

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Sandra Šević

“Tko se odlučuje testirati se na HIV?”

Prediktori testiranja na HIV među hrvatskim gej i biseksualnim muškarcima”

Zagreb, 2016.

Ovaj rad izrađen je na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom dr. sc. Ksenije Klasnić i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2015./2016.

Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu

AIDS – Sindrom stečene imunodeficijencije

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EMIS – The European MSM Internet Survey

GBM – Gej i biseksualni muškarci

GK kriterij – Guttman-Kaiserov kriterij za zaustavljanje ekstrakcije faktora

HIV – Virus humane imunodeficijencije

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KFA – Komponentna faktorska analiza

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

MSM – Muškarci koji imaju seks s muškarcima

SSTHIV – Skala stava o testiranju na HIV

WHO – World Health Organization

SADRŽAJ

1. UVOD	1
<i>Uloga testiranja na HIV u prevenciji zaraze HIV-om</i>	<i>1</i>
<i>Faktori povezani s testiranjem na HIV</i>	<i>2</i>
<i>Poticaji testiranju na HIV</i>	<i>2</i>
<i>Prepreke testiranju na HIV</i>	<i>3</i>
2. OPĆI I SPECIFIČNI CILJEVI RADA	4
3. METODE	5
3.1. KONSTRUIRANJE INVENTARA STAVA PREMA TESTIRANJU NA HIV	5
<i>Prethodne skale prepreka i poticaja testiranju na HIV</i>	<i>5</i>
3.2. UPITNIK I PRIKUPLJANJE PODATAKA	6
3.3. ANALITIČKA STRATEGIJA	7
4. REZULTATI	8
4.1. ISPITANICI	8
4.2. IZRADA KONAČNE VERZIJE INSTRUMENTA	8
<i>Opis ekstrahiranih komponenata završne verzije Skale stava o testiranju na HIV</i>	<i>12</i>
4.3. SOCIO-DEMOGRAFSKE I BIHEVIORALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	15
4.4. SOCIO-DEMOGRAFSKI, BIHEVIORALNI I SOCIO-KOGNITIVNI KORELATI TESTIRANJA NA HIV	17
5. RASPRAVA	20
<i>Ograničenja studije</i>	<i>24</i>
6. ZAKLJUČAK	24
7. ZAHVALE	26
8. LITERATURA	27
9. SAŽETAK	32
10. SUMMARY	33
PRILOG 1. SKALA STAVA O TESTIRANJU NA HIV	34

1. UVOD

Jedina populacija u kojoj je od početka praćenja HIV/AIDS-a u Europskoj Uniji i u Hrvatskoj zabilježen porast HIV-a su gej/biseksualni (GBM) i ostali muškarci koji imaju seks s muškarcima (MSM) (ECDC & WHO, 2014). Na primjer, prosjek procjena prevalencije HIV-a u zagrebačkoj MSM populaciji dvaju RDS¹ istraživanja iznosi 3,7% (4,5% iz RDS-a 2006. godine i 2,8% iz RDS-a 2010. godine) (Božičević et al., 2009, 2012), a mogućnosti visoke prevalencije HIV-a među MSM u Hrvatskoj odgovara i podatak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) prema kojemu je udio MSM u ukupnoj populaciji osoba koje žive s HIV-om zadnjih godina u porastu te u 2013. godini iznosi 56,1% (Služba za epidemiologiju, 2013). Za usporedbu, prema rezultatima nedavno provedenih triju RDS studija u Rijeci, Splitu i Zagrebu među osobama koje injektiraju droge (zbog čega su pod povećanim rizikom od zaraze HIV-om) zabilježena je znatno niža prevalencija HIV-a—0,2% u Rijeci i Zagrebu, odnosno 0,3% u Splitu (Handanagić et al., 2016).

Uloga testiranja na HIV u prevenciji zaraze HIV-om

Jedan je od glavnih ciljeva Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a testiranje što je većeg broja osoba u povećanom riziku od zaraze HIV-om—prvenstveno MSM—jer osobe koje ne znaju da su HIV pozitivne često imaju visoku viremiju, čime se olakšava prijenos HIV-a (usp. između 25 i 35% HIV-pozitivnih MSM nisu svjesni svoga statusa (Adam et al., 2014; Deblonde et al., 2010)). Drugim riječima, rano otkrivanje HIV-pozitivnog statusa i rani početak primitka antiretroviralne terapije važne su metode prevencije zaraze HIV-om (Cohen et

¹ RDS (respondent-driven sampling), odnosno uzorkovanje upravljano ispitanicima probabilistička je metoda «uzorkovanja lančanim upućivanjem utemeljenim na društvenim mrežama» kojom se postiže reprezentativan uzorak skrivenih ili teško dostupnih populacija (Baćak, 2006).

al., 2011; Matković Puljić, Kosanović Ličina, Kavić, & Nemeth Blažić, 2014). No unatoč tome što je dostupno, besplatno i anonimno, MSM ne koriste usluge testiranja na HIV u mjeri u kojoj je ono preporučeno, odnosno, prema preporuci WHO-a, ECDC-a i CDC-a, kao i HZJZ-a barem jednom godišnje, no i češće u slučaju izloženosti riziku od zaraze HIV-om.

Za ilustraciju programatskih podataka, u 2010. godini u dvama zagrebačkim savjetovaništima za HIV—u kojima se izvrši 75% ukupnih savjetovanja i testiranja na HIV—zabilježena su 1482 klijenta, od kojih ih je tek 378 bilo MSM. Prema nedavno provedenim trima istraživanjima, postotak MSM koji su se barem jednom testirali na HIV iznosi između 47 i 69%, dok postotak onih koji su se testirali na HIV u prethodnih 12 mjeseci iznosi između 21 i 32% (Božičević et al., 2009, 2012; EMIS, 2012). S obzirom na ovako nisku proporciju MSM koji se redovito testiraju na HIV, nije iznenađujuće da se u 30% oboljelih pozitivni status otkriva tek nakon razvitka simptoma bolesti (Nemeth Blažić & Pavlić, 2013), odnosno da period između zaraze i testiranja te otkrivanja HIV pozitivnog statusa među MSM u Hrvatskoj u prosjeku iznosi čak tri godine (EMIS, 2012).

Faktori povezani s testiranjem na HIV

U literaturi prepoznati faktori povezani s testiranjem na HIV mogu se podijeliti na poticaje i na prepreke testiranju na HIV, pri čemu faktori iz obiju skupina djeluju na individualnoj, interpersonalnoj ili na strukturalnoj razini.

Poticaji testiranju na HIV

Iako je većina do sada provedenih istraživanja bila više fokusirana na otkrivanje prepreka nego poticaja testiranju na HIV, autori nekoliko sustavnih studija zaključuju da dostupna istraživanja sugeriraju da će se na testiranje na HIV u većoj mjeri odlučiti oni GBM koji vide veću korist

testiranja na HIV (de Wit & Adam, 2008; Evangeli, Pady, & Wroe, 2015), kao i oni koji imaju veće znanje o HIV/AIDS-u (Evangeli et al., 2015; Traversy, Austin, Ha, Timmerman, & Gale-Rowe, 2015). Na interpersonalnoj razini, rezultati sustavnih studija upućuju na povezanost testiranja na HIV i poznavanja HIV-pozitivnih osoba (Evangeli et al., 2015), kao i podrške partnera (Darbes, Chakravarty, Beougher, Neilands, & Hoff, 2012), odnosno prijatelja (Scott et al., 2013) specifično u kontekstu HIV/AIDS-a. U literaturi prepoznati faktori koji djeluju na strukturalnoj razini uključuju znanje o, odnosno pristup mjestima za testiranje na HIV (Evangeli et al., 2015), kao i proces normalizacije, primarno kroz rutinizaciju testiranja na HIV (Traversy et al., 2015) ili integraciju testiranja na HIV s drugim zdravstvenim uslugama (Kaai, Bullock, Burchell, & Major, 2012).

Prepreke testiranju na HIV

U kontekstu prepreka testiranju na HIV, u većini su dostupnih studija istraživani faktori koji djeluju na individualnoj razini. Točnije, jedna je od glavnih prepreka testiranju percepcija zanemarivog rizika od zaraze HIV-om (Bowring et al., 2015; de Wit & Adam, 2008; Deblonde et al., 2010; Evangeli et al., 2015; Kaai et al., 2012; Mackellar et al., 2011; Manirankunda, Loos, Alou, Colebunders, & Nöstlinger, 2009; Mikolajczak, Hospers, & Kok, 2006; Song et al., 2011; Traversy et al., 2015). Osim percepcije rizika od zaraze HIV-om, prepreke testiranju su i strah od pozitivnog rezultata (Evangeli et al., 2015; Mackellar et al., 2011; Manirankunda et al., 2009; Mikolajczak et al., 2006) odnosno posljedični strah od stigmatizacije i diskriminacije (Bowring et al., 2015; Chesney & Smith, 1999; de Wit & Adam, 2008; Deblonde et al., 2010; Kaai et al., 2012; Malcolm et al., 1998; Meiberg, Bos, Onya, & Schaalma, 2008; Mikolajczak et al., 2006; Song et al., 2011). Osim ovih faktora, nekoliko je istraživača sugeriralo povezanost (internalizirane) homofobije (Pyun et al., 2014; Santos et al., 2013; Scott et al., 2013; Sullivan et

al., 2012; Wao, Aluoch, Odondi, Tenge, & Iznaga, 2016), kao i skrivanja manjinskog seksualnog identiteta/ponašanja (Daskalakis et al., 2009; Prati et al., 2014) i odbijanja testiranja na HIV. Kao jedno od objašnjenja povezanosti homofobije i testiranja na HIV, neki autori navode prihvaćanje normi maskuliniteta, odnosno želju GBM da se doimaju heteroseksualnima, što isključuje odlazak na testiranje na HIV (Parent, Torrey, & Michaels, 2012; Zeglin, 2015). Na strukturalnoj razini, prepreke testiranju na HIV uključuju nepovjerenje u povjerljivost rezultata testiranja na HIV, odnosno anonimnost rezultata (Bowring et al., 2015), probleme s pristupom mjestima za testiranje na HIV i nedostatak ljudskih i ostalih resursa za provođenje testiranja (Deblonde et al., 2010; Traversy et al., 2015).

2. OPĆI I SPECIFIČNI CILJEVI RADA

Budući da je testiranje na HIV prepoznato kao važna metoda u prevenciji zaraze HIV-om, glavni je cilj ove studije istraga faktora povezanih s odabirom odlaska na testiranje na HIV među hrvatskim GBM. Iz ovoga razloga, svrha je ovoga rada doprinos proširenju literature o korelatima testiranja na HIV, kao i usmjeravanje razvoja strategija poticanja većeg korištenja usluga besplatnog i anonimnog testiranja na HIV među GBM.

Specifični su ciljevi ove studije 1) opisati konstrukciju i validaciju instrumenta kojime se mjeri stav o testiranju na HIV, 2) opisati strukturu stava o testiranju na HIV, i 3) provjeriti postoji li povezanost stava o testiranju na HIV s korištenjem usluga testiranja na HIV, odnosno istražiti socio-demografske, bihevioralne i socio-kognitivne korelate testiranja na HIV tokom života i testiranja na HIV u posljednjih šest mjeseci među hrvatskim GBM. Ako rezultati ukažu na povezanost stava o testiranju na HIV sa stvarnim ponašanjem u kontekstu korištenja usluga

testiranja na HIV, ovaj bi instrument mogao doprinijeti boljem razumijevanju razloga odabira odlaska na testiranje na HIV.

U skladu s dostupnom literaturom, hipoteze koje će se u ovome radu testirati su sljedeće:

H₁: Oni ispitanici koji su se testirali na HIV imat će pozitivniji stav prema testiranju na HIV od onih ispitanika koji se nisu testirali na HIV;

H₂: Oni ispitanici koji su se testirali na HIV u posljednjih 6 mjeseci imat će pozitivniji stav prema testiranju na HIV od onih ispitanika koji su se testirali na HIV prije više od 6 mjeseci ili se nisu testirali na HIV;

3. METODE

3.1. KONSTRUIRANJE INVENTARA STAVA PREMA TESTIRANJU NA HIV

Prethodne skale prepreka i poticaja testiranju na HIV

Awad i suradnici konstruirali su *Skalu prepreka testiranju na HIV* među osobama pod povećanim rizikom od zaraze koju su validirali koristeći podatke iz dvaju valova istraživanja *Illinois HIV Behavioral Surveillance Study* (Awad, Sagrestano, Kittleson, & Sarvela, 2004).

Uzorci su se sastojali od 827, odnosno 1047 osoba pod povećanim rizikom od zaraze HIV-om, uključujući heteroseksualne muškarce i žene, GBM, osobe koje injektiraju drogu i seksualne radnice i radnike. U oba je vala istraživanja eksploratorna faktorska analiza sugerirala postojanje triju faktora—strukturalne barijere, fatalizam/zabrinutost i povjerljivost rezultata/strah. U *online* studiji provedenoj 2011. godine među 309 GBM iz New South Walesa u Australiji, Adam i suradnici koristili su skale od 10 čestica koje su se odnosile na pozitivne aspekte i 11 čestica koje

su se odnosile na negativne aspekte testiranja na HIV (Adam, De Wit, Bourne, Knox, & Purchas, 2014). Točnije, skala poticaja testiranju na HIV uključivala je čestice poput *Testiranje ima nekoliko prednosti* i *Testiranje sprečava prijenos potencijalne infekcije partneru*, dok je skala prepreka testiranju na HIV uključivala čestice poput *Testiranje je skupo* i *Partner bi se mogao naljutiti na tebe ako se testiraš*. Konceptualno slične skale prepreka (devet čestica) i poticaja (osam čestica) testiranju na HIV konstruirali su i Lauby i suradnici (Lauby, Bond, Eroğlu, & Batson, 2006).

Nadovezujući se na dostupnu literaturu, u ovom radu krenulo se s tri pretpostavljene sadržajne poddomene buduće Skale stava o testiranju na HIV (SSTHIV), pri čemu se stav o testiranju na HIV konceptualizira kao produkt faktora koji djeluju na individualnoj, interpersonalnoj ili strukturalnoj razini. Točnije, verzija instrumenta korištenog u ovoj studiji sadržavala je 20 čestica kojima su se sadržajno obuhvatile tri poddomene stava o testiranju na HIV—Zablude o testiranju na HIV, Koristi testiranja na HIV te Prepreke i strah od posljedica testiranja na HIV (za popis čestica vidjeti Tablicu 1.). Ispitanici su svoje slaganje s pojedinom tvrdnjom iskazivali na skali slaganja od pet stupnjeva raspona između 1 = Uopće se ne slažem do 5 = U potpunosti se slažem. Komponentnim faktorskim analizama u završnoj je verziji instrumenta zadržano 11 čestica te je empirijski utvrđena tri-komponentna struktura SSTHIV—Strah od posljedica, Odgovornost prema zdravlju i Negiranje rizika (za popis čestica vidjeti Tablicu 1. ili Prilog 1.). Ove su komponente SSTHIV zasebno korištene u svim kasnijim analizama.

3.2. UPITNIK I PRIKUPLJANJE PODATAKA

Istraživanje je provedeno metodom ankete, tehnikom *online* anketiranja 2016. godine. Između 10. i 28. veljače GBM i ostali MSM su putem oglasa na *Facebook* stranici udruge Zagreb Pride

te putem osobnih kontakata pozvani na sudjelovanje u znanstvenoj studiji o testiranju na HIV. Za potrebe studije upitnik se nalazio na internetskoj stranici za provođenje *online* studija *limesurvey.srce.hr*. Kako bi se osigurala anonimnost, servis nije bilježio IP adrese ispitanika. Prva je stranica upitnika sadržavala osnovne informacije o studiji kao i pitanje o zadovoljenju osnovnih uvjeta za sudjelovanje – potvrdu informiranog pristanka i dob od barem 18 godina života.

Upitnik je sadržavao 39 varijabli. Osim dvadeset čestica za evaluaciju buduće SSTHIV, ispitanici su odgovarali na pitanja o svojim socio-demografskim karakteristikama, seksualnom ponašanju u posljednjih šest mjeseci (broj partnera i korištenje kondoma) te o navikama testiranja na HIV. U prosjeku, ispitanicima je trebalo otprilike pet minuta da ispune upitnik. Studiju je odobrilo „Povjerenstvo Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja“ na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

3.3. ANALITIČKA STRATEGIJA

Za konstrukciju SSTHIV primijenjena je metoda analize glavnih komponenata s upotrebom kosokutne transformacije bazične solucije (direktna oblimin metoda). Kao kriterij za zadržavanje faktora korišten je Guttman-Kaiserov (GK) kriterij. Pouzdanost instrumenta utvrđena je analizom unutarnje konzistencije koristeći Cronbachov alfa koeficijent. Međugrupne razlike u prosječnim rezultatima ispitanika na SSTHIV testirane su upotrebom *t*-testa. Veličina efekta procijenjena je koristeći Cohenov *d*. Socio-demografski, bihevioralni i socio-kognitivni korelati testiranja na HIV istraženi su koristeći multivarijatnu binarnu logističku regresiju.

4. REZULTATI

4.1. ISPITANICI

Od 109 osoba koje su pristupile ispunjavanju upitnika, upitnik je do kraja ispunilo njih devedesetero (82,6%). Nakon što su iz analize isključeni ispitanici koji su svoj spol označili drugačijim od muškog (žene, $n = 17$ i ostali $n = 2$), HIV-pozitivni ispitanici ($n = 5$), jedan ispitanik koji je svoju seksualnu orijentaciju označio kao isključivo heteroseksualnu (kategorije seksualne orijentacije kretale su se od „isključivo homoseksualne“ do „isključivo heteroseksualne“), i oni ispitanici koji u trenutku provođenja studije nisu živjeli u Hrvatskoj ($n = 5$) završni je analitički uzorak sadržavao 60 GBM (55,0% od svih osoba koje su pristupile ispunjavanju upitnika).

4.2. IZRADA KONAČNE VERZIJE INSTRUMENTA

Rezultati inicijalne i završne komponentne faktorske analize prikazani su u Tablici 1. Inicijalna je komponentna faktorska analiza provedena na skupu od originalnih 20 čestica (KMO = 0,69, Bartlettov test sferičnosti značajan na razini $p < 0,001$) te je, prema GK kriteriju, ekstrahirano pet dimenzija svojstvene vrijednosti veće od 1 kojima je protumačeno 64,8% ukupne varijance. Dobivene su dimenzije potom rotirane direktnom oblimin metodom.

Analiza matrice strukture (nakon oblimin rotacije) rezultirala je isključivanjem jedne čestice visokosaturirane samo na jednom faktoru (faktor specifičnosti)—*Nema smisla da se testiram na HIV, kad ne postoji lijek za HIV*—te dvijema česticama čestica niskosaturiranim ($< 0,50$) svim komponentama—*Ako sam u monogamnoj vezi (imam samo jednog/u partnera/icu), ne trebam se testirati na HIV* i *Da meni partner/ica predloži testiranje na HIV, doživio bih to kao da nema*

povjerenja u mene—i trima česticama visokosaturiranim ($> 0,50$) više no jednom komponentom—*Bilo bi me sram ići testirati se na HIV, Važno mi je da znam svoj HIV status, kako ne bih partnera/icu zarazio HIV-om i Ako koristim kondome pri analnom seksu, ne trebam se testirati na HIV*. Isključene čestice bile su iz svih triju pretpostavljenih poddomena predmeta mjerenja te se njihovim izbacivanjem sadržajno nije značajno narušio integritet instrumenta. Pouzdanost² instrumenta koji nije sadržavao šest isključenih čestica bila je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = 0,82$), pri čemu je analiza ukazala na minimalni porast pouzdanosti instrumenta kada bi se isključile još dvije čestice—*Čak i kad nemam usputni seks («seks za jednu noć»)*, *trebam se testirati na HIV* i *Čak i kad nemam mnogo seksualnih partnera/ica, trebam se testirati na HIV*. Nakon isključenja prve čestice, pouzdanost skale porasla je na Cronbachov $\alpha = 0,83$ te je analiza ukazala na povećanje pouzdanosti instrumenta kada bi se isključila i druga čestica—*Čak i kad nemam mnogo seksualnih partnera/ica, trebam se testirati na HIV*. Nakon isključenja ove čestice, pouzdanost instrumenta s 12 čestica bila je Cronbachov $\alpha = 0,85$.

Sljedeća je komponentna faktorska analiza provedena koristeći 12 čestica (KMO = 0,72, Bartlettov test sferičnosti značajan na razini $p < 0,001$). Prema GK kriteriju ekstrahirane su četiri dimenzije kojima je protumačeno 64,4% ukupne varijance. Dobivene su dimenzije potom rotirane direktnom oblimum metodom. Analiza matrice strukture (nakon oblimum rotacije) rezultirala je isključivanjem jedne čestice visokosaturirane ($> 0,50$) dvama faktorima—*Predaleko mi je centar za testiranje na HIV*. Pouzdanost instrumenta koji nije sadržavao isključenu česticu, odnosno instrumenta s 11 čestica bila je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha =$

² U svima analizama pouzdanosti instrumenta korišteno je šest čestica koje su rekodirane, kako bi bile u skladu sa smjerom sadržaja preostalih čestica. Rekodirane su čestice pod rednim brojevima 4., 6., 8., 9., 10. i 11. u Tablici 1. Za provedbe svih komponentnih faktorskih analiza korištene su originalne čestice.

Tablica 1. Matrice strukture inicijalne i završne komponentne faktorske analize (KFA) s kosokutnom rotacijom Skale stava o testiranju na HIV; Saturacija u ukupnom uzorku ($N = 60$)

Čestica ^a	Inicijalna KFA					Završna KFA ^c		
	komponenta					komponenta		
	1	2	3	4	5	1	2	3
15. Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam HIV-pozitivan.	0,82	b	-0,29	b	0,32	0,83	-0,31	0,32
13. Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam promiskuitetan.	0,81	-0,10	-0,28	b	0,46	0,80	-0,34	0,43
16. Da partneru/ici predložim testiranje na HIV, on/a bi to doživio/doživjela kao da nemam povjerenja u njega/nju.	0,76	-0,19	-0,11	-0,24	0,19	0,71	-0,29	0,16
18. Ne vjerujem da je testiranje na HIV potpuno anonimno.	0,75	b	-0,17	-0,12	0,20	0,79	-0,22	0,24
14. Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam gej.	0,70	0,34	b	b	0,12	0,76	b	0,15
12. Bilo bi me sram ići testirati se na HIV.	0,64	b	-0,28	-0,40	0,54	-	-	-
19. Predaleko mi je centar za testiranje na HIV.	0,62	b	-0,39	b	0,47	-	-	-
17. Da meni partner/ica predloži testiranje na HIV, doživio bih to kao da nema povjerenja u mene.	0,49	0,48	-0,12	-0,48	-0,41	-	-	-
6. Čak i kad nemam usputni seks ("seks za jednu noć"), trebam se testirati na HIV.	b	0,73	0,14	b	-0,16	-	-	-
4. Čak i kada nemam mnogo seksualnih partnera, trebam se testirati na HIV.	b	0,69	0,29	b	b	-	-	-
11. Važno mi je da znam svoj HIV-status jer, sam tako odgovoran prema zdravlju svog/je seksualnog/e partnera/ice.	-0,28	0,17	0,84	b	-0,19	-0,29	0,86	-0,23
9. Važno mi je da znam svoj HIV status, jer sam tako odgovoran prema vlastitome zdravlju.	-0,15	0,32	0,82	b	-0,43	-0,15	0,88	-0,44
8. Da sam HIV-pozitivan, htio bih to što prije saznati kako bi liječenje bilo uspješnije.	-0,35	0,29	0,82	0,18	-0,24	-0,33	0,89	-0,23
10. Važno mi je da znam svoj HIV status, kako partnera/icu ne bih zarazio HIV-om.	-0,30	0,16	0,65	-0,14	-0,59	-	-	-
3. Nema smisla testirati se na HIV, kad ne postoji lijek za HIV.	0,23	b	b	-0,89	0,29	-	-	-
5. Ako sam u monogamnoj vezi (imam samo jednog/u seksualnog/u partnera/icu), ne trebam se testirati na HIV.	0,38	-0,26	0,25	0,44	0,43	-	-	-
20. Nemam vremena ići testirati se na HIV.	0,29	b	-0,27	b	0,77	0,24	-0,27	0,81
2. Ne trebam se testirati na HIV, jer je mogućnost da se zarazim HIV-om zanemarivo mala.	0,14	-0,31	-0,19	-0,15	0,72	0,15	-0,24	0,76
1. Ako se moj/a partner/ica testirao na HIV i negativan/na je, nema potrebe da se i ja testiram.	0,40	b	-0,15	-0,12	0,64	0,38	-0,24	0,66
7. Ako koristim kondome pri analnom seksu, ne trebam se testirati na HIV.	0,11	-0,55	-0,34	-0,19	0,59	-	-	-

^a Čestice 1-7 iz konceptualne poddomene Zablude o testiranju na HIV; 8-11 iz konceptualne poddomene Koristi testiranja na HIV; 12-20 iz konceptualne poddomene Prepreke i strah od posljedica testiranja na HIV; ^b Zbog preglednosti, u tablici su prikazana faktorska opterećenja $\geq 0,1$; ^c Devet čestica je isključeno

0,79) te analiza nije uputila na povećanje pouzdanosti skale kada bi se isključila još neka od čestica.

Završna komponentna faktorska analiza provedena je koristeći 11 čestica (KMO = 0,71, Bartlettov test sferičnosti značajan na razini $p < 0,001$). Prema GK kriteriju ekstrahirane su tri dimenzije kojima je protumačeno 65,8% ukupne varijance čestica. Dobivene su dimenzije potom rotirane direktnom oblimin metodom.

Kosokutna, odnosno direktna oblimin rotacija koja je korištena u ovoj analizi pretpostavlja povezanost među ekstrahiranim dimenzijama. U Tablici 2. prikazane su veličine povezanosti među trima ekstrahiranim komponentama. Dvijema se ekstrahiranim dimenzijama mjeri negativan stav prema testiranju na HIV (Strah od posljedica i Negiranje rizika), dok se jednom dimenzijom mjeri pozitivan stav prema testiranju na HIV (Odgovornost prema zdravlju). Rezultati ove analize upućuju na slabu do umjerenu povezanost među ekstrahiranim dimenzijama—pri čemu su dimenzije koje mjere negativan stav prema testiranju na HIV pozitivno povezane jedna s drugom, odnosno negativno povezane s dimenzijom koja mjeri pozitivan stav prema testiranju na HIV—što donekle sugerira multidimenzionalnost stava o testiranju na HIV. Dapače, provedene analize upućuju na nezadovoljavanje kriterija jednodimenzionalnosti SSTHIV koje predlažu Carmines i Zeller (1979). Prema Carminesu i Zelleru (1979), da bi se instrument mogao tretirati kao jednodimenzionalni konstrukt u bazičnoj soluciji prva ekstrahirana komponenta treba objasniti više od 40%, a sljedeće ekstrahirane komponente približno jednake proporcije ukupne varijance. Nadalje, većina bi zadržanih čestica trebala imati saturacije reda veličine iznad 0,30 na prvom faktoru. Ova tri kriterija SSTHIV

zadovoljava (u bazičnoj soluciji, prva je ekstrahirana komponenta objasnila 38,1 % varijance čestica, dok su druge dvije ekstrahirane komponente redom objasnile 16,5 i 11,2% varijance čestica, kao što i većina zadržanih čestica ima saturacije reda veličine iznad 0,30 na prvom faktoru), no budući da je povezanost između ekstrahiranih komponenata bila tek slaba do umjerena te zadržane čestice u bazičnoj soluciji nisu imale veću saturaciju na prvom nego na ostalim faktorima, SSTHIV se ne može tretirati kao jednodimenzionalni instrument, već bi se njene komponente trebale koristiti kao zasebne skale.

Tablica 2. Matrica interkorelacija komponenti završne verzije Skale stava o testiranju na HIV

Komponenta	1	2	3
1 – Strah od posljedica	1		
2 – Odgovornost prema zdravlju	-0,28	1	
3 – Negiranje rizika	0,29	-0,32	1

Opis ekstrahiranih komponenata završne verzije Skale stava o testiranju na HIV

Prema sadržaju čestica od kojih se sastoji, ekstrahirane su komponente nazvane Strah od posljedica, Odgovornost prema zdravlju i Negiranje rizika, koje u velikoj mjeri odgovaraju pretpostavljenim konceptualnim poddomenama—Prepreke i strah od posljedica testiranja na HIV, Koristi testiranja na HIV i Zablude o testiranju na HIV. U Tablici 3. prikazani su koeficijenti pouzdanosti triju ekstrahiranih komponenti SSTHIV, koji su raspona od 0,62 na komponenti Negiranje rizika do 0,84 na komponenti Odgovornost prema zdravlju.

Tablica 3. Koeficijenti pouzdanosti komponenata Skale stava o testiranju na HIV ($N = 60$)

	<i>M</i> (SD) Cronbachov α
Komponenta 1 – Strah od posljedica ($k = 5$; teorijski raspon = 5 - 25; srednja vrijednost = 15)	8,3 (4,01) 0,83
Komponenta 2 – Odgovornost prema zdravlju ($k = 3$; teorijski raspon = 3 - 15; srednja vrijednost = 9)	13,7 (2,11) 0,84
Komponenta 3 – Negiranje rizika ($k = 3$; teorijski raspon = 3 - 15; srednja vrijednost = 9)	5,2 (2,31) 0,62

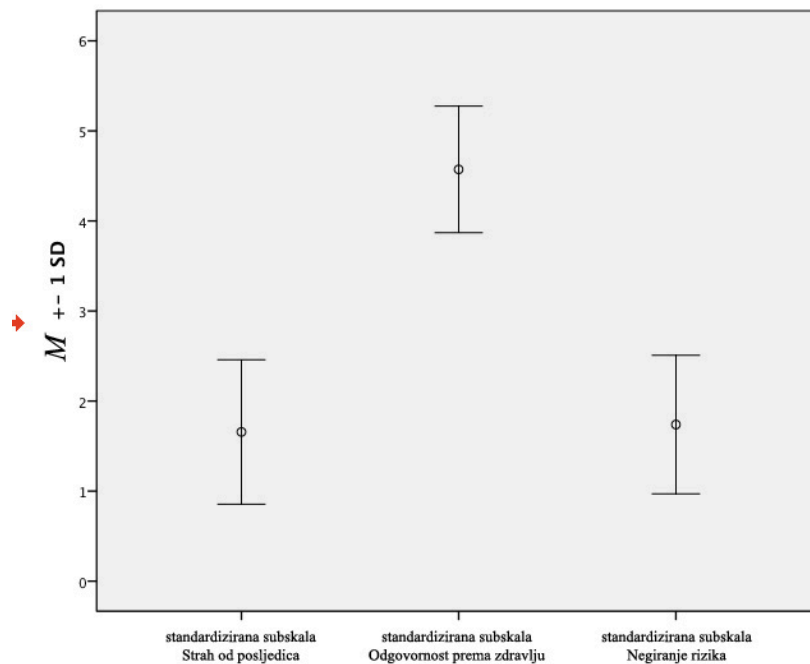
Strah od posljedica (testiranja na HIV) prva je ekstrahirana komponenta SSTHIV. Ova se podskala sastoji od pet čestica kojima se mjeri generalno nepovjerenje prema odlasku na javno dostupna mjesta za testiranje na HIV zbog straha od posljedica u kontekstu širenja glasina. Točnije, ovim se česticama mjeri zabrinutost da bi odlazak na testiranje na HIV mogao dovesti do širenja glasina o HIV-pozitivitetu, promiskuitetnosti ili homoseksualnosti, kao i nepovjerenje u anonimnost testiranja na HIV i brigu o negativnoj reakciji partnera/ice na odlazak na testiranje na HIV. Viši zbrojeni rezultat na ovoj podskali podrazumijeva i višu razinu straha od posljedica testiranja na HIV. Pouzdanost je ove podskale SSTHIV zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = 0,83$).

Odgovornost prema zdravlju druga je ekstrahirana komponenta SSTHIV. Ova se podskala sastoji od triju čestica. Dvijema se česticama mjeri odgovornost prema vlastitome zdravlju (*Važno mi je da znam svoj HIV status, jer sam tako odgovoran prema vlastitome zdravlju* i *Da sam HIV-pozitivan, htio bih to što prije saznati kako bi liječenje bilo uspješnije*), a trećom se česticom mjeri odgovornost prema zdravlju partnera. Viši zbrojeni rezultat na ovoj podskali označuje veće slaganje s idejom da je testiranje na HIV odraz brige i odgovornosti prema zdravlju. Pouzdanost je ove podskale SSTHIV zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = 0,84$).

Negiranje rizika (od zaraze HIV-om) treća je ekstrahirana komponenta SSTHIV. Ova se podskala sastoji od triju čestica kojima se mjere tri različite komponente nesklonosti testiranju na HIV—percepcija minimalnog, ili nepostojećeg rizika od zaraze HIV-om, vjerovanje da je testiranje nepotrebno, ako se partner testirao i negativan je i nedostatak vremena za testiranje na HIV. Viši zbrojeni rezultat na ovoj podskali podrazumijeva i višu razinu negiranja rizika (od zaraze HIV-om). Pouzdanost je ove podskale SSTHIV nešto niža od pouzdanosti ostalih dviju

podskala SSTHIV, no i dalje je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = 0,62$). Od triju ekstrahiranih komponentata SSTHIV, ovom je komponentom u najmanjoj mjeri empirijski potvrđena teorijski pretpostavljena poddomena stava o testiranju na HIV—Zablude o testiranju na HIV—te je prijedlog za buduća istraživanja bolja teorijska razrada komponente Negiranje rizika, kao i reformulacija pretpostavljenih indikatora.

Na slici 1. prezentirani su prosjeci i standardne devijacije standardiziranih (vrijednosti na svakoj od subskala bile su raspona između 1 i 5) triju subskala SSTHIV. Varijabilnost je bila zadovoljavajuća, unatoč tome što su distribucije Straha od posljedica i Negiranja rizika bile lijevo asimetrične po gomilanju, odnosno unatoč tome što je distribucija Odgovornosti prema zdravlju bila lijevo asimetrična po gomilanju.



Strah od posljedica ($M = 1,66$; $SD = 0,80$); Odgovornost prema zdravlju ($M = 4,6$; $SD = 0,70$);

Negiranje rizika ($M = 1,74$; $SD = 0,77$)

Slika 1. Prosjeci i standardne devijacije standardiziranih triju subskala SSTHIV

4.3. SOCIO-DEMOGRAFSKE I BIHEVIORALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

U Tablici 3. prikazane su socio-demografske i bihevioralne karakteristike ispitanika. Prosječna je dob ispitanika bila 29 godina ($M = 29,1$, $SD = 8,37$) i većina ih je živjela u Zagrebu (70%). Više od polovice ispitanika završilo je barem višu školu, odnosno prvi stupanj fakultetskog obrazovanja (63,3%). Također, 38,3% ispitanika je u trenutku provođenja studije bilo u ozbiljnoj romantičnoj vezi; od njih, 73,9% je reklo da su u monogamnoj vezi s partnerom, odnosno partnericom (jedan je ispitanik prijavio da je u vezi s osobom ženskog spola).

Od muškaraca koji su u posljednjih šest mjeseci imali barem jednog seksualnog partnera ili partnericu ($n = 49$), većina ih je imala samo jednog partnera/icu ($M = 2,6$, $SD = 2,26$, raspon = 1 - 10). Tek je nešto više od trećine njih prijavilo da su u posljednjih šest mjeseci prilikom svakog seksualnog odnosa koristili kondom (36,4%). Nadalje, skoro su svi ispitanici znali gdje se mogu testirati na HIV (91,7%) te ih se većina također i barem jednom u životu testirala na HIV (78,3%). Među onima koji se jesu testirali na HIV, oko polovice ih se posljednji put testiralo u posljednjih šest mjeseci (44,7%), odnosno u posljednjih godinu dana (55,3%).

Tablica 4. Socio-demografske i bihevioralne karakteristike ispitanika i međugrupne razlike u prosjeku rezultata ispitanika na komponentama SSTHIV³

	n/N (%)		Međugrupne razlike u prosjeku na komponentama SSTHIV		
			Strah od posljedica	Odgovornost prema zdravlju	Negiranje rizika
			<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)
Dob	18-26	31/60 (51,7)	8,5 (4,18)	13,8 (1,75)	5,9 (2,46)
	≥ 27	29/60 (48,3)	8,1 (3,89)	13,6 (2,46)	4,4 (1,88)
			$t(58) = 0,40$	$t(58) = 0,46$	$t(56) = 2,64^*$ Cohenov $d = 0,69$

³ U analizi međugrupnih razlika korišten je analitički pristup opisan u Mustanski et al. 2014.

Prebivalište u Zagrebu					
	Ne	18/60 (30,0)	10,1 (5,06)	13,2 (2,33)	5,3 (1,90)
	Da	42/60 (70,0)	7,5 (3,26)	14,0 (1,99)	5,2 (2,48)
			$t(58) = 2,32^*$	$t(58) = -1,33$	$t(58) = 0,13$
			Cohenov $d = 0,61$		
Završeno obrazovanje					
	Sekundarno	22/60 (36,7)	9,5 (4,94)	12,9 (2,78)	5,6 (2,36)
	Tercijarno	38/60 (63,3)	7,6 (3,23)	14,2 (1,45)	5,0 (2,27)
			$t(58) = 1,82$	$t(28) = -2,00^\dagger$	$t(58) = 1,07$
U ozbiljnoj vezi					
	Ne	37/60 (61,7)	8,9 (4,29)	13,6 (2,07)	5,3 (2,27)
	Da	23/60 (38,3)	7,2 (3,33)	13,9 (2,19)	5,0 (2,40)
			$t(58) = 1,65$	$t(58) = -0,57$	$t(58) = 0,46$
Seksualna orijentacija					
	Biseksualna	19/60 (31,7)	9,3 (5,15)	12,79 (3,03)	5,4 (2,36)
	Homoseksualna	41/60 (68,3)	7,8 (3,33)	14,1 (1,35)	5,1 (2,31)
			$t(58) = 1,37$	$t(21) = -1,87$	$t(58) = 0,34$
Nedavni nezaštićeni seksualni odnos ^a					
	Ne	18/49 (36,4)	6,8 (1,77)	14,4 (1,20)	4,0 (1,68)
	Da	31/49 (63,6)	8,9 (4,64)	13,3 (2,46)	5,6 (2,28)
			$t(42) = -2,32^*$	$t(46) = 2,26^*$	$t(47) = -2,56^{**}$
			Cohenov $d = -0,60$ Cohenov $d = 0,57$ Cohenov $d = -0,80$		
Broj partnera u posljednjih 6 mjeseci					
	0, 1	34/60 (56,6)	8,0 (3,61)	14,2 (1,39)	5,6 (2,52)
	≥ 2	26/60 (43,4)	8,7 (4,53)	13,0 (2,66)	4,7 (1,93)
			$t(58) = -0,69$	$t(35) = 2,09^*$	$t(58) = 1,44$
			Cohenov $d = 0,57$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $^\dagger p = 0,055$

^a nekonzistentno korištenje kondoma u zadnjih 6 mjeseci među onima koji su imali analni ili vaginalni seksualni odnos u posljednjih šest mjeseci

U Tablici 4. prikazani su i rezultati analize međugrupnih razlika na komponentama SSTHIV.

Mlađi ispitanici imali su statistički značajno viši prosječni rezultat na komponenti Negiranje

rizika od starijih ispitanika ($t(56) = 2,64, p < 0,05$). Povezanost dobi i rezultata na komponenti

Negiranje rizika ostala je statistički značajna i uz kontrolu broja seksualnih partnera u posljednjih

šest mjeseci ($\beta = -0,40, p < 0,01$). Nadalje, ispitanici koji prebivalište imaju izvan Zagreba imali su statistički značajno viši prosječni rezultat na komponenti Strah od posljedica ($t(58) = 2,32, p < 0,05$). Razlika na svim trima komponentama SSTHIV pronađena je s obzirom na iskustvo nezaštićenog analnog ili vaginalnog seksualnog odnosa u posljednjih šest mjeseci. Točnije, ispitanici koji su u posljednjih šest mjeseci imali nezaštićeni seksualni odnos imali su i statistički značajno viši prosječni rezultat na komponentama Strah od posljedica ($t(42) = -2,32, p < 0,05$) i Negiranje rizika ($t(47) = -2,56, p < 0,01$), odnosno statistički značajno niži prosječni rezultat na komponenti Odgovornost prema zdravlju ($t(46) = 2,26, p < 0,05$) od ispitanika koji u posljednjih šest mjeseci nisu imali nezaštićeni seksualni odnos. Nadalje, oni ispitanici koji su u posljednjih šest mjeseci imali dva ili više seksualnih partnera imali su statistički značajno niži prosječni rezultat na komponenti Odgovornost prema zdravlju ($t(35) = 2,09, p < 0,05$) od ispitanika koji nisu imali, ili su imali samo jednog/u seksualnog/u partnera/icu u posljednjih šest mjeseci.

4.4. SOCIO-DEMOGRAFSKI, BIHEVIORALNI I SOCIO-KOGNITIVNI KORELATI TESTIRANJA NA HIV

U Tablici 5. prikazani su rezultati šest multivarijatnih binarnih logističkih regresija kojima su istraženi socio-demografski, bihevioralni i socio-kognitivni korelati testiranja na HIV tokom života i nedavnog testiranja na HIV među hrvatskim GBM. Referentna kategorija u prve tri analize bilo je testiranje na HIV tokom života, a u druge je tri analize referentna kategorija bilo testiranje na HIV u posljednjih šest mjeseci. Cilj je ovih analiza bio istražiti samostalne doprinose komponenata SSTHIV u objašnjenju odabira testiranja na HIV, uz kontrolu ostalih faktora potencijalno povezanih s testiranjem na HIV. Točnije, u modele su, uz komponente SSTHIV uključena četiri socio-demografska faktora—dob, mjesto prebivališta, seksualna

orijentacija te status veze—i jedan bihevioralni faktor—broj partnera/ica u posljednjih šest mjeseci.

U prvim se trima multivarijatnim binarnim logističkim regresijama (Modeli 1, 2 i 3) istražila povezanost socio-demografskih, bihevioralnih i socio-kognitivnih faktora i testiranja na HIV tokom života. Od triju komponenti SSTHIV, jedino je Negiranje rizika bilo statistički značajno povezano s iskustvom testiranja na HIV. Točnije, za svaku jedinicu porasta na komponenti Negiranje rizika šansa za iskustvo testiranja na HIV smanjuje se za 33% (95% IP: 52% - 6%), ako su sve ostale varijable u modelu konstantne. U drugim se trima multivarijatnim logističkim regresijama (Modeli 4, 5 i 6) istražila povezanost socio-demografskih, bihevioralnih i socio-kognitivnih faktora i testiranja na HIV u posljednjih šest mjeseci. U sva tri modela seksualna orijentacija bila je statistički značajno povezana s nedavnim testiranjem na HIV. Točnije, ispitanici koji su svoju seksualnu orijentaciju označili kao isključivo homoseksualnu imali su, ovisno o modelu, od pet do osam puta veću šansu da su se testirali na HIV u posljednjih šest mjeseci, u odnosu na ispitanike koji su svoju seksualnu orijentaciju označili drugačije od isključivo homoseksualne, ako su sve ostale varijable u modelu konstantne (redom, aOR = 4,79; 95% IP: 1,27-18,09; aOR = 8,58; 95% IP: 1,83-40,22; i aOR = 5,42; 95% IP: 1,31-22,40). U Modelu 5 je, osim seksualne orijentacije, pronađena i statistički značajna povezanost broja partnera/ica u posljednjih šest mjeseci i testiranja na HIV u istome vremenskom periodu. Točnije, za svaku jedinicu porasta u broju seksualnih partnera šansa za iskustvo testiranja na HIV povećava se za 47% (95% IP: 6% - 106%), ako su sve ostale varijable u modelu konstantne. U kontekstu prediktivnog značaja komponenata SSTHIV, u Modelu 5, odnosno 6, Odgovornost prema zdravlju i Negiranje rizika statistički su značajno bili povezani s testiranjem na HIV u

Tablica 5. Socio-demografski, bihevioralni i socio-kognitivni korelati testiranja na HIV tokom života i nedavnog testiranja na HIV među hrvatskim GBM

Testiranje na HIV tokom života (<i>N</i> = 60)	Model 1	Model 2	Model 3
	Strah od posljedica ^a	Odgovornost prema zdravlju ^b	Negiranje rizika ^c
	aOR ^d (95% IP ^e)	aOR (95% IP)	aOR (95% IP)
Dob	1,22* (1,00-1,49)	1,25* (1,01-1,55)	1,15 (0,94-1,40)
Prebivalište u Zagrebu (1=da)	1,98 (0,37-10,65)	2,06 (0,36-11,81)	1,29 (0,23-7,17)
Seksualna orijentacija (1=gej)	1,52 (0,27-8,60)	1,65 (0,28-9,77)	1,67 (0,28-9,77)
U ozbiljnoj vezi (1=da)	0,30 (0,05-1,73)	0,27 (0,05-1,67)	0,19 (0,03-1,37)
Broj partnera/ica u posljednjih 6 mjeseci	1,25 (0,84-1,85)	1,35 (0,91-2,00)	1,16 (0,79-1,69)
Komponenta SSTHIV uključena u analizu ^{a, b ili c}	0,91 (0,76-1,1)	1,36 (0,92-2,00)	0,67* (0,48-0,94)

Nedavno testiranje na HIV (<i>N</i> = 59)	Model 4	Model 5	Model 6
	Strah od posljedica ^a	Odgovornost prema zdravlju ^b	Negiranje rizika ^c
	aOR (95% IP)	aOR (95% IP)	aOR (95% IP)
Dob	1,06 (0,99-1,13)	1,06 (0,98-1,13)	1,02 (0,94-1,10)
Prebivalište u Zagrebu (1=da)	0,28 (0,06-1,32)	0,25 (0,05-1,22)	0,25 (0,05-1,17)
Seksualna orijentacija (1=gej)	4,79* (1,27-18,09)	8,58** (1,83-40,22)	5,42* (1,31-22,40)
U ozbiljnoj vezi (1=da)	1,57 (0,43-5,72)	1,50 (0,40-5,61)	1,51 (0,41-5,66)
Broj partnera/ica u posljednjih 6 mjeseci	1,18 (0,91-1,53)	1,47* (1,06-2,06)	1,14 (0,86-1,50)
Komponenta SSTHIV uključena u analizu ^{a, b ili c}	0,92 (0,76-1,10)	1,61* (1,06-2,45)	0,67* (0,47-0,95)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^d adjusted odds ratio (omjer šansi); ^e 95-postotni interval pouzdanosti

Model 1: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 14,61$, $df = 6$, $p < 0,05$); Cox i Snell $R^2 = 0,22$; Nagelkerke $R^2 = 0,33$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$
 Model 2: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 16,06$, $df = 6$, $p < 0,05$); Cox i Snell $R^2 = 0,24$; Nagelkerke $R^2 = 0,36$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$
 Model 3: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 19,76$, $df = 6$, $p < 0,01$); Cox i Snell $R^2 = 0,28$; Nagelkerke $R^2 = 0,43$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$
 Model 4: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 12,16$, $df = 6$, $p = 0,056^4$); Cox i Snell $R^2 = 0,19$; Nagelkerke $R^2 = 0,26$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$
 Model 5: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 17,97$, $df = 6$, $p < 0,01$); Cox i Snell $R^2 = 0,26$; Nagelkerke $R^2 = 0,36$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$
 Model 6: model je statistički značajan i odgovara podacima ($\chi^2 = 17,33$, $df = 6$, $p < 0,01$); Cox i Snell $R^2 = 0,25$; Nagelkerke $R^2 = 0,35$; Hosmer i Lemeshow test $p > 0,05$

⁴ Zbog malog uzorka, kao i teorijskih i praktičnih implikacija nalaza, model se tretira kao statistički značajan.

posljednjih šest mjeseci. Točnije, za svaku jedinicu porasta na komponenti Odgovornost prema zdravlju šansa za iskustvo testiranja na HIV povećava se za 61% (95% IP: 6% - 145%), ako su sve ostale varijable u modelu konstantne, odnosno, za svaku jedinicu porasta na komponenti Negiranje rizika šansa za iskustvo testiranja na HIV smanjuje se za 33% (95% IP: 53% - 5%), ako su sve ostale varijable u modelu konstantne. Ovim su rezultatima u velikoj mjeri potvrđene hipoteze testirane u ovoj studiji—H₁: Oni ispitanici koji su se testirali na HIV imat će pozitivniji stav⁵ prema testiranju na HIV od onih ispitanika koji se nisu testirali na HIV; i H₂: Oni ispitanici koji su se testirali na HIV u posljednjih 6 mjeseci imat će pozitivniji stav prema testiranju na HIV od onih ispitanika koji su se testirali na HIV prije više od 6 mjeseci ili se nisu testirali na HIV.

5. RASPRAVA

Testiranje na HIV prepoznato je kao važna metoda prevencije širenja zaraze HIV-om, pri čemu je rana dijagnoza često ključna za kvalitetnu skrb. Drugim riječima, one osobe koje imaju kasniju dijagnozu, imaju i lošije zdravstvene ishode. Zbog ovih je razloga jedan od glavnih ciljeva Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a testiranje što je većeg broja osoba u povećanom riziku od zaraze HIV-om, prvenstveno GBM. No unatoč tome što je testiranje na HIV besplatno, anonimno i dostupno u svim većim gradovima u Hrvatskoj, programatski i istraživački podaci sugeriraju da GBM ne koriste usluge testiranja na HIV u mjeri u kojoj je ono preporučeno.

⁵ Pozitivniji stav prema testiranju na HIV odnosi se na niži prosjek rezultata na komponentama Strah od posljedica i Negiranje rizika, odnosno na viši prosjek rezultata na komponenti Odgovornost prema zdravlju.

S ciljem doprinosa proširenju literature o korelatima testiranja na HIV, kao i usmjeravanja razvoja strategija poticanja većeg korištenja usluga besplatnog i anonimnog testiranja na HIV među GBM u ovome su radu istraženi neki sociodemografski, bihevioralni i socio-kognitivni faktori povezani s odabirom odlaska na testiranje na HIV među hrvatskih GBM. U ove je svrhe za potrebe studije konstruiran instrument namijenjen mjerenju stava o testiranju na HIV. Komponentne faktorske analize uputile su na postojanje triju zasebnih, no povezanih, komponenata stava o testiranju na HIV—dvije negativne dimenzije nazvane Strahom od posljedica testiranja na HIV i Negiranjem rizika od zaraze HIV-om, i jedna pozitivna dimenzija nazvana Odgovornošću prema zdravlju. Rezultati također sugeriraju da su oni GBM koji imaju veći strah od negativnih posljedica testiranja na HIV također obilježeni i većim negiranjem rizika od zaraze HIV-om, kao i da se u manjoj mjeri slažu s idejom da je testiranje na HIV odraz brige i odgovornosti prema zdravlju. S obzirom na izostanak empirijske potvrde jednodimenzionalne strukture SSTHIV, preporuka je da se u budućim istraživanjima u analizama svaka od komponenata SSTHIV koristi zasebno, odnosno da se SSTHIV ne koristi kao kompozitni instrument.

U ovoj je studiji pronađeno nekoliko statistički značajnih razlika u prosječnim rezultatima na trima komponentama SSTHIV s obzirom na individualne socio-demografske, odnosno bihevioralne karakteristike GBM. Mlađi su ispitanici imali viši prosječni rezultat na komponenti Negiranje rizika od starijih ispitanika. Ovaj se nalaz uklapa u, u literaturi zabilježenu, nižu osviještenost o posljedicama rizičnoga ponašanja među mlađima, nego među starijim osobama (Mustanski, Rendina, Greene, Sullivan, & Parsons, 2014). Povezanost dobi i iskustva testiranja na HIV, koju sugeriraju rezultati multivarijatne logističke regresije, nije iznenađujuća, budući da

su stariji GBM imali i više vremena od mlađih GBM da se odluče testirati se na HIV. S druge strane, kada se u multivarijantni model uključila komponenta SSTHIV Negiranje rizika, povezanost između dobi i testiranja na HIV nije bila zabilježena. Ovaj nalaz sugerira mogućnost da je mehanizam koji stoji u pozadini odabira testiranja na HIV veće osvještavanje rizika od zaraze HIV-om, koje je u većoj mjeri bilo zabilježeno među starijim GBM. Razlika između GBM koji žive i onih koji ne žive u Zagrebu u prosječnom rezultatu na komponenti SSTHIV Strah od posljedica također nije iznenađujuća, no u budućim bi se istraživanjima više trebali istražiti uzroci straha od prepoznavanja, pogotovo s obzirom na povezanost između Straha od posljedica i testiranja na HIV u posljednjih šest mjeseci, koja je utvrđena u multivarijantnoj analizi. Na primjer, moguće je da je Strah od posljedica testiranja u većoj mjeri povezan s (internaliziranom) homofobijom. S obzirom na rezultate nekoliko istraživanja u kojima je pronađena povezanost homofobije i netestiranja na HIV (Parent et al., 2012; Pyun et al., 2014; Santos et al., 2013; Scott et al., 2013; Sullivan et al., 2012; Wao et al., 2016; Zeglin, 2015), u budućim bi istraživanjima vrijedilo istražiti i ulogu straha od ostalih mogućih posljedica prepoznavanja na mjestima za testiranje na HIV te, u skladu s rezultatima, ili osigurati još veću zaštitu anonimnosti, ili na bolji način predstaviti testiranje na HIV kao dio rutinske brige za vlastito zdravlje (Kaai et al., 2012; Traversy et al., 2015). Statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na svim trima komponentama SSTHIV pronađena je između GBM koji jesu i onih koji nisu u posljednjih šest mjeseci imali nezaštićeni seksualni odnos. Oni GBM koji su u posljednjih šest mjeseci imali nezaštićeni seksualni odnos, imali su veći strah od posljedica testiranja na HIV i više su negirali vlastiti rizik od zaraze HIV-om te su u manjoj mjeri testiranje na HIV vidjeli kao odraz brige za zdravlje, od onih GBM koji u posljednjih šest mjeseci nisu imali nezaštićeni seksualni odnos. Ovi se nalazi u određenoj mjeri mogu objasniti ulogom

maskuliniteta u zdravlju muškaraca (Parent et al., 2012; Zeglin, 2015). Točnije, dostupna literatura sugerira da zbog normi maskuliniteta muškarci često odgađaju korištenje preventivnih ili kurativnih zdravstvenih usluga, dok se maskulinitet često poistovjećuje s potragom za uzbuđenjem i avanturama, odnosno s preuzimanjem, između ostalih i seksualnih rizika (Knight et al., 2012; O'Brien, Hunt, & Hart, 2005).

Konzistentan prediktor testiranja na HIV u posljednjih šest mjeseci u trima multivarijatnim analizama bila je seksualna orijentacija. Budući da prijašnja istraživanja sugeriraju da unatoč tome što se više razine rizičnoga seksualnoga ponašanja bilježe među biseksualnim, nego među gej muškarcima (Everett, Schnarrs, Rosario, Garofalo, & Mustanski, 2014), biseksualni muškarci imaju znatno manju šansu da su se testirali na HIV nego gej muškarci (Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco, & Hoy-Ellis, 2013), ovaj rezultat upućuje na nužnost veće ciljane promocije testiranja na HIV među biseksualnim muškarcima. Naposljetku, dvije su komponente SSTHIV—Odgovornost prema zdravlju i Negiranje rizika—u multivarijatnoj analizi bile povezane s testiranjem na HIV u posljednjih šest mjeseci, čime su u velikoj mjeri potvrđene hipoteze testirane u ovoj studiji. S obzirom na rezultate prijašnjih istraživanja, prema kojima je percepcija rizika od zaraze HIV-om često nedovoljan poticaj na odlazak na testiranje na HIV (Stephenson, White, Darbes, Hoff, & Sullivan, 2015), promocijom testiranja na HIV kao brige za vlastito ili za zdravlje partnera zaobišlo bi se oslanjanje na procjenu vlastitoga rizika od zaraze HIV-om. Točnije, percepcija vlastitoga rizika od zaraze, koja je u ovoj i drugim studijama prepoznata kao važna prepreka odlasku na testiranje na HIV (Bowring et al., 2015; de Wit & Adam, 2008; Deblonde et al., 2010; Evangeli et al., 2015; Kaai et al., 2012; Mackellar et al., 2011; Manirankunda et al., 2009; Mikolajczak et al., 2006; Song et al., 2011; Traversy et al., 2015), u

preventivnim bi se porukama i programima mogla barem donekle zamijeniti promocijom testiranja na HIV kao izraza brige za zdravlje, u svrhu rutinizacije i normalizacije i potencijalno većeg korištenja programa testiranja na HIV među GBM (Kaai et al., 2012; Traversy et al., 2015).

Ograničenja studije

Uz kros-sekcijski nacrt, koji onemogućuje kauzalno zaključivanje, glavno je ograničenje ove studije mali broj ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju. Nadalje, bitno je spomenuti i tek djelomičnu empirijsku potvrdu konceptualne poddomene SSTHIV Zablude o testiranju na HIV ekstrahiranom komponentom Negiranje rizika. S obzirom na važnost ove komponente SSTHIV u bivarijantnim i multivarijantnim analizama, nužna je bolja teorijska razrada Negiranja rizika, reformulacija pretpostavljenih čestica te ponavljanje empirijske potvrde ove komponente SSTHIV u budućim istraživanjima.

6. ZAKLJUČAK

S ciljem doprinosa proširenju literature o korelatima testiranja na HIV, u ovome su radu istraženi neki sociodemografski, bihevioralni i socio-kognitivni faktori povezani s odabirom odlaska na testiranje na HIV među hrvatskim GBM te je za potrebe studije konstruiran i instrument za mjerenje stava o testiranju na HIV. U skladu s prijašnjom literaturom, gej muškarci su imali veću šansu da su se testirali na HIV u posljednjih šest mjeseci nego biseksualni muškarci. Sugerirajući značajan doprinos dviju od tri komponenta SSTHIV u odabiru odlaska na testiranje na HIV, SSTHIV se čini kao dobra mjera koja u teorijskom i praktičnom smislu može doprinijeti razumijevanju stava o testiranju na HIV i usmjeriti razvoj strategija poticanja većeg korištenja usluga besplatnog i anonimnog testiranja na HIV. Prijedlog je u budućim preventivnim

programimama manje oslanjanje na percepciju vlastitoga rizika od zaraze HIV-om, odnosno poticanje rutinizacije i normalizacije testiranja na HIV dijelom kroz promociju testiranja na HIV kao izraza brige za zdravlje. S obzirom na izostanak prepreka korištenju SSTHIV u sadržajnom kontekstu, preporuka je i validacija SSTHIV u drugim populacijama, odnosno koristeći uzorke, na primjer, heteroseksualnih osoba ili žena.

7. ZAHVALE

Ovim putem želim se zahvaliti mentorici Kseniji Klasnić za pomoć, podršku i entuzijazam koje mi je pružila tokom izrade ovoga rada, kao i ranije tokom studija sociologije na Filozofskom fakultetu. Iznimno cijenim njen veliki trud u izvođenju nastave, kao i pomoć u realizaciji ovog i ostalih projekata.

Također želim spomenuti i profesore Krešimira Kufrina, Benjamina Čuliga, Ivana Landripeta, Vesnu Buško i Aleksandra Štulhofera te Izvora Rukavinu i Blaža Rebernjaka pod čijim sam vodstvom prošla metodološku cjelinu kurikuluma studija sociologije, kao i Ivanu Božičević, Senada Handanagića i Zorana Dominkovića iz Suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije za praćenje epidemije HIV-a pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Neizmjereno sam zahvalna na znanju, podršci i prilikama za diskusiju i suradnju koje su mi pružili.

Naposljetku, želim se zahvaliti i udruzi Zagreb Pride na pomoći pri prikupljanju podataka, kao i svim muškarcima koji su odvojili svoje vrijeme kako bi sudjelovali u ovome istraživanju.

8. LITERATURA

- Adam, P. C. G., de Wit, J. B. F., Bourne, C. P., Knox, D., & Purchas, J. (2014). Promoting regular testing: An examination of HIV and STI testing routines and associated socio-demographic, behavioral and social-cognitive factors among men who have sex with men in New South Wales, Australia. *AIDS and Behavior*, *18*(5), 921–932. doi:10.1007/s10461-014-0733-z
- Awad, G. H., Sagrestano, L. M., Kittleson, M. J., & Sarvela, P. D. (2004). Development of a measure of barriers to HIV testing among individuals at high risk. *AIDS Education and Prevention*, *16*(2), 115–125.
- Bačak, V. (2006). Uzorkovanje upravljano ispitanicima: novi pristup uzorkovanju skrivenih populacija. *Revija za sociologiju*, *37*(3-4), 193-204.
- Beougher, S. C., Bircher, A. E., Chakravarty, D., Darbes, L. A., Mandic, C. G., Neilands, T. B., ... Hoff, C. C. (2014). Motivations to test for HIV among partners in concordant HIV-negative and HIV-discordant gay male couples. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(2), 499–508. doi:10.1007/s10508-014-0403-2
- Bowring, A. L., Pasomsouk, N., Higgs, P., Sychareun, V., Hellard, M., & Power, R. (2015). Factors influencing access to sexual health care among behaviorally bisexual men in Vientiane, Laos: A qualitative exploration. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, *27*(8), 820–834. doi:10.1177/1010539515612909
- Božičević, I., Đaković Rode, O., Židovec Lepej, S., Johnston, L. G., Štulhofer, A., Dominković, Z., ... Begovac, J. (2009). Prevalence of sexually transmitted infections among men who have sex with men in Zagreb, Croatia. *AIDS and Behavior*, *13*(2), 303–309. doi:10.1007/s10461-008-9436-7
- Božičević, I., Židovec Lepej, S., Đaković Rode, O., Grgić, I., Janković, P., Dominković, Z., ... Begovac, J. (2012). Prevalence of HIV and sexually transmitted infections and patterns of recent HIV testing among men who have sex with men in Zagreb, Croatia. *Sexually Transmitted Infections*, *88*, 539–544.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Beverly Hills: Sage Publications
- Chesney, M. A., & Smith, A. W. (1999). Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. *American Behavioral Scientist*, *42*(7), 1162–1174.

doi:10.1177/00027649921954822

- Cohen, M. S., Ying, C., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... Study, H. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 365(6), 493–505. doi:10.1056/NEJMoa1105243
- Darbes, L. A., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., & Hoff, C. C. (2012). Partner-provided social support influences choice of risk reduction strategies in gay male couples. *AIDS and Behavior*, 16(1), 159–167. doi:10.1007/s10461-010-9868-8
- Daskalakis, D., Silvera, R., Bernstein, K., Stein, D., Hagerty, R., Hutt, R., ... Marmor, M. (2009). Implementation of HIV testing at two New York City bathhouses: From pilot to clinical service. *Clinical Infectious Diseases*, 48(11), 1609–16. doi:10.1086/598979
- de Wit, J. B. F., & Adam, P. C. G. (2008). To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9(SUPPL. 2), 20–22. doi:10.1111/j.1468-1293.2008.00586.x
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S., & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(4), 422–432. doi:10.1093/eurpub/ckp231
- European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2014). *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Dostupno na <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf> [pristup 01.02.2015.]
- The EMIS Network. EMIS 2010 (2013). *The European Men Who Have Sex With Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Dostupno na <http://www.emis-project.eu/final-report> [pristup 4.12.2014]
- Evangelis, M., Pady, K., & Wroe, A. L. (2015). Which psychological factors are related to HIV testing? A quantitative systematic review of global studies. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-015-1246-0
- Everett, B. G., Schnarrs, P. W., Rosario, M., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2014). Sexual orientation disparities in sexually transmitted infection risk behaviors and risk determinants among sexually active adolescent males: results from a school-based sample. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1107–1112.

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1802-1809.
- Handanagić, S., Božičević, I., Čivljak, M., Dominković, Z., Šević, S., Barbarić, J., ... & Begovac, J. (2016). HIV and hepatitis C prevalence, and related risk behaviours among people who inject drugs in three cities in Croatia: Findings from respondent-driven sampling surveys. *International Journal of Drug Policy*. doi:10.1016/j.drugpo.2016.04.007
- Kaai, S., Bullock, S., Burchell, A. N., & Major, C. (2012). Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: An integrated review. *Patient Education and Counseling, 88*(1), 4–15. doi:10.1016/j.pec.2011.11.011
- Knight, R., Shoveller, J. A., Oliffe, J. L., Gilbert, M., Frank, B., & Ogilvie, G. (2012). Masculinities, guy-talk and manning up: A discourse analysis of how young men talk about sexual health. *Sociology of Health & Illness, 34*, 1246–1261.
- Lauby, J. L., Bond, L., Eroglu, D., & Batson, H. (2006). Decisional balance, perceived risk and HIV testing practices. *AIDS and Behavior, 10*(1), 83–92. doi:10.1007/s10461-005-9029-7
- Mackellar, D. A., Hou, S.-I., Whalen, C. C., Samuelsen, K., Sanchez, T., Smith, A., ... Sullivan, P. (2011). Reasons for not HIV testing, testing intentions, and potential use of an over-the-counter rapid HIV test in an internet sample of men who have sex with men who have never tested for HIV. *Sexually Transmitted Diseases, 38*(5), 419–28. doi:10.1097/OLQ.0b013e31820369dd
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvão, J., Mane, P., & Verrall, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health, 8*(4), 347–370. doi:10.1080/09581599808402920
- Manirankunda, L., Loos, J., Alou, T. A., Colebunders, R., & Nöstlinger, C. (2009). “It’s better not to know”: perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention, 21*(6), 582–593. doi:10.1521/aeap.2009.21.6.582
- Matković Puljić, V., Kosanović Ličina, M. L., Kavić, M., & Nemeth Blažić, T. (2014). Repeat HIV testing at voluntary testing and counseling centers in Croatia: successful HIV prevention or failure to modify risk behaviors? *PloS One*. doi:10.1371/journal.pone.0093734

- Meiberg, A. E., Bos, A. E. R., Onya, H. E., & Schaalma, H. P. (2008). Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East African Journal of Public Health*, 5(2), 49–54.
- Mikolajczak, J., Hospers, H. J., & Kok, G. (2006). Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: An internet study. *AIDS and Behavior*, 10(4), 431–435. doi:10.1007/s10461-006-9068-8
- Mustanski, B., Rendina, H. J., Greene, G. J., Sullivan, P. S., & Parsons, J. T. (2014). Testing negative means I'm lucky, making good choices, or immune: diverse reactions to HIV test results are associated with risk behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 371–383.
- Nemeth Blažić, T., & Pavlić, J. (2013). Epidemiologija HIV/AIDS-a u Hrvatskoj i rad centara za besplatno i anonimno savjetovanje i testiranje na HIV. *Infektološki Glasnik*, 33, 27–33.
- O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*, 61(3), 503–516. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.008
- Parent, M. C., Torrey, C., & Michaels, M. S. (2012). "HIV testing is so gay": The role of masculine gender role conformity in HIV testing among men who have sex with men. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 465–470. doi:10.1037/a0028067
- Prati, G., Breveglieri, M., Lelleri, R., Furegato, M., Gios, L., & Pietrantoni, L. (2014). Psychosocial correlates of HIV testing among men who have sex with men in Italy: A cross-sectional study. *International Journal of STD & AIDS*, 25(7), 496–503. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0956462413515193
- Pyun, T., Santos, G.-M., Arreola, S., Do, T., Hebert, P., Beck, J., ... Ayala, G. (2014). Internalized Homophobia and Reduced HIV Testing Among Men Who Have Sex With Men in China. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 26(2), 118–25. doi:10.1177/1010539514524434
- Santos, G.-M., Beck, J., Wilson, P. a, Hebert, P., Makofane, K., Pyun, T., ... Ayala, G. (2013). Homophobia as a barrier to HIV prevention service access for young men who have sex with men. *JAIDS - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(5), 167–170. doi:10.1097/QAI.0b013e318294de80
- Scott, H. M., Pollack, L., Rebchook, G. M., Huebner, D. M., Peterson, J., & Kegeles, S. M. (2013). Peer Social Support is Associated with Recent HIV Testing Among Young Black

- Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 18(5), 913–920. doi:10.1007/s10461-013-0608-8
- Služba za epidemiologiju (2013). Epidemiologija HIV infekcije i AIDS-a u Hrvatskoj. Dostupno na <http://hzjz.hr/epidemiologija-hiv-infekcije-i-aids-a-u-hrvatskoj/> [pristup 4.12.2014.]
- Song, Y., Li, X., Zhang, L., Fang, X., Lin, X., Liu, Y., & Stanton, B. (2011). HIV-testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in Beijing, China. *AIDS Care*, 23(2), 179–186. doi:10.1080/09540121.2010.487088
- Stephenson, R., White, D., Darbes, L., Hoff, C., & Sullivan, P. (2015). HIV Testing Behaviors and Perceptions of Risk of HIV Infection Among MSM with Main Partners. *AIDS and Behavior*, 19(3), 553–560. doi:10.1007/s10461-014-0862-4
- Sullivan, P. S., Carballo-Diéguez, A., Coates, T., Goodreau, S. M., McGowan, I., Sanders, E. J., ... Sanchez, J. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 388–399. doi:10.1016/S0140-6736(12)60955-6
- Traversy, G. P., Austin, T., Ha, S., Timmerman, K., & Gale-Rowe, M. (2015). An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. *Canada Communicable Disease Report*, 41(12), 304–321.
- Wao, H., Aluoch, M., Odoni, G. O., Tenge, E., & Iznaga, T. (2016). MSM's versus health care providers' perceptions of barriers to uptake of HIV/AIDS-related interventions: Systematic review and meta-synthesis of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Sexual Health*. doi:10.1080/19317611.2016.1153560
- Zeglin, R. J. (2015). Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: A systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1979–1990. doi:10.1007/s10508-015-0501-9

9. SAŽETAK

S ciljem doprinosa proširenju literature o korelatima testiranja na HIV, u ovome su radu istraženi neki socio-demografski, bihevioralni i socio-kognitivni faktori povezani s odabirom odlaska na testiranje na HIV među hrvatskim gej i biseksualnim muškarcima (GBM). Studija je provedena koristeći *online* uzorak od 60 GBM koji žive u Hrvatskoj ($M_{\text{dob}} = 29,1$, $SD = 8,37$). Za potrebe studije konstruiran je instrument za mjerenje stava o testiranju na HIV (SSTHIV). Empirijski je potvrđena tri-komponentna struktura SSTHIV od koji se dvijema dimenzijama (Strah od posljedica i Negiranje rizika) mjeri negativan stav prema testiranju na HIV, dok se jednom dimenzijom (Odgovornost prema zdravlju) mjeri pozitivan stav prema testiranju na HIV. U skladu s prijašnjim nalazima, u multivarijantnoj analizi gej muškarci su imali veću šansu da su se testirali na HIV u posljednjih šest mjeseci nego biseksualni muškarci. Budući da rezultati sugeriraju značajan doprinos dviju od tri komponenta SSTHIV (Odgovornost prema zdravlju i Negiranje rizika) u odabiru odlaska na testiranje na HIV u posljednjih šest mjeseci, SSTHIV se čini kao dobra mjera koja u teorijskom i praktičnom smislu može doprinijeti razumijevanju stava o testiranju na HIV i usmjeriti razvoj strategija poticanja većeg korištenja usluga besplatnog i anonimnog testiranja na HIV među GBM. Prijedlog je u budućim preventivnim programima manje oslanjanje na percepciju vlastitoga rizika od zaraze HIV-om, odnosno poticanje normalizacije testiranja na HIV, dijelom kroz promociju testiranja na HIV kao rutinske brige za zdravlje.

Ključne riječi: Gej/biseksualni muškarci, testiranje na HIV, prevencija, percepcija rizika, komponentna faktorska analiza

10. SUMMARY

Who decides to get tested for HIV? Predictors of HIV testing among Croatian gay and bisexual men

Aiming to contribute to the literature on correlates of HIV testing, this paper sought to explore socio-demographic, behavioral, and socio-cognitive factors related to HIV testing among Croatian gay and bisexual men (GBM). The study was conducted using an online sample of 60 GBM living in Croatia ($M_{\text{age}} = 29,1$, $SD = 8,37$). A measure of attitude towards HIV testing (ATHIVT) was constructed for the study. A three-component structure of ATHIVT was empirically confirmed. Two subscales—Fear of Consequences, and Risk Denial—measured a negative attitude, and one subscale—Responsibility towards Health—measured a positive attitude towards HIV testing. Consistent with previous research, multivariate assessment showed that gay men were more likely than bisexual men to have received an HIV test in the previous six months. Considering that this study's results point to a substantial role of two out of three components of ATHIVT (Responsibility towards Health, and Risk Denial) in recent HIV testing, ATHIVT appears to be a good measure that can both theoretically and practically contribute to the understanding of attitudes towards HIV testing, as well as direct strategies aiming to increase utilization of free and anonymous HIV testing among GBM. Future HIV prevention programmes should focus less on personal risk perception, and more on normalization of HIV testing, in part through promotion of HIV testing as a part of routine health care.

Key words: Gay/bisexual men, HIV testing, prevention, risk perception, principal components analysis

Prilog 1. Skala stava o testiranju na HIV

Uputa: Nema uvjeta za ispunjavanje instrumenta; instrument mogu popunjavati osobe svih spolova, rodova i seksualnih orijentacija, no iz analize se trebaju isključiti one osobe koje znaju da su HIV-pozitivne.

Potka: Niže su navedene tvrdnje koje se odnose na neka moguća razmišljanja o testiranju na HIV. Molim Vas, procijenite koliko se Vi osobno slažete sa svakom od niže navedenih tvrdnji.

Skala slaganja: 1 = Uopće se ne slažem, 2 = Ne slažem se, 3 = Ne znam/Ne mogu procijeniti, 4 = Slažem se, 5 = U potpunosti se slažem.

Iz peterotomnih varijabli zbrajanjem rezultata se konstruiraju odgovarajuće aditivne subskale.

Tablica 6. Skala stava o testiranju na HIV – Čestice za konstrukciju subskala

Subskale	Čestice
Strah od posljedica	Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam HIV-pozitivan. Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam promiskuitetan. Da partneru/ici predložim testiranje na HIV, on/a bi to doživio/doživjela kao da nemam povjerenja u njega/nju. Ne vjerujem da je testiranje na HIV potpuno anonimno. Brinem da bi netko koga znam mogao saznati da sam išao na testiranje na HIV, pa bi se pročulo da sam gej.
Odgovornost prema zdravlju	Važno mi je da znam svoj HIV-status jer, sam tako odgovoran prema zdravlju svog/je seksualnog/e partnera/ice. Važno mi je da znam svoj HIV status, jer sam tako odgovoran prema vlastitome zdravlju. Da sam HIV-pozitivan, htio bih to što prije saznati kako bi liječenje bilo uspješnije.
Negiranje rizika	Nemam vremena ići testirati se na HIV. Ne trebam se testirati na HIV, jer je mogućnost da se zarazim HIV-om zanemarivo mala. Ako se moj/a partner/ica testirao na HIV i negativan/na je, nema potrebe da se i ja testiram.