

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Stela K. Stojisavljević

ISTRAŽIVANJE STIGMATIZACIJE, DISKRIMINACIJE, SOCIJALNIH I
BIOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA ZA INFEKCIJU HIV-OM U POPULACIJI
HOMOSEKSUALNIH MUŠKARACA

Doktorska disertacija

Beograd, 2017

UNIVERSITY OF BELGRADE

MEDICAL FACULTY

Stela K. Stojisavljević

**RESEARCH ON STIGMATIZATION, DISCRIMINATION, SOCIAL
AND BIOLOGICAL RISK FACTORS FOR HIV INFECTION AMONG
HOMOSEXUAL MALE POPULATION**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2017

Mentor:

Doc. dr Bosiljka Đikanović, docent, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Članovi komisije:

Vanr. Prof. dr Bojana Matejić, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Vanr. Prof. dr Darija Kisić Tepavčević, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Doc. dr Snežana Ukropina, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet

Datum odbrane:

Izjava zahvalnosti

Moje akademsko usavršavanje i dostizanje titule doktora nauka ne bi bilo moguće bez podrške velikog broja ljudi kojima sam bila okružena i koji su me podstakli da napravim prvi korak i dali mi neophodnu snagu da nastavim čvrsto koračati do postavljenog cilja.

Na prvom mjestu želim da se zahvalim svojoj mentorki koja mi je nesebično prenijela svoje znanje i koja je svojom ljudskom veličinom moje postdiplomske studije učinila ogromnim zadovoljstvom. Zahvaljujem se i članovima komisije koji su doprinijeli da moja doktorska teza bude u naučnom smislu bolja i kvalitetnija.

Veliko hvala dugujem nevladinim organizacijama Akcija protiv SIDE i XY uz čiju pomoć sam došla do učesnika istraživanja, kao i samim učesnicima istraživanja koji su sa mnom podijelili najintimnije dijelove svog života.

Suprugu Branislavu – za razumijevanje koje je pokazao za sve moje poduhvate i koji me ohrabrivao kada bih se umorila.

Mojoj djeci, Luki i Jani – za njihovu dobrotu i energiju iz koje sam crpila snagu. Hvala im što mi nikad nisu zadavali brige i glavobolje i što su mi omogućili da jedan veliki dio vremena odvojim za sebe i rad na ovoj disertaciji.

Mojoj mami i mom tati – koji su me uvijek okruživali ogromnom ljubavlju i podrškom i naučili da vjerujem u sebe i svoje mogućnosti, da budem uporna i istrajna. Da uvijek idem za onim što želim, bez obzira koliko prepreka može biti ispred mene. Oni su me naučili da ustanem kada padnem i da hrabro nastavim dalje. Posebno im hvala što su mi pokazali da samo poštovanjem drugih i ja mogu biti poštovana. Hvala im što su me odgojili na način da vjerujem da sam savršena baš onakva kakva jesam, bez potrebe da se prikazujem drugačijom.

Bratu Mladenu - za logističku podršku i sve vožnje iz Banja Luke do Beograda i nazad, kako bih prisustvovala predavanjima i polagala ispite, te Milici, Aleksi i Stojanci koji su strpljivo podnosili naša duga putovanja i odsustva.

Tetki Vidi i sjevci Dragici – za sve skuvane ručkove i završene kućne poslove o kojima nisam morala brinuti dok sam se bavila akademskim radom.

Vlajićima – koji su mi vraćali osmijeh na lice kad god mi je bilo teško, i kada mi je bilo potrebno opuštanje da bih mogla dalje da nastavim sa radom. Oni u mom životu imaju posebno mjesto.

Nataši – mojoj drugarici koju sam upoznala na početku naših doktorskih studija, kroz koje smo zajedno prolazile i čija podrška mi je mnogo značila.

I na kraju ne mogu da se ne zahvalim svim ljudima koji su moj životni put posipali nepotrebnim trnjem. Oni su mi pružali dodatnu motivaciju, i bez njih uspjeh ne bi imao ni približan smisao.

Naslov doktorske disertacije: Istraživanje stigmatizacije, diskriminacije, socijalnih i bioloških faktora rizika za infekciju HIV-om u populaciji homoseksualnih muškaraca

Sažetak:

Ciljevi istraživanja: Ispitati znanje, rizično ponašanje i zdravstveno stanje muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima (MSM) u vezi sa HIV-om i drugim polno prenosivim infekcijama u Bosni i Hercegovini (BiH) i ispitati dubinu i kompleksnost stigme i diskriminacije sa kojima se susreće ova populacija.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u populaciji MSM i to kao: (1) studija presjeka koja ima bihejvioralnu i biološku komponentu, i istraživanje kvaliteta života u vezi sa zdravljem, pomoću SF 36 upitnika, u populaciji od 391 ispitanika, i (2) deskriptivna studija, koja je sprovedena u formi dubinskog intervjua među 12 ispitanika pripadnika MSM.

Rezultati istraživanja ukazuju na nedovoljno poznavanje načina prenosa HIV-a, kao i prisustvo rizičnog ponašanja u MSM populaciji. Tek 46,3% ispitanika zna sve načine prenosa HIV-a; 26,7% uvijek koristi kondom pri seksualnom odnosu, a 44,5% MSM koristi alkohol ili psihoaktivne supstance prilikom seksualnih odnosa. Biološkim testiranjem HIV je potvrđen kod 1% ispitanika, virus hepatitisa C (HCV) kod 0,5% i virus hepatitisa B (HBV) kod 0,5% ispitanika. Najveći SF36 skor ispitanici su imali u domenima fizičkog zdravlja i ograničenja u vezi sa zdravljem, dok je najmanji SF skor zabilježen u domenima energije i emocionalnog stanja. Rezultati intervjua ukazuju da je MSM populacija u BiH izložena višestrukoj stigmatizaciji i diskriminaciji, pa čak i u sistemu zdravstvene zaštite.

Zaključak: MSM populacija u BiH je iz više razloga u povećanom riziku za dobijanje HIV infekcije.

Ključne riječi: MSM, HIV, stigmatizacija, diskriminacija, kvalitet života, zdravlje, BiH

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Javno zdravlje

Doctoral dissertation: Research on stigmatization, discrimination, social and biological risk factors for HIV infection among homosexual male population

Abstract:

Aims of research: To examine the knowledge, risk behaviour and health state of men who have sex with other men (MSM) related to HIV and other sexually transmitted infections in Bosnia and Herzegovina (B&H), and to examine the depth and complexity of stigma and discrimination that this population encounters.

Method: The research was conducted in MSM population in the form of: (1) a cross-sectional study that has behavioral and biological components, and the research on the quality of life related to health, using SF-36 questionnaire, in the population of 391 respondents, and (2) a descriptive, qualitative study conducted in the form of in-depth interviews among 12 members of MSM population.

Research results indicate the insufficient knowledge related to HIV transmission and the presence of risk behaviour among MSM population. Only 46.3% of the respondents are informed about all the ways of HIV transmission; 26.7% always use a condom during a sexual intercourse and 44.5% use alcohol and psychoactive substances during a sexual intercourse. The presence of HIV was confirmed in 1% of respondents through biological tests, hepatitis C virus (HCV) was confirmed in 0.5% of respondents and hepatitis B virus (HBV) was confirmed in 0.5% of respondents. The respondents had the highest SF36 score in the domains of physical state of health and health-related restrictions, while the lowest SF score was recorded in the domain of energy and emotional state. The results of the interviews indicate that MSM population in B&H is exposed to multiple stigmas and discrimination, even in the health care system.

Conclusion: MSM population in B&H is exposed to an increased risk of acquiring HIV infection due to the multiple reasons.

Key words: MSM, HIV, stigmatisation, discrimination, quality of life, health, B&H

Scientific field: Medicine

Scientific subfield: Public Health

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Homoseksualnost kroz istoriju i veličina populacije	1
1.2. Stigma i diskriminacija.....	4
1.2.1. Stigma i diskriminacija prema muškaracima koji imaju seks sa muškarcima	4
1.2.2. Stigma i diskriminacija prema muškaracima koji imaju seks sa muškarcima u Bosni i Hercegovini.....	6
1.3. Infekcija virusom humane imunodeficijencije - HIV.....	7
1.3.1. Učestalost HIV-a u svijetu.....	8
1.3.2. Učestalost HIV-a u Bosni i Hercegovini	10
1.4. Populacije koje su najviše izložene riziku HIV-a	11
1.4.1. Muškarci koji imaju seks sa drugim muškarcima	12
1.4.1.1. Faktori rizika za HIV u populaciji MSM	12
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	14
3. MATERIJAL I METODE ISTRAŽIVANJA	15
3.1. Studija presjeka	15
3.1.1. Ciljna populacija i uzorak.....	15
3.1.2. Kriterij za uključivanje	16
3.1.3. Anketari u istraživanju.....	16
3.1.4. Instrument istraživanja.....	16
3.1.5. Varijable	16
3.1.6. Biološka komponenta.....	20
3.1.7. Statistička analiza podataka	20
3.2. Deskriptivna studija.....	21
3.2.1. Kriterij za učestvovanje	21
3.2.2. Izbor ispitanika	21
3.2.3. Informisana saglasnost.....	22
3.2.4. Priprema i način sprovođenja intervjua	22
3.2.5. Intervjuer.....	22
3.2.6. Kvalitativna analiza podataka.....	22
3.3. Etička dozvola za sprovođenje istraživanja	23
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	25
4.1. Rezultati studije presjeka (kvantitativna komponenta istraživanja).....	25

4.1.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika.....	25
4.1.2. Znanje ispitanika o HIV infekciji	26
4.1.3. Rizično ponašanje ispitanika	28
4.1.4. Kvalitet života u vezi sa zdravljem.....	34
4.1.4.1. Kvalitet života u vezi sa zdravljem u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika	36
4.1.4.2. Rizično ponašanje i kvalitet života	46
4.1.5. Rezultati biološkog testiranja.....	50
4.1.6. Izloženost stigmi i diskriminaciji.....	52
4.1.7. Povezanost stigme i diskriminacije sa nezaštićenim seksualnim odnosima	52
4.2. Rezultati deskriptivne studije (kvalitativna komponenta istraživanja)	56
4.2.1. Karakteristike ispitanika	57
4.2.2. Iskustva i stavovi MSM populacije u BiH.....	58
4.2.2.1. Odnos prema sopstvenoj seksualnosti.....	59
4.2.2.2. Karakteristike odnosa ispitanika sa osobama iz najbližeg okruženja.....	63
4.2.2.3. Šira zajednica i MSM populacija.....	69
4.2.2.4. Zdravstvena služba i MSM osobe.....	74
4.2.2.5. Percepcija sopstvenog ponašanja prema zdravlju, vulnerabilnosti i rizika za SPI.....	79
5. DISKUSIJA.....	85
6. ZAKLJUČAK	92
7. LITERATURA	93

1. UVOD

1.1. Homoseksualnost kroz istoriju i veličina populacije

Homoseksualci i homoseksualni akti su bili prisutni u svim civilizacijama sa značajnim razlikama u prihvatanju istih (1). Dokazi o njihovom postojanju potiču još iz kulture Antičke Grčke (2-3). Homoseksualni odnosi tj. sklonost ka njima se često označavala i kolokvijalnim terminom «pederastija» (4) koji danas ima pogrdno značenje, a vodi porijeklo iz Antičke Grčke. Starogrčka riječ „paiderastes“ doslovno se prevodi kao ljubavnik dječaka, a nastala je kao složenica od riječi *pais* (u genitivu *paidos*) što znači dječak i riječi *erao* što znači žudim, i preteča je riječi „peder“ u srpskom jeziku, koja označava muškog homoseksualca (4).

Bez obzira na dugu istoriju homoseksualnosti, i danas se malo zna o njenim uzrocima, odnosno zbog čega neki muškarci imaju sklonost prema osobama istog pola, a ne suprotnog. Donedavno se smatralo da su za razvoj homoseksualnosti presudni neki nepoželjni faktori iz okruženja tokom rasta i razvoja, kao što su loši odnosi sa porodicom, posebno sa ocem, ili pretrpljeno seksualno zlostavljanje (5). Danas međutim postoje brojna istraživanja koja upućuju na biološke i genetske faktore koji su odgovorni za razvoj homoseksualne orijentacije, iako nije u potpunosti dokazano kako ovi faktori djeluju (5). Istraživanja sugerišu da je za homoseksualizam kod muškaraca odgovoran X-povezani genetski faktor, da postoji povezanost sa brojem starije braće, odnosno poretkom pri rađanju, da zavisi od plodnosti i da se prenosi linijom majčine strane (6,7).

Iako je homoseksualnost vjekovima prisutna u različitim civilizacijama, na nju se dugo gledalo veoma negativno, skrivana je i smatrana poremećajem i bolešću. U XXI veku, odnos prema homoseksualnosti se postepeno mijenja u velikom broju zemalja širom svijeta, naročito u Evropi i Sjevernoj Americi, odnosno u ekonomski razvijenim zemljama. Tema homoseksualnosti prestala je da bude tabu, o njoj se otvoreno govori, a osobe ovakve seksualne orijentacije su dobile sva građanska prava kao i osobe heteroseksualne orijentacije. Ovakvom preokretu u društvenom odnosu prema homoseksualnosti znatno je doprinijelo gledište zvaničnih autoriteta iz zdravstvene

struke, na prvom mjestu Američke asocijacije psihologa i Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), a to je da je homoseksualno ponašanje jednako normalan aspekt ljudske seksualnosti kao i heteroseksualno ponašanje. Brojna klinička istraživanja i studije su pokazale da ne postoji nikakva povezanost između seksualne orijentacije i psihopatologije, odnosno da i ako postoji povezanost sa nekim domenima mentalnog zdravlja odnosno bolesti, da je ona u vezi sa ličnim osjećajem nesigurnosti, koja je uslovljena društvenim (i ličnim) neprihvatanjem iste (8). Dokazano je da je homoseksualnost oblik ljudskog povezivanja i normalan oblik seksualnog iskustva, te je iz tog razlog urađeno izopštavanje homoseksualnosti kao mentalnog poremećaja ili bolesti iz Međunarodne klasifikacije bolesti SZO (8) .

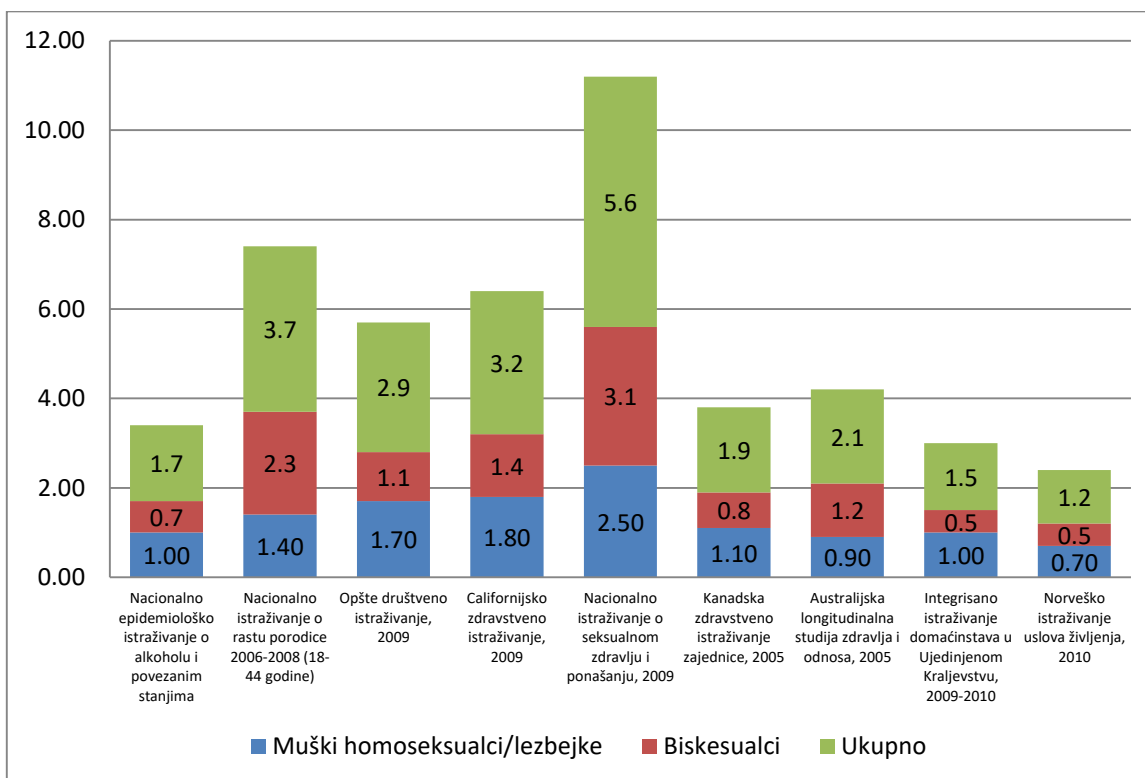
Podsjećanja radi, u Devetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (ICD-9) koja je važila do 1998. godine (9), homoseksualnost je bila klasifikovana u grupi seksualnih nastranosti i poremećaja i opisana kao „*Isključiva ili predominantna seksualna privlačnost između osoba istog pola, sa ili bez fizičkih odnosa*“, uz napomenu da homoseksualnost treba šifrirati, bez obzira da li je praćena duševnim poremećajem ili ne, što je značilo da se šifra za homoseksualnost unosi u zdravstveni karton.

U Desetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD-10), odnosno poslednjih skoro 20 godina, homoseksualnost *per se* je deklasifikovana kao poremećaj ili bolest. Prepoznato je, međutim, da postojanje nesigurnosti u vezi sa sopstvenim polnim identitetom i seksualnom orijentacijom može dovesti do poremećaja mentalnog zdravlja kao što su anksioznost i depresija (10). Tako se homoseksualnost implicitno spominje u grupi F66, koja glasi «Psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja povezani sa polnim razvojem i orijentacijom», a poremećaj opisuje kao: „*Osoba je nesigurna oko svog polnog identiteta ili polne orijentacije što uzrokuje anksioznost ili depresiju. Poremećaj se najčešće javlja kod adolescenata, koji nisu sigurni da li imaju homoseksualnu, heteroseksualnu ili bipolnu orijentaciju, ili kod osoba koje poslije stabilne polne orijentacije (često u okviru dugotrajnog odnosa) otkrivaju da se njihova polna orijentacija mijenja*“ (10).

U spomen deklasifikacije homoseksualnosti kao mentalnog poremećaja, Svjetska zdravstvena organizacija obilježava 17. maj kao Međunarodni dan borbe protiv homofobije, transfobije i bifobije (11).

Veličina homoseksualne populacije je predmet brojnih istraživanja i predstavlja prvi neophodan korak u njenom razumijevanju. Veličina homoseksualne populacije procjenjivana je u brojnim istraživanjima koja se međusobno razlikuju po metodologiji koja je korišćena (12-19). Pri tome, treba imati na umu da vrlo često zbog osjećaja stida, ili straha od stigmatizacije, ispitanici ne odgovaraju iskreno o svojoj seksualnoj orijentaciji, posebno u uslovima kada nije obezbjeđena anonimnost učesnika. Dosadašnji podaci o veličini homoseksualne populacije iz različitih okruženja širom svijeta, uglavnom u razvijenim zemljama, su prilično heterogeni, i kreću se od 1.2% ukupne populacije, do 5.6% (12). Na Grafikonu 1 su prikazani podaci iz devet različitih studija koje su se bavile ovim pitanjem i iz kojih se vidi veličina homoseksualne populacije, bilo da se radi o osobama koje su svoj identitet iskazale kao homoseksualni ili biseksualni (12) .

Grafikon 1. Veličina homoseksualne populacije – podaci iz 9 različitih studija



Izvor: Gary GG, 2011. (12)

U posljednjem desetljeću su razvijene brojne matematičke metode procjene veličine homoseksualne populacije i rezultati ovih studija pokazuju slične rezultate kao i gore navedene studije (13,14,15). Tako, na primjer, procjenjena veličina ove populacije u odnosu na ukupnu odraslu mušku populaciju u Tibilisu je 1,42% (16) i Kazahstanu 3,2% (17). U istraživanjima koja su rađena u velikim gradovima kao što je Vankuver i Šangaj učestalost ove populacije je 2,9% i 0,28% u odnosu na istraživanu mušku populaciju (18). U Bosni i Hercegovini je procijenjeno da 0,57% ukupne odrasle muške populacije čine sub-populaciju muškaraca koji imaju seks sa muškarcima (dalje u tekstu: MSM), a ovaj naziv je i u skladu sa savremenim, preporučenim imenovanjem ove populacione grupe (19).

Bez obzira na veličinu ove populacije, kao i deklasifikaciju homoseksualnosti kao mentalnog poremećaja, u mnogim društvima, a naročito manje razvijenim, na ovu pojavu se gleda krajnje negativno, što MSM osobe izlaže osjećaju stigme i diskriminacije, i uslovljava niz ograničenja u njihovom životnom funkcionisanju.

1.2. Stigma i diskriminacija

Stigma se opisuje kao dinamičan proces obezvrjeđivanja osobe u očima drugih (20), a diskriminacija je proces u okviru koga se među članovima mješovite grupe ljudi prave razlike, obično zasnovane na nekoj predrasudi (21).

1.2.1. Stigma i diskriminacija prema muškarcima koji imaju seks sa muškarcima

Istraživanja ukazuju da se populacija MSM suočava sa nejednakostima u zdravlju koje se povezuju sa postojanjem stigme, socijalne diskriminacije ili uskraćivanja osnovnih ljudskih prava ljudi pripadnika ove društvene grupe (22-24). Tako je nađeno da je diskriminacija povezana sa visokim stopama psihijatrijskih poremećaja, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci i samoubistvima (22-24).

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima se nerijetko suočavaju sa socijalnim isključivanjem, marginalizacijom, nasiljem, kao i različitim oblicima stigme i diskriminacije (25-27). Ove pojave su u većoj ili manjoj mjeri prisutne i dokumentovane širom svijeta, bez obzira na velike razlike u socijalnom, političkom, kulturološkom ili legalnom okruženju u kome ovi ljudi žive (25-29). Iako su civilna

društva značajno napredovala na putu ka viziji jednakosti za sve ljude bez obzira na njihovu seksualnu orijentaciju, stigma i nasilje nad MSM populacijom i dalje postoji a homofobija je tolerisana i podržavana različitim politikama (28). Najnoviji podaci govore da se seksualni odnosi odraslih ljudi sa osobama istog pola u 75 zemalja širom svijeta još uvek vode kao kriminalna djela, za koja su predviđene kazne od novčanih do zatvorskih (29). Štaviše, u osam zemalja Afrike i jugozapadne Azije u zakonodavstvu je predviđena i smrtna kazna, iako se u praksi ova kazna i implementira „samo“ u pet zemalja (Mauritanija, Sudan, Iran, Saudijska Arabija i Jemen) (29). Zakonodavstva zemalja koje se nalaze na pragu Evrope (zemlje Jugoistočne Evrope i Zapadnog Balkana) su mnogo naprednija u odnosu na ove zemlje, ali njihova realizacija i iskustva u praksi u domenu zaštite osoba istopolne seksualne orijentacije su različita. Ona su uglavnom uslovljena njihovim odnosom sa Evropskom Unijom odnosno članstvom u njoj, u kojoj je poštovanje ljudskih prava i seksualnih sloboda apsolutni imperativ. Osim zvaničnih izvještaja agencija Ujedinjenih Nacija i srodnih organizacija, u pregledu literature uočen je nedostatak naučnih radova na temu MSM populacije i njihovih iskustava stigmatizacije i diskriminacije i njene povezanosti sa zdravljem (30, 31).

Stigma i diskriminacija su veliki izazovi sa kojima se susreću pripadnici MSM populacije. One mogu da imaju različite oblike, i kreću se u rasponu od svakodnevnih prepreka u organizovanju ličnog života, do problema na mnogo višem nivou. Oni obuhvataju strukturalne faktore koji podstiču stvaranje prepreka u integrisanju ovih osoba, bilo da dolaze od pojedinih organizacija civilnog društva, crkve i religioznih udruženja, pa do zakonodavnih tijela i vlada. Budući da ne postoje dva ista modela „odgovora“ društva i sâmi MSM osoba na ove izazove, vrlo je značajno istražiti ih u kontekstu specifičnih socijalnih, političkih i kulturalnih odrednica.

Vrste stigmatizacije

Stigmatizacija populacije MSM može da ima više oblika. Ona često uključuje i samostigmatizaciju uslovljenu teškoćom prihvatanja sopstvenog seksualnog identiteta u datom društvenom kontekstu, što predstavlja veliko opterećenje za osobu i može da ima negativne posljedice na mentalno zdravlje (32). Interpersonalna stigma vodi ka socijalnoj diskriminaciji osobe i ograničava je u različitim aspektima svakodnevnog funkcionisanja, dok se sistemska stigma odnosi na nedovoljnu zakonsku podršku i

zaštitu populacije MSM (33). Sve navedeno utiče na sposobnost populacije MSM da dođu do potrebnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga (34). Socijalna diskriminacija MSM populacije je prisutna i dokumentovana širom svijeta, bez obzira na velike razlike u socijalnom, političkom, kulturološkom ili legalnom okruženju u kome ovi ljudi žive i rade (33).

1.2.2. Stigma i diskriminacija prema muškaracima koji imaju seks sa muškarcima u Bosni i Hercegovini

Bosna i Hercegovina (BiH) je multikulturalna zemlja koja se nalazi u regionu Jugoistočne Evrope i Zapadnog Balkana. Čine je tri politička entiteta (Federacija Bosne i Hercegovine, Republika Srpska i Distrikt Brčko). Poslije izuzetno turbulentnog perioda za zemlju krajem 20. vijeka, raspada stare Jugoslavije, rata (1992-1995) a potom rekonstrukcije i reorganizacije nove zemlje, Bosna i Hercegovina je u novi vijek zakoračila kroz težak period ekonomske i društvene tranzicije (35).

Bosna i Hercegovina je zemlja kompleksnog kulturološkog i socijalnog nasleđa, čija zakonska regulativa ne prepoznaje osobe istospolne seksualne orijentacije. O populaciji MSM u BiH se malo zna, iako je njena procijenjena veličina čak 6900 (4300-9500), što je približno 0.57% odrasle muške populacije u BiH (19). U već dovoljno kompleksnom postkonfliktnom, multikulturalnom okruženju, MSM populacija se može shvatiti kao posebno ranjiva grupa. Naime, iako u BiH postoji Zakon o diskriminaciji kojim se zabranjuje diskriminacija na temelju spolne orijentacije i rodnog identiteta, ovaj zakon se ne implementira u punom obimu u praksi i još uvek nije razvijen sistem registrovanja slučajeva diskriminacije. Takođe, država nije javno osudila nasilje protiv LGBT osoba i nisu poznati odgovorni za napade na organizatore i učesnike Sarajevo Queer Festival 2008. godine, niti je bilo ko pod istragom ili kaznenim progonom (36). Analizirajući rang zemalja Evrope u odnosu na ostvarenje ljudskih prava i zaštite od diskriminacije osoba drugačije seksualne orijentacije, uočava se da je Bosna i Hercegovina na 29. mjestu (od 49 rangiranih zemalja) značajnije niže od Hrvatske (5. mjesto), Crne Gore (20. mjesto), Srbije (25. mjesto) i Slovenije (27. mjesto), dok su od bivših Jugoslovenskih zemalja, niže pozicionirane samo Kosovo (39. mjesto) i Makedonija (43. mjesto) (37). Sa ovakvom vrstom rangiranja je započeto 2009. godine a rang se formira na osnovu zbirnog (kompozitnog) skora, koji obuhvata vrijednosti velikog broja

pojedinačnih indikatora, iz različitih domena, kao na primjer, legalni status ovih osoba u društvu, porodični status, prisustvo govora mržnje, slobode izražavanja i drugih prava (37).

Na osnovu naših saznanja, do sada nije bilo pokušaja da se istraži dubina i kompleksnost stigme i diskriminacije sa kojima se susreće ova populacija u Bosni i Hercegovini, kao ni odnos koji prema njima ima zdravstvena služba. Polazeći od ovako nepovoljnih osnova koje karakterišu i međupersonalnu i sistemsku stigmu, odnosno nedovoljnu zakonsku podršku i zaštitu populacije MSM u Bosni i Hercegovini, može se pretpostaviti da navedeno utiče i na sposobnost populacije MSM da dođu do potrebnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga (38,39).

1.3. Infekcija virusom humane imunodeficijencije - HIV

Za infekciju virusom humane imunodeficijencije (HIV) se zna od juna 1981. godine kada su američki naučnici opisali 5 slučajeva pneumonije *pneumocystis carinii* u populaciji homoseksualnih muškaraca iz Los Anđelesa, a za koje je narušen imuni sistem bio zajednička odrednica (40). U to vrijeme bilo je teško zamisliti da će HIV postati jedan od vodećih javno-zdravstvenih problema i da će tridesetpet godina kasnije u svijetu biti više od 36 miliona osoba koje žive sa HIV-om (40,41). Porijeklo HIV-a se još uvijek razmatra i dugo ustaljena teorija da HIV potiče od čimpanzi nije potvrđena (42).

Dokazano je da postoji više načina transmisije HIV-a: 1) perinatalna transmisija sa zaražene majke na dijete u toku trudnoće, poroda i dojenja, 2) transmisija putem inficiranog uzorka krvi koji dospijeva u krvotok (transfuzija inficirane krvi i putem injektiranja inficiranom iglom i špricom) i 3) seksualnim odnosom sa osobom inficiranom HIV-om. Seksualni odnos sa HIV inficiranom osobom je najučestaliji način transmisije HIV-a, pri čemu rizik varira zavisno od načina upražnjavanja seksualnih odnosa (analni, vaginalni, oralni), i učestalosti seksualnih odnosa (42). Posmatrano globalno, vaginalni seksualni odnosi su najučestaliji način transmisije HIV-a, ali ne i najučinkovitiji način prenosa (41). Učinkovitost prenosa HIV-a je znatno veća pri analnom seksualnom odnosu, što uveliko doprinosi razjašnjavanju visoke učestalosti HIV infekcije u populaciji muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima (43).

Poznato je da je u posljednje vrijeme učestalost analnog seksualnog odnosa znatna među heteroseksualnim partnerima (44), što predstavlja dodatni izazov u prevenciji HIV-a.

Bitno je naglasiti da se HIV ne prenosi uobičajenim kontaktom, pri čemu se pod uobičajenim kontaktom podrazumijeva svakodnevni neseksualni kontakt, rukovanje, grljenje, dijeljenje zajedničkog pribora za jelo, upotreba istog telefona, korištenje zajedničkog toaleta i sl. (42).

Epidemija HIV-a u nerazvijenim zemljama i zemljama u razvoju se razlikuje u različitim geografskim područjima, populacionim skupinama koje su inficirane HIV-om, načinom transmisije i prisutnih virusnih sojeva i znatno utiče na društveni i ekonomski razvoj (42). Dok je u Africi HIV infekcija potaknuta heteroseksualnim načinom prenosa, u Latinskoj Americi je povezana sa upotrebom droga i seksualnim odnosima među muškarcima, a u Indiji, Tajlandu i Kini značajan udio HIV infekcija je među seksualnim radnicama (42). U visoko razvijenim zemljama HIV infekcija je uglavnom potaknuta receptivnim analnim seksualnim odnosima i injekcionim korišćenjem droga, a HIV vulnerabilnost povećava korištenje alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci (42).

1.3.1. Učestalost HIV-a u svijetu

Infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV) jeste jedan od najvećih globalnih javnozdravstvenih izazova u posljednjih tridesetak godina. Od početka epidemije u svijetu je HIV-om inficirano 76,1 milion osoba, a 35 milion je umrlo od posljedica AIDS-a (41). Danas u svijetu živi oko 36,7 miliona osoba inficiranih HIV-om, a samo 19,5 miliona HIV inficiranih osoba ima pristup antiretroviralnoj terapiji (41). U 2016. godini HIV-om je inficirano više od 1,8 miliona ljudi, a 1 milion svih inficiranih je umro od bolesti povezanih sa AIDS-om. Od 2010. godine bilježi se globalni pad učestalosti HIV infekcije u populaciji odraslih za 11% i u populaciji djece za 47%. Nasuprot tome, u 2016. godini u regionu Istočne Evrope i centralne Azije je došlo do porasta broja novoinficiranih HIV-om za 60%. Regionalna distribucija HIV-a prema regionima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) je prikazana u Tabeli 1 (41).

Tabela 1. Regionalna distribucija HIV-a prema SZO regionima

	Broj odraslih i djece inficiranih HIV-om	Broj djece i odraslih inficiranih HIV-om u 2016. godini	Broj odraslih i djece umrlih od posljedica AIDS-a
Istočna i južna Afrika	19,4 miliona (17,8–21,1)	790 000 (710 000–780 000)	420 000 (350 000–510 000)
Zapadna i centralna Afrika	6,1 miliona (4,9–7,6)	370 000 (270 000–490 000)	310 000 (220 000–400 000)
Srednji Istok i Sjeverna Afrika	230 000 (160 000–380 000)	18 000 (11 000–29 000)	11 000 (7 700–19 000)
Azija i Pacifik	5,1 milion (3,9–7,2)	270 000 (190 000–370 000)	170 000 (130 000–220 000)
Latinska Amerika	1,8 miliona (1,4–2,1)	97 000 (79 000–120 000)	36 000 (28 000–45 000)
Karibi	310 000 (280 000–350 000)	18 000 (15 000–22 000)	9 400 (7300–12000)
Istočna Evropa i centralna Azija	1,6 miliona (1,4–1, 7)	190 000 (160 000–220 000)	40 000 (32 000–49 000)
Zapadna i centralna Evropa i Sjeverna Amerika	2,1 milion (2,0–2,3)	73 000 (68 000–78 000)	18 000 (15 000–20 000)
UKUPNO	36,7 miliona (30,8–42,9)	1,8 miliona (1,6–2,1)	1,0 milion (830 000–1,2 miliona)

Izvor: UNAIDS, 2017 (41)

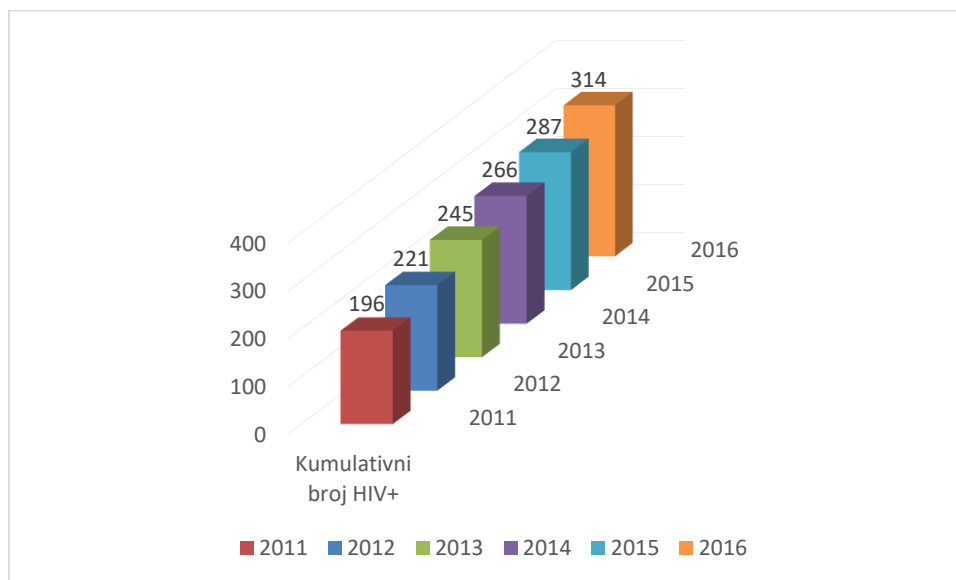
Učestalost novoinficiranih HIV-om u Evropi je takođe u poslednjih nekoliko godina u padu, ali alarmantno je to da se među novoregistrovanim inficiranim osobama bilježi povećana učestalost homoseksualnog načina prenosa HIV infekcije (45). Više od jedne trećine (42%) novoregistrovanih HIV infekcija u zemljama Evropske unije (EU) u 2013.

godini čini populacija muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima (akronim MSM). U zemljama koje su na Evropskom kontinentu, ali izvan EU (Albanija, Bosna i Hercegovina, Crna Gora, Makedonija, Srbija, Turska) u periodu od 2004. do 2013. godine, udio populacije MSM među osobama inficiranim HIV-om je porasla za čak 206% (46).

1.3.2. Učestalost HIV-a u Bosni i Hercegovini

Bosna i Hercegovina se ubraja u grupu zemalja sa niskom prevalencijom HIV-a, manjom od 1% u ukupnoj populaciji i manjom od 5% u populaciji izloženoj povećanom riziku od HIV-a/AIDS-a. Od 1986. godine, kada je registrovan prvi slučaj HIV-a, pa do kraja 2015. godine u Bosni i Hercegovini je registrovano 287 lica koja su inficirana HIV-om. Poslednjih 5 godina u BiH je u prosjeku na godišnjem nivou registrovano oko 20-25 novih HIV pozitivnih slučajeva što ide u prilog rastućoj epidemiji HIV-a (Grafikon 2.) U 2015. godini najčešći način prenosa infekcije HIV-om bio je heteroseksualni (45%), zatim homo/biseksualni (39%) i prenošenje injektiranjem droga (8%) (47).

Grafikon 2. Registrovane HIV infekcije, 2011 – 2016. godina



Izvor: Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine, 2016 (47)

U posljednjih nekoliko godina u BiH je uočen više od dvostrukog porasta homoseksualnog načina prenosa HIV-a, sa 17,2% u 2009. godini, na 39,0% u 2015. Godini, što je alarmantno i zabrinjavajuće (48).

1.4. Populacije koje su najviše izložene riziku HIV-a

Sredinom šestdesitih godina dvadesetog vijeka dolazi do promjene mentaliteta u američkom društvu, tzv. “seksualne revolucije“ koja se ogleda u liberalizaciji običaja, pojavi novih metoda kontracepcije, favorizovanju većeg broja seksualnih partnera, međusobnom mijenjanju partnera i upražnjavanju grupnog seksa. Promiskuitetnim ponašanjem američki homoseksualci nastoje da pokažu ostvarenje lične slobode (49). U cijeloj istoriji čovječanstva se ne bilježi slična koncentracija homoseksualaca i stepen promiskuiteta kao u tom periodu. Uzimajući u obzir da su prvi slučajevi AIDS-a zabilježeni upravo u populaciji homoseksualnih muškaraca, ne čudi da je početku neopravdano vladalo mišljenje da je AIDS bolest homoseksualaca (49).

Sve osobe, bez obzir na pol, starost, boju kože, rasnu pripadnost, seksualno opredjeljenje i slično mogu biti inficirane HIV-om, ali se zbog postojanja većeg rizika koji je uslovljen ponašanjem u određenim populacijama te populacije izdvajaju, a i doživljavaju, kao najviše izložene riziku. Populacije najviše izložene riziku su definisane kao grupe ljudi koje zbog specifičnih visokorizičnih ponašanja imaju povećan rizik od HIV-a, bez obzira o kojem epidemijskom tipu HIV-a se radi, ili u kom lokalnom kontekstu se javlja. Te populacione grupe najčešće obuhvataju seksualne radnice, injekcione korisnike droga, muškarce koji imaju seks sa muškarcima, transeksualce, zatvorenike, trudnice, i mlade migrante (50, 51). Neriješena zakonska i društvena pitanja koja se odnose na položaj ovih populacionih grupa mogu dodatno povećati njihov vulnerabilitet na HIV.

U različitim zemljama širom sveta, a u odnosu na njihov stepen razvijenosti, razlikuje se dominantan način prenošenja HIV infekcije. Opšte je poznato da su u zemljama sa nižom učestalošću HIV infekcije rizične populacije muškarci koji imaju seksualne odnose sa drugim muškarcima, injekcioni korisnici droga, seksualne radnice, transeksualci, osobe na izdržavanju zatvorske kazne, dok su u zemljama sa visokom učestalošću HIV infekcije (zemlje Subsaharske Afrike) riziku najviše izložene mlade

žene starosti do 24 godine (41). Globalno, muškarci koji imaju seksualne odnose sa drugim muškarcima čine 12% svih novoinficiranih u 2015. godini, dok seksualne radnice u ukupnom procentu novoinficiranih u 2015. godini učestvuju sa 8% i injekcioni korisnici droga sa 5%. (41).

1.4.1. Muškarci koji imaju seks sa drugim muškarcima

Homoseksualni muškarci ili muškarci koji imaju seks sa muškarcima predstavljaju populaciju muškaraca koji imaju seksualnu i / ili emotivnu vezu sa drugim muškarcima ili koji ispoljavaju seksualnu privlačnost prema ljudima istog pola (52). MSM populacija može obuhvatati ne samo homoseksualne i biseksualne muškarce, već i transrodne osobe, pa u nekim slučajevima i muškarce koji se identifikuju kao heteroseksualni. Određeni pripadnici MSM populacije mogu ostvarivati i veze kao i brak sa ženama (53). UNAIDS je dao preporuku korištenja termina *muškarac ili muškarci koji imaju seks sa drugim muškarcima (MSM)* jer je ovaj termin širi od termina homoseksualac, i obuhvata sve muškarce koji imaju seks sa drugim muškarcima, bez obzira da li svoju seksualnu orijentaciju izjašnjavaju kao homoseksualnu ili ne (54). Naime, određeni broj muškaraca koji imaju seksualnu vezu sa muškarcima se ne izjašnjavaju kao homoseksualci, te mogu ostati neprepoznati kao populacija koja je više izložena riziku. Pitanje seksualne orijentacije je samo po sebi vrlo osjetljivo i vrlo je bitno koristiti termine koji neće doprinijeti negativnim stavovima, uvjerenjima i diskriminirajućem ponašanju.

1.4.1.1. Faktori rizika za HIV u populaciji MSM

Faktori rizika koji su povezani sa prenosom HIV-a u populaciji MSM su višedimenzionalni i obuhvataju ne samo (ne)poznavanje načina prenosa HIV infekcije, već i različite biološke, bihevioralne i socijalne faktore (54,55). Biologija analnog seksa i ponašanje vezano za analni seksualni odnos mogu jednim dijelom dati odgovor na veću vjerovatnoću HIV transmisije u populaciji MSM. Podaci iz istraživanja ukazuju da su analni seksualni odnosi rizičniji od vaginalnih seksualnih odnosa (54,55). Pri tome MSM praktikuju receptivne i insertivne analne odnose što za posljedicu ima veću vjerovatnoću inficiranja HIV-om (54,55).

Bihevioralni faktori koji su povezani sa učestalošću HIV infekcije u populaciji MSM odnose se na rizična seksualna ponašanja u smislu nedosljedne upotrebe kondoma i većeg broja seksualnih partnera, kao i povremeno korištenje alkohola i opioidnih supstanci radi lakšeg stupanja u seksualne odnose (56,57). Istovremeno, MSM populacija je dobro umrežena i zatvorena zajednica, što povećava mogućnost širenja HIV infekcije unutar te zajednice (56,57).

Socijalni faktori koji doprinose riziku za infekciju HIV-om u populaciji MSM istovremeno utiču i na druge aspekte njihovog fizičkog i psihičkog zdravlja, kao i socijalnog blagostanja. Socijalni faktori obuhvataju različite mehanizme koji su često dio svakodnevnog životnog iskustva pripadnika populacije MSM, i odnose se na socijalno isključivanje, marginalizaciju, i izloženost različitim oblicima stigme, diskriminacije i nasilja (58).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi ovog rada su:

1. Ispitati znanje, rizično ponašanje i zdravstveno stanje muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima u vezi sa HIV-om i drugim polno prenosivim infekcijama u Bosni i Hercegovini
2. Ispitati dubinu i kompleksnost stigme i diskriminacije sa kojima se susreće populacija muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima.

3. MATERIJAL I METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje čiji su rezultati prikazani u ovom radu je sprovedeno u dva dijela:

(1) studija presjeka, koja ima bihejvioralnu i biološku komponentu i odnosi se na prvi cilj istraživanja, i

(2) deskriptivna studija, koja se odnosi na drugi cilj istraživanja, a sprovedena je u formi dubinskog intervjua.

Pri realizovanju istraživanja poštovani su etički principi za istraživanja u ranjivim populacionim grupama (59).

3.1. Studija presjeka

Studija preseka je sprovedena kao multicentrična bihejvioralna studija, koju je pratila biološka komponenta, odnosno uzimanje uzoraka krvi za testiranje na HIV, Hepatitis C virus (HCV), Hepatitis B virus (HBV) i sifilis. Studija je sprovedena u pet najvećih gradova u BiH: Banja Luka, Bijeljina, Mostar, Sarajevo i Tuzla, u periodu od maja do juna 2015. godine.

3.1.1. Ciljna populacija i uzorak

Ciljna populacija u ovom istraživanju su bili muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima. Zbog skrivenosti i teške dostupnosti ove populacije, uzorak se formirao metodom „snježne grudve“, što podrazumijeva inicijalno kontaktiranje jedne osobe koja ispunjava kriterijum za učestvovanje u istraživanju, a koja potom regrutuje i druge osobe koje ispunjavaju taj kriterijum, koje dalje nastavljaju regrutaciju ispitanika (60). Regrutacija je sprovedena uz pomoć „outreach“ aktivista dvije krovne organizacije civilnog društva („Akcija Protiv Side“ i „XY“) koje se bave pitanjima MSM populacije na teritoriji BiH. Veličina uzorka koja bi mogla da bude obuhvaćena metodom snježne grudve u planiranom vremenskom periodu procijenjena je na oko 350 ispitanika, što čini oko 5% od ukupnog procijenjenog broja populacije MSM u BiH (15). Za potrebe kontaktiranja potencijalnih ispitanika, učesnici u istraživanju su dobili telefonske dopune u iznosu od 30 konvertibilnih maraka. Ova dopuna je takođe predviđena za informisanje o vremenu i načinu preuzimanja rezultata testiranja na HIV i druge PPI.

3.1.2. Kriterij za uključivanje

Kriterij za uključivanje u istraživanje je bio da su ispitanici stariji od 16 godina, da se samoidentifikuju kao MSM, odnosno da su imali seksualni odnos sa drugim muškarcem u prethodnih 6 mjeseci i da su dali informisani pristanak. Kriterij za isključivanje iz istraživanja su bili injekcioni korisnici droga.

3.1.3. Anketari u istraživanju

Istraživanje su sproveli edukovani anketari, sa prethodnim iskustvom u provođenju sličnih istraživanja, a koje su nadgledali i podržavali supervizori istraživanja.

3.1.4. Instrument istraživanja

Za ispitivanje znanja i ponašanje populacije MSM kada je u pitanju HIV i druge PPI, korišten je standardizovani upitnik (Prilog br.1) koji je sačinjen za potrebe ovog istraživanja, u skladu sa prvim ciljem istraživanja i preporučenim najvažnijim indikatorima, koji su u skladu sa Deklaracijom posvećenosti HIV/AIDS-u, a koja je usvojena na specijalnoj sesiji Generalne skupštine Ujedinjenih Nacija 2001.godine (tzv. UNGASS indikatori; skraćenica potiče od *United Nations General Assembly Special Session on HIV-AIDS*) (61, 62). Upitnik je obuhvatio sledeće domene: (1) sociodemografske karakteristike ispitanika, (2) znanje u odnosu na HIV infekciju, (3) seksualno ponašanje sa muškarcima i ženama, i (4) zdravstveno stanje.

(1) Sociodemografske karakteristike ispitanika obuhvaćene su pitanjima koje se odnose na godine života, obrazovanje, zaposlenost i bračni status.

(2) Znanje o HIV infekciji obuhvatila su pitanja u vezi sa poznavanjem puteva prenošenja HIV-a, načinima zaštite, i percepcije sopstvenog rizika. Znanje je ispitivano sa ukupno 8 pitanja. Pitanja koja su se odnosila na znanje o HIV infekciji su bila zatvorenog tipa sa mogućnošću višestrukog odgovora (Da, Ne i Ne znam).

(3) Seksualno ponašanje sa muškarcima i ženama obuhvatila su pitanja koja se odnose na vrstu i učestalost seksualnih odnosa (analni, vaginalni, oralni), tip seksualnog partnera (stalni, povremeni, komercijalni), (ne)upotrebu kondoma, seksualne aktivnosti sa ženama i druga rizična ponašanja (seksualni odnos pod dejstvom alkohola i psihoaktivnih supstanci).

(4) Zdravstveno stanje je ispitano kroz set pitanja u okviru SF-36 standardizovanog upitnika za procjenu kvaliteta života u vezi sa fizičkim i mentalnim zdravljem (63). Pitanja o zdravstvenom stanju MSM su grupisana u osam kategorija: fizičko zdravlje, ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem, ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, energija, emocionalno stanje, društveno funkcionisanje, bol i zdravlje generalno. Pitanja su bila zatvorenog tipa sa mogućnošću dihotomnih i višestrukih odgovora.

(5) Stigma i diskriminacija je ispitana kroz pitanja koja su se odnosila na izloženost izrugivanju, psihičkom ili fizičkom nasilju, diskriminaciji od strane poslodavca ili stanodavca, autovanju i narušenim odnosima sa prijateljima.

Pored gore navedenih, postavljena su i pitanja o prethodnom postojanju bilo kojih polno prenosivih infekcija, prethodnom testiranju na HIV, i sadašnjoj želji za testiranjem na HIV i PPI.

Popunjavanje upitnika je bilo dobrovoljno i anonimno. Anonimnost je osigurana šifriranjem upitnika, i ista šifra je pratila i biološku komponentu istraživanja odnosno uzimanje uzorka krvi za dobrovoljno testiranje na HIV, HCV, HBV i sifilis, prema principima za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje (64). Ova strategija je izabrana da bi se zaštitio identitet ispitanika.

3.1.5. Varijable

Na osnovu dokaza iz literature i mišljenja i iskustva istraživača o značaju određenih tema konstruisane su varijable koje su korištene za potrebe ovog rada i koje su se odnosile na:

1. Sociodemografske karakteristike ispitanika: starost, obrazovanje, zaposlenost, bračni status i mjesto stanovanja. Starost je definisana u dvije kategorije: ispitanici starosti do 24 godine i ispitanici sa 25 godina i više. Nivo obrazovanja je definisan kroz pet kategorija: bez škole, osnovna škola, srednja škola, viša škola, visoka škola/magistrat/doktorat. Zaposlenost je definisana kao zaposlen, nezaposlen, povremeno zaposlen i učenik/studnet. Bračni status ispitanika je definisan u pet kategorija: u braku/vanbračnoj zajednici sa ženom, neoženjen,

razveden, razdvojen, živi sa partnerom. Mjesto stanovanja ispitanika je definisano kroz dvije kategorije: grad i selo.

2. Znanje ispitanika o HIV infekciji: znanje koje je u vezi sa rizičnim ponašanjem, i opšte znanje. Obje varijable su definisane kroz tri kategorije: tačan odgovor, netačan odgovor, ne zna. Varijabla kroz koju je posmatran ukupan skor znanja o HIV infekciji je transformisana na način da se za ispitanike koji su dali tačne odgovore na sva pitanja o HIV infekciji smatra da poznaju puteve prenošenja HIV infekcije, a oni koji su dali barem jedan netačan odgovor ili odgovorili sa ne znam, nemaju dovoljno znanje o načinu prenošenja HIV infekcije.
3. Rizično ponašanje ispitanika (zavisne varijable): Rizično ponašanje je definisano kao neupotreba kondoma prilikom barem jednog seksualnog odnosa u proteklih 6 meseci, bilo sa stalnim, slučajnim ili komercijalnim partnerima. Da bi se ispitalo da li je ponašanje ispitanika rizično (ne koriste kondom svaki put), postavljena su sledeća pitanja „Uopšteno, kako često ste, u zadnjih 6 mjeseci koristili kondom sa stalnim partnerom/partner ima?“, zatim “Uopšteno, kako često ste, u zadnjih 6 mjeseci koristili kondom sa slučajnim partnerom/partnerima?”, i “Uopšteno, kako često ste, u zadnjih 6 mjeseci koristili kondom sa komercijalnim partnerom/partnerima?”. Opcije odgovora su bile “svaki put”, “ponekad”, “ne znam ili ne sjećam se”, pri čemu su odgovori “ponekad” i “ne ili ne znam” ukazivali na rizično ponašanje.

“Zadnji put kad ste imali ANALNI odnos s muškarcem, jeste li koristili kondom” su definisane kroz dvije kategorije “svaki put” i “ne ili ne sjećam se”, a varijabla “Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali analni odnos bez kondoma s osobom za koju znate da je HIV pozitivna” je definisana kroz kategorije da i ne.

Da bi se ispitalo protektivno ponašanje ispitanika (svaki put koriste kondom, bez obzira na vrstu seksualnog partnera) konstruisana je nova varijabla “Redovnost upotrebe kondoma” koja je definisana kroz dvije kategorije: uvijek koristi kondom i ne koristi kondom redovno.

Varijable “Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola bez kondoma” i “Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem droga bez kondoma” je definisna kroz dvije kategorije da i ne, a

varijabla “U poslednjih 6 mjeseci koliko često ste koristili jednu ili više vrsta opojnih droga neposredno prije seksualnog odnosa (heroin, kokain, amfetamin, *extasy*, marihuanu, halucinogene (LSD), i sl.” kroz kategorije “nikada” i “nekada”. Od postojećih varijabli o rizičnom ponašanju pod uticajem alkohola ili psihoaktivnih supstanci konstruisana je nova varijabla “korišćenje alkohola/psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa” u kojoj je označeno “ne” ukoliko ispitanik nikad nije koristio alkohol ili psihoaktivne supstance i “da” ukoliko je bilo koji odgovor bio potvrđan.

4. Kvalitet života u vezi sa zdravljem posmatran je kroz sledeće dimenzije: a) fizičko zdravlje – deset varijabli definisanih kategorijama da, vrlo me ograničava; da, malo me ograničava i ne, uopšte me ne ograničava, b) ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem – tri varijable (dihotomna kategorija), c) ograničenja u vezi sa emocionalnom problemima – tri varijable definisane kroz višestruke odgovore, d) energija – četiri varijable sa višestrukim odgovorima, e) emocionalno stanje – četiri varijable definisane kategorijama sve vrijeme, većinu vremena, dobar dio vremena, neko vrijeme, malo vremena i nimalo vremena, f) društveno funkcionisanje – dvije varijable sa višestrukim odgovorima, g) bol – dvije varijable definisane kroz višestruke kategorije i h) zdravlje generalno – pet varijabli koje su definisane u više kategorija.
5. Izloženost stigmati i diskriminaciji je ispitivana kroz deset varijabli koje su modifikovane iz rada Ha i Ross (2013), a odnose se na doživljenu stigmatu (*enacted stigma*), a koja se odnose na nekoliko različitih aspekata stigme (65). Pitanja „Koliko često ste čuli da homoseksualnost nije normalna“, „Koliko često osjećate da vaša homoseksualna orijentacija smeta vašoj porodici“, „Koliko puta vam se desilo da vam se rugaju zbog vaše seksualne orijentacije“, „Koliko često se pretvarate da niste homoseksualac (biseksualac) kako bi bili prihvaćeni u društvu“ i „Koliko često vam se desilo da izgubite prijatelje zbog vaše seksualne orijentacije“ su imala odgovore na 4-stepenoj Likertovoj skali, od «nikada» do «često» (1 – nikada, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često). Ukoliko je odgovor na bilo koje od ovih pet pitanja bio «često» ili «uvijek», smatralo se da je osoba izložena stigmati.

Pitanja koja se odnose na stigmatizaciju doživljenu od strane stanodavca („Da li vam se ikad desilo da vam stanodavac otkáže stan zbog vaše seksualne orijentacije“ i poslodavca („Da li ste ikad ostali bez posla zbog vaše seksualne orijentacije“) su mjerena na dihotomnoj skali (da, ne).

Pitanja koja se odnose na postojanje saznanja o seksualnoj orijentaciji od strane porodice i porodičnog ljekara („Da li vaša porodica zna za vaše seksualno opredjeljenje“ i „Da li vaš porodični doktor zna za vašu seksualnu orijentaciju“) su imala tri moguća odgovora (da, ne, ne znam).

3.1.6. Biološka komponenta

Biološka komponenta se odnosila na testiranje uzoraka krvi, i sprovedena je nakon završenog anketiranja i dobijanja usmenog informisanog pristanka ispitanika za uzimanje uzorka krvi i testiranje. Prije testiranja, ispitanici su dobili savjetovanje, a potom testirani na HIV, HCV, HBV i sifilis. Testiranje je izvršeno u prethodno identifikovanim laboratorijama.

Uzorci krvi ispitanika su šifrirani identičnim kodom kao i upitnik. Rezultati analize krvi su naknadno uneseni u popunjene upitnike ispitanika.

3.1.7. Statistička analiza podataka

Dobijeni podaci iz upitnika, uključujući i biološku komponentu, su uneseni u bazu programskog sistema Microsoft Access 2000. Tokom unosa vršena je kontinuirana logička kontrola ispunjenih upitnika, nakon čega su prebačeni u programski softver SPSS for Windows, koji je korišten za analizu podataka.

Rezultati koji se dobijeni u studiji presjeka su analizirani metodama deskriptivne i inferencijalne statistike, za izračunavanje frekvencije i postotka za kategorijska obilježja posmatranja, a aritmetička sredina i standardna devijacija za parametarska obilježja posmatranja.

Statistička značajnost razlike u učestalosti redovnog korišćenja kondoma i poznavanju puteva prenošenja HIV-a, kao i niza socijalno-ekonomskih faktora, i izloženosti diskriminaciji, je testirana pomoću hi kvadrat testa, uz statističku značajnost greške na nivou od $p < 0,05$. Statistička značajnost razlike u učestalosti redovnog korišćenja

kondoma i prosečnih vrednosti skorova dimenzija kvaliteta života merenog SF 36 skalom, analizirana je Studentovim t-testom. Takođe, Studentovim t-testom analizirana je povezanost socio-demografskih karakteristika populacije MSM sa njihovim kvalitetom života u vezi sa zdravljem, koji je mjeran pomoću upitnika SF-36.

Pouzdanost skale za mjerenje znanja o putevima prenošenja HIV infekcije je procijenjena pomoću Kronbah alfa koeficijenta interne konzistentnosti.

3.2. Deskriptivna studija

Deskriptivna studija je sprovedena u formi dubinskog intervjua sa pripadnicima populacije MSM iz različitih dijelova Bosne i Hercegovine.

3.2.1. Kriterij za učestvovanje

Kriterij za učestvovanje u dubinskom intervjuu je bio da se osobe samoidentifikuju kao pripadnici MSM populacije; da su napunili 16 godina starosti; da nisu učestvovali u prethodno opisanoj studiji presjeka, i da su dali informisani pristanak za intervjuisanje.

3.2.2. Izbor ispitanika

Da bi se došlo do potencijalnih učesnika intervjua, ostvaren je kontakt sa predstavnicima prethodno navedene dvije krovne organizacija civilnog društva koje se bave pitanjima populacije MSM u BiH („Akcija Protiv Side“ i „XY“), i koje su umrežene i sa drugim organizacijama civilnog društva koje se bave pitanjima LGBT populacije u BiH. Poziv za učešće u istraživanju postavljen je web stranicama ovih organizacija, zajedno sa osnovnim informacijama o istraživanju (cilju i načinu sprovođenja istraživanja, nosiocu istraživanja i načinu zaštite podataka potencijalnih ispitanika). Prilikom javljanja, potencijalni ispitanici su prvi kontakt ostvarivali sa delegiranim predstavnikom pomenutih organizacija i dali inicijalnu saglasnost za učešće u istraživanju. Nakon iznesenog interesovanja za učešće u istraživanju, ispitanika je telefonski kontaktirao intervjuer, radi dogovora o mjestu i načinu sprovođenja dubinskog intervjua.

3.2.3. Informisana saglasnost

Prije sprovođenja intervjua od ispitanika je tražena saglasnost za učestvovanje u istraživanju, kao i saglasnost za zvučno snimanje razgovora, što su ispitanici potvrdili svojim potpisom, inicijalima ili nekom drugom šifrom, na obrascu informisanog pristanka.

3.2.4. Priprema i način sprovođenja intervjua

Prije sprovođenja dubinskog intervjua definisan je Vodič za intervjuera (Prilog br. 2) koji sadrži smjernice i tematski okvir za intervjuisanje, u skladu sa drugim ciljem istraživanja. Pitanja su obuhvatala odnos prema sopstvenoj seksualnosti kao i različita iskustva koja ukazuju na izloženost stigmi i diskriminaciji od strane porodice, prijatelja, zdravstvenih radnika i šire društvene zajednice.

3.2.5. Intervjuer

Intervjuer u ovom istraživanju bila je osoba koja je doktorka medicine po struci, sa prethodnim edukacijama i iskustvom u sprovođenju intervjua i u radu sa populacijom MSM, kao i dugogodišnjim iskustvom u oblasti javnozdravstvenih istraživanja.

Podnosilac prijedloga ove doktorske disertacije je bila glavni istraživač u oba dijela ovog istraživanja (studija presjeka i deskriptivna studija), kao i intervjuer u dubinskim intervjuima.

3.2.6. Kvalitativna analiza podataka

Analiza podataka dobijenih dubinskim intervjuom je sprovedena u nekoliko faza (66). U prvoj fazi, nakon sprovedenih dubinskih intervjua, su pripremljeni transkripti zvučnih zapisa razgovora koji su korišteni za dalju kvalitativnu analizu sadržaja. Potom su se članovi istraživačkog tima upoznali sa transkriptom i zabilješkama intervjuera. Poslije faze inicijalnog upoznavanja sa transkriptima članovi istraživačkog tima su uradili obilježavanje značajnih dijelova teksta. Sledeća faza se odnosila na izlistavanje mogućih tema i organizovanje u koherentne kategorije, odnosno kodiranje ili indeksiranje sadržaja koje omogućuje identifikovanje ključnih pitanja i klasifikaciju prikupljenih podataka. Potom je urađeno grupisanje podataka u kategorije koje su

prenesene u matricu. U poslednjoj fazi analize je izvršeno sortiranje i sumiranje, odnosno tumačenje prikupljenih podataka (67). U cilju obezbeđenja kritičkog posmatranja i nepristrasnosti analizu su neovisno radila dva istraživača.

Istraživač je postepeno, na osnovu dobro poznatih principa i vodiča dobre prakse za analizu kvalitativnih podataka, prolazio kroz sve sukcesivne faze analitičkog procesa, od upoznavanja sa podacima (zbližavanja sa sadržajem), pripreme sheme za kodiranje sadržaja, indeksiranje i mapiranje kao i interpretiranje dobijenih nalaza (68).

Svi transkripti su inicijalno pročitani kako bi se stekla ukupna slika o dobijenim podacima od ispitanika.

Posle faze inicijalnog upoznavanja sa tekstom, transkripti su čitani detaljno, i istraživač je na odštampanom tekstu olovkom grubo ukazivao na moguće teme i koncepte, podvlačeći i dijelove teksta koji su posebno bili upečatljivi. Tako su obilježavane relevantne riječi, fraze, rečenice ili paragrafi teksta (*labeling*).

Sljedeća faza je obuhvatala izlistavanje mogućih tema i organizovanje u koherentne kategorije (kodiranje ili indeksiranje). Obilježavanje se moglo odnositi na određene značajne aktivnosti, stavove, procese, specifična ponašanja, koncepte-odnosno sve što se tokom inicijalnog i potom detaljnog čitanja transkripta izdvojilo kao relevantno istraživaču.

Tokom prethodne faze se izdvojilo mnogo različitih kodova koji su zatim organizovani u krupnije kategorije. Istraživač je ponovo prošao kroz transkripte i kritički sagledao kodove, pokušavajući da ih, što je moguće nepristrasnije, organizuje u određene teme odnosno kategorije. Imenovanje određenih kategorija prethodilo je sljedećem koraku, a on se odnosio na procjenu značaja određenih kategorija i procjenu njihovog međusobnog odnosa.

3.3. Etička dozvola za sprovođenje istraživanja

Prije sprovođenja istraživanja, kompletna istraživačka dokumentacija za studiju presjeka i deskriptivnu studiju (protokoli istraživanja, upitnik, uputstvo za rad na terenu, obrazac informisanog pristanka, evidencioni listovi, vodič za intervjuisanje) je dostavljena etičkim odborima u Javnozdravstvenoj ustanovi (JZU) Institut za javno

zdravstvo u Republici Srpskoj i Zavodu za javno zdravstvo u Federaciji Bosne i Hercegovine, koji su i dali saglasnost za sprovođenje istraživanja. Prilikom pripreme i sprovođenja istraživanja poštovani su principi Helsinške deklaracije, odnosno istraživački tim je vodio računa da se u svim fazama zaštititi dostojanstvo ispitanika i pravo na zaštitu podataka. Svi članovi istraživačkog tima (anketari, supervizori, istraživači) su potpisali Izjavu o povjerljivosti podataka.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1. Rezultati studije presjeka (kvantitativna komponenta istraživanja)

4.1.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

U istraživanju je učestvovao 391 MSM koji je zadovoljio kriterije istraživanja. Sociodemografske karakteristike MSM su predstavljene u Tabeli 2. Najmlađi MSM je imao 17, a najstariji 59 godina. U istraživanju su učestvovala 39,2% MSM mlađa od 24 godine i 60,8% MSM starijih od 25 godina. Najveći procenat MSM, 60,9% je imao završenu srednju školu, a najmanje je bilo bez škole, 0,8%. Nešto više od jedne trećine ispitanika, 36,9% je bio stalno zaposlen, a 63,1% MSM nije bilo zaposleno, radi povremeno ili je učenik/student. Tek nešto više od jedne desetine ispitanika, 11,9% živi sa partnerom, 4,9% živi u braku ili vanbračnoj zajednici sa ženom, a najviše ispitanika 78,6% je neoženjeno.

Tabela 2. Sociodemografske karakteristike ispitanika

STAROST (kategorije)	N	%
Do 24 godine	153	39,2%
25 i više godina	237	60,8%
UKUPNO	390	100%
OBRAZOVANJE (kategorije)		
Bez škole	3	0,8%
Osnovna škola	9	2,3%
Srednja škola	238	60,9%
Viša škola	43	11,0%
Visoka/magistrat/doktorat	98	25,1%
UKUPNO	391	100%
ZAPOSLENOST		
Da	144	36,9%
Ne	108	27,7%
Radim povremeno	48	12,3%
Učenik/student	90	23,1%
UKUPNO	390	100%

BRAČNO STANJE		
U braku/vanbračnoj zajednici sa ženom	19	4,9%
Neoženjen	305	78,6%
Razveden	15	3,9%
Razdvojen	3	0,8%
Živi sa partnerom	46	11,9%
UKUPNO	388	100%

Od 389 ispitanika koji su dali podatak o mjestu boravka i starosti 34 (8.7%) živi u selu a 355 (91.3%) u gradu. Sličan odnos je u dobnoj grupi ispitanika starosti do 24 godine i u grupi ispitanika starosti 25 i više godina. Hi kvadrat testom nije dobijena statistički značajna razlika (Hi-kvadrat = 0.019; $p = 0.891$) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribucija ispitanika prema kategoriji starosti i mjestu boravka

	Mjesto boravka				Ukupno	
	Grad		Selo			
	N	%	N	%	N	%
Do 24 godine	140	91,5%	13	8,5%	153	100,00%
25 i više godina	215	91,1%	21	8,9%	236	100,00%

4.1.2. Znanje ispitanika o HIV infekciji

Ispitivanje znanja MSM o HIV infekciji se odnosilo na znanje koje je povezano sa rizičnim ponašanjem i opšte znanje. Prema rezultatima prikazanim u Tabeli 4. najveći procenat MSM (97,7%) je znao da se pravilnom upotrebom kondoma može smanjiti rizik zaraze HIV-om, a najmanji procenat MSM (69,1%) je znao da je ejakulacija u usta rizik zaraze HIV-om. Pouzdanost skale za mjerenje znanja o putevima prenošenju HIV infekcije je procjenjena pomoću Kronbah alfa koeficijenta interne konzistentnosti koji iznosi 0,566.

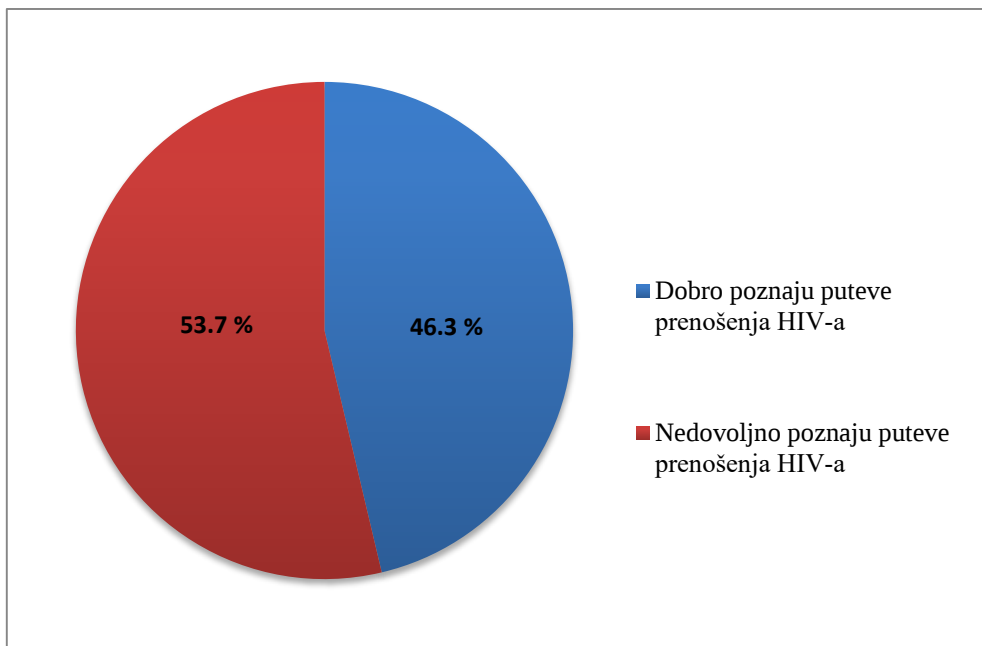
Od postojećih varijabli o znanju o HIV infekciji u vezi sa rizičnim ponašanjem konstruisana je nova varijabla koja govori generalno o znanju u vezi sa rizičnim ponašanjem. Ukoliko je MSM na svih 6 pitanja odgovorio tačno, njegovo znanje je ocijenjeno kao “dobro”, a ukoliko je bar jedan odgovor ne ili ne znam, njegovo znanje

je ocijenjeno kao “nedovoljno”. Uočeno je da manje od polovine ispitanika, 46,3% ima dobro znanje u vezi sa rizičnim ponašanjem za HIV infekciju (Grafikon 3).

Tabela 4. Znanje o HIV infekciji koje je u vezi sa rizičnim ponašanjem

	Da		Ne		Ne znam	
	n	%	n	%	n	%
Može li se pravilnom upotrebom kondoma smanjiti rizik zaraze HIV-om:	382	97,7%	6	1,5%	3	0,8%
Može li se zaraziti HIV-om upotrebom već korištene igle	370	94,6%	10	2,6%	11	2,8%
Može li se oralnim seksualnim odnosom dobiti polno prenosiva bolest	285	73,1%	44	11,3%	61	15,6%
Može li se zaraziti HIV-om ako vam partner ejakulira u usta	270	69,1%	43	11,0%	78	19,9%
Može li se smanjiti rizik od prenosa HIV-a uzajamnom vjernošću HIV nezaraženih seksualnih partnera	275	70,9%	48	12,4%	65	16,8%
Može li osoba koja izgleda zdravo biti zaražena HIV-om	347	88,7%	24	6,1%	20	5,1%

Grafikon 3. Poznavanje puteva prenošenja HIV infekcije u populaciji MSM



Da se HIV ne prenosi korištenjem zajedničkog pribora za jelo zna 72,6% i ubodom komarca 71,4% MSM (Tabela 5).

Tabela 5. Opšte znanje o HIV infekciji

	Da		Ne		Ne znam	
	n	%	n	%	n	%
Može li se zaraziti HIV-om koristeći pribor za jelo koji je koristila osoba zaražena HIV-om	67	17,2%	283	72,6%	40	10,3%
Može li se zaraziti HIV-om ubodom komarca	61	15,6%	279	71,4%	51	13,0%

4.1.3. Rizično ponašanje ispitanika

Bilo koji vid seksualnog odnosa (analni, vaginalni, oralni) bez upotrebe kondoma se smatra rizičnim ponašanjem koje može rezultirati HIV infekcijom. Posmatranjem podataka o korišćenju kondoma pri analnom seksualnom odnosu uočava se rizično ponašanje MSM populacije (Tabela 6.). Manje od jedne četvrtine MSM (22,6%) je u

posljednjih šest mjeseci koristio kondom svaki put pri seksualnom odnosu sa stalnim partnerom, a nešto veći procenat sa slučajnim (41,5%) i sa komercijalnim partnerom 42,9%. Prilikom zadnjeg analnog seksualnog odnosa sa muškarcem kondom je koristio 63,5% MSM, a 0,5% MSM navode da su imali seksualni odnos bez kondoma sa osobom za koju znaju da je HIV pozitivna.

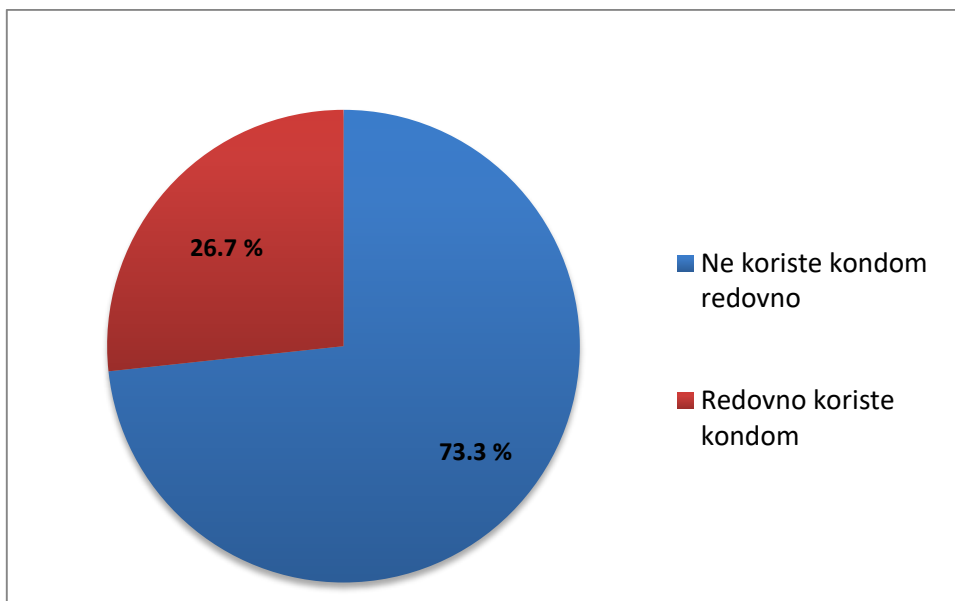
Od postojećih varijabli o korištenju kondoma pri analnom seksualnom odnosu formirana je nova varijabla “Korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu”. Ukoliko je svih 5 odgovora bilo “da, svaki put” MSM je svrstan u kategoriju “uvijek koristi kondom”, a ukoliko je bar jedan odgovor “ne ili ne sjećam se” MSM je svrstan u kategoriju “ne ili ne sjećam se” čime smo dobili podatak da tek nešto više od jedne četvrtine (26,7%) ispitanika ima protektivno ponašanje, odnosno uvijek koristi kondom (Grafikon 4).

Tabela 6. Korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu

	n	%
Uopšteno, koliko često ste, u zadnjih 6 mjeseci koristili kondom sa stalnim partnerom/partnerima		
Svaki put	61	22,6%
Ostalo (ne i ne sjećam se)	209	77,4%
Uopšteno, koliko često ste, u proteklih 6 mjeseci koristili kondom sa slučajnim partnerom/partnerima		
Svaki put	90	41,5%
Ostalo (ne i ne sjećam se)	127	58,5%
Uopšteno, koliko često ste, u proteklih 6 mjeseci koristili kondom sa komercijalnim partnerom/partnerima		
Svaki put	9	42,9%
Ostalo (ne i ne sjećam se)	12	57,1%
Poslednji put kad ste imali ANALNI odnos s muškarcem, jeste li koristili kondom		
Da	244	63,5%
Ostalo (ne i ne sjećam se)	140	36,5%

Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali analni odnos bez kondoma s osobom za koju znate da je HIV pozitivna		
Da	2	0,5%
Ne	378	99,5

Grafikon 4. Redovnost upotrebe kondoma pri analnom seksualnom odnosu



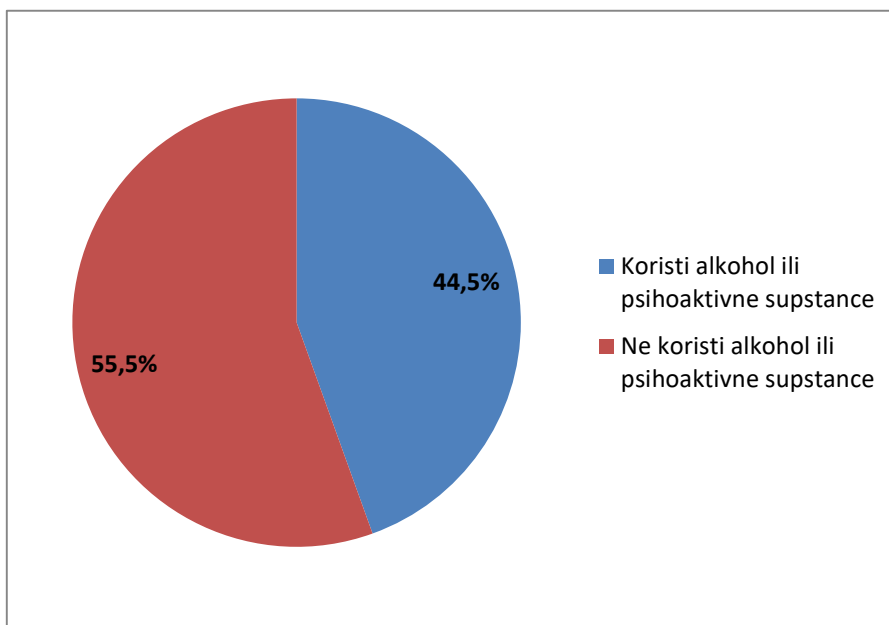
Na osnovu varijabli o korištenju kondoma pri oralnom seksualnom odnosu formirana je nova varijabla “korišćenje kondoma pri oralnom seksualnom odnosu” i uočeno da samo 6 (šest) MSM ili 1,7% uvijek koristi kondom pri oralnom seksualnom odnosu.

Od 388 MSM koji su odgovorili na pitanja o rizičnom ponašanju u vezi sa upotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci više od jedne trećine (38,7%) navodi rizično ponašanje koje se odnosi na nezaštićen seksualni odnos pod uticajem alkohola i 14,7% navodi nezaštićen seksualni odnos pod uticajem psihoaktivnih supstanci. Nešto više od jedne petine (21%) svih MSM je u periodu od 6 mjeseci koji su prethodili istraživanju koristilo neku od psihoaktivnih supstanci (Tabela 7). Od postojećih varijabli o korišćenju alkohola ili psihoaktivnih supstanci napravljena je nova varijabla “korišćenje alkohola/psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa” u kojoj je označeno “ne” ukoliko MSM nikad nije koristio alkohol ili psihoaktivne supstance i “da” ukoliko je bilo koji odgovor bio potvrđan, te je uočeno da 44,5% MSM koristi alkohol ili psihoaktivne supstance prilikom seksualnih odnosa (Grafikon 5).

Tabela 7. Korišćenje alkohola/psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa

	n	%
Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola bez kondoma		
Da	150	38,7%
Ne	238	61,3%
Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem droga bez kondoma		
Da	57	14,7%
Ne	331	85,3%
U posljednjih 6 mjeseci koliko često ste koristili jednu ili više vrsta opojnih droga neposredno prije seksualnog odnosa (heroin, kokain, amfetamin, (extasy), marihuanu, halucinogene (LSD), i sl?		
Nekada	82	21,0%
Nikada	309	79,0%

Grafikon 5. Korišćenje alkohola/psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa



Analizom povezanosti znanja i korišćenja kondoma uočeno je da nema statistički značajne razlike u korišćenju kondoma pri analnom ($p = 0,359$) i oralnom seksualnom odnosu ($p = 0,691$) dok postoji statistički značajna povezanost znanja i korišćenja kondoma pod uticajem alkohola/psihoaktivnih supstanci ($p = 0,019$). Među ispitanicima čije je znanje “nedovoljno” veći je procenat onih koji koriste alkohol ili psihoaktivne supstance (50%) nego među ispitanicima čije je znanje “dobro” (38,1%) (Tabela 8).

Tabela 8. Povezanost znanja i rizičnog ponašanja ispitanika

		Znanje (o HIV infekciji) koje je u vezi sa rizičnim ponašanjem		p
		Dobro n (%)	Nedovoljno n (%)	
Korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu	Redovno (uvijek)	44 (24,3)	60 (28,7)	0,359
	Neredovno (ne zna ili ne sjeća se)	137 (75,7)	149 (71,3)	
Korišćenje kondoma pri oralnom seksualnom odnosu	Redovno	2 (1,3)	4 (2,1)	0,691
	Neredovno (ne zna, ne sjeća se)	158 (98,8)	185 (97,9)	
Korišćenje psihoaktivnih supstanci pri seksualnom odnosu	Ne	112 (61,9)	105 (50,0)	0,019
	Da	69 (38,1)	105 (50,0)	

Redovno korišćenje kondoma nije statistički značajno povezano sa obrazovanjem, zaposlenošću, bračnim stanjem, kao i životnim dobom, ali jeste sa (ne)korišćenjem alkohola ili psihoaktivnih supstanci prije seksualnog odnosa (Tabela 9).

Tabela 9. Povezanost redovnog korišćenja kondoma pri analnom seksualnom odnosu i socijalno-demografskih faktora, i korišćenja alkohola-sihoaktivnih supstanci

	Redovno korišćenje kondoma ri analnom seksualnom odnosu		p vrijednost
	Da (n=104, 26,6%)	Ne (n=285, 73,3%)	
STAROST	n (%)	n (%)	
Do 24 godine	48 (31,6)	104 (68,4)	0,084
25 i više godina	56 (23,6)	181 (76,4)	
OBRAZOVANJE			
Bez škole ili osnovna škola	2 (16,7)	10 (83,3)	0,581
Srednja škola	65 (27,4)	172 (72,6)	
Viša škola	14 (32,6)	28 (67,4)	
Visoka/magistrat/doktorat	23 (23,5)	75 (76,5)	
ZAPOSLENOST			
Da	32 (22,2)	112 (77,8)	0,194
Ne	35 (32,4)	73 (67,6)	
Radim povremeno	10 (20,8)	38 (79,2)	
Učenik/student	27 (30,3)	62 (69,7)	
BRAČNO STANJE			
U braku/vanbračnoj zajednici sa ženom	9 (47,4)	10 (52,6)	0,064
Neoženjen	83 (27,3)	221 (72,7)	
Razveden ili razdvojen	5 (27,8)	13 (72,2)	
Živi sa partnerom	7 (15,2)	39 (84,8)	
KORIŠĆENJE ALKOHOLA / PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI PRILIKOM SEKSUALNIH ODNOSA			
Ne	80 (37,0)	136 (63,0)	<0,001
Da	24 (13,8)	1506,2)	

4.1.4. Kvalitet života u vezi sa zdravljem

Kvalitet života u vezi sa zdravljem MSM populacije je izmjeren pomoću SF 36 upitnika. SF 36 upitnik omogućava ispitivanje zdravstvenog statusa i predstavlja jednu od najrasprostranjenijih alatki za mjerenje kvaliteta života (69). Za potrebe ovog istraživanja korištena je Srbijska verzija upitnika koji je odobren za korištenje na srpskom jeziku, validiran i ispunjava kriterijume interne pouzdanosti (70).

Pitanja o kvalitetu života u vezi sa zdravljem MSM su posmatrana kroz osam dimenzija: 1) Fizičko zdravlje - prisustvo i težina obavljanja fizičke aktivnosti, 2) Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem - ograničenje za rad i druge dnevne aktivnosti, 3) Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima - uticaj emocionalnih problema na obavljanje svakodnevnih aktivnosti, 4) Energija - uticaj zdravlja na nivo energije, 5) Emocionalno stanje - narušenost mentalnog zdravlja, 6) Društveno funkcionisanje - uticaj zdravlja na uključivanje u društvene aktivnosti, 7) Bol i 8) Zdravlje generalno - opšti osjećaj dobrog zdravlja (71). Upitnikom je posmatran period od 4 sedmice koje su prethodile istraživanju. Skorovi za svaku od dimenzija su standardizovani i rangirani od 0 do 100 pri čemu je viši skor ukazuje na bolji kvalitet života (72).

Pouzdanost skala za mjerenje kvaliteta života u vezi sa zdravljem, odnosno stepena unutrašnje korelacije između 8 ispitivanih dimenzija je izražena pomoću Kronbah Alfa koeficijenta interne pouzdanosti. U tabeli 10 su prikazane vrijednosti Kronbah Alfa za svaku od osam posmatranih dimenzija. U pet posmatranih dimenzija Kronbah Alfa je $> 0,8$ (fizičko zdravlje, ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, emocionalno stanje i bol), u dvije dimenzije Kronbah Alfa je $> 0,7$ (društveno funkcionisanje i zdravlje generalno), a samo u dimenziji energije je $< 0,7$ (0,699), odnosno ispod minimalne granice koja ukazuje na postojanje interne pouzdanosti. Iz tabele 10 je takođe moguće uočiti da je najveći skor dobijen za dimenzije fizičkog zdravlja ($\bar{x}$ 93,69; SD 12,45) i ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem ($\bar{x}$ 89,45; SD 24,85) dok je najmanji skor dobijen za dimenziju energije ($\bar{x}$ 69,68; SD 16,50) i emocionalnog stanja ($\bar{x}$ 72,02; SD 16,69).

Tabela 10. Kronbah Alfa koeficijent interne pouzdanosti skale za mjerenje kvaliteta života u vezi sa zdravljem

	N	$\bar{x}$	SD	Med	Min	Maks	Cronbach's Alpha	N of Items
Fizičko zdravlje	391	93,69	12,45	100,00	30,00	100,00	0,874	10
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	391	89,45	24,85	100,00	0,00	100,00	0,829	4
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	391	83,63	31,75	100,00	0,00	100,00	0,822	3
Energija	391	69,68	16,50	70,00	15,00	100,00	0,699	4
Emocionalno stanje	391	72,02	16,69	76,00	20,00	100,00	0,812	5
Društveno funkcionisanje	391	82,23	20,11	87,50	12,50	100,00	0,720	2
Bol	391	86,20	17,60	90,00	0,00	100,00	0,864	2
Zdravlje generalno	391	79,63	17,78	80,00	15,00	100,00	0,781	5
Ukupan SF 36 skor	391	82,07	14,45	86,31	34,17	100	-	35

Posljednje prikazano pitanje iz SF 36 upitnika se odnosilo na samoprocjenu zdravlja godinu dana prije sprovedenog istraživanja. Nešto više od dvije trećine MSM (66,2%) se izjasnilo da je njihovo zdravlje isto kao i godinu dana ranije (Tabela 11).

Tabela 11. Samoprocjena zdravlja

		n	%	Min	Max	$\bar{x}$	SD
U poređenju sa godinu dana ranije, kako biste ocijenili svoje zdravlje sada?	Mnogo bolje nego prije godinu dana	36	9,5%	0,00	100,00	57,29	18,29
	Nešto bolje nego prije godinu dana	68	17,9%				
	Otprilike isto kao prije godinu	251	66,2%				

	dana						
	Nešto gore nego prije godinu dana	22	5,8%				
	Mnogo gore nego prije godinu dana	2	0,5%				

4.1.4.1. Kvalitet života u vezi sa zdravljem u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika

Studentovim t-testom nije dobijena statistički značajna razlika u skorovima između dobnih grupa ni po jednoj od dimenzija kao ni u ukupnom skorupitnika o kvalitetu života SF36 (Tabela 12).

Tabela 12. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na dobne grupe

Dimenzije SF36	Dobne grupe	N	$\bar{x}$	SD	t-test for Equality of Means		
					t	df	p
Fizičko zdravlje	do 24 god.	153	94,59	10,27	1,171	388	0,242
	25 i više god.	237	93,08	13,69			
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	do 24 god.	153	87,58	26,46	-1,175	388	0,241
	25 i više god.	237	90,61	23,78			
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	do 24 god.	153	80,61	34,75	-1,490	388	0,137
	25 i više god.	237	85,51	29,61			
Energija	do 24 god.	153	70,00	17,37	0,283	388	0,777
	25 i više god.	237	69,51	15,98			

Emocionalno stanje	do 24 god.	153	71,66	17,84	-0,342	388	0,733
	25 i više god.	237	72,25	15,97			
Društveno funkcionisanje	do 24 god.	153	80,64	21,02	-1,294	388	0,196
	25 i više god.	237	83,33	19,47			
Bol	do 24 god.	153	85,38	17,37	-0,782	388	0,435
	25 i više god.	237	86,80	17,75			
Zdravlje generalno	do 24 god.	153	79,84	18,48	0,117	388	0,907
	25 i više god.	237	79,62	17,28			
Ukupan SF36 skor	do 24 god.	153	81,29	15,40	-0,869	388	0,385
	25 i više god.	237	82,59	13,84			

Jednofaktorskom analizom varijanse (ANOVA) nije dobijena statistički značajna razlika u skorovima dimenzija kvaliteta života i u ukupnom SF36 skoru u odnosu na zaposlenost (Tabela 13).

Tabela 13. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na zaposlenost

Dimenzije SF36	Zaposlenost	N	$\bar{x}$	SD	F	p
Fizičko zdravlje	Da	144	93,47	12,46	0,799	0,495
	Ne	108	92,71	13,59		
	Radim povremeno	48	93,44	14,26		
	Učenik/student	90	95,39	9,81		
	Ukupno	390	93,70	12,47		
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	Da	144	91,15	22,22	0,609	0,609
	Ne	108	87,96	24,76		
	Radim povremeno	48	86,98	29,17		
	Učenik/student	90	90,83	24,99		
	Ukupno	390	89,68	24,47		
Ograničenja u	Da	144	87,27	27,02	1,011	0,388

vezi sa emocionalnim problemima	Ne	108	81,79	34,82		
	Radim povremeno	48	79,86	35,56		
	Učenik/student	90	82,59	32,47		
	Ukupno	390	83,76	31,68		
Energija	Da	144	68,99	16,40	0,934	0,424
	Ne	108	71,11	15,73		
	Radim povremeno	48	66,88	17,55		
	Učenik/student	90	70,72	17,04		
	Ukupno	390	69,72	16,51		
Emocionalno stanje	Da	144	72,39	15,45	1,454	0,227
	Ne	108	72,37	17,68		
	Radim povremeno	48	67,50	17,50		
	Učenik/student	90	73,51	16,88		
	Ukupno	390	72,04	16,71		
Društveno funkcionisanje	Da	144	84,20	18,93	1,523	0,208
	Ne	108	82,06	19,80		
	Radim povremeno	48	77,08	23,11		
	Učenik/student	90	82,36	20,26		
	Ukupno	390	82,31	20,07		
Bol	Da	144	87,67	17,43	0,778	0,507
	Ne	108	84,68	17,58		
	Radim povremeno	48	84,53	18,78		
	Učenik/student	90	86,75	17,29		
	Ukupno	390	86,24	17,59		
Zdravlje generalno	Da	144	80,56	17,73	1,469	0,222
	Ne	108	79,49	17,76		

	Radim povremeno	48	74,79	17,07		
	Učenik/student	90	80,89	18,20		
	Ukupno	390	79,63	17,80		
Ukupan SF36 skor	Da	144	83,21	12,90	1,233	0,298
	Ne	108	81,52	16,00		
	Radim povremeno	48	78,88	15,51		
	Učenik/student	90	82,88	13,99		
	Ukupno	390	82,13	14,40		

U odnosu na obrazovni status najmanje prosječne skorove po dimenzijama SF36 imali su ispitanici sa najnižim stepenom obrazovanja a najveće skorove imali su ispitanici sa visokim obrazovanjem. Jednofaktorskom analizom varijanse dobijena je statistički značajna razlika u skorovima dimenzija: Fizičko zdravlje, Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, Emocionalno stanje, Društveno funkcionisanje, Bol, Zdravlje generalno i u ukupnom SF36 skoru u odnosu na obrazovanje ispitanika (Tabela 14).

Tabela 14. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na obrazovanje

Dimenzije SF36	Obrazovanje	N	$\bar{x}$	SD	F	p
Fizičko zdravlje	Bez škole ili osnovna škola	12	85,42	17,77	4,810	0,003
	Srednja škola	238	94,02	12,14		
	Viša škola	43	89,21	17,95		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	95,87	8,09		
	Ukupno	391	93,69	12,45		

Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	Bez škole ili osnovna škola	12	81,25	30,39	2,135	0,095
	Srednja škola	238	88,97	25,30		
	Viša škola	43	84,30	29,89		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	93,88	19,68		
	Ukupno	391	89,45	24,85		
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	Bez škole ili osnovna škola	12	63,89	41,34	3,520	0,015
	Srednja škola	238	84,45	31,47		
	Viša škola	43	74,42	37,68		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	88,10	26,76		
	Ukupno	391	83,63	31,75		
Energija	Bez škole ili osnovna škola	12	60,00	18,09	1,877	0,133
	Srednja škola	238	70,48	16,64		
	Viša škola	43	67,33	19,34		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	69,95	14,28		
	Ukupno	391	69,68	16,50		
Emocionalno stanje	Bez škole ili osnovna škola	12	61,00	20,62	3,240	0,022
	Srednja škola	238	71,75	16,89		
	Viša škola	43	69,58	18,04		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	75,10	14,38		
	Ukupno	391	72,02	16,69		
Društveno funkcionisanje	Bez škole ili osnovna škola	12	65,63	25,63	4,030	0,008
	Srednja škola	238	82,67	19,56		

	Viša škola	43	78,20	21,49		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	84,95	19,16		
	Ukupno	391	82,23	20,11		
Bol	Bez škole ili osnovna škola	12	79,17	19,69	3,264	0,021
	Srednja škola	238	86,14	17,11		
	Viša škola	43	80,76	24,41		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	89,57	14,02		
	Ukupno	391	86,20	17,60		
Zdravlje generalno	Bez škole ili osnovna škola	12	64,17	25,21	4,631	0,003
	Srednja škola	238	79,47	17,42		
	Viša škola	43	77,09	15,67		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	83,01	17,52		
	Ukupno	391	79,63	17,78		
Ukupan SF36 skor	Bez škole ili osnovna škola	12	70,06	18,35	5,731	0,001
	Srednja škola	238	82,25	14,51		
	Viša škola	43	77,61	15,90		
	Visoka/magistrat/doktorat	98	85,05	11,90		
	Ukupno	391	82,07	14,45		

U odnosu na fizičko zdravlje ispitanici sa visokim obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom i od ispitanika sa višom školom. Ispitanici sa visokim obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom u odnosu na emocionalno stanje. U kategoriji društveno funkcionisanje je uočeno da su ispitanici sa visokim obrazovanjem imali statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom. Ispitanici sa visokim

obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa višom školom u odnosu na kategoriju boli. Uočeno je da su u kategoriji zdravlje generalno ispitanici sa srednjim obrazovanjem imali statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom. Ispitanici sa visokim obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom (Tabela 15).

Ukupan SF 36 skor: Ispitanici sa visokim obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa osnovnom školom. Ispitanici sa visokim obrazovanjem imali su statistički značajno veći skor od ispitanika sa višom školom (Tabela 15).

Tabela 15. Međugrupna poređenja skorova dimenzija SF36 u odnosu na obrazovanje

Dimenzija SF36	(I) Obrazovanje	(J) Obrazovanje	Prosečna razlika (I-J)	p
Fizičko zdravlje	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-8,60	0,105
		viša škola	-3,80	0,920
		visoka/magistrat/doktorat	-10,45	0,033
	Srednja škola	viša škola	4,81	0,106
		visoka/magistrat/doktorat	-1,85	0,758
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-6,66	0,019
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-20,56	0,155
		viša škola	-10,53	0,888
		visoka/magistrat/doktorat	-24,21	0,071
	Srednja škola	viša škola	10,04	0,287
		visoka/magistrat/doktorat	-3,64	,914
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-13,68	,103
Emocionalno stanje	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-10,75	,161
		viša škola	-8,58	,513
		visoka/magistrat/doktorat	-14,10	,033
	Srednja škola	viša škola	2,17	,966
		visoka/magistrat/doktorat	-3,35	,440
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-5,52	,349

Društveno funkcionisanje	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-17,04	,024
		viša škola	-12,57	,281
		visoka/magistrat/doktorat	-19,32	,010
	Srednja škola	viša škola	4,47	,686
		visoka/magistrat/doktorat	-2,28	,917
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-6,75	,328
Bol	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-6,98	,690
		viša škola	-1,59	1,000
		visoka/magistrat/doktorat	-10,40	,274
	Srednja škola	viša škola	5,39	,323
		visoka/magistrat/doktorat	-3,42	,479
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-8,81	,036
Zdravlje generalno	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-15,31	,020
		viša škola	-12,93	,138
		visoka/magistrat/doktorat	-18,84	,003
	Srednja škola	viša škola	2,38	,959
		visoka/magistrat/doktorat	-3,54	,446
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-5,92	,335
Ukupan SF36 skor	Bez škole ili osnovna škola	srednja škola	-12,18	,023
		viša škola	-7,55	,483
		visoka/magistrat/doktorat	-14,99	,004
	Srednja škola	viša škola	4,63	,262
		visoka/magistrat/doktorat	-2,81	,469
	Viša škola	visoka/magistrat/doktorat	-7,44	,026

Jednofaktorskom analizom varijanse (ANOVA) nije dobijena statistički značajna razlika u skorovima dimenzija kvaliteta života i u ukupnom SF36 skoru u odnosu na bračno stanje ispitanika. Premda nema statistički značajne razlike, primjećuje se da po svim dimenzijama najmanji skor imaju ispitanici koji su razvedeni/razdvojeni (Tabela 16).

Tabela 16. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na bračno stanje

Bračno stanje		N	$\bar{x}$	SD	F	p
Fizičko zdravlje	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	90,53	13,63	1,874	0,133
	Neoženjen	305	94,32	11,84		
	Razveden ili razdvojen	18	88,33	19,40		
	Živim s partnerom	46	92,72	12,64		
	Ukupno	388	93,67	12,49		
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	85,53	31,53	0,912	0,435
	Neoženjen	305	89,51	24,35		
	Razveden ili razdvojen	18	84,72	33,36		
	Živim s partnerom	46	94,02	17,63		
	Ukupno	388	89,63	24,52		
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	85,96	30,05	0,583	0,627
	Neoženjen	305	82,84	32,34		
	Razveden ili razdvojen	18	81,48	32,78		
	Živim s partnerom	46	89,13	28,16		
	Ukupno	388	83,68	31,74		
Energija	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	70,00	17,72	0,649	0,584
	Neoženjen	305	70,21	16,44		
	Razveden ili razdvojen	18	65,83	16,20		
	Živim s partnerom	46	67,72	16,69		
	Ukupno	388	69,70	16,50		
Emocionalno stanje	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	73,68	14,50	0,171	0,916
	Neoženjen	305	72,05	17,04		
	Razveden ili razdvojen	18	69,78	15,54		

	Živim s partnerom	46	72,17	16,35		
	Ukupno	388	72,04	16,73		
Društveno funkcionisanje	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	84,87	13,55	1,003	0,392
	Neoženjen	305	82,42	20,22		
	Razveden ili razdvojen	18	75,00	22,69		
	Živim s partnerom	46	83,97	20,36		
	Ukupno	388	82,38	20,09		
Bol	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	84,08	13,55	0,613	0,607
	Neoženjen	305	86,65	17,60		
	Razveden ili razdvojen	18	81,39	18,89		
	Živim s partnerom	46	85,76	18,77		
	Ukupno	388	86,17	17,61		
Zdravlje generalno	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	78,16	17,73	0,846	0,469
	Neoženjen	305	79,72	17,66		
	Razveden ili razdvojen	18	73,61	20,13		
	Živim s partnerom	46	81,20	17,93		
	Ukupno	388	79,54	17,80		
Ukupan SF36 skor	U braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom)	19	81,60	14,11	0,730	0,535
	Neoženjen	305	82,22	14,46		
	Razveden ili razdvojen	18	77,52	17,73		
	Živim s partnerom	46	83,34	13,02		
	Ukupno	388	82,10	14,43		

4.1.4.2. Rizično ponašanje i kvalitet života

Studentovim t-testom (Tabela 17) nije dobijena statistički značajna razlika u skorovima između grupa ispitanika niti po jednoj od dimenzija SF36 kao ni u ukupnom skoru upitnika o kvalitetu života SF36 u odnosu na korišćenje kondoma pri analnom seksu.

Tabela 17. Prosečne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na korišćenje kondoma pri analnom seksu

Dimenzije SF36	Korišćenje kondoma pri analnom seksu	N	$\bar{x}$	SD	t-test for Equality of Means		
					t	df	p
Fizičko zdravlje	Uvijek koristi kondom	104	95,38	9,89	1,591	388	0,113
	Ne ili se ne sjeća	286	93,12	13,22			
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	Uvijek koristi kondom	104	91,59	21,08	1,036	388	0,301
	Ne ili se ne sjeća	286	88,64	26,11			
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	Uvijek koristi kondom	104	87,82	26,71	1,589	388	0,113
	Ne ili se ne sjeća	286	82,05	33,34			
Energija	Uvijek koristi kondom	104	70,67	18,01	0,744	388	0,457
	Ne ili se ne sjeća	286	69,27	15,94			
Emocionalno stanje	Uvijek koristi kondom	104	73,27	18,24	0,920	388	0,358
	Ne ili se ne sjeća	286	71,51	16,10			

Društveno funkcionisanje	Uvijek koristi kondom	104	83,53	21,49	0,801	388	0,423
	Ne ili se ne sjeća	286	81,69	19,61			
Bol	Uvijek koristi kondom	104	87,74	15,29	1,069	388	0,286
	Ne ili se ne sjeća	286	85,59	18,36			
Zdravlje generalno	Uvijek koristi kondom	104	81,11	17,76	0,988	388	0,324
	Ne ili se ne sjeća	286	79,09	17,82			
Ukupan SF36 skor	Uvijek koristi kondom	104	83,89	13,60	1,525	388	0,128
	Ne ili se ne sjeća	286	81,37	14,72			

Studentovim t-testom dobijena je statistički značajna razlika u dimenzijama: Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem i Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima između upoređenih grupa u odnosu na korišćenje kondoma pri oralnom seksualnom odnosu (Tabela 18). Ispitanici u grupi koja uvijek koristi kondom imaju statistički značajno veće prosječne skorove u navedenim dimenzijama nego ispitanici koji ne koriste uvijek kondom.

Tabela 18. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na korišćenje kondoma pri oralnom seksu

	Korišćenje kondoma pri oralnom seksualnom odnosu	N	$\bar{x}$	SD	t-test for Equality of Means		
					t	df	p
Fizičko zdravlje	Uvijek koristi kondom	6	98,33	4,08	0,916	347	0,360
	Ne ili se ne sjeća	343	93,71	12,33			
Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	Uvijek koristi kondom	6	100,00	,00	7,639	347	<0,001
	Ne ili se ne sjeća	343	89,80	24,74			
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	Uvijek koristi kondom	6	100,00	,00	9,544	342	<0,001
	Ne ili se ne sjeća	343	83,87	31,31			
Energija	Uvijek koristi kondom	6	76,67	14,02	1,057	342	0,291
	Ne ili se ne sjeća	343	69,71	16,01			
Emocionalno stanje	Uvijek koristi kondom	6	80,67	10,56	1,265	347	0,207
	Ne ili se ne sjeća	343	72,22	16,28			
Društveno funkcionisanje	Uvijek koristi kondom	6	93,75	10,46	1,403	347	0,162
	Ne ili se ne sjeća	343	82,22	20,07			

Bol	Uvijek koristi kondom	6	92,50	11,62	0,899	347	0,370
	Ne ili se ne sjeća	343	85,94	17,80			
Zdravlje generalno	Uvijek koristi kondom	6	80,00	18,97	0,012	347	0,990
	Ne ili se ne sjeća	343	79,91	17,56			
Ukupan SF36 skor	Uvijek koristi kondom	6	90,24	5,22	1,379	347	0,169
	Ne ili se ne sjeća	343	82,17	14,30			

Studentovim t-testom (Tabela 19.) dobijena je statistički značajna razlika u prosječnim skorovima sledećih dimenzija SF36: Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, Energija, Emocionalno stanje, Zdravlje generalno i Ukupan SF36 skor u odnosu na korišćenje alkohola/psihoaktivnih supstanci od strane ispitanika. Veće prosječne vrijednosti skorova imali su ispitanici koji nisu koristili alkohol/psihoaktivne supstance prilikom seksualnog odnosa.

Tabela 19. Prosječne vrijednosti skorova dimenzija kvaliteta života SF36 u odnosu na korišćenje alkohola ili psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa

Dimenzije SF36	Korišćenje alkohola/psih o-aktivnih supstanci prilikom seksualnog odnosa	N	$\bar{x}$	SD	t-test for Equality of Means		
					t	df	P
Fizičko zdravlje	Ne	217	93,92	12,17	0,411	389	0,681
	Da	174	93,40	12,83			

Ograničenja u vezi sa fizičkim zdravljem	Ne	217	89,98	24,77	0,468	389	0,640
	Da	174	88,79	25,00			
Ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima	Ne	217	87,56	28,58	2,696	389	0,007
	Da	174	78,74	34,77			
Energija	Ne	217	71,80	15,98	2,858	389	0,004
	Da	174	67,04	16,81			
Emocionalno stanje	Ne	217	73,95	16,30	2,577	389	0,010
	Da	174	69,61	16,90			
Društveno funkcionisanje	Ne	217	83,76	20,37	1,685	389	0,093
	Da	174	80,32	19,67			
Bol	Ne	217	86,61	16,40	0,523	389	0,601
	Da	174	85,68	19,02			
Zdravlje generalno	Ne	217	82,30	17,17	3,366	389	0,001
	Da	174	76,29	18,01			
Ukupan SF36 skor	Ne	217	83,74	13,95	2,570	389	0,011
	Da	174	79,98	14,82			

4.1.5. Rezultati biološkog testiranja

Od 391 MSM koji su se biološki testirali na HIV, HCV, HBV ili sifilis 8 (osam) ispitanika ili 2,0% ima jednu od četiri seksualno prenosive infekcije (SPI) (Tabela 20).

Tabela 20 . STI status – biološko testiranje

Rezultati testiranja	Pozitivan	Negativan
1 Na HIV	4	387
2 Na HCV	2	389
3 Na HBV	2	389
4 Na sifilis	0	391
UKUPNO	8	2,0%

Analizom povezanosti korišćenja kondoma i pozitivnog testa na bilo koju od četiri spolno prenosive bolesti nije dobijena statistički značajna razlika ni za korišćenje kondoma pri analnom seksulanom odnosu, niti pri korišćenju kondoma pri oralnom seksualnom odnosu (Tabela 21).

Tabela 21. Povezanost korišćenja kondoma i pozitivnog rezultata na jednu od SPI

			Korišćenje kondoma pri analnom seksu		Ukupno	Hi-kvadrat*	df	p
			Uvijek koristi kondom	Ne ili se ne sjeća				
HIV, HCV ili HBV	ne	N	101	281	382	,490	1	,0687
		%	26,4%	73,6%	100,0%			
	da	N	3	5	8			
		%	37,5%	62,5%	100,0%			
Ukupno		N	104	286	390			
		%	26,7%	73,3%	100,0%			
			Korišćenje kondoma pri oralnom seksu		Ukupno	Hi-kvadrat*	df	p
			Uvijek koristi kondom	Ne ili se ne sjeća				

HIV, HCV ili HBV	ne	N	6	335	341	,143	1	1,000
		%	1,8%	98,2%%	100,0%			
	da	N	0	8	8			
		%	0,0%	100,0%	100,0%			
Ukupno			N	6	343			
			%	1,7%	98,3%			

*Pearson chi-Square

4.1.6. Izloženost stigmi i diskriminaciji

Ispitivanjem postojanja stigmatizirajućeg ili diskriminirajućeg ponašanja prema MSM uočeno je 67,3% MSM često čuje da homoseksualnost nije normalna, 25,4% osjeća da njihova homoseksualna orijentacija smeta njihovoj porodici, 10,5% je bilo izloženo ruganju zbog seksualne orijentacije, 42,5% se često pretvara da nije homoseksualne orijentacije. Tek nešto više od jedne četvrtine (28,4%) MSM se autovalo pred porodicom ili nije nikad sa porodicom razgovaralo o svom seksualnom statusu (27,3%), dok 44,2% MSM smatra da njihova porodica ne zna za njihovo seksualno opredjeljenje. Zbog seksualnog opredjeljenja bez posla je nekad ostalo 6,1% MSM a sličan je i procenat MSM kojima je stanodavac otkazao stan zbog njihovog seksualnog opredjeljenja (6,2%). Psihičko zlostavljanje ili izrugivanje zbog seksualne orijentacije je doživjelo 48,8% MSM, a neki vid fizičkog nasilja je pretrpjelo 13,3% MSM (Tabela 22).

Tabela 22. Učestalost stigme i diskriminacije prema MSM

		N	%
Koliko često ste čuli da homoseksualnost nije normalna	Nikada	13	3,3
	Rijetko	26	6,6
	Ponekad	89	22,8
	Često	263	67,3
Koliko često osjećate da vaša seksualna orijentacija smeta vašoj porodici	Nikada	133	34,1
	Rijetko	61	15,6
	Ponekad	97	24,9

	Često	99	25,4
Koliko puta vam se desilo da vam se rugaju zbog vaše seksualne orijentacije	Nikada	149	38,1
	Rijetko	103	26,3
	Ponekad	98	25,1
	Često	41	10,5
Koliko često se pretvarate da niste homoseksualac (biseksualac) kako bi bili prihvaćeni u društvu	Nikada	76	19,4
	Rijetko	63	16,1
	Ponekad	86	22,0
	Često	166	42,5
Da li vaša porodica zna za vaše seksualno opredjeljenje	Da	110	28,4
	Ne	172	44,3
	Ne znam, nismo nikad o tome razgovrali	106	27,3
Koliko često vam se desilo da izgubite prijatelje zbog vaše seksualne orijentacije	Nikada	215	55,1
	Rijetko	112	28,7
	Ponekad	50	12,8
	Često	13	3,3
Da li ste ikad ostali bez posla zbog vaše seksualne orijentacije	Da	24	6,1
	Ne	294	75,2
	Nisam bio zaposlen	73	18,7
Da li vam se ikada desilo da vam stanodavac otkaže stan zbog vaše seksualne orijentacije	Da	24	6,2
	Ne	249	63,8
	Nisam imao stanodavca	117	30,0
Da li vaš porodični doktor zna za vašu seksualnu orijentaciju	Da	37	9,5
	Ne	222	56,9
	Ne znam, nismo nikad o	131	33,6

	tome razgovrali		
Jesti li ikad pretrpjeli (moguće više odgovora)	Seksualno nasilje	17	4,3
	Fizičko zlostavljanje	52	13,3
	Psihičko zlostavljanje/ izrugivanje/ diskriminaciju	191	48,8
	Mobbing	32	8,2
	Neki drugi vid nasilja	104	26,7

4.1.7. Povezanost stigme i diskriminacije sa nezaštićenim seksualnim odnosima

U odnosu na stigmatu i korišćenje kondoma nije uočena statistički značajna razlika ni u jednoj varijabli (Tabela 23).

Tabela 23. Stigma kao faktor rizika za nezaštićene seksualne odnose

		Redovno korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu		p vrijednost
		Da (n=104, 26,6%)	Ne (n=285, 73,3%)	
Koliko često ste čuli da homoseksualnost nije normalna	Nikada	3 (23,1)	10 (76,9)	0,675
	Rijetko	5 (20,0)	20 (80,0)	
	Ponekad	21 (23,6)	68 (76,4)	
	Često	75 (28,5)	188 (71,5)	
Koliko često osjećate da vaša seksualna orijentacija smeta vašoj porodici	Nikada	39 (29,5)	93 (70,5)	0,117
	Rijetko	10 (16,4)	51 (83,6)	
	Ponekad	23 (23,7)	74 (76,3)	
	Često	32 (32,3)	67 (67,7)	
Koliko puta vam	Nikada	48 (32,4)	100 (67,6)	

se desilo da vam se rugaju zbog vaše seksualne orijentacije	Rijetko	18 (17,5)	85 (82,5)	0,056
	Ponekad	25 (25,5)	73 (74,5)	
	Često	13 (31,7)	28 (68,3)	
Koliko često se pretvarate da niste homoseksualac (biseksualac) kako bi bili prihvaćeni u društvu	Nikada	22 (29,3)	53 (70,7)	0,113
	Rijetko	9 (14,3)	54 (85,7)	
	Ponekad	24 (27,9)	62 (72,1)	
	Često	49 (29,5)	117 (70,5)	
Da li vaša porodica zna za vaše seksualno opredjeljenje	Da	23 (21,1)	86 (78,9)	0,103
	Ne	45 (26,2)	127 (73,8)	
	Ne znam, nismo nikad o tome razgovarali	36 (34,0)	70 (66,0)	

U odnosu na direktnu diskriminaciju i nasilje i korišćenje kondoma nije uočena statistički značajna razlika u varijablama gubitak posla, seksualno zlostavljanje, pretrpljeno fizičko ili psihičko zlostavljanje, drugi vid zlostavljanja, dok je za varijablu stanodavca uočena statistički značajna razlika ($p=0,020$). Najveća učestalost ispitanika koji uvijek koriste kondom je u grupi koja nije imala stanodavca (35%) (Tabela 24).

Tabela 24. Diskriminacija kao faktor rizika za nezaštićene seksualne odnose

		Redovno korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu		p vrijednost
		Da (n=104, 26,6%)	Ne (n=285, 73,3%)	
Koliko često vam se desilo da izgubite prijatelje zbog vaše seksualne orijentacije	Nikada	63 (29,4)	151 (70,6)	0,333
	Rijetko	25 (22,3)	87 (77,7)	
	Ponekad	11 (22,0)	39 (78,0)	
	Često	5 (38,5)	8 (61,5)	
Da li ste ikad ostali bez posla zbog vaše seksualne	Da	6 (25,0)	18 (75,0)	0,877
	Ne	80 (27,3)	213 (72,7)	
	Nisam bio zaposlen	18 (24,7)	55 (75,3)	

orijentacije				
Da li vam se ikada desilo da vam stanodavac otkaže stan zbog vaše seksualne orijentacije	Da	3 (12,5)	21 (87,5)	0,020
	Ne	59 (23,8)	189 (76,2)	
	Nisam imao stanodavca	41 (35,0)	76 (65,0)	

Tabela 25. Nasilje kao faktor rizika za nezaštićene seksualne odnose

		Redovno korišćenje kondoma pri analnom seksualnom odnosu		p vrijednost
		Da (n=104, 26,6%)	Ne (n=285, 73,3%)	
Pretrpljeno seksualno nasilje	da	3 (17,6)	14 (82,4)	0,428
	ne	101 (27,1)	272 (72,9)	
Fizičko zlostavljanje	da	12 (23,1)	40 (76,9)	0,615
	ne	92 (27,2)	246 (72,8)	
Psihičko zlostavljanje/ izrugivanje/ diskriminaciju	da	51 (26,7)	140 (73,3)	1,000
	ne	53 (26,6)	146 (73,4)	
Neki drugi vid nasilja ili zlostavljanja	da	25 (24,3)	78 (75,7)	0,604
	ne	78 (27,3)	208 (72,7)	

4.2. Rezultati deskriptivne studije (kvalitativna komponenta istraživanja)

U kvalitativnu analizu je ušao sadržaj dvanaest dubinskih intervjua, koji su obavljani u julu i avgustu mjesecu 2015. godine. Svaki od intervjua je trajao oko jedan sat. Koristeći direktan pristup analize sadržaja (Hsieh & Shannon, 2005) interpretirani su tekstualni podaci formirani transkripcijom deset zvučnih zapisa intervjua sa ispitanicima, pripadnicima MSM populacije. Dva ispitanika nisu dala dozvolu za snimanje intervjua, tako da je istraživač vodio bilješke, u mjeri u kojoj to nije remetilo dijalog tokom intervjua, detaljnije dopunjujući tekst poslije obavljenog razgovora.

Istraživač je postepeno, na osnovu dobro poznatih principa i vodiča dobre prakse za analizu kvalitativnih podataka, prolazio kroz sve sukcesivne faze analitičkog procesa, od upoznavanja sa podacima (zblizavanja sa sadržajem), pripreme sheme za kodiranje sadržaja, indeksiranje i mapiranje kao i interpretiranje dobijenih nalaza.

Svi transkripti su inicijalno pročitani kako bi se stekla ukupna slika o dobijenim podacima od ispitanika.

Poslije faze inicijalnog upoznavanja sa tekstom, transkripti su čitani detaljno, i istraživač je na odštampanom tekstu olovkom grubo ukazivao na moguće teme i koncepte, podvlačući i dijelove teksta koji su posebno bili upečatljivi. Tako su obilježavane relevantne riječi, fraze, rečenice ili paragrafi teksta (*labeling*).

Sledeća faza je obuhvatala izlistavanje mogućih tema i organizovanje u koherentne kategorije (kodiranje ili indeksiranje). Obilježavanje se moglo odnositi na određene značajne aktivnosti, stavove, procese, specifična ponašanja, koncepte-odnosno sve što se tokom inicijalnog i potom detaljnog čitanja transkripta izdvojilo kao relevantno istraživaču.

Tokom prethodne faze se izdvojilo mnogo različitih kodova koji su zatim organizovani u krupnije kategorije. Istraživač je ponovo prošao kroz transkripte i kritički sagledao kodove, pokušavajući da ih, što je moguće nepristrasnije, organizuje u određene teme odnosno kategorije. Imenovanje određenih kategorija prethodilo je sledećem koraku, a on se odnosio na procjenu značaja određenih kategorija i procjenu njihovog međusobnog odnosa.

4.2.1. Karakteristike ispitanika

U ovom istraživanju je učestvovalo ukupno 12 ispitanika, pripadnika MSM populacije iz Bosne i Hercegovine (Republike Srpske i Federacije Bosne i Hercegovine), starosti od 16 do 45 godina. Najveći broj intervjuisanih ispitanika (osam) bio je u starosnoj grupi od 20 do 30 godina. Četvorica ispitanika koji rade, zaposleni su u organizacijama civilnog društva (NVO sektoru). Mlađi ispitanici su uglavnom još uvek živjeli sa porodicom, dok su se stariji osamostalili, sami ili u partnerskoj zajednici. Detalji o određenim sociodemografskim karakteristikama dati su u Tabeli 26.

Tabela 26. Osnovne sociodemografske karakteristike ispitanika

Karakteristike ispitanika	Broj ispitanika
Starost do 20 godina od 20 do 25 godina od 26 do 30 godina preko 30 godina	2 6 2 2
Obrazovanje Osnovna škola Srednja škola Fakultet	2 (učenici srednje škole) 6 (od toga 3 studenta) 4
Zaposlenje Zaposlen Nezaposlen Učenik/student	2 6 4
Grad u kome žive Banjaluka Tuzla Prijedor Sarajevo	3 1 3 5
Osobe sa kojima žive u zajednici Partner Roditelji/braća ili sestre/baka Žive sami	2 7 3

4.2.2. Iskustva i stavovi MSM populacije u BiH

Rezultati do kojih smo došli ovim kvalitativnim istraživanjem, dopunjuju mozaik saznanja o ovoj populacionoj grupi, i ukazuju na brojne prepreke sa kojima se MSM populacija sreće u svakodnevnom životu. Takođe, pojašnjava se proces formiranja i prihvatanja njihovog seksualnog identiteta, kao i sve socijalne relacije koje su u tom smislu važne. U opažanju iskustava i stavova pripadnika MSM populacije u Bosni i Hercegovini, izdvojilo se pet upečatljivih tema, koje su bile prisutne u razgovorima sa svim ispitanicima. To su:

- A. Odnos prema sopstvenoj seksualnosti
- B. Karakteristike odnosa ispitanika sa osobama iz najbližeg okruženja
- C. Šira zajednica i MSM populacija
- D. Zdravstvena služba i MSM osobe i
- E. Percepcija svoga ponašanja prema zdravlju, vulnerabilnosti i rizika za SPI

U okviru svake od osnovnih tema, izdvojilo se nekoliko pod-kategorija.

4.2.2.1. Odnos prema sopstvenoj seksualnosti

Odnos prema sopstvenoj seksualnosti je tema koja se razvijala kroz tri podkategorije:

A1-Saznanje

A2-Prihvatanje

A3-Ispoljavanje (“IN” ili “OUT”)

Gotovo svi ispitanici su navodili da su svoju “različitost” spoznali u ranom periodu života. Pojedini navode da su već u vrlo ranom detinjstvu shvatili da su “nešto drugačiji” (J., 27) navodeći da se ta razlika u odnosu na tipičnu predstavu o dječacima tog uzrasta, u prvo vrijeme ogledala u većoj bliskosti i druženju uglavnom sa djevojčicama, kao i afinitetu prema igrama koje su karakteristične za žensku decu (barbique). Vremenom su se razvijala osjećanja prema dječacima koja su bila zbunjujuća, i vodila su do odluke, vjerovatno podsvjesne, da je to nešto što bi trebalo prikrivati ili tajiti:

“Potiskujem to od treće godine života.” (S., 29)

“Meni je u sedmoj godini bilo sve jasno...i znao sam ko sam-tipično povučeno gej dijete” (J., 27)

Osjećanje privlačnosti prema osobama istog pola se ipak najčešće javljalo u periodu predadolescencije, odnosno 11. ili 12. godinu života. Otkrivanje te sopstvene odlike je

najčešće pratilo niz neprijatnih emocija, potiskivanja, prikrivanja, bijesa kao i nade da je to samo prolazna faza u životu:

“Bilo mi je jako, jako teško. Bilo mi je krivo što se to meni dešava, što sam ja takav. Ja sam sebe uvjeravao da je to faza, da će to proći” (A., 24).

Najmlađi ispitanik (16 god) vrlo dobro pamti teška osjećanja kada kaže da mu je u početku ta pomisao smetala do te mjere da se tresao ili od bijesa ili od ljutnje. Kod ispitanika čiji je period adolescencije bio u najtežim ratnim godinama, u kome nije bilo mogućnosti da se dođe do adekvatne stručne pomoći ili informacija, preovladavalo je osećanje potpunog beznađa i usamljenosti. U tom smislu, vrlo je upečatljiv iskaz ispitanika N. (38.god):

“Nije bilo Interneta...mislio sam da sam sam. Imao sam probleme razmišljajući Bože ima li još ovakvih ljudi? Gdje sam ja to? Šta sam ja to? Šta se sa mnom zbiva? Ne znam. Strašno. Strašno...” (N., 38.god)

Proces prihvatanja sopstvene seksualnosti išao je vrlo individualno ali je u većini slučajeva trajao više godina. Bio je potreban veliki lični napor i iskrenost, što ispitanik Z. (24) opisuje kao: *“rad na samom sebi, da shvatim, da prihvatim sebe kao takvog”*. Ispitanici su vrlo sadržajno govorili o čudnim i pomiješanim osjećanjima sa kojima su se susretali, i borili u najvećoj mjeri potpuno sami. Opisujući bolan proces prihvatanja koji je trajao pet godina (od njegove 18. do 23. godine) ispitanik S. (29) kaže da je to *“...ono što se gradilo godinama, bunilo, borilo i vrištalo u mojoj glavi. Bježao sam od partnera, bježao sam od situacija, mislio sam da će me proći”*. O sličnom iskustvu je govorio i N. (38): *“Ja sam se mučio sam sa sobom nekoliko godina”*. U tom periodu, koji počinje saznanjem a završava se prihvatanjem sopstvene seksualnosti, ispitanici su pokušavali na različite načine da “pobjegnu” od sebe, percipirajući sopstveni identitet kao vrlo nepovoljan i neprihvatljiv, za svoj lični život i u odnosu na zajednicu. Oni su nerijetko pokušavali da sami konstruišu svoj heteroseksualni identitet, kroz ulogu koju su sebi dodjeljivali, pokušavajući da se tako predstave i drugima. Kako navodi jedan od ispitanika: *tjerao sam sebe da se udvaram djevojkama, da dobacujem neke komentare koji jednostavno definišu heteroseksualce*. U tom period tranzicije, u fazi traženja i

eksperimentisanja, navode se iskustva sa djevojkama, koja su se u svakom slučaju loše završavala, praćena osjećanjima nepoštenja, dvoličnosti i nezadovoljstva:

“Ja sam imao djevojke, ali nisam želio više da ih povređujem. Ni radi koga, ni radi čega. Bilo mi ih je žao. Dve sam povrijedio gledajući svoju korist. Nije to ok.” (N., 38)

Ispitanik koji navodi da je u periodu tranzicije promjenio 36 djevojaka (S., 29), ipak naglašava da se poslije te faze osjeća jedino kao homoseksualac.

Iako su, kao što je već navedeno, u najvećoj mjeri kroz period prihvatanja prolazili sami, postojala je neispunjena potreba za stručnom pomoći i savjetovanjem. Nekoliko ispitanika koji su imali ovakvu vrstu podrške, mnogo su lakše prolazili kroz svoje prilagođavanje. Ispitanik J.,(27), koji je četiri godine odlazio redovno kod psihologa, smatra da je to odigralo ključnu ulogu u formiranju i jačanju njegovog samopouzdanja, prihvatanje identiteta kao i razvoja ličnosti i karaktera. Danas je on dovoljno osnažen, da o svome seksualnom identitetu otvoreno kaže sledeće:

“I čak da je seksualna orijentacija nešto što se može promjeniti, ono na što se može uticati, ja nikad ne bih odabrao da budem heteroseksualan. Ja sam stvarno zadovoljan sa onim kakav jesam. Mislim nikad nisam dovodio u pitanje svoj identitet” (J., 27)

Osim nedvosmisleno značajne uloge stručnog i obučenog lica u savjetovanju, navodi se i značaj nekih drugih neformalnih odnosa i iskustava, koja su bila pomoć u prihvatanju seksualne orijentacije. Kroz period tranzicije lakše su prolazili ispitanici koji su mogli da putuju, koji su aktivno učestvovali u nekoj od organizacija civilnog društva ili su volontirali a u svakom slučaju, svi su navodili ključnu ulogu bliskih osoba-porodice i prijatelja u tome.

Treća podkategorija u temi “Odnosa prema sopstvenoj seksualnosti” govori o hronološki poslednjem procesu, u odnosu na saznanje i prihvatanje, a to je odluka o načinu ispoljavanja, odnosno, “autovanja” (javnog deklarisanja) ili prikrivanja svoje seksualne orijentacije. Odluka o ovome donošena je u odnosu na procjenu spremnosti bližeg okruženja da je primi ali i u odnosu na neke opšte socijalne uslove i odnose u društvu (teme B i C). Pripadnici SMS populaciji u Bosni i Hercegovini mahom su iznosili mišljenje da nije dobro javno obznaniti svoju seksualnu orijentaciju, smatrajući

da još ne postoji zrelost društva da to podrži. "Autovanje" u odnosu na porodicu detaljnije je predstavljeno kroz podtemu B3, izuzetno važan iskreni odnos sa najbližim prijateljima koji vrlo često jedini znaju istinu je detaljnije obrađen kroz podtemu B4, dok je sa izuzetno mnogo sadržaja kroz transkripte zastupljeno objašnjenje zašto još uvek nemaju dobar razlog, nije dobro (ili čak je opasno) podijeliti tu informaciju sa javnošću (C) dok ispitanik J. (27) procjenjuje da je društvo čak nazadovalo po pitanjima prava LGBT populacije:

" Ne osjećam se sigurno. Ne volim rizikovati, to svako može. Treba biti pametan..."
(N., 38)

„I dalje se krijem. Nisam se autovao i ne znam šta bih time dobio, pogotovo u ovim godinama. Uspješan i pametan muškarac ne ističe svoju seksualnost. Samo oni koji javno ističu svoju seksualnu orijentaciju imaju neprijatnosti i doživljavaju neprijatnosti“ (D., 45)

Pojedini ispitanici vjeruju da će biti bolje prihvaćeni u društvu ukoliko se javno ne deklariraju i ne provociraju (odjećom, ponašanjem, učestvovanjem na Paradi ponosa), čak i kada su drugi upoznati sa njihovom seksualnom orijentacijom. Ispitanik Z. (24), svoje seksualno opredjeljenje vidi kao vrlo ličnu karakteristiku, koja ne bi trebalo da zanima ni poslodavca ni druge ljude:

"Nemam ni želje, niti potrebe da idem redom i da se deklariram kao gej. Ili da, protestujem, izlazim na gej prajd, da se javno deklariram. Gej sam sebi zato što takav sam kakav sam, al' sebi sam!" (Z., 24)

Ipak, kroz dalji tok razgovora i ovaj ispitanik zapravo jasno iskazuje strah da se javno deklariraju:

"Ne usudujem se... baš imam strah da sad sjedim u nekom društvu i kažem da sam gej. Ne mogu o tome otvoreno govoriti" (Z., 24)

Spajajući dve podkategorije-odnos prema svojoj seksualnosti sa stavovima zajednice u odnosu na MSM populaciju, ispitanik D. (45) pruža emotivnu i slikovitu predstavu o nemogućnosti javnog deklarisanja i ravnopravnog učestvovanja u društvu:

“Možeš biti naočit, socijalan, lijep, bogat – ali ako si gej, sve ti to pada u vodu! Ako sakriješ homoseksualnost sve ti dalje prolazi, nemaš probleme i nemaš onda potrebu ni da ih rješavaš” (D., 45)

4.2.2.2. Karakteristike odnosa ispitanika sa osobama iz najbližeg okruženja

Sadržinski najzastupljeniji dio razgovora sa pripadnicima MSM populacije odnosio se na njihov odnos sa najbližim ljudima-prije svega članovima porodice a po tom i prijateljima. U samom početku, prepliću se teme ličnog prihvatanja kao i pozitivnog odnosa ili odbacivanja od strane onih do čijeg mišljanja i podrške je ispitaniku bilo najviše stalo.

U okvirima teme o značaju porodične sredine u odnosu prema MSM populaciji, u svim transkriptima se provlače četiri podkategorije. To su:

B1-Karakteristike strukture i funkcionisanja porodice

B2-Odnos i stavovi porodice prema ispitaniku i MSM populaciji

B3-Odnos ispitanika prema članovima porodice

B4-Odnos prijatelja i MSM populacije

Analizom transkripta su uočene mnoge odrednice i primjeri disfunkcionalnih porodica. U nekoliko slučajeva, ispitanici su živjeli u nepotpunim porodicama - samo sa majkama, sestrama i/ili braćom ili bakom, sa nedostajućom ili nefunkcionalnom ulogom muških članova porodice. Govorili su o karakteristikama porodičnih odnosa, kao i relacijama sa širom porodicom, povezujući ih sa problemima u uspostavljanju svog seksualnog identiteta. Većina njih je imala mnogo bliže odnose sa majkom nego ocem, pa su i pored straha od očinske figure i njegove reakcije, ispitanici mahom izjavljivali da im je bilo važnije da ih majka prihvati i razumije. Ličnost oca, je u nekoliko intervju, oslikavana vrlo nepovoljnim tonovima, sa više navoda o njihovoj nasilnoj prirodi, alkoholizmu, boravku u zatvoru, otuđenosti od ostatka porodice, burnim reakcijama nakon saznanja (“pištolj na sljepoočnici”):

“Nikada ne možeš scenu izbaciti iz glave kada ti uzme (otac) mamu, pred tvojim očima, i glavom o zid je lupi!” (N., 38)

Ispitanici su odbijali poistovjećivanje sa muškom figurom u porodici, bježeći od svih stereotipa vezanih za tu ulogu. Navod ispitanika J.(27) ilustruje dvostruki moral patrijarharnih odnosa u svojoj porodici:

“Tata je bio nasilni alkoholičar sa svim standardnim, balkanskim, PTSP momentima. Svi ljudi iz naše okoline, uključujući tu širu porodicu i komšije, nisu reagovali na nasilje koje se dešavalo nad mojom majkom. Moj tata je, kao, bio normalan čovek, a ja sam im bio nenormalan zato što sam gej!” (J., 27)

U odnosu na majku, ispitanici su sa puno detalja, nježnosti i razumijevanja govorili o njihovoj teškoj poziciji u tipičnoj, kako su više puta navodili, balkanskoj sredini.

“Moj otac-bivše vojno lice koje jako pati od PTSP-a i majka koja šuti čitav život” (S.,29)

U jednoj takvoj, unaprijed predodređenoj, nepovoljnoj poziciji koju majka ima u porodici, ispitanici su pokušavali da je zaštite od dodatnih životnih nedaća. Tako su i svoje “autovanje” procjenjivali kao vrlo stresan događaj, posebno u odnosu na majku, pa su ga odlagali (o čemu će kasnije u više detalja biti riječi).

Svi ispitanici su vjerovali da porodica ima nepovoljne stavove prema ljudima njihove seksualne orijentacije uopšteno. Ipak, to nisu teme o kojima lako započinju razgovor u svojoj porodici, kao što jedan ispitanik kaže: *“Nismo pričali o tome, ali indirektno znam šta misle” (A., 21)*. Ispitanici su posrednim putem procjenjivali stavove svojih roditelja. Tako su najčešće slušali i vrlo pomno pamtili komentare u odnosu na sadržaje o toj temi iz medija, kao na primer:

“Majka se zgražavala kada je gledala emisiju o transseksualcima, a otac uvijek komentariše jednog feminiziranog voditelja i naziva ga pogrđnim imenima” A. (21)

“Kada je na televiziji gej parada, komentarišu: ovi nisu normalni, to je bolesno, treba ih pobiti, poklati...!” (D., 16)

Ipak, analizirajući taj dio transkripata, u odnosu na tu činjenicu dominira pomirljiv ton, gotovo fatalistički. Čini se da su ispitanici u dobroj mjeri pomirili sa činjenicom da je nemoguća suštinska promjena stavova ljudi u ovoj sredini u skorijoj budućnosti. Svoje roditelje vide kao ljude koji su se razvijali u neko drugo vrijeme, kada se o tim temama malo govorilo i znalo, često rođene u ruralnim i patrijarhalnim sredinama. Na više mjesta nailazimo na pominjanje moralnih vrijednosti i karakteristika socijalističkog društva u vrijeme Jugoslavije, kada su njihovi roditelji stasavali, a u kome su se teme o različitosti seksualnih identiteta potpuno ignorisale:

“Moja porodica je jako, jako protiv homoseksualaca, ali ja sam se pomirio sa tim. Prošlo je vrijeme kada su oni mogli da se promjene, zamisle, razmišljaju o takvim stvarima, naprave kompromis. Ja se ne ljutim...” (D., 16)

Kao razlog negativnog stava porodice navode neznanje, odnosno potpunu neupućenost u prirodu postojanja različitosti u seksualnim identitetima:

“Kada nemamo dovoljno informacija o nekim stvarima - stvorimo predrasudu o tome što još nismo ni upoznali. Zato sam ja malo u poslednje vrijeme pokušao da im pružim neke informacije da je Svetska zdravstvena organizacija, tj. Američko udruženje psihijatara i čega već ne, skinulo homoseksualnost sa liste psihičkih poremećaja. Tako da u poslednje vrijeme uopšte ne komentarišu ništa vezano za to u mom prisustvu.” (K., 21)

Upečatljiv je i iskaz mladog ispitanika koji pomirljivo objašnjava burne reakcije svojih roditelja kao bolnu manifestaciju njihovih neispunjenih očekivanja:

“Ja sam jedina u porodici, pa moram razumjeti takve reakcije mojih roditelja” (Z., 24)

U odnosu na to u kojoj mjeri je porodica upoznata sa njihovom seksualnom orijentacijom, ispitanici su se svrstavali u tri grupe: porodica zna, porodica ne zna i ispitanik smatra da porodica naslućuje, ali nije siguran. Od svih ispitanika, samo trećina navodi da je porodica upoznata sa njihovim seksualnim identitetom. Upečatljiva iskustva ispitanika (S. 29) i (Z., 24), kao i iskaz o dešavanjima u porodici partnera koje je pružio ispitanik (N., 38) imaju neke zajedničke karakteristike, a to su vrlo dramatična

reagovanja roditelja (pre svega oca) kada su saznali za seksualno opredeljenje svoga sina:

“Desilo se to nakon što sam priznao-otac je izvadio pištolj da me ubije! Igrom sreće sam preživio, pištolj je spušten...ali, vi nikad ne znate kako može taj razgovor da se završi, slušao sam razne priče. Bilo je ljudi koji su nakon priznavanja doživjeli izbacivanje iz kuće, nekada samo u donjem vešu pa i protjerivanje iz zemlje od strane roditelja. Neki su poslani na liječenja, alternativna. Pisali su, kroz moju pomoć, nevladinoj organizaciji u kojoj moj partner radi. Pomagao sam. Čitao sam mnoga pisma i tako, ljudi koji su se javljali iz čitave države.” (S. 29)

“Otac mi je odmah rekao da se gubim iz kuće, da mu se gadim, da me ne želi više gledati. Pljunuo me je, i rekao da mu se više ne obraćam, da sam mrtav za njega. Majka je bila tužna, ogorčena i razočarana...činilo se da osjeća neku krivnju, da je ona negdje pogriješila” (Z., 24)

“Mom partneru je otac stavio pištolj na čelo, majka je pala u nesvijest! (N., 38)

Poslije tako strašnih reakcija, opisanih u mnogo detalja, bilo da su ispitanici sami odlučili da saopšte roditeljima tu činjenicu ili kao ispitanik Z. (24)-da su roditelji slučajno otkrili - slijed događaja je bio približno isti. Bilo je potrebno izvesno vrijeme da se emocije stišaju, da se utisci presaberu i da se roditelji na kraju priviknu na tu pomisao. I nasilni očevi, koji su u oba slučaja otišli iz kuće na neki dan, vraćali su se primireni. U nekim slučajevima, braća ili sestre, kao i članovi šire porodice (tetka, stric ili strina) igrali su ulogu posrednika i davali ispitanicima podršku da razriješe tu tešku situaciju sa roditeljima. Iako su ispitanici očekivali da poslije tako „katarzičnih“ događaja sve bude otvorenije i da će najzad biti u stanju da otvoreno komuniciraju sa roditeljima na tu temu, to se nije dešavalo. Nastajao je period ćutanja, potiskivanja, Dalje, se takođe iskustva ponavljaju, pa je dominantna aktivnost u odnosu porodice prema MSM pojedincu-prećutkivanje, bilo da je porodica saznala, bilo da samo pretpostavlja sinovljev seksualni identitet:

“Mislim da mama osjeća, možda i brat, al’ niko ne razgovara o tome” (N., 38)

“Ne komentarišu ništa vezano za to u mom prisustvu”(K., 21)

“To je tabu tema, o tome se ne priča direktno” (XI, 21)

“Mama je pokušavala da to ignoriše, kao što bi to svaka majka, koja se nada da je sinovljeva homoseksualnost samo faza i da će proći” (J, 27)

U trećoj podtemi, koja se odnosila na odnos ispitanika prema članovima porodice, uočeno je da se on mijenjao kako se razvijala odluka i akcija autovanja. Ove dve podteme (A3 i B3) međusobno su uslovljavale jedna drugu. Naime, ispitanici su mahom prihvatili pasivan odnos u odnosu na članove porodice, čekajući da se razriješi situacija oko njihovog autovanja. Uočljivo je manji broj ispitanika koji je sam preduzeo akciju autovanja u odnosu na svoju porodicu. Predominantni je stav da svojim ćutanjem zapravo štite porodicu (majke, prije svega, kao što je to već naglašeno) od dodatnih razočaranja i problema:

“Ne znam šta bih dobio time (da zna porodica). Sumnja je jedno, a znanje, otkrivanje, sasvim drugo! Zašto da se porodica pati saznanjem, ako ne mora? Najviše roditelj sebe krivi... obole sikirajući se. Puno sam čuo priča, puno iskustava.. ali, većina se takvih priča na kraju završi na ćutnji” (N., 38)

“Porodica ne zna...ne mogu im reći. I bez mene imaju težak period, neke druge porodične probleme a imam i mlađeg brata. Ne želim da im ja zadajem još problema!” (B., 21)

Ispitanici takođe u više navrata navode da bi možda rekli roditeljima ukoliko se njihov status promjeni i osnaže se po više osnova, kao što to često kažu ako “uspiju” u životu ili se barem steknu uslovi da samostalno žive.

Najpotresniji iskaz dao je ispitanik A.(24), koga je još u djetinjstvu otac ostavio a majka je umrla. Njegovi roditelji nikada nisu saznali da je A. bio silovan kao dječak, niti su znali za njegovo seksualnu orijentaciju. A. je odlučio da se autuje pred tri sestre i dva brata ali su ga svi oni odbacili. Kao najbolnije iskustvo navodi javno sramoćenje koje je jedna sestra izazvala napisavši objavu na Fejsbuku poslije toga.

Analizirajući transkript razgovora sa ispitanikom J, 27, nalazimo na iskaz o autentičnom iskustvu autovanja u odnosu na porodicu, što nije karakteristično za druge ispitanike.

Možemo sagledati čitav spektar aktivnosti koje je ovaj mladi čovjek činio, u nastojanju da pridobije podršku majke i sestara, a cijeli proces je trajao oko dvije godine. On: *“nije ćutao...provocirao je...nabijao im na nos...forsirao...donošio brošure...trudio se da ima dovoljno argumenata...postavljao ultimatum...potencirao...”*- da bi na kraju, ekcentrično i napadno obučen *“i sam postajao stereotip o gej osobama”*. Ipak, većina ispitanika smatra da je prihvatljivo i dalje održavati taj neodređeni status kao i da prikrivanjem ili prećutkivanjem zapravo štite roditelje od toga što će im javno deklarisanje sinovljeve seksualnosti donijeti.

Posljednja podtema koja se odnosila na stavove ljudi bliskih ispitaniku odnosila se na stav prijatelja prema njihovoj seksualnoj orijentaciji. U situaciji kada je javnost, odnosno šira zajednica u najvećoj mjeri u potpunosti homofobična (detaljnije u podtemi C1), kao i kada ne postoji adekvatna podrška članova porodice (bilo da nisu upoznati, bilo da se otvoreno ne slažu ili ignorišu tu činjenicu), uži krug prijatelja za dobar dio ispitanika predstavlja jedino okruženje u kome mogu da budu otvoreni. Zapravo, u više navoda nalazimo da su prijatelji prvi koji saznaju istinu o homoseksualnoj orijentaciji ispitanika. Takođe je uočljivo prisustvo bliskih prijateljstava sa djevojkama, i u više navrata su ispitanici navodili da smatraju da ih generalno žene bolje prihvataju. Kod mlađih ispitanika, dobar dio te podrške dolazi i od strane porodica djevojaka sa kojima su se ispitanici družili, koje su mahom vidjele pozitivne aspekte takvih prijateljstava, ali i predominantnog medijskog konstrukta u vezi takvog oblika prijateljstva:

“Znaju njihovi roditelji sve...I nekako ih oni najviše usmeravaju da se druže sa mnom. Više meni vjeruju nego njihovim drugovima koji su hetero, jer znaju da ih ja neću seksualno iskoristiti. I kada one izlaze sa drugima, mene zovu i pitaju i provjeravaju svoje ćerke...” (D., 18,5)

“Moje društvo su uglavnom djevojke, jer to nekako bolje prihvataju! Moja sadašnja najbolja drugarica je čak rekla da je oduvijek željela najboljeg gej prijatelja, koji je, kao što je to gledala u filmovima, dobar prema djevojkama” (D., 16)

“Moji prijatelji su većinom djevojke, prihvatile su moju seksualnu orijentaciju i non-stop se družimo” (A.,24)

Rezultati jasno ukazuju da najuži krug prijatelja MSM populacije nije nužno iz okvira homoseksualne zajednice. Kao što je to već ranije naglašeno, prijateljstva nisu birana po toj osnovi, ali je najstariji ispitanik govorio o tome zašto mu čak više prija društvo heteroseksualnih muškaraca i žena:

“Imam više heteroseksualnih prijateljica i prijatelja. Možda vam čudno zvuči, ali njihovo društvo mi više prija. I sam sam isfrustriran, pa mi ne treba njihova dodatna frustracija!” (D., 45)

Istovremeno, ispitanici su navodili da je prijateljstvo nužno postavljano na “provjeru”, ili, kako to ispitanik N.(38) kaže-“podešavanje”, pa su neiskrenost, osuđivanje kao i ispoljavanje predrasuda prema MSM populaciji doveli do kraja nekih prijateljskih odnosa. Ispitanik B. (21) kaže da ga je najviše povrijedio bivši prijatelj koji je, kada je saznao za njegovu seksualnu orijentaciju, bio uplašen i ponašao se kao da će biti napastvovan. Ispitanici jako vrjednuju iskrene i otvorene prijateljske odnose a povlače se onda kada procjene da je i u tim odnosima preovladao dominant stav šire zajednice u odnosu na MSM populaciju.

4.2.2.3.Šira zajednica i MSM populacija

Tema koja se odnosila na stavove ispitanika o njihovom položaju u kontekstu šire društvene zajednice bila je najkoherentnija. Naime, svi ispitanici su navodili da se osjećaju neravnopravno i diskriminisano u odnosu na položaj drugih ljudi. Oni smatraju da društvo u cjelini još nije spremno da u potpunosti prihvati LGBT populaciju. Govorili su o brojnim predrasudama i stereotipima koji ih prate i uslovljavaju ih da se prikrivaju (*“pod paravanom smo”*-Z. 24) i izbjegavaju javno deklarisanje. Naime, pominjući činjenicu da većina ispitanika nije javno autovano, navedeno je da sveprisutna homofobičnost koju osjećaju u zajednici pravi najveću blokadu. Diskriminaciju vide u sledećem:

- Stavovima zajednice u odnosu na MSM populaciju, koji se u svom krajnjem stepenu ispoljavaju govorom mržnje, fizičkim prijetnjama i napadima

- Pasivnoj poziciji države, institucija i medija-zakoni o sprječavanju diskriminacije postoje ali se ne sprovode
- Prepekama u odnosu na tržište rada
- Teškoćama u organizovanju svakodnevnog života
- Nemogućnosti da ostvare bračnu zajednicu i sva prava koja iz nje proističu
- Apsolutnom neprihvatanju od strane svih vjerskih zajednica

Govoreći vrlo sadržajno o poimanju i predstavi javnosti o MSM populaciji, intervjuisani su koristili brojne izraze za koje smatraju da najbolje oslikavaju sveopšte stavove o njima:

“to im nije normalno...nešto što ne valja...nije u redu...bolest...devijacija...psihički poremećaj...bauk...pošast... ljudi to ne podnose, ne žele da to postane dio naše zajednice, našeg društva...nešto što treba kriti...nije prihvatljivo...tabu tema...nešto što treba iskorjeniti...izrodi...kad koćeš nekog da uvrijediš kažeš mu da je peder...postali smo psotka kao bilo koja druga...etiketa...posljedica zlih sila...Šejtan ušao u tebe... magija...”

Dominantni narativ koji je usmjeren ka MSM populaciji više puta je eskalirao govorom mržnje ali i konkretnim nasiljem o kome su pojedini ispitanici govorili. U iskazima su navodili teške riječi i vrijeđanja, koje pamte još iz perioda djetinjstva. Navodili su i da je povremeno bilo dovoljno da se na pripadniku MSM populacije uoči neki “*feminizirani detalj*” (D., 16), pa da to bude povod za javno ponižavanje i maltretiranje, kojima je ovaj vrlo mladi ispitanik često i prisustvovao. Istovremeno, ispitanici nemaju povjerenja u institucije (policiju, tužilaštvo), da će u slučaju napada na njihov integritet iskoristiti sva svoja ovlaštenja i kazniti počinioca. Iako antidiskriminacioni zakoni postoje, naši sagovornici na više mjesta tvrde da se ti zakoni u praksi ne sprovode, te da su MSM osobe zapravo nezaštićene:

“Kad bi svako dobio kaznu za bilo kakav govor mržnje, mislim osobito prema gej osobama, kad bi dobio kaznu hiljadu maraca - ne bi mu palo više na pamet da se time bavi!”

Imajući u vidu ovakve navode, ispitanici se nisu ojećali sigurno van svog najužeg okruženja, pa su najčešće izolovani u užim okvirima, bilo da je to porodica, rjeđe zajednički život sa partnerom, druženje sa prijateljima ili učestvovanje u radu Udruženja. Jedan od ispitanika je govorio da je nakon učešća u Paradi ponosa morao nekoliko puta da mijenja mjesto boravka, zato što je bio uplašen za svoju bezbjednost (J., 27). Analizirajući transkripte uočeno je da su ovi ljudi suočeni sa brojnim ograničenjima, da traže utočište budući da su im ugrožena i osnovna ljudska prava, počevši od slobode kretanja:

“Trenutno živim sam, u Udruženju, jer nije sigurno, odnosno nije najsjajnija situacija. Ne mogu baš da se krećem toliko...” (J., 27)

“Ovdje kod nas, svi se boje. Na primjer, boje se da će ih neko zlostavljati i neće se pozdravljati u gradu da neko ne bi skontao šta su...” (D., 18,5)

“Ja sam organizovao sebi život u sjenci, kao da sam pobjegao od problema. Volim taj moj stančić, to je mali moj kutak. Tu se osjećam sigurno-sve van toga mi je nesigurnost!”(N., 38)

Većina naših ispitanika nema posao ili stalan posao, često navodeći i svoje angažovanje u NVO kao profesionalno (što zapravo nije). Ni jedan od ispitanika nije posvjedočio da je bilo konkretnih problema sa poslodavcem, ali su u najvećem broju slučajeva (osim ako nije posao u NVO), zapravo prikrivali svoj seksualni identitet, ali se vremenom razvijalo sve veće nezadovoljstvo tom pozicijom:

“Radio sam kod privatnika i prilagodio sam se...skinuo naušnicu, pazio da ne nosim uske stvari, uniformisao se, pričao o stvarima o kojima ne želim da pričam...Izdrži čovek jedno godinu do dve, dokle može glumiti, onda bježi odatle” (N., 38)

Ispitanici smatraju da je najvažnije odvojiti profesionalnu sferu od privatne, a u tom smislu, intimnost zaposlenih ne bi trebalo da bude tema koja zanima poslodavca pa ni

kolege. Istovremeno, ispoljavaju strah da bi im jedna takva informacija mogla smetati u budućem profesionalnom razvoju:

“Zanimanje koje sam izabrao i za koje se školujem obožavam i mislim da je tu nekako moj izlaz iz svega ovoga. Posvetio sam se socijalnoj pedagogiji i prevenciji poremećaja ponašanja kod djece i mladih. I onda, u jednom periodu mi dođe i mislim... ja sam ovakav, a želim raditi sa djecom. Kako će to izgledati? Kako će to prihvatiti neko? Ko će pustiti da radi sa djetetom gej osoba? I onda shvatim – ja ne moram ići i govoriti ja sam gej, ja sam gej. To je moja privatnost!” (Z., 24)

Takođe, navodili su brojna ograničenja u svakodnevnom životu, kao što su problemi iznajmljivanja stana sa partnerom, odlazak sa partnerom u kafić i na druga javna mesta. Priželjkivali su vrlo jednostavne stvari, koje su podrazumjevajuće svima drugima a njima u trenutnom društvu zabranjene, prije svega bilo kakvo javno ispoljavanje intimnosti, čak i u formi držanja za ruku sa partnerom. Sumirajući tu vrstu ograničenja, ispitanik N. (38) navodi da je konačno ishodište i kulminacija u nemogućnosti ozakonjenja veza u homoseksualnoj zajednici:

“Na kraju, razboljeće se tvoj partner, pa nećeš mu moći ni u posjetu otići. Ko si ti? Gdje si ti? Jesi porodica? Nisi porodica. Gledao sam strašno dobar film kratkometražni, gdje momak nije mogao otići ni na sahranu svom dječku, roditelji nisu dozvolili, iako su znali da su skupa. I on plače, teško mu je, a da je imao papir, mogao je otići u bolnicu i otići na sahranu” (N., 38)

Krajnji stepen prikrivanja i lažnog identiteta nekoliko ispitanika vidi u formiranju porodica i život sa ženom, što je, u određenom stepenu, i izvor njihove najveće vulnerabilnosti, ukoliko bi se saznao njihov pravi seksualni identitet. Ograničenja su postojala i u odnosu na virtuelne zajednice, ma koliko su im one povremeno bile značajne za širenje informacija i umrežavanje. Nekoliko ispitanika je izjavilo da izbjegava ili se plaši komunikacije preko Fejsbuka. Pojedini ispitanici su već imali negativna iskustva, kada se ova mreža koristila kako bi ih ismijali ili razotkrili (Z., 24-čiji je otac preko Fejsbuka slučajno saznao za njegovo seksualno opredjeljenje i A., 24-rođena sestra je ovim putem obavijestila druge o seksualnom opredjeljenju svoga brata).

Ispitanik J., (27) koji je već pominjan kao žrtva proganjanja nakon Prajda, navodi da je to bio jedan od dodatnih vidova pritiska kojima je bio izložen:

“Ti lešinari su dijelili moje slike na Fejsu, dijelili moje informacije...a policija se nije potrudila da nešto uradi” (J., 27)

“Ja nemam Fejsbuk, da ne bih sebi navlačio dodatne problem u životu, a i zbog porodice, pa da neko vidi moje prijatelje koji su možda, više feminizirani. Ne želim nikome da se pravdam” (N., 38)

Istovremeno, većina naših sagovorinka je govorila da je osnovni problem veoma raširena komunikacija putem sajtova za upoznavanje, na kojima se najčešće koriste lažni identiteti i to je detaljnije obrađeno kroz temu E (Percepcija ponašanja prema zdravlju, vulnerabilnosti i rizika za SPI).

Govoreći o diskriminaciji kojoj su izloženi, većina ispitanika gotovo na isti način traži paralelu sa nekom drugom ugroženom grupom, navodeći na više mjesta poređenje sa položajem osoba sa invaliditetom, nacionalnih manjina u pojedinim entitetima BIH, kao i položajem žena. Smatraju da nije rijetka pojava da MSM populacija iskusi višestruku diskriminaciju, u slučaju da je HIV+ ili da koristi droge. Njihov utisak je da se nacionalna i vjerska netolerancija tokom devedesetih samo okrenula ka drugim društvenim grupama, različitim od dominantne, a u koju prvenstveno spada MSM populacija. Istovremeno, nepovoljna socioekonomska situacija u državi, kao i u većini zemalja u tranziciji, nameće neke druge prioritete, a pitanja prava određenih populacionih grupa, kao što su MSM, ostaju na margini:

“Daleko smo od parada, daleko smo od otvaranja pitanja istopolnih brakova i definitivno sam i protiv takvih stvari u sredinama koje nisu evoluirale do te tačke da to može biti prihvaćeno. Mi se bavimo osnovnim egzistencijalnim pitanjima, da imamo da jedemo, da platimo račune, da preživimo...mi smo još uvek na tom nivou. Nismo još skočili na taj idući, humani nivo gde razmišljamo o ekologiji i dobrobiti sviju pa tek onda ultimativno ljudskim slobodama. To je skok koji treba da se desi”(S., 29)

Ipak, ispitanicima je jasno da će se kretati u “začaranom krugu” dokle god prihvataju tu svoju poziciju, dok se sami ne izbore za promjene, dok zakoni koji su već prisutni ne

budu i implementirani, a oni koji su posvećeniji aktivizmu i radu u civilnom sektoru to jasno ne verbalizuju (kao na primjer J., 27 i Z. 24). Diskutujući o tome šta je najveća prepreka u ostvarivanju osnovnih prava MSM u društvu, ispitanik Z. (24) na poseban način sagledava pitanja prava MSM populacije, u širem kontekstu ljudskih prava, smatrajući da je u tome jedina prava šansa za unapređenje položaja MSM populacije:

“Ono što je možda greška kod LGBT populacije je to što oni zahtijevaju neka posebna, dodatna prava za sebe. Ja smatram da jednostavno trebamo tražiti da se poštuju sva prava, odnosno da budemo jednaki sa svima. Znači ništa dodatno, ništa posebno... Je l’ samim tim vršimo u stvari autosegregaciju sami sebi!” (Z., 24)

Na više mjesta u transkriptima nailazi se na pominjanje uloge vjerskih organizacija u učvršćivanju stigmatizacije ka LGBT populaciji, ma koliko sve vjere propagiraju razumijevanje, toleranciju i jednakost među ljudima.

“Kad sam, kao dijete, čitao vjerske knjige, bilo Kuran ili Bibliju, stvari su bile jako jednostavne kad se čitaju...ako Bog stvara po svom naumu, onda stvara i ovakve osobe. Ipak, stav koji dolazi od Islamske zajednice, od Srpske pravoslavne crkve, od Katoličke crkve je toliko očajan, a ima toliku moć da je to strašno! (J., 27)

Mišljenje ispitanika je da vjerski establišment daje snažnu potporu različitim nacionalističkim političkim snagama, prećutkuje i ostavlja nekažnjena zlodjela pojedinih svojih članova (pedofiliju, silovanja), a istovremeno, usmjerava svu silinu javne osude i mržnje ka pripadnicima LGBT populacije.

Imajući u vidu snažnu i sveprisutnu društvenu diskriminaciju, pojedini ispitanici su navodili svoju želju (manje i konkretne planove) da svoj život nastave u nekoj od razvijenijih zapadnih zemalja, u kojima, na osnovu njihovog mišljenja, LGBT populacija u cjelini ima sva prava kao i svi drugi građani.

4.2.2.4. Zdravstvena služba i MSM osobe

U okvirima teme o ulozi zdravstvene službe u odnosu prema MSM populaciji, nailazimo sledeće podkategorije:

D1-Karakteristike zdravstvene službe u odnosu na MSM populaciju

D2-Odnos i komunikacija sa porodičnim ljekarom

D3- Specifične potrebe i korišćenje

Sistem zdravstvene zaštite je dio šire zajednice i u najvećoj mjeri oslikava određene stavove društva i vrijednosni sistem, pa i dobrim dijelom stav prema MSM populaciji. U tom smislu, iako bi trebalo da štiti ljudska prava i pravo na jednakost u zdravlju svih ljudi, zdravstvena služba u velikoj mjeri ponavlja obrasce ponašanja svih aktera u društvu u odnosu na MSM populaciju. Percepcija naših ispitanika o dostupnoj zdravstvenoj službi nije pozitivna, iskustva su različita ali najčešće se govori o zatvorenom, "krutom" i zastarjelom sistemu, koji ne može da izađe u susret njihovim specifičnim potrebama. Najveću prepreku za ostvarivanje kvalitetnije zdravstvene zaštite za MSM populaciju vide u nedovoljnoj edukaciji doktora, koji imaju pogrešne stavove prema MSM populaciji i često krše profesionalne i etičke kodekse. Istovremeno, u rijetkim iskazima koji su pohvalno govorili o odnosu sa zdravstvenim radnicima, to se dešavalo ukoliko su oni bili adekvatno obučeni za rad sa osobama drugačijeg seksualnog opredjeljenja ili ukoliko su bili dio tima nevladinih organizacija koje se bave LGBT populacijom:

"Doktorica je jako divna, jako normalna, razumije se, senzibilisana je za te stvari. Prošla je neke treninge za MSM populaciju. I uvijek mi je bila podrška, postavila se kao da mi je majka" (A., 24)

Ipak, iako su se naši ispitanici mahom trudili da budu što manje upadljivi za sistem u kome nisu dobrodošli, ipak se dešavalo da budu etiketirani i kao takvi stigmatizovani. Naveden je primjer (ne lični primjer) HIV pozitivnog mladića kome je taj status napisan velikim slovima na prvoj strani kartona tako da to svi vide, i drugi pacijenti i zdravstveni radnici, kao i primjer homofobnih ispada ljekara i zabrane davalatstva krvi osobama homoseksualne orijentacije. Poseban osnov stigmatizacije ispitanici su osjećali ukoliko bi bili okarakterisani kao osobe sa dijagnozom poremećaja seksualne orijentacije:

"Studiram te društvene nauke i dobro sam upućen u mentalno zdravlje, znam šifre otprilike, prema MKB 10. I tad mi je nastupio šok, da sam označen kao osoba koja je

bolesna kao da poremećaj seksualne orijentacije jeste bolest. Tad sam dobio antidepressive, i pijem ih već osam meseci a ne znam koliko i čemu pomažu...” (Z., 24)

“Mislim da naši doktori baš puno ne znaju, oni misle da je MSM bolest. A SZO je dokazala da nije...a strah me je i da nekome ne pričaju o meni” (B., 21)

Najupečatljiviji primjer diskriminacije u zdravstvenoj službi dao je ispitanik A. (24), kome je doktorka porodični ljekar, saznajući (ne od njega) za njegovu homoseksualnu orijentaciju, a na osnovu sopstvenih vjerskih ubjeđenja, uskratila dalju zdravstvenu zaštitu i tražila da prenese karton kod nekog drugog ljekara:

“Samo mi je rekla -ja bih Vas zamolila da promijenite doktora. Bio sam svjestan da je žena pokrivena, da to za njen razum to nije u redu, razumijete?.. Nije bilo svejedno, ali me je fino zamolila. A da je bila već malo grublja, to bi već druga stvar bila” (A., 24)

Ispitanici su mahom izjavljivali da porodični ljekari nisu upoznati sa njihovom seksualnom orijentacijom. Razlika se javila u odnosu na njihov stav u kojoj mjeri je važno da se porodični ljekar uputi u takve vrste informacija. Najveći broj intervjuisanih je ipak vjerovao da je važno da porodični ljekar zna seksualnu orijentaciju svojih pacijenata, kako bi bio u mogućnosti da im pruži najkvalitetniju zdravstvenu zaštitu:

“U svijetu homoseksualaca jednostavno postoje rizici i postoje specifične bolesti. I savjet doktora il’ pomoć doktora je uvijek dobrodošla. I uvijek valja da je doktor svjestan o životu svog pacijenta. Da može dati adekvatne savjete, da može davati adekvatne terapije, da može adekvatno liječiti, da može biti pripremljen na šta god bi se desilo. Jednostavno, drugačije je sa heteroseksualcima i homoseksualcima.” (D., 16)

“To je identitet te osobe, važno je zbog medicinskog kartona. Drugačiji su i životni stilovi i osoba može dobiti pogrešnu dijagnozu ukoliko nešto prešuti” (J., 27)

Najstariji ispitanik je vrlo argumentovano bio protiv, smatrajući da pitanje seksualnosti nije postavljano ni heteroseksualnim osobama, pa nije potrebno posebno potencirati da se pred svojim porodičnm ljekarom izjašnjavaju ni homoseksualne osobe:

“Porodični doktor ne zna, a i mislim da nema potrebe da zna. Ja mislim da bi to bila diskriminacija ako bi ljekari morali znati moje ili bilo čije seksualno opredjeljenje. Žao

mi je što je MSM tema. Ne smatram da je potrebno da se zdravstvena služba posebno prilagođava MSM populaciji. Nema razlike, šta je problem za hetero, problem je i za homo". (D., 45)

Ipak, najveći broj ispitanika je izrazio nepovjerenje prema zdravstvenoj službi, smatrajući da još uvek nije u mogućnosti da štiti njihova zakonom zagarantovana prava, a prije svega pravo na povjerljivost podataka. U tom smislu, ova tema se nadovezala na sledeću podkategoriju, budući da je reflektovala odnos i karakteristike komunikacije sa porodičnim ljekarom. Naime, odnos sa porodičnim ljekarom se može okarakterisati kao površan i nezadovoljavajući, budući da su ih ispitanici rijetko kontaktirali, često i izbjegavali, nisu navodili kao važne i povjerljive osobe u svom životu, koje bi rado uputili u svoju intimu. U slučaju nekih nagovještaja problema u vezi seksualnosti, ljekari su procenjivali da to nije u domenu njihovih kompetencija, i u najboljem slučaju upućivali ispitanike u službe koje se bave mentalnim zdravljem. Ipak, nađeni su i navodi o tome da su ljekari savetovali i neku drugu formu "pomoći" (hafiza, skidanje sihri, magijski ritual), a to je za ispitanike bilo uvredljivo i nezamislivo da dolazi od zdravstvenog radnika:

"Doktorka mi je rekla da mi je neko sihre bacio i preporučila da odem kod hafiza. Ja joj kažem da jesam vernik i poštujem ali nema potrebe za takvim stvarima. Ovo nisu sihre, ovo nije bolest, ovo nije nikakva magija...to se ne može sa tim povezati!" (A., 24)

"Ja sam majku nagovorio da dođe isto u Centar za mentalno zdravlje. Ona je dobila neku drugu doktoricu. Došla je kući sa jednom idejom, odnosno informacijom- da mnogi kada se posvete vjeri mogu da izađu iz tog kruga, odnosno da se istjera đavo iz te osobe. Još tužnije je što su to riječi ljekara kojem je išla, neuropsihijatra. Kasnije sam se ja raspitao, jer ta gospođa koja radi jeste vjerski nastrojena. Majka pretpostavljam da je ogorčena, tužna, razočarana. Otišla je ljekaru koji sve zna. Ljekar je važna osoba u društvu, veoma važan segment. I kada da takvu informaciju, onda džaba što ja govorim da to nije bolest, da ljudi žive sasvim normalno svoje živote i sve, kada se čuje nešto tako..." (Z., 24).

Nepovjerenje da će informacija o njihovom seksualnom opredjeljenju ostati ljekarska tajna, dominantan je razlog zbog koga ispitanici nisu bili voljni da tu informaciju pruže

svom porodičnom ljekaru, čak i u slučajevima kada su procjenjivali da bi to bilo važno. Oni najčešće sumnjaju u profesionalnost zdravstvenih radnika, koji bi trebalo da štite povjerljivost podataka a u praksi se dešava suprotno. Ukoliko bi se desilo da upravo od zdravstvenih radnika poteknu informacije o njihovom seksualnom opredjeljenju, za ispitanike bi to značilo da će se suočiti sa nesagledivim posljedicama:

“Nisu zaslužili da im vjerujemo. Ne poštujemo ni etiku ni te neke zakletve koje su položili prije nego što su postali lekari. Bilo bi savršeno da se lekari drže Hipokratove zakletve. Medjutim, i mama mi je zdravstveni radnik, i sestra isto tako, i znam da šta god se desi na neki način informacija dođe do ljudi” (K., 21)

“Uglavnom ne idem doktoru i bojim se da bi neko nešto mogao reći mojoj porodici. Strah me je, ne želim da saznaju od nekog drugog “ (B., 21)

“Ne smijem kod njega uopšte ni ići, pošto poznajući mog doktora...onda bi znali svi! Ja stvarno ne želim da to dođe do moje porodice. Kada do toga dođe, želim da im ja kažem.” (S., 21)

Tako se ispitanici najčešće odlučuju da imaju kontakte sa zdravstvenom službom samo ukoliko je to neophodno, da održavaju formalan odnos sa porodičnim ljekarom i da budu na oprezu kako bi preduprijedili moguće kompromitujuće situacije, baš kao što to ispitanik S.(29) slikovito kaže: *“zbog tih situacija, mi moramo uvijek razmišljati pet koraka unaprijed!”*.

Sumnja u povjerljivost odnosa ljekar-pacijent i nepovjerenje u kompetencije ljekara da izađu u susret njihovim specifičnim potrebama, bili su najzastupljeniji razlozi slabog korišćenja usluga porodičnih ljekara, osim u rjeđim epizodama akutnih zdravstvenih problema. U tom smislu, naši ispitanici su najčešće tražili i koristili pomoć psihologa, smatrajući da će u tom kontaktu imati najviše mogućnosti da dobiju pomoć koja im je potrebna. Oni su vrlo sadržajno govorili o posjetama psihološkim savjetovalištim, u više navrata vrlo emotivno, bilo da su dio zdravstvenog sistema, bilo kao dio određenih organizacija civilnog sektora. To je bila najjača karika podrške ovim ljudima i praktično jedino mjesto na kome su se u potpunosti otvorili, tražili i dobili pomoć. Shvatajući izuzetan značaj psihološke podrške, ispitanici su sugerisali da je najkorisnije ukoliko bi

ona bila u nekoj drugoj, manje zatvorenoj odnosno institucionalizovanoj formi. Naime, oni su navodili da bi bilo pristupačnije korisnicima da su to manji centri u zajednici, bliži mjestima gde se pripadnici MSM populacije okupljaju i osjećaju slobodni:

“Trebalo bi nam više podrške, odnosno tog nekog psihološkog savjetovaništa, SOS centara. Ne samo za MSM, odnosno gej populaciju, nego za sve mlade koji su u tim nekim kriznim periodima, kriznom dobu života, nebitno, da li telefonsko, da li direktno otići u savjetovanište. (Z., 24)

U vremenu vrlo brzih razmjena informacija, nije bilo iznenađujuće da naši ispitanici navode niz komparativnih potreba, odnosno, da znaju za različite vidove podrške MSM populaciji u razvijenijim zemljama inostranstva i da iskazuju želju da imaju takvu priliku i u svojoj zemlji. U tom segmentu se ova tema nadovezuje na sledeću, u segmentu kontrola i testiranja na različite seksualno prenosive bolesti.

4.2.2.5. Percepcija sopstvenog ponašanja prema zdravlju, vulnerabilnosti i rizika za SPI

Tema koja je osvetlila percepciju ponašanja MSM populacije prema zdravlju, kao i njihovu procjenu sopstvenog rizika i vulnerabilnost, može se analizirati kroz tri podkategorije koje su uočene u većini transkripata:

- E1 “Ova populacija se ponaša rizično i tako će biti do god bude stigme”
- E2 Rizik od seksualno prenosivih bolesti ne treba vezivati samo za MSM populaciju
- E3 Ako ste gej, niste automatski HIV pozitivni

Svi naši ispitanici su imali svijest o nepovoljnom ponašanju prema zdravlju uslovljenom posebnosti seksualnog opredjeljenja. Govorili su o specifičnim oblicima uobičajenih praksi (načinima upoznavanja, karakteristikama veza, seksualnim praksama, rizicima i testiranjima) među pripadnicima MSM populacije. U sredini koja je neprijateljski nastrojena prema njima, oni imaju vrlo ograničene mogućnosti da upoznaju ljude iste seksualne orijentacije. Nemaju istu slobodu kao heteroseksualne osobe da se spontano upoznaju, da se postepeno približavaju jedno drugome i komuniciraju, izlazeći na

javnim mjestima. Tako pribjegavaju upoznavanju preko društvenih mreža, koje nose mnoge opasnosti:

„Ovdje gde mi živimo, ovdje se ne pronalaze homoseksualci na svakom ćošku. Najčešće se upoznaju preko interneta. Ti muškarci žele da se nađu i da odmah imaju seksualne odnose. I sa tim ljudi nisu sigurni da li ta osoba sa kojom oni imaju seksualni odnos, da li je ona sigurna, da li je zdrava, da li ima neke seksualno prenosive bolesti.“ (D., 16)

„Partneri se nalaze na internetu. Prije se nađu, zajednica je zatvorena, bojiš se da te neko ne prepozna. Internet je nekako sigurniji. Ali seks je brži, da se što prije završi i onda obično i ne koristiš kondom.“ (B., 21)

„Gej muškarci se puno upoznaju preko interneta, i vi ne znate koga tu upoznajete. I onda možete naletjeti na osobu za koju ne znate da li je zdrava ili bolesna, da li je psihopata ili nije.“ (J., 27)

„Kroz socijalne mreže se upoznaju ljudi sa različitim namjerama. Do seksa jako brzo dolazi i ljudi nemaju vremena da upoznaju tu osobu. Da izvrše neku evaluaciju o toj osobi, da li je to prije svega psihološki normalna osoba, da li bi mogao doći do nekog zaključka da ta osoba ima konstantno nezaštićen seks možda, da već ima neku seksualno prenosivu bolest.“ (K., 21)

Naši ispitanici su najčešće navodili da brzo stupanje u seksualne odnose sa gotovo nepoznatim ljudima kao i često mjenjanje partnera predstavlja ozbiljan problem. Ispitanik S. (29) je rekao da se teško dolazi do partnera, ali kada se problem upoznavanja sličnih ljudi prevaziđe uz pomoć virtuelnih društvenih mreža, onda su *„mnogo otvoreniji po pitanju seksa u smislu reagovanja – odma', sada, gde god, kako god.“* Razloge za te kratkotrajne, površne i uglavnom seksualne veze objašnjavali su prije svega uticajima opšteg društvenog konteksta, obrađenog kroz temu o stavovima šire zajednice, u kojoj su izolovani i stigmatizovani i uplašeni da će biti razotkriveni:

„Nećeš da budeš sa nekim, da te ne bi prepoznali, povezali, posumnjali...“ (B., 21)

„Tako je samo na Balkanu, nije čak ni u Sloveniji ili Hrvatskoj. Tamo svi (homoseksualne orijentacije) traže vezu. Kod nas bježe od toga, misle da ne mogu biti

sa momkom, da se ne sazna... danas sa jednim, sutra sa drugim, pa opet sam i tako non-stop mijenjanje.“ (D., 18,5)

„Kod nas je gej populacija veoma promiskuitetna upravo zato što je u zatvorenom krugu ljudi i nema mogućnost za dublji odnos sa određenom osobom. Uglavnom to traje kratko zbog straha od okoline, da neće ko šta primjetiti, da sam non stop sa nekim.... „
(Z., 24)

Takođe, ponašanje koje se u svakom smislu može okarakterisati kao promiskuitetno, bilo je dobrim delom uslovljeno i njihovom, povremeno bezizlaznom, nesposobnošću da percipiraju budućnost veze:

„Brak je jedan veliki plus da je čovjek miran, da osjeća pripadnost, da nije promiskuitetan. Šta mene može vezati sa osobom? Ni dijete ni brak.“ (N., 38)

Želeći da budu što manje uočljivi, odnosno „nevidljivi“ onima koji bi ih povrijedili i etiketirali, naši sagovornici prihvataju ovakve obrasce ponašanja, i „sami sebe stigmatiziraju“, kako to vidi ispitanik J. (27).

Jedna grupa ispitanika je smatrala da je rizik koji nose analni odnosi i brzo mijenjanje partnera veliki, prošli su izvjesne edukacije, i pokušavaju da smanje rizik:

„Nisam bio ni sa jednim momkom a da nisam koristio zaštitu“ (A., 24).

Ispitanici su navodili pojedine slučajeve, koji ipak nameću poseban rizik od SPI. Smatraju da posebnu pažnju treba usmjeriti na mlade muškarce, koji su u odnosu na starije partnere u subordinirajućoj poziciji (ne smiju da traže korišćenje zaštite), na biseksualce (do kojih je najteže doći u smislu testiranja na SPI), kao i na one MSM koji imaju višestruki rizik (zloupotreba alkohola i droga) :

„Pa treba da se koristi kondom. Međutim, momci koji su aktivni neće, kažu- ja sam zdrav, ovako je bolje, ljepše će nam biti...i onda, ti pasivni većinom i popuste. I ja kao mlađi uvijek, uvijek sam popuštao! (D., 18,5)

„Biseksualci fantastično kriju svoje seksualno opredjeljenje. Niko neće da prizna. Biseksualnim muškarcima bi bilo lakše priznati da su prebili ženu nego da su biseksualci”. (D., 45)

„Mnoge gej osobe ne mogu psihički izdržati tu stigmu i diskriminaciju i krenu za drogom. E onda postoji dupla diskriminacija. Em su gej, em su narkomani. Šta još, da bude HIV pozitivan? Bježeći od problema bježiš u lažni problem. To je droga. Mnogo se ta droga koristi kod MSM populacije. Alkohol isto. Mislim da se i alkohol tu provlači dosta. (J., 27)

Kao što je već bilo rečeno, ispitanici su jednoglasno procjenjivali svoje seksualno ponašanje kao rizično ali su bili mišljenja da rizik od seksualno prenosivih bolesti ne treba vezivati samo za MSM populaciju:

„Nema razlike, MSM su isti kao i drugi. Što je problem za hetero, problem je i za homo“ (D., 45)

Ispitanici su priznali da imaju vrlo oskudno znanje o seksualno prenosivim bolestima ali smatraju da nisu izuzetak u odnosu na heteroseksualnu populaciju, a to potvrđuje ispitanik koji je imao iskustva u takvoj edukaciji kroz rad u NVO:

„Kada vi ljudima objasnite i kažete da postoje polno prenosive bolesti, vjerujte mi, da neko ne zna šta je HIV, a kamoli šta je hepatitis B, gonoreja ili sifilis“ (A., 24)

Vrlo sadržajno su obrazlagali takve stavove, navodeći primjere rizičnog seksualnog ponašanja i u populaciji heteroseksualaca.

„Gladajući ljude koje poznajem, i koji su bili gej ili biseksualni ili strejt, vidim da promiskuiteta svuda ima i da se generalno ljudi ne paze. Ali stvarno češće čujem da su heteroseksualni odnosi bili bez zaštite nego homoseksualni.“ (K., 21)

„Bilo koji vid nezaštićenog seksa je problem. Ja sam skoro saznao od svojih bliskih prijateljica da imaju seksualno prenosive bolesti od bivših muževa koji su šutili o tome“ (S., 29)

„Svi koji ne paze su u istom položaju, ne samo MSM!“ (B., 21)

Takođe, naglašeno je i da rješenje tog problema treba da bude univerzalno, odnosno, da ciljana edukacija iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja treba da obuhvati sve mlade, a ne samo da bude usmjerena ka pripadnicima MSM populacije:

„Važne su radionice u kojima se projektuju filmovi o osobama koje su zaražene seksualnim putem, o njihovim životima. Zatim, filmovi u kojima se navodi da je bezbjedan seks jako bitan. Važne su radionice na kojima se dijele kondomi, zatim plakati, poster. Ja sam sâm sudjelovao u nekim radionicama gdje se promovisao bezbjedan seks. Čak i u mojoj osnovnoj školi su to promovisali. Ali opet sve to može bolje. Jer jako je bitno. Bezbjedan seks je jako bitan. Polno prenosive bolesti nisu šala. To nisu vodene ospice. To su bolesti koje imaju posljedice koje mogu ostati za čitav život. I to se mora, mora promovisati što više moguće.“ (D., 16)

„Mislim da bi trebalo još u školama imati seksualnu edukaciju. Možda ne kao predmet, ali da se organizuje nešto, ako ne na mjesečnom nivou. Da djeca mogu naći informacije, da mogu roditelji pitati predavača otvoreno. Ja sam jednom u životu u osam godina osnovne škole imao jedno predavanje, a u srednjoj ništa...A u šestom, sedmom razredu me nije to zanimalo jer nisam ni spoznao sebe, a kamoli o tome hoću li ja koristiti kondom ili nešto drugo u seksualnim odnosima.“ (A., 24)

Poseban oblik stigmatizacije MSM populacije naši ispitanici nalaze u tome što vjeruju da je vrlo raširena predrasuda u njihovoj sredini da je većina muškaraca homoseksualne orijentacije HIV pozitivno:

„Ljudi kažu samo MSM populacija je zaražena. Čak kažu da su čuli od nekih doktora za tu informaciju. Ne, to nije tačno. Može se bilo koji čovjek, bilo koje seksualne orijentacije, zaraziti HIV-om... I opet se vraćamo na tu stigmu i diskriminaciju jer znate kako kažu u našem narodu – peder ima sidu! Oni ne znaju šta je sida, šta je virus HIV-a apsolutno nije isto“ (A., 24).

„Siguran sam da je više HIV-a kod MSM samo zbog većeg broja testiranja. Kad bi sve testirali, nisam siguran gdje bi bio veći procenat kod MSM ili kod heteroseksualaca. MSM su više edukovani. Idem logikom ako se heteroseksualci rijetko testiraju, manje ih je“

Pojedini ispitanici su navodili mišljenje da su gej muškarci i više senzibilizirani i edukovani za pitanja prevencije HIV-a. U svakom slučaju, kao što je to sažeto zaključio najstariji ispitanik D., (45): „*ključni su edukacija i redovno testiranje*“.

5. DISKUSIJA

Rezultati ovog istraživanja omogućuju višedimenzionalno posmatranje faktora rizika koji su povezani sa rastućom epidemijom HIV-a u populaciji MSM u BiH, i ovo je prvo sveobuhvatno istraživanje MSM populacije u Bosni i Hercegovini. Ono obuhvata kvantitativnu i kvalitativnu komponentu, što omogućava bolje razumijevanje seksualnog ponašanja MSM populacije koje vodi ka povećanom riziku za inficiranje HIV-om, uključujući prirodu i intenzitet stigme i diskriminacije koja je uslovljena njihovom seksualnom orijentacijom, i drugih prediktora zdravlja MSM populacije u Bosni i Hercegovini.

Znanje MSM o putevima prenošenja infekcije HIV-om – Rezultati istraživanja su pokazali da MSM populacija u Bosni i Hercegovini nema adekvatno znanje o putevima prenosa i načinima prevencije HIV-a. Najveći procenat MSM je pokazao adekvatno znanje o pojedinačnim načinima prenosa HIV-a, kao što je pravilna upotreba kondoma ili upotreba već korištene igle kod ubrizgavanja droga, prenošenje HIV-a putem uboda komarca ili zajedničkim priborom za jelo, dok je manje od polovine MSM (46,3%) poznavalo sve načine prenosa HIV-a. Slični rezultati o poznavanju načina prenosa HIV infekcije su pronađeni i u drugim istraživanjima (73-77) ali koja su uglavnom sprovedena u zemljama Afrike i Azije. Posmatranjem rezultata istraživanja o putevima prenošenja HIVa u drugim populacijama pod povećanim rizikom u BiH (injekcioni korisnici droga, seksualne radnice, Romi) uočeno je da MSM populacija ima nešto veće znanje u odnosu na druge posmatrane populacije. Iako većina pripadnika populacija pod povećanim rizikom zna da se HIV infekcija može značajno smanjiti pravilnom upotrebom kondoma i upotrebom već korišćene igle, procenat tačnih odgovora na sva pitanja o transmisiji HIV-a je vidljivo manji (seksualne radnice 29,1%, injekcioni korisnici droga 7,8%, dok u populaciji Roma niti jedan ispitanik nije tačno odgovorio na sva pitanja o načinima transmisije HIV-a) (78,79,80).

Rizično ponašanje ispitanika – Posmatranjem podataka o korišćenju kondoma pri seksualnim odnosima uočeno je rizično ponašanje MSM ispitanika koje može rezultirati HIV infekcijom. U poslednjih šest meseci kondom pri seksualnim odnosima sa stalnim partnerima je koristilo manje od jedne petine MSM, a nešto veći procenat MSM je koristio kondom pri seksualnim odnosima sa slučajnim (41,5%) i komercijalnim

partnerima (42,9%). Na rizično ponašanje MSM ukazuje i podatak da tek nešto više od jedne petine ispitanika uvijek koristi kondom bez obzira da li je u pitanju stalni, slučajni ili komercijalni partner. Pregledom većeg broja studija iz Amerike, Evrope i Australije a koje obuhvataju period 1990-2013, Hess i saradnici su pronašli da postoji trend rasta praktikovanja seksualnih odnosa bez kondoma (81). Dodatni rizik za HIV infekciju predstavlja i korištenje alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci. Gotovo svaki drugi MSM (44,5%) koristi alkohol i/ili psihoaktivne supstance prilikom seksualnih odnosa, nešto više od jedne trećine (38,7%) navodi rizično ponašanje koje se odnosi na nezaštićen seksualni odnos pod uticajem alkohola i 14,7% pod uticajem psihoaktivnih supstanci. Uvidom u rezultate istraživanja uočeno je da ne postoji statistički značajna povezanost između znanja i korišćenja kondoma pri analnom i oralnom seksualnom odnosu dok je statistička značajnost prisutna kada se posmatra znanje i upotreba kondoma pod uticajem alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci. Veći procenat ispitanika sa nedovoljnim znanjem koristi alkohol i/ili psihoaktivne supstance. Rezultati iz drugih istraživanja ukazuju da upotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci vodi ka smanjenju inhibicijske kontrole i donošenje odluka koje bi bile drugačije bez korištenja alkohola (82-85). Rezultati studije provedene u Peruu pokazuju da su izgledi za upuštanje u seksualne odnose na dan pijenja znatno veći nego u dane kada ispitanici nisu konzumirali alkohol. Konzumiranje pet i više pića, odnosno stanje blage opijenosti je povećavalo šansu za seksualne odnose a konzumiranje dvanaest i više pića, odnosno stanje opijenosti je za četiri puta povećavalo šansu za upuštanje u seksualne odnose (82). Nalazi sličnih studija upućuju na povezanost upotrebe psihoaktivnih supstanci i nezaštićenih seksualnih odnosa u populaciji MSM (83,84,85).

Kvalitet života MSM u vezi sa zdravljem – Cjeloukupno zdravlje pojedinaca je u velikoj mjeri povezano sa kvalitetom života. Studije koje su se bavile kvalitetom života MSM su ukazale da se posmatranjem kvaliteta života mogu dobiti relevantni podaci o fizičkim, psihičkim, kognitivnim i društvenim funkcijama povezanim sa zdravljem. U ovom istraživanju kvalitet života MSM u vezi sa zdravljem je mjeren pomoću upitnika SF 36, a rezultati posmatrani na skali od 1 do 100, pri čemu SF skor bliži 100 ukazuje na bolji kvalitet života. Najveći skor (veći od 90) je zabilježen u domenu fizičkog zdravlja MSM, zatim u domenima ograničenja u vezi sa zdravljem, ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, društvenog funkcionisanja i boli (SF skor od 80 do 90),

dok je najmanji SF skor (od 70 do 80) zabilježen u domenima energije i emocionalnog stanja. Ukupan SF skor u MSM populaciji je 82,08. Istraživanjem je uočena statistički značajna povezanost između stepena obrazovanja i kvaliteta života MSM i to MSM sa visokim stepenom obrazovanja su u gotovo svim domenima imali bolji kvalitet života u odnosu na MSM sa niskim stepenom obrazovanja. Slično kao u drugim istraživanjima uočena je značajna povezanost između korištenja alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci i kvaliteta života MSM u domenima ograničenja u vezi sa emocionalnim problemima, energije, emocionalnog stanja i zdravlja generalno. Podaci iz studije provedene u Kini ukazuju na povezanost kvaliteta života i rizičnih ponašanja kao što su nezaštićeni seksualni odnosi ili upotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci (86) kao i rezultati studije provedene među MSM u Francuskoj koji dovode u vezu kvalitet života u vezi sa mentalnim zdravljem i nezaštićenim seksualnim odnosima (87).

Rezultati biološkog testiranja – U okviru ovog istraživanja je provedeno biološko testiranje čiji rezultati potvrđuju da je učestalost HIV-a u populacijama pod povećanim rizikom u BiH manja od 5%. Naime, kod 4 MSM (1,02%) je utvrđena HIV infekcija, kod 2 MSM (0,5%) infekcija virusom Hepatitisa C i kod 2 MSM infekcija virusom Hepatitisa B. Rezultati istraživanja ne pokazuju statistički značajnu povezanost između pozitivnog testa na neku od četiri spolno prenosive bolesti i korištenja kondoma, ali ovaj rezultat treba uzeti s rezervom s obzirom na nizak procenat MSM kod kojih je utvrđena neka od spolno prenosivih bolesti.

Izloženost stigmi i diskriminaciji – Rezultati kvantitativne komponente istraživanja ukazuju na postojanje vrlo raširene socijalne stigmatizacije i na različite oblike diskriminacije kojoj je MSM populacija izložena u BiH. U velikoj mjeri MSM je izložena javnim stavovima okoline da homoseksualnost nije normalna i samim tim je razumljiv rezultat istraživanja da se više od jedne trećine ispitanika pretvara da nije homoseksualne orijentacije te da se tek nešto više od jedne četvrtine MSM autovalo pred porodicom. Iako je procenat ispitanika koji su ostali bez posla ili stana relativno nizak, ovaj podatak treba pažljivo razmotriti s obzirom na činjenicu da visok procenat ispitanika krije svoju homoseksualnu orijentaciju. Svaki drugi ispitanik je bio izložen psihičkom zlostavljanju ili izrugivanju a 13,3% ispitanika je pretrpjelo fizičko nasilje. Nalazi istraživanja idu u prilog prethodno opisanim slučajevima stigme i diskriminacije

prema LGBT populaciji u Bosni i Hercegovini (88-91). MSM populacija se može shvatiti kao posebno ranjiva grupa. Naime, iako u BiH postoji Zakon o diskriminaciji kojim se zabranjuje diskriminacija na temelju spolne orijentacije i rodnog identiteta, ovaj zakon se ne implementira u punom obimu u praksi i još uvek nije razvijen sistem registrovanja slučajeva diskriminacije. Takođe, država nije javno osudila nasilje protiv LGBT osoba i nisu poznati odgovorni za napade na organizatore i sudionike Sarajevo Queer Festival 2008. godine, niti je bilo kod pod istragom ili kaznenim progonom. U toku 2013. godine u kancelariji Ombudsena za ljudska prava registrovano je 20 slučajeva govora mržnje koji su bili zasnovani na seksualnoj orijentaciji ili polu (91).

Kvalitativna komponenta istraživanja stavlja u fokus percepciju MSM populacije o sopstvenom položaju u savremenom društvu Bosne i Hercegovine, sa posebnim osvrtom na ulogu zdravstvene službe. U ovom radu našli smo veoma upečatljive i nepovoljne nalaze koji potvrđuju prisustvo stigme i diskriminacije kojoj su u BiH izloženi pripadnici MSM populacije. Strah, nepovjerenje i nesigurnost bili su upečatljiv nalaz kod svih naših ispitanika, potstičući dalje njihovu svjesnu samoizolaciju i prikrivanje.

Ovakav nalaz je u saglasnosti sa drugim istraživanjima koja su sprovedena u MSM populacijama širom svijeta, a pogotovo u zemljama u razvoju, tj. zemljama Afričkog kontinenta uključujući Sub-saharsku Afrike, gdje prava MSM populacije nisu zaštićena od strane države (92). Iako je Bosna i Hercegovina država koja se nalazi u regionu Jugoistočne Evrope, čiji se kontekst itekako razlikuje od maloprije pomenutih zemalja, prvenstveno u dekriminalizaciji drugačijeg seksualnog opredeljenja, ono je i i dalje socijalno visoko neprihvatljivo (25).

Svi naši ispitanici su percipirali izuzetno nepovoljnu opštu društvenu klimu prema MSM populaciji, nerijetko je fatalistički prihvaćajući kao nešto teško promjenljivo u sadašnjem trenutku. Prihvatanje fatalističkih misli može se protumačiti kao jedan od mehanizama kognitivnog bijega (*cognitive escape*), u kome se pojedinac miri sa neizbježnom situacijom jer ne vidi mogućnost da je promijeni u skoroj budućnosti (26,27). Takođe, u literaturi je nađeno da mehanizman kognitivnog bijega i nizak nivo samoefikasnosti u vezi sa bezbjednošću u seksualnim odnosima (*self efficacy for sexual safety*), zajedno sa depresijom, veoma nepovoljno utiču na rizično ponašanje i

povećavaju vjerovatnoću za dobijanje HIV (93-95). U slučaju naših ispitanika, sličan obrazac kognitivnog bijega se može prepoznati u mirenju sa homofobijom u BiH u odnosu na svijest da se u skoroj budućnosti, do suštinske promjene, može doći uz velike lične žrtve i angažovanje, najčešće u smislu promjene sredine i odlaska u neku od razvijenijih zemalja Zapadne Evrope, u kojima je položaj homoseksualne populacije značajnije bolji. Ovakav nalaz ukazuje na to da motivacija za migraciju veoma često nije samo ekonomske prirode, već da je upotpunjena potrebom za boljim odnosom okoline prema sebi, što je u skladu sa istraživanjem sprovedeno od strane Mole i saradnika u Londonu, među migrantima iz Centralne i Istočne Evrope (26). Ono je pokazalo da su ovakve migracije često praćene povećanom seksualnom aktivnosti, naročito u prvom periodu nakon dolaska. Takvi seksualni odnosi su često nezaštićeni, te je šansa za dobijanje HIV infekcije kod njih mnogo veća, što je slično sa rezultatima do kojih se došlo i u nekih drugim okruženjima za koje su karakteristične migracije ove populacione grupe i visok udio MSM populacije među novoinficiranim HIV-om, kao na primjer San Francisko (27).

Sistem zdravstvene zaštite je dio šire zajednice i u najvećoj meri oslikava određene stavove društva i vrijednosni sistem. Naši nalazi su pokazali da je, u rijetkim slučajevima, bilo sporadičnih situacija u kojima su intervjuisani bili izuzetno zadovoljni stavom ljekara prema njima. Pozitivan, nediskriminatorni stav zdravstvenih radnika pripisuju njihovom pohađanju edukativnih treninga za rad sa pripadnicima MSM populacije. Iako u naučnoj literaturi nismo naišli na publikovane radove iz oblasti evaluaciju znanja i stavova u vezi sa MSM među zdravstvenim radnicima u BiH, postoje radovi koji jasno ukazuju da u borbi protiv stigme, diskriminacije i nejednakosti ove populacione grupe ovakvi treninzi imaju najveću ulogu i značajno doprinose unapređenju odgovora zdravstvene službe na njihove potrebe (96).

Međutim, u većini slučajeva, naši nalazi ukazuju da zdravstvena služba u BiH u velikoj mjeri ponavlja obrasce ponašanja svih aktera u društvu u odnosu na MSM populaciju, iako bi trebalo da štiti ljudska prava i pravo na jednakost u zdravlju svih ljudi. Ovo istraživanje je pokazalo da osobe homoseksualne orijentacije u BiH nisu ni u kom slučaju bile lišene stigmatizacije ni u kontaktu sa zdravstvenom službom. Suprotno očekivanjima, naši ispitanici su nailazili na diskriminatorne i neprimjerene stavove

zdravstvenih radnika, koji bi po prirodi svoga posla morali da imaju svijest i viši stepen empatije prema potrebama MSM populacije. Usljed toga, pripadnici MSM populacije izbjegavaju kontakt sa zdravstvenom službom, što direktno štetno utiče na njihovo zdravlje i zadržava ih u začaranom krugu zdravstvenih rizika. Naime, nalazi ukazuju da je korišćenje zdravstvene službe svedeno samo na kurativnu zdravstvenu zaštitu a i tada se nerado obraćaju za pomoć. Potpuno neprihvatljiv odnos pojedinih zdravstvenih radnika prema MSM muškarcima imao je više nijansi, pa se kretao od formalnog odnosa, lišenog poverljivosti i sigurnosti pa do eksplicitnog uskraćivanja ljekarskih usluga, kao i neprofesionalnih i neetičkih savjeta da se drugačija seksualna orijentacija tretira kao problem, usud ili zla sudbina, i "liječi" uz pomoć magijskih i vjerskih obreda. Ovi nalazi su sasvim neprimjereni jednoj državi u Evropskom regionu i udaljavaju je od osnovnih vrijednosti, načela i principa Evropske Unije. U pregledu literature, slične nalaze o diskriminaciji MSM osoba od strane zdravstvene službe ili budućih zdravstvenih radnika nalazimo samo u radovima koji potiču sa geografski značajno udaljenijih i kulturološki drugačijih prostora, kao što su zemlje afričkog kontinenta (Nigerija, Uganda, Tanzanija, Kenija i druge) (97, 28). Naši ispitanici nisu vjerovali da im je zagarantovano pravo na poverljivost, obzirom na sopstvena iskustva u kontaktima sa zdravstvenom službom u zajednici, mada je to jedno od osnovnih prava predviđenih zakonom. Prisustvo fenomena koji se u literature naziva "*medical gossip*" nije nepoznato u tradicionalističkim društvima, kao što je to u Bosni i Hercegovini (98). Naime, ovaj fenomen se odnosi na strah pojedinaca da će poverljive informacije koje saopšti zdravstvenom radniku izaći iz okvira njihovog profesionalnog odnosa i ordinacije, što veoma štetno utiče na bezbjednost MSM osoba i njihovo povjerenje u zdravstvenu službu.

Pitanja prava, potreba i odnosa društva prema populacionim grupama drugačije seksualne orijentacije, kao što su MSM osobe, nisu bila na listi prioriteta političkih agenda niti u fokusu istraživača, u suviše kompleksnom istorijskom i geopolitičkom kontekstu Bosne i Hercegovine u vremenu prelaza dva vijeka, a takav trend je ostao i do danas. Posmatrajući ih kroz prizmu Maslovljeve hijerarhije potreba, postkonfliktnto društvo je prvo moralo da "osvoji" sigurnost koja proističe iz zadovoljenja osnovnih potreba koje su sve bile nedostižne u vrijeme i neposredno poslije rata. Pitanja mira i etničkih razgraničenja, političkog uređenja i novog ustrojstva svih razorenih društvenih

sistema i ekonomije, slagala su temelje novonastalih društvenih odnosa. Tako je i u odnosu na listu prioriteta kojima je trebalo da se javnozdravstveni autoriteti posvete, MSM populaciona grupa ostala negdje na marginama, čekajući prosperitetnije vrijeme i uslove. Sličan nalaz je i u ostalim zemljama u okruženju (Srbiji, Hrvatskoj i Crnoj Gori), koje su takođe imale složene (i vrlo slične) socijalne, kulturološke i političke okolnosti u bliskoj prošlosti, a na osnovu izvještaja Programa Ujedinjenih Nacija za razvoj (UNDP) (99). Tako, osim u Bosni i Hercegovini, i u drugim pomenutim zemljama primjetno nedostaju podaci iz relevantnih kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja o prisustvu i karakteristikama stigme i diskriminacije prema MSM populaciji, a zajednička je i činjenica da nema dovoljno preventivnih aktivnosti usmjerenih ka MSM populaciji i drugim seksualnim manjinama.

Ova studija ima određena **ograničenja**, i ona se odnose na dostupnost i selekciju ispitanika, koji su regrutovani putem aktivističkih organizacija u BiH, i koji gravitiraju ka velikim gradovima u BiH u kojima djeluju ove organizacije. Vjerujemo da potencijalni ispitanici, otvoreni ili latentni pripadnici MSM populacije koji nam nisu bili dostupni zbog njihove neumreženosti sa gore navedenim organizacijama, bi mogli da nam daju još drastičnije odgovore u vezi sa svojim iskustvima u zajednici i zdravstvenoj službi. Pretpostavljamo da procjenjena veličina MSM populacije od 0.57% u odnosu na ukupnu mušku populaciju Bosne i Hercegovine sigurno ne odražava pravu veličinu ove populacione grupe (19). Ali, takav slučaj imamo i u većini zemalja Centralne i Jugoistočne Evrope, pa su prevalence poznate samo za nekoliko zemalja a procjena za BiH je svakako najniža (88). Osim toga, podaci iz istraživanja su često bazirani na različitim indikatorima, što ograničava mogućnost poređenja. Tako, u Sloveniji imamo nalaz da je 1% muškaraca u uzrasnoj grupi 18-49 godina ikada imalo homoseksualni odnos, u Latviji je 4% (15-49 godina) a u Srbiji je po posljednjim podacima 2.4% muškaraca starosti 15-49 godina imalo seksualni odnos sa drugim muškarcem u poslednjih godinu dana (29).

6. ZAKLJUČAK

Ovim istraživanjem smo potvrdili da muškarci koji imaju seks sa drugim muškarcima u BiH nemaju dovoljno znanja o načinima prevencije HIV infekcije ali i da samo znanje u vezi sa HIV infekcijom nije dovoljan preduslov za bezbjedno seksualno ponašanje tj. za zaštićene seksualne odnose. Jedan dio muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima i pored dobrog poznavanja HIV infekcije i načina prevencije i dalje praktikuje rizično ponašanje, odnosno nezaštićene seksualne odnose. Na rizična ponašanja pored nezaštićenih seksualnih odnosa ukazuje i učestalo korištenje droga i psihoaktivnih supstanci prilikom seksualnih odnosa, veći broj seksualnih partnera i izloženost stigmatizaciji i diskriminaciji.

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima su suočeni sa različitim oblicima stigmatizacije, diskriminacije, predrasuda i drugih nejednakosti, kako u zdravstvenom sektoru, tako i u ostalim segmentima društva. Prisutnost stigmatizacije i diskriminacije je barijera za zadovoljenje različitih potreba MSM populacije i ostvarivanje njihovog punog zdravstvenog i ljudskog potencijala.

Kada je u pitanju homoseksualna populacija u Bosni i Hercegovini postoje brojne oblasti za unapređenje, edukaciju i strukturne reforme koje bi poboljšale kvalitet života MSM populacije i uticale na stvaranje društva koje obezbjeđuje i garantuje jednaka prava za sve građane BiH. Istovremeno je neophodan dalji rad na pronalaženju strategija za smanjenje rizičnog ponašanja MSM, uspostavljanje i provođenje preventivnih programa i kontinuirano podizanje svijesti o riziku na HIV.

7. LITERATURA

1. Schofield M. Social Aspects of Homosexuality. Br J Vener Dis 1964;40:129-134.
2. Laios K, Moschos MM, Koukaki E, Kontaxaki MI, Androutsos G. Homosexuality according to ancient Greek physicians. Psychiatriki 2017;28(1):60-66.
3. Percy WA III. Reconsideration about Greek homosexualities. Journal of Homosexuality 2005;49(3-4).
4. Merriam-Webster Dictionary. Dostupno na: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pederast>
5. Ciani AC, Battaglia U, Zanzotto G. Human Homosexuality: A Paradigmatic Arena for Sexually Antagonistic Selection. Cold Spring Harb Perspect Biol 2015;7(4):a017657.
6. Camperio-Ciani A, Corna F, Capiluppi C. Evidence for maternally inherited factors favouring male homosexuality and promoting female fecundity. Proc Biol Sci 2004;271(1554):2217–21.
7. Iemmola F, Ciani AC. New evidence of genetic factors influencing sexual orientation in men: female fecundity increase in the maternal line. Arch Sex Behav 2009;38(3):393-9.
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Dostupno na: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>
9. International Classification of Diseases Ninth Revision (ICD-9). Dostupno na: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm>
10. MKB-10, Deseta revizija, knjiga 1, Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija Beograd,1996, str.276
11. WHO. International Day against Homophobia, Transphobia and Biphobia. Dostupno na: <http://www.who.int/life-course/news/events/intl-day-against-homophobia/en/>

12. Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Willians Institute, April 2011.
13. Chen H, Zhang V, Tan H, Lin D, Chen M, Chen N, et al. Estimating the population size of men who have sex with men: a modified Laska, Meisner and Siegel procedure taking into account internet populations. *Sex Transm Infect* 2013;89(2):142-7.
14. Wang J, Yang V, Zhao W, Su H, Zhao X, Chen Y, et al. Application of Network Scale Up Method in the Estimation of Population Size for Men Who Have Sex with Men in Shanghai, China. *PLoS One* 2015;18:10(11):e0143118.
15. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ. Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. *BMC Public Health* 2013;13:919.
16. Sulaberidze L, Mirzazadeh A, Chikovani I, Shengelia N, Tsereteli N, Gotsadze G. Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men in Tbilisi, Georgia; Multiple Methods and Triangulation of Findings. *PLoS One* 2016;11(2):e0147413.
17. Wu E, Terlikbayeva A, Hunt T, Primbetova S, Gun Lee Y, Berry M. Preliminary Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men in Kazakhstan: Implications for HIV Testing and Surveillance. *LGBT Health* 2017;4(2)164-167.
18. Ning Z, Pan QC, Zheng XH, Zhang W, Lv F, Kang LY. [Study on using the multiplier method in estimating the size of men who have sex with men population in Shanghai]. [article in Chinese] *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2007;28(9):848-50.
19. AIDS Projects Management Group. Izvještaj o procjeni veličine MSM, PWID i SW populacije u BiH, Novembar 2013.
20. UNAIDS. UNAIDS Terminology Guidelines, 2015. Dostupno na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

21. Last JM. Rečnik javnog zdravlja (Urednik prevoda: Z. Radovanović).
Beograd: Libri Medicorum, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet,
Centar - Škola javnog zdravlja, 2009.
22. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Responses to
Discrimination and Psychiatric Disorders Among Black, Hispanic, Female,
and Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Am J Public Health*
2010;100(8):1477-84.
23. Ibañez GE, Purcell DW, Stall R, Parsons JT, Gómez CA. Sexual risk,
substance use, and psychological distress in HIV-positive gay and bisexual
men who also inject drugs. *AIDS* 2005;19:S49-S55.
24. Herek GM, Garnets LD. Sexual Orientation and Mental Health. *Annu Rev*
Clin Psychol 2007;3(1):353-75.
25. USAID. Men having sex with men in Eastern Europe: Implications of a
hidden HIV epidemic. Regional analysis report, 2010. 2010.
26. Mole RCM, Parutis V, Gerry CJ, Burns FM. The impact of migration on the
sexual health, behaviours and attitudes of Central and East European
gay/bisexual men in London. *Ethn Health* 2014;19(1):86-99.
27. Lama TT, Sudhinaraset M, McFarland W, Raymond HF. Migration and HIV
Risk Among Men Who Have Sex With Men, San Francisco, 2011. *AIDS*
Education and Prevention.
28. Rispel LC, Cloete A, Metcalf CA. "We keep her status to ourselves":
Experiences of stigma and discrimination among HIV-discordant couples in
South Africa, Tanzania and Ukraine. *Sahara J* 2015;12(1):10-17.
29. UNDP. Report exploring the link between MSM, homophobia and
HIV/AIDS in countries: Bosnia and Herzegovina, Croatia, Montenegro and
Serbia. 2010.
30. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S,
Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex
with men. *Lancet* 2012;380(9839):367-77.
31. Xu J-J, Zhang C, Hu Q-H, Chu Z-X, Zhang J, Li Y-Z, et al. Recreational
drug use and risks of HIV and sexually transmitted infections among

- Chinese men who have sex with men: Mediation through multiple sexual partnerships. *BMC Infect Dis* 2014;14:642.
32. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS* 2015; 29(10).
 33. The Global Forum on MSM and HIV (MS MGF). Social Discrimination Against Men Who Have Sex With Men (MSM). Implications for HIV Policy and Programs. Oakland, CA: MS MGF, 2010. Dostupno na: http://23.91.64.91/~msmgf/wp-content/uploads/2015/09/Stigma_EN_hi.pdf
 34. Buchmueller T, Carpenter CS. Disparities in Health Insurance Coverage, Access, and Outcomes for Individuals in Same-Sex Versus Different-Sex Relationships, 2000–2007. *Am J Public Health* 2010;100(3):489-95
 35. Šimunović VJ. Health care in Bosnia and Herzegovina before, during, and after 1992–1995 war: a personal testimony. *Conflict and Health* 2007;1:7.
 36. Amnesty international. Annual Report: Bosnia and Herzegovina 2013. Dostupno na: <http://www.amnestyusa.org/research/reports/annual-report-bosnia-and-herzegovina-2013?page=3>
 37. The European Region of the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Country Ranking. Dostupno na: <http://rainbow-europe.org/country-ranking>.
 38. Jalali S, Levy MJ, Tang N. Prehospital Emergency Care Training Practices Regarding Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients in Maryland (USA). *Prehospital and Disaster Medicine* 2015;30(02):163-6.
 39. Lim DV, Brown V, S.M.J. K. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: A review of best practices. *American Journal of Nursing* 2014;114:24-34.
 40. Jacques Pepin, *The Origins of AIDS*, Cambridge University Press, 2011.
 41. UNAIDS. Fact Sheet July 2017. Dostupno na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

42. Frederic D. Bushman, Gary J. Nabel, Ronald Swanstrom, HIV from Biology to Treatment. New York: Cold Spring Harbor, 2012.
43. Hansfield H. Hunter, Color Atlas & Synopsis of Sexually Transmitted Diseases, Third Edition. Mc Graw Hill Medical, 2011.
44. Copen CE, Chandra A, Febo-Vazquez I, Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Orientation Among Adults Aged 18-44 in the United States: Data From the 2011-2013 National Survey of Family Growth. Natl Health Stat Report 2016;88:1-14.
45. UNAIDS. World AIDS Day 2015. AIDS by the numbers 2015. Dostupno na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf
46. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Men who have sex with men. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.
47. Ministarstvo civilnih poslova BiH. Obavještenje povodom 1. decembra Svjetskog dana AIDS-a (2016). Dostupno na: <http://mcp.gov.ba/vijesti/default.aspx?id=7479&langTag=bs-BA>
48. Javna zdravstvena ustanova Institut za javno zdravstvo Republika Srpska, Banja Luka. Interna baza podataka o HIV infekcijama (podacima pristupljeno Decembar 1, 2016).
49. Grmek MD. Povijest SIDE. Zagreb: Nakladni zavod globus, 1996
50. WHO. Definition of key terms. Dostupno na: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
51. CDC: HIV Risk and Prevention. HIV by Group. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/hiv/group/index.html>
52. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (Annex 6.4. Interagency Working Group on Key Populations. HIV and young men who have sex with men: a technical brief. Draft). Geneva: WHO; July 2014.

53. Jia Y, Aliyu MH, Jennifer Huang Z. Dynamics of the HIV Epidemic in MSM. *BioMed Res Int* 2014;2014:3.
54. Hughes AJ, Chen YH, Scheer S. Condomless Anal Sex among HIV-positive Men who Have Sex with Men: Biomedical context Matters. *AIDS Behaviour*, 2017;(10):2886-2894
55. van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012;380(9839):367-77.
56. Xu J-J, Zhang C, Hu Q-H, Chu Z-X, Zhang J, Li Y-Z, et al. Recreational drug use and risks of HIV and sexually transmitted infections among Chinese men who have sex with men: Mediation through multiple sexual partnerships. *BMC Infect Dis* 2014;14:642.
57. Silva AP, Greco M, Fausto MA, Greco DB, Carneiro M. Risk Factors Associated with HIV Infection among Male Homosexuals and Bisexuals Followed in an Open Cohort Study: Project Horizonte, Brazil (1994-2010). *PLoS ONE* 2014;9(10):e109390.
58. The Global Forum on MSM and HIV (MS MGF). Social Discrimination Against Men Who Have Sex With Men (MSM). Implications for HIV Policy and Programs. Oakland, CA: MS MGF, 2010.
59. World Medical Association. World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013;310(20):2191-4.
60. Barros AB, Dias SF, Martins MRO. Hard-to-reach populations of men who have sex with men and sex workers: a systematic review on sampling methods. *Syst Rev* 2015;4:141.
61. UNAIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. 2010 Reporting. Geneva, Switzerland: March 2009.
62. WHO. UNICEF. UN AIDS. A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS. Geneva: WHO, December 2009. Dostupno na:

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_manual_09_en.pdf

63. Medical Outcome Trust. How to score the SF-36. Health Survey. Boston, Medical Outcomes Trust, 1994.
64. UNAIDS. Voluntary Counselling and Testing (VCT). Technical update. Geneva: UN AIDS, May 2000.
65. Ha H, Ross M, Risser J.M.H, Nguzen H.T.M. Measurement of Stigma in Men Who Have Sex with Men in Hanoi, Vietnam: Assesment of a Homosexuality-Related Stigma Scale. Journal of Sexually Transmitted Diseases, Volume 2013. Article ID174506. Dostupno na: http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc379-vct_en.pdf
66. Vaismoradi M. Turunen H. Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013;15(3):398-405
67. Strauss A, Corbin J. Grounded Theory Methodology - An Overview. In: *Handbook of Qualitative Research*, N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds.). Sage Publications: Thousand Oaks, 1994. pp. 273-285.
68. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.
69. Laura E. Durso, Ilan H. Meyer. Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals Sex Res Social Policy. 2013;10(1): 35–42.
70. SF-36 Health Survey (Original version) Language Recalls.
71. Motmans J, Meier P, Ponnet K, T'Sjoen G. Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. J Sex Med 2012;9:743–750
72. Dotlic et al. Validation of the Utian Quaity of Life Scale in Serbian postmenopausal women. Menopause 2015;22(9):984-92.
73. Gomes RR, Batista JR, Ceccato Md, Kerr LR, Guimarães MD. HIV/AIDS knowledge among men who have sex with men: applying the item response theory. Rev Saude Publica. 2014;48(2):206-15.

74. Wenzhe Ma, Gohui Wu, Hui Zheng, Wenjuan Zhang, Zhihang Peng, Rongbin Yu, Ning Wang. Prevalence and risk factors of HIV and syphilis, and knowledge and risk behaviors related to HIV/AIDS among men who have sex with men in Chongqing, China. *J Biomed Res.* 2016; 30(2): 101–111.
75. Sithole B. HIV prevention needs for men who have sex with men in Swaziland. *Afr J AIDS Res.* 2017 Dec;16(4):315-320.
76. Okonkwo U, Ameh S, Otu A, Okpara H. HIV-related knowledge, attitude and practices of healthy adults in Cross River State Nigeria: a population based-survey. *Pan Afr Med J.* 2017; 27: 170.
77. Tuan Anh Nguyen, Hien Tran Nguyen, Giang Truong Le, Roger Detels. Prevalence and Risk Factors Associated with HIV Infection Among Men Having Sex with Men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS Behav.* 2008;12(3):476–482.
78. JZU Institut za javno zdravstvo. Bio-bihevioralno istraživanje u populaciji seksualnih radnica (SW), 2015.
79. JZU Institut za javno zdravstvo. 2015. Bio-bihevioralno istraživanje među injekcionim korisnicima droga u pet gradova u BiH: Banjaluka, Bijeljina, Mostar, Sarajevo, Zenica
80. JZU Institut za javno zdravstvo. Istraživanje ponašanje u odnosu na HIV/SPI prevalencu među pripadnicima romske populacije u BiH, 2013.
81. Hess KL, Crepaz N, Rose C, Purcell D, Paz-Bailey G. Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2017;21(10):2811-2834.
82. Delgado JR, Segura ER, Lake JE, Sanchez J, Lama JR, Clark JL. Event-level analysis of alcohol consumption and condom use in partnership contexts among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Drug Alcohol Depend.* 2017;170:17-24.
83. Duan C, Wei L, Cai Y, Chen L, Yang Z, Tan W, Gan Y, Au WW, Zhao J. Recreational drug use and risk of HIV infection among men who have sex

- with men: A cross-sectional study in Shenzhen, China. *Drug Alcohol Depend.* 2017;181:30-36.
84. Fendrich M, Avci O, Johnson T. P. Mackesy-Amiti M.E. Depression, Substance Use and HIV Risk in a Probability Sample of Men who Have Sex with Men. *Addict Behav.* 2013 Mar;38(3):1715-8.
 85. Paquette R, Tanton C, Burns F, Prah P, Shahmanesh M, Field N, Macdowall W, Gravningen K, Sonnenberg P, Mercer CH. Illicit drug use and its association with key sexual risk behaviours and outcomes: Findings from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *PLoS One.* 2017; 12(5): e0177922.
 86. Yaxin Zhu, Jie Liu, Bo Qu, Bingxue Hu and Yang Zhang. Relationship between quality of life and unprotected anal intercourse among Chinese men who have sex with men: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2016; 16: 382.
 87. Bouhnik AD, Préau M, Schiltz MA, Peretti-Watel P, Obadia Y, Lert F, Spire B. Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;42(5):597-603.
 88. Brojevi koji ravnopravnost znače 2. Istraživanje potreba i problema LGBT osoba u Bosni i Hercegovini u 2017. godini. Sarajevski otvoreni centar, 2017. godina. Dostupno na: http://soc.ba/site/wp-content/uploads/2017/10/Brojevi-ravnopravnost_04.10.2017.-WEB-II.pdf
 89. Institucija Ombudsmena za ljudska prava Bosne i Hercegovine, septembar 2016. Specijalni izvještaj o pravima LGBT osoba u Bosni i Hercegovini, godine). Dostupno na: http://ombudsmen.gov.ba/documents/obmudsmen_doc2016110413333704eng.pdf
 90. Institution of the Human Rights Obdusman of Bosnia and Herzegovina, 2016. 2015 Annual Reports on the Results of the Activities of the Institution of the Human Rights Obdusman of Bosnia and Herzegovina. Banja Luka. Dostupno na:

http://ombudsmen.gov.ba/documents/obmudsmen_doc2016041515322172eng.pdf

91. Vasic V. Homophobic and transphobic hate crimes and incidents in Bosnia and Herzegovina. Data collected from March to November 2013. Sarajevo: Sarajevo Open Centre, 2014.
92. King R, Barker J, Nakayiwa S, Katuntu D, Lubwama G, Bagenda D, et al. Men at Risk; a Qualitative Study on HIV Risk, Gender Identity and Violence among Men Who Have Sex with Men Who Report High Risk Behavior in Kampala, Uganda. PLoS ONE. 2013;8(12):e82937.
93. Alvy LM, McKirnan DJ, Mansergh G, Koblin B, Colfax GN, Flores SA, et al. Depression is Associated with Sexual Risk Among Men Who Have Sex with Men, but is Mediated by Cognitive Escape and Self-Efficacy. AIDS and Behavior. 2010;15(6):1171-9.
94. Nemeroff CJ, Hoyt MA, Huebner DM, Proescholdbell RJ. The Cognitive Escape Scale: Measuring HIV-related Thought Avoidance. AIDS and Behavior. 2008;12(2):305-20.
95. Hoyt MA, Nemeroff CJ, Huebner DM. The effects of HIV-related thought suppression on risk behavior: Cognitive escape in men who have sex with men. Health Psychology. 25(4):455/61.
96. van der Elst EM, Smith AD, Gichuru E, Wahome E, Musyoki H, Muraguri N, et al. Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya. Journal of the International AIDS Society. 2013;16(4Suppl 3):18748.
97. Gu J, Lau JTF, Wang Z, Wu AMS, Tan X. Perceived Empathy of Service Providers Mediates the Association between Perceived Discrimination and Behavioral Intention to Take Up HIV Antibody Testing Again among Men Who Have Sex with Men. PLoS ONE. 2015;10(2):e0117376.
98. Sekoni AO, Jolly K, Gale NK, Ifaniyi OA, Somefun EO, Agaba EI, et al. Provision of Healthcare Services to Men Who Have Sex with Men in Nigeria: Students' Attitudes Following the Passage of the Same-Sex Marriage Prohibition Law. LGBT Health. 2016;3(4):300-7.

99. Bozicevic I, Voncina L, Zigrovic L, Munz M, Lazarus JV. HIV epidemics among men who have sex with men in central and eastern Europe. *Sexually Transmitted Infections*. 2009;85(5):336-42.

Prilog 1. Anketni upitnik

“ISTRAŽIVANJE PONAŠANJA U ODNOSU NA HIV/SPI PREVALENCU I SEKSUALNO PONAŠANJE MUŠKARCIMA KOJI IMAJU POLNE ODNOS E S DRUGIM MUŠKARCIMA (MSM)”

Šifra ispitanika: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ANKETNI UPITNIK

Poštovani, zahvaljujemo što ste pristali da učestvujete u istraživanju. Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja iz ovog upitnika i time date svoj doprinos istraživanju. Neka pitanja su veoma lična (o polnom životu, o korištenju droga i drugim navikama u ponašanju koje se mogu dovesti u vezu s HIV infekcijom)

Vaši odgovori su tajni. Garantujemo Vam potpunu anonimnost.

I: SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI :

1	Mjesec i godina rođenja	_ _ _ _ _ _ _	
2	Mjesto boravka	grad 1	
3	Državljanin ste	BiH 1 (upisati državu) 2	
4	Koliko dugo živite u ovom gradu/mjestu	broj godina _ _ upisati 00 ako je manje od 1 godine	
5	Koji je najviši nivo obrazovanja koje ste završili	bez škole 1 osnovna škola 2 srednja škola 3	
6	Zaposlen	da 1 ne 2 radim povremeno 3 učenik/student 4	

7	Bračno stanje	u braku/vanbračnoj zajednici (sa ženom) 1 neoženjen 2 razveden 3	
8	Vašu seksualnu orijentaciju bi opisali kao:	Homoseksualnu 1 Biseksualnu 2 Heteroseksualnu 3	
9	Imate li zdravstveno osiguranje	da 1 ne 2	
10	Jeste li učestvovali u sličnim istraživanjima u MSM populaciji koja su rađena prethodnih godina	Nisam 1 Da, 2008 godine 2 Da, 2010 godine 3 Da, 2012 godine 4	

II: SEKSUALNE AKTIVNOSTI sa muškarcima

11	Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali ANALNI seksualni odnos s	da 1	
12	S koliko ste godina imali prvi analni seksualni odnos s muškarcem	broj godina (dob) _ _	
13	S koliko različitih partnera ste imali analni odnos u proteklih 6 mjeseci a) broj partnera kad ste vi bili insertivni ("aktivni") partner b) broj partnera kad ste vi bili receptivni ("pasivni") partner	broj partnera _ _ ne znam 98 bez odgovora 99 broj partnera _ _ ne znam 98 bez odgovora 99	
14	Jeste li trenutno u vezi sa	Da 1	

	muškarcem	Ne, ali sam bio u vezi 2 Ne, nikada nisam bio u vezi 3	
15	Kako bi ste opisali vašu stalnu vezu (ako niste u stalnoj vezi prisjetite se vaše posljednje stalne veze)	Veza sa jednim muškarcem 1 Otvorena veza sa jednim muškarcem 2 Poligamna veza sa dva ili više muškaraca 3 Poligamna otvorena veza sa dva ili više muškar. 4 Drugo (upišite): _____ 5	
16	S koliko različitih STALNIH partnera ste imali analni odnos u proteklih 6 mjeseci <i>Stalni partner: partner s kojim imate seks na redovnoj bazi, živite, imate dugoročnu vezu ili ste za njega/nju oženjeni</i>	broj partnera _ _ ne znam 98 bez odgovora 99	00 → 19
17	Koliko puta ste imali analni odnos sa stalnim partnerom/partnerima u zadnjih mjesec dana	broj odnosa _ _ ne znam 98	
18	Uopšteno, kako često ste, u zadnjih 6 mjeseci koristili kondom sa stalnim partnerom/partnerima	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4 nikada 5 ne znam 6 bez odgovora 7	
19	S koliko različitih SLUČAJNIH partnera ste imali analni odnos u proteklih 6 mjeseci <i>Slučajni partner: partner s kojim ste imali seks jedno ili ga imate rijetko, uključuje seksualne radnice</i>	broj partnera _ _ ne znam 98 bez odgovora 99	00 → 20

	(prostitutke)		
20	Koliko puta ste imali analni odnos sa slučajnim partnerom/partnerima u zadnjih mjesec dana	broj odnosa _ _ ne znam 98	
21	Uopšteno, kako često ste, u proteklih 6 mjeseci koristili kondom sa slučajnim partnerom/partnerima	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4	
22	Zadnji put kad ste imali ANALNI odnos s muškarcem, jeste li koristili kondom	da 1 ne 2 ne sjećam se 3 bez odgovora 4	→ 24 → 24 → 24
23	Zašto tada niste koristili kondom	nije mi bio pri ruci u tom trenutku 1 preskupi su 2 ne sviđa mi se seks s kondomom 3 partner nije želio 4 u monogamnoj sam vezi 5	
24	Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali KOMERCIJALNE partnere (kojima ste pružali seksualnu uslugu u zamjenu za novac ili drugo)	da 1 ne 2 bez odgovora 3	→ 31
25	Vaši komercijalni partneri u zadnjih 6 mjeseci su bili	samo muškarci 1 samo žene 2 i muškarci i žene 3	
26	S koliko različitih komercijalnih partnera ste imali analni odnos u proteklih 6 mjeseci	broj partnera _ _ ne sjećam se 98	
27	Koliko puta ste imali analni seksualni odnos s komercijalnim partnerom u zadnjih mjesec dana	broj odnosa _ _ ne sjećam se 98	
28	Zadnji put kad ste imali analni	da 1	→ 30

	odnos s komercijalnim partnerom, jeste li koristili kondom	ne 2 ne sjećam se 3 bez odgovora 4	→ 30 → 30
29	Zašto tada niste koristili kondom	nije mi bio pri ruci u tom trenutku 1 preskupi su 2 ne sviđa mi se seks s kondomom 3 partner nije želio 4 procijenio sam da s tim partnerom nije potrebno 5 bojao sam se da ne izgubim erekciju 6drugo (navesti) 9	
30	Uopšteno, koliko često ste, u proteklih 6 mjeseci koristili kondom s komercijalnim partnerom	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4	
31	Jeste li u proteklih 6 mjeseci plaćali partneru za seksualnu uslugu (novcem, drogom ili dr.)	često 1 povremeno 2 rijetko 3 nikada 4	
32	Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali analni odnos bez kondoma s osobom za koju znate da je	da 1 ne 2	
33	U zadnjih 12 mjeseci, jeste li dobili kondome (npr. kroz outreach usluge, drop-in centru ili VCT-zdravstvene ustanove)	da 1 ne 2	
34	Vaša šifra pod kojom ste registrovani kad ste dobili kondome	I I I I I I I I I I	
35	U poslednjih 6 mjeseci koju vrstu	nisam koristio lubrikant 1	→ 37

	lubrikanta ste najčešće koristili tokom analnog seksualnog odnosa sa muškarcem	Vazelin 2 Krema/ mlijeko za tijelo 3 Ulje/maslac 4 Lubrikant na bazi vode (npr. Durex play) 5 Drugo (upišite):_____ 6	
36	Koliko često ste, uopšte, koristili lubrikant (sredstvo za podmazivanje) tokom analnih seksualnih odnosa s muškarcem	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4 nikada 5 ne znam 6 bez odgovora 7	
37	Jeste li, u proteklih 6 mjeseci, imali oralni seksualni odnos s muškarcem	da 1 ne 2	→ 41
38	S koliko različitih partnera ste imali oralni seksualni odnos u zadnjih 6 mjeseci	broj partnera u zadnjih 6 mjeseci _ _ ne znam 98	
39	Jeste li pri zadnjem oralnom seksualnom odnosu koristili kondom	da 1 ne 2 ne sjećam se 3	
40	Koliko često ste, uopšteno, koristili kondom pri oralnom seksu u proteklih 6 mjeseci	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4	
41	Znate li lične podatke (ime i prezime, adresu, broj telefona) osobe koja je bila Vaš zadnji	da 1 ne 2	
42	Koliko osoba znate imenom i/ili prezimenom koje su iste seksualne orijentacije kao i Vi	broj osoba _ _ _ ne znam 98 bez odgovora 99	

43	Gdje/kako najčešće susrećete/pronalazite svoje seksualne partnere (moguće do 3 odgovora)	u parku/na ulici 1 u klubu/kafiću 2 na privatnoj zabavi 3 fitnes klubovi 4 preko interneta 5	
44	Koliko često ste, u proteklih 6 mjeseci, odlazili na mjesta gdje se inače susreću MSM	nikada 1 nekoliko puta godišnje 2 jednom mjesečno 3	

III: SEKSUALNE AKTIVNOSTI sa ženama

45	Jeste li ikada imali seksualni odnos sa ženom (vaginalni, analni, oralni)	da 1 ne 2 bez odgovora 3	→ 50
46	Jeste li trenutno u vezi sa ženom	da 1 ne 2 bez odgovora 3	
47	U proteklih 12 mjeseci s koliko ste različitih žena imali seksualni odnos	broj žena _ _ ne znam 98	
48	Jeste li pri zadnjem seksualnom odnosu sa ženom koristili kondom	da 1 ne 2 ne sjećam se 3 bez odgovora 4	
49	Uopšteno, koliko često ste, u proteklih 6 mjeseci, koristili kondom s vašim ženskim seksualnim partnerom	svaki put 1 često 2 ponekad 3 rijetko 4 nikada 5	

		ne znam 6	
		bez odgovora 7	

IV: DRUGA RIZIČNA PONAŠANJA

50	Jeste li, u proteklih 6 mjeseci imali seks u grupi (s dvije ili više osoba)	da 1 ne 2 bez odgovora 3	
51	Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem alkohola bez kondoma	da 1 ne 2 bez odgovora 3	
52	Jeste li u proteklih 6 mjeseci imali seksualni odnos pod uticajem droga bez kondoma	da 1 ne 2 bez odgovora 3	
53	U posljednjih 6 mjeseci koliko često ste koristili jednu ili više vrsta opojnih droga neposredno prije seksualnog odnosa (heroin, kokain, amfetamin, (extasy), marihuanu, halucinogene (LSD), i sl,	nikada 1 rijetko 2 često 3 uvijek 4	

V: ZDRAVSTVENI PROBLEMI VEZANI UZ SEKSUALNU AKTIVNOSTI I SAMOPROCJENA RIZIKA ZARAZE HIV/AIDS-om

54	Jeste li ikada imali neku polno prenosivu infekciju	da 1 ne 2 bez odgovora 3	→ 57
55	Koju infekciju ste imali (moguće više odgovora)	gonoreja 1 genitalni herpes 2 humani papiloma virus 3 sifilis 4	

		virusni hepatitis B 5drugo (navesti) 6 ne zna/ne sjeća se 7	
56	Kome ste se obratili poslednji put kada ste imali neku polno prenosivu infekciju	doktoru 1 potražio sam savjet u apoteci 2 koristio sam lijekove koje imam u kući 3drugo (navesti) 4	
57	Kome biste se najprije obratili u slučaju da sumnjate da imate neku spolno prenosivu bolest (moguć samo jedan odgovor)	doktoru porodične medicine 1 doktoru privatne prakse 2 potražio bih savjet u apoteci 3 koristio bih lijekove koje imam u kući 4drugo (navesti) 5	
58	Obzirom na HIV status, Vaš partner (sadašnji ili posljednji)	nije se nikada testirao na HIV 1 HIV je pozitivan 2 HIV je negativan 3 nismo o tome nikada razgovarali 4	
59	Kada je riječ o opasnosti od zaraze HIV-om, šta mislite koliko ste Vi lično izloženi riziku	rizik ne postoji 1 rizik je malen 2 rizik je umjeren 3 rizik je velik 4	
60	Jeste li u proteklih 6 mjeseci promijenili nešto u svom seksualnom ponašanju kako biste smanjili rizik zaraze HIV-om i drugim polno prenosivim infekcijama	da 1 ne 2 ne znam 3 bez odgovora 4	→ 62
61	Što ste sve promijenili u svom seksualnom ponašanju (moguće	smanjio broj partnera 1	

	više odgovora)	imao polne odnose samo s jednim partnerom 2 češće koristio kondom 3 drugo (navesti) 4	
--	-----------------------	--	--

VI: ZNANJE O HIV INFEKCIJI

62	Može li se pravilnom upotrebom kondoma smanjiti rizik zaraze HIV-om:	da 1 ne 2 ne znam 3	
63	Može li osoba koja izgleda zdravo biti zaražena HIV-om	da 1 ne 2 ne znam 3	
64	Može li se zaraziti HIV-om koristeći pribor za jelo koji je koristila osoba zaražena HIV-om	da 1 ne 2 ne znam 3	
65	Može li se zaraziti HIV-om upotrebom već korištene igle	da 1 ne 2 ne znam 3	
66	Može li se oralnim seksualnim odnosom dobiti polno prenosiva bolest	da 1 ne 2 ne znam 3	
67	Može li se zaraziti HIV-om ako vam partner ejakulira u usta	da 1 ne 2 ne znam 3	
68	Može li se zaraziti HIV-om ubodom komarca	da 1 ne 2 ne znam 3	

69	Može li se smanjiti rizik od prenosa HIV-a uzajamnom vjernošću HIV nezaraženih seksualnih partnera	da 1 ne 2 ne znam 3	
----	--	---------------------------	--

VII: MSM STIGMA I DISKRIMINACIJA

70	Koliko često ste čuli da homoseksualnost nije normalna	Nikada 1 Rijetko 2 Ponekad 3 Često 4	
71	Koliko često osjećate da vaša seksualna orijentacija smeta vašoj porodici	Nikada 1 Rijetko 2 Ponekad 3 Često 4	
72	Koliko puta vam se desilo da vam se rugaju zbog vaše seksualne orijentacije	Nikada 1 Rijetko 2 Ponekad 3 Često 4	
73	Koliko često se pretvarate da niste homoseksualac (biseksualac) kako bi bili prihvaćeni u društvu	Nikada 1 Rijetko 2 Ponekad 3 Često 4	
74	Da li vaša porodica zna za vaše seksualno opredjeljenje	Da 1 Ne 2 Ne znam, nismo nikada o tome razgovarali 3	
75	Koliko često vam se desilo da izgubite prijatelje zbog vaše seksualne orijentacije	Nikada 1 Rijetko 2 Ponekad 3	

		Često 4	
76	Da li ste ikad ostali bez posla zbog vaše seksualne orijentacije	Da 1 Ne 2 Nisam bio zaposlen 3	
77	Da li vam se ikada desilo da vam stanodavac otkáže stan zbog vaše seksualne orijentacije	Da 1 Ne 2 Nisam imao stanodavca 3	
78	Da li vaš porodični doktor zna za vašu seksualnu orijentaciju	Da 1 Ne 2 Ne znam, nismo nikada o tome razgovarali 3	
79	Jesti li ikad pretrpjeli (moguće više odgovora)	Seksualno nasilje 1 Fizičko zlostavljanje 2 Psihičko zlostavljanje/izrugivanje/diskriminaciju 3 Mobbing 4 Nešto drugo (upišite):_____ 5	

VIII: ZDRAVLJE MSM

80	Generalno, da li biste rekli da je Vaše zdravlje	Odlično 1 Vrlo dobro 2 Dobro 3 Pristojno 4 Loše 5	
81	U poređenju sa godinu dana ranije, kako biste ocijenili svoje globalno zdravlje sada?	Mnogo bolje nego prije godinu dana 1 Nešto bolje nego prije godinu dana 2	

		Otprilike isto kao prije godinu dana 3			
		Nešto gore nego prije godinu dana 4			
		Mnogo gore nego prije godinu dana 5			
82	Sledeća pitanja se odnose na aktivnosti koje biste vjerovatno imali tokom uobičajenog dana. Da li Vas zdravlje sada ograničava u ovim aktivnostima? Ako da, koliko?				
		Da vrlo me ograničava 1	Da, malo me ograničava 2	Ne, uopšte me ne ograničava 3	
a	Aktivnosti koje zahtijevaju veliku energiju, kao trčanje, dizanje teških predmeta, učešće u sportskim aktivnostima	1	2	3	
b	Umjerene aktivnosti, kao što je pomjeranje stola, usisavanje, kupanje ili mini-golf	1	2	3	
c	Podizanje ili nošenje namirnica iz prodavnice	1	2	3	
d	Penjanje uz više nizova stepenica	1	2	3	
e	Penjanje uz jedan niz stepenjica	1	2	3	
f	Klečanje, savijanje ili naginjanje	1	2	3	
g	Hodanje više od 1,5 km	1	2	3	
h	Hodanje nekoliko stotina metara	1	2	3	
i	Hodanje sto metara	1	2	3	
j	Samostalno kupanje ili oblačenje	1	2	3	
83	Tokom poslednje četiri nedelje, da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili svakodnevnim aktivnostima kao posledicu Vašeg fizičkog zdravlja?				
		DA 1	NE 2		
	Smanjenje količine vremena koje možete da provedete u poslu ili drugim	1	2		

a	aktivnostima			
b	Postižete manje nego to biste željeli	1	2	
c	Ograničenje u vrsti posla ili drugih aktivnosti (npr. Koje zahtijevaju poseban napor)	1	2	
d	Imate teškoće u obavljanju posla ili drugih aktivnosti	1	2	
84	Tokom posljednje četiri nedelje, da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili svakodnevnim aktivnostima kao posljedica Vaših emocionalnih problema (kao što je osjećanje potištenosti ili napetosti)?			
		DA 1	NE 2	
a	Smanjenje dužine vremena koje ste mogli da provodite u poslu ili drugim aktivnostima	1	2	
b	Postizali manje nego što biste željeli	1	2	
c	Bavili ste se poslom ili drugim aktivnostima manje pažljivo nego obično	1	2	
85	U poslednje četiri nedelje, u kojoj su mjeri Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi, uticali na Vaše normalne društvene aktivnosti sa parodicom, prijateljima, susjedima?	Uopšte ne 1 Blago 2 Umjereno 3 Dobrim dijelom 4 Vrlo mnogo 5		
86	Koliko ste tokom poslednje četiri nedelje imali tjelesne bolove	Nimalo 1 Vrlo blage 2 Blage 3 Umjerene 4 Ozbiljne 5 Vrlo ozbiljne 6		
87	Tokom poslednje četiri nedelje, koliko je bol uticao na Vaš normalan posao (uključujući i posao van kuće i kućne	Uopšte ne 1		

	poslove)?	Sasvim malo 2 Umjereno 3 Dobrim dijelom 4 Vrlo mnogo 5						
88	Ova pitanja se odnose na to kako ste se osjećali tokom poslednje četiri nedelje. Za svako pitanje izaberite odgovor koji je najbliži tome kako ste se osjećali. Koliko ste (se) vremena tokom poslednje četiri nedelje....							
		Sve vrijeme	Većinu vremena	Dobar dio vremena	Neko vrijeme	Malo vremena	Nimalo vremena	
		1	2	3	4	5	6	
a	Osjećali puni života	1	2	3	4	5	6	
b	Bili vrlo nervozni	1	2	3	4	5	6	
c	Bili toliko neraspoloženi da ništa nije moglo da Vas oraspoloži	1	2	3	4	5	6	
d	Osjećali mirno i opušteno	1	2	3	4	5	6	
e	Imali mnogo energije	1	2	3	4	5	6	
f	Osjećali deprimirano i depresivno	1	2	3	4	5	6	
g	Osjećali istrošeno	1	2	3	4	5	6	
h	Bili srećni	1	2	3	4	5	6	
i	Osjećali umorno	1	2	3	4	5	6	
89	Tokom poslednje četiri nedelje, koliko su vremena Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi uticali na Vaše društvene aktivnosti (kao posjete prijatelja, rođaka, itd)?	Sve vrijeme 1 Većinu vremena 2 Neko vrijeme 3 Malo vremena 4 Nimalo vremena 5						

90	Koliko je svaka od sledećih tvrdnji za vas TAČNA ili NETAČNA						
		Sasvim tačna 1	Uglavnom tačna 2	Ne znam 3	Uglavnom netačna 4	Potpuno netačna 5	
a	Izgleda da se razboljevam nešto lakše od drugih ljudi	1	2	3	4	5	
b	Ja sam zdrav kao bilo ko koga poznajem	1	2	3	4	5	
c	Očekujem da se moje zdravlje pogorša	1	2	3	4	5	
d	Moje zdravlje je odlično	1	2	3	4	5	

IX: TESTIRANJE NA HIV I DRUGE POLNO PRENOSIVE INFEKCIJE

91	Znate li gdje se može testirati na HIV	da 1 ne 2	→ 93
92	Navedite neko mjesto gdje se može testirati na HIV (ne čitati odgovore)	Infektivna klinika (DPST) 1 NVO savjetovanište 2 Zavod/institut za javno zdravstvo (DPST) 3 Privatna laboratorija 4 Zavod/odjel za transfuziologiju 5 drugo (navesti) 6	
93	Jeste li se ikada testirali na HIV	da, jednom 1 da, više puta 2 ne 3	→ 96
94	Jeste li se testirali na HIV u zadnjih 12 mjeseci	da 1 ne 2	→ 96
95	Ako ste se testirali u zadnjih 12 mjeseci, znate li rezultat Vašeg	da 1 ne 2	

	zadnjeg testa		
96	Želite li se sada testirati na HIV, hepatitis B, hepatitis C i sifilis	da 1 ne 2	→ 98
97	Zašto se ne želite testirati (navesti razlog)		

HVALA NA SARADNJI!

98 Informisani pristanak 1 Da 2 Ne

Potpis anketara.....

Datum i mjesto popunjavanja upitnika.....

V: REZULTAT TESTIRANJA NA HIV/SPI

99	Uzorak krvi za testiranje na HIV, HCV, HBV i sifilis uzet	da 1 ne 2 samo rapid test na HIV 3			
100	Rezultati testiranja:	Pozitivan ¹	Negativan ²	Graničan ³	
	1 Na HIV	1	2	3	
	2 Na HCV	1	2	3	
	3 Na HBV	1	2	3	
	4 Na sifilis	1	2	3	

Potpis terenskog supervizora (nakon tehničke i logičke provjere upitnika i unosa rezultata testiranja):

.....

Datum |_|_|_|_|_|_|_|

BIOGRAFIJA

Dr Stela Stojisavljević je rođena 1969. godine u Banja Luci gdje je završila Gimnaziju i Medicinski fakultet. Školovanje je nastavila na Master studijama zdravstvene politike i menadžmenta na Medicinskom fakultetu u Beogradu koje je uspješno završila 2011. godine odbranom Master teze pod naslovom „Implikacija rezultata Globalnog istraživanja pušenja kod mladih na kreiranje politika i programa kontrole duvana orijentisanih prema mladima“. Zaposlena je u Institutu za javno zdravstvo Republike Srpske gdje obavlja dužnosti specijaliste socijalne medicine sa organizacijom i ekonomikom zdravstva. U periodu od marta 2010. do januara 2016. godine obavljala je funkciju koordinatora za prevenciju HIV-a u Republici Srpskoj i bila član Državnog koordinacionog tijela za prevenciju HIV-a i TB u Bosni i Hercegovini. Učestvovala je u više od 10 istraživanja iz oblasti HIV-a i jedan je od koautora desetak publikacija iz ove oblasti. Doktorske studije iz javnog zdravlja je započela 2014. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu, a u okviru kojih je uspješno položila sve ispite i objavila rad „Šejtan je ušao u tebe“: Kvalitativna studija o iskustvima muškaraca koji imaju seks sa drugim muškarcima u vezi sa stigmom i diskriminacijom koju doživljavaju od zdravstvenih profesionalaca i društva uopšte u Bosni i Hercegovini, u prestižnom časopisu PLoS One.

Osnivač je Udruženja javnog zdravlja Republike Srpske i član Evropske i Svjetske Asocijacije javnog zdravlja. Akreditovani je doktor ženskog odbojkaškog kluba Inova iz Banja Luke. Udata je i majka dvoje djece.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a **Stela Stojisavljević**

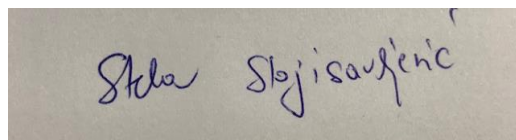
broj upisa **JZ-06/14**

Izjavljujem da je doktorska disertacija pod naslovom:

„Istraživanje stigmatizacije, diskriminacije, socijalnih i bioloških faktora rizika za infekciju HIV-om u populaciji homoseksualnih muškaraca“

- Rezultat sopstvenog istraživačkog rada
- Da predložena disertacija u cjelini ni u dijelovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- Da su rezultati korektno navedeni i
- Da nisam kršio/la autorska prava i koristio/la intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda



U Beogradu, 05. decembar 2017. godine

Prilog 2.

Izjava o istovjetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora **Stela Stojisavljević**

Broj upisa **JZ-06/14**

Studijski program **Javno zdravlje**

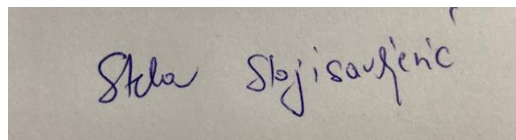
Naslov rada **„Istraživanje stigmatizacije, diskriminacije, socijalnih i bioloških faktora rizika za infekciju HIV-om u populaciji homoseksualnih muškaraca“**

Mentor **Doc. dr Bosiljka Đikanović**

Potpisana **Stela Stojisavljević**

Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovjetna elektronskoj verziji koju sam predala za objavljivanje na portalu Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu. Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mjesto rođenja i datum odbrane rada. Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda



U Beogradu, 05. decembar 2017. godine

Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom Istraživanje stigmatizacije, diskriminacije, socijalnih i bioloških faktora rizika za infekciju HIV-om u populaciji homoseksualnih muškaraca koja je moje autorsko djelo. Disertaciju sa svim priložima sam predala u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje. Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koju poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučila.

1. Autorstvo

2. Autorstvo – nekomercijalno

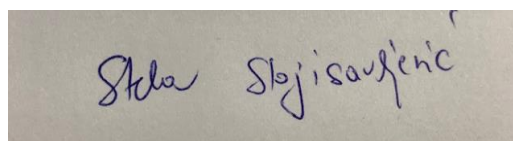
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade

4. Autorstvo nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima

5. Autorstvo – bez prerade

6. Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

Potpis doktoranda

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored piece of paper. The signature is written in a cursive script and reads "Stela Stojisavljević".

U Beogradu, 05. decembar 2017.