном месту и поступању у случају акцидента. Такође, резултати показују да постоји извесна конфузија и неразумевање начина на који се ХИВ не преноси, па велики проценат здравствених радника сматра да ХИВ преносе комарци, као и да се он може пренети кашљањем и кијањем. Половина здравствених радника на радном месту нема доступно писано упутство о универзалним мерама заштите. Средства заштите (рукавице, маске и заштитне наочари) нису увек доступна, а здравствени радници их не користе чак и кад их има. Упркос свему, они верују да се добро штите од ХИВ-а, а као најважнију меру заштите наводе познавање ХИВ статуса пацијента. Свој ХИВ статус углавном не знају јер се не тестирају, а верују да је преношење ХИВ-а у здравственим институцијама пре могуће с пацијента на здравственог радника него обрнуто.

Осим негативних ставова који су прилично изражени, здравствени радници показују и позитивне ставове у домену професионалне одговорности. На пример, већина сматра да ПЛХИВ имају исто право на лечење и негу као и остали пацијенти, да лекови за њих треба да буду бесплатни и да их треба третирати с посебном пажњом. Нешто више од трећине здравствених радника

имало је прилику да пружа здравствене услуге ПЛХИВ, а управо они више знају о ХИВ-у генерално и имају мање изражене негативне ставове. Медицински техничари мање знају и имају израженије негативне ставове него лекари. Здравствени радници на секундарном нивоу здравствене заштите имају најмање знања из свих истраживаних области. Најизраженије негативне ставове имају медицински техничари на терцијарном нивоу здравствене заштите. Више од половине здравствених радника није имало никакву едукацију у овој области, а они који су је имали кажу да им је користила у пракси. Кад процењују своје образовне потребе, здравствени радници показују да су свесни свог незнања: у највећем проценту случајева изјављују да им је едукација потребна управо из оних области у којима су показали најмање знања.

Резултати истраживања јасно упућују на потребу организовања континуиране едукације за здравствене раднике (лекаре и медицинске техничаре) на свим нивоима здравствене заштите (највише терцијарном и секундарном) и то у оним областима из којих су показали најмање знања. Едукација о мерама заштите од ХИВ-а је потребна уз додатне мере обезбеђивања писаних упутстава о поступању у случају акцидента на радном месту и доступности средстава заштите. Осим учења о томе како стигма утиче на свакодневни живот ПЛХИВ, сведочење ПЛХИВ о проблемима са којима се свакодневно суочавају и искушењима кроз која пролазе, имало би велики позитивни утицај на мењање изражених негативних ставова здравствених радника према њима.

SUMMARY

“Perception of knowledge, attitudes and behaviours of health professionals related to HIV in 2010“ is a research conducted within the Ministry of Health project “Straitening national response to HIV/AIDS through decentralisation of key health services“. The aim of the research was to explore knowledge and attitudes of health professionals related to HIV, as well as their perception of risk for HIV in their workplace. These data are needed for planning adequate educational programmes for health professionals and campaigns for decreasing stigma and discrimination towards people living with HIV (PLHIV) in the health system. The research was conducted in the period from December 2009 until February 2010 on a representative sample of health professionals in Serbia. The sample was stratified random and strata were formed in such way to ensure regional representation and representation with regard to the type of institution (level of health care), profession (doctors and technicians) and gender of the employees. The sample included 1502 health professionals from 92 health institutions.

The research results showed that health professionals in Serbia have most knowledge on sexual transmission of HIV and its prevention, as well as on the fact that a person can live with HIV for a longer period of time with the therapy that is available in our country. They have the least knowledge on vertical transmission, HIV testing and *window period*, opportunistic infections and treatment of HIV as well as on measures of protection from HIV in the workplace and actions in case of accidents. Also, the results suggest that there is a certain confusion and misunderstanding regarding the ways in which HIV is not transmitted. Great percentage of health professionals believe that HIV can be transmitted by mosquitoes and that it can be transmitted by coughing and sneezing. A half of the health professionals report they have no written instruction on universal measures of precaution in their workplace. Health professionals also report that protection equipment (gloves, mask and protective goggles) are not always available, and health professionals do not use them even when they are available. Despite of all this, they believe that they protect themselves well from HIV, and as the most important measure of protection they report the knowledge on HIV status of patients. Most of them do not know own HIV status because they do not get tested, but they believe that in health institutions transmission of HIV is more probable to occur from a patient to a doctor then vice versa.

Apart from negative attitudes that are rather prominent, health workers show also positive attitudes in the domain of professional responsibility. For example, most of them believe that PLHIV have the same right to treatment and care as other patients, that the medicines for them should be free of charge and that they should be treated with special care. Somewhat more than one third of health professionals were

in a situation to provide health services to PLHIV, and they are the ones who have more knowledge on HIV in general and have less prominent negative attitudes. Medical nurses have less knowledge and have more prominent negative attitudes than doctors. Health professionals on the secondary health care level have the lowest level of knowledge in all areas covered by the research. The most prominent negative attitudes are present among nurses and midwives on a tertiary level of health care. More than a half of health workers have had no education in this area, and those who passed through an education say that it has been useful to them in daily practice. When they assess their needs for education, health workers show that they are aware of their lack of knowledge: greatest percentage of them reports that they need education in the areas where they showed the lowest level of knowledge.

Research results clearly indicate the need for organising continuous education for health professionals (doctors and medical nurses) on all levels of health care (tertiary and secondary the most) in the areas where they showed the poorest knowledge. Education on the measures of protection from HIV is needed, with additional measures in terms of provision of written instructions on actions in case of accidents in the workplace and availability of means of protection. In addition to provision of direct information on how stigma influences everyday life of PLHIV, the inclusion of PLHIV in education of health professionals would have a positive effect on changing negative attitudes of health professionals towards them.

1. УВОД

1.1 ХИВ и сида у Србији – епидемиолошки подаци

Према доступним подацима Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, у Србији је од почетка епидемије до краја 2009. године званично регистровано 2414 ХИВ позитивних особа, од којих су 1472 (61%) оболеле од сида. Чак 962 особе су умрле од сида (65% свих ХИВ позитивних), а још 70 особа умрло је од болести и стања која нису специфична за сиду (Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, 2009).

Званични подаци показују да су у Републици Србији крајем 2009. године са ХИВ-ом живе 1382 особе. Међутим, због релативно ниске стопе тестираних – око пет на хиљаду током последњих пет година (Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, 2009) – сматра се да у Србији има много више особа које живе с ХИВ-ом него што је званично регистровано.

Почев од 1997. године, очигледан је и стални пад броја умрлих од сида. Разлог за то је пре свега примена комбиноване високо активне антиретровиралне терапије (у даљем тексту ХААРТ), која је постала доступна и бесплатна управо те године. Продужен животни век особа заражених ХИВ-ом, захваљујући раном откривању статуса и антиретровиралној терапији, значајан је искорак у борби против ове епидемије. У том контексту, квалитет живота људи који живе са ХИВ-ом или сидом добија нову значајну димензију, која подразумева максималну посвећеност и ангажовање целог друштва у процесу неге и подршке, а у којој здравствени систем и здравствени радници имају посебно важно место.

1.2 Здравствени радници и ХИВ – професионални ризик

Појава епидемије ХИВ-а није представљала само медицински проблем, већ је изазвала и посебну забринутост међу здравственим радницима. Разлог за то није био толико у њиховом могућем ризичном понашању колико у могућој изложености инфекцији током обављања професионалних активности. Непознавање путева ширења ове инфекције довело је до бројних случајева дискриминације људи који живе с ХИВ-ом и унутар здравствених установа. Они су се најчешће огледали у јавном обележавању ПЛХИВ (јасно видљиво уписивање ХИВ статуса на здравственој документацији), изолацији у посебне просторије током боравка у стационару, спровођењу додатних, често неутемељених мера превенције. Из неформалних разговора са ПЛХИВ сазнајемо

да је било чак и случајева одбијања да се пружи нека медицинска интервенција под изговором да установа не обавља такве видове интервенција и упућивања свих ХИВ позитивних особа на одељења за лечење ХИВ-а на инфективним клиникама, чак и кад би у питању биле рутинске интервенције.

У проспективним студијама које су се у свету спроводиле међу здравственим радницима, процењено је да просечан ризик за пренос вируса након перкутане изложености крви инфициране ХИВ-ом износи 0,3%, док је процењени ризик након излагања ХИВ-у путем контакта слuzница износио 0,09% (Fahey et al., 1991). Иако су забележени случајеви преношења ХИВ-а путем изложености повређене коже, просечан ризик за овакав вид трансмисије није квантификован, али се процењује да је нижи од ризика трансмисије путем изложености слuzница. Ризик за преношење телесним течностима и ткивима у којима је ХИВ присутан такође није квантификован, али се сматра да је значајно нижи од ризика за трансмисију након излагања крви.

Од када је забележен први случај преношења ХИВ-а са пацијента на здравственог радника, до данас је ова појава регистрована у 19 земаља, међу којима су само две са афричког и једна са азијског континента. У више од половине случајева реч је о САД, а затим по учесталости следе Француска, Аустралија, Шпанија, Италија, Немачка и Велика Британија (Tomkins & Ncube, 2005).

Већина развијених земаља одлучно се носи са проблемом изложености здравствених радника ХИВ инфекцији (CDC, 1987). У САД су важеће препоруке за менаџмент професионалне изложености хепатитис Б вирусу (у даљем тексту HBV), хепатитис Ц вирусу (у даљем тексту HCV) и ХИВ-у донете 2001. године, док су европске препоруке за менаџмент професионалне изложености HBV и HCV објављене 2005 (Puro et al., 2005) Ове препоруке се унеколико разликују, али и једне и друге представљају одличну основу за развој локалних и националних програма унапређења превенције и контроле изложености здравствених радника ХИВ инфекцији.

1.3 Стигма и дискриминација повезане са ХИВ-ом у здравственом систему

Стигма се најчешће одређује као карактеристика, понашање или уверење које је посебно социјално дискриминишуће: она води класификовању одређених група људи као непожељних, одбачених, на врло ригидан, стереотипан начин. Познати социолог Ирвин Гофман дефинисао је стигму као посебну врсту јаза између виртуелног и стварног социјалног идентитета (Goffman, 1963). Такође, стигма се може описати као *етикета* која људима приписује читав низ непожељних карактеристика које формирају стереотип. Њено дејство настаје на врло једноставан начин: кад једном људи етикетирају особине или понашање једног човека, већина осталих ће претпостављати да је то реално стање ствари и неће много процењивати истинитост. На основу генерализације, друштво може да категориса појединце у стигматизоване *групе*, не узимајући при том у обзир да ли се и у којој мери нека конкретна особа уклапа у дату групу и да ли јој заиста припада. Кад друштво стигматизује одређену групу људи и категориса их, особе са стигмом аутоматски губе свој статус и бивају дискриминисане (Herek, 2002). Дискриминација даље води у онемогућавање остварења основних људских права и темељних слобода које произлазе из вредности људског достојанства и једнакости.

Стигма и дискриминација представљају велике препреке у борби против ХИВ-а. Иако је све више програма усмерено управо на смањење стигме, она и даље прети као реакција на пандемију сиде јер је присутна у целом свету. Стигму и дискриминацију према особама које живе с ХИВ-ом изазивају различити чиниоци, од којих су и: недостатак знања о болести, неинформисаност о оболелима, различити митови и стереотипи о преношењу болести, неодговорно медијско праћење епидемије, али и друштвени страхови повезани са сексуалношћу, посебно са хомосексуализмом.

Стигма која се односи на сиду често је повезана с једном или више других стигми, углавном оних које се односе на хомосексуалност, промискуитет, проституцију и интравенозно коришћење дрога.

Ситуација у којој се налазе особе које у Србији живе с ХИВ-ом (у даљем тексту: ПЛХИВ– скраћеница енглеског израза „People living with HIV“ која се користи и у нашем језику) тешко се може описати као задовољавајућа са становишта поштовања људских права, с обзиром на то да се ПЛХИВ и чланови њихових породица и даље веома често сусрећу с нетолеранцијом и дискриминацијом. Неразвијеност друштвене свести и слаба информисаност о ХИВ-у и сиди довела је до тога да се ове особе услед непосредне и посредне дискриминације, уз до сада слаб систем правне заштите, повлаче на маргине друштва. Стигма и дискриминација у вези с ХИВ-ом и даље представљају највећу баријеру ефикасној борби против те епидемије. Једна од десет стратегија борбе против стигме и дискриминације јесте охрабривање особа заражених ХИВ-ом да говоре о себи и поделе своја искуства и осећања. Међутим, страх од дискриминације представља најчешћи разлог који те особе спречава да затраже помоћ или јавно говоре о свом ХИВ статусу (Ђурић и сар., 2007).

Иако су стигма и дискриминација којима су изложене особе које живе са ХИВ-ом присутне у свим сегментима друштва, најтеже последице по ефекте мера превенције и несагледиву штету по ПЛХИВ популацију има прикривена или директна дискриминација у здравственом систему, од стране запослених у здравству. Резултати великог броја истраживања феномена стигме и дискриминације здравствених радника према ПЛХИВ популацији у свету и код нас, указују да су корени овог проблема **најчешће недовољно знање и информисаност о инфекцији ХИВ-ом**. Квалитативна студија о доступности, снабдевању и несигурности терапије за ХИВ у Србији (Bernays et al., 2007) показала је да је **дискриминација ХИВ позитивних особа најочигледнија у систему здравствене заштите**.

Последице оваквог односа здравствених радника према ПЛХИВ су далекосежне. Несигурност у доступност терапије, неповерење у здравствене раднике, лоша информисаност и отежан приступ информацијама – све то даље повећава ризик од дестабилизације и нарушавања здравственог стања ПЛХИВ. Избегавање иначе доступних здравствених служби због страха од стигматизације и високе нетолеранције према особама које живе са ХИВ-ом има вишеструке последице, погубне и за појединца и за друштво, а такође компромитује целокупне напоре заједнице у борби против ХИВ епидемије.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

2.1 Општи циљ истраживања

Општи циљ истраживања био је да се допринос националном одговору на ХИВ и сиду и да се унапреде акције које се спроводе с циљем да се сузбије епидемија у Србији. Конкретније, циљ истраживања је био да се дође до података о знању и ставовима здравствених радника о ХИВ-у, на основу којих би могли да се планирају одговарајући едукативни програми за здравствене раднике и кампање за сузбијање стигме и дискриминације према ПЛХИВ у здравственом систему.

2.2 Специфични циљеви истраживања

1. Утврдити која знања здравствени радници у Србији имају о ХИВ-у и сиду и како их користе у пракси.
2. Утврдити за која знања о ХИВ-у здравствени радници сматрају да су им потребна, тј. које су њихове образовне потребе у овој области.
3. Препознати ставове здравствених радника према ПЛХИВ.
4. Утврдити однос знања и ставова здравствених радника према ПЛХИВ.
5. Сагледати услове за адекватно поступање (добру праксу) и заштиту од ХИВ-а на радном месту – процена здравствених радника о доступности протокола о поступању у случају акцидената, процена о доступности средстава заштите од крвно преносивих инфекција и поступање у случају акцидената.
6. Дати препоруке за доносиоце одлука у вези са садржајем и начином извођења тренинга (територијална дистрибуција, заступљене професије, методе учења).

3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

3.1 Узорак истраживања

Истраживање је спроведено у периоду од децембра 2009. до краја фебруара 2010. године на репрезентативном узорку здравствених радника Републике Србије без Косова и Метохије. Узорак је образован на основу званичног списка здравствених институција и броја здравствених радника који су доступни преко Здравствено-статистичког годишњака Републике Србије који припрема Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Узорак је био типа „случајни стратификовани“, а стратуми су одређени тако да обезбеде регионалну репрезентативност и репрезентативност у односу на тип установе, ниво здравствене заштите, занимање (лекари, техничари, стоматолози и бабице) и пол запослених. Планирани узорак је обухватио 1502 здравствена радника из 92 институције и из сва три нивоа здравствене заштите (видети Табелу 1). Стандардна грешка оцене параметара износи максимално 1,26%.

Институције су уврћене у узорак случајним избором. Само две планиране институције нису биле обухваћене истраживањем: Специјална болница за рехабилитацију „Жубор“ из Куршумлије, која је затворена већ две године, и Дом здравља у Барајеву, чије је руководство одбило да учествује у истраживању. Прва је замењена једином преосталом институцијом секундарног нивоа заштите из тог региона (Општа болница Прокупље), а друга домом здравља из друге београдске општине, до кога се поново дошло случајним избором. Списак институција које су ушле у узорак налази се у Прилогу 1.

3.2 Истраживачки инструмент

За потребе овог истраживања – а на основу анализе досадашњих истраживања изведених у иностранству и у нашој земљи – креиран је упитник који се састоји из пет делова:

1. Општи део намењен прикупљању социодемографских варијабли
2. Знања о ХИВ-у и сиди
3. Едукација и перцепција здравствених радника о образовним потребама
4. Перцепција ризика од добијања ХИВ-а на радном месту и опште мере предострожности
5. Ставови који се односе на ХИВ и сиду

У процесу креирања упитника истраживачки тим је посебну пажњу посветио анализи упитника коришћеног 2003. и 2006. године у истраживањима

на исту тему које је спровео Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, како би подаци ових истраживања могли да се упореде. Тако је део који се односи на перцепцију ризика за добијање ХИВ-а на радном месту и понашање здравствених радника потпуно преузет, с минималним изменама које су уведене након „пилотирања“ упитника. Други делови упитника стварани су за потребе овог истраживања, јер је испитивање знања, а посебно ставова, било врло мало заступљено у претходна два истраживања.

Табела 1 – Узорак

Регион	Секундарна и терцијарна здравствена заштита			Примарна здравствена заштита			Пол		Узраст				
	лекари	медицински техничари	бабице	лекари	медицински техничари	стоматолози	М	Ж	<30	31-40	41-50	>50	УКУПНО
1 Севернобачки	4	12	2	5	9	1	7	26	7	11	11	4	33
2 Средњебанатски	4	13	2	6	9	1	7	28	6	12	12	5	35
3 Севернобанатски	3	11	1	4	8	1	6	22	6	9	9	4	28
4 Јужнобанатски	7	27	2	10	14	2	13	49	12	21	21	8	62
5 Западнoбачки	3	11	1	7	10	1	7	26	7	11	11	4	33
6 Јужнобачки	12	27	5	32	46	5	26	101	25	42	43	17	127
7 Сремски	3	11	1	9	13	2	8	31	8	13	13	5	39
8 Београдски регион	49	111	16	86	140	12	84	330	81	137	140	56	414
9 Мачвански	6	17	1	8	15	2	10	39	9	16	17	7	49
10 Колубарски	4	13	1	5	7	1	6	25	7	10	10	4	31
11 Подунавски	4	11	2	6	10	1	7	27	7	11	11	5	34
12 Браничевски	3	12	2	7	14	1	8	31	8	13	13	5	39
13 Шумадијски	10	21	2	12	17	2	13	51	12	21	22	9	64
14 Поморавски	7	16	2	7	12	2	9	37	9	15	16	6	46
15 Борски	4	12	3	5	7	1	6	26	6	11	11	4	32
16 Зајечарски	4	12	1	6	8	1	6	26	6	11	11	4	32
17 Златиборски	6	18	4	9	18	2	12	45	11	19	19	8	57
18 Моравички	5	12	2	6	10	2	7	30	7	12	13	5	37
19 Рашки	7	17	2	9	15	3	11	42	10	18	18	7	53
20 Расински	4	10	1	7	14	1	7	30	7	12	13	5	37
21 Нишавски	3	8	3	36	48	5	21	82	20	34	35	14	103
22 Топлички	2	6	0	4	6	1	4	15	4	6	6	3	19
23 Пиротски	2	4	1	4	6	1	4	14	4	6	6	2	18
24 Јабланички	6	12	1	8	13	2	8	34	8	14	14	6	42
25 Пчињски	5	8	1	8	14	2	8	30	7	13	13	5	38
укупно	167	432	59	306	483	55	305	1197	294	498	508	202	1502

При избору тврдњи којима ће се испитати знање о ХИВ-у и сиди, те ставови здравствених радника према ПЛХИВ, важну улогу имале су следеће чињенице:

1. искуство чланова истраживачког тима и сарадника,
2. подаци добијени из фокус-групе у којој су учествовале особе које живе с ХИВ-ом,
3. претходна истраживања о знању, ставовима и понашању која су рађена код нас.

Тест је састављен тако да тврдње обухвате широк дијапазон знања: од општих знања карактеристичних за лаичку популацију која информације о ХИВ-у добија преко средстава јавног информисања (на овај део односило се пет питања), до врло специфичних знања која се тичу знања о опортунистичким инфекцијама и постављању дијагнозе сиде код особа заражених ХИВ-ом. Такође, тврдње обухватају и познавање путева хоризонталне и вертикалне трансмисије, као и превенцију ХИВ-а у оба случаја, начине на које се ХИВ не може пренети, ХИВ тестирање и „период прозора“.

Тврдње које испитују ставове односе се на облике стигматизујућег понашања с којима су се људи који живе с ХИВ-ом сусретали у здравственим институцијама, као и нека уверења и предрасуде здравствених радника. До ових тврдњи дошло се на основу разговора унутар фокус групе која је организована с ПЛХИВ и на основу налаза претходних истраживања о стигми изведених у Србији, пре свега на основу истраживања експертског центра за ХИВ и ментално здравље (Стојановски и сар., 2007) и студије о доступности ХИВ терапије (Bernays et al., 2007).

Прва верзија упитника испробана је на 88 испитаника – здравствених радника из два дома здравља и једне специјалне болнице (домови здравља на Врачару и Савском венцу и Специјална психијатријска болница у Новом Кнежевцу), с циљем да се, уколико се покаже потреба, коригују неразумљива питања и сам поступак испитивања. Након „пилотирања“ упитник је незнатно измењен – нека питања су разјашњена и повећан је број понуђених одговора на једно питање. Коначна верзија упитника коришћена у истраживању налази се у Прилогу 2.

4. ИСТРАЖИВАЧКИ ТИМ

Координаторка пројекта и координаторка теренског истраживања
Виолета Анђелковић

Креирање упитника и писање извештаја

Доц. др Горан Опачић
Доц. др Небојша Петровић
Проф. др Миомир Деспотовић
Проф. др Ђорђе Јевтовић
Др Гордана Кртинић
Виолета Анђелковић

Статистичка обрада података и прављење Moodle базе за обуку анкетара
Доц. др Горан Опачић

Одржавање Moodle базе за обуку анкетара и унос података
Марија Ђућуз

Супервизија истраживања и креирање упитника

Мр мед. сц. Катарина Митић
Др Фариде Басиони Стаменић
Ирена Станојевић
Др Александар Бојовић

5. ФАЗЕ И ДИНАМИКА ИЗВОЂЕЊА ИСТРАЖИВАЊА

5.1 Поступак испитивања

Упитник је задат групно: сви испитаници једне институције су у истој просторији, у присуству анкетара, попуњавали упитник. Овај начин испитивања је одабран да би се истраживање спровело у што краћем временском периоду, а елиминисала могућност да здравствени радници преписују одговоре. Сам поступак подразумевао је да сви испитаници из једне институције попуњавају упитник истовремено, а само попуњавање трајало је око 45 минута. Зато је више времена утрошено на контакте с директорима институција и преговарање о групном испитивању него на сам процес испитивања. Групно испитивање је скратило сам процес теренског истраживања и олакшало обезбеђивање репрезентативности узорка: сваки директор је пре самог испитивања, након договора са анкетаром, електронском поштом добијао списак испитаника које је требало испитати у институцији којом руководи и имао је довољно времена да организује њихову сарадњу. Знање је мерено тестом који се састојао од тврдњи које је требало означити као тачне или нетачне, а ставови су изражени тврдњама које је требало проценити на петостепеној скали. Ризик за добијање ХИВ-а и понашање на радном месту нису мерени директном опсервацијом већ је у обзир узета процена здравствених радника о појединим аспектима радног места. Тако су добијени одговори који се односе на то како здравствени радници опажају своје радно место, а не какво оно реално јесте.

5.2 Теренско истраживање

Теренско истраживање трајало је од средине јануара до краја фебруара 2010. године и у њему су анкетари били психолози или студенти и апсолвенти Одељења за психологију Филозофског факултета у Београду. Анкетари су регрутовани уз помоћ факултетске мреже психолога, а њихов тренинг обављен је уз помоћ Moodle програма који је омогућио не само постављање „Упутства за анкетаре“ већ и директну и свакодневну комуникацију између координатора теренског истраживања и анкетара, а пре свега решавање проблема на које су анкетари наилазили на терену. Скоро сви анкетари већ су имали искуство у оваквој или сличној врсти истраживања.

5.3 Мониторинг и евалуација

Мониторинг и евалуација процеса истраживања подразумевали су, осим тога што је наручилац истраживања пратио процес кроз редовну комуникацију и извештавање о напредовању, контролу теренског истраживања и уноса података.

Сваки испитаник морао је да потпише сагласност за учествовање у истраживању. Осим потписа, испитаници су остављали своје бројеве телефона који су коришћени за контролу анкетара. Координатор истраживања је насумице позивао испитанике и проверавао да ли су заиста учествовали у истраживању. Унос података је контролисан случајним избором упитника. Контрола истраживања и уноса података рађени су током и након завршетка теренског истраживања. Контролисано је 160 упитника/испитаника што је око 11% од укупног узорка.

6. ИЗРАДА ИЗВЕШТАЈА

6.1 Статистичка обрада података

За обраду података коришћен је статистички пакет SPSS (верзија 17).

За опис основних параметара узорка и подузорака израчунате су фреквенције, проценти, просеци, стандардне девијације, као и одговарајуће стандардне грешке.

Значајност разлика између подузорака рачуната је уз помоћ Фишерове анализе варијансе када је реч о варијаблама мереним на интервалном нивоу, односно Пирсоновог Хи-квадрат теста када је реч о номиналним варијаблама.

За утврђивање повезаности међу варијаблама рачунати су Пирсонов коефицијент корелације, Фишера ета, фи-коефицијент и Крамеров W статистик.

За утврђивање латентне структуре која се налази у основи ставова коришћен је поступак факторске анализе, метод максималне веродостојности (Maximum – Likelihood Method) који је најотпорнији на изобличења дистрибуције резултата.

За утврђивање природних група (таксона) коришћена је двоетапна кластер-анализа (two step cluster), која показује и резултате које даје класична кластер-анализа и значајност разлика између кластера.

7. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

7.1 Знање здравствених радника о ХИВ-у

Знање здравствених радника испитивано је тестом знања који се састоји од 30 тврдњи: сваку од њих требало је проценити као тачну, нетачну или одговорити са „не знам“. Испитаницима је дата могућност да одговоре са „не знам“ како би се избегло случајно погађање. У обради података су, међутим, сви одговори „не знам“ третирани као нетачни. Осим ових тврдњи, знање је испитивано и помоћу два додатна питања: једно се односило на знање о опортунистичким инфекцијама које су повезане са ХИВ-ом/сидом а друго о начинима преношења ХИВ-а. Одговори испитаника представљени су у Табели 2.

Просечан проценат тачних одговора на тесту знања износи 70,8%, с рангом одговора од 19,0% до 97,4%. Другачије речено, испитаници у просеку тачно одговарају на 21 од укупно 30 питања на тесту знања. Тврдње су сортиране по проценту тачних одговора: од оних са најмањим до оних на које је већина испитаника одговорила тачно. Подаци показују да испитаници најбоље одговарају на питања која се односе на пренос путем сексуалног односа и коришћење кондома као мере заштите (преко 94,0%), верности као мере заштите од ХИВ-а, као и на питања која се односе на чињеницу да се с ХИВ-ом може живети дужи временски период (92,8%), да се по спољашњем изгледу не може знати ко има ХИВ (92%) и да се ХИВ не преноси боравком у истој просторији са особом која живи с ХИВ-ом (94,1%). Затим, 87,5% испитаника зна да коришћење неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге смањује ризик од преношења ХИВ-а, док скоро сви испитаници (97,4%) знају да правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење ХИВ-а. Чак 94,3% испитаника зна да и један незаштићени сексуални однос може довести до ХИВ инфекције. Насупрот томе, само 19,0% испитаника зна да у случају да нека особа добије ХИВ позитиван резултат теста, центар за тестирање по закону није дужан да хитно позове на тестирање сексуалног партнера те особе. Генерално, испитаници најмање знања показују кад одговарају на питања која се односе на вертикалну трансмисију ХИВ-а и превенцију трансмисије с мајке на дете, тестирање и „период прозора“ и опортунистичке инфекције и постављање дијагнозе сиде. Само 30,4% здравствених радника зна да је планирани царски рез мера превенције преношења ХИВ инфекције са мајке на дете, а 50,1% да мајка може ХИВ да пренесе беби ако је доји. Више од трећине испитаника сматра да ће труднице које су инфициране ХИВ-ом сигурно родити бебу која има сиду. Одговори који се односе на ХИВ тестирање показују да међу здравственим радницима постоји извесна конфузија у вези с постављањем

Табела 2 – Знање здравствених радника о ХИВ-у и сиди – дистрибуција тачних одговора на тесту знања за цео узорак

	% тачних одговора
Уколико нека особа добије ХИВ позитиван резултат теста, центар за тестирање је по закону дужан да хитно позове на тестирање сексуалног партнера те особе	19,0
Планирани царски рез је мера превенције преноса ХИВ-а са мајке на дете	30,4
Антитела на ХИВ се могу детектовати у крви већ после 7 дана након инфекције	36,2
Код ХИВ позитивних особа дијагноза сиде се поставља на основу присуства одређених опортунистичких инфекција и/или опортунистичких тумора	36,2
Неке врсте тумора коже могу бити знаци сиде	44,8
Мајке које су инфициране ХИВ-ом могу да га пренесу бебама преко мајчиног млека, тј. ако их доје	50,1
Уколико нека особа добије ХИВ позитиван резултат теста, у циљу спречавања ширења инфекције центар за тестирање треба о томе да обавести њену породицу и колеге на послу	53,2
ХИВ и сида су једно те исто	55,5
Сида је узрок ХИВ-а	59,9
ХИВ инфекција се са сигурношћу може детектовати серолошким тестовима тек 6 недеља након инфицирања	60,5
Сигурна дијагноза ХИВ инфекције се постиже детекцијом специфичних антитела ЕЛИСА и Western blot техникама	63,9
Све труднице које су заражене ХИВ-ом ће родити бебе оболеле од сиде	65,6
Кашљањем и кијањем се не може пренети ХИВ	65,8
ХИВ могу да пренесу комарци	65,8
Тестирање на ХИВ два дана након ризичног сексуалног односа ће показати да ли је особа инфицирана ХИВ-ом	70,1
Постоји проверена вакцина против ХИВ-а	80,4
Узимање витамина као и све друго што појачава имунитет помаже особи да се не инфицира ХИВ-ом	84,0
Особа може да се зарази ХИВ-ом ако дели храну са особом која је заражена ХИВ-ом	86,9
Коришћење неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге смањује ризик за преношење ХИВ-а	87,5
Жена може да добије ХИВ искључиво ако има анални секс са мушкарцем	87,8
Сида је неизлечива болест	88,7
Чак и особа која изгледа и осећа се потпуно здраво може да буде инфицирана ХИВ-ом	89,3
Упражњавање секса само са једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење ХИВ-а	89,8
Здрава исхрана нас штити од ХИВ-а	90,1
Особа може да буде инфицирана ХИВ-ом више година, а да нема симптоме сиде	91,3
На основу спољашњег изгледа можемо да знамо да ли је неко инфициран ХИВ-ом или не	92,0
Постоје људи који живе са сидом дужи временски период	92,8
Постоји велики ризик да се добије ХИВ инфекција ако се борави у истом простору са особом која је заражена ХИВ-ом	94,1
Чак и један незаштићен сексуални однос може довести до ХИВ инфекције	94,3
Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење ХИВ-а	97,4
Просек	70,8

дијагнозе инфекције ХИВ-ом и „периода прозора“. Само 63,9% испитаника зна да се сигурна дијагноза ХИВ инфекције постиже детекцијом специфичних антитела ЕЛИСА и Western blot техникама. Иако њих 70% зна да се током прва два дана након инфекције не могу открити ХИВ специфична антитела у серуму, само 36,2% испитаника зна да се антитела на ХИВ не могу детектовати у крви ни седам дана након инфекције. Само 60,5% здравствених радника зна да се ХИВ инфекција са сигурношћу може детектовати серолошким тестовима тек шест недеља након инфицирања. Осим тога, само 36,2% испитаника тачно одговара на питања која се односе на постављање дијагнозе сиде на основу присуства опортунистичких инфекција, а 44,8% да неке врсте тумора коже могу бити знаци сиде. Подаци такође указују на то да међу здравственим радницима постоји неразумевање неких основних појмова о ХИВ-у. Тако 44,5% здравствених радника верује да су ХИВ и сида једно те исто, а 40% да је сида узрок ХИВ-а. Такође, резултати сугеришу да постоји неразумевање начина на који се ХИВ не може пренети. Само 65,8% испитаника одговара тачно на тврдњу да ХИВ преносе комарци – 34,3% испитаника мисли да се тим путем ХИВ може пренети. Исти проценат испитаника верује да се ХИВ преноси кашљањем и кијањем.

У Табели 3 приказани су резултати који се односе на питање о опортунистичким инфекцијама сиде (ово питање задаје се студентима медицине на испиту из инфективних болести). Они потврђују генерално лоше знање о лечењу сиде, пошто здравствени радници дају мало тачних одговора на ово питање: само 60,8% испитаника зна да је пнеумоцистична пнеумонија опортунистичка инфекција сиде, а 25,2% да је то туберкулоза. У просеку сваки испитаник зна да наброји мање од половине свих опортунистичких инфекција – 41,1%. Знање о опортунистичким инфекцијама се разликује у популацији оних са високим и средњим образовањем (лекари и медицински техничари). Медицински техничари мање знају о опортунистичким инфекцијама од лекара: за сваку понуђену опортунистичку инфекцију дају мање тачних одговора од лекара.

Табела 3 – Знање здравствених радника о опортунистичким инфекцијама сиде – дистрибуција на целом узорку

	Процент тачних одговора		
	Цео узорак	Медицински техничари	Лекари
Туберкулоза	25,2	16,0	43,0
Токсоплазмоза	31,4	26,5	41,1
Лептоспироза	40,1	30,5	58,7
Схигелоза	41,9	31,3	62,6
Бруцелоза	42,1	31,6	62,4
Криптококоза	46,3	37,3	63,9
<i>Pneumocystis carinii pneumonia</i>	60,8	46,7	88,1
Просек	41,1	31,4	60,0

Разумевање путева преношења, тј. непреношења ХИВ-а додатно је испитивано питањем о могућности инфицирања ХИВ-ом здравствених радника у контакту са неким телесним течностима пацијента. Одговори на ово питање приказани су у Табели 4. Показује се да половина испитаника (50,5%) верује да постоји ризик да се здравствени радници инфицирају ХИВ-ом ако дођу у контакт са мокраћом пацијента. Само 43,4% испитаника тачно одговара да се не могу инфицирати ако дођу у контакт са пљувачком пацијента, тј. око 56%

испитаника верује да таква могућност постоји ако дођу у контакт са пљувачком. Нешто мање испитаника, њих око 48%, верује да постоји вероватноћа да се инфицирају ХИВ-ом ако дођу у контакт са столицом пацијента. Испитаници најмање греше кад процењују ризик од инфицирања ХИВ-ом у случају да дођу у контакт са вагиналним секретом, спермом и крвљу пацијента, али су те грешке и даље неочекивано велике за здравствене раднике. Медицински техничари и лекари греше једнако и могло би се рећи да су разлике у знању некад у корист лекара, а некад сестара. Просечни резултати између ове две групе се не разликују као у случају познавања опортунистичких инфекција.

Табела 4 – Да ли сматрате да сте при контакту са следећим биолошким материјалом пацијента изложени опасности од инфекције ХИВ-ом?

	Процент тачних одговора		
	Цео узорак	Медицински техничари	Лекари
Пљувачка	43,4	41,2	47,8
Мокраћа	49,5	43,9	60,3
Столица	52,2	46,9	62,4
Ликвор	56,5	57,7	54,1
Сузе	60,1	60,3	59,9
Зној	71,3	68,6	76,6
Вагинални секрет	82,8	81,7	84,8
Сперма	85,7	85,5	86,2
Крв	97,5	97,2	97,9
Просек	66,6	64,8	70,0

7.1.1 Разлике у знању одређених група здравствених радника

Разлике у знању здравствених радника посматране су с обзиром на ниво здравствене заштите, образовање и узраст. У Табели 5 приказани су просечни тачни одговори за тест знања, питање о опортунистичким инфекцијама и питање о могућности инфицирања у контакту са одређеним биолошким материјалом пацијента за одређене категорије испитаника. Због малог броја испитаника унутар сваког региона, нису испитиване разлике у знању између региона.

Истраживање је показало да постоји разлика у знању здравствених радника на различитим нивоима здравствене заштите. Тако здравствени радници на терцијарном нивоу у просеку имају највише знања – од 30 питања на тесту знања тачно одговарају на, заокружено посматрано, 22 питања, док најслабије знање показују здравствени радници на секундарном нивоу заштите – они одговарају тачно на 21 питање. Што се образовања тиче, лекари показују знатно веће знање од медицинских техничара: лекари одговарају на скоро 24 питања тачно док медицински техничари имају у просеку само око 20 тачних одговора. Кад је узраст испитаника у питању, најслабије знају они узраста између 41 и 50 година, док је знање осталих узрасних категорија приближно једнако. Разлике за све три категорије (нивои здравствене заштите, образовање и узраст) су статистички значајне на нивоу 0,01.

Знање о опортунистичким инфекцијама се на исти начин распоређује по нивоима здравствене заштите: о опортунистичким инфекцијама најбоље знају они на терцијарном нивоу, затим на примарном, а најмање знају они на секундарном нивоу здравствене заштите. Највећа разлика у знању између група нађена је у знању о опортунистичким инфекцијама између лекара и медицинских

техничара: док лекари и одговарају тачно на око четири питања од могућих седам, медицински техничари одговарају тачно на само два питања. О опортунистичким инфекцијама највише знају они узраста од 31 до 40 година. Док су разлике добијене за категорије образовања и нивоа здравствене заштите значајне на нивоу 0,01, разлике у знању добијене између здравствених радника различитог узраста значајне су на нивоу 0,05.

Табела 5 – Расподела знања по нивоима здравствене заштите, узрасту и образовању

Знања о ХИВ-у и сиди – тест знања					
		Просек тачних одговора	Стандардна девијација	Значајност	F¹
Нивои здравствене заштите				0,000	8,536
	Примарни	21,4	4,85		
	Секундарни	20,6	4,75		
	Терцијарни	22,3	4,00		
Образовање				0,000	300,646
	Медицински техничари	19,9	4,67		
	Лекари	23,9	3,62		
Узраст				0,007	4,023
	<30	21,5	4,13		
	31 - 40	21,7	4,67		
	41 - 50	20,7	5,14		
	>50	21,1	5,06		
Знање о опортунистичким инфекцијама					
		Просек тачних одговора	Стандардна девијација	Значајност	F
Нивои здравствене заштите				0,006	5,146
	Примарни	3,0	2,29		
	Секундарни	2,6	2,32		
	Терцијарни	3,1	2,10		
Образовање				0,000	318,217
	Медицински техничари	2,2	2,14		
	Лекари	4,2	1,95		
Узраст				0,063	2,438
	<30	2,9	2,32		
	31 – 40	3,0	2,36		
	41 – 50	2,7	2,21		
	>50	3,1	2,15		
Знање о могућности инфицирања у контакту с биолошким материјалом пацијента					
		Просек тачних одговора	Стандардна девијација	Значајност	F
Нивои здравствене заштите				0,047	3,070
	Примарни	6,1	2,20		
	Секундарни	6,0	2,05		
	Терцијарни	5,7	1,98		
Образовање				0,000	16,887
	Медицински техничари	5,8	2,19		
	Лекари	6,3	1,97		
Узраст				0,000	19,062
	<30	6,5	1,91		
	31 – 40	6,2	2,08		
	41 – 50	5,6	2,19		
	>50	5,4	2,25		

Разлике које су на ове три анкетирани категорије испитаника добијене код питања које се односи на начине преноса, тј. знање о биолошком материјалу који може бити пут преноса, такође су статистички значајне: разлика између испитаника на различитим нивоима здравствене заштите је значајна на нивоу 0,05, док су разлике између узрасних и образовних група значајне на нивоу 0,01. Највише тачних одговора о могућности инфицирања у случају контакта здравственог радника са девет наведених телесних течности дају они запослени на примарном – укупно шест, затим запослени на секундарном нивоу заштите, док најслабије знају они на терцијарном нивоу заштите. Здравствени радници са средњим образовањем и на ову групу питања одговарају лошије од оних са високим образовањем, док разлике у узрастима иду у корист млађих здравствених радника: најбоље знају здравствени радници узраста испод 30 година, а знање опада с годинама старости.

7.1.2 Едукација здравствених радника и процена потребе за едукацијом

Знање, односно незнање, здравствених радника треба посматрати у контексту едукација које су похађали. Формална обука о ХИВ-у доступна је лекарима и вишим медицинским техничарима током основних студија медицине, али ту не треба заборавити ни могућности неформалне едукације која је у нашој земљи доступна свим здравственим радницима кроз различите пројекте. Едукација у овом питању односила се на неформалне едукације које су организоване код нас. Резултати истраживања показују да 50,9% испитаника никада није имало едукацију из ове области, да је 40,8% едуковано током последњих пет година, а само 7,1% током последњих годину дана (Табела 6).

Табела 6 – Едукација здравствених радника

	Фреквенција	Процент
Без едукације	781	50,9
Едукација у интервалу од једне до пет година	626	40,8
Едукација у последњих годину дана	109	7,1
Укупно	1 516	98,9
Без одговора	17	1,1
Укупно	1 533	100,0

Табела 7 – Едукација здравствених радника и знање у области ХИВ-а

	Без едукације		Едукација у интервалу од једне до пет година		Едукација у последњих годину дана		Значајност	F
	Просек	Стандардна девијација	Просек	Стандардна девијација	Просек	Стандардна девијација		
Општа знања о ХИВ-у	20,4	4,86	22,1	4,31	22,7	4,87	0,000	29,472
Познавање опортунистичких инфекција	2,6	2,22	3,2	2,30	3,3	2,27	0,000	15,260
Знање о путевима трансмисије ХИВ	5,8	2,19	6,1	2,02	6,4	2,17	0,001	6,545

Табела 7 показује разлике у знању о ХИВ-у и сиди између здравствених радника са едукацијом и без ње. Знање здравствених радника који нису имали никакву едукацију и оних који су едуковани статистички значајно се разликује (значајност је нивоа 0,01), како на нивоу општег знања (које је у овом истраживању мерено тестом знања), тако и у познавању опортунистичких инфекција и начина преношења ХИВ-а. У све три категорије, знање је највеће код здравствених радника који су имали обуку у последњих годину дана: они у просеку одговарају тачно на више од 22 питања од укупно 30 колико их је било на тесту знања, преко три о опортунистичким инфекцијама од укупно седам, те преко шест о начинима преношења од укупно девет. Најслабије одговоре дају они који нису прошли никакву обуку из области ХИВ-а. Међутим, овде остаје дискутабилно шта је са онима који су едуковани раније, пре више од 5 година. Можемо претпоставити да они или нису одговорили на ово питање или су заокружили понуђени одговор „Без едукације“. Чак и да је тако, остаје разлика у знању између оних без икакве обуке и оних који су је имали раније, пре више од пет година.

Табела 8 – Едукативне потребе здравствених радника

	Непотребно	Потребно, али не претерано детаљно	Потребно	Веома потребно	Потребно и веома потребно
Поступци са пацијентима који имају ХИВ	3,8	7,7	46,3	42,2	88,6
Поступање са посебно осетљивим популацијама (интравенски корисници дрога, сексуалне раднице, хомосексуалци)	5,4	12,2	42,7	39,7	82,5
Дијагноза и лечење ХИВ/ сиде	4,8	14,3	45,7	35,3	80,9
Технике разговора и саопштавања пацијентима информација повезаних са ХИВ-ом и сидом	7,2	13,4	50,2	29,3	79,5
Етичка питања везана за рад са људима који живе са ХИВ/сидом	5,9	16,0	45,7	32,4	78,1
Саветовање пре и после тестирања на ХИВ као метод превенције	6,9	16,7	53,7	22,8	76,5
Клиничке манифестације ХИВ инфекције у другим медицинским областима (психијатрија, гинекологија...)	5,9	17,7	49,0	27,4	76,4
Психосоцијални аспекти ХИВ-а	7,1	18,7	48,8	25,4	74,2
Искуства у превенцији ХИВ-а у свету	6,1	20,5	49,1	24,4	73,5
Стигма и дискриминација - технике промена ставова везаних за ХИВ	9,5	19,7	43,3	27,5	70,8
Правна питања везана за рад са људима који живе са ХИВ-ом/сидом	10,9	20,6	42,7	25,8	68,5
Процена ризика за ХИВ код пацијената са којима обично радите	13,8	17,8	46,0	22,4	68,4
Основне чињенице о ХИВ-у и сиди	13,3	19,3	48,0	19,3	67,4

Табела 8 приказује како здравствени радници процењују своје потребе за обуком у области ХИВ-а. Резултати који се односе на ову процену показују да здравствени радници сматрају да им је додатно образовање потребно у свим областима које су понуђене. Процена потреба за едукацијом обухвата ранг од

67,7% до 88,6%. Иако најлошије рангирана област из које сматрају да треба да буду едуковани обухвата општа знања о ХИВ-у и сиди, 67,7 % здравствених радника се слаже да им је едукација из ове области потребна или веома потребна. Подаци показују да су здравствени радници углавном свесни свог незнања, јер се у горњем делу листе налазе управо оне теме о којима, по резултатима теста знања, здравствени радници најмање знају. Убедљиво највише слагање међу испитаницима постоји у погледу поступака с пацијентима који имају ХИВ: 88,6% здравствених радника се слаже да им је едукација из ове области потребна. У горњем делу табеле налазе се још и теме које се односе на дијагнозу и лечење ХИВ инфекције, технике разговора и саопштавања пацијентима информација повезаних с ХИВ-ом и сидом, етичка питања о раду са ПЛХИВ и саветовање пре и после тестирања на ХИВ.

7.2 Понашање здравствених радника на радном месту у контексту ХИВ инфекције

7.2.1 Доступност упутстава о мерама заштите и коришћење средстава заштите

Табела 9 показује како здравствени радници процењују доступност писаних упутстава о поступања у случају контакта са инфективним материјалом и доступност средстава заштите. Резултати истраживања показују да половина, тачније њих 50,9%, тврди да на радном месту нема писано упутство о универзалним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција. Ова писана упутства најмање су присутна на терцијарном нивоу здравствене заштите, а највише на примарном. Што се доступности рукавица, маске и заштитних наочара као мера заштите тиче, најзаступљеније су рукавице: оне су увек доступне у 89,2% случајева, док су маске увек доступне у 71,2% случајева. Најмање су доступне заштитне наочари – у само 10,3% случајева. Иако су рукавице доступне у наизглед великом проценту случајева, треба рећи да је чак и овако велики проценат реално мали – очекује се да су рукавице, као минимум заштите на радном месту, доступне у 100% случајева. Не треба занемарити ни податак да заштитне наочари нису никад доступне у 79,2% случајева.

Међутим, значајан је и податак да чак и ако су рукавице, маске и заштитне наочари увек доступне, оне се не користе увек. Иако 96,5% испитаника користи рукавице увек кад су доступне, 58,1% здравствених радника никад не носи рукавице чак и ако су увек доступне, а 75% њих користи их само кад знају да је пацијент заразан, иако су увек доступне. Слично је и са коришћењем заштитне маске: 47,8% испитаника их никад не користи, а 60,5% их користи само ако зна да је пацијент заразан иако су увек доступне. Заштитне наочари се најмање користе: 73,3% здравствених радника их користи кад год су доступне. Овде треба напоменути, а у дискусији ће бити више разматрано, да се подаци из табеле морају узети са извесном резервом. На пример, податак да 0,5% здравствених радника увек носи рукавице иако никад нису доступне није логичан.

Табела 9 – Доступност писаног упутства о општим/стандардним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција приликом рада са пацијентима и/или њиховим биолошким материјалом и средстава заштите: рукавица, маски и заштитних наочари

Писано упутство о стандардним мерама заштите					
	Не	Да	Укупно	Без одговора	
Фреквенције	776	729	1505	28	
Процент	50,9	47,6	98,2	1,8	
Нивои здравствене заштите					
Примарни	437	428	865		
	50,5	49,5	100,0		
Секундарни	237	224	461		
	51,4	48,6	100,0		
Терцијарни	102	77	179		
	57,0	43,0	100,0		
Укупно	776	729	1505		
	51,6	48,4	100,0		
Средства заштите					
		Рукавице доступне (процент)			
Рукавице носи (процент)	Никад	Ретко	Често	Увек	Укупно
Никад	21,0	6,5	14,5	58,1	100,0
Само кад знам да је пацијент заразан	1,3	10,0	13,8	75,0	100,0
Ретко	2,9	5,7	12,1	79,3	100,0
Често	0,0	0,8	11,7	87,4	100,0
Увек	0,4	0,5	2,6	96,5	100,0
Укупно	1,5	1,9	7,0	89,7	100,0
		Маске доступне (процент)			
Маске носи (процент)	Никад	Ретко	Често	Увек	Укупно
Никад	22,1	17,4	12,7	47,8	100,0
Само кад знам да је пацијент заразан	2,0	18,0	19,5	60,5	100,0
Ретко	1,7	15,1	16,3	66,8	100,0
Често	0,7	3,6	13,2	82,5	100,0
Увек	0,4	1,1	3,2	95,3	100,0
Укупно	5,1	10,9	13,0	71,0	100,0
		Заштитне наочари доступне (процент)			
Заштитне наочари носи (процент)	Никад	Ретко	Често	Увек	Укупно
Никад	88,2	5,8	1,0	5,1	100,0
Само кад знам да је пацијент заразан	38,8	32,7	8,2	20,4	100,0
Ретко	28,3	31,5	10,9	29,3	100,0
Често	33,3	9,5	9,5	47,6	100,0
Увек	17,8	8,9	0,0	73,3	100,0
Укупно	79,6	8,5	2,0	10,0	100,0

Без обзира на то што не користе средства заштите чак и ако су доступна, здравствени радници у великом проценту мисле да су мере заштите које користе довољне да их заштите од ХИВ-а – 73,5% испитаника мисли да се довољно добро штити, а само 25% њих сматра да се не штити довољно (Табела 10).

Табела 10 – Да ли сматрате да су мере предострожности које предузимате адекватне за заштиту од ХИВ инфекције?

	Фреквенција	Процент
Не	388	25,3
Да	1 126	73,5
Укупно	1 514	98,8
Недостајући	19	1,2
Укупно	1 533	100,0

Даље, 65,1% испитаника се другачије штити ако зна да је пацијент ХИВ позитиван (Табела 11). Истраживање се није бавило мерама или средствима заштите која се посебно и другачије користе у ситуацији кад се зна да је пацијент ХИВ позитиван, али овај податак се боље разуме ако се узму у обзир подаци о томе шта здравствени радници сматрају најбољом заштитом од ХИВ инфекције.

Табела 11 – Да ли се мере предострожности разликују ако знате да је неко ХИВ позитиван?

	Фреквенција	Процент
Не	513	33,5
Да	998	65,1
Недостајући	22	1,4
Укупно	1 533	100,0

7.2.2 Знање о мерама заштите од ХИВ инфекције

Табела 12 садржи податке који се односе на то колико здравствени радници познају мере заштите од ХИВ инфекције на радном месту. Само 9,1% испитаника зна да познавање ХИВ статуса пацијента није мера заштите од ХИВ инфекције на радном месту и 11,9% испитаника зна да обавезно тестирање пацијената на ХИВ пре хирушког захвата не може да заштити здравствене раднике од инфицирања ХИВ-ом. Здравствени радници знају да је опрез у свим поступцима и са сваким пацијентом и његовим материјалом добра мера заштите (81,2% тачних одговора). Резултати сугеришу да се здравствени радници највише слажу у томе да је познавање ХИВ статуса пацијента једна од најважнијих мера заштите, затим следи обавезно тестирање пацијената пре хирушког захвата. Слагање здравствених радника је много веће око ове две мере заштите него око две које заиста то и јесу: опрез у свим поступцима и са сваким материјалом и познавање универзалних мера заштите. Генерално гледано, здравствени радници врло мало знају о томе како да се заштите од ХИВ-а – просек тачних одговора за понуђене одговоре је 50,7% што значи да је знање половично, тј. на нивоу погађања.

Табела 12 – Познавање мера заштите у спречавању ХИВ инфекције на радном месту

	Процент тачних одговора
Познавање ХИВ статуса пацијента	9,1
Обавезно тестирање свих пацијената пре хируршког захвата	11,9
Ношење заштитних наочара и маске	32,1
Ношење рукавица	80,0
Опрез у свим поступцима са сваким пацијентом и његовим материјалом	81,2
Добро познавање и примена стандардних мера предострожности	89,9
Просек	50,7

7.2.3 Акциденти на радном месту и поступање у случају акцидента

Питање о могућим акцидентима током последњих дванаест месеци формулисано је тако да испитаници за сваки од четири понуђена акцидента процене да ли им се десио или није. Резултати су показали да 43,8% испитаника није имало ниједан од наведених акцидента у последњих годину дана, а да су остали (56,2%) имали неке од наведених акцидента: један или више. Само седам одсто испитаника имало је сва четири акцидента током последњих 12 месеци (Табела 13). Ови подаци не говоре о укупном броју акцидента већ о врсти акцидента које су здравствени радници искусили. Тачније, ови подаци говоре о томе да је вероватноћа да здравствени радници дођу у контакт са крвљу пацијента велика.

Табела 13 – Врсте акцидента у последњих 12 месеци (убод иглом, повреда другим оштрим предметом, контакт с крвљу пацијента преко оштећене коже и прскање крви пацијента у око или слузницу)

Врсте акцидента током последњих 12 месеци	Фреквенција	Процент
Без акцидента	671	43,8
Један од понуђених	381	24,9
Два од понуђених	223	14,5
Три од понуђених	150	9,8
Сва четири акцидента	108	7,0
Укупно	1 533	100,0

Ако се узме у обзир да је број акцидента здравствених радника велики, онда забрињавајуће делује податак да је знање о поступању у случају акцидента прилично лоше. Табела 14 показује како здравствени радници поступају у случају акцидента. У просеку сваки испитаник има половично знање о овој теми – 48,75%. Скоро 90% испитаника верује да је неопходно одмах утрљати дезинфекционо средство на место убода, а 76,06% да треба одмах узети постекспозициону терапију. Само 77,76% здравствених радника би се у случају да дођу у контакт са крвљу пацијента јавило епидемиолошкој служби. Посебно је интересантно то да 75% испитаника мисли да у случају акцидента треба тестирати иглу или материјал након излагања, што је у већини случајева потпуно бесмислено.

Табела 14 – Поступање у случају акцидента

Поступак у случају акцидента	Процент тачних одговора
Одмах утрљати дезинфекционо средство на место убода или место потенцијалног уласка вируса у организам	11,2
Узети постекспозициону терапију	23,9
Тестирати иглу или материјал након излагања ризику	25,0
Спровести серолошко испитивање	73,8
Јавити се надлежној епидемиолошкој служби	77,8
Тражити информацију о ХИВ статусу пацијента	80,8
Просек	48,8

7.2.4 Знање о мерама заштите и поступању у случају акцидента код различитих група здравствених радника

Познавање мера заштите од ХИВ инфекције и поступка у случају акцидента по различитим групама испитаника представљени су у Табели 15. Што се поступања у случају акцидента тиче, важно је рећи да не постоји значајна разлика у познавању овог поступка између оних испитаника којима је на радном месту доступно писано упутство о стандардним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција и оних којима оно није доступно – као што је случај и са познавањем мера заштите од инфицирања ХИВ-ом. Познавање мера заштите не мења се значајно у зависности од нивоа здравствене заштите или узраста испитаника. Једина статистички значајна разлика (на нивоу 0,05) нађена је у образовању: лекари више знају о мерама заштите од медицинских техничара. Што се познавања поступка у случају акцидента тиче, једина статистички значајна разлика (на нивоу 0,05) нађена је између нивоа здравствене заштите: здравствени радници на секундарном нивоу здравствене заштите најбоље познају мере поступања у случају акцидента. Међутим, статистички значајна разлика за обе врсте знања – познавање мера заштите од ХИВ-а и поступка у случају акцидента – нађена је између оних здравствених радника који немају никакву едукацију о ХИВ-у и оних који су је имали током последњих пет односно током последњих годину дана и та разлика је статистички значајна на нивоу 0,01. Ове две врсте знања најмање имају здравствени радници који нису имали никакву едукацију у области ХИВ-а, а највише они који су едуковани о ХИВ-у током последњих годину дана.

Табела 15 – Познавање мера заштите од ХИВ инфекције и поступка у случају акцидента по различитим групама испитаника

Доступност писаног упутства о универзалним мерама заштите на радном месту						
	Просек	Не Стандардна девијација	Просек	Да Стандардна девијација	Значајност	F
Познавање мера заштите од инфицирања ХИВ-ом	3,0	1,07	3,1	1,10	0,124	2,368
Познавање поступка у случају акцидента	2,9	1,15	3,0	1,08	0,426	0,635
Познавање мера заштите од инфицирања ХИВ-ом						
	Просек	Стандардна девијација	Значајност	F		
Нивои здравствене заштите			0,274	1,297		
Примарни	3,1	1,14				
Секундарни	3,0	1,07				
Терцијарни	3,0	0,94				
Образовање			0,011	6,436		
Медицински техничари	3,0	1,03				
Лекари	3,1	1,21				
Узраст			0,393	0,997		
<30	3,0	1,01				
31 - 40	3,0	1,10				
41 - 50	3,1	1,12				
>50	3,1	1,19				
Едукација			0,000	8,030		
Без едукације	3,0	1,12				
Едукација у интервалу од једне до пет година	3,1	1,06				
Едукација у последњих годину дана	3,4	1,12				
Познавање поступка у случају акцидента						
	Просек	Стандардна девијација	Значајност	F		
Нивои здравствене заштите			0,042	3,187		
Примарни	2,9	1,12				
Секундарни	3,0	1,13				
Терцијарни	2,9	1,18				
Образовање			0,138	2,197		
Медицински техничари	2,9	1,12				
Лекари	3,0	1,16				
Узраст			0,508	0,776		
<30	2,9	1,01				
31 - 40	3,0	1,11				
41 - 50	3,0	1,22				
>50	2,9	1,16				
>50	5,4	2,25				
Едукација			0,000	9,673		
Без едукације	2,8	1,13				
Едукација у интервалу од једне до пет година	3,0	1,12				
Едукација у последњих годину дана	3,2	1,05				

Интересантан је следећи податак: иако су здравствени радници изложени акцидентима и мало знају о заштити, велики проценат њих, чак 73,3% се није тестирао на ХИВ. Само 25,8% здравствених радника се тестирало на ХИВ. Даље, здравствени радници верују да је у здравственим институцијама чешће могуће преношење ХИВ-а с пацијента на здравственог радника него обрнуто, што је генерално тачно, али њихово уверење, у контексту добијених резултата, не одражава знање већ погрешну перцепцију ризика: здравствени радници сматрају да су у већем ризику него што реално јесу (Табела 16).

Табела 16 – Да ли сте се икад тестирали на ХИВ и перципирана могућност преношења ХИВ-а са здравственог радника на пацијента и обрнуто

	Фреквенција		Процент
Не	1 123		73,3
Да	396		25,8
Недостајући	14		0,9
Укупно	1 533		100,0
Перцепција могућности преношења ХИВ-а у здравственим институцијама			
	Са здравственог радника на пацијента (процент)		Укупно
	Не	Да	
Са пацијента на здравственог радника (процент)			
не	17,0	0,3	17,4
да	53,7	28,9	82,6
Укупно	70,7	29,3	100,0

7.3 Ставови према људима који живе са ХИВ-ом

7.3.1 Ставови здравствених радника – резултати истраживања

У Табели 17 приказани су резултати дескриптивне анализе, тј. у ком степену се наши испитаници слажу са сваком понуђеном тврдњом (резултати су исказани у процентима). Резултати се односе на све испитанике односно на узорак у целини. Анализирајући појединачне тврдње, можемо уочити да постоји одређен степен прикривених, па и отворено негативних ставова и предрасуда према пацијентима с ХИВ-ом и сидом. На први поглед, резултати изгледају охрабрујуће, јер већина испитаника има позитивне ставове и одбацује негативне, стигматизујуће тврдње. Међутим, то само говори о томе да нема апсолутне нити већинске дискриминације. С друге стране, ни једну позитивну тврдњу нису прихватили сви испитаници, нити је иједна негативно формулисана тврдња потпуно одбачена.

Табела 17 - Ставови здравствених радника према људима који живе са ХИВ-ом – дистрибуција резултата на целом узорку

	Уопште се не слажем	Не слажем се	Нисам сигуран	Слажем се	Потпуно се слажем
Мислим да људи који имају сиду имају иста права на лечење и негу као и сви други пацијенти	3,8	1,3	1,6	22,1	71,2
Пацијенти са ХИВ/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти	3,4	1,2	3,1	24,0	68,3
Чак и најскупљи лекови против ХИВ-а треба да буду бесплатни	2,9	3,4	15,5	24,4	53,8
Хоспитализоване пацијенте који имају ХИВ треба третирати са посебном пажњом	4,4	7,7	6,6	39,8	41,5
На картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен	15,0	8,2	12,8	24,8	39,5
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени ХИВ позитиван	16,6	9,7	13,8	23,4	36,4
Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент ХИВ позитиван	17,4	9,4	14,3	23,5	35,3
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су инфицирани ХИВ-ом/оболели од сиде	14,4	14,5	14,6	24,4	32,1
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега ХИВ позитиван	18,1	9,2	14,2	28,0	30,5
Не бих био забринут за своје здравље кад би ми колега био инфициран ХИВ-ом	10,4	12,7	26,8	23,5	26,6
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на ХИВ	21,0	12,7	23,7	18,3	24,3
Бринуо бих о пацијенту са ХИВ/сидом само зато што је то моја професионална одговорност	14,2	16,4	13,4	33,7	22,4
Деца или одрасли који су се инфицирали ХИВ-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	33,8	23,8	10,1	13,6	18,8
Кад би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са ХИВ-ом/сидом, добро бих размислио	15,5	15,6	24,1	27,3	17,5
Женама које су ХИВ позитивне не треба дозволити да рађају	17,7	21,4	31,1	13,7	16,1
Пацијенте треба тестирати на ХИВ без њиховог пристанка	38,1	19,4	16,3	13,3	12,9
Здравственим радницима који су ХИВ позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	29,7	22,5	23,0	12,5	12,3
Људи инфицирани ХИВ-ом немају право на поверљивост кад је њихова инфекција у питању	41,3	19,2	16,3	11,6	11,5
Не бих оклевао да пружим оживљавање "уста на уста" пацијенту који болује од сиде	21,2	11,6	41,4	14,6	11,3
ХИВ погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	48,5	19,2	5,6	15,9	10,8
Пацијенти инфицирани ХИВ-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	23,4	29,1	17,7	20,0	9,9
Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде	18,6	14,3	49,1	11,6	6,5

	Уопште се не слажем	Не слажем се	Нисам сигуран	Слажем се	Потпуно се слажем
Већина људи који су заражени ХИВ-ом/ имају сиду су сами криви за то	17,4	32,5	18,0	26,2	6,0
Деца инфицирана ХИВ-ом не би требало да иду у школу са другом децом	50,3	23,3	16,9	4,6	5,0
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени ХИВ-ом или имају сиду	47,7	27,9	14,9	5,1	4,3
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља ХИВ позитиван	37,8	36,0	16,2	5,8	4,1
Медицинско особље која има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	40,8	31,8	17,7	5,9	3,8
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	48,7	27,9	17,5	3,5	2,5
Послодавци би требало да имају право да отпусте некога уколико је ХИВ позитиван	58,3	22,6	13,6	3,1	2,4
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са ХИВ-ом/сидом	59,7	26,3	10,3	2,0	1,7
Већина људи који имају сиду су то заслужили	56,5	29,0	10,0	3,0	1,6

Чак и најприхваћенија тврдња – да „људи који имају сиду имају иста права на лечење и негу као и сви други пацијенти“ – није прихваћена у потпуности и безусловно од више од четвртине испитаника. Податак вредан пажње јесте да готово две трећине здравствених радника у Србији сматра да на картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен. Тек нешто мањи број њих (60,0%) сматра да ХИВ статус треба да буде познат и послодавцима и другим колегама. Надаље, трећина здравствених радника сматра да треба правити разлику у лечењу у зависности од начина инфицирања, тако да пацијенти инфицирани ХИВ-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге. Забрану рађања женама које су ХИВ позитивне одобрава готово трећина испитаника, а друга трећина није сигурна у то како би требало поступити по том питању. Забрињавајуће је и то да сваки четврти здравствени радник сматра да ХИВ погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке. Око 10% здравствених радника изјављује да не би дозволило да ХИВ позитивна деца похађају школску наставу с другом децом, да здравствени радник треба да има право да одбије да лечи ове пацијенте, као и да децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља ХИВ позитиван.

И ова прва анализа указује на бројне негативне ставове који су основа за стигму и дискриминацију ХИВ позитивних пацијената. Посебно забрињава то што су такви ставови раширени међу здравственим радницима, онима који морају да пруже највећу помоћ овим особама.

Структура испитаних ставова

Да бисмо утврдили каква је структура испитаних ставова, извршили смо факторску анализу. Употребљени метод екстракције био је тзв. *maximum likelihood*, а извршена је и *proomax* ротација фактора. Показало се да се ставови групишу у три фактора (Табела 18).

Табела 18 – Факторска анализа ставова

Матрица склопа	Фактори		
	1	2	3
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља ХИВ позитиван.	0,78		
Медицинско особље која има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	0,72		
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	0,69		
Пацијенти инфицирани ХИВ-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	0,60		
Деца инфицирана ХИВ-ом не би требало да иду у школу са другом децом	0,58		
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са ХИВ-ом/сидом	0,56		
Деца или одрасли који су се инфицирали ХИВ-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	0,56		
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су инфицирани ХИВ-ом/оболели од сиде	0,52		
Женама које су ХИВ позитивне не треба дозволити да рађају	0,51		
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени ХИВ-ом или имају сиду	0,50		
Кад би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са ХИВ-ом/сидом, добро бих размислио	0,49		
Послодавци би требало да имају право да отпусте некога уколико је ХИВ позитиван	0,47		
Здравственим радницима који су ХИВ позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	0,45		
Већина људи који имају сиду су то заслужили	0,43		
Бринуо бих о пацијенту са ХИВ-ом/сидом само зато што је то моја професионална одговорност	0,34		
Већина људи који су заражени ХИВ-ом/имају сиду су сами криви за то	0,323		
ХИВ погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	0,32		
Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде			
Не бих био забринут за своје здравље кад би ми колега био инфициран ХИВ-ом			
Не бих оклевао да пружим оживљавање “уста на уста” пацијенту који болује од сиде			
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега ХИВ позитиван		0,87	
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени ХИВ позитиван		0,72	
На картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен		0,72	
Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент ХИВ позитиван		0,69	
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на ХИВ		0,41	
Пацијенте треба тестирати на ХИВ без њиховог пристанка		0,31	
Људи инфицирани ХИВ-ом немају право на поверљивост кад је њихова инфекција у питању			
Пацијенти са ХИВ-ом/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти			0,67
Мислим да људи који имају сиду имају иста права на лечење и негу као и сви други пацијенти			0,69
Хоспитализоване пацијенте који имају ХИВ треба третирати са посебном пажњом			0,39
Чак и најскупљи лекови против ХИВ-а треба да буду бесплатни			0,31

Први фактор се тиче пре свега *дистанцирања*, односно тежње за одвајањем ХИВ позитивних пацијената. Њега у највећем степену одређују тврдње да децу треба одвојити од ХИВ позитивних родитеља, медицинско особље и друге пацијенте од ХИВ позитивних пацијената, а да послодавац има право да отпусти

овакву особу с посла. Други фактор се односи на *обележавање* ХИВ позитивних особа и њега одређују тврдње које говоре да лекари, послодавци и колеге треба да знају ако је неко ХИВ позитиван. Прва два фактора су прилично блиска, што показује и њихова повезаност, која, изражена коефицијентом корелације износи 0,6 (Табела 19). Трећи фактор који негативно корелира са првим (-0,4), а није повезан са другим, могли бисмо дефинисати као *право на лечење*, јер га одређују тврдње које говоре да пацијенти са ХИВ-ом имају право на лечење и лекове као и други пацијенти, па и да се према њима треба односити са посебном пажњом.

Табела 19 – Корелација између добијених фактора ставова

Фактор	1	2	3
1	1,0	0,6	-0,4
2	0,6	1,0	-0,1
3	-0,4	-0,1	1,0

У даљој анализи утврђивано је у ком степену се особе из различитих подузорака (сачињених у односу на узраст, образовање, место у систему здравствене заштите и едукацију) разликују у изражености ставова (Табела 20).

Што се тиче узраста испитаника, показало се да он доноси значајну разлику кад је у питању обележавање, тј. да су млађи испитаници склонији гледишту да треба обележити ХИВ позитивне особе (Табела 20). Постоји и гранична значајност разлика по првом фактору – највеће дистанцирање показују испитаници који су у својим четрдесетим. Нема узрасних разлика у односу на право на лечење ХИВ позитивних особа. Веће дистанцирање и већу потребу за обележавањем ХИВ позитивних особа показује медицинско особље са средњом стручном спремом (медицински техничари) него што то чине лекари. Здравствени радници у терцијарном сектору здравствене заштите склонији су од осталих испитаника мишљењу да треба јасно обележити оне који су ХИВ позитивни.

Занимљиво је упоредити ставове здравствених радника према ПЛХИВ у односу на то да ли су до сада имали било какву едукацију из области ХИВ-а. Сврха такве едукације је, између осталог, и у томе да умањи предрасуде, те би права позитивна евалуација такве едукације била значајно мањи степен негативних ставова, предрасуда и стигматизације код људи који су прошли такве програме. Резултати, међутим, показују да се они који никада нису били на едукацијама о ХИВ-у не разликују од оних који су били, било у последњих годину дана или пет година, по резултатима на фактору „право на лечење“. За јасно обележавање пацијената са ХИВ-ом се у мањем степену залажу они који су ишли на неку едукацију у последњих годину дана, док се они који су ишли раније не разликују од испитаника који нису ишли на такве едукације. С друге стране, најмање су присталице дистанцирања они који су едукације похађали у ранијем периоду (поставља се питање да ли су едукације у разним временским раздобљима имале за циљ да објасне само одређене аспекте проблема), док се они који су на едукације ишли у последњих годину дана једва разликују од оних који нису похађали овакве програме. Овде треба напоменути да је, осим чињенице да је неко похађао едукацију, важно и каква је та едукација била. Сам податак да је едукација постојала не гарантује да је била таква да би могла да утиче на промену негативних ставова према ПЛХИВ.

Табела 20 - Поређење група испитаника по изражености испитаних ставова

Фактор 1: Дистанцирање					
		Просек	Стандардна девијација	Значајност	F
Нивои здравствене заштите				0,074	2,60
	Примарни	-0,02	1,17		
	Секундарни	0,09	1,12		
	Терцијарни	-0,15	1,20		
Образовање				0,000	45,56
	Медицински техничари	0,15	1,14		
	Лекари	-0,29	1,14		
Узраст				0,044	18,91
	<30	-0,09	1,15		
	31 - 40	-0,01	1,15		
	41 - 50	0,12	1,17		
	>50	-0,09	1,14		
Едукација				0,011	4,56
	Без едукације	0,09	1,20		
Едукација у интервалу од једне до пет година		-0,11	1,11		
Едукација у последњих годину дана		0,04	1,12		
Фактор 2: Обележавање					
		Просек	Стандардна девијација	Значајност	F
Нивои здравствене заштите				0,000	0,16
	Примарни	-0,09	1,10		
	Секундарни	-0,01	1,01		
	Терцијарни	0,47	0,99		
Образовање				0,000	37,01
	Медицински техничари	0,12	1,01		
	Лекари	-0,24	1,16		
Узраст				0,001	5,91
	<30	0,20	1,05		
	31 - 40	-0,05	1,08		
	41 - 50	-0,06	1,04		
	>50	-0,15	1,20		
Едукација				0,002	6,51
	Без едукације	0,04	1,03		
Едукација у интервалу од једне до пет година		0,03	1,09		
Едукација у последњих годину дана		-0,36	1,22		
Фактор 3: Право на лечење					
		Просек	Стандардна девијација	Значајност	F
Нивои здравствене заштите				0,246	0,05
	Примарни	-0,04	0,92		
	Секундарни	0,05	0,87		
	Терцијарни	0,05	0,92		
Образовање				0,895	0,02
	Медицински техничари	-0,00	0,92		
	Лекари	0,00	0,88		
Узраст				0,554	0,70
	<30	0,06	0,86		
	31 - 40	-0,03	0,92		
	41 - 50	-0,01	0,91		
	>50	-0,02	0,93		
Едукација				0,234	1,45
	Без едукације	-0,01	0,91		
Едукација у интервалу од једне до пет година		-0,01	0,90		
Едукација у последњих годину дана		0,15	0,89		

Добијени кластери на основу ставова

На основу ставова формиране су и скупине (кластери) испитаника. Статистичком техником, кластер-анализом, добијене су две скупине: прва, у коју се сврставају испитаници са, условно речено, позитивним ставовима (који се слажу са тврдњама које говоре у прилог подршци пацијентима са ХИВ-ом и не слажу са оним тврдњама које говоре у смислу неприхватања или дискриминације) и друга, у којој су испитаници са условно негативним ставовима (Табела 21).

Табела 21 – Кластер анализа ставова

	Просеци ²	
	I	II
Здравственим радницима који су ХИВ позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	-0,48	0,45
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља ХИВ позитиван	-0,48	0,47
Деца инфицирана ХИВ-ом не би требало да иду у школу са другом децом	-0,47	0,50
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	-0,47	0,48
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени ХИВ позитиван	-0,45	0,34
Медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	-0,44	0,46
Деца или одрасли који су се инфицирали ХИВ-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	-0,44	0,40
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега ХИВ позитиван	-0,42	0,35
Пацијенти инфицирани ХИВ-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	-0,42	0,39
Послодавци би требало да имају право да отпусте некога уколико је ХИВ позитиван	-0,42	0,46
Женама које су ХИВ позитивне не треба дозволити да рађају	-0,42	0,36
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су инфицирани ХИВ-ом/оболели од сиде	-0,40	0,33
Кад би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са ХИВ-ом/сидом, добро бих размислио	-0,40	0,34
Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент ХИВ позитиван	-0,40	0,29
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени ХИВ-ом или имају сиду	-0,37	0,39
Људи инфицирани ХИВ-ом немају право на поверљивост кад је њихова инфекција у питању	-0,36	0,36
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са ХИВ-ом/сидом	-0,36	0,40
Пацијенте треба тестирати на ХИВ без њиховог пристанка	-0,35	0,34
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на ХИВ	-0,35	0,30
На картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен	-0,34	0,24
ХИВ погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	-0,32	0,34
Већина људи који имају сиду су то заслужили	-0,26	0,33
Већина људи који су заражени ХИВ-ом/имају сиду су сами криви за то	-0,23	0,20
Бринуо бих о пацијенту са ХИВ-ом/сидом само зато што је то моја професионална одговорност	-0,18	0,12
Хоспитализоване пацијенте који имају ХИВ треба третирати са посебном пажњом	-0,14	0,04
Чак и најскупљи лекови против ХИВ-а треба да буду бесплатни	0,04	-0,12
Мислим да људи који имају сиду имају иста права на лечење и негу као и сви други пацијенти	0,14	-0,21
Пацијенти са ХИВ/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти	0,20	-0,26
Не бих оклевао да пружим оживљавање „уста на уста“ пацијенту који болује од сиде	0,23	-0,17
Не бих био забринут за своје здравље кад би ми колега био инфициран ХИВ-ом	0,26	-0,23
Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде	0,27	-0,22

² Резултати на скалама ставова су нормализовани и стандардизовани, па је аритметичка средина целог узорка једнака нули.

Када смо испитанике сврстали у ова два кластера по региону у ком живе и раде, показало се да највећи проценат испитаника у првом (позитивном) кластеру потиче из Зајечарског (69,0%) и Топличког региона (65,0%), а потом из Мачванског, Пиротског, Сремског, Златиборског и Шумадијског (60,0-62,0%). С друге стране, највише испитаника у другом (негативном) кластеру има у Западнобачком (78,0%), а потом у Моравичком и Рашком (по 69,0%), Нишавском (66,0%) и Севернобанатском региону (61,0%). У Београду, где је убедљиво највећи број ХИВ позитивних особа у нашој земљи, тај омер је 46,0:54,0%.

Судећи по кластер анализи, жене имају више предрасуда, јер њих 57,0% спада у „негативни“ кластер, у односу на свега 41,0% мушкараца. Међутим, овде морамо бити опрезни у закључцима да ову разлику одређује пол испитаника, јер изгледа да је овај резултат артефакт чињенице да жена има више у нашем подузорку особа са средњом стручном спремом, а да је више мушких испитаника са високим образовањем. Резултати показују да 64,0% оних са средњим образовањем спада у „негативни“ кластер, док је то случај са само 32% оних са високим образовањем (Табела 22). У подузорку особа преко 50 година значајно већи проценат се сврстава у први кластер (57,0%) у односу на остале старосне групе (44,0-48,0%).

Табела 22 – Поређење кластера по нивоима здравствене заштите, образовању и узрасту

		Кластери - проценат припадности	
		1	2
Нивои здравствене заштите			
	Примарни	51,0	49,0
	Секундарни	42,0	58,0
	Терцијарни	39,0	61,0
		Кластери - проценат припадности	
		1	2
Образовање			
	Медицински техничари	36,0	64,0
	Лекари	68,0	32,0
		Кластери - проценат припадности	
Узраст		1	2
	< 30	45,0	55,0
	31 - 40	48,0	52,0
	41 - 50	44,0	56,0
	51 - 60	57,0	43,0

Коначно, особе са мање предрасуда и негативних ставова статистички значајно боље познају мере заштите и начине преношења ХИВ-а, боље су упознате са опортунистичким инфекцијама и имају значајно виши скор на тесту општег знања о ХИВ-у (Табела 23). Дакле, са већим знањем опадају предрасуде, што би могло да укаже на то да је један од начина за смањење предрасуда и стигматизовања боље упознавање здравствених радника с карактеристикама ове болести и путевима њеног преношења.

Табела 23 – Знање о ХИВ-у, опортунистичким инфекцијама, начинима преношења, поступању у случају акцидента и знање о мерама заштите код испитаника са различитим ставовима

	Ниже предрасуде	Више предрасуде	F	Значајност
	Просек	Просек		
Познавање мера заштите	3,2	3,0	10,44	0,001
Познавање путева трансмисије	6,6	5,6	77,14	0,000
Опште знање о ХИВ-у и сиди	23,3	19,6	256,84	0,000
Познавање опортунистичких инфекција	3,6	2,3	112,75	0,000
Познавање поступка у случају акцидента	3,1	2,8	13,34	0,000

Контакт са људима који живе са ХИВ-ом, знање и ставови

Податак о томе да ли су здравствени радници били у прилици да пружају здравствене услуге ПЛХИВ важан је за планирање едукације и анализу добијених података. Резултати истраживања су показали да здравствени радници који су пружали негу и лечење људима који живе са ХИВ-ом имају мање стигматизујуће ставове, више знања о начинима преношења и опортунистичким инфекцијама, те да боље познају мере заштите од ХИВ-а. Све разлике између оних који су лечили људе који живе са ХИВ-ом и оних који нису статистички су значајне, осим оних које се односе на фактор „Право на лечење“, фактор „Обележавање“, као и на познавање начина преношења (Табела 24).

Табела 24 – Да ли сте били у прилици да пружате здравствене услуге људима који живе са ХИВ-ом

	Не		Не знам		Да		Значајност	F
	Просек	Стандардна девијација	Просек	Стандардна девијација	Просек	Стандардна девијација		
Познавање мера заштите	2,9	1,13	3,0	1,09	3,2	1,06	0,006	5,12
Познавање начина преношења	6,0	2,23	5,9	2,13	6,1	2,04	0,482	0,73
Опште знање о ХИВ-у и сиди	20,4	4,72	21,0	4,84	22,1	4,57	0,000	17,58
Познавање опортунистичких инфекција	2,6	2,23	2,7	2,31	3,2	2,26	0,000	12,49
Познавање поступка у случају акцидента	2,8	1,13	2,8	1,14	3,1	1,10	0,000	13,07
Дистанцирање	0,04	1,20	0,10	1,14	-0,10	1,12	0,022	3,84
Обележавање	0,08	1,06	-0,07	1,04	-0,01	1,11	0,136	2,00
Право на лечење	0,02	0,89	0,02	0,91	-0,03	0,91	0,634	0,46

8. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

8.1 Знање здравствених радника о ХИВ-у и сиди

Одговор на питање „Колико здравствени радници знају о ХИВ инфекцији?“ тешко је дати ако се претходно не одговори на питање „Која би знања о ХИВ инфекцији здравствени радници требало да имају да би могли да пруже адекватан третман људима који живе са ХИВ-ом и да заштите себе од инфекције на радном месту. Зато смо резултате овог истраживања и анализирали у контексту минимума знања које здравствени радници треба да имају о ХИВ-у. Стручњаци из ове области слажу се у томе да сви здравствени радници, без обзира на специјалност, треба да имају одређена знања која ће се мењати у складу са напретком у дијагностиковању и лечењу ХИВ-а.

Стручњаци из ове области се слажу да у темељна знања о ХИВ инфекцији спадају основни епидемиолошки подаци о начину преношења ХИВ-а, укључујући познавање ризика за стицање инфекције, као и начина на које се ХИВ не може стећи. Знање о болестима које ХИВ може изазвати подразумева сазнање да је у питању хронична инфекција, која током низа година постепено уништава одбрамбене механизме (имунитет) инфициране особе, због чега се ствара ризик од врло различитих и необичних инфекција, какве се ретко срећу код људи са очуваним имунитетом. На сличан начин се могу развити и неки облици малигнитета. Они се стога називају опортунистичким инфекцијама и опортунистичким туморима. ХИВ инфекција се у савремено време може релативно успешно лечити, у смислу продужења живота, чак и до трајања нормалног просечног животног века, што је сврстава у хроничне болести с којима се може живети. Како вакцина још није на видiku, здравствени радници морају добро да познају мере које укључују превенцију вертикалног и хоризонталног преношења вируса. У превенцији вертикалног преношења (с мајке на потомство) користе се антивирусни лекови помоћу којих се лечењем мајке спречава преношење вируса на новорођенче. Ризик се додатно смањује и царским резом као методом порођаја, као и саветовањем да мајка не доји бебу јер се ХИВ може пренети преко инфицираног мајчиног млека. У начин хоризонталног преношења спадају и перкутане (акциденталне) повреде здравствених радника, као и контакт слузница (уста, коњуктиве) с крвљу или неким другим телесним течностима пацијента.

Из ових сазнања су проистекле мере заштите од инфекција које се преносе путем крви, а које су исте за превенцију ширења вируса хепатитиса Б и Ц и ХИВ-а. Здравствени радници би морали да примењују те мере заштите, које су

углавном своде на опрез као и коришћење неких баријера – рукавица, заштитних наочари, визира, кецеља, по потреби и каљача у операционим салама. У развијеним земљама су мере заштите прописане као обавезни начин понашања свих здравствених радника који долазе у контакт с крвљу, без обзира на то да ли је у питању пацијент који има неку крвљу преносиву инфекцију или не. Неопходна су и основна знања о тумачењу налаза позитивних или негативних ХИВ специфичних антитела у серуму неке особе код које постоји сумња на ХИВ инфекцију. Сходно томе, прописано је и понашање према пацијенту када се с његовом крвљу не долази у контакт. То су све оне неинвазивне медицинске интервенције које се свакодневно рутински раде, укључујући рентген, ехосонографију, електрокардиографију, електроенцефалограм и др. Послодавац је дужан да здравственим радницима обезбеди сва упутства и водиче добре праксе. Ово је врло важно како са аспекта људских права запослених, тако и са аспекта људских права пацијената. Како је све ово дефинисано у принципима биоетике, ХИВ инфекција уводи мало новог у исправно понашање здравствених радника и њихових пацијената.

Резултати добијени овим истраживањем показују да здравствени радници у Србији немају завидан ниво знања о ХИВ-у и сиди. Генерално гледано, здравствени радници добро знају детаље о хоризонталном преношењу, тј. највише о сексуалном путу преноса ХИВ-а и коришћењу кондома као мери заштите. Даље, добро знање имају и о неким чињеницама повезаним са ХИВ инфекцијом: да се с ХИВ-ом живи дуги низ година и да је ХИВ инфицираним особама доступно лечење које им омогућава дужи и квалитетнији живот.

Најмање знања здравствени радници имају о:

1. вертикалном преношењу ХИВ-а и превенцији преношења с мајке на дете,
2. дијагнози и лечењу сиде и опортунистичким инфекцијама,
3. тестирању на ХИВ и „периоду прозора“.

Ако се узме у обзир чињеница да здравствени радници најбоље одговарају на она питања која представљају индикаторе знања о ХИВ-у у општој популацији, а да најслабија знања имају из области које су специфично медицинске, постаје јасно да су њихова знања пре уопштена и генерална него специфична и да нису довољна за адекватан рад с људима који живе с ХИВ-ом нити за заштиту од ХИВ-а на радном месту. Ако се ови подаци даље анализирају, може се претпоставити да здравствени радници, осим средстава јавног информисања као што су телевизија и интернет, не користе или у веома малој мери користе друге изворе за учење о ХИВ-у.

Недовољно знања о дијагностиковању и лечењу сиде може се објаснити чињеницом да је широка примена ХААРТ-а у Србији релативно кратка и да је до пре неколико година лечење било централизовано, тј. доступно само на Инфективној клиници у Београду. Ова чињеница која је омогућавала ПЛХИВ да се на једном месту лече не само од ХИВ-а, већ и од опортунистичких инфекција, довела је до тога да се ПЛХИВ за све здравствене проблеме обрађају лекарима Инфективне клинике, остављајући тако лекаре опште праксе и других специјалности без могућности да знања која стичу на тренинзима примењују и унапређују у пракси. Не треба заборавити да више од половине здравствених радника није ни имало никакав тренинг о ХИВ-у. Ако се овоме дода податак да је стручних скупова и конференција на којима се говори о лечењу сиде и опортунистичких инфекција код нас мало, онда је јасно да незнање здравствених радника у овој области делом има своје корене у недовољној доступности

информација. Међутим, ово не важи и за незнања у области тестирања и дијагностификовања ХИВ-а. Док је ХААРТ релативно нова ствар код нас, ХИВ тестирање и „период прозора“ су термини који постоје откад постоји епидемија, и информације и знања о њима су доступнији. Овај налаз је очекиван с обзиром на чињеницу да се о овоме учи на основним студијама медицине.

Знање о вертикалном преношењу спада у минимум знања која би здравствени радници требало да имају. Иако и у овој области постоје детаљи који су резервисани за гинекологе и акушере, који их највише и користе, опште знање здравствених радника о преношењу ХИВ-а с мајке на дете и превенцији инфекције истог је нивоа као знање о сексуалном путу преноса и мерама заштите таквог преноса. Тако се не може рећи да су им основне информације недоступне чак и преко средстава јавног информисања.

Док незнање о опортунистичким инфекцијама и вертикалном преношењу негативно утиче на то како ће здравствени радници да третирају људе који живе са ХИВ-ом, незнање о ХИВ тестирању и „периоду прозора“ негативно утиче и на заштиту здравствених радника од инфицирања ХИВ-ом на радном месту. Недостатак знања утиче на то да здравствени радници неправилно тумаче резултате ХИВ теста пацијената: из негативног резултата ХИВ теста, игнорисањем „периода прозора“, могу да извуку погрешан закључак да је пацијент ХИВ негативан. Ово код неких здравствених радника може да створи лажну сигурност. Тако незнање о „периоду прозора“, удружено с непридржавањем универзалних мера заштите и некоришћењем средстава за заштиту на радном месту, повећава ризик од преношења ХИВ-а с пацијента на здравственог радника (и обрнуто).

Резултати истраживања показују да међу здравственим радницима постоји извесна конфузија у вези с начинима преноса, тј. у односу на то како се ХИВ не може пренети, као и по питању неких основних појмова повезаних с ХИВ инфекцијом. Тако 34,3% испитаника мисли да ХИВ могу да пренесу комарци, а исти проценат и да се ХИВ може пренети кашљањем и кијањем. Скоро половина испитаника (44,5%) верује да су ХИВ инфекција и сида једно исто. Преглед стручне литературе показује да су у оваквим истраживањима неретко добијани слични налази. Истраживањем стигме повезане са ХИВ-ом у Етиопији, Замбији, Танзанији и Вијетнаму дошло се до следећих закључака: чак и ако постоји исправно знање о нечему, оно није увек у складу с веровањима, тј. често постоји сумња у вези с тим како се ХИВ не може пренети (Ogden & Nublade, 2005). Аутори повезују овај феномен с три фактора: 1) недостатак специфичних и исцрпних информација о преношењу ХИВ-а; 2) медијске поруке које се заснивају на застрашивању и 3) мењање, проширивање знања о ХИВ-у и сиди. Може се рећи да су подаци из овог истраживања у складу с горе наведеним: и ово истраживање је показало да код здравствених радника постоји погрешно разумевање о томе како се ХИВ не може пренети и ови резултати могу да се објасне недостатком исцрпних и корисних информација о ХИВ-у. Истраживање се није бавило анализом едукативних програма који су до сада рађени код нас, али постојеће неразумеваче начина на који се ХИВ не преноси може да укаже на то да су информације које су здравствени радници добијали о ХИВ-у биле уопштене и нису објашњавале праву природу ХИВ инфекције, тј. нису омогућавале смањивање страха да ће се неко инфицирати ХИВ-ом на радном месту, него је тај страх опстајао. Ипак, не треба заборавити да је наведено истраживање које је дошло до ових закључака рађено на општој популацији, а не на популацији здравствених радника, те да поређења могу бити само делимична и обухватити само она питања и она знања која су испитивана у оба случаја.

Међутим, овде треба додати и чињеницу да је истраживање о знању, ставовима и понашању здравствених радника према ПЛХИВ пацијентима у Танзанији (Nublade et al., 2007) које је обухватило и мерење основних знања здравствених радника о ХИВ-у, показало да ниједан здравствени радник није заокружио као тачну тврдњу да ХИВ преносе комарци. Исто истраживање у Руанди (Rachel, 2008) показало је да само 4,5% испитаника даје погрешан одговор на питање о томе да ли ХИВ могу да пренесу комарци. Истраживање о стигми здравствених радника према ПЛХИВ у Украјини такође не налази да постоји неразумевање у вези с начином преноса (USAID, 2007). С друге стране, нису сви здравствени радници у овим истраживања прошли едукацију из области ХИВ-а. На пример, кроз неки облик едукације о ХИВ-у прошло је 51% испитаника у истраживању стигме међу здравственим радницима у Танзанији. Ово може да нас доведе до још једног закључка који се тиче преваленције ХИВ-а у земљама у којима су рађена ова истраживања, тј. чињенице да је преваленција ХИВ-а у све три поменуте земље много већа него у Србији. Претпоставља се да тамо где је преваленција већа, здравствени радници чешће долазе у контакт са ПЛХИВ, што им пружа више искуства и тера их да више знају и да смањују своје стигматизујуће ставове. Само 38,6% здравствених радника у овом истраживању извештава да су били у прилици да пружају здравствене услуге ПЛХИВ. Централизација лечења ХИВ-а и велика стигма због које пацијенти нерадо откривају свој ХИВ позитиван статус нису оставили много простора здравственим радницима да на овај начин уче и мењају своје ставове. Ипак, ове претпоставке треба узети са резервом јер су и истраживања у другим деловима Европе на лекарима показала да здравствени радници имају генерално мало знања о начинима преношења и превенцији ХИВ-а. Тако је истраживање о знању, ставовима и понашању физиотерапеута који раде са ПЛХИВ чији неуролошки проблеми захтевају услуге физиотерапеута у Италији, показало низак ниво знања о преношењу ХИВ-а, нарочито о периоду прозора за ХИВ тестирање - само 8,8% испитаника знало је за „период прозора“ (Petrosillo et al., 1995). Иако је ово истраживање рађено пре 15 година, резултати се с годинама не мењају значајно. Тако резултати истраживања знања, ставова и придржавања мера заштите у Бирмингему показују да здравствени радници такође имају низак ниво знања о начинима трансмисије ХИВ-а (Stein et al., 2003).

8.2 Едукација и процена потребе за едукацијом здравствених радника

Као што је већ речено, половина здравствених радника (50,9%) у овом истраживању није имала никакву едукацију о ХИВ-у. Они који јесу, тврде да су им знања која су стекли на едукацији користила у пракси. Едуковани здравствени радници боље решавају тест знања, тј. имају боље опште знање, боље познају начине преношења и опортунистичке инфекције. Осим тога, едуковани здравствени радници више знају о мерама заштите од ХИВ инфекције и поступању у случају акцидента. Едуковани здравствени радници показују мање предрасуда, тј. мање стигматизујуће ставове од оних који нису прошли никакву едукацију. Једном речју, здравствени радници који су имали било какву едукацију показују боља знања и мање стигматизујуће ставове, па се може закључити да су едукације имале позитиван утицај на знање здравствених радника, а посредно и на њихово понашање. Међутим, ови резултати могу да наведу и на други закључак. Ако се узме у обзир да су едукације биле углавном добровољне и да су се здравствени радници сами пријављивали за њих, може

се претпоставити да су се за едукације пријављивали они мотивисанији и осетљивији за ову тему или они којима су посао и радно место налагали да више знају (на пример они који су били у прилици да лече или су на неки други начин долазили у контакт са ПЛХИВ). Како било, едукација здравствених радника о ХИВ-у удружена са њиховом мотивацијом да о томе знају више, доприноси унапређењу начина на који третирају људе који живе са ХИВ-ом.

Истраживање се није бавило облицима едукације кроз које су здравствени радници прошли, али се неки резултати могу искористити за дискусију о различитим врстама едукације. На почетку, треба рећи да се о ХИВ-у едукују и медицински техничари и лекари током средње школе, тј. својих основних студија, али остаје дискутабилно која знања током студија стичу и да ли их и како примењују у пракси. Ово поткрепљује налаз да је разлика у знању лекара и медицинских техничара о начинима преношења мања него кад је у питању знање о опортунистичким инфекцијама, а највероватнији разлог за то јесте што медицински техничари током свог школовања нису ни били у прилици да уче о опортунистичким инфекцијама. Резултати истраживања указују управо на разлике између формалног и неформалног образовања. Налази показују да о опортунистичким инфекцијама највише знају лекари и то они узроста између 30 и 40 година, што управо поткрепљује наводе да се током последњих неколико година на студијама медицине, вероватно због напретка у лечењу сиде, више пажње посвећује учењу о ХИВ-у. Здравствени радници средњег образовања о опортунистичким инфекцијама врло мало знају. Истраживање о знању и понашању у Бирмингему показало је да медицински техничари, који тамо и имају више формалног образовања о ХИВ-у, више и знају (Stein et al., 2003). Ипак, резултате би пре требало тумачити као да указују на то да је било каква едукација боља од одсуства едукације, него као да указују на разлике у формалној и неформалној едукацији и утицајима њихових различитих форми на знање, ставове и понашање.

Ако нам је садржај формалне едукације делимично познат, онда о садржају неформалних можемо да претпостављамо на основу налаза: налази упућују на то да оне свакако обухватају, барем једним делом, мере заштите од ХИВ-а и поступање у случају акцидентата, јер су обе врсте знања, заједно са општим знањима и информацијама о начинима преношења, повезане са едукацијом. Едуковани здравствени радници имају мање стигматизујуће ставове и мање дискриминишу, као и они здравствени радници који су били у контакту са ПЛХИВ.

Процењујући потребу за едукацијом о различитим аспектима епидемиологије и превенције ХИВ-а, велики број здравствених радника се слаже чак и у вези с облашћу која је најслабије рангирана – 67,4% здравствених радника сматра да су им основне информације о ХИВ-у потребне и веома потребне. Анализирајући ранг-листу области у оквиру којих здравствени радници сматрају да им је едукација потребна, може се рећи да је она у складу с налазима овог истраживања, тј. да су они углавном свесни онога што не знају: дијагноза и лечење сиде, тестирање и саветовање, те клиничке манифестације ХИВ инфекције у другим медицинским областима (психијатрија, гинекологија...).

8.3 Понашање здравствених радника и опажање ризика од инфицирања ХИВ-ом на радном месту

Професионални ризик за здравствене раднике је низак, процењује се на око 0,3% у ситуацијама кад су исти изложени инфицираној крви. Иако има случајева да су пацијенти добили ХИВ од здравствених радника, у овом случају је ризик још много нижи (CDC, 1987).

Дискусију о процени ризика за добијање ХИВ-а и понашању на радном месту најбоље је започети чињеницом да, процењујући едукативне потребе, тј. области из којих би волели да им се одржи едукација, здравствени радници на прво место стављају тему која се односи на процедуре и мере заштите у поступању с пацијентом зараженим ХИВ-ом. Ако се узме у обзир да се мере заштите од ХИВ инфекције не разликују од универзалних мера заштите од крвљу преносивих инфекција, јасно је да висок проценат здравствених радника има погрешно уверење о заштити, тј. да они процењују ризик од добијања ХИВ-а изнад реалног.

Кад говоримо о заштити здравствених радника од инфицирања не само ХИВ-ом већ и другим крвљу преносивим инфекцијама, очекује се да су на радном месту, као минимум заштите, доступни: 1) писано упутство о универзалним мерама заштите и 2) рукавице, маска и заштитне наочари. Резултати овог истраживања показали су да половина испитаника тврди како на радном месту нема писано упутство о универзалним мерама заштите, као и да средства заштите нису увек доступна. Чак ни рукавице нису доступне свима, а заштитне наочари су доступне само у 10% случајева. Све и ако им је доступна, заштиту многи не користе увек, а мере заштите се чешће користе ако се зна да је неко ХИВ позитиван. Овде треба нагласити да су ово процене здравствених радника, а не реално стање ствари које би се снимило директном опсервацијом. Ово поткрепљује и налаз да није добијена статистички значајна разлика у знању о поступцима у случају акцидента између оних здравствених радника којима јесте и оних којима није доступно писано упутство о поступању у случају акцидента на радном месту. Ово може да говори о томе како неки здравствени радници процењују да немају писано упутство иако га реално имају, те да је њихова погрешна процена последица чињенице што се упутстава не придржавају увек. Велики проценат здравствених радника мисли да су мере заштите које користе сасвим довољне да би их заштитиле од ХИВ-а. С друге стране, знање о мерама заштите од ХИВ-а на радном месту ограничено је и здравствени радници верују да је најбоља заштита од ХИВ-а познавање ХИВ статуса пацијента. Такође, знање о томе како треба поступити у случају акцидента такође је прилично слабо: иако је број акцидента велики (преко половине испитаника је имало један или више акцидента у последњих годину дана), здравствени радници углавном не знају шта у тој ситуацији треба да раде како би се заштитили од потенцијалне инфекције. И познавање мера заштите и поступања у случају акцидента повезано је са специфичном едукацијом и базичним образовањем: они здравствени радници који су прошли едукацију о ХИВ-у тачније одговарају на ова питања него они који нису едуковани, односно лекари имају више тачних одговора него медицински техничари. На крају, без обзира на акциденте, само четвртина здравствених радника се тестирала на ХИВ. Овакво понашање здравствених радника можда не забрињава кад је инфицирање ХИВ-ом на радном месту у питању, али може да забрине ако се размишља о хепатитису Б и Ц. Ако се претпостави да се здравствени радници исто понашају и кад је преношење хепатитиса Б и Ц у питању, следи да су здравствени радници у великом ризику од инфицирања овим вирусима на радном месту, утолико што је и преваленција носилаштва вируса хепатитиса много виша.

На основу резултата се може рећи да опажање здравствених радника о ризику од инфицирања ХИВ-ом у здравственим институцијама одређују: 1) незнање о начинима преношења ХИВ-а и неразумевање начина на који ХИВ не може да се пренесе, 2) непостојање писаних упутстава о заштити на радном месту, као и 3)

недоступност мера заштите. Сва три, посебно ако постоје заједно, повећавају страх од инфицирања ХИВ-ом који доводи до тога да здравствени радници опажају да је ризик од инфицирања ХИВ-ом већи него што реално јесте.

Страх од инфицирања ХИВ-ом на радном месту испитиван је у неким студијама које су показале да, ако пружају здравствене услуге ПЛХИВ, здравствени радници верују да себе стављају у већи ризик од инфицирања ХИВ-ом. У Замбији, 79% здравствених радника је испољило страх да ће бити инфицирано на радном месту (Ogden & Nubblade, 2005). Анализирајући узроке овог страха, различити аутори се слажу да, осим незнања, њему доприноси и велика стигма повезана са ХИВ-ом. С друге стране, здравствене институције су прилично несигурне – не само да не постоје писана упутства о поступању у случају акцидентата и писана упутства о заштити, већ ни средства заштите нису доступна. Недоступност заштите може да повећа страх здравствених радника, нарочито тамо где је ризик прецењен, као што је то случај у Србији. У овако несигурној ситуацији, са недовољно знања о начинима преношења и мерама заштите, здравственим радницима увид у ХИВ статус пацијента представља једину сигурност. Тако чињеница да здравствени радници траже од пацијената да се тестирају на ХИВ пре хируршких интервенција треба да се посматра не само у контексту незнања, већ и у контексту горепомеутог страха од инфицирања. Међутим, овде треба додати податак да здравствени радници немају довољно знања о тестирању и „периоду прозора“ и не узимају га у обзир кад тумаче резултате ХИВ теста пацијената. Тако информације о пацијентовом ХИВ статусу уливају само лажну сигурност. На основу овога се може закључити да, иако опажају ризик од инфицирања у здравственим институцијама као већи од реалног, здравствени радници својим понашањем, повезаним с недостатком и некоришћењем мера заштите, тај реално мали ризик знатно повећавају.

Истраживањем спроведеним 2006/07. године на територији Војводине обухваћене су анализа тога колико здравствени радници познају ХИВ инфекцију и какав је њихов однос према ХИВ позитивним особама, као и мера превенције у здравственим установама. И ова студија је показала да здравствени радници процењују ризик од инфекције ХИВ-ом далеко изнад реалног (Ђурић и сар., 2007). Анкетирани здравствени радници били су мишљења да је основна мера у спречавању ХИВ инфекције на радном месту опрез у свим поступцима са сваким пацијентом, али је готово трећина изјавила да исте процедуре у пракси не спроводи. Чак две трећине анкетираних здравствених радника тврдило је да им се мере предострожности разликују уколико знају да је пацијент инфициран ХИВ-ом или оболео од сиде. Приликом интервенција у којима је могућ контакт с крвљу пацијената, само половина испитиваних здравствених радника увек носи рукавице. Трећина испитиваних била је мишљења да све пацијенте треба тестирати на ХИВ, а око 2% анкетираних сматрало је да здравствени радници могу да одбију лечење особе која живи са ХИВ-ом. Тако су резултати ове студије сагласни с резултатима нашег истраживања.

Истраживање које је 2006. године спровео Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ о перцепцији ризика, знања и ставова здравствених радника из области ХИВ-а обухватило је 2014 здравствених радника из осам градских средина у Србији (оних у којима је спроведено највише едукативних програма претходних година), а резултати су слични оним добијеним у нашем истраживању. Иако су узорци и инструменти ова два истраживања различити, па онемогућавају поређење података, неке паралеле се ипак могу направити. Претходно истраживање је утврдило да велики проценат здравствених радника долази у контакт с крвљу и другим телесним течностима. И ово истраживање

је показало да скоро трећина здравствених радника не предузима никакве мере превенције током рада с пацијентима, али их више од 80% здравствених радника примењује када је позитиван ХИВ статус пацијента познат. Наведени резултати истраживања указивали су на то да се само минималан број запослених у здравству јавља надлежној епидемиолошкој служби након изложености, како би се постојећи ризик евалуирао и евентуално пружила постекспозициона заштита. Истраживања су показала да највећи проценат здравствених радника уопште није упознат с процедурама и водичима који се тичу поверљивости. Такође, процедуре и водичи добре који се тичу превенције професионалне изложености ХИВ-у и постекспозиционе профилаксе најчешће не постоје у здравственој установи или запослени с њима нису упознати. То оставља простор за нереалне страхове, импровизације и непоштовање правила.

Истраживање на здравственим радницима у Риму и Бирмингему даје сличне резултате. Истраживање на здравственим радницима у болници за едукацију здравствених радника у Бирмингему показало је да се 37% здравствених радника у последњих 12 месеци уболо на иглу која је коришћена, а од њих 15% није ником пријавило акцидент. Даље, истраживање је показало да 71% лекара не носи рукавице кад узима крв пацијентима, иако 83% мисли да је то неопходно (Stein et al., 2003).

Чињеница да здравствени радници углавном не желе да се тестирају на ХИВ може да се тумачи на два начина: 1) здравствени радници имају погрешно уверење да је познавање ХИВ позитивног статуса пацијента довољно да их заштити од ХИВ-а и 2) они се устручавају због страха од сазнавања ХИВ позитивног статуса, страха да ће изгубити посао и да ће их колеге одбацити. На крају, више од половине здравствених радника није било у прилици да пружа услуге ПЛХИВ што значи да је за већину њих ХИВ „невидљива епидемија“ – то је чињеница која додатно појачава страх, погрешна уверења и стигму и дискриминацију.

8.4 Ставови здравствених радника према људима који живе са ХИВ-ом

Страх од инфицирања ХИВ-ом тера људе да се дистанцирају од оних који са ХИВ-ом живе. Дистанцирање повећава уверење да су они другачији, што нас тера да се према њима другачије и понашамо. Тако страх од ХИВ инфекције представља један од главних узрока стигме према ПЛХИВ.

Ставови се одређују као трајно, позитивно или негативно вредновање људи, објеката или идеја. Један од најзначајнијих психолога дефинисао је ставове као „менталну спремност, стечену индивидуалним искуством, која врши директивни или динамички утицај на реаговање појединца на објекте и ситуације с којима долази у додир“ (Allport, 1935). Дакле, они су унутрашње диспозиције, не урођене већ стечене у окружењу у коме живимо. Када имамо став према некој особи, идеји или објекту, то значи да о том предмету, идеји или особи поседујемо неке информације (које не морају увек одговарати стварности), што представља когнитивну компоненту става; потом, да имамо одређен емотивни однос – волимо га или мрзимо, што је афективна компонента; и на крају, став укључује и тенденцију да нешто учинимо за или против датог ставског предмета – да некоме помогнемо или га дискриминишемо, да нешто купимо или одбијемо, да нешто или некога промовишемо или критикујемо. Баш због те треће компоненте која се односи на понашање, ставови су врло често испитивани – на основу њих се може, до одређене мере, предвидети однос

и понашање према објекту става. Испитујући ставове здравствених радника, ми посредно испитујемо њихов однос према ПЛХИВ који их наводи на одређена понашања.

Испитивање ставова према одређеној мањинској групи, као што је наше, по правилу показује мање негативне ставове него што је то реално, јер многи људи скривају, односно не испољавају јавно негативан однос према одређеним групама људи. Они су нарочито склони томе да дају социјално пожељне одговоре кад год је то могуће. Према томе, добијени резултати у студијама оваквог типа само су доња граница потенцијалног проблема (Mackie & Smith, 2002).

Резултати овог истраживања показали су да здравствени радници гаје и негативне и позитивне ставове према ПЛХИВ – добијена дистрибуција скорова на скали ставова показала је да се одговори једнако групишу на два супротна пола. Доминантни негативни ставови односе се на поверљивост – обележавање картона пацијената који су инфицирани ХИВ-ом и откривање ХИВ статуса послодавцима и изабраном лекару. Доминанти позитивни ставови углавном се тичу права на бесплатно лечење и третман какав имају и остали пацијенти. Факторском анализом резултата на скалама ставова нађена су три фактора која смо назвали: дистанцирање, одбацивање и право на лечење. Док су прва два прилично блиска и корелација између њих износи 0,57, трећи негативно корелира са првим, а није повезан са другим. Поређење група испитаника по изражености ових ставова показало је да се здравствени радници који се разликују по припадности одређеним нивоима здравствене заштите, узрастним и образовним групама, те по учешћу у специфичној едукацији, разликују по прва два фактора. Једино разлике које су између ових група добијене на трећем фактору нису статистички значајне. Анализа ставки које одређују ова три фактора наводи на закључак да се трећи фактор односи на оне ставке на којима су испитаници могли да дају социјално пожељне одговоре: ПЛХИВ имају право на исту негу и лечење као и остали пацијенти, хоспитализоване ПЛХИВ треба третирати с посебном пажњом, чак и најскупљи лекови против ХИВ-а треба да буду бесплатни. Овај фактор би се могао другачије назвати и „професионална одговорност“, јер разлике између група испитаника на овом фактору нису нађене. Његова неповезаност са првим фактором, дистанцирањем, који је најзасићенији оним ставкама које се односе на одбацивање ПЛХИВ као другачијих, као и чињеница да једина разлика између оних који су пружали услуге ПЛХИВ и оних који нису статистички није значајна за овај фактор, може да послужи као доказ у прилог претходној претпоставци. На овом фактору нису нађене чак ни разлике између техничара и лекара – две групе које се разликују скоро на свакој посматраној варијабли у истраживању.

Могло би се рећи да је први фактор – дистанцирање – најприближнији ономе што сматрамо стигматизацијом према некој групи. Овај фактор односи се на оне ставке које ПЛХИВ третирају као „другачије од нас“, оне који заслужују свој ХИВ позитиван статус, да таквим женама не треба дозволити да рађају, да лекари имају право да одбију да их лече. Међутим, како резултати истраживања показују да је овај фактор повезан са едукацијом (они испитаници који на тврдње које се односе на дистанцирање одговарају потврдно имају мање едукације), јасно је да се на овакве ставове ипак може утицати додатном едукацијом.

Ови налази остављају утисак да су негативни ставови здравствених радника ипак израженији, а да се позитивни односе на социјално пожељно понашање које се, по искуству ПЛХИВ, ретко среће у пракси. Иако здравствени

радници тврде да ПЛХИВ имају исто право не лечење, они врло често одбијају да пруже услугу некоме само зато што је ХИВ позитиван. Даље, инсистирање на ХИВ тестирању пре хируршких интервенција које је уобичајено у нашим здравственим институцијама можда служи здравственим радницима као мера сигурности и заштите у несигурном окружењу, али је за ПЛХИВ кршење њихових основних права на лечење, поверљивост података и могућности да сами доносе одлуке о свом здрављу. Тако мера коју здравствени радници врло често користе за заштиту од ХИВ-а – тестирање пацијената на ХИВ, за све пацијенте, било да њихови резултати показују да су они ХИВ позитивни или ХИВ негативни, представља меру дехуманизације и дискриминације.

За анализу ставова здравствених радника много је интересантнија кластер-анализа којом се испитује разлика између здравствених радника са негативним и позитивним ставовима према ПЛХИВ. Ова анализа показала је да здравствени радници с позитивнијим ставовима имају боља сва знања која су испитивана истраживањем и, што је много важније, да они који су чешће у контакту са ПЛХИВ имају мање негативне ставове. И друге студије су показале да се стигма смањује кад су здравствени радници чешће у контакту с пацијентима који живе са ХИВ-ом. На пример, здравствени радници у селима Индије показали су већу спремност да лече ПЛХИВ ако су претходно имали неко искуство с том групом људи; и у Нигерији резултати показују да они који су имали пет и више пацијената са ХИВ-ом месечно, укључујући и оне који више од пет година раде с ХИВ позитивним особама, имају значајно позитивније ставове према ПЛХИВ од оних који нису имали контакт с њима (Umeh et al., 2008). Једно од могућих објашњења ових података јесте да изложеност ХИВ-у и сиди смањује претходне негативне ставове које здравствени радници имају према ПЛХИВ а који су дериват заједнице у којој живе, док истовремено позитивно утиче на разбијање погрешних претпоставки о томе како се ХИВ може, односно не може пренети.

Резултати о стигми здравствених радника према ПЛХИВ добијени у овом истраживању слажу се са резултатима који су добијени у истраживању о знању, ставовима и понашању здравствених радника у Србији спроведеном 2006. године. Резултати овог истраживања показали су да готово две трећине здравствених радника мисли да сви хоспитализовани пацијенти треба обавезно да буду тестирани на ХИВ, а скоро 80% њих сматра да је важније заштитити здравствене раднике од ХИВ-а него поштовати поверљивост односа с пацијентом. Више од једне трећине испитаних здравствених радника сматра да њиховим колегама чији је ХИВ статус позитиван не треба дозволити да раде у пракси. Квалитативна студија о терапији ХИВ-а такође наводи да је стигма очигледна у здравственом систему у Србији и да се најчешће испољава откривањем ХИВ статуса пацијената, бележењем њиховог ХИВ позитивног статуса на картонима и одбијањем лечења ПЛХИВ (Berneys et al., 2007). Податак да, и поред едукативних програма који су код нас спроведени током последњих година, стигма у здравственом систему и даље опстаје, говори да се ови ставови веома тешко мењају и да је потребно направити додатне напоре у том правцу.

Не треба заборавити да су моралне вредности и норме други важан извор стигме. У том смислу, стигматизујуће ставове здравствених радника треба посматрати у контексту доминантних вредности друштва у коме живе. Истраживања стигме показала су да је она присутна у сваком друштву, а да је врло често високо заступљена међу здравственим радницима. То сигурно није само зато што су здравствени радници посебно склони дискриминацији, већ зато што њихове стигматизујуће ставове према ПЛХИВ, поткрепљене страхом од инфицирања на радном месту, подржава заједница у којој живе.

8.4.1. ХИВ тестирање, поверљивост и стигма у здравственом окружењу

Поверљивост података о ХИВ позитивном статусу пацијента најчешће се дискутује кад се говори о ХИВ тестирању и стигми и здравственом окружењу. Неки од резултата овог истраживања посредно говоре о томе да се поверљивост података о ХИВ позитивном статусу често не поштује у здравственом окружењу. Пре свега, 81% здравствених радника верује да би, у случају да се њихов пацијент тестира позитивно на ХИВ, требало одмах позвати на тестирање сексуалне партнере те особе. Ово посредно говори о томе да здравствени радници немају знања о основним принципима саветовања и тестирања које се код нас промовише неколико година уназад, те да нису спремни да поштују поверљивост података о ХИВ статусу пацијената. Осим тога, мерење ставова је показало да се здравствени радници врло често слажу са оним тврдњама које се односе на то да ХИВ позитиван статус пацијента треба открити лекарима, колегама или послодавцима. Више од половине (58,9%) здравствених радника мисли да изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неко ХИВ позитиван, а 64,0% да на картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен. Иако се добровољност ХИВ тестирања промовише у Србији, чак 26,17% здравствених радника се слаже да би пацијенте требало тестирати без њиховог одобрења. Сви ови налази указују на то да ПЛХИВ у очима здравствених радника представљају претњу за здравље других људи, да немају права да о свом ХИВ позитивном статусу ћуте, а неки мисле да немају права сами да одлуче хоће ли или неће да открију свој ХИВ статус. Нарушавање поверљивости негативно утиче на квалитет живота ПЛХИВ, како на њихову спремност да свој ХИВ статус откривају, тако и на спремност да траже лечење и негу. Непоштовање поверљивости у здравственом систему кад су ПЛХИВ у питању сугеришу и налази квалитативне студије о ХИВ терапији (Berneys et al., 2007). Ако се овоме дода податак да је познавање ХИВ статуса једна од значајних мера заштите од ХИВ-а за здравствене раднике, као и податак да се пацијенти пре хируршких захвата шаљу на ХИВ тест, јасно је да је кршење поверљивости и права на незнање о ХИВ статусу скоро редовна пракса у здравственим институцијама. Ако се узме у обзир да оваква пракса повећава стигму и маргинализацију ПЛХИВ, непоштовање поверљивости требало би да буде приоритет у едукативним програмима здравствених радника.

Податак да здравствени радници дискриминишу људе који живе са ХИВ-ом и не поштују поверљивост јесте значајан, али је такође значајна и чињеница да се такво понашање не санкционише. Било да обележавају картоне пацијената који су инфицирани ХИВ-ом, одбијају да их лече или откривају њихов ХИВ позитиван статус, здравствени радници крше права ПЛХИВ на лечење и негу и права на поверљивост података. Иако се ово врло често дешава у здравственим институцијама у Србији, ПЛХИВ нису показали спремност да лекаре који то раде пријављују здравственој инспекцији или покрећу поступак против њих. Овакав развој догађаја утиче на то да ПЛХИВ нерадо траже негу и лечење у здравственим установама, нарочито ван клинике за лечење ХИВ-а. Исто тако, некажњавање оваквог понашања здравствених радника води до учвршћивања њихових стигматизујућих ставова и праксе, што има далекосежне последице како на лечење ПЛХИВ, тако и на борбу против стигме у здравственом окружењу.

9. ОГРАНИЧЕЊА ИСТРАЖИВАЊА

Током тумачења резултата добијених истраживањем треба узети у обзир и ограничења самог истраживања. Она се углавном односе на сам упитник и поступак испитивања за поједине аспекте мерене овим истраживањем. Овде се пре свега мисли на испитивање доступности мера заштите и упутстава о понашању у случају акцидента. Чињеница је да су овим испитивањем добијене само процене здравствених радника које не морају да одговарају објективној реалности. Директно испитивање доступности писаних упутстава у здравственим институцијама било би примереније.

Анонимно испитивање уз помоћ упитника са великим бројем питања (такав је упитник коришћен у овом истраживању), може да смањи мотивацију за искрено и пажљиво одговарање на питања, а то може да умањи поузданост добијених података.

10. ЗАКЉУЧАК

Резултати истраживања показују да здравствени радници у Србији највише знања имају о преношењу ХИВ-а сексуалним путем и чињеницама повезаним са тим да се са ХИВ-ом може живети дуги низ година. Најмање знања имају о ХИВ тестирању, „периоду прозора“, опортунистичким инфекцијама и лечењу сиде, као и о мерама заштите од ХИВ-а и поступању у случају акцидента. Такође, резултати сугеришу да постоје извесна конфузија и неразумевање начина на који се ХИВ не преноси па велики проценат здравствених радника сматра да ХИВ преносе комарци, као и да се он може пренети кашљањем и кијањем. Половина здравствених радника тврди да им на радном месту није доступно писано упутство о универзалним мерама заштите. Средства заштите (рукавице, маске и заштитне наочари) нису увек доступна, а здравствени радници их не користе чак и кад јесу. Упркос свему томе, они верују да се добро штите од ХИВ-а. Као најважнију меру заштите здравствени радници наводе познавање ХИВ статуса пацијента, које, без довољно знања о „периоду прозора“ и ХИВ тестирању, не могу правилно да тумаче. Тако повећавају ризик од инфекције на радном месту, који иначе опажају као већи него што он реално јесте. Свој ХИВ статус углавном не знају, јер се не тестирају, а верују да је преношење ХИВ-а у здравственим институцијама пре могуће с пацијента на здравственог радника него обрнуто.

Осим негативних ставова који су прилично изражени, здравствени радници показују и позитивне ставове у домену професионалне одговорности. На пример, већина сматра да ПЛХИВ имају исто право на лечење и негу као и остали пацијенти, да лекови за њих треба да буду бесплатни и да их треба третирати са посебном пажњом. Нешто више од трећине здравствених радника имало је прилику да пружа здравствене услуге ПЛХИВ, а управо они више знају о ХИВ-у генерално и имају мање изражене негативне ставове. Медицински техничари мање знају и имају израженије негативне ставове него лекари. Здравствени радници на секундарном нивоу здравствене заштите имају најмање знања из свих истраживаних области. Најизраженије негативне ставове имају медицински техничари на терцијарном нивоу здравствене заштите. Више од половине здравствених радника није имало никакву едукацију у овој области, а они који су је имали кажу да им је користила у пракси. Кад процењују своје едукативне потребе, здравствени радници показују да су свесни свог незнања: у највећем проценту случајева изјављују да им је едукација потребна управо из оних области у којима су показали најмање знања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Allport G (1935): A Handbook of Social Psychology. Worcester, MA: Clark University Press.
2. Bernays S, Rhodes T, Продановић А (2007): Терапија за ХИВ: доступност, снабдевање и несигурност. Београд: УНДП.
3. CDC (1987): Update: human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. MMWR36:285-9.
4. Ђурић П, Илић Д, Шегуљев З (2007): Процена потреба особа које живе са ХИВ/АИДС-ом. Нови Сад: НСХЦ.
5. Eurosurveillance, Volume 10, Issue 10, 01 October 2005.
6. Fahey BJ, Koziol DE, Banks SM at al. (1991): Frequency of nonparenteral occupational exposures to blood and body fluids before and after universal precautions training. Am J Med 90:145--53.
7. Goffman E (1963): Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity: Prentice-Hall.
8. Herek GM (2002): Thinking About AIDS and Stigma - A Psychologist's Perspective. Journal of Law, Medicine, and Ethics 30:594-607.
9. HPA (2008): Surveillance of occupational exposure to bloodborne viruses in healthcare workers. <http://www.hpa.org.uk>. Accessed on 28 July 2008.
10. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2009): Преваленција ХИВ инфекције у Републици Србији крајем 2009. године. Београд: ИЗЈЗС.
11. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2006). Перцепција ризика, ставова и знања здравствених радника Србије из области ХИВ-а и АИДС-а. Београд: ИЗЈЗС.
12. Mackie D & Smith E (2002): From prejudice to intergroup emotions: Differentiated reactions to social groups. Philadelphia, PA: Psychology Press.
13. Nyblade L, MacQuarrie K, Phillip F at al. (2007): Evaluation of knowledge, attitudes and practices of health care providers toward HIV positive patients in Tanzania. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
14. Ogden JA, Nyblade L (2005): Common at its core: HIV-related stigma across contexts. Washington. International Center for Research on Women.
15. Petrosillo N, Bore R, Sampanlesi A at al. (1995): Risk of HIV Infection. Rome: Centro di Riferimento AIDS.
16. Puro V, De Carli G, Cicalini S (2005): European recommendations for the management of health workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. Eurosurveillance 10:260-264.

17. Rachel JP (2008): HIV-AIDS related stigma, fear and discriminatory practices among health-care providers in Rwanda. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
18. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR (2003): A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. Birmingham: The University of Birmingham.
19. Tomkins S, Ncube F (2005): Occupational transmission of HIV. London: HPA.
20. Umeh C, Essien J, Ezedinachi E et al. (2008): Knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS related issues, and the sources of knowledge among health care professionals in southern Nigeria. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 128: 233-239.
21. USAID (2007): Stigmatization and discrimination of HIV-positive people by providers of general medical services in Ukraine. Washington DC: USAID11.

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1 – Списак институција укључених у узорак (наведене по абecedном реду)

- 1 Центар за опекотине, пластичну и реконструктивну хирургију Београд
- 2 Дом здравља Бабушница
- 3 Дом здравља Бачка Топола
- 4 Дом здравља Бачки Петровац
- 5 Дом здравља Барајево
- 6 Дом здравља Бела Паланка
- 7 Дом здравља Бојник
- 8 Дом здравља Бор
- 9 Дом здравља Брус
- 10 Дом здравља Чачак
- 11 Дом здравља Чајетина
- 12 Дом здравља Чукарица
- 13 Дом здравља Ћићевац
- 14 Дом здравља Деспотовац
- 15 Дом здравља Дољевац
- 16 Дом здравља Коцељева
- 17 Дом здравља Крагујевац
- 18 Дом здравља Кула
- 19 Дом здравља Куршумлија
- 20 Дом здравља Лајковац
- 21 Дом здравља Лазаревац
- 22 Дом здравља Лозница
- 23 Дом здравља Мерошина
- 24 Дом здравља Ниш
- 25 Дом здравља Нова Црња
- 26 Дом здравља Нови Кнежевац
- 27 Дом здравља Нови Сад
- 28 Дом здравља Обреновац
- 29 Дом здравља Палилула
- 30 Дом здравља Панчево
- 31 Дом здравља Пожаревац

- 32 Дом здравља Прешево
- 33 Дом здравља Пријепоље
- 34 Дом здравља Раковица
- 35 Дом здравља Рашка
- 36 Дом здравља Рума
- 37 Дом здравља Савски Венац
- 38 Дом здравља Смедерево
- 39 Дом здравља Србобран
- 40 Дом здравља Сремска Митровица
- 41 Дом здравља Стари Град
- 42 Дом здравља Суботица
- 43 Дом здравља Сурдулица
- 44 Дом здравља Свилајнац
- 45 Дом здравља Темерин
- 46 Дом здравља Тутин
- 47 Дом здравља Уб
- 48 Дом здравља Велико Градиште
- 49 Дом здравља Власотинце
- 50 Дом здравља Вождовац
- 51 Дом здравља Врачар
- 52 Дом здравља Вршац
- 53 Дом здравља Зајечар
- 54 Гинеколошко акушерска клиника „Народни Фронт“ Београд
- 55 Институт за гинекологију и акушерство Београд
- 56 Институт за неонатологију Београд
- 57 Институт за неурохирургију Београд
- 58 Клинички центар Крагујевац
- 59 Клинички центар Ниш
- 60 Клинички центар Војводине Нови Сад
- 61 Општа болница Бор
- 62 Општа болница Горњи Милановац
- 63 Општа болница Јагодина
- 64 Општа болница Кикинда
- 65 Општа болница Крушевац
- 66 Општа болница Лесковац
- 67 Општа болница Нови Пазар
- 68 Општа болница Панчево
- 69 Општа болница Пирот
- 70 Општа болница Пожаревац
- 71 Општа болница Прибој
- 72 Општа болница Смедерево
- 73 Општа болница Сомбор
- 74 Општа болница Сремска Митровица
- 75 Општа болница Суботица
- 76 Општа болница Шабац
- 77 Општа болница Ваљево

- 78 Општа болница Врање
- 79 Општа болница Врчац
- 80 Општа болница Зајечар
- 81 Психијатријска болница Нови Кнежевац
- 82 Специјална болница Соко Бања
- 83 Специјална болница за интерне болести Младеновац
- 84 Специјална болница за плућне болести Зрењанин
- 85 Специјална болница за рехабилитацију Врањска Бања
- 86 Специјална болница за реуматске болести Нови Сад
- 87 Студентска поликлиника Нови Сад
- 88 Универзитетска дечја клиника Београд
- 89 Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац
- 90 Завод за јавно здравље Крушевац
- 91 Завод за јавно здравље Лесковац
- 92 Завод за јавно здравље Зајечар
- 93 Завод за здравствену заштиту Крагујевац
- 94 Завод за здравствену заштиту студената Београд

ПРИЛОГ 2 – Упитник о знању, ставовима и понашању

ПЕРЦЕПЦИЈА ЗНАЊА, СТАВОВА И ПОНАШАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У СРБИЈИ О ХИВ-у И СИДИ У 2010. ГОДИНИ

Поштовани,

Министарство здравља Републике Србије од 2007. године реализује петогодишњи пројекат „Унапређење националног одговора на ХИВ/сиду децентрализицијом кључних здравствених услуга“ који финансира Глобални Фонд за борбу против сиде, туберкулозе и маларије. Циљ пројекта је да се заустави ширење ХИВ-а међу свим популацијама под повећаним ризиком од инфекције ХИВ-ом и да се обезбеди подршка, третман и терапија за људе који живе са ХИВ-ом.

У оквиру овог пројекта Министарство здравља организује истраживање „*Перцепција знања, ставова и понашања здравствених радника у Србији у области ХИВ-а и сиде у 2009. години*“ који спроводи истраживачки тим Међународне мреже помоћи ИАН (www.ian.org.rs).

Циљ истраживања је да се добију подаци о томе која знања здравствени радници у Србији имају о ХИВ-у и сиди, као и да се сниме ставови здравствених радника према људима који живе са ХИВ-ом. Ови подаци су неопходни за планирање и спровођење адекватних едукативних програма за здравствене раднике и делотворних кампања за смањење стигме и дискриминације према људима који живе са ХИВ-ом. Такође, један од циљева истраживања је да се испитају услови за поступање - добру праксу у здравственим институцијама, укључујући и услове за превенцију ХИВ-а код запослених у здравству.

Ваше учешће у овом истраживању је од великог значаја за достизање циљева истраживања, а Ваши искрени одговори помоћи ће нам да боље разумемо проблематику ХИВ-а у здравству.

Пред Вама се налази упитник креиран за ову прилику који се састоји из три дела: први део испитује Ваше радно место, могућност да на њему будете инфицирани ХИВ-ом и начине спречавања инфекције на Вашем радном месту; други део садржи питања о ХИВ-у и сиди, а трећи део се односи на Ваше ставове према људима који живе са ХИВ-ом.

Ваше учешће у овом истраживању је анонимно и потпуно добровољно, а добијени подаци ће се користити искључиво у истраживачке сврхе и неће ни на који начин бити злоупотребљени против Вас, нити институције у којој радите.

Учешћем у истраживању ћете допринети побољшању квалитета тренинга о ХИВ-у и сиди који се организују за здравствене раднике код нас и утицаћете на садржај и квалитет кампања против стигме и дискриминације људи који живе са ХИВ-ом. На овај начин ће сваки Ваш одговор представљати мали корак у побољшању националног одговора на ХИВ и сиду у Србији.

Захваљујемо Вам се на учешћу!

УПИТНИК ЗА ИСПИТИВАЊЕ ЗНАЊА, СТАВОВА И ПОНАШАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ОБЛАСТИ ХИВ-а

1	Општина	Датум анкетирања
2	Здравствена установа	Одељење/служба

1. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

3	Година рођења _____
---	---------------------

4	Пол 1) мушки 2) женски
---	------------------------

5	Занимање 1) лекар 2) лекар специјалиста или лекар на специјализацији 3) стоматолог (без специјализације) 4) стоматолог специјалиста	5) виша медицинска сестра/техничар 6) медицинска сестра/техничар 7) стоматолошка сестра 8) бабица
---	---	--

6	Број година радног стажа у здравству _____
---	--

2. РАДНО МЕСТО/ПЕРЦЕПЦИЈА РИЗИКА И ПРЕВЕНЦИЈА ИНФЕКЦИЈЕ

7	Ваше активности на радном месту односе се на		Не	Да
		а) Рад са пацијентима у амбуланти и/или одељењу	1	2
	б) Рад у хируршкој сали и/или амбуланти за интервенције	1	2	
	ц) Рад у лабораторији	1	2	
	д) Рад у просектури	1	2	

8	Да ли сматрате да је у Вашој установи могуће преношење ХИВ-а?		Не	Да
		а) Са пацијента на пацијента	1	2
	б) Са пацијента на здравственог радника	1	2	
	ц) Са здравственог радника на пацијента	1	2	

9	Да ли обављате интервенције у којима долазите у контакт са крвљу или другим телесним течностима пацијената као што су		Не	Да
		а) операције	1	2
	б) давање ињекција	1	2	
	ц) давање инфузија	1	2	
	д) превијање рана	1	2	
	е) порођаји	1	2	
	ф) вађење зуба	1	2	

10	Да ли вам се у току претходних 12 месеци приликом рада са пацијентима десило:		Не	Да
		Да се убодете иглом	1	2
		Да се повредите оштрим предметом (скалпел, маказе, оштећено лабораторијско посуђе)	1	2
		Да будете у контакту са крвљу пацијента преко оштећене коже	1	2
		Да вам крв пацијента прсне у око или на другу слузокожу	1	2

Да ли при интервенцијама у којима је могућ контакт с крвљу пацијента или с његовим телесним течностима носите:						
	Никад	Само када знам да је пацијент заразан	Ретко	Често	Увек	
11	а) Рукавице	1	2	3	4	5
	б) Дупле рукавице	1	2	3	4	5
	ц) Маску	1	2	3	4	5
	д) Заштитне наочари	1	2	3	4	5

Да ли су вам при интервенцијама у којима је могућ контакт с крвљу пацијента или с његовим телесним течностима доступне:					
	Никад	Ретко	Често	Увек	
12	а) Рукавице	1	2	3	4
	б) Маска	1	2	3	4
	ц) Заштитне наочари	1	2	3	4

Где одлажете медицински отпад (искоришћене шприцеве, игле, инфузионе системе, каниле, поломљене епрувете, оштећене хируршке инструменте...)					
	Никад	Ретко	Често	Увек	
13	а) Са осталим смећем у корпе и/или у пластичне кесе	1	2	3	4
	б) у корпе и/или у пластичне кесе али одвојено од осталог смећа	1	2	3	4
	ц) У посебне посуде чврстих зидова (непробојне контејнере)	1	2	3	4

Које су, по Вама, основне мере у спречавању инфекције ХИВ-ом на радном месту?						
	Непотребно	Углавном непотребно	Не може да смета	Најчешће потребно	Неопходно	
14	а) Ношење рукавица	1	2	3	4	5
	б) Ношење заштитних наочара и маски	1	2	3	4	5
	ц) Опрез у свим поступцима са сваким пацијентом и његовим материјалом	1	2	3	4	5
	д) Познавање ХИВ статуса пацијента	1	2	3	4	5
	е) Обавезно тестирање свих пацијената пре хируршког захвата	1	2	3	4	5
	ф) Добро познавање и примена стандардних мера предострожности ради заштите од инфекције	1	2	3	4	5

15	Да ли Ви лично били у прилици да пружате здравствене услуге/негу пацијентима који живе са ХИВ/сидом?	Не	Не знам	Да
		1	2	3

16	Број ХИВ позитивних пацијената којима сте пружали здравствене услуге током протеклог месеца? (0 ако не знате или нисте пружали услуге људима који живе с ХИВ-ом)	_____
----	--	-------

17		Не	Да
	а) Да ли сматрате да су мере предострожности које предузимате адекватне за заштиту од ХИВ инфекције?	1	2
	б) Да ли се мере предострожности разликују уколико знате да је пацијент ХИВ позитиван или оболео од сиде?	1	2
	ц) Да ли Вам је на радном месту доступно писано упутство о општим/ стандардним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција приликом рада са пацијентима и/или њиховим биолошким материјалом?	1	2
	д) Да ли сте се икада тестирали на ХИВ?	1	2
	е) Да ли знате свој ХИВ статус?	1	2

18	Да ли сматрате да је у случају убода иглом и/или излагања крви пацијента потребно:	Не	Не знам	Да
	а) Јавити се надлежној епидемиолошкој служби	1	2	3
	б) Спровести серолошко испитивање	1	2	3
	ц) Тражити информацију о ХИВ статусу пацијента	1	2	3
	д) Узети постекспозициону терапију	1	2	3
	е) Тестирати иглу или материјал након излагања ризику	1	2	3
	ф) Одмах утрљати дезинфекционо средство на место убода или место потенцијалног уласка вируса у организам	1	2	3

3. ЗНАЊЕ О ХИВ-у и сиди

19	Да ли сматрате да сте при контакту са следећим биолошким материјалом пацијената изложени опасности од инфекције ХИВ-ом:	Не	Не знам	Да
	а) Зној	1	2	3
	б) Крв	1	2	3
	ц) Пљувачка	1	2	3
	д) Сузе	1	2	3
	е) Мокраћа	1	2	3
	ф) Столица	1	2	3
	г) Вагинални секрет	1	2	3
	х) Сперма	1	2	3
	и) Ликвор	1	2	3

		Не знам	Нетачно	Тачно
20	ХИВ и сида су једно те исто	0	1	2
	Постоје људи који живе са сидом дужи временски период	0	1	2
	Кашљањем и кијањем се не може пренети ХИВ	0	1	2
	ХИВ могу да пренесу комарци	0	1	2
	Сида је узрок ХИВ-а	0	1	2
	Жена може да добије ХИВ искључиво ако има анални секс са мушкарцем	0	1	2
	Здрава исхрана нас штити од ХИВ-а	0	1	2
	Све труднице које су заражене ХИВ-ом ће родити бебе оболеле од сиде	0	1	2
	Чак и особа која изгледа и осећа се потпуно здраво може да буде заражена ХИВ-ом	0	1	2
	Особа може да буде инфицирана ХИВ-ом више година а да нема симптоме сиде	0	1	2
	Постоји проверена вакцина против ХИВ-а	0	1	2
	Чак и један незаштићен сексуални однос може довести до ХИВ инфекције	0	1	2
	На основу спољашњег изгледа можемо да знамо да ли је неко инфициран ХИВ-ом или не	0	1	2
	Тестирање на ХИВ два дана након ризичног сексуалног односа ће показати да ли је особа инфицирана ХИВ-ом	0	1	2
	Сигурна дијагноза ХИВ инфекције се постиже детекцијом специфичних антитела ЕЛИСА и Вестерн блот техникама	0	1	2
	Антитела на ХИВ се могу детектовати у крви већ после 7 дана након инфекције	0	1	2
	Неке врсте тумора коже могу бити знаци сиде	0	1	2
	Уколико нека особа добије ХИВ позитиван резултат теста, центар за тестирање је по закону дужан да хитно позове на тестирање сексуалног партнера те особе	0	1	2
	Уколико нека особа добије ХИВ позитиван резултат теста, у циљу спречавања ширења инфекције центар за тестирање треба о томе да обавестити њену породицу и колеге на послу	0	1	2
	Узимање витамина као и све друго што појачава имунитет помаже особи да се не инфицира ХИВ-ом	0	1	2
	Код ХИВ позитивних особа дијагноза сиде се поставља на основу присуства одређених опортунистичких инфекција и/или опортунистичких тумора	0	1	2
	Постоји велики ризик да се добије ХИВ инфекција ако се борави у истом простору са особом која је заражена ХИВ-ом	0	1	2
	Планирани царски рез је мера превенције преноса ХИВ-а са мајке на дете	0	1	2
	ХИВ инфекција се са сигурношћу може детектовати серолошким тестовима тек 6 недеља након инфицирања	0	1	2
	Мајке које су инфициране ХИВ-ом могу да га пренесу бебама преко мајчиног млека тј. ако их доје	0	1	2
	Упражњавање секса само са једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење ХИВ-а	0	1	2
	Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење ХИВ-а	0	1	2
	Особа може да се зарази ХИВ-ом ако дели храну са особом која је заражена ХИВ-ом	0	1	2
	Коришћење неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге смањује ризик за преношење ХИВ-а	0	1	2
	Сида је неизлечива болест	0	1	2

21	Дата је листа заразних болести. Молимо Вас да за сваку од њих означите да ли може бити опортунистичка за ХИВ инфекцију	Не знам	Није опортунистичка	Опортунистичка
	а) Пнеумоцистис царини пнеумонија	0	1	2
	б) Токсоплазмоза	0	1	2
	ц) Криптококоза	0	1	2
	д) Туберкулоза	0	1	2
	е) Бруцелоза	0	1	2
	ф) Лептоспироза	0	1	2
	г) Шигелоза	0	1	2

4. ЕДУКАЦИЈА

22		не	Да, у последњих 5 година		Да, у последњих годину дана	
	Да ли сте до сада имали било какву едукацију из области ХИВ-а/сиде?	0	1		2	
		Готово ништа	Веома мало	Мало	Много	Веома много
	Ако да , да ли су Вам знања која сте стекли током едукације користила у пракси?	1	2	3	4	5
	Колико здравствени радници генерално знају о ХИВ-у/сиди ?	1	2	3	4	5

Молимо вас да на скали од 1-5 процените у којој мери је за Вас или Ваше колеге потребно организовати додатну обуку о следећим темама:

		Потпуно непотребно	Углавном непотребно	Потребно али не претерано детаљно	Потребно	Јако потребно
23	а) Основне чињенице о ХИВ – у и сиди	1	2	3	4	5
	б) Процена ризика за ХИВ код пацијената са којима обично радите	1	2	3	4	5
	ц) Искуства у превенцији ХИВ-а у свету	1	2	3	4	5
	д) Саветовање пре и после тестирања на ХИВ као метод превенције	1	2	3	4	5
	е) Технике разговора и саопштавања пацијентима информација повезаних са ХИВ и сидом	1	2	3	4	5
	ф) Процедуре и поступци са пацијентима који имају ХИВ	1	2	3	4	5
	г) Дијагноза и лечење ХИВ инфекције/ сиде	1	2	3	4	5
	х) Клиничке манифестације ХИВ инфекције у другим медицинским областима (психијатрија, гинекологија...)	1	2	3	4	5
	и) Психосоцијални аспекти инфекције ХИВ-ом	1	2	3	4	5
	ј) Поступање са посебно осетљивим популацијама (интравенски корисници дрога, сексуалне раднице, хомосексуалци)	1	2	3	4	5
	к) Етичка питања везана за рад са људима који живе са ХИВ/сидом	1	2	3	4	5
	л) Правна питања везана за рад са људима који живе са ХИВ/сидом	1	2	3	4	5
	м) Стигма и дискриминација - технике промена ставова везаних за ХИВ	1	2	3	4	5
	н) Нешто друго					

5. СТАВОВИ

Пред Вама се налази низ тврдњи које се односе на Ваша размишљања и осећања повезана са ХИВ-ом.

Молимо Вас да на скали од 1-5 одговорите уколико су наведене тврдње тачне, односно колико се са њима слажете, при чему бројеви означавају следеће:

- 1 – уопште се не слажем/потпуно нетачно
- 2 – не слажем се/углавном нетачно
- 3 – нисам сигуран/сигурна
- 4 – слажем се/углавном тачно
- 5 – потпуно се слажем/потпуно тачно

	уопште се не слажем/ потпуно нетачно	не слажем се/ углавном нетачно	нисам сигуран/ сигурна	слажем се/ углавном тачно	потпуно се слажем/ потпуно тачно
a) Већина људи који су заражени ХИВ-ом/имају сиду су сами криви за то	1	2	3	4	5
b) Већина људи који имају сиду су то заслужили	1	2	3	4	5
c) Пацијенти инфицирани ХИВ-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	1	2	3	4	5
d) Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља ХИВ позитиван	1	2	3	4	5
e) Мислим да људи који имају сиду имају иста права на лечење и негу као и сви други пацијенти	1	2	3	4	5
f) Хоспитализоване пацијенте који имају ХИВ треба третирати са посебном пажњом	1	2	3	4	5
g) Женама које су ХИВ позитивне не треба дозволити да рађају	1	2	3	4	5
h) Деца или одрасли који су се инфицирали ХИВ-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	1	2	3	4	5
i) Бринуо бих о пацијенту са ХИВ/сидом само зато што је то моја професионална одговорност	1	2	3	4	5
j) Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде	1	2	3	4	5
k) Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени ХИВ-ом или имају сиду	1	2	3	4	5
l) Не бих оклевао да пружим оживљавање „уста на уста“ пацијенту који болује од сиде	1	2	3	4	5
m) Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су инфицирани ХИВ-ом/оболели од сиде	1	2	3	4	5
n) Медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	1	2	3	4	5
o) Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	1	2	3	4	5
p) Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са ХИВ/сидом	1	2	3	4	5
q) Пацијенти са ХИВ/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти	1	2	3	4	5
r) Кад би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са ХИВ-ом/сидом, добро бих размислио	1	2	3	4	5
s) ХИВ погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	1	2	3	4	5
t) Људи инфицирани ХИВ-ом немају право на поверљивост кад је њихова инфекција у питању	1	2	3	4	5
u) Послодавци треба да знају ако је њихов запослени ХИВ позитиван	1	2	3	4	5
v) Послодавци би требало да имају право да отпусте некога уколико је ХИВ позитиван	1	2	3	4	5
w) Здравственим радницима који су ХИВ позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	1	2	3	4	5
x) На картонима пацијената ХИВ позитиван статус треба да буде јасно назначен	1	2	3	4	5
y) Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент ХИВ позитиван	1	2	3	4	5
z) Чак и најскупљи лекови против ХИВ-а треба да буду бесплатни	1	2	3	4	5
aa) Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на ХИВ	1	2	3	4	5
ab) Деца инфицирана ХИВ-ом не би требало да иду у школу са другом децом	1	2	3	4	5
ac) Не бих био забринут за своје здравље кад би ми колега био инфициран ХИВ-ом	1	2	3	4	5
ad) Запослени имају право да знају уколико је њихов колега ХИВ позитиван	1	2	3	4	5
ae) Пацијенте треба тестирати на ХИВ без њиховог пристанка	1	2	3	4	5