

**UNIVERZITET U BEOGRADU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Dragan T. Ilić**

**JAVNO ZDRAVSTVENI SISTEM I PREVENCIJA  
HIV INFEKCIJE KOD SEKSUALNIH RADNICA**

**Doktorska disertacija**

**Beograd, 2012**

**UNIVERSITY OF BELGRADE  
SCHOOL OF MEDICINE**

**Dragan T. Ilić**

**PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM  
AND HIV INFECTION PREVENTION  
IN FEMALE SEX WORKERS**

**Doctorial Dissertation**

**Belgrade, 2012**

## **Mentor:**

---

**Prof. dr Sandra Šipetić-Grujičić – redovni profesor, Institut za epidemiologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**

## **Komentor:**

---

**Prof. dr Vesna Bjegović – redovni profesor, Institut za sivilnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**

## **Članovi komisije:**

---

**Prof. dr Dejana Vuković – redovni profesor, Institut za sivilnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**

**Prof. dr Đorđe Jevtović – redovni profesor, Institut za infektivne i tropske bolesti, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu,**

**Prof. dr Viktorija Cucić – redovni profesor u penziji, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu**

## **Datum odbrane:**

## Rezime teze

### Naslov teze

## Javno zdravstveni sistem i prevencija HIV infekcije kod seksualnih radnica

### Uvod:

HIV/AIDS danas predstavlja jedan od vodećih zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih problema zbog čega je predmet brojnih istraživanja u cilju pronalaženja što boljih preventivnih mera koje bi redukovale dalji porast broja inficiranih i umrlih.

**Ciljevi:** Ispitati da li postoje razlike u znanju, stavovima i ponašanju vezanom za rizik i prevenciju od HIV infekcije, kao i u korišćenju i prisupačnosti zdravstvenih usluga, između uličnih i vanuličnih seksualnih radnica (SR) u Beogradu.

Utvrđiti sposobnost javnozdravstvenog sistema (primarne zdravstvene zaštite) da odgovori na zahteve osoba koje se bave prostitucijom u cilju prevencije HIV infekcije.

### Metod:

U ovu studiju uključeno je 113 uličnih i 78 vanuličnih SR koje su se u periodu 2006–2007. godine bavile seksualnim radom na „hot spotovima“ na području Beograda. Tehnika uzorkovanja bazirana je na mrežnim uzorcima sa snežnim grudvama na svim ispitivanim mestima. SR su anketirane na „hot spotovima“, a potom su anketare upućivale na druge SR, a ove na nove i tako se mreža SR širila. Širenje mreže se nastavljalo sve do trenutka kada se više nisu mogli kontaktirati novi pripadnici uzorka, odnosno kada je postignuta „tačka zasićenja“ Podaci su prikupljeni struktuiranim upitnikom zatvorenog tipa.

U analizi podataka korišćen je  $\chi^2$  test.

## Rezultati:

Vanulične seksualne radnice (SR) su značajno češće imale niži stepen obrazovanja i izdržavale decu ili roditelje i partnere u odnosu na ulične SR. Ulične SR su značajno češće imale 11 i više seksualnih partnera tokom poslednjih mesec dana, kao i šest i više partnera tokom poslednjeg radnog dana u odnosu na vanulične SR. Više od ⅔ uličnih i vanuličnih SR je pružalo seksualne usluge bez obzira na svoje zdravstveno stanje.

Oko 90% SR je koristilo kondom pri poslednjem seksualnom odnosu sa komercijalnim partnerom, a manje od 50% pri poslednjem seksualnom odnosu sa stalnim partnerom. Značajno veći broj uličnih SR (69%), nego vanuličnih SR (44,9%), je znalo da se kondom može dobiti od terenskih radnika nevladinih organizacija i to na mestima gde pružaju svoje usluge, a i češće su koristile psihoaktivne supstance bilo kada u toku života.

Oko 15% uličnih i 7,7% vanuličnih SR je intravenski koristilo neku drogu bilo kada u toku života. SR koje su intravenski koristile drogu su značajno ređe pri svakom seksualnom odnosu koristile kondom nego SR koje nisu bile intravenski korisnici droge. Vanulične SR su u značajno većem procentu znale da se HIV infekcija ne prenosi ujednom komarca, da konzumiranje alkohola ne smanjuje rizik od HIV-a, da rizik od HIV infekcije nije manji ako se kondom koristi samo za vaginalni seksualni odnos i da se oralnim seksualnim odnosom ne smanjuje rizik od HIV-a u odnosu na ulične SR. Medjutim, ulične SR, u odnosu na vanulične SR, su značajno češće znale da je rizik od HIV-a manji za osobu koja ima samo jednog seksualnog partnera. Veći lični rizik od HIV infekcije usled pružanja seksualnih usluga za novac su značajno češće prepoznavale vanulične nego ulične SR.

Vanulične SR su se značajno češće testirale na HIV, hepatitis B i C, a i značajno veći broj njih je bio testiran na HIV tokom poslednjih 6 meseci u poredjenju sa uličnim SR. Tokom poslednjih 12 meseci vanulične SR su značajno češće koristile usluge ginekologa i nekog drugog lekara, a ulične lekara opšte prakse. Izabranog ginekologa su značajno češće imale vanulične nego ulične SR. Svaka treća SR nije posedovala validne zdravstvene dokumente što je bio jedan od razloga ograničenog korišćenja zdravstvene službe. Oko 2/3 uličnih i vanuličnih SR je imalo namerni prekid trudnoće.

Vanulične SR su značajno češće bile prekršajno kažnjavane, i to 3 i više puta, u odnosu na ulične SR. Stavovi uličnih i vanuličnih SR u cilju poboljšanja njihovih uslova

rada nisu se značajno razlikovali. Oko 60% SR se zalagalo za legalizaciju prostitucije u cilju poboljšavanja njihovog položaja.

Zdravstveni radnici i policija su značajno češće znali da procene da li neko od njihovih klijenata ima neki oblik rizičnog ponašanja za HIV nego radnici socijalne zaštite. Neki vid edukacije iz oblasti HIV/AIDS-a su značajno češće imali zdravstveni radnici nego radnici socijalne zaštite i pripadnici policije. Radnici socijalne zaštite (72,4%) i policija (70,0%) su značajno češće smatrali da su njihove usluge podjednako dostupne za sve njihove korisnike u odnosu na zdravstvene radnike (47,1%). Značajno veći broj zdravstvenih radnika je, u odnosu na socijalne radnike i policiju, smatralo da pripadnici vulnerabilnih grupa za HIV ne koriste njihovu službu jer im ona ne pruža dovoljno informacija i jer ne poseduju lična dokumenta. Policija se značajno češće prema SR ponašala kao i prema drugim klijentima u odnosu na zdravstvene i socijalne radnike.

### **Zaključci:**

Neophodna je kontinuirana edukacija SR, zdravstvenih radnika, policije i radnika socijalne zaštite po pitanju poznavanja puteva prenošenja HIV/AIDS-a i načina prevencije. Poseban akcenat treba staviti na timski rad lekara, policije i socijalnih radnika u zbrinjavanju vulnerabilnih grupa pod rizikom od HIV infekcije. Naš zdravstveni sistem je nedovoljno pripremljen da pomogne vulnerabilnim grupama pod povećanim rizikom od HIV infekcije, što zahteva njegovo unapredjenje.

Legalizacija ili dekriminalizacija prostitucije doprinela bi da se sprovodi bolja kontrola zdravstvenog stanja SR i da se adekvatnim preventivnim programima redukuje njihovo rizično ponašanje, što bi zajedno uticalo na redukovanje broja inficiranih HIV-om.

### **Ključne reči:**

HIV infekcija, ulične seksualne radnice, vanulične seksualne radnice, kondom, psihoaktivne supstance, znanje, ponašanje, zdravstveni radnici, stigma i diskriminacija.

**Naučna oblast:** Epidemilogija

**Uža naučna oblast:** Javno zdravlje

## Abstract

### Public healthcare system and HIV infection prevention in female sex workers

#### Introduction

Today, HIV/AIDS represents one of the leading health, social and economic problems, which makes it a subject of numerous research studies with an aim of finding the best possible prevention measures in order to reduce the number of instances of infection and death.

#### Aims

To investigate whether there are differences in the knowledge, opinions and behavior related to risk and HIV infection prevention, as well as discrepancies in the use and availability of healthcare services, between street-based [outdoor] and indoor female sex workers [FSWs] in Belgrade. To determine the capacity of the public healthcare system [primary healthcare] to respond to the needs of individuals dealing in sex work in order to prevent HIV infections.

#### Methodology

The present research study includes 113 street-based [outdoor] and 78 indoor FSWs who provided sexual services in the period 2006–2007 at „hot spots“ on the territory of the City of Belgrade. The sampling technique used was snowball network sampling at all of the investigated locations. FSWs were interviewed at the „hot spots“, and then referred the interviewers to other FSWs, who then recommended new interviewees, and so on, and that was how the network of FSWs grew. The network was expanding until the moment when new sample members were not available any longer, meaning that the „saturation point“ was reached. The data was obtained using a closed structured questionnaire.

For data analysis, the  $\chi^2$  test was used.

## Results

Compared to street-based [outdoor] female sex workers [FSWs], indoor FSWs had a considerably lower level of education and supported children or parents and partners. In a considerably greater number of cases, street-based FSWs had 11 or more sexual partners during the last month, as well as six or more partners during the last working day, compared to indoor FSWs. More than 2/3 of street-based and indoor FSWs provided sexual services regardless of their health condition at the moment.

Around 90% of FSWs used condoms during the last sexual intercourse with a paying partner, while less than 50% during the last sexual intercourse with a steady partner.

A considerably greater number of street-based FSWs [69%] compared to indoor FSWs [44.9%] knew that they could obtain condoms from the outreach workers of NGOs, even in places where they provided their services; in addition, a greater number of street-based female sex workers also used psychoactive substances at some point in their life.

Around 15% of street-based and 7.7% of indoor FSWs abused drugs intravenously at some point in their life. Those FSWs who intravenously abused drugs also used condoms less often during each sexual intercourse in comparison to the FSWs who were not intravenous drug users. In a greater number of cases compared to street-based FSWs, indoor FSWs knew that HIV infection cannot be transmitted through a mosquito bite, that alcohol consumption did not reduce the risk of HIV infection, that the risk of HIV infection is not lower if the condom is only used for vaginal sex, and that performing oral sex did not reduce the risk of HIV infection.

However, compared to indoor FSWs, street-based FSWs knew more often than not that the risk of HIV infection is lower for an individual who has only one sexual partner. A greater risk of HIV infection due to sex work was recognized more often by indoor than street-based FSWs.

Indoor FSWs tested for HIV, hepatitis B and C more often than street-based FSWs, and a great number of them was tested for HIV in the last 6 months. During the last 12 months, indoor FSWs visited the gynecologist or a doctor of another specialty more



often, while the street-based FSWs went to their general practitioner more frequently. Indoor FSWs had a chosen gynecologist in a greater number of instances than street-based FSWs. Every third FSW did not have valid health documents, which was one of the reasons for the limited use of healthcare services. Around  $\frac{2}{3}$  of both street-based and indoor FSWs had a termination of pregnancy.

Indoor FSWs had a greater number of misdemeanors - 3 or more, compared to street-based FSWs. The opinions of street-based and indoor FSWs with regards to their work conditions did not differ much. Around 60% of FSWs believed sex work should be legalized for the purposes of improving their status.

In a greater number of cases, healthcare professionals and the members of the police force knew how to determine if some of their clients had some form of HIV risk behavior compared to social workers.

More often than not, healthcare professionals had some education in the field of HIV/AIDS compared to social workers and the members of the police force. Social workers [72.4%] and the police [70.0%] believed that their services were equally available to all their users compared to healthcare professionals [47.1%]. In comparison to social workers and the members of the police force, a greater number of healthcare professionals believed that the members of HIV vulnerable groups did not use their services because they did not provide enough information and because FSWs were not in possession of adequate personal documents. The members of the police force treated FSWs as any other clients more often than healthcare professionals and social workers did.

## **Conclusions**

Ongoing education of FSWs, healthcare professionals, members of the police force and social workers with regards to HIV/AIDS transmission pathways and prevention is absolutely necessary. Emphasis should be placed on teamwork between doctors, the police and social workers for the purposes of dealing with vulnerable groups at risk of HIV infection.

Our healthcare system is not adequately equipped to help vulnerable groups at risk of HIV infection, and thus, it needs to be improved.

Legalization or decriminalization of sex work would contribute to a better control of health of FSWs and to the reduction of instances of risk behavior through prevention programs; this, in turn, would lead to a reduction in the number of HIV infected individuals.

### **Key words**

HIV infection, street-based [outdoor] female sex workers, indoor female sex workers, condom, psychoactive substances, knowledge, behavior, healthcare professionals, stigma, and discrimination.

### **Scientific area**

Epidemiology

### **Specific scientific area**

Public health

## Sadržaj

<b>1 Uvod.....</b>	<b>1</b>
1.1 Učestalost i rasprostranjenost HIV/AIDS-a u svetu.....	1
1.2 Učestalost HIV/AIDS-a u Srbiji .....	3
1.3 Preventivni programi .....	3
1.4 Prostitucija i rizik od HIV/AIDS-a .....	5
1.4.1 Definisanje prostitucije .....	5
1.4.2 Raniji i sadašnji stavovi prema prostituciji.....	7
1.4.3 Istorijat prostitucije.....	8
1.4.4 Vrste prostitucije – klasifikacija .....	11
1.4.5 Razlozi ulaženja u prostituciju .....	12
Ekonomska motivacija.....	12
Motivacija vezana uz specifičan stil života prostitutki .....	13
Zavisnost od psihoaktivnih supstanci.....	13
Situacioni razlozi.....	13
1.4.6 Klijenti i prostitutke.....	13
1.4.7 Prostitucija u Srbiji.....	14
1.5 Odgovor zdravstvenog sistema zahtevima prostitucije .....	15
1.6 Prostitucija i ljudska prava u Srbiji .....	20
1.7 Izučavanje prostitucije u našoj zemlji.....	21

<b>2 Ciljevi i hipoteze istraživanja .....</b>	<b>22</b>
2.1 Ciljevi istraživanja.....	22
2.2 Hipoteze.....	22
<b>3. Metod rada.....</b>	<b>23</b>
<b>4. Rezultati.....</b>	<b>26</b>
4.1 Sociodemografske karakteristike .....	26
4.1.1 Sociodemografske karakteristike uličnih i vanuličnih seksualnih radnica .....	26
4.1.2 Sociodemografske karakteristike svih seksualnih radnica .....	28
4.1.3 Sociodemografske karakteristike SR romske i srpske nacionalnosti.....	28
4.2 Seksualno ponašanje .....	29
4.2.1 Seksualno ponašanje uličnih i in door SR .....	29
4.2.2 Seksualno ponašanje svih SR.....	33
4.2.3 Seksualno ponašanje SR romske i srpske nacionalnosti .....	34
4.3 Korišćenje psihoaktivnih supstanci (PAS).....	34
4.3.1 Korišćenje psihoaktivnih supstanci od strane uličnih i in door SR.....	34
4.3.2 Veza između korišćenja PAS i rizičnog seksualnog ponašanja SR.....	37
4.3.3 Korišćenje PAS od strane svih SR.....	38
4.3.4 Korišćenje PAS seksualnih radnica srpske i romske nacionalnosti .....	38
4.4 Znanje o polno prenosivim infekcijama (PPI) .....	39
4.4.1 Znanje o polno prenosivim infekcijama in door i uličnih SR.....	39

4.4.2 Znanje o HIV/AIDS-u in door i uličnih SR.....	41
4.4.3 Znanje o HIV/AIDS-u za sve SR .....	43
4.4.4 Znanje o HIV/AIDS-u SR srpske i romske nacionalnosti.....	43
<b>4.5 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C .....</b>	<b>43</b>
4.5.1 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju uličnih i in door SR.....	43
4.5.2 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju svih SR.....	44
4.5.3 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju SR romske i srpske nacionalnosti .....	44
<b>4.6 Zdravstveno stanje seksualnih radnica i njihovo korišćenje zdravstvene službe .....</b>	<b>45</b>
4.6.1 Zdravstveno stanje in door i uličnih SR i njihovo korišćenje zdravstvene službe.....	45
4.6.2 Zdravstveno stanje svih SR i njihovo korišćenje zdravstvene službe.....	50
4.6.3 Zdravstveno stanje seksualnih radnica i korišćenje zdravstvene službe SR srpske i romske nacionalnosti .....	50
<b>4.7 Policija i SR.....</b>	<b>50</b>
4.7.1 Susret sa policijom i prekršajno kažnjavanje in door i uličnih SR.	50
4.7.2 Susret sa policijom i prekršajno kažnjavanje SR romske i srpske nacionalnosti .....	51
<b>4.8 Stavovi SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada.....</b>	<b>51</b>
4.8.1 Stavovi in door i uličnih SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada.....	51
4.8.2 Predlozi svih SR za poboljšanje njihovih uslova rada.....	52

4.8.3 Predlozi SR srpske i romske nacionalnosti za poboljšanje njihovih uslova rada.....	52
4.9 Iskustva, znanje i stavovi zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije o mogućnostima korišćenja i dostupnosti zdravstvenih usluga osobama koje se bave prostitucijom.....	52
4.10 Kvalitativna analiza dostupnosti zdravstvene zaštite SR.....	57
4.10.1 Dostupnost zdravstvene zaštite SR na osnovu dobijenih podataka od fokus grupa .....	57
4.10.2 Dostupnost zdravstvene zaštite SR na osnovu dobijenih podataka od strane terenskih radnika .....	59
<b>5. Diskusija .....</b>	<b>62</b>
<b>6. Zaključci .....</b>	<b>67</b>
<b>7. Naučni doprinos teze .....</b>	<b>71</b>
<b>8. Literatura .....</b>	<b>72</b>
<b>9. Prilozi.....</b>	<b>82</b>
Prilog 1. ....	82
Prilog 2. ....	112
Prilog 3. ....	117
Prilog 4. ....	122
<b>10. Biografija autora .....</b>	<b>127</b>

## 1 Uvod

HIV/AIDS danas predstavlja jedan od vodećih zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih problema zbog čega je predmet brojnih istraživanja u cilju pronalaženja što boljih preventivnih mera koje bi redukovale drastičan porast broja inficiranih i umrlih.

### 1.1 Učestalost i rasprostranjenost HIV/AIDS-a u svetu

Danas u svetu ima oko 35 miliona ljudi inficiranih HIV-om od čega je 2,7 miliona novoinficiranih registrovano 2007. godine (1). U periodu od 1981–2007. godine od AIDS-a je umrlo više od 25 miliona ljudi, od čega 2 miliona u 2007. godini (1). Porast broja novoinficiranih je posebno izražen u regionu Sub-Saharske Afrike, Južne i Jugoistočne Azije i Istočne Evrope i Centralne i Istočne Azije (Grafikon 1).

Najveći broj novoinficiranih su osobe mlađe od 30 godina koje pripadaju grupi osoba sa rizičnim ponašanjem (intravenski narkomani, seksualni radnici, muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima) (2).

Brojna istraživanja u svetu pokazuju da tek svaka peta osoba sa rizičnim ponašanjem može da koristi osnovne zdravstvene usluge, dok je tek svaka deseta osoba testirana i zna da je HIV pozitivna (2).

Grafikon 1. Učestalost i rasprostranjenost HIV/AIDS-a u svetu, od početka epidemije do kraja 2007. godine

Područja	Broj odraslih i dece koji žive sa HIV/AIDS-om	Broj odraslih i dece novoinficiranih HIV-om u 2007. godini	P* HIV-a među odraslima u 2007. g.	Broj odraslih i dece umrlih od AIDS-a u 2007.g.
Sub-Saharska Afrika	22,0 mil. ** (20,5–23,6mil.)	1,9 mil. (1.6–2.1 mil.)	5,0%	1,5 mil. (1,3–1,7mil.)
Srednji Istok i Severna Afrika	380.000 (280.000–510.000)	40.000 (20.000–66.000)	0,3%	27.000 (20.000–35.000)
Južna i Jugo-Istočna Azija	4,2 mil. (3,5–5,3 mil.)	330.000 (150.000–590.000)	0,3%	340.000 (230.000–450.000)
Istočna Azija	740.000 (480.000–1,1 mil.)	52.000 (29.000–84.000)	0,1%	40.000 (24.000–63.000)
Latinska Amerika	1,7 mil. (1,5 mil.-2,1 mil.)	140.000 (88.000–190.000)	0,5%	63.000 (49.000–98.000)
Karibi	230.000 (210.000–270.000)	20.000 (16.000–25.000)	1,1%	14.000 (11.000–16.000)
Istočna Evropa i Centralna Azija	1,5 mil. (1,1–1,9 mil.)	110.000 (67.000–180.000)	0,8%	58.000 (41.000–88.000)
Zapadna i Centralna Evropa	730.000 (580.000–1,0 mil.)	27.000 (14.000–49.000)	0,3%	8.000 (4.800–17.000)
Severna Amerika	1,2 mil. (760.000–2,0 mil.)	54.000 (9.600–130.000)	0,6%	23.000 (9.100–55.000)
Okeanija	74.000 (66.000 -93.000)	13.000 (12.000–15.000)	0,4%	1000 (1000–1400)
<b>Ukupno</b>	<b>33 mil.</b> <b>( 30–36 mil.)</b>	<b>2,7 mil.</b> <b>(2,2–3,2 mil.)</b>	<b>0,8%</b>	<b>2,0 mil.</b> <b>(1,8–2,3 mil.)</b>

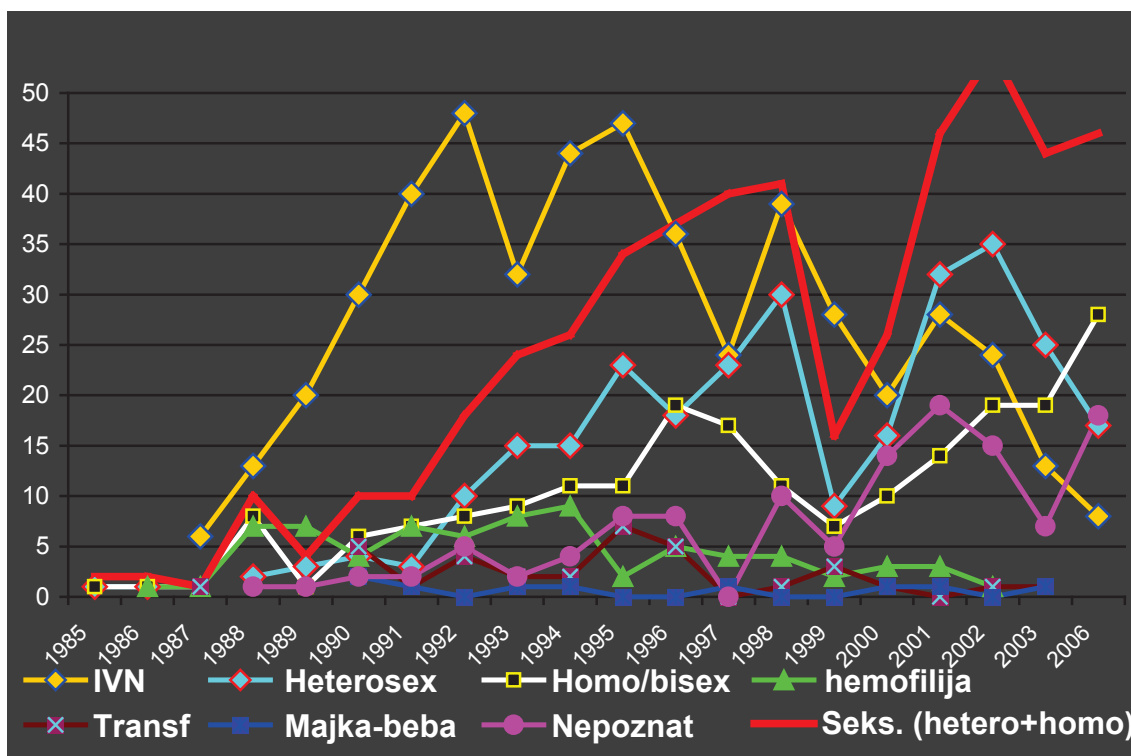
WHO, UNAIDS (1) ; \* P – prevalencija; \*\* mil. – milioni



## 1.2 Učestalost HIV/AIDS-a u Srbiji

U Srbiji bez Kosova i Metohije broj osoba sa HIV/AIDS-om i dalje raste, tako da je krajem 2008. godine ukupno, od početka epidemije, registrovano 2287 HIV pozitivnih osoba, 1432 osobe su obolele od AIDS-a dok je 936 umrlo. Od ukupnog broja inficiranih HIV-om 72% (1647) su činili muškarci (2).

Grafikon 2. Putevi prenošenja HIV infekcije u Srbiji za period 1985–2006. godine



U Srbiji, kao i u većem broju drugih zemalja, raste broj osoba koje su se inficirale heteroseksualnim i homoseksualnim kontaktom (1% u 1987. godini i 77% u 2008. godini), a sve je manji broj novoinficiranih među intravenskim narkomanima (89% u 1987. u godini i 11% u 2008. godini) (Grafikon 2).

## 1.3 Preventivni programi

U Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji samo 20% intravenskih korisnika droga dostupni su HIV preventivni programi, a u 10 od 24 zemlje ovog regiona postoje programi prevencije za seksualne radnice (SR).

Uvođenjem preventivnih programa dolazi do opadanja incidencije HIV inficiranih među homoseksualcima u nekim zemljama Zapadne Evrope (4), kao i među mladima u Ugandi (1). Uvođenje „100% kondom programa“ među seksualnim radnicima i njihovim klijentima na Tajlandu (5), u Bangladešu, Vijetnamu i Kambodži (6,7), porast monogamije u Zimbabveu, kao i programi razmene špriceva i igala među intravenskim korisnicima droge u Španiji (4) i Brazilu su, takođe, uticalo je na pad broja HIV inficiranih (1). Pad prevalencije HIV inficiranih, takođe, je uočen u Keniji, Zimbabveu i urbanom delu Haitija, kao rezultat sprovođenja preventivnih programa, naročito među svim vulnerabilnim grupama (8,9).

Antiretroviralna terapija obezbeđuje se za manje od 10% HIV pozitivnih osoba na Tajlandu, 16% u Aziji, ispod 20% u Rusiji i Ukrajini (1).

Iskustva iz brojnih zemalja pokazuju da sve intervencije nisu uvek davale željene efekte u pogledu ishoda. U nekim zemljama Zapadne Evrope došlo je do porasta broja novoinficiranih među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (10). U velikom broju nerazvijenih ili srednje razvijenih zemalja u svetu, u kojima su sprovedeni neki od programa prevencije, broj novoinficiranih HIV-om je poslednjih godina stalno rastao (1).

Iz tog razloga je neophodno da se više pažnje posveti dizajniranju preventivnih intervencija i da se obrati pažnja na specifične karakteristike ciljnih grupa, posebno vulnerabilnih (seksualni radnici/radnice, intravenski narkomani i njihovi partneri, homoseksualci, migranti, izbeglice i interno raseljena lica, zatvorenici i druge institucionalne osobe, muškarci i žene odvojene od svojih porodica, žene i deca žrtve trgovine drogom i nasilja), nad kojima se sprovode programi (11).

Danas se postavlja ključno pitanje kako smanjiti broj osoba sa HIV infekcijom među seksualnim radnicima. Prostitucija je, pre pojave HIV-a, bila retko predmet istraživanja. Prepoznavanjem puteva prenošenja ovog oboljenja započinje da raste interesovanje za proučavanje ponašanja i stila života prostitutki, kao i za ispitivanje zdravstvene zaštite koja im se pruža (12).

## 1.4 Prostitucija i rizik od HIV/AIDS-a

### 1.4.1 Definisane prostitucije

Prostitucija, komercijalni seksualni rad, predstavlja univerzalni fenomen, prisutan u skoro svim ljudskim zajednicama, sa dugom istorijom, ali još uvek nedovoljno poznat, tajnovit i najčešće nelegalan (13).

Sam pojam prostitucije svoje poreklo vuče iz latinskog jezika, tačnije od glagola *prostituere* što znači „javno izvrći se bludu“, „odati se bludu“, „poniziti se“, odnosno „obešćastiti se“. Blud u ovom smislu podrazumeva vulgarno zadovoljavanje polnog nagona, koje se kosi s moralnim normama određene društvene grupe. Olga Petak (14) uvidom u literaturu, izdvaja niz bitnih karakteristika prostitucije iz kojih sledi da prostitucija uvek predstavlja „komercijalizovano polno podavanje odnosno privremeno ili stalno, dobrovoljno ili prisilno prodavanje vlastitog tela za seksualno zadovoljavanje drugih kao zanata (profesije) – bolje, jedinog ili dopunskog izvora prihoda; seksualno ponašanje u kojem je u igri nešto što izlazi izvan društvenih okvira i vladajućih moralnih normi; uključuje moralno vrednovanje, jer se ono ne može izuzeti budući da je reč o odnosima između ljudi“. Zbog toga danas nije lako napraviti jasno razgraničenje između toga šta jeste, a šta nije prostitucija i nije sve crno belo u stvarnom životu kao što rečnik definiše. Na primer, nije uvek u prostituciju uključena samo direktna zamena novca između učesnika, niti svaka prostitucija uvek završava seksualnim aktom. Otuda, neko može da se bavi prostitucijom, a da ne pripada striktnoj definiciji prostitucije.

Iako je o prostituciji često reč kao o nečemu samome po sebi razumljivom, ili možda upravo zato, vrlo je teško definisati pojam prostitucije. U literaturi postoji čitav niz različitih definicija prostitucije, a većina autora ipak naglašava tri osnovna elementa koji karakterišu prostituciju: (a) promiskuitet, (b) komercijalnost, (c) izvesna emocionalna indiferentnost prema polnom odnosu (15). Veliki broj autora naglašava ekonomsku i komercijalnu dimenziju prostitucije kao njeno bitno obeležje. Tako, na primer, Radulović prostituciju određuje kao vrstu komercijalne delatnosti, koja podleže delovanju ekonomskih zakonitosti, kao što su ponuda i potražnja na tržištu, kvalitet usluga, raznovrsnost, reklamiranje i sl. (16). Prostitucija se, prema njegovom mišljenju, može podvesti pod pojam „trgovina seksualnošću“, a ima stalni ili privremeni/povremeni karakter. Seksualnost se

tako pretvara u robu i ima upotrebnu i tržišnu vrednost – upotrebna vrednost odražava svojstva (kvalitet) robe, dok tržišna vrednost zavisi od položaja robe na tržištu (16).

Ipak, kao što je već rečeno, najveći broj autora daje definicije koje nisu usmerene na samo jednu dimenziju pojma, već na njih nekoliko. Tako možemo naći definiciju prostitutke kao „one žene koja putem seksualnog podavanja uz materijalnu ili drugu naknadu (kada ona ima karakter platežnog sredstva) i bez naknadnih međusobnih obaveza većem broju osoba (uglavnom muškog pola) omogućuje zadovoljavanje seksualnog nagona i to po pravilu bez emocionalne naklonjenosti prema partnerima, ulazeći u takve odnose kroz određeno (duže ili kraće) vreme i prihvatajući u načelu da bude predmet zadovoljavanja seksualnih prohteva koji izlaze izvan okvira ljudskog dostojanstva odnosno načina seksualnog ponašanja kojim se narušava integritet odnosno dostojanstvo ličnosti“ (14). Takva definicija osim ekonomskog aspekta, komercijalnosti prostitucije, naglašava i promiskuitetnost – veći broj partnera, kao i emocionalnu indiferentnost same prostitutke prema njima. Osim toga ta definicija u sebi nosi i vrednosni, moralni sud koji prostituisanje označava kao seksualno ponašanje kojim se narušava integritet i dostojanstvo ličnosti. Postoji još jedan deo te definicije na koji vredi obratiti pažnju, a to je da se prostitutka određuje kao žena.

Rezultati empirijskih istraživanja muške prostitucije, kojih ima znatno manje nego istraživanja ženske prostitucije, ukazuju na znatan porast ove pojave krajem dvadesetog veka. Ipak, prostituisanje muškaraca ne izaziva veliku pažnju organa društvene kontrole i javnosti, a razloge treba tražiti u činjenici da je muška prostitucija uglavnom homoseksualna (16). To ipak ne znači da prostituciju smemo smatrati isključivo delatnošću, „profesijom“ žena.

Termin seksualni radnik/radnica je novijeg datuma (13) i ušao je u upotrebu na inicijativu samih prostitutki. Smatralo se da on ne sadrži odrednice koje opisuju socijalne i psihološke karakteristike određene klase žena već usmerava ka specifičnoj aktivnosti koja omogućava zaradu. Osim toga, novi naziv koji uključuje „rad“ treba da predstavlja preliminarni preduslov da osobe koje se time bave imaju puna ljudska i radna prava (14).

Nova terminologija definiše seksualnog radnika/radnicu mnogo šire od onoga što se podrazumeva pod terminom prostitucija. Seksualne/i radnice/i su i osobe koje usluge pružaju telefonom, striptizete, erotske igračice, porno modeli, itd. (17).

Na osnovu predloga UNAIDS-a iz 2006. godine termin „prostitucija“ se koristi za maloletničku prostituciju dok se za sve druge oblike prostitucije koriste termini „seksualni rad“ ili „komercijalni seks“.

#### 1.4.2 Raniji i sadašnji stavovi prema prostituciji

Bez obzira na to smatraju li prostituciju univerzalnom i nužnom ili ne, većina autora prostituciju vidi kao društveno nepoželjnu pojavu.

Takav stav iznosi i Lars Ericsson (25) u svojoj knjizi „Argumenti protiv prostitucije: pokušaj filozofskog procenjivanja.“ Njegovi argumenti protiv prostitucije su da je ona društveno nepoželjna pojava i iznosi pregled argumenata protiv prostitucije. Konvencionalno – moralistički pristup posmatra prostituciju kao poseban slučaj seksualnog nemoralna i zato je društvo i konvencionalni moral odbacuju. Ona je uslovljena određenim nesavršenostima postojećih ljudskih društava. U savršeno dobrom društvu, koje nigde ne postoji, ona bi svakako bila potpuno suvišna.

Kanduč i Grozdanić (15) ukazuju da postoji niz stavova koji prostituciju drže nepoželjnom ili čak „zlom“ - jer krši Božja pravila; jer je nemoralna (za ženu, za muškarca ili pak za oboje podjednako); jer je protivpravna (legalizacija bi taj razlog odbacivanja prostitucije smesta uklonila); jer ugrožava patrijarhalno društvo, odnosno njegovu moralnu (vrednosnu i normativnu) infrastrukturu; ili obratno – jer podržava patrijarhalno društvo koje se temelji na podređenosti, manje vrednosti i iskorišćavanju žena.

Prema drugim autorima (24), prostitucija je relativno (dakle, ne apsolutno), nužno zlo ili čak može biti smatrana i funkcionalnom - jer učvršćuje ugledne društvene institucije (npr. porodicu i monogamnu bračnu vezu) koje se zasnivaju na ograničenju seksualnosti; jer je zbog nje manje silovanja i drugog seksualnog nasilja; jer omogućuje seksualne odnose osobama koje zbog svoje neprivlačnosti (ili nekih drugih telesnih ili psihičkih nedostataka) imaju poteškoće u uspostavljanju seksualnih kontakata s osobama istog ili drugog pola; jer omogućuje zaradu osobama koje se njome bave (i time i preživljavanje ili čak posve zadovoljavajući životni standard). Prema njima prostitucija je neuklonjiva, jer je nemoguće čak i zamisliti empirijsko društvo u kojem ne djeluju sile koje generišu potražnju za prostitucijom.

Često se može naići i na tvrdnju, (bilo implicitnu ili eksplicitnu) da je prostitucija univerzalna pojava. Tvrdnja o univerzalnosti prostitucije temelji se na pretpostavci o nepromenljivosti muškog seksualnog nagona i na neosnovanom verovanju da muškarci ne mogu i ne moraju podvrgavati svoje nagone samokontroli (16). Slično mišljenje iznosi i Carole Pateman, koja kaže da se „pretpostavlja da postoji univerzalan, prirodni (muški) impuls, koji traži i uvek će tražiti odušak koji pruža prostitucija“ (24).

Međutim neki pokušavaju da opravdaju prostituciju. Reč je o kontraktarijanskom stavu. Kontraktarijanci tvrde da prostitutka ugovorom na određeno vreme, u zamenu za novac, ustupa određeni oblik radne snage. Između prostitutke i klijenta događa se slobodna razmena usluga, a ugovor o prostituciji primer je ugovora o zaposlenju. Prostitutka ne prodaje sebe, svoje telo ili svoje polne oznake, već ugovara korišćenje polnih usluga, bez štete za nju samu. Kontraktarijanci čak tvrde da ljudi imaju ljudsko pravo na komercijalni seks. Ipak, oni ukazuju da bi bile potrebne i izvesne reforme, jer sloboda ugovora i jednakost mogućnosti zahtevaju da ugovor o prostituciji bude otvoren svakome i da svakoj osobi treba biti omogućeno da kupuje ili prodaje usluge na tržištu (24).

### 1.4.3 Istorijat prostitucije

Prvi podaci o prostituciji potiču iz 1500. godine pre nove ere (18). Tada se u Vavilonu pojavila hramska prostitucija u sastavu kulta boginje Melite. Iz Vavilona taj običaj se proširio u Fenikiji, u obliku kulta boginje Astarte. Prešavši u Persiju, prostitucija se povezala sa umetnošću. Tamo su muškarci zahtevali od lepih robinja da muzikom, plesom i pesmom najpre razbude njihov polni nagon, a zatim da im se podaju. Religiozna prostitucija uzela je naročito maha u starom Egiptu, u hramovima boginje Izide. Ona se najviše proširila nakon osvajачkih ratova Aleksandra Velikog, kad su je njegovi vojnici proneli po celom tada poznatom svetu. Kod starih Izraelaca spominje se već oko 1000. godine pre nove ere ulična prostitucija. Tako prva knjiga Mojsijevog Starog zaveta kaže za Tamaru: „Ona svuče udovičko ruho, navuče koprenu i zamota se, pa sede na ulaz u Enaim, što je na putu k Timni. Videla je naime da je Šela odrastao, ali nju još ne udaše za njega. Kad je Juda opazi, pomisli da je bludnica, jer je bila pokrila lice (18)“. Kasnije je Mojsije zabranio ženama svog naroda da se bave prostitucijom i strogo je od njih zahtevao da nevine uđu u brak i da ostanu verne svom mužu. Međutim, svojim muškim sunarodnicima je dopuštao da imaju prostitutke stranog porekla, pa se i sam okružio njima.

Zanimljivo je da u Sparti nije bilo prostitucije. Tamo je ženama data puna seksualna sloboda, jer se braku i porodici nije pridavala nikakva vrednost. Spartanski zakonodavac Likurg smatrao je da samo mekušac može voleti ženu i decu, a od svojih je sunarodnika zahtevao da budu surovi ratnici, koji za polna uživanja neće imati mnogo smisla. Svoje povremene seksualne potrebe mogao je Spartanac zadovoljiti sa bilo kojom ženom, pa mu prostitucija nije bila potrebna.

U Atini se, takođe, najpre pojavila hramska prostitucija, a Solon je kasnije uveo i legalnu javnu prostituciju. Uredio je prvu javnu kuću („dikterion“), koju je napunio stranim robinjama, a od njihove je zarade ubirao porez. Na taj način nastojao je Solon da sačuva polnu čast atinskih žena. Među atinskim prostitutkama su se razlikovale tri klase. Najniža vrsta su „dikterijade“, državne robinje koje su se u javnoj kući morale uz malu naplatu podavati svakom posetiocu. Srednja klasa su sviračice frule koje su muzikom zabavljale zvanice na raznim zabavama i svečanostima, a zatim im se podavale za novac („auletride“). Najviši položaj imale su hetere („drugarice“). To su bile svestrano obrazovane lepotice, koje su u najvećoj raskoši izdržavali imućni građani Atine. Za njih nisu vredeli zakoni koji su prostitutkama niže vrste ograničavali kretanje, određivali im način odevanja i visinu naknade koju su smele tražiti za svoje usluge. Hetere su nemilice iskorišćavale svoje mušterije i bez oklevanja ih odbacivale kad bi osiromašili. U Heladi su postojale i škole za prostitutke u kojima su ostarele bludnice podučavale početnice u erotskim veštinama i bavile se pripremanjem ljubavnih napitaka.

U Rim se prostitucija srazmerno kasno proširila, jer je tamo dugo bilo nedovoljno žena. Ipak su Rimljani „pomogli“ sebi na taj način što su dopustili udovicama da se prostituišu i što su preljubnice kažnjavali tako što bi ih na neko vreme prisilili da se prostituišu. No, u vreme careva prostitucija je masovno zahvatila Rimsko carstvo. U samom Rimu, za vreme vladavine cara Trajana (18) bilo je 32.000 prostitutki. I rimske bludnice razlikovale su se po klasama, počevši od bednih „prostibula“ koje su nalazile svoje mušterije po gostionicama, cirkusima, javnim kućama, do otmenih „famoza“ i „delikata“ od kojih je jedna postala i žena cara Vespazijana (18). Rimska država dopuštala je javne kuće („lupanarij“) u kojima su se prodavale strane robinje, ponajviše Grkinje, Španjolke i Jevrejke. Javne kuće bile su privatna preduzeća pod nadzorom državnih činovnika („edila“). Oni su se brinuli da se prostitutke drže određenih propisa u svom načinu odevanja i vladanja, te da imaju dozvolu za svoj zanat. Tako se vremenom razvijala i ulična prostitucija, naročito u vreme javnih priredbi. Tada su svodnici i vlasnici javnih kuća postavljali oko cirkusa šatore i



pozivali muškarce da u njima zadovolje polni nagon, raspaljen krvavom borbom zveri ili gladijatora. Stari Katon smatrao je prostituciju izvrsnim sredstvom da se rimske građanke zaštite od napastvovanja. U doba propadanja Rimskom Carstva prostitucijom su se bavile i otmene Rimljanke, među ostalima i carica Mesalina (18).

Pojavom hrišćanstva prostitucija je u zapadnom svetu počela donekle da opada, ali nakon seobe naroda i formiranja novih država na ruševinama Rimskog Carstva opet uzima maha. Kod Germana javlja se prostitucija već za vreme plemenskog uređenja. Kasnije se ona najviše razvila oko samostana i kneževskih dvorova. Nagli procvat doživljava u doba krstaških ratova kad su vitezovi vukli sa sobom na ratište čitave legije žena. U Francuskoj Pariz je bio najveće središte prostitucije. Tamo su studenti imali bordel čak u samoj zgradi univerziteta. Kralj Luj IX pokušao je da iskoreni prostituciju zatvaranjem javnih kuća, te progonom i kažnjavanjem prostituisanih žena. No, u tome nije uspeo jer je naišao na žestok otpor svojih sunarodnika, pa i najbližih saradnika. U XIII veku postoje javne kuće već i u svakom nemačkom gradiću. Smatraju ih sasvim normalnim ustanovama, a prostituisane žene se organizuju u cehove radi zaštite svojih staleških interesa. Uglednim ličnostima koje su dolazile u grad, stavljali su bordel na raspolaganje na trošak gradske uprave. Tako je u Vircvurgu još 1455. godine bio običaj da gradonačelnik sa svojim saradnicima i gostima uoči Ivanjdana poseti gradsku javnu kuću i tamo priredi gozbu. Sačuvan je dokument kojim se car Sigismund u XV veku zahvalio upravi grada Berna što je njegovoj dvorskoj sviti besplatno stavila na raspolaganje svoje „ženske kuće“. Često su država ili opština same upravljale javnim kućama. Kraljevi i pape ubirali su na taj način od prostitucije ogromne poreze. Tako je papi Sikstu IV samo jedan bordel doneo 20.000 dukata. U Nemačkoj je prostitucija dosegla vrhunac za vreme tridesetogodišnjeg rata zbog bede i opšteg rasula porodičnog života. Pred kraj srednjeg veka razlikovale su se uglavnom dve klase prostitutki. To su bile, sa jedne strane registrovane prostitutke koje žive u javnim kućama, a kretanje im je bilo ograničeno na određene delove grada i bile su podvrgavane javnom nadzoru. Sa druge strane postojale su i tajne prostitutke kojih je bilo mnogo više, i izbegavale su nadzor države. Tajna prostitucija održavala se na ulicama, po krčmama, u javnim kupatilima i oko vojnih logora.

Na prelazu XV u XVI vek pojavila se u Evropi epidemija sifilisa. Uskoro je postalo jasno da su bludnice glavni izvor te opasne bolesti. Zato se pristupilo užurbanom zatvaranju javnih kuća. U mnogim gradovima bordeli su bili pretvoreni u bolnice za obolele od polnih bolesti. Pojavili su se strogi zakoni ne samo protiv prostituisanih žena nego i protiv



njihovih svodilja i svodnika. Vlasti su ih kažnjavale proterivanjem iz zavičaja, vezivanjem uz stub srama, odsecanjem kose, javnim bičevanjem, a ponekad i odsecanjem nosa i ušiju ili čak utapanjem. Ali pravog uspeha u tome nije bilo. Nestale su javne prostitutke, ali je zato naglo narastao broj tajnih prostitutki. U XVIII veku vlasti su promenile svoj stav prema prostituciji. Umesto na stub srama i na stratište, prostitutke su dospevale u zatvor, a i to se ubrzo pretvorilo samo u novčanu kaznu. Tada se ponovo razvila ulična prostitucija, pa se pokazala potreba da se opet urede javne kuće. Tako je u Berlinu već 1780. godine bilo oko 100 bordela koji su za svoj rad imali službenu dozvolu. Prostitucija se još jače razvila kad je građanska klasa došla na vlast. Na početku XIX veka u Parizu je bilo oko 120.000 prostituisanih žena na dva miliona stanovnika. Zbog tolikog porasta prostitucije osetila se potreba da se ona podvrgne stalnom policijskom i sanitarnom nadzoru. Zato su u većinu evropskih zakonodavstava ušli i propisi o nadzoru nad prostitucijom i o vladanju prostituisanih žena (regimentacija). Na taj način nastojalo se pre svega da se suzbiju polne bolesti. Međutim, regimentacija nije postigla svoj cilj. Budući da je uvek obuhvatala samo manji deo prostituisanih žena, nije mogla ništa bitno postići u borbi protiv polnih bolesti, jer se kroz tajnu prostituciju nesmetano širila infekcija. Uz to su regimentirane prostitutke bile izvrgnute nemilosrdnom iskorišćavanju od strane vlasnika bordela kao i ponižavanju i zlostavljanju od strane policijskih organa. Zbog toga se 1875. godine pojavio tzv. abolicionistički pokret. Pod njegovim uticajem nestalo je u Evropi javne prostitucije, koju je država odobravalala i podvrgavala regimentaciji. Međutim, to nije dovelo do nestajanja prostitucije. Prostitucija i dalje postoji u savremenim društvima, pa tako i u Srbiji.

#### 1.4.4 Vrste prostitucije – klasifikacija

Prostitucija kao pojava nije homogena, obuhvata čitav niz oblika koje je moguće klasifikovati na mnogo načina, s obzirom na čitav niz kriterijuma. Kriterijumi za razlikovanje vrsta prostitucije mogu biti pol, uzrast, uzroci i oklonosti, vremenska dimenzija, stepen organizovanosti, socijalni status klijenata ili količina uloženog kapitala i dr.

Na osnovu pola osobe koja se bavi prostitucijom, razlikujemo žensku i mušku prostituciju (14).

Prema polu partnera možemo razlikovati homoseksualnu i heteroseksualnu prostituciju (14).

Prema starosti osobe koja se bavi prostitucijom može se govoriti o dečijoj, maloletničkoj i odrasloj prostituciji.

Ako na prostituciju gledamo u odnosu na uzrok i okolnosti koje dovode do ulaska u prostituciju razlikuju se prisilna i dobrovoljna prostitucija.

Što se vremenske dimenzije tiče, uzimajući u obzir dužinu trajanja i učestalost prostitucije može se razlikovati stalna, privremena i povremena prostituciju. Stalna prostitucija podrazumeva stalnu prodaju seksualnih usluga, jer im je to jedini izvor prihoda. Naziva se i profesionalnom prostitucijom.

Prostituciju je moguće klasifikovati i prema stepenu organizovanosti u zavisnosti od toga da li je prostitutke vrše samostalno ili je prostitucija deo organizovane mreže, unutar javne kuće ili uz pomoć svodnika (14).

Prema, mestu bavljenja prostitucijom, količini uloženog kapitala i socijalnom statusu prostitutki, ali i klijenata, bavljenje prostitucijom se može klasifikovati kao niska ili ulična, srednja i visoka prostitucija (14,16,21).

### 1.4.5 Razlozi ulaženja u prostituciju

#### Ekonomska motivacija

U prostituciju često ulaze osobe teške socijalne i materijalne situacije, koje prostituciju vide kao izlaz iz bede jer im društvo ne omogućava neko adekvatno zaposlenje. Studija rađena u Indiji (53), govori da 50% žena koje se bave prostitucijom u bordelima u Kalkuti, kao razlog za to navode da je to jedini način da obezbede sredstva da bi izdržavali svoju decu.

Ipak, kada se govori o socijalnim i ekonomskim uslovima prostitucije, ne treba ih automatski izjednačavati s bedom. Neke se prostitucijom bave radi luksuznog života i većeg uspeha (14). Često se prostitucijom može zaraditi znatno više nego većinom drugih poslova koji su na raspolaganju.

### Motivacija vezana uz specifičan stil života prostitutki

Prostitucija može kao zanimanje biti atraktivna jer deluje jednostavno, i ne podleže disciplini. Takođe, uz prostituciju se vezuje specifičan stil života, koji deluje kao avantura, omogućuje često upoznavanje različitih ljudi, a prostitucija u visokim društvenim slojevima nosi i utisak pripadnosti tom društvu (14).

### Zavisnost od psihoaktivnih supstanci

Uz gornje dve motivacione odrednice, a pre svega ekonomsku, možemo nadovezati i zavisnost od droge i alkohola. One s jedne strane mogu proizilaziti iz samog stila života prostitutki, koje mnogo vremena provode u noćnim lokalima gde se pije alkohol, pa i konzumiraju droge, ili zbog droge ulaze u prostituciju, jer im je potreban novac za njeno nabavljanje (22).

### Situacioni razlozi

Kao situacioni razlozi često se navodi porodična situacija, npr. zlostavljanje ili zanemarivanje u porodici (15), socijalna deprivacija u periodu detinjstva i rane mladosti, kao i lišenost socijalnog oslonca (14, 20). Spominje se i obavljanje poslova koji su bliski prostituciji, jer naglašavaju spoljašnji izgled i uslužnost prema klijentima (kao što su konobarice, striptizete, maserke, hostese i sl.) (15), kao i povezanost sa socijalnim miljeom vezanim uz prostituciju (14).

#### 1.4.6 Klijenti i prostitutke

Kao najčešći razlog korištanja prostitucije navodi se jednostavnost – lako je moguće doći do onoga što se želi, potreban je samo novac, bez udvaranja, bez razmišljanja o osećanjima ili seksualnom zadovoljenju partnera. Takođe se osigurava anonimnost, ne stvaraju se bliske emotivne veze, a ne postoji ni strah od odbijanja – prostitucija omogućuje polne odnose svima onima koji iz nekih razloga ne mogu ili ne žele naći seksualnog partnera. Uz to se spominje i udovoljavanje neobičnim i različitim seksualnim prohtevima (14,15).

Na osnovu istraživanja koje je sproveo Sawyer sa sardnicima 2001. godine u Sent Polu, među muškim klijentima prostitutki (23) samo je jedna trećina njih izjavila da

je uživala u seksu sa prostitutkom, a čak 57% pokušava da prestane sa korišćenjem ovih usluga. Klijenti su kao razloge korišćenja usluga prostitutki najčešće navodili da stupaju u seksualni odnos: jer im roditelji zabranjuju seksualne odnose, jer su im supruge trudne pa izbegavaju seksualni odnos, jer su popustili iskušenju kad su bili u noćnom lokalu (najčešće baru sa plesačicama), jer su bili usamljeni, jer ne žele da se upuste u vezu, jer su želeli da provere da li su impotentni i jer su želeli da dominiraju.

Uobičajena impresija da muškarci stupaju u seksualne odnose s prostitutkom kad su nezadovoljni seksom u braku bila je tek delomično potvrđena, dok rezultati istraživanja nisu dali potvrdu pretpostavci da muškarci uglavnom posećuju prostitutke zbog „neuobičajenih“ seksualnih usluga, jer je tek mali procenat muškaraca potvrdio da je tražio neuobičajene usluge (23). Uočeno je da se klijenti koji koriste usluge prostitutki mogu podeliti u odnosu na uzrast u dve kategorije: mlađi i stariji muškarci. Stariji muškarci su češće bili oženjeni, imali su stalnu seksualnu partnerku, bili su zaposleni, izjavljivali su da su uživali u seksualnom odnosu s prostitutkom i češće su podržavali legalizaciju prostitucije. Mlađi muškarci su retko podržavali dekriminalizaciju prostitucije, a često su imali i iskrivljene stavove o prostitutkama i više predrasuda vezanih uz prostituciju (npr. „Prostitutke uživaju u svom poslu“. „Žene su prostitutke zato što to žele biti. To je njihov izbor“. „Prostitutke zarađuju mnogo novca.“) (23).

### 1.4.7 Prostitucija u Srbiji

Postoje dokumenti i podaci o istorijatu prostitucije u Srbiji. Većinom su to, medicinske ili kriminološko-pravne studije. Dnevnik austrijskog poslanika Benjamina Kalaja opisuje njegove ljubavne avanture sa viđenim Beograđankama. Iz tog dnevnika je otkriveno da je najveći problem u tim odnosima, pored sigurnog mesta za ljubavne sastanke, polna bolest, triper (19). Koliko triper može da zagorča ljubavni život, kod nas je opisao Aleksandar Tišma u svojim dnevnicima. Triper se tako održao čitava dva veka. Pored tripera, opisuju se i druge polne bolesti. U Srbiji, ne samo tog doba, kao da se stvorila jedinstvena hijerarhija bolesti u kojoj je na vrhu bila tuberkuloza (jektika i sušica), a ispod nje sve ostale. Na dnu su bile polne bolesti. Smrt u ratu ili smrt od iscrpljenosti nisu, ulazile u ovu hijerarhiju – ove su smrti bile svete i zaštićene. Postoji podatak, s početka XX veka, da je u Beogradu bilo 130 zvaničnih prostitutki. U to vreme su jednom nedeljno zvanične prostitutke bile sprovedene, u pratnji pandura, na lekarski pregled – vizitaciju.

Pojedine procene iz tog doba ukazuju da je, pored legalnih prostitutki, u Beogradu, bilo i oko 3000 ilegalnih prostitutki (19).

Danas se u Srbiji ne prepoznaje problem prostitucije kao ozbiljna društvena činjenicu, pa zbog toga i nema pokušaja da se ona uredi na zakonit način. U pozitivnim zakonskim propisima Srbije, bavljenje prostitucijom se kvalifikuje kao narušavanje javnog reda i mira i prekršajno se kažnjavaju osobe koje se bave prostitucijom.

U decembru 2005. godine Ministarstvo unutrašnjih poslova Srbije (MUP) je navelo da se susrelo sa oko 900 seksualnih radnika/ca (TV kanal RTS 2, 05.12.2005. godine). Procene nekih drugih novinara govore da je oko 3000 osoba koje se bave prostitucijom u Beogradu (Nedeljni telegraf, 20.02.2002. godine).

Tokom 2005. godine, NVO Asocijacija za borbu protiv side – JAZAS, koja radi programe smanjenja štete među seksualnim radnicima/ama u Beogradu je navela podatak o oko 150 seksualnih radnika/ca koje rade na ulicama Beograda, i obavila anketiranje 101 seksualne radnice (27). Međutim u okviru bio-biheviornog istraživanja sprovedenog među komercijalnim seksualnim radnicima/cama u Beogradu, koje je realizovao Institut za javno zdravlje „Batut“ tokom 2007. i 2008. godine, bilo je obuhvaćeno čak 136 komercijalnih seksualnih radnika/ca, kako onih koje rade na ulici tako i vanuličnih („in door“).

U rutinskim zvaničnim epidemiološkim izveštajima ne postoje posebni, epidemiološki podaci koji bi ukazivali na zdravstveno stanje osoba koje se bave prostitucijom, posebno kada govorimo o polno prenosivim bolestima (PPI) i HIV infekciji.

### 1.5 Odgovor zdravstvenog sistema zahtevima prostitucije

Prostitucija je stara pojava koju nije uspeo da zaustavi ili iskoreni ni jedan zakon ili društvena mera. Brojni argumenti navođeni su protiv prostitucije kao što su narušavanje javnog morala, podsticanje nasilnog ponašanja, štetan uticaj na porodicu i mlade, ropstvo žene, ugrožavanje javnog zdravlja i širenje zaraze, ugrožavanje javnog reda i mira, ulično uznemiravanje i slično. No mogu se takođe naći i argumenti, koji govore o izvesnoj socijalnoj ulozi koju ona ima, i koja je jasno naznačena još u antičkom periodu (17, 26). Kao argumenti se pominje da je to najstarija profesija koja se kao takva mora

uvažavati, da ona čini svet sigurnijim za druge žene, da može biti zadovoljavajući posao i izvor prihoda, da predstavlja razrešenje za brojne seksualne probleme i slično.

Malo je perioda u istoriji kada su prostitutke bile slobodne od proganjanja i nasilja. Kao uzroci za progon najčešće su navođeni zdravstveni razlozi odnosno zdravstveno ugrožavanje čitave populacije (27). Tako posle perioda procvata prostitucije u srednjem veku, Evropa već u XVI veku pokušava da zavede mere njene regulacije i kontrole, uplašena širenjem polno prenosivih infekcija. Javne kuće se zatvaraju u Zapadnoj i Centralnoj Evropi, uvode se kazne za prostitutke. U Berlinu 1700. godine počinje registracija prostitutki i zahteva se sprovođenje medicinskih pregleda. Pariz je to isto uradio 1785. godine, a Velika Britanija mere protiv polnih bolesti integriše u zakone o prevenciji zaraznih bolesti (1864–1869. godine), takođe zahtevajući periodične preglede prostitutki i zatvaranje i progon svih zaraženih. Zakon koji zabranjuje muškarcima da zarađuju na prostituciji donosi se 1898. godine u Velikoj Britaniji.

Kroz čitav XIX vek prostitucija je smatrana značajnim javno zdravstvenim problemom, koji se mora regulisati. Pred kraj XIX veka i početkom XX veka nastaje internacionalizacija aktivnosti vezanih za prostituciju, sanizom međunarodnih konferencija (Amsterdam, 1901, London 1902, Pariz 1904.) koje su rezultirale u međunarodnom dogovoru o saradnji. Na najvišem međunarodnom nivou koji su predstavljale Ujedinjene nacije, 1949. godine, usvojena je konvencija o suzbijanju prostitucije u kojoj se kaže da je ona nespojiva sa ljudskim dostojanstvom i u kojoj se zahteva od svih zemalja članica da kazne makroe i vlasnike javnih kuća i da ukinu sve specijalne postupke protiv prostitutki i njihovu registraciju.

Početak XX veka, pritisak na prostituciju pravdan zdravstvenim rizicima, je počeo da opada jer su terapijska dostignuća učinila problem polno prenosivih infekcija mnogo manjim, a čitav odnos prema seksu sa pojavom seksualne revolucije postao je mnogo liberalniji.

Sa pojavom HIV infekcije, osamdesetih godina prošlog veka, prostitucija se vratila u okvire javnozdravstvenog problema skrećući na sebe pažnju u moralnom, pravnom, socijalnom i medicinskom smislu (28). Tradicionalno, kroz istoriju smatrane prenosiocima bolesti, sa pojavom HIV-a, prostitutke bivaju i od strane javnozdravstvenih radnika prepoznate kao ključne za epidemiju.

Iako su ranija iskustva već pokazala da je najveći broj zdravstveno socijalnih mera koje u sebi sadrže elemente prinude i krivičnog gonjenja doneo više štete nego koristi ipak se, sa pojavom AIDS-a ponovo započelo sa takvim merama (29).

Nakon prvih reakcija koje su obuhvatile zahteve za potpunom zabranom prostitucije, ili uvođenjem sistema registracije i sistematskih pregleda pojavili su se, unutar same zdravstvene službe zastupnici ideja o potrebi edukacije kako klijenata tako i prostitutki za siguran seks i nedrogiranje, kao i za približavanje i saradnju sa zdravstvenim službama.

Međutim, izdvajanje seksualnih radnika/ca u kategoriju posebno vulnerabilnih grupa pokrenulo je pitanje efikasnosti represivnih mera (30). Pregled literature koja se odnosi na seksualne radnike za period od 1990–2000. godine, ukazuje da, iako se još uvek mogu konstatovati diskriminatorne note, postoji snažna kritika represivnog pristupa i jasna zalaganja za drugačiji odnos prema prostituciji (30). Taj drugačiji pristup javio se kao rezultat sveprisutnijeg koncepta novog javnog zdravlja (31). Baziran na naučnim dokazima, socijalnoj pravdi i inkluziji, promociji ljudskih prava, usmeren protiv socijalne marginalizacije i stigmatizacije – ovaj pristup otvorio je mogućnosti za drugačije programe i intervencije za seksualne radnike. Osnovni princip javnozdravstvene politike u ovoj oblasti mogao bi se okarakterisati kao težnja da se sačuva zdravlje populacije na human i efikasan način uz istovremeno poštovanje prava svake individue (32).

Pravo na jednakost u zdravlju, na dostupnost i pristupačnost zdravstvenih usluga, informisanje, zalaganje za osnaženje zajednice i samih ljudi da nose brigu o svom zdravlju, usmerenost na determinante zdravlja i faktore vulnerabilnosti – predstavljaju osnovne principe za koje se zalažu stručnjaci novog javnog zdravlja (27).

Pregled literature koja se bavi prevalencijom HIV infekcije u populaciji seksualnih radnika ukazuje na razlike koje postoje u prevalenciji u zavisnosti od toga da je seksualni rad praćen korišćenjem droge na „iglu“, nekonzistentnom upotrebom kondoma i drugim polno prenosnim infekcijama (13, 33).

Prema istraživanjima rađenim u Rusiji 1998. godine blizu 80% od ukupnog broja seksualnih radnica je bilo inficirano HIV-om, u Maleziji oko 1,4%, Indiji 50%, dok je u grupi korisnica droge taj procenat iznosio i do 60% (34).



Metzenrath je 1999. godine zaključila, na osnovu brojnih studija, da su seksualni radnici/radnice, uz primenu opštih mera prevencije, manje inficirani HIV-om i ostalim polno prenosivim infekcijama, od ostalih klijenata koji posećuju klinike.

U Evropi organizacija zdravstvene službe je veoma različita tako da su prisutne velike varijacije u onome šta zdravstvena služba pruža seksualnim radnicima (35). Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje za prostitutke obično je u direktnom odnosu sa pravnim statusom koji prostitucija ima u datoj zemlji. U različitim regionima sveta, taj status varira u širokom rasponu od smrtne kazne za ženske osobe koje se bave prostitucijom (muslimanske zemlje) do potpunog izjednačavanja sa svakom profesijom (Holandija) (36).

U svetu se sa aspekta pružanja zdravstvene zaštite seksualnim radnicima mogu izdvojiti tri pristupa:

- kompletna zabrana prostitucije,
- uvođenje sistema izvesnog registrovanja prostitutki uz obavezu da se podvrgavaju zdravstvenim pregledima i da se pridržavaju javnozdravstvenih mera,
- edukacija prostitutki i pružanje nekih usluga kroz posebne programe.

Istraživanja pokazuju da su prve dve grupe mera kontraproduktivne (37).

U zemljama gde je zabranjena prostitucija, glavni problem je što prostitutkama zdravstvena zaštita nije dostupna. Npr. seksualni radnici nemaju osiguranje, niti drugu neophodnu dokumentaciju jer obavljaju posao koji nije dozvoljen zakonom (38). Često zbog straha od hapšenja, nesigurnosti i marginalizacije one nemaju pristup informacijama neophodnim za prevenciju HIV i drugih polno prenosivih bolesti (39). Zbog represivnog stava društva prema njima, posebno policije, one izbegavaju sve autoritete i organizovane službe. Sve ovo vodi porastu broja seksualnih radnika sa HIV infekcijom (40).

Prostitucija, posebno ženska, se apostrofira kao „most“ između inficiranog podzemnog sveta seksualnog rada i opšte populacije. Uprkos brojnoj literaturi i istraživanjima koja jasno dokumentuju da se HIV mnogo lakše prenosi sa muškarca na ženu vaginalnim ili analnim odnosom, oživljava mizoginični mit o prostituciji kao vektoru, izvoru zaraze za brojne „dobre žene“ nakon muškarčeve male slabosti (42).



Ovakav stav je rezultirao donošenjem brojnih zakonskih rešenja koja se karakterišu prinudnim merama, zabranama i diskriminacijom prostitutki (43). On je doprineo i ugnjetavanju i progonu seksualnih radnica i značajno omeo borbu protiv HIV infekcije (44).

Reagovanja stručnjaka koji su bili na poziciji novog javnog zdravlja je bilo u smislu da se „dobro zdravlje ne može postići u okruženju gde se ljudi osećaju stigmatizovani i uplašeni“ (45).

Najveća reagovanja stručnjaka se beleže u oblasti prinudnog-obaveznog testiranja na HIV sa stavovima da se obaveznim testiranjem ne može doprineti smanjenju širenja HIV infekcije među prostitutkama i ne može se smatrati adekvatnom preventivnom strategijom. Pored toga, obavezno testiranje stvara iluziju kod klijenata da su seksualni radnici sa infekcijom identifikovani i odstranjeni sa „radnog mesta“, te je situacija „bezbedna“ i prestaje potreba za preventivnim merama, odnosno korišćenje kondoma. Ovim se rizik zapravo povećava, a ne smanjuje (46).

U zemljama gde je uvedeno registrovanje lica koja se bave prostitucijom, prijavljuje se samo manji broj osoba. Tako na primer, u Grčkoj ima 50.000 registrovanih prostitutki, a procenjuje se da ih je 150.000 (47). U zemljama, kao što su Nemačka i Belgija, gde postoji obaveza prijavljivanja, testiranja i pregledanja seksualnih radnika ove usluge nisu besplatne (48). U ovim zemljama seksualni radnici imaju legalni status zbog kojeg ne plaćaju porez, pa samim tim nemaju besplatne zdravstvene usluge. Slično je u Danskoj i Španiji (35).

Osobe koje se bave prostitucijom imaju povećan rizik za seksualno prenosive infekcije (SPI) uključujući i HIV (59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68). Korišćenje kondoma je različito među osobama koje se bave prostitucijom i odluka o korišćenju kondoma je obično kontrolisana od strane vlasnika bordela (59, 69, 70, 71, 72, 73, 74). Deskriptivne i analitičke studije pokazuju da seksualni radnici obično retko koriste kondom sa regularnim partnerom, suprugom, i partnerom koji ne plaća uslugu (54, 60, 61, 73, 74, 75, 76, 77).

Seksualno prenosive infekcije (SPI) su češće kod seksualnih radnika, uključujući infekcije urogenitalnog trakta, kao i neželjene trudnoće (60, 62, 75). SPI su potpomažući faktor za HIV infekciju (78, 79, 80).

U većini zemalja u Evropi postoji opšta ocena o nepodobnosti zdravstvenog sistema da odgovori potrebama seksualnih radnika (35). Seksualni radnici izbegavaju da koriste usluge zdravstvenih institucija, jer ne žele da otkriju svoju profesiju (48) i jer nailaze na brojne probleme sa zdravstvenim radnicima. Zdravstveni radnici mahom ne prepoznaju probleme seksualnih radnika i prema njima se ponašaju grubo i netaktički (49, 50). Problem često postoji i u činjenici da je radno vreme zdravstvenih radnika neprikladno za seksualne radnike i da često nije ispoštovana privatnost ovoj vulnerabilnoj grupi (49, 50).

U našoj zemlji (51), kao i u drugim zemljama (52), preventivne aktivnosti se usmeravaju sa opšte populacije na specifične vulnerabilne grupe. To akcentira potrebu veće koordinacije unutar javnozdravstvenog sistema, povezivanje sa zajednicom, stvaranje partnerstva na lokalnom nivou, kao i potrebu za većim investiranjem u ljudske resurse i edukacijom za nove, do tada marginizirane oblasti delovanja (53, 54).

Javno zdravstvo ima zadatak da prevaziđe sociokulturalni, politički, verski pa i profesionalni otpor prema seksualnim radnicima, da odbaci tradicionalni pristup otkrivanja kontakata i notifikacije njihovih partnera i da postane vodeća snaga koja doprinosi stvaranju socijalne i pravne okoline u kojoj prava svih vulnerabilnih grupa, uključujući i seksualnih radnika, neće biti ugrožena (55, 56).

### 1.6 Prostitucija i ljudska prava u Srbiji

Elementarno pravo na zaštitu zdravlja SR je ugroženo iz niza razloga među kojima su najznačajniji: nedostatak potrebne dokumentacije, nepoverenje u institucije i strah od stigmatizacije, nedostatak i nedostupnost usluga i kadra koji bi bili dovoljno senzitivisani za probleme ove grupacije, nedostatak finansijskih sredstava i drugo. Informisanost, neophodna znanja i veštine u oblasti zaštite vlastitog zdravlja i prevencije bolesti, takođe, su deo prava na zaštitu zdravlja, koji je SR najčešće u potpunosti uskraćen.

Dosadašnja istraživanja su pokazala da je nasilje najčešća prateća pojava prostitucije, kako individualno, tako i organizovano (27). Nasilje i represivne mere od strane policije široko su rasprostranjene i obuhvataju fizičko nasilje, zatvaranje, prinudu na seks, uskraćivanje boravka na određenim teritorijama, prinudna mera testiranja i slično.

Nasilje od strane makroa i klijenata takođe je vrlo često.

Pravo na privatnost se krši u najgrubljem obliku čestom praksom objavljivanja ličnih podataka u masmedijima, kao i u institucijama u kojima seksualne radnice povremeno zatraže pomoć.

## 1.7 Izučavanje prostitucije u našoj zemlji

Prostitucija je, pre pojave HIV-a, bila retko predmet istraživanja. Prepoznavanjem puteva prenošenja ovog oboljenja započinje da raste interesovanje za proučavanje ponašanja i stila života prostitutki, kao i za ispitivanje zdravstvene zaštite koja im se pruža (57). Pošto u našoj zemlji do sada predmet izučavanja nisu bile seksualne radnice, neophodno je bilo da se ispita njihovo ponašanje, navike i stavovi, kao i njihove potrebe za zdravstvenom zaštitom, kao i to šta javno zdravstvo nudi ovoj vulnerabilnoj grupi koja ima važnu ulogu u transmisiji HIV infekcije.

## 2 Ciljevi i hipoteze istraživanja

### 2.1 Ciljevi istraživanja

1. Ispitati da li postoje razlike u znanju, stavovima i ponašanju vezanom za rizik i prevenciju od HIV infekcije, kao i u korišćenju i prisupačnosti zdravstvenih usluga, između osoba koje se bave uličnom i vanuličnom prostitucijom.
2. Ispitati sposobnost javnozdravstvenog sistema (primarne zdravstvene zaštite) da odgovori na zahteve osoba koje se bave prostitucijom u cilju prevencije HIV infekcije.

### 2.2 Hipoteze

Postoje razlike u stavovima, znanju i ponašanju, kao i u korišćenju i dostupnosti javno zdravstvenog sistema između osoba koje se bave uličnom i vanuličnom prostitucijom.

Osobe koje se bave prostitucijom nisu zadovoljne sa zdravstvenom zaštitom koju joj javno zdravstveni sistem pruža u cilju prevencije od HIV infekcije.

Javno zdravstveni sistem još uvek nije prepoznao potrebe osoba koje se bave prostitucijom, kada je u pitanju prevencija od HIV infekcija.

### 3. Metod rada

U prvom delu ove studije, koja predstavlja deo interventne studije koja je realizovana u saradnji sa vladom Holandije u okviru projekta „Matra“, realizovanog u Beogradu u periodu od 2005. do 2008. godine, ispitivano je da li postoje razlike između uličnih i vanuličnih (agencijske, hotelske, poslovna pratnja) prostitutki u njihovim demografskim karakteristikama, kao i u znanju, stavovima i ponašanju vezanom za rizik i prevenciju od HIV infekcije. Poseban akcenat je stavljen na ispitivanje razlika u korišćenju i dostupnosti zdravstvenih usluga ovim vulnerabilnim grupama. U studiju je uključeno 191 seksualna radnica/radnik, od toga 113 uličnih i 78 vanuličnih prostitutki, koje su u periodu 2005–2006. godine obavljale ovu vrstu posla na mestima gde se najčešće okupljaju („hot spotovi“). Od ovih ispitanica prikupljeni su podaci upitnikom koji je sadržao pitanja koja se odnose na njihove demografske karakteristike (pol, uzrast, mesto stanovanja itd.), znanje, stavove i ponašanje vezano za rizik i prevenciju od HIV infekcije. Upitnikom su bila obuhvaćena i pitanja o pristupačnosti i mogućnosti korišćenja zdravstvenih usluga (koliko često, koju vrstu zdravstvenih usluga koriste, kako kontrolišu svoje zdravstveno stanje itd.). Procenjivan je i stepen zadovoljstva seksualnih radnica dobijenim uslugama. Ispitanice su bile zamoljene, od strane jednog od tri lekara koji radi na terenu (na mestima gde se okupljaju ove prostitutke) u cilju unapređenja zdravlja ove vulnerabilne grupe, a u okviru navedenog projekta, da popune navedeni anonimni upitnik.

Tehnika uzorkovanja bazirana je na mrežnim uzorcima sa snežnim grudvama na svim ispitivanim mestima. Istraživač je kontaktirao prostitutke na „hot spotovima“ koje su ga zatim upoznavale sa drugim prostitutkama, a ove sa novim i tako se mreža širila. Širenje se nastavljalo sve do trenutka kada se više nisu mogli kontaktirati novi pripadnici uzorka, odnosno kada je postignuta „tačka zasićenja“ (51).

U drugom delu ove studije ispitivano je znanje, stavovi i iskustvo kako zdravstvenih radnika, tako i drugih profesionalaca u zajednici (socijalnih radnika i policije), o mogućnostima korišćenja i dostupnosti zdravstvenih usluga, usluga socijalne zaštite, kao i usluga policije, osobama koje se bave prostitucijom. U ovom delu istraživanja podaci su prikupljeni na više načina, i to:

1. Upitnikom, namenjenim za zdravstvene radnike, socijalne radnike i policiju, koji je sadržao pitanja koja se odnose na njihovo znanje, stavove i iskustvo vezano za pružanje i dostupnost zdravstvenih usluga, kao i drugih usluga iz njihove delatnosti, seksualnim radnicima. Podaci su ovim upitnikom prikupljeni od 60 zdravstvenih radnika (ginekolozi, lekari opšte medicine, dermatolozi i patronažne sestre), 30 radnika socijalne zaštite, iz gradskih Domova zdravlja i iz Odeljenja Gradskog Centra za socijalni rad u Beogradu, kao i od 20 predstavnika policije koji se u svom rutinskom radu susreću sa pripadnicima ove vulnerabilne grupe. Ispitanici su izabrani metodom slučajnog izbora na osnovu spisaka zaposlenih u domu zdravlja, centru za socijalni rad i policijskoj stanici (OUP).
2. Razgovorom sa fokus grupama koje su činile osobe koje se bave prostitucijom. Razgovor je bio vođen na osnovu upitnika sa setom standardnih pitanja i to sa 20 SR koje su činile 4 fokus grupe (tri ženske fokus grupe i jedna grupa travestita). Sa dve fokus grupe razgovor je bio organizovan u kafiću, blizu autobuske stanice u Beogradu, koji je bio najbliži mestu gde su SR pružale svoje usluge, a sa druge dve fokus grupe u „drop in“ centru NVO JAZAS, gde SR obično dolaze da se druže i gde im se pružaju usluge zdravstvene, socijalne i pravne podrške. Svaka fokus grupa je bila sastavljena od pet prostitutki. Razgovor sa fokus grupom sprovodio je koordinator istraživanja zajedno sa terenskim radnikom na osnovu upitnika koji je sadržao standardni set pitanja o njihovim najčešćim zdravstvenim problemima, o situacijama kada su tražile usluge doktora, a kada su se same lečile, kao i o problemima sa kojima su se sretale pri korišćenju zdravstvene službe. Za svaki obavljeni razgovor bio je napravljen audio zapis. Transkripti sa fokus grupama predstavljali su osnovnu jedinicu kvalitativne analize, zajedno sa beleškama sa terena, kao i audio snimcima.

Vođenje fokus grupa je bilo veoma zahtevno zbog teškoća u uspostavljanju reda i radne atmosfere tokom razgovora sa SR. Govorilo se u glas, svako je imao nešto da pita. To je bio razlog zbog koga se, od definisanih pravila za rad grupe, moralo donekle odustati i prilagoditi se učesnicima fokus grupe. Kada su postavljena pitanja, ispitanici su se koncentrisali na odgovore, ali se moralo brzo reagovati i proći kroz sva pitanja, jer je posle pola sata pažnja ponovo počinjala da opada.

Sem teškoća u kontrolisanju rada fokus grupa, kao problem pojavila se i nemogućnost dobijanja odgovora na jedno postavljeno pitanje. Svako pitanje povlačilo je za sobom čitavu priču o svemu i svačemu u vezi bolesti i zdravlja.

Tematski okvir vođenja fokus grupe je bila šira lista pitanja koja je na početku rada fokus grupa skraćena na tri pitanja koja su se odnosila na zdravlje seksualnih radnica i korišćenje zdravstvene zaštite.

Lista pitanja::

- Koji su vaši najčešći zdravstveni problemi?
- Kada i u kojim situacijama tražite usluge doktora, a kada se sami lečite?
- Koji su to problemi sa kojima se srećete pri korišćenju zdravstvene službe?

3. Izveštajima (baziranim na setu standardnih pitanja) koji su dostavljali terenski radnici (njih 12) i lekari mobilne jedinice (njih 3) sa terena, odnosno sa mesta gde seksualne radnice rade. Na teren su terenski radnici izlazili dva puta nedeljno radi prikupljanja podataka od strane osoba koje se bave prostitucijom i sprovođenja kliničkih pregleda ove vulnerabilne grupe. U analizu podataka uključeno je 72 mesečna izveštaja koje su terenski radnici prikupili u periodu 2005–2008. godine.

Planirani intervjui sa direktorima Domova zdravlja, nisu realizovani zbog njihovog nepoznavanja ove problematike, kao i zbog njihove nespemnosti i nezainteresovanosti za učešće u ovom istraživanju.

Podaci dobijeni kvantitativnom analizom su unapređeni i produbljeni putem podataka kvalitativne analize.

Na osnovu svih prikupljenih podataka kvantitativne i kvalitativne analize koncipirane su potrebe osoba koje se bave prostitucijom u cilju prevencije HIV infekcije, kao i to šta i koliko naš javnozdravstveni sistem pruža ovoj vulnerabilnoj grupi. Analiza podataka je urađena pomoću softverskog paketa SPSS-a. U statističkoj obradi podataka korišćen je  $\chi^2$  test.

## 4. Rezultati

U prvom delu teze analizirane su razlike u sociodemografskim karakteristikama, kao i u znanju, stavovima i ponašanju uličnih i vanuličnih („in door“) seksualnih radnica. Ispitane su i razlike između SR romske i druge nesrpske nacionalnosti (dalje u tekstu SR srpske nacionalnosti). Predstavljene su i karakteristike svih SR.

### 4.1 Sociodemografske karakteristike

#### 4.1.1 Sociodemografske karakteristike uličnih i vanuličnih seksualnih radnica

Od 191 seksualne radnice (SR) uključene u istraživanje 78 (40,8%) su se bavile vanuličnom prostitucijom, a 113 (59,2%) uličnom. Ulične i vanulične SR nisu se statistički značajno razlikovale u odnosu na pol, uzrast, mesto rođenja, nacionalnost, pismenost, bračno stanje i radni status (zaposlenje) (Tabela 1).

Oko 65% ispitanika obe grupe su činile žene. Među in door SR je bilo nešto više travestita, a među uličnim muškaraca.

Najmlađa SR je imala 14 godina, a najstarija 55. U obe ispitivane grupe je bilo više od 50% osoba starijih od 24 godine.

Najveći procenat (oko 45%) in door SR je rođeno u unutrašnjosti Srbije, a oko 60% uličnih SR u Beogradu.

In door SR su u neznatno većem broju bile romske i druge nesrpske nacionalnosti (55,1%), a ulične srpske nacionalnosti (57,5%).



Tabela 1. Sociodemografske karakteristike uličnih i vanuličnih seksualnih radnica

Sociodemografske karakteristike	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		p vrednost**
	Broj	%	Broj	%	
<b>Pol</b>					<b>0,080</b>
Ženski	49	62,8	73	64,6	
Muški	11	14,1	26	23,0	
Travestit	18	23,1	14	12,4	
<b>Uzrast</b>					<b>0,685</b>
≥ 18	12	15,4	16	14,2	
19 - 24	19	24,4	34	30,1	
25 +	47	60,3	63	55,8	
<b>Mesto rođenja</b>					<b>0,058</b>
Beograd	33	42,3	67	59,3	
Unutrašnjost Srbije	35	44,9	38	33,6	
Inostranstvo	10	12,8	8	7,1	
<b>Nacionalnost</b>					<b>0,085</b>
Srpska	35	44,9	65	57,5	
Romska i druge	43	55,1	48	42,5	
<b>Stepen obrazovanja</b>					<b>0,023</b>
Osnovno, niže i bez obrazovanja	69	88,5	85	75,2	
Srednje, više i visoko obrazovanje	9	11,5	28	24,8	
<b>Pismenost</b>					<b>0,304</b>
Čita i piše	57	73,1	77	68,1	
Zna da se potpiše	15	19,2	19	16,8	
Ne zna da čita i piše	6	7,7	17	15,9	
<b>Bračno stanje</b>					<b>0,394</b>
Udata/Oženjen	38	48,7	48	42,5	
Neudata/Neoženjen	40	51,3	65	57,5	
<b>Izdržava</b>					<b>0,041</b>
Samo sebe	55	70,5	96	85,0	
Decu/Roditelje	15	19,2	13	11,5	
Partnera	8	10,3	4	3,5	
<b>Zaposlenost</b>					<b>0,118</b>
Nezaposlen	56	71,8	92	81,4	
Zaposlen	22	28,2	21	18,6	

\*p vrednost za  $\chi^2$  test; SR- seksualne radnice

Ulične SR su dva puta češće bile nepismene (15%) u odnosu na in door SR (7,7%).

Skoro svaka druga in door i ulična SR je bila u bračnoj zajednici. Nešto veći procenat uličnih SR (21,1%) je češće stupalo u bračnu zajednicu pre 18 godine života nego in door SR (14,6%).

Ulične SR (18,6%) su ređe imale stalno zaposlenje u odnosu na in door SR (28,2%).

Prema stepenu obrazovanja i izdržavanju je postojala statistički značajna razlika između in door i uličnih SR. In door SR su statistički značajno češće imale niži stepen obrazovanja (88,5%) u odnosu na ulične SR (75,2%). Vanulične SR su značajno češće izdržavale roditelje/decu (19,2%) i partnere (10,3%) u odnosu na in door SR (11,5% i 3,5%).

### 4.1.2 Sociodemografske karakteristike svih seksualnih radnica

Posmatrajući sve SR zajedno (njih 191) možemo konstatovati da njih 122 (63,9%) čine žene, 37 (19,4%) muškarci i 32 (16,8%) travestiti. Više od polovine svih SR (57,6%) je imalo 25 i više godina, a 14,7% manje od 19 godina, dok je u uzrastu od 19 do 24 godina bilo 27,7% ispitanika. Nešto više od polovine (54,2%) SR je rođeno u Beogradu, 38,2% u unutrašnjosti Srbije, a 9,4% u inostranstvu. Nepismeno je bilo 12% svih SR. Srednje, više ili visoko obrazovanje imalo je 19,4% SR. Skoro svaka druga SR je bila srpske nacionalnosti.

Skoro polovina SR je bila u bračnoj zajednici. U brak je oko 50% ispitanika stupilo pre 18 godine života. Oko 80% ispitanika je izdržavalo samo sebe. Više od 2/3 SR (77,5%) je bilo nezaposleno i bavljenje prostitucijom im je predstavljalo jedini izvor prihoda.

### 4.1.3 Sociodemografske karakteristike SR romske i srpske nacionalnosti

Pripadnici romske nacionalnosti su u statistički značajno većem procentu bili nepismeni (17,6%) u odnosu na pripadnike srpske nacionalnosti (7,0%). Takođe su bili značajno češće mlađeg uzrasta (25,3% odnosno 5,0%). Prve komercijalne seksualne odnose Romi su značajno češće (72,5%) imali pre 18 godine života u odnosu na pripadnike srpske nacionalnosti (42,0%).

## 4.2 Seksualno ponašanje

### 4.2.1 Seksualno ponašanje uličnih i in door SR

Na tabeli 2 prikazano je seksualno ponašanje uličnih i vanuličnih SR.

Između in door i uličnih SR nije bilo značajne razlike u odnosu na uzrast pri stupanju u prvi vaginalni, prvi analni i prvi oralni seksualni odnos.

Tabela 2. Seksualno ponašanje uličnih i in door seksualnih radnica

Seksualno ponašanje	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Uzrast pri prvom vaginalnom seksualnom odnosu</b>					<b>0,464***</b>
≤14	39	50,0	42	37,2	
15 +	22	28,2	36	31,9	
Ne upražnjava vaginalne seksualne odnose	17	21,8	35	31,0	
<b>Uzrast pri prvom oralnom seksualnom odnosu</b>					<b>0,107***</b>
≤14	39	50,0	37	32,7	
15 +	36	46,2	69	61,1	
Ne upražnjava oralne seksualne odnose	3	3,8	7	6,2	
<b>Uzrast pri prvom analnom seksualnom odnosu</b>					<b>0,744***</b>
≤14	14	17,9	14	12,4	
15 +	45	57,7	71	62,8	
Ne upražnjava analne seksualne odnose	19	24,4	28	24,8	
<b>Uzrast pri prvom komercijalnom seksualnom odnosu</b>					<b>0,790</b>
≤18	45	57,7	63	55,8	
19 +	33	42,3	50	44,2	
<b>Odbija komercijalne seksualne odnose</b>					<b>0,176</b>
Nikada	68	87,2	90	79,6	
Ponekad**	10	12,8	23	20,4	
<b>Broj seksualnih partnera u poslednjih mesec dana</b>					<b>0,014</b>
Nisu imali	11	14,1	6	5,3	
1-10	16	20,5	19	16,8	
11+	51	65,4	88	77,8	
<b>Broj seksualnih partnera tokom poslednjeg dana kada je radila</b>					<b>0,088</b>
Nisu imali seksualne partnere	5	6,4	2	1,8	
1-5	66	84,6	92	81,4	
6+	7	9,0	19	16,8	

\*p vrednost za  $\chi^2$  test; \*\*bolest SR ili klijenta, menzis, korišćenje droge; \*\*\* p vrednost za  $\chi^2$  test računata samo u odnosu na one koji su imali vaginalne, oralne ili analne seksualne odnose; SR-seksualne radnice

Oko polovine in door i nešto više od 1/3 uličnih SR je imalo svoj prvi vaginalni i prvi oralni seksualni odnos sa manje od 15 godina. Skoro 2/3 SR je imalo prvi analni seksualni odnos sa više od 14 godina. Oralne seksualne odnose nije upražnjavalo 6,2% uličnih i 3,8% in door SR, analne seksualne odnose 24,4% uličnih i 24,8% van uličnih, a vaginalne 21,8% in door i 31,0% uličnih.

Značajne razlike između in door i uličnih SR nisu postojale ni u odnosu na uzrast pri stupanju u prve komercijalne seksualne odnose, kao ni u odbijanju komercijalnih seksualnih odnosa.

Skoro svaka druga SR je imala prve komercijalne seksualne odnose sa manje od 18 godina.

U situaciji kada SR imaju menzis, kada su bolesne ili kada primete da je klijent bolestan ili pod dejstvom droge, ulične SR su u nešto većem procentu (20,4%) odbijale da pruže seksualne usluge u odnosu na in door SR.

SR koje rade na ulici su značajno češće imale veći broj seksualnih partnera (11 i više) tokom poslednjih mesec dana u odnosu na in door SR.

Šest i više seksualnih partnera tokom poslednjeg radnog dana su nešto više imale ulične (16,8%) nego in door SR (9%), ali statistički značajna razlika nije dobijena.

Na tabeli 3 prikazano je korišćenje kondoma od strane uličnih i in door SR.

Ne postoji statistički značajna razlika između in door i uličnih SR u korišćenju kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa komercijalnim seksualnim partnerom, kao i sa stalnim seksualnim partnerom. Više od 90% in door SR i 88,5% uličnih SR je pri poslednjem seksualnom odnosu sa komercijalnim seksualnim partnerom koristilo kondom. Sa svojim stalnim seksualnim partnerom, pri poslednjem seksualnom odnosu kondom je koristilo znatno manje in door (40,0%) i uličnih SR (47,6%).

Tabela 3. Korišćenje kondoma od strane uličnih i in door seksualnih radnica

Korišćenje kondoma	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Korišćenje kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu sa komercijalnim seksualnim partnerom</b>					<b>0,575</b>
Da	71	91,0	100	88,5	
Ne	7	9,0	13	11,5	
<b>Korišćenje kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa, sa komercijalnim seksualnim partnerom, predložio</b>					<b>0,002</b>
Seksualni/a radnik/ca	59	75,6	58	51,3	
Klijent/partner	1	1,3	0	0	
Zajedno	11	14,1	42	37,2	
Nije korišćen kondom	7	9,0	13	11,5	
<b>Učestalost korišćenja kondoma sa komercijalnim seksualnim partnerima u poslednjih godinu dana</b>					<b>0,025</b>
Svaki put	49	62,8	68	60,2	
Skoro svaki put	18	23,1	19	16,8	
Retko	1	1,3	15	13,3	
Nikada	10	12,8	11	9,7	
<b>Korišćenje kondoma sa stalnim partnerom pri poslednjem seksualnom odnosu</b>					<b>0,503**</b>
Da	14	40,0	20	47,6	
Ne	21	60,0	22	52,4	
Nema stalnog seksualnog partnera	43		71		
<b>Kondom pri sebi</b>					<b>0,635</b>
Ima	59	75,6	82	72,6	
Nema	19	24,4	31	27,4	
<b>Pukao je kondom bilo kada tokom seksualnog odnosa</b>					<b>0,161</b>
Da	61	78,2	78	69,0	
Ne	17	21,8	35	31,0	
<b>Aktivnosti posle pucanja kondoma</b>					<b>0,004**</b>
Opere se vodom	10	16,7	19	23,8	
Obriše se vlažnom maramicom	27	45,0	50	62,5	
Ništa	23	38,3	11	13,7	
Nije nikada pukao kondom***	18		33		

\*p vrednost za  $\chi^2$  test; \*\* p vrednost za  $\chi^2$  test računata samo u odnosu na one koji su imali stalne seksualne partnere i kojima je pukao kondom; SR-seksualne radnice; \*\*\* kod 18 in door i 33 ulične SR nije došlo do pucanja kondoma

Statistički značajna razlika između in door i uličnih SR ne postoji ni u odnosu na pucanje kondoma prilikom seksualnih odnosa, kao ni u odnosu na posedovanje kondoma u trenutku ispitivanja. Pucanje kondoma tokom seksualnog odnosa se dogodilo kod 78,2% in door i 69,0% uličnih SR. U trenutku sprovođenja istraživanja kondom je posedovalo 75,6% in door i 72,6% uličnih SR.

Statistički značajne razlike između in door i uličnih SR su nađene u odnosu na to ko je predložio korišćenje kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa, u odnosu na učestalost korišćenja kondoma sa komercijalnim seksualnim partnerima, kao i u odnosu na aktivnosti koje sprovode in door i uličnih SR u slučaju pucanja kondoma tokom seksualnog odnosa.

Pri poslednjem seksualnom odnosu sa komercijalnim seksualnim partnerom in door SR, su značajno češće same predlagale korišćenje kondoma ili je to činio klijent u odnosu na ulične SR.

In door SR su značajno češće koristile kondom sa komercijalnim seksualnim partnerima svaki put i skoro svaki put u odnosu na ulične SR.

Posle pucanja kondoma in door SR su značajno ređe sprovodile bilo kakvu aktivnost (ispiranje vodom, brisanje vlažnom maramicom) u odnosu na ulične SR.

Na tabeli 4 prikazano je znanje, uličnih i in door SR, po pitanju dobijanja i kupovine kondoma.

Sve in door SR, kao i 99,1% uličnih, SR znaju gde se kondom može nabaviti ili kupiti. Razlika nije bila statistički značajna. Da se kondom može nabaviti i u domu zdravlja ili bolnici, zna samo 3,8% in door i 2,7% uličnih SR. Ni ovde nije postignuta statistički značajna razlika.

Značajno veći broj uličnih SR (69%) u odnosu na in door SR (44,9%) zna da se kondom može dobiti od terenskih radnika NVO i to na mestima gde pružaju usluge.

Tabela 4. Znanje uličnih i vanuličnih seksualnih radnica po pitanju dobijanja i kupovine kondoma

	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Mesto nabavke (kupovine) kondoma</b>					<b>0,592</b>
Zna	78	100	112	99,1	
Ne zna	0	0	1	0,9	
<b>Kondom se može dobiti od NVO na terenu</b>					<b>0,01</b>
Da	35	44,9	78	69,0	
Ne	43	55,1	35	31,0	
<b>Kondom se može nabaviti u Domu zdravlja/bolnici</b>					<b>0,473</b>
Da	3	3,8	3	2,7	
Ne	75	96,2	110	97,3	

\*p vrednost za  $\chi^2$  test; NVO- nevladine organizacije; SR-seksualne radnice

#### 4.2.2 Seksualno ponašanje svih SR

Oko 40% svih seksualnih radnica je imalo svoj prvi vaginalni seksualni odnos pre 14 godine života. Preko polovine SR (56,5%) je prve seksualne usluge za neku naknadu pružilo, pre 18 godine života. Više od 80% SR je pružalo seksualne usluge uvek kada su to klijenti ili stalni partneri želeli i to bez obzira na njihovo trenutno zdravstveno stanje.

Svaka peta SR je imala do deset komercijalnih seksualnih partnera u toku poslednjih mesec dana, jedna trećina između deset i dvadeset, a jedna trećina više od dvadeset. Oko 83% svih SR je imalo komercijalnog seksualnog partnera tokom poslednjeg radnog dana.

Prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa komercijalnim seksualnim partnerom, blizu 90% ispitivanih SR je koristilo kondom. Najčešći razlog za nekorisćenje kondoma kod onih koje prilikom poslednjeg komercijalnog seksualnog odnosa nisu koristile kondom, je odbijanje klijenta da se koristi kondom. Kod više od 2/3 SR (72,8%) je kondom pukao tokom seksualnog odnosa sa komercijalnim seksualnim partnerom. Samo 8,1% ispitivanih osoba koje se bave prostitucijom, je svaki put prilikom seksualnog odnosa sa stalnim partnerom

koristilo kondom. Pri posljednjem seksualnom odnosu sa stalnim seksualnim partnerom kondom je koristilo 44,2% SR.

#### 4.2.3 Seksualno ponašanje SR romske i srpske nacionalnosti

Ulične SR su u nešto veći broju bile srpske nacionalnosti (65,0%), a in door SR (52%) romske nacionalnosti.

SR romske nacionalnosti, su u većem broju imale prve vaginalne seksualne odnose pre 14 godine života (53,8%), kao i prve analne seksualne odnose (19,8%), u odnosu na SR srpske nacionalnosti. Prve komercijalne seksualne odnose pre 18 godine života je imalo 72,5% SR romske nacionalnosti i 42,0% SR srpske nacionalnosti.

Nije postojala značajna razlika između SR romske i srpske nacionalnosti u broju komercijalnih seksualnih partnera tokom posljednjih mesec dana, kao i u posljednjem danu kada su radile. Nisu se razlikovale ni u odnosu na učestalost korišćenja kondoma, kao ni u korišćenju kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa komercijalnim seksualnim partnerim. Pucanje kondoma tokom seksualnog odnosa se dešavalo u nešto većem broju kod SR romske nacionalnosti (78,0%).

### 4.3 Korišćenje psihoaktivnih supstanci (PAS)

#### 4.3.1 Korišćenje psihoaktivnih supstanci od strane uličnih i in door SR

Od 191 SR uključene u istraživanje, 98,4% koristilo je neku od PAS (isključujući alkohol i duvan).

Na tabelama 5 i 6 prikazana je upotreba svih i pojedinih vrsta PAS od strane uličnih i in door SR.

Ulične SR su značajno češće koristile neku od PAS (osim alkohola i duvana) bilo kada u toku života u odnosu na in door SR (96,2%) (Tabela 5).



Tabela 5. Korišćenje psihoaktivnih supstanci in door i uličnih seksualnih radnica

Korišćenje	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Bilo koje PAS, osim alkohola i duvana, bilo kada u toku života</b>					<b>0,036</b>
Da	75	96,2	113	100,0	
Ne	3	3,8	0	0	
<b>PAS intravenski bilo kada u toku života</b>					<b>0,362</b>
Da	10	12,8	20	17,7	
Ne	68	87,2	93	82,3	
<b>PSA intravenski u toku poslednjih mesec dana</b>					<b>0,226</b>
Da	6	7,7	16	14,2	
Ne	2	2,6	6	5,3	
Nisu koristili špric i iglu	70	89,7	91	80,5	

\*p vrednost za  $\chi^2$  test; PAS - psihoaktivne supstance; SR-seksualne radnice

Ulične SR su u nešto većem broju intravenski koristile PAS (17,7%) u odnosu na in door SR (12,8%), ali razlika nije bila značajna. U poslednjih mesec dana je duplo više uličnih SR intravenski koristilo PAS (14,2%), u odnosu na in door SR (7,7%), ali nije dobijena značajna razlika.

Statistički značajne razlike između in door i uličnih SR nisu nađene u odnosu na učestalost korišćenja ekstazija, kokaina, spid bola, heroina i duvana (tabela 6). Ulične SR su u nešto većem procentu češće koristile duvan, kokain, ekstazi i spid bol u odnosu na in door SR. Heroin su retko koristile in door i ulične SR.

Statistički značajna razlika između in door i uličnih SR je nađena u odnosu na učestalost korišćenja marihuane, tableta za smirenje i tableta protiv bolova. Marihuanu, kao i tablete protiv bolova i za smirenje, su značajno češće koristile in door nego ulične SR.

Tabela 6. Učestalost korišćenja nekih vrsta psihoaktivnih supstanci od strane in door i uličnih seksualnih radnica

Učestalost korišćenja	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Marihuane</b>					<b>0,005</b>
Svaki dan	6	19,4	2	3,2	
Retko	25	80,6	61	96,8	
<b>Tableta za smirenje</b>					<b>0,041</b>
Svaki dan	11	25,6	8	14,0	
Retko	32	74,4	49	86,0	
<b>Tableta protiv bolova</b>					<b>0,002</b>
Svaki dan	8	14,0	3	5,3	
Retko	24	86,0	54	94,7	
<b>Extazija</b>					<b>0,411</b>
Svaki dan	0	0	3	13,6	
Retko	11	100,0	20	86,4	
<b>Kokaina</b>					<b>0,643</b>
Svaki dan	0	0	3	13,6	
Retko	8	100,0	19	86,4	
<b>Spid bola</b>					<b>1,000</b>
Svaki dan	0	0	3	30,0	
Retko	4	100,0	7	70,0	
<b>Heroina</b>					<b>0,865</b>
Svaki dan	0	0	0	0	
Retko	6	100,0	23	100,0	
<b>Duvan</b>					<b>0,636</b>
Svaki dan	66	94,3	101	96,2	
Retko	4	5,7	4	3,8	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR-seksualne radnice

#### 4.3.2 Veza između korišćenja PAS i rizičnog seksualnog ponašanja SR

Veza između korišćenja PAS i rizičnog seksualnog ponašanja SR prikazana je na tabeli 7.

Bez obzira na svoje ili zdravstveno stanje klijenta, komercijalne seksualne usluge pruža uvek klijentima 90% seksualnih radnica koje koriste intravenski neku drogu, dok one koje ne koriste drogu to čine u manjem procentu, 81,4%.

Duplo veći broj SR koje ne koriste intravenski drogu (14,9%) je imalo više od 5 komercijalnih seksualnih partnera tokom poslednjeg radnog dana nego SR koje su koristile intravenski drogu (6,7%).

Pri poslednjem komercijalnom seksualnom odnosu obe ispitivane grupe su u visokom procentu koristile kondom. One SR koje su intravenski koristile drogu su pri poslednjem seksualnom odnosu nešto ređe koristile kondom (86,7%) u odnosu na SR koje nisu koristile intravenski drogu (90,1%).

U poslednjih mesec dana pri svakom komercijalnom seksualnom odnosu kondom su značajno češće koristile SR koje nisu intravenski koristile drogu (65,2%) nego SR koje su intravenski koristile drogu (40%).

Tabela 7. Veza između korišćenja PAS i rizičnog seksualnog ponašanja SR

Seksualno ponašanje	IV* korisnici droge N=30		Ne koriste IV* drogu N=161		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Odbijanje komercijalnih seksualnih odnosa</b>					<b>0,251</b>
Nikada	27	90,0	131	81,4	
Ponekad	3	10,0	30	18,6	
<b>Broj komercijalnih seksualnih partnera u toku poslednjeg radnog dana</b>					<b>0,472</b>
<5	28	93,3	137	85,1	
≥5	2	6,7	24	14,9	
<b>Korišćenje kondoma pri poslednjem seksualnom odnosu</b>					<b>0,557</b>
Da	26	86,7	145	90,1	
Ne	4	13,3	16	9,9	
<b>Korišćenje kondoma pri seksualnom odnosu sa komercijalnim seksualnim partnerima u toku poslednjih mesec dana</b>					<b>0,006</b>
Pri svakom seksualnom odnosu	12	40,0	105	65,2	
Skoro pri svakom seksualnom odnosu	12	40,0	25	15,5	
Nikada	6	20	31	19,2	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; IV korisnici droge – intravenski korisnici droge

#### 4.3.3 Korišćenje PAS od strane svih SR

Od svih ispitivanih SR, 98,4% je koristila neku vrstu PAS (isključujući alkohol i duvan), a 15,7% intravenski drogu. Svakodnevno je 20,4% SR koristilo heroin, 19% tablete za smirenje i 12,4% tablet protiv bolova.

#### 4.3.4 Korišćenje PAS seksualnih radnica srpske i romske nacionalnosti

Nešto češće, svakodnevno, SR romske nacionalnosti, su koristile lepak (38,5%), tablete za smirenje (22,2%), tablete protiv bolova (22,6%), ekstazi (14,3%) i spid (33,0%) u odnosu na SR srpske nacionalnosti. U korišćenju ostalih PAS nije bilo razlike između SR romske i srpske nacionalnosti.

Intravenski drogu je koristilo duplo više SR srpske nego romske nacionalnosti.

## 4.4 Znanje o polno prenosivim infekcijama (PPI)

### 4.4.1 Znanje o polno prenosivim infekcijama in door i uličnih SR

Na tabeli 8 prikazana je razlika u znanju o polno prenosnim infekcijama između in door i uličnih SR.

Između in door i uličnih SR nije postojala značajna razlika u odnosu na njihovo znanje koje se odnosilo na to da li su čuli za PPI, da li znaju da nabroje PPI i da li znaju tegobe koje se javljaju kod muškaraca i žena sa PPI.

Tabela 8. Znanje o polno prenosivim infekcijama in door i uličnih seksualnih radnica

Znanje o polno prenosivim infekcijama	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Čuli su za bolesti koje se prenose polnim putem</b>					<b>0,337</b>
Da	77	98,7	109	96,5	
Ne	1	1,3	4	3,5	
<b>Znaju da navedu bolesti koje se prenose polnim putem</b>					<b>0,145</b>
Da	77	98,7	107	94,7	
Ne	1	1,3	6	5,3	
<b>Mogu da opišu tegobe koje se javljaju kod žena koje imaju PPI</b>					<b>0,211</b>
Da	37	47,4	64	56,6	
Ne	41	52,6	49	43,4	
<b>Mogu da opišu tegobe koje se javljaju kod muškaraca koji imaju PPI</b>					<b>0,790</b>
Da	44	56,4	78	69,0	
Ne	34	43,6	35	31,0	
<b>Prisutna promena na polnom organu u predhodnih 6 meseci</b>					<b>0,979</b>
Imali	16	20,5	23	20,4	
Nisu imali	62	79,5	90	79,6	
<b>Čuli su za sidu od</b>					<b>0,265</b>
Prijatelja	23	29,9	30	26,5	
Putem medija	16	20,8	36	31,8	
NVO	32	41,6	35	30,9	
Od zdravstvenih radnika	6	7,8	6	5,3	
Nisu čuli	0	0	6	5,3	

<b>Čuli su za hepatitis B od</b>					<b>0,440</b>
Prijatelja	16	20,5	7	6,2	
Putem medija	5	6,4	7	6,2	
NVO	25	32	16	14,1	
Od zdravstvenih radnika	6	7,8	5	4,4	
Nisu čuli	26	33,3	78	69,0	
<b>Čuli su za sifilis od</b>					<b>0,506</b>
Prijatelja	14	17,9	26	23,0	
Putem medija	13	16,6	33	29,2	
NVO	12	15,3	21	25,6	
Od zdravstvenih radnika	7	9,0	7	6,2	
Nisu čuli	32	41,0	26	23,0	
<b>Poznavali su osobu koja je umrla od side</b>					<b>0,000</b>
Da	20	25,6	8	7,1	
Ne	58	74,4	105	92,9	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; NVO – nevladina organizacija; PPI – polno prenosive infekcije; SR – seksualne radnice

Promene na polnom organu, u poslednjih šest meseci, je imala svaka peta ispitivana ulična i in door SR.

Ne postoji statistički značajna razlika u izvoru informacija o bilo kojoj PPI između in door i uličnih SR.

Sve in door SR kao i 94,7% uličnih SR su čule za HIV. Nešto više od 1/3 in door i uličnih SR su imale kao izvor informacija o sidi predstavnike nevladinih organizacija (NVO) sa kojima dolaze u kontakt na mestima na kojima pružaju usluge svojim klijentima. Za hepatitis B nije čula 1/3 in door SR i 69% uličnih SR. Najčešći izvor informacija uličnih i in door SR, o hepatitisu B, su takođe bili predstavnici NVO. Za sifilis nije čula 1/3 in door SR kao i svaka peta ulična SR. Najčešći izvor informacija o sifilisu su, za in door SR, bili prijatelji (17,9%) dok su za ulične SR to bili predstavnici NVO (25,6%).

U značajno većem procentu osobe koje se bave in door prostitucijom poznaju neku osobu koja je umrla od side (25,6%) u odnosu na ulične SR (7,1%).

#### 4.4.2 Znanje o HIV/AIDS-u in door i uličnih SR

Znanje o HIV/AIDS-u je proveravano kroz tačnost odgovora in door i uličnih SR u odnosu na dvanaest iskaza/tvrđnji u vezi sa putevima prenosa HIV-a (tabela 9).

Najveći broj SR (94,9% in door i 92,5% uličnih SR) zna da se HIV prenosi korišćenjem nesterilnih špriceva i igala, a zatim putem krvi, spermom i vaginalnim sekretom (89,7% in door i 84,1% ulične SR). Većini in door i uličnih SR (oko 80%) je poznato da se HIV infekcija može preneti sa majke na bebu tokom trudnoće, kao i da kondom štiti od HIV infekcije. Da se ljudi koji su inficirani HIV-om ne mogu prepoznati po izgledu, da osobe koje piju alkohol mogu bolovati od side tačno je odgovorilo oko 1/3 in door i uličnih SR. Da se korišćenjem kondoma prilikom vaginalnog, kao i prilikom oralnog seksualnog odnosa, smanjuje rizik za HIV zna više od polovine in door i uličnih SR, kao i da se HIV ne može preneti konzumiranjem hrane iz istog tanjira, ili pijenjem iz iste čaše, kao i zaražena osoba HIV-om. Po svim ovim pitanjima nije dobijena značajna razlika u znanju između in door i uličnih SR.

Značajno veći broj in door SR, u odnosu na ulične, zna da se HIV ne može preneti ujedom komaraca, da osobe koje piju alkohol nisu zaštićene od HIV infekcije i da je rizik od HIV infekcije manji ako se pri vaginalnom seksualnom odnosu koristi kondom, a da je veći ako se ne koristi kondom pri oralnom seksualnom odnosu. Međutim ulične SR su u značajno većem procentu znale da je manji rizik od HIV infekcije ako imaju samo jednog seksualnog partnera u odnosu na in door SR.

Nijedna ispitivana SR nije tačno odgovorila na sva postavljena pitanja.

Tabela 9. Distribucija „in door“ i uličnih SR prema znanju o načinu prenošenja HIV/AIDS-a

Znanje o HIV/AIDS-u	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
Kondom štiti od HIV-a	69	88,5	95	84,1	<b>0,599</b>
Manji rizik je od HIV-a imaju osobe koje imaju samo jednog seksualnog partnera	22	28,2	43	38,1	<b>0,046</b>
HIV infekcija se ne može dobiti ako konzumiramo hranu iz istog tanjira ili pijemo iz iste čaše kao i zaražena osoba HIV-om	45	57,7	63	55,8	<b>0,114</b>
Osoba koja izgleda zdravo može biti zaražena HIV-om	21	26,9	41	36,3	<b>0,107</b>
HIV ne može da se prenese ujedom komarca	35	44,9	25	22,1	<b>0,000</b>
Trudna žena koja ima HIV/sidu može da prenese HIV na svoje novorođenče	63	80,8	91	80,5	<b>0,888</b>
Osobe koje piju alkohol nisu zaštićene od HIV infekcije	35	44,9	23	20,4	<b>0,000</b>
Veći rizik od HIV-a imaju osobe koje koriste tuđe igle i špricave za IV korišćenje droge	74	94,9	105	92,5	<b>0,750</b>
Žena koja ima HIV/sidu može HIVinfekciju preneti svom novorođenom detetu dojenjem	56	71,8	88	77,9	<b>0,154</b>
HIV se prenosi krvlju, spermom i vaginalnim sekretom	70	89,7	95	84,1	<b>0,434</b>
Rizik od HIV infekcije je manji ako pri vaginalni seksualnom odnosu koristimo kondom	46	59,0	42	37,2	<b>0,011</b>
Veći rizik od HIV infekcije je ako pri oralnom seksualnom odnosu ne koristimo kondom	44	56,4	38	33,6	<b>0,006</b>

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR – seksualne radnice/i



#### 4.4.3 Znanje o HIV/AIDS-u za sve SR

Najveći procenat tačnih odgovora svih SR je bio u odnosu na znanje o mogućem prenosu HIV-a putem razmene nesterilnih špriceva i igala (93,7%), prenosa putem krvi, spermom i vaginalnim sekretom (86,9%), tokom trudnoće sa majke na bebu (74,8%), kao i ukoliko se stalno ne koristi kondom prilikom seksualnih odnosa (86,3%).

Najviše neznanja ili pogrešnih odgovora su ispitanici pokazali u odnosu na tvrdnju da seksualnim odnosom sa samo jednim partnerom se mogu sigurno zaštititi od HIV-a, (33,1% tačnih odgovora), da se ljudi koji su inficirani HIV-om mogu prepoznati po izgledu (tačno je odgovorilo 31,6%), da osobe koje mogu da piju alkohol nemaju sidu (32,6% tačnih odgovora), da se HIV može preneti i ujedom komarca (32,5% tačnih odgovora), kao i da se kondom treba koristiti samo prilikom vaginalnog seksualnog odnosa (48,2% tačnih odgovora), odnosno da se oralnim seksualnim odnosom bez kondoma HIV ne može preneti (45% tačnih odgovora).

#### 4.4.4 Znanje o HIV/AIDS-u SR srpske i romske nacionalnosti

Između SR srpske i romske nacionalnosti nije postojala razlika u znanju o PPI i HIV-u.

### 4.5 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C

#### 4.5.1 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju uličnih i in door SR

Više od 2/3 in door i uličnih SR je čulo za testiranje na HIV (Tabela 10). Značajno veći broj in door SR je znalo za testiranje na hepatitis B i hepatitis C, nego uličnih SR.

Broj testiranih in door SR, na HIV (79,5%), hepatitis B (34,6%) i hepatitis C (43,6%), je bio značajno veći u odnosu na broj testiranih uličnih SR (testirani na HIV- 65,5%, hepatitis B- 12,4% i hepatitis C -15 testiranih). U poslednjih šest meseci na HIV se testirala polovina ispitivanih in door SR, dok je broj testiranih uličnih SR bio značajno manji, 11,5%.

In door SR, takođe u značajno većem broju (30,6%), prepoznaju svoj visoki rizik za infekciju nekom PPI u odnosu na ulične SR (16,8%).

Između ispitivaih grupa nije postojala značajna razlika u odnosu na vreme kada su se poslednji put testirale na HIV.

#### **4.5.2 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju svih SR**

Blizu 90% ispitivanih osoba koje se bave prostitucijom je čulo za testiranje na HIV, 75,3% je čulo za testiranje na hepatitis B i 77,7% na hepatitis C.

Na HIV se testiralo oko 2/3 SR (72,5%), dok se na hepatitis B testiralo 23,5%, a na hepatitis C 29,3% svih SR. Blizu polovine svih SR ne prepoznaje, kod sebe, postojanje rizika za neku PPI.

Polovina testiranih in door SR se testirala u poslednjih šest meseci dok je u istom vremenskom periodu testirano svega 11,5% testiranih uličnih SR.

#### **4.5.3 Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju SR romske i srpske nacionalnosti**

SR romske nacionalnosti su u većem broju, ali ne značajnom, čule za testiranje na HIV, hepatitis B i hepatitis C u odnosu na SR srpske nacionalnosti. U skladu sa tim i nešto veći broj njih se testirao na HIV, hepatitis B i hepatitis C u odnosu na SR srpske nacionalnosti.

Između SR srpske i SR romske nacionalnosti ne postoji razlika u odnosu na vreme kada su se poslednji put testirale na HIV.

Tabela 10. Znanje i praksa testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C i lična procena rizika za HIV infekciju uličnih i in door seksualnih radnica

	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Čuli za testiranje na:</b>					
HIV	69	89,7	97	85,8	0,284
Hepatitis B	65	83,3	76	67,3	0,009
Hepatitis C	66	84,6	80	70,8	0,019
<b>Testirani na:</b>					
HIV	62	79,5	74	65,5	0,036
Hepatitis B	27	34,6	14	12,4	0,000
Hepatitis C	34	43,6	17	15,0	0,000
<b>Lična procena rizika od PPI</b>					<b>0,018</b>
Ne postoji	28	35,8	52	46,0	
Umeren	26	33,3	42	37,2	
Veliki	24	30,6	19	16,8	
<b>Vreme kada su se poslednji put testirale na HIV</b>					<b>0,000</b>
≤ 6 meseci	39	50,0	26	11,5	
Pre više od 6 meseci manje od godinu dana	20	25,6	45	39,8	
Nisu se testirale	15	19,2	40	35,4	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR-seksualne radnice; PPI-polno prenosive infekcije

## 4.6 Zdravstveno stanje seksualnih radnica i njihovo korišćenje zdravstvene službe

### 4.6.1 Zdravstveno stanje in door i uličnih SR i njihovo korišćenje zdravstvene službe

Između in door i uličnih SR nije postojala značajna razlika u odnosu na posedovanje zdravstvene legitimacije, sprovođenje kontrole sopstvenog zdravlja tokom poslednjih 12 meseci, korišćenje zdravstvenih usluga državnih ustanova tokom poslednjih 12 meseci, kao i u odnosu na izbor svog lekara opšte medicine (tabela 11).

Oko  $\frac{2}{3}$  ispitivanih in door i uličnih SR je posedovalo validan dokument za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja na osnovu kojeg su mogle legitimno da koriste usluge zdravstvene službe.

Tabela 11. Korišćenje zdravstvene zaštite od strane in door i uličnih SR i njihovo zadovoljstvo dobijenim uslugama

Korišćenje zdravstvene zaštite	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		P vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
Poseđovanje dokumenta/knjižice za korišćenje zdravstvenih usluga					0,401
Da	45	57,7	72	63,7	
Ne	33	42,3	41	36,3	
Korišćenje zdravstvenih usluga tokom poslednjih 12 meseci					0,567
Da	43	55,1	67	59,3	
Ne	35	44,9	46	40,7	
Korišćenje usluga državnih zdravstvenih ustanova u poslednjih 12 meseci					0,142
Da	31	39,7	55	48,7	
Ne	47	60,3	58	51,3	
U poslednjih 12 meseci najčešće koristili usluge					0,017
Lekara opšte prakse	23	29,4	57	50,4	
Ginekologa	11	14,1	7	6,1	
Nekog drugog lekara	9	11,5	3	2,6	
Nisu koristili	35	44,9	46	40,7	
Ima izabranog lekara opšte prakse					0,094
Da	25	32,1	43	38,1	
Ne	53	67,9	70	61,9	
Ima izabranog ginekologa					0,038
Da	24	30,8	21	18,6	
Ne	54	69,2	92	81,4	
Razlozi za nemanje izabranog lekara u Domu zdravlja					0,918
Ne posedovanje dokumenta/knjižice	27	34,6	42	37,2	
Nezadovoljstvo lekarom	2	2,6	2	1,8	
Neki drugi razlozi	19	24,3	26	23,0	
Ima izabranog lekara	25	32,1	43	38,1	
Najčešći razlozi za korišćenje zdravstvenih usluga u poslednjih 12 meseci					0,242
Opšti problemi sa zdravljem	15	19,2	36	31,9	
Ginekološki problemi	15	19,2	15	13,2	
Neki drugi zdravstveni problem	3	3,8	16	14,1	
Nisu koristili usluge zdravstvenih službi	35	44,9	46	40,7	
Zadovoljstvo lečenjem kod izabranog lekara opšte medicine					0,101
Zadovoljni	39	50,0	70	61,9	
Nisu zadovoljni	39	50	43	38,1	
Zadovoljstvo lečenjem kod izabranog ginekologa					0,253
Zadovoljne	34	43,6	40	35,4	
Nisu zadovoljne	44	56,4	73	64,6	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR – seksualne radnice

U predhodnih godinu dana lekarske usluge je koristilo nešto više od polovine in door i uličnih SR. Od onih SR koje su bile kod lekara u poslednjih godinu dana, ulične SR su u nešto većem broju (48,7%) koristile usluge državnih zdravstvenih ustanova nego in door SR (39,7%). Svog izabranog lekara opšte prakse u Domu zdravlja imalo je 32,1% in door SR i 38,1% uličnih SR. Međutim, u značajno većem broju in door SR (30,8%) su imale svog izabranog ginekologa nego ulične SR (18,6%).

Između ispitivanih grupa nije postojala značajna razlika u odnosu na razloge zbog kojih nisu imale izabranog lekara u Domu zdravlja. Kao najčešći razlog za nemanje izabranog lekara u Domu zdravlja, ispitivane SR navodile su neposedovanje dokumenata za korišćenje zdravstvene zaštite (34,6% in door i 37,2% ulične SR), dok je svaka peta in door i ulična SR navodila neke druge razloge (nije bila bolesna, koristila je usluge privatnih lekara, lečila se sama). Svega oko 2,0% in door i uličnih SR, kao razlog su navodile nezadovoljstvo lekarom i njegovu nespremnost da saslušaju probleme zbog kojih su došle kod njih.

Najčešći razlozi posete lekaru u državnoj zdravstvenoj ustanovi za in door SR su bili opšti problemi sa zdravljem i ginekološki problemi (19,2%). Ulične SR su se, u nešto većem broju, javljale lekaru zbog opštih problema sa zdravljem (31,9%), a manje zbog ginekoloških problema (13,3%). Međutim, razlike nisu bile značajne.

Usluge lekara opšte medicine u predhodnih godinu dana su značajno češće koristile ulične SR (50,4%) nego in door (29,4%), dok su usluge ginekologa češće koristile in door SR (14,1%) nego ulične (6,1%). Razlike nisu bile značajne.

Između ispitivanih grupa nije postojala značajna razlika u odnosu na zadovoljstvo načinom lečenja njihovog izabranog lekara opšte prakse i ginekologa. Polovina in door SR je bila zadovoljna kako ih leči njihov izabrani lekar, kao i 61,9% uličnih SR. Svojim ginekologom je bilo zadovoljno oko 40% in door i uličnih SR.

Na tabeli 12 prikazano je korišćenje zdravstvene službe prema vrsti zdravstvenih problema in door i uličnih SR.

Između ispitivanih grupa nije postojala značajna razlika u odnosu na korišćenje zdravstvene službe zbog problema sa polnim organima, trudnoćom, menstruacijom i drugo, kao i sa kožom. Zbog ginekoloških problema preko 50% in door i uličnih SR se javilo svom ginekologu u Domu zdravlja, a 9% in door i 14,2% uličnih SR privatnom

ginekologu. Zbog kožnih problema 73,1% in door SR i polovina uličnih SR se javilo lekaru u Domu zdravlja, manje od 10% SR se javilo privatnom lekaru, dok se svaka četvrta in door SR i 13,3% uličnih SR nije javilo lekaru.

Ulične SR su značajno češće rešavale svoje opšte zdravstvene probleme koristeći usluge lekara opšte prakse u Domu zdravlja i lekara neke privatne ordinacije u odnosu na in door SR. Najveći broj in door (64,1%) i uličnih SR (71,7%), za pomoć su se obraćale lekaru opšte prakse u Domu zdravlja. Privatnom lekaru se obratilo svega 10,3% in door i 15,9% uličnih SR.

Tabela 12. Korišćenje zdravstvene službe prema vrsti zdravstvenih problema in door i uličnih SR

Korišćenje zdravstvene službe	„In door“ SR N=78		Ulične SR N=113		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
Opšti zdravstveni problemi (nabez, temperatura, bolovi u grlu i sl.)					0,013
Nisu imali te zdravstvene probleme	10	12,8	11	9,7	
Javili su se lekaru doma zdravlja	50	64,1	81	71,7	
Javili su se lekaru u privatnoj ordinaciji	8	10,3	18	15,9	
Uradili su nešto drugo	10	12,8	3	2,7	
Problemi sa polnim organima, menstruacijom, trudnoćom...					0,218
Nisu imali te zdravstvene probleme	11	14,1	26	23,0	
Javili su se lekaru doma zdravlja	53	67,9	66	58,4	
Javili su se lekaru u privatnoj ordinaciji	7	9,0	16	14,2	
Uradili su nešto drugo	7	9,0	5	4,9	
Problemi sa kožom					0,090
Nisu imali te zdravstvene probleme	15	19,2	38,3	33,6	
Javili su se lekaru doma zdravlja	57	73,1	52	46,0	
Javili su se lekaru u privatnoj ordinaciji	6	7,7	8	7,1	
Uradili su nešto drugo	20	25,6	15	13,3	
Problemi sa alkoholom, drogom, nervozom...					0,003
Nisu imali te zdravstvene probleme	43	55,1	80	70,8	
Javili su se lekaru doma zdravlja	19	24,4	26	23,0	
Javili su se lekaru u privatnoj ordinaciji	1	1,3	3	2,7	
Uradili su nešto drugo	15	19,2	4	3,5	
Problemi sa nasiljem i zlostavljanjem					0,018
Nisu imali te zdravstvene probleme	39	50,0	78	69,0	
Javili su se lekaru doma zdravlja	17	21,8	17	15,0	
Javili su se lekaru u privatnoj ordinaciji	0	0	2	1,8	
Uradili su nešto drugo	22	28,2	16	24,2	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR-sekualne radnice

Ulične SR su značajno češće koristile usluge privatnih lekara nego lekara u domovima zdravlja kada su imale neki od problema vezan za korišćenje PAS. Tako se zbog problema sa alkoholom ili nekom drugom PAS, skoro svaka četvrta in door i ulična SR javila svom lekaru u domu zdravlja.

Postojala je značajna razlika u ponašanju in door i uličnih SR u slučaju kada su imale problema sa nasiljem i zlostavljanjem. Svega 21,8% in door SR i 15% uličnih SR, se javilo lekaru u domu zdravlja, a privatnom lekaru 1,8% uličnih i nijedna in door SR. Drugu vrste usluge koristilo je 28,2% in door i 24,2% uličnih SR.

Na tabeli 13 prikazana je distribucija uličnih i in door SR u odnosu na namerni prekid trudnoće.

Između ispitivanih grupa nije postojala značajna razlika u odnosu na namerne prekinute neželjene trudnoće, kao i u donosu na mesto sprovođenja abortusa.

Namerni prekid trudnoće je imalo nešto više od 60% in door i uličnih SR. Više od 2/3 in door i uličnih SR, koje su imale namerni prekid trudnoće, prekid su obavile u državnoj zdravstvenoj ustanovi. Uličnim SR je u nešto većem broju slučajeva abortus izveden u privatnoj zdravstvenoj ustanovi (38,1%) u odnosu na in door SR (25,8%).

Tabela 13. Namerni prekidi neželjenih trudnoća in door i uličnih seksualnih radnica

Neželjene trudnoće	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Namerni prekid neželjene trudnoće</b>					<b>0,917</b>
Da	32	65,3	47	64,4	
Ne	17	34,7	26	35,6	
<b>Mesto obavljanja abortusa</b>					<b>0,302</b>
Privatna zdravstvena ustanova	8	25,8	16	38,1	
Državna zdravstvena ustanova	22	71,0	26	61,9	
Na nekom drugom mestu	1	3,2	0	0	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR-seksualne radnice

#### 4.6.2 Zdravstveno stanje svih SR i njihovo korišćenje zdravstvene službe

Od ukupnog broja ispitivanih SR, 2/3 (61,3%) je posedovalo validan dokument za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja na osnovu kojeg može legitimno da koristi usluge zdravstvene službe. U poslednjih godinu dana lekarske usluge je koristilo nešto više od polovine anketiranih SR. SR su tokom poslednjih godinu dana bile najčešće kod ginekologa (41,9%) i lekara opšte medicine (38,2%). Nešto manje od polovine (45%) je bilo u državnoj zdravstvenoj ustanovi. Svog izabranog lekara u domu zdravlja imala je tek svaka treća SR (35,6%) dok svog izabranog ginekologa u domu zdravlja imalo je svega 23,6% SR. Najčešći razlog za nemanje „svog“ lekara u domu zdravlja je neposedovanje dokumenata za korišćenje zdravstvene zaštite (36,1%), a zatim neki drugi razlozi (23,6%). Svega u 2,1% slučajeva razlog je bio nezadovoljstvo lekarom i njegova nespremnost da sasluša probleme zbog kojih su došli kod njih. Polovina ispitanih SR je bilo zadovoljno kako ih je lečio njihov izabrani lekar. Svojim ginekologom je bilo zadovoljno 38,7% SR.

#### 4.6.3 Zdravstveno stanje seksualnih radnica i korišćenje zdravstvene službe SR srpske i romske nacionalnosti

SR srpske nacionalnosti su imale u većem broju zdravstvene legitimacije (65%), kao i izabranog lekara opšte medicine (41%) i izabranog ginekologa (26,0%) u domu zdravlja. U nešto većem broju (60,4%) SR romske nacionalnosti su imale abortus. U ostalim ispitivanim parametrima zdravstvenog stanja i korišćenja zdravstvene službe nije bilo razlike između SR srpske i romske nacionalnosti.

### 4.7 Policija i SR

#### 4.7.1 Susret sa policijom i prekršajno kažnjavanje in door i uličnih SR

In door SR (69,2% ) su značajno češće prekršajno kažnjavane u odnosu na ulične SR (46,0%). Takođe, su značajno češće imale tri i više prekršajnih kažnjavanja (in door SR-47,4% a ulične SR-22,1%).



Tabela 14. Iskustvo in door i uličnih seksualnih radnica sa policijom i njihovo prekršajno kažnjavanje

Policija i SR	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Prekršajno kažnjavane</b>					<b>0,002</b>
Da	54	69,2	52	46,0	
Ne	24	30,8	61	54,0	
<b>Broj prekršajnih kažnjavanja</b>					<b>0,010</b>
≤ 2 puta	17	21,8	27	23,9	
≥ 3 puta	37	47,4	25	22,1	
Ne zna/ne navodi	24	30,8	61	54,1	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; SR-seksualne radnice

#### 4.7.2 Susret sa policijom i prekršajno kažnjavanje SR romske i srpske nacionalnosti

Nije postojala značajna razlika u broju SR srpske i romske nacionalnosti koje su prekršajno kažnjavane.

#### 4.8 Stavovi SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada

##### 4.8.1 Stavovi in door i uličnih SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada

Legalizaciju prostitucije kao put ka rešavanju njihovih problema i poboljšanju položaja, je videlo 53,8% in door SR i 65,5% uličnih SR. Svaka peta in door SR (21,8%) kao i 17,7% uličnih SR je smatrala da promenom ponašanja policije prema njima, takođe, može da poboljša njihov položaj, dok dekriminalizaciju kao mogućnost za poboljšanje položaja je videlo 5,0% in door SR i 1,8% uličnih SR (Tabela 15). Različite druge predloge iznelo je 19,2% in door i 15,0% uličnih SR. Međutim, između ispitivanih grupa nije dobijena značajna razlika u odnosu na njihove stavove po pitanju poboljšanja njihovih uslova rada.

Tabela 15. Stavovi in door i uličnih SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada

	„In door“ SR		Ulične SR		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	
<b>Predozi za poboljšanje uslova rada SR</b>					<b>0,312</b>
Legalizacija	42	53,8	74	65,5	
Dekriminalizacija	4	5,1	2	1,8	
Promena ponašanja policije prema SR	17	21,8	20	17,7	
Drugo	15	19,2	17	15,0	

SR-seksualne radnice; p\* vrednost za  $\chi^2$  test

#### 4.8.2 Predlozi svih SR za poboljšanje njihovih uslova rada

Blizu 60% svih SR se zalagalo za legalizaciju prostitucije u cilju poboljšavanja njihovog položaja.

#### 4.8.3 Predlozi SR srpske i romske nacionalnosti za poboljšanje njihovih uslova rada

Nije postojala značajna razlika u stavovima SR srpske i SR romske nacionalnosti u odnosu na predloge kako bi se na najbolji način poboljšao njihov položaj.

### 4.9 Iskustva, znanje i stavovi zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije o mogućnostima korišćenja i dostupnosti zdravstvenih usluga osobama koje se bave prostitucijom

U drugom delu teze analizirana su iskustva, znanje i stavovi zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije o mogućnostima korišćenja i dostupnosti zdravstvenih usluga osobama koje se bave prostitucijom.

Istraživanje znanja, stavova i postojećeg iskustva u radu sa osobama koje su u posebnom riziku za HIV infekciju, posebno u radu sa osobama koje se bave prostitucijom, je pokazalo da zdravstveni radnici i policija značajno češće znaju da li neko od njihovih opredeljenih pacijenata ima neki oblik rizičnog ponašanja za HIV nego radnici socijalne zaštite (tabela 16).

Neki vid edukacije iz oblasti HIV/AIDS-a završilo je značajno više ispitivanih zdravstvenih radnika (52,1%) nego radnika socijalne zaštite (23,3%) i pripadnika policije (15%).

Radnici socijalne zaštite i policija značajno češće dolaze u kontakt sa intravenskim korisnicima droge nego zdravstveni radnici. Svi ispitivani policajci su izjavili da su im najčešći kontakti sa intravenskim korisnicima droga, 72,4% radnika socijalne zaštite i oko 50% zdravstvenih radnika. Seksualne radnice su prepoznate od strane 15,3% zdravstvenih radnika kao korisnici njihovih usluga, kao i od 13,8% radnika socijalne zaštite i nijednog policajca.

Radnici socijalne zaštite (72,4%) i policajci (70,0%) su značajno češće smatrali da su njihove usluge podjednako dostupne za sve njihove korisnike u odnosu na zdravstvene radnike (47,1%).

Tabela 16. Iskustva i znanje zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije u radu sa vulnerabilnim grupama za HIV

	Zdravstveni radnici N=60		Radnici socijalne zaštite N=30		Radnici policije N=20		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
<b>Da li Vaše usluge koriste vulnerabilne grupe?</b>	<b>0,001</b>						
Da	28	45,6	4	13,3	12	60,0	
Ne znam	32	53,4	26	86,7	8	40,0	
<b>Završili edukaciju o HIV/AIDS-u</b>	<b>0,000</b>						
Da	31	52,1	7	23,3	3	15,0	
Ne	21	35,6	21	70,0	9	45,0	
Ne znam	8	12,3	2	6,7	8	40,0	
<b>Pripadnici koje vulnerabilne grupe najčešće koriste Vaše usluge</b>	<b>0,004</b>						
Intravenski korisnici droge	33	54,2	22	72,4	20	100	
Seksualne radnice	9	15,3	4	13,8	0	0	
Muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima	18	30,5	4	13,8	0	0	
<b>Mogućnost korišćenja usluga je</b>	<b>0,032</b>						
Podjednaka za sve	28	47,1	22	72,4	14	70,0	
Samo za određene vulnerabilne grupe	11	18,5	0	0	3	15,0	
Ne znam	21	34,3	8	27,6	3	15,0	

p\* vrednost za  $\chi^2$  test

Na tabeli 17. prikazani su stavovi zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije o razlozima zbog kojih vulnerabilne grupe za HIV ne koriste njihove usluge.

Kao razlog za ne korišćenje njihove službe, od strane pripadnika posebno osetljivih grupa za HIV, značajno veći broj zdravstvenih radnika, u odnosu na socijalne radnike i policiju, smatra da je to rezultat nedostatka informacija koje može da im pruži njihova služba.

Značajno veći broj zdravstvenih radnika i radnika socijalne zaštite nego radnika policije smatra da je razlog u neposjedovanju ličnih dokumenata

Strah od diskriminacije usled otkrivanja svog zanimanja, navode kao još jedan razlog, nešto više od polovine zdravstvenih radnika, nešto više od 40% radnika socijalne zaštite i oko 1/3 pripadnika policije. Razlika nije bila značajna. Zdravstveni i socijalni radnici, u odnosu na policiju, značajno češće kao razlog nekorišćenja njihovih usluga navode stid SR.

Oko 20% policajaca, 1/3 zdravstvenih i socijalnih radnika kao razlog nekorišćenja njihovih usluga od strane vulnerabilnih grupa je zbog straha klijenata od represivnih mera. Razlika nije bila značajna.

Značajno veći broj zdravstvenih radnika i radnika socijalne zaštite, nego policije, navodi kao mogući razlog nekorišćenja njihovih usluga bojazan vulnerabilnih grupa da ne budu prepoznati od drugih pacijenata i nepoverljivost informacija koje daju. Značajno veći broj radnika socijalne zaštite, nego zdravstvenih radnika i policije, JE smatraLO da vulnerabilne grupe ne koriste njihove usluge jer one nisu adekvatne.

Tabela 17. Stavovi zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i pripadnika policije o razlozima zbog kojih vulnerabilne grupe za HIV ne koriste njihove usluge

Razlozi nekorišćenja zdravstvene, socijalne i policijske službe od strane vulnerabilnih grupa za HIV	Zdravstveni radnici N=60		Radnici socijalne zaštite N=30		Radnici policije N=20		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
Nedostatak informacija koje može da pruži Vaša služba	52	72,1	7	23,3	3	15,0	0,000
Neposjedovanje ličnih dokumenata	35	47,9	13	43,3	2	10,0	0,002
Neodgovarajuće radno vreme ustanove	9	12,3	4	13,3	0	0	0,398
Strah od diskriminacije od zaposlenih u ustanovi	37	50,7	13	43,3	7	35,0	0,065
Stid da se otkrije svoje zanimanje i svoje rizično ponašanje	50	68,5	14	46,7	4	20,0	0,000
Strah od represivnih mera	27	37,0	9	30,0	4	20,0	0,091
Dugo čekanje na uslugu	13	17,8	3	10,0	0	0	0,041
Strah od prepoznavanja od strane drugih pacijenata/korisnika	26	35,6	4	13,3	1	5,0	0,000
Strah od nepoverljivosti informacija	31	42,5	6	20,0	2	10,0	0,000
Nedostatak adekvatnih usluga	18	24,7	20	66,7	5	25,0	0,001

p\* vrednost za  $\chi^2$  test

Na tabeli 18 prikazana je stav zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i radnika policije prema klijentu u trenutku kada im klijent (pacijent/korisnik usluge) „otkrije“ svoje zanimanje.

U slučaju da osoba, pripadnik posebno osetljive grupe za HIV infekciju otkrije svoje zanimanje zdravstvenom radniku, svaki peti zdravstveni radnik bi se potrudio da on više ne dođe kod njega, 21,9% bi uradili samo ono što taj pacijent zahteva od njih, 72,6% bi ga odmah uputilo u neku drugu zdravstvenu ustanovu ili nevladinu organizaciju, 47,6% bi zapisao šta mu je pacijent rekao, dao bi savet i dalje bi pratio pacijenta, dok bi trećina preduzela mere u zavisnosti od oblika ponašanja osobe o kojoj se radi.

Kada su u pitanju radnici socijalne zaštite, u slučaju da im njihov klijent „otkrije“ zanimanje kojim se bavi ili rizični oblik svog ponašanja, 23,3% bi se potrudilo da više klijent ne dođe kod njih, 13,0% uputilo bi klijenta dalje u neku NVO, dok bi 43,3% zapisalo slučaj, dalo savet i dalje pratilo klijenta. Više od polovine radnika socijalne zaštite (53,3%) bi svoje postupanje uskladilo u zavisnosti od toga o kom obliku rizičnog ponašanja se radi.

Tabela 18. Stav zdravstvenih radnika, radnika socijalne zaštite i radnika policije prema klijentu u trenutku kada sazna da se klijent bavi prostitucijom

Stav radnika u trenutku kada klijent otkrije da se bavi prostitucijom**	Zdravstveni radnici N=60		Radnici socijalne zaštite N=30		Radnici policije N=20		p vrednost*
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
Trudim se da klijent više ne dođe kod mene	12	20,0	7	23,3	0	0	0,0721
Uradim samo ono što klijent traži	16	21,9	3	10,0	1	5,0	0,092
Uputim klijenta u neku drugu adekvatnu instituciju	20	72,6	4	13,0	1	5,0	0,031
Zapišem razlog dolaska klijenta i dam mu savet	35	47,9	13	43,3	0	0	0,000
Sve zavisi o kom obliku ponašanja se radi	23	31,5	16	53,3	7	35,0	0,313
Ponašam se kao i prema svakom drugom	0	0	0	0	11	55,0	0,000

p\* vrednost za  $\chi^2$  test; \*\*Bilo je moguće dati više odgovora na pitanje

U slučaju „otkrivanja“ klijentovog zanimanja ili rizičnog oblika ponašanja, prilikom obraćanja policiji, više od polovine (55,0%) policajaca je izjavilo da bi se ponašali kao prema svim ostalim građanima, dok je 35% smatralo da BI njihova reakcija zavisila od toga o kom obliku ponašanja se radi, a svega 5% bi takvog klijenta uputilo u neku drugu instituciju ili nevladinu organizaciju.

Zdravstveni radnici i socijalni radnici, u odnosu na policiju, se značajno češće trude da klijent više ne dođe kod njih ako se bavi prostitucijom. Klijent – SR će od značajno većeg broja zdravstvenih radnika, nego policije i socijalnih radnika, biti upućen u neku drugu adekvatnu ustanovu. Policija se značajno češće prema SR ponaša kao i

prema drugim klijentima u odnosu na zdravstvene i socijalne radnike. Između policije, socijalnih i zdravstvenih radnika nije postojala značajna razlika u njihovom ponašanju po pitanju da uvek čine ono što klijent zahteva od njih.

#### 4.10 Kvalitativna analiza dostupnosti zdravstvene zaštite SR

U trećem delu teze kvalitativno je analizirana dostupnost zdravstvene zaštite SR i njihovo zdravstveno stanje na osnovu dobijenih podataka od fokus grupa (20 SR) i izveštaja terenskih radnika (72 mesečna izveštaja).

##### 4.10.1 Dostupnost zdravstvene zaštite SR na osnovu dobijenih podataka od fokus grupa

Tematski okvir vođenja fokus grupe je bio fokusiran na sledeća tri pitanja:

- Koji su vaši najčešći zdravstveni problemi?
- Kada i u kojim situacijama tražite usluge doktora, a kada se sami lečite?
- Koji su to problemi sa kojima se srećete kod korišćenja zdravstvene službe?

Analiza transkripta je pokazala da su droga i njene posledice najčešće pominjani zdravstveni problem:

*„pa droga, šta drugo, od nje propadneš“ (seksualna radnica intravenski narkoman).*

*„kad nemaš drogu sve si bolestan“ (seksualna radnica intravenski narkoman).*

*„rane su mi svud po telu, to je od droge, kad ne nađeš venu“ (seksualna radnica intravenski narkoman).*

Drugi zdravstveni problemi su vezani za oboljenja jetre:

*„imam onaj hepatitis“, „kažu, jetra mi propala, a ne lečim se“.*

Slede zatim polno prenosive infekcije i kožne bolesti:

*„e, to uvek ima, čovek se zagadi, velika je nečistoća“, „u zatvoru nema kondoma, a svašta se dešava. Ja sam se od svog momka zarazila“, „nemaš higijenu, nemaš gde da se pereš“.*

Respiratorne infekcije su takođe vrlo česte, na to se sve SR žale, mada ih ne shvataju preterano ozbiljno:

*„to je od rad na ulicu, stojiš i smrzneš se“, „nemaš gde da se ogreješ“, „od ovog posla se propada“.*

Lakše i češće govore o bolesti neke svoje kolegginice SR nego o svojoj:

*„ona je propala skroz naskroz, nema koju bolest nema“, „za nju kažu da ima sidu i radi“.*

Kada je u pitanju bolest ili stanje zbog koga je potrebna pomoć lekara iskazi SR su bili:

*„kad više ne može da se trpi kupiš nešto u apateci“, „pitam starije žene da mi kažu kako da se lečim“, „lekari u domu zdravlja ne znaju da pomognu“ (transvestit), „možda bi i išla ali nemam da platim, a nemam ni dokumenta“, „ja za hormone idem kod privatnika, platim, oni znaju šta rade“.*

Nakon detaljnog objašnjenja, na pitanje o korišćenju zdravstvene službe, dobijen je najveći broj odgovora u odnosu na:

Želju da se leče od droge:

*„ne može ako nemaš pratioca“, „bez uputa ne ide a oni neće da mi daju uput“, „čim vidi ko sam, ne da uput“, „nemam pare da platim lečenje“, „trudna sam a ne daju u materinski dom, zbog droge“.*

Neposедovanje dokumenata i nemogućnost korišćenja zdravstvenih usluga čak i u izuzetno teškim zdravstvenim situacijama:

*„pljujem krv već nekoliko meseci, niko neće da me primi“, „nemaš ni pare ni dokumente, eto ti problem“.*

Prisutna osuda i diskriminacija zbog posla kojim se bave:

*„portir mi kaže, dosta mi je Roma“ (seksualni radnik, narkoman, došao da se leči u instituciju).*

*„kad te vidi ko si neće da te pipne“, „neće da mi operišu kondilome, kažu imam HIV“ (MSM seksualni radnik), „svašta te pitaju, ne možeš da izdržiš“, „i u*



*zatvoru doktor nije hteo da me pregleda, samo mi dao antibiotike“, „kad sam se porađala doktor mi kaže čime li se ti baviš kada si sva tako istetovirana, i ako tada nisi vrištala (dok su te tetovirali), nemoj ni sada“*

Analiza odgovora sa fokus grupama ukazuje na brojne teškoće u ostvarivanju prava na zaštitu zdravlja SR.

Četiri grupe teškoća se izdvajaju:

- a) Nedostatak odgovarajuće dokumentacije za korišćenje zdravstvene zaštite.b)
- c) Nizak socijalno ekonomski nivo koji im onemogućava korišćenje privatnih ustanova.d)
- e) Nizak stepen zdravstvene kulture i ne prepoznavanje problema.
- f) Visoka diskriminacija u zdravstvenom sektoru.

#### **4.10.2 Dostupnost zdravstvene zaštite SR na osnovu dobijenih podataka od strane terenskih radnika**

Najčešća tema dnevnika outreach (terenskih) radnika je zdravlje i zdravstvena zaštita.

Dve teme dominiraju u njihovim izveštajima:

1. Teškoće u dobijanju zdravstvenih usluga.
2. Diskriminacija unutar zdravstvenog sistema.

Veliki broj seksualnih radnika ne zna, ili ne želi da navede razloge zbog kojih ne ide kod lekara. Sem nedostatka dokumenata i finansijskih sredstava postoje razlozi o kojima se nerado govori. Outreach radnici u takvim situacijama ne insistiraju, ali pokušavaju da objasne značaj tražanja medicinske pomoći.

Jedan od razloga koji se beleži je strah seksualnih radnica da ako odu kod lekara i ako lekaru otkriju svoje zanimanje da će ih lekar uputiti Centru za socijalni rad gde postoji mogućnost da im oduzmu decu.

U brojnim težim zdravstvenim situacijama SR, outreach radnici preuzimaju brigu i vode seksualnu radnicu u zdravstvenu ustanovu, obavljajući razgovore sa nadležnim zdravstvenim radnicima.

No, i to se, prema dnevničkim beleškama, nije pokazalo uvek kao uspešno.

*„Došli smo pola sata pre kraja radnog vremena, ona je bila uznemirena, pod uticajem droge. Ni jedan od tri lekara koji su bili tu nisu hteli da daju uput za ustanovu za lečenje – prošlo im radno vreme“ (iz dnevnika jednog outreach radnika).*

Za probleme vezane za drogu, rane i otkoče na rukama, kao posledicu injektiranja droge, pomoć u najvećem broju slučajeva jedino mogu dobiti u NVO.

Outreach radnici beleže da su in door seksualne radnice u nešto povoljnijem položaju, jer neki vlasnici klubova plaćaju lekare da ih pregledaju kad je to potrebno.

Kada SR dodju do zdravstvene ustanove, iskustva su kod većine SR neprijatna i traumatična. To je najčešći razlog da se jedan veliki deo njih ne vraća više u zdravstvenu ustanovu.

*„SR ima hepatitis C, bolest u poodmaklom stadijumu, ima žuticu, uvećanu jetru. Ne odlazi kod lekara jer su je ispitivali kako je dobila bolest, grdili je, i njoj je to toliko uznemiravajuće iskustvo da je odustala od lečenja“ (iz dnevnika outreach radnika).*

SR, tranvestit, prebijena od strane klijenta metalnom šipkom, teške telesne povrede, slomljena nosna kost, nekoliko otvorenih rana na glavi. Na predlog da sa outreach timom ode do hirurgije, samo da vrate dislocirani nos, ona odgovara *„Ne pada mi na pamet, čim vide muško ime u ličnoj karti, i mene koja ličim i obučena sam kao žensko, počće da se smeju i da me vređaju,“ (iz dnevnika outreach radnika).*

Sem retkih izuzetaka, gde je infektivna klinika u Beogradu najbolji primer dobre prakse, diskriminacija i neprofesionalno ponašanje najčešći su problemi onih seksualnih radnika koji dođu u zdravstvenu ustanovu.

Najveći broj komentara SR su bili da je odnos prema njima u kontaktu sa zdravstvenom službom bio neprimeren, bez poštovanja i uvažavanja. Obično ih optužuju da su same krive za svoju bolest i slično.

Neke od najčešćih primera takvog ponašanja su zabeleženi kroz iskaze: *„nije ni čudo da ti nešto fali, čime se baviš, prestani s tim poslom pa dođi da se lečiš, ovde dolaze pristojni, bolesni ljudi, mogu da se zaraze od tebe, imaš li decu, jedna tvoja deca šta im radiš, znaju li ti roditelji čime se baviš, kako te puste da to radiš, što nisi ranije mislila, dobila si što si tražila“.*

## 5. Diskusija

Sociodemografski pokazatelji među seksualnim radnicima koji se bave prostitucijom u Beogradu pokazuju da se in door i uličnom prostitucijom u najvećem procentu bave žene, srpske i romske nacionalnosti, uzrasta preko 24 godine, sa veoma niskim stepenom obrazovanja i bez zaposlenja. In door SR su imale značajno niži stepen obrazovanja u odnosu na ulične SR. Među uličnim SR je bilo duplo više SR koji su bili nepismeni u odnosu na in door SR, ali razlika nije bila značajna. Značajno veći broj SR romske nacionalnosti je bio nepismen i mlađeg uzrasta. In door SR su u značajno većem broju izražavale svoje roditelje ili decu, kao i partnere u odnosu na ulične SR. Ovakvi rezultati navode na zaključak da motivi za bavljenje prostitucijom, kako in door tako i uličnom, su u najvećem procentu socio-ekonomski (nezaposlenost, ugrožena životna egzistencija njih i njihovih porodica, izbeglištvo i raseljenost, a u značajnom procentu i prisiljavne na bavljenje prostitucijom od strane svodnika, makroa ili supružnika).

Brojna istraživanja u svetu (10, 11, 12, 13, 52), ukazuju da je socioekonomska deprivacija jedan od ključnih motiva za bavljenje prostitucijom, što se može smatrati i za Beograd (Srbija). Istraživanja rađena među seksualnim radnicima u mnogim razvijenim zemljama (Kanada, SAD), kao i u nerazvijenim (Kenija, Indonezija, Vijetnam, Tajland, Uganda, Indija), ukazuju na slične ili iste sociodemografske pokazatelje među seksualnim radnicima u tim zemljama (54, 58, 62, 64, 69, 83, 88, 98, 109, 114). Istraživanje rađeno u San Francisku (36) među 200 seksualnih radnika pokazuje da više od 60% obuhvaćenih seksualnih radnika istraživanjem, potiče iz siromašnih porodica, da je doživelo neku vrstu nasilja, bilo od klijenata ili svojih makroa i da je prisiljavano da se bavi prostitucijom. Istraživanje među 100 seksualnih radnica u Keniji (82) pokazuje da su seksualne radnice lošeg socioekonomskog stanja, blizu 70% imale samo nekoliko razreda osnovnog obrazovanja, za više od 60% je bavljenje prostitucijom bio jedini izvor sredstava za život, a više od polovine je bilo starije od 24 godine.

Rezultati našeg istraživanja govore o visoko rizičnom seksualnom ponašanju in door i uličnih SR u Beogradu. Nešto veći broj in door SR imale su vaginalne i oralne seksualne odnose pre 15 godine života, više od polovine in door i uličnih SR je prve komercijalne

seksualne odnose imalo pre 18 godine života. Jedanaest i više seksualnih partnera tokom poslednjih mesec dana su u značajno većem broju imale ulične nego in door SR. Ulične SR su nešto češće imale šest i više partnera u poslednjem danu kada su radile u odnosu na in door SR. Seksualne usluge su pružale bez obzira na svoje zdravstveno stanje više od 2/3 in door i uličnih SR i skoro su sve koriste PAS. Pri poslednjem seksualnom odnosu sa svojim redovnim seksualnim partnerom kondom je koristilo manje od polovine in door i uličnih SR. Raniji početak aktivnog seksualnog života i mlađi uzrast pri stupanju u komercijalne seksualne odnose in door SR ih čini osetljivijim za HIV infekciju dok ulične SR čini osetljivijim za HIV infekciju veći broj seksualnih partnera koje su imale tokom poslednjih mesec dana i u poslednjem danu kada su radile. Ovi rezultati su veoma slični rezultatima koji su dobijeni u brojnim istraživanjima koja su rađena u svetu među SR (10,16,17,18, 90, 93, 94).

Istraživanje rađeno u Rusiji u gradovima Saratov i Balakovo (70) ukazuju na visoko rizično ponašanje SR, nizak procenat korišćenja kondoma, visok procenat SR koje koriste neku vrstu droge, prihvatanje seksualnih odnosa bez kondoma za malo veću naknadu i odsustvo bilo kakve brige za sopstveno zdravlje. Istraživanje o korišćenju kondoma među SR, sprovedeno tokom 2001. i 2002. godine u dve regije glavnog grada Madagaskara, (68) ukazuje na veliki broj seksualnih partnera SR (5 do 6 klijenata u poslednjih sedam dana), mali procenat korišćenja kondoma na početku studije (nešto više od 50% stalno koristilo kondom sa komercijalnim partnerom, u poslednjih mesec dana, pristajanje na seksualne odnose bez kondoma za veću naknadu) i visok procenat SR sa nekom polno prenosnom infekcijom. Studija o korišćenju kondoma među SR koji se bave heteroseksualnom prostitucijom u Irskoj (20) ukazuje da SR koje imaju lošiju finansijsku situaciju, koje su bez posla i koje su zlostavljane, u manjem procentu koriste kondom u odnosu na one koje imaju bolji ekonomski status.

Na poseban rizik za širenje HIV infekcije među seksualnim radnicama u Beogradu ukazuje i činjenica da preko 90% SR je koristilo neku od psihoaktivnih supstanci i da 12,8% in door i 17,7% uličnih SR su intravenski korisnici psihoaktivnih supstanci.

Brojna istraživanja u svetu rađena među osobama koje se bave prostitucijom ukazuju da relativno česti motivacioni faktor za bavljenje prostitucijom predstavlja zavisnost od neke vrste psihoaktivnih supstanci, posebno kod intravenskih korisnika droge, a pre svega u cilju obezbeđivanja materijalnih sredstava za kupovinu droge.

Istraživanje rađeno u St. Petersburgu u Rusiji [70, 48] ukazuje na visoko udružene oblike rizičnog ponašanja, komercijalni seksualni rad, intravensko korišćenje psihoaktivnih supstanci i njihovo rizično seksualno ponašanje u smislu ne korišćenja kondoma i visok procenat polno prenosivih infekcija među seksualnim radnicama/radnicima. Do sličnih rezultata došlo se i u istraživanju u Americi, [36, 62] gde je prepoznato da socioekonomski faktori imaju značajnog uticaja kod intravenskih korisnika droge da se bave prostitucijom, ali i da psihološki faktori kod seksualnih radnica/radnika značajno doprinose njihovom korišćenju droge.

Prema podacima UNAIDS-a (13, 29) brzo širenje epidemije HIV-a u zemljama severne Afrike, srednjeg i dalekog istoka, je rezultat udruženih rizika u ponašanju, seksualnog rada i intravenskog korišćenja droge. U Siriji 53% korisnika droge se bave i komercijalnim seksualnim radom i njih 40% nikada ne koristi kondom. Slične rezultate pokazala je i studija rađena u Sečuanu u Kini (80).

U našoj studiji rizičnije seksualno ponašanje komercijalnih seksualnih radnica koje koriste intravenski drogu, češće menjanje seksualnih partnera, značajno manji procenat seksualnih radnica, koji koriste drogu, koji su pri poslednjem seksualnom odnosu koristili kondom, manji procenat stalnog korišćenja kondoma, pružanje seksualnih usluga, u visokom procentu, bez obzira na svoje zdravstveno stanje ili zdravstveno stanje klijenta, kao i češće privođenje od strane policije i prekršajno kažnjavanje, je slično rezultatima drugih istraživanja (13,29,56)..

Studija koja je rađena u Bengaluru u istočnoj Indiji (58), među uličnim SR i seksualnim radnicama koje rade u bordelima ukazuje na visoku prevalenciju HIV-a među njima (5,9%), što se tumači i kao posledica postojanja udruženih rizika za HIV infekciju (visoko rizično seksualno ponašanje, korišćenje PAS). Pored rizika za prenos HIV-a seksualnim putem, posebno kod mlađih SR, intravensko korišćenje droge predstavlja glavni put prenosa HIV infekcije. Takođe, studija rađena u Vankuveru, Britanska Kolumbija – Kanada pokazuje da su intravenski korisnici droge u visokom procentu izloženi seksualnom zlostavljanju, posebno žene i maloletnici, kao i da su prisiljeni da se bave prostitucijom od strane dilera droge. HIV prevalencija među njima je bila 25%.(28)

U našoj sredini visok procenat iskazanog znanja in door i uličnih SR, više od 80%, u odnosu na poznavanje tri glavna puta prenosa HIV-a, (seksualni odnos bez kondoma, intravensko korišćenje droge i sa HIV pozitivne trudnice na dete) nije u skladu

sa njihovim rizičnim ponašanjem. Neznanje i zablude SR u odnosu na rizike za HIV/AIDS (broj seksualnih partnera i rizik za HIV, konzumiranje hrane iz istog tanjira sa HIV pozitivnom osobom i rizik za HIV, procena da li je osoba inficirana HIV-om na osnovu njenog izgleda, prenos HIV-a ujedom komarca, konzumiranje alkohola i umanjena verovatnoća da je osoba inficirana HIV-om, nezaštićen oralni seksualni odnos i rizik za HIV), ukazuju na postojanje značajnih rizičnih oblika ponašanja in door i uličnih SR, koji mogu dovesti do širenja HIV epidemije u našoj zemlji. Istraživanje rađeno na Tajlandu (5) među komercijalnim seksualnim radnicima, je pokazalo da je posle implementacije nacionalnog programa „100% kondom“, među eksperimentalnom grupom SR došlo do porasta stepena njihovog znanja i porasta stalnog korišćenja kondoma u odnosu na kontrolnu grupu.

Veliki broj in door i uličnih SR koje nisu koristile usluge, ne samo, zdravstvene službe nego i službi socijalne zaštite se može tumačiti ne posedovanjem adekvatne dokumentacije seksualnih radnika za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja (istraživanje je pokazalo da blizu 43% SR nije imalo adekvatna dokumenta), visoka stigma i diskriminacija prema SR, strah od otkrivanja svog statusa, nedovoljna osposobljenost ovih institucija da pruže adekvatnu pomoć ovim osobama, kao i nelegalni status bavljenja seksualnim radom u Srbiji, u značajnoj meri je opredeljavao SR da ne koriste zdravstvenu službu u cilju zaštite svoga zdravlja. Od onih SR koje su koristile usluge zdravstvenih službi, najčešće su koristile usluge lekara opšte medicine i ginekologa u domovima zdravlja. Prema rezultatima istraživanja povećao se procenat SR koji su se testirali na HIV, posebno među uličnim SR, u odnosu na predhodni period. U isto vreme procenat SR koji su testirani na hepatitis B i hepatitis C je bio nizak. Veći procenat in door SR se testirao na hepatitis B i hepatitis C u odnosu na ulične SR. To ukazuje na nedovoljno znanje SR o postojanju udruženih rizika za infekciju kako HIV-om tako i hepatitisom B i hepatitisom C, kao i na nepostojanje programa koji omogućavaju besplatno testiranje SR i na hepatitis B i hepatitis C.

U Evropi, organizacija zdravstvene službe je veoma različita tako da su prisutne velike varijacije u onome šta zdravstvena služba pruža seksualnim radnicima (33, 35, 36, 39, 40, 41, 53, 58, 81, 98, 106). Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje za SR, u većini zemalja gde su rađena istraživanja, u direktnom je odnosu sa pravnim statusom koji prostitucija ima u datoj zemlji.

U većini zemalja Evropske Unije (81), prostitucija nije zabranjena. Postoje različita ograničenja u dostupnosti pojedinih servisa, socijalne zaštite ili zdravstvene zaštite. U Grčkoj (41) su te službe dostupne samo za one SR koji su registrovani i oni su u obavezi da dva puta mesečno rade zdravstvene kontrole. U Nemačkoj (81) je prostitucija u potpunosti legalizovana i za sve koji su registrovani kao SR dostupni su svi servisi. U nekim zemljama u Evropi je zabranjen rad SR koje su HIV pozitivne, što ih onda navodi na ilegalan rad, što povećava rizik za transmisiju HIV-a. U svim zemljama Evropske Unije nije dozvoljen rad ilegalnim migrantima, pa time ni SR, što vodi u povećanje broja SR koje rade ilegalno i bez mogućnosti su za korišćenje bilo kakvih socijalnih ili zdravstvenih servisa. U zemljama gde je bavljenje prostitucijom legalizovano ili dekriminalizovano, seksualnim radnicima je dostupnija zdravstvena i socijalna zaštita, manje su stigmatizovani i ekonomski deprivirani (52). Suprotno tome je u zemljama u kojima je bavljenje prostitucijom kriminalizovano, (33, 35), kao što je to u Srbiji (52), gde se uspeh preventivnih mera procenjuje brojem uhapšenih i procesuiranih SR, a ne podignutim nivoom znanja SR, smanjenjem njihovog rizičnog ponašanja i većim korišćenjem zdravstvenih službi.

Socioekonomski status SR pripadnika romske nacionalnosti u značajnoj meri utiče i na njihovo znanje, stavove i rizično ponašanje što ih dodatno dovodi u povećani rizik za HIV infekciju. Naše istraživanje je pokazalo da SR romske nacionalnosti su u statistički značajno većem procentu bile nepismene (17,6%), značajno češće mlađeg uzrasta (25,3%) u odnosu na pripadnice srpske. Prve komercijalne seksualne odnose Romi su značajno češće (72,5%) imali pre 18 godine života. SR romske nacionalnosti su imale u manjem procentu zdravstvene legitimacije kao i izabaranog lekara opšte medicine i ginekologa u domu zdravlja. U nešto većem procentu SR romske nacionalnosti su imale abortus. Ovo ukazuje i na potrebu da program prevencije medju SR moraju biti i kulturološki senzitivni i prilagođeni.



## 6. Zaključci

1. In door SR su značajno u većem broju bile sa nižim stepenom obrazovanja i značajno su češće izdržavale decu ili roditelje i partnere u odnosu na ulične SR.
2. Nešto veći broj in door SR imale su vaginalne i oralne seksualne odnose pre 15 godine života, više od polovine in door i uličnih SR je prve komercijalne seksualne odnose imalo pre 18 godine života. Jedanaest i više seksualnih partnera tokom poslednjih mesec dana su u značajno većem broju imale ulične nego in door SR. Ulične SR su nešto češće imale šest i više partnera u poslednjem danu kada su radile u odnosu na in door SR. Seksualne usluge su pružane bez obzira na zdravstveno stanje od strane više od 2/3 in door i uličnih SR.
3. Oko 90% SR je koristilo kondom pri poslednjem seksualnom odnosu sa komercijalnim partnerom i manje od 50% pri poslednjem seksualnom odnosu sa stalnim partnerom. In door SR su značajno češće same odlučivale o korišćenju kondoma pri seksualnom odnosu sa komercijalnim seksualnim partnerom ili je o tome odlučivao klijent i značajno su češće skoro pri svakom seksualnom odnosu sa komercijalnim partnerom koristile kondom u odnosu na ulične SR.

Skoro svaka četvrta SR je imala iskustvo sa pucanjem kondoma tokom seksualnog odnosa. Neznatno češće je do pucanja kondoma tokom seksualnog odnosa dolazilo kod in door nego uličnih SR. In door SR su, u poređenju sa uličnim, značajno ređe preduzimale bilo kakve aktivnosti po pucanju kondoma.

Ispitivanjem znanja SR o tome gde se mogu nabaviti kondomi moglo se zaključiti da su o tome informisane sve in door SR, kao i 99,1% uličnih SR. Značajno veći broj uličnih SR (69%) nego in door SR (44,9%) je znalo da se kondom može dobiti od terenskih radnika NVO i to na mestima gde pružaju svoje usluge. Manje od 4% SR zna da se kondomi mogu nabaviti i u domu zdravlja ili bolnici.

4. Visok procenat korišćenja PAS od strane SR povećava rizik za infekciju HIV-om, hepatitisom B i hepatitisom C. Ulične SR su značajno češće koristile PAS bilo

kada u toku života u odnosu na in door SR. Oko 15% uličnih SR i 7,7% in door SR je intravenski koristilo neku drogu. SR koje su intravenski koristile drogu su značajno ređe pri svakom seksualnom odnosu koristile kondom u odnosu na SR koje nisu intravenski koristile drogu. In door SR su značajno češće svakodnevno koristile marihuanu, tablete za smirenje i tablete protiv bolove nego ulične SR.

5. Nizak nivo znanja o PPI povećava verovatnoću rizičnog ponašanja uličnih i in door SR. Između in door i uličnih SR nije postojala značajna razlika u odnosu na njihovo znanje koje se odnosilo na simptomatologiju PPI, o poznavanju PPI kao što su hepatitis B, sifilis i sida. Jedino su in door SR značajno češće poznavale osobe koje su umrle od side u odnosu na ulične SR. Ni jedna in door i ulična SR nije znala da prepozna sve puteve prenošenja HIV-a. In door SR su u značajno većem procentu znale da se HIV infekcija ne prenosi ujednom komarca, da konzumiranje alkohola ne smanjuje rizik od HIV-a, da rizik od HIV infekcije nije manji ako se kondom koristi samo za vaginalni seksualni odnos i da se oralnim seksualnim odnosom ne smanjuje rizik od HIV-a u odnosu na ulične SR. Međutim, ulične SR, u odnosu na in door SR, su značajno češće znale da je rizik od HIV-a manji za osobu koja ima samo jednog seksualnog partnera. Rezultati istraživanja ukazuju da i pored višeg stepena obrazovanja uličnih SR da je njihov stepen znanja o načinu širenja HIV infekcije bio manji i da su imale rizičnije ponašanje nego in door SR.

Veći lični rizik od HIV infekcije usled pružanja seksualnih usluga za novac su značajno češće prepoznavale in door nego ulične SR. In door SR, u odnosu na ulične, su se značajno češće testirale na HIV, hepatitis B i C, a i značajno veći broj njih je bio testiran na HIV tokom poslednjih 6 meseci.

6. Tokom poslednjih 12 meseci in door SR su značajno češće koristile usluge ginekologa i nekog drugog lekara, a ulične SR lekara opšte prakse. In door SR su značajno češće imale svog izabrnog ginekologa u poređenju sa uličnim SR.

Svaka treća SR nije posedovala validne zdravstvene dokumente što je bio jedan od razloga ograničenog korišćenja zdravstvene službe. Ulične SR su značajno češće rešavale svoje opšte zdravstvene probleme koristeći usluge lekara opšte prakse u domu zdravlja ili lekara neke privatne ordinacije u odnosu na in door SR. Takođe, one su, u poređenju sa in door SR, značajno češće u slučaju alkoholisanosti i

drogiranosti, abortusa, zlostavljanja i nasilja, koristile usluge privatnih lekara. Oko  $\frac{2}{3}$  in door i uličnih SR imalo namerni prekid trudnoće, što ukazuje na nedovoljno korišćenje sredstava za zaštitu od neželjene trudnoće kao od HIV-a i drugih PPI.

7. In door SR su značajno češće bile prekršajno kažnjavane, i to 3 i više puta, u odnosu na ulične SR.
8. Stavovi in door i uličnih SR u cilju poboljšanja njihovih uslova rada nisu se značajno razlikovali. Oko 60% SR se zalagalo za legalizaciju prostitucije u cilju poboljšavanja njihovog položaja.
9. SR romske nacionalnosti su u statistički značajno većem procentu bile nepismene (17,6%), značajno češće mlađeg uzrasta (25,3%) u odnosu na pripadnice srpske. Prve komercijalne seksualne odnose Romi su značajno češće (72,5%) imali pre 18 godine života u odnosu na pripadnike srpske nacionalnosti (42,0%). SR romske nacionalnosti, su u većem broju imale prve vaginalne seksualne odnose pre 14 godine života (53,8%), kao i prve analne seksualne odnose (19,8%), u odnosu na SR srpske nacionalnosti. Intravenski drogu je koristilo duplo više SR srpske nego romske nacionalnosti. SR srpske nacionalnosti su imale u većem broju zdravstvene legitimacije (65%), kao i izabaranog lekara opšte medicine (41%) i izabranog ginekologa (26,0%) u domu zdravlja. U nešto većem broju (60,4%) SR romske nacionalsti su imale abortus.
10. Zdravstveni radnici i policija značajno češće znaju da li neko od njihovih klijenata ima neki oblik rizičnog ponašanja za HIV nego radnici socijalne zaštite.
11. Neki vid edukacije iz oblasti HIV/AIDS-a završilo je značajno više zdravstvenih radnika nego radnika socijalne zaštite i pripadnika policije. Radnici socijalne zaštite i policija značajno češće dolaze u kontakt sa intravenskim korisnicima droge nego zdravstveni radnici.

Radnici socijalne zaštite (72,4%) i policajci (70,0%) su značajno češće smatrali da su njihove usluge podjednako dostupne za sve njihove korisnike u odnosu na zdravstvene radnike (47,1%).

Značajno veći broj zdravstvenih radnika, u odnosu na socijalne radnike i policiju, smatra da pripadnici osetljivih grupa za HIV ne koriste njihovu službu jer im njihova služba ne pruža dovoljno informacija i jer ne poseduju lična dokumenta.

Značajno veći broj radnika socijalne zaštite, nego zdravstvenih radnika i policije, smatraju da vulnerabilne grupe ne koriste njihove usluge jer one nisu adekvatne.

12. Zdravstveni radnici i socijalni radnici, u odnosu na policiju, se značajno češće trude da klijent više ne dođe kod njih ako se bavi prostitucijom. Klijent - SR će od značajno većeg broja zdravstvenih radnika, nego policije i socijalnih radnika, biti upućen u neku drugu adekvatnu ustanovu.

Policija se značajno češće prema SR ponaša kao i prema drugim klijentima u odnosu na zdravstvene i socijalne radnike.

13. Kvalitativno istraživanje urađeno na osnovu razgovora sa fokus grupama dopunjuje podatke kvantitativne analize tako što ističe sledeće probleme sa kojima se susreću SR: upotreba droge, nedostatak odgovarajuće dokumentacije za korišćenje zdravstvene zaštite, nizak socijalno ekonomski status koji onemogućava plaćanje zdravstvenih usluga, nizak stepen zdravstvene kulture i visoko diskriminatorno ponašanje zdravstvenih radnika.
14. Kvalitativno istraživanje urađeno na osnovu izveštaja terenskih radnika, takođe, u prvi plan ističe teškoće koje SR imaju pri dobijanju zdravstvenih usluga i postojanje diskriminacije unutar zdravstvenog sistema.

## 7. Naučni doprinos teze

Ovo istraživanje će po prvi put u Srbiji, u naučnom pogledu, omogućiti bliža saznanja o demografskim, zdravstvenim, socijalnim i drugim karakteristikama jedne visoko vulnerabilne grupacije kao što su osobe koje se bave prostitucijom.

Pružiće nam saznanja o daljim pravcima aktivnosti na prevenciji HIV-a među ovom populacijom čiji je potencijalni udeo u razvoju HIV epidemije značajan.

## 8. Literatura

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global AIDS epidemic: Global report. Geneva: UNAIDS; 2007.
2. Elsie Wong, Rapid Assessment and response (RAR) on HIV–AIDS among Especially Vulnerable Young People in South Eastern Europe, UNICEF Area office for the Balkans, 2002.
3. Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Godišnji izveštaj, 2008; <http://www.cpha/ca/english/int. prog/HIV>
4. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2004.
5. Buckingham RW, Moraros J, Bird Y et al. Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care* 2005; 17: 640–645.
6. Nessa K, Waris SA, Alam A, et al. Sexually transmitted infections among brothel-based sex workers in Bangladesh: high prevalence of asymptomatic infection. *Sex Transm Dis* 2005;32:13–19.
7. Grayman JH, Nhan DT, Huong PH, et al. Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. *AIDS Behav* 2005; 9: 41–51.
8. UCSF-AIDS research Institute – Articles, Presumptive periodic treatment among rural Zimbabwean women who exchange sex for gifts or money, 2005: 219–227.
9. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363:1415–1421.
10. UN System Strategic Plan for HIV/AIDS, 2000–2005. UN, 2001; <http://www.unaids.org>

11. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. UN Assembly, Special session on HIV/AIDS, 2001; [http:// www. unaids. org](http://www.unaids.org)
12. Public health system and emerging infections, assessing the capabilities of public health and private services. IOM, 1998; [http://www.nap. edu/ catalog/9869](http://www.nap.edu/catalog/9869).
13. UNAIDS, Sex work and HIV/AIDS, Tehnical update. Avaliable from URL(2002) <http://www.unaids>
14. Petak, Olga: Socijalni i socijalno-psihološki faktori regrutiranja uličnih prostitutki, Filozofski fakultet, Zagreb, 1980
15. Kanduč, Zoran; Grozdanić, Velinka: Prostitucija (nepoželjna tema, kažnjiva radnja i stalna pojava), Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, v.19, br. 1, 1998
16. Radulović, Dragan: Prostitucija u Jugoslaviji, „Filip Višnjić“, Beograd, 1986
17. Owens T, Reccommenndation for Political Policy om Prostitution and the sex industry. Avaiiable from [www.sfc.org.uk/default](http://www.sfc.org.uk/default)
18. Henriques, Fernando: Historija prostitucije, Epoha, Zagreb, 1968
19. Vladimir Ćurguz, Časopis „Vreme» Kurtizane i kupleraji u Beogradu u XIX i početkom XX veka, broj 746, 2006
20. Jeffrey T. P, Contemporary Research on Sex Work, Electronic Journal of Human Sexuality, Volume 9, National University of Ireland, Dec. 2006
21. Glick, L: Criminology 2 Book, Boston, 1995.
22. Aćimović, Draško: Kad telo postane roba, Biblioteka „Karibi“, Beograd, 1988
23. Sawyer, Steven et al.: Attitudes Towards Prostitution Among Males: A „Consumers“ Report, Current Psychology, Winter 2001, Vol 20 Issue 4
24. Pateman, Carole: Spolni ugovor, Ženska infoteka, Zagreb, 2000, str. 193
25. Lars O Ericsson, Chages Against Prostitution: An Attempt at a Philosophical Assessment, University of Chicago, April 1980, str. 335–366
26. Prostitution – Available from URL [http://enclcopedia the fre dictionary.com/ prostitution](http://enclcopedia the fre dictionary.com/prostitution)

27. Cucic V. Ilić D. „Prostitucija u Beogradu kao javno zdravstveni problem“, Zbornik radova SANU, Decembar 2005.
28. Baslow K, Prostitution and HIV/AIDS Canadian HIV/AIDS Legal network, 1996.
29. UNAIDS, Task force for prostitution, Available from URL <http://www.unaids>, 1996.
30. Vanwesenbeeck K, Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990/2000, *Annu. Rev. Sex Res* 17: 242–289
31. WHO, New challenges for public health, Available from URL <http://www.who.int>
32. WHO, STA/HIV The role of public policy in prevention and control of sexually transmitted infections - a guide to laws, regulations and technical guidance, 1999
33. Central and Eastern European Harm Reduction Network: Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe, and Central Asia, 2005.
34. Central and Eastern European Harm Reduction Network: Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe, and Central Asia, 2005.
35. Eurocap. European Intervention Project: AIDS prevention for prostitutes, 2001; <http://www.users.urgent.be>
36. Prostitution - Wikipedia, The free encyclopedia, Wikimedia Foundation Inc. Florida, USA, available from <http://www.en.wikipedia.org/wiki>
37. Brussa L. Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and rights. In *Research for sex work* 5, 2002, <http://hcc.med.vu.nl/artikelen/brussa5.htm>.
38. Bandes A and Arroyo M. Harm reduction and sex work, Harm Reduction Communication, Harm Reduction Coalition, New York, 2001; <http://www.harmreduction.org>



39. Klein S, Karchner W, O'Connell D. Intervention to prevent HIV related stigma and discrimination. Funding and recommendation for public health practitioner. *J Public Health Management Pract* 2002; 8: 44–53. <http://hab.hrsa.gov/publications/stigma/references.htm>
40. Saxena P. Cutting street prostitution will threaten health of sex workers. *British Medical Journal*, Januar 2006; Vol. 332, No 7535.
41. Panos Hatziprokopiou. Imigrants integration and social change: Greece multicultural society. Research Fellow, Social Policy Research Centre, Meddlesex University. 2th LSE Symposium on Modern Greece current Social Science Research on Greece, 2005.
42. Farley M, Kelly V (2000): Prostitution: A critical review of medical and social literature. *Women and criminal justice* 2000, 11(4) 29–64.
43. Bowlwg L (1992): Uwust punishment. Mandatory HIV testing of womwn sex workers and pregnat womwn. Center for womwn policy studies, 1992, Washington DC.
44. Kirby M (1994): Sex, drugs and family National (Australian) AIDS Bulletin 1994 7(12) 20–22
45. Loff B (1990): AIDS Legal workshop, Criminal Law Impending HIV/AIDS National (Australian) AIDS Bulletin, july 1990.
46. Alexandar P (1990). Mandatory testing of prostitution will not prevent AIDS, in *AIDS in the court*, Cambridge, MA ABT Books, Inc 1990, pp 132–139.
47. Licia Brussa, TAMPEP in the Netherlands, Migrant sex workers in Europe, *Research for Sex Work* 2, 1999. <http://hcc.med.vu.nl/artikelen/brussa2.htm>
48. World Health Organization. „Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale Up: Russian Federation. Available at [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_RUSSIA.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_RUSSIA.pdf). Accessed on November 16, 2006. WHO 2005.
49. Country Reports on Human Rights Practices-2005 Released by the Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor March 8, 2006, [http://www.ufctogo.com/article.php3?id\\_article=1298](http://www.ufctogo.com/article.php3?id_article=1298)

50. Irrazabel G. Argentinean sex workers taking care from themselves: the experience of AMMAR. *Research for Sex Work* 2004;7:14–16 <http://www.popline.org/docs/1505/273323.html>
51. Viktorija Cucic. Rapid Assessment and response (RAR) on HIV–AIDS among Especialy Vulnerable Young People in Serbia, UNICEF Belgrade, Serbia, 2002.
52. Rhodes T. HIV prevention priorities for vulnerable populations Initiative in Serbia and Montenegro, Impreial College-London, and IHRDLondon, 2003.
53. Building Partnership in response to HIV, Ministerial Conference, Dablin 2004. <http://www.eu2004.ie>
54. Brown T, Franklin B, MaNeil J, Mills S. Effective prevention strategies in low HIV prevalence settings. Bangkok: Family Health International; 2001.
55. Padansee T. AIDS Policy in USA and United Kongdom. Conference presentation, 2005. (personel communication)
56. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet* 2006; 366: 2123–2124.
57. Public health system and emerging infections, assessing the capabilities of public health and private services. IOM, 1998; <http://www.nap.edu/catalog/9869>
58. Evans, C and Lambert, H (1997) „Health seeking strategies and sexual health among female sex workers in urban India: Implications for research and service provision.“ *Soc. Sci. Med.* Vol.44, No,12: 1791–1803.
59. I vanwesenbeeck, Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000, *Ann Rev Sex Res* 12 (2001),pp.242–289
60. UNAIDS, Sex work and HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva (2002)
61. N Persaud, W Klaskala, M Baum and R Duncan, Sexually transmitted infections, drug use, and risky sex among female sex workers in Guzana, *Sex Transm Infect* 76 (2000), p.318.
62. In: KK Holmes, PF Sparling and P-A Mardh et al, Editors, Sexually transmitted diseases, McGraw-Hill, New York (1999)

63. FA Plummer, NJ Nagelkerke, Smoses, JO Ndinza-Achola, J Bwayo and E Ngugi, The importance of core griops in the epidemiology and control of HIV -1 infection. *AIDS* 5 (1991) (supl 1), pp. S169-S176.
64. PD Ghys, MO Diallo and V Ettiegne-Traore et al., Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991-1998, *AIDS* 16 (2002),pp. 251-258
65. L Morison, HA Weiss and A Buve et al., Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa, *AIDS* 15 (2001) (suppl 4), pp. S61-S69.
66. M Paris, E Gotuzzo and G Goyzueta et al., Prevalence of gonococcal and chlamydial infections in commercial sex workers in a Peruvian Amazon city, *Sex Trans Dis* 26 (1999), pp.103-107.
67. N Nessa, SA Waries and A Alam et al., Sexually transmitted infections among brothel-based sex workers in Bangladesh: high prevalence of asymptomatic infection, *Sex Transm. Dis* 32 ( 2005),pp.13-19
68. PJ Feldblum, T Hatzell, K van Damme, M Nasution, A Rasamindrakotroka and TW Grey, Results of a randomized trail of male condom promotion among Madagascar sex workers, *Sex Transm Infect* 81 (2005), pp.166-172
69. ML Rekart, Sex in the city: sexual behavior, societal change, and STDs in Saigon, *Sex Transm Infect* 78 (2002) (supl 1),pp, 798-805.
70. SO Arial and JS St Lawrence, The ecology of sex work and drug use in Saratov Oblast, Russia, *Sex Transm Dis* 29 (2002), pp, 798-805.
71. P Braitstein, K Li and M Tyndall et al., Sexual violence among a cohort of injection drug users, *Soc Sci Med* 57 (2003), pp.561-569.
72. E Cohen, H Navaline and D Metzger, High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African - American women. *J Psychoactive Drugs* 26 (1994), pp.233-241.
73. I Pauw and L Brener, „You are just whores - you can't be raped“ barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town, *Cult Health Sexuality* 5(2003), pp.465-481.
74. WHO, Sex work in Asia, World Health Organization, Geneva (2001)

75. NTT Thuy, CP Lindan, NX Hoan, J Barclay and HB Khiem, Sexual risk behavior of women in entertainment services, *AIDS Behav* 4 (2000),pp.93–101
76. D Kerriagan, JM Ellen and J Moreno et al., Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic, *AIDS* 17 (2003),pp.415–423.
77. R de Graaf, I vanwesenbeeck, G van Zessen, C Straver and J Visser, Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behavior, *AIDS Care* 7 (1995), pp.35–47.
78. EN Ngugi, E Brangian and DJ Jackson, Interventions for commercial sex workers and their clients. In: L Gibney, RJ Di Clemente and SH Vermund, Editors, *Preventing HIV in developing countries*, Kluwer Academic/Plenum, New York(1999),pp.205–229.
79. M Spian, S Mancuso and A Sinicco et al. , Human immunodeficiency virus prevalence and condom use among female sex workers in Italy, *Sex Transm Dis* 25(1998), pp. 451–454.
80. SS Liao, J Schensul and I Wolffers, Sex-related health risks and implications for interventions with hospitality girls in Hainan, China, *AIDS Educ. Prev* 15 (2003),pp,109–121.
81. Eurocap. European Intervention Project: AIDS prevention for prostitutes, 2001; [http:// www.users.urgent.be](http://www.users.urgent.be)
82. Ngugien and al. , Reaching clients of commercial sex workers: male sexual behaviour in Kenya, *Int Conf AIDS*. 1993 Jun 6–11; 9: 831 (abstract no. PO-D10–3683).
83. Brussa L. Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and rights. In *Research for sex work* 5, 2002, <http://hcc.med.vu.nl/artikelen/brussa5.htm>.
84. Cucic V. Rapid Assessment and response (RAR) on HIV–AIDS among Especially Vulnerable Young People in Serbia, UNICEF Belgrade, Serbia, 2002.
85. Rekart ML. Sex in the city: sexual behavior, social change, and STDs in Saigon. *Sex Transm Infect* 2002; 78 (suppl 1): i47–54.

86. Network of Sex Work Projects. Making sex work safe. London: Russell Press, 1997.
87. UNAIDS. Refugees and AIDS. UNAIDS best practice collection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997
88. WHO. Sex work in Asia. Geneva: World Health Organization. 2001.
89. Harcourt C, van Beek I, Heslop J, McMahon M, Donovan B The health and welfer needs
90. D. Staekava, HIV infection and risk behavior of commercial sex workers and intravenous drug users in Slovakia, *Centr. Eur. J. Public health* 12 (4) 197–200.
91. Remoro-Daza N, Weeks M, Singer M. „Nobody gives a damn if I live or die“ violence, drugs and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Med Anthropol* 2003; 22: 233–59
92. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1999. *AIDS* 2002; 16: 251–58.
93. WHO, Alcohol use and sexual risk behavior: a cross-cultural study in eight countries, WHO 2005.
94. UNDP, Prevention of HIV/AIDS and STI among commercial sex workers on highways – Project, Available from <http://un.py/cdf/project>, Belorusija, 2006.
95. Vanwesenbeeck I, van Zessen G, de Graaf R, Straver CJ. Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts. *Patience Educ Couns* 1994; 24: 307–22.
96. Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG, et al. Incidence of hepatitis C virus infection drug users during an outbreak of HIV infection. *Can Med Assoc J* 2002; 166: 894–99.
97. Nguyen AT, Nguyen TH, Pham KC, et al. Intravenous drug use among street-based sex workers; a high-risk behavior for HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2004; 31: 15–98.
98. Eurocap. European Intervention Project: AIDS prevention for prostitutes, 2001; <http://www.users.urgent.be>

99. Prostitution in the Netherlands  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Prostitution\\_in\\_the\\_Netherlands](http://en.wikipedia.org/wiki/Prostitution_in_the_Netherlands)
100. Braunstein P, Li K, Tyndall M, et al. Sexual violence among a cohort of injection drug users. *Soc Sci Med* 2003; 57:561–69
101. Ford N, Koetsawang S. A pragmatic intervention to promote condom use by female sex workers in Thailand., *Bull World Health Organ.* 1999; 77(11): 888–94
102. Prostitution – Available from URL  
<http://enciclopedia.thefreedictionary.com/prostitution>
103. Farley M, Kelly V (2000): Prostitution: A critical review of medical and social literature. *Women and criminal justice* 2000, 11(4) 29–64.
104. Kirby M (1994): Sex, drugs and family National (Australian) AIDS Bulletin 1994 7(12) 20–22.
105. Loff B (1990): AIDS Legal workshop, Criminal Law Impending HIV/AIDS National (Australian) AIDS Bulletin, July 1990.
106. Alexandar P (1990). Mandatory testing of prostitution will not prevent AIDS, in *AIDS in the court*, Cambridge, MA ABT Books, Inc 1990, pp 132–139.
107. Silbert, M., & Pines, A. (1982a). Entrance into prostitution. *Youth and Society*, 13, 471–500.)
108. Gathihi HW, Bwayo J, Karuga PM, Kihara AN, Omari MA, Plummer FA; International Conference on AIDS. *Int Conf AIDS.* 1993 Jun 6–11; 9: 830 (abstract no. PO-D09–3672).
109. Kaddumakasa, Sexual behaviour among commercial sex workers in Uganda, Gawayo R; International Conference on AIDS. *Int Conf AIDS.* Jul 1996.
110. Elsie Wong, Rapid Assessment and response (RAR) on HIV–AIDS among Especially Vulnerable Young People in South Eastern Europe, UNICEF Area office for the Balkans, 2002.
111. Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Godišnji izveštaj, 2005; [http://www.cpha/ca/english/int\\_prog/HIV](http://www.cpha/ca/english/int_prog/HIV)

112. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2004.
113. T. Sanders, Protection the health and safety of female sex workers: the responsibility of all, International Journal of obstetrics and gynaecology 144 (7) 791–793
114. M. Dobe, Knowledge about health and health care seeking behaviour of commercial sex workers in Kolkata, Indian yurnal of community medicine, Volume: 29, Issue: 4, Page: 196, 2004.

## 9. Prilozi

### Prilog 1.

#### UPITNIK ZA IN DOOR I ULIČNE SEKSUALNE RADNICE

##### I DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE

1. Pol:
  - a) Ženski
  - b) Muški
  - c) Transeksualan (objasniti - nedefinisan pol, ni muško ni žensko...)
  
2. Datum rođenja (dan, mesec, godina)
  - a) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
  - b) Ne znam da navedem
  
3. Koliko godina ste napunili na poslednjem rođendanu? \_\_\_\_\_ godina
  
4. Da li ste pismeni?
  - a) Da, čitam i pišem
  - b) Samo znam da se potpišem
  - c) Ne znam da čitam i pišem



5. Koju školu ste završili?
- a) Nekoliko razreda osnovne škole
  - b) Osnovnu školu (osam razreda)
  - c) Srednju
  - d) Višu
  - e) Fakultet
6. Koliko ukupno godina škole imate? (upišite broj) \_\_\_\_\_
7. Gde ste rođeni?
- a) U Beogradu
  - b) U unutrašnjosti Srbije – selo, manji grad
  - c) U unutrašnjosti Srbije – veći grad
  - d) U nekoj od republika bivše Jugoslavije
  - e) U inostranstvu (navedite gde) \_\_\_\_\_
8. Ako niste rođeni u Beogradu, navedite koje ste godine došli u Beograd? \_\_\_\_\_
9. Koliko godina živite u Beogradu? \_\_\_\_\_ godina
10. Koje ste nacionalnosti?
- a) Srpske
  - b) Romske
  - c) Druge (navedite koje) \_\_\_\_\_

11. Da li ste ikada bili udati?

- a) Da
- b) Ne

12. Koliko ste godina imali kod sklapanja prvog braka? \_\_\_\_\_ godina

Da li ste sada:

- a) Udati/oženjeni i živite sa bračnim drugom
- b) Udati/oženjeni i živite sa osobom koja nije vaš bračni partner
- c) Udati/oženjeni i živite sa bračnim partnerom i drugim osobama sa kojima stupate u seksualne odnose
- d) Udati/oženjeni i živite sami
- e) Razvedeni/razvedena
- f) U vanbračnoj zajednici
- g) Drugo (navedite šta) \_\_\_\_\_

13. Da li vaš bračni drug, partner ima i druge osobe sa kojima stupa u seksualne odnose?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

14. Navedite sva lica koja izdržavate:

- a) Izdržavam decu (navedite broj dece koju izdržavate) \_\_\_\_\_ i koliko godina imaju deca \_\_\_\_\_
- b) Izdržavam roditelje (navesti broj roditelja) \_\_\_\_\_
- c) Izdržavam partnera, muža (navesti broj) \_\_\_\_\_
- d) Izdržavam samo sebe
- e) Izdržavam nekog drugog (navesti koga) \_\_\_\_\_

15. Koliko osoba ste izdržavali tokom poslednjih godinu dana? \_\_\_\_\_

16. Navedite svoje osnovno zanimanje (da li sem ovog posla radite i neki drugi posao): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Gde obavljate svoju delatnost: (možete da zaokružite veći broj odgovora)

- a) Na ulici, kolima, u okolini mesta gde radite,
- b) U svojoj kući/stanu,
- c) U posebno iznajmljenom prostoru
- d) Klub, drugo mesto

## II SEKSUALNI ODNOSI

18. Koliko ste godina imali kada ste imali prvi **vaginalni** seksualni odnos?

- a) \_\_\_\_\_ godina
- b) Ne radim to

19. Koliko ste godina imali kada ste imali prvi **oralni** seksualni odnos?

- a) \_\_\_\_\_ godina
- b) Ne radim to

20. Koliko ste godina imali kada ste imali prvi **analni** seksualni odnos?

- a) \_\_\_\_\_ godina
- b) Ne radim to

21. Koliko godina ste imali kada ste prvi put primili novac ili neku drugu materijalnu vrednost ili uslugu za pruženu seksualnu uslugu? \_\_\_\_\_ godina

### III KORIŠĆENJE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

22. U toku poslednjih **mesec** dana, koliko ste često koristili alkohol?

- a) Svaki dan
- b) Bar jednom nedeljno
- c) Manje od jednom nedeljno
- d) Nikada

23. Ljudi koriste različite psihoaktivne supstance, šta od navedenog Vi koristite?  
(možete da izaberete veći broj odgovora)

<i>Psihoaktivne supstance</i>	Koristim svaki dan	Koristim bar jednom nedeljno	Koristim manje od jednom nedeljno	Ne koristim
Cigarete				
Alkohol				
Lepak				
Čaj od maka				
Marihuanu				
Tablete za smirenje				
Tablete protiv bolova				
Ekstazi				
Kokin				
Spid-bol				
Drugo (navedite šta)				

24. Neki ljudi koriste špric i iglu da bi uzeli narkotik. Da li ste Vi ikada na taj način uzeli narkotik?

- a) Da
- b) Ne

25. Sa koliko godina ste prvi put uzeli narkotik preko igle i šprica (ubrizgavanjem)?  
\_\_\_\_\_ godina

26. Kada ste poslednji put uzeli narkotik preko igle i šprica?  
\_\_\_\_\_ dana/nedelja/meseci/godina

27. Da li ste na ovaj način, putem igle i šprica, koristili narkotik u poslednjih mesec dana?

- a) Da
- b) Ne

28. Kada ste poslednji put ubrizgali narkotik koristeći iglu i špric koje je neko pre Vas koristio za ubrizgavanje? Pre \_\_\_\_\_ dana/nedelja/meseci/godina

29. Koliko puta obično upotrebite istu iglu pre nego što je bacite? (navedite broj)  
\_\_\_\_\_ puta

30. Da li čistite iglu i špric koje koristite za ubrizgavanje narkotika pre ponovne upotrebe?

- a) Ne
- b) Retko
- c) Često
- d) Uvek

#### IV SEKSUALNO PONAŠANJE

31. U kojim situacijama ne prihvatate da imate seks u zamenu za novac ili neku drugu korist ili uslugu?

- a) Kad imam menstruaciju
- b) Kad imam infekciju polnog organa
- c) Kad sam ozbiljno bolestan-na
- e) Kad sam u lošem stanju posle uzimanja droge
- f) Kad sam u alkoholisanom stanju
- g) U drugim sitacijama (navedite kojim)

---

---

- h) Kad nemam novac, prodam seks bez obzira na svoju fizičku situaciju

32. Koliko ste u toku poslednjih mesec dana imali seksualnih partnera?  
(upisati broj partnera) \_\_\_\_\_

33. U jučerašnjem danu (ako juče niste radili, dan kada ste poslednji put radili) koliko ste partnera imali? (upisati broj partnera) \_\_\_\_\_

34. Da li ste prilikom poslednjeg seksualnog odnosa koristili kondom?

- a) Da
- b) Ne



35. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“: Zašto prilikom poslednjeg seksualnog odnosa klijent i Vi niste koristili kondom?*

- a) Ne koristim kondom jer je skup
- b) Klijent odbija da ga koristim
- c) Ne volim da koristim kondom
- d) Koristim druga kontraceptivna sredstva
- e) Ne mislim da je potrebno koristiti kondom
- f) Nisam razmišljao/la o upotrebi kondoma
- g) Navedite neki drugi razlog zbog kojeg niste koristili kondom

---

---

36. *Ako je odgovor na pitanje 35 „Da“: Ko je prilikom poslednjeg seksualnog odnosa predložio korišćenje kondoma?*

- a) Ja sam predložio/la
- b) Klijent/partner
- c) Zajedno smo odlučili

37. *Koliko često koristite kondom sa svojim partnerima?*

- a) Svaki put
- b) Skoro svaki put
- c) Retko
- d) Nikad

38. Imate li sada pri sebi kondom?

a) Da

b) Ne

39. Da li Vam se ikada desilo da kondom pukne tokom seksualnog odnosa?

a) Da

b) Ne

40. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“: Šta radite u situacijama kada Vam pukne kondom prilikom seksualnog odnosa? (navedite)*

---

---

**V SADA RAZGOVARAMO O VAŠEM STALNOM PARTNERU,  
SUPRUGU/ZI**

41. Koliko ste puta u poslednjih mesec dana imali seksualni odnos sa Vašim stalnim partnerom/suprugom? (upišite broj) \_\_\_\_\_ puta
42. Poslednji put kad ste sa Vašim stalnim partnerom/suprugom imali seksualni odnos, da li ste koristili kondom?
- a) Da
  - b) Ne
43. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“:* Zašto prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa Vašim stalnim partnerom/suprugom niste koristili kondom?
- a) Ne koristim kondom jer je skup
  - b) Klijent odbija da ga koristim
  - c) Ne volim da koristim kondom
  - d) Koristim druga kontraceptivna sredstva
  - e) Ne mislim da je potrebno koristiti kondom
  - f) Nisam razmišljao/la o upotrebi kondoma
  - g) Navedite neki drugi razlog zbog kojeg niste koristili kondom

---

---

44. Koliko ste puta Vi i vaš stalni partner/suprug/a koristili kondom u poslednjih mesec dana?

- a) Svaki put
- b) Skoro svaki put
- c) Retko
- d) Nikada

**VI ZA OSOBE KOJE NISU NIKADA KORISTILE KONDOM**

45. Da li ste ikada čuli za kondom?

- a) Da
- b) Ne

46. Da li znate mesto i osobu gde možete nabaviti kondom? (možete da zaokružite veći broj odgovora)

- a) Ne znam
  - b) Apoteka
  - c) Dom zdravlja ili bolnica
  - d) Kiosk ili prodavnica
  - e) Na ulici ili u kombiju JAZAS-a
  - f) Barovi ili klubovi
  - g) Prijatelji
  - h) Drugo (navedite kako) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

VII ZNANJE O POLNO PRENOSIVIM INFEKCIJAMA

47. Da li ste ikada čuli za bolesti koje se prenose polnim putem/putem seksualnog odnosa?

a) Da

b) Ne

48. Ako je odgovor na predhodno pitanje „Da“, navedite koje:

---

---

---

49. Možete li da opišete tegobe koje ima ženska osoba ukoliko ima neku od polnih bolesti?

---

---

---

50. Možete li da opišete tegobe koje ima muška osoba ukoliko ima neku od polnih bolesti?

---

---

---

51. Da li ste Vi imali bilo kakve promene na polnom organu u poslednjih 6 meseci?

a) Da

b) Ne

52. Ako je odgovor „Da“ na prethodno pitanje: Šta ste radili u takvoj situaciji? (opišite)

---

---

53. Da li ste čuli za neku od navedenih bolesti/infekcija: (zaokružite i navedite gde ili od koga)

a) Sida/AIDS, (gde i od koga)

---

b) HIV, (gde i od koga)

---

c) Hepatitis B, (gde i od koga)

---

d) Hepatitis C, (gde i od koga)

---

e) Sifilis, (gde i od koga)

---

f) Gonoreja, (gde i od koga)

---

54. Da li znate neku osobu koja je inficiran HIV-om ili koja je umrla od side?

a) Da

b) Ne

### VIII ZNANJE O HIV/AIDS-U

55. Pažljivo pročitajte, razmislite i označite šta je od sledećih izjava tačno, a šta netačno:

Iskaz	Tačno	Netačno	Ne znam
a) Ljudi mogu da se zaštite od HIV-a ukoliko koriste kondom pri svakom seksualnom odnosu			
b) Ljudi mogu da se zaštite od HIV-a ukoliko uopšte nemaju seksualne odnose			
c) Ljudi mogu da se zaraze HIV-om ukoliko jedu iz istog tanjira ili piju iz iste čaše sa zaraženom osobom			
d) Osoba koja ima HIV/sidu može da se prepozna po izgledu			
e) HIV može da se prenese ujedom komarca			
f) Trudna žena koja ima HIV/sidu može da je prenese na svoje nerođeno dete			
g) Osobe koje mogu da piju alkohol nemaju HIV/sidu			
h) Razmenom igli i špriceva prilikom ubrizgavanja može se preneti HIV			
i) Žena koja ima HIV/sidu može to preneti svom novorođenom detetu dojenjem			
j) HIV se prenosi krvlju, spermom i vaginalnim sekretom			
k) Kondom je bitno koristiti samo za vaginalni seksualni odnos			
l) Oralnim kontaktom bez kondoma se ne može zaraziti ni jedom PPI ili HIV-om			



IX TESTIRANJE NA NEKE POLNO PRENOSIVE BOLESTI

56. Da li ste ikad čuli za testiranje na HIV?

a) Da (navedite od koga)

\_\_\_\_\_

b) Ne

57. Da li ste ikad čuli za testiranje na Hepatitis B?

a) Da (navedite od koga)

\_\_\_\_\_

b) Ne

58. Da li ste ikad čuli za testiranje na Hepatitis C?

a) Da (navedite od koga)

\_\_\_\_\_

b) Ne

59. Da li Vam je poznato gde se može besplatno, poverljivo i anonimno testirati na HIV?

a) Da, (navedite gde)

\_\_\_\_\_

b) Ne

60. Da li ste se bilo kada do sada testirali na HIV?

a) Da

b) Ne

61. Da li ste se bilo kada do sada testirali na Hepatitis B?

a) Da

b) Ne

62. Da li ste se bilo kada do sada testirali na Hepatitis C?

a) Da

b) Ne

X PITANJA ZA ONE OSOBE KOJE SU TESTIRANE NA HIV

63. Da li je testiranje na HIV bilo:

- a) Dobrovoljno, po sopstvenoj odluci
- b) Na zahtev neke druge osobe morali ste da se testirate

64. Pre koliko vremena ste se poslednji put testirali na HIV?

\_\_\_\_\_dana/meseci/godina

65. Molim Vas, nemojte mi reći rezultat testa na HIV, već samo da li si ste se vratili da čujete svoj rezultat?

- a) Da
- b) Ne

66. Smatrate li da postoji bilo kakav rizik da se zarazite od bilo koje polne bolesti?

- a) Ne, nikakav
- b) Veoma mali rizik
- c) Mali rizik
- d) Umeren rizik
- e) Visok rizik
- f) Vrlo visok rizik

67. Smatrate li da postoji bilo kakav rizik da se inficirate HIV-om?

- a) Ne, nikakav
- b) Veoma mali rizik
- c) Mali rizik
- d) Umeren rizik
- e) Visok rizik
- f) Vrlo visok rizik

68. Sve što do sada znate o polno prenosivim bolestima čuli ste od (moguće više odgovora):

- a) Porodice
- b) Prijatelja/vršnjaka
- c) Medija (TV, radio, novine)
- d) Škole
- e) Centra za socijalni rad
- f) Savetovališta za mlade
- g) Savetovališta za HIV
- h) Zdravstvene ustanove gde se obično lečite
- i) Terenskih radnika NVO
- j) Drugo (navedite od koga) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

69. Sve što do sada znate o HIV čuli ste od (moguće više odgovora):

- k) Porodice
  - l) Prijatelja/vršnjaka
  - m) Medija (TV, radio, novine)
  - n) Škole
  - o) Centra za socijalni rad
  - p) Savetovališta za mlade
  - q) Savetovališta za HIV
  - r) Zdravstvene ustanove gde se obično lečite
  - s) Terenskih radnika NVO
  - t) Drugo (navedite od koga) \_\_\_\_\_
-

**XI PRISTUPAČNOST I MOGUĆNOST KORIŠĆENJA  
ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

70. Da li imate bilo kakav dokument za korišćenje zdravstvenih usluga?

- a) Da
- b) Ne

71. Da li ste u poslednjih 12 meseci bili kod lekara?

- a) Da
- b) Ne

72. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“: Navedite kod kojeg lekara:

- a) Lekara opšte prakse
  - b) Ginekologa
  - c) Dežurnog lekara u Urgentnom centru
  - d) Drugo (navedite kod koga)\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

73. Da li ste u poslednjih 12 meseci bili u državnoj zdravstvenoj ustanovi?

- a) Da
- b) Ne

74. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“: Navedite koliko ste puta tokom poslednjih 12 meseci bili u državnoj zdravstvenoj ustanovi \_\_\_\_\_ i u kojim ustanovama ste bili: \_\_\_\_\_

75. Navedite razlog posete državnoj zdravstvenoj ustanovi tokom poslednjih 12 meseci: \_\_\_\_\_

76. Da li imate „svog lekara“ tj. lekara opšte prakse u domu zdravlja kod koga uvek idete za zdravstvene probleme ili upute?

- a) Da
- b) Ne

77. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“: Navedite razlog:

- a) Nemam nikakva dokumenta – zdravstvenu knjižicu
- b) Lekar ne želi da me sasluša
- c) Drugi razlozi (navedite koji) \_\_\_\_\_

78. Da li ste zadovoljni kako vas leči lekar opšte prakse?

- a) Da
- b) Ne

79. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“: Navedite bar tri razloga nezadovoljstva:

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

80. Da li imate „svog ginekologa“ u domu zdravlja?

a) Da

b) Ne

81. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“: Navedite razlog:

a) Nemam nikakva dokumenta – zdravstvenu knjižicu

b) Ginekolog ne želi da me sasluša

c) Drugi razlozi (navedite koji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

82. Da li ste zadovoljni kako vas leči ginekolog?

a) Da

b) Ne

83. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Ne“: Navedite bar tri razloga nezadovoljstva:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_



84. Kada imate sledeće zdravstvene probleme, gde tražite pomoć? (upišite odgovor)

a) Opšti problemi, nazeb, temperatura, bolovi u grlu, ušima i slično

\_\_\_\_\_

b) Problemi sa polnim organima, menstruacijom, trudnoćom

\_\_\_\_\_

c) Problemi sa kožom (svrab, alergije, neke promene)

\_\_\_\_\_

d) Problemi sa alkoholom, drogom, živicima, glavom, nervozom

\_\_\_\_\_

e) Povrede, nasilje

\_\_\_\_\_

85. Da li češće koristite usluge:

a) Lekara privatne prakse

b) Lekara koji rade u državnim ustanovama

c) Podjednako lekara privatne prakse kao i onih koji rade u državnim ustanovama

d) Drugo (navedite šta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

86. Navedite zašto obično koristite usluge privatnog lekara:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

XII PITANJA ZA OSOBE ŽENSKOG POLA

87. Da li ste ikad imali abortus?

- a) Da
- b) Ne

88. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“:* Koliko ste puta imali abortus (upišite broj) \_\_\_\_\_ puta

89. *Ako je odgovor na 87. pitanje „Da“:* Kada ste imali poslednji abortus?

\_\_\_\_\_ dana/meseci/nedelja/godina

90. *Ako je odgovor na 87. pitanje „Da“:* Gde je abortus bio obavljen?

- a) Privatno
- b) Državna institucija
- c) Na drugom mestu (navesti na kojem) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XIII PITANJA VEZANA ZA POLICIJU I ZATVOR

91. Da li ste do sada imali susret sa policijom u vezi sa poslom koji obavljate?
- a) Da, opominjan/a sam na terenu, (koliko puta) \_\_\_\_\_
  - b) Da, privođen/a sam u policiju, (koliko puta) \_\_\_\_\_
  - c) Nisam imao/la susret sa policijom
92. Da li ste prekršajno kažnjavani?
- a) Da
  - b) Ne
93. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“:* Koliko puta ste prekršajno kažnjavani? (navedite broj) \_\_\_\_\_ puta
94. Da li ste osuđivani zbog prodaje seksualnih usluga?
- a) Da
  - b) Ne
95. *Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“:* Koliko puta ste osuđivani? (navedite broj) \_\_\_\_\_ puta
96. *Jeste li ikada ovaj posao radili izvan Srbije?*
- a) Da
  - b) Ne

97. Ako je odgovor na prethodno pitanje „Da“: Gde ste se još bavili ovim poslom?

(navedite) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

98. Kako bi, po vašem mišljenju, trebalo srediti Vaše uslove rada: (opišite)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Broj upitnika:** \_\_\_\_\_

Datum popunjavanja upitnika (dan, mesec, godina) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mesto popunjavanja upitnika?

- a) U baru (kafiću, noćnom klubu, diskoteci)
- b) Na ulici
- c) U parku
- d) U kući
- e) Na drugom mestu (upisati mesto) \_\_\_\_\_

Ocena intervjua:

(zaokružite jedan od odgovora)

- a) Vrlo dobra
- b) Dobra
- c) Loša

Zapažanja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inicijali intervjuera \_\_\_\_\_

Inicijali kontrolora \_\_\_\_\_

**Prilog 2.**

**UPITNIK ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE  
PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

**A. Opšti podaci o zdravstvenom radniku**

**1. Pol:**

- a) Muško
- b) Žensko

**2. Godine starosti: \_\_\_\_\_ godina**

**3. Koliko dugo radite u Domu zdravlja/Zavodu: \_\_\_\_\_/godina, \_\_\_\_\_/meseci.**

**4. Zanimanje:**

- a) Lekar opšte medicine
- b) Ginekolog
- c) Dermatovenerolog
- d) Sestra u službi
- e) Patronažna sestra
- f) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_

**B. Dosadašnji stavovi i iskustva zdravstvenih radnika**

**5. Da li sa svojim pacijentima razgovarate o rizičnim oblicima ponašanja vezanim za HIV infekciju?**

- a) Skoro nikad
- b) Retko
- c) Kod prvog pregleda, ili prve posete
- d) Da, kad procenim da postoji potreba

**6. Možete li, bar aproksimativno odrediti koji procenat vaših opredeljenih pacijenata ima neki oblik rizičnog ponašanja vezanog za HIV infekciju?**

- a) Ne, ne mogu
- b) Mislim oko \_\_\_\_\_ %

**7. Da li ste imali prilike da budete na nekom obliku edukacije gde ste učili o rizičnom ponašanju vezanom za HIV?**

- a) Ne
- b) Da (navedite koliko puta, kada i gde) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Ne sećam se

**8. Sa kojim vulnerabilnim grupama za HIV infekciju dolazite u kontakt?**

- a) Intravenskim korisnicima droga
- b) Seksualnim radnicima/radnicama
- c) Osobama koje imaju nezaštićene homoseksualne odnose
- d) Osobama sa čestim seksualno prenosivim infekcijama

**9. Da li neka od gore pomenutih grupa, prema vašem saznanju nerado i retko koristi usluge zdravstvene službe?**

- a) Naše usluge su svima podjednako dostupne
- b) Ne znam, nemam takve informacije
- c) Da, to su grupe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Koje probleme bi mogle imati vulnerabilne grupe za HIV infekciju u korišćenju zdravstvene službe? (moguće je zaokružiti više odgovora)**

- a) Nedostatak zdravstvene kulture
- b) Nedostatak dokumenata - zdravstvene knjižice
- c) Radno vreme ustanove ne odgovara njihovom „životnom ritmu“
- d) Strah od diskriminacije i drugih oblika ponašanja zdravstvenih radnika
- e) Stid da otkrije svoje zanimanje i svoje rizično ponašanje
- f) Strah od represivnih mera (prijavljivanje policiji)
- g) Dugo čekanje)
- h) Prepoznavanje od drugih pacijenata
- i) Strah od toga da informacije neće biti poverljive
- j) Nedostatak usluga koje bi odgovarale njihovim specifičnim potrebama
- k) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**11. Koje usluge su, po vašem mišljenju, neophodne za sledeće grupe?**

*Grupe* \_\_\_\_\_

Intravenski narkomani

a) Usluge \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Komentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seksualni radnici/radnice

c) Usluge \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Komentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Homoseksualci

e) Usluge \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Komentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Osobe sa čestim seksualno prenosivim infekcijama

g) Usluge \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h) Komentar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Kada vam osoba „otkrije“ svoje rizične oblike ponašanja, šta preduzimate?**

*(moguće je zaokružiti veći broj odgovora)*

- a) Ništa
- b) Trudim se da više ne dođe kod mene
- c) Uradim samo ono što pacijent od mene traži
- d) Uputim u neku nevladinu organizaciju
- e) Zapišem šta mi je rekao, dam savet, pratim i ponovo savetujem
- f) Sve zavisi o kom obliku ponašanja se radi
- g) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Koje institucije, po Vama, mogu da pomognu pacijentu sa visoko rizičnim ponašanjem vezanim za HIV?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HVALA VAM

**Prilog 3.**

**UPITNIK ZA RADNIKE SOCIJALNE ZAŠTITE  
KOJI RADE U CENTRU ZA SOCIJALNI RAD**

**A. Opšti podaci o anketiranom radniku socijalne zaštite**

**1. Pol**

- a) Muško
- b) Žensko

**2. Godine starosti: \_\_\_\_\_ godina**

**3. Koliko dugo radite u Centru za socijalni rad \_\_\_\_/godina, \_\_\_\_/meseci**

**4. Zanimanje:**

- a) Diplomirani socijalni radnik
- b) Socijalni radnik
- c) Psiholog
- d) Pedagog
- e) Pravnik
- f) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_

**B. Dosadašnji stavovi i iskustava stručnih saradnika socijalne zaštite**

**5. Da li sa svojim korisnicima i kada razgovarate o rizičnim oblicima ponašanja vezanim za HIV infekciju?**

- a) Skoro nikad
- b) Retko
- c) Kod prvog kontakta
- d) Da, kad procenim da postoji potreba

**6. Možete li odrediti koji je, orijentaciono, procenat vaših klijenata koji imaju neki oblik rizičnog ponašanja vezanog za HIV infekciju? (*intravensko korišćenje droga, nezaštićene homoseksualne odnose, prostitucija*)**

- a) Ne, ne mogu
- b) Mislim oko \_\_\_\_\_ %

**7. Da li ste imali prilike da budete na nekom obliku edukacije gde ste učili o rizičnom ponašanju vezanom za HIV?**

- a) Ne
- b) Da (navedite koliko puta, kada i gde) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Ne sećam se

**8. Sa kojim vulnerabilnim grupama za HIV infekciju dolazite u kontakt?**

- a) Intravenskim korisnicima droga
- b) Seksualnim radnicima/radnicama
- c) Osobama koje imaju nezaštićene homoseksualne odnose

**9. Da li neka od gore pomenutih grupa, prema vašem saznanju nerado i retko koristi usluge Vaše službe?**

- a) Naše usluge su svima podjednako dostupne
- b) Ne znam, nemam takve informacije
- c) Da, to su grupe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Koje probleme bi mogle imati posebno vulnerabilne grupe za HIV infekciju u korišćenju usluga socijalne zaštite? (Možete zaokružiti više odgovora)**

- a) Nedovoljno informacija može da im pruži Vaša služba
- b) Nedostatak ličnih dokumenata
- c) Radno vreme ustanove ne odgovara njihovom „životnom ritmu“
- d) Strah od diskriminacije i drugih oblika ponašanja zaposlenih u Vašoj službi
- e) Stid da otkrije svoje zanimanje i svoje rizično ponašanje
- f) Strah od represivnih mera (prijavljivanje policiji)
- g) Dugo čekanje
- h) Prepoznavanje od drugih korisnika
- i) Strah od toga da informacije neće biti poverljive
- j) Nedostatak usluga koje bi odgovarale njihovim specifičnim potrebama
- k) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Koje usluge su, po vašem mišljenju, neophodne za osobe sa visoko rizičnim ponašanjem? (Molimo specificirajte, prateći grupacije)**

Grupe

Intravenski narkomani

a) Usluge

---

b) Komentar

---

Seksualni radnici/radnice

c) Usluge

---

d) Komentar

---

Homoseksualci

e) Usluge

---

f) Komentar

---

Osobe sa čestim seksualno prenosivim infekcijama

g) Usluge

---

h) Komentar

---

**12. Kada vam osoba „otkrije“ svoje rizične oblike ponašanja, šta preduzimate?**  
(*moguće je zaokružiti veći broj odgovora*)

- a) Ništa
  - b) Trudim se da više ne dođe kod mene
  - c) Uradim samo ono što korisnik od mene traži
  - c) Uputim u neku nevladinu organizaciju
  - d) Zapišem šta mi je rekao, dam savet, pratim i ponovo savetujem
  - e) Sve zavisi o kom obliku ponašanja se radi
  - f) Drugo (upisati)
- 

**13. Koje institucije imate na umu koje bi mogle da budu uključene i pomognu osobama sa visoko rizičnim ponašanjem vezanim za HIV?**

---

HVALA VAM

**Prilog 4.**

**UPITNIK ZA PRIPADNIKE POLICIJE**

**A. Opšti podaci o anketiranom pripadniku policije**

**1. Pol**

- a) Muško
- b) Žensko

**2. Godine starosti: \_\_\_\_\_ godina**

**3. Koliko dugo radite u Policiji \_\_\_\_/godina, \_\_\_\_/meseci**

**4. Radno mesto u službi:**

- a) Policijac - pozornik
- b) Inspektor policije
- c) Pripadnik specijalnih policiskih snaga
- d) Službenik u policiji (administrativni, šalterski službenik,)
- e) Rukovodeci organ u službi
- f) Drugo (upisati) \_\_\_\_\_



B. Dosadašnji stavovi i iskustava pripadnika policije

5. Da ste imali prilike da budete na nekom obliku edukacije gde ste učili o rizičnom ponašanju vezanom za HIV infekciju?

- a) Ne
  - b) Da (navedite koliko puta, kada i gde)
- 

c) Ne sećam se

6. Možete li odrediti koji je, orijentaciono, procenat vaših klijenata (osoba gde vršite neku intervenciju) koji imaju neki oblik rizičnog ponašanja vezanog za HIV infekciju? (*intravensko korišćenje droga, nezaštićene homoseksualne odnose, prostitucija*)

- a) Ne, ne mogu
- b) Mislim oko \_\_\_\_\_ %

7. Sa kojim vulnerabilnim grupama za HIV infekciju dolazite u kontakt?

- a) Intravenskim korisnicima droga
- b) Seksualnim radnicima/radnicama
- c) Osobama koje imaju nezaštićene homoseksualne odnose

**8. Da li se pripadnici nekih od gore pomenutih grupa, prema vašem saznanju, nerado i retko obraćaju Vama ili Vašoj službi, za neku vrstu pomoći kada im je potrebna?**

- a) Naše usluge su svima podjednako dostupne
  - b) Ne znam, nemam takve informacije
  - c) Da, to su grupe:
- 

**9. Koje probleme bi mogle imati pripadnici posebno vulnerabilne grupe za HIV infekciju u slučaju da se obrate Vašoj službi za pomoć? (Možete zaokružiti više odgovora)**

- a) Nedostatak njihovih ličnih dokumenata
  - b) Strah od diskriminacije i drugih oblika ponašanja zaposlenih u Vašoj službi
  - c) Stid da otkrije svoje zanimanje i svoje rizično ponašanje
  - d) Strah od represivnih mera (privođenje, podnošenje prekršajnih prijava)
  - e) Dugo čekanje
  - f) Prepoznavanje od drugih korisnika
  - g) Strah od toga da informacije neće biti poverljive
  - h) Nedostatak znanja koja su potrebana od strane pripadnika Vaše službe da bi se odgovaralo njihovim specifičnim potrebama
  - i) Ne bi imali nikakve probleme, bili bi tretirani kao i svi ostali građani
  - j) Drugo (upisati)
-

**10. Koje usluge (pravne, medicinske, socijane...) su, po vašem mišljenju, neophodne za osobe sa visoko rizičnim ponašanjem? (Molimo specificirajte, prateći grupacije)**

Grupe

Intravenski narkomani

a) Usluge

---

b) Komentar

---

Seksualni radnici/radnice

c) Usluge

---

d) Komentar

---

Homoseksualci

e) Usluge

---

f) Komentar

---

**11. Kada vam osoba „otkrije“ svoje rizične oblike ponašanja, šta preduzimate?**  
*(moguće je zaokružiti veći broj odgovora)*

- a) Ništa
  - b) Ponašam se kao i prema svakom drugom licu
  - c) Uradim samo ono što se od mene traži
  - d) Uputim u neku drugu adekvatnu instituciju ili nevladinu organizaciju
  - e) Zapišem šta mi je rekao i dam savet
  - f) Sve zavisi o kom obliku ponašanja se radi
  - g) Drugo (upisati)
- 

**12. Koje institucije imate na umu koje bi mogle da budu uključene i pomognu, gore navedenim, osobama sa visoko rizičnim ponašanjem vezanim za HIV?**

---

HVALA VAM

## 10. Biografija autora

---

### **Primarijus dr Dragan Ilić, mr.sci.**

Doktor medicine, Epidemiolog

Rođen – 1954. godine u Resniku – Sokobanja

### **Edukacija:**

---

Doktor medicine: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu –1985. godine

Primarijus: 1998. godine

Specijalista epidemiologije: Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu - 1990. godine

Magistar: „Zdravstveno ponašanje studenata i rizik od HIV infekcije“ – Univerzitet u Beogradu –2000. godine 3.2.0.3

Istraživač saradnik: Centar za multidisciplinarne studije Univerziteta u Beogradu – 2000. godine

**Usavršavanja i stručna priznanja:**

---

- Međunarodna škola za lidere, Međunarodna Federacija Crvenog krsta Institut „Henry Dunant“, Ženeva – Švajcarska, 1988. godina
- Međunarodni trening za dobrovoljno, poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, UNICEF, New York, 2002. godina
- Trening za trenere za DPST, UNICEF, New York, 2003. godina
- Trening za istraživanja u oblasti HIV/AIDS-a i PPI, Kanadska asocijacija za javno zdravlje i Kanadska CIDA, 2004. godina
- Trening „Prevencija HIV-a među posebno osetljivim grupama za HIV“, Imperial College London, 2004. godina
- Napredni trening za trenere za DPST, CAFOD London, 2005. godina
- Trening „Rad sa posebno osetljivim grupama za HIV- seksualnim radnicima“ SOAIDS Holland, 2006. godina
- Trening za monitoring i evaluaciju programa za HIV prevenciju, AIDS Action Europe, Holandija, novembar 2006. godina

**Sadašnji status:**

---

- Šef odseka za istraživanja i evaluaciju zdravstvenog stanja studenata Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd
- Direktor NVO Asocijacija za borbu protiv side – JAZAS Beograd
- Član Nacionalne komisije za borbu protiv side
- Potpredsednik međuodeljenskog odbora za sidu, Srpske akademije nauke i umetnosti

**Objavljeni stručni i naučni radovi:**

---

Objavio preko 50 stručnih i naučnih radova iz oblasti HIV/AIDS-a u stručnim i naučnim časopisima i knjigama, zbornicima rezimea sa domaćih i međunarodnih stručnih konferencija i kongresa.

Autor, koautor ili urednik je jedanaest knjiga i stručnih publikacija, pretežno iz oblasti HIV/AIDS-a.

## Прилог 1

### Изјава о ауторству

Потписани-а Драган Илић

број уписа \_\_\_\_\_

Изјављујем

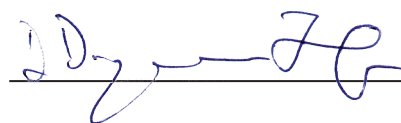
да је докторска дисертација под насловом

ЈАВНО ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И ПРЕВЕНЦИЈА ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ КОД  
СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА

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

У Београду, \_\_\_\_\_

Потпис докторанда





Прилог 2

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

Име и презиме аутора Драган Илић

Број уписа \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

Наслов рада \_\_\_\_\_

Ментор Проф. др Сандра Шипетић-Грујичић

Потписани Драган Илић

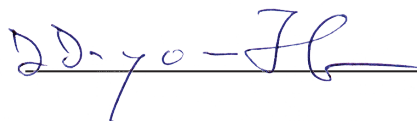
изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Овлични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, \_\_\_\_\_



### Прилог 3

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

ЈАВНО ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И ПРЕВЕНЦИЈА ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ КОД  
СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА  
која је моје ауторско дело.

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

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

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство - некомерцијално - без прераде
4. Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
5. Ауторство - без прераде
6. Ауторство - делити под истим условима

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

У Београду, \_\_\_\_\_

Потпис докторанда

