



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

**ИСТРАЖИВАЊЕ ЗНАЊА,
СТАВОВА И ПОНАШАЊА
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА
У ОБЛАСТИ HIV-а**



**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”**

**ИСТРАЖИВАЊЕ ЗНАЊА, СТАВОВА И
ПОНАШАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА
У ОБЛАСТИ НИВ-а**

2015.

Издавач:

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Уредништво:

Доц. др sc. med. Драган Илић

Слађана Барош, МРН

Проф. др Викторија Цуцић

Аутор извештаја:

Горан Опачић

Одељење за психологију, Филозофски факултет Универзитета у Београду

Лектура:

Тамара Груден

Дизајн, припрема и штампа:

ПРИМЕР, Лозница

agencijaprimer@gmail.com

Место и година издања:

Београд, новембар 2015. године

ISBN 978-86-7358-065-4

Потпројекат „Истраживања знања, ставова и понашања здравствених радника у области HIV-а” је реализован 2013. године у оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење HIV превенције и заштита особа под повећаним ризиком од HIV-а”, који је финансиран средствима из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије.

САДРЖАЈ

1.	УВОД	7
1.1.	НIV И СИДА У СРБИЈИ – ЕПИДЕМИОЛОШКИ ПОДАЦИ	7
1.2.	ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ И НIV – ПРОФЕСИОНАЛНИ РИЗИК	7
1.3.	ЗНАЊЕ, СТАВОВИ И ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У КОНТЕКСТУ НIV-а У СРБИЈИ.....	8
2.	ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	9
2.1.	ОПШТИ ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА	9
2.2.	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	9
3.	МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА.....	9
3.1.	ТИП СТУДИЈЕ.....	9
3.2.	ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ СПРОВЕДЕНО ИСТРАЖИВАЊЕ.....	9
3.3.	ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ И ЈЕДИНИЦА ПОСМАТРАЊА	9
3.4.	УЗОРАК	9
3.5.	КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ И ИСКЉУЧИВАЊЕ	11
3.6.	ИНСТРУМЕНТ ИСТРАЖИВАЊА	11
3.7.	ВАРИЈАБЛЕ И ИНДИКАТОРИ	11
3.8.	КОНТРОЛА КВАЛИТЕТА ПОДАТАКА.....	12
3.9.	ИЗМЕНЕ У ТРЕТИРАЊУ ПОДАТАКА У ОДНОСУ НА УНОСЕ НА УПИТНИЦИМА	13
3.10.	УНОС И СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА	13
3.11.	ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА	13
3.12.	ЧУВАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОДАТАКА.....	14
4.	ФАЗЕ И ДИНАМИКА ИЗВОЂЕЊА ИСТРАЖИВАЊА	14
4.1.	ТЕРЕНСКО ИСТРАЖИВАЊЕ.....	14
4.2.	ПОСТУПАК ИСПИТИВАЊА	14
5.	МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА	15
6.	ИЗРАДА ИЗВЕШТАЈА.....	15
7.	РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА.....	15
7.1.	РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	15
7.2.	ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА.....	36
8.	ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ	41
8.1.	ЗАКЉУЧЦИ	41
8.2.	ПРЕПОРУКЕ	43
9.	ЛИТЕРАТУРА.....	44
10.	ПРИЛОЗИ.....	45

Сажетак:

Истраживање о знању, ставовима и понашању здравствених радника у области HIV-а у Србији спроведено је као студија пресека бихејвиоралног карактера на репрезентативном узорку од 939 здравствених радника. Циљ студије био је да се резултати истраживања употребе за евалуацију активности на пољу националног одговора на HIV и за планирање нових едукативних програма намењених здравственим радницима.

Резултати истраживања су показали да је дошло до побољшања у готово свим испитиваним областима. Због великог броја акцидената и даље постоји релативно висока изложеност здравствених радника ризику од HIV инфекције, али је број акцидената ипак мањи него 2010. године. Као мера заштите на радном месту најзаступљеније су и увек доступне рукавице (88,2%) и маске (66,8%), док су заштитне наочари најмање доступне (16,7%). Иако се коришћење заштитних рукавица, маски и наочара повећава са њиховом доступношћу, чак и када су увек доступне, половина здравствених радника никада не носи рукавице, заштитне маске никада не користи 35,6% испитаника, а свега 68,6% користи рукавице само када знају да је пацијент заразан. Здравствени радници који током последњих годину дана користе заштитне рукавице (96,2%), маске (93,65) и наочари (75,0%) увек када су им доступне, сличне су учесталостима коришћења ових заштитних средстава у претходно истраживању из 2010. године. Истраживање показује благи пораст свести испитаника о постојању писаног упутства о универзалним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција, од 48,4% (2010) до 52,9% (2013). Упркос великом броју акцидената, здравствени радници се не тестирају на HIV, нити мисле да је то неопходно. Познавање HIV статуса пацијента и даље погрешно сматрају најбољом заштитом од HIV-а.

Постоје блага побољшања у знањима о HIV-у у односу на претходно истраживање а она се одnose на знања о вертикалној трансмисији и тестирању и периоду прозора, док су знања о опортунитичким инфекцијама и даље на лошем нивоу. Иако се ради о малим разликама у знању између здравствених радника, највише знања имају лекари на терцијарном нивоу здравствене заштите који раде у централној Србији. Такође, истраживање показује и мање стигматизујуће, тј. више позитивне ставове здравствених радника према људима који живе са HIV-ом у односу на претходна истраживања. Процент здравствених радника који дискриминишу особе са HIV-ом је и даље висок.

Здравствени радници који нису похађали едукације у области HIV-а показују изузетно лоше познавање поступака у случају акцидената, што је уједно и једини аспект у коме је дошло до погоршања у односу на претходно истраживање. Едукација има позитивне ефекте на познавање ових мера без обзира на то да ли су је испитаници похађали током последњих годину или пет година, што указује на то да су ефекти едукације релативно трајни.

Резултати истраживања сугеришу да су едукативни програми спроведени током последње три године утицали на стицање оних знања која су програмима била и планирана. У складу са тим, потребно је наставити едукацију обухватајући оне области у којима није било напретка: мере заштите од HIV-а на радном месту и поступање у случају акцидената. У циљу даљег праћења успешности превентивних програма и њихових корекција, неопходно је на сваке две године проверавати знање, ставове и понашање здравствених радника у области HIV-а помоћу дефинисаних националних индикатора.

Кључне речи: HIV, знање, понашање, ставови, здравствени радници

Summary:

Survey on knowledge, attitudes and behavior of health professionals in relation to HIV infection in Serbia was conducted as a cross sectional behavioral study on a representative sample of 939 health professionals. Aim of this study was to estimate previous activities in the field of the national response to HIV infection and planning appropriate educational programs for health professionals.

The results showed that there was an improvement in almost all areas tested. There is still a relatively high exposure of healthcare workers to the risk of HIV infection because of the large number of accidents, but the number of accidents is smaller than in the survey in 2010 year. Gloves are the most common and always available measure of safety in the workplace (88.2%), then masks (66.8%), while the glasses are least available (16.7%). Although the use of protective gloves, masks and glasses increases with their availability, even when they are not available, for half of health care workers never wears gloves, protective masks never used 35.6% of the respondents and only 68.6% used gloves only when they know that the patient is infectious. The frequency of use of these protective tools whenever they are available is similar to the frequency of use of these protective tools in the previous survey from 2010 year. The survey shows a slight increase awareness of the respondents about the existence of written guidelines on universal measures of protection against blood-borne infections, from 48.4% (2010) to 52.9% (2013). Despite the large number of accidents, health workers are not tested for HIV, nor do they think it is necessary. Knowledge of patient`s HIV status is still erroneously considered the best protection against HIV.

There is a slight improvement in knowledge about HIV in relation to previous research and it refers to the knowledge of vertical transmission and testing and window period while the knowledge of opportunistic infections remains at low level. Although this is a small difference in knowledge between medical workers, doctors have the most knowledge at the tertiary level of health care that work in central Serbia. Also, research shows that less stigmatizing and more positive attitudes of health workers towards people living with HIV in relation to previous research. Percentage of health workers who discriminate against people with HIV remains high.

Health care workers who have not received training in the field of HIV, showed extremely poor knowledge of procedures in case of accidents, which is the only aspect in which there has been a deterioration compared to the previous survey. Education has a positive effect on the knowledge of these measures, regardless of whether the respondents attended in the last year or five years, which indicates that the effects of education are relatively permanent.

The survey results suggest that educational programs conducted over the past three years contributed to the acquisition of the knowledge that the program was planned. Accordingly, it is necessary to continue the education of including those areas in which there was no progress : measures of protection against HIV in the workplace and procedures in case of accidents. In order to continue monitoring the effectiveness of prevention programs and their correction, it is necessary that every two years, have a knowledge, attitudes and behavior of health professionals in the field of HIV using defined national indicators.

Keywords: HIV, knowledge, behavior, attitudes, health workers

1. УВОД

1.1. HIV И СИДА У СРБИЈИ – ЕПИДЕМИОЛОШКИ ПОДАЦИ

Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (1) од почетка епидемије, 1985. године, до краја 2012. године у нашој земљи је регистровано 2850 особа инфицираних HIV-ом, од којих је 1645 особа оболело од сиде (58% свих регистрованих HIV позитивних особа), док су 1044 особе умрле од сиде (63% свих оболелих од сиде).

У истом периоду у Србији је живело 1715 особа инфицираних HIV-ом. Међутим, процене UNAIDS-а указују да у нашој земљи још око 1800 особа не зна да је инфицирано HIV-ом.

Од 125 новооткривених особа инфицираних HIV-ом у 2012. години, више од половине (55%) је из Београда, приближно петина (19%) је из Војводине, а готово четвртина (26%) је из осталих округа централне Србије. Регистровано је 11,5 пута више мушкараца у односу на жене (115 мушкараца према 10 жена), већина новооткривених је узраста 20–49 година (80 особа, односно 64%), при чему је скоро свака трећа особа узраста 30–39 година (44 особе, односно 35,2%). Регистроване су и две особе инфициране HIV-ом у узрасту 15–19 година. У односу на начин трансмисије, 86,4% се инфицирало незаштићеним сексуалним односом, а већина њих (66,4%) су мушкарци који имају секс са мушкарцима. У истом периоду новорегистровано је пет особа инфицираних HIV-ом (4%) међу инјектирајућим корисницима дроге, док за 12 новорегистрованих случајева (9,6%) није пријављен начин преноса HIV-а.

И поред бесплатног, током целе године доступног добровољног и поверљивог саветовања и тестирања на HIV у 23 града у Србији, свака трећа новооткривена HIV позитивна особа је свој HIV статус у 2012. години сазнала тек у терминалном стадијуму инфекције.

Од 1997. године у Србији је доступна и бесплатна високо активна антиретровирусна терапија (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HART) која је значајно продужила живот HIV позитивним особама и смањила смртност од сиде (9). Последњих десетак година регистровано је значајно повећање броја особа инфицираних HIV-ом које се лече HART терапијом, од 330 особа крајем 2003. године до 1100 особа крајем 2012. године, Укупна преваленција HIV инфекције крајем 2012. године износила је 24/100.000 или 0,02%.

1.2. ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ И HIV – ПРОФЕСИОНАЛНИ РИЗИК

Резултати проспективних студија у свету које су се спроводиле међу здравственим радницима, процениле су да је просечан ризик за пренос вируса након перкутане изложености крви инфициране HIV-ом износио 0,3%, док је процењени ризик након излагања HIV-у путем контакта слузница износио 0,09% (2, 3, 4). Иако су забележени случајеви преношења HIV-а путем изложености повређене коже, просечан ризик за овакав вид трансмисије није квантификован, али се процењује да је нижи од ризика трансмисије путем изложености слузница. Ризик за преношење телесним течностима и ткивима у којима је HIV присутан такође није квантификован, али се сматра да је значајно нижи од ризика за трансмисију након излагања крви.

Преношење HIV-а са пацијента на здравственог радника до данас је регистровано у 19 земаља, међу којима су само две са афричког и једна са азијског континента. У више од половине случајева то су Сједињене Америчке Државе (САД), а затим по учесталости следе Француска, Аустралија, Шпанија, Италија, Немачка и Велика Британија (5).

Већина развијених земаља одлучно се носи са проблемом изложености здравствених радника HIV инфекцији (6). У САД су важеће препоруке за управљање професионалном изложеношћу хепатитис Б вирусом – HBV, хепатитис Ц вирусом – HCV и HIV-у, донете 2001. године, док су европске препоруке управљања професионалном изложеношћу HBV и HCV објављене 2005. године (7). Ове препоруке се разликују, али и једне и друге представљају одличну основу за развој локалних и националних програма унапређења превенције и контроле изложености здравствених радника HIV инфекцији.

У Србији нема забележених случајева преношења HIV са пацијента на здравственог радника. Мере заштите од крвљу преносивих инфекција су донете, али до сада није било програма који би се свеобухватно бавили професионалном изложеношћу HIV-у и дефинисању мера за превенцију преноса са пацијента на здравственог радника и обрнуто.

1.3. ЗНАЊЕ, СТАВОВИ И ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У КОНТЕКСТУ HIV-a У СРБИЈИ

У Србији су до сада спроведена три истраживања о знању, ставовима и понашању здравствених радника у контексту HIV инфекције: 2003, 2008. и 2009. године. На основу резултата ових истраживања планиране су активности превенције HIV-a и смањења стигме у здравственом систему. Резултати истраживања из 2009. године показали су да здравствени радници највише знања имају о сексуалном преношењу HIV-a и чињеницама повезаним са тим да се са HIV-ом може живети дуго година (8). Резултати су још показали да најмање знања здравствени радници имају о вертикалној трансмисији HIV-a, лечењу и опортунистичким инфекцијама, „периоду прозора” и тестирању, као и о мерама заштите од HIV-a и поступању у случају акцидента. Према овом истраживању, здравственим радницима средства заштите (заштитне рукавице, маске и наочари) нису увек доступна, а и када јесу, они их не користе увек. Један од најзначајнијих налаза свакако је онај који се односи на то како здравствени радници тумаче ризик од инфицирања HIV-ом на радном месту. Наиме, као најважнију меру заштите од HIV-a они наводе познавање HIV статуса пацијента које, без довољно знања о „периоду прозора“ и HIV тестирању, не могу правилно да тумаче. Тако здравствени радници перципирају ризик тамо где га реално нема (непознавање HIV статуса пацијента), а не перципирају тамо где га има (велики број акцидента и непридржавање основним мерама заштите од крвљу преносивих инфекција). Резултати овог истраживања су показали да, осим негативних ставова које здравствени радници имају према популацији која живи са HIV/AIDS-ом (*People Living with HIV/AIDS – PLHIV*), показују и позитивне ставове који су углавном у домену професионалне одговорности. Значајно је да мање изражене негативне ставове имају они здравствени радници који су били у прилици да пружају услуге људима који живе са HIV-ом, они имају и више знања, углавном су лекари и стоматолози запослени у Београду (8).

У Србији је спроведено неколико студија које су се бавиле стигмом и дискриминацијом PLHIV у здравству, као и како та искуства утичу на њихово коришћење услуга здравствене заштите. Истраживање квалитета живота људи који живе са HIV-ом спроведено 2012. године¹ (исто истраживање спроведено је 2010. и 2008. године), показало је да је више од четвртине испитаника (27,5%) током последњих годину дана доживело стигму и дискриминацију у здравственој институцији. Овај је проценат нешто нижи у односу на истраживање из 2010. године. Када се ради о задовољству пруженим здравственим услугама у домовима здравља, особе које живе са HIV-ом, као и у претходним истраживањима, задовољније су лекаром него здравственом услугом у домовима здравља, али је задовољство пруженом здравственом услугом било лошије од уоченог у истраживањима 2010. и 2008. године.

У истраживању HIV Стигма индекс, спроведеном 2012. године,² преко трећине здравствених радника (32,9%) показало је дискриминаторно или врло дискриминаторно понашање према онима који су им откривали свој HIV позитиван статус, док је скоро четвртина (23,8%) ових особа изјавила да су здравствени радници њихов HIV статус саопштили другим особама без њихове сагласности. Више од половине испитаника (58,9%) није сигурно, док је 43,6% испитаника потпуно сигурно да се њихова документација не чува поверљиво. Приближно половина испитаника (51,8%) изјавила је да у последњих 12 месеци није имала конструктиван разговор са здравственим радником о могућностима свог лечења у вези са HIV-ом, а 77,0% истих испитаника није обавило саветовање са здравственим радником о другим питањима, као што су сексуално и репродуктивно здравље, сексуални односи, емоционално здравље, употреба дрога итд.

1 Резултати истраживања нису публиковани.

2 Резултати истраживања нису публиковани.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

2.1. ОПШТИ ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Општи циљ истраживања је да се сагледају знање, ставови и понашање здравствених радника у области HIV-a, на основу којих би могли да се планирају и креирају адекватни едукативни програми за здравствене раднике намењени смањењу стигме и дискриминације према PLHIV, изврши процена успешности националног одговора на HIV и AIDS.

2.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Специфични циљеви треба да:

1. Утврде која знања здравствени радници имају о HIV-у и сиви и како их користе у пракси
2. Утврде знања које здравствени радници сматрају да су им потребна у области HIV-a, тј. њихове едукативне потребе у овој области
3. Идентификују ставове здравствених радника према PLHIV
4. Утврде однос знања и ставова здравствених радника према PLHIV
5. Испитају услове за адекватно поступање (добра праксу) и заштиту од HIV-a на радном месту, постојање протокола о поверљивости, доступност постекспозиционе терапије, и
6. Дају препоруке за доносиоце одлука у вези са садржајем и начином извођења едукације и тренинга (територијална дистрибуција, заступљене професије, методе учења).

3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

3.1. ТИП СТУДИЈЕ

У истраживању је коришћена студија пресека бихејвиоралног карактера на репрезентативном узорку здравствених радника у установама примарне, секундарне и терцијалне здравствене заштите у Републици Србији.

3.2. ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ СПРОВЕДЕНО ИСТРАЖИВАЊЕ

Истраживање је спроведено у 25 региона на територији Републике Србије. Стратификованим случајним узорковањем у истраживање су укључене установе из следећих градова/општина: Мали Иђош, Нова Црња, Зрењанин, Кикинда, Панчево, Кула, Сомбор, Бечеј, Жабал, Нови Сад, Стара Пазова, Стари Сланкамен, Београд, Крупањ, Лозница, Ваљево, Смедеревска Паланка, Голубац, Кладово, Аранђеловац, Крагујевац, Деспотовац, Параћин, Кучево, Књажевац, Зајечар, Нова Варош, Ужице, Лучани, Чачак, Тутин, Врњачка Бања, Александровац, Крушевац, Мерошина, Ниш, Соко Бања, Блаце, Бабушница, Медвеђа, Лесковац, Трговиште, Сурдулица.

3.3. ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ И ЈЕДИНИЦА ПОСМАТРАЊА

У истраживање су укључени здравствени радници из плана мреже здравствених установа Републике Србије.

3.4. УЗОРАК

Истраживање је извршено на вишеетапном, стратификованом случајном узорку од 939

здравствених радника из 50 институција (прилог 1) које су методом случајних бројева изабране у оквиру сваког округа у Републици Србији. Из сваке институције случајно је изабран пропорционалан број испитаника који је пропорционалан величини институције (табела 1). При томе се водило рачуна да образовна, полна и добна структура одговара структури запослених. Тиме је постигнута вишеструка репрезентативност узорка.

Табела 1. Дистрибуција здравствених радника у узорку према нивоу здравствене заштите, занимању, полу и узрасту и окрузима*

Округ	Ниво заштите				Занимање				Пол		Старост			
	При-марни	Секун-дарни	Тер-цијарни	Завод за јавно здравље	Лека-ри	Меди-цинске сестре	Сто-мато-лози	Баби-це	Муш-ки	Женски	30 и мање	31 до 40	41 до 50	50 и више
Севернобачки	7	0	0	0	1	6	0	0	1	5	1	2	3	1
Средњобанатски	10	0	0	10	6	10	1	0	4	15	2	6	8	2
Севернобанатски	0	0	0	11	2	8	0	0	2	9	2	2	4	3
Јужнобанатски	15	24	0	0	10	24	1	4	9	30	6	13	14	6
Западнобачки	14	0	0	10	7	16	1	0	6	18	3	7	6	8
Јужнобачки	39	0	35	0	20	44	2	7	13	61	16	15	21	21
Сремски	15	11	0	0	9	15	1	1	5	21	3	8	9	6
Београд	107	62	95	0	67	154	8	27	43	218	42	70	80	61
Мачвански	32	0	0	0	8	20	3	1	2	30	7	11	7	7
Колубарски	20	0	0	0	6	13	1	0	5	15	3	6	5	6
Подунавски	11	12	0	0	7	13	1	2	5	18	5	8	8	2
Браничевски	0	26	0	0	7	17	2	0	4	22	3	12	5	6
Шумадијски	0	25	22	0	15	26	2	4	9	38	16	16	5	9
Поморавски	29	0	0	0	9	18	2	0	6	23	3	7	14	5
Борски	19	0	0	0	6	11	1	1	2	17	1	4	9	5
Зајечарски	0	22	0	0	7	13	1	1	7	15	4	13	5	0
Златиборски	37	0	0	0	12	22	1	2	7	30	3	14	13	7
Моравички	13	0	0	11	9	14	0	1	5	19	3	5	7	8
Рашки	20	12	0	0	11	18	1	1	7	24	2	11	10	7
Расински	24	0	0	0	8	12	1	3	5	19	1	9	12	2
Нишавски	13	46	0	0	21	34	1	0	17	41	8	13	25	11
Топлички	13	0	0	0	4	8	1	0	3	10	1	6	4	2
Пиротски	12	0	0	0	4	7	1	0	2	10	2	5	4	1
Јабланички	17	0	0	12	10	18	1	0	6	23	0	9	15	4
Пчињски	26	0	0	0	9	16	1	0	6	20	3	7	8	8

*Укупан број испитаника/ца је 939. Међутим, укупни бројеви испитаника/ца у односу на дистрибуцију према занимању, полу и старости се разликују од укупног броја испитаника (939), јер нису сви испитаници/це одговорили на питања везана за занимање, пол и старост. Податак о нивоу здравствене заштите постоји за свих 939 испитаника/ца.

3.5. КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ И ИСКЉУЧИВАЊЕ

У истраживање су укључени здравствени радници оба пола који:

- имају 18 година и више,
- без обзира на статус запослења (стални или привремени радни однос),
- раде у здравственим установама сва три нивоа здравствене заштите најкраће месец дана,
- су добровољно дали свој пристанак да буду укључени у истраживање.

Из истраживања су искључени здравствени радници оба пола који:

- нису стално или привремено запослени у здравственим установама најмање месец дана, не прихватају да добровољно учествују у истраживању.

3.6. ИНСТРУМЕНТ ИСТРАЖИВАЊА

У циљу прикупљања података коришћен је структурирани упитник затвореног типа. Инструмент је у највећем делу преузет из истраживања из 2010. године (8). Упитник за ово истраживање садржао је 28 питања, груписаних у целине о:

- демографским карактеристикама,
- изложености ризику од инфекције на радном месту,
- знању о HIV-у и AIDS-у,
- едукацији и доброј пракси,
- ставовима, стигми, дискриминацији, и
- образовним потребама.

Упитнику је додат део који се тиче односа према особама које су се инфицирале HIV-ом кроз хомосексуалне односе, део о ставовима који је коришћен у упитнику о здрављу становништва Србије, затим део који се односи на разлоге због којих се испитаници нису тестирали на HIV, и део који се односи на разлоге ношења двоструких рукавица.

Претестирање упитника је спроведено код 15 здравствених радника Института за јавно здравље Србије у Београду.

3.7. ВАРИЈАБЛЕ И ИНДИКАТОРИ

Извршена је анализа свих података у односу на опште и демографске карактеристике испитаника (тип здравствене установе, занимање, пол и узраст).

Исходишне варијабле:

- a) Заступљеност коришћења заштитних мера на послу (рукавице, маске, наочари, писана упутства),
- b) Учесталост тачних одговора о HIV/AIDS-у,
- c) Заступљеност едукације о HIV/AIDS-у,
- d) Учесталости позитивних и негативних ставова о HIV/AIDS-у,
- e) Заступљеност стигме и дискриминације међу здравственим радницима и
- f) Учесталост тестирања на HIV међу здравственим радницима.

Предиктор варијабле:

- a) Опште и демографске карактеристике (тип здравствене установе, пол, узраст, занимање, дужина радног стажа у здравству),
- b) Перцепција ризику на радном месту (врста интервенција које здравствени радници обављају, акциденти, мере заштите, одлагање отпада),
- c) Информисаност о HIV/AIDS-у (едукације, знање, искуство, тестирање, ставови).

Индикатори

1	Индикатор 49* (Препоручени индикатор – UNGASS, кључни национални индикатор – PEPFAR)	Процент жена и мушкараца узраста између 15 и 49 година који немају дискриминаторни став према PLHIV	Бројилац: Број испитаника/ца (узраста од 15 до 49 година) који/е су пријавили/е да имају/е недискриминаторан став према PLHIV Именилац: Укупан број испитаника/ца (узраста од 15 до 49 година) укључених у истраживање који су икада чули за HIV
2	Индикатор 52 (Национални индикатор – Министарство здравља/GFATM)	Процент здравствених радника који немају дискриминаторни став према PLHIV	Бројилац: Број испитаника/ца који/е су пријавили/е да имају/е недискриминаторан став према PLHIV Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV
3	Додатни заједнички (стигма) индикатор Препоручени индикатор за мерење ставова опште популације (UNICEF, PEPFAR)	Процент испитаника/ца који се слажу са најмање једним недискриминаторним ставом	Бројилац: Број испитаника/ца који/е су пријавили/е да се слажу са бар једним недискриминаторним ставом Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV
3.1	Додатни заједнички (стигма) индикатор Препоручени индикатор за мерење ставова опште популације (UNICEF, PEPFAR)	Процент испитаника/ца који би прихватили да негују у свом домаћинству члана породице оболелог од HIV-а	Бројилац: Број испитаника/ца који/е су пријавили/е да би прихватили да негују у свом домаћинству члана породице оболелог од HIV-а Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV
3.2	Додатни заједнички (стигма) индикатор Препоручени индикатор за мерење ставова опште популације (UNICEF, PEPFAR)	Процент испитаника/ца који би куповали свеже поврће од власника продавнице или продавца хране који има HIV	Бројилац: Број испитаника/ца који/е су пријавили/е да би куповали свеже поврће од власника продавнице или продавца хране који има HIV Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV
3.3	Додатни заједнички (стигма) индикатор Препоручени индикатор за мерење ставова опште популације (UNICEF, PEPFAR)	Процент испитаника/ца који сматрају да учитељици/наставници која има HIV инфекцију, али није оболела, треба дозволити да настави да предаје у школи	Бројилац: Број испитаника/ца који/е сматрају да учитељици/наставници која има HIV инфекцију, али није оболела, треба дозволити да настави да предаје у школи Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV
3.4	Додатни заједнички (стигма) индикатор Препоручени индикатор за мерење ставова опште популације (UNICEF, PEPFAR)	Процент испитаника/ца који не би желели да држе у тајности да је члан њихове породице инфициран HIV-ом	Бројилац: Број испитаника/ца који/е не би желели да држе у тајности да је члан њихове породице инфициран HIV-ом Именилац: Укупан број испитаника/ца укључених у истраживање који су икада чули за HIV

* Због дефиниције узраста (15–49) у кључном националном индикатору – 49, примена овог индикатора у нашем истраживању има ограничења у популацији здравствених радника (18–49).

3.8. КОНТРОЛА КВАЛИТЕТА ПОДАТАКА

Током прикупљања података на терену (анкетирања) спровођен је редован надзор и праћење квалитета податка и процеса њиховог сакупљања. Анкетари су обављали проверу попуњености упитника на самом месту анкетирања, како би могли да га допуне у потпуности, или уколико испитаницима нису била довољно јасна нека питања, да пружи додатна објашњења. Другу проверу квалитета обављали су теренски координатори и то одмах по преузимању попуњеног упитника пред анкетаром који је доставио материјал. Уколико је грешка била техничке природе, она се одмах исправља, а ако је то било немогуће, онда се упитник проглашавао неисправним. Трећу проверу обављао је главни истраживач након што му је попуњени материјал доставио теренски координатор. Том приликом они су заједно утврђивали исправност попуњених упитника, исправне анкете упућивали на унос података, а неисправне одстрањивали. Број исправних и неисправних упитника уносио се у свакодневне извештаје. Главни истраживач је давао сугестије теренским координаторима на шта треба да обрате пажњу у даљем току истраживања.

3.9. ИЗМЕНЕ У ТРЕТИРАЊУ ПОДАТАКА У ОДНОСУ НА УНОСЕ НА УПИТНИЦИМА

Третирање неких добијених података је измењено због начина на који су испитаници одговарали на поједина питања. Детаљан опис налази се у прилогу 2.

3.10. УНОС И СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

За обраду података коришћен је статистички пакет SPSS (верзија 20).

За опис основних параметара узорка и подузорака израчунате су фреквенције, проценти, просеци, стандардне девијације, као и одговарајуће стандардне грешке. Подаци су анализирани према полу, узрасту и типу здравствене установе из које потичу испитаници. Посебан акценат је стављен на анализу индикатора у формату који се захтева „Систем и план за мониторинг и евалуацију националног стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS”.

Када је реч о варијаблима мереним на интервалном нивоу значајност разлика између подузорака рачуната је уз помоћ Фишерове анализе варијансе, а када је реч о номиналним варијаблима Пирсоновим χ^2 тестом.

За утврђивање повезаности међу варијаблима рачунати су Пирсонов коефицијент корелације, Фишера ета, фи-коефицијент и Крамеров W statistic. Бонферонеова корекција за мултипле компарације коришћена је за утврђивање значајности појединачних разлика.

За утврђивање латентне структуре која се налази у основи ставова коришћен је поступак факторске анализе, метод анализе главних компонената.

3.11. ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Сви испитаници су добили усмено објашњење и писану информацију која је садржавала све податке од значаја за давање информисане сагласности за укључивање у студију (значај спровођења студије, разлози спровођења, поверљивост, анонимност анкете, могућност одустајања, као и начин и сврха коришћења добијених резултата). Сваки испитаник је дао писмену сагласност, коју је својим потписом гарантовао и теренски истраживач.

Потпуна анонимност података је постигнута тако што су сагласности са именом и презименом држане одвојено од упитника, а имена учесника нису нигде регистрована.

Учешће у студији је било добровољно за све испитанике и сваки испитаник је могао у било којој фази анкетирања прекинути учешће у студији, за шта не би сносио никакве негативне последице.

Сви подаци добијени током студије кориштени су само за потребе студије. Сви чланови

истраживачких тимова били су едуковани о етичким аспектима студије и тренирани за приступ испитаницима.

Анкетари су уносили податке у базу у *moodle* платформи, а након уноса упитници су достављани теренском координатору. Сваки анкетар био је задужен за безбедно руковање и чување упитника до момента достављања.

3.12. ЧУВАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОДАТАКА

Чување и коришћење података се одвијало у складу са одредбама уговора Министарства здравља Републике Србије. Након истраживачког периода сви подаци се чувају минимум пет година у установи која је имплементирала истраживање. Подаци који су од националног значаја за процену и праћење одговора на HIV/AIDS се чувају у Институту за јавно здравље Србије (Национална канцеларија за HIV/AIDS и/или у Министарству здравља Републике Србије).

4. ФАЗЕ И ДИНАМИКА ИЗВОЂЕЊА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је обухватало три фазе. Прва фаза је била припремна и подразумевала је формирање истраживачког тима, израду протокола истраживања, узорковање, прављење плана обраде података, израду *moodle* базе за унос података и обуку теренског тима. Друга фаза је подразумевала спровођење истраживања на терену, а трећа фаза писање извештаја.

4.1. ТЕРЕНСКО ИСТРАЖИВАЊЕ

Теренско истраживање трајало је девет радних дана, од 13.11.2013. до 25.11.2013. Анкетари су били психолози или студенти Одељења за психологију Филозофског факултета у Београду, а регрутовани су уз помоћ факултетске мреже психолога. Сви чланови теренског тима прошли су једнодневну обуку организовану у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, која је обухватала општи део, заједнички за сва истраживања и специфични део, намењен само истраживању међу здравственим радницима. Специфични део обуке послужио је и за договоре теренског тима о начину комуникације и координације. Анкетари су добили и упутство за анкетаре у коме је на детаљан начин објашњена процедура испитивања и кораци које је потребно спровести. Скоро сви анкетари већ су имали искуство у оваквој или сличној врсти истраживања.

Теренско истраживање подразумевало је свакодневну комуникацију чланова теренског тима, као и комуникацију са главним истраживачем, координаторком истраживања и координатором за оперативну подршку. У прилогу 3 се налази списак чланова истраживачког тима, као и њихови описи послова.

4.2. ПОСТУПАК ИСПИТИВАЊА

Директори установа које су изабране у узорак добили су писано обавештење са основним информацијама о истраживању које се спроводи, као и о томе да ће се истраживање спровести у њиховој установи. Том приликом наглашени су број и структура испитаника предвиђени за дату установу, а директори су замољени да делегирају контакт особу за истраживање која ће бити задужена за даљу комуникацију са теренским истраживачким тимом. Преко директора или контакт особа координаторка теренског истраживања контактирала је и телефоном све установе. Након тога су анкетари преузели комуникацију са контакт особама и договарали време и начин испитивања.

Анкетар се унапред договарао са руководством здравствене установе о датуму, терминима анкетирања и просторији где се спроводило анкетирање здравствених радника. Простор у којем се

спроводило анкетирање увек је био адекватно опремљен столовима и столицама који су били лоцирани на адекватној удаљености. Анкетар је на почетку анкетирања информисао испитанике о сврси истраживања и условима учешћа у студији, а по добијању писане сагласности спроводио је анкетирање здравствених радника. На почетку анкетирања, анкетар је информисао испитанике да од њега могу тражити објашњење уколико им неко питање није јасно. Обавеза анкетара је била да визуелно исконтролише и прикупи одговоре на сва питања у анкети.

Испитаници су у присуству анкетара у једној просторији групно попуњавали упитник. На овај начин истраживање се спровело у кратком временском периоду, а елиминисала се могућност да здравствени радници преписују одговоре. Због обавеза према пацијентима у неким установама није било могуће окупити све испитанике истовремено. У тим установама организовано је више група испитаника, док је процедура у потпуности остала иста. Попуњавање упитника трајало је од 30 до 60 минута.

Знање је мерено тестом који се састојао од тврдњи које је требало означити као тачне или нетачне, а ставови тврдњама које је требало проценити на петостепеној скали. Ризик за добијање HIV-а и понашање на радном месту нису мерени директном опсервацијом, већ је у обзир узета процена здравствених радника о појединим аспектима радног места. Тако су добијени одговори који се односе на то како здравствени радници опажају своје радно место, а не како оно реално јесте.

5. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мониторинг и евалуација процеса истраживања подразумевали су како праћење процеса и тока истраживања кроз редовну комуникацију и извештавање о напредовању кроз унапред креирану базу за праћење, тако и контролу упитника и уноса података. Главни истраживач је контролисао квалитет попуњених упитника и само они упитници који су на задовољавајући начин попуњени су узети у анализу. У току спровођења мониторинга није утврђена ниједна неправилност ни од стране теренских координатора, а ни од стране анкетара.

6. ИЗРАДА ИЗВЕШТАЈА

Израда извештаја се одвијала у трећој фази пројекта, током децембра 2013. године. Након консултација, извршена је статистичка обрада података и на основу ових података написан је извештај о резултатима истраживања. Посебан акценат у извештају стављен је на националне индикаторе и препоруке.

7. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

7.1. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

7.1.1. ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НА РАДНОМ МЕСТУ У КОНТЕКСТУ HIV ИНФЕКЦИЈЕ: АКЦИДЕНТИ, ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ АКЦИДЕНАТА И ПРОЦЕНА РИЗИКА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ЗА ИНФИЦИРАЊЕ HIV-ом НА РАДНОМ МЕСТУ

Током последњих 12 месеци значајан проценат здравствених радника имао је велики број акцидентата на радном месту: 44,2% њих се уболо на иглу приликом интервенција, преко половине њих (56,9%) било је у контакту са крвљу пацијента преко оштећене коже, а чак 44,5% је изјавило да им је крв пацијента прснула у око (табела 2). Подаци говоре о томе да су здравствени радници током

последњих годину дана, без обзира на посао који обављају, у великој мери били изложени ризику да буду инфицирани на свом радном месту.

Табела 2. Акциденти на радном месту у протеклих 12 месеци

Учесталости	Да се убодете иглом		Да се повредите оштрим предметом (скалпел, маказе, оштећено лабораторијско посуђе)		Да будете у контакту са крвљу пацијента преко оштећене коже		Да вам крв пацијента прсне у око или на другу слузокожу		Укупно оних који су пријавили да су имали акцидент на радном месту у последњих 12 месеци
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број
	196	44,2%	154	34,8%	252	56,9%	197	44,5%	443

Када процењују могућност преношења HIV-а унутар здравствене институције, већина здравствених радника (њих 94,7%) верује да је преношење HIV-а могуће са пацијентом на њих (табела 3), а нешто више од трећине (35,3%) да је могуће са здравственог радника на пацијента. Такође, значајан је податак да 36,3% здравствених радника верује да је могуће преношење са пацијента на пацијента.

Табела 3. Могућност преношења HIV-а у здравственој установи

Учесталости	Са пацијента на пацијента		Са пацијента на здравственог радника		Са здравственог радника на пацијента		Укупно оних који су дали процену могућности преношења HIV-а у здравственој установи
	Број	%	Број	%	Број	%	Број
	276	36,3%	721	94,7%	269	35,3%	761

7.1.1.1. ДОСТУПНОСТ МЕРА ЗАШТИТЕ И ЊИХОВО КОРИШЋЕЊЕ

Скоро половина здравствених радника (47,1%) нема сазнање о постојању писаног упутства о стандарним (општим) мерама заштите од крвљу преносивих болести на радном месту у њиховим институцијама (табела 4). У односу на ниво заштите, највише здравствених радника који саопштавају да им писано упутство није доступно је на секундарном нивоу (55,0%), затим на терцијарном (53,9%), потом на примарном нивоу здравствене заштите (43,2%) и на крају у заводима за јавно здравље (27,8%).

Табела 4. Доступност писаног упутства о стандардним мерама заштите у односу на ниво здравствене заштите

Писано упутство о стандардним мерама заштите										
НИВОИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	Примарни		Секундарни		Терцијарни		Заводи за јавно здравље		Укупно	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Није доступно	213	43,2	132	55,0	82	53,9	15	27,8	442	47,1
Доступно је	280	56,8	108	45,0	70	46,1	39	72,2	497	52,9
Укупно	493	100,0	240	100,0	152	100,0	54	100,0	939	100,0

На табели 5 налазе се подаци о доступности писаног упутства о стандардним мерама заштите у односу на регион. Најмањи проценат здравствених радника који знају да им је упутство доступно ради у Београду (47,3%), затим у Војводини (52,2%), а о томе највише знају здравствени радници у централној Србији без Београда (55,5%).

Табела 5. Доступност писаног упутства о стандардним мерама заштите у односу на регион

Писано упутство о стандардним мерама заштите								
РЕГИОН	Војводина		Београд		Централна Србија без Београда		Укупно	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Није доступно	92	45,8	139	52,7	211	44,5	442	47,1
Доступно је	109	54,2	125	47,3	263	55,5	497	52,9
Укупно	201	100,0	264	100,0	474	100,0	939	100,0

Када се ради о заштити здравствених радника на радном месту, свакако је од великог значаја и то колико су им доступна основна средства заштите: рукавице, маске и заштитне наочари. Тако су рукавице увек доступне у 86,8% случајева, маске у 58,4%, а заштитне наочари у само 14,0% случајева.

Међутим, осим доступности, важно је колико се средства заштите користе. Без обзира на доступност заштитних средстава, здравствени радници их не користе увек, како је и приказано у табели 6. Чак и ако су увек доступне, здравствени радници рукавице користе само у 66,7% случајева, а често користе у 24,7%. Интересанто је да 2,2% њих никада не користи рукавице чак и ако су увек доступне. Нађена је статистички значајна разлика у коришћењу рукавица у односу на њихову доступност, здравствени радници ће их чешће користити уколико су доступне. Доступност је дакле нужан, али не и довољан услов за ношење заштитних рукавица.

Када се ради о коришћењу заштитних наочара, и овде је нађена статистички значајна разлика на нивоу 0,05 у коришћењу заштитних наочара у односу на њихову доступност (табела 6). Иако ће их здравствени радници чешће користити ако су доступне, значајан је податак да само четвртина здравствених радника користи увек ако су увек доступне (25,4%), а да трећина њих (33,1%) не користи никада чак и ако су увек доступне. У односу када су заштитне рукавице ретко доступне здравственим радницима који користе рукавице када знају да је пацијент заразан, чак и када су доступне заштитне наочаре здравствени радници их најчешће не користе, иако знају да је пацијент заразан.

Коришћење заштитних маски је, као и рукавица и наочара, чешће ако су доступније (разлика је статистички значајна на нивоу 0,05), али се маске ређе користе уколико су увек доступне него рукавице. Чак и ако су заштитне маске увек доступне, здравствени радници их увек користе само у 24,1% случајева, чак и када знају да су пацијенти заразни (табела 6).

Табела 6. Доступност рукавица, маски и заштитних наочара и њихово коришћење

Средства заштите	Рукавице носи	Никад		Само када знам да је пацијент заразан		Ретко		Често		Увек		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Рукавице доступне	Никада	11	61,1%	3	16,7%	2	11,1%	2	11,1%	0	0,0%	18	100,0
	Ретко	3	17,6%	6	35,3%	4	23,5%	1	5,9%	3	17,6%	17	100,0
	Често	4	5,5%	2	2,7%	22	30,1%	27	37,0%	18	24,7%	73	100,0
	Увек	18	2,2%	24	3,0%	62	7,7%	165	20,4%	538	66,7%	807	100,0
	Укупно	36	3,9%	35	3,8%	90	9,8%	195	21,3%	559	61,1%	915	100,0

*Јачина повезаности/Крамеров В: Вредност 0,332; Значајност 0,000.

Маске носи		Никад		Само када знам да је пацијент заразан		Ретко		Често		Увек		Укупно	
		Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент
Маске доступне (процент)	Никада	60	87,0%	3	4,3%	5	7,2%	0	0,0%	1	1,4%	69	100,0%
	Ретко	55	57,9%	14	14,7%	25	26,3%	0	0,0%	1	1,1%	95	100,0%
	Често	19	17,9%	17	16,0%	37	34,9%	26	24,5%	7	6,6%	106	100,0%
	Увек	74	13,6%	58	10,7%	169	31,1%	111	20,4%	131	24,1%	543	100,0%
	Укупно	208	25,6%	92	11,3%	236	29,0%	137	16,9%	140	17,2%	813	100,0%

*Јачина повезаности/Крамеров В: Вредност 0,336; Значајност 0,000.

Заштитне наочари носи (процент)		Никад		Само када знам да је пацијент заразан		Ретко		Често		Увек		Укупно	
		Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент
Заштитне наочари доступне (процент)	Никада	510	95,7%	10	1,9%	6	1,1%	0	0,0%	7	1,3%	533	100,0%
	Ретко	53	58,2%	15	16,5%	21	23,1%	0	0,0%	2	2,2%	91	100,0%
	Често	9	37,5%	3	12,5%	6	25,0%	4	16,7%	2	8,3%	24	100,0%
	Увек	43	33,1%	18	13,8%	24	18,5%	12	9,2%	33	25,4%	130	100,0%
	Укупно	615	79,0%	46	5,9%	57	7,3%	16	2,1%	44	5,7%	778	100,0%

*Јачина повезаности/Крамеров В: Вредност 0,405; Значајност 0,000.

7.1.1.2. ТЕСТИРАЊЕ НА HIV МЕЂУ ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА

Без обзира на чињеницу да не користе средства заштите чак и када су им увек доступна и велики број акцидената које имају током једне године, здравствени радници у великом проценту (њих 77,7%) сматрају да су мере које предузимају адекватне за заштиту од HIV инфекције (табела 7).

Уколико поставимо питање о томе шта здравствени радници мисле да их највише штити од HIV-а, одговор ћемо делимично добити из података који су дати у табели 8. Наиме, више од половине здравствених радника (57,9%) предузима другачије мере у ситуацијама када зна да је пацијент заразан. Они здравствени радници који сматрају да су им мере предострожности које предузимају адекватне, у 52,6% случајева предузимају другачије мере у ситуацијама када знају да је пацијент инфициран HIV-ом. Чак 76,6% здравствених радника који верују да не предузимају адекватне мере, понашају се другачије тј. другачије се штите, ако знају да је пацијент инфициран.

Табела 7. Опажање адекватности предузетих мера за заштиту од HIV инфекције

Да ли сматрате да су мере предострожности које предузимате адекватне за заштиту од HIV инфекције?		
	Фреквенција	Процент
Не	209	22,3
Да	730	77,7
Укупно	939	100,0

Табела 8. Опажање адекватности мера предострожности и разлика у мерама предострожности уколико је пацијент инфициран HIV-ом

		Адекватност мера предострожности					
		Да ли сматрате да су мере предострожности које предузимате адекватне за заштиту од HIV инфекције?					
		Не		Да		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%
Предузима другачије мере заштите ако зна да пацијент има HIV позитиван статус	Не	49	23,4%	346	47,4%	395	42,10%
	Да	160	76,6%	384	52,6%	544	57,9%
	Укупно	209	100,0%	730	100,0%	939	100,0%

Више од половине здравствених радника не зна свој HIV статус, њих 57,5%, док остали тврде да знају свој HIV статус (табела 9). Подаци из исте табеле говоре и да се 622 здравствена радника (66,2%) никада нису тестирали на HIV, док се осталих 33,8% тестирало некада у животу. Остаје отворено питање како је могуће да неки здравствени радници знају свој HIV статус иако се никада нису тестирали на HIV.

Табела 9. Тестирање на HIV и познавање сопственог HIV статуса међу здравственим радницима

		Да ли сте се икада тестирали на HIV?					
		Не		Да		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%
Да ли знате свој HIV статус?	Не	520	83,6%	20	6,3%	540	57,5%
	Да	102	16,4%	297	93,7%	399	42,5%
	Укупно	622	100,0%	317	100,0%	939	100,0%

Међу здравственим радницима који су имали акцидент у протеклих годину дана и који сматрају да знају свој HIV статус, а никада се нису тестирали на HIV било је 31,4%. Здравствених радника који су имали акцидент у протеклих годину дана и који не знају свој HIV статус и нису се тестирали било је 49,2%, док је међу онима који не знају свој HIV статус, а који су се тестирали било 45,0% (табела 10).

Табела 10. Тестирање на HIV, познавање HIV статуса и постојање акцидента у протеклих годину дана

		Да ли знате свој HIV статус?											
		Не						Да					
		Да ли сте се икада тестирали на HIV?						Да ли сте се икада тестирали на HIV?					
		Не		Да		Укупно		Не		Да		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Да ли је имао акцидент у протеклих 12 месеци?	Не	264	50,8	11	55,0	275	50,90	70	68,6	151	50,8	221	55,4
	Да	256	49,2	9	45,0	265	49,1	32	31,4	146	49,2	178	44,6
	Укупно	520	100,0	20	100,0	540	100,0	102	100,0	297	100,0	399	100,0

7.1.2. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О HIV-у

У овом истраживању испитивани су разни аспекти знања који су релевантни за здравствене раднике: 1) опште знање о HIV-у и сиди, 2) знање о опортунистичким инфекцијама сиде, 3) знање о мерама заштите од HIV-а на радном месту, 4) знање о поступцима у случају акцидента и 5) знање о путевима преношења HIV-а.

7.1.2.1. ОПШТЕ ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О HIV-у И СИДИ

Тест знања састојао се од тридесет тврдњи на које су испитаници могли да одговоре са „Тачно”, „Нетачно” и „Не знам”, при чему им је могућност да одговоре са „Не знам“ дата да би се избегло случајно погађање. Сви одговори „Не знам“ су приликом обраде података третирани као да испитаник није дао тачан одговор на ту тврдњу. Поред тога, сви недостајући одговори (случај када испитаник није дао одговор на понуђено питање) су третирани као да није дат тачан одговор на питање.

Табела 11. Знање здравствених радника о HIV-у/сиди

Тврдње	Процент тачних одговора
1 HIV и sida су једно те исто	58
2 Постоје људи који живе са сидом дужи временски период	89
3 Кашљањем и кијањем се не може пренети HIV	63
4 HIV могу да пренесу комарци	63
5 Сиде је узрок HIV-а	56
6 Жена може да добије HIV искључиво ако има анални секс са мушкарцем	85
7 Здрава исхрана нас штити од HIV-а	87
8 Све труднице које су заражене HIV-ом ће родити бебе оболеле од сиде	67
9 Чак и особа која изгледа и осећа се потпуно здраво може да буде инфицирана HIV-ом	91
10 Особа може да буде инфицирана HIV-ом више година, а да нема симптоме сиде	92
11 Постоји проверена вакцина против HIV-а	75
12 Чак и један незаштићени сексуални однос може довести до HIV инфекције	96
13 На основу спољашњег изгледа можемо да знамо да ли је неко инфициран HIV-ом или не	93
14 Тестирање на HIV два дана након ризичног сексуалног односа ће показати да ли је особа инфицирана HIV-ом	71
15 Сигурна дијагноза HIV инфекције се постиже детекцијом специфичних антитела ELISA и Western blot техникама	68
16 Антитела на HIV се могу детектовати у крви већ после 7 дана након инфекције	36
17 Неке врсте тумора коже могу бити знаци сиде	47
18 Уколико нека особа добије HIV позитиван резултат теста, центар за тестирање је по закону дужан да хитно позове на тестирање сексуалног партнера те особе	21
19 Уколико нека особа добије HIV позитиван резултат теста, у циљу спречавања ширења инфекције центар за тестирање треба о томе да обавести њену породицу и колеге на послу	58
20 Узимање витамина као и све друго што појачава имунитет помаже особи да се не инфицира HIV-ом	79
21 Код HIV позитивних особа дијагноза сиде се поставља на основу присуства одређених опортунистичких инфекција и/или опортунистичких тумора	37

Тврдње	Процент тачних одговора	
22	Постоји велики ризик да се добије HIV инфекција ако се борави у истом простору са особом која је заражена HIV-ом	92
23	Планирани царски рез је мера превенције преноса HIV-а са мајке на дете	38
24	HIV инфекција се са сигурношћу може детектовати серолошким тестовима тек шест недеља након инфицирања	68
25	Мајке које су инфициране HIV-ом могу да га пренесу бебама преко мајчиног млека тј. ако их доје	55
26	Упражњавање секса само са једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	84
27	Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	96
28	Особа може да се зарази HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	88
29	Коришћење неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге смањује ризик за преношење HIV-а	88
30	Сида је неизлечива болест	87

Просечан проценат тачних одговора на тесту знања износи 70,9%, са распоном процента тачних одговора од 21% до 96% (табела 11). Другим речима, испитаници су у просеку од 30 питања на тесту знања на 21 питање одговорили тачно. Испитаници прилично добро знају да употреба кондома смањује ризик од преношења HIV-а (96% тачних одговора), да чак и један незаштићен сексуални однос може довести до инфекције HIV-ом (96%), да на основу спољашњег изгледа није могуће знати да ли је особа инфицирана HIV-ом (93%), да особа може да буде инфицирана HIV-ом више година али да нема симптоме сиде (92% тачних одговора), да не постоји велики ризик да се особа инфицира HIV-ом ако се налази у истој просторији са HIV позитивном особом (92%) и да чак и особа која се осећа потпуно здраво може да буде инфицирана HIV-ом (92%).

Да постоје људи који живе дужи период са сидом зна 89% здравствених радника, док 88% њих зна да се ризик за преношење HIV-а смањује коришћењем неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге, као и да особа не може да се зарази HIV-ом ако дели храну са зараженом особом. Да је сида неизлечива болест зна 87% испитаника, и исти проценат њих зна да здрава исхрана не штити од HIV-а, док 85% здравствених радника зна да анални секс са мушкарцем није једини начин да жена добије HIV, а 84% да упражњавање секса са само једним верним и незараженим партнером смањује ризик од преношења HIV-а. Међу здравственим радницима постоји 75% особа које знају да не постоји проверена вакцина против HIV-а, а 79% њих зна да узимање витамина и други начини појачавања имунитета не смањују ризик од инфицирања HIV-ом.

Само 58% испитаника зна да сида и HIV нису једно те исто, а само 56% зна да је HIV узрок сиде. С друге стране, само 63% здравствених радника зна да се HIV не може пренети кашљањем и кијањем, а исти проценат њих зна да се HIV не може пренети убодом комарца.

Само 68% здравствених радника зна да се сигурна дијагноза HIV инфекције постиже детекцијом ELISA антитела и Western blot техникама, 29% испитаника мисли да се HIV инфекција може открити већ два дана након ризичног сексуалног односа, 64% њих мисли да се антитела на HIV могу детектовати у крви већ после седам дана након инфекције, а само 68% њих зна да се HIV инфекција са сигурношћу може детектовати серолошким тестовима тек након шест недеља од инфицирања. Само 47% испитаника зна да неки видови тумора коже могу бити знак оболевања од сиде, а само 37% зна да се код HIV позитивних особа дијагноза сиде поставља на основу просупства опортунистичких инфекција и/или тумора.

Што се знања у домену вертикалне трансмисије HIV-а тиче, 67% здравствених радника зна да труднице заражене HIV-ом не морају да роде дете које је инфицирано HIV-ом. Само 38% испитаника зна да је планирани царски рез једна од мера превенције преноса HIV-а са мајке на дете, а само 55% здравствених радника зна да заражене мајке могу пренети HIV својој деци дојећи их.

Тек сваки пети здравствени радник (21%) зна да центар за тестирање није у законској обавези да позове сексуалног партнера особе која добије позитиван резултат теста на HIV, а само 58% здравствених радника зна да центар за тестирање о томе не треба да обавести ни њену породицу ни колеге на послу.

7.1.2.2. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О ОПОРТУНИСТИЧКИМ ИНФЕКЦИЈАМА СИДЕ

Процент тачних одговора на питања о опортунистичким инфекцијама се креће од 63% за *Pneumocystis carinii* пнеумонију до 29% за туберкулозу, а у просеку је 42% (табела 12).

Табела 12. Познавање опортунистичких инфекција у склопу сиде

Опортунистичке инфекције	Процент тачних одговора
<i>Pneumocystis carinii</i> пнеумонија	63
Токсоплазмоза	32
Криптококоза	47
Туберкулоза	29
Бруцелоза	41
Лептоспироза	40
Шигелоза	42
Укупно тачних одговора у просеку	42

7.1.2.3. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О МЕРАМА СПРЕЧАВАЊА ИНФЕКЦИЈЕ HIV-ом НА РАДНОМ МЕСТУ

Као што се види из табеле 13, здравствени радници прилично добро знају да су добро познавање и примена стандардних мера предострожности неопходни за спречавање инфекције HIV-ом на радном месту (87% тачних одговора), нешто слабије знају да је ношење рукавица такође неопходно (84%) и да је неопходан опрез у поступцима са сваким пацијентом и његовим материјалом (80%). Здравствени радници недовољно знају да је неопходно ношење заштитних наочара и маски (35% тачних одговора) за спречавање инфекције HIV-ом на радном месту, а још лошија су знања међу здравственим радницима да је потпуно или углавном непотребно познавање HIV статуса пацијента (10% тачних одговора) и да је углавном или у потпуности непотребно тестирање сваког пацијента пре хируршког захвата (12%).

Табела 13. Знање о мерама заштите на радном месту

Мере заштите	Процент тачних одговора
Ношење рукавица	84
Ношење заштитних наочара и маски	35
Опрез у свим поступцима са сваким пацијентом и његовим материјалом	80
Познавање HIV статуса пацијента	10

Мере заштите	Процент тачних одговора
Обавезно тестирање свих пацијената пре хируршког захвата	12
Добро познавање и примена стандардних мера предострожности ради заштите од инфекције	87
Укупно тачних одговора у просеку	51

7.1.2.4. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О ПОСТУПЦИМА НАКОН УБОДА ИГЛОМ И/ИЛИ ИЗЛАГАЊУ КРВИ ПАЦИЈЕНТА

Познавање поступка након убода иглом и/или излагања крви пацијента је веома лоше, и ни за један понуђени поступак проценат тачних одговора не прелази 50% (табела 14). Најлошије знање испитаници показују о томе да ли је потребно узети постекспозициону терапију, тестирати иглу или материјал и да ли је потребно утрљати дезинфекционо средство на место убода или потенцијалног уласка вируса у тело (процент тачних одговора је око 10%).

Табела 14. Познавање поступака након акцидента

Поступци након акцидента	Процент тачних одговора
Јавити се надлежној епидемиолошкој служби	48
Спровести серолошко испитивање	45
Тражити информацију о HIV статусу пацијента	48
Узети постекспозициону терапију	10
Тестирати иглу или материјал након излагања ризику	12
Одмах утрљати дезинфекционо средство на место убода или место потенцијалног уласка вируса у организам	8

7.1.2.5. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О ПУТЕВИМА ПРЕНОШЕЊА HIV-a

Скоро сви здравствени радници знају да се HIV преноси путем крви (97%), а нешто мање њих да се преноси вагиналним секретом (82%) и спермом (84%). Само 61% њих зна да се HIV преноси ликвором. Међу здравственим радницима има 29% оних који мисле да се HIV преноси знојем, 58% оних који мисле да је инфекција могућа путем пљувачке, 39% путем суза, 50% мокраћом и 51% путем столице (табела 15).

Табела 15. Знање о путевима преношења HIV-a

Путеви преношења HIV-a	Процент тачних одговора
Зној	71
Крв	97
Пљувачка	42
Сузе	61
Мокраћа	50
Столица	49
Вагинални секрет	82

Путеви преношења HIV-а	Процент тачних одговора
Сперма	84
Ликвор	61
Укупно тачних одговора у просеку	66

7.1.2.6. ПОРЕЂЕЊЕ ГРУПА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПО НИВОУ РАЗЛИЧИТИХ ЗНАЊА У ДОМЕНУ HIV-а И СИДЕ

Нема разлике у погледу познавања опортунистичких инфекција и мера заштите на радном месту међу здравственим радницима према регијама (табела 16). Здравствени радници у Војводини се не разликују од својих колега у Београду и остатку Србије у погледу знања о путевима преноса HIV-а, али је знање здравствених радника у Београду лошије од остатка Србије за 0,37 тачних одговора о опортунистичким инфекцијама и мерама заштите на радном месту. Што се познавања поступка после акцидента тиче, здравствени радници у Војводини имају више знања од својих колега у Београду и остатку Србије (највећа разлика је 0,28 тачних одговора), а Београд и остатак Србије се међусобно не разликују. Војводина и Београд се не разликују у погледу општег знања о HIV-у, али су оба региона боља од остатка Србије у погледу овог знања (Војводина за 0,6 тачних одговора, а Београд за 1,16). Изузев разлике у погледу општег знања о HIV-у између здравствених радника у Београду и остатку Србије који износи 1,16 тачних одговора, уочене разлике у знању су мале.

Табела 16. Знања о HIV-у/сиди према регијама

Знања	Војводина		Београд		Остало		Укупно	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	Sig.
Познавање преноса (број тачних од 9)	6,00a,6	2,05	5,75a	2,17	6,126	2,20	6,472	.002
Познавање опортунистичких инфекција (број тачних од 7)	2,86a	2,34	2,87a	2,26	2,94a	2,30	.286	.751
Познавање мера заштите (број тачних од 6)	3,00a	1,18	3,11a	1,14	3,05a	1,12	1,366	.255
Познавање поступка у случају акцидента (број тачних од 6)	2,66a	1,48	2,436	1,37	2,386	1,56	7,036	.001
Опште о HIV/AIDS (број тачних од 30)	21,38a	4,52	21,94a	4,66	20,786	5,07	13,045	.000

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

Особе које нису ишле на едукацију су лошије у свим доменима знања од особа које су ишле на неку едукацију о HIV-у. Нису запажене разлике између особа које су ишле на едукацију у протеклих годину дана и оних који су едукацију похађали у протеклих пет година (табела 17). Све добијене разлике су мање од 1 тачног одговора, изузев разлика у познавању поступка у случају акцидента (скоро 3 тачна одговора) и у домену општег знања о HIV-у/сиди (између 2 и 3 тачна одговора).

Табела 17. Знања о HIV-у/сиди по едукацији

Знања	Никада није ишао на едукацију		Ишао у последњих 5 година		Ишао у последњих годину дана		F	Sig.
	M	SD	M	SD	M	SD		
Познавање преноса (број тачних од 9)	5,83a	2,23	6,286	2,13	609a,6	2,24	4,290	.014
Познавање опортунистичких инфекција (број тачних од 7)	2,61a	2,25	3,186	2,31	3,426	2,46	8,408	.000
Познавање мера заштите (број тачних од 6)	2,90a	1,17	3,186	1,22	3,476	1,15	11,194	.000
Познавање поступка у случају акцидента (број тачних од 6)	.00a	.00	2,996	1,15	2,876	1,19	1273,817	.000
Опште о HIV/AIDS (број тачних од 30)	19,93a	4,95	22,376	4,65	23,236	4,27	34,469	.000
Укупно тачних одговора у просеку (%)	43,6		45,4		11,1			

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

У погледу познавања путева преноса HIV-а, опортунистичких инфекција, сиде и мера заштите на радном месту, нема разлике међу особама које имају различито искуство у пружању услуга особама зараженим HIV-ом. Особе које су имале искуства у пружању здравствених услуга особама које су заражене HIV-ом су боље од осталих у познавању поступка у случају акцидента (најмања разлика је међу особама које нису имале искуства са особама са HIV-ом – 0,64 тачних одговора). Особе које не знају да ли су имале искуства са особама које су инфициране HIV-ом се не разликују по општем знању о HIV-у/сиди од осталих особа, али су здравствени радници који су имали искуства са особама које су инфициране HIV-ом бољи (за 1,49 тачних одговора) од својих колега који нису имали никаквог искуства у пружању здравствених услуга особама које су заражене HIV-ом (табела 18).

Табела 18. Знања о HIV-у/сиди по искуству у раду са особама са HIV-ом/сидом

Знања	Не		Не знам		Да		F	Sig.
	M	SD	M	SD	M	SD		
Познавање преноса (број тачних од 9)	5,90a	2,22	5,87a	2,29	6,13a	2,17	1,423	.241
Познавање опортунистичких инфекција (број тачних од 7)	2,86a	2,26	3,00a	2,32	2,99a	2,37	.312	.732
Познавање мера заштите (број тачних од 6)	3,07a	1,14	2,94a	1,32	3,17a	1,19	2,786	.062

Знања	Не		Не знам		Да		F	Sig.
	M	SD	M	SD	M	SD		
Познавање поступка у случају акцидента (број тачних од 6)	1,43a	1,70	1,40a	1,60	2,076	1,68	17,894	.000
Опште о HIV/AIDS (број тачних од 30)	20,43a	5,27	21,27a,б	5,40	21,926	4,46	7,436	.001

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

7.1.2.7. ПОХАЂАЊЕ ЕДУКАЦИЈА, МИШЉЕЊЕ О ЊИХОВОЈ КОРИСНОСТИ И ОПАЖАЊЕ НИВОА ЗНАЊА О HIV-У/СИДИ МЕЂУ ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА

Само 11% здравствених радника је похађало едукацију о HIV-у/сиди у протеклих годину дана (табела 19). Велики проценат здравствених радника (43,6%) никада није био ни на каквој едукацији, док је нешто више (45,4%) имало едукацију током последњих пет година о HIV-у/сиди.

Табела 19. Похађање едукација из области HIV-а/сиде

Едукације из области HIV-а/сиде	Фреквенца	Процент
Не	389	43,6
Да, у последњих 5 година	405	45,4
Да, у последњих годину дана	99	11,1
Укупно оних који су одговорили на питање	893	100,0

Резултати на табели 20 показују да се потребе у едукацији здравствених радника евидентирају у свим наведеним доменима (збирни проценат одговора под „Потребно” и „Јако потребно” се креће од око 70 до 87%). Као посебно потребне домене едукације здравствени радници издвајају: 1) процедуре и поступке са пацијентима који имају HIV, 2) поступање са посебно осетљивим популацијама, 3) технике разговора и саопштавање информација пацијентима повезаних са HIV-ом и сидом и 4) дијагнозу и лечење HIV-а/сиде.

Основне информације и чињенице о HIV-у и сиди су прилично ниско позициониране на листи приоритета. Ипак, најниже на листи су оне теме које се односе на етичка и правна питања, на стигму и дискриминацију особа које су HIV позитивне.

Табела 20. Потреба за едукацијом (у%)

Образовна потреба	Потпуно непотребно	Углавном непотребно	Потребно, али не детаљно	Потребно	Јако потребно
Технике разговора и саопштавање информација пацијентима повезаних са HIV-ом и сидом	1,30	2,71	13,76	50,05	32,18
Психосоцијални аспекти HIV-а	1,30	4,44	18,63	48,43	27,19
Процедуре и поступци са пацијентима који имају HIV	0,97	1,41	9,20	44,70	43,72
Саветовање пре и после тестирања на HIV као метод превенције	1,30	4,76	14,70	52,97	26,27
Искуства у превенцији HIV-а у свету	1,63	4,99	19,65	45,82	27,90

Образовна потреба	Потпуно непотребно	Углавном непотребно	Потребно, али не детаљно	Потребно	Јако потребно
Поступање са посебно осетљивим популацијама (интравенски корисници дрога, сексуалне раднице, хомосексуалци)	1,74	3,48	10,43	41,85	42,50
Дијагноза и лечење HIV-а/сиде	1,19	2,70	13,71	45,03	37,37
Клиничке манифестације HIV инфекције у другим медицинским областима (психијатрија, гинекологија...)	1,30	3,68	18,05	46,81	30,16
Процена ризика за HIV код пацијената са којима обично радите	1,95	9,64	15,60	45,07	27,74
Основне чињенице о HIV-у и сиди	2,68	6,97	16,42	50,21	23,71
Етичка питања везана за рад са људима који живе са HIV/сидом	1,73	4,32	14,79	45,90	33,26
Правна питања везана за рад са људима који живе са HIV/сидом	3,37	6,09	17,95	44,50	28,07
Стигма и дискриминација – технике промена ставова везаних за HIV	4,41	7,16	18,39	45,15	24,89

7.1.3. СТАВОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ОСОБАМА ОБОЛЕЛИМ ОД HIV-а/СИДЕ

Табела 21. Дистрибуције ставова здравствених радника према особама оболелим од HIV-а/сиде (у%)

	Уопште се не слаже	Не слаже се	Није сигуран	Слаже се	Потпуно се слаже
Већина људи који су заражени HIV-ом/имају сиду су сами криви за то	21,50	31,70	19,65	21,28	5,86
Већина људи који имају сиду су то заслужили	61,61	26,57	8,68	1,41	1,74
Пацијенти инфицирани HIV-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	26,83	32,17	14,61	17,23	9,16
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља HIV позитиван	38,74	36,24	15,67	5,11	4,24
Мислим да људи који имају сиду имају иста права на негу и лечење као и сви други пацијенти	4,02	1,52	1,96	21,41	71,09
Хоспитализоване пацијенте који имају HIV треба третирати са посебном пажњом	5,33	8,70	7,83	36,85	41,30
Женама које су HIV позитивне не треба дозволити да рађају	24,73	25,93	29,87	9,30	10,18
Деца или одрасли који су се инфицирали HIV-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	33,88	24,62	12,09	12,09	17,32
Бринуо бих о пацијенту са HIV-ом/сидом само зато што је то моја професионална одговорност	13,38	13,38	17,52	31,12	24,59
Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде	16,98	12,38	48,85	14,68	7,12

	Уопште се не слаже	Не слаже се	Није сигуран	Слаже се	Потпуно се слаже
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени HIV-ом или имају сиду	45,71	28,23	15,96	5,97	4,13
<i>Не бих оклевао да пружим оживљавање „уста на уста” пацијенту који болује од сиде</i>	16,52	13,22	46,48	14,32	9,47
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су заражени HIV-ом или имају сиду	11,89	14,61	15,16	26,39	31,95
Медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	35,48	36,35	16,59	7,10	4,48
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	44,07	32,32	16,10	4,35	3,16
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са HIV-ом/сидом	58,17	29,63	8,82	1,63	1,74
Пацијенти са HIV-ом/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти	3,16	1,52	2,50	28,94	63,87
Када би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са HIV-ом/сидом, добро бих размислио	13,57	17,83	27,46	25,82	15,32
HIV погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	49,35	21,79	5,99	13,29	9,59
Људи инфицирани HIV-ом немају право на поверљивост када је њихова инфекција у питању	41,58	19,37	20,68	9,19	9,19
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени HIV позитиван	21,37	10,91	15,27	23,99	28,46
Послодавци би требало да имају право да отпусте некога ако је HIV позитиван	62,07	22,50	10,76	2,28	2,39
Здравственим радницима који су HIV позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	35,49	24,10	23,14	7,67	9,59
<i>На картонима пацијената HIV позитиван статус треба да буде јасно назначен</i>	15,27	13,52	11,56	23,56	36,10
<i>Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент HIV позитиван</i>	15,83	12,77	14,30	24,13	32,97
Чак и најскупљи лекови против HIV-а треба да буду бесплатни	2,73	3,50	19,67	26,56	47,54
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на HIV	15,19	13,77	23,17	21,75	26,12
Деца инфицирана HIV-ом не би требало да иду у школу са другом децом	48,10	26,22	16,76	4,13	4,79
Не бих био забринут за своје здравље када би ми колега био инфициран HIV-ом	13,82	10,45	24,27	25,68	25,79
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега HIV позитиван	17,26	10,21	16,18	30,51	25,84
Пацијенте треба тестирати на HIV без њиховог пристанка	39,02	21,85	18,59	9,78	10,76
Особе које су добиле HIV трансфузијом имају више права на лечење него мушкарци који су добили HIV зато што су имали секс са другим мушкарцима	39,80	25,81	15,08	9,33	9,98

*Италиком су назначене тврдње које су избачене из анализе.

Само око 6% здравствених радника се у потпуности слаже да су већина људи који су заражени HIV-ом/имају сиду сами криви за то (табела 21), док се приближно 60% здравствених радника уопште не слаже са овом тврдњом.

Око 60% здравствених радника се уопште или донекле не слаже да пацијенти инфицирани HIV-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената. Међутим, око 26% радника се са том тврдњом слаже или умерено или у потпуности.

Око 75% здравствених радника се не слаже или уопште не слаже са тврдњом да децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља HIV позитиван, док је око 16% известило да нису сигурни.

Изнад 90% је оних који мисле да људи који имају сиду имају иста права на негу и лечење као и сви други пацијенти, од чега се око 70% у потпуности слажу са датом тврдњом.

Иако око 50% здравствених радника истиче да се умерено или уопште не слажу са тим да женама које су HIV позитивне не треба дозволити да рађају, мора се истаћи и да око 20% здравствених радника мисли супротно. Најчешћи одговор је „нисам сигуран/на” (30%).

На ставку да деца или одрасли који су се инфицирали HIV-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге, већина здравствених радника је одговорила да се или донекле или у потпуности не слажу са тим, али је скоро 30% њих рекло да се слаже умерено или у потпуности са тим.

Чак 50% здравствених радника није сигурно да би се пријавило да добровољно брину о пацијенту који болује од сиде, док се само 7% њих у потпуности сложило са тврдњом да би добровољно бринуло о таквим пацијентима.

Са тврдњом да би здравствени радник требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени HIV-ом или имају сиду се уопште или умерено не слаже око 74% здравствених радника, док је око 16% изјавило да није сигурно.

Нешто изнад 50% здравствених радника се или умерено или у потпуности сложило са тим да здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су заражени HIV-ом или имају сиду, док је око 25% њих супротног мишљења.

Нешто изнад 70% испитаника се донекле или уопште не слаже са тим да медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде, док се приближно 5% здравствених радника у потпуности слаже са том тврдњом.

Приближно три четвртине медицинских радника не би тражило да се пребаце на друго одељење уколико би морали да се брину о пацијенту који има сиду, док је само 3% испитаника који тврде да би то сигурно урадили.

Скоро 90% здравствених радника се умерено или уопште не слаже са тим да не би више били здравствени радници ако би морали да се брину о пацијенту са HIV-ом/сидом.

Највећа сагласност у ставовима се види по питању да пацијенти са HIV-ом/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти, са чим се сложило донекле или у потпуности око 93% здравствених радника.

Око 40% испитаника истиче да се умерено или у потпуности слажу са тим да би добро размислили када би им неко понудио да раде на одељењу за лечење особа које живе са HIV-ом/сидом, 30% здравствених радника је изјавило да нису сигурни, а преостали да се не слажу донекле или уопште са том тврдњом.

Став да HIV погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке има око 23% здравствених радника, од којих се око 10% њих са тим слаже у потпуности.

Скоро 20% здравствених радника сматра да људи инфицирани HIV-ом немају право на поверљивост када је њихова инфекција у питању, од којих се око 9% са том тврдњом слаже у потпуности. Са друге стране, око 60% здравствених радника се умерено или уопште не слаже са тим.

Нешто више од половине здравствених радника сматра да послодавци треба да знају ако је њихов запослени HIV позитиван. Са овом тврдњом у потпуности се слаже скоро 30% здравствених радника.

Мање од 5% здравствених радника се донекле или у потпуности слажу са тим да би послодавци требало да имају право да отпусте некога ако је HIV позитиван.

Око 60% испитаника се умерено или уопште не слажу да здравственим радницима који су HIV позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима, док нешто више од 20% здравствених радника није сигурно у то.

Чак око 60% здравствених радника се донекле или у потпуности слажу са тим да на картонима пацијената HIV позитиван статус треба да буде јасно назначен.

Око 55% испитаника има став да изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент HIV позитиван, од којих се преко 30% њих у потпуности слаже са том тврдњом.

Скоро 75% здравствених радника се слаже са тим да чак и најскупљи лекови против HIV-а треба да буду бесплатни, од којих се око 48% у потпуности слаже са тим. Петина (20%) здравствених радника је одговорило да нису сигурни у ову тврдњу.

Да држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на HIV сматра скоро половина здравствених радника, од којих се 26% у потпуности слажу са том тврдњом.

Око 75% здравствених радника се умерено или уопште не слаже са тврдњом да деца инфицирана HIV-ом не би требало да иду у школу са другом децом, док је 16% одговорило да нису сигурни.

Око половине здравствених радника истичу да не би били забринути за своје здравље када би му колега био инфициран HIV-ом, док је око 25% одговорило да нису сигурни. Уз то је скоро 25% истакло да би били забринути.

Преко 55% здравствених радника се делимично или у потпуности слаже са тврдњом да запослени имају право да знају уколико је њихов колега HIV позитиван. Нешто мање од трећине испитаника сматра супротно.

Иако се 60% здравствених радника донекле или уопште не слаже са тврдњом да пацијенте треба тестирати на HIV без њиховог пристанка, треба истаћи и да је 20% оних који мисле супротно, као и то да скоро сваки пети здравствени радник (19%) није сигуран у ову тврдњу.

Скоро 20% испитаника се делимично или у потпуности слаже да особе које су добиле HIV трансфузијом имају више права на лечење него мушкарци који су добили HIV зато што су имали секс са другим мушкарцима, док 15% здравствених радника у ову тврдњу нису сигурни.

7.1.3.1. НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОР НИВОА ДИСКРИМИНИШУЋИХ СТАВОВА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ОСОБАМА СА HIV-ом/СИДОМ

У првом кораку изостављене су тврдње 6, 9, 10, 12, 24, 25 које су биле недовољно јасне и о чијем тумачењу би се могло расправљати. У следећем кораку направљена је анализа главних компоненти на основу које су избачене тврдње 1, 5, 10, 17, 26 и 29 које су имале корелације са првом главном компонентом мање од 0,40. На преосталим ставкама поново је примењена анализа главних компонента са унапред задата три фактора. За сваки од фактора изабране су по четири тврдње са највећом корелацијом са факторима. На ових 12 тврдњи поново је примењена анализа главних компоненти. По Guttman-Kaiserovom критеријуму задржане су три компоненте које објашњавају 56,7% укупне варијансе. Матрица склопа након *promax* ротације дата је у табели 22.

Табела 22. Факторска структура индикатора негативног става – матрица склопа

	1	2	3
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са HIV-ом/сидом	.875		
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	.836		

	1	2	3
Медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	.654		
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени HIV-ом или имају сиду	.599		
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега HIV позитиван		.813	
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на HIV		.757	
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени HIV позитиван		.713	
Пацијенте треба тестирати на HIV без њиховог пристанка		.645	
Пацијенти инфицирани HIV-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената			.849
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља HIV позитиван			.722
Женама које су HIV позитивне не треба дозволити да рађају			.689
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су заражени HIV-ом или имају сиду			.524

Три добијена фактора имају прилично јасно значење и одговарају факторима добијеним на свим ставкама у претходном истраживању знања, ставова и понашање здравствених радника у области HIV-а (2010. година). Први фактор би могао да се назове „право на одбијање лечења”, други „обележавање” и трећи „дискриминација и сегрегација”.

Табела 23. Корелације између ротираних (*promax*) фактора

Компонента	1	2	3
1	1,000	.340	.457
2	.340	1,000	.473
3	.457	.473	1,000

Индикатор 52, проценат здравствених радника који немају дискриминаторни став према PLHIV дефинисан је у поглављу 3.8 овог извештаја, као однос броја здравствених радника који су пријавили да нису имали дискриминаторни став према PLHIV и укупног броја здравствених радника укључених у истраживање.

Будући да је скала за мерење ставова петостепена те да инструмент за мерење ставова има више ставки, а да индикатор представља један број (и то пропорцију а не просек), било је неопходно донети одлуке како доћи до броја, односно где пресећи јер је дистрибуција одговора на скали ставова одсечак нормалне расподеле и повлачење било какве линије која би делила оне који имају дискриминативне ставове и оне који немају не може да прође без одређене дозе арбитрарности. Чињеница да су издвојена и три модалитета ставова додатно компликује посао. Због тога је било могуће понудити неколико решења, али је на крају узето, у психометријском смислу, најдискриминативније. За рачунање је узет просек три, тј. израчунат је број испитаника који су на некој од субскала имали просек 3 или мање. Овај критеријум би се могао формулисати на следећи начин: број оних који не дискриминишу једнак је укупном броју испитаника умањеном за број испитаника који имају дискриминаторски став. Они који дискриминишу могу се дефинисати као они који се углавном или у потпуности слажу са понуђеним тврдњама на сваком од фактора. Означени су бројем 3 у табели 24. Тачније, 40,8% здравствених радника има дискриминаторни став према људима који живе са HIV-ом.

Табела 24. Број испитаника који су на некој од подскала имали просек 3 и мање

Подскала 3 и мање	0		1,00		2,00		3,00		Укупно	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Учесталости испитаника	56	6,0%	164	17,5%	336	35,8%	383	40,8%	939	100,0%

7.1.3.2. РАЗЛИКЕ У ЗНАЊУ ИЗМЕЂУ ОНИХ КОЈИ ДИСКРИМИНИШУ И ОНИХ КОЈИ НЕ ДИСКРИМИНИШУ

Као што се може видети из табела 25 и 26, значајне разлике између оних који дискриминишу и оних који не дискриминишу су значајне у погледу свих аспеката знања. Они који не дискриминишу имају боље знање у свим испитиваним областима. Ефекат интеракције постоји код познавања поступка у случају акцидента. Намеће се закључак да особе које имају више знања о HIV-у уједно мање и дискриминишу.

Табела 25. Значајност разлика у знању између оних који имају и који немају дискриминишући став

Знање	Став	
	Ф	Сиг.
Опште знање о HIV/AIDS	342.773	.000
Познавање поступка у случају акцидента	31.895	.000
Познавање мера заштите	30.918	.000
Познавање опортунистичких инфекција	124.707	.000
Познавање преноса	66.163	.000

Табела 26. Разлике у знању између оних који имају и који немају дискриминишући став – просеци

Знање	Не дискриминишу (блажи критеријум просек 3 и мање)			
	Не		Да	
	Година истраживања		Година истраживања	
	2013.	2009.	2013.	2009.
Опште о HIV/AIDS (број тачних од 30)	19,76а	19,97а	23,47а	23,40а
Познавање поступка у случају акцидента (број тачних од 6)	1,50а	2,87б	2,02а	3,01б
Познавање мера заштите (број тачних од 6)	2,94а	2,97а	3,28а	3,16а
Познавање опортунистичких инфекција (број тачних од 7)	2,51а	2,49а	3,57а	3,55а
Познавање преноса (број тачних од 9)	5,65а	5,75а	6,48а	6,40а

7.1.3.3. РАЗЛИКЕ ИЗМЕЂУ ПОДУЗОРАКА ПО ДОБИЈЕНИМ ФАКТОРИМА СТАВОВА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Не постоје значајне разлике у ставовима здравствених радника у односу на регион (табела 27), али постоје у односу на занимање. Медицинске сестре/техничари, бабице и лаборанти имају израженије све дискриминишуће ставове у односу на лекаре, док се стоматолози не разликују статистички значајно ни од једне испитиване групе (табела 28).

Табела 27. Фактори ставова здравствених радника према региону на скали од 1 до 5, где је 1 у потпуности недискриминаторан став, а 5 у потпуности дискриминаторан

Став	Регион		
	Војводина	Београд	Остало
Залагање за изолацију (на скали од 1 до 5)	2,63а	2,66а	2,64а
Залагање за право на одбијање лечења	1,94а	1,89а	1,86а
Залагање за обавезно тестирање и обележавање	3,06а	3,16а	3,02а

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

Табела 28. Фактори ставова здравствених радника према занимању на скали од 1 до 5, где је 1 у потпуности недискриминаторан став, а 5 у потпуности дискриминаторан

Став	Занимање			
	Лекари	Медицинске сестре/техничари	Стоматолози	Бабице
Залагање за изолацију	2,34а	2,77б	2,54а,б	2,76б
Залагање за право на одбијање лечења	1,70а	1,97б	1,72а,б	1,91а,б
Залагање за обавезно тестирање и обележавање	2,66а	3,25б	2,67а	3,41б

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

Испитивања ставова здравствених радника у односу на људе који живе са HIV-ом и нивоа здравствене заштите показују да се здравствени радници значајно мање залажу за изолацију PLHIV на примарном нивоу од секундарног и терцијарног, док се по томе не разликују од завода за јавно здравље (табела 29). Није уочена разлика међу здравственим радницима запосленим на различитим нивоима заштите према залагању за право на одбијање лечења. Међутим, евидентирана је статистички значајна разлика између свих нивоа здравствене заштите према залагању за обавезно тестирање и обележавање HIV статуса на здравственом картону пацијента. За наведени став се највише залажу здравствени радници запослени на терцијарном, затим секундарном и примарном нивоу здравствене заштите, а најмање се са овим ставом слажу запослени у заводима за јавно здравље.

Табела 29. Фактори ставова здравствених радника према нивоу заштите на скали од 1 до 5, где је 1 у потпуности недискриминаторан став, а 5 у потпуности дискриминаторан

Став	Ниво заштите			
	примарни	секундарни	терцијарни	заводи за јавно здравље
Залагање за изолацију	2,59а	2,78б	2,68а,б	2,41а
Залагање за право на одбијање лечења	1,91а	1,86а	1,87а	1,78а

Став	Ниво заштите			
	примарни	секундарни	терцијарни	заводи за јавно здравље
Залагање за обавезно тестирање и обележавање	2,96а	3,25б	3,29б	2,55ц

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

7.1.3.4. НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОР ДИСКРИМИНИШУЋИХ СТАВОВА ПРЕМА ОСОБАМА СА HIV-ом/СИДОМ ЗА ОПШТУ ПОПУЛАЦИЈУ

Индикатор 49 је преузет из истраживања здравља становништва Србије, као проценат жена и мушкараца узраста између 15 и 49 година који немају дискриминаторни став према PLHIV дефинисан је у поглављу 3.8 овог извештаја.

Овај индикатор мери став прихватања усмерен ка PLHIV међу женама и мушкарцима узраста од 15 до 49 година.

Вредност индикатора се добија тако што се број испитаника/ца (узраста од 15 до 49 година) који/е нису испољили/е дискриминаторни став према PLHIV подели са укупним бројем испитаника/ца (узраста од 15 до 49 година) укључених у истраживање који су икада чули за HIV. Када је реч о здравственим радницима онда се подразумева да су сви чули за HIV.

Дискриминишући став се процењује постаљањем четири питања о особама које живе са HIV-ом: „Ако би неки члан ваше породице оболео од HIV-а да ли бисте прихватили да њега или њу негујете у свом домаћинству?"; „Ако бисте сазнали да власник продавнице или продавац хране има HIV, да ли бисте купили свеже поврће од њега/ње?"; „Ако би учитељица/наставница имала вирус HIV-а, али да притом није оболела, да ли би јој требало дозволити да настави да подучава у школи?" и „Ако би се члан ваше породице инфицирао вирусом HIV-а, да ли бисте желели да то остане тајна?". Само испитаници/е који/е су показали/е став прихватања или подршке на сва ова четири питања су урачунати у бројилац. Дискриминишући став по овом индикатору имају они који су на постављена питања дали следеће одговоре: 1 (не), 2 (не), 3 (не) и 4 (да).

У табели 30 дате су фреквенције појединих одговора на критеријумска питања.

Табела 30. Расподела одговора испитаника на четири питања на основу којих се израчунава индикатор 49

Питање	Ако би неки члан ваше породице оболео од HIV-а да ли бисте прихватили да њега или њу негујете у свом домаћинству?		Ако бисте сазнали да власник продавнице или продавац хране има HIV да ли бисте купили свеже поврће од њега/ње?		Ако би учитељица/наставница имала вирус HIV-а, али да притом није оболела, да ли би јој требало дозволити да настави да подучава у школи?		Ако би се члан ваше породице инфицирао вирусом HIV-а, да ли бисте желели да то остане тајна?	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Да	583	87,8	286	43,1	397	59,8	254	38,3
Не	8	1,2	141	21,2	62	9,3	124	18,7
Не знам	73	11	237	35,7	205	30,9	286	43,1

На табели 31 дате су фреквенције испитаника са критичним одговорима на критеријумска питања (0 значи да испитаник нема ниједан одговор који се може сматрати индикатором дискриминишућег става, док број 4 значи да је испитаник на сва четири питања дао одговор који је индикатор дискриминишућег става.

3 Овај број представља испитанике млађе од 49 и старије од 18 година који су дали одговоре на

Табела 31. Фреквенције испитаника узраста 18–49 према броју дискриминаторских ставова

Број негативних ставова	Број	%
0,00	39	5,9
1,00	265	39,9
2,00	291	43,8
3,00	68	10,2
4,00	1	.2
Укупно	664 ³	100,0

7.2. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

Основни циљ овог истраживања био је да процени да ли су се и какве промене десиле у знању, ставовима и понашању здравствених радника у области HIV-a у односу на претходно истраживање, на основу којих би могли да се планирају и креирају адекватни едукативни програми за здравствене раднике намењени смањењу стигме и дискриминације према PLHIV. Између два истраживања спроведена је едукација здравствених радника о HIV-у у оквиру пројекта Глобалног фонда у Србији, чији су садржај и методологија креирани у односу на резултате претходних истраживања. У складу са налазима тих истраживања, програм едукације био је, осим основних информација о HIV-у и начинима преноса, посебно фокусиран на стицање знања из области: вертикалне трансмисије HIV-a; тестирања и периода прозора и опортунистичких инфекција сиде. Едукативни тимови били су мултидисциплинарни при чему је обавезно један члан тима била особа која живи са HIV-ом, с обзиром на евидентну промену ставова здравствених радника према PLHIV, уколико имају прилику да пруже здравствене услуге особи која живи са HIV-ом.

Дискусија добијених резултата у овом истраживању обухвата:

1. Поређење добијених резултата са резултатима претходних истраживања (2010. године) и
2. Тумачење разлике у резултатима два истраживања у контексту садржаја, метода и техника едукације о HIV-у за здравствене раднике спроведене током последње две године.

7.2.1. ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У КОНТЕКСТУ HIV ИНФЕКЦИЈЕ

Када говоримо о заштити здравствених радника од инфицирања крвљу преносивим инфекцијама, очекује се да су на радном месту, као минимум заштите, доступни писано упутство о универзалним мерама заштите и заштитна средства (рукавице, маске и заштитне наочари). Резултати овог истраживања показали су да скоро половина здравствених радника нема информацију о доступности писаног упутства, као и да средства заштите на радном месту нису увек доступна. Рукавице нису доступне у мери у којој се то очекује, а заштитне наочари су доступне само у 14,0% случајева. У односу на истраживање из 2010. године, смањена је доступност рукавица за 2,4%, маске за чак 12,8%, док је доступност заштитних наочара повећана за приближно 4,0%. Знање о постојању стандардног упутства о мерама заштите, писаног упутства о поступању у случају контакта са инфективним материјалом порасло је од 48,4% (2010) до 52,9% (2013). Осим доступности заштитних средстава, важно је и да их здравствени радници увек користе на радном месту. Иако већина здравствених радника исправно перципира ризик од преношења HIV-a и даље се не понаша на начин како то прописују универзалне мере заштите од инфекција које се преносе крвљу. Када је реч о ношењу заштитних рукавица ситуација је релативно добра, може се рећи чак и задовољавајућа. Нажалост, исто не можемо да тврдимо када је реч о осталим мерама заштите. Резултати показују да се веома мали део варијабилитета

постављена питања.

ове појаве може објаснити доступношћу, тек нешто више од 11%. Следећи фактор за који се може претпоставити да игра улогу у одлуци да се средства заштите користе, јесте знање. Ипак, осим познавања мера заштите које се значајно могу довести у везу са применом ових мера, не постоје корелације између употребе заштитних средстава и знања. Корелација знања о мерама заштите и коришћења износи око 0,20, што објашњава око 4% варијабилитета. Везе између употребе заштитних средстава и различитих системских фактора, као што су регија, ниво здравствене заштите, ниво образовања су занемарљиво мале или једнаке – 0. На основу ових података веома је тешко утврдити правилност у понашању здравствених радника када се ради о коришћењу заштитних средстава на радном месту. Можемо да претпоставимо да у ситуацији када ова средства нису увек доступна и када њихово коришћење није строго праћено и некоришћење санкционисано, велику улогу у понашању имају црте личности здравствених радника. Када говоримо о доступности писаног упутства, важно је напоменути да оно што одређује понашање здравствених радника јесте њихово знање о томе да оно постоји, односно не постоји. Ако здравствени радници не знају да га има и шта у њему пише, они се понашају као да га нема, без обзира што га институција реално поседује. То може да појача њихов страх од инфицирања на радном месту, тачније, они могу да се осећају мање заштићено и да предузимају кораке који су неадекватни или неефикасни за заштиту од крвљу преносивих инфекција. Ситуације у којима заштитна средства нису увек доступна могу да повећају несигурност у раду здравствених радника. На основу резултата овог истраживања, примећујемо да су здравствени радници, у ситуацијама када су рукавице ретко доступне, чешће приморани да праве одлуке када ће их користити а када не. Ако су често или увек доступне, користе се увек или често, али ако су ретко доступне тј. ако их више нема него што их има, здравствени радници их најчешће користе када је пацијент заразан. Остаје отворено питање шта се дешава ако здравствени радници знају да је пацијент заразан, а средства заштите им нису доступна. Логично је претпоставити да ће у оваквој ситуацији неки здравствени радници одбити да пруже услугу инфицираном пацијенту. За очекивати је да ће, због личне заштите, здравствени радници тежити да што чешће знају да ли су пацијенти инфицирани HIV-ом, односно инсистираће на тестирању пацијената на HIV пре медицинских интервенција. Овоме вероватно доприноси непознавање, нејасна или неразрађена процедура у случају акцидента са пацијентима који су инфицирани HIV-ом. Једном речју, због недовољне заштите на радном месту (недоступност заштитних средстава, непознавања нејасне и недоступне процедуре), здравствени радници прибегавају заштити од преносивих инфекција путем крви тако што траже информације о HIV статусу пацијената. Ову информацију и даље сматрају најадекватнијом мером заштите, без обзира на период прозора.

У односу на претходно истраживање (2010), ово истраживање је показало да су здравствени радници имали мањи број акцидента током последњих годину дана, од 4,0% до 10,0%, осим за контакт са крвљу пацијента преко слузокоже очију где је уочен пораст за приближно 2,0% (8). Овај пораст је веома близу статистичкој грешци, па можемо да претпоставимо да је током последње две године ипак дошло до смањења броја акцидента које здравствени радници имају на свом радном месту. Резултати истраживања су показали да већи број здравствених радника (77,7%) мисли да се адекватно штити у односу на истраживање из 2010. (73,5%), док се мањи број испитаника (57,9%) у овом истраживању другачије штити када знају да је пацијент HIV позитиван у односу на претходно истраживање (65,1%). Смањење броја акцидента и повећање процента оних који верују да пацијенти могу да се инфицирају од здравствених радника (а не и обрнуто), као и чињеница да мање здравствених радника предузима посебне мере у ситуацијама када је пацијент HIV позитиван, могу да укажу на повећање информисаности, свести, али и знања здравствених радника о HIV-у, што је пропорционално напорима који су последњих година уложени у едукацију здравствених радника о HIV-у. Такође, ово може да укаже и на смањење негативних ставова према људима који живе са HIV-ом.

Иако је дошло до побољшања у говото свим аспектима понашања, и даље постоје предрасуде о могућностма инфицирања на радном месту. То се нарочито може видети и по томе што се, без обзира на акциденте, мањи број здравствених радника тестира на HIV, а да чак постоје они здравствени радници који знају свој HIV статус иако се нису тестирали.

7.2.2. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О HIV-у

Здравствени радници највише знања и даље имају из области сексуалног преношења HIV-а (ризика од инфицирања, начину преноса HIV-а) као и о перцепцији особа инфицираних HIV-ом. Просечан проценат истих одговора у овом и претходном истраживању био је исти. Међутим, уколико узмемо у обзир то на шта је едукација у претходном периоду била фокусирана и детаљније упоредимо ова два истраживања, долазимо до нешто другачијих закључака. Од 2010. до 2013. забележено је неколико промена у специфичним знањима:

1. За 4% је порастао проценат здравствених радника који знају да се детектовање HIV инфекције врши детекцијом ELISA антитела и Western blot техникама.
2. За 5% се смањило проценат испитаника који мисле да центар за тестирање треба да обавести пријатеље и колеге са посла особе којој је утврђена HIV инфекција.
3. За 8% је порастао проценат испитаника који знају да је планирани царски рез – мера превенције преношења HIV-а са мајке на дете.
4. 5% је више здравствених радника него пре три године који зна да мајка која је инфицирана HIV-ом може да пренесе HIV беби ако је доји, и
5. За 8% се повећао проценат оних који знају да се HIV инфекција серолошким тестовима може детектовати тек шест недеља након инфекције.

Међутим, смањило се број здравствених радника који знају да постоје људи који живе са сидом дужи временски период (процент тачних одговора је опао за 4%), испитаника који знају да жена може да се инфицира HIV-ом и мимо аналног секса са мушкарцем, као и здравствених радника који знају да здрава исхрана не штити од инфицирања HIV-ом (процент тачних одговора је опао за 3%), испитаника који знају да не постоји проверена вакцина против HIV-а, као и оних који знају да узимање витамина и јачање имунитета не смањује ризик од инфицирања HIV-ом (процент тачних одговора опао за 5%). Поред тога порастао је број здравствених радника који мисле да постоји велики ризик од инфицирања HIV-ом приликом боравка у истој просторији са инфицираном особом (процент тачних одговора опао за 2%), док се за 6% смањило проценат тачних одговора у вези са тврдњом да упражњавање секса само са једним верним и незараженим партнером смањује ризик од преношења HIV-а.

Са друге стране, знање здравствених радника о опортунистичким инфекцијама се није променило у односу на 2010. годину. У односу на знање здравствених радника о опортунистичким инфекцијама није уочена статистички значајна разлика у одговорима између претходног и овог истраживања.

Када се ради о знању о мерама заштите од HIV-а на радном месту, запажена је статистички значајна разлика у знању између истраживања у 2010. и 2013. години. Да је ношење рукавица неопходно за заштиту од HIV-а сматрало је 4% више здравствених радника у последњем истраживању. Међутим, у последњем истраживању је за 3% опао проценат здравствених радника који знају да је познавање и придржавање стандардних мера заштите од крвљу преносивих инфекција једна од мера за заштиту од HIV-а. И даље исти проценат здравствених радника у оба истраживања верује да је познавање HIV статуса пацијента једна од мера заштите.

Резултати истраживања из 2013. године показују лошије познавање свих поступка и процедура након акцидента, у односу на истраживање из 2010. године. Познавање поступака и процедура је посебно лошије (у просеку за 30%) када се ради о потреби јављања епидемиолошкој служби, спровођењу серолошког испитивања и тражењу информације о HIV статусу пацијента. Знања о телесним течностима којима се може пренети HIV инфекција није се значајно променило, осим за ликвор где је у последњем истраживању уочено за 5% више здравствених радника који значајно боље зна да се HIV преноси ликвором него што је то било у истраживању 2010. године.

Едукација која је током последње три године спроведена за здравствене раднике у оквиру пројекта Глобалног фонда не може се сматрати потпуно одговорном за промене у знањима, ставовима и понашању здравствених радника. Осим ове, реализоване су и друге едукације. UNAIDS је финансирао едукацију здравствених радника, а треба узети у обзир и образовање здравствених радника од својих

колега, преко интернета и других едукативних медија и средстава. На основу налаза истраживања можемо да претпоставимо да је едукација у оквиру пројекта Глобалног фонда имала позитиван ефекат на знање и то посебно на знања на која су едукације и биле фокусиране, области тестирања на HIV и вертикалну трансмисију. Иако је лечење сиде било саставни део тренинга, знања о опортунистичким инфекцијама сиде се код здравствених радника нису повећала. Можемо да претпоставимо неколико разлога за неповећање ових знања. Један би био централизација лечења сиде и релативно мали број стручњака из ове области. Током протекле две године вероватно није било довољно стручних скупова и тренинга о лечењу сиде и опортунистичких инфекција. Могуће је да су здравствени радници били мање мотивисани за ове теме које су, у поређењу са тестирањем на HIV, мање заступљене у њиховом свакодневном раду. Највећи број едукација био је из области HIV тестирања и вертикалне трансмисије HIV-а. Што се тиче заштите на радном месту, познавања поступка у случају акцидента, тренинзи нису били на исти начин фокусирани на ове области. Треба рећи да би се побољшање у овим областима очекивало онда ако би се, осим повећања знања, радило паралелно и на промоцији стандардних мера заштите, обезбеђивање профилаксе на радном месту и када би се утицало на друге факторе који утичу на понашање здравствених радника.

Колико је едукација значајна најбоље се види по томе што су они здравствени радници који су прошли едукацију бољи у свим мереним знањима у односу на оне који нису имали никакву едукацију из области HIV-а. Ово нам омогућава да и са великом тачношћу претпоставимо да су промене између два истраживања управо последица тренинга организованих у оквиру пројекта Глобалног фонда. Међутим, у односу на 2010. годину када су они здравствени радници који су били едуковани током последњих годину дана били бољи у односу на оне едуковане током последњих пет година (8), у овом истраживању је уочено да углавном нема разлике између едукованих здравствених радника током последње године и последњих пет година. Скорија едукација има већи ефекат од раније едукације само у два аспекта, када знања да HIV и сида нису једно те исто и када знања да инфициране мајке могу да пренесу HIV деци дојењем. У оба случаја се особе које су имале скорију едукацију разликују од оних које нису имале никакву едукацију за 28%. Можемо претпоставити да је то зато што су тренинзи организовани током последње године по методологији исти или слични онима који се реализују током последњих неколико година. Здравствени радници едуковани током последњих пет година су у оквиру пројекта Глобалног фонда едуковани на исти начин као и здравствени радници у последњих годину дана, што није био случај са истраживањем из 2010. године. Осим тога, едукација о вертикалној трансмисији је, по техникама, била далеко боља од едукација из других области. Садржаји едукација о вертикалној трансмисији HIV-а су презентовани филмовима и снимцима, тако да се највеће промене у знању у овој области можда могу приписати и примењеним бољим техникама едукације.

Резултати истраживања показују да међу здравственим радницима и даље постоје погрешна уверења о томе како се HIV може пренети. Није уочена статистички значајна разлика између два истраживања у проценту здравствених радника који верују да HIV могу да пренесу комарци, као и да се HIV преноси кашљањем и кијањем. Преглед стручне литературе показује да су у оваквим истраживањима неретко добијани слични налази. Чак и ако постоји исправно знање о нечему, оно није увек у складу с веровањима, тј. често постоји сумња у вези с тим како се HIV не може пренети. Аутори повезују овај феномен са три фактора: недостатком специфичних и исцрпних информација о преношењу HIV-а, медијским порукама које се заснивају на застрашивању и мењањем, проширивањем знања о HIV-у и сиди.

Здравствени радници сматрају да су им и даље потребне едукације о опортунистичким инфекцијама и лечењу сиде, као и едукације о саопштавању по пацијента негативних налаза или о раду са HIV позитивнима и ризичним популацијама. Здравствени радници очито нису свесни у којој мери етичка и правна питања, а посебно стигма и дискриминација, утичу на ширење инфекције. У претходном истраживању, здравствени радници су показали да су свесни свог незнања тражећи едукацију из области из којих су показали најмање знања. Зато нема разлога да не верујемо да су и овог пута на исти начин свесни незнања тражећи едукацију из других области.

7.2.3. СТАВОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ОСОБАМА БОЛЕЛИМ ОД HIV-а/СИДЕ

Резултати овог истраживања показали су да здравствени радници имају и негативне и позитивне ставове према PLHIV. Добијена дистрибуција скорова на скали ставова показала је да се одговори једнако групишу на два супротна пола. У овом истраживању, у односу на истраживање из 2010. године, мањи проценат здравствених радника се слаже са тврдњом да је већина људи која је заражена HIV-ом и/или има сиду сама крива за то. Исто важи и за следеће ставке: Већина људи који имају сиду су то заслужили; Пацијенти инфицирани HIV-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената; Женама које су HIV позитивне не треба дозволити да рађају; Послодавци треба да знају ако је њихов запослени HIV позитиван; Послодавци би требало да имају право да отпусте некога ако је HIV позитиван; Здравственим радницима који су HIV позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима; Чак и најскупљи лекови против HIV-а треба да буду бесплатни; Пацијенте треба тестирати на HIV без њиховог пристанка. Са друге стране, у овом истраживању се мањи проценат здравствених радника сложио са тврдњом која говори о томе да држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на HIV (табела 32). Код осталих тврдњи није дошло до значајне промене у ставовима у периоду од три године. У овом истраживању дошло је до благог побољшања ставова здравствених радника у односу на истраживање из 2010. године.

Табела 32. Поређење ставова здравствених радника у истраживањима 2010. и 2013. године на скали од 1 до 5, где је 1 у потпуности недискриминаторан став, а 5 у потпуности дискриминаторан

Тврдње	Година истраживања	
	2013.	2010.
Већина људи који су заражени HIV-ом/имају сиду су сами криви за то	2,583a	2,710b
Већина људи који имају сиду су то заслужили	1,551a	1,643b
Децу треба склонити из куће ако је неко од родитеља HIV позитиван	1,999a	2,025a
Пацијенти инфицирани HIV-ом треба да буду одвојени од осталих пацијената	2,497a	2,639b
Мислим да људи који имају сиду имају иста права на негу и лечење као и сви други пацијенти	4,540a	4,556a
Женама које су HIV позитивне не треба дозволити да рађају	2,543a	2,893b
Деца или одрасли који су се инфицирали HIV-ом преко трансфузије више заслужују лечење од оних који су га добили преко интравенског коришћења дроге	2,544a	2,598a
Пријавио бих се да добровољно бринем о пацијенту који болује од сиде	2,826a	2,730b
Здравствени радник би требало да има право да одбије да лечи пацијенте који су заражени HIV-ом или имају сиду	1,946a	1,903a
Здравствене раднице које су трудне не би требало да раде са пацијентима који су заражени HIV-ом или имају сиду	3,519a	3,454a
Медицинско особље које има децу не би требало да ради са пацијентима који су оболели од сиде	2,087a	2,000a
Тражио бих да ме пребаце на друго одељење уколико бих морао да бринем о пацијенту који има сиду	1,902a	1,832a
Не бих више био медицински радник ако бих морао да бринем о пацијенту са HIV-ом/сидом	1,592a	1,599a
Пацијенти са HIV-ом/сидом имају право на исту негу као и остали пацијенти	4,489a	4,525a
Када би ми неко понудио да радим на одељењу за лечење особа које живе са HIV-ом/сидом, добро бих размислио	3,115a	3,156a
HIV погађа искључиво хомосексуалце, наркомане и проститутке	2,120a	2,214a
Људи инфицирани HIV-ом немају право на поверљивост када је њихова инфекција у питању	2,251a	2,328a

Тврдње	Година истраживања	
	2013.	2010.
Послодавци треба да знају ако је њихов запослени HIV позитиван	3,273a	3,533б
Послодавци би требало да имају право да отпусте некога ако је HIV позитиван	1,604a	1,688б
Здравственим радницима који су HIV позитивни не треба дозволити да раде са пацијентима	2,318a	2,550б
Изабрани лекар треба да обавести остале колеге о томе да је неки пацијент HIV позитиван	3,456a	3,500a
Чак и најскупљи лекови против HIV-а треба да буду бесплатни	4,127a	4,227б
Држава треба да нареди да се сви њени грађани тестирају на HIV	3,298a	3,122б
Деца инфицирана HIV-ом не би требало да иду у школу са другом децом	1,913a	1,908a
Не бих био забринут за своје здравље када би ми колега био инфициран HIV-ом	3,392a	3,433a
Запослени имају право да знају уколико је њихов колега HIV позитиван	3,375a	3,436a
Пацијенте треба тестирати на HIV без њиховог пристанка	2,314a	2,435б

Вредности у истом реду које имају различити индекс се значајно разликују.

Као и у претходном истраживању, и 2013. године је запажено да здравствени радници који више знају, мање дискриминишу PLHIV.

Факторска анализа ставова и у овом истраживању дала је три фактора који одговарају факторима добијеним на свим ставкама у истраживању из 2010. године. Први фактор би могао да се назове „право на одбијање лечења”, други „обележавање” и трећи „дискриминација и сегрегација”.

Испитивање ставова према одређеној мањинској групи, као што је наше, по правилу показује мање негативне ставове него што је то реално, јер многи људи скривају, односно не испољавају, јавно негативан однос према одређеним групама људи. Они су нарочито склони томе да дају социјално пожељне одговоре када год је то могуће. Добијени резултати у студијама оваквог типа само су доња граница потенцијалног проблема (8). Овоме у прилог иду и подаци који су добијени у истраживањима са људима који живе са HIV-ом који наводе велики број случајева стигме управо у здравственом систему.

8. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

8.1. ЗАКЉУЧЦИ

8.1.1. ПОНАШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У КОНТЕКСТУ HIV-а

- Број акцидента којима су изложени здравствени радници на свом радном месту и даље је висок. Више од половине (56,9%) здравствених радника било је у контакту са крвљу пацијента преко оштећене коже, а 44,2% здравствених радника се приликом интервенције уболо на иглу.
- У поређењу са истраживањем из 2010. године, у 2013. години бележи се мањи број акцидента од 4 до 10% међу здравственим радницима на радном месту.
- У односу на истраживање из 2010. године бележи се благи пораст знања о ризику преношења HIV-а са лекара на пацијента и благи пад доживљаја опасности преношења HIV-а са пацијента на здравственог радника.
- Доступност рукавица као заштитних средстава на радном месту остала је на истом нивоу као и у истраживању 2010. године. И када су им увек доступна заштитна средства у актуелном истраживању евидентиран је пад доступности маске (за 7,1%) и пораст доступности заштитних наочара (за 5,6%) у односу на истраживање из 2010. године.

- Заштитне рукавице, маске и заштитне наочари чешће се користе ако су доступне.
- Само 69,1% здравствених радника користи увек рукавице приликом хируршке интервенције.
- У односу на претходно, у овом истраживању уочен је благи пораст знања (5,5%) о постојању путства о мерама заштите од крвљу преносивих инфекција.
- Ако су рукавице често или увек доступне, користе се увек или често, али ако су ретко доступне, здравствени радници их најчешће користе када је пацијент заразан.
- Није уочена разлика у коришћењу заштитних средстава у односу на перцепцију ризика од преношења HIV инфекције, што значи да на учесталост коришћења било које врсте заштитних средстава не утиче опажена могућност преношења HIV-а на радном месту.
- Ниво знања о мерама спречавања инфекције на радном месту сличан је у оба истраживања (2010, 2013).
- Едукација махом нема ефекта на познавање мера заштите од инфекције HIV-ом на радном месту.
- Истраживање из 2013. године показује лошије познавање свих поступка и процедура након акцидента у односу на истраживање из 2010. године.
- Знања у поступцима које треба спровести након акцидента већа су за 17% међу здравственим радницима који су имали искуства у третирању особа с HIV-ом/сидом у односу на њихове колеге које нису имали наведена искуства.
- Више од три четвртине (77,7%) здравствених радника сматра да су мере заштите које предузимају адекватне за заштиту од HIV инфекције. Док, 76,6% тврди да се мере предострожности разликују када је пацијент HIV позитиван или оболео од сиде.
- Иако се само 33,8% здравствених радника тестирао на HIV, 42,5% сматра да зна свој HIV статус. Међу здравственим радницима који се никада нису тестирали на HIV, 16,4% сматра да зна свој HIV статус.

8.1.2. ЗНАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА О HIV-у

- Око 60% здравствених радника имало је неку врсту едукације у области HIV-а током последњих пет година.
- На тесту знања здравствених радника о HIV-у у оба истраживања регистровано је у просеку 70% тачних одговора.
- Као и у претходном истраживању, здравствени радници највише знања имају о сексуалној трансмисији HIV-а.
- Порастао је број оних који мисле да постоји велики ризик од инфицирања HIV-ом приликом борављења у истом просторији са инфицираном особом (процент тачних одговора опао за 2%), док се смањило проценат тачних одговора за 6% у вези са тврдњом да упражњавање секса само са једним верним и незараженим партнером смањује ризик од преношења HIV-а.
- У односу на претходно истраживање, повећана су специфична знања: за 4% је порастао проценат здравствених радника који знају да се детектовање HIV инфекције врши детекцијом ELISA антитета и Western blot техникама, за 8% се повећао проценат оних који знају да се HIV инфекција серолошким тестовима може детектовати тек шест недеља након инфекције и за 8% је порастао проценат испитаника који знају да је планирани царски рез мера превенције преношења HIV-а са мајке на дете.
- Знање здравствених радника о опортунистичким инфекцијама у оба истраживања се није променило.
- Здравствени радници који нису похађали едукације у области HIV-а/сиде имали су за 15% мање знања од својих колега који су похађали едукације, али није уочена разлика између здравствених радника који су едуковани раније и оних који су похађали едукације у протеклих годину дана.

- Не постоје разлике у знању о путевима преношења HIV-а у истраживањима из 2010. и 2013. године.

8.1.3. СТАВОВИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ЉУДИМА КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом

- У односу на истраживање из 2010. године, бележи се благи пораст позитивних и смањење негативних ставова здравствених радника према људима који живе са HIV-ом.

8.2. ПРЕПОРУКЕ

- Неопходно је наставити са едукацијом здравствених радника у области HIV-а. Потребно је направити измене у садржају едукација и више пажње би требало посветити заштити од HIV-а на радном месту, коришћењу заштите и поступању у случају акцидента.
- Едукације треба да обухвате, пре свега, опортунистичке инфекције и лечење сиде. С обзиром да досадашња едукација није довела до очекиваног повећања знања у овим областима, требало би размотрити методологију и садржај ове едукације и изабрати модалитет који највише одговара здравственим радницима.
- Садржај тренинга требало би да обухвати и предрасуде здравствених радника у области HIV-а. Посебним методама и техникама требало би променити уверења која нису обавезно везана за знања (да HIV преносе комарци, да се боравком у истој просторији са HIV позитивном особом можемо инфицирати HIV-ом).
- Тренинг би требало да обухвати и области саопштавања пацијенту позитивних налаза и рад са HIV позитивним особама и ризичним популацијама.
- Упоредо са едукацијом потребно је усмерити напоре на промоцију стандардних мера заштите од крвљу преносивих инфекција у здравственим институцијама. Наведене мере заштите би требало штампати и држати на видном месту. Такође, требало би обезбедити мониторинг придржавања овим мерама.
- Да би се здравствени радници штитили од HIV-а, истовремено је потребно повећати доступност заштитних средстава, нарочито макси и заштитних наочара, али и прописати и пратити њихово обавезно коришћење. Такође, неопходно је учинити доступним процедуре поступања у случају акцидента, као и коришћења постекспозиционе профилаксе.
- Рутинско слање пацијената на тестирање не смањује ризик од инфицирања HIV-ом здравствених радника, али охрабрује њихово веровање да се тако штите од HIV-а. Било би сврсисходно смањити могућност рутинског тестирања пацијената на HIV добро осмишљеним тренинзима здравствених радника.
- У едукације свакако треба укључити и психолошке механизме преко којих негативни ставови и стигматизација утичу на јачање HIV инфекције.
- Размотрити могућност већег обухвата здравствених радника едукацијом, с тим да едукацију треба усмерити и интензивирати у централној Србији.
- Едукација се показала делотворном и на смањење негативних ставова здравствених радника према људима који живе са HIV-ом. Зато је важно наставити са едукацијом као видом дестигматизације, али организовати и антистигма кампање и акције фокусиране на здравствени систем. Нарочито је важно да здравствени радници разумеју начин на који стигма према људима који живе са HIV-ом утиче на њихово коришћење здравствених услуга. Промоција резултата истраживања HIV стигма индекса и Квалитета живота људи који живе са HIV-ом међу здравственим радницима корак је у овом правцу.

- У циљу даљег праћења успешности превентивних програма и њихових евентуалних корекција, неопходно је на сваке две године проверавати знање, ставове и понашање здравствених радника у области HIV-а помоћу дефинисаних националних индикатора.

9. ЛИТЕРАТУРА

1. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Национална канцеларија за HIV/ AIDS. Епидемија HIV инфекције у Републици Србији у 2012. години. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”: Београд, 2012.
2. Fahey BJ, Koziol DE, Banks SM et al. (1991): Frequency of nonparenteral occupational exposures to blood and body fluids before and after universal precautions training. *Am J Med* 90:145-53.
3. Aleksandra Jovic-Vranjes, Slavenka Jankovic, Dejana Vukovic, Boris Vranjes, Dragan Miljus. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occupational Medicine*, 2006; 56:275-278
4. De Graaf R, Houweling H, van Zessen G. Occupational risk of HIV infection among western health care professionals posted in AIDS endemic areas. *AIDS Care*. 1998 Aug;10(4): 441-52
5. Tomkins S, Ncube F. Occupationally acquired HIV: international reports to December 2002. *Euro Surveill*. 2005 Mar 10;10(3): E050310.2.
6. CDC (1987): Update: human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. *MMWR*36:285-9.
7. Puro V, De Carli G, Cicalini S (2005): European recommendations for the management of health workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. *Eurosurveillance* 10:260-264
8. Анђелковић, В; Опачић, Г; Петровић, Н; Кртинић, Г; Јефтовић, Ђ; Деспотовић, М. Знање, ставови и понашање здравствених радника у области HIV-а, Република Србија, Министарство здравља, 2010, Београд
9. Bernays S, Rhodes T, Продановић А (2007): Терапија за HIV: доступност, снабдевање и несигурност. Београд: UNDP.

10. ПРИЛОЗИ

Прилог 1. Списак институција у којима је извршено испитивање

Шифра институције	Назив институције	Анкетар
002	Дом здравља Мали Иђош	Вања Ђокић
008	Дом здравља Нова Црња	Вања Ђокић
014	Завод за јавно здравље Зрењанин	Теа Прелевић
025	Завод за јавно здравље Кикинда	Теа Прелевић
032	Дом здравља Панчево	Владимир Миловац
035	Општа болница Панчево	Владимир Миловац
041	Дом здравља Кула	Владимир Миловац
046	Завод за јавно здравље Сомбор	Владимир Миловац
051	Дом здравља Бечеј	Владимир Миловац
053	Дом здравља Жабаљ	Вања Ђокић
063	Клинички центар Војводине Нови Сад	Теа Прелевић
077	Дом здравља Стара Пазова	Теа Прелевић
080	Специјална болница за неуролошка и посттрауматска стања Стари Сланкамен	Теа Прелевић
083	Дом здравља Барајево	Татјана Гутић
097	Дом здравља Стари Град	Вања Ђокић
108	Специјална болница за болести зависности	Ивана Ђокић
111	Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику	Марко Перић
115	Клиничко-болнички центар Земун	Татјана Гутић
142	Дом здравља Крупањ	Марко Перић
143	Дом здравља Лозница	Марко Перић
150	Дом здравља Ваљево	Душан Мандић
157	Дом здравља Смедеревска Паланка	Дарко Стојиловић
160	Општа болница Смедеревска Паланка	Дарко Стојиловић
167	Дом здравља Голубац	Татјана Гутић
168	Дом здравља Кучево	Татјана Гутић
178	Општа болница Аранђеловац	Ђорђе Вранеш

Шифра институције	Назив институције	Анкетар
182	Специјална болница за рехабилитацију „Буковичка бања” Аранђеловац	Ђорђе Вранеш
183	Клинички центар Крагујевац	Дарко Стојиловић
185	Дом здравља Деспотовац	Дарко Стојиловић
190	Дом здравља Параћин	Дарко Стојиловић
198	Дом здравља Кладово	Ивана Ђокић
205	Општа болница Књажевац	Ивана Ђокић
207	Општа болница Зајечар	Ивана Ђокић
213	Дом здравља Нова Варош	Душан Мандић
218	Дом здравља Ужице	Душан Мандић
228	Дом здравља Лучани	Ђорђе Вранеш
233	Завод за јавно здравље Чачак	Ђорђе Вранеш
236	Дом здравља Тутин	Душан Мандић
242	Специјална болница за лечење и рехабилитацију “Меркур” Врњачка Бања	Ђорђе Вранеш
246	Дом здравља Александровац	Марко Перић
251	Дом здравља Крушевац	Марко Перић
258	Дом здравља Меровина	Вања Ђокић
268	Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница Ниш	Татјана Гутић
273	Специјална болница Соко Бања	Душан Мандић
277	Дом здравља Блаце	Никола Стевановић
283	Дом здравља Бабушница	Никола Стевановић
293	Дом здравља Медвеђа	Никола Стевановић
296	Завод за јавно здравље Лесковац	Ивана Ђокић
299	Дом здравља Трговиште	Никола Стевановић
301	Дом здравља Сурдулица	Никола Стевановић

Прилог 2. Измене у третирању података

1. Ако испитаник није навео општину у којој се здравствена установа у којој ради налази, датум испитивања или здравствену установу у којој ради, у бази су накнадно наведене одговарајућа општина, датум или установа.
2. Упитници испитаника који су одустали у току анкетирања су унесени у базу, али су посебно назначени.
3. Када су испитаници на било које питање одговарали заокруживањем текста изнад колоне за одговоре („Не”, „Не знам”,...), а нису давали одговоре на конвенционалан начин, третирали су се као да је на све ставке тог питања испитаник дао одговор чији текст је заокружио.
4. Ако испитаник није навео одговоре на неку ставку 7, 8, 9, 10, 17. и 27. питања, недостајући уноси су се у бази третирали као да је дат одговор „Не”.
5. Када су испитаници на питања 7, 8, 9, 10 и 27, поред заокруживања текста изнад колоне за одговоре, заокруживали текст неке ставке или маркирали, ситуација је третирана као да је на назначене ставке испитаник дао одговор у складу са заокруженим текстом, а на све остале ставке дао једини други преостали одговор.
6. Случај када су испитаници на питања 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 и 27, поред заокруживања текста изнад колоне за одговоре на неке ставке на конвенционалан начин, дали одговоре који нису у складу са назначеним текстом, дати одговори су се узимали као такви, а као одговор на све друге ставке узимао се одговор у складу са заокруженим текстом.
7. Када су испитаници питања 12, 13 и 14 давали одговоре заокруживањем или маркирањем, за оне ставке које су на овај начин означене узимао се одговор „Увек” (питања 12 и 13) или „Неопходно” (питање 14), а за све остале које ни на који начин нису означене узимао се као одговор „Никада” (питања 12 и 13) или „Непотребно” (питање 14).
8. Када у испитаници на питања 19 и 21 давали одговор заокруживањем неке ставке (њеног текста), а ни на једну ставку нису давали одговор на конвенционалан начин нити заокруживањем текста изнад колоне за одговоре, случај се третирао као да је на означене ставке дао одговор „Да” (питање 18) или „Опортунистичка” (питање 21), а на све остале ставке дао одговор „Не знам”.
9. У случају када испитаник на прву ставку 22. питања да одговор „Не”, какве год одговоре дао на преостале две ставке тог питања третирало се као да није дао одговоре на њих.
10. Случај када упитнику физички недостају нека питања третирало се као да испитаник није дао одговоре на та недостајућа питања.
11. Недостајући одговори на питања 18 и 25 су се третирали као да је дат одговор „Не знам”.
12. Када су испитаници на питања 14, 18, 19, 20 и 21 пропустили да дају одговор или су одговорили са „Не знам” третирало се као да нису одговорили тачно.
13. Када је на питања 10, 11, 12 и 17 дописано „Не радим са пацијентима”, случај је третиран као да је на наведена питања одговорено са „Не” (питања 10 и 17), односно „Никада” (питања 11 и 12)
14. Случај када је за занимање дописано „дипломирани фармацеут биохемичар”, случај је третиран као да је одговор „1) лекар”
15. Упитник са шифром 0812248 је избачен из истраживања јер му физички недостају три стране.
16. Случај када је на питање 9 дописано „вађење крви”, третирао се као да је једини одговор „Да” дат за „б) давање инјекција”, а да је на све остале ставке одговор „Не”.
17. Случај када је на 27. питање дописано „не носим двоструке рукавице” третирао се као да је одговор на све ставке „Не”.

Прилог 3. Чланови истраживачког тима и опси послова

1. Чланови истраживачког тима:

Главни истраживач

Доц. др Горан Опачић

Главни консултант

Проф. др Викторија Цуцић

Консултант

Мр сц. др мед. Драган Миљуш

Координаторка пројекта

Слађана Барош

Координаторке теренског истраживања

Мр Тијана Ерор, психолог

Др Милунка Милинковић

Креирање упитника

Доц. др Горан Опачић

Мр сц. др мед. Драган Миљуш

Статистичка обрада података и израда табела

Доц. др Горан Опачић

Никола Стевановић

Креирање и одржавање moodle базе за обуку анкетара и унос података

Доц. др Горан Опачић

Никола Стевановић

Провера уноса података

Никола Стевановић

Писање извештаја

Доц. др Горан Опачић

Супервизија истраживања и креирање упитника

Мр мед. сц. Катарина Митић

Др Фариде Бассиони Стаменић

Дипл. псих. Ирена Станојевић

Др Александар Бојовић

2. Описи послова чланова ужег истраживачког тима

Задаци главног истраживача су били:

- израда протокола и дефинитивне верзије упитника и индикатора;
- формирање, обука и припрема истраживачког тима;
- контрола и вођење истраживачког процеса;
- контрола квалитета попуњених упитника;
- комуникација са свим задуженим лицима у пројекту: координатором, супервизором, консултантима, статистичарима и др;
- анализа резултата и сачињавање коначног извештаја о истраживању; и
- представљање резултата истраживања.

Главни истраживач је одговоран за успешност реализације свих фаза истраживања (припремне фазе, фазе теренског рада и фазе обраде података и писања финалног извештаја о основним резултатима истраживања), реализацију истраживања на начин дефинисан протоколом, као и за квалитет сакупљених и обрађених података и квалитет написаног финалног извештаја.

Задаци теренског координатора су били:

- учешће у обуци истраживачког тима и свим припремним активностима, укључујући детаљно упознавање са протоколом истраживања и другим значајним документима;
- координација теренског истраживачког тима;
- прикупљање и достављање сировог материјала истраживања;
- контрола квалитета попуњених упитника;
- константна сарадња са главним истраживачем и другим лицима одговорним за спровођење пројекта.

Задаци анкетара су били:

- учешће у обуци истраживачког тима и свим припремним активностима, укључујући детаљно упознавање са упитником и другим значајним документима;
- сарадња са теренским координатором и задуженим анкетарима на терену (у установама);
- анкетирање здравствених радника у изабраним установама на терену;
- достављање контролисаних попуњених упитника теренском координатору.

