

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
PROGRAMI DOKTORATURË

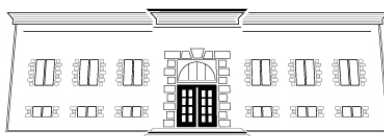
**PERCEPTIMET E STUDENTËVE TË
UNIVERSITETIT “I.QEMALI” TË
VJORËS RRETH SJELLJEVE
SEKSUALE DHE RISKUT NDAJ
INFEKSIONIT HIV/AIDS**



KANDIDATI: REZARTA LALO

**UDHËHEQËS SHKENCOR:
PROF.DR. GJERGJI THEODHOSI**

TIRANË 2016



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DISERTACION

I

**PARAQITUR NGA:
ZNJ. REZARTA LALO**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

**TEMA: PERCEPTIMET E STUDENTËVE TË
UNIVERSITETIT TË VLORËS RRETH
SJELLJEVE SEKSUALE DHE RISKUT NDAJ
INFEKSIONIT HIV/AIDS**

MBROHET MË DATË: _____ / _____ 2016

PARA JURISË:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. PROF.DR. EDI KAKARIQI | KRYETAR |
| 2. PROF.DR. PËLLUMB PIPERO | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. PROF.ASC. NAJADA ÇOMO | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. PROF.ASC. EDMOND PISTULLI | ANËTAR |
| 5. PROF.ASC. KIRI ZALLARI | ANËTAR |



FALENDERIME

Dëshiroj të shpreh mirënjohje dhe falenderim për të gjithë personat që më kanë ndihmuar dhe kanë kontribuar në realizimin e këtij punimi, për suportin dhe besimin e tyre.

Në shenjë respekti për mbështetjen dhe ndihmën e vlefshme për mua, falenderoj Udhëheqësin Shkencor **Prof/Dr Gjergji Theodhosi**.

Falenderoj bashkëautorët e artikujve dhe prezantimeve në konferenca që kishin në fokus çështjet e trajtuara në këtë punim, për bashkëpunimin e tyre.

Falenderoj Stafin Drejtues dhe Këshillin e Etikës të Universitetit të Vlorës për mundësinë dhe lejen etike në realizimin e këtij punimi.

Falenderoj kolegët e mi, pedagogë të Universitetit “Ismail Qemali” të Vlorës për bashkëpunimin në shpërndarjen e pyetësorëve, studentët pjesëmarrës të këtij punimi për seriozitetin, gadishmërinë dhe korrektësinë në plotësimin e pyetësorëve.

Një falenderim të veçantë e kam për Znj Alberta Breshanaj, që realizoi përpunimin statistikor të rezultateve të këtij studimi.

Falenderoj të gjithë miqtë e mi për mbështetjen dhe inkurajimin në rrugëtimin e gjatë dhe të rëndësishëm të këtij disertacioni.

FALEMINDERIT TË GJITHËVE!



DEDIKIM

Këtë punim ia dedikoj dy familjeve shumë të shtrenjta për mua:

Prindërve dhe vëllait tim që kanë qenë dhe janë frymëzim dhe mbështetje në çdo hap të jetës dhe punës sime.

Bashkëshortit dhe fëmijëve të mi të mrekullueshëm për mbështetjen, mirëkuptimin dhe kohën e privuar për realizimin me sukses të këtij punimi.

JU FALEMINDERIT PERZEMËRSISHT!



DEKLARATË

Unë deklaroj se punimi me temë: *“Perceptimet e studentëve të Universitetit “Ismail Qemali” të Vlorës rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV/AIDS”* nuk është plagjiaturë, por është puna ime si në konceptim dhe në realizim. Burimet që kam përdorur ose cituar janë treguar dhe janë prezantuar në seksionin përkatës të referencave.

DEKLARUESI

Rezarta LALO

DATA

Vlorë më, 01.12.2015

Citim i mundshëm: Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shkencave Teknike Mjekësore, Rezarta Lalo *“Perceptimet e studentëve të Universitetit të Vlorës rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV/AIDS”*, Temë Disertacioni, Tiranë 2016.

© Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në formë të tjera elektronike dhe/ose çdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.



ABSTRAKT

Hyrje: Shëndeti seksual i të rinjve është konsideruar një problem i Shëndetit Publik. Të rinjtë shqiptarë megjithëse kanë njohuri relativisht të mira rreth infeksionit HIV/AIDS, praktikojnë sjellje seksuale me risk dhe mbajnë qëndrime stigmatizuese ndaj personave që jetojnë me këtë virus.

Qëllimi: Vlerësimi i perceptimeve të studentëve të Universitetit të Vlorës rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infektimit me HIV në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme informuese, edukuese dhe parandaluese.

Metodologjia: Është një studim deskriptiv cross-sectional dhe një metodë kuantitative që mbledh informacion nëpërmjet një pyetësori të strukturuar me vetadministrim nga një kampion prej 721 studentësh të UV të përzgjedhur në mënyrë rastesore. Për analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor SAS version 9.1.

Rezultatet: Shumica e studentëve të UV, 65% kishin njohuri të mira mbi HIV/AIDS, por 29% prej tyre manifestonin praktika seksuale riskoze. Prevalenca e marrëdhënieve seksuale është 67%, ndërsa 56% prej tyre kanë kryer marrëdhënie seksuale në moshë të hershme. 11% e studentëve kanë kryer seks nën efektin e alkolit/drogës, ndërkohë që vetëm 21% e perceptojnë riskun e infektimit me HIV. Rreth 22% nuk e kanë përdorur kurrë kondomin, ndërsa 44% nuk e kanë përdorur në menyrë konsistente. 78% nuk e kanë kryer testin për HIV dhe frika ndaj stigmatizimit ishte një nga barrierat e moskryerjes së tij ($p < 0.0001$). Studentët me njohuri më të mira mbanin qëndrime më të favorshme ndaj personave që jetojnë me HIV ($p < 0.0001$). Studentët që kishin perceptime të gabuara ndaj barrierave dhe besimeve të shëndetit lidhur me HIV/AIDS, manifestonin praktika më riskoze ($p = 0.2964$).

Konkluzione: Studentët e UV treguan një nivel të kënaqshëm të njohurive mbi HIV/AIDS, por informacion të limituar lidhur me disa prej rrugëve të transmetimit të tij dhe qëndrim stigmatizues ndaj personave me HIV. Promocioni i sjelljeve seksuale të shëndetshme, informimi i vazhdueshëm i të rinjve mbi HIV/AIDS, konsiderohen strategji parandaluese me impakt të dallueshëm në shëndetin e tyre.



PËRMBAJTJA E DISERTACIONIT

	Faqja
FALENDERIME.....	III
DEDIKIM.....	IV
DEKLARATË.....	V
ABSTRAKTI.....	VI
LISTA E TABELAVE.....	IX
LISTA E FIGURAVE.....	XI
LISTA E SHKURTIMEVE.....	XII
KAPITULLI I – HYRJE.....	13
1.1 Sfondi dhe Parashtrimi i problemit.....	13
1.2 Rëndësia e studimit.....	15
1.3 Struktura e punimit.....	16
KAPITULLI II - PËRMBLEDHJE E LITERATURËS.....	17
2.1 Përkufizimi operacional i termave kyc.....	17
2.2 Epidemia botërore e HIV/AIDS.....	18
2.3 Njohuri, qendrimet mbi HIV/AIDS. Sjelljet e rrezikshme dhe faktorët kontribues në përhapjen e këtij infeksioni.....	27
2.4 Një paraqitje e shkurter e hulumtimeve të mëparshme për Njohuritë, Qendrimet dhe Sjelljet risikoze seksuale te studentëve universitarë në lidhje me HIV/AIDS në Shqipëri, Europë dhe më gjerë.....	37
KAPITULLI III - PREZANTIMI I STUDIMIT.....	44
3.1 Përkufizimi i problemit.....	44
3.2 Qëllimi dhe Objektivat.....	44
3.3 Metodologjia e studimit.....	45
3.3.1 Historiku i kërkimit, përshkrimi i fazave të kërkimit.....	45
3.3.2 Metoda kërkimore.....	46
3.3.3 Popullata target dhe metoda e kampionimit.....	47
3.3.4 Proçedura e mbledhjes së të dhënave.....	48
3.3.5 Përshkrimi i instrumentit matës.....	48
3.3.6 Pilotimi i instrumentit.....	51
3.3.7 Analiza statistikore e të dhënave.....	51
3.3.8 Konsideratat etike.....	52



KAPITULLI IV - REZULTATET E STUDIMIT.....53

4.1	Paraqitja deskriptive, analitike e rezultateve dhe Diskutimi i tyre sipas seksioneve te pyetesorit.....	53
4.1.1	Te dhenat personale te anketuareve sipas Seksionit te Pare te pyetesorit.....	53
4.1.1.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Pare.....</i>	<i>55</i>
4.1.2	Karakteristikat seksuale dhe perceptimi i riskut per HIV tek studentet me pervoje seksuale sipas Seksionit te Dyte te pyetesorit.....	59
4.1.2.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Dyte.....</i>	<i>65</i>
4.1.3	Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS te studenteve te anketuar sipas Seksioni te Trete te pyetesorit.....	74
4.1.3.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Katert te pyetesorit.....</i>	<i>77</i>
4.1.4	Vleresimi i burimit te informacionit qe studentet e anketuar kane mbi HIV/AIDS sipas Seksionit te Katert te pyetesorit.....	82
4.1.4.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas seksionit te Katert te Pyetesorit.....</i>	<i>83</i>
4.1.5	Vlerësimi i qendrimeve të studentëve mbi sjelljet seksuale sipas Seksionit të Pestë të pyetësorit.....	85
4.1.5.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Peste te pyetesorit.....</i>	<i>89</i>
4.1.6	Vleresimi i njohurive te studenteve mbi masat parandaluese sipas Seksionit te Gjashte te pyetesorit.....	93
4.1.6.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Gjashte te pyetesorit.....</i>	<i>97</i>
4.1.7	Vleresimi i perceptimit te barrierave dhe besimet ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS sipas Seksionit te Shtate te pyetesorit.....	101
4.1.7.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Shtate te pyetesorit.....</i>	<i>107</i>
4.1.8	Qendrimet e studenteve te anketuar per personat qe jetojne me HIV/AIDS sipas Seksionit te Tete te pyetesorit.....	111
4.1.8.1	<i>Diskutimi i rezultateve sipas Seksionit te Tete te pyetesorit.....</i>	<i>115</i>

KAPITULLI V - KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME.....119

5.1	Kufizimet e studimit.....	119
5.2	Konkluzione.....	119
5.2.1	Njohuri dhe Qendrimet lidhur me HIV/AIDS tek studentet e anketuar.....	120
5.2.2	Praktikat seksuale dhe sjelljet e rrezikshme. Perceptimi i riskut te infektimit me HIV tek studentet e anketuar.....	121
5.2.3	Perceptimi i barrierave dhe besimet e shendetit lidhur me HIV/AIDS.....	122
5.3	Rekomandime.....	123
5.4	Bibliografia dhe Referencat.....	125

KAPITULLI VI – SHTOJCA.....141

6.1	Pyetesor per HIV/AIDS.....	141
6.2	Analiza statistikore e rezultateve.....	147



LISTA E TABELAVE

	Faqja
Tabela nr.1: Shperndarja e te anketuareve sipas te dhenave demografike.....	53
Tabela nr.2: Analiza e variablit Moshë sipas Gjinisë.....	54
Tabela nr.3: Shpërndarja e studentëve sipas te dhenave socio-demografike.....	54
te subjekteve ne studim dhe gjinisë	
Tabela nr.4: Vleresimi i praktikave seksuale dhe sjelljeve shoqeruese.....	59
tek studentet e UV	
Tabela nr.5: Vleresimi i perceptimit te rrezikut ndaj HIV/AIDS.....	60
dhe shperndarja sipas kryerjes se testit per HIV.	
Tabela nr.6: Korelacioni midis praktikave seksuale te studenteve.....	60
dhe te dhenave socio-demografike	
Tabela nr.7: Shoqerimi i praktikave seksuale me variablin e perceptimit te riskut.....	62
per HIV te studenteve qe kane kryer marredhenie seksuale	
Tabela nr.8: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV me Gjinië.....	63
dhe Vendbanimin e studenteve me eksperience seksuale	
Tabela nr.9: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV.....	63
dhe moshes se marredhenies se pare seksuale	
Tabela nr.9.1: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV.....	64
dhe numrit te partnereve seksuale	
Tabela nr.10: Korelacioni midis variablave te praktikave seksuale te studenteve.....	64
Tabela nr.11: Shperndarja e studenteve sipas njohurive te tyre te pergjithshme.....	74
lidhur me HIV/AIDS	
Tabela nr.12: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve.....	75
Tabela nr.13: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas vleresimit te pergjigjeve.....	75
mbi njohurite e pergjithshme rreth HIV/AIDS	
Tabela nr.14: Korrelacioni midis njohurive te pergjithshme rreth HIV / AIDS.....	76
dhe variablave socio- demografike	
Tabela nr.15: Korrelacioni midis njohurive mbi HIV/AIDS dhe	77
praktikave seksuale	
Tabela nr.16: Shpërndarja e studentëve sipas numrit të mjeteve të informimit.....	82
nga marrin informacionin mbi HIV/AIDS dhe Gjinië	
Tabela nr.17: Shpërndarjen e studentëve sipas llojit të burimit të informimit.....	82
për HIV/AIDS dhe Gjinië	
Tabela nr.18: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas qendrimeve te tyre.....	85
ndaj sjelljeve seksuale.	
Tabela nr.19: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve.....	86
Tabela nr.20: Shperndarja e studenteve sipas vleresimit te qendrimeve te tyre.....	86
ndaj sjelljeve seksuale	



Tabela nr.21: Korrelacioni midis qendrimeve mbi sjelljet seksuale dhe variablave socio-demografike.....	87
Tabela nr.22: Korrelacioni midis qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale dhe experiences seksuale te studenteve te anketuar.....	88
Tabela nr.23: Korelacioni midis njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS dhe qendrimeve te studenteve te anketuar ndaj sjelljeve seksuale.....	89
Tabela nr.24: Korelacioni midis qendrimeve te studenteve te anketuar ndaj sjelljeve seksuale dhe praktikave seksuale qe ata manifestojne.....	89
Tabela nr.25: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas njohurive te tyre mbi masat parandaluese.....	93
Tabela nr.26: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve.....	94
Tabela nr.27: Korrelacioni midis njohurive mbi masat parandaluese dhe variablave socio-demografike te pjesemarresve.....	95
Tabela nr.28: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe eksperiences seksuale te studenteve.....	95
Tabela nr.29: Vleresimi i lidhjes midis njohurive mbi masat parandaluese dhe praktikave seksuale te studenteve.....	95
Tabela nr.30: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale te studenteve.....	96
Tabela nr.31: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas perceptimit te barrierave lidhur me HIV/AIDS.....	101
Tabela nr.32: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve.....	102
Tabela nr.33: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe variablave socio-demografike.....	102
Tabela nr.34: Vleresimi i perceptimit te barrierave tek studentet me eksperience te ndryshme seksuale.....	105
Tabela nr.35: Vleresimi i lidhjes midis perceptimit te barrierave dhe praktikave seksuale te studenteve.....	105
Tabela nr.36: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe qendrimit te studenteve ndaj sjelljeve seksuale.....	106
Tabela nr.37: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe njohurive mbi masat parandaluese.....	106
Tabela nr.38: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas qendrimit te tyre ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS.....	111
Tabela nr.39: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve.....	112
Tabela nr.40: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe variablave socio-demografike.....	113
Tabela nr.41: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS.....	113
Tabela nr.42: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe perceptimit te barrierave ne lidhje me HIV/AIDS.....	114



LISTA E FIGURAVE

Faqja

Grafiku nr.1: Shpërndarja e studentëve sipas Gjendjes Civile dhe Gjinisë.....	56
Grafiku nr.2: Shpërndarja e studentëve sipas Degës dhe Gjinisë.....	57
Grafiku nr.3: Shpërndarja e studentëve sipas mënyrës së akomodimit dhe gjinisë.....	57
Grafiku nr.4: Shpërndarja e studentëve sipas Eksperiencës seksuale dhe Gjinisë.....	58
Grafiku nr.5: Shpërndarja e studentëve sipas Moshës së marrëdhënies së parë seksuale	71
Grafiku nr.6: Vleresimi i praktikave seksuale te studenteve te anketuar..... sipas gjinise	72
Grafiku nr.7: Vleresimi i perceptimit te riskut te infektimit me HIV.....	72
Grafiku nr.8: Vleresimi i perceptimit te riskut te infektimit me HIV.....	73
Grafiku nr.9: Vleresimi i kryerjes se testit per HIV sipas gjinise.....	73
Grafiku nr.10: Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS sipas..... gjinise se studenteve te anketuar	80
Grafiku nr.11: Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS..... sipas deges se studimit.	81
Grafiku nr.12: Vleresimi i lidhjes se njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS..... me praktikat seksuale qe ata manifestojne	81
Grafiku nr.13: Vleresimi i burimit te informacionit mbi HIV/AIDS.....	84
Grafiku nr.14: Vleresimi i burimit te informacionit mbi HIV/AIDS sipas gjinise.....	85
Grafiku nr.15: Vleresimi i qendrimit ndaj sjelljeve seksuale sipas gjinise.....	92
Grafiku nr.16: Vleresimi i qendrimit ndaj sjelljeve seksuale sipas deges se studimit....	92
Grafiku nr.17: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale..... dhe praktikave qe ata manifestojne	93
Grafiku nr.18: Vleresimi i njohurive parandaluese mbi HIV/AIDS sipas gjinise.....	99
Grafiku nr.19: Vleresimi i njohurive parandaluese mbi HIV/AIDS..... sipas deges se studimit	100
Grafiku nr.20: Vleresimi i korelacionit njohuri parandaluese-praktika seksuale.....	100
Grafiku nr.21: Vleresimi i perceptimit te barrierave dhe besimet e shendetit lidhur..... me HIV/AIDS	110
Grafiku nr.22: Vleresimi i korelacionit midis barrierave dhe praktikave seksuale..... qe studentet e UV manifestojne	111
Grafiku nr.23: Shpërndarja e studentëve sipas Qëndrimit ndaj personave..... që jetojnë me HIV	117
Grafiku nr.24: Vleresimi i korelacionit midis njohurive te pergjithshme..... dhe qendrimeve qe mbajne ndaj personave qe jetojne me HIV	117
Grafiku nr.25: Vleresimi i perceptimit te barrierave me qendrimin stigmatizues..... ndaj personave qe jetojne me HIV	118



LISTA E SHKURTIMEVE

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome [Sindroma e Pamjaftueshmerise te Fituar]
ARV	Terapi antiretrovirale
BE	Bashkimi European
Bio-BSS	Behavioral and Biological Surveillance Study [Studim i Survejances biologjike dhe te Sjelljes]
CAFOD	Catholic Agency for Overseas Development [Agjensi Katolike per vendet ne zhvillim ne ndihme te varferise dhe vuajtjes].
CENSUS	Proces i numerimit te plote te gjithe individeve, banesave etj.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control [Qendra Europiane per Kontrollin dhe Parandalimin e Semundjeve]
HIV	Virusi i Pamjaftueshmërisë Imunitare të Njeriut [Human Immunode - ficiency Virus]
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health [Klasifikim Nderkombetar i Funksionimit te Shendetit]
IEK	Informim-Edukim-Komunikim
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
IST	Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
KAP	Knowledge, Attitude, Practice [Njohuri-Qendrime-Praktika]
KNS	Komunikimi për Ndryshimin e Sjelljes
MDG-s	Millennium Development Gols [Objektivat e Zhvillimit te Mijevjecarit]
MSM	Meshkuj qe bejne seks me meshkuj
MSH	Ministria e Shendetsise
NJQS	Njohuri, Qëndrime, Sjellje
OBSH	Organizata Boterore e Shendetit
OZHM	Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit
PDI	Perdorues i Drogave me Injektivim
PJHA	Persona që Jetojnë me HIV/AIDS
SAS	Statistical Analysis System [Sistem i Analizes Statistikore]
SST	Semundje Seksualisht e Transmetueshme
WHO	World Health Organization
UN	Kombet e Bashkuara [United Nations]
UNAIDS	Kombet e Bashkuara kundër AIDS [Joint United Nations Programme on AIDS]
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund [Fondi Nderkombetar i Emergjences per Femijet i Kombeve te Bashkuara]
UNFPA	United Nations Population Fund
UV	Universiteti i Vlores
ZEE	Zyra Ekonomike Europiane



KAPITULLI I

HYRJE

1.1 SFONDI DHE PARASHTRIMI I PROBLEMIT

Nuk ka vend ne bote qe nuk eshte prekur nga virusi HIV dhe Sindroma e Imunodeficiencies se fituar AIDS (Twahafifwa N.,2013). HIV/AIDS-i është quajtur nga shumëkush si kriza më shkatërruese në historinë e shëndetit të njeriut. Infeksioni nga HIV-i është krejtësisht i parandalueshëm, por është kthyer në pandemi për shkak të padijes, neglizhimit dhe mosrespektimit të të drejtave të njeriut. Sëmundja duket se prek ata që kanë më pak mundësi të gëzojnë të drejtat e tyre: më të varfrit e më të dobëtit (Harxhi.A et al.,2005). Ka nje korelacion sinjifikant midis prevalences se HIV dhe aspekteve te performances socio-ekonomike, ku prevalencen me te madhe e kane vendet me nivel me te ulet socio-ekonomik (Fourie and Schönsteich 2002).

Studimet mbi HIV/AIDS **ne bote** raportojne se *studentet universitare* kane gjasa me shume qe te jene ne *mesin e popullates target me te prekur nga ky infeksion* sepse disa prej tyre zhvillojne qendrimet me te shkujdesur ndaj seksit paramartesor, për shkak të zhvillimit të shpejtë të ekonomisë, ndikimit të masmediave mbi perceptimet e seksit, dhe degradimit të vlerave tradicionale, përveç të qenit seksualisht të pjekur shumë më herët se më parë (Tan et al., 2007). Gjithashtu, mjedisi universitar karakterizuar nga mungesa e mbikqyrjes prinderore të studenteve ofron një mundësi me të madhe për të rinjtë për të testuar kufijtë e lirise se sapo fituar seksuale (Duncan C, et al. 2002; Bedassa.S 2015). Nje eksperimentim i tille perfshin angazhim ne aktivitete seksuale risikoze si partneriteti i shumte, perdorimi jo konsistent i kondomit dhe te kryerit seks nen influencen e alkolit dhe drogave (Nakornkhet N, et al. 1998; Osorio.A 2015). Literatura mbi shendetin e lidhur me sjelljet thekson perceptimin e te qenurit ne risk ndaj infeksionit si nje nga kushtet e domosdoshme per ndryshimin ne sjellje (Lavra B. 2004). Sipas Avery L, 2010 fillimi i hershem i aktivitetit seksual rrit riskun e marrjes se nje infeksioni seksualisht te transmetueshem. Evidencat globale kane treguar qe moshja e fillimit te marredhenies seksuale eshte ulur mjaft (Wellings K et al. 2006). Per me teper, shkalla e perceptimit te riskut duket qe ndikon kontrollin aktual personal ne adoptimin e masave parandaluese. Perceptimi i riskut personal si njohuri individuale, ka te ngjare te ndikohet nga influencat socio-ekonomike aq gjate sa nderveprimi social lejon shkembimin e informacionit, lehteson vleresimin e pergjithshem dhe perkufizimin e kuptimit dhe te vlefshmerise se tij (UNAIDS; 2001). Universitetet mund te jene nje institucion ideal per realizimin e programeve nderhyrese parandaluese ne menyre te tille qe te rinjte e sotem “te armatosen” me njohuri te mira ne drejtim te mbrojtjes se shendetit te tyre ne pergjithesi dhe sjelljeve seksuale te shendetshme ne vecanti. E gjithë kjo për arsyen e vetme pasi gjatë realizimit të studimeve universitare, studentet janë në momentin e ndryshimeve të mundshme në drejtim të stilit të jetes se tyre (I. E. Kolawole 2010). Fare mire mund te themi se per nje numer te madh te rinjsh ky mund te jete moment me ideal per te nderhyre ne kete fushe. Aq me shume qe studentet infermiere keto informacione dhe njohuri do ti perdorin ne te njejten kohe ne drejtim te kujdesit ndaj komunitetit dhe individeve ne nevojë apo dhe ne drejtim te kujdesit ndaj vetvetes (Eriksson.L et al., 2010).



Edhe ne vendin tone, në **Shqipëri**, shëndeti seksual i të rinjve, është konsideruar si një problem i Shëndetit Publik, pavaresisht faktit se te dhenat ekzistuese dhe studimet tregojnë se Shqipëria nuk ka epidemi të perqendruar apo te gjeneralizuar te infeksionit te HIV/AIDS. Edukimi mbi shëndetin seksual është një kulturë e munguar dhe vetëm pas vitit 1992 ka filluar të diskutohet në publik për këto çështje. Edukimi seksual ka qenë i përfshirë në kurrikulat shkollore në klasën e 8-të, të ciklit 9 vjeçar, por është i pamjaftueshëm dhe jo gjithmonë zhvillohet si duhet. Po ashtu, nëse do ti referohemi faktit që moshë e fillimit të marrëdhënies seksuale është ulur mjaft, edukimi seksual në shkolla fillon në një moshë më të vonshme dhe nuk i paraprin fillimit të aktivitetit seksual të të rinjve (Harxhi.A et al.,2005). Rritja e informimit dhe ndërgjegjësimit të të rinjve rreth kontributit të mënyrave të sjelljeve të tyre në përhapjen e IST/HIV, duhet të paraprijë fillimin e aktivitetit seksual. Më pas edukimi seksual mund të influencojë për një periudhë të gjatë mbajtjen e sjelljeve të shëndetshme (Merkuri.L 2013).

Megjithëse studime të ndryshme (Bitri E. et al. 2014; Krasniqi M. 2014) kanë treguar se të rinjtë shqiptarë kanë *një nivel të kënaqshëm të njohurive rreth IST/HIV/AIDS, studime të tjera provojnë se ka një ndryshim sinjifikant midis nivelit të këtyre njohurive dhe sjelljeve të shëndetshme seksuale të tyre* (Merkuri.L 2013). Të rinjtë janë të përfshirë në ***sjellje seksuale me risk të lartë***. Gjithashtu, ata hyjnë në marrëdhënie seksuale në një moshë të hershme. Moshë e hershme e fillimit të marrëdhënies seksuale nënkupton fillimin e ekspozimit të të rinjve ndaj risqeve të ndryshme shëndetsore, siç janë infeksionet seksualisht të transmetueshme përfshi HIV/AIDS, së bashku me konsekuencat e tyre shëndetsore, sociale dhe ekonomike. Tendenca e fillimit të marrëdhënies seksuale në një moshë gjithmonë edhe më të hershme si dhe përfshirja e të rinjve në marrëdhënie seksuale paramartesore janë karakteristika të periudhës së sotme edhe në Shqipëri (Ministria e Shëndetsise se Shqipërisë MSHSH, 2007). Moshë mesatare e fillimit të marrëdhënies së parë seksuale, bazuar në studime të ndryshme duket se po vjen duke u ulur dhe është raportuar se është midis moshës 15 dhe 19 vjeç (INSTAT, ISHP 2013 dhe ICF Macro. 2010). Moshë mediane në kohën e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale mes femrave është më e ulët se ajo e meshkujve (Merkuri L. et al. 2012). Disa nga këto studime kanë raportuar se femrat kanë hyrë në marrëdhënien e tyre të parë seksuale përpara moshës 15 vjeç (Albania Health Behavior in School-Aged Children Study, 2009-2010). Fillimi i hershëm i aktivitetit seksual është vënë re më tepër tek femrat romë, ku gati 1/3 e tyre kanë kryer marrëdhënien e parë seksuale midis moshës 10-14 vjeç (Albania Bio-BSS, 2006). Këto të dhëna duken konsistente në të gjitha gjetjet. Sipas këtyre studimeve është konstatuar se femrat në zonat rurale kryejnë marrëdhënien e parë seksuale paksa më herët se sa homologet e tyre urbane ndërsa meshkujt në zonat rurale fillojnë veprimtarinë seksuale paksa më vonë se meshkujt në zonat urbane.

Studimet kanë raportuar gjithashtu edhe ***sjellje seksuale me risk*** ndër të rinjtë 15-24 vjeç si; *marrëdhënie seksuale me shumë partnerë, marrëdhënie seksuale pa prezervativ, marrëdhënie seksuale nën përdorimin e drogës apo alkoolit*. Këto sjellje janë raportuar si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat. Frekuenca e mospërdorimit të prezervativit në marrëdhënien e parë seksuale në këtë grup moshë është e lartë. Sipas studimeve të ndryshme kjo prevalencë varion nga 41 % (Burazeri G, et al., 2003) në 33.3 % (MSHSH, 2007). Arsyeja kryesore e përdorimit të prezervativit, e përmendur pothuaj në të gjitha studimet si dhe nga përqindja më e madhe e të rinjve, është raportuar shmangia e një shtatzënie të padëshiruar. Vetëm një përqindje e vogël e të rinjve përdorin prezervativin për të shmangur një IST/HIV/AIDS (MSHSH, 2007).



Një element tjetër i cili duhet marrë në konsideratë kur kryejmë studime për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e të rinjve është edhe përdorimi i shërbimeve shëndetsore prej tyre. Evidencat tregojnë se *përdorimi i shërbimeve shëndetsore prej të rinjve është i ulët*. Kështu psh, megjithëse në të 36 rrethet e vendit ekzistojnë qendrat e këshillimit e testimit vullnetar, akoma numri i këshillimeve e testeve është i ulët (HIV/AIDS Report ISHP 2011).

Sot, gjenerata e të rinjve shqiptarë është ekspozuar ndaj mjaft burimeve të ndryshme të informacionit mbi seksualitetin, përveç atyre tradicionale si familja shkolla, shoqëria. Por, megjithëse nga të dhënat e studimeve, përdorimi i medias sidomos i internetit prej të rinjve është rritur, ajo nuk përdoret prej tyre për edukim për shëndetin (Merkuri.L 2013).

1.2 RËNDËSIA E STUDIMIT

Si ne vendet me prevalencë të ulët ashtu edhe ne ato me prevalencë të lartë, pakesimi dhe reduktimi i vulnerabilitetit të të rinjve ndaj infeksionit HIV është mbrojtja kryesore kundër epidemive në të ardhmen (Dragoti.E et al.,2005). Megjithatë survejimet e ndryshme që janë bërë për studimin e sjelljeve seksuale tek të rinjtë në Shqipëri, shumë pak studime kanë vlerësuar sjelljet rrisht seksuale dhe perceptimin e riskut ndaj HIV tek të rinjtë (Burazer.G et al 2003; Merkuri. L 2013) vecanerisht në rrethin e Vlores (Bashllari. A et al., 2014). Këto studime kanë vlerësuar kryesisht njohuritë dhe qëndrimet e studenteve të universiteteve shqiptare kundrejt IST në përgjithësi sesa të HIV/AIDS në vecanti. Ka patur disa studime të tjera për vlerësimin e njohurive, sjelljeve dhe qëndrimeve rreth këtij infeksioni tek adoleshentët (Krasniqi.M 2014; Kicaj.E et al., 2014). Ka patur gjithashtu pak studime në Shqipëri me fokus stigmatizimin ndaj njerezve që jetojnë me HIV/AIDS (Dango & Agolli 2008; Morrison, Banushi et al., 2011). Gjithashtu nuk është ndermarre ndonjë studim që i përfshin të gjitha ceshtjet e mesiperme, të cilat kanë lidhje me perceptimin e riskut ndaj HIV, sjelljet rrisht seksuale, vlerësimin e njohurive të përgjithshme dhe masave parandaluese, qëndrimin stigmatizues ndaj personave që jetojnë me HIV, tek studentet e Universitetit të Vlores.

Literatura shkencore sugjeron se programet e suksesshme parandaluese, duhet patjetër të kenë të inkuorporuar edhe komponentin e Informim Edukim Komunikimi (IEK) për ndryshimin e sjelljeve shëndetësore. Nëse kjo nuk ndodh, suksesi i këtyre programeve është i limituar, ose është i destinuar të dështojë (Merkuri.L 2013).

Por, hartimi i programeve dhe ndërhyrjet e ndryshme të IEK, apo të Komunikimit për Ndryshimin e Sjelljeve (KNS) kanë nevojë të mbështeten në euidenca të qarta shkencore të cilat të vendosin në dispozicion të hartuesve të tyre, të dhëna të sakta mbi Njohuritë, Qëndrimet dhe Sjelljet (NJQS) që duhen ndryshuar në një popullatë target, lidhur me një çështje të caktuar. Ekspertët e fushës nënvizojnë qartazi rëndësinë e hartimit të programeve të promovimit shëndetësor bazuar në sigurimin paraprak të euidencave të besueshme shkencore për disenjimin, monitorimin dhe vlerësimin e këtyre ndërhyrjeve (WHO 2008). Këto euidenca sigurojnë përcaktimin/vendosjen e **“diagnozës edukative”** të një komuniteti të caktuar. Ashtu si vendosja e një diagnoze klinike është e nevojshme dhe paraprak një plan trajtimi mjekësor, një **“diagnozë edukative”** është shumë thelbësore përpara disenjimit dhe implementimit të një



programi të suksesshëm të edukimit dhe promocionit shëndetësor si dhe të komunikimit për ndryshimin e sjelljeve (Glanz, K. and Rimer, B. 2005).

Arsyet e analizuarra me siper, sjelljet e rrezikshme seksuale tek te rinjte, si edhe fakti qe punoj prej vitesh si pedagoge e Fakultetit te Shendetit Publik ne Universitetin e Vlores me diktuan nevojën e realizimit të këtij studimi, *me qëllim vlerësimin e nivelit të njohurive, qendrimeve, sjelljeve seksuale dhe perceptimit te riskut ndaj ketij infeksioni tek studentet e ketij universiteti në funksion të hartimit të programeve të përshatshme informuese, edukuese dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin dhe vlerësimin e aktiviteteve të ndryshme parandaluese*. Ky studim eshte fokusuar nga pikepamja e kujdesit parandalues dhe promocionit te shendetit seksual.

1.3 STRUKTURA E PUNIMIT

Ne kapitullin e parë kam prezantuar nje hyrje te shkurter qe perben sfondin e studimit dhe parashtrimin e problemit. Gjithashtu, jepet nje pasqyrim i pergjithshem i qendrimeve, sjelljeve, praktikave seksuale dhe perceptimit te riskut ndaj infeksionit HIV tek te rinjte shqiptarë dhe në mbarë botën, pershkruhet rendesia dhe arsyet e perzgjedhjes se kesaj teme studimi si edhe struktura e punimit.

Ne kapitullin e dytë prezantohet permbledhja e literatures duke bere nje analize te hollesishme te situates aktuale te infeksionit HIV/AIDS ne Shqiperi, Europe e me gjerë (globalisht) e realizuar nëpërmjet një pune intensive për grumbullimin e gjithë informacionit ekzistues, konsultimit të një sërë botimesh, raportesh shkencore të publikuara, si dhe navigime për një kohë të gjatë në internet për konsultimin e literaturës shkencore botërore, duke mundësuar një informacion të bollshëm. Pasqyrohen te dhena mbi prevalencen, incidencen, rruget e transmetimit, faktoret riskues, demografike, socioekonomike, efektet shendetsore, psikologjike tek personat qe jetojne me HIV/AIDS si edhe qendrimit stigmatizues ndaj tyre.

Në kapitullin e tretë jepet informacion rreth metodologjisë që është përdorur për realizimin e këtij studimi. Është pershkruar qellimi i studimit dhe objektivat, parashtrohet historiku i kërkimit dhe fazat e kërkimit, metodat kërkimore të përdorura, përshkruhen kriteret që janë përdorur për perzgjedhjen e pjesëmarrësve dhe për mbledhjen dhe analizën e të dhënave, shpjegohet hartimi dhe pilotimi i instrumentit të kërkimit, qëndrueshmëria dhe vlefshmëria e studimit, si dhe paraqiten çështjet etike.

Ne kapitullin e katërt janë pasqyruar rezultatet e studimit, paraqitja deskriptive dhe analitike e te dhenave sipas 8 seksioneve perberese te pyetesorit dhe diskutimi i tyre; jane paraqitur gjithashtu disa korelacione midis variablave te pavarur dhe atyre te varur.

Ne kapitullin e pestë janë pasqyruar kufizimet e studimit, konkluzionet dhe rekomandimet e studimit.

Punimi mbyllet me listen e referencave bibliografike dhe shtojcen.



KAPITULLI II

PËRMBLEDHJE E LITERATURËS

2.1 PËRKUFIZIMI OPERACIONAL I TERMAVE KYC

Përkufizimet e mëposhtme japin një qartësim të termave kyç të cilat janë të përdorur më së shumti në këtë punim.

2.1.1 *Perkufizimi i termit “Të rinjtë”*

“Të rinjtë” sipas përcaktimit të OBSH (Organizatës Botërore të Shëndetësisë) përfaqësojnë një kategori të gjerë moshore prej 10-24 vjeç. WHO (World Health Organization 2007) ka përkufizuar “adoleshentët” si persona të grupmoshës 10-19 vjeç, ndërsa “të rinjtë” është përkufizuar grup moshë 15-24 vjeç. Sipas statistikave, globalisht popullsia me moshë 15-24 vjeç është rritur në 1.2 milion duke përbërë 18 % të popullsisë së botës (U.Nation, World Youth Report 2007).

2.1.2 *Perkufizimi i termit “Infeksion seksualisht i transmetueshem”*

Sipas fjalorëve mjekësorë, *infeksionet seksualisht të transmetueshme* janë definuar si “infeksione të cilat mund të transmetohen nga një person tek një tjetër nëpërmjet kontaktit seksual”. Në këtë kontekst, kontakti seksual nënkupton të gjitha format e kontaktit seksual vaginal, anal, oral si dhe përdorimin e lojrave të seksit (www.medterms.com)

2.1.3 *Perkufizimi i termit “HIV”*

HIV (Human Immunodeficiency Virus) është një virus që hyn në sistemin e qarkullimit të gjakut dhe dobëson aftësinë e sistemit imunitar për të luftuar infeksionet. “HIV” është bashkimi i shkronjave fillestare të emrit të virusit, që shkakton AIDS-in, sipas terminologjisë anglo-saksone.

2.1.4 *Perkufizimi i termit “AIDS”*

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) është fituar kur sistemi imunitar është dobësuar në një shkallë të tillë që e ka lënë trupin të prekshëm lehtësisht nga semundje të rënda oportune (si pneumonia etj) që rezultojnë në vdekje. Në të vërtetë, nuk është HIV ose AIDS që vret, por *infeksionet oportuniste* që një person me funksionim normal të sistemit imunitar mund të luftojë (Martin & Quentin, 2009).

2.1.5 *Perkufizimi i termit “Stigmatizim”*

“Stigmatizim” është sjellja e përbuzjes ose e mosrespektimit të një personi, për shkak të qenies ose të dyshimit se është i infektuar me HIV, ose se ka marrëdhënie të



ngushta me nje person të infektuar apo të dyshuar si të infektuar me HIV (UNAIDS 2003)

2.1.6 Perkufizimi i termi “Diskriminim”

“*Diskriminim*” është akti i largimit, kundërshtimit, izolimit, keqtrajtimit, turpërimit, paragjykitimit ose kufizimit të të drejtave të një personi tjetër, për shkak të qenies ose të dyshimit se është i infektuar me HIV, ose ka marrëdhënie të ngushta me një person të infektuar apo të dyshuar si të infektuar me HIV (Brown, Macintyre & Trajillo 2007)

2.1.7 Perkufizimi i termi “HIV pozitiv”

“*HIV pozitiv*” është rezultati i testimit të gjakut apo i lëngjeve të tjera biologjike, ku është zbuluar prania e virusit apo e antitropave anti-HIV, nëpërmjet të cilit vërtetohet se personi është i infektuar me HIV (Bartlett, JG 2006)

2.1.8 Perkufizimi i termi “Studimet e tipit KAP (Knowledge, Attitude and Practise) Survey”

“*Studimet të tipit KAP survey*” grumbullojnë informacion mbi atë çfarë dinë të intervistuarit, çfarë ata mendojnë e besojnë dhe si ata sillen rreth një çështje të caktuar. Ato vlerësojnë hendeqet në njohuritë, besimet e sjelljet dhe identifikojnë faktorët që influencojnë ato (Sybille Gumucio et al., 2011)

2.1.9 Perkufizimi i termi “Sjellje seksuale humane”

“*Sjellje seksuale humane*” ose “*aktivitet seksual human*”, ose “*praktike seksuale humane*”, është menyra me të cilën njerëzit eksperimentojnë dhe shprehin seksualitetin e tyre. (en.wikipedia.org/wiki Human_sexual_activity)

2.2 EPIDEMIA BOTËRORE E HIV/AIDS

Pa dyshim, HIV/AIDS është një epidemi globale, dhe është përcaktuar nga UNDP (2005) si sëmundja “që ka shkaktuar ndryshimin e vetëm më të madh në zhvillimin njerëzor në historinë moderne”.

2.2.1 HIV/AIDS në Botë

Sipas të dhënave për situatën epidemiologjike botërore të HIV dhe AIDS për vitin 2005 globalisht u vlerësua që 40.3 milion njerëz jetojnë me virusin HIV (Sango.W 2006). Nga keta, 38 milion ishin adulte prej të cilëve 17.5 milion ishin gra. Përveç adultëve 2,3 milion femije nën moshën 15 vjeç jetonin me HIV. U vlerësua që 25 milion njerëz kishin vdekur nga AIDS që kur u zbulua dhe u njoh për herë të parë në vitin 1981, duke e bërë AIDS epideminë më të madhe në historinë njerëzore (UNAIDS



2005). Raporti tregon akoma qe epidemia po rritej edhe ne Europen Lindore, Azine Qendrore dhe Lindore dhe ne disa vende te Afrikes nen-Sahariane. Ne 2005, gati 5 milion njerz ishin te infektuar me HIV globalisht. Afrika nen-Sahariane u godit me rëndë duke llogaritur 2/3 e prevalences të të gjithë botes. Grate ishin grupi me i prekur qe perbenin 77% te grave qe jetonin me HIV globalisht. Impakti mbi gratë ishte parë edhe në Azine Juglindore dhe Jugore (UNAIDS 2005).

Raporti i UNAIDS i Ditës Ndërkombëtare të HIV/AIDS i vitit 2010 mbi epideminë globale të AIDS llogariste se në fund të vitit 2010 numëroheshin 34 milionë persona që jetojnë me HIV, ku pjesën më të madhe 22,5 milionë e ka Afrika nën-Sahariane. Kjo tregon akoma për një numër të madh të infeksioneve të reja dhe një shtrirje të rëndësishme të aksesit në terapinë me antiretrovirale, që ka ndihmuar uljen e numrit të vdekjeve që lidhen me AIDS, veçanërisht në këto vitet e fundit. Ne 2010, 2.7 milion ishin te sapo infektuar me HIV, shifer kjo qe tregon 15% me pak se 3.1 milion ne vitin 2001 dhe 21% me pak krahasuar me 3.4 milion ne vitin 1997; viti kur numri i njerezve te sapo infektuar me HIV arriti kulmin. Po ne kete vit, raportohet se numri i personave që vdesin për shkak të AIDS ka zbritur në 1,8 milionë, krahasuar me 2,2 milionë persona që kanë vdekur në vitin 2000. Raporti i grave që jetojnë me HIV/AIDS ka mbetur stabël, 50% e të infektuarve janë gra, numri më i madh i grave të infektuara është në Afrikën nën-Sahariane (59% e të gjithë njerzve që jetojnë me HIV) dhe Karaibe (53%). Në ditët e sotme të paktën 6,6 milionë njerz marrin trajtimin mjekësor për HIV në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (UNAIDS, 2011). Epidemia e HIV/AIDS përbën sot një krizë globale dhe është pjesë e njerës prej sfidave më të vështira për zhvillimin dhe progresin social (Agolli.I 2012).

Sipas raportit te UNAIDS mbi epidemine globale te AIDS per vitin 2013 vleresohet qe 35.3 (32.2–38.8) milion njerz kane jetuar me HIV ne vitin 2012. Vihet re nje rritje, krahasuar me vite te meparshme, te njerezve qe trajtohen me terapi antiretrovirale. Ishin 2.3 (1.9–2.7) milion infeksione te reja me HIV globalisht, qe tregon nje ulje prej 33% te numrit te infeksioneve te reja nga 3.4 (3.1–3.7) milion ne 2001.

Njekohesisht numri i vdekjeve me AIDS gjithashtu eshte ulur ne 1.6 (1.4–1.9) milion vdekje ne 2012, nga 2.3 (2.1–2.6) milion qe ishin ne 2005

2.2.2 HIV/AIDS në Europë

Infeksioni HIV mbetet nje problem i rendesishem i Shendetit Publik ne Europe. Rezultatet nga survejanca Europiane e HIV/AIDS 2011, treguan se rreth 11 % e rasteve të reja të raportuara me HIV **për vitin 2011** ishin pikërisht ndër të rinjtë 15-24 vjeç (WHO EURO Surveillance Report 2012).

Sipas Raportit te Survejances se HIV/AIDS **per vitin 2012**, u diagnostikuan 131.202 raste te reja te infeksionit HIV ne 52 nga 53 vende te Rajonit European OBSH. Nga keto infeksione, 55 494 ishin zyrtarisht te raportuara nga Zyra Rajonale e OBSH (ECDC/WHO 2013) nga 51 vende; 29 381 prej tyre ishin nga Bashkimi European dhe Zona Ekonomike Europiane (BE/ZEE), ndersa 75708 infeksione u raportuan nga database i Agjencise Federale te Statistikave te Federates Ruse. Te dhenat e survejances tregojne 7.8 diagnoza per 100 mije njerz nga OBSH per Rajonin European dhe 5.8 per 100 000 nga BE/ZEE. Vlerat jane me te larta ne Lindje. Rruga kryesore e transmetimit ndryshon sipas zonave gjeografike, duke ilustruar diversitetin epidemiologjik te HIV ne Europe; transmetimi heteroseksual eshte rruga kryesore ne Regjionin European WHO, ndersa transmetimi seksual midis meshkujve ishte rruga me e zakonshme ne



vendet e BE//ZEE dhe transmetimi përmes përdorimit të drogave injektuese mbetet kryesore në vendet e Europës Lindore. Afërsisht 2.2 milion njerëz kanë jetuar me HIV në vitin 2012 në Regjionin Europian OBSH, dhe numri është akoma duke u rritur. Ajo që konsiderohet alarmante është se gati gjysma e tyre nuk e dinë që janë të infektuar. Pavarësisht progresit në arritjen e qasjes universale në parandalimin e HIV-it, trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen në të gjithë Rajonin gjatë dekadës së fundit, përgjigjia ndaj epidemise së HIV-it ende përballlet me shumë sfida. Këto sfida përfshijnë statusin e panjohur për HIV tek shumë individë, fillimin e vonshëm të trajtimit, aksesin e ulët për trajtim, infeksionet shoqeruese si tuberkulozi, hepatiti (www.euro.who.int/communicable-diseases/ / hivaid). Epidemia e HIV ka vazhduar të përhapet në Europë që prej 2004 pavarësisht progresit në trajtimin mjekësor dhe mundësi të reja parandaluese. Në 2013, më shumë se 136 000 raste të reja me HIV ishin diagnostikuar në Europë dhe Azinë Qendrore sipas të dhënave më të fundit të publikuar sot nga Qendra Europiane për Kontrollin dhe Parandalimin e Semundjeve (ECDC 2013) dhe Zyra Rajonale e OBSH për Europën. Kjo paraqet një rritje 80% në krahasim me vitin 2004, ku pothuajse 76 000 raste të reja janë diagnostikuar. Te dy drejtoret (Zsuzsanna Jakab, Drejtore e Zyres Rajonale të OBSH për Europën dhe Drejtori i ECDC Marc Sprengeragree) theksojnë që me qëllim që të ulët suksesshëm kurba e epidemise së HIV në Europë, përgjigjia nevojitet të përforcohet, të përmirësohet dhe të pershtatet sipas nevojave specifike të çdo vendi (WHO - ECDC report HIV/AIDS surveillance in Europe 2013).

2.2.3 HIV/AIDS në Shqipëri

Kane kaluar 22 vjet që nga diagnostikimi i rastit të parë të infektuar me virusin HIV në Shqipëri në vitin 1993. Në bazë të të dhënave të mbledhura nga ISHP deri në nëntor 2013, janë regjistruar 671 raste me HIV në Shqipëri, 70% prej tyre (469 raste) janë meshkuj dhe 30% femra (202 raste). Përsa i përket vdekjeve janë raportuar 112 vdekje në të rritur dhe 6 femije; 87 janë meshkuj dhe 31 femra. Të dhënat ekzistuese dhe studimet e kryera deri më tani tregojnë se Shqipëria nuk ka ndonjë epidemi të gjeneralizuar apo të përqendruar të HIV/AIDS (James Chin, 2002). Nga perlllogaritjet prevalenca e HIV në vendin tonë është 0.02%, kurse incidenca 0.003% (popullata sipas CENSUS 2011). Ndonese prevalenca e infeksionit HIV është e ulët, vihet re një tendencë në rritje të numrit të rasteve të reja vitet e fundit. Viti 2013 shënon edhe numrin më të lartë të rasteve të reja të diagnostikuara në vitet. Në këtë vit rezultojnë 96 persona HIV pozitiv prej të cilëve 66 meshkuj dhe 30 femra; të rritur rezultojnë 81 persona, të rinj të moshës 16-25 vjeç rezultojnë 10 dhe 5 femije nën moshën 15 vjeç tek të cilët infeksioni është transmetuar nga nëna tek femija. Nga 96 rastet e reja të diagnostikuara gjatë vitit 2013, 53 prej tyre janë diagnostikuar në stadin e AIDS. Kjo diagnozë e vonshme, tregon për shkallën e ulët të testimit vullnetar e lidhur kjo me aksesin e ulët për testim, dhe nivelin akoma të ulët të edukimit dhe njohurive për rëndësinë e testimit vullnetar. Për pasojë këta persona mund të kenë infektuar pa e ditur edhe partneret e tyre, gjatë një periudhe kohe relativisht të gjatë. Efekti i mundshëm shumë i kësaj situatë, po të kemi parasysh se, secili person mund të ketë pasur disa partnere, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë, mbi nevojën e ngutshme për t'ia diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij (ISHP 2013).

Rruga seksuale e transmetimit të virusit HIV vazhdon të dominojë në vendin tonë, ku rruga heteroseksuale dhe homoseksuale përben përkatësisht 84% dhe 9% të rasteve, sipas të dhënave akumulative (1993-2013), në momentin e zbulimit për herë të



pare te statusit HIV pozitiv te personit. Po te mbeshtetemi ne studimet e kryera deri me tani, ne lidhje me rruget e transmetimit dhe sjelljen, rruga homoseksuale ka mundesi te jete me e larte, pasi stigma dhe diskriminimi pengon ne testimin vullnetar te meshkujve qe kryejne seks me meshkuj. Transmetimi vertical, ose nga nena e infektuar tek femija perben 4% te numrit total te rasteve. Nepermjet transfuzioneve te gjakut, ose nenprodukteve te tij jane infektuar me pak se 2% te rasteve. Vetem me pak se 1 % e rasteve i perkasin grupit te perdoruesve me injektim, por pa vertetuar se e kane marre kete infeksion nepermjet shkembimit te shiringave. Numri i ulet i transmetimit ne perdoruesit IV te drogave, konfirmohet edhe nga studimet e sjelljes dhe ato biologjike te kryera ne vitet 2005-2008 (Strategjia Kombetare per Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS ne Shqipëri 2010-2015 SKPKHA)

Shperndarja sipas rrugeve te transmetimit shkon paralel me shperndarjen sipas grupmoshave. Duhet thene se, ne vendin tone predominon grupmosha 25-45 vjec, qe perben 62.1% te totalit te rasteve me HIV/AIDS. Grupmoshat e tjera zene nje perqindje te konsiderueshme. Keshtu, grupmosha 0-15 vjec perben 4.9% te rasteve; 16-24 vjec perben 8.9% dhe kemi rritje te numrit te rinjve te infektuar me HIV ne vitet e fundit; grupmosha 46-55 vjec 6.7% dhe 65 vjec me pak se 2% te rasteve.

Persa i perket shperndarjes gjeografike, numrin me te madh te rasteve ose 48% e tyre jane raportuar ne Tirane, me tej Durresi 5.7%, Elbasan (5.5%, Vlore 4.6%, Lushnje 3.4% etj. **Në rrethin e Vlorës** jane raportuar 28 raste gjate periudhes 1994-2013, prej te cileve 10 raste i perkasin viteve 2012-2013 (ISHP 2013).

Emigrantët kanë nivelin më të lartë të infektimit me virusin HIV krahasuar me popullatën që nuk lëviz (Wagner, Nunn et al., 1995). Në fund të 2007, 60% e infeksionit HIV (kumulativi i rasteve përgjatë 1993-2007) në Shqipëri ishte nga emigrantët e kthyer (UNGASS, 2007).

Të dhënat e fundit të Institutit të Shëndetit Publik tregojnë se vetëm përgjatë 2014-ës janë raportuar 75 raste të reja, dhe kanë humbur jetën 7 persona, duke bërë që vdekjet nga SIDA në vendin tonë të shkojnë në 144.

Gjithsesi, kushtet specifike social-ekonomike të vendit dhe konteksti rajonal i HIV/AIDS-it ndikojnë mbi vulnerabilitetin dhe rrezikun për një përhapje të shpejtë të epidemisë HIV/AIDS, veçanërisht në grupet më të rrezikuara (grupet me risk të lartë) të popullatës. Të rinjtë MSM dhe të rinjtë meshkuj romë paraqesin sjellje të rrezikshme seksuale në drejtim të numrit të partnerëve, ku mbi 50% e tyre kanë patur më shumë se 3-4 partnerë seksualë gjatë vitit të fundit (Harxhi, Dragoti et al., 2005). Përveç kësaj, rezultatet nga studimet eurvejancës epidemiologjike të gjeneratës së dytë (studimet Bio-BSS, pra me ndërthurje edhe teurvejancës biologjike apo te sjelljes), të kryera më 2005 dhe 2008, tregojnë se sjelljet shumë të rrezikshme janë ende të pranishme te popullatat më të rrezikuara, si MSM - meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkujt dhe/ose PDI - përdoruesit e drogës me injeksion (MSH, 2010). Sipas te dhenave te mbledhura nga ISHP deri ne nentor 2013, pjesa me e madhe e PDI-ve 43.5% kane injektuar droge disa here ne dite, ku heroina permendet si droga me e shpeshte, me shume se gjysma e tyre jane seksualisht active, ndersa perdorimi i prezervativit ishte i ulet 8.5% me partnere te rregullt dhe 12.6% me partnere jo te rregullt (jokomerciale). Rreth 1/3 e MSM qe jane perfshire ne studim jane ne levizje te vazhdueshme, konsumojne alkol, pjesa me e madhe e tyre kane provuar droga dhe jane perfshire ne seks anal me partnere te shumte.

Konkretisht ne vendin tone, grupet me ne rrezik per marrjen e IST, perfshire dhe HIV, (sipas dokument draftit ne kuader te projektit “Permiresimi i sherbimeve IST/HIV/AIDS per te rinjte”, me mbeshtetjen e UNICEF) jane:



Për meshkujt që kryejnë seks me meshkujt, është **seksi anal** që përbën një faktor të rëndësishëm rreziku për transmetimin e infeksionit HIV/AIDS dhe të infeksioneve të tjera seksualisht të transmetueshme. Gjithashtu, të dhënat nga raportet e organizatave dhe ato nga burime jo formale flasin për një nivel të ulët të përdorimit të kondomit midis meshkujve që kryejnë seks me meshkujt. MSM-të, sidomos adoleshentët dhe të rinjtë, kanë vështirësi për sigurimin e kondomëve të përshtatshëm për seks anal si dhe të lubrifikantëve. Stigma dhe shpesh diskriminimi përbëjnë një pengesë që ky komunitet të përdorë shërbimet ekzistuese ose të organizohet. Heshtja, stigma, mohimi dhe tabutë janë koncepte kyç për të kuptuar përse ka kaq paqartësi dhe pse ndërhyrjet ekzistuese janë të pamjaftueshme. Nje pjese e personave homoseksuale, te gjendur nen presionin e familjes apo shoqerise, si dhe nga frika e identifikimit te orientimit te tyre seksual jane te detyruar te martohen (mashkull-femer) duke bere te mundur transferimin e infeksioneve jo vetem mes partnereve te tyre meshkuj por dhe femrave dhe femijeve ne te njejten kohe.

Perdoruesit e drogave me injektim. Përdorimi i tyre është një fenomen në rritje në zonat e zhvilluara urbane në vendin tonë. Shpesh ata përfshihen në praktika të rrezikshme për marrjen e infeksionit HIV ku me të zakonshmet janë shkembimi/riperdorimi i shiringave dhe mjeteve të tjera të injektimit, marrëdhënie seksuale me pagese për të siguruar të ardhurat financiare për blerjen e drogës. Por kjo popullatë është ndër me të paragjykuarat dhe stigmatizuarat në lidhje me sjelljen e tyre, gjë e cila në shumicën e rasteve i bën përdoruesit e drogave të mbeten jashtë marrjes së shërbimeve social-shëndetsore.

Punonjeset e seksit. Ashtu si përdorimi i drogave ilegale, edhe puna e seksit është një aktivitet ilegal. Punonjeset e seksit shpesh janë në presion për të patur aktivitete me risk si psh seksi i pambrojtur, si nepermjet joshjes financiare apo dhe detyrimit me dhune apo presionit psikologjik të klientit. Nje pjese e mire e tyre jane perdoreset apo detyrohen te perdorin dhe te abuzojne me substancat legale dhe ilegale. Duke qene nje aktivitet ilegal dhe mbi te gjitha i konsideruar si “immoral”, është e kuptueshme që punonjeset e seksit për shkak të frikës së identifikimit si të tilla, apo stigmes dhe paragjyqimit kanë pak ose aspak mundësi për marrjen e shërbimeve parandaluese duke u konsideruar kështu grup i rrezikshëm për përhapjen e IST/HIV.

Te burgosurit. Institucionet e riedukimit edhe pse në dukje mjedise të izoluar, janë mjedise që në të vërtetë influencojnë përfshirjen e personave që vuajnë nën sjellje me rrezik, si psh: seks me meshkuj, përdorim droge dhe alkoli, si dhe praktika jo të sigurta të kryerjes së tatuazheve. Shqipëria është një vend me moshe mesatare tepër të re, dhe kjo situatë demografike paraqitet edhe në institucionet e riedukimit. Nje pjese e mire e tyre jane te rinj qe mund te jene denuar per kryerjen e veprave penale, te tilla si: trafikim dhe perdorim droge, shfrytezim apo favorizim prostitucioni etj. Krahas sjelljeve me rrezik qe personat e burgosur mund te jene perfshire perpara periudhes se burgimit, perseri nje pjese e tyre vazhdojne te perfshihen ne keto sjellje dhe gjate kesaj periudhe.

Popullata rome. Konsiderohet një grup me risk për të marrë infeksionin HIV duke patur parasysh nivelin e edukimit, gjendjen ekonomike, martesat e hershme, izolimin dhe popullatën e re në këto komunitet.



2.2.4 Çfarë i ndihmon epidemitë HIV/AIDS?

Ka grupe komplekse mikro dhe makro faktorësh që ndihmojnë epidemitë HIV ne nivel kombëtar, rajonal, kontinental dhe global. Edhe pse epidemite ndjekin rrjedha të ndryshme në vende të ndryshme, ka disa tipare të përbashkëta përse i përket mënyrës kryesore të transmetimit dhe të shpërndarjes, të cilat na ndihmojnë që të llogarisim përhapjen e shpejte të virusit në mënyrë globale (Tallis.V 2002).

Faktoret që rrisin vulnerabilitetin ndaj HIV, përfshijnë disa praktika kulturore, aksesin dhe kontrollin e papershtatshëm mbi shëndetin dhe burimet, sidomos mbi kujdesin mjekësor, edukimin dhe mirëqenien, praktikën dhe besimet fetare, qeverisjen e dobët, migrimin, konfliktet, urbanizimin dhe stigmatin e diskriminimit në grupeve të marginalizuara (Baylies 2000). Në kuadër të këtij diskutimi, faktoret e trajtuar janë *sociale, ekonomike dhe politike*.

2.2.4.1 Faktorët socialë:

Ka shumë faktore sociale që ndikojnë në përhapjen e HIV por ky seksion do të fokusohet në seksualitetin dhe pushtetin, dhunen me baze gjinore, besimin fetar dhe kulturën.

Seksualiteti dhe pushteti. Mashkulloriteti dhe feminiteti janë ideale të ndërtuara nga shoqëria, të cilat tregojnë se si duhet të jesh meshkujt dhe femrat. Mashkulloriteti shoqërohet nga dominanca, feminiteti nga pasiviteti. Seksualiteti, gjithashtu, është i ndërtuar nga shoqëria dhe për meshkujt shkalla e shprehjes së seksualitetit përfshin heteroseksualitetin dhe homoseksualitetin, të cilat janë kuptime të rëndësishme për të provuar mashkulloritetin. Ndërtimi social i feminitetit zakonisht imponon se seksualiteti i femrës duhet të jetë i padukshëm dhe se ka nevojë të kontrollohet. Lidhjet e tyre me mashkulloritetin dhe feminitetin janë komplekse dhe ndryshojnë në kontekste të ndryshme historike dhe kulturore. Gati kudo, primare është dëshira mashkullore dhe femrat duhet të jeshin pranuesë pasive të pasionit të mashkullit. Femrat shpesh socializohen drejt besimit se seksi është dicka që iu ndodh atyre, ndërsa meshkujt besojnë se seksi është dicka që ata duhet ta kryejnë me detyrë. Pushteti i pabarabartë në marrëdhëniet seksuale çon në një standart të dyfishtë seksual, i cili i ka bërë konfuzë mundësitë dhe aftësitë e meshkujve dhe të femrave për të parandaluar transmetimin seksual të HIV. Vështirësitë e femrave për të sfiduar pushtetin mashkullor “në një moment të një marrëdhënieje private dhe për të negociuar për një seks me të sigurtë” janë të mëdha. Në mënyrë globale, marrëdhëniet me partnerë të shumëfishtë janë për meshkujt një normë sociale, por që rritin vulnerabilitetin e femrave. Në shumë kultura, si meshkujt ashtu dhe femrat besojnë se një varietet partneresh seksuale është i pranueshëm dhe i nevojshëm për meshkujt, por dicka e papershtatshme për femrat. Është gjithashtu e rëndësishme të themi se standarti i dyfishtë seksual, i vendos edhe meshkujt në një rrezik në rritje. Kur ata nuk kujdesen për shëndetin e tyre seksual ose nuk besojnë se është e nevojshme të marrin parasysh këshilla të këtij lloji, ata e vendosin veten dhe partneret e tyre në rrezik. Ndërtimi social se kush ka dhe kush nuk ka seksualitet ose se çfarë është një seksualitet legjitim, e vendos këdo në rrezikun e infektimit nga HIV/SST. Psh, shoqëritë shpesh deshtojnë në miratimin e faktit që të rinjtë, njëzëit me aftësi të kufizuara dhe ata që e kanë kaluar moshën riprodhuese, të kryejnë seks. Si pasoje e kësaj, atyre shpesh u mohohet informacioni i nevojshëm i shëndetit seksual. Është gjithashtu e vërtetë se këto shoqëri deshtojnë dhe në njohjen e seksualitetit (Baylies and Bujra 2000; Tallis.V 2002).



Dhuna e bazuar ne gjini. Nje nga problemet me serioze te marredhenieve gjinore eshte dhuna mashkullore ndaj grave dhe vajzave te te gjitha moshave, e cila eshte e pranishme ne te gjitha shoqerite dhe sjell probleme serioze persa i perket aftesise se grave per t'u mbrojtur nga infektimi me HIV. Dhuna ndaj grave dhe vajzave, qofte ajo fizike, emocionale dhe/ose seksuale, eshte nje produkt i ndertimit social te mashkullorit, i cili shpesh promovon dominancë mashkullore ndaj femrave. Natyra dhe forma e dhunes reflekton pabarazite sociale, kulturore dhe ekonomike qe kane egzistuar prej kohesh midis meshkujve dhe femrave (Vetten and Bhana 2001). Dhuna e bazuar ne gjini eshte dhe shkak dhe pasoje e infektimit me HIV:

- Grate dhe vajzat qe perdhunohen mund te infektohen nga HIV, si rezultat i ketij perdhunimi.
- Shumica e grave qe jane perdhunuar nuk kane akses ne profilaksine qe perdoret pas ketyre rasteve dhe jetojne me friken e nje infektimi te mundshem
- Frika e dhunes mund t'i ndaloje grate qe te kerkojne perdorimin e prezervativit ose mjeteve te tjera per nje seks me te sigurte.

Kultura dhe besimi fetar kane efekt te madh ne ruajtjen e normave sociale dhe prishmerive te meshkujve dhe femrave dhe mund te krijoje disa nga barrierat, pengesat me te rendesishme persa i perket parandalimit nga infektimi me HIV. Nje shembull domethenes i kesaj eshte pozicionimi i Kishes Katolike ne perdorimin e prezervativeve. Edhe pse ne pjesen me te madhe, pozicioni qe merret nga institucionet e besimit fetar mbi seksualitetin dhe HIV/AIDS eshte ekstremisht konservativ dhe rrallehere i kundershueshem, ende shume njerez besojne tek kisha e tyre dhe i kthejne ato ne lidera ne kohe krizash. Kultura dhe besimi fetar do te vazhdojne te rrisin vulnerabilitetin e grave dhe burrave ndaj infeksionit, persa kohe qe ato do te vazhdojne te prezantojne seksin dhe seksualitetin si nje subjekt tabu (Tallis.V 2002)..

Gjithsesi, ka nje rritje te shembujve globale qe tregojne sesi organizmat fetare mund te veprojne ne nje menyre positive, per te reduktuar vulnerabilitetin ndaj HIV/SIDA. Psh, besimet e ndryshme fetare duhet qe te pershtaten duke ridimensionuar pozicionin e tyre ne lidhje me ceshtjen e perdorimit te kondomeve. Brenda disa organizatave te Kishes Katolike, ka nje levizje per t'u dhene individeve informacion te plote per gjithshka qe perfshin parandalimi i HIV, i cili eshte i bazuar ne nje metode shkencore, duke perfshire ketu dhe kondomet (CAFOD 2001). Ne Indonezi, nje projekt trajnimi i predikuesve Islamike kishte per qellim arritjen e nje kompromisi me principet e tyre ne interes te nje mireqenie sociale, nuk perdoret kondomi (KangGURU Radio English 2000).

Migrimi. O'Brien thekson se eshte mjaft e rendesishme te kuptohen modelet e sjelljes qe kane te bejne me levizjen dhe levizshmerine e popullatave, per te parandaluar perhapjen e HIV dhe per t'u kujdesur per atate qe jane te infektuar. Globalisht, dy billion njerez migrojne ne menyre te perkohshme dhe te perhershme, duke perfshire ketu dhe levizjen brenda vendit. Faktoret sociale ashtu si dhe realitetet ekonomike, luajne nje rol themelor tek personat qe migrojne. Migrimi, sidomos ai ne kushte te detyruara, psh ne situatë konflikti ose ne rastet e nje levizjeje "ilegale" te popullsise, mund te coje ne nje status te ulet, paga te uleta dhe/ose pune te izoluar dhe kushte jetese qe rrisin varesine ndaj te tjereve, te cilet shpesh jane me te fuqishem, dhe te gjitha keto rrisin vulnerabilitetin ndaj HIV/AIDS. Te qenit migrant nuk do te thote dhe nuk eshte nje faktor rrezikues per infektimin me HIV. Gjithsesi, ndryshimi i rrethanave mund te coje ne rreziqe personale, psh ndarja nga familja, partneret seksuale dhe streset e vulnerabiliteti qe lidhen me procesin e migrimit (Zlotnik in Sweetman 1998).



2.2.4.2 Faktorët ekonomikë.

Varferia dhe Pabarazia. Marredhenia midis HIV dhe varferise është komplekse, ndërkohe që shumë njerëz që jetojnë me HIV/AIDS janë të varfer, shumë njerëz që nuk janë të varfer janë të ndikuar dhe të infektuar prej tij. Gjithsesi, njerëzit që jetojnë në varferi janë më të prirur që të semuren dhe përgjithësisht vdesin më shpejt për shkak të keqshqyerjes dhe mungesës së aksesit të një kujdesi të përshtatshëm shëndetsor. Pra, epidemia e HIV ka dy forma, midis individëve më të pasur dhe më të edukuar dhe atyre më të varfer (Collins dhe Rau 2000). Epidemia HIV në rradhët e të pasurve ndodh për shkak të të ardhurave të mjaftueshme dhe pozicionit të tyre në shoqëri, duke përfshirë dhe mundësinë për të udhëtuar, të cilat u japin atyre mundësinë për t'u përfshirë në marrëdhënie seksuale që i vendos ata në rrezik. Duke i referuar Baylies (2000) janë me tepër meshkujt ata që behen pjesë e kësaj kategorie dhe sjellja e tyre është përsëri si një "shprehje e pushtetit të tyre". Kjo bie në kontrast me gjendjen e të varferve, sidomos të grave të varfëra, varferia e të cilave mund të çojë në veprime të rrezikshme me qëllim mbijetesës, duke iu mohuar në të njëjtën kohë dhe mundësinë për t'u mbrojtur dhe parandaluar infektimin e tyre.

2.2.4.3 Faktorët politikë.

Një reagim efektiv ndaj epidemive ben thirrje për një angazhim dhe vendosmëri politike në nivelin më të lartë të mundur. Vendet që kanë bërë disa përmirësime në reduktimin e përhapjes së HIV dhe të ndikimit të HIV/AIDS, përgjithësisht kanë një nivel mjaft të lartë angazhimi politik i shoqëruar dhe me një mbështetje publike të udhëheqësve të vendit. Mungesa e vendosmërisë politike minon programet efektive të parandalimit dhe të kujdesit duke mos siguruar një ambient produktiv dhe të përshtatshëm. Ka një ndërveprim tashmë të ndikimit të HIV/AIDS në proceset politike duhet të jetë i pranishëm dhe se duhet të ketë një planifikim për këtë. E gjitha kjo është e dukshme në rritjen e numrit të iniciativave kërkimore në Afrikën Jugore, ku dhe ndikimi i HIV/AIDS në stabilitetin politik dhe në aftësinë e zyrtarëve të lartë për të qeverisur, është ekzaminuar dhe analizuar gjerësisht. Kjo hapësirë e investigimit është ende relativisht e re, por në të njëjtën kohë shfaqet dhe si sfida kryesore për zhvillimin dhe mirëqenien njerëzore, sidomos në rajonet ku treguesit e incidencës dhe prevalencës janë të ulët dhe jo shumë të pranishëm. Fokusi kryesor i mbledhjes së të dhënave, ka qenë në drejtim të zhvillimit të angazhimit dhe predispozicionit politik për të adresuar, trajtuar HIV/AIDS dhe jo në analizimin e faktoreve politike që ndihmojnë epideminë dhe në trajtimin e ndikimit të HIV/AIDS në proceset dhe stabilitetin politik (Altman 2002).

2.2.5 Përgjigjia globale dhe kombëtare për parandalimin e HIV/AIDS

Një përgjigje efektive ndaj përhapjes së HIV/AIDS, fillon me parandalimin. Investimi në parandalimin e tij është i nevojshëm mbasi ai kërkon të reduktojë prevalencën e HIV/AIDS nëpërmjet promovimit të kërkimit të hershëm të kujdesit shëndetsor, testimit për HIV, edukimit dhe këshillimit për seksin e sigurt, promovimit të përdorimit të kondomit, kapjes së hershme të shenjave dhe trajtimit me terapi antiretrovirale (WHO 2001).



Një përgjigje globale ndaj përhapjes së IST-ve, është hartimi dhe miratimi i OMZH/MDGs, ku objektivi 6-të i tyre, kërkon reduktimin e përhapjes HIV/AIDS deri në vitin 2015 (www.undp.org/mdg).

Edhe vendi ynë ka shkuar në të njëjtën linjë me orientimet dhe objektivat e WHO dhe organizmave të tjerë shkencore ndërkombëtare lidhur me parandalimin e HIV/AIDS. Për të ndryshuar situatën aktuale rreth HIV/AIDS, janë aplikuar një sërë strategjish dhe janë bërë mjaft ndërhyrje të ndryshme (Merkuri.L 2013). Disa nga ndërhyrjet janë të lidhura kryesisht me aspektin legjislativ dhe janë të fokusuara kryesisht për HIV/AIDS-in janë:

Futja e edukimit seksual në kurrikulat shkollore të arsimit 9 vjeçar, hartimi i ligjit për shëndetin riprodhues (komponent i të cilit janë dhe IST-të), ngritja e Programit Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS, Krijimi i Komitetit ndërministror dhe Mekanizmit Kombëtar Koordinues për HIV/AIDS, hartimi i Strategjisë Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS, ligji i ri për HIV/AIDS, ngritja dhe funksionimi i Survejancës së IST-ve, etj. (Merkuri.L 2013).

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet në QSUT “Nene Tereza”, në Sherbimin e Semundjeve Infektive dhe në Sherbimin e Pediatrie. Preparatet antiretrovirale të linjes së parë të mjekimit sigurohen falas nga një fond i posaçëm i MSH, dhe prokurohen përmes UNICEF. Që prej vitit 2008, projekti i Fondit Global ka siguruar blerjen e preparateve ARV të linjes së dytë. Qendrat e Keshillimit dhe Testimit Vullnetar për HIV, janë shërbime që ofrohen për të gjithë personat që duan të njohin statusin e tyre për HIV, shoqëruar me një keshillim profesional, për të ndihmuar klientet të pershtaten me rezultatin e testimit (ISHP 2013). Sot, në të gjithë vendin, funksionojnë 14 qendra të testimit dhe keshillimit vullnetar për HIV. Megjithatë përpjekjet për rritjen e numrit të testeve vullnetare, ende niveli i tyre mbetet mjaft i ulët dhe kërkon mbështetjen e këtyre qendrave si edhe ndërtimin e të tjerave në çdo rreth të vendit, apo pranë shërbimeve të tjera shëndetsore për të përmirësuar aksesin ndaj testimit. Ekzistojnë sot rreth 18 OJF që e kanë fokusuar aktivitetin e tyre në problemet e HIV/AIDS, mirepo ka edhe shumë të tjera, të cilat kanë aktivitete të parandalimit të HIV/AIDS dhe zvogelimit të demit në programet e tyre. Shoqatat e MSM-ve kanë filluar vetë të organizojnë aktivitete parandaluese për komunitetin e tyre. Organizata e personave që jetojnë me HIV/AIDS ka qenë aktive në trajtimin e nevojave të personave që jetojnë me HIV/AIDS (ISHP 2013).

Një sërë fushatash sensibilizuese kombëtare janë realizuar gjithashtu, për të rritur ndërgjegjesimin e të rinjve, në mënyrë që ata të pajisen me stile të shëndetshme të jetesës, për të pershtatur sjellje pozitive dhe për të rritur kërkesën për shërbime të shëndetit seksual riprodhues (Merkuri.L 2013).



2.3 NJOHURI, QENDRIME MBI HIV/AIDS. SJELLJET E RREZIKSHME DHE FAKTORËT E TJERË KONTRIBUES NË PËRHAPJEN E KËTIJ INFEKSIONI.

2.3.1 Rreziku ndaj infeksionit HIV. Seksualiteti dhe sjelljet seksuale të të rinjve

Rreziku është mundësia që një i ri të marrë infeksionin HIV nëpërmjet sjelljeve të caktuara:

- injektimi i drogave me mjete të përdorura më parë nga të tjerët
- seks i pambrojtur me një partner të infektuar
- seks i pambrojtur me shumë partnerë (shpesh i lidhur edhe me shitjen e seksit)
- meshkuj që bejne seks me meshkuj (UNAIDS 2007)

Vulnerabiliteti ndaj HIV reflekton pamundësinë e individit apo komunitetit për të kontrolluar rrezikun për HIV.

Ka disa faktorë që mund të përcaktojnë apo të nxisin të rinjtë të përfshihen në sjellje të rrezikuara, siç mund të jenë: kultura e një grupi përkatësie, cilësia dhe mbulimi me shërbime apo programe ndihmëse dhe mundësia e një grupi/individit për t'i marrë këto shërbime, si dhe ndikime të tjera të shoqërisë apo faktorë strukturorë (UNAIDS 2007)

Sipas Greenberg et al. (1993) *sexualiteti njerezor* është një kombinim i *kater dimensioneve*. **Seksualiteti biologjik** përfshin identitetin fizik, reaksionin ndaj stimulit seksual, kontrollin e fertilitetit, rritjen dhe zhvillimin seksual. **Dimensioni psikologjik** përfshin qendrime tona kundrejt vetes tone dhe njerezve të tjerë. **Dimensioni etik** konsiston në faktorët të cilët ndikojnë vendimet tona të tilla si feja, konceptimet të botes dhe njeriut. **Dimensioni kulturor** përfshijë ndikimin e kultures mbi mendimet dhe veprimet tona.

Edhe pse ndikimi i "sjelljes me rrezik të lartë" nuk është studiuar në mënyrë specifike, kerkuesit sociale iu referuan komplikacioneve të sjelljes dhe mungesës së natyrës humane dhe lidhjes midis veprimeve me risk të lartë dhe mungesës së njohurive. **Sjellje me risk të lartë** është përkufizuar nga Shoombe (1999:24) "...si një nga përcaktuesit e HIV / AIDS në një kuptim që një person është zgjuar nga ndjenjat që prekin atë dhe anëtarët e familjes së tij, burrat e tjerë, apo botën e tij në të cilën ai varet për të siguruar jetesën. Keto ndjenja mund të ndikojnë që ai të rrezikojë trupin e vet për të shpëtuar familjen e tij apo për të mbijetuar një krizë...". Sipas raportit mbi epideminë e AIDS (2008), mungojnë njohuritë rreth HIV dhe AIDS midis të rinjve. Kjo tregonte një përqindje të lartë të të rinjve që nuk kishin njohuri adekuate rreth transmetimit të HIV dhe sjelljeve rrezikuese që shkaktojnë këtë infeksion. Ai deklaroi se grupmosha 15-24 vjeç ka qenë më në rrezik për shkak të aktivitetit të tyre seksual, prandaj ata bëhen më të prekshëm. Ky informacion korrespondon me raportin mbi një studim të realizuar në 2000 universitete të ndryshme në vende si Zambia, Namibia, Botswana, Kenya dhe Afrika e Jugut që tregoi se këto institucione në Afrikë janë një mjedis me risk të lartë për transmetimin e HIV.

Elemente të tjera të sjelljeve rrezikuese seksuale përfshijnë: **marredhenie seksuale në moshe të hershme, partnere të shumta seksuale, marredhenie seksuale e pambrojtur dhe semundje seksualisht të transmetueshme të patrajtuar**. Ekziston një lidhje midis



perceptimit te riskut dhe sjelljes seksuale. Individët mund të perceptojnë rrezikun e tyre për marrjen e HIV të jetë i lartë apo i ulët në varësi të sjelljes së tyre të mëparshme seksuale ose atë të partnerëve të tyre. Ne kete rast, *sjellja e rrezikshme seksuale* është faktor që ndikon në perceptimin e kërcënimit. Ne disa raste, perceptimi i personit për rrezikun mund të jetë pasiv dhe jo i bazuar domosdoshmërisht në sjelljen e tij ose të saj të mëparshme seksuale. ***Nje perceptim i larte i riskut mund të çojë në një ndryshim të sjelljes seksuale,*** psh refuzimi për të pasur marrëdhënie me një partner (Akwarra, Mandise & Hinde, 2003: fq.388).

Ata shtuan se disa ***faktore individuale*** si *gjinia, moshja aktuale, perkatesia etnike dhe influenca fetare* ndikojne sjelljen seksuale:

Mosha e nje personi eshte nje faktor tjetër qe mund te influencoje sjelljen seksuale dhe nivelin e perceptimit te riskut per infeksionin HIV. Burra dhe gra ne adoleshencen e tyre jane ne rrezik te rritur per infeksionin HIV sepse ata shpesh perfshihen ne marrëdhënie seksuale te pambrojtura sipas Hulton, et al. i cituar ne Akwarra, et al. (2003: fq. 390).

Gjinia. Ndonjehere ka nje presion social dhe kulturor per vajzat te provojne fertilitetin e tyre para martesës dhe në këtë mënyrë kanë një fëmijë jashtë martese. Në mënyrë të ngjashme, djemtë mund të përballen me presionin për të provuar burrerine duke mbarsur një vajzë ose duke pasur shumë partnerë seksualë (Meekers & Calves, Nzioka, sikurse citohet tek Akwarra, et al. (2003: fq. 390).

Ethniciteti mund te influencoje sjelljen seksuale permes besimeve kulturore dhe praktikave. Praktika e "***martesës levirate***"¹, për shembull kur e veja e një njeriu të vdekur është rimartuar me një nga vëllezërit e tij, akoma praktikohet ne disa zona te Afrikes nen-Sahariane, megjithë prevalencen e larte te HIV sipas Ocholla-Ayayo, Standing & Kisekka, Degrees du Lou, sikurse citohet tek Akwarra (2003: fq. 390).

Akwarra, et al. (2003) më tej shënojnë se ***Feja*** mund te influencoje sjelljen seksuale përmes faktorëve të ndërmjetme të tilla si *mosha e marrëdhënies se pare seksuale, gjendjes civile dhe qasjes në informata dhe shërbime.* Ajo gjithashtu mund te influencoje qendrimet ndaj HIV dhe perceptimet e riskut. Nzioka, sikurse citohet ne Akwarra (2003) thote *se njerezit e fese e konsiderojne AIDS te jete nje semundje qe prek ata qe mekatojne dhe nuk i binden Perëndisë.* Ne ***sektet kristiane*** ndalimi i jetes seksuale lidhej me konceptin e dedikimit te dashurise per Zotin dhe kontrceptivet ishin rreptesisht te ndaluar. Raporti i marrëdhënieve seksuale ishte nen peshen e presioneve e gjithëfare frikerave me fryme fetare. Shtatzenia dhe semundjet seksualisht te trasmetueshme u quajten si heretizem apo nje e keqe e madhe (Kontula 1991).

Ne vendet myslimane proklamohet me te madhe ndalimi i seksit paramartesor, seksi si " pune ", homoseksualiteti dhe perdorimi i droges me injeksion.

Kisha katolike kundërshtonte perdorimin e kondomeve si forme kontrceptivi keshtu qe opinionet ndaheshin ne betejën kunder HIV dhe AIDS. Atmosfera eshte me pozitive per perdorimin e kondomit nese nje partner ka HIV ne nje lidhje martesore.

Mësimi etik hebre nuk e miraton përdorimin e prezervativëve nëse marrëdhëniet martesore nuk janë të rrezikshme për jetën (Kaiser Daily HIV/AIDS Report 2008).

¹ Nje zakon i hebrenjve te lashte dhe popujve te tjere sipas te cileve nje burre mund te detyrohet te martohet me gruan (e ve) te vellaite te vet



2.3.1.1 Faktorët socialë që ndikojnë në përhapjen e HIV

Faktoret e ndryshem sociale qe ndikojne ne perhapjen e HIV perfshijne:

Marredheniet Ego: I referohet konceptit te vetvetes i cili eshte nje koleksion i besimeve rreth natyres personale te dikujt, cilesive unike dhe sjelljeve tipike. Sipas Mukonda (1998:24) “...nje person mund te jete i qendrueshem ose i paqendrueshem, i afte ose i paafte dhe per kete arsye, ka nevojte te beje me shume perpjekje ose mund te jete i kontrollueshem ose i pa kontrollueshem...”. Ka një marrëveshje ku ego lufton për autonomi dhe stabilitetin e njerëzve qe mund të rekrutoje të gjitha llojet e marrëdhënieve për të marrë statusin, vetvleresimin ose dashurine. Studime te ndryshme kane treguar qe te rinjte jane me te prekshe ndaj HIV sesa te rriturit, ashtu sikurse ata shpesh nuk kane informacionin korrekt per parandalim dhe aftesite per te vene informacionin ne veprim.

Marredheniet nderpersonale: Mukonda (1999: fq.12-13) i vendosi njerezit qe te kene nevojten per pajtueshmerine dhe ngjashmerine dhe ata formojne marredhenie nderpersonale per ta perjetuar plotesisht. Kur ata nuk janë plotësuar brenda marrëdhënieve ndërpersonale ekzistuese, ata mund të priren për të përballuar keto nevoja ne marrëdhënie të reja dhe gjithashtu nga marrëdhëniet seksuale.

Konditat sociale: Grobber (2002: 38) e pershkruan ate “...si rrethanat e sotme, besimet, normat dhe ceshtjet ne shoqeri me te gjere, me ndikimet mbi sjelljen seksuale dhe zgjedhjet e bera ne lidhje me HIV/AIDS...”

Kushtet ambjentale: Kjo i referohet konceptit te punonjesve sociale te nje mjedisi cili perfshin mjedisin material ku njerezit qendrojne. Këta faktorë ndikojnë në punësimin financiar te njerëzve, mekanizmat përballuese dhe funksionimin e tyre social. (Nangolo, 1998).

Predispozitat seksuale: Predispozitat e meposhtme luajne nje rol te rendesishem ne perhapjen e HIV (Grobber 2002):

- Pabarazia gjinore ne kontrollin e marredhenieve seksuale nga femrat.
- Normat seksuale te meshkujve i lejojne ata te kene me shume se nje partner seksual dhe te mos perdorin kondomin rregullisht.
- Njohurite për përhapjen e HIV mungojne dhe kjo pengon programet parandaluese
- Injoranca lidhur me seksin dhe HIV.
- Perdorimi i paqendrueshem i kondomit.

2.3.1.2 Perceptimi i riskut te infektimit me HIV dhe sjelljeve të tjera të rrezikshme

Sipas Akwara, et al. (2003: fq. 385) *shoqerimi midis perceptimit te rrezikut te infektimit me HIV dhe sjelljes seksuale* mbetet e kuptuar jo aq sa duhet, edhe pse kjo është konsideruar të jetë faza e parë drejt ndryshimit të sjelljes. Akwara, et al. (2003) kane kryer një studim mbi perceptimet e rrezikut të HIV / AIDS-it dhe sjelljes seksuale në Kenia ne te cilin ata treguan nje shoqerim te forte pozitiv midis perceptimit te rrezikut per HIV/ AIDS dhe sjelljeve risikoze seksuale si tek burrat dhe te grate. Ata raportuan se faktoret socio-demografike, ekspozimi seksual dhe njohurite te tilla si



mosha, statusi martesor, arsimimi, punesimi, vendlindja dhe etniciteti, burimi i informacionit për HIV dhe AIDS, njohurite specifike dhe përdorimi i kondomitit për të shmangur infeksionin, nuk ndryshuan drejtimin e shoqërimin, por ndryshuan paksa forcen e tij. Te rinjtë, gra dhe burra të pamartuar kishin me shumë gjasa se me të vjeterit dhe të martuar për sjellje rrezikshme në këto studime. Përkatësia etnike ishte e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me sjellje të rrezikshme seksuale, pra, ata sugjeruan nevojën për të identifikuar faktorët kontekstuale dhe sociale që ndikojnë në sjelljen. Ata theksuan me tej kuptimin dhe kontekstin që seksualiteti ndryshon përmes popujve dhe kulturave dhe kjo ka demonstruar të kete një impakt me të madh në sjelljet seksuale. Bongaart i cituar në studimin e Akwara, et al. (2003; fq. 385) thotë “.....sjellja seksuale është ndoshta përgjegjëse për shumë nga dallimet në epidemitë heteroseksuale HIV dhe AIDS midis vendeve, si dhe për dallimet në mënyrë të barabartë të mëdha midis rajoneve dhe grupeve demografike brenda vendeve.....”.

Sipas Pfau dhe Barton (2004, fq.7) kur të rinjtë shkojnë në Universitet ata shpesh janë larg nga familja dhe ndihma sociale. Kjo është gjithashtu koha kur të rinjtë përjetojnë ndryshime biologjike dhe hormonale të cilat i shtojnë ata në marrëdhënie seksuale. Bashkëmoshataret e tyre i nxisin ata të tregojnë se janë aq të rritur sa të provojnë *alkolin* dhe *seksin*; kombinimi i këtyre faktorëve është shumë i rrezikshëm. Ai me tej thekson se studentet të cilët janë seksualisht aktive janë të prirur për shtatzëni të padëshiruar dhe për marrjen e SST dhe HIV.

Perdorimi i alkolit dhe drogave janë vlerësuar si faktorë shumë të rëndësishëm në përhapjen e HIV/AIDS, sepse është provuar se *ka një lidhje të fortë midis përdorimit të tyre dhe sjelljeve seksuale tek të rinjtë*. Shumë studime (Yitayal Shiferaw et al., 2014; Adedeji S Adefuye et al., 2009; UNAIDS 2004; Bashllari.A et al. 2014) duke përfshirë edhe të dhëna nga Raporti i Survejancës Biologjike dhe të Sjelljes në Shqipëri (maj 2008), kanë dokumentuar këto marrëdhënie. Përdorimi i marijuanës, i cili është më i prevalent tek studentet universitare (Mohler-Kuo M, Lee JE et al., 2003; Johnston LD et al., 2007), është i lidhur në mënyrë sinjifikante me përdorimin jo konsistent të kondomitit. Studime të mëparshme (Bruce KE et al., 2001; Lance L. et al., 2001) kanë treguar që individët që janë angazhuar në sjelljet me risk ndaj infektimit me HIV shpesh angazhohen edhe në sjellje të tjera të rrezikshme ose sjellje ilegale. Një studim i realizuar nga Katjavivi dhe Otaala 2003 raportoi më tej **praktikat “babi-sheqer”**, eksperimentimi seksual, prostitucioni në kampus, marrëdhënie seksuale të pambrojtura rastësore, **dhuna gjinore**, partneriteti i shumtë dhe aktivitete të ngjashme të gjitha janë manifestuar në një shkallë më të madhe ose më të vogël. *Keta burra (“babi sheqer”) joshin grate e reja me leke për të kryer seks të pambrojtur me ato* (Chng, 2005; UNFPA, 2003/2004; Nyanzi and Nyanzi-Wakholis, 2004). Shumica e studentëve janë në moshën e aventurave përmes se ciles ata duan të provojnë eksperiencën e reja dhe janë kuriozë rreth seksit. Kjo çon në vendime jo të avancuara rreth seksit dhe në rezultatet e këtyre në pasojat e rrezikut. Kelly (2001) ka përmendur se studentet femra janë me shumë në rrezik sesa studentet meshkuj. Ai me tej shton se studentet femra, në shumicën e rasteve janë të paafta të negociojnë për ose jo seks apo praktika të sigurta seksuale. Ai vuri theksin mbi **perdhunimin konsensual** me anë të të cilit, për shkak të mungesës së forcës, partnerja femer *pranon nën presion për të kryer një marrëdhënie në mënyrë që të ruhet një marrëdhënie, shmang një rrahje, siguron mbështetje financiare ose ripaguan favore*. Klima që mbizotëron në kampuset universitare inkurajon të tillë dhunë dhe në këtë mënyrë lehtëson përhapjen e HIV-it. Prandaj studimi (Katjavivi & Otaala (2003) rekomandon të gjithë komunitetin universitar – por në veçanti në menaxhimin e universiteteve – që duhet të përballen me këtë kërcënim. “...Në kontekstin e HIV / AIDS të jetës universitare sot kultura e universitetit është në rrezik të afirmimit të riskut me



shume sesa sigurise. Eshte ne rrezik te afirmimit te vdekjes me shume sesa te jetes...” (Katjavivi & Otaala 2003:6).

Dihet qe studentet e universitetit jetojne nje faze te zgjatur te adoleshences se tyre ku shumica prej tyre duhet ta shtyjnë martesën, ndërsa ata janë seksualisht kuriozë. Adefuye, Abiona, Balogu dhe Lukobo-Durell (2011) e shohin *mjedisin e kolegjit si nje vend qe mund te ofroje nje mundesi te madhe per sjelljet risikoze qe i cojne ne marrjen e HIV, duke perfshire seksin e pasigurte dhe marredhenien me shume partnere.*

Studentet kane *menyra te ndryshme te pershtatjes me jeten universitare* (Pfau dhe Barton 2004, fq.10):

- *Studente te druajtur, te turpshem*: Studentet e vitit te pare mund te ndihen te shqetesuar dhe te frikesuar. Ata ose mund te terhiqen nga presioni i bashkemoshatareve ose mund te jene te vetmuar, derisa gjejne shoke me te njejtat vlera dhe norma si ata, ose ndikohen në sjellje seksuale aktive për të fituar pranimin dhe miqësinë. Duket se maturantet meshkuj jane ne vezhgim per te ardhurit e rinj per ti joshur ato ne marredhenie seksuale ndersa ato jane akoma te shqetesuara dhe te pasigurta.
- *Studentet e sigurte*: Disa studente pershtaten duke ndjekur edukimin e tyre dhe grupin kulturor. Ata jane ne gjendje te mbrojne veten kunder presionit te shokeve te tyre. Ata jane ne gjendje te thone ‘Une nuk mund te kem nje marredhenie serioze me dike ne kete periudhe te jetes sime.’
- *Studentet kerkues, eksplorues*: Liria e sapo gjetur ne universitet u jep ketyre studenteve mundesi për t'u angazhuar në eksplorimin seksual. Liria eshte sfiduese dhe ata kane avantazhin e plote te situates.
- *Sudentet konfuze*: Studentet e rinj mund te kene experience te kufizuar dhe informacion te gabuar rreth marredhenieve seksuale. Ata mund te jene konfuze sepse ata vijne nga familje ku ata nuk jane lejuar as te flasin per ceshtje seksuale, as te mendojne per ceshtje seksuale dhe per me teper ti kryejne keto lloj veprimesh. Ata mund te angazhohen ne marredhenie seksuale duke besuar qe do te zgjasin pergjithmone me angazhime te perhershme, vetem per te gjetur qe nuk eshte rasti. Ai me tej thekson qe... “Studentet jane duke u maturuar ne adulte te impenjuar, te zene me zhvillim te personalitetit dhe formimin e identitetit te tyre. Ata jane duke kerkuar se kush jane ata dhe se kush ata duan te jene. Ata kane nevojte per udhezime bazuar mbi vlera dhe norma qe i mbrojne ata nga eksploracione te rrezikshme qe mund t'i risikoje ata ne marrjen e HIV/AIDS.”

2.3.3 Njohuri mbi HIV/AIDS dhe mbi masat mbrojtëse parandaluese.

Studimet mbi HIV/AIDS raportojne se *studentet universitare* kane gjasa me shume qe te jene ne mesin e *popullates target me te prekur nga ky infeksion*, sepse disa prej tyre zhvillojne qendrimet me te shkujdesur ndaj seksit paramartesor, për shkak të zhvillimit të shpejtë të ekonomisë, ndikimit të masmediave mbi perceptimet e seksit, dhe degradimit të vlerave tradicionale, pervec te qenit seksualisht të pjekur shumë më herët se më parë (Tan, Pan, Zhou, Wang and Xie 2007). Përveç kësaj, presioni nga studentët e tjerë për të jetuar deri në standarte të tilla si blerja e telefonave mobil të fundit, rroba të shtrenjta, bizhuteri ka treguar se ka influencuar në gratë e reja qe të angazhohen në seks transaksional (Kwaku Oppong Asante 2013). Ata theksojne me tej



se mungesa e informacionit adekuat lidhur me njohuritë rreth HIV dhe sjelljes midis individeve do të çojë në një goditje të vështirë nga pandemia. *Prandaj është thelbësore për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe praktikën e studentëve në lidhje me HIV dhe AIDS para se të planifikohen masat e duhura parandaluese.*

Ne një studim të kryer nga Odu dhe Akanle në vitin 2003 theksohet se për të çrrenjosur HIV nevojitet të edukohen njerezit veçanërisht të rinjtë që janë seksualisht aktive duke vënë theksin mbi edukimin për HIV; njohuria është e rëndësishme dhe e fuqishme. Megjithatë, një studim i Diclement et al. sikurse citohet nga Odu and Akanle tregon një korelacion të varfër midis njohurive dhe sjelljeve seksuale ku ka një mungesë të të qenurit i informuar në mënyrë adekuate për studimin kanë treguar që *njerezit praktikojnë seks të pasigurtë pavarësisht nga ndërgjegjësimi i tyre rreth HIV dhe AIDS.* Sipas Adegoboba, et al. e cituar në (Odu dhe Akanle 2003 fq. 81) ***njohuria në thelb është njohja e elementeve të vecanta dhe universale në një fushë studimi.*** Në kontekstin e HIV dhe AIDS, *te paturit njohuri nenkupton aftësinë për të risjelle ose kujtuar fakte lidhur me shkaqet, transmetimin dhe parandalimin e sëmundjes.* Odu dhe Akanle (2003. fq.82) vënë në dukje se kur një individ ka njohuri për HIV/AIDS sjellja shoqërore do të ishte logjike dhe motivuese për sjellje të seksit të sigurt. Në lidhje me HIV dhe AIDS mundësia për të patur njohuri korrekte dhe adekuate është e lidhur ngushtë me përpjekjet parandaluese, është një faktor i fortë motivues në shumë projekte edukuese që nga supozohet se njohuria do të ndihmojë për të kapërcyer frikën, mohimin dhe gjithashtu të kontribuojë në modifikimin e sjelljes.

Siç citohet në Cogging dhe Segal, Lau & Muula (2004), 75% -85% e infeksionit HIV në të gjithë botën kanë ndodhur nëpërmjet ***kontakteve seksuale.*** Ata më tej theksojnë se *kontraktivët barriere, veçanërisht prezervativët janë metoda më e mirë për të reduktuar si infektueshmërinë dhe ndjeshmërinë ndaj HIV.* Megjithatë rritjen e përdorimit të kondomit, Lau & Muula (2004) vënë re se *kufizimet kulturore, gjinore, ekonomike dhe të ofrimit të shërbimit pengojnë përdorimin e tij të gjere në parandalimin e HIV dhe IST.* Ata gjithashtu konkludojnë se ka një hezitim gjerësisht i përhapur në përdorimin e kondomit gjatë marrëdhënieve seksuale për shkak se shpesh here individët raportojnë *mungesën e ndjeshmerisë ose kenaqesisë* gjatë përdorimit të tij. Harrison i cituar në (Hoffman, et al. 2005) identifikoi se përdorimi i kondomit është pakësuar për shkak të një besimi që nenkupton pabesinë dhe mosbesimin në një marrëdhënie, kufizon kompetencat e mashkullit dhe parandalon shtatzenitë e dëshiruara. Edhe pse disa gra mund të shprehin dëshirën për partneret e tyre që të përdorin kondomin, ato e shikojnë këtë sjellje sikur janë nën kontrollin e mashkullit dhe jo si një gjë që ato mund të kërkojnë apo negociojnë, prandaj ato e lenë atë derisa meshkujt të marrin vendime (Harrison, Xaba & Kunene i cituar në Hoffman, et al., 2005). “.... Frekuenca e lartë e partnereve të shumta seksuale përkeqëson më tej çështjen. Programet që promovojnë ***abstinencën, monogaminë, dhe përdorimin e kondomit*** kanë marrë përgjigje të ndryshme. Gjithashtu, *rolet gjinore* e bëjnë atë të vështirë për gratë që kërkojnë praktikën seksuale të sigurtë nga partneret e tyre” (Elias e cituar në Lau & Muula, 2004. Fq. 409).

Sipas UNAIDS (2007) është e rëndësishme për individët të njohin HIV statusin e tyre, në mënyrë që të mbrojnë veten e tyre dhe të parandalojnë infektimin e të tjerëve. ***Njohja e HIV statusit*** të dikujt shërben si një faktor kritik në vendimin për të kërkuar trajtim. Fauci dhe Folkers (2009) theksojnë se suksesi i rëndësishëm në fushën e parandalimit ndaj infeksionit HIV është arritur nëpërmjet implementimit të një numri strategjik, duke përfshirë ***testimin HIV dhe këshillim, fushatat në media dhe modifikimin e sjelljes.*** Me tej, strategjitë e përdorura në parandalim përfshijnë nxitjen



per perdorimin konsistent të kondomit (mashkullor dhe femëror), ekzaminimin e gjakut, trajtimin dhe parandalimin e abuzimit me drogat dhe alkolin, si edhe programet e shkëmbimit të shiringave, terapine antiretrovirale për ndalimin e transmetimit nga nëna tek femija, terapine antiretrovirale për profilaksi pas ekspozimit, mbikqyrjen mjeksore për synetllekun tek meshkujt adulte (Fauci & Folkers, 2009).

Ne një moshe ne te cilen *perdorimi i teknologjise* ka permiresuar komunikimin dhe ofrimin e informacionit, transmetimet televizive te studenteve ne kolegje, perdorimi i celulareve nga studentet per te transmetuar mesazhe periodike parandaluese, perdorimi i blogeve, gazetave te studenteve jane të gjitha qasjet që mund të merren parasysh në hartimin e ndërhyrjeve parandaluese për HIV tek studentët. Të gjitha këto kanale të komunikimit duhet të theksojnë rëndësinë e përdorimit të kondomit dhe minimizimin e numrit të partnerëve seksualë. Të gjitha këto duhet të ndodhin vetëm pas një vlerësimi te nevojave parandaluese ne universitete (Twahafifwa N. 2013; Bounbouly Thanavanh et al., 2013; Adedeji S Adefuye et al., 2009).

2.3.3 Efektet psikologjike dhe qendrimi stigmatizues ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS

Qendrimet përfshijne komponente te ndryshem. Ne kete studim koncepti “qendrim” eshte perkufizuar sipas Uutela i cituar tek studimi i Serlo, Kaijaleena 2008, te përfshije tri komponente. I pari eshte **komponenti njohes**, si njohuri qe pershkruan se cfare mendojne njerezit. Komponenti i dyte eshte **emocional**, si ndjenjat. I treti eshte nje **komponent aktiv**, gadishmeri per t’u sjelle ne nje menyre te vecante. Diferencat individuale jane zbuluar ne strukturen e qendrimit.

Epidemia HIV/AIDS ka shkaktuar një sërë reagimesh, dhe **stigma** është njëri prej tyre. Këto reagime vijnë nga individë, komunitete, madje dhe kombe, dhe gjatë kësaj kohe është kaluar nga simpatia e përkujdesja tek heshtja, mohimi, frika, zemërimi, dhe madje edhe tek dhuna (Malcolm, Aggleton et al., 1998).

Ne shumicen e kohes stigma eshte multidimensionale. Ka tri lloje stigmash që lidhen me HIV/AIDS. Së pari, **‘stigma e vetes’**, që ndodh përmes “fajësimi të vetes”. Së dyti, **‘stigma e perceptuar’**, që lidhet me frikën që kanë individët për të shpalosur statusin e tyre HIV pozitiv, pasi ata mund të diskriminohen. Së treti, **‘stigma e miratuar’**, që ndodh kur individët diskriminohen në mënyrë aktive për shkak të statusit të tyre HIV pozitiv – aktual ose të perceptuar (Thomas, 2006).

Të mësuarit e statusit HIV nëpërmjet diagnozës laboratorike është gjithmonë për individin përkatës një përvojë traumatike dhe që të ndryshon jetën (Leserman, 2008). Vështirësitë lidhen me diskriminim dhe stigmatizimin, që ndërlikojnë procesin e përballimit dhe që lidhen me nevojën për të zbatuar modele holistike të kujdesit, të cilat trajtojnë dimensionet psikologjike, shpirtërore dhe fizike për njerëzit që jetojnë me infeksionin HIV (Barroso & Powell-Cope, 2000). Së bashku, këto përvoja të lidhura me stigmën mund të kontribuojnë tek stresi dhe vështirësitë e përshtatjes të personave që jetojnë me HIV (Clark, Lindner et al., 2003; Heckman, Anderson et al., 2004; Lee, Kochman et al., 2002). Personat me infeksion HIV kanë norma të larta të ngjarjeve stresuese të jetës. Në veçanti, HIV i vë individët përballë sfidave të shumta që mund të dëmtojnë burimet e tyre përballuese dhe të pengojnë përshtatjen e tyre psikologjike ndaj kërkesave të vazhdueshme të menaxhimit të kësaj sëmundje kronike dhe stigmatizuese



(Bouhnik, Préau et al., 2005). HIV/AIDS mund ti çojë njerëzit drejt varfërisë, për shkak të zvogëlimit të aftësive për punë dhe rritjes së shpenzimeve mjekësore. Ka ardhur duke u rritur nevoja për të adresuar shqetësimet në lidhje me punën të personave që jetojnë me HIV sepse ata janë duke jetuar më gjatë dhe më të shëndetshëm si rezultat i trajtimeve me medikamente (Kohlenberg & Watts, 2003; Lightfoot & Healy, 2001). Për shkak të kufizimeve që janë si rezultat i gjendjes shëndetësore, po ashtu si dhe stigmës dhe diskriminimit, PJHA përballen me shumë barriera kur ata përpiqen të gjejnë ose të mbajnë vendin e punës (Hoffman, 1997; Roessler & Rumrill, 1998).

Ekziston një lidhje e fortë midis përjetimit të stigmës që lidhet me HIV dhe raportimit të aksesit të dobët në kujdes mjekësor. Studimet tregojnë se personat që përjetojnë nivele të larta të stigmës kanë më shumë gjasë që të mos respektojnë regjimin e mjekimit me ilaçe HIV (Rintamaki, Davis et al., 2006). Antiretroviralët janë përcaktuar si mjekimet kryesore (OBSH, 2007). Të dhënat tregojnë gjithashtu se terapia me antiretrovirale përmirëson në mënyrë të dukshme cilësinë e jetës së personave që jetojnë me HIV, nëse ata e fillojnë herët trajtimin (Wang, Vlahov et al., 2004).

Përveç kësaj, kërkimet kanë treguar se përparimi i shpejtë i sëmundjes shoqërohet me *nivelin e ulët të mbështetjes sociale* (Leserman, Petitto et al., 2000). Stigmatizimi mund t'i bëjë PJHA që të heqin dorë nga e drejta për shërbime shëndetësore, mund të zvogëlojë dëshirën që ata të shkojnë të testohen për HIV, duke ndikuar në përpjekjet për parandalim dhe trajtim të hershëm (Berger, Ferrans et al., 2001). *Barrierat për kujdes lidhen me stigmën sociale* që rrethon HIV/AIDS edhe në Shqipëri ose me mungesën e informacioneve si për pacientët dhe ofruesit e shërbimeve (Morrison, Banushi et al., 2011).

Stigma që shoqëron HIV ka bërë që shumë njerëz që jetojnë me këtë sëmundje t'ju mungojë kujdesi i përshtatshëm dhe mbështetja sociale, dhe të përjetojnë *një nivel të ulët të mirëqenies emocionale*, krahasuar me popullatën në përgjithësi (Hays, Cunningham et al., 2000). Stigma luan një rol të rëndësishëm në vendimin e personave për të zbuluar statusin e tyre HIV në familje, me miqtë, dhe shpesh ka një efekt negativ në cilësinë e marrëdhënieve të tyre. Mënyra e zbulimit, vendbanimi dhe fakti që i përket komuniteteve minoritare janë *faktorë shtesë* që ndikojnë në moszbulimin e HIV dhe në izolimin e këtyre personave (Shehan, Uphold et al., 2005). Reduktimi i përjashtimit social, së bashku me mbështetjen sociale dhe emocionale, mund të çojë në një kohezivitet më të madh social dhe të përmirësojë shëndetin (Serovich, Brucker et al., 2000). Mbështetja sociale luan një rol kritik në ndihmën ndaj njerëzve për kapërcimin e pabarazive strukturore që lidhen me epideminë dhe që shërbejnë si barriera për trajtimin, testimin dhe shërbime të tjera thelbësore. Mbështetja sociale është veçanërisht e përshtatshme për HIV duke qenë se mund të adresojë çështje që kanë të bëjnë me pabarazinë gjinore, stigmën dhe diskriminimin, që rëndojnë situatën e grupeve të marginalizuara. Mbështetja sociale ndihmon që të ardhurat të jenë të rregullta, ndihmon për sigurimin e jetesës dhe zgjeron burimin e të ardhurave (UNAIDS, 2010).

PJHA kanë nevojë për një kujdes të vazhdueshëm që ka në fokus të drejtat dhe problemet që ata hasin në jetën e përditshme. Një kujdes dhe trajtim gjithëpërfshirës përfshin më shumë sesa antiretroviralët, përfshin konkretisht *trajtimin e infeksioneve oportuniste, ushqyerjen e përshtatshme, kujdesin psiko-social dhe shërbime të tjera thelbësore shëndetësore dhe sociale*. Stigma dhe diskriminimi që lidhet me HIV dhe AIDS janë të njohura gjerësisht si barriera për sigurimin e një kujdesi shëndetësor të përshtatshëm, mbështetje sociale dhe psikologjike të përshtatshme dhe trajtimeve të përshtatshme mjekësore (Aggleton & Parker, 2002). Stigma ndikon në eksperiencat jetësore të individit të infektuar me HIV dhe familjes së tij. Shpesh *stigmatizimi është më i rëndë për personat që jetojnë me HIV/AIDS sesa vetë sëmundja*. Stigma dhe



diskriminimi çon në krizë të identitetit, izolim, vetmi, vetëvlerësim të ulët dhe mungesë të interesit për të trajtuar sëmundjen e AIDS (Valdiserri, 2000). Në nivel komuniteti, frika e stigmës dhe diskriminimit mund të bëjë që *gratë shtatzëna të shmangin këshillimin dhe testimin vullnetar*, i cili, në fazat e para ndihmon për zvogëlimin e mundësisë së trasmetimit të virusit HIV nga nëna tek fëmija (Thorne & Newell, 2003). Edhe anëtarët e familjes të individit të infektuar vuajnë po ashtu nga stigma dhe diskriminimi (Rankin, Brennans et al., 2005). Kombet e Bashkuara, aktivistë të të drejtave të njeriut dhe shumë organizata e vënë theksin në këto çështje, me qëllim që të zvogëlojnë barrën e rëndë të stigmatizimit dhe diskriminimit ndaj PJHA (Ullah, 2011). Për gratë e infektuara me HIV, çështjet psikosociale të tilla si zbulimi i statusit HIV pozitiv, stigma, testimi HIV, çështjet e kujdesit, varfërisë dhe roleve gjinore janë sfida dhe stresorë unikë (Broun, 1999; Sandelowski, Lambe et al., 2004). Këta stresorë përshkallëzohen kur individit i infektuar me HIV është një grua që njëherësh merret me HIV dhe ofron kujdes edhe për fëmijët e vegjël (Broun, 1999).

Një çështje tjetër e rëndësishme është edhe **zbulimi i statusit HIV**. Kjo është veçanërisht e vështirë në rastet e PJHA për shkak të stigmatizimit shumë të lartë që shoqëron këtë sëmundje. Stigma ndaj HIV/AIDS ka qenë shumë depërtuese duke ndikuar në të gjitha vëndet e botës. Për shembull, studimet në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kanë raportuar raste të dhunimit dhe abuzimit të PJHA ose të personave që besojnë që kishin sëmundjen (Gostin & Webber, 1998; Herek & Glunt, 1998; Zierler, Cunningham et al., 2000). Disa studime kanë raportuar raste të PJHA që janë abandonuar nga familja, janë ndarë nga partnerët e tyre (veçanërisht gratë), janë vrarë, izoluar, dëbuar nga komunitetet e tyre në momentin që kanë zbuluar statusin e tyre HIV pozitiv (Kegeles, Coates et al., 1989; Bujura, 2000; Moore & Williamson, 2003; Campbell, Foulis et al., 2005). Vëmendja në rritje për zbulimin e statusit dhe njoftimin e partnerit në programet e kontrollit të HIV është mbështetur edhe nga të dhëna empirike, që theksojnë se është një strategji efektive për parandalimin e trasmetimit të HIV tek partneri seksual në risk dhe për promovimin e diagnostikimit të hershëm, dhe që nxit trajtimin tek ata që janë të infektuar (Hogben, McNally et al., 2007; Pinkerton & Galletly, 2007). Motivimi i mundshëm për të njoftuar partnerin seksual influencohet edhe nga përgjegjësia etike e pacientëve dhe shqetësimi për shëndetin e partnerëve, dëshirës për mbështjet sociale, ashpërsia e sëmundjes, faktorë të ndryshëm kulturorë (Chandra, Deepthivarma et al., 2003) dhe roli shumë i rëndësishëm i këshilluesit (OBSh, 2004; Dixon-Mueller, 2007).

Gjithsesi, **është shqetësues fakti se vetëm një numër i vogël i personave HIV pozitive informojnë aktualisht partnerët përkatës seksualë mbi statusin e tyre** (Nuwagaba - Biribonwoha, Mayon - White et al., 2007; Mavhandu - Mudzusi, Netshandama et al., 2007).

Shkalla e ulët e zbulimit të statusit HIV pozitiv çon përfundimisht në mundësinë e mostrajtitimit për sa kohë që pacientë të tillë do të preferonin të mos zbuloheshin në komunitet (Nuwagaba-Biribonwoha, Mayon-White et al, 2007). Gjithashtu, ajo çon në humbjen e mundësive për parandalimin e infeksioneve të reja tek partnerët në rrezik dhe pamundësinë për të pasur aksesin e përshtatshëm në shërbimet për HIV si për pacientët ashtu dhe për partnerët (Agolli.I 2012).

Shpesh stigma shoqërohet me **keqinformim** dhe **njohuri te pamjaftueshme** për vetë sëmundjen dhe rruget e trasmetimit, gjykimin moral dhe menyrën sesi njerezit mund të infektohen. Njerezit ose grupet e tyre janë etiketuar si “përgjegjes” për epideminë si psh punetoret e seksit ose ata janë “përgjegjes” për infeksionin që kanë. Ata janë përjashtuar, keqtrajtuar, izoluar dhe janë objekte të thashethemeve dhe madje mund të nxirren jashtë nga shtëpitë apo vendbanimet e tyre (Badahdah AM. 2005; Thomas,



2006). Profesionistet e kujdesit të shëndetit duke përfshirë infermieret kanë përgjegjësi të rëndësishme për sigurimin e informacionit rreth transmetimit të HIV dhe për zhvillimin e programeve strategjike të shëndetit për të reduktuar këto transmetime (Christina Ouzouni et al. 2012). Studentet infermiere si një nëngrup i profesionistëve të kujdesit të shëndetit të ekspozuar ndaj rreziqeve në punë të infektimit me HIV i shkaktuar nga kontakti direkt me gjakun dhe lëngjet trupore gjatë praktikave klinike, janë raportuar të prirë të kenë qëndrime negative ndaj PJHA. Ka disa faktorë që lidhen me qëndrimet negative ndaj PJHA, të tilla si niveli i ulët i njohurive dhe frika e mundësive të infektimit apo vdekjes (Christina Ouzouni et al. 2012). Duke iu referuar një studimi të fundit të kryer nga De Beers et al. 2012 në Universitetin Politeknik të Namibisë, si një nga vendet me prevalencë të lartë të HIV/AIDS vecanerisht tek të rinjtë, mund të themi se, megjithatë shumica e studentëve dinë rreth dikujt që jeton me HIV/AIDS, ata akoma mbajnë qëndrime shumë negative ndaj tyre që kanë të bëjnë me keqkuptime apo ide të gabuara për rruget e transmetimit apo qëndrimin diskriminues ndaj tyre. Disa studentë për shembull mendojnë se ata që janë të infektuar me virusin HIV duhet të izolohen. Ata nuk mund të punojnë me persona të infektuar dhe se ata që jetojnë me HIV/AIDS bëjnë ose kanë patur jete të shturur ose imorale. Të tilla qëndrime negative janë predominante edhe në popullsinë e përgjithshme dhe kontribuojnë masivisht në mistifikimin, stigmatizimin dhe vazhdimin e frikës së papërshtatshme në lidhje me HIV / AIDS. Këto rezultate janë të ngjashme me studime të tjera që janë ndermarre në vende të tjera të botës që tregojnë ekzistencën e keqinformimeve të ndryshme rreth HIV/AIDS dhe përhapjes së stigmatizimit të individëve me HIV/AIDS (Badahdah A.M. et al. 2010; Edet Olaide Bamidele 2012; Kajjaleena Serlo 2008).

Në Shqipëri ka pak studime me fokus stigmatizimit ndaj personave që jetojnë me HIV (Dango & Agolli 2008; Morrison, Banushi et al., 2011). Sipas Merkurit L 2013 studentët me njohuri më të mira mbi IST/HIV/AIDS kanë qëndrime më korrekte dhe anashjelltas. Kështu, 15.1 % e studentëve, mendojnë se personat HIV pozitiv nuk duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët. Referuar po këtij studimi në përgjithësi, qëndrimet negative tek meshkujt janë në një frekuencë më të lartë se tek femrat.

Meqenese studimet lidhur me qëndrimin stigmatizues ndaj personave me HIV janë me të pakta sic u përmend me lart, mendova që një nga objektivat specifike të studimit tim të ishte vlerësimi i qëndrimeve stigmatizuese të studentëve të Universitetit të Vlores ndaj personave që jetojnë me HIV, përfshirë vecanerisht studentet e Fakultetit të Shëndetit Publik sepse duke iu referuar literaturës "...Shkolla mjeksore dhe infermiere luan një rol në nivel institucional në ndermarrjen e strategjive shumë dimensionale të të gjitha niveleve të reduktimit të stigmatizimit" (Heijnders M et al., 2006).



2.4 NJË PARAQITJE E SHKURTËR E HULUMTIMEVE TË MËPARSHME PËR NJOHURITË, QËNDRIMET DHE SJELLJET RISCOZE SEKSUALE TË STUDENTËVE UNIVERSITARË NË LIDHJE ME HIV/AIDS NË SHQIPËRI, EUROPË DHE MË GJERË.

2.4.1 Hulumtime të mëparshme në Shqipëri

Edhe pse të rinjtë studentore për shkak të moshës përbejnë një nga grupet me të riskuara, nuk shikohet të jenë kryer studime intensive në Shqipëri në këtë drejtim (Merkuri.L 2013). Megjithatë janë kryer disa studime për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve, praktikave seksuale në lidhje me IST tek studentet e universiteteve në Shqipëri si edhe për vlerësimin e sjelljeve riskoze në lidhje me HIV/AIDS kryesisht tek adoleshentet. Por, nuk është ndermarre ndonjë studim mbi perceptimin e riskut ndaj HIV/AIDS, sjelljeve riskoze seksuale, vlerësimin të njohurive të përgjithshme dhe masave parandaluese, qëndrimin stigmatizues ndaj personave që jetojnë me HIV tek studentet e Universitetit të Vlores.

Keshtu, në vitin 2013 është ndermarre një studim deskriptiv i tipit transversal, i hartuar që të grumbullojë informacion nëpërmjet një kampioni përfaqësues prej 2000 studentësh të universiteteve publike dhe private në nivel kombëtar me qëllim që të vlerësojë nivelin e njohurive, qëndrimeve e sjelljeve të studentëve të universiteteve shqiptare lidhur me IST. Vetëm 7.7 % e studentëve kanë njohuri për të gjitha rrugët e transmetimit të IST-ve, abstenenca nuk njihet nga 95.8% e tyre, prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale është 61.7%, dhe moshë mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale 17.6 ± 1.8 vjeç. Studentët raportuan sjellje seksuale me risk; me shumë partnerë seksualë (mesatarisht 2.2 partner), me partner rastësor (15%), seks nën përdorimin e alkoolit (20.5%) e drogës (4.3%). Rreth $\frac{1}{4}$ e studentëve nuk ka përdorur kurrë prezervativ gjatë marrëdhënieve seksuale dhe 51.0% nuk e kanë përdorur atë në mënyrë konsistente. Rreth $\frac{1}{3}$ e studentëve (35.0 %) mendojnë në mënyrë të gabuar se mund të infektoshen me HIV nëse përdor të njëjtat enë me një të infektuar, ndërsa 11.0 % e tyre, mendojnë se është e rrezikshme të qëndrosh në të njëjtën bankë me një person me HIV/AIDS. Shumica (52.6 %) nuk e perceptojnë vetën në risk për tu infektuar prej infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe 87.6 % e tyre nuk kanë kryer kurrë një ekzaminim rutinë. Interneti ka rezultuar informativ për 61.1 % të studentëve, televizioni 60.6 % dhe media e shkruar 46.4 % (Merkuri.L 2013).

Në një studim kros-seksional i realizuar në universitetin e Vlores në periudhën prill-qershor 2013 për vlerësimin e sjelljeve riskoze të studentëve lidhur me IST u vlerësuan këto gjetje: 98% ishin heteroseksuale, 1,5% biseksuale dhe 0,5% homoseksuale. Një sinjifikance statistikore u gjet midis “përdorimit të rregullt të kondomitit” dhe “ndodhise se IST-ve” (χ^2 Pearson koef = 4,02; df 1, p 0,05), dhe “Përdorimi i alkoolit para marrëdhënies seksuale” dhe “statusit për IST” ($\chi^2=37,7$ Pearson koef. 1; df 1, p 0,01). Një sinjifikance statistikore u gjet midis “te paturit një partner seksual” dhe “ndodhise se IST-ve” (χ^2 Pearson koef = 43,4; df 1, p 0,001) dhe femra që deklarojnë “dyshime rreth partnerit të tyre seksual se mund të kenë partnere të tjere” se kanë nivel të lartë për IST (Bashllari.A et al.,2014).

Në një studim kros-seksional, i realizuar në 5 shkolla të mesme të rrethit të Vlores gjatë periudhës janar-mars 2013 u përfshinë 407 nxënës që iu nënshtruan një pyetësori



me vet-administrim për të vlerësuar sjelljet rrisht seksuale lidhur me HIV/AIDS. 45,7% e pjesëmarrësve ishin meshkuj dhe 54,3% femra. 24,1% prej tyre ishin seksualisht aktive; 9,1% e tyre kanë përdorur të paktën një herë marijuanë, 89,6% e kanë përdorur atë në shoqëri dhe shokë, 63,9% raportuan se përdorin alkool, 35,6% raportuan që kondomi është mënyra më e mirë për të parandaluar AIDS. Përsa i përket rrishtve të transmetimit 13,4% u ishin përgjigjur gabim pyetjeve dhe 50,8% ishin korrekte; 63,9% e femrave dhe 67,9% e meshkujve seksualisht aktive nuk kanë përdorur kurrë kondomin gjatë marrëdhënieve seksuale (Kicaj.E 2014).

Në vitin 2012-2013 në një studim kros-seksional në të cilin u përfshinë 474 të rinj në rrethin e Elbasanit për të vlerësuar njohuritë e tyre rreth HIV/AIDS rezultoi se 91% e tyre u përgjigjen se HIV transmetohet nëpërmjet transfuzionit të gjakut të infektuar; me përdorim bashkërisht të shiringave 45%; 30% prej tyre treguan që HIV transmetohet përmes puthjes dhe 19% se HIV transmetohet përmes pickimit të mushkonjave. 31% e femrave dhe 29% e meshkujve raportuan se kishin njohuri për HIV por nuk kishin kryer marrëdhënie seksuale të mbrojtura (Krasniqi.M 2014).

Në kuadrin e strategjisë për mbrojtjen ndaj HIV /AIDS 2004-2008 në Kosovë, “Joint UN Team on AIDS” vendosi të ndermarrë një studim me qëllim mbledhjen e informacionit mbi njohuritë, Qendrimet, Praktikën dhe Sjelljet e të rinjve kosovare lidhur me HIV/AIDS. Si femrat ashtu edhe meshkujt të moshës 15-24 që identifikuan saktësisht mënyrat e parandalimit të transmetimit seksual të HIV dhe që kishin ide të gabuara për rrugët e transmetimit të tij treguan nivel të ulët të njohurive – vetëm 18% e meshkujve dhe 17% e femrave iu përgjigjen saktë pyetjeve treguese të njohurive rreth HIV/AIDS ; të rinjtë kosovare meshkuj iu përgjigjen me mirë pohimeve: duke patur marrëdhënie seksuale vetëm me një partner të pa infektuar parandalon marrjen e HIV/AIDS dhe përdorimi i kondomit sa herë që kryen seks parandalon marrjen e HIV. Nga ana tjetër femrat iu përgjigjen me mirë pohimeve se personat që duken të shëndetshëm mund të kenë HIV por ato kishin ide të gabuara rreth transmetimit të HIV psh që një person mund të marrë HIV nga pickimi i mushkonjave ose duke përdorur të njëjtin ushqim me personat që jetojnë me HIV (Bologa.D 2008).

2.4.2 Hulumtime të mëparshme në Europë

Veeramah et.al shkruan se njohuritë e studenteve të infermierisë në vitin e fundit të studimeve, në një Universitet në Angli, rreth HIV/AIDS janë në përgjithësi të varfra, edhe pse rezultatet mund të ndryshojnë. Me shumë edukim nevojitet për të ndihmuar studentet e infermierisë të kuptojnë nevojat fizike dhe psikologjike të pacientëve me HIV/AIDS dhe të afërmit e tyre, dhe të përmirësohen njohuritë rreth sëmundjes.

Rezultatet në një studim të kryer në Suedi (Aschberg & Sjöblom, 2009) tregojnë që shumica e pjesëmarrësve kanë qendrime pozitive kundrejt njerezve që jetojnë me HIV. Të anketuarit të cilët kishin përvojë të mëparshme në sektorin e kujdesit për shëndetin dhe të anketuarit me përvojë të mëparshme në kujdesin për pacientet me HIV si edhe të anketuarit të grupmoshës 26-30 vjeç dhe 31-45 vjeç treguan qendrime më të frenuara dhe më pak të ndjeshme ndaj personave me HIV/AIDS.

Lohrman et. al. (2000), në një studim të realizuar në Gjermani midis studenteve infermiere, shkruan se 1/3 e të anketuarve dëshirojnë të mos kujdesen për pacientet me HIV/AIDS. Në kontrast Aschberg dhe Sjöblom (2009) në një studim të kryer në Suedi,



nuk gjeten ndonje dëshire të rëndësishme sinjifikante mes studenteve infermiere për të mos u kujdesur për pacientet e infektuar me HIV, edhe pse dëshira për të mos u kujdesur është ende prezente në mesin e një pakicë e të anketuarve. Sipas Røndahl, Innala dhe Carlsson (2003) në një studim tjetër të kryer në Suedi 26% e studenteve infermiere duan të mos kujdesen për një pacient homoseksual i infektuar me HIV/AIDS.

Në tetor të vitit 2010 një studim cross-sectional i kryer duke përdorur një pyetesor me vet-administrim midis studenteve universitare në dy universitete publike në Urumqi Xinjiang në Kinë. Qëllimi është të vlerësohet niveli i njohurive mbi HIV/AIDS dhe faktorët e tij të riskut, qëndrimi kundrejt pacientëve me HIV/AIDS dhe AIDS dhe transmetimit të tij, të identifikohen sjelljet rrezikuese lidhur me HIV/AIDS. Këta ishin studente të rregjistruar në dege jo-mjekësore në Universitetin e Xinjiang-ut (XU), dhe në dege mjeksie në Universitetin e Mjekësive të Xinjiang-ut (XMU). Moshën mesatare të 400 anketuarve ishte 21.5 ± 4.0 vjeç. Shumica e studentëve, (74.5%) kishin nivel të mirë të njohurive me një rezultat total me shumë se 15. Me shumë se 80% e të anketuarve dinin që HIV/AIDS mund të transmetohet nepermjet përdorimit të përbashkët të shiringave po ashtu edhe nga transmetimi vertikal nga nëna tek fëmija, dhe rreth 65-75% mendojnë se kondomi mund të parandalojë transmetimin e HIV gjatë marrëdhënies seksuale. Megjithatë ka akoma ide të gabuara, p.sh., 43.2% e tyre nuk e dinë se është e mundur që të ketë një test gjaku negativ për HIV të parë disa muaj pas infektimit me HIV; 59.5% mendojnë se dikush mund të marrë HIV me pickimin e mushkonjes; dhe 38.5% mendojnë se HIV/AIDS është sëmundje e homoseksualeve (gay). Në përgjithësi vetëm 33.8% e të anketuarve kanë qëndrim pozitiv ndaj HIV/AIDS dhe pacientëve me HIV/AIDS. Analiza tregon se 86.0% e të anketuarve treguan se njëzërit me HIV&AIDS janë si ndonjë prej tyre dhe kanë nevojë për ndihmën dhe mbështetjen e tyre. Gjithashtu studimi tregoi që 84.3% e të anketuarve mendonin se do të shmangnin miqtë e tyre nëse ata do të ishin HIV pozitivë; 75.8% e ndjenin se nuk do të ishte e lehtë për ata të tregonin miqve të tyre se ata ishin HIV pozitivë; 70.3% mendonin ata do të përjashtohen nga Universiteti në qoftë se ata janë gjetur të jenë HIV pozitivë; 54.0% mendonin se personat me HIV / AIDS e meritojnë atë; 52.5% raportojnë se ata nuk ndihen rehat që të studiojnë me studente që janë HIV pozitivë; 51.5% thonë që studentet e infektuar me HIV duhet të kenë objektet e larjes dhe tualetit të ndara në shkollë dhe 30.0% mendojnë që studentet e infektuar me HIV duhet të trajtohen ndryshe. 15.8% e të anketuarve kishin të paktën 1 sjellje rrezikuese lidhur me transmetimin e HIV/AIDS. Rreth 10% raportuan se benin seks të pambrojtur pa kondom; 6.0% kishin me shumë se 1 partner seksual; 3.3% treguan se kryenin seks me prostituta dhe nën influencën e alkoolit.

Në mars të vitit 2009 u krye një studim me qëllim përshkrimin e perceptimeve të studentëve finlandezë që studiojnë në Universitetin e Joensuu rreth HIV/AIDS dhe personave që jetojnë me HIV/AIDS. Ky studim ka përdorur konceptin e perceptimit për të kapur qëndrimet e studentëve, njohuritë dhe ndjenjat ndaj HIV/AIDS dhe individëve që jetojnë me HIV/AIDS, si dhe perceptimin e sjelljeve rrezikuese. Një mostër e randomizuar e 400 studentëve është marrë në universitetet e Kuopio dhe Joensuu. Ata e dinin që HIV është virusi që shkakton AIDS. (99.3 % ose 142) iu pergjigjen që është i vërtetë pohimi se ata që praktikojnë seks të pambrojtur me shumë partnere, përdorimi i shiringave drogat IV janë risk i lartë për marrjen e HIV. Ata e dinin gjithashtu se nuk ka akoma mjekim për AIDS dhe që ajo është një sëmundje vdekjeprurëse. (62.9 % ose 90) vlerësuan se kishin informacion të mjaftueshëm për HIV/AIDS. Në përgjithësi, studentet demonstrojnë qëndrime pozitive në përgjigjet e tyre ku 57.7% pranonin që



mund të kujdeseshin për një person me HIV/AIDS. Variabli “besim fetar” nuk pati influencë sinjifikante në njohuritë, qendrimet dhe perceptimin e sjelljeve rrezikuese të studentëve (Ebot.M 2009).

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësohej njohuritë dhe qendrimet rreth HIV/AIDS të studentëve të infermierisë në Turqi. Studimi u krye me 227 studente infermiere nga shkolla e shëndetit në Antalya, Turqi gjatë vitit 2005/2006. Për të mbledhur të dhënat u përdorën metoda sasiore dhe cilësore. Shumica e studentëve infermiere kishin një nivel mesatar të njohurive për HIV/AIDS. Studentët iu pergjigjen saktësisht 64.4% të pyetjeve të pyetësorit lidhur me HIV/AIDS. Frika nga të qenit të infektuar dhe ndjenjat e keqardhjes dhe ndjeshmërisë ishin ndjenjat më të treguara nga studentët. Studentët që kishin eksperiencë të mëparshme në kujdesin për pacientet me AIDS dhe që kishin njohuri me parë pacientë me HIV/AIDS ishin të gatshëm për të kujdesur. Rezultatet nënvizuan nevojën për forcimin e edukimit në të gjitha aspektet për HIV/AIDS. H. A. Bektaş, et al., 2007).

Një studim që përfshiu studentët në Maqedoni gjeti që megjithatë shumica e studentëve kishin nivel të lartë të njohurive rreth HIV/AIDS, shumica i shmangnin personat që jetojnë me HIV/AIDS (V. Prodanovska et al., 2010).

Një studim cross-sectional është kryer në një shkollë infermiere të një Instituti të Edukimit Teknologjik në Greqi. Një mostër prej 279 (N=279) e studentëve infermiere ishin dakort të marrin pjesë në studim duke dhënë një nivel pergjigjeje 77.5%. Të dhënat u mbledhën nëpërmjet një pyetësori me vet-administrim. Infermieret e infermierisë së përgjithshme kishin njohuri mjaft të mira në lidhje me HIV dhe AIDS, si dhe një qëndrim pozitiv ndaj njerëzve me AIDS (M=70.39; SD=18.43; possible range 18-90). Disa artikuj megjithatë paraqiten rezultate kontradiktore nga rezultatet e përgjithshme të njohurive. Nga të anketuarit 39.8% besonin se mushkonjat mund të transmetojnë HIV dhe 38% besonin se virusi mund të transmetohet nëpërmjet vendit të tualetit. 56.2% raportuan që vaksinimi mund të mbrojë ata nga AIDS. Shumica e të anketuarve (76.7%) nuk kishin mesuar rreth HIV/AIDS. Pjesëmarrësit që kanë patur njohuri me të mira dhe qëndrime me pozitive ndaj njerezve me HIV/AIDS raportojnë një gatishmëri për t'u kujdesur për ata (P=0.001). Burimet kryesore të informacionit për pjesëmarrësit ishin televizioni (80.7%), gazeta/revista (64.6%) dhe interneti (60%). 94.3% e të anketuarve thoshnin se ishin heteroseksuale dhe seksualisht aktive. Studentët besimtare u gjetën që kishin më pak njohuri dhe mbanin qëndrime me pak pozitive krahasuar me studentët jo besimtare. Një studim tjetër mes studentëve infermiere në Greqi gjeti që me shumë se 1/3 e studentëve besonin që mushkonjat mund të transmetojnë virusin HIV (C. Ouzouni et al., 2012).

Ky studim deskriptiv cross-sectional u krye në tri shkolla infermiere në dy qytete të ndryshme në Turqi. Kriteri i përfshirjes së studentëve infermiere ishte që të ishin të pakten 18 vjeç dhe të jepnin konsentin për të marrë pjesë në studim. Mostra përfshiu 580 studente që iu nënshtuan një pyetësori me vet-administrim. Njohuritë u gjetën të ishin të pamjaftueshme sidomos për rruget e transmetimit. Ata në përgjithësi kishin qëndrime pozitive ndaj pacientëve me HIV/AIDS. Megjithatë, ata shprehën disa shqetësime dhe hezitonin të punonin me pacientë që jetojnë me HIV/AIDS (S. Akin et al., 2013).



2.4.3 Vende të tjera

Ne mars të vitit 2014 një studim i realizuar në universitetin kombëtar të Fixhit një nga ishujt e Paqësorisë të Jugut kishte si qëllim të vlerësojë njohuritë qëndrimet dhe praktikën rreth HIV/AIDS të studentëve infermiere dhe mjekëve në Fixhi. Studimi cross-sectional përfshiu 275 studentë të mjekësisë dhe 252 studentë infermiere që iu nënshtruan një pyetësori të tipit KAP. Të dhënat u analizuan sipas gjinisë, programit të studimit dhe vitit akademik. Njohuritë mesatare rreth HIV dhe rezultatet e qëndrimit ishin respektivisht 16.0 dhe 41.3. Rezultatet e njohurive ishin sinjifikativisht më të larta tek meshkujt se tek femrat. Korelacione sinjifikative pozitive u gjetën midis njohurive dhe vitit akademik për studentët e mjekësisë ($R = 0.459$) dhe studentëve të infermierisë ($R = 0.342$) dhe midis njohurive dhe rezultateve të qëndrimeve ($R = 0.196$). Shumica e studentëve treguan frikë për marrjen e HIV nga praktikën klinike dhe raportuan që punonjësit e shëndetsisë kishin të drejtën të njihnin HIV statusin e pacientëve të tyre për sigurinë e tyre. Shumica donin të vishnin doreza kur preknin pacientin që dyshohej për HIV (Paraniala S. C. Lui et al., 2014).

Një studim cross-seksional është kryer nga shkurti në prill 2012 në mesin e studentëve universitare Shkenca Shëndetsore në Universitetin e Gondar për të vlerësuar perceptimin e riskut për HIV dhe faktorët që shoqërohen me këtë perceptim midis studentëve të Universitetit të Gondar, Ethiopia Verilindore. Nga 384 studentë pjesëmarrës, 200 (52.1%) ishin femra. Nga totali i të anketuarve, 202 (52.6%) ishin seksualisht aktive. Rreth 23 (57.5%) prej tyre ishin nën moshën 20 vjeç, 70 (52.2%) të moshës 20-24 vjeç, dhe 13 (61.9%) të moshës 25 vjeç e më lartë e perceptonin veten se nuk kishin shanc të mërrnin infeksionin HIV. Studentët e kishin filluar marrëdhënien seksuale me heret se 18 vjeç që ishte sinjifikativisht e shoqëruar me partneritetin e shumtë. (OR = 3.6, $p = 0.002$ për meshkujt OR = 1.7, $p = 0.04$ për femrat). Diferencë sinjifikative statistikore u observua në shpërndarjen e kondomit gjatë marrëdhënies seksuale midis grupmoshave të ndryshme. (p -value = 0.001). Marrëdhënia seksuale në moshë të hershme, partneriteti i shumtë, përdorimi jo konsistent i kondomit dhe abuzimi me alkolin dhe drogen janë perceptuar në mënyrë të konsiderueshme si parashikues për një rritje të rrezikut për infeksionin HIV.

Ky studim shqyrtoi sjelljet seksuale riskoze dhe perceptimin e rrezikut të HIV-it të studentëve në një universitet amerikan banorë kryesisht afrikane urbane në Midwest në vjeshtë 2007. Mostra përfshiu 390 studentë, shumica (83%) prej të cilëve nuk ishin martuar kurrë dhe 87% ishin seksualisht aktive. Në mesin e meshkujve që raportojnë partneritete meshkuj ata që përdoren marihuanë (OR = 17.5, $p = 0.01$) dhe ata që përdoren alkool së bashku me drogën e paligjshme (ose = 8.8, $p = 0.03$) kanë qenë në mënyrë të konsiderueshme më shumë gjasa të raportojnë partneritete të shumta. Në mesin e femrave që raportojnë partneritete meshkuj, ato 30 vjeç dhe më lart kishin më pak gjasa (OR = 0.09, $p = 0.03$) të raportojnë se kanë shumë partnerë. Kishte diferencë sinjifikative në përdorimin e kondomit në marrëdhënien e fundit ($p = 0.01$) dhe përdorimit të qëndrueshëm të tij ($p = 0.002$) në grupmosha të ndryshme. Studentët me të rritur kanë më pak gjasa të raportojnë përdorimin e kondomit. Femrat e moshës 30 vjeç dhe më të vjetra (OR = 3.74, $p = 0.05$) dhe të anketuarit e moshës 20-29 vjeç (OR = 2.41, $p = 0.03$) kishin më shumë gjasa të raportonin përdorimin jo konsistent të kondomit sesa ata nën moshën 20 vjeç. Përdorimi i marijuanes ishte i lidhur me përdorimin jo konsistent të kondomit ($p = 0.02$) dhe alkoli me mospërdorimin e kondomit në seksin e fundit midis të anketuarve femra. Perceptimi i riskut për HIV ishte



ne pergjithesi i varfer me 54% te moshes 30 vjec e lart, 48.1% te moshes 20-29 vjec dhe 57.9% e atyre nen moshen 20 vjec qe e perceptonin veten se nuk kishin shanc te infektoheshin me HIV. Parashikim i perceptimit mesatar/te mire te riskut per HIV ishin perdorimi i alkolit dhe drogave, perdorimi inkonsistent i kondomit dhe partneriteti i shumte.

Nje studim cross sectional u realizua ne janar-mars 2013 me qellim vleresimin e njohurive, qendrimeve dhe praktikave lidhur me HIV/AIDS te studenteve ne Universitetin e Bahir Dar. Nga 817 pjesemarres, 45.7% ishin njohes te HIV/AIDS. Shumica (82.8%) kishin qendrim te favorshme. Studentet me njohuri me te mira kishin qendrim me te favorshme se studentet me më pak njohuri (87.6% dhe 78.6%). Praktika te mira lidhur me HIV/AIDS u observuan tek 41.7% te te anketuarve . Shumica (80.5%) e pjesemarresve nuk ishin te sigurte te diskutonin rreth perdorimit te kondomit sipas demonstrimit. Studentet qe kishin me shume njohuri dhe qendrim me te favorshme kishin praktika me te mira parandaluese lidhur me HIV/AIDS sesa ata me njohuri me te pakta dhe qendrim me te pafavorshme. Diferencat ne nivelin e edukimit, seksit dhe besimit fetar ishin midis variablave socio-demografike qe tregoheshin me shoqerim sinjifikativ statistikor me nje ose me shume nga rezultatet e variablave (Wondemagegn Mulu et al.,2014).

Një studim cross-seksional është kryer duke përdorur pyetësorë të strukturuar mes 324 studentëve të përzgjedhur të regjistruar në një institucion universitar në pronësi private në Akra, Gana. Te anketuarit ishin 56.2% meshkuj dhe 43.8% femra te moshes 17 – 37 years. 565 e te anketuarve treguan marredhenie seksuale te pambrojtura me person te infektuar si nje menyre per transmetim, 44% treguan perdorimin bashkarisht te shiringave me persona te infektuar dhe 25% treguan transmetimin nga nena te femija. Rezultati mesatar i njohurive ishte 7.70. Kishte nje diference sinjifikative te njohurive rreth HIV/AIDS sipas gjinise ku studentet femra kishin me shume njohuri rreth HIV/AIDS sesa meshkujt [$t(322) = 2.40, p = 0.017$]. Mbi gjysma e pjesemarresve nuk ishin testuar per HIV, edhe pse mbi 95% prej tyre e dinin ku kryheshin ekzaminimet. Pjesemarresit qe nuk ishin te martuar asnjehere (single), te moshes 17 – 20 years dhe kishin njohuri me shume se 2 rruge transmetimi kishin me shume gjasa te benin testin e HIV-it. Meshkujt kishin me shume gjasa te benin testin e HIV ne te ardhmen sesa femrat. Njohurite per parandalimin e HIV u duken mesatarisht te larta tek pjesemarresit qe perdornin kondomin (78%), abstinence me seksin rastesor (70%), shmangia e perdorimit bashkarisht te objekteve te mprehta (63%) dhe duke qene besnik me nje partner (57%) ishin disa nga menytrat per te parandaluar infeksionin e HIV-it. Njohurite per trajtimin e HIV/AIDS ishin po aq te larta sa 89% e te anketuarve qe tregonin se ata e dinin qe nuk kishte mjekim per AIDS, dhe 82% tregonin se nuk mund të thuhet gjithmonë duke kërkuar vetëm në qoftë se dikush është i infektuar me virusin. Shumica e studenteve e marrin informacionin per HIV / AIDS-in nga të dyja, mediat e shkruara dhe elektronike, por pak prej tyre kane marrë informata të tilla nga prindërit (Kwaku Oppong Asante 2013).

Ne vitin 2010 u realizua nje tjetër hulumtim qe ka për qëllim studimin e ndergjegjesimit per HIV / AIDS-in në mesin e studenteve të zgjedhur në institucionet e arsimit të lartë në Nigeri. Metodologjia e studimit konsiston ne perdorimin e tri institucioneve te arsimit te larte shteteror ne Rivers , te quajtura: Universiteti i Port Harcourt (UNIPORT), Universiteti Shteteror i Shkencape dhe Teknologjise ne Rivers (RSUST), dhe Universiteti Politeknik i Bori. 324 studente te padiplomuar u



perzgjodhen si moster nga 108 per secilin institucion. 89% prej tyre vleresuan se HIV transmetohet nepermjet marredhenieje seksuale me nje person te infektuar, 81% besonin se HIV-i merret nga perdorimi bashkarisht i pajisjeve te pasterilizuara, 89% besonin se HIV merret nepermjet injeksionit ose transfuzionit te gjakut te kontaminuar. Nje fakt alarmant u verejt gjithashtu se 31% besonin se ata mund ta merrnin HIV nepermjet kontaktit fizik si puthja, perqafimi dhe duke i dhene nje shtrengim duarsht personit te infektuar me HIV.

Ndersa 6% e te anketuarve nuk besonin per HIV/AIDS dhe nuk ishin ne dijeni sesi ai mund te transmetohet. Studimet kane treguar qe ka nje korelacion midis nivelit te njohurive dhe shkalles se ndryshimit te sjelljes. U verejt se studentet qe ishin me te informuar kishin me shume gjasa te ndryshonin sjelljen e tyre. Megjithate nivelin e larte te njohurive rreth HIV/AIDS, vihet re se ka akoma ide te gabuara dhe mosbesime rreth egzistences se HIV. Edhe pse njohurite per HIV/AIDS jane sinjifikativisht me te larta tek femrat, gjetjet kane treguar qe grate jane me pak ne gjendje te negociojne seks te sigurve me partneret e tyre per arsye te normave kulturore te maskulinitetit dhe feminitetit, ide te cilat japin lidhje me sjelljet normale te burrave dhe grave. Grate e varura ekonomikisht nuk mund te negociojne seks te sigurve ose perdorim te kondomit dhe kjo i vendos grate ne nje pozicion me te vertete vulnerabel ne termat e infeksionit te HIV-it. Mosperdorimi i kondomit dhe alkolit ishte nje faktor risku i larte tek studentet e tri institucioneve te larta; ky ndiqej nga numri i partnereve seksuale dhe numri i partnereve seksuale te partnereve te tyre seksuale.

Studentët e subjekteve shëndetësore kanë një rol të rëndësishëm në strategjitë kombëtare për parandalimin e HIV / AIDS. Ky studim vlereson njohurite, qendrimet dhe besimet lidhur me HIV/AIDS midis studenteve ne institucionet e shendetit ne qytetin e Sanes, ne Yemen. Nje studim deskriptiv cross-sectional u realizua me 600 studente te perzgjedhur ne menyre rastesore. Studentet kishin nivel mesatar te njohurive per HIV/AIDS (nje mesatare prej 67.6% ishin te sakta ne te gjitha artikujt). Megjithate, 82.3% e dinin qe HIV mund te transmetohet me marredhenie seksuale pa kondom, 87.5% nga shiringat, 71.8% nga gjaku i infektuar dhe 80.7% nga nena tek femija. Keqkuptimet sesi HIV transmetohet psh perqafimi dhe puthja ose perdorimi bashkarisht i ushqimit, pishinave dhe klasave u gjeten ne 41.5% te studenteve. Qendrimet lidhur me personat qe jetojne me HIV/AIDS treguan qe 59.8% e studenteve i pranonin. Kishte nje opinion te pergjithshem se personat e infektuar kishin nevojte te ndeshkoheshin (65.5%) dhe te izoloheshin (41.0%); megjithate, 86.8% ishin te gatshem te kujdeseshin per nje person te infektuar me HIV.



KAPITULLI III

PREZANTIMI I STUDIMIT

Në kete kapitull jepet informacion rreth metodologjisë që është përdorur për realizimin e këtij studimi. Është pershkruar qellimi i studimit dhe objektivat, parashtrahet historiku i kërkimit dhe fazat e kërkimit, metodat kërkimore të përdorura, pershkrohen kriteret që janë përdorur për përzgjedhjen e pjesëmarrësve dhe për mbledhjen dhe analizën e të dhënave, shpjegohet hartimi dhe pilotimi i instrumentit të kërkimit, qëndrueshmëria dhe vlefshmëria e studimit, kufizimet e kërkimit si dhe paraqiten çështjet etike.

3.1 PËRKUFIZIMI I PROBLEMIT.

Bazuar mbi sistemin e klasifikimit sipas UNAIDS, Shqipëria kategorizohet se ka një epidemi të ulët të infeksionit HIV. Megjithatë, Shqipëria gjeografikisht vendoset në një rajon të Europës Juglindore e karakterizuar nga një prej epidemive më të shpejtë në rritje të HIV-it në botë. Edhe pse Shqipëria perballlet me një prevalencë të ulët, ajo ka një nevojë të domosdoshme për programe të vazhdueshme parandaluese me fokus të vecantë në grupet vulnerable siç janë edhe të rinjtë. Konkretisht, në Universitetin e Vlores shumica e studentëve janë të moshës 18-35 vjeç, grupmoshe në të cilën incidenca e sjelljeve seksuale riskoze dhe e infeksionit HIV është e lartë. **Problemi** që identifikohet është: ***Cilat janë perceptimet e studentëve të Universitetit “I.Qemali” të Vlores rreth sjelljeve riskoze që mund t’i bëjnë ata të prekshëm ndaj infeksionit HIV?*** Fokusi i këtij studimi përfshin pikërisht vlerësimin e njohurive, qëndrimeve, sjelljeve, dhe barrierave lidhur me HIV / AIDS tek studentët e Universitetit të Vlores, të cilat rezultojnë të përfshihen në konceptin e perceptimit të tyre ndaj këtij infeksioni.

3.2 QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT.

3.2.1 Qëllimi i studimit:

Vlerësimi i perceptimeve të studentëve të Universitetit të Vlores rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infektimit me HIV në funksion të hartimit të programeve të pershtatshme informuese, edukuese si dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin dhe vlerësimin e aktiviteteve të ndryshme parandaluese.

3.2.2 Objektivi i përgjithshëm:

Të vlerësohet niveli aktual i njohurive, perceptimit të sjelljeve riskoze, masave mbrojtëse si edhe qëndrimit ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS të studentëve të Universitetit të Vlores në mënyrë që të percaktohet një diagnozë edukative dhe të implementohen në vazhdimësi aktivitetet parandaluese.



3.2.3 Objektivat specifikë:

- Percaktimi i te dhenave socio-demografike te pjesemarresve ne studim.
- Vleresimi i eksperiencave seksuale dhe perceptimit te rrezikut ndaj HIV/AIDS tek studentet e UV.
- Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS te studenteve te UV dhe burimit te informacionit rreth ketij infeksioni.
- Vleresimi i qendrimeve te studenteve te anketuar ndaj sjelljeve risikoze seksuale dhe lidhja e ketyre qendrimeve me praktikat seksuale qe manifestojne dhe njohurite qe kane mbi HIV/AIDS.
- Vleresimi i njohurive te studenteve rreth masave parandaluese, trajtimit te HIV dhe shoqerimi i tyre me praktikat dhe qendrimet ndaj sjelljeve seksuale
- Vleresimi i perceptimit te barrierave qe mund te behen shkak per mundesine e infektimit me HIV tek studentet e UV dhe lidhja e tyre me njohurite parandaluese.
- Identifikimi i qendrimeve stigmatizuese te studenteve te UV ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS dhe lidhja e tyre me njohurite e pergjithshme te ketij infeksioni.
- Vleresimi i korelacioneve midis variablave socio-demografike dhe njohurive, sjelljeve, qendrimeve, barrierave, besimeve te studenteve te UV mbi HIV/AIDS

3.3 METODOLOGJIA E STUDIMIT

3.3.1 Historiku i kërkimit, përshkrimi i fazave të kërkimit

Kërkimi filloi me *përzgjedhjen e fushës së studimit* në fillim të vitit 2013 dhe përfundoi me paraqitjen shkrimore të tij në fund të vitit 2015. Eksperienca e gjate si pedagoge ne Fakultetin e Shendetit Publik ne Universitetin e Vlores, fakti qe jam lektore ne lenden e semundjeve gjinekologjike dhe infektive ku perfshihet edhe infeksioni HIV/AIDS si edhe pjesemarrese aktive, organizatore ne aktivitetet promovuese per parandalimin e tij ne qytetin e Vlores me ka nxitur dhe ndihmuar qe te hulumtoj me thelle sjelljet risikoze te studenteve qe mund t'i bejne ata te prekshem ndaj ketij infeksioni. **Fusha e HIV/AIDS** është shumë e gjerë dhe në nivel botëror janë realizuar shumë kërkime dhe studime që kanë në fokus edhe dimensionin social të sëmundjes së HIV/AIDS, ndërkohë që në Shqipëri nuk kane qene intensive studimet e tipit KAP Survey rreth ketij infeksioni dhe qendrimet stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS.

Faza e parë e kërkimit u fokusua në rishikimin e literaturës. Në këtë fazë u përqendrova në gjetjen e kërkimeve të ngjashme, për të shmangur përsëritjen dhe për t'u njohur me gjetjet dhe kornizat teorike të studimeve ekzistuese. Rishikimi i literaturës ka shërbyer edhe si një kornizë për të krahasuar rezultatet e kërkimit me ato të kërkimeve të tjera.

Në *fazen e dytë*, realizova një sërë takimesh dhe konsultash duke diskutuar me profesionistë të fushës së HIV/AIDS për të riorientuar qëllimin dhe objektivat e studimit.



Ne fazën e tretë të kerkimit jam ndalur ne perzgjedhjen e metodes se studimit dhe perpilimit të instrumentit mates i tipit KAP Survey duke analizuar informacionin e mbledhur ne fazen e pare dhe te dyte, konsultimit te materialeve te ndryshme te botuara dhe navigimit ne internet. Me pas, pyetesori u pilotua tek 30 studente te fakulteteve te ndryshme te universitetit te Vlores te tri viteve ne nivelin Bachelor te perzgjedhur ne menyre rastesore.

Ne fazën e katert realizova shperndarjen e pyetesoreve ne popullaten e perzgjedhur, plotesimin e tyre dhe me pas nxjerrjen e rezultateve dhe analizen statistikore te tyre qe u finalizua me shkrimin e ketij raporti.

Faza e fundit e studimit konsitoi në nxjerrjen e përfundimeve dhe përgatitjen e rekomandimeve të përgjithshme për institucionet përkatëse dhe për kërkime të mëtejshme.

3.3.2 Metoda kërkimore

Eshte nje *studim deskriptiv cross-seksional*, i tipit *KAP survey* ne te cilin eshte perdorur nje *metode kerkimore kuantitative* (sasiore) qe mbledh informacion nepermjet *nje pyetesori me vetadministrim* nga nje kampion perfaqesues të të rinjve studente te Universitetit publik “Ismail Qemali” Vlore. Kjo metode u perzgjodh si me e pershtatshme per arrijtjen e qellimit te ketij studimi. Nje studim kerkimor kuantitativ sipas Christen, Johnson dhe Turner (2011:29) është ai që mbledh disa lloj të të dhënave numerike për t'iu përgjigjur një pyetjeje të caktuar kërkimore. Kerkimi kuantitativ kërkon të përgjigjet në pyetjet e “sa shumë” dhe “sa” dhe ka të bëjë me marrëdhëniet (marredhenie sidomos shkakesore) midis variablave sipas Polit & Beck, sikurse citohet ne Ishola (2012:14). Ata me tej theksojne se kerkimi sasior eshte i modelit eksperimental, gjysem-eksperimental ose jo-eksperimental. Modeli i kerkimit jo-eksperimental perfshin kerkimin deskriptiv qe investigon situatat dhe marredheniet me variablat pa manipulimin e variablave te pavarura. Ky zakonisht kërkon të krijojë marrëdhënie shkakësore ndërmjet dy ose më shumë variablave, duke përdorur metodë statistikore për të provuar variablat, duke përdorur metodën statistikore për të provuar forcën dhe rëndësinë e marrëdhënieve.

Nga metodat më frekvente të përdorura ndërkombëtarisht për të vlerësuar nivelin e njohurive, qëndrimeve e sjelljeve në një popullatë janë pikërisht studimet e tipit **KAP** (**K**nowledge, **A**ttitude and **P**ractise) Survey. Një studim i kësaj natyre, i mirëprojektuar dhe sigurisht i mirëzbatuar, prodhon të dhëna të dobishme të cilat ndihmojnë ekspertët e fushës të përcaktojnë prioritetet dhe bazuar mbi këto të planifikojnë dhe implementojnë ndërhyrje të ndryshme të **IEK** (**I**nformim-**E**dukim-**K**omunikim) për ndryshimin e sjelljeve për një popullatë të caktuar (Launiala, A.2009).

Studimet e tipit KAP survey, për herë të parë janë aplikuar në fushën e planifikimit familjar dhe në studime të tjera për popullsinë në vitin 1950. Ato u dizenuan për të siguruar informacion lidhur me njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet rreth planifikimit familjar të cilat do të ishin të dobishme për tu përdorur në hartimin e programeve të ndryshme në të gjithë botën. Në vitet 1960-1970 ato u shtrinë në shumë vende dhe më pas u rritën me shpejtësi në përgjigje të nevojave të kujdesit shëndetësor parësor. Qysh atëherë, sondazhet KAP përdoren gjerësisht për të marrë informacion mbi njohuritë, qëndrimet e praktikën shëndetësore (Hausmann-Muela, et al. 2003). Atraktiviteti i sondazheve të tipit KAP, i atribuohet karakteristikave të tilla si; lehtësi në disenjimin e



studimit, ofrimin e të dhënave sasiore, lehtësi në interpretimin dhe paraqitjen konçize të rezultateve të mbledhura, gjeneralizimin e rezultateve prej një mostre të vogël në një popullsi më të gjerë, krahasueshmëria ndërkulturore, shpejtësia e implementimit, etj. (Launiala, A.2009)

Megjithatë, disa studiues kanë kritikuar aplikimin e sondazheve KAP, lidhur me atë nëse të dhënat e siguruara prej tij, mund të ofrojnë informacion të saktë mbi njohuritë, qëndrimet e praktikat dhe që mund të përdoren për qëllime të planifikimit të programit. Ata kanë shprehur edhe shqetësimin mbi zbatueshmërinë e sondazheve KAP (Green, C. E. 2001).

Por, sot në komunitetin e specialistëve ndërkombëtarë të shëndetit e planifikuesve të programeve shëndetësore, rrallë ekziston ndonjë diskutim në lidhje me atë nëse sondazhet KAP janë një metodologji e përshtatshme për të eksploruar njohuritë, qëndrimet e praktikat shëndetësore dhe që mund të përdoren ose jo për planifikimin e programeve. *Kohët e fundit nuk ka patur asnjë diskutim kritik mes shkencëtarve mbi këtë çështje* (Launiala, A.2009)

Nga ana tjetër, studime të tipit KAP, ndihmojnë për të krijuar një bazë të dhënash mbi të cilën të monitorohen dhe vlerësohen ndërhyrjet e ndryshme të edukimit dhe promocionit të shëndetit (Merkuri.L 2013).

3.3.3 Popullata target dhe metoda e kampionimit

Si *popullate target* e perzgjedhur për këtë studim janë *studentet e Universitetit "Ismaël Qemali"* në rrethin e Vlores. Do të ishte ideale që të përfshija në studim të gjithë individët e popullatës, por kjo zakonisht është e pamundur, nga ana tjetër sipas Burazeri.G et al. (Metodologjia e kerkimit shkencor 2010) nuk është gjithmone e nevojshme të studiohen të gjithë individët dhe marrja e një mostre me madhësi të mjaftueshme dhe përfaqesuese të popullatës e përmbush me se miri qëllimin e studjuesit. Kështu që perzgjedha një kampion përfaqësues i kësaj popullate se ciles i jam referuar. *Sampli prej 721 studentesh* të përfshira në këtë studim është përfaqësues i 8151 studenteve të regjistruar në Universitetin e Vlores në vitin akademik 2013-2014. Për *percaktimin e madhësisë së samplit* kam përdorur *formulen Cochran* për variablat kategorike e cila varet nga intervali i besimit, marzhi i gabimit dhe vlera Z që i korrespondon nivelit të besimit të kerkuar. Kjo zgjedhje mendojme që është përfaqësuese për më tepër se është më madhe se 367 që është vëllimi i zgjedhjes se kerkuar për studimin tone me ane të llogaritjeve (shih shtojca). *Perzgjedhja e samplit dhe shpërndarja e pyetesoreve u realizua gjatë periudhës maj-prill-qershor 2014, nderkohe që për hedhjen dhe analizen e të dhënave në programin statistikor u desh një periudhë kohore qershor 2014-maj 2015.* Në studim janë përfshira studente të fakulteteve të ndryshme të nivelit Bachelor me kohe të plote të tri viteve të studimeve. Nuk u përfshinë në studim studente të ciklit të dytë të studimeve Master Profesional dhe Shkencor.

Metoda e perzgjedhjes së mostres është *metode probabilitare me perzgjedhje të thjeshtë rastesore*. Kjo metode është një mënyrë e lehtë për të mbledhur mostren dhe konsiderohet gjithashtu si një mënyrë e mirë në zgjedhjen e kampionit nga popullata e dhënë pasi çdo individ ka mundësi të barabartë për të zgjedhur, sipas Burazeri.G et al.(Metodologjia e kerkimit shkencor 2010).



Nga 721 studente te perfshire ne studim sipas viteve te nivelit Bachelor kemi:

- a. 236 studente te vitit te pare
- b. 253 studente te vitit te dyte
- c. 232 studente te vitit te trete

Nga keta:

- a. 290 jane studente te Fakultetit te Shendetit Publik dhe,
- b. 431 jane studente te Fakulteteve te tjera (jo te FSHP).

3.3.4 Procedura e mbledhjes se te dhenave

Fillimisht, përpara fazës së mbledhjes së të dhënave, u zbatuan të gjitha aspektet procedurale. Sigurova leje zyrtare nga rektorati i UV dhe nga dekanati i fakulteteve, studentet e te cileve u perfshine ne studim. Administrimi i pyetësorëve u krye nëpër auditore, në varësi të programit mësimor. Përpara shpërndarjes se pyetesoreve tek studentet i kam kerkuar leje edhe pedagogeve perkates te cilet realizonin mesimin ne keto auditore.

Për shkak të karakterit tepër sensitiv të subjektit të marrë në studim (mbasi pyetjet përmbanin informacion tepër personal për shëndetin seksual të të intervistuarëve), konsiderova faktin që plotësimi i pyetësorit me intervistim të drejtpërdrejtë nuk do të ishte i pranueshëm prej studentëve. Nisur nga kjo vendosa që plotësimi i tyre të bëhej me vetëadministrim. Kjo mbarte në vetvete rrezikun e ndonjë pasaktësie të mundshme në lidhje me kuptimin dhe përgjigjen e saktë të ndonjë pyetjeje. Me synim reduktimin e gabimeve që vinin si rezultat i kësaj, asistova vete gjatë plotësimit të pyetësorit (Aday LA 2006). Paraprakisht, ne cdo klase u shpjegova studenteve qellimin e studimit, i sigurova per anonimatin dhe konfidencialitetin dhe mora konsentin prej tyre. Me pas u shpjegova cdo pyetje me synim sqarimin dhe pervesimin e tyre. Gjithashtu, u kerkova studenteve pjesemarres te mos komunikonin me njeri-tjetrin gjatë plotësimit të pyetësorit, me qëllim inkurajimin e një përgjigjeje sa më të ndershme.

3.3.5 Përshkrimi i instrumentit matës

Ne kete studim eshte perdorur *nje pyetesor me vetadministrim*, kryesisht sepse eshte nje metode e rekomanduar per kerkime sasiore dhe kursen kohe. Gjatë fazës së hartimit të pyetësorit u konsultuan një sërë materialesh si dhe u konsideruan modele pyetësorësh të përdorur për studime afërsisht të ngjashme. Pyetesori eshte perkthyer nga gjuha angleze dhe me pas eshte strukturuar. Jane formuluar *pyetje te mbyllura*, te cilat kufizojne fushen e kerkimit, ne menyre qe te intervistuarit te zgjedhin midis pergjigjeve fikse. Perdorimi i pyetesorit me pyetje te mbyllura, e ben me te lehte analizen e te dhenave prandaj shpeshhere jane shume me te preferueshme se pyetjet e hapura, pavaresisht se ngushtojne varietetin dhe detajet e pergjigjeve te te intervistuarëve sipas Burazeri.G et al. (Metodologjia e kerkimit shkencor 2010). Formati i pyetjeve eshte realizuar *sipas shkalles Likert*, multiartikujt e te ciles zgjidhen per te matur nje konstrukt (Christensen, et al. 2011).

Ky pyetesor permban 87 pyetje te organizuara ne 8 seksione. Çdo artikull ne seksionet 3-5-6-7-8 u shënua në një shkallë Likert 5 pikësh: 1. Aspak dakord; 2. Nuk



jam dakord; 3. Dakord; 4. Plotesisht dakord; 5. Nuk e di. Ne seksionet 1-2-4, qe permbajne kryesisht informacion respektivisht per te dhenat personale, karakteristikat seksuale te studenteve dhe burimin e informacionit mbi HIV/AIDS, te anketuarit zgjedhin midis opsioneve fikse.

Seksioni i pare permban 10 pyetje te paraqitura sipas rendit numerik 1.1 – 1.10, te cilat kerkojne informacion mbi te *dhenat personale te pjesemarresit* si:

- Mosha
- Gjinia
- Vendbanimi
- Gjendja ekonomike
- Perkatesia / besimi fetar
- Gjendja civile
- Eksperienca seksuale (nese kane kryer apo jo seks)
- Me ke jetojne aktualisht
- Dega e studimit
- Viti i studimit

Perbri secilit opcion ka nje kuti Pjesemarresi zgjedh opcionin duke shenuar X brenda kutise.

Seksioni i dyte permban 9 pyetje te paraqitura sipas rendit numerik 2.1 – 2.9, te cilat kerkojne informacion mbi *karakteristikat seksuale dhe perceptimin e riskut per HIV te studenteve qe i jane pergjigjur Po pyetjes 1.7* qe ka te beje me eksperiencen e tyre seksuale, pra nese kane kryer marredhenie seksuale apo jo. Kerkohet informacion mbi moshen e kryerjes se marredhenies se pare seksuale, numrin e partnereve seksuale, perdorimin e kondomit, abuzimin me alkolin/drogen, dhunen seksuale, perceptimin e riskut dhe nese jane testuar per HIV. Pyetjet 4-5-8-9 kane opsione pergjigjesh “Po-Jo” te shkalles Likert, per abuzimin ndaj alkolit/droges kemi opsionet “Aspak/Ndonjehere/Gjithmone”, per grupmoshen e marredhenies se pare seksuale kemi opsione qe tregojne nje *moshe shume te hershme* “Nen 14 vjec”, *te hershme* “15-18 vjec”, ndersa “19 vjec e larte” konsiderohet si *normale* bazuar ne hulumtime dhe literature. Per pyetjen qe ka te beje me perceptimin e riskut ndaj HIV jane paraqitur opsionet “Nuk kam risk/Risk i vogel/Risk i moderuar/Risk i larte/Nuk e di”, te cilat tregojne se konsiderohen me *perceptim te ulet* te rrezikut te infektimit me HIV studentet qe zgjedhin 2 opsionet e para dhe te fundit. Studenti duhet te zgjedhe vetem **nje** opcion duke shenuar X ne kutine perbri cdo opsioni.

Seksioni i trete permban 13 pohime te paraqitura sipas rendit numerik 3.1 – 3.13, te cilat matin dhe vleresojne *nivelin e njohurive te pergjithshme te studenteve pjesemarres mbi HIV/AIDS* duke perdorur shkallen matese Likert me 5 artikujt e permendur edhe me lart:

1. Aspak dakord; 2. Nuk jam dakord; 3. Dakord; 4. Plotesisht dakord; 5. Nuk e di. Studentet zgjedhin vetem **nje** opcion duke rrethuar numrin korrespondues. Studentet qe nuk rrethonin asnje opcion per secilin pohim u konsideruan ne analizen statistikore qe nuk dinin te pergjigjeshin. Pohimet ne kete seksion kerkojne informacion kryesisht mbi rruget e transmetimit, kliniken dhe terapine me ARV.

Seksioni i katert permban 9 opsione pergjigjesh te paraqitura sipas rendit numerik 4.1 – 4.9, i cili vlereson *burimin e informacionit mbi HIV/AIDS* te studenteve



pjesemarres. Studenteve u kerkohej te zgjedhin **me shume se nje opsion** duke shenuar X brenda kutise per buri cdo opsioni si me poshte:

- bisedat me prinderit
- bisedat me shoket/shoqet
- partneri/ja
- shkolla
- internet
- librat/gazetat/broshurat/fletpalosjet
- television/radio
- punonjes shendetsor
- nuk kam informacion/njohuri mbi HIV/AIDS

Seksioni i peste permban 12 pohime te paraqitura sipas rendit numerik 5.1 – 5.12, te cilat vleresojne qendrimet e studenteve te anketuar ndaj *sjelljeve rriske seksuale* qe mund ti bejne ata te prekshem ndaj HIV/AIDS si angazhimi ne aktivite seksuale per leke/favore/dhurata, seksi me disa partnere njekohesisht, homoseksualiteti tek meshkujt, seksi me nje partner HIV statusi i te cilit nuk dihet, a eshte e rrisqshme te bisedosh me prinderit per dyshimet seksuale etj. Edhe ketu perdoret shkalla matese Likert me 5 artikujt e permendur ne seksionin 3. Studentet zgjedhin vetem **nje** opsion duke rrethuar numrin korrespondues.

Seksioni i gjashte permban 12 pohime te paraqitura sipas rendit numerik 6.1 – 6.12, te cilat matin dhe vleresojne *nivelin e njohurive te studenteve pjesemarres rreth masave parandaluese te HIV/AIDS* lidhur me perdorimin e kondomit, abstinences se marredhenieve seksuale, ekzistences se nje vaksine, te paturit e nje partneri seksual etj. Edhe ketu perdoret shkalla matese Likert me 5 artikujt e permendur ne seksionin 3-5. Studentet zgjedhin vetem **nje** opsion duke rrethuar numrin korrespondues.

Seksioni i shtate permban 10 pohime te paraqitura sipas rendit numerik 7.1 – 7.10, te cilat vleresojne *perceptimin e barrierave dhe besimet e shendetit lidhur me HIV/AIDS*. Vlen te permendet sesi feja apo besimi fetar mund te ndikojne ne normat dhe sjelljet e te rinjve, shkak i mosvajtjes ne klinike per tu testuar per HIV, identifikimin e nje personi te infektuar vetem nga pamja e dobet e tij, fyerjes nese partneri seksual kerkon perdorimin e kondomit gjate aktit per parandalimin e HIV, besimin se nje person duhet te shqetesohet rreth HIV/AIDS vetem nese ai/ajo fillon te semuret etj. Edhe ketu perdoret shkalla matese Likert me 5 artikujt e permendur ne seksionin 3-5-6. Studentet zgjedhin vetem **nje** opsion duke rrethuar numrin korrespondues.

Seksioni i tete dhe i fundit permban 12 pohime te paraqitura sipas rendit numerik 8.1 – 8.12, te cilat vleresojne *qendrimin stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS*. Ketu theksohet se cfare qendrimi do te mbanin studentet pjesemarres rreth vazhdimet te miqesise me nje person qe jeton me AIDS, perdorimit bashkarisht te pishines, sendeve, eneve, shtratit, shtrengimit te duarve, puthjes etj. Perdoret shkalla matese Likert me 5 artikujt e permendur ne seksionin 3-5-6-7. Studentet zgjedhin vetem **nje** opsion duke rrethuar numrin korrespondues.



3.3.6 Pilotimi i instrumentit

Realizueshmeria dhe pranueshmeria e pyetesorit u testua ne nje *studim pilot*. Perpara shperndarjes se pyetesorit ne popullaten qe do te studjohej, shperndava pyetesorin ne nje grup prej 30 studentesh te FSHP. Keta 30 studente nuk e dinin se ishin pjese e grupit pilot. Me ata aplikova njesoj sikur te ishin pjesemarres te studimit. Pasi u sqarova menyren e plotesimit te pyetesorit, ia shperndava studenteve dhe me pas vleresova cdo paqartesi qe kishin dhe sesi keta studente kishin plotesuar pjeset perberese te pyetesorit. Pas vleresimit konstatova se nuk paraqiteshin probleme evidente apo veshtiresi ne te kuptuarin e pyetjeve.

3.3.7 Analiza statistikore e të dhënave

Për hedhjen dhe analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor **SAS (Statistical Analysis System)** version 9.1. Analiza dhe interpretimi i të dhënave u bë bazuar mbi standarte të pranuar shkencërisht duke u përqendruar në gjetjet kryesore më të rëndësishme.

Një sërë treguesish, teknikash dhe testesh statistikore u përdorën për të përshkruar, vlerësuar dhe interpretuar të dhënat e disponueshme në këtë studim si dhe lidhjet midis variableve të ndryshme.

Për ndryshorët/variablet numerike u raportuan madhësitë e pritjes qendrore (mesatarja aritmetike) dhe madhësitë e dispersionit (shmangia standarde). Për ndryshorët kategorike u raportuan numrat absolut dhe përqindjet respektive. Për vlerësimin dhe lidhjeve midis variableve të ndryshme u përdorën teste statistikore në përshtatje me natyrën e variableve që marrin pjesë në një lidhje të caktuar. Përdorëm kryesisht *testin jo-parametrik Kruskal-Wallis* për të krahasuar homogjenitetin e grupeve të ndryshme në krahasim. Për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike u përdor testi statistikor *chi-square*, test ky i preferuar për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike. Ky test raporton *vlerën e p-së*, si dhe shkallët e lirisë.

U perdoren *tabelat e kryqezuara* per te vleresuar lidhjen midis variablave te ndryshem (njohuri, perceptim, sjellje, qendrim) ne te cilat u vleresua *treguesi i Pearson Korrelacion*, i cili per vlerat:

- a) 0.1-0.29 tregon lidhje te dobet,
- b) 0.3-0.49 lidhje te moderuar,
- c) 0.5-0.69 lidhje substanciale dhe
- d) mbi 0.7 lidhje te forte.

Për të përcaktuar faktorët të cilët parashikojnë gjasat e përdorimit të sjelljeve të shëndetshme bazuar në njohuritë për aspekte të ndryshme të HIV/AIDS-ve, u përdor *Regresioni Logjistik Binar*. Modelet e Regresionit Logjistik Binar raportuan këto parametra statistikore:

- a) raportin e gjasave apo *Odds Ratio*,
- b) intervali i besimit 95 % për raportin e gjasave (Odds)
- c) vlera e P-së apo e domethënies statistikore dhe
- d) shkallët e lirisë.



Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P < 0.05$.

Për paraqitjen grafike të të dhënave, krahas tabelave, u përdorën edhe *bar-diagramet* pasi natyra e të dhënave tona favorizonte përdorimin e kësaj teknikë (e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike). Gjithashtu, u përdorën edhe *grafikët në trajtë torte* (pie charts).

3.3.8 Konsideratat etike

Per realizimin e këtij studimi fillimisht sigurova leje nga rektorati i UV dhe drejtuesit e fakulteteve të ndryshme si edhe mora *miratimin e Keshillit të Etikes* së Universitetit “I.Qemali” Vlore. Studimet të cilat grumbullojnë informacion personal mbi subjektet, duhen dizenuar në një mënyrë etike që të mbrojnë individët pjesëmarrës në studim, mbështetur kjo edhe në Deklaratën e Helsinkit.

Bazuar në këto konsiderata etike, i informova studentët paraprakisht për qëllimin e studimit, për *privatësinë* dhe *konfidencialitetin* duke i siguruar se pyetësi do të ishte anonim dhe se të dhënat e grumbulluara prej tyre nuk do të ishin të identifikueshme. Të gjitha këto, përveç se i sqarova gojarisht, por gjithashtu ishin të pasqyruara edhe në faqen e parë të pyetësorit. Në të njëjtën kohë u kerkova studenteve që të mund të firmosnin vullnetarisht *konsentin* e tyre për pjesëmarrjen në studim pasi u shpjegova të gjitha çeshtjet perkatëse të studimit. U shpjegova studenteve se ata kanë të drejtë të tërheqin pjesëmarrjen e tyre në çdo kohë gjatë studimit.



KAPITULLI IV

REZULTATET E STUDIMIT

Ne kete kapitull jane pasqyruar rezultatet e studimit, te cilat jane organizuar ne paraqitjen deskriptive te te dhenave dhe me pas analiza statistikore e tyre me paraqitjen e disa korelacioneve midis variablave sipas seksioneve te pyetesorit dhe ne fund te rezultateve te cdo seksioni eshte bere diskutimi perkates.

4. PARAQITJA DESKRIPTIVE, ANALITIKE E REZULTATEVE DHE DISKUTIMI I TYRE.

4.1 Mbledhja e të dhënave:

Te dhenat u mblodhen nga shperndarja e pyetesorit me vetadministrim tek 721 studente te UV. Disa seksione apo pohime nuk u plotesuan prej tyre. Numri i studenteve qe nuk u jane pergjigjur pyetjeve te vecanta ne cdo seksion i eshte zbritur shumes totale te studenteve pjesemarres duke i paraqitur ne tabele me opsionin “pa pergjigje”.

4.1.1 Të dhënat personale të të anketuarëve sipas Seksionit të Parë të pyetesorit:

Me poshte do te pershkruajme paraqitjen deskriptive te te dhenave socio-demografike te te anketuarve, shperndarjen e tyre sipas deges dhe vitit te studimit si edhe prevalencen e marredhenies seksuale.

Tabela nr.1: Shperndarja e te anketuareve sipas te dhenave demografike

Variablat	Numri	Perqindja
1. Grupmosha		
➤ 18-20 vjec	395	54.79
➤ 21-24 vjec	297	41.19
➤ 25-28 vjec	18	2.50
➤ Mbi 28 vjec	11	1.52
➤ Total	721	100.00
2. Gjinia		
➤ Mashkull	407	56.45
➤ Femer	314	43.55
➤ Total	721	100.00



Tabela nr.2: Analiza e variablit Mosha sipas Gjinisë

Gjinia	Numri i vrojtimeve			N	Minimum	Maximum	Mediana
	Mesatarja	St.Dev					
Femër	407	20.35	1.60	407	18.00	32.00	20.00
Mashkull	314	21.26	2.76	314	18.00	40.00	21.00

Tabela nr.3: Shpërndarja e studentëve sipas të dhënave socio-demografike të subjekteve në studim dhe gjinisë

Variablat	Femër (407)		Mashkull (314)		TOTAL (721)	
	Numer	Perqindje	Numer	Perqindje	Numer	Perqindje
1. Vendbanimi						
➤ Fshat	123	17.06	122	16.92	245	33.98
➤ Qytet	284	39.39	192	26.63	476	66.02
Chi-square p = 0.0152						
2. Gjendja ekonomike						
➤ E dobet	22	3.05	21	2.91	43	5.96
➤ Mesatare	359	49.79	276	38.28	635	88.08
➤ Shume e mire	26	3.61	17	2.36	43	5.96
Chi-square p = 0.6795						
3. Perkatesia fetare						
➤ Mysliman	328	45.49	249	34.54	577	80.04
➤ Ortodoks	61	8.46	28	3.88	89	12.34
➤ Katolik	15	2.08	35	4.85	50	6.93
➤ Ateist	3	0.42	2	0.28	5	0.69
Chi-square p = 0.0002						
4. Statusi civil						
➤ Beqar/e	323	44.80	275	38.14	598	82.94
➤ I/e martuar	41	5.69	12	1.66	53	7.35
➤ I/e divorcuar	3	0.42	3	0.42	6	0.83
➤ Bashkejetoj	40	5.55	24	3.33	64	8.88
Chi-square p = 0.0168						
5. Dega e studimit						
➤ FSHP	241	33.42	49	6.80	290	40.22
➤ Fakultet tjetër	106	23.03	265	36.75	431	59.78
Chi-square p < 0.0001						
6. Viti i studimit						
➤ Viti I	135	18.72	101	14.01	236	32.73
➤ Viti II	136	18.86	117	16.23	253	35.09
➤ Viti III	136	18.86	96	13.31	232	32.18
Chi-square p = 0.5362						
7. Me ke jetoni tani						
➤ Me familjen	224	31.15	150	20.86	374	52.02
➤ Ne konvikt	43	5.98	14	1.95	57	7.93
➤ Me miq me qera	133	18.50	125	17.39	258	35.88
➤ Vetem me qera	5	0.70	25	3.48	30	4.17
➤ Pa pergjigje	2		0	0.00	2	
Chi-square p < 0.0001						
8. Marredhenia seksuale						
➤ Po	192	26.63	293	40.64	485	67.27
➤ Jo	215	29.82	21	2.91	236	32.73
Chi-square p < 0.0001						



4.1.1.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË PARË TË PYETËSORIT

Në këtë studim morën pjesë 721 studentë (subjekte). Në këtë seksion u vlerësuan të dhënat socio-demografike të pjesëmarrësve në studim dhe lidhja e tyre me gjininë. Gjithashtu u vlerësua prevalenca e marrëdhënieve seksuale si dhe lidhja e saj me gjininë.

Sipas **tabelës nr.1**, Moshë mesatare e subjekteve në studim ishte 20.75 ± 2.2 vjet, me një përfaqësim të moshës maksimale 40 vjeç; 56.45 % e pjesëmarrësve në studim ishin femra dhe 43.55 % meshkuj. Përqindja pak më e madhe e femrave të përzgjedhura në studim përkon me numrin më të madh të femrave të cilat aktualisht frekuentojnë Universitetin e Vlores (Zyra e statistikave UV). Kjo tregon për saktësinë e metodologjisë së përdorur në studimin tonë.

Moshë mesatare e Femrave është 20.35 vjeç kurse e Meshkujve është 21.26 vjeç (**tabela.nr.2**)

Sipas **tabelës nr.3** shohim se 66% e studentëve janë me **vendbanim** në qytet kurse 34% në fshat. Meqe *Chi square* $p = 0.0152 < 0.05$, tregon se ka dallim statistikisht të rëndësishëm midis meshkujve dhe femrave studente përsa i përket vendbanimit. Kështu numri më i madh i femrave (39.39%) banon në qytet në krahasim me meshkujt (26.63%), ndërkohe që në fshat përqindjet janë shumë të përafërta (17.06% dhe 16.92%).

Sipas **statusit civil** gati 83% e studentëve janë beqarë, 7.4% të martuar, 8.9% bashkëjetues, afro 1% të divorcuar. *Chi-square* $p=0.0168 < 0.05$ tregon se ka dallim statistikisht të rëndësishëm midis meshkujve dhe femrave në studim, përsa i përket statusit civil (figura nr.1). Kështu, tek femrat 44.80% e zene beqaret, me pas të martuarit dhe bashkëjetueset me përqindje pothuaj të njëjta dhe në fund të divorcuarat. Tek meshkujt, beqaret janë 38.13%, me pas bashkëjetuesit me 3.33%, të martuarit dhe në fund të divorcuarit. Numri i femrave që raportojnë se janë të martuara (5.69%) krahasuar me meshkujt (1.66 %) është tre herë më i lartë. Kjo tregon se *shoqëria shqiptare vazhdon akoma të mbetet një shoqëri tradicionale ku femrat martohen në një moshë më të re se sa meshkujt* (Merkuri.L 2013). Megjithatë shohim se femrat zënë përqindje më të lartë se meshkujt edhe përsa i përket bashkëjetesës (5.55% ndaj 3.33% të meshkujt).

Sipas **nivelit ekonomik** 88% e studentëve e vlerësojnë gjendjen ekonomike të tyre "Mesatare". *Chi-square* $p=0.6795 > 0.05$ tregon se nuk ka dallim statistikisht të rëndësishëm midis meshkujve dhe femrave në studim, përsa i përket gjendjes ekonomike të tyre.

Lidhur me **besimin fetar**, 80% e studentëve i përkasin fesë Myslimane, 7% asaj Katolike, 12% fese Ortodokse dhe 1% deklarohen Ateistë. *Chi-square* $p= 0.0002 < 0.05$ tregon për ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis meshkujve dhe femrave përsa i përket perkatesisë fetare. Kështu, të femrat 45.49% janë myslimane, me pas ortodokset dhe katoliket, kurse për meshkujt kemi 34.54% myslimane, pastaj vjen perkatesia katolike dhe ortodokse, etj

Sipas **akomodimit** 52% e studentëve jetojnë me familjen, 36% me miq me qera, 8% në konvikt dhe 4% jetojnë vetëm me qera. *Chi-square* $p < 0.0001$ tregon për ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis meshkujve dhe femrave përsa i përket menyres se jetesës (figura nr.3). Kështu 31.15% e femrave banojnë me familjen ndërkohe që meshkujt që banojnë me familjen janë 20.86%. Gjithashtu, 0.7% e femrave



banojne vetem me qera, nderkohe qe meshkujt ne kete kategori zene 3.47%. Po keshtu femrat ne konvikt jane 5.98% ndersa meshkujt ne konvikt vetem 1.95%.

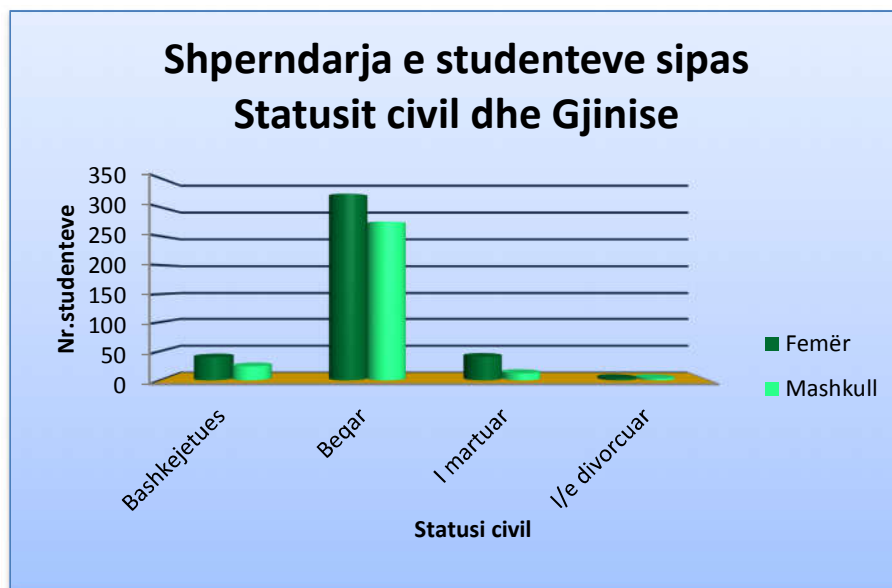
Sipas *degës së studimit* rreth 40% janë studentë të degës së Infermierisë dhe 60% të degëve të tjera Joinfermierore. *Chi-square* $p < 0.0001 < 0.05$ tregon për ndryshime të rëndësishme statistikore midis shpërndarjes sipas degëve të meshkujve dhe femrave (figura nr.2). Keshtu, femrat perbejne numrin me te madh ne degen e infemierise (241 femra ndaj 49 meshkujve) ne FSHP kurse meshkujt numrin me te larte ne deget e tjera (265 meshkuj ndaj 106 femrave).

Gjithashtu është patur parasysh që zgjedhja të bëhet uniforme edhe sipas *vitet akademik* qe frekuentojne studentet për të patur një rezultat sa më real 32% viti I, 35% viti II dhe 33% viti III. *Chi-square* $p = 0.5362 > 0.05$ tregon se nuk ka dallim statistikisht të rëndësishem midis meshkujve dhe femrave ne studim sipas viteve të studimit.

Persa i preket *vleresimit të prevalencës së kryerjes së marrëdhënieve seksuale* shohim se 67% (ose 485 studente) e studentëve kanë kryer marrëdhënie seksuale kurse 33% jo. Po keshtu, ka dallim statistikisht të rëndësishem midis meshkujve dhe femrave edhe persa i perket *experiences seksuale* *chi-square* $p < 0.0001$ (figura nr.4). Keshtu meshkujt zene % me te larte te atyre qe kane patur experience seksuale (40.64% ndaj 26.63% qe zene femrat). Femrat zënë përqindje më të lartë tek studentët që **nuk kanë kryer marrëdhënie seksuale** (30%) ndaj 3% meshkuj. Keto rezultate tregojne se vazhdon i njejti trend i prirjes me te madhe te studenteve meshkuj te Universitetit te Vlores lidhur me kryerjen e marrëdhënieve seksuale duke i krahasuar me studime te ngjashme te kryer ne kete universitet nga Hasanaj.V 2008 dhe Bashllari.A et al, 2013 te cilet analizuan sjelljet seksuale dhe riskun per IST.

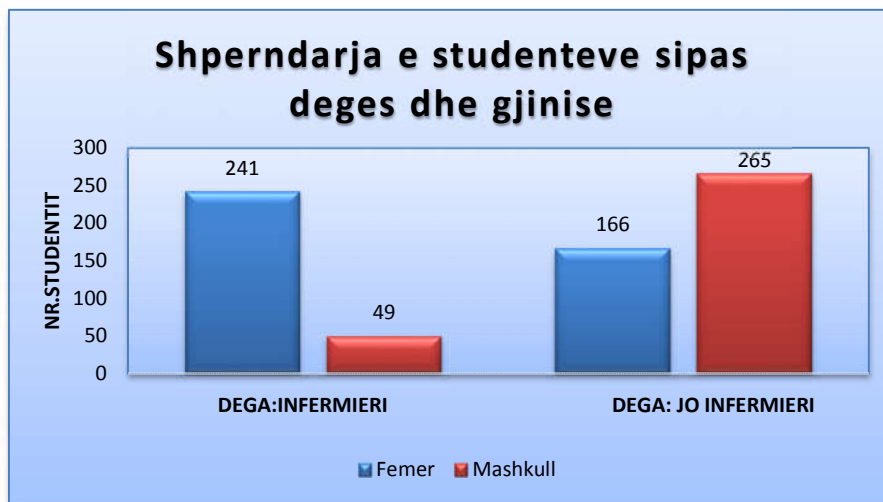
Disa nga lidhjet me ndryshim të rëndësishem statistikor të analizuar me sipër po i paraqesim në figurat e mëposhtme:

Grafiku nr.1: Shpërndarja e studentëve sipas Gjendjes Civile dhe Gjinisë

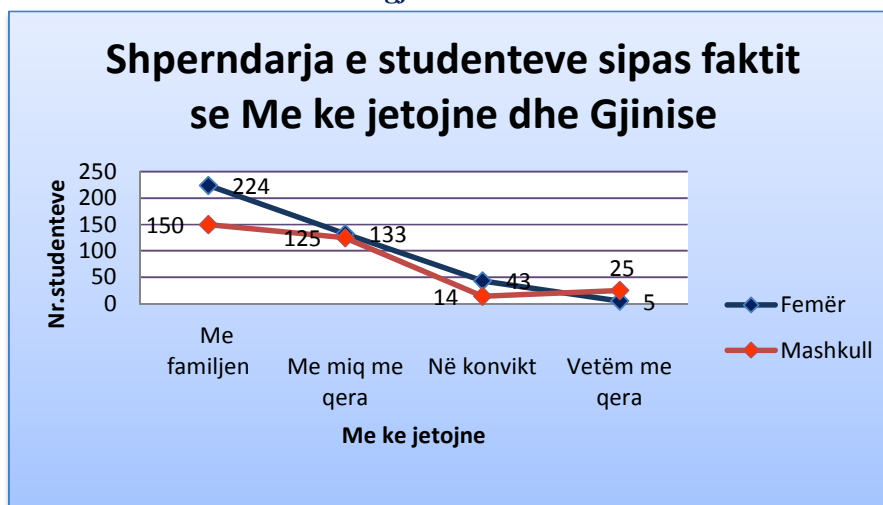




Grafiku nr.2.: Shpërndarja e studentëve sipas Degës dhe Gjinisë

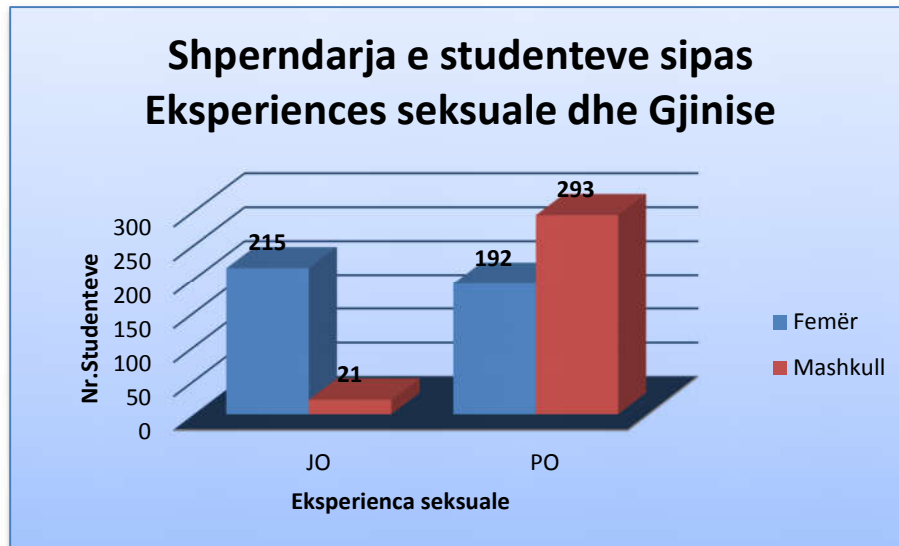


Grafiku nr.3: Shpërndarja e studentëve sipas mënyrës së akomodimit dhe gjinisë.





Grafiku nr.4: Shpërndarja e studentëve sipas Eksperiencës seksuale dhe Gjinisë.





4.1.2 Karakteristikat seksuale dhe perceptimi i riskut për HIV tek studentët që kanë kryer marrëdhënie seksuale sipas Seksionit të Dytë të pyetësorit.

Me poshte do te pershkruajme paraqitjen deskriptive te te dhenave rreth eksperiencave dhe *praktikave seksuale* te studenteve te anketuar qe kane kryer marrëdhënie seksuale, *perceptimit te riskut ndaj HIV*, *testimeve per HIV* te ketyre pjesemarrësve si edhe do te analizojme korelacionet sinjifikative midis variablave. Cdo pergjigje e sakte ne seksionin e praktikave seksuale eshte vleresuar me 1 pike. Praktikrat seksuale te studenteve jane kategorizuar ne “*praktika te sigurta*” dhe “*praktika risikoze*” seksuale bazuar ne vleren mesatare te pikeve: Keshtu, ato rezultate *me vlere më pak se mesatarja* per praktikrat u klasifikuan si praktika “risikoze”, ndersa ato me *vlere te barabarte ose më shume se mesatarja e pikeve* u klasifikuan si praktika “te sigurta”.

Tabela nr.4: Vleresimi i praktikave seksuale dhe sjelljeve shoqeruese tek studentet e UV

Variablat	Numri	Perqindja
1. Mosha e marrëdhënies se pare sex.		
➤ 14 vjec ose me pak	23	4.74
➤ 15-18 vjec	249	51.34
➤ 19 vjec e lart	213	43.92
➤ Total	485	100.00
2. Numri i partnereve seksuale		
➤ 1 partner	239	56.10
➤ 2 partnere	72	16.90
➤ 3 partnere	59	13.85
➤ Me shume se 3	56	13.15
➤ Total	426	100.00
3. Perdorimi i kondomit gjate seksit		
➤ Asnjehere	108	22.27
➤ Ndonjehere	212	43.71
➤ Gjithmone	165	34.02
➤ Total	485	100.00
4. Perdorimi i alkolit/droges para ose gjate seksit		
➤ Po	53	10.93
➤ Jo	432	89.07
➤ Total	485	100.00
5. Dhuna seksuale		
➤ Po	8	1.65
➤ Jo	477	98.35
➤ Total	485	100.00
6. Nese po, cili ka gene dhunuesi?		
➤ I aferm	1	12.50
➤ Ish i dashuri	3	37.50
➤ Shoku	1	12.50
➤ Tjeter	3	37.50
➤ Total	8	100.00



Tabela nr.4.1: Analiza e numrit te partnerëve seksualë gjatë jetës te studenteve pjesemarres.

Mean	Std Dev	N	Minimum	Maximum	Median
1.8985849	1.2383157	424	1.0000000	6.0000000	1.0000000

Tabela nr.4.2:Analiza e numrit te partnereve sipas gjinise

Gjinia	N.Obs	Mean	Std Dev	N	Minimum	Maximum
Femer	192	1.0928962	0.3737306	183	1.0000000	4.0000000
Mashkull	293	2.5103734	1.3137479	241	1.0000000	6.0000000

Tabela nr.5: Vleresimi i perceptimit te rrezikut ndaj HIV/AIDS tek studentet e UV dhe shperndarja e tyre sipas kryerjes se testit per HIV.

Variablat	Numri	Perqindja
1. Shancet e marrjes se HIV sipas perceptimit ?		
➤ Nuk kam risk	266	54.96
➤ Risk i vogel	98	20.25
➤ Risk mesatar	7	1.45
➤ Risk i larte	3	0.62
➤ Nuk e di	110	22.72
➤ Total	484	100.00
2. A e keni kryer ndonjehere testin per HIV ?		
➤ Po	106	21.99
➤ Jo	376	78.01
➤ Total	482	100.00
3. A do te mbani partner seksual nese diagnostikoheni per HIV?		
➤ Po	70	14.55
➤ Jo	411	85.45
➤ Total	481	100.00

Tabela nr. 6. Korelacioni midis praktikave seksuale te studenteve dhe te dhenave te tyre socio-demografike

Variablat		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Gjinia	Femra	184	37.94	8	1.65	192	39.59
			(95.83)		(4.17)		(100.00)
	Meshkuj	160	32.99	133	27.43	293	60.41
			(54.61)		(45.39)		(100.00)
	Total	344	70.93	141	29.08	485	100.00
Chi-Square		p<0.0001		Odds Ratio		0.052	
Variablat		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Dega e studimit	FSHP	129	26.60	24	4.95	153	31.55
			(84.31)		(15.69)		(100.00)
	Fakultet tjeter	215	44.33	117	24.13	332	68.45
			(64.76)		(35.24)		(100.00)
	Total	344	70.93	141	29.08	485	100.00
Chi-Square		p<0.001		Odds Ratio		0.347	

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



<i>Praktikat seksuale</i>								
<i>Variablat</i>		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total		
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Mosha	18-20 vjec	163	33.61	69	14.23	232	47.84	
			(70.26)		(29.74)		(100.00)	
	21-24 vjec	167	34.42	61	12.59	228	47.01	
			(73.25)		(26.75)		(100.00)	
	25-28 vjec	7	1.44	8	1.65	15	3.09	
			(46.67)		(53.33)		(100.00)	
	Mbi 28 vjec	7	1.44	3	0.62	10	2.06	
			(70.00)		(30.00)		(100.00)	
	Total	344	70.93	141	29.07	485	100.00	
Chi-Square p=0.1770								

<i>Praktikat seksuale (Nr.-% /% e rreshtit)</i>								
<i>Variablat</i>		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total		Odds ratio
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Perkatesia fetare	Ateist	2	0.41	1	0.21	3	0.62	
			(66.67)		(33.33)		(100.00)	
	Katolik	23	4.74	15	3.09	38	7.83	
			(60.53)		(39.47)		(100.00)	
	Mysliman	276	56.91	113	23.30	389	80.21	
			(70.95)		(29.05)		(100.00)	
	Ortodoks	43	8.87	12	2.47	55	11.34	
			(78.18)		(21.82)		(100.00)	
	Total	344	70.93	141	29.07	485	100.00	
Chi-Square p=0.3308								

<i>Praktikat seksuale</i>								
<i>Variablat</i>		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total		Odds ratio
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Statusi Civil	Beqar	244	50.31	121	24.95	365	75.26	0.992
			(66.85)		(33.15)		(100.00)	
	I martuar	46	9.49	5	1.03	51	10.52	0.217
			(90.20)		(9.80)		(100.00)	
	Bashkejetues	50	10.31	13	2.68	63	12.99	0.520
			(79.36)		(20.63)		(100.00)	
	I/e divorcuar	4	0.82	2	0.41	6	1.23	
			(66.67)		(33.33)		(100.00)	
	Total	344	70.93	141	29.07	485	100.00	
Chi-Square p=0.0025								

<i>Praktikat seksuale</i>								
<i>Variablat</i>		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total		
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Me ke jetoni	Me familjen	180	37.11	75	15.47	255	52.58	
			(70.59)		(29.41)		(100.00)	
	Me miq,me qera	124	25.57	52	10.72	176	36.29	
			(70.45)		(29.55)		(100.00)	
	Ne konvikt	24	4.95	4	0.82	28	5.77	
			(85.71)		(14.29)		(100.00)	
	Vetem,me qera	16	3.30	10	2.06	26	5.36	
			(61.54)		(38.46)		(100.00)	
	Total	344	70.93	141	29.07	485	100.00	
Chi-Square p=0.2494								

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Praktikat seksuale							
Variablat		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Viti	Viti I	103	21.24 (70.07)	44	9.07 (29.93)	147	30.31 (100.00)
	Viti II	116	23.92 (68.24)	54	11.13 (31.76)	170	35.05 (100.00)
	Viti III	125	25.77 (74.40)	43	8.87 (25.60)	168	34.64 (100.00)
	Total	344	70.73	141	29.07	485	100.00
Chi-Square p=0.4415							
Chi-Square p=0.4969							

Praktikat seksuale							
Variablat		Praktika te sigurta		Praktika risikoze		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Vendbanimi	Fshat	120	24.74 (72.29)	46	9.48 (27.71)	166	34.22 (100.00)
	Qytet	224	46.19 (70.22)	95	19.59 (29.78)	319	65.78 (100.00)
	Total	344	70.93	141	29.07	485	100.00
Chi-Square p=0.6339							

Tabela 7. Shoqerimi i praktikave seksuale me variablin e perceptimit te riskut per HIV te studenteve qe kane kryer marredhenie seksuale

Perceptimi i riskut per HIV								
Variablat		Perceptimi i riskut per HIV	Risk i moderuar		Risk i larte		Total	
		Variables	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Risk factors	Perdorimi i alkolit/droges para/gjate seksit	Po	20	4.13	1	0.21	53	10.93
		Jo	85	17.52	2	0.42	432	89.07
	Chi-Square p = 0.0002							
	Perdorimi i kondomit gjate seksit.	Asnjehere	13	2.68	2	0.42	108	22.27
		Ndonjehere	56	11.55	1	0.21	212	43.71
		Gjithmone	36	7.42	0	0.00	165	34.02
	Chi-Square p = 0.0537							
	Partneriteti seksual	1 partner	29	6.86	1	0.24	239	56.10
		2 ose me shume	54	12.77	0	0.00	187	43.90
Chi-Square p = 0.0214								
Mosha e fillimit te seksit	≤18 vjec	75	15.50	2	0.42	272	56.08	
	≥19 vjec	30	6.19	1	0.21	213	43.92	
Chi-Square p = 0.0027								
A e keni kryer testin per HIV	Po	21	4.36	3	0.62	82	17.01	
	Jo	83	17.22	0	0.00	293	60.79	
Chi-Square p < 0.0001								



Tabela nr.8: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV me Gjininë dhe Vendbanimin e studenteve me eksperience seksuale

A e keni kryer ndonjëherë testin për HIV?

Numri %	Gjinia			Vendbanimi		
	Femer	Mashkull	Total	Fshat	Qytet	Total
Jo	140	236	376	144	240	384
	29.05	48.96	78.01	29.39	48.98	78.37
Po	50	56	106	24	82	106
	10.37	11.62	21.99	4.90	16.73	21.63
Total	190	292	482	168	322	490
	39.42	60.58	100.00	34.29	65.71	100.00

Chi-Square p = 0.0645 Chi-Square p = 0.1289

Tabela nr.8.1: Korelacioni midis perdorimit te prezervativit (kondomit) dhe gjendjes ekonomike te te anketuarve.

Gjendja ekonomike e te anketuarve.

Perdorimi i kondomit (Nr.-% /% e rreshtit)	E dobet		Mesatare		Shume e mire		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Asnjehere	7	1.44	97	20.00	4	0.82	108	22.27
		(6.48)		(89.81)		(3.70)		
Ndonjehere	10	2.06	190	39.18	12	2.47	212	43.71
		(4.72)		(89.62)		(5.66)		
Gjithmone	12	2.47	142	29.28	11	2.27	165	34.02
		(7.27)		(86.06)		(6.67)		
Total	29	5.98	429	88.45	27	5.57	485	100.00

Pearson Correlation = 0.0420
Chi-square p= 0.8137

Tabela nr.9: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV dhe moshes se marredhenies se pare seksuale

Testi per HIV	Moshja e marredhenies se pare seksuale							
	14 vjec ose me pak		15-18 vjec		19 vjec e lart		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Jo	19	3.9	196	40.25	166	34.09	381	78.23
Po	4	0.82	54	11.09	48	9.86	106	21.77
Total	23	4.72	250	51.33	214	43.94	487	100.00

Chi-Square p = 0.8530

Tabela nr.9.1: Vleresimi i korelacionit midis kryerjes se testit per HIV dhe numrit te partnereve seksuale

Testi per HIV	Numri i partnereve seksuale											
	1 partner		2 partnere		3 partnere		4 partnere		5 ose >		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Jo	183	42.96	59	13.85	51	11.97	24	5.63	16	3.75	333	78.16
Po	56	13.15	13	3.05	8	1.88	11	2.58	5	1.18	93	21.84
Total	239	56.11	72	16.90	59	13.85	35	8.21	21	4.93	426	100.00

Chi Square p = 0.3846



abela nr.10: Korelacioni midis variablave te praktikave seksuale te studenteve									
Praktike seksuale		Praktike seksuale							
<i>Perdorimi i alkolit/droges gjate seksit?</i>		<i>Perdorimi i kondomit gjate marrredhenieve seksuale?</i>							
		Asnjehere		Ndonjehere		Gjithmone		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Po		9	1.86	29	5.98	15	3.09	53	10.93
Jo		99	20.41	183	37.73	150	30.93	432	89.07
Total		108	22.27	212	43.71	165	34.02	485	100.00
Chi Square p = 0.2446									
Praktike seksuale		Praktike seksuale							
<i>Perdorimi i alkolit/droges gjate seksit?</i>		<i>Numri i partnereve seksuale</i>							
		1 partner		2 ose me shume				Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Po		7	1.65	33	7.78	40	9.43		
Jo		231	54.48	153	36.09	384	90.57		
Total		238	56.13	186	43.87	424	100.00		
Chi Square p < 0.0001									
Praktike seksuale		Praktike seksuale							
<i>Perdorimi i kondomit gjate marrredhenieve seksuale?</i>		<i>Numri i partnereve seksuale</i>							
		1 partner		2 ose me shume				Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Asnjehere		82	19.34	18	5.14	100	23.58		
Ndonjehere		84	19.81	92	21.70	176	41.51		
Gjithmone		72	16.98	76	17.93	148	34.91		
Total		238	56.13	186	44.77	424	100.00		
Chi Square p < 0.0001									

Numri i partnereve seksuale gjate jetes.										
<i>Mosha e marrredhenies se pare</i>	1 partner		2 partnere		3 partnere		Mbi 3 partnere		Total	
Nr.-% / % e rreshtit	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
14 ose me pak	3	0.7	1	0.23	2	0.47	5	1.16	11	2.56
		27.27		9.09		18.18		45.45		
15-18	80	18.65	45	10.49	43	10.02	45	10.49	213	49.65
		37.56		21.13		20.19		21.13		
19 e lart	159	37.06	26	6.06	14	3.26	6	1.4	205	47.79
		77.56		12.68		6.83		2.93		
Total	242	56.41	72	16.78	59	13.75	56	13.05	429	100.00
Pearson Correlation = -0.4238										
Chi-square p < 0.0001										



4.1.2.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË DYTË TË PYETËSORIT

Rezultatet e studimit për këto seksione tregojnë se studentet me eksperiencë seksuale janë të ekspozuar në *sjellje të rrezikshme* dhe kanë *perceptim të ulët ndaj riskut* për infektim me HIV.

Kështu duke nisur nga *tabela nr 4* shohim se 44% e studentëve kanë patur marrëdhënie seksuale në moshën 19 vjeç e lartë, rreth 51% e studentëve, në moshën 15-18 vjeç dhe 5% në moshën 14 vjeç ose më pak. *Vihet re fillimi i marrëdhënieve seksuale në moshë të hershme*. Sipas një studimi të ngjashëm i cili analizon sjelljet e rrezikshme seksuale të studentëve në SHBA, Turqi dhe Afrikën e Jugut citohet se "...Te rinjte si në vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim e fillojnë aktivitetin seksual relativisht në moshë të hershme...". Rezultatet e këtij studimi sollën të njëjtin përfundim si në studimin tone që kishte një përqindje të lartë të rinjve që fillonin marrëdhënien e pare seksuale në moshë shumë të hershme (Adefuye SA et al., 2011), por në një studim tjetër të ngjashëm shumica e pjesëmarrësve e kishin filluar marrëdhënien e pare nga moshja 19 vjeç e lartë (Yitayal Shiferaw et al., 2014). Sipas studimit tone prirja për marrëdhënie seksuale është më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Kështu 34% e meshkujve deklarojnë marrëdhënie seksuale në grupmoshën 15-18 vjeç dhe afro 5% në moshën 14 ose më pak. Kurse përqindja më e lartë të femrat i përket grupmoshës 19 e lartë e marrëdhënies së parë seksuale. *Moshja e hershme e marrëdhënieve seksuale e verejtur me shumë tek meshkujt sesa tek femrat raportohet pothuaj në të gjitha studimet që analizojnë sjelljet seksuale në Shqipëri* (Merkuri.L 2013). Ndërsa referuar studimit të kryer nga Yitayal Shiferaw et al., 2014 u gjet se shumica e pjesëmarrësve seksualisht aktivë dhe me shumë partnerë seksualë u gjet me shumë tek studentet femra. Studime të tjera shkojnë në të njëjten linjë me gjetjet tona (Aras et al. 2007; Adedeji S Adefuye et al., 2009; Nigatu Regassa et al., 2011). Shihet se 56% e studentëve raportojnë se kanë patur 1 partner seksual, 17% dy partnerë, 14% raportojnë 3 partnerë por kemi dhe 1% që raportojnë se kanë patur 6 ose më shumë partnerë seksuale. Pra pothuaj 44% e studentëve kanë patur më shumë se një partner seksual. Nga krahasimi midis meshkujve dhe femrave vihet re se femrat zënë përqindje më të lartë në pasjen e 1 partneri seksual gjatë jetës së tyre (*tabela nr.4.2*). Me rritjen e numrit të partnerëve janë *meshkujt* ata që zënë përqindje më të lartë se femrat. Ky rezultat shkon në të njëjten linjë me një studim të kryer në Kroaci nga Stulhofer.A et al., që tregoi se meshkujt raportuan mesatarisht 5.7 partnerë seksuale (median, 4; standard deviation, 5.8), ndërsa studentet femra 3.5 partnerë seksuale (median, 2; standard deviation, 3.5). Gjithashtu gjetja në studimin tone është e njëjta me të gjitha studimet e realizuara në Shqipëri të prezantuara në seksionin e referencave. Numri mesatar i partnerëve seksualë (afërsisht 2) është llogaritur me procedurën (The Means Procedure) në SAS (*tabela.nr.4.1*). 22 % e studentëve nuk e përdorin "Asnjëherë" kondomin gjatë marrëdhënies seksuale, 44% "Ndonjëherë" dhe rreth 34% e përdorin "Gjithmonë". Këto rezultate tregojnë për një *përdorim jo të gjerë të mjeteve mbrojtëse* ndaj HIV gjatë marrëdhënieve seksuale tek studentet e UV dhe shkojnë në të njëjten linjë me studime të tjera të ngjashme (Adedeji S Adefuye et al., 2009; Twahafifwa N. 2013; Yitayal Shiferaw et al., 2014; Merkuri.L 2013). Përsa i përket abuzimit me alkolin dhe/ose drogen 89% e studentëve nuk përdorin alkool ose drogë dhe 11% kanë deklaruar se i përdorin ato para/gjatë marrëdhënies seksuale. *Vihet re një përqindje jo e lartë por gjithsesi e konsiderueshme e përdorimit të alkolit/droges para ose gjatë seksit* si një faktor riskues për marrjen e HIV. Këto rezultate janë të krahasueshme dhe të ngjashme me një studim të kryer nga



Adedeji S Adefuye et al., 2009 ku sipas tij "...perdorimi i alkolit/droges ndryshon gjykimin, largon frenimin dhe nxit sjelljet risikoze seksuale...", por rezultatet e studimit te tij treguan se nuk kishte ndryshim te rendesishem statistikor midis variablave perdorimi i alkolit/droges dhe aktivitetit seksual. Studime te tjera (Bruce KE et al., 2001; Lance L. et al.,2001) kane treguar se individet qe angazhohen ne sjellje me risk per HIV, shpesh angazhohen edhe ne rreziqe te tjera te larta apo sjellje te paligjshme ose ilegale. Këto gjetje do të tregojnë se më shumë vëmendje duhet të përqendrohet *mbi rolin e përdorimit të alkoolit dhe të drogës si sjellje risku për marrjen e HIV-it* në kuader të hartimit dhe zbatimit të programeve të parandalimit ndaj këtij infeksioni tek studentët universitare. Vetem 1.65% raportojnë raste *dhune seksuale* tek studentet e UV, nje vlere e ulet kjo krahasuar me studime te meparshme (Karl Peltzer et al., 2013; Campbell JC et al.,2008; Richter L et al.,2013). Keto studime tregojne gjithashtu se gratë që përjetojnë dhunë të ushtruar nga partneri janë në rrezik për HIV nepermjet kontakteve heteroseksuale me risk te larte. Sipas Strategjise Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri 2010-2015 "... Dhuna seksuale dhe dhuna në familje në Shqipëri mbetet e pazbuluar dhe nxitet nga sjelljet tradicionale dhe patriarkale në disa grupe të pakicave", gje qe shpjegon edhe shifren e ulet te raportimit te dhunes seksuale ne studimin tone.

Ne **tabelen nr. 5** shohim se 55% e studenteve mendojnë se nuk kanë risk për infektim me HIV, 23% nuk e dinë, 20% mendojnë se kanë risk të vogël dhe vetëm 1% risk mesatar dhe risk të lartë gje qe tregon per *nje perceptim te ulet te riskut ndaj HIV/AIDS tek studentet e UV*. Keto rezultate shkojne ne te njejten linje me studime te tjera te ngjashme (Adedeji S Adefuye et al., 2009; Bologa.D et al. Kosove 2008). Perceptimi i riskut mund te jete nje faktor i forte motivues per ndryshimin ne sjellje sidomos nese individi percepton kontroll mbi sjelljen risikoze. Tendenca per te nenvleresuar sistematikisht riskun personal i quajtur 'optimistic bias (Donal E. Carlston 2013) dhe trajtimin e infeksionit HIV si nje mundesi e larget (Macintyre K. et al.,2004; Adedeji S Adefuye et al., 2009) jane raportuar ne studimet e lartpermendura tek studentet universitare. Lidhur me pyetjen nese do te mbanin partner seksual nese do te diagnostikoheshin me HIV 85% e studentëve i janë pergjigjur "Jo" pyetjes dhe vetëm 15% janë pergjigjur "Po". Pra, *pjesa më e madhe mendojnë për mbrojtjen e partnerin seksual*. Nga ata që janë pergjigjur "Po" rreth 13% janë meshkuj dhe 2% femra. Në nje studim te kryer nga Merkuril. 2013 vetem 4.2% e studenteve nuk do ti tregonin partnerit seksual qe kishin IST. Sipas te njejtut studim "...Ne shumë vende të botës ka sanksione ligjore për personat të cilët nuk e vënë në dijeni partnerin e tyre seksual për statusin e tyre pozitiv për një IST-të ose HIV/AIDS. Kjo masë ndërmerret për parandalimin e përhapjes së IST-ve ose ne rastin konkret HIV/AIDS nëpërmjet rrugës seksuale. Vitet e fundit kjo është përfshirë edhe në legjislacionin shqiptar, por e kufizuar vetëm për një prej IST-ve, HIV/AIDS-in...".

Sic shihet nga të dhënat e studentëve pjesa më e madhe e tyre (78%) *nuk e kanë bërë testin e HIV si për femrat dhe për meshkujt*. Rreth 22% deklarojnë se e kanë bërë këtë test, gje qe tregon per *nje prevalence më të ulët të testeve vullnetare për HIV* tek studentet e Universitetit të Vlorës krahasuar me studime te tjera te ngjashme (Oppong Asante 2013; Wondemagegn Mulu et al.,2014).

Ne **tabelen nr.6** veme re se ne total 29% e studenteve manifestojne *praktika risikoze dhe 71% praktika te sigurta* qe tregon nje rezultat me te mire krahasuar me nje studim te ngjashem ku u gjet se 43.6% manifestonin praktika risikoze (Thanavanh B et al. 2013). Gjithashtu, analizohet *lidhja midis praktikave seksuale dhe variablave sociodemografike*:



Praktikat seksuale sipas gjinise. Treguesi chi-square $p < 0.0001 < 0.05$ tregon per *nje ndryshim te rendesishem statistikor* per praktikat seksuale midis dy gjinive. Keshtu vetem 4.17 % e femrave ndjekin praktika risikoze seksuale, kurse te meshkujt kjo kategori ze 45.39% te numrit te tyre, ose mbi 10 here me teper se femrat (95.83% e femrave dhe 54.61% e meshkujve perdorin praktika seksuale te shendetshme). Po ashtu edhe Odds ratio = 0.052 tregon se probabiliteti i femrave per praktika risikoze eshte sa 5.2% e probabilitetit te meshkujve. Pra *femrat jane me te kujdeseshme per praktikat seksuale sesa meshkujt*, rezultat ky i kundert me nje studim te ngjashem te kryer nga Yitayal Shiferaw et al., 2014.

Praktikat seksuale-dega e studimit. Treguesi Chi-Square $< .0001 < 0.05$ tregon se *ndryshimi eshte i rendesishem statistikisht*. Keshtu, 15.96% e studenteve te FSHP rezultojne me praktika risikoze, kurse te studentet e fakulteteve te tjera 35.24% e studenteve rezultojne me praktika risikoze. Odds Ratio=0.347 tregon se probabiliteti i praktikave risikoze seksuale te studentet e FSHP eshte sa 34.7% e probabilitetit te studenteve te degeve te tjera per te patur praktika risikoze. Pra, *studentet e deges se infermierise i zbatojne me shume praktikat e shendetshme seksuale*, rezultat ky i ngjashem edhe me studime te tjera (Namaitijiang Maimaiti et al. 2010).

Praktikat seksuale-grupmosha. Chi-Square $p = 0.1770 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht te rendesishem* midis praktikave seksuale te studenteve qe u perkasin grupmoshave te ndryshme qe eshte *ne kundershtrim* me nje studim te kryer nga Shiferaw.Y et al. 2014 qe gjeti se studentet e grupmoshes 20-24 vjec ishin me te prirur per praktika risikoze se ata te moshes 25 vjec e lart dhe me pak se 19 vjec.

Praktikat seksuale-besimi fetar. Chi-Square $p = 0.3308 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht te rendesishem* midis praktikave seksuale te studenteve qe kane perkatesi fetare te ndryshme qe shkon *ne te njejten linje* me nje studim te ngjashem te kryer ne Universitetin Bahir Dar ne Etiopi nga Wondemagegn Mulu et al. ne vitin 2014.

Praktikat seksuale-statusi civil. Chi-Square $p = 0.0025 < 0.05$ tregon se *ka ndryshim statistikisht te rendesishem*. Keshtu, 33% e studenteve te divorcuar dhe atyre beqare ndjekin praktika risikoze, nderkohe qe te bashkejetuesit kemi 20.63% dhe vetem 9.8% e te martuarve kane praktika risikoze. Odds ratio=0.992 tregon se probabiliteti qe beqaret te kene praktika risikoze eshte pothuaj i njejte me ate te studenteve te divorcuar (99.2% e tij). Odds ratio=0.520 tregon se probabiliteti i praktikave risikoze te studentet bashkejetues eshte sa 52% e probabilitetit te studenteve te divorcuar dhe odds ratio=0.217 tregon se probabiliteti i praktikave risikoze te studentet e martuar eshte sa 21.7% e probabilitetit te studenteve te divorcuar. Keto rezultate jane *te kunderta* me nje studim qe vleresonte praktikat seksuale tek studentet universitare ne Finlande dhe Kenia ne vitin 2008 te kryer nga Serlo.K ne te cilin u gjet se se 75.3% e studenteve qe bashkejetonin ndiqnin praktika risikoze, me pas vinin te martuarit 44.7%.

Chi-Square $p = 0.2494 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht te rendesishem* midis **praktikave seksuale** te studenteve lidhur me faktin se **me ke jetojne (me familjen, me qera, ne konvikt)**. Ne *kundershtim* me studimin tone, Zelalem Alamrew et al. 2013 ne nje studim te ngjashem gjeti se studentet qe jetonin vetem ne shtepi me qera ishin 2 here me shume te prirur (AOR = 2.02; CI: 1.25–3.27) per praktika risikoze seksuale krahasuar me ata qe jetonin me familjen.

Chi-Square $p = 0.6339 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht te rendesishem* midis **praktikave seksuale** te studenteve qe kane **vendbanime** te ndryshme qe eshte *ne kundershtrim* me studime te tjera te ngjashme te kryer ne Shqiperi qe tregojne se



studentet që vijne nga zonat urbane janë me të prirur për praktika rriske seksuale sesa ata që vijne nga zonat rurale (Merkuri.L 2013)

Chi-Square $p=0.4969 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikor të rendesishëm midis praktikave seksuale të studentëve që kanë gjendje ekonomike të ndryshme që është në kundërshtim me një studim të ngjashëm të kryer në Kinë (Xiaodong Tan et al., 2007) që tregoi se studentet me nivel ekonomik mesatar ishin me të prirur në praktika rriske krahasuar me ata të nivelit të ulët dhe të lartë*

Chi-Square $p=0.4415 > 0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikor të rendesishëm midis praktikave seksuale të studentëve që janë në vitet e ndryshme akademike që është në kundërshtim me një studim të ngjashëm të kryer në Etiopi (Zelalem Alamrew et al. 2013) që tregoi se studentet e vitit të dytë dhe të tretë ishin me shumë të përfshirë në praktika rriske sesa ata të vitit të parë i vlerësuar me ndryshim të rendesishëm statistikor midis katër variabëlave respektivisht (AOR = 7.27; CI: 3.53–14.99) për studentet e vitit të dytë krahasuar me ata të vitit të parë dhe (AOR = 9.23; CI: 4.52–18.83) për studentet e vitit të tretë.*

Për të përcaktuar nivelin e riskut "te moderuar apo i lartë" është vepruar duke llogaritur përgjigjet që kanë raportuar a) risk i vogël dhe mesatar, b) risk i lartë duke lënë jashtë përgjigjet "nuk ka risk" dhe "nuk e di". Nga studimi i lidhjes midis perceptimit të riskut të infektimit me virusin HIV dhe faktorëve të riskut (tabela nr.7) vihet re:

1. Perdorimi i alkoolit dhe drogës para/gjatë marrëdhënies seksuale.

Treguesi Chi-Square $p = 0.0002 < 0.05$ flet për një ndryshim statistikor të rendesishëm midis perceptimit të riskut të infektimit me HIV nga studentet që përdorin alkool dhe drogë dhe atyre që nuk përdorin. Kështu, nga studentet që përdorin alkool dhe drogë 40%, perceptojnë risk të lartë ose të moderuar, kurse nga studentet që nuk përdorin alkool 20% kanë një perceptim për risk të lartë ose të moderuar të infektimit me HIV. Pra, *studentet që nuk përdorin alkool kanë një perceptim më të ulët të riskut të infektimit me HIV, kurse studentet që abuzojnë me alkool/drogën kanë perceptim më të lartë që është në të njëjtën linjë me studime të tjera (Adedeji S Adefuye et al., 2009; Yitayal Shiferaw et al., 2014) që kanë gjetur se "...Edhe pse numri i studentëve që kanë raportuar përdorimin e alkoolit/drogës; partneritet të shumtë; dhe përdorim jo konsistent të kondomit ishte i lartë, çuditërisht shumica e studentëve që manifestonin këto sjellje rriske e perceptonin veten e tyre sinjifikativisht me risk të lartë ose të moderuar për të infektuar me HIV sesa ata që nuk i manifestonin këto sjellje..."*

2. Perdorimi i kondomit gjatë marrëdhënies seksuale.

Treguesi Chi-Square $p=0.0537 > 0.05$ flet për një ndryshim rastësor, jo të rendesishëm statistikor midis perceptimit të riskut të infektimit me HIV nga studentet që përdorin kondomin dhe atyre që nuk përdorin. Pra, mund të besojmë se *një student që ka perceptim të mirë të riskut mund mos ta përdorë kondomin ashtu sikurse një student që ka perceptim të ulët ndaj tij që është në kundërshtim me studimet e lartpërmendur tek pika 1.*

3. Numri i partnereve seksuale gjatë jetës.

Treguesi Chi-square $p=0.0214 < 0.05$ tregon për ndryshim statistikor të rendesishëm midis studentëve sipas numrit të partnereve seksuale dhe perceptimit të riskut të infektimit me HIV. Kështu, nga studentet që kanë patur vetëm 1 partner seksual dhe që perceptojnë riskun e infektimit janë 8% në krahasim me 13% ndaj atyre që kanë patur me shumë se 1 partner seksual dhe perceptojnë risk nga infektimi me HIV. Pra, *ata me shumë partnere e perceptojnë edhe riskun e infektimit që shkon në të njëjtën linjë me studimet e tjera të ngjashme të lartpërmendur (Adedeji S Adefuye et al., 2009; Yitayal Shiferaw et al., 2014)*



4. Moshë e marrëdhënies së pare seksuale.

Treguesi Chi-square $p=0.0027<0.05$ tregon për ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis studentëve sipas moshës së marrëdhënies së pare seksuale dhe perceptimit të riskut të infektimit me HIV. Kështu, nga studentët që kanë patur marrëdhënie seksuale para moshës 18 vjeç dhe që perceptojnë riskun e infektimit janë 16% në krahasim me 6% ndaj atyre që kanë patur marrëdhënien në moshe mbi 19 vjeç dhe perceptojnë risk nga infektimi me HIV. Pra, *studentët që kanë filluar marrëdhënie seksuale në moshe të hershme e perceptojnë veten të riskuar nga HIV* që shkon në të njëjtën linjë me studimet e tjera të ngjashme të lartpërmendur (Adedeji S Adefuye et al., 2009; Yitayal Shiferaw et al., 2014).

5. Testi HIV

Treguesi Chi-square $p<0.0001<0.05$ tregon për ndryshim statistikisht të rëndësishëm në perceptimin e riskut ndaj HIV, midis studentëve që kanë kryer testin dhe atyre që nuk e kanë kryer atë. Kështu, nga *studentët që kanë kryer testin për HIV* (106 studente), rreth 22% perceptojnë risk, por ky perceptim është i ndarë në 19% risk të moderuar dhe 3% risk i lartë. Kurse *studentët që nuk e kanë bërë testin* (376 studente) kanë të njëjtën përqindje të perceptimit të riskut (22%) por vetëm risk të moderuar dhe aspak risk të lartë. Vihet re *studentët që nuk e kanë bërë testin për HIV kanë një perceptim më të ulët të riskut krahasuar me ata që e kanë bërë testin dhe që kanë një perceptim më të lartë të riskut të infektimit me HIV*. I njëjti përfundim si në studimin tone është gjetur edhe në një studim tjetër të ngjashëm i realizuar tek studentët universitare në Xhamajkë ku studentët që nuk kishin kryer testin për HIV besonin se kishin risk të ulët për marrjen e HIV-it (Lisa.R Norman 2003 Medscape Multispeciality)

Në **tabelen nr 8** analizohet *lidhja midis kryerjes së testit për HIV dhe variablave: gjinia, vendbanim*. Koeficienti Chi-square $p=0.0645>0.05$, tregon se *nuk ka ndryshim të rëndësishëm statistikor* midis studentëve meshkuj e femra në lidhje me bërjen e testit për HIV. Nga 22% që kanë kryer testin, femrat zënë 10.37% e tyre kurse meshkujt 11.62%. Pra, *ka ndryshim prej 1.25 % në favor të meshkujve*. Në një studim të ngjashëm të kryer në Universitetin e Pittsburgh-ut 2010 u gjet se nuk kishte ndryshim të rëndësishëm statistikor midis kryerjes së testit për HIV dhe studentëve të gjinive të ndryshme (Michelle Elizabeth Menser 2010)

Koeficienti Chi-Square $p=0.043<0.05$ tregon për një ndryshim të rëndësishëm statistikor midis studentëve me vendbanim në qytet dhe atyre në fshat në lidhje me kryerjen e testit për HIV. *Studentët me vendbanim në qytet kanë më tepër probabilitet që të bëjnë testin e HIV sesa ata me vendbanim në fshat*. Po t'i referohemi shifrave shohim se studentët që kanë bërë testin janë gjithsej 106, nga të cilët 82 (ose 77.4%) me banim në qytet dhe 24 (ose 22.6%) nga fshati. Duke iu referuar të dhënave nga Strategjia Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri 2010-2015 që tregojnë se "... anashkalimi i kujdesit parësor mbizotëron më shumë të popullsisë e fshatit dhe grupet me të ardhura të pakta, megjithëse që të shkosh në objekte shëndetësore të një niveli më të lartë kërkon më shumë para të nxjerra nga xhepi dhe më shumë kohë për të udhëtuar...", mund të shpjegohet edhe përqindja me e lartë e testeve tek studentët që banojnë në zonat urbane.

Nga **tabela nr.8.1** shihet se Chi-Square $p=0.8137>0.05$ tregon se *nuk ka ndryshime të rëndësishme statistikore* në përdorimin e kondomit gjatë marrëdhënies seksuale sipas studentëve me gjendje ekonomike të ndryshme. Po kështu, Pearson Correlation = $0.0420<0.29$ tregon se lidhja është shumë e dobët midis përdorimit të kondomit dhe gjendjes ekonomike të studentëve. Pra, *niveli ekonomik nuk ka ndikuar në përdorimin ose jo të kondomit tek studentët e UV*. U vlerësua kjo lidhje sepse në një studim të kryer në një Universitet të Afrikës së Jugut (Peltzer.K 2000) u gjet se kishte lidhje të



rendesishme statistikore midis perdorimit të kondomit dhe nivelit ekonomik të familjeve të studentëve ($r=0.780$, $p<.02$) por jo me qellimin e perdorimit të tij ($r=.051$, $p<.15$), po ashtu edhe në një studim tjetër u gjet lidhje e rendesishme statistikore midis perdorimit të kondomit dhe nivelit ekonomik të pjesëmarrësve në studim (Grebe & Natrass, 2011).

Ne tabelen nr 9 analizohet *lidhja midis kryerjes së testit për HIV dhe variablave: mosha e fillimit të marrëdhënies seksuale, partneriteti seksual.*

Treguesi Chi-square $p=0.8350>0.05$ tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht të rendesishëm* midis studentëve me mosha të ndryshme të fillimit të marrëdhënies seksuale lidhur me kryerjen e testit për HIV. Kështu, në grupmoshën “14 vjeç dhe më pak” rreth 82% e studentëve nuk e kanë kryer testin për HIV, gjithashtu në grupmoshën “15-18 vjeç” rreth 78% e studentëve nuk e kanë kryer testin dhe në grupmoshën “mbi 19 vjeç” rreth 78% nuk e kanë kryer testin. Pra, *variabli mosha e fillimit të marrëdhënies seksuale nuk ka ndikim mbi kryerjen ose jo të testit HIV* që është *në kundërshtim* me një studim të kryer në një Universitet në Filadelfia SHBA që gjeti lidhje të rendesishme statistikore midis ketyre variablave. Studentet që kishin filluar në moshe të hershme marrëdhënie seksuale ishin me të prirur për të kryer testin për HIV sesa studentet që kishin filluar marrëdhënien e pare në një moshe me të vonshme (Caldeira et al.2012).

Chi-square $p= 0.3846$, tregon se *nuk ka ndryshim statistikisht të rendesishëm* midis studentëve me numër të ndryshëm partneresh seksuale dhe kryerjes së testit për HIV (**tabela nr.9.1**). Kështu, për çdo numër partneresh seksuale të deklaruar, mbi 70% janë studente që nuk e kanë kryer testin e HIV. Pra, *variabli partneriteti seksual nuk ka ndikuar në kryerjen ose jo të testit HIV*, që u gjet i njëjti edhe në studime të tjera të ngjashme (Lisa R. Norman et al., 2002). Këto rezultatet tregojnë se pavaresisht se të rinjtë janë të ekspozuar në sjellje të rrezikshme seksuale vihet re *nje perqindje e ulet e testimëve vullnetare për HIV edhe në grupet e rrezikuara* gjë që është identifikuar edhe në studime të tjera të mëparshme në Shqipëri (ISHP 2013; Strategjia Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri 2010-2015).

Koeficienti i korelacionit Pearson = 0.0728 në **tabelen nr. 10** tregon se *nuk ka ndryshim të rendesishëm statistikor* midis studentëve, *konsumues ose jo të alkoolit/drogës* gjatë marrëdhënies seksuale dhe *perdorimit të kondomit* prej tyre. Kështu, si studentet që deklarojnë perdorim “Asnjehere” të kondomit edhe ata që e përdorin “Ndonjëherë”, ose ata që e përdorin “Gjithmonë” kondomin, mbi 86% e tyre nuk përdorin alkool /drogë. Pra, mund të thuhet se *është e mundur që si studentet që abuzojnë me alkoolin dhe drogen edhe ata që nuk abuzojnë, të manifestojnë të njëjten praktikë seksuale të perdorimit ose mosperdorimit konsistent të kondomit nga ana e tyre* që është *në kundërshtim* me një studim të ngjashëm të kryer nga Yitayal Shiferaw et al., 2014 që gjeti se kishte një shoqërim të rendesishëm statistikor midis abuzimit me alkool/drogë gjatë seksit dhe perdorimit jo konsistent të kondomit, pra sipas këtij të fundit ata që abuzojnë me alkoolin/drogen nuk e përdorin në mënyrë konsistente kondomin.

Gjithashtu u vlerësua lidhja midis variablit *numri i partneritetit seksual dhe praktikës seksuale të perdorimit të alkoolit dhe drogës* para ose gjatë marrëdhënies seksuale, ku treguesi i Chi Square $p<0.0001$ tregon për një *ndryshim statistikisht të rendesishëm* midis studentëve *perdorues dhe jopërdorues të alkoolit* në lidhje me *numrin e partnereve seksuale*. Kështu, nga studentet jopërdorues të alkoolit dhe drogës para apo marrëdhënies seksuale (384), 231 studente kanë patur 1 partner dhe 153 kanë patur 2 ose më tepër partnere. Nga studentet përdorues të alkoolit dhe drogës para ose gjatë marrëdhënies seksuale (40), vetëm 7 kanë patur 1 partner, kurse 33 të tjerë 2 ose



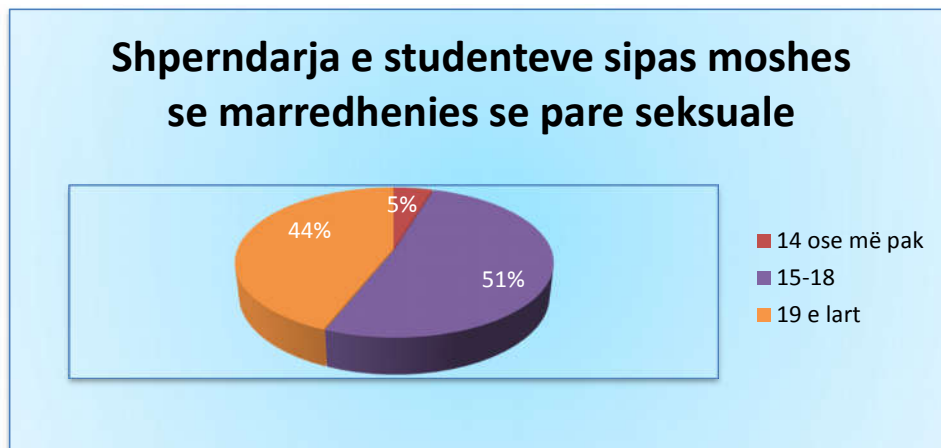
me shume partnere. Pra, *studentet qe abuzojne me alkolin/drogen jane me te prirur qe te kene me shume partnere seksuale sesa ata qe nuk abuzojne dhe qe tregon per ndikimin e ketyre substancave ne perfshirjen e studenteve ne sjellje te rrezikshme seksuale*, gjetje kjo e njejte me studime te tjera te ngjashme (Shiferaw.Y et al.,2014; Randolph et al.2015; Sefawdin Berta Bedassa 2015)

Treguesi i Chi Square $p < 0.0001$ tregon per *nje ndryshim statistikisht te rendesishem* midis studenteve *perdorues dhe jopedorues te kondomit* ne lidhje me *numrin e partnereve seksuale*. Keshtu, nga studentet qe nuk e perdorin kondomin “Asnjehere” (100), 82% studente kane patur 1 partner dhe 18% kane patur 2 ose me teper partnere. Nga studentet perdorues “Ndonjehere” te kondomit (176), 48% kane patur 1 partner kurse 52% kane patur 2 ose me shume partnere. Nga studentet qe e perdorin “Gjithmone” kondomin (148), 49% kane patur 1 partner kurse 51% kane patur 2 ose me shume. Pra, *vihet re se studentet qe nuk e perdorin ne menyre konsistente kondomin jane njekohesisht te prirur per te patur me shume se 2 partnere seksuale*. Keto rezultate jane ne perputhje me studime te tjera te ngjashme (Yitayal Shiferaw et al.,2014; Sanchez ZM.at al.,2013) te cilet gjeten se kishte nje lidhje te rendesishme statistikore midis variablave te mesiperme.

Chi-Square $P < 0.0001 < 0.05$ tregon se ka *ndryshime te rendesishme statistikore* midis *numrit te partnereve seksuale ne grupmosha te ndryshme*. Keshtu, shohim se grupmosha 14 vjec ose me pak eshte ajo qe ka perqindjen me te larte te numrit te partnereve, 45.45% e tyre kane mbi 3 partnere seksuale, nderkohe qe ne grupmoshat e tjera kjo perqindje vjen duke u ulur. Edhe treguesi i korrelacionit Pearson = -0.4238 tregon per nje lidhje te moderuar midis moshes se marrredhenies se pare seksuale dhe numrit te partnereve seksuale ne jete. Ky tregues na lejon te mendojme se *me rritjen e moshes se marrredhenies se pare seksuale numri i partnereve seksuale tenton te zvogelohet*. Kjo shkon *ne te njejten linje* me nje studim te kryer ne Universitetin e Gondarit ne Etiopi i cili gjeti se studentet qe kishin filluar marrredhenien seksuale para moshes 18 vjec ishin me te prirur per te patur shume partnere seksuale krahasuar me studentet mbi moshen 18 vjec te fillimit te marrredhenies seksuale (Shiferaw.Y et al.,2014)

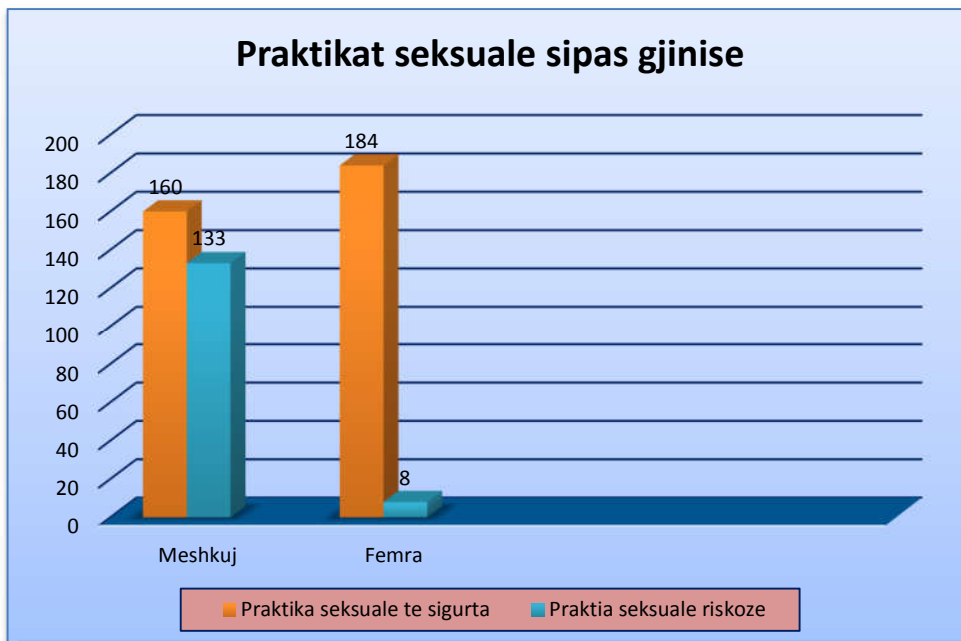
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me sipër po i paraqesim ne figurat e mëposhtme:

Grafiku nr.5: Shpërndarja e studentëve sipas Moshës së marrëdhënies së parë seksuale.

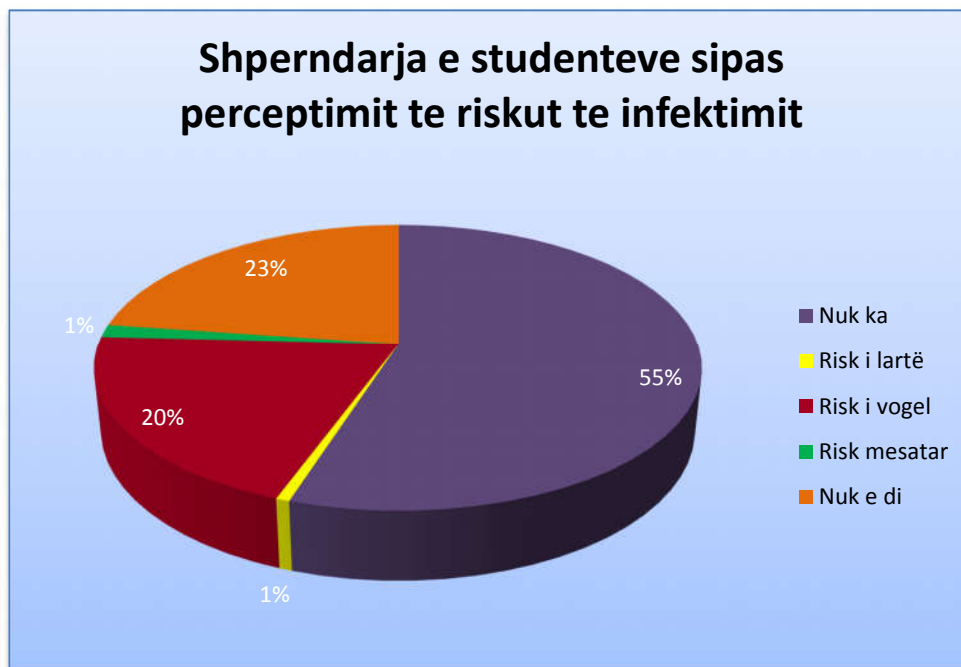




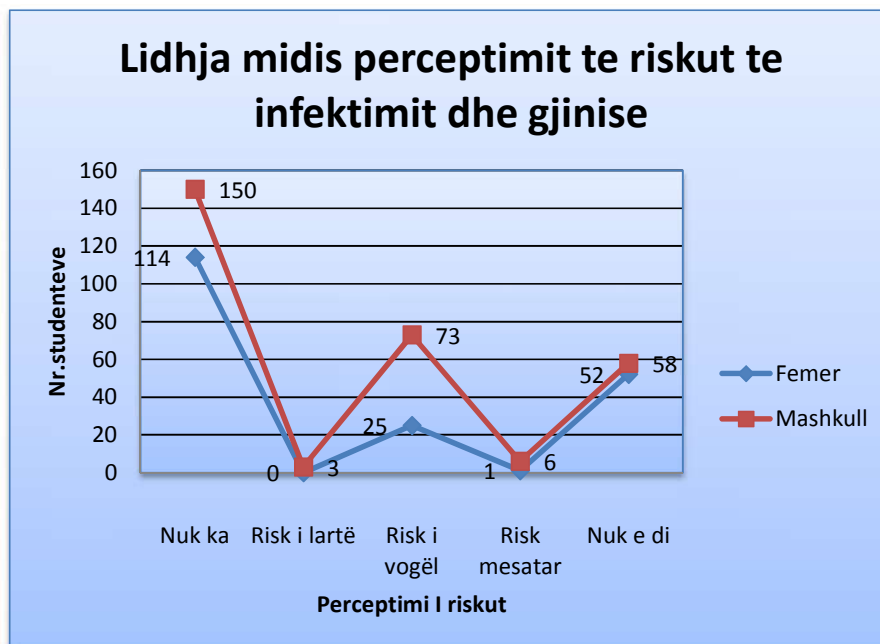
Grafiku nr.6: Vleresimi i praktikave seksuale te studenteve te anketuar sipas gjinise



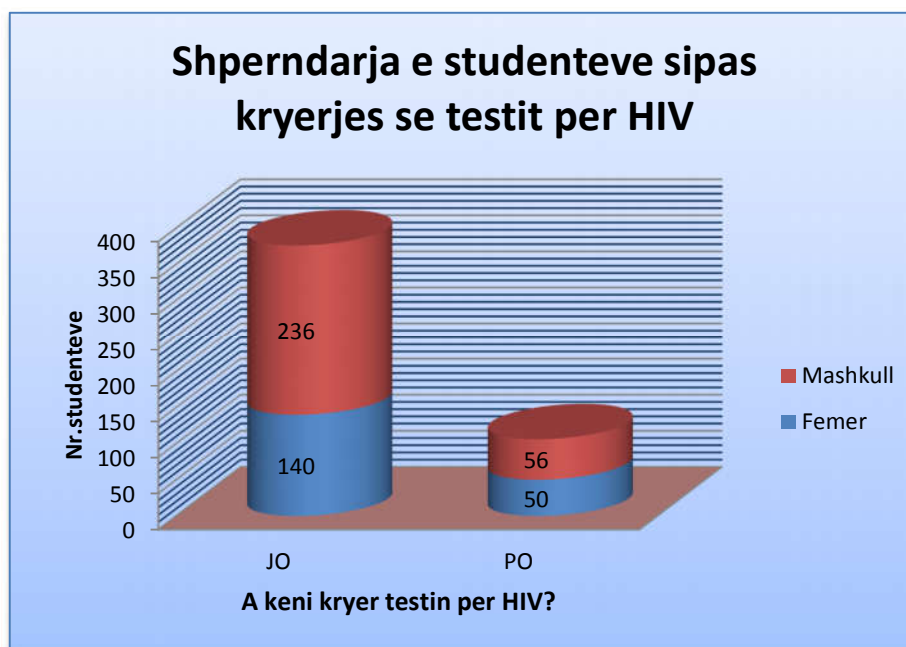
Grafiku nr.7: Vleresimi i perceptimit te riskut te infektimit me HIV



Grafiku nr.8: Vleresimi i perceptimit te riskut te infektimit me HIV sipas gjinise



Grafiku nr.9: Vleresimi i kryerjes se testit per HIV sipas gjinise





4.1.3 Vlerësimi i njohurive të përgjithshme mbi HIV/AIDS të studentëve të anketuar sipas Seksioni të Tretë të pyetësorit

Me poshte do te pershkruajme paraqitjen deskriptive te te dhenave mbi nivelin e njohurive te pergjithshme rreth HIV/AIDS te studenteve te anketuar te perfshtire ne studim si edhe paraqitjen analitike te korelacioneve sinjifikative.

Njohuritë janë vlerësuar duke u nisur nga përgjigjet e 13 pyetjeve në seksionin 3 të pyetësorit. Cdo përgjigje e saktë është vlerësuar me 1 pikë .Vlerësimi i njohurive është bërë në këtë mënyrë:

11-13 pikë - Njohuri Shumë të mira

8-10 pikë - Njohuri Të mira

0- 7 pikë - Njohuri Jo shumë të mira

Sipas mënyrës së përgjigjes së studentëve për cdo pyetje kemi ndërtuar tabelen e mëposhtme.

Tabela nr.11: Pergjigjet e studentëve për pyetjet e seksionit 3 të pyetësorit lidhur me njohuritë e pergjithshme mbi HIV/AIDS

Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.1		P.2		P.3		P.4		P.5		P.6	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	89	12.38	267	37.13	321	44.65	153	21.28	560	77.75	12	1.69
Nuk jam dakord	105	14.60	134	18.64	155	21.56	82	11.40	115	15.99	18	2.53
Dakord	265	36.86	138	19.19	116	16.13	192	26.70	10	0.14	218	30.62
Plotësisht dakord	90	12.52	92	12.80	66	9.18	137	19.05	6	0.83	362	50.84
Nuk e di	170	23.64	88	12.24	61	8.48	155	21.56	28	3.89	102	14.33
Pa përgjigje	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	9	1.24
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Përgjigja	P.7		P.8		P.9		P.10		P.11		P.12	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	466	64.81	249	34.49	427	59.39	294	40.89	21	2.92	336	46.73
Nuk jam dakor	173	24	152	21.14	140	19.47	138	19.19	27	3.76	209	29.07
Dakord	32	4.45	95	13.07	28	3.89	94	13.07	200	27.82	65	9.04
Plotësi. dakord	9	1.25	19	2.64	10	1.39	54	7.51	443	61.61	32	4.45
Nuk e di	39	5.42	204	28.23	114	15.86	139	19.33	28	3.89	77	10.71
Pa përgjigje	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27	2	0.27
Totali	721	100	721	100	721	100	721	100	721	100	721	100

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Përgjigja	P.13	
	Nr	%
Shkalla e matjes		
Aspak dakord	327	45.54
Nuk jam dakor	175	24.37
Dakord	57	7.94
Plotësi. dakord	19	2.65
Nuk e di	140	19.50
Pa përgjigje	3	0.41
Totali	721	100.00

Table 12: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve

Njohuri qe lidhen me AIDS	Pergjigje e sakte		Pergjigje e gabuar	
	Nr.	%	Nr.	%
1. Një person me HIV mund të duket i shëndetshëm për shumë vite	355	49.38	364	50.62
2. HIV mund të transmetohet nëpërmjet pështymës	401	55.77	318	44.23
3. HIV mund te transmetohet nëpërmjet puthjes me personin e infektuar	476	66.20	243	33.80
4. HIV mund te transmetohet nëpërmjet pickimit te mushkonjës	235	32.68	484	67.32
5. HIV mund te transmetohet nga shtrëngimi i duarve me personin e infektuar	587	81.64	132	18.36
6. Nje grua shtatzënë mund ta transmetojë virusin tek fetusin e saj	580	81.46	132	18.54
7. HIV është një sëmundje e njerëzve të varfër	41	5.70	678	94.30
8. Duke bërë një banjo të shpejtë pas seksit të pambrojtur mund të zvogëlohet risku i marrjes së HIV	400	55.87	316	44.13
9. Terapia antiretrovirale ose ARV siguron kurimin e AIDS	567	78.86	152	21.14
10. Nje person nuk mund të marrë HIV duke patur marrëdhënie seksuale me një person sapo të infektuar me HIV	432	60.08	287	39.92
11. Gjatë përdorimit të gjilpërave (shiringave) të përbashkëta mund të rritet shanci i marrjes së HIV-it	643	89.43	76	10.57
12. Vetëm njerëzit që duken të sëmurë mund ta përhapin virusin e AIDS	545	75.80	174	24.20
13. Vajzat nuk mund ta marrin HIV nga djemtë që kanë kryer marrëdhënie seksuale vetëm disa herë	502	69.92	216	30.08

Pa përgjigje 2 studente

¹ Ne pergjigjet jo korrekte perfsihet opsioni i gabuar +nuk e di+e paplotesuar

Tabela nr.13: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas vleresimit te pergjigjeve mbi njohurite e pergjithshme rreth HIV/AIDS

Njohurite mbi HIV/AIDS	Numri	Perqindja %
Jo aq të mira	249	34.63
Të mira	360	50.07
Shumë të mira	110	15.30
Pa përgjigje	2	
Totali	721	100.00

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Tabela nr.14: Korrelacioni midis njohurive te pergjithshme rreth HIV / AIDS dhe variablave socio- demografike

Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Grupmosha (ne vite)	18-20 vjec	149	20.72	185	25.73	59	8.21	393	54.66
	21-24 vjec	89	12.38	160	22.25	48	6.68	297	41.31
	25-28 vjec	6	0.83	11	1.53		1 0.14	18	2.50
	> 28 vjec	5	0.70	4	0.56		2 0.28	11	1.53
Total		249	34.63	360	50.07	110	15.30	719	100.00

Chi-square p= 0.3005

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Gjinia	Femra	112	15.58	211	29.35	83	11.54	406	56.47
	Meshkuj	137	19.05	149	20.72	27	3.76	313	43.53
	Total	249	34.63	360	50.07	110	15.30	719	100.00

Chi-square p <0.0001

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Vend-banimi	Rurale	92	12.80	120	16.69	32	4.45	244	33.93
	Urbane	157	21.84	240	33.38	78	10.85	475	66.07
	Total	249	34.64	360	50.07	110	15.30	719	100.00

Chi-square p= 0.3300

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Niveli ekonomik	I ulet	18	2.50	18	2.50	7	0.97	43	5.97
	Mesatar	217	30.18	318	44.22	98	13.63	633	88.06
	I larte	14	1.95	24	3.37	5	0.70	43	5.97
	Total	249	34.63	360	50.09	110	15.30	719	100.00

Chi-square p= 0.7339

Tabela nr.14.1: Korrelacioni midis njohurive te pergjithshme rreth HIV / AIDS dhe variablave socio- demografike

Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Besimi fetar	Ateist	2		1		2	0.28	5	0.70
	Katolik	0.28		0.14		8	1.11	50	6.95
	Musliman	14	1.95	28	3.89	78	10.85	575	79.97
	Orthodox	215	29.90	282	39.22	22	3.06	89	12.38
	Total	18	2.50	49	6.82	110	15.30	710	100.00

Chi-square p <0.0001

Variablat socio-demografike		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Gjendja civile	Bashkejetoj	21	2.92	31	4.31	12	1.67	64	8.90
	Beqar	209	29.07	298	41.45	89	12.38	596	82.89
	I/e martuar	17	2.36	28	3.89	8	1.11	53	7.37
	Divorcuar	2	0.28	2	0.42	1	0.14	6	0.83
	Total	249	34.63	360	50.07	110	15.30	719	100.00

Chi-square p= 0.9900

Variablat		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
-----------	--	---------------	--	---------	--	---------------	--	-------	--

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



<i>socio-demografike</i>		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Akomodimi	Ne familje	120	16.74	191	26.64	62	8.65	373	52.02
	Ne konvikt	25	3.49	25	3.49	7	0.98	258	35.98
	Me miq/qera	91	12.69	129	17.99	38	5.30	57	7.95
	Vetem me qera	12	1.67	14	1.95	3	0.41	29	4.05
	Total	248	34.59	359	50.07	110	15.34	717	100.00
Chi-square p= 0.6356									
Variablat socio-demografike		Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS							
		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Dega e studimit	FSHP	73	10.15	77	10.71	139	19.33	289	40.19
	Fakultete te tjera	176	24.48	33	4.59	221	30.74	430	59.81
	Total	249	34.63	110	15.30	360	50.07	719	100.00
	Chi-square p < 0.0001								
Variablat socio-demografike		Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS							
		Jo aq te mira		Te mira		Shume te mira		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Viti akademik	I	94	13.07	113	15.72	28	3.89	235	32.68
	II	92	12.80	119	16.55	42	5.84	253	35.19
	III	63	8.76	128	17.80	40	5.56	231	32.13
	Total	249	34.63	360	50.07	110	15.30	719	100.00
Chi-square p= 0.0341									

Tabela nr.14.2: Korrelacioni midis njohurive te pergjithshme rreth HIV / AIDS dhe eksperiences seksuale te studenteve te anketuar

Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS Numer/Perqindje	Eksperienca seksuale		Total
	JO	PO	
Jo aq të mira	68	181	249
	9.46	25.17	34.63
Të mira	120	240	360
	16.69	33.38	50.07
Shumë të mira	47	63	110
	6.54	8.76	15.30
Total	235	484	719
	32.68	67.32	100.00
Pa përgjigje = 2			
Chi square p = 0.0151			

Tabela nr.15: Korrelacioni midis njohurive mbi HIV/AIDS dhe praktikave seksuale.

Njohurite mbi HIV/AIDS	Praktikat seksuale.				Total		Odds Ratio
	Praktika te sigurta		Praktika risikoze		N	(%)	
Nr. - % / % e rreshtit	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Shume te mira	56	11.57	7	1.45	63	13.02	0.330
	(88.89)		(11.11)				
Te mira	174	35.95	66	13.63	240	49.58	
	(72.50)		(27.50)				
Jo aq te mira	113	23.35	68	14.05	181	37.40	1.586
	(62.43)		(37.57)				
Total	343	70.87	141	29.13	484	100.00	
Pearson Correlation = -0.0944 Chi-Square p= 0.0003							



4.1.3.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË TRETË TË PYETËSORIT

Ne kete seksion rezultatet treguan se studentet e Universitetit te Vlores (UV) kishin ne pergjithesi njohuri te pergjithshme te mira mbi infeksionin HIV/AIDS dhe se keto njohuri ndryshonin statistikisht ne varesi te variablave socio-demografike si edhe eksperiences seksuale te studenteve te anketuar.

Konkretisht, shumica e studenteve te anketuar rreth 50% rezultuan me njohuri te mira mbi HIV/AIDS, 15% kishin njohuri shume te mira dhe 35 % nuk kishin njohuri te mira (**tabela nr.13**). Keto rezultate tregojne qe *edhe pse studentet e UV kane njohuri te mira mbi HIV/AIDS, ka akoma nje perqindje te konsiderueshme prej tyre me njohuri te pamjaftueshme apo keqkuptime lidhur kryesisht me disa prej rrugeve te transmetimit te ketij infeksioni*, qe jane te ngjashme me te gjitha studimet qe vleresojne njohurite ne seksionin e referencave.

Ndersa, nese i referohemi **tabelave 11-12** shohim se 94% e studenteve pergjigjen gabim ose nuk e dine se HIV eshte nje semundje e njerezve te varfer, pra qe ka nje prevalence me te larte ne vendet me nivel te ulet socio-ekonomik (njohuria 6); 67% pohojne se HIV transmetohet nepermjet pickimit te mushkonjes, qe rezulton nje pergjigje e gabuar (njohuria 3); rreth 49% e studenteve mendojne se nje person me HIV mund te duket i shendetshem per shume vite (njohuria 1), ndersa 51% pergjigjen gabim per kete pohim, duke treguar se ata nuk kane njohuri te mjaftueshme per periudhen e inkubacionit te ketij infeksioni; 44% pergjigjen gabim lidhur me pohimin se HIV mund te transmetohet nepermjet peshtymes (njohuria 2). Keto rezultate jane ne kundertshtim me nje studim tjetër te ngjashem te kryer nga Twahafifwa Ndahekelekwá Tupavali Nghaamwa 2013 ku shumica e studenteve u pergjigjen sakte ketyre pohimeve duke treguar njohuri me te mira se studentet e UV.

Persa i perket lidhjes midis *njohurive dhe variablave sociodemografike* te paraqitura ne **tabelen nr.14** shohim se:

Per lidhjen *njohuri-grupmoshe* perqindja me e larte e studentëve me *njohuri shumë të mira dhe të mira është në grupmoshat 19-21 vjec* krahasuar me grupmoshat e tjera. Kjo lidhje nuk është statistikisht e rëndësishme sepse χ^2 (P=0.0527>0.05) tregon që kjo është rastësore. Ne nje studim te ngjashem te kryer ne Kosove u gjet nje lidhje jo e rendesishme statistikore per korelacionin njohuri-grupmoshe por gjithsesi rezultatet rastesore treguan se njohurite ishin me te mira ne grupmoshen 22-24 vjec krahasuar me grupmoshat e tjera qe bie ne kundertshtim me gjetjen rastesore te studimit tone.

Per lidhjen *njohuri-gjini* shohim se femrat (41% me njohuri sh.te mira+te mira) kane njohuri me te mira se meshkujt (25% me njohuri sh.te mira+te mira). Ky ndryshim është statistikisht i rëndësishëm sepse χ^2 (P<0.0001<0.05) e tregon që kjo nuk është rastësore. Pra, midis gjinive ka *dallime statistikisht të rëndësishme* me njohuritë mbi HIV/AIDS. *Femrat kanë njohuri më të mira se meshkujt*. Kjo gjetje eshte e ngjashme me studime te tjera te kryera ne Shqiperi (Merkuri.L 2013; Hasanaj.V 2008) si edhe me nje studim te kryer ne Ghana nga Kwaku Oppong Asante 2013, por te kunderta me studime te tjera ku meshkujt rezultojne te kene njohuri me te mira se femrat (Paraniala S. C. Lui et al.,2014; A.M. Badahdah et al.,2010; Wondemagegn Mulu et al.,2014). Nga ana tjetër disa studime te tjera nuk tregojne ndryshim te rendesishem statistikor lidhur me gjinine (Majelantle et al., 2014; Josephine.O 2014).



Lidhur me shoqerimet e *njohurive* me variablat: *vendbanim, gjendja civile, akomodimi, niveli ekonomik*, rezultatet treguan për *ndryshime jo të rëndësishme statistikore*, por rastësore (përkatesisht $P=0.3300 > 0.05$, Kruskal-Wallis Test: Chi-Square 1.5390, DF 1, Pr > Chi-Square 0.2148; $P=0.9900 > 0.05$, Kruskal-Wallis Test: Chi-Square 0.1767, DF 3, Pr > Chi-Square 0.9813; $P=0.6356 > 0.05$, Kruskal-Wallis Test: Chi Square 3.7675, DF 3, Pr > Chi-Square 0.2877; $P=0.73390 > 0.05$, Kruskal-Wallis Test: Chi Square 1.1070, DF 2, Pr > Chi-Square 0.5749). Keto rezultate janë në kundërshtim me studime të tjera të ngjashme të kryera në Shqipëri midis studentëve universitare që kanë treguar se studentët me vendbanim në zonat urbane/qytet dhe me gjendje ekonomike të mirë, demonstruan njohuri pak më të mira se sa homologët e tyre me banim në zonat rurale/fshat dhe me gjendje ekonomike të dobët (Merkuri.L 2013)

Për lidhjen *njohuri-besim fetar* shohim se studentet me *perkatesi/besim fetar mysliman* dhe me pak ata ortodokse kanë *njohuri me të mira* përkatesisht 50% dhe 10%. Ky ndryshim nuk është rastësor, është statistikisht i rëndësishëm sepse chi square $P=0.0079 < 0.05$. Pra, *midis studentëve me përkatësi fetare të ndryshme ka dallime statistikisht të rëndësishme në lidhje me njohuritë mbi HIV/AIDS*. Meqenese nuk ka raporte të drejta të shpërndarjes së studentëve sipas përkatesisë fetare (80 % janë myslimane) ka skepticizem mbi saktësinë e rezultateve të cilat mund të konfundohen nga faktore të tjera dhe kërkojnë studime dhe vërtetime të metejshme. Gjithsesi ky rezultat është i ngjashëm me një studim tjetër të kryer nga Wondemagegn Mulu et al., 2014 tek studentet e Universitetit të Bahir Dar në Etiopi që gjeti se kishte dallim të rëndësishëm statistikor midis përkatesisë/besimit fetar të studentëve dhe njohurive të tyre mbi HIV/AIDS ($P=0.04$). Muslimanet të ndjekur nga ortodokset kishin njohuri me të mira krahasuar me studentet e besimeve të tjera dhe kjo shpjegohej nga fakti i mundësise së ndikimit të karakteristikave socio-kulturore të atij vendi në ndergjegjesimin e studentëve në lidhje me HIV/AIDS. E njëjta gjetje rezultoi gjithashtu edhe në studimin e Kwaku Oppong Asante 2013, i cili analizoi gjithashtu korelacionin e njohurive mbi HIV/AIDS dhe variablave sociodemografike.

Për lidhjen *njohuri-dega e studimit* shohim se ka ndryshim të rëndësishëm statistikor midis studentëve të degëve Infermierore (FSHP) me njohuri të mira dhe shumë të mira (75%) ndaj studentëve të degëve jofermierore (60%). Gjithashtu, Chi-Square $P < 0.0001 < 0.05$, e tregon këtë. Pra, studentet e degëve infermierore ose të FSHP kanë njohuri me të mira se studentet e tjera të Universitetit të Vlores. Keto rezultate janë në të njëjtën linjë me studime të tjera që tregojnë se studentet e infermierise/mjeksise kanë njohuri me të mira se studentet e degëve të tjera të studimit (Namaitijiang Maimaiti et al., China 2010; Xiaodong Tan et al. 2007).

Për lidhjen *njohuri-viti akademik* ka dallim të rëndësishëm statistikor. *Studentet e vitit III kanë njohuri më të mira* se ata të viteve të tjera. Keshtu, në vitin III, 73% e studentëve kanë njohuri "të mira" dhe "shume të mira" mbi HIV/AIDS, nderkohe që ky numer është 63% për vitin II dhe 60% për vitin I. Gjithashtu, treguesi (Chi-Square $p=0.0341 < 0.05$) tregon se ndryshimi është i rëndësishëm. Ky rezultat është i ngjashëm me studime të tjera që rezultojnë në të njëjtën gjetje (Wondemagegn Mulu et al., 2014).

Ndryshimi i nivelit të *njohurive mbi HIV/AIDS sipas eksperiencës seksuale* të studentëve është *statistikisht i rëndësishëm* sepse kemi llogaritur (Chi-Square $P=0.0151 < 0.05$), që tregon që kjo nuk është rastësore. *Studentët që nuk kanë pasur eksperiencë seksuale (ata që janë pergjigjur JO), kanë njohuri mbi HIV/AIDS më të mira se ata që kanë patur eksperiencë seksuale (ata që janë pergjigjur PO)*. Rezultatet tregojnë se studentet *me eksperiencë seksuale* janë afro 63% me njohuri "të mira" dhe

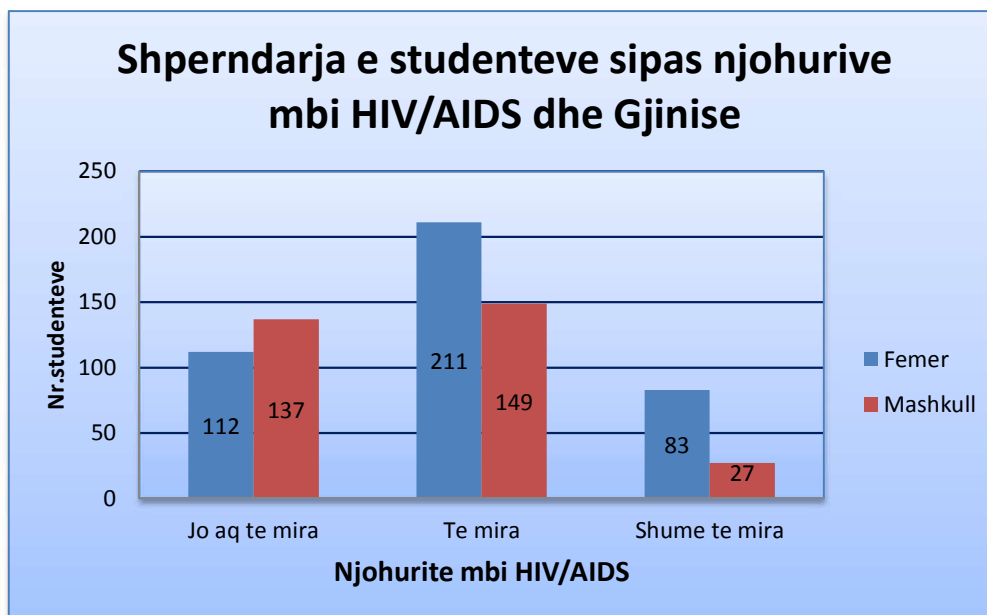


“shume te mira”. Studentet *pa eksperiencë seksuale* jane 71% me njohuri “te mira” dhe “shumë të mira”. Ky rezultat eshte *ne kundërshtim* me nje studim te kryer ne Belgjike qe gjeti ndryshim te rendesishem statistikor ne kete korelacion (Degroote et al. 2014), si edhe me nje tjetër studim qe perfshiu te rinjte afro-amerikane (Rebecca R. Swenson et al.2011). Te dy studimet e lartpermendura gjeten se njohurite me te mira i kishin te rinjte me pervoje seksuale.

Nga **tabela nr.15** shihet se ka *ndryshime te rendesishme statistikore* midis praktikave seksuale te studenteve me nivel te ndryshem njohurish mbi HIV/AIDS. Kete e tregon edhe Chi-Square $p=0.0003<0.05$. Keshtu, *praktikat rriske shoqerone me teper studentet me njohuri “Jo aq te mira”*(37.57% e numrit te tyre) duke u pakesuar te ata me njohuri “Te mira” (27.50%) dhe vetem 11.11% e numrit te studenteve me njohuri ”Shume te mira” paraqesin praktika rriske. Megjithate, treguesi Pearson Correlation= $-0.0944<0.29$ tregon se lidhja lineare eshte e dobët, pra lidhja mund te jete e nje forme tjetër grafike. Ne perputhje me rezultatet e mesiperme shohim se edhe ne nje studim te kryer ne Republiken Demokratike te Lao ne Vietnam i kryer nga Thanavanh B et al. ne 2013 u gjet se studentet me njohuri “te mira ose mesatare” dhe “shume te mira” manifestonin praktika te sigurta (OR=2.8, 95% CI=0.9-8.8, P=0.069; dhe OR=1.9, 95% CI=0.6-6.2, P=0.284 respektivisht. Po ashtu edhe ne nje studim te kryer ne Etiopi nga Mulu W et al. 2014 u arrit ne perfundimin e mesiperme ($p=0.15$)

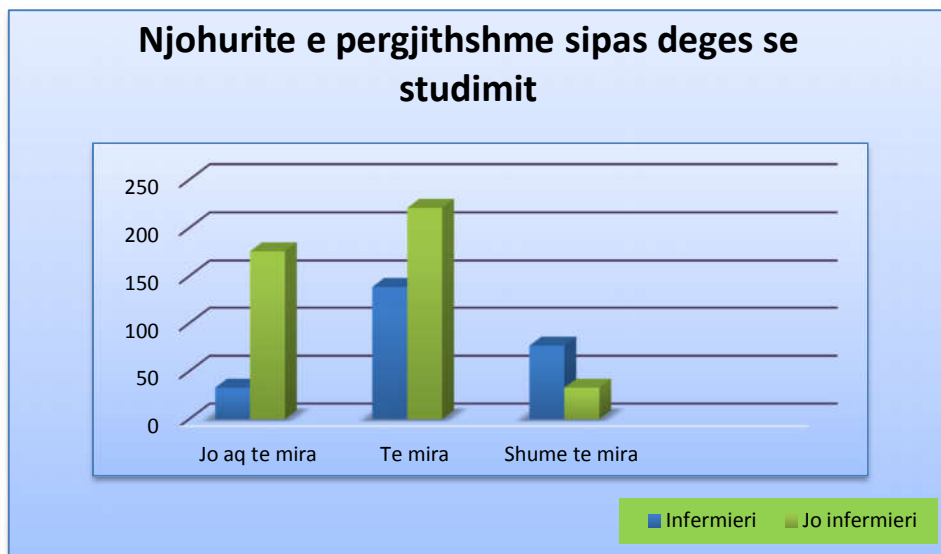
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:

Grafiku nr.10: Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS sipas gjinise se studenteve te anketuar

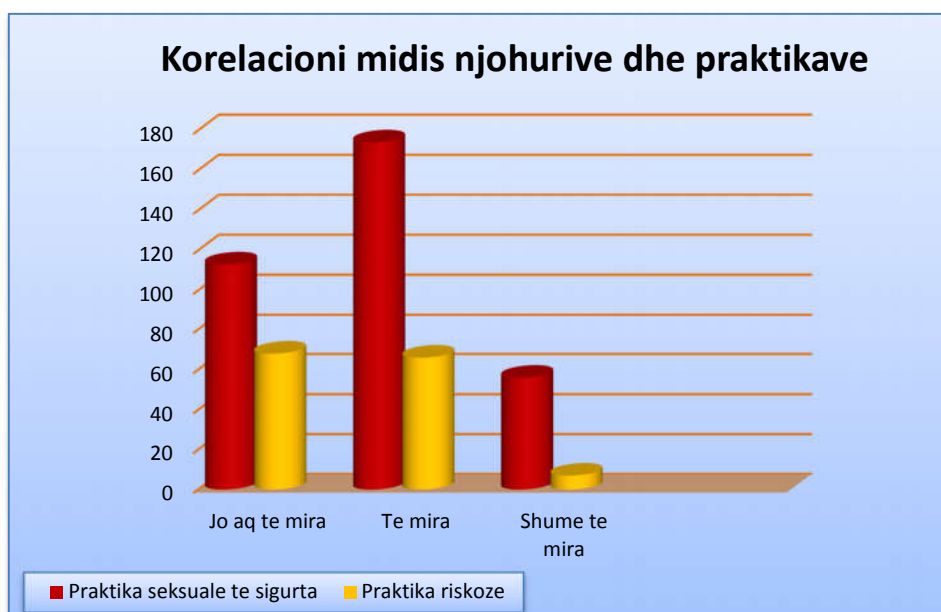




Grafiku nr.11: Vleresimi i njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS sipas deges se studimit



Grafiku nr.12: Vleresimi i lidhjes se njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS me praktikat seksuale qe ata manifestojne





4.1.4 Vlerësimi i burimit të informacionit që studentët e anketuar kanë mbi HIV/AIDS sipas Seksionit të Katërt të pyetësorit

Ne kete seksion vleresohet burimi i informacionit te studenteve te UV rreth infeksionit HIV/AIDS, numri i mjeteve te informimit dhe shperndarja sipas gjinise.

Tabela nr.16: Shpërndarja e studentëve sipas numrit të mjeteve të informimit nga marrin informacionin mbi HIV/AIDS dhe Gjinisë

Numri mjeteve te informimit mbi HIV/AIDS	Femer	Mashkull	Total
1	67	70	137
	9.33	9.75	19.08
2	71	55	126
	9.89	7.66	17.55
3	72	49	121
	10.03	6.82	16.85
4	69	63	132
	9.61	8.77	18.38
5	67	36	103
	9.33	5.01	14.35
6	34	22	56
	4.74	3.06	7.80
7	22	14	36
	3.06	1.95	5.01
8	3	4	7
	0.42	0.56	0.97
TOTALI	405	313	718
	56.41	43.59	100.00

Tabela nr.17: Shpërndarjen e studentëve sipas llojit të burimit të informimit për HIV/AIDS dhe Gjinisë.

Lloji i mjetit	% qe ze mjeti	Gjinia		Totali
		Femer	Mashkull	
Biseda me prindërit	20.38	90	57	147
		61.22	38.78	100.00
Biseda me shokët	44.38	186	134	320
		58.13	41.88	100.00
Partneri/ja	19.83	73	70	143
		51.05	48.95	100.00
Shkolla	70.45	309	199	508
		60.83	39.17	100.00
Interneti	69.76	301	202	503
		59.84	40.16	100.00
Gazetat, Librat, Fletepalosjet, Broshurat	43.68	192	123	315
		60.95	39.05	100.00
Televizion, Radio	50.5	199	165	364
		54.67	45.33	100.00
Punonjësit Shendetësorë	16.78	50	56	106
		47.17	52.83	100.00
Nuk kam informacion	3	6	12	18
		33.33	66.67	100.00



4.1.4.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË KATËRT TË PYETËSORIT

Për të siguruar të dhëna mbi burimet e ndryshme të marrjes së informacionit lidhur me HIV/AIDS, subjekteve në studim iu drejtua pyetja “Cili ka qenë burimi i informacionit rreth HIV/AIDS”?

Nga **tabela nr.16** shihet se informacioni merret nga burime të ndryshme. 19% e studentëve kanë raportuar vetëm 1 burim informimi për ta në lidhje me HIV/AIDS kurse pjesa tjetër merr informacion nga më shumë se 1 burim informimi. Në cdo rast femrat zënë përqindje më të lartë se meshkujt.

Nga analiza e të dhënave prej përgjigjeve të marra, rezultoi se **shkolla, media sociale (interneti) dhe media elektronike (televizor, radio)** kanë qënë *tre nga burimet më të shpeshta të marrjes së informacionit për infeksionin HIV tek studentet e anketuar*. Interesant është fakti që shumica e studenteve e marrin informacionin nga *shkolla* gjë që tregon për programet e ndryshme të edukimit shëndetësor që në Shqipëri janë inkorporuar dhe pasuruar në vazhdimësi në kurrikulat shkollore si edhe në programet ekstra kurrikulare në shkolla (Merkuri.L 2013) në kuader të promovimit dhe parandalimit të këtij infeksioni tek të rinjtë dhe që është një rezultat i kundërt me studimet e tjera të kryera në Shqipëri që kanë treguar një përqindje më të ulët (Merkuri.L 2013, Rrumbullaku.L et al. 2010). Gjithashtu edhe *media sociale* ze një përqindje të konsiderueshme si *burimi i dytë më i përdorur*, gjetje që shkon në të njëjtën linjë me literaturën e fushës e cila e konsideron internetin si një media konkurruese e cila sot po ecën me ritme të shpejta dhe se gjithnjë e më tepër njerëzit po e përdorin atë, për të marrë informacion shëndetësor (Merkuri.L 2013, Kwaku Oppong Asante 2013; Bounbouly Thanavanh et al.,2013). Përsa i përket *medias elektronike (televizioni, radio)* që në studimin tone radhitet *i treti si burim* në shumicën e studimeve është burimi kryesor i informacionit (Christina Ouzouni et al.2012; Ingrid H de Beer et al.2012; Yitayal Shiferaw et al.2011; Rrumbullaku.L et al.2010). Keto studime nuk kanë raportuar internetin si burim kryesor të informimit që ndoshta është e lidhur me faktin se keto studime janë kryer disa vite më parë, kur interneti akoma nuk kishte këtë popullaritet që ka sot.

Duke iu referuar **tabela nr. 17** shohim se 70.45% e studenteve prej të cileve 61% femra dhe 39% meshkuj e marrin informacionin nga shkolla. Kjo nuk ka të bëjë me faktin që në studim kemi përfshirë studentë të degës Infermieri, sepse nga llogaritjet kemi që më shumë se 50% e studentëve që deklarojnë shkollën si burim informacioni për HIV janë në degët Joinfermierore. Nga Interneti 69.76% e studentëve (femrat 60%, meshkujt 40%); nga televizioni/radioja 50.5% e studentëve (femrat 55%, meshkujt 45%); nga bisedat me shokët 44.38% e studentëve (femrat 58%, meshkujt 42%); nga gazetat, librat, fletëpalosjet, broshurat rreth 43.68% e studentëve (femrat 61%, meshkujt 39%).

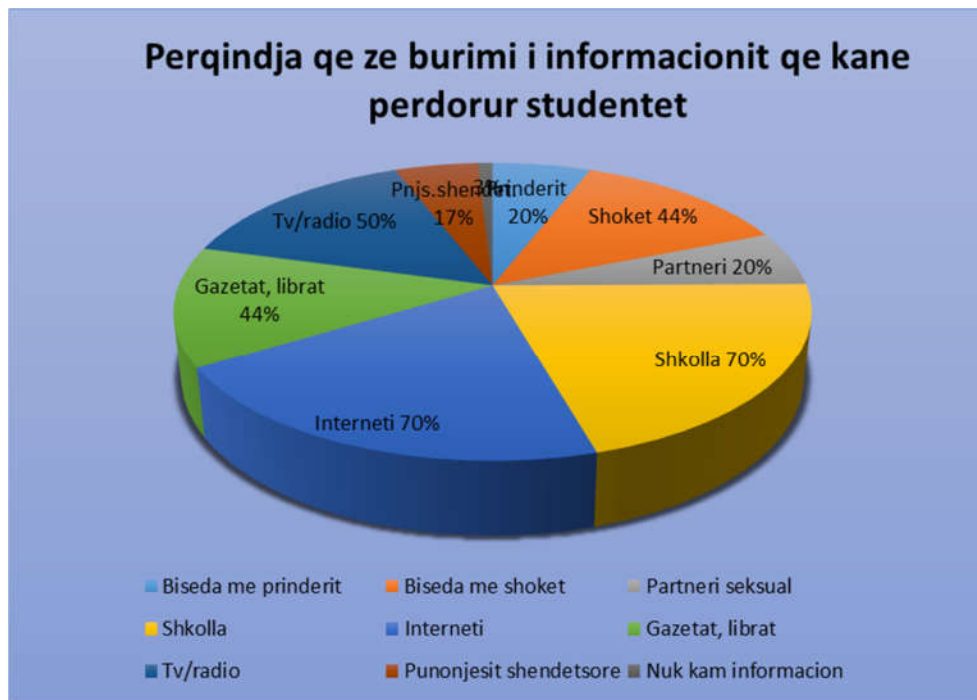
Me pak informacion merret nga burime të tilla si bisedat me prindërit (20.38%), partneri/ja (19.83%), dhe punonjësit shëndetësorë (16.78%). Sic e shohim prindërit raportohen si burim informacioni në një *përqindje relativisht të ulët* që raportohet e njëjte edhe në studime të tjera në Shqipëri (Merkuri.L 2013, Rrumbullaku.L et al.2010). Literatura e fushës raporton se komunikimi me prindërit është një nga rrugët kyçe nëpërmjet së cilës familja mund të veprojë si një mjet mbrojtës i shëndetit të fëmijëve të tyre. Të rinjtë të cilët raportojnë një komunikim të lehtë me prindërit e tyre kanë më pak gjasa të marrin pjesë në sjellje jo të shëndetshme (Merkuri.L 2013; Tamara D. et al.2008). Gjithashtu vlen të përmendet dhe *përqindja e ulët që punonjësit shëndetësorë*



konsiderohen si burim informacion dhe qe permendet e tille edhe ne studime te tjera te lartpermendura ne Shqiperi dhe ne bote (Ingrid H de Beer eta l. 2012; Yitayal Shiferaw et al.2011). Kjo gjetje kërkon të eksplorohet më tej, po të kemi parasysh faktin që paketa e shërbimit shëndetësor parësor e përcakton qartë personelin shëndetësor si përgjegjës për edukimin shëndetsor të komunitetit, përfshirë edhe target grupin e studentëve pjesëmarrës në studimin tonë (Mercuri.L 2013). Në cdo kategori *femrat* janë në përqindje më të lartë se meshkujt, gjë që flet për faktin se ato mund te jenë më të interesuara për informacionin. Vetem 3 % referojne se nuk kanë informacion mbi HIV/AIDS dhe këtu meshkujt janë dyfishi i femrave.

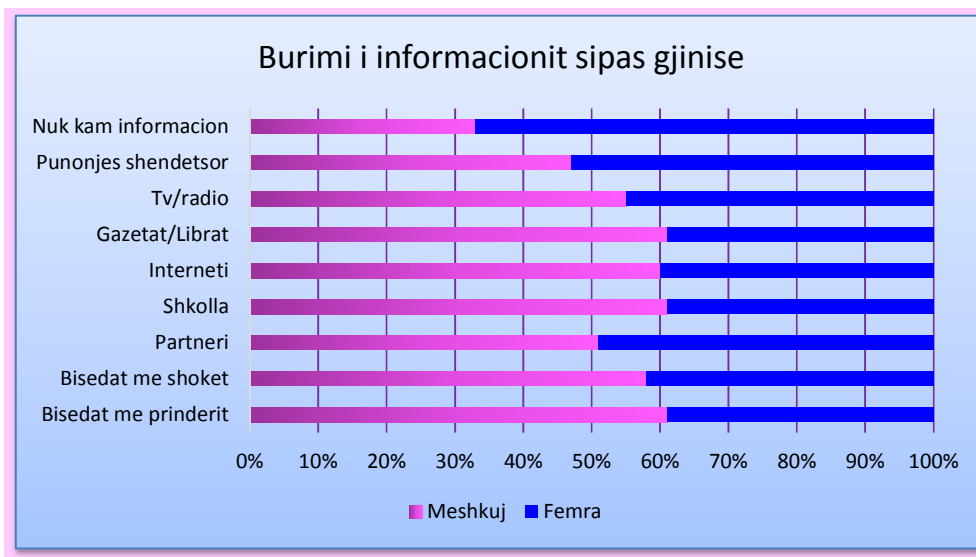
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:

Grafiku nr.13: Vleresimi i burimit te informacionit mbi HIV/AIDS





Grafiku nr.14: Vlerësimi i burimit të informacionit mbi HIV/AIDS sipas gjinise



4.1.5 Vlerësimi i qendrimeve të studentëve mbi sjelljet seksuale sipas Seksionit të Pestë të pyetësorit.

Në këtë seksion vlerësohen *qendrimet e studentëve rreth sjelljeve të rrezikshme seksuale* që mund t'i bëjnë ata të prekshëm ndaj HIV/AIDS si të paturit shumë partnerë/e seksualë, seksi me më shumë se një partner, homoseksualiteti tek meshkujt, angazhimi në aktivitete seksuale për lekë, dhurata, favore, marrëdhënie seksuale nën efektin e alkoolit dhe/ose drogës etj.

Qendrimet e studentëve mbi sjelljet seksuale janë vlerësuar mbi bazën e përgjigjeve të 12 pyetjeve në seksionin 5 të pyetësorit. Cdo përgjigje e saktë është vlerësuar me 1 pikë dhe kemi këtë klasifikim të vlerësimeve:

- 10-12 pikë - Qendrimet Shumë korrekte
- 6 - 9 pikë - Qendrimet Korrekte (te moderuara)
- 0 - 5 pikë - Qendrimet Aspak korrekte

Tabela nr.18: Shpërndarja e studenteve të anketuar sipas qendrimeve të tyre ndaj sjelljeve seksuale

Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.1		P.2		P.3		P.4		P.5		P.6	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	261	36.55	356	49.86	39	5.46	511	71.57	516	72.27	46	6.44
Nuk jam dakord	208	29.13	161	22.55	67	9.38	122	17.09	112	15.69	49	6.86
Dakord	126	17.65	78	10.92	331	46.36	39	5.46	39	5.46	287	40.20
Plotësisht dakord	30	4.20	34	4.76	231	32.35	14	1.96	26	3.64	257	35.99
Nuk e di	89	12.46	85	11.90	46	6.44	28	3.92	21	2.94	75	10.50
Pa përgjigje	7		6		6		6		6		6	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

**Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -**



Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.7		P.8		P.9		P.10		P.11		P.12	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	280	39.27	303	42.50	345	48.39	63	8.84	70	9.82	70	9.82
Nuk jam dakord	169	23.70	115	16.13	192	26.93	76	10.66	83	11.64	83	11.64
Dakord	91	12.76	73	10.24	45	6.31	248	34.78	314	44.04	314	44.04
Plotësisht dakord	23	3.23	34	4.77	16	2.24	209	29.31	146	20.48	146	20.48
Nuk e di	150	21.04	188	26.37	115	16.13	117	16.41	100	14.03	100	14.03
Pa përgjigje	7		7		7		7		7		7	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Tabela nr.19: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve

Njohuri-Qendrimet qe lidhen me Sjelljet Seksuale	Pergjigje e sakte		Pergjigje e gabuar	
	Nr.	%	Nr.	%
1. Të kryerit marrëdhënies seksuale e bën një djalë ose vajzë më popullor	469	65.59	245	34.27
2. Të paturit shumë partnerë seksualë nuk është riskoz	518	72.45	197	27.55
3. Marrëdhënia seksuale me shumë partnerë njëkohësisht mund ta vendosë dikë në risk për infektim me HIV(seks në grup)	563	78.74	152	21.26
4. Është mirë të angazhohesh në aktivitet seksual për leke, dhurata	634	88.53	81	11.33
5. Unë preferoj t'i jap lekë dikujt në shkëmbim të seksit	629	87.83	86	12.03
6. Të bërit sex me një partner, HIV statusi i të cilit nuk dihet, mund t'ju rrezikojë ju për marrjen e HIV	545	76.22	170	23.78
7. Një person nuk mund ta marrë HIV herën e parë që ai ben sex	450	63.03	264	36.97
8. Marrëdhënia seksuale me të njejtin sex është e sigurtë	419	58.68	295	41.32
9. Një person nuk mund ta marrë HIV duke bërë sex te pambrojtur me një person më të ri se ai/ajo	538	75.35	176	24.65
10. Është e rrezikshme të merresh me aktivitete seksuale pas përdorimit të alkoolit ose droges intravenë	458	64.15	256	35.85
11. Nje grua mund te marre HIV nese kryen seks anal me nje burre	461	69.50	253	30.50
12. Është e rëndësishme të bisedosh me prindërit e tu për sjelljet/dyshimet e tua seksuale	461	64.57	253	35.43

Pa përgjigje: 6 studente per p.2-6 dhe 7 studente per pyetjet e tjera

Tabela nr.20: Shperndarja e studenteve sipas vleresimit te qendrimve te tyre ndaj sjelljeve seksuale.

	Numri	Perqindja %
Jo aq korrekte	106	14.85
Korrekte	256	35.85
Shumë Korrekte	352	49.30
Pa përgjigje	7	
Totali	721	100.00



Tabela nr.21: Korrelacioni midis qendrimeve mbi sjelljet seksuale dhe variablave socio-demografike

<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale</i>										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Grupmosha (ne vite)	18-20 vjec	61	8.54	140	19.61	188	26.33	389	54.48			
	21-24 vjec	41	5.74	105	14.71	150	21.01	296	41.46			
	25-28 vjec	4	0.56	5	0.70	9	1.26	18	2.52			
	> 28 vjec	0	0.00	6	0.84	5	0.70	11	1.54			
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
Chi-Square p= 0.6350												
<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet mbi sjelljet seksuale</i>										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Gjinia	Femra	41	10.17	5.74	120	29.77	16.81	242	60.04	33.89	403	56.44
	Meshkuj	65	20.90	9.10	136	43.72	19.05	110	35.36	15.41	311	43.56
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
Chi-square p= <0.0001												
<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet mbi sjelljet seksuale</i>										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Vend-banimi	Rurale	35	4.90	9.8	98	13.73	110	15.41	243	34.03		
	Urbane	71	9.94	158	22.13	242	33.89	471	65.97			
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
Chi-square p= 0.1901												
<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet mbi sjelljet seksuale</i>										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Niveli ekonomik	Iulet	10	1.40	18	2.52	14	1.96	42	5.88			
	Mesatar	89	12.46	225	31.52	315	44.12	629	88.10			
	I larte	7	0.98	13	1.82	23	3.22	43	6.02			
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
Chi-square p= 0.2071												

Tabela nr.21.1: Korrelacioni midis qendrimeve mbi sjelljet seksuale dhe variablave socio-demografike

<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet mbi sjelljet seksuale</i>							
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Besimi fetar	Ateist	0	0.00	1	0.14	4	0.56	5	0.70
	Katolik	4	0.56	18	2.52	27	3.78	49	6.86
	Musliman	95	13.31	208	29.13	268	37.54	571	79.97
	Orthodox	7	0.98	29	4.06	53	7.42	89	12.46
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00
Chi-square p=0.0920									
<i>Variablat socio-demografike</i>		<i>Qendrimet mbi sjelljet seksuale</i>							
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Gjendja civile	Bashkejetoj	8	1.12	23	3.21	32	4.48	63	8.81
	Beqar	93	13.03	211	29.55	289	40.48	593	83.06
	I/e martuar	5	0.70	19	2.66	28	3.92	52	7.28
	Divorcuar	0	0.00	3	0.42	3	0.42	6	0.84
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00
Chi-square p= 0.8124									

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Variablat socio-demografike		Qendrimet mbi sjelljet seksuale										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Alkomodimi	Ne familje	55	7.72	136	19.10	178	25.00	369	51.83			
	Ne konvikt	7	0.98	19	2.67	31	4.35	57	8.01			
	Me miq/qera	37	5.20	89	12.50	131	18.40	257	36.10			
	Vetem me qera	6	0.84	11	1.54	12	1.69	29	4.07			
	Total	105	14.84	255	35.86	352	49.30	712	100.00			
Chi-square p= 0.9007												
Variablat socio-demografike		Qendrimet mbi sjelljet seksuale										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Dega e studimit	FSHP	19	6.67	2.66	70	24.56	9.81	197	68.77	27.59	286	40.06
	Fakultete te tjera	87	20.33	12.18	186	43.46	26.05	155	36.21	21.71	428	59.94
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
	Chi square p= <0.0001											
Variablat socio-demografike		Qendrimet mbi sjelljet seksuale										
		Jo aq korrekte		Korrekte		Shume korrekte		Total				
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
Viti akademik	I	43	6.02	83	11.62	106	14.85	232	32.49			
	II	36	5.03	96	13.45	120	16.80	252	35.30			
	III	27	3.78	77	10.78	126	17.65	230	32.21			
	Total	106	14.84	256	35.86	352	49.30	714	100.00			
Chi-square p= 0.1616												

Tabela nr.22: Korrelacioni midis qendrimëve ndaj sjelljeve seksuale dhe experiences seksuale te studenteve te anketuar

Qendrimet mbi sjelljet seksuale Numer/Perqindje	Eksperienca seksuale		Total
	JO	PO	
Jo aq korrekte	21	85	106
	2.94	11.90	
	8.97	17.71	14.84
Korrekte	78	178	256
	10.92	24.94	
	33.33	37.08	35.86
Shumë korrekte	135	217	352
	18.91	30.39	
	57.69	45.21	49.30
Total	234	480	714
	32.77	67.23	100.00
Pa përgjigje = 7			
Chi-square p= 0.0011			



Tabela nr.23: Korelacioni midis njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS dhe qendrimeve te studenteve te anketuar ndaj sjelljeve seksuale

Njohuri te pergjithshme mbi HIV/AIDS

Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale	Jo aq te mira		Shume te mira		Te mira		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Jo aq korrekte	74	10.36	3	0.42	29	4.06	106	14.85
Korrekte	96	13.45	24	3.36	136	19.05	256	35.85
Shume korrekte	77	10.78	82	11.48	193	27.03	352	49.30
Total	247	34.59	109	15.27	358	50.14	714	100.00

Chi-Square p= <0.0001

Tabela nr.24: Korelacioni midis qendrimeve te studenteve te anketuar ndaj sjelljeve seksuale dhe praktikave seksuale qe ata manifestojne

Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale

Praktikat seksuale	Jo aq korrekte		Shume korrekte		Korrekte		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Praktika te sigurta	52	10.83	123	25.63	166	34.58	341	71.04
Praktika risikoze	33	6.88	55	11.45	51	10.63	139	28.96
Total	85	17.71	178	37.08	217	45.21	480	100.00
Odds Ratio	2.066		1.455					

Pearson Correlation = - 0.1249

4.1.5.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË PESTË TË PYETËSORIT.

Rezultatet e mesiperme treguan se edhe pse studentet e anketuar te Universitetit te Vlores kishin ne pergjithesi njohuri te mira ose qendrimet korrekte ndaj sjelljeve seksuale, u evidentua risku i perfshirjes se tyre ne sjellje te rrezikshme qe u emertuan si praktika risikoze ne studimin tone.

Sipas tabelen nr.18-19 studentet e anketuar ishin pergjigjur gabim pohimeve me numer 1, 6, 7, 9 10. Kjo do te thote se ka studente qe mendojne se marrëdhëniet seksuale i bëjnë më popullore (41%), se herën e parë të marrëdhënies seksuale nuk mund të infektohen me HIV (37%), se marrëdhëniet me të njëjtin seks është më e sigurtë (41%), se nuk ka rrezik nëse përdorin alkool ose drogë para/gjatë marrëdhënies seksuale (36%) dhe se nuk mendojnë se duhet të flasin me prindërit për dyshimet e tyre në lidhje me HIV/AIDS (36%). Keto rezultate tregojne se gati 35-40 % e studenteve jane te ekspozuar ndaj disa prej faktoreve riskante qe mund ti bejne ata te prekshem nga infeksioni HIV. Megjithate duke iu referuar tabelen nr.20 rreth 49 % e studentëve janë vlerësuar për qendrimet shumë korrekte ndaj sjelljeve seksuale, 36% e tyre për qendrimet korrekte dhe 15% për qendrimet aspak korrekte ndaj ketyre sjelljeve.

Nese do te krahasonim gjetjet tona te pasqyruara ne tabelen nr 18 mund te themi se per pohimin numer 7 rezultati eshte i njejte me nje studim te kryer tek te rinjte ne Kolumbi (Hernandez, Zulma 2003) dhe ne nje kontrast shume sinjifikant per pohimet e tjera ne nje studim te kryer ne nje universitet te Namibise (Twahafifwa Ndahekeleka Tupavali Nghaamwa, 2013) rezultatet e te cilit ishin me pozitive se tonat. Lidhur me faktin se 36% e studenteve mendojne se nuk duhet te flasin me prinderit per



sjelljet/dyshimet e tyre seksuale tregon edhe nje here impaktin qe mund te kete familja ne formimin dhe nxitjen e sjelljeve te shendetshme seksuale qe u diskutuan ne seksionin e meparshem. Ndersa persa i perket gjetjeve te tabelës nr.19, mund te themi se rezultate te njejta jane gjetur edhe ne studime te tjera si vijojne (Ebot, Mathias Ebot 2009; Twahafifwa N. 2013; Namaitijiang Maimaitiet al.2010).

Ne **tabelen nr. 21 dhe 21.1** u vleresua lidhja e qendrimeve mbi sjelljet seksuale me karakteristikat sociodemografike te pjesemarresve ne studim. Nuk ka ndryshim te rendesishem statistikor lidhur me grupmoshen (Chi-square $p = 0.6350 > 0.05$); vendbanimin e studenteve dhe qendrimin te tyre ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p = 0.1901 > 0.05$); midis studenteve me nivel te ndryshem ekonomik dhe njohurive te tyre ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p = 0.2071 > 0.05$); besimin fetar qe nuk ndikonte gjithashtu ne qendrimin te tyre ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p = 0.0920 > 0.05$); statusin civil (Chi-square $p = 0.8124 > 0.05$); faktin se me ke jetojne, pra akomodimin (Chi-square $p = 0.9007 > 0.05$); nuk ka ndryshim te rendesishem statistikor ne lidhjen midis vitit akademik qe ata frekuentojne dhe qendrimin te tyre ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p = 0.1616 > 0.05$). Keto rezultate jane ne kundërshtim me nje studim tjetër te ngjashem te kryer ne Etiopi (Wondemagegn Mulu et al, 2014) i cili gjeti ndikimin e ketyre faktoreve ne qendrimin e studenteve ndaj sjelljeve seksuale. Studime te tjera tregojne se (Twahafifwa N. 2013) feja sipas perkatesise etnike mund të ndikojë në sjelljen seksuale përmes faktorëve të ndërmjetme të tillë si mosha e seksit të parë, gjendja civile dhe qasja në informata dhe shërbime. Ndersa sipas Bongaart i cituar ne nje studim te Akwara, et al. (2003; p. 385) thote se "...sjellja seksuale eshte ndoshta pergjegjese per shume nga dallimet ne epidemite heteroseksuale HIV dhe AIDS midis vendeve, si dhe për dallimet në mënyrë të barabartë të mëdha midis rajoneve dhe grupeve demografike brenda vendeve..." fakt ky i permendur edhe ne permbledhjen e literatures te studimit tone. Kjo tregon edhe diversitetin e rezultateve ne studime te ndryshme lidhur me ndikimin e faktoreve socio-demografike ne qendrimin e studenteve ndaj sjelljeve seksuale.

Lidhur me korelacionin **gjini/sjellje seksuale**: Ka ndryshim te rendesishem statistikor midis dy gjinive dhe qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p < 0.0001 < 0.05$). Femrat pohojne qendrimin me korrekte sesa meshkujt. 60% e femrave kane qendrimin shume korrekte, 30% qendrimin korrekte (te moderuara) dhe vetem 10 % prej tyre kane qendrimin aspak korrekte ndaj sjelljeve seksuale. Kurse persa i perket meshkujve 35 % e tyre kane qendrimin shume korrekte, 44% qendrimin korrekte (te moderuara) dhe 21 % qendrimin aspak korrekte. Keto rezultate jane te ngjashme me studimet qe vijojne (Wondemagegn Mulu et al. 2014; Namaitijiang Maimaitiet et al. 2010).

Sjellja seksuale dhe dega e studimi: Ka nje ndryshim te rendesishem statistikor midis studenteve te degeve te ndryshme te studimit dhe qendrimin te tyre ndaj sjelljeve seksuale (Chi-square $p < 0.0001$). Rezultate tregojne se studentet infermiere kane qendrimin me te mira ndaj ketyre sjelljeve sesa ata te degeve te tjera jo infermierore. 69% e studenteve infermiere kane qendrimin shume korrekte, 24% qendrimin korrekte (te moderuara) dhe 7% qendrimin aspak korrekte. Studentet e fakulteteve te tjera: 36% qendrimin shume korrekte, 44 % qendrimin korrekte (te moderuara) dhe 20% qendrimin aspak korrekte. Impakti i deges se studimit mbi qendrimin e studenteve ndaj sjelljeve seksuale eshte vleresuar edhe ne nje studim te kryer ne Malajzi (Namaitijiang Maimaiti et al. 2010) me gjetje te njejta si tek studimi yne dhe tek nje studim tjetër i kryer ne Greqi (Christina Ouzounitaking et al. 2012) tek i cili popullata target e marre ne studim ishin pikerisht studentet infermiere. Gjetjet e ketij studimi, qe jane ne kundërshtim me



studimin tone, treguan se studentet infermiere kishin njohuri te pamjaftueshme dhe qendrime jo korrekte ndaj sjelljeve seksuale dhe infeksionit HIV si profesionistë te ardhshëm të kujdesit shëndetësor.

Tabela nr. 22 analizon korelacionin midis *pervojes seksuale te studenteve te anketuar (atyre qe kane kryer ose jo marrredhenie seksuale) dhe qendrimet te tyre ndaj sjelljeve seksuale*. Ka ndryshim të rëndësishëm statistikor ne kete korelacion (Chi-square $p=0.0011<0.05$). Kështu studentët pa *experjencë seksuale (JO)* mbajnë qendrime më korrekte ndaj sjelljeve seksuale se ata me *experjencë seksuale (PO)*. Kjo duket nga rezultatet: Studentet qe kane referuar se nuk kane kryer marrredhenie seksuale tregojne qendrime shume korrekte 58%, 33% korrekte (qendrime te moderuara) dhe 9% aspak korrekte. Ata me eksperiencë seksuale janë 45% me qendrime shumë korrekte, 37% korrekte dhe 18% aspak korrekte. Kjo lidhje sinjifikante eshte gjetur edhe ne studime te tjera te ngjashme te kryera perkatesisht ne tek studentet universitare ne Belgjike dhe Kroaci (Degroote.S et al. 2014; Stulhofer.A, et al 2007)

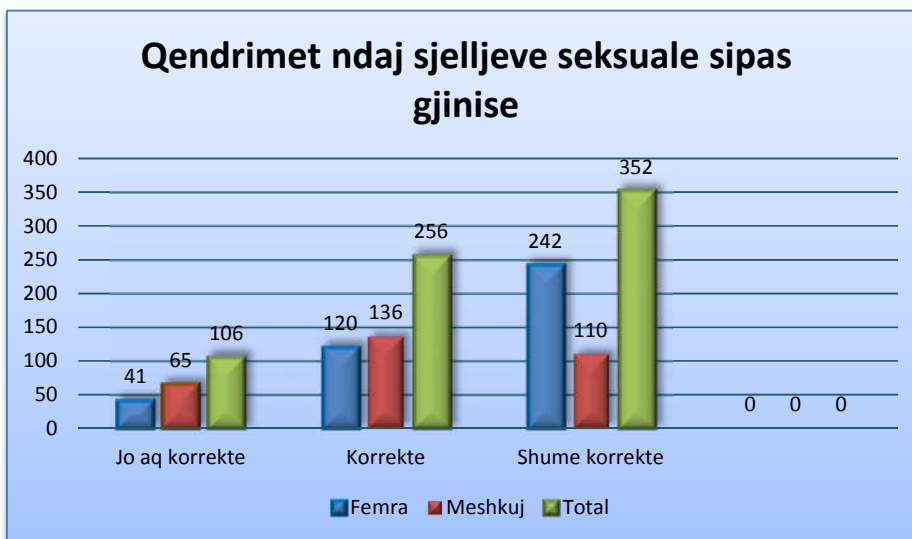
Tabela nr. 23 tregon se ka nje lidhje te forte statistikore midis *njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS dhe qendrimeve te studenteve ndaj sjelljeve seksuale*. Perqindja me e madhe e studenteve me qendrime aspak korrekte ndaj sjelljeve seksuale (14.85%) rezultojne te jene me njohuri jo te mira rreth HIV/AIDS (10.36%). Tek studentet me qendrime shume korrekte (49.30%) 39% e tyre jane studente qe kane njohuri te mira dhe shume te mira mbi HIV/AIDS. Kjo tregon se *niveli i njohurive mbi HIV/AIDS ndikon ne qendrimet qe mbajne studentet ndaj sjelljeve seksuale*. Treguesi (Chi-Square $P<0.0001<0.05$) tregon qe kjo sinjifikance nuk eshte rastesore dhe eshte e krahasueshme me gjetje te njejta ne studime te tjera te ngjashme te kryer respektivisht ne Etiopi, Belgjike, USA, Kroaci, Kolumbi (Wondemagegn Mulu et al, 2014; Sophie Degroote et al. 2014; Rebecca R. Swenson et al, 2010; Aleksandar Stulhofer et al, 2007; Hernandez, Zulma 2003).

Treguesi Pearson correlation $p= -0.1249<0.29$ tregon per nje lidhje te dobet lineare midis *qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale dhe praktikave seksuale* qe ata manifestojne konkretisht (**tabela nr.24**). Pritet qe studentet, pavaresisht qendrimeve te tyre ndaj sjelljeve seksuale te manifestojne praktika risikoze seksuale. Odds Ratio=2.066 tregon se studentet me qendrime jo korrekte ndaj sjelljeve seksuale kane dyfishin e probabilitetit per te pasur praktika risikoze ne krahasim me studentet me qendrime shume korrekte. Po ashtu, studentet me qendrime korrekte (te moderuara) kane 1.5 here me teper probabilitet per praktika risikoze ndaj atyre me qendrime shume korrekte (Odds Ratio=1.455). Ky rezultat shkon ne te njejten linje me nje studim tjeter te ngjashem Mulu.W et al 2014 qe gjeti se qendrimet e pafavorshme ndaj sjelljeve seksuale shoqeroheshin me praktika risikoze te studenteve te anketuar.

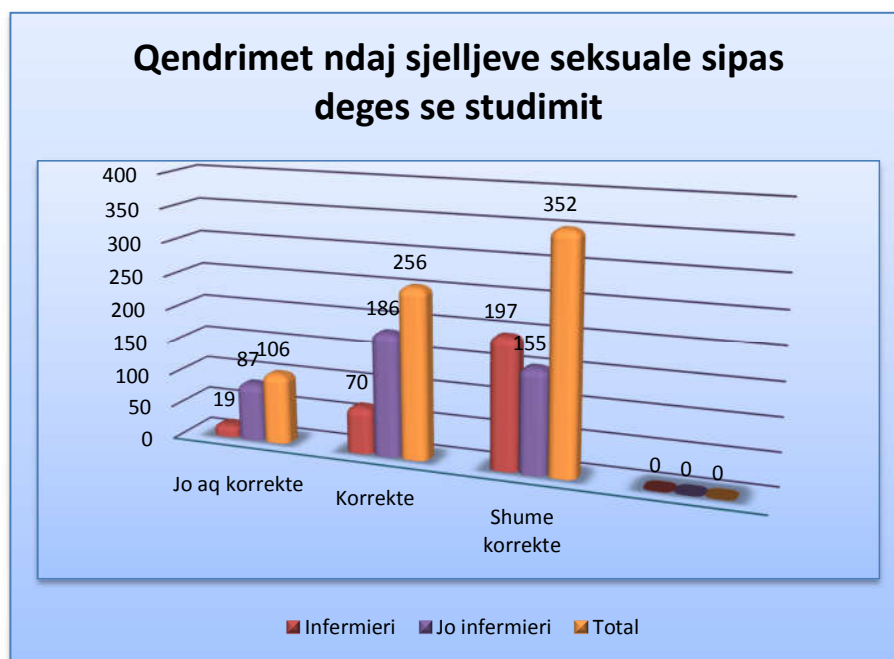
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:



Grafiku nr.15: Vleresimi i qendrimit ndaj sjelljeve seksuale sipas gjinise

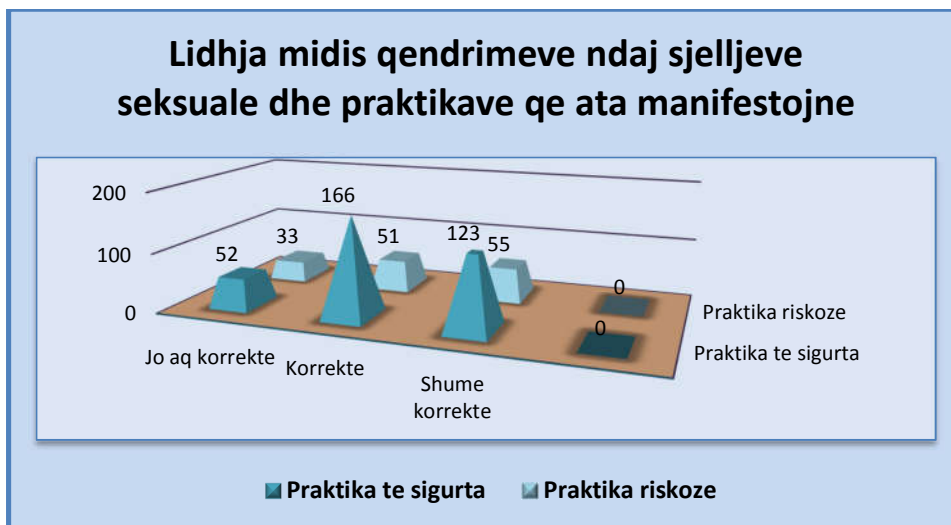


Grafiku nr.16: Vleresimi i qendrimit ndaj sjelljeve seksuale sipas deges se studimit





Grafiku nr.17: Vlerësimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale dhe praktikave që ata manifestojnë



4.1.6 Vlerësimi i njohurive të studentëve mbi masat parandaluese sipas Seksionit të Gjashtë të pyetësorit.

Ne kete seksion vleresohen njohurite e studenteve te anketuar rreth *masave mbrojtese dhe parandaluese* te marrjes se HIV si perdorimi i kondomit, shmangia e alkolit dhe/ose droges para ose gjate marrredhenieve seksuale, shmangia e partneritetit te shumte, abstenimi nga seksi, njohuri rreth ekzistences dhe efektit te nje vaksine kunder HIV etj.

Këto njohuri janë vlerësuar duke u nisur nga 12 pyetje në seksionin 6 të pyetësorit. Cdo përgjigje e saktë është vlerësuar me 1 pikë dhe kemi bërë këtë klasifikim vlerësimi:

- 10-12 - Njohuri shumë të mira
- 7-9 - Njohuri të mira
- 0-6 - Njohuri aspak të mira

Tabela nr.25: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas njohurive te tyre mbi masat parandaluese

Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.1		P.2		P.3		P.4		P.5		P.6	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	25	3.51	186	26.12	83	11.66	213	29.92	69	9.69	269	37.78
Nuk jam dakord	48	6.74	224	31.46	128	17.98	130	18.26	112	15.73	213	29.92
Dakord	331	46.49	155	21.77	199	27.95	139	19.52	266	37.36	75	10.53
Plotësisht dakord	227	31.88	26	3.65	91	12.78	45	6.32	128	17.98	29	4.07
Nuk e di	81	11.38	121	16.99	211	29.63	185	25.98	137	19.24	126	17.70
Pa përgjigje	9		9		9		9		9		9	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

**Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -**



Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.7		P.8		P.9		P.10		P.11		P.12	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	405	56.96	71	9.99	51	7.17	40	5.61	154	21.63	101	14.19
Nuk jam dakord	152	21.38	74	10.41	84	11.81	101	14.17	145	20.37	166	23.31
Dakord	51	7.17	267	37.55	312	43.88	298	41.80	212	29.78	191	26.83
Plotësisht dakord	24	3.38	135	18.99	176	24.75	174	24.40	44	6.18	112	15.73
Nuk e di	79	11.11	164	23.07	88	12.38	100	14.03	157	22.05	142	19.94
Pa përgjigje	10		10		10		8		9		9	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Tabela nr.26: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve

Njohuri mbi masat parandaluese	Pergjigje e sakte		Pergjigje e gabuar	
	Nr.	%	Nr.	%
1. Duke përdorur kondomin gjatë seksit mund të mënjanohet risku i marrjes së HIV	559	78.40	153	21.60
2. Kondomi nuk është i besueshëm	411	57.64	301	42.36
3. Kondomi ndërhyt në kënaqësinë seksuale	212	29.73	500	70.27
4. Partneri im kundërshton të përdorë kondomin	344	48.25	368	51.75
5. Abstenimi (heqja dore nga seksi) është masa më e mirë e mbrojtjes së vetvetes	395	55.40	317	44.60
6. Ju nuk mund ta merrni HIV nga një partner që e keni njohur për më shumë se një vit	483	67.74	229	32.26
7. Ju mund të mos e përdorni një kondom me dikë që mund t'u japë dhurata në këmbim të seksit	558	78.37	153	21.63
8. Përdorimi i drogës dhe alkoolit mund të pakësojë aftësinë për të përdorur saktë një kondom	403	56.60	308	43.40
9. Të paturit vetëm një partner seksual mund të pakësojë riskun e marrjes së HIV	489	68.68	222	31.32
10. Ka një vaksinë që ndalon marrjen e HIV	142	19.75	571	80.11
11. Edhe pse nuk kam një kondom, unë do të kryej marrëdhënie seksuale gjithsesi	300	42.08	412	57.92
12. Unë duhet të refuzoj të bëj seks pa kondom	304	42.64	408	57.36

Pa përgjigje: 9 studente per p.1-6,11-12; 10 studente per p.7-9 dhe 8 studente per p.10

Tabela nr. 27: Korrelacioni midis njohurive mbi masat parandaluese dhe variablave socio- demografike te pjesemarresve

Variablat socio-demografike	Nj. aspak te mira		Njohuri te mira		Nj. shume te mira		Totali	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Gjinia	Female	199	28.31	163	23.18	35	4.98	397	56.47
			(50.12)		(41.06)		(8.82)		
	Male	129	18.35	155	22.05	22	3.13	306	43.53
			(42.16)		(50.65)		(7.19)		
Total	328	46.66	318	45.23	57	8.11	703	100.00	

Chi-square p= 0.0401

Variables		Njohuri mbi masat parandaluese							
		Nj. aspak te mira		Njohuri te mira		Nj. shume te mira		Totali	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Dega e studimit	FSHP	115	16.36	139	19.77	31	4.41	28	40.54
			(40.35)		(48.77)		(10.87)		(100.00)
	Fakultete te tjera	213	30.30	179	25.46	26	3.70	418	59.46
			(50.96)		(42.82)		(6.22)		(100.00)
Totali	328	46.66	218	45.23	57	8.11	703	100.00	

Chi-square p= 0.0236

Tabela nr.28: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe eksperiences seksuale te studenteve

Numri/%/% e rreshtit				
Eksperiencia seksuale		Njohurite mbi masat parandaluese		
Shkalla e matjes	Jo aq te mira	Shume të mira	Të mira	Total
JO	125	19	85	229
	17.78	2.70	12.09	32.57
	54.59	8.30	37.12	
PO	203	38	233	474
	28.88	5.41	33.14	67.43
	42.83	8.02	49.16	
Total	328	57	318	703
	46.66	8.11	45.23	100.00

Pa përgjigje = 18
Chi square p= 0.0085

Tabela nr.29: Vleresimi i lidhjes midis njohurive mbi masat parandaluese dhe praktikave seksuale te studenteve

Praktikat seksuale								
Njohuri mbi masat parandaluese								
Shkalla e matjes	Aspak te mira		Te mira		Shume te mira		Totali	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Praktika te sigurta	141	29.75	164	34.60	31	6.54	336	70.89
		(41.96)		(48.81)		(9.23)		
Praktika risikoze	62	13.08	69	14.55	7	1.48	138	29.11
		(44.93)		(50.00)		(5.07)		

Chi-Square p= 0.3113

Tabela nr.30: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale te studenteve

Numri-%				
Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale		Njohurite mbi masat parandaluese		
Shkalla e matjes	Jo aq te mira	Shume të mira	Të mira	Total
Jo aq korrekte	71	0	27	98
%	10.10	0.00	3.84	13.94

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Korrekte	131	17	105	253
%	18.63	2.42	14.94	35.99
Shume Korrekte	126	40	186	352
%	17.92	5.69	26.46	50.07
Total	328	57	318	703
	46.66	8.11	45.23	100.00
Pa përgjigje = 18				
Chi-Square p= <0.0001				

Tabela nr.30.1: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale te studenteve

Njohuria 6.7 Ju mund te mos e perdorni nje kondom me dike qe mund t'u jape dhurata ne kembim te mosperdorimit te tij	Sjellja 5.7 Nje person nuk mund ta marre HIV heren e pare qe ai ben seks					Totali
	Aspak dakort	Dakort	Nuk e di	Nuk jam dakort	Plotesisht dakort	
Aspak Dakort	203	42	70	79	11	405
	28.55	5.91	9.85	11.11	1.55	56.96
Dakort	9	15	16	8	3	51
	1.27	2.11	2.25	1.13	0.42	7.17
Nuk e di	19	10	35	14	1	79
	2.67	1.41	4.92	1.97	0.14	11.11
Nuk jam Dakort	43	18	25	60	6	152
	6.05	2.53	3.52	8.44	0.84	21.38
Plotesisht dakort	5	6	4	7	2	24
	0.70	0.84	0.56	0.98	0.28	3.38
Total	279	91	150	168	23	711
	39.24	12.80	21.10	23.63	3.23	100.00
Chi-Square p= <0.0001						

Tabela nr.30.2: Vleresimi i korelacionit midis njohurive mbi masat parandaluese dhe qendrimeve ndaj sjelljeve seksuale te studenteve

Njohuria 6.11 Edhe pse nuk kam nje kondom,une do te kryej marredhenie seksuale gjithsesi	Sjellja 5.1 Te kryerit e marredhenieve seksuale e ben nje djale ose vajze me popullor.					Totali
	Aspak dakort	Dakort	Nuk e di	Nuk jam dakort	Plotesisht dakort	
Aspak Dakort	87	13	19	30	5	154
	12.22	1.83	2.67	4.21	0.70	21.63
Dakort	62	51	19	69	11	212
	8.71	7.16	2.67	9.69	1.54	29.78
Nuk e di	54	25	27	44	7	157
	7.58	3.51	3.79	6.18	0.98	22.05
Nuk jam Dakort	46	27	13	56	3	145
	6.46	3.79	1.83	7.87	0.42	20.37
Plotesisht dakort	12	10	11	7	4	44
	1.69	1.40	1.54	0.98	0.56	6.18
Total	261	126	89	206	30	712
	36.66	17.70	12.50	28.93	4.21	100.00
Chi-Square p <0.0001						



4.1.6.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË GJASHTË TË PYETËSORIT

Pergjigjet e studenteve te anketuar ne kete seksion treguan se kishte nje perqindje te konsiderueshme prej tyre me *njohuri te pamjaftueshme mbi masat mbrojtese ndaj HIV/AIDS* dhe se ky nivel njohurish ndikonte ne qendrimet ndaj sjelljeve seksuale por cuditerisht jo ne praktikat personale seksuale te ketyre studenteve. Kjo tregon edhe njehere se pavaresisht njohurive dhe qendrimeve studentet ne jeten e tyre manifestojne praktika dhe sjellje te rrezikshme per infektimin me HIV apo semundje te tjera seksualisht te transmetueshme. Ky trend vihet re edhe ne studime te tjera te kryera ne vendin tone (Burazeri G. et al., 2003; Hasanaj.V 2008; Merkuri.L 2013)

Lidhur me *vleresimin e nivelit te njohurive mbi masat parandaluese* shohim rezultatet e tabelave nr.25-26: Studentët janë përgjigjur gabim në lidhje me pyetjet si më poshtë:

70% gabim në lidhje me pyetjen 3 (Kondomi ndërhyr në kënaqësinë seksuale), 58% gabim në lidhje me pyetjen 11 (Edhe pse nuk kam një kondom, unë do të kryej marrëdhënie seksuale gjithsesi), 57% gabim për pyetjen 12 (Unë duhet të refuzoj të bëj seks pa kondom), 51% gabim për pyetjen 4 (Partneri im kundërshton të përdorë kondomin), 45% gabim për pyetjen 5 (Abstenimi është masa më e mirë e mbrojtjes së vetvetes), 43% gabim për pyetjen 8 (Përdorimi i drogës dhe alkoolit mund të pakësojë aftësinë për të përdorur saktë një kondom) dhe 42% gabim për pyetjen (Kondomi nuk është i besueshëm). Keto rezultate tregojne per nje perqindje me te madhe te pergjigjeve te gabuara te studenteve tane krahasuar me studime te tjera te ngjashme te kryer perkatesisht ne Namibi dhe Kolumbi (Twahafifwa Ndahekeleka Tupavali Nghaamwa 2013; Zulma Hernandez 2003). Ne total u verejt se 46.66% e studenteve nuk kishin njohuri te mira mbi masat parandaluese ndaj HIV/AIDS.

Per te vleresuar lidhjen e *njohurive parandaluese me variablat socio-demografike* po marrim ne diskutim, fillimisht lidhjet me sinjifikative. Treguesi Chi-square=0.0401<0.05 tregon per nje ndryshim te rendesishem statistikor midis njohurive mbi *masat parandaluese* tek studentet e *gjinive* te ndryshme (tabela 27). Keshtu, meshkujt kane njohuri me te mira ne krahasim me femrat persa i perket masave parandaluese, 57.84% e meshkujve kane njohuri te mira dhe shume te mira, kurse te femrat kemi 49.88% te tyre qe eshte ne kundërshtim me nje tjetër studim te ngjashem ku femrat kishin njohuri me te mira (Wondemagegn Mulu et al. 2014). Persa i perket ndryshimit ne nivelin e njohurive mbi masat parandaluese tek studentet sipas *deges se studimit*, treguesi Chi-square p=0.0236<0.05 tregon per nje ndryshim te rendesishem statistikor midis ketyre variablave. Studentet e infermierise kane 59.64% njohuri “te mira” dhe “shume te mira” kurse ata te degeve joinfermiore vetem 49.04% qe shkon ne te njejten linje me nje studim te kryer in Mylazia (Namaitijiang Maimaiti et al. 2010). Ne kete rast studentet e infermierise kane njohuri me te mira mbi masat parandaluese dhe vetefikasitetin e tyre ndaj HIV/AIDS.

Persa i perket lidhjes se nivelit te njohurive parandaluese me variablat e tjere socio-demografike, ashtu sikurse ne seksionin e meparshem nuk kishte dallime te rendesishme statistike dhe konkretisht per nivelin e njohurive sipas: grupmoshes (Chi-square p=0.6942>0.05); vendbanimit (Chi-square p =0.7299 >0); nivelit ekonomik (Chi-square p =0.6288>0.05); perkatesise fetare (Chi-square p=0.7083 >0.05); akomodimit (Chi-square p =0.6540>0.05); vitit akademik (Chi-square p =0.3525>0.05). Per te vleresuar sa te krahasueshme jane rezultatet e ketij korelacioni iu referova edhe



studimeve të tjera të ngjashme. Kështu analiza multivariabile e një studimi (Nigatu Regassa et al, 2011) tregoi se *mosha* ishte e lidhur në mënyrë sinjifikante me njohuritë parandaluese që do të thote se njohuritë dhe praktikimi i metodave parandaluese ishin më të mira tek grupmosha 15-19 vjeç krahasuar me grupmoshën 20-24 vjeç, po kështu kishte lidhje të rëndësishme statistikore me *nivelin ekonomik* të të rinjve ku studentët me nivel më të lartë ekonomik kishin njohuri dhe aplikimin gjithashtu metodat parandaluese me shumë dhe më mirë se ata me nivel më të ulët.

Tabela nr.28 tregon lidhjen e nivelit të *njohurive mbi masat parandaluese dhe përvijes seksuale* të pjesëmarrësve. Ka ndryshim të rëndësishëm statistikor në këtë korelacion, kështu *studentët me eksperiencë seksuale (PO) kanë njohuri më të mira për masat parandaluese se ata pa eksperiencë seksuale (JO)*. Kjo duket nga rezultatet: studentët që kanë patur eksperiencë seksuale rezultojnë të jenë 57 % me njohuri “shumë të mira dhe “të mira”. Ata që nuk kanë patur eksperiencë seksuale janë 45% me njohuri “shumë të mira” dhe “të mira”. Këto rezultate janë në të njëjtën linjë me një studim tjetër të ngjashëm, por interesant ishte fakti që edhe pse të rinjtë me eksperiencë seksuale kishin njohuri më të mira parandaluese u vënë re diferenca midis njohurive, kështu ata kishin njohuri më të mira lidhur me përdorimin e kondomit dhe kufizimit të partnerëve, por përgjigje me negative lidhur me abstinencën dhe përdorimin e shiringave të sterilizuara, që tregon edhe njëherë mundësinë e ekspozimit ndaj riskut pavarësisht nivelit të njohurive (Kermyt G. et al, 2007).

Tabela nr.29 tregon lidhjen midis nivelit të *njohurive mbi masat parandaluese dhe praktikave seksuale të studentëve* të anketuar. Treguesi Chi-square $p = 0.3113 > 0.05$ tregon se nuk ka ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis studentëve me praktikë të ndryshme seksuale dhe njohuritë të tyre mbi masat parandaluese. Studentët me praktikë “të sigurta” seksuale janë rreth 58% me njohuri “të mira” dhe “shumë të mira” dhe ata me praktikë “risikoze” janë 55% me njohuri “të mira” dhe “shumë të mira”. Pra, *niveli i njohurive mbi masat parandaluese nuk ka ndikuar në mënyrë sinjifikative në praktikën seksuale* që është në kundërshtim me studimin e Thanavanh. B et al. 2013 që gjeti se niveli i njohurive kontribuonte në mënyrë sinjifikative mbi praktikën seksuale të studentëve.

Përsa i përket korelacionit midis *njohurive të studentëve mbi masat parandaluese dhe qëndrimeve të tyre ndaj sjelljeve seksuale* vërehet se ka një lidhje të fortë midis tyre me ndryshim të rëndësishëm statistikor (**tabela nr.30**). Kështu studentët me qëndrime “jo aq korrekte” (13.94%), kanë në një përqindje të lartë, njohuri “jo aq të mira” (10.1%). Ndërsa studentët me qëndrime “shumë korrekte” (50%) rreth 32% e tyre kishin njohuri “të mira” dhe “shumë të mira”. Kjo gjë tregon se *niveli i njohurive mbi masat parandaluese ndaj HIV/AIDS ndikon në qëndrimet e studentëve ndaj sjelljeve seksuale*. Treguesi (Chi-Square $p < 0.0001 < 0.05$) tregon se ky ndryshim nuk është rastësor. Studentët me njohuri “të mira” mbi masat parandaluese ndaj HIV mbajnë qëndrime “të favorshme” ndaj sjelljeve seksuale dhe anasjelltas, gjetje kjo që është në përputhshmeri me studime të tjera të ngjashme (Wondemagegn Mulu et al.2014; Sophie Degroote et al, 2014).

Tabela nr 30.1 dhe **30.2** konfirmon konkretisht gjetjen e mesipërme. Treguesi Chi-Square $p = < 0.0001$ i lidhjes midis variablave të njohurive mbi masat parandaluese të HIV/AIDS nëpërmjet pyetjes “Ju mund të mos e përdorni një kondom me dike që mund t’ju japë dhuratë në këmbe të mos përdorimit të tij” dhe qëndrimin ndaj sjelljes seksuale “Një person nuk mund ta marrë HIV herën e parë që ai bën seks” tregon për një ndryshim të rëndësishëm statistikor. Nga 78% e studentëve (557 studente) që i janë përgjigjur “sakte” pyetjes mbi njohuritë, 69% e tyre (385 studente) mendojnë se një person mund ta marrë HIV herën e parë që kryen seks. Ndërsa nga studentët që janë



pergjigjur “gabim” njohurise (ose jane pergjigjur ”nuk e di”) qe jane 22% e totalit (154 studente), rreth 40% e tyre (62 studente) jane pergjigjur “sakte” per kete sjellje seksuale dhe 60% e tyre “gabim”. Ne **tabelen 30.2** nga 299 studentet qe i jane pergjigjur “sakte” pyetjes se njohurive mbi HIV, vetem 27% e tyre ose 80 studente mendojne se te kryerit e marrredhenieve seksuale e ben nje djale ose vajze me popullor, kurse persa i perket pjeses tjeter te studenteve qe jane pergjigjur “gabim” njohurise mbi HIV (gjithsej 413 studente) rreth 40% e tyre, ose 165 studente, mendojne ne kete menyre. Domethene, *se studentet me njohuri te pamjaftueshme mbi masat parandaluese, mbajne qendrime te pafavorshme ndaj sjelljeve seksuale, ndersa ata me njohuri te mira mbajne qendrime te favorshme.* **Tabela 30.2** tregon gjithashtu se studentet per tu bere me te famshem priren te kryejne marrredhenie seksuale madje edhe pa mjete mbrojtese gje qe i ekspozon ata nga risku i infektimit me HIV, gje qe shkon *ne te njejten linje* me nje studim te kryer nga Zulma Hernandez, 2003 por edhe me te gjitha studimet e tjera te paraqitura ne seksionin e referencave qe flasin per praktikat dhe sjelljet e rrezikshme seksuale tek te rinjte.

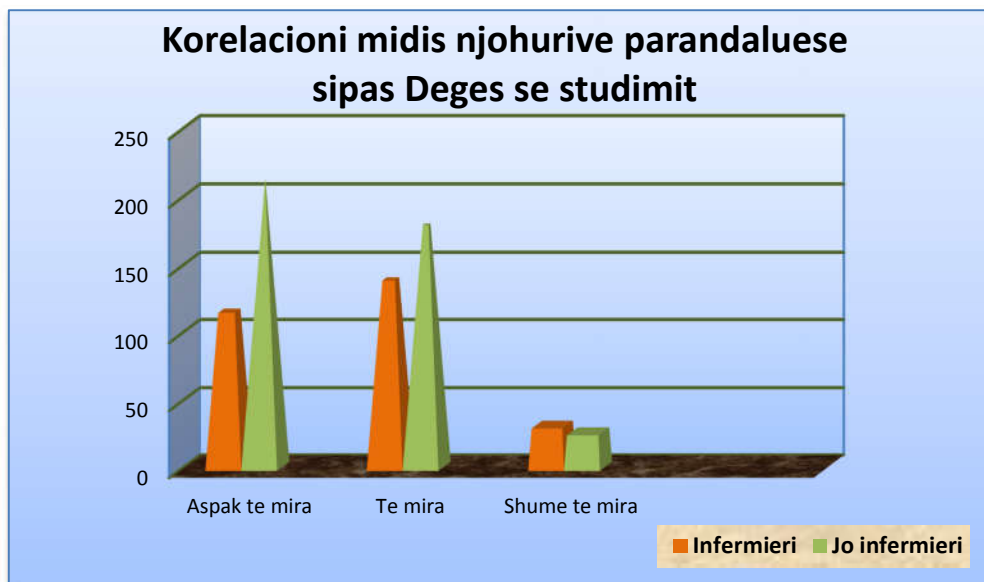
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:

Grafiku nr.18:Vleresimi i njohurive parandaluese mbi HIV/AIDS sipas gjinise

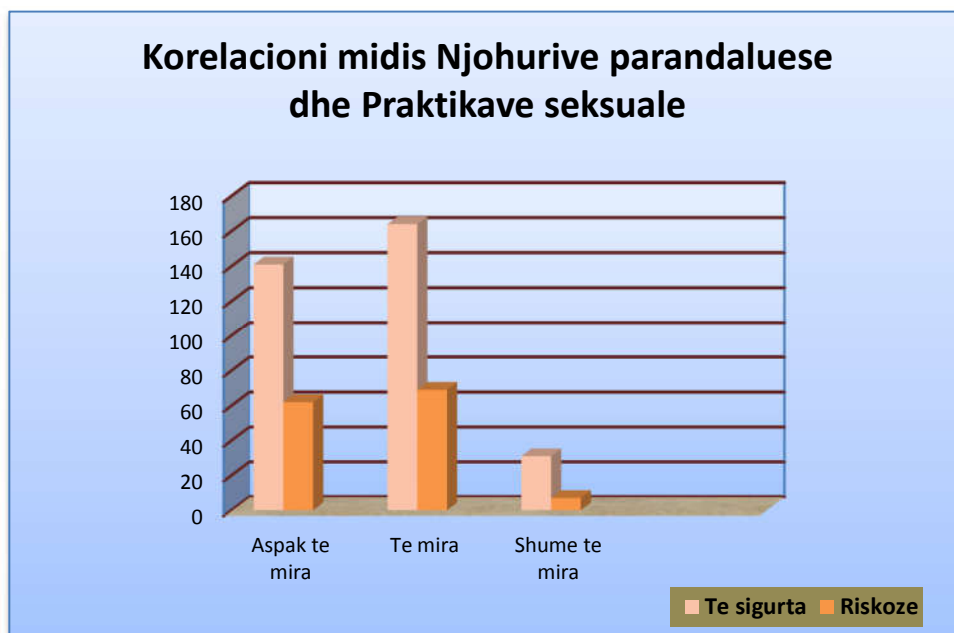




Grafiku nr.19: Vleresimi i njohurive parandaluese mbi HIV/AIDS sipas deges se studimit



Grafiku nr.20: Vleresimi i korelacionit njohuri parandaluese-praktika seksuale





4.1.7 Vlerësimi i perceptimit të barrierave dhe besimet ndaj shëndetit lidhur me HIV/AIDS sipas Seksionit të Shtatë të pyetësorit

Ne kete seksion vleresohen disa besime ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS dhe sesi studentet e UV i perceptojne barrierat qe mund te behen shkak per mundesine e infektimit me HIV, si shmangia e kryerjes se testit per HIV, ndjenja e fyerjes nese partneri sugjeron kondomin per parandalimin e HIV-it, besimi se mund te behesh imun ndaj infeksionit HIV nese kryen marrredhenie seksuale shume here gjate jetes, besimi se HIV eshte ndeshkim nga zoti per sjellje imorale etj

Vlerësimi i perceptimit te barrierave dhe besimeve ndaj shendetit te studentët është bërë duke hartuar 10 pyetje në seksionin 7 të pyetesorit dhe vlerësimin me 1 pikë të cdo përgjigjeje të saktë. Klasifikimi i perceptimeve bëhet në këto nivele:

- 8-10 pike - Perceptim shumë i mirë (i sakte)
- 5-7 pike - Perceptim i mirë (mesatarisht i sakte)
- 0-4 pike - Perceptim jo aq i mirë (i gabuar)

Tabela nr.31: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas perceptimit te barrierave lidhur me HIV/AIDS

Pergjigjia	Numri i pyetjes									
	P. 1		P. 2		P. 3		P. 4		P. 5	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	269	37.94	387	54.58	274	38.65	340	48.02	447	63.14
Nuk jam dakord	217	30.61	170	23.98	201	28.35	183	25.85	181	25.56
Dakord	55	7.76	41	5.78	90	12.69	55	7.77	15	2.12
Plotesisht dakord	11	1.55	26	3.67	28	3.95	34	4.80	7	0.99
Nuk e di	157	22.14	85	11.99	116	16.36	96	13.56	58	8.19
E paplotesuar	12		12		12		13		13	
Total	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Pergjigjia	Numri i pyetjes									
	P. 6		P. 7		P. 8		P. 9		P. 10	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	202	28.53	288	40.62	321	45.40	263	37.09	336	47.46
Nuk jam dakord	175	24.72	203	28.63	121	17.11	179	25.25	183	25.85
Dakord	146	20.62	86	12.13	82	11.60	117	16.50	56	7.91
Plotesisht dakord	32	4.52	27	3.81	41	5.80	32	4.51	34	4.80
Nuk e di	153	21.61	105	14.81	142	20.08	118	16.64	99	13.98
E paplotesuar	13		12		14		12		13	
Total	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00



Tabela nr.32: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve

Perceptimet i barrierave dhe besimet ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS	Pergjigje e sakte		Pergjigje e gabuar	
	Nr.	%	Nr.	%
1. Të bërit sex një herë në javë mund të zvogëloje riskun e infektimit me HIV	486	68.45	223	31.41
2. Njerezit e fesë (te kishës, xhamisë) nuk mund ta marrin HIV	558	78.69	151	21.41
3. Nje person duhet te shqetesohet rreth HIV/AIDS vetem nese ai/ajo fillon te semuret	476	67.04	233	32.96
4. Une nuk do te mund te shkoja ne nje klinike te testohesha per HIV sepse cdo njeri do te dinte statusin tim	524	73.91	184	26.09
5. Une besoj se HIV eshte nje ndeshkim nga Zoti per sjellje imorale	629	88.72	79	11.28
6. Nje person i infektuar me HIV mund të identifikohet nga pamja e tij/e saj e dobët, e hollë	379	53.45	329	46.54
7. Gjatë aktit seksual, do te fyhesha nëse partneri do të sugjeronte kondomin per parandalimin e HIV	218 30.70		492	69.29
8. Një person që ka patur marrëdhënie seksuale shumë herë në jeten e tij/saj bëhet imun ndaj infeksionit të HIV-it	442	62.57	265	37.43
9. Shancet e marrjes së HIV nuk do të më ndalonin për të kryer marrëdhënie seksuale	442	62.29	267	37.61
10. Nëse do të kisha marrëdhënie seksuale, do të më vinte turp ti kerkoja partnerit qe te testoheshim për HIV/AIDS	520	73.34	188	26.66

Pa pergjigje: 12 studente per p. 1-3, p.7,p.9; 13 studente per p.4-6, p.10; 14 studente per p.8

Tabela nr.33: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe variablave socio-demografike

Variablat	Perceptimi i barrierave				
	Grupmosha	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
mbi 28		1	2	8	11
%		0.14	0.28	1.13	1.55
% e rreshtit		9.09	18.18	72.73	
18 - 20		114	99	176	389
%		16.08	13.96	24.82	54.87
% e rreshtit		29.31	25.45	45.24	
21-24		77	63	153	293
%		10.86	8.89	21.58	41.33
% e rreshtit		26.28	21.50	52.22	
25-28		2	6	8	16
%		0.28	0.85	1.13	2.26
% e rreshtit		12.50	37.50	50.00	
Total		194	170	345	709
		27.36	23.98	48.66	100.00
Chi-Square	p= 0.1862				
Variablat	Perceptimi i barrierave				
	Gjinia	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Femer		111	91	198	400
%		15.66	12.83	27.93	56.42
% e rreshtit		27.75	22.75	49.50	
Mashkull		83	79	147	309
%		11.71	11.14	20.73	43.58
% e rreshtit		26.86	25.57	47.57	
Total		194	170	345	709
		27.36	23.98	48.66	100.00
Chi square	p=0.6838				

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Variablat		Perceptimi i barrierave		
Vendbanimi	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Fshat	70	59	110	239
%	9.87	8.32	15.51	33.71
% e rreshtit	29.29	24.69	46.03	
Qytet	124	111	235	470
%	17.49	15.66	33.15	66.29
% e rreshtit	26.38	23.62	50.00	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.5831

Variablat		Perceptimi i barrierave		
Gjendja ekonomike	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
E dobet	11	14	18	43
%	1.55	1.97	2.54	6.06
% e rreshtit	25.58	32.56	41.86	
Mesatare	171	143	309	623
%	24.12	20.17	43.58	87.87
% e rreshtit	27.45	22.95	49.60	
Shume e mire	12	13	18	43
%	1.69	1.83	2.54	6.06
% e rreshtit	27.91	30.23	41.86	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.5120

Tabela nr.33.1: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe besimet e shendetit lidhur me HIV/AIDS dhe variablate socio-demografike

Variablat		Perceptimi i barrierave		
Besimi fetar	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Ateist	1	1	3	5
	0.14	0.14	0.42	0.71
	20.00	20.00	60.00	
Katolik	15	11	23	49
	2.12	1.55	3.24	6.91
	30.61	22.45	46.94	
Mysliman	156	144	267	567
	22.00	20.31	37.66	79.97
	27.51	25.40	47.09	
Ortodokse	22	14	52	88
	3.10	1.97	7.33	12.41
	25.00	15.91	59.09	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.4419

Variablat		Perceptimi i barrierave		
Gjendja civile	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Bashkëjetues	16	8	39	63
	2.26	1.13	5.50	8.89
	25.40	12.70	61.90	
Beqar	169	147	272	588
	23.84	20.73	38.36	82.93
	28.74	25.00	46.26	
I martuar	8	15	29	52
	1.13	2.12	4.09	7.33
	15.38	28.85	55.77	
I/e divorcuar	1	0	5	6
	0.14	0.00	0.71	0.85
	16.67	0.00	83.33	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.0294

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Variablat				
Perceptimi i barrierave				
Akomodimi	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Me familjen	92	92	185	369
	13.01	13.01	26.17	52.19
	24.93	24.93	50.14	
Me miq me qera	76	48	128	252
	10.75	6.79	18.10	35.64
	30.16	19.05	50.79	
Ne konvikt	18	22	17	57
	2.55	3.11	2.40	8.06
	31.58	38.60	29.82	
Vetem me qera	6	8	15	29
	0.85	1.13	2.12	4.10
	20.69	27.59	51.72	
Total	192	170	345	707
	27.16	24.05	48.80	100.00

Chi square p= 0.0213

Tabela nr.33.2: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit të barrierave dhe variablave socio-demografike

Nr./%/ e rreshtit				
Variablat				
Perceptimi i barrierave				
Dega e studimit	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
FSHP	83	54	148	285
	11.71	7.62	20.87	40.20
	29.12	18.95	51.93	
Fakultete te tjera	111	116	196	423
	15.66	16.36	27.64	59.66
	26.24	27.42	46.34	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.1004

Variablat				
Perceptimi i barrierave				
Viti akademik	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
I	73	70	87	230
	10.30	9.87	12.27	32.44
	31.74	30.43	37.83	
II	63	49	138	250
	8.89	6.91	19.46	35.26
	25.20	19.60	55.20	
III	58	51	120	229
	8.18	7.19	16.93	32.30
	25.33	22.27	52.40	
Total	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Chi square p= 0.0019



Tabela nr.34: Vleresimi i perceptimit te barrierave / besimet ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS tek studentet me eksperience te ndryshme seksuale

Numri/%/% e rreshtit				
Variablat	Perceptimi i barrierave			
Keni kryer marrredhenie seksuale?	I mirë	Jo aq i mirë	Sh. i mirë	Totali
Jo	65	65	102	232
	9.17	9.17	14.39	32.72
	28.02	28.02	43.97	
Po	129	105	243	477
	18.19	14.81	34.27	67.28
	27.04	22.01	50.94	
Totali	194	170	345	709
	27.36	23.98	48.66	100.00

Pa përgjigje = 12
Chi square p= 0.1379

Tabela nr.35: Vleresimi i lidhjes midis perceptimit te barrierave dhe praktikave seksuale te studenteve

Numri/%/% e rreshtit				
Variablat	Perceptimi i barrierave			
Praktikat seksuale	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Totali
Praktika te sigurta	94	68	176	338
	19.71	14.26	36.90	70.86
	27.81	20.12	52.07	
Praktika risikoze	35	37	67	139
	7.34	7.76	14.05	29.14
	25.18	26.62	48.20	
Totali	129	105	243	477
	27.04	22.01	50.94	100.00

Chi-Square p = 0.2964

Tabela nr.35.1: Vleresimi i lidhjes midis perceptimit te barrierave dhe praktikave seksuale te studenteve

Praktika 2.2: “Gjate jetes suaj me sa partnere keni kryer marrredhenie seksuale?”	Perceptimi 7.5: “Une besoj se HIV eshte ndeshkim nga zoti per sjellje imorale”		
	Përgjigje e sakte (Nuk jam dakort/aspakdakort)	Përgjigje e gabuar (D+Plotsisht D+nuk e di)	Totali
	1 partner	216	21
	51.30	4.99	56.29
2 partnere	58	12	70
	13.78	2.85	16.63
Mbi 2 partnere	100	14	114
	23.75	3.33	27.08
Totali	374	47	421
	88.83	11.17	100.00

Chi Square p= 0.0072



Tabela nr.36: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe qendrimit te studenteve ndaj sjelljeve seksuale				
Numer/%				
Variablat	Perceptimi i barrierave			
Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale	I mirë	Jo aq i mirë	Shumë i mirë	Total
Jo aq korrekte	30	55	20	105
	4.26	7.81	2.84	14.91
Korrekte	73	71	107	251
	10.37	10.09	15.20	35.65
Shume Korrekte	91	41	216	348
	12.93	5.82	30.68	49.43
Total	194	167	343	704
	27.56	23.72	48.72	100.00
Pa pergjigje =17				
Chi-Square p <0.0001				

Tabela nr.36.1: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe qendrimit te studenteve ndaj sjelljeve seksuale						
Perceptimi 7.1: “Te berit seks nje here ne jave mund te zvogeloje riskun e infektimit me HIV”	Qendrimi 5.9: “Nje person nuk mund ta marre HIV duke bere seks te pambrojtur me nje person me te ri se ai/ajo”					Totali
	Aspak dakort	Dakort	Nuk e di	Nuk jam dakort	Plotesisht dakort	
Aspak Dakort	182	19	25	36	5	267
	25.85	2.70	3.55	5.11	0.71	37.93
Dakort	23	6	7	17	1	54
	3.27	0.85	0.99	2.41	0.14	7.67
Nuk e di	51	5	49	47	4	156
	7.24	0.71	6.96	6.68	0.57	22.16
Nuk jam Dakort	80	13	28	89	6	216
	11.36	1.85	3.98	12.64	0.85	30.68
Plotesisht dakort	6	1	4	0	0	11
	0.85	0.14	0.57	0.00	0.00	1.56
Total	342	44	113	189	16	704
	48.58	6.25	16.05	26.85	2.27	100.00
Chi-Square p<0.0001						

Tabela nr.37: Vleresimi i korelacionit midis perceptimit te barrierave dhe njohurive mbi masat parandaluese			
Njohuria 6.1: “Duke perdorur kondomin gjate seksit mund te zvogelohet risku i marrjes se HIV”	Perceptimi 7.7: “Gjatë aktit seksual, do te fyhesha nëse partneri do të sugjeronte kondomin per parandalimin e HIV”		
	Pergjigje e sakte	Pergjigje e gabuar	Totali
Pergjigje e sakte	408	142	550
	58.04	20.20	78.24
Pergjigje e gabuar	80	73	153
	11.38	10.38	21.76
Total	488	215	703
	69.42	30.58	100.00
Chi Square p< 0.0001			



4.1.7.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË SHTATË TË PYETËSORIT

Vleresimi i perceptimit të barrierave dhe besimit ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS në këtë seksion, bazuar mbi përgjigjet e studentëve të anketuar, treguan një rezultat të kenaqshëm. Shumica e studentëve kishin perceptime të mira por kur u analizua lidhja midis këtyre perceptimeve dhe sjelljeve seksuale të studentëve u vu re se studentët me qendrime korrekte ndaj sjelljeve seksuale kishin perceptime më të mira dhe anasjelltas.

Per të vlerësuar *perceptimet e barrierave dhe besimet ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS tek studentët e anketuar të UV* shohim rezultatet e tabelave nr.31-32. Studentët janë përgjigjur gabim në pyetjet që vijojnë: 69% e studentëve janë shprehur gabim për pyetjen 7 (Do të ndiheshin të fyer nëse partneri do të kerkonte përdorimin e kondomit.), gjithashtu 47% e studentëve janë përgjigjur gabim për pyetjen 6 (Një i sëmure me HIV dallohet nga pamja e tij e hollë, e dobët), 38% respektivisht për pyetjet 8 dhe 9 (Një person që ka patur marrëdhënie seksuale shumë herë në jetën e tij bëhet imun ndaj infeksionit të HIV dhe Shanset e marrjes së HIV nuk do të me ndalonin të kryejë marrëdhënie seksuale) dhe 33% për pyetjen 3 (Një person duhet të shqetësohet rreth HIV/AIDS vetëm nëse ai/ajo sëmuret). Në vlerësimin e këtyre rezultateve duket interesant fakti se përqindja më e lartë e përgjigjeve gabim të studentëve të anketuar u gjet në pohimin që kishte të bënte me *ndjenjen e fyerjes* së njerit partner kur tjetri i kerkon përdorimin e kondomit gjatë marrëdhënies seksuale. Kjo ndjenje është vlerësuar në literaturë si një komponent i *perceptimit të barrierave* bazuar në Modelin e Besimit të Shendetit për HIV/AIDS dhe që konsiderohet si *një nga faktorët që ndikon në përdorimin e kondomit* (J.Catalan, L. Sherr et al.1997; Lollis, C.M., et al.1997). Një studim i kryer nga K.Peltzer 2000 që vlerëson faktorët që ndikonin në përdorimin e kondomit tek studentët universitarë në Afrikën e Jugut gjeti se *perceptimi i barrierave shoqërohej statistikisht me reduktimin e përdorimit të kondomit tek studentët*. Sipas rezultateve të studimit të tij fyerja e partnerit kur i kerkohej përdorimi i kondomit ishte vlerësuar me një normë $M=2.66$ (high mean rates sipas Health Belief Scale) krahasuar me komponentet e tjera të Modelit të Besimit (nga 4.8 për perceptimin e riskut, 4.8 perceptimin e përfitimeve, 3.4 perceptimin e ndjeshmerisë dhe 3.0 perceptimi i barrierave sipas rradhës së rëndësise). Gjithashtu, edhe në këtë seksion vihet re prirja e të rinjve për të kryer marrëdhënie seksuale pavaresisht riskut të infektimit me HIV duke pretenduar se ata duhet të shqetësohen për këtë infeksion kur ka shenja klinike ose kur semuren gjë që tregon jo vetëm për një perceptim të gabuar që mund të përfshijë ata në sjellje të rrezikshme por edhe për pamjaftueshmëri të njohurive që rrëzojnë nevojën për aktivitete informuese, ndergjegjesuese dhe parandaluese të vazhdueshme.

Megjithatë, duke iu rikthyer rezultateve të studimit tone, në total gati 76% e studentëve kanë perceptime “të mira+shumë të mira” dhe 24% perceptime “jo aq të mira” lidhur me barrierat dhe besimet ndaj riskut të infektimit me HIV, rezultate këto të kenaqshme dhe të krahasueshme me studime të tjera (Twahafifwa N.2013)

Tabelat nr.33-33.1-33.2 tregojnë për lidhjen midis *perceptimit të barrierave* dhe *faktoreve socio-demografike*:

Me *ndryshim të rëndësishëm statistikor* u vlerësua lidhja *perceptim-gjendja civile* e studentëve (Chi square $p=0.0294 > 0.05$). Me *perceptim më të mirë kanë rezultuar studentët me status civil i/e divorcuar* të cilët kanë pothuaj 100% perceptim “të mirë” dhe “shumë të mirë” ndaj barrierave dhe besimeve në lidhje me HIV/AIDS. Pas tyre



janë *bashkëjetuesit* që kanë rreth 87% perceptim “të mire” dhe “shumë të mirë” ndaj barrierave. Me *perceptim më të gabuar janë beqarët dhe në fund të martuarit*. Ky perfundim është në përputhje me disa studime. Kështu në një studim të kryer nga N. N. Sarkar në Indi thuhet se “...Konceptet socio-kulturore dhe besimet rreth sjelljes seksuale shërbejnë si barriera ose influencojnë përdorimin e kondomit në marrëdhënien martesore ose çiftet e martuara në Indi, ndërsa në vende të tjera si Brazil, Afrikë, Meksikë frika se përdorimi i kondomit tregon mungesë besnikërie shërben si barriera e mospërdorimit të tij tek çiftet e martuara...”. Këto shpjegojnë edhe faktin që çiftet e martuara kanë një perceptim më të gabuar ndaj barrierave.

Ka *ndryshim të rëndësishëm* midis studentëve me *akomodim* të ndryshëm përsa i përket perceptimit të barrierave (Chi square $p=0.0213 < 0.05$). Kështu studentët që kanë *perceptim më të mirë ndaj barrierave rezultojnë ata që banojnë me miq me qera*, të cilët kanë rreth 81% perceptim “të mire” dhe “shumë të mire” ndaj barrierave dhe *më pak rezultojnë studentët me banim në konvikt*, me 61% perceptim “të mire” dhe “shumë të mire”.

Ka *ndryshim të rëndësishëm* midis studentëve në *vite të ndryshme akademike* përsa i përket perceptimit të barrierave dhe besimeve ndaj shëndetit në lidhje me infeksionin HIV (Chi square $p = 0.0019 < 0.05$). Kështu studentët që kanë *perceptim më të mirë ndaj barrierave rezultojnë ata të vitit të dytë* të cilët kanë rreth 81% perceptim “të mire” dhe “shumë të mire” për barrierat dhe besimet në lidhje me HIV/AIDS, më pas viti III me 78% dhe *më pak rezultojnë studentet e vitit të parë* me 69% perceptim “të mire” dhe “shumë të mire”.

Nuk ka *ndryshim të rëndësishëm* përsa i përket perceptimit të barrierave tek studentet sipas *grupmoshes* (Chi-Square $p = 0.6838 > 0.05$), *gjinisë* (Chi-Square $p = 0.6838 > 0.05$), *vendbanimit* (Chi-Square $p = 0.5831 > 0.05$), po ashtu *gjendjes ekonomike* (Chi-Square $p = 0.5120 > 0.05$), *perkatesise fetare* (Chi-Square $p = 0.4419 > 0.05$), *degës së studimit* (Chi-Square $p = 0.1004 > 0.05$). Në një studim të kryer nga Peltzer.K në një universitet të Afrikës së Jugut u gjet se kishte ndryshim të rëndësishëm të perceptimit të barrierave me grupmoshën dhe vitin akademik. Me *rritjen e moshës* perceptimet ishin më të mira që është *në kundërshtim* me studimin tone, ndërsa në lidhje me *vitin akademik* rezultatet janë *në të njëjtën linjë*. Studime të tjera tregojnë ndryshim të rëndësishëm të perceptimit të barrierave sipas *gjinisë* (N. N. Sarkar 2008), që është *në kundërshtim* me studimin tone, ku meshkujt tregojnë perceptime më të gabuara që lidhet sipas studimit të lartpërmendur me dimensionin social të seksualitetit mashkullor, kenaqësi, erotizmit dhe aspektit emocional. Sipas të njëjtit studim *feja, niveli ekonomik (nivel i ulët ekonomik sidomos tek femrat) dhe vendbanimi (zonat rurale)* influencojnë në perceptimin e barrierave që është *në kundërshtim* me studimin tone.

Tabela nr.34 tregon se besimet ndaj shëndetit dhe perceptimi i barrierave nuk varen nga fakti nëse studentet kishin kryer apo jo marrëdhënie seksuale. Pra, *nuk ka ndryshim të rëndësishëm* midis studentëve me *eksperiencë të ndryshme seksuale* përsa i përket *perceptimit të barrierave* në lidhje me HIV/AIDS (Chi square $p=0.1379 > 0.05$). Kjo është *në kundërshtim* me një studim që përfshiu studentet universitare në Filipine, Peru dhe El Salvador i kryer nga Osorio A. et al, 2015 që tregoi se kishte ndryshim të rëndësishëm statistikor midis variablave të mesiperme. Studentet me eksperiencë seksuale kishin perceptime më të mira lidhur me barrierat dhe besimet vecanerisht ato që lidhen me përdorimin e kondomit gjatë seksit i quajtur si “besimi i seksit të sigurt”.

Tabela nr.35 vlerëson korelacionin midis *perceptimit të barrierave dhe praktikave seksuale të studenteve*. Chi-Square $p=0.2964 < 0.05$ tregon se ka *ndryshim të rëndësishëm statistikor* midis variablave të lartpërmendura. Kështu, nga studentet që kanë perceptim “shumë të mirë” të barrierave (gjithsej 243), 176 ose 72% e tyre, janë



studente me praktika seksuale “te sigurta” dhe 67 ose 28% , me praktika “risikoze”. Po kështu, nga studentet me perceptim “Jo aq te mire” (gjithsej 105), 68 ose 65% e tyre, jane studentet me praktika “te sigurta” kurse pjesa tjeter 35% me praktika “risikoze”. Pra, *studentet me praktika te sigurta seksuale, kane perceptim me te mire te barrierave dhe besimeve ndaj shendetit ne lidhje me infeksionin HIV se studentet me praktika risikoze.* Kjo gje konfirmohet konkretisht ne **tabelen nr.35.1** ne te cilen vleresohet lidhja midis praktikës seksuale 2.2 dhe perceptimit 7.5. Chi-Square $p = 0.0072 < 0.05$ tregon se ka *ndryshim te rendesishem statistikor* midis perceptimit te besimit se “HIV eshte ndeshkim nga zoti per sjellje imorale” tek studentet me numer te ndryshem partneresh seksuale. Kështu, numri me i madh i studenteve me pergjigje te sakta mbi perceptimin (gjithsej 374) perbehet nga studentet me 1 partner seksual gjate jetes se tyre (216 studente ose 58% e tyre). Gjithashtu pergjigjet e sakta jane dhjete fishi i atyre te pasakta ne lidhje me perceptimin. Studentet me “mbi 2 partnere“ vijne te dytet (gjithsej 100) dhe me pergjigje te sakta sa 7 fishi i atyre te pasakta dhe më pas ata me shumë se dy partnerë. Korelacioni midis *praktikave* dhe *barrierave* eshte vleresuar edhe ne nje studim te kryer nga Eléazar Ndabaroraa et al. ne vitin 2014 ne nje universitet te Afrikes se Jugut bazuar ne Modelin e Besimit te Shendetit i cili gjeti *rezultat te kundert* me studimin tone ku studentet edhe pse kishin perceptim te mire te barrierave manifestonin praktika risikoze.

Ne **tabelen nr.36** shohim se ka *ndryshim te rendesishem statistikor* me nje lidhje te forte midis *perceptimit te studenteve ndaj barrierave / besimeve te shendetit ne lidhje me infeksionin HIV* dhe *qendrimet e tyre ndaj sjelljeve seksuale*. Kështu, tek studentet me qendrimet “jo aq korrekte” (14.91%), perqindjen me te larte e zene studentet me perceptime “jo aq te mira” (7.81%). Gjithashtu tek studentet me qendrimet “shume korrekte” (49.43%) rreth 31% e zene studentet me perceptime “shume te mira” ndersa 13% ata me perceptime “te mira” ndaj barrierave dhe besimeve. Kjo gje tregon se *niveli i perceptimit te barrierave ndikon ne qendrimet e studenteve ndaj sjelljeve seksuale. Studentet me perceptime te gabuara mbajne qendrimet te pafavorshme ne lidhje me sjelljet seksuale dhe anasjelltas.* Treguesi (Chi-Square $P < 0.0001 < 0.05$) tregon se ky ndryshim nuk eshte rastesor.

Tabela nr.36.1 konfirmon gjetjen e mesiperme. Treguesi Chi-Square $p < 0.0001 < 0.05$, tregon se ka *dallim te rendesishem statistikor* midis studenteve me perceptim te ndryshem mbi besimin se “Te berit seks nje here ne jave mund te zvogeloje riskun e infektimit me HIV ” dhe qendrimet ndaj sjelljes seksuale “Nje person nuk mund ta marre HIV duke bere seks te pambrojtur me nje person më të ri se ai/ajo”. Nga 483 studente qe i jane pergjigjur “sakte” pyetjes mbi perceptimin, 80% e tyre (387 studente) mendojne se HIV mund te merret nga marrëdhënia me një person më të ri se vetja. Ndersa nga 65 studentet qe jane pergjigjur “gabim” (dakort+plotesisht dakort) per perceptimin rreth 70% e tyre (46 studente) jane pergjigjur se HIV mund te merret nga marrëdhënia me një person më të ri se vetja.

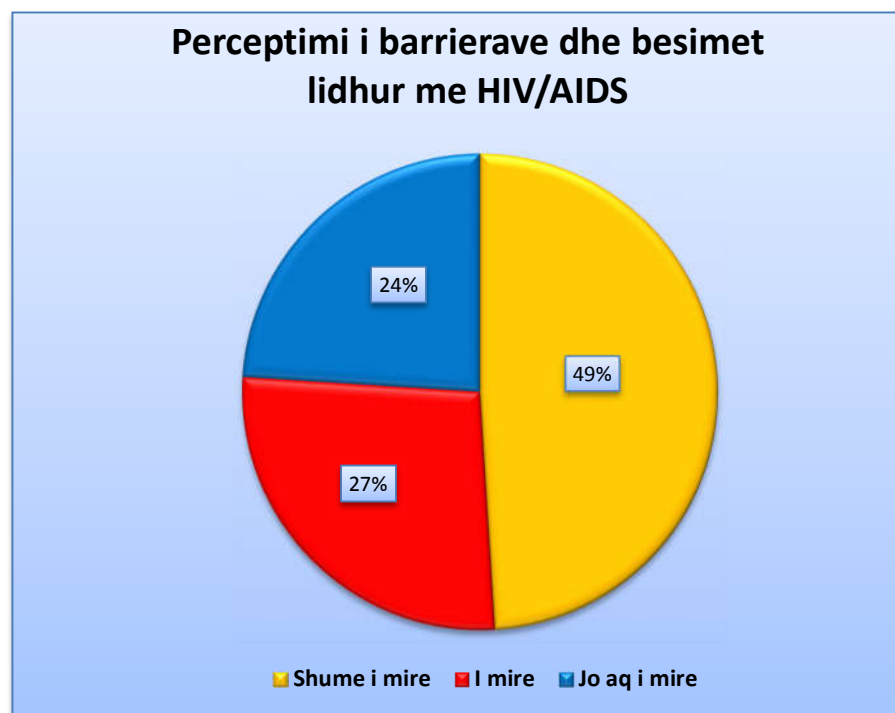
Per te vleresuar sesi ndikojne *njohurit mbi masat parandaluese ne perceptimin e barrierave dhe besimeve te shendetit lidhur me infeksionin HIV/AIDS* analizuam lidhjen midis pohimit 1 tek seksioni i njohurive me pohimin 7 tek seksioni i perceptimeve (**Tabela nr.37**). Chi-Square $p < 0.0001 < 0.05$ tregon per *ndryshime statistikisht te rendesishme* midis nivelit te njohurive mbi masat parandaluese, njohuria 6.1” Duke përdorur kondomin gjate seksit mund të zvogelohet risku i marrjes se HIV “ dhe perceptimit 7.7”Gjatë aktit seksual, do te fyhesha nëse partneri do të sugjeronte kondomin per parandalimin e HIV”. Kështu, studentet me njohuri te sakta (ata qe jane pergjigjur “Dakord” dhe “Plotesisht dakord” pyetjes mbi njohurine) dhe qe jane 550 studente ose 78.24% e numrit total, 142 studente (ose 26% e tyre) shprehen se mund



te ndiheshin te ofenduar nese partneri sugjeron perdorimin e kondomit per parandalimin e HIV. Kurse, nga studentet qe jane pegjigjur “gabim” mbi njohurine e dhene (153 studente) rreth 48% e tyre jane shprehur se do te ofendoheshin nga sugjerimi i partnerit per perdorimin e kondomit. Nga kjo lidhje del se *studentet me njohuri te pamjaftueshme rreth masave parandaluese ndaj infeksionit HIV kane perceptime te gabuara ndaj barrierave dhe anasjelltas*. Kjo shkon ne te njejten linje me studime te tjera te ngjashme. Keshtu, sipas Peltzer 2000 i cituar ne nje studim te kryer nga Gert Van Rooy et al,2014 tek studentet e Universitetit te Namibise thuhet “...Studimet mbi efikasitetin e Modelit te Besimit te Shendetit (HBM) e lidhur me sjelljet parandaluese ndaj HIV tregojne se *perceptimi i riskut, perceptimi i perfitimeve dhe perceptimi i barrierave jane parashikues të mirë të sjelljeve parandaluese të HIV-it...*” Kjo shpjegon perfundimet e mesiperme qe studentet me perceptim te mire (te sakte) te barrierave mbajne qendrimet te favorshme dhe manifestojne sjellje korrekte parandaluese ndaj infektimit me HIV.

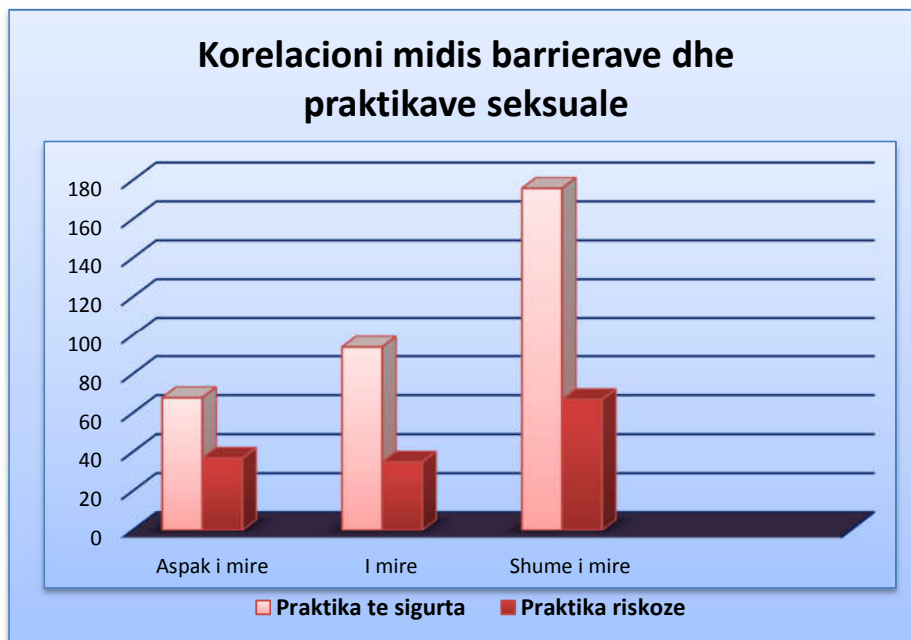
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:

Grafiku nr.21: Vleresimi i perceptimit te barrierave dhe besimet e shendetit lidhur me HIV/AIDS





Grafiku nr.22: Vleresimi i korelacionit midis barrierave dhe praktikave seksuale qe studentet e UV manifestojne



4.1.8 Qendrimet e studentëve të anketuar për personat që jetojnë me HIV/AIDS sipas Seksionit të Tetë të pyetësorit

Ne kete seksion vleresohet *qendrimi stigmatizues* i studenteve te anketuar ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS. Konkretisht vleresohet nese studentet e anketuar mund te jene miq me personat qe jetojne me HIV, a mund t'i trajtojne njelloj si te tjeret, a mund te luajne ose te punojne me ta, nese mund te kujdesen per personat me HIV, nese mund te lahen ne te njejten pishine apo te flene ne te njejtin krevat etj

Këto qendrimet janë vlerësuar duke u nisur nga 12 pyetje në seksionin 8 të pyetësorit. Cdo përgjigje e saktë është vlerësuar me 1 pikë dhe kemi bërë këtë klasifikim vlerësimi:

- 10-12 pike - Qendrimet shumë korrekte
- 7-9 pike - Qendrimet korrekte
- 0-6 pike - Qendrimet aspak korrekte

Tabela nr. 38: Shperndarja e studenteve te anketuar sipas qendrimit te tyre ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS.

Përgjigjet	Numri i pyetjes											
	P.1		P.2		P.3		P.4		P.5		P.6	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	66	9.32	49	6.92	59	8.32	69	9.73	216	30.47	70	9.87
Nuk jam dakord	79	11.16	72	10.17	97	13.68	106	14.95	201	28.35	96	13.54
Dakord	332	46.89	345	48.73	322	45.42	304	42.88	120	16.93	340	47.95

Perceptimet e studentëve të UV rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infeksionit HIV
- Rezarta Lalo -



Plotësisht dakord	107	15.11	194	27.40	151	21.30	148	20.87	54	7.62	129	18.19
Nuk e di	124	17.51	48	6.78	80	11.28	82	11.57	118	16.64	74	10.44
Pa përgjigje	13		13		12		12		12		12	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Numri i pyetjes												
Përgjigjet	P.7		P.8		P.9		P.10		P.11		P.12	
Shkalla e matjes	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Aspak dakord	182	25.71	203	28.63	71	10.03	279	39.41	85	12.01	53	7.49
Nuk jam dakord	210	29.66	209	29.48	81	11.44	207	29.24	107	15.11	44	6.21
Dakord	130	18.36	135	19.04	371	52.40	77	10.88	285	40.25	286	40.40
Plotësisht dakord	55	7.77	55	7.76	130	18.36	43	6.07	113	15.96	247	34.89
Nuk e di	131	18.50	107	15.09	55	7.77	102	14.41	118	16.67	78	11.02
Pa përgjigje	13		12		13		13		13		13	
Totali	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00	721	100.00

Tabela nr.39: Shperndarja e studenteve te UV sipas korrektesise se pergjigjeve

Qendrimet ndaj personave qe jetojne me HIV	Pergjigje e sakte		Pergjigje e gabuar	
	Nr.	%	Nr.	%
1. Unë ende mund të jem një mik me një person me HIV	439	62.00	269	38.00
2. Një person me HIV duhet të trajtohet njëllë si një person pa HIV	538	75.99	170	24.01
3. Unë mund të punoj me një person që jeton me HIV	473	66.71	236	33.29
4. Unë mund të qendroj në një bankë me një person që jeton me HIV	452	63.75	257	36.25
5. Unë mund ta puth një person që jeton me HIV	174	24.54	535	75.46
6. Unë mund ta mbaj dhe shtrëngoij dorën me një person që jeton me HIV	469	66.15	240	33.85
7. Unë mund të notoj ose të bëj banjë me një person qe jeton me HIV	185	26.13	523	73.87
8. Unë mund te fle në të njëjtin krevat me një person që jeton me HIV	190	26.80	519	73.20
9. Unë mund te luaj me nje person qe jeton me HIV	501	70.76	207	29.24
10. Unë mund të përdor të njëjtat enë me një person që jeton me HIV	120	16.95	588	83.05
11. Një punonjës/e që është me HIV duhet të punojë akoma aq gjatë sa të jetë i/e aftë për punë	398	56.22	310	43.78
12. Unë do të kujdesesha për një të afërm të infektuar me HIV/AIDS	533	75.28	175	24.72
Pa përgjigje per pohimet (3,4,5,6,8) 12 studente dhe per pohimet (1,2,7,9,10,11,12) 13				



Tabela nr.40: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe variablave socio-demografike

Mosha				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	32	33.3232	0.4027	
Gjinia				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	2	3.7735	0.1516	
Vendbanimi				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	2	3.6783	0.1590	
Gjendja Ekonomike				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	4	2.2318	0.6932	
Përkatësia fetare				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	6	8.3578	0.2130	
Gjendja Civile				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	6	3.2279	0.7797	
Eksperienca seksuale				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	2	1.0566	0.5896	
Me kë jetoni aktualisht				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	6	4.8311	0.5657	
Dega e studimit				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	4	7.5363	0.1101	
Viti akademik				
Statistic	DF	Value	Prob	
Chi square	4	6.8475	0.1442	

Tabela nr.41: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS

Variablat	Numer/%			
	Qendrimet ndaj personave qe jetojne me HIV			
Njohurite e pergjithshme mbi HIV/AIDS	Jo aq korrekte	Korrekte	Shume Korrekte	Total
Jo aq te mira	155	74	15	244
	21.89	10.45	2.12	34.46
	63.52	30.33	6.15	
Te mira	23	45	39	107
	3.25	6.36	5.51	15.11
	21.50	42.06	36.45	
Shume te mira	153	135	69	357
	21.61	19.07	9.75	50.42
	42.86	37.82	19.33	
Total	331	254	123	708
	46.75	35.88	17.37	100.00

Pa përgjigje = 13
Chi square $p < 0.0001$



Tabela nr.41.1: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe njohurive te pergjithshme mbi HIV/AIDS

Njohuria 2 HIV mund te transmetohet nepermjet peshtymes	Qendrimi 10 Une mund te perdor te njejtat ene me nje person qe jeton me HIV					Totali
	Aspak dakort	Dakort	Nuk e di	Nuk jam dakort	Plot. dakort	
Aspak Dakort	72	47	44	68	30	261
	10.18	6.65	6.22	9.62	4.24	36.92
Dakort	61	9	19	43	3	135
	8.63	1.27	2.69	6.08	0.42	19.09
Nuk e di	41	5	12	26	1	85
	5.80	0.71	1.70	3.68	0.14	12.02
Nuk jam Dakort	46	15	22	43	8	134
	6.51	2.12	3.11	6.08	1.13	18.95
Plotesisht dakort	58	1	5	27	1	92
	8.20	0.14	0.71	3.82	0.14	13.01
Total	278	77	102	207	43	707
	39.32	10.89	14.43	29.28	6.08	100.00

Chi square $p < 0.0001$

Tabela nr.42: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe perceptimit te barrierave dhe besimeve ne lidhje me HIV/AIDS

Variablat	Numer/%			
	Qendrimet ndaj personave qe jetojne me HIV			
Perceptimi i barrierave	Jo aq korrekte	Korrekte	Shume Korrekte	Total
I mire	96	73	25	194
	13.56	10.31	3.53	27.40
	49.48	37.63	12.88	
Jo aq i mire	117	38	14	169
	16.53	5.37	1.98	23.87
	69.23	22.49	8.28	
Shume i mire	118	143	84	345
	16.67	20.20	11.86	48.73
	34.20	41.45	24.35	
Total	331	254	123	708
	46.75	35.88	17.37	100.00

Pa pergjigje = 13
Chi square $p < 0.0001$

Tabela nr.42.1: Vleresimi i korelacionit midis qendrimeve ndaj personave qe jetojne me HIV dhe perceptimit te barrierave dhe besimeve te shendetit ne lidhje me HIV/AIDS

Perceptimi 7.4 Une nuk do te shkoja ne nje klinike te testohesha per HIV sepse cdo njeri do te mesonte statusin tim	Qendrimi 8.12 Une do te kujdesesha per nje te aferm te infektuar me HIV		Totali
	Qendrim i drejte (Dakord+Plotesisht dakord)	Qendrim stigmatizues (Nuk jam dakord +aspak dakord+Nuk e di)	
Pergjigje e sakte	419	104	523
	59.26	14.71	73.97
Pergjigje e gabuar	114	70	184
	16.13	9.90	26.03
Total	533	174	707
	75.39	24.61	100.00

Chi-Square $p < 0.0001$



4.1.8.1 DISKUTIMI I REZULTATEVE TË SEKSIONIT TË TETË TË PYETËSORIT.

Lidhur me qendrimet ndaj personave që jetojnë me HIV studimi ynë gjeti që edhe pse shumica e studentëve kanë qendrimet pozitive (53%) ka një përqindje të konsiderueshme **47% që mbajnë qendrim stigmatizues**. Rezultati (53%) është me i lartë sesa gjetja në një studim të kryer nga A.M. Badahdah et al., 2010 në të cilin vetëm 33.8% mbanin qendrimet pozitive, ndërsa krahasuar me një studim (Edet Olaide Bamidele et al., 2012) në të cilin u gjet se 64% e studentëve mbanin qendrimet pozitive, gjetja jone rezultoi me e ulët. Në këtë studim u gjet (**tabela nr. 38-39**) një stigmë e theksuar në lidhje me pohimin 10 (Unë mund të përdor të njëjtat enë me një person që jeton me HIV), rreth 83% e studentëve janë shprehur se nuk janë dakord me këtë përfundim. Gjithashtu për pohimin 5 (Unë mund ta puth një person që jeton me HIV) 75% e studentëve janë shprehur se nuk janë dakord. Për pohimin 7 (Unë mund të notoj ose bëj banjë me një person që jeton me HIV) rreth 74% e studentëve nuk janë dakord dhe po ashtu për pohimin 8 (Unë mund të fle në të njëjtin krevat me një person që jeton me HIV) rreth 73% janë shprehur se nuk janë dakord. Për të njëjtat pohime si më sipër, nëse do të krahasonim rezultatet me studimin e kryer nga Twahafifwa 2013 vërejmë një stigmë me të ulët (39.7%; 28%; 8.6%; 7% perkatesisht për secilin nga pohimet e mesiperme) sesa rezultatet e studimit tona që tregojnë për një stigmë shumë me të lartë.

Tabela nr.40 tregon se *nuk ka lidhje të rëndësishme statistikore midis faktorëve të ndryshëm socio - demografikë dhe qëndrimit ndaj personave që jetojnë me HIV*. Qëndrimi ndaj tyre nuk varet as nga mosha (Chi-square $p=0.4027>0.05$), as nga gjinia (Chi square $p=0.1516>0.05$), as nga vendbanimi (Chi square $p=0.1590>0.05$), dega e studimit (Chi square $p=0.1101>0.05$) etj. Nderkohe që në një studim të mëparshëm të kryer nga Merkuri.L në Shqipëri qëndrimet negative tek studentet meshkujt janë në një frekuencë më të lartë se tek femrat. Rezultate të studimeve të tjera (Edet Olaide Bamidele et al., 2012; Oliha Josephine 2014 Nigeri) treguan se nuk kishte ndryshim të rëndësishëm statistikor midis qendrimeve ndaj personave me HIV dhe gjinise së studentëve të anketuar të cilat janë në të njëjtën linjë me rezultatet tona; ndërsa duke iu referuar një studimi tjetër (A.M. Badahdah et al., 2010 Azi) studentet femra mbajnë qendrimet me të favorshme ose pozitive ndaj personave me HIV sesa meshkujt; sipas Namaitijiang Maimaiti et al., China 2010 që krahason qëndrimet e studentëve midis studentëve që studiojnë mjekësi dhe ata që nuk studiojnë mjekësi u gjet se nuk kishte korelacion të rëndësishëm statistikor midis këtyre variablave, pra qëndrimet nuk varen nga dega e studimit.

Studimet tregojnë se edhe pse studentet kanë njohuri të mira rreth HIV/AIDS, ata ende mbajnë qendrimet negative ndaj personave që jetojnë me këtë virus (Oliha Josephine 2014; Twahafifwa 2013 Namibi; Edet Olaide Bamidele et al., 2012 Universiteti i Kalabarit Nigeri; Namaitijiang Maimaiti et al., China 2010; Serlo.K 2008 Finlande). Edhe në studimin tona, sipas **tabelës nr.41**, edhe pse në total 65.54% e studentëve kanë njohuri “të mira+sh. të mira” mbi HIV/AIDS, 47% e studentëve rezultojnë se mbajnë qendrim “stigmatizues” ndaj personave me HIV. Për të treguar më konkretisht këtë përfundim që është konform studimeve të mëparshme kemi analizuar korelacionin **njohuri-qendrim** me pyetje të vecanta i paraqitur në **tabelën 41.1**. Nderkohe, nëse analizojmë ndikimin e njohurive mbi qëndrimin që mbajnë studentet ndaj personave që jetojnë me HIV u gjet se ka *ndryshime të rëndësishme statistikisht* midis variablave njohuri-qendrim (Chi square $p<0.0001<0.05$). Nga 107 studente me



njohuri “shume te mira”, 84 prej tyre (ose 78.51%) mbajne qendrim “korrekte+shume korrekte”, kurse nga 244 studente me njohuri “aspak te mira” 155 prej tyre (ose 63.52%) mbajne qendrim “negative ose stigmatizuese”. Arrijme ne perfundimin se *studentet me njohuri me te mira mbajne qendrim me pozitive ndaj personave me HIV dhe anasjelltas*, gje qe shkon ne te njejten linje me studime te tjera (A.M. Badahdah et al., 2010 Yemen-Azi Juglindore; Edet Olaide Bamidele et al., 2012 Nigeri) te cilet kane arritur ne te njejtin perfundim si me siper.

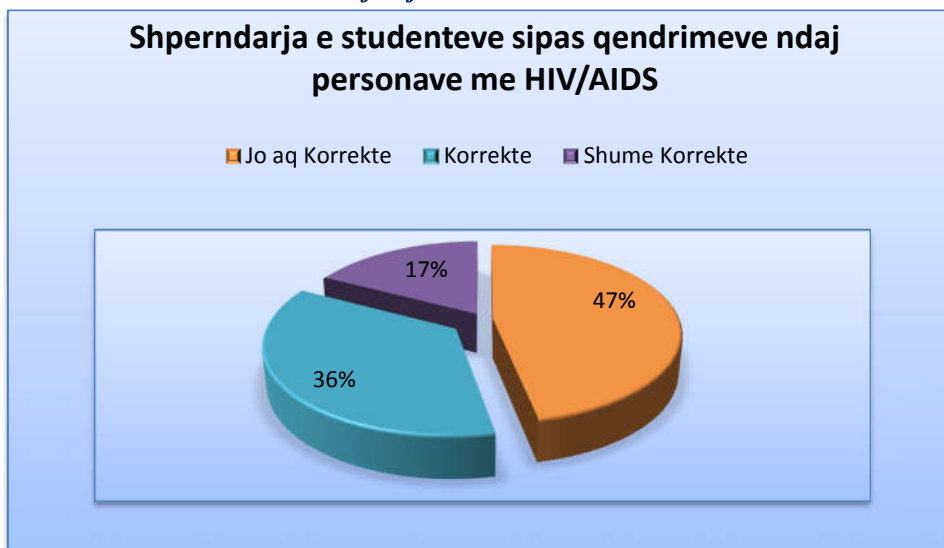
Gjithashtu kemi analizuar lidhjen midis *perceptimit* qe kane te gjithë studentet e anketuar *ndaj barrierave dhe besimeve ne lidhje me HIV/AIDS dhe qendrimin qe ata mbajne ndaj personave qe jetojne me kete virus*. Sipas **tabeles nr.42** shohim se ka *ndryshime të rëndësishme statistikisht* në kete korelacion (Chi-square $p < 0.0001 < 0.05$). Nga 539 studente qe kane perceptim “shume te mire” dhe “te mire” te barrierave 325 studente ose 60% mbajne qendrim “korrekte+shume korrekte” ndaj personave me HIV. Nderkohe qe nga 169 studente qe kane perceptime te gabuara ndaj barrierave 52 prej tyre ose 31% mbajne qendrim “korrekt” dhe “shume korrekt” dhe pjesa tjeter (69%) mban qendrim “stigmatizues”. Pra *studentet me perceptime me te mira ndaj barrierave, mbajne qendrim me positive ndaj personave qe jetojne me HIV/AIDS dhe anasjelltas qe studentet me perceptime aspak te mira mbajne qendrim stigmatizuese* qe shkon ne te njeten linje me studime te tjera te ngjashme (Annemarie E. Meiberg et al, 2008; Khalifa.A 2014 Sudan) Megjithate veme re se pavaresisht se kane perceptime te mira ndaj barrierave ne lidhje me HIV/AIDS ka edhe nje perqindje, edhe pse me e ulet por qe duhet marre ne konsiderate, qe mban qendrim “stigmatizues”. Eshte pjesa prej 30% e studenteve me perceptim “shume te mire” dhe “te mire” por qe ka qendrim “stigmatizues” ndaj personave qe jetojne me HIV.

Per te treguar me konkretisht perfundimin e mesiperem, kemi analizuar korelacionin *perceptim i barrierave-qendrim ndaj personave me HIV* me pyetje te vecanta i paraqitur ne **tabelen 42.1**. Chi-Square $< 0.0001 < 0.05$ tregon per *ndryshime statistikisht te rendesishme* midis perceptimit te barrierave 7.4 ” Une nuk do te shkoja ne nje klinike te testohesha per HIV sepse cdo njeri do te mesonte statusin tim“ dhe qendrimin ndaj personave me HIV 8.12 ” Une do te kujdesesha per nje te aferm te infektuar me HIV”. Keshtu, shihet se nga studentet qe kane perceptim te drejte (pergjigje te sakte) qe jane 523 studente, 104 studente (20 % e tyre), mbajne qendrim stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV, pasi jane pergjigjur se nuk do te kujdeseshin nese nje i aferm mund te ishte i infektuar me HIV. Kurse ne grupin tjeter, me perceptim te gabuar (184 studente), 70 studente ose 38% e tyre do te mbanin nje qendrim stigmatizues. Ne nje studim te kryer nga Annemarie E. Meiberg et al, 2008 tek studentet e Universitetit te Limpopo ne Afriken e Jugut u gjet se frika ndaj stigmatizimit ishte nje nga barrierat kryesore ne moskryerjen e testit per HIV, gjithashtu moskryerja e testit lidhej edhe me braktisjen e familjareve nese zbulohet seropozitiviteti per HIV. Kjo lloj stigme u verejt edhe ne studimin tone edhe pse ne shifra pak me te uleta se studimi i lartpermendur, ku 38% e studenteve me perceptime te gabuara mbanin qendrim stigmatizues ndaj nje personi qe mund te jete i infektuar me HIV, qofte edhe familjar i tyre per te cilin ata pohojne se nuk do te kujdeseshin.

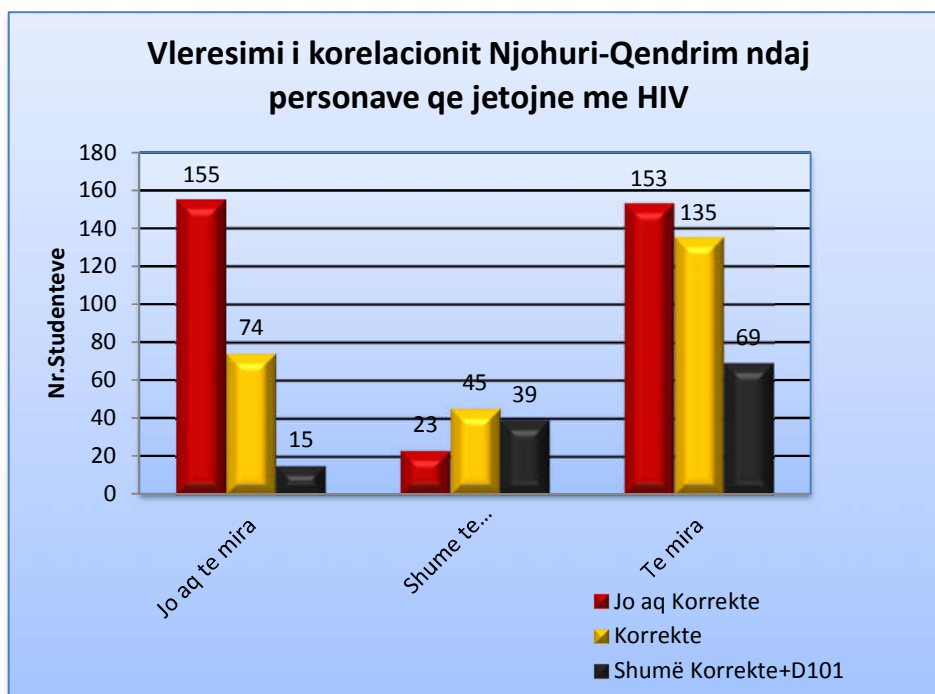
Disa nga lidhjet me ndryshim te rendesishem statistikor te analizuara me siper po i paraqesim ne figurat e meposhtme:



Grafiku nr.23: Shpërndarja e studentëve sipas Qëndrimit ndaj personave që jetojnë me HIV

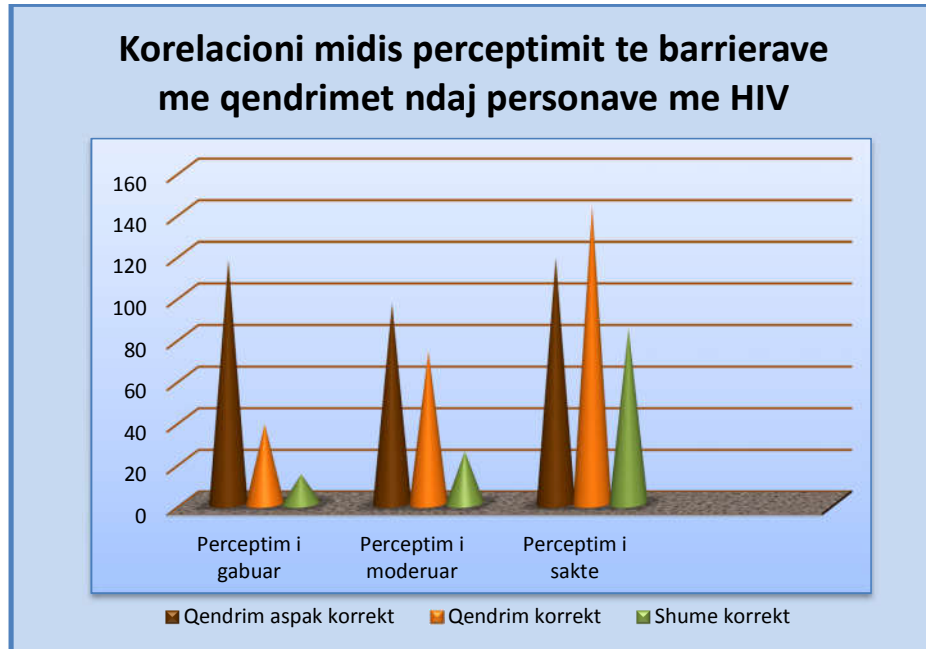


Grafiku nr.24: Vleresimi i korelacionit midis njohurive te pergjithshme dhe qendrimeve qe mbajne ndaj personave qe jetojne me HIV.





Grafiku nr.25: Vleresimi i perceptimit te barrierave me qendrimin stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV





KAPITULLI V

KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

5.1 KUFIZIMET E STUDIMIT

Pavarësisht kujdesit për të dizenuar dhe realizuar një studim bazuar në standarte të njohura shkencore, disa kufizime të këtij studimi ishin të mundura dhe janë përshkruar më poshtë:

Se pari, une e kufizova kete studim vetem ne Universitetin e Vlores dhe nuk perfshiva studente te universiteteve te tjera. Kjo i kufizon gjetjet e studimit per rrethet e tjera te Shqiperise dhe per te gjitha studentet e te njejtës moshe.

Në studime ku informacioni grumbullohet me vetë raportim, është e njohur se përgjigjet janë objekt i një mbi apo nën raportimi dhe mund të ndodhe bias social i padëshirueshem. Kjo është edhe më evidente sidomos kur bëhet fjalë për çështje kaq sensitive si sjelljet seksuale të subjekteve në studim. Duke qënë se të dhënat e studimit derivojnë pikërisht prej vetëraportimit mendoj se mund të jenë subjekt i këtij limitimi (Brenner ND et al. J Adolescent Health 2003;33:436–57). Megjithatë, për të minimizuar këtë, kam sqaruar qysh në fillim pjesëmarrësit në studim për rëndësinë e një raportimi sa më real, të saktë dhe rigoroz dhe anonimiteti i pyetesorit shpresoj qe ti kete inkurajuar studentet te jene te ndershem ne pergjigjet e tyre.

Një nga limitacionet e tjera te këtij studimi ishte ndërtimi i pyetesorit me pyetje të mbyllura, duke limituar në këtë mënyrë explorimin në detaje të çështjes në studim dhe kështu nuk ka qene e mundur të merret informacion më në thellësi prej të intervistuarëve.

Se fundi, ceshtje sensitive si karakteristikat emocionale dhe psikologjike te partnereve te pjesemarrësve, te cilat mund te influencojne perceptimin e riskut per HIV dhe praktikat seksuale, nuk jane perfshire ne pyetesor. Kjo e ben studimin qe te jete i pamjaftueshem ne vleresimin e te gjitha faktoreve pergjegjes per perceptimin e riskut dhe sjelljeve seksuale. Gjithashtu duke qene nje studim cross-seksional drejtimi i marrëdhënieve shkakësore nuk mund te percaktohet.

Pavarësisht këtyre limitimeve, mendoj se studimi ofron të dhëna të dobishme në lidhje me njohuritë qëndrimet dhe sjelljet e studentëve të Universitetit te Vlores, lidhur me infeksionin e HIV/AIDS.

5.2 KONKLUZIONE

Ne kete punim u vleresuan njohurite, qendrimet, praktikat seksuale, sjelljet risikoze si edhe barrierat dhe besimet lidhur me HIV/AIDS te studenteve te Universitetit “Ismail Qemali” te Vlores.

Rezultatet e ketij studimi dhe analiza e tyre ofrojne informacion te vlefshem qe mund te influencoje dhe te perdoret nga profesioniste te Shendetit Publik, stafe akademike, politikberes shendetsore dhe sociale ne menyre qe te behen ndryshimet e duhura dhe te implementohen nderhyrjet e nevojshme.

Bazuar ne keto rezultate jane prezantuar me poshte konkluzione dhe rekomandime te ketij studimi lidhur me çështjet e lartpërmendura qe perfshihen ne perceptimet e studenteve te anketuar rreth infeksionit HIV/AIDS:



5.2.1 Njohuri dhe Qendrimet lidhur me HIV/AIDS tek studentët e anketuar

- Ne përgjithësi, studentet e anketuar të Universitetit të Vlorës treguan një nivel të kënaqshëm të njohurive të përgjithshme mbi HIV/AIDS, por 35% prej tyre kishin njohuri të pamjaftueshme apo keqkuptime lidhur kryesisht me disa prej rrugëve të transmetimit të këtij infeksioni.
- U evidentua se studentet kishin informacion të limituar kryesisht për periudhën e inkubacionit, rrugëve të transmetimit me anë të peshtymës, puthjes, pickimit të mushkonjes dhe me pak me anë të prekjes ose shtrengimit të duarve. Ata mendonin në mënyrë të gabuar se nuk mund ta marrin HIV-in nëse kishin kryer marrëdhënie seksuale vetëm disa here.
- Lidhur me njohuritë mbi masat parandaluese rezultatet treguan se rreth 47 % e studentëve nuk kishin njohuri të mira. Një përqindje e konsiderueshme e studentëve pranonin të kryenin marrëdhënie seksuale pa kondom, pretendonin se kondomi nuk është i besueshëm madje nderhyn në kënaqesinë seksuale dhe kundërshtonin abstenimin. Ka edhe një përqindje më të vogël (20%) por që konsiderohet si risk që kundërshtojnë përdorimin e kondomit në shkëmbim të dhuratave, lekeve apo favoreve.
- Në përgjithësi njohuritë e studentëve lidheshin me degen e studimit, vitin akademik dhe gjininë duke treguar korelacion të rëndësishëm statistikor. Kështu, femrat kishin njohuri të përgjithshme me të mira, kurse meshkujt njihnin më mirë metodat parandaluese. Me rritjen e vitit akademik njohuritë ishin me të mira, ndërsa lidhur me degen e studimit, studentet e Fakultetit të Shëndetit Publik kishin njohuri me të mira se ata të fakulteteve të tjera jo infermore.
- Njohuritë e studentëve ndryshonin edhe në baze të përvojës së tyre seksuale. Konkretisht studentet që nuk kishin kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale kishin njohuri të përgjithshme me të mira, ndërsa ata me përvojë seksuale kishin njohuri me të mira rreth masave parandaluese dhe ishin më të prirur për të përdorur mjete mbrojtëse.
- Nga analiza e të dhënave prej përgjigjeve të marra, rezultoi se shkolla, media sociale (interneti) dhe media elektronike (televizor, radio) kanë qënë tre nga burimet më të shpeshta të marrjes së informacionit për infeksionin HIV tek studentet e anketuar. Vetëm 3% e studentëve nuk kishin informacion lidhur me HIV/AIDS. Me pak informacion merret nga burime të tilla si bisedat me prindërit, punonjësit shëndetsorë të cilët kanë rol kyç përkatësisht në mbrojtjen e shëndetit të femijes dhe edukimin shëndetsor të komunitetit.
- Studimi evidentoi se njohuritë dhe përvoja seksuale ndikonin në lidhje të rëndësishme statistikore mbi qëndrimet që studentet mbanin ndaj sjelljeve seksuale. Studentet me njohuri me të mira dhe pa eksperiencë seksuale mbanin qëndrime më të favorshme ndaj sjelljeve seksuale gjë që evidenton se studentet me eksperiencë seksuale dhe njohuri të pamjaftueshme përben grupin më të rrezikuar për mundësinë e infektimit me HIV.
- Qëndrimet ndaj sjelljeve seksuale vareshin gjithashtu nga gjinia dhe dega e studimit që frekuentonin studentet. Femrat sipas gjinisë dhe studentet e FSHP rezultuan me qëndrime më të favorshme ndaj sjelljeve seksuale.



- Nder qendrimet me pak te favorshme ndaj sjelljeve seksuale u evidentuan se “marredhenia me te njejtin seks eshte me e sigurte” dhe “seksi nen efektin e alkolit/droges nuk perben rrezik” gje qe tregon se nje pjese e studenteve jane te ekspozuar ndaj disa prej faktoreve riskante qe mund ti bejne te prekshem nga infeksioni HIV.
- Studimi yne zbuloi gjithashtu se 47% e studenteve mbanin qendrim stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV edhe pse u konstatua ne pergjithesi nivel i mire i njohurive rreth ketij infeksioni. Ata mendonin se nuk mund te ishin mik me nje person qe jeton me HIV, nuk mund ta puthnin, te notonin ne te njejten pishine, te perdornin te njejtat ene me te infektuarin. Keto qendrimet nuk vareshin nga faktoret socio-demografike dhe eksperiencia seksuale e studenteve. Vlen te theksohet se edhe studentet e deges Infermieri si punonjes te ardhshem te shendetit publik manifestonin te njejten stigmatizim si homologet e tyre qe studionin ne dege te tjera.
- Studimi evidentoi se pergjithesisht ka nje korelacion pozitiv midis nivelit te njohurive mbi HIV/AIDS dhe qendrimet ndaj personave qe jetojne me kete infeksion. Studentet me njohuri me te mira mbajne qendrimet me pozitive ndaj personave me HIV dhe anasjelltas.

5.2.2 Praktikrat seksuale dhe sjelljet e rrezikshme. Perceptimi i riskut të infektimit me HIV tek studentët e anketuar.

- Studimi yne raporton nje prevalence te larte te kryerjes se marredhenieve seksuale qe perben 67% e studenteve te anketuar, ndersa meshkujt perbenin prevalence me te larte angazhimi ne keto marredhenie krahasuar me femrat.
- Moshja e hershme e fillimit te marredhenieve seksuale, marredhenia me shume partnere seksuale, seksi nen efektin e alkolit/droges u konsideruan si sjellje te rrezikshme seksuale qe manifestonin studentet e Universitetit te Vlores, ku meshkujt u raportuan ne nje nivel me te larte perfshirjeje. Ne nje perqindje me te ulet u konstatua ushtrimi i dhunes seksuale tek studentet e anketuar.
- Lidhur me praktikrat riskoze te lartpermendura, 56% e studenteve kane kryer marredhenie seksuale nen moshen 18 vjec, 44 % raportojne se kane patur 2 ose me shume partnerë seksualë, ndërsa 11 % kanë kryer marrëdhënie seksuale nën efektin e alkolit/drogës.
- Prevalenca e perdorimit te kondomit tek studentët e Universitetit të Vlorës është e ulët. Studimi konfirmoi se studentët qe kane kryer marredhenie seksuale nuk e perdornin ne menyre konsistente kondomin duke rezultuar se 22% nuk e perdornin asnjehere dhe 44% e perdornin ndonjehere. Perdorimi i kondomit nuk varej nga niveli ekonomik i pjesemarrsesve.
- Studentët qe abuzojne me alkolin/drogen, ata qe nuk e perdorin ne menyre konsistente kondomin si edhe studentet me moshe te hershme te fillimit te marredhenies seksuale ishin me te prirur per te patur 2 ose me shume partnere seksuale, gje qe tregon mundesine ose riskun e infektimit te tyre me HIV.
- U konstatua nje korelacion i rendesishem statistikor midis njohurive, qendrimet dhe praktikave seksuale. Studentët me njohuri më të mira dhe qendrimet më të favorshme ndaj sjelljeve seksuale manifestonin praktika më të sigurta dhe anasjelltas praktikrat riskoze shoqëronin njohuritë e pamjaftueshme dhe qendrimet e pafavorshme të studentëve të anketuar.



- Ne lidhje me faktoret socio-demografike, praktikat seksuale ndryshonin sipas gjinise dhe deges se studimit dhe nuk vareshin nga faktoret e tjere. Femrat jane me te kujdesshme ne sjelljet e tyre seksuale, ndersa studentet e Infermierise i zbatonin me shume praktikat e shendetshme dhe te sigurta seksuale.
- Studentet e UV kane nje perceptim personal te ulet te riskut te infektimit me HIV qe mund te jete edhe nje nga shkaqet e perfshirjes se tyre ne praktika risikoze. Nga korelacioni i perceptimit te riskut me praktikat seksuale rezultoi se studentet me fillim te hershem te marredhenieve seksuale, ata me shume partnere si edhe studentet qe abuzojne me alkolin/drogen kane perceptim me te mire te riskut te infektimit. Perceptimi i riskut nuk ndryshonte midis subjekteve qe raportonin perdorim konsistent ose jo konsistent te kondomit.
- Prevalenca e testimave vullnetare per HIV eshte gjithashtu e ulet, te dhenat tregojne se 78% nuk e kane kryer testin. Studentet qe nuk kane kryer testin kane perceptim me te ulet te riskut se ata qe e kane kryer kete ekzaminim.
- Studentet me vendbanim ne qytet kane me teper probabilitet qe te bejne testin e HIV sesa ata me vendbanim ne fshat, ndersa ne lidhje me gjinine ka nje ndryshim 1,25% ne favor te meshkujve. Moshja e hershme e fillimit te seksit dhe partneriteti shumte seksual nuk ka ndikuar ne nxitjen e te rinjve per kryerjen e testit per HIV.i

5.2.3 Perceptimi i barrierave dhe besimet e shëndetit lidhur me HIV/AIDS

- Vleresimi i perceptimit te barrierave dhe besimet ndaj shendetit lidhur me HIV/AIDS, bazuar mbi pergjigjet e studenteve te anketuar, treguan nje rezultat te kenaqshem. Vetem 24% e studenteve treguan perceptim te gabuar ndaj barrierave.
- Ne perceptimet e gabuara te barrierave dominoi ndjenja e fyerjes nese partneri sugjeron kondomin per parandalimin e HIV (69%) dhe ndjenja e turpit per ti kerkuar partnerit qe te testohen per HIV (27%).
- Ne besimet e shendetit lidhur me HIV/AIDS dominoi si i gabuar besimi se duhet te shqetesohesh per HIV vetem nese fillon te semuresh (33%), besimi se kur nje person ka patur marredhenie seksuale shume here ne jeten e tij behet imun ndaj infeksionit HIV (37%), apo kontradikta tjeter qe te berit seks nje here ne jave zvogelon riskun e infektimit me HIV (31%).
- Per te vleresuar ndikimin e faktoreve socio-demografike ne perceptimin e barrierave dhe besimet, studimi tregoi se studentet me status “te martuar”, studentet qe banonin “ne konvikt” si edhe studentet qe frekuentonin “vitin e pare akademik” rezultuan te kishin perceptime më të gabuara ndaj barrierave.
- Studimi konfirmoi se studentet qe kishin njohuri më të mira parandaluese, që manifestonin praktika seksuale të sigurta dhe që mbanin qendrimë më korrekte ndaj sjelljeve seksuale, kishim perceptime më të drejta ndaj barrierave/besimeve dhe anasjelltas.
- Studimi konfirmoi gjithashtu se kishte korelacion te rendesishem statistikor midis perceptimit te barrierave dhe qendrimit ndaj personave qe jetojne me HIV. Studentet e anketuar me perceptime te gabuara te barrierave, mbanin qendrim stigmatizues ndaj personave qe jetojne me HIV dhe anasjelltas. Megjithate edhe midis studenteve me perceptime te sakta ndaj barrierave kishte nje pjese te konsiderueshme qe mbanin qendrim stigmatizues.



- Studimi zbuloi se frika ndaj stigmatizimit ishte nje nga barrierat kryesore ne moskryerjen e testit per HIV, pra moskryerja e testit ne studimin tone lidhej me braktisjen e familjareve nese zbulohet seropozitiviteti per HIV ku 38% e studenteve me perceptime te gabuara dhe madje 20% me perceptime te drejta pohonin se nuk do te kujdeseshin per nje te aferm te infektuar me HIV.

5.3 REKOMANDIME

Duke qene se fokusi i ketij punimi ishte vleresimi i njohurive, qendrimeve, sjelljeve te rrezikshme seksuale te te rinjve dhe barrierave stigmatizuese lidhur me HIV, rekomandimet kryesore qe dalin si rrjedhoje logjike e rezultateve dhe konkluzioneve i takojne me teper strukturave shendetsore dhe arsimore qofte ne nivel lokal, qofte ne nivel qendror qe perfshin edhe politikberesit. Per kete arsye jane formuluar rekomandimet e meposhtme:

- Performanca e sjelljeve risikoze seksuale qe manifestojne te rinjte, keqinformimi dhe niveli relativisht i ulet i njohurive, diktojnë nevojën për ndërhyrje efektive për rritjen e ndërgjegjësimit të komunitetit të të rinjve ne mbrojtjen e shendetit seksual dhe riskun e infektimit me HIV.
- Promocioni i shëndetit duhet të konsiderohet si një investim i domosdoshëm me një impakt të dallueshëm mbi shëndetin e të rinjve. Nga ky këndvështrim, edukimi dhe promocioni shëndetësor si dhe strategjitë e komunikimit për ndryshimin e sjelljeve dhe besimeve mbi çështjet e shëndetit seksual, duhet të jenë pjesë e rëndësishme e të gjitha programeve që implementohen për të rinjtë.
- Promovimi i sjelljeve seksuale të shëndetshme duhet të jetë një fokus tjetër i rëndësishëm i punës edukative shëndetësore. Mesazhet duhet të fokusohen në: promovimin e përdorimit korrekt dhe konsistent të kondomit, në informimin e efekteve negative te substancave si alkoli/droga ne shendetin e te rinjve, promovimin e testeve vullnetare per HIV, etj
- Edukimi seksual në shkolla duhet të jetë një nga objektivat prioritare të ministrive të linjës. Instucionet edukative publike dhe private duhet të rishikojne dhe përmirësojne kurrikulat shkollore ekzistuese dhe cilësinë e zhvillimit të lëndës së edukimit seksual në te gjitha nivelet e edukimit parauniversitar, për të siguruar edukimin në vazhdimësi të të rinjve mbi shëndetin seksual.
- Rekomandohet informim i vazhdueshem i te rinjve rreth HIV/AIDS si pjese integrale e strategjive te komunikimit dhe programeve parandaluese te IEK te cilat duhet te përfshijne ne permbajtjen e tyre prezantime dhe diskutime nga njerëzit që jetojnë me HIV dhe AIDS për të synuar një gamë me të gjere te rezultateve, te tilla si perceptimi i riskut te infektimit me HIV, njohurite lidhur me transmetimin, parandalimin e ketij infeksioni dhe empatise per njerezit qe jetojne me kete virus.
- Kurikulat shkollore dhe materialet e tjera te edukimit mbi HIV/AIDS duhet te perfshijne informacion sidomos per keqkuptime specifike rreth menyrave te transmetimit te HIV si psh permes kontaktit social, shkembimit te eneve apo ushqimit, pickimit te mushkonjave etj. Kjo duhet jo vetem per te reduktuar stigmen dhe perjashtimin social te njerezve qe jetojne me kete infeksion, por edhe per te hequr frikerat e pajustificuara dhe te panevojshme te te rinjve duke i ndihmuar ata qe te fokusohen ne menytrat aktuale te mbrojtjes kunder infeksionin HIV.



- Institucionet përgjegjëse, të hartojnë strategji të cilat duhet të nxisin të rinjtë të frekuentojnë qendrat aktuale të keshillimit dhe testimit vullnetar për të rritur prevalencën e këtyre testeve dhe për të eliminuar barrierat dhe stigmen të cilat pengojnë marrjen e këtyre shërbimeve prej tyre.
- Diskutimi i çështjeve mbi shëndetin seksual dhe riskun e infektimit me HIV duhet në mënyrë të vazhdueshme të zërë një vend të konsiderueshëm dhe ka nevojë për më tepër mbulim nga mediat audio-vizive që kanë pa dyshim një rol të rëndësishëm në ndergjegjesimin dhe edukimin e të rinjve. Televizioni duhet të mbetet një nder burimet kryesore të dhënies së informacionit për të rinjtë. Mesazhet shëndetsore duhet të adresojnë më tepër studentet meshkuj si më të prirur në manifestimin e sjelljeve rrezikuese që mund t'i bëjnë ata të prekshëm nga infeksioni HIV/AIDS.
- Është i nevojshëm dhe duhet inkurajuar trajnimi i personelit shëndetsor me qëllim aftësimin e tyre për të organizuar dhe suportuar aktivitetet e promovimit të shëndetit seksual për të rinjtë nëpërmjet edukimit në vazhdim.
- Studime më të thelluara duhen bërë për të eksploruar përse personeli shëndetësor dhe prinderit raportohen në shifra të ulta si burim informacioni për të rinjtë.
- Përfshirja e prindërve në implementimin e programeve të ndryshme në komunitet, koordinimi i nderhyrjeve të ndryshme parandaluese dhe edukative me të gjithë aktoret duhet të konsiderohet një aspekt i rëndësishëm dhe strategji e suksesshme në mbrojtjen e shëndetit në përgjithësi dhe atij seksual në veçanti tek të rinjtë.
- Është i nevojshëm realizimi periodik i studimeve të kësaj natyre për të parë trendet si dhe për të vlerësuar progresin e bërë.



5.4 BIBLIOGRAFIA DHE REFERENCAT

1. Twahafifwa Ndahekelekwu Tupavali Nghaamwa. "The perceptions of students about risky behaviour that could make them vulnerable to HIV infection" Assignment presented in fulfilment of the requirements for the degree of Master of Philosophy (HIV/AIDS Management) Stellenbosch University <http://scholar.sun.ac.za> December 2013.
2. Harxhi.A et al., 2005 "Vleresim i Shpejte dhe Pergjigje per HIV/AIDS ne Shqiperi" - UNICEF www.unicef.org/albania/sq/Libri_Vleresim_mbi_HIV_AIDS.pdf
3. Fourie, P. & Schönteich, M. (2002) Die, the beloved countries: human security and HIV/AIDS in Africa. *Politeia*, 21 (2), 6–30.
4. Tan, Pan, Zhou, Wang and Xie 2007 "HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviors Assessment of Chinese Students: A Questionnaire Study" *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2007, 4(3), 248-253
5. Duncan C, Miller DM, Borskey EJ, Fomby B, Dawson P, Davis L (2002). Barriers to safer sex practices among African American college students. *J. Natl. Med. Assoc.*, 94: 944-951.
6. Sefawdin Berta Bedassa. Risky Sexual Behaviour and Predisposing Factors to HIV/STI Among Students in Mizan-Tepi University (A Case of Tepi Campus). *Science Journal of Public Health*. Vol. 3, No. 5, 2015, pp. 605-611. doi: 10.11648/j.sjph.20150305.12
7. Nakornkhet N, Crowe JW, Torabi MR, Ding KD: Sexual behaviours and alcohol use among college students [Abstract 60047]. *International Conference on AIDS Abstracts* 1998, 12:1010.
8. Osorio A, Lopez-del Burgo C, Ruiz-Canela M, et al. "Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study". *BMJ Open* 2015;5:e007826. doi:10.1136/bmjopen-2015-007826.
9. Lavra B: Determinant of individual AIDS risk perception: knowledge, behavioral control and social influence. MPIDR working paper 2002. http://www.Demogr.mpg.de./papers/working/wp-2002-029_7/9/2004.
10. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010, 15 (Suppl.2):S54–S66.
11. Wellings K, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.
12. *The global strategy framework on HIV/AIDS*. Geneva; Switzerland: UNAIDS; 2001.



13. Iridayo Ebum Kolawolea “Awareness and perceptions of HIV/AIDS preventive strategies among students of Universities of Zululand and Ado-Ekiti”. A thesis submitted to the Faculty of Education in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Education in the Department of Educational Psychology and Special Education at the University of Zululand, 2010
14. Eriksson.L et al.,2010 “Nursing students’ knowledge and attitudes towards people with HIV/AIDS” A quantitative study at MIOT College of Nursing, India The Red Cross University College.
15. Merkuri.L “ Evaluation of the knowledge, attitudes and behaviors about sexually transmitted infections to Albanian university students. Thesis of desertacion Tirane 2013.
16. Bitri.E et al. International Public Health Conference. Abstract book. Tirana 24 april 2014.
17. Krasniqi.M International Public Health Conference. Abstract book. Tirana 24 april 2014.
18. Albanian Ministry of Health, 2007. Albanian National Reproductive Health Strategy. Situation Analysis, Tirana, Albania.
19. Institute of Statistics, Institute of Public Health Albania and ICF Macro. 2010. Albania Demographic and Health Survey (ADHS),2008-09.
20. Merkuri L. et al. Early age of first sexual intercourse: its relationship to early marriage and sexual health risks in Albanian female adolescents. WHO/UNFPA Entre Nous,2012,76:16-18.
21. Institute of Public Health Albania. Albania Health Behaviour in School-Aged Children Study, 2009-2010.
22. Report of the Study of Biological and Behavioral Surveillance, 2006. (Albania Bio-BSS, 2006).
23. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N, Rrumbullaku L, Dasho E. Knowledge and attitude of undergraduate students in Tirana, Albania, towards sexually transmitted infections. Croat Med J 2003;44:86-91.
24. Institute of Public Health Albania. HIV/AIDS Epidemiological Situation Report, 2011 .
25. Dragoti E. et al. 2005 Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS in Albania. UNICEF Tirana.
26. Bashllari. A et al., International Public Health Conference. Abstract book. Tirana 24 april 2014.



27. Kicaj.E et al., International Public Health Conference. Abstract book. Tirana 24 april 2014.
28. Dango, L., Agolli, I., 2008. Assessing the health and social needs of their involvement PJHA and awareness programs, the National Center for Community Services.
29. Morrison, D.SH, Banushi, V., Gashi, V., Osterberg, L., Maldonado, Y., Harxhi, A., 2009. Levels of self-reported depression and anxiety among HIV-positive patients in Albania: a cross-sectional study. Croat Med J. 2011; 52: 622-8.
30. World Health Organization: Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf.
31. Glanz, K. and Rimer, B. (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice, 2nd Edition. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.
32. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Youth Report 2007: The Global Situation of Young People. UNations. <http://7billionactions.org>
33. www.medterms.com
34. Martin, N., & Quentin, S. (2009). Cell-to-cell HIV-1 spread and its implications for immune evasion. Current Opinions in HIV/AIDS, 4(2), 143-149.
35. UNAIDS: UNAIDS fact sheet on stigma and discrimination. 2003.
36. Brown L, Macintrye K, Trajillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? Horizons Program/ Tulane School of Public Health and Tropical Medicine. [Accessed 11th April 2007] Available from: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstigdisc.pdf>
37. Bartlett, JG. Serologic tests for the diagnosis of HIV infection, in UpToDate. Accessed 5 October 2006 https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_of_HIV/AIDS
38. Sybille Gumucio et al.,2011. Data collection - Quantitative methods. The KAP survey model (Knowledge, Attitude & Practices). Médecins du Monde, January 2011. wikipedia.org/wiki/Human_sexual_activity
39. UNDP United Nations Development Programme for HIV/AIDS (2005)
40. Wicklif Sospeter Sango “Communication and information on HIV/AIDS, social norms and behaviour of primary school pupils, Tanzania”. Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree in International Community Health, University of Oslo, June 2006



41. UNAIDS. Introduction to best practice guide and draft dos and don'ts documents. issue paper for the fifth meeting of the UNAIDS reference group on HIV and human rights, prepared by the Reference Group Secretariat. New York: Joint United Nations programme on AIDS, 2005.
42. UNAIDS, (2011). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2011. (Aksesuar ne shtator 2012, nga <http://www.unaids.org>).
43. Agolli.I 2012 Zbatimi i të drejtave të njeriut dhe të drejtave për shëndet për personat që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri. Disertacion per titullin “Doktor”.
www.doktoratura.unitir.edu.al/.../Doktorature-Irida-Agolli-Nasufi
44. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. “UNAIDS / JC2502/1/E”- Revised and reissued, November 2013. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
45. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
46. Institute of Public Health Albania. HIV/AIDS in Albania. Epidemiological Situation Report, 2013.
47. www.euro.who.int/.../communicable-diseases/hivaids
48. Raport konsulence: Vlerësimi i situatës së HIV/AIDS dhe survejanca e sjelljeve në Shqipëri, James Chin, 2002.
49. Population and housing CENSUS in Albania. CENSUS-AI 2011. Copyright © INSTAT
50. Strategjia Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri 2010-2015 SKPKHA “Ta mbajmë Shqipërinë një vend me prevalencë të ulët të HIV” MSH 2009
51. Wagner, H.U., Nunn, A.J., Kengya-Kayondo, J.F., Mulder, D.W., 1995. In-country migration and HIV-1 infection in a rural Ugandan community. First European Conference on Tropical Medicine. Hamburg.
52. UNGASS, MoH Albania (2007), op cit.
53. Report of the Study of Biological and Behavioral Surveillance, 2006. (Albania Bio-BSS, 2006).
54. Report of the Study of Biological and Behavioral Surveillance, 2008. (Albania Bio-BSS, 2008).
55. MSH, 2010. Raporti i UNGASS mbi progresin e vendit. Programi Kombetar per AIDS-in



56. Dokument draft ne kuader te projektit “Permiresimi i sherbimeve IST/HIV/AIDS per te rinjte”, me mbeshtetjen e UNICEF).
57. Vicci Tallis et al., “GENDER and HIV/AIDS”. Overview Report. ©Institute of Development Studies September 2002 ISBN 1 85864 460 7. BRIDGE devolement – gender. Available online - www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html
58. Baylies, Carolyn, Bujra, Janet and the Gender and Aids Group, 2000, AIDS, Sexuality and Gender in Africa: collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia, London and New York: Routledge (Baylies 2000).
59. Vetten, Lisa and Kailash Bhana, 2001, ‘Violence, Vengeance and Gender: a Preliminary Investigation into the Links Between Violence Against Women and HIV/AIDS in South Africa’.
60. Catholic Agency for Overseas Development (CAFOD) website, 2001, ‘HIV Prevention, Condoms and Catholic Ethics’, London: CAFOD www.CAFOD.org.uk/hivaids/.
61. Sweetman, Caroline, 1998, ‘Editorial’ in Caroline Sweetman (ed) ‘Gender and Migration’, Gender and Development, Vol 6 No 1 (Zlotnik in Sweetman 1998).
62. Collins, J. and Rau, B., 2000, ‘AIDS in the context of development’, Paper No 4, UNRISD Programme of Social Policy and Development, Geneva: The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) /UNAIDS www.unrisd.org/published/_pp_/spd_/collins/content.htm (Collins dhe Rau 2000).
63. Altman, Dennis, 2002, Presentation at the Barcelona 14th International AIDS Conference, July 2002.
64. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. World Health Organization, Geneva,2001. http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf (WHO 2001).
65. Millennium Development – Goals: <http://www.undp.org/mdg>
66. UNAIDS, 2007. Report on the global AIDS epidemic. Available from <http://www.unaids.org>
67. Greenberg J, Bruess C & Mullen K (1993) Sexuality, Insights and Issues. Dubuque 1A USA, Wm C Brown Communications.
68. Shoombe, R.E. (1999:24). The effectiveness of HIV/AIDS campaigns in Namibia. Unpublished mini-thesis.
69. Akwara, P.A., Madise, N.J., & Hinde, A., (2003). Perceptions of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. Journal of Biosocial Science, 35, 385-411.



70. Kontula O (1991) Terms of societal gender-life initiation. Studies of Social Affairs and Health Board in Finland 14.
71. Kaiser Daily HIV/AIDS Report 2008. KTL HIV unit (2008) Ungass country progress report Finland, National Public Health Institute – KTL, HIV unit. Cited 15.1.2008 from <http://www.ktl.fi/>.
72. Mukonda,R (1999: fq.12-13 . Teenage girls' HIV/AIDS awareness and their sexual predispositions and motives in Caprivi. Unpublished mini-thesis
73. Grobler, M. (2004:38). Critical social factors which influence HIV/AIDS campaigns: A social work front-line research report from Namibia.
74. Nangolo, M. (1998). The social and economic cost associated with HIV/AIDS
75. Pfau, G. and Barton T. (2004, p 7). HIV/AIDS at Universities and Colleges. The epidemic emerges from hiding. Gomshery: Macmillan Publishers.
76. Yitayal Shiferaw et al., 2014. Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among University students: Implication for planning interventions. <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/162>
77. Adedeji S Adefuye et al.,2009 HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: implications for planning interventions. BMC Public Health 2009, 9:281 doi:10.1186/1471-2458-9-281.
78. UNAIDS. 2004 report on the global AIDS epidemic. 2004. [cited 2011 May 24]. Available from: [http://img.thebody.com/unaidspdfs/unaidspdf_summary_2004.pdf](http://img.thebody.com/unaidspdfs/unaidspdf/unaidspdf_summary_2004.pdf)
79. Raporti i Survejancës Biologjike dhe të Sjelljes ne Shqiperi (maj 2008). Albania Bio-BSS, 2008.
80. Mohler-Kuo M, Lee JE, Wechsler H: Trends in marijuana and other illicit drug use among college students: Results from four Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 19932001. J Am Coll Health 2003, 52(1):17-24.
81. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE: Monitoring the Future national survey results on drug use, 19752006:College students and adults ages 1945. Volume II. NIH Publication No. 07-6206. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse;2007.
82. Bruce KE, Walker LJ: College students' attitudes about AIDS:19862000. AIDS Educ Prev 2001, 13(5):428-437.
83. Lance L: HIV/AIDS perceptions and knowledge: heterosexual college students within the context of sexual activity: suggestions for the future. Coll Stud J 2001, 35:401-410.



84. Katjavivi, P.H., Otaala B., (2003). African Higher Education Institutions responding to the HIV/AIDS pandemic. Proceedings of the AAU Conference of Rectors, Vice Chancellors and Presidents of African Universities (COREVIP) Mauritius, March 17-21, 2003.
85. Chng CL. (2005). Nigerian College students:HIV knowledge, perceived susceptibility for HIV and sexual behaviours. College Student Journal; (cited 2008 April 2nd) Available at <http://www.findarticles.com/p/articles/miMOFCR/is 139/ain/3603934>.
86. UNFPA. Addressing gender inequality and intergenerational sex. Sexual Health Exchange. (2003/4);3.
87. Nyanzi SN and Nyanzi-Wakholis B. “It’s more than Cash” – Debunking myths about ‘sugardaddy’relationships in Africa. Sexual Health Exchange. 2004/3-4):8-9.
88. Kelly, M.J. (2001) Challenging the Challenger: Understanding and expanding the response of Universities in Africa to HI/AIDS. Washington, D.C., ADEA Working Group on Higher Education.
89. Adefuye SA, Abiona TC, Balogun JA, Amosun SL, Frantz J, Yakut Y: Perception of risk of HIV and sexual risk behaviours among students in the United States, Turkey and South Africa. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS 2011, 8(1):19–26.
90. Kwaku Opong Asante Reproductive Health Journal 2013, 10:17. HIV/AIDS knowledge and uptake of HIV counselling and testing among undergraduate private university students in Accra, Ghana.
91. Odu, B.K., & Akanle, F.F., (2008). Knowledge of HIV/AIDS and Sexual Behaviour among the youths in South West Nigeria. Humanity and Social Science Journal,3(1):81-88.
92. Lau, C., & Muula A.S., (2004). HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: School of Public Health, University of California, Los Angeles, Cali, USA; and Department of Community Health, University of Malawi College of Medicine, Blantyre, Malawi
93. Hoffman, S., O’Sullivan, L.F., Harrison, A., Dolezal, C., & Monroe-Wise, A., (2006). HIV Risk Behaviours and the Context of Sexual Coercion in Young Adults’
94. Sexual Interactions: Results from a Diary study in Rural South Africa., vol. 33. No.1, p.52-58
95. Fauci, S. A., Folkers, K. G. (2009). Investigating to meet the scientific challenges of HIV/AIDS. Health Affairs, 28(6), 1629-1641. Retrieved from ProQuest with Full Text.
96. Thanavanh B et al. Journal of the International AIDS Society 2013, 16:17387 Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People’s Democratic Republic.



97. Kaijaleena Serlo University students' attitudes towards HIV/AIDS in Finland and in Kenya. <http://herkules oulu.fi/issn03553221/> ISSN 1796-2234 (Online). Academic dissertation P.O.Box 5000, FI-90014 University of Oulu, Finland Acta Univ. Oul. D 995, 2008.
98. Malcolm, A.P., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P., Verrall, J., 1998. HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Crit Publ Health*; 8(4):347-370.
99. Thomas, F., 2006. Stigma, fatigue and social breakdown: exploring the impacts of HIV/AIDS on patient and carer well-being in the Caprivi Region, Namibia. *Social Science & Medicine*, 63, 3174–3187.
100. Leserman, J., 2008. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70, 539-545.
101. Barroso, J., & Powell-Cope, G. M., 2000. Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. *Qualitative Health Research*, 10, 340-353.
102. Clark, H. J., Lindner, G., Armistead, L., & Austin, B. J., 2003. Stigma, disclosure, and psychological functioning among HIV-infected and non-infected African-American women. *Women Health*, 38, 57-71.
103. Heckman, Anderson et al., 2004; Heckman, T. G., Anderson, E. S., Sikkema, K. J., Kochman, A., Kalichman, S. C., & Anderson, T., 2004. Emotional distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention. *Health Psychology*, 23, 94-100. Retrieved from <http://www.apa.org/pubs/journals/hea>
104. Lee, Kochman et al., 2002). Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J., 2002. Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 6, 309-319. Retrieved from <http://www.springer.com/public+health/journal/10461>
105. Bouhnik, A. D., Préau, M., Vincent, E., Carrieri, M. P., Gallais, H., Lepeu, G., 2005. MANIF 2000 Study Group. Depression and clinical progression in HIVinfected drug users treated with highly active antiretroviral therapy. *Antiviral Therapy*, 10, 53-61. Retrieved from <http://www.intmedpress.com>
106. Kohlenberg, B., & Watts, M. W., 2003. Considering work for people living with HIV/AIDS: Evaluation of a group employment counseling program. *Journal of Rehabilitation*, 69, 22-29.
107. Lightfoot, M., & Healy, C., 2001. Career development, coping and emotional distress in youth living with HIV. *Journal of Counseling Psychology*, 48,484-489.
108. Hoffman, M. A., 1997. HIV disease and work: Effect on the individual, workplace, and interpersonal contexts. *Journal of Vocational Behavior*, 51, 163-201.



109. Roessler, R. T., & Rumrill, P. D., Jr., 1998. Reducing workplace pengess to enhance job satisfaction: An important post-employment service for employees with chronic illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 10, 231-240.
110. Rintamaki LS, Davis TC, Skripkauskas S, Bennett CL, Wolf MS. Social stigma concerns and HIV medication adherence. *Aids Patient Care and STDS*. 2006;20(5):359–368. [PubMed]
111. Wang, C., Vlahov, D., Galai, N., Baretta, J., Strathdee, S.A., Nelson, K.E. & Sterling, T.R., 2004. Mortality in HIV-seropositive versus -seronegative persons in the era of highly active anti-retroviral therapy: implications for when to initiate therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 190(6)
112. Leserman, J., Petitto, J.M., Golden, R.N., Gayner, B.N., Perkins, D.O., 2000. Impact of Stressful Life Events, Depression, Social Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS, 157(8) *Am. J. of Psychiatry* 1221.
113. Berger, B. E., Ferrans, C., & Lashley, F., 2001. Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing and Health*, 24, 518-529.
114. Morrison, D.SH, Banushi, V., Gashi, V., Osterberg, L., Maldonado, Y., Harxhi, A., 2009. Levels of self-reported depression and anxiety among HIV-positive patients in Albania: a cross-sectional study. *Croat Med J*. 2011; 52: 622-8.
115. Hays, R., Cunningham, W., Sherbourne, C., Wilson, I., Wu, A., Cleary, P., Bozzette, S., 2000. Health related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: Results from the HIV cost and services utilization study. *American Journal of Medicine*, 108(9), 714–722.
116. Shehan, C., Uphold, C., Bradshaw, P., Bender, J., Arce, N., & Bender, B., 2005. To tell or not to tell: Men’s disclosure of their HIV-positive status to their mothers. *Family Relations*, 52(2), 184–196.
117. Serovich, J., Brucker, P., & Kimberly, J., 2000. Pengess to social support for persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 12(5), 651–662.
118. UNAIDS World AIDS Day Report, 2010 .
119. Aggleton, P. Parker R., 2002. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination. UNAIDS.
120. Valdiserri O.R., 2000. HIV/AIDS Stigma: An impediment to public health. *Am J Public Health*; 92(3): 341-342.
121. Thorne, C., Newell, M.L., 2003. Mother-to-Child transmission of HIV infection and its prevention. *Curr. HIV Res*; 1: 447-462.
122. Rankin, W.W., Brennans, S., Schell, E., Laviwa, J., Rankin, S.H., 2005. The stigma of being HIV-pozitive in Africa. *PloS Med.*; 2(8): e247.



123. Ullah, A., 2011. HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Study of Health Care Providers in Bangladesh. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*; 10(2) 97-104).
124. Broun, S. N., 1999. Psychosocial issues of women with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 13(2), 119-126.
125. Sandelowski, M., Lambe, C., & Barroso, J., 2004. Stigma in HIV-positive women. *Journal of Nursing Scholarship Second Quarter*, (36)2, 122-128.
126. Gostin, L.O. and Webber, D., 1998. The AIDS litigation project: HIV/AIDS in the courts in the 1990s, part 2, *AIDS and Public Policy Journal*, Vol. 13, pp. 3-19.
127. Herek, G.M. and Glunt, E.K., 1998. An epidemic of stigma: public reactions to AIDS, *American Psychologist*, Vol. 43, pp. 886-91.
128. Zierler, S., Cunningham, W.E., Andersen, R., Shapiro, M.F., Bozzette, S.A. and Nakazono, T., 2000. "Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care", *American Journal of Public Health*, Vol. 90, pp. 208-15.
129. Kegeles, S.M., Coates, T.J., Christopher, T.A. and Lazarus, J.L., 1989. Perception of AIDS: the continuing saga of AIDS-related stigma, *AIDS*, Vol. 3, pp. 253-8.
130. Bujura, J., 2000, "Risk and trust: unsafe sex, gender and AIDS in Tanzania", in Caplan, P. (Ed.), *Risk Revisited*, Pluto Press, London, pp. 59-84.
131. Moore, A.R. and Williamson, D.A., 2003. Problems with HIV/AIDS prevention, care and treatment in Togo, West Africa: professional caregivers' perspective, *AIDS Care*, Vol. 15, pp. 615-27.
132. Campbell, C., Foulis, C.A., Maimane, S. and Sibiyi, Z., 2005. "I have an evil child at my house: stigma and HIV/AIDS management in South African community", *American Journal of Public Health*, Vol. 19, pp. 808-15.
133. Hogben, M., McNally, T., McPheeters, M., Hutchinson, A.B., 2007. Task Force C: The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals - a systematic review. *Am J Prev Med*, 33: S89-S100
134. Pinkerton, S.D., Galletly, C.L., 2007. Reducing HIV transmission risk by increasing serostatus disclosure: a mathematical modeling analysis. *AIDS Behav*, 11: 698-705.
135. Chandra, P.S., Deepthivarma, S., Manjula V., 2003. Disclosure of HIV infection in South India: patterns, reasons and reactions. *AIDS Care-Psychol Socio-Med Asp AIDS/HIV* 15: 207-215.



136. OBSH: Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates, penguins and outcomes. Geneva, Switzerland: OBSH; 2004.
137. Dixon-Mueller, R., 2007. The sexual ethics of HIV testing and the rights and responsibilities of partners. *Stud Fam Plann*, 38:284-296. Dixon-Mueller, 2007).
138. Nuwagaba-Biribonwoha, H., Mayon-White R.T., Okong, P., Carpenter, L.M., Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programme in Uganda. *J Pub Health* 2007, 29:269-274.
139. Mavhandu-Mudzusi, A.H., Netshandama, V.O., Davhana-Maselesele, M., 2007 Nurses' experiences of delivering voluntary counseling and testing services for people with HIV/AIDS in the Vhembe District, Limpopo Province, South Africa. *Nurs Health Sci*, 9:254-262.
140. A.M. Badahdah and N. Sayem. HIV-related knowledge and AIDS stigma among college students in Yemen. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 16 No. 8 • 2010.
141. Christina Ouzouni, Konstantinos Nakakis. HIV / AIDS knowledge, attitudes and behaviours of student nurses *Health Science Journal* Volume 6, Issue 1 (January – March 2012), pp. 129-150.
142. De Beer, I.H., Gelderblo M, H.C., Schelleskens, O., Gaeb, E., Van Rooy, G., et al. (2012). University students and HIV in Namibia: an HIV prevalence survey and a knowledge and attitude survey. *Journal of International AIDS soc*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353579> retrieved on 26 March 2012
143. Edet Olaide Bamidele et al., HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and social distance towards people living with hiv/aids (PLWHA) among undergraduate students in Calabar. *International Journal of Life science and Pharma research*. ISSN 2250-0480 Vol 2/Issue 3/Jul-Sept 2012.
144. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med* 2006; 11(3): 353-63.
145. Oliha Josephine. Investigative study of the knowledge, attitude and opinion of university undergraduates to HIV/AIDS and its screening. *International Journal of Asian Social Science*, 2014, 4(1): 51-58.
146. Bologa.D et al. Kosove 2008 "Knowledge, attitudes, practices and behavior study on HIV/AIDS with young people in Kosovo" Prism Research.
147. Aschberg, J. & Sjöblom, E. (2009). Nursing students' attitudes towards people with HIV: A questionnaire. Essay, Red Cross University College, Department of Nursing
148. Lohrman, C., Välimäki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T. & Peate, L. (2000). German nursing students' knowledge and attitudes to HIV and AIDS:



- two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 696-703. Retrieved from EBSCO Host with Full Text. Lohrman et. al. (2000),
149. Røndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 454-461. Retrieved from EBSCO Host with Full Text. Røndahl, Innala dhe Carlsson
 150. Perception of HIV/AIDS among Students at the University of Joensuu Ebot, Mathias Ebot Master's Thesis, University of Joensuu, Faculty of Social Sciences and Regional Studies, An International Master's Degree Programme in Cultural Diversity. Mars 2009
 151. H. A. Bektas and " O. Kulakac,, "Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): a Turkish perspective," *AIDS Care: Psychological and Socio- Medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 19, no. 7, pp. 888–894, 2007.
 152. V. Prodanovska-Stojčevska, R. Isjanovska, and E. Popova-Ramova, "Knowledge of HCV infection among nursing students of the medical college of Bitola," *Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju*, vol. 61, no. 2, pp. 197–201, 2010.
 153. S. Akin, B. Mendi, O. Mendi, and Z. Durna, "Turkish nursing students' knowledge of and attitudes towards patients with HIV/AIDS," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, no. 23-24, pp.3361–3371, 2013.
 154. Paraniala S. C Lui et al. Medical and Nursing Students Perceived Knowledge, Attitudes, and Practices concerning Human Immunodeficiency Virus. Hindawi Publishing Corporation ISRN Public Health Volume 2014, Article ID 975875, 9 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/975875>.
 155. Wondemagegn Mulu, Bayeh Abera, Mulat Yimer. Knowledge, Attitude and Practices on HIV/AIDS among Students of Bahir Dar University. *Science Journal of Public Health*. Vol. 2, No. 2, 2014, pp. 78-86. doi: 10.11648/j.sjph.20140202.16
 156. Christensen, L.B., Johnson, R.B., Turner, L.A. (2011). *Research Methods, Design, and Analysis* (11th Ed.). United States of America: Pearson.
 157. Ishola, A. S., (2012:14) A study of the relationship between school dropout and AIDS orphans in Oshana region: University of Stellenbosch.
 158. Launiala, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? *Anthropology Matters*, Vol 11, No 1, 2009.
 159. Hausmann-Muela, et al. 2003. Health-seeking behaviour and the health system's response. DCPD Working Paper no. 14.



160. Green, C. E. 2001. Can qualitative research produce reliable quantitative findings? *Field Methods* 13(3), 3-19.
161. CDC, 2003. Reproductive Health, Epidemiology Series, Module 4- Questionnaires design, www.cdc.gov/PDFs/Epi_Module_04_Tag508.pdf
162. Burazeri.G; Roshi.E “ Metodologjia e kerkimit shkencore” Tirane 2010. Botimet Kumi ISBN 978-99956-48-47-3
163. Aday LA. Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006
164. Hasani.V “Njohuri dhe praktika lidhur me infeksionet seksualisht të transmetueshme në studentët e Universitetit “Ismail Qemali” në Vlorë, Albania” Revista “M E D I C U S” SHMSHM; fq 19-24 ; ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol • X • Nr • 2 • Tetor 2008
165. Nigatu Regassa et al.,2011 Attitudes and practices on HIV preventions among students of higher education institutions in Ethiopia:The case of Addis Ababa University. *Educational Research* (ISSN: 2141-5161) Vol. 2(2) pp. 828-840 February 2011.
166. Aras S, Orsin E, Ozan S & Semin S (2007) Sexual behaviours and contraception among university students in Turkey. *Journal of Biosocial Science* 39(1): 121–135.
167. Stulhofer.A et al. HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(2):58–65
168. Peltzer et al. “Mental health, childhood abuse and HIV sexual risk behaviour among university students in Ivory Coast”. *Bio Med Central Ltd* 2013. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/18>
169. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J: The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Intern J Inj Control Safety Prom* 2008, 15(4):221-231.
170. Richter L, Komárek A, Desmond C, Celentano D, Morin S, Sweat M, Chariyalertsak S, Chingono A, Gray G, Mbwambo J, Coates T: Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries: findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav* 2013.
171. Macintyre K, Rutenberg N, Brown L, Karim A: Understanding perceptions of HIV risk among adolescents in KwaZulu-Natal. *AIDS Behav* 2004, 8(3):237–250.
172. Namaitijiang M. et al., Knowledge, Attitude and Practice Regarding HIV/AIDS among University Students in Xinjiang www.ccsenet.org/gjhs *Global Journal of*



Health Science Vol. 2, No.2; October 2010. Published by Canadian Center of Science and Education.

173. Zelalem Alamrew et al. 2013 Risky Sexual Practices and Associated Factors for HIV/AIDS Infection among Private College Students in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia Hindawi Publishing Corporation ISRN Public Health Volume 2013, Article ID 763051, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/763051>
174. Xiaodong Tan et al., “HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviors Assessment of Chinese Students: A Questionnaire Study” International Journal of Environmental Research and Public Health ISSN 1661-7827 www.ijerph.org © 2007 by MDPI
175. Norman, Lisa R., and Yitades Gebre. “Prevalence and Correlates of HIV Testing: An Analysis of University Students in Jamaica.” Medscape General Medicine 7.1 (2005): 70. Print
176. Michelle Elizabeth Menser “Perceived risk, decisional balance, and HIV testing practices in college students” Thesis Master in Public Health, University of Pittsburgh 2010
177. Grebe, E., and Natrass, N. 2011. AIDS Conspiracy Beliefs and Unsafe Sex in Cape Town. AIDS Behaviour . HIV In-Site. 2001. SubSaharan Africa.
178. Peltzer.K “Factors affecting condom use among South African University students” East African Medical Journal Vol. 77 No 1 January 2000
179. Kimberly M. Caldeira et al. HIV testing in recent college students: Prevalence and correlates AIDS Educ Prev. 2012 August; 24 (4): 363–376.
180. Mary.E Randolph et al. 2015 Alcohol Use and Sexual Risk Behavior among College Students: Understanding Gender and Ethnic Differences HHS Public Access Am J Drug Alcohol Abuse. 2009; 35(2): 80–84. doi:10.1080/00952990802585422
181. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. Clinics (Sao Paulo). 2013 Apr; 68(4):489-94. doi: 10.6061/clinics/2013(04)09. PubMed PMID: 23778342; PubMed Central PMCID: PMC3634973.
182. Degroote et al. Sexual experience and HIV-related knowledge among Belgian university students: a questionnaire study BMC Research Notes 2014, 7:299 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/299>
183. Rebecca R. Swenson et al. 2011 HIV Knowledge and its Contribution to Sexual Health Behaviors of Low-Income African American Adolescents J Natl Med Assoc. 2010 December ; 102(12): 1173–1182.



184. Rrumbullaku L, Burazeri G, Roshi E. Information about sexually transmitted diseases among undergraduate students in Tirana, Alb. Med Arh. 2010;64(3):183-6.
185. Tamara D, Afifi AJ, Aldeis D. Parents and adolescents conversations about sex. Journal of Adolescent Research, 2008, 23(6):689-721.
186. Ingrid H de Beer et al. University students and HIV in Namibia: an HIV prevalence survey and a knowledge and attitude survey Journal of the International AIDS Society 2012, 15:9 <http://www.jiasociety.org/content/15/1/9> ;
187. Hernandez, Zulma, "Association of Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy with Sexual Risk Behaviors Among High School Students in Aguablanca District-Cali, Colombia" (2003). Theses, Dissertations and Capstones. Paper 639. Hernandez, Zulma 2003).
188. Kermyt G. Anderson, "HIV/AIDS Prevention Knowledge among Youth in Cape Town, South Africa" Journal of Social Sciences 3 (3): 143-151, 2007 ISSN 1549-3652
189. J.Catalan, L. Sherr et al. (eds.) The impact of AIDS: psychological and social aspects of HIV infection (pp. 1-26). Singapore: Harwood Academic Publishers. 1997.
190. N. N. Sarkar "Barriers to condom use" The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care June 2008;13(2):114–122; European Society of Contraception DOI: 10.1080/13625180802011302
191. Lollis, C.M., Johnson, E.H. and Antoni, M.H. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in University students. AIDS Educ. P. 1997;9:551-563.
192. Eléazar Ndabaroraa et al, "Factors that influence utilisation of HIV/AIDS prevention methods among university students residing at a selected university campus" Journal of Social Aspects of HIV/AIDS vol. 11 no. 1 2014.
193. Gert Van Rooy et al, Factors affecting safe sex practices among first year students at the University of Namibia: A Health Belief Model Perspective European Scientific Journal August 2014 /SPECIAL/ edition ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.
194. Annemarie E. Meiberg et al, 2008; Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa East African Journal of Public Health Volume 5 Number 2 August 2008
195. Amar Fathi Mohamed Khalifa, Elsadig Mahgoub Eltayeb, Awad Ali Mohamed Ahmed Alawad. HIV-Related Stigma as Barrier to Voluntary Counselling and Testing among University Students in Sudan. International Journal of Public Health Research. Vol. 2, No. 4, 2014, pp. 33-36.



196. Brener ND, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolescent Health* 2003;33:436–57.



KAPITULLI VI - SHTOJCA

6.1 PYETESOR PER HIV/AIDS

Ne kuader te disertacionit per marrjen e titullit “Doktor” ne shkencat infermiore jam duke bërë *një studim* me teme : **Perceptimet e studenteve te Universitetit te Vlores rreth sjelljeve seksuale dhe riskut te infektimit me HIV.**

Ky punim ka per qellim te vleresoje njohuritë e përgjithshme rreth **HIV/AIDS** dhe masave parandaluese, praktikave seksuale, perceptimeve tuaja ndaj barrierave dhe besimeve ndaj shendetit lidhur me kete infeksion, vleresimin e nivelit te stigmes ndaj personave qe jetojne me HIV, qendrimeve tuaja ndaj sjelljeve risikoze seksuale qe mund t’ju bëjnë të prekshem ndaj ketij infeksioni seksualisht të transmetueshem.

Pjesëmarrja juaj në këtë studim është shumë e rëndësishme, sepse informacioni i grumbulluar do të ndihmojë specialistët e shëndetit për të vlerësuar situatën aktuale lidhur me HIV/AIDS tek të rinjtë universitarë, do të ndihmojë politikbërësit dhe profesionistët e tjerë të shëndetit, të ndërtojnë programe sa më specifike dhe të përshtatshme për ju, si dhe për të përmirësuar programet ekzistuese.

Pyetësi është anonim, pra ju nuk do të shënoni emrin tuaj aty. Çdo informacion që do të merret prej jush do të ruhet në mënyrë konfidenciale dhe asnjëri nuk do ta dijë se çfarë do të shkruani ju aty. Ju lutemi, lexoni me kujdes çdo pyetje dhe *rrethoni vetem një përgjigje* bazuar në atë që ju, dini, mendoni dhe bëni realisht.

Pyetësi kërkon rreth **30 minuta kohë** për t’u plotësuar. Nëse ju jeni dakort te merrni pjese mund të firmosni.

Emri i studiuesit:

MSc Rezarta Lalo

Phd candidate

Pedagoge FSHP UV



1. Të dhënat personale te pjesëmarrësit

- 1.1 Moshë: _____
- 1.2 Gjinia: Mashkull Femer
- 1.3 Vendbanimi: Fshat Qytet
- 1.4 Gjendja ekonomike: E dobët Mesatare Shumë e mirë
- 1.5 Perkatësia / besimi fetar : Mysliman Katolik Ortodoks Ateist
- 1.6 Gjendja civile: Beqar/e I/e martuar I/e divorcuar Bashkejetoj
- 1.7 Eksperiencë seksuale (keni kryer/kryeni sex): Po Jo
- 1.8 Me kë jetoni aktualisht: Me familjen
Në konvikt
Me miq në apartament me qera
Vetëm në apartament me qera
- 1.9 Dega e studimit: Infermieri e përgjithshme/Mami infermier
Jo infermieri / Jo mami-infermier
- 1.10 Viti i studimit: Viti I Bachelor
Viti II Bachelor
Viti III Bachelor

2. Karakteristikat seksuale dhe perceptimi i riskut për HIV tek studentet që i janë përgjigjur Po pyetjes 1.7

- 2.1 Në çfarë moshë keni kryer për herë të parë marrëdhënie seksuale?
- 14 vjeç ose më pak
15-18 vjeç
19 vjeç e lart
- 2.2 Gjate jetës tuaj me sa partnerë keni kryer marrëdhënie seksuale?
- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1 partner/e | <input type="checkbox"/> | 4 partnerë/e | <input type="checkbox"/> |
| 2 partnerë/e | <input type="checkbox"/> | 5 partnerë/e | <input type="checkbox"/> |
| 3 partnerë/e | <input type="checkbox"/> | 6 ose më shumë | <input type="checkbox"/> |
- 2.3 A e përdorni kondomin (prezervativin) gjatë marrëdhënies seksuale?
- Asnjehere
Ndonjehere
Gjithmonë



2.4 A përdorni alkol dhe/ose drogë para ose gjatë marrëdhënies seksuale

Po

Jo

2.5 A keni kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale të dhunshme (pa dëshirën tuaj)?

Po Jo

2.6 Nese Po cili është dhunuesi?

I panjohur ; Shoku ; I afërm/familjar ; Ish/i dashuri ;

Tjetër _____

2.7 A keni risk për marrjen e infeksionit HIV sipas perceptimit tuaj?

Nuk kam risk

Risk i vogël

Risk mesatar

Risk i lartë

Nuk e di

2.8 A e keni kryer ndonjëherë testin për HIV?

Po

Jo

2.9 Nese do të diagnostikoheshit me HIV a do të mbanit partner seksual?

Po

Jo



3. Njohuri të përgjithshme mbi HIV/AIDS

Njohuri te përgjithshme	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Dakord	Plotësisht dakord	Nuk e di
3.1 Një person me HIV mund të duket i shëndetshëm për shumë vite	1	2	3	4	5
3.2 HIV mund të transmetohet nëpërmjet pështymës	1	2	3	4	5
3.3 HIV mund të transmetohet nëpërmjet puthjes me personin e infektuar	1	2	3	4	5
3.4 HIV mund të transmetohet nëpërmjet pickimit të mushkonjës	1	2	3	4	5
3.5 HIV mund të transmetohet nga shtrëngimi i duarve me personin e infektuar	1	2	3	4	5
3.6 Nje grua shtatzënë mund ta transmetojë virusin tek fetusin e saj	1	2	3	4	5
3.7 HIV është një sëmundje e njerëzve të varfër	1	2	3	4	5
3.8 Duke bërë një banjo të shpejtë pas seksit të pambrojtur mund të zvogëlohet risku i marrjes së HIV	1	2	3	4	5
3.9 Terapia antiretrovirale ose ARV siguron kurimin e AIDS	1	2	3	4	5
3.10 Nje person nuk mund të marrë HIV duke patur marrëdhënie seksuale me një person sapo të infektuar me HIV	1	2	3	4	5
3.11 Gjatë përdorimit të gjilpërave (shiringave) të përbashkëta mund të rritet shanci i marrjes së HIV-it	1	2	3	4	5
3.12 Vetëm njerëzit që duken të sëmurë mund ta përhapin virusin e AIDS	1	2	3	4	5
3.13 Vajzat nuk mund ta marrin HIV nga djemtë që kanë kryer marrëdhënie seksuale vetëm disa herë	1	2	3	4	5

4. Burimi i informacionit mbi HIV/AIDS

- 4.1 Bisedat me prinderit 4.5 Interneti
- 4.2 Bisedat me shoket/shoqet 4.6 Gazetat/Librat/Fletpalosjet/Broshurat
- 4.3 Partneri/ja 4.7 Televizion/Radio
- 4.4 Shkolla 4.8 Punonjesit shëndetsore
- 4.9 Nuk kam informacion/njohuri mbi HIV/AIDS



5. Sjelljet seksuale

Qendrimet ndaj sjelljeve seksuale	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Dakord	Plotesisht dakord	Nuk e di
5.1 Të kryerit marrëdhënie seksuale e bën një djalë dhe një vajzë më të famshëm	1	2	3	4	5
5.2 Te paturit shume partnere seksuale nuk eshte risikoze	1	2	3	4	5
5.3 Marrredhenia seksuale me disa partnere njekoheisht mund ta vendosë dikë në risk të infektimit me HIV (seksi ne grup)	1	2	3	4	5
5.4 Eshte mirë të angazhohesh në aktivitete seksuale për lekë, dhurata ose favore (punonjes seksi)	1	2	3	4	5
5.5 Unë preferoj te jap lekë dikujt në shkëmbim të seksit	1	2	3	4	5
5.6 Të bërit sex me një partner, HIV statusi i të cilit nuk dihet, mund t'ju rrezikojë ju për marrjen e HIV	1	2	3	4	5
5.7 Një person nuk mund ta marrë HIV herën e parë që ai ben sex	1	2	3	4	5
5.8 Marrredhenia seksuale me të njejtin sex është e sigurtë	1	2	3	4	5
5.9 Një person nuk mund ta marrë HIV duke bërë sex te pambrojtur me një person më të ri se ai/ajo	1	2	3	4	5
5.10 Eshte e rrezikshme të merresh me aktivitete seksuale pas perdorimit te alkolit ose droges intravenë	1	2	3	4	5
5.11 Nje grua mund te marre HIV nese kryen seks anal me nje burre	1	2	3	4	5
5.12 Eshte e rëndësishme te bisedosh me prindërit e tu për sjelljet/dyshimet e tua seksuale	1	2	3	4	5

6. Njohuri për masa parandaluese

Njohuri mbi masat parandaluese	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Dakord	Plotesisht dakord	Nuk e di
6.1 Duke përdorur kondomin gjate seksit mund të zvogelohet risku i marrjes se HIV	1	2	3	4	5
6.2 Kondomi nuk është i besueshem	1	2	3	4	5
6.3 Kondomi ndërhyt në kënaqesinë seksuale	1	2	3	4	5
6.4 Partneri im kundërshton të përdorë kondomin	1	2	3	4	5
6.5 Abstenimi (heqja dore) nga seksi eshte masa më e mirë e mbrojtjes së vetvetes	1	2	3	4	5
6.6 Ju nuk mund ta merrni HIV-in nga një partner që ju e keni njohur për më shumë se 1 vit	1	2	3	4	5
6.7 Ju mund të mos ta përdorni një kondom me dikë qe mund t'ju japë juve dhurata në këmbim (të mosperdorimit të tij)	1	2	3	4	5
6.8 Përdorimi i droges ose alkolit mund të pakësojë aftësinë për të perdorur saktë nje kondom	1	2	3	4	5
6.9 Te paturit vetëm të një partneri seksual mund të pakësojë riskun e marrjes së HIV-it	1	2	3	4	5
6.10 Ka nje vaksine qe ndalon marrjen e HIV	1	2	3	4	5
6.11 Edhe pse nuk kam një kondom, unë do të kryej marrëdhënie seksuale gjithsesi	1	2	3	4	5
6.12 Unë duhet të refuzoj të bëj sex pa kondom	1	2	3	4	5



7. Barriera dhe Besime lidhur me HIV/AIDS

Barriera dhe Besime	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Dakord	Plotesisht dakord	Nuk e di
7.1 Të bërit sex një herë në javë mund të zvogëlojë riskun e infektimit me HIV	1	2	3	4	5
7.2 Njerezit e fesë (te kishës, xhamisë) nuk mund ta marrin HIV	1	2	3	4	5
7.3 Nje person duhet te shqetesohet rreth HIV/AIDS vetem nese ai/ajo fillon te semuret	1	2	3	4	5
7.4 Une nuk do te mund te shkoja ne nje klinike te testohesha per HIV sepse cdo njeri do te dinte statusin tim	1	2	3	4	5
7.5 Une besoj se HIV eshte nje ndeshkim nga Zoti per sjellje imorale	1	2	3	4	5
7.6 Nje person i infektuar me HIV mund të identifikohet nga pamja e tij/e saj e dobët, e hollë	1	2	3	4	5
7.7 Gjatë aktit seksual, do te fyhesha nëse partneri do të sugjeronte kondomin per parandalimin e HIV	1	2	3	4	5
7.8 Një person që ka patur marrëdhënie seksuale shumë herë në jeten e tij/saj bëhet imun ndaj infeksionit të HIV-it	1	2	3	4	5
7.9 Shancet e marrjes së HIV nuk do të më ndalonin për të kryer marrëdhënie seksuale	1	2	3	4	5
7.10 Nëse do të kisha marrëdhënie seksuale, do të më vinte turp ti kerkoja partnerit qe te testoheshim për HIV/AIDS	1	2	3	4	5

8. Qendrimet ndaj personave që jetojnë me HIV. Stigma

Qendrimet ndaj personave me HIV/AIDS	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Dakord	Plotesisht dakord	Nuk e di
8.1 Unë ende mund të jem nje mik me një person me HIV	1	2	3	4	5
8.2 Një person me HIV duhet të trajtohet njëllor si një person pa HIV	1	2	3	4	5
8.3 Unë mund të punoj me një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.4 Unë mund të qendroj në një bankë me një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.5 Unë mund ta puth një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.6 Unë mund ta mbaj dhe shtrëngoij dorën me një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.7 Unë mund të notoj ose të bëj banjë me një person qe jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.8 Unë mund te fle në të njëjtin krevat me një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.9 Unë mund te luaj me nje person qe jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.10 Unë mund të përdor të njëjtat enë me një person që jeton me HIV	1	2	3	4	5
8.11 Një punonjës/e që është me HIV duhet të punojë akoma aq gjatë sa të jetë i/e aftë për punë	1	2	3	4	5
8.12 Unë do të kujdesesha për një të afërm të infektuar me HIV/AIDS	1	2	3	4	5

Ju faleminderit !

PS. Numrat me ngjyre te kuqe tregojne pergjigjet e sakta.



6.2 Analiza statistikore e rezultateve

6.2.1 Ndërtimi i modelit të regresionit midis Njohurive të studentëve mbi HIV/AIDS dhe faktorëve socialdemografike.

Përcaktojmë variablat objekt të analizës sonë. Variablin e varur dhe variablat e pavarur.

Janë bërë 721 vrojtme nëpërmjet Pyetësorit të bashkëngjitur. Rezultatet janë paraqitur në Tabelën 1.

Variabli i varur është: “Niveli i njohurive mbi HIV/AIDS te studentët”

Popullsia: Studentët e Universitetit “Ismail Qemali” Vlorë.

Zgjedhja: 721 studentë.

Variablat e pavarur janë: Gjinia, Moshë, Statusi Civil, Dega, Viti, Vendbanimi, Akomodimi, Gjendja ekonomike, Përkatësia fetare, Eksperienca seksuale, Numri i partnerëve seksualë, Moshë e marrëdhënies së parë seksuale.

Përshkrimin e cdo variabli dhe nivelet e tij e jep tabela me poshtë;

Variabli i Pavarur	Vlera	Pershkrimi
Gjinia	Femer Mashkull	Cilesor
Moshë	18-40 vjec	Sasior
Vendbanimi	Fshat Qytet	Cilesor
Statusi civil	Beqar I martuar Bashkejetues I/e divorcuar	Cilesor
Niveli ekonomik	Dobet Mesatare Shume e mire	Cilesor
Akomodimi	Me familjen Ne konvikt Me miq me qera Vetem me qera	Cilesor
Perkatesia fetare	Mysliman I krishtere Katolik Ateist	Cilesor
Eksperienca seksuale	Po Jo	Cilesor
Moshë e fillimit te seksit	14 vjec ose me pak 15-18 Mbi 18 vjec	Sasior
Nr i partnereve seksuale	1-6 dhe me teper	Sasior
Nr. i mjeteve te informimit	1-8	Sasior



Ekuacioni i ndërtuar është ekuacion logaritmik sepse variabli i varur është cilësor (Njohuritë mbi HIV/AIDS). Ekuacioni llogarit probabilitetin për të patur Njohuri të mira mbi HIV/AIDS sipas variablave të pavarur.

Probabiliteti i modeluar është Njohuritë = '1'. (Probabiliteti për të patur njohuri të mira) Njohuri të mira janë përfshirë (Njohuri të mira dhe Shumë të mira). Në të kundërt kemi Njohuri jo aq të mira (Njohuritë = '0').

Duke përdorur procedurën *The Logistic Procedure* në SAS 9.1 dhe duke përdorur seleksionimin e variablave Step By Step kemi rezultatet e mëposhtme.

Variablat që selektohen nga programi për t'u përfshirë në model janë: Gjinia, Perkatesia fetare, Viti akademik.

Variablat e tjerë nuk janë përfshirë në model për arsye se ndikimi i tyre nuk mund të jetë domethënës dhe njëkohësisht janë eliminuar ata që janë shumë të korreluar me njëri-tjetrin.

Interpretojmë rezultatet e programit SAS.

a) Kriteri i konvergencës së vlerave.

Nëse modeli nuk konvergon (pra nuk plotësohet ky kriter) atëherë rezultatet janë të pakuptueshme dhe duhet përdorur metodë tjetër studimi e tyre. Në rastin tonë kemi konfirmimin (Satisfied)

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Type 3 Analysis of Effects			
Treguesi Ëald			
Effect	DF	Hi-katror	Pr > ChiSq
Gjinia	1	19.7805	<0.0001
Perkatesia fetare	3	9.5858	0.0224
Viti	2	7.1953	0.0274

b) Kontrolli i hipotezës mbi tërësinë e modelit

Me anë të këtij kontrolli testohet Hipoteza mbi tërësinë e modelit. Pra që asnjë nga Betat nuk është 0. Këtë e tregojnë vlerat e vogla të dy treguesve të parë të tabelës së mëposhtme janë ekuivalentë me F-test për rëndësinë e modelit. Treguesi Ëald është testuesi i rëndësisë së cdo koeficienti para variablave të pavarur në model. Ai është ekuivalent me t-test dhe vlera e vogël e tij (<0.0001) tregon se cdo koeficient është i rëndësishëm.



The Logistic Procedure			
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Hi-katror	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	39.5561	6	<.0001
Score	38.2798	6	<.0001
Ēald	36.5159	6	<.0001

c) Kriteri i vlerësimit të modelit tonë.

AIC, SBC dhe -2Log likelihood tregojnë që modeli ynë me variablin e zgjedhur Njohurite mbi HIV/AIDS është më i mirë sesa modeli vetëm me konstanten. Këtë e tregojnë vlerat e **Intercept and Covariates** më të vogla se **Intercept Only**

Model Fit Statistics

Model Fit Statistics		
Intercept and		
Criterion	Only	Covariates
AIC	929.704	902.148
SC	934.282	934.193
-2 Log L	927.704	888.148

d) Modeli i përafrimit maksimal.

Nëpërmjet përafrimit jepet modeli ynë me parametrat që do të përbëjnë atë, konstantja dhe koeficientët para variablit të pavarur. Treguesit negativë të **Estimate** tregojnë se këta variabla ndikojnë negativisht në probabilitetin për të pasur Njohuri të mira dhe treguesit pozitivë ndikojnë pozitivisht në probabilitet.

Analiza e përafrimit maksimal

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Ēald		
				Hi-katror	Pr > ChiSq	
Intercept	1	1.1097	0.2687	17.0526	<.0001	
Gjinia	1	-0.7257	0.1632	19.7805	<.0001	
Perkatesia_fetare	0	1	-0.2441	0.2639	0.8558	0.3549
Perkatesia_fetare	1	1	0.3422	0.3428	0.9961	0.3183
Perkatesia_fetare	2	1	0.4986	0.3180	2.4580	0.1169
Viti I	1	-0.2389	0.1132	4.4501	0.0349	
Viti II	1	-0.0641	0.1122	0.3261	0.5679	



e) Tabela e probabiliteteve relative.

Kjo tabelle tregon lidhjen midis probabiliteteve relative (Odds ratio) të klasave të variablove të pavarur në model.

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Ëald Confidence	Limits
Gjinia	0.484	0.352	0.666
Perkatesia fetare 0 vs 3	1.423	0.228	8.870
Perkatesia fetare 1 vs 3	2.557	0.372	17.564
Perkatesia fetare 2 vs 3	2.990	0.450	19.856
Viti I vs III	0.582	0.390	0.868
Viti II vs III	0.693	0.466	1.030

Duke parë Odds Ratio kemi që probabiliteti i Njohurive të mira të meshkujt është sa 50% e probabilitetit të femrave. Studentët Myslimanë kanë probabilitet 1.4 herë më tepër për njohuri të mira mbi HIV në krahasim me ata Ateistë. Studentet katolikë kanë 2.6 herë më tepër probabilitet për njohuritë mira mbi HIV sesa ata ateistë. Studentët Ortodokse kanë probabilitet afro 3 herë më tepër se ata ateistë. Studentët e vitit I kanë 58% të probabilitetit për Njohuri të mira sesa Viti III ose me qartë viti II ka 1.72 here me teper probabilitet per te pasur Njohuri te mira, kurse Viti II ka 70% të probabilitetit të Vitit III ose Viti III ka 1.4 here me teper se Viti II per Njohuri te mira..

f) Pershtatshmeria e modelit.

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	58.3	Somers' D	0.276
Percent Discordant	30.7	Gamma	0.309
Percent Tied	11.0	Tau-a	0.125
Pairs	117030	c	0.638

g) Percent Concordant

58.3% tregon se modeli është përfaqesues 58.3% i fenomenit Njohuritë mbi HIV/AIDS të studentët. Ai vlereson aftësinë e modelit për të matur probabilitetin e ndodhjes së fenomenit. Sa më i lartë aq më i mirë modeli.

h) Ekuacioni logaritmik.

Së fundmi mund të japim një ekuacion për spjegimin e Njohurive mbi HIV/AIDS nga faktorët e ndryshëm.

Log P (Njohuri të mira mbi HIV/AIDS) = 1.1097 - 0.7257 Mashkull - 0.2441 Mysliman + 0.3422 Katolik + 0.4986 Ortodoks - 0.2389 Viti (I) - 0.0641 Viti (II)



Kështu, një student Mashkull, ateist, Viti III do të llogaritet në këtë mënyrë log (P) për njohuri të mira.

$$\text{Log P (Njohuri te mira mbi HIV/AIDS)} = 1.1097 - 0.7257*1 - 0.2441*1 + 0.3422*0 + 0.4986*0 - 0.2389*0 - 0.0641*0 = 0.1399$$

$$P = \frac{e^{0.1399}}{1 + e^{0.1399}} = 0.53$$

Pra, probabiliteti i këtij një student me këto të dhëna është 53% për të patur njohuri të mira mbi HIV/AIDS.

6.2.2 Ndërtimi i modelit të regresionit midis “Qëndrimit të studentëve ndaj personave me HIV” dhe faktorëve që ndikojnë në të.

Përcaktojmë variablat objekt të analizës sonë. Variablin e varur dhe variablat e pavarur.

Variabli i varur është: “Qëndrimi ndaj personave me HIV”

Popullsia: Studentët e Universitetit “Ismail Qemali” Vlorë.

Zgjedhja: 721 studentë.

Variablat e pavarur janë: Njohuritë mbi HIV/AIDS, Perceptimi i sjelljeve risikoze, Sjelljet seksuale.

Variabli i pavarur	Vlerat	Përshkrimi
Njohuritë mbi HIV/AIDS	Jo aq të mira	Cilësor
	Të mira	
	Shume te mira	
Perceptimi i barrierave dhe besimeve	Jo aq i drejte	Cilësor
	I drejtë	
	Shume i drejte	
Sjelljet seksuale	Jo aq korrekte	Cilesor
	Korrekte	
	Shumë korrekte	

Ekuacioni i ndërtuar është ekuacion logaritmik sepse variabli i varur është cilësor (Qëndrimi ndaj personave që jetojnë me HIV). Ekuacioni llogarit probabilitetin për të patur Qëndrim Korrekt në varësi të variablave të pavarur. Probabiliteti i modeluar është Qëndrimi=1'. (Probabiliteti për të patur Qëndrim Korrekt). Në Qëndrim Korrekt janë përfshirë (Korrekt dhe Shumë korrekt). Në të kundërt kemi Qëndrim jo aq Korrekt (Qëndrimi = '0').

Duke përdorur procedurën *The LOGISTIC Procedure* në SAS 9.1 dhe duke përdorur seleksionimin e variablave Step By Step kemi rezultatet e mëposhtme.



Variabli “Njohuritë mbi masat parandaluese” nuk është përfshirë në model për arsye se ndikimi i tij nuk mund të jetë domethënës dhe njëkohësisht është shumë i korreluar me Njohuritë mbi HIV/AIDS.

Interpretojmë rezultatet e programit SAS.

a) Kriteri i konvergencës së vlerave.

Nëse modeli nuk konvergon (pra nuk plotësohet ky kriter) atëherë rezultatet janë të pakuptueshme dhe duhet përdorur metodë tjetër studimi e tyre. Në rastin tonë kemi konfirmimin (Satisfied).

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Type 3 Analysis of Effects			
Ëald			
Effect	DF	Hi-katror	Pr > ChiSq
Njohurite mbi HIV/AIDS	1	16.8448	<.0001
Sjelljet seksuale	1	7.6861	0.0056
Perceptimi i barrierave	1	19.7797	<.0001

b) Kontrolli i hipotezës mbi tërësinë e modelit

Me anë të këtij kontrolli testohet Hipoteza mbi tërësinë e modelit. Pra që asnjë nga Betat nuk është 0. Këtë e tregojnë vlerat e vogla të dy treguesve të parë të tabelës së mëposhtme janë ekuivalentë me F-test për rëndësinë e modelit. Treguesi Ëald është testuesi i rëndësisë së cdo koeficienti para variablave të pavarur në model. Ai është ekuivalent me t-test dhe vlera e vogël e tij (<0.0001) tregon se cdo koeficient është i rëndësishëm.

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Hi-katror	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	75.2941	3	<.0001
Score	72.3396	3	<.0001
Ëald	64.7838	3	<.0001

c) Kriteri i vlerësimit të modelit tonë.

AIC, SBC dhe -2Log likelihood tregon që modeli ynë me variablin e zgjedhur “Qëndrimi ndaj personave që jetojnë me HIV” është më i mirë sesa modeli vetëm me konstanten. Këtë e tregojnë vlerat e **Intercept and Covariates** më të vogla se **Intercept Only**.



Model Fit Statistics		
	Intercept	and
Criterion	Only	Covariates
AIC	973.420	904.126
SC	977.976	922.348
-2 Log L	971.420	896.126

d) Modeli i përafritit maksimal.

Nëpërmjet përafritit jepet modeli ynë me parametrat që do të përbëjnë atë, konstantja dhe koeficientët para variablit të pavarur. Treguesit negativë të **Estimate** tregojnë se këta variabla ndikojnë negativisht në probabilitetin për të pasur Njohuri të mira dhe treguesit pozitivë ndikojnë pozitivisht në probabilitet.

Analiza e përafritit maksimal

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
	Standard	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Parameter	DF				
Intercept	1	-0.4689	0.1269	13.6624	0.0002
Njohurite mbi HIV AI 0	1	-0.3612	0.0880	16.8448	<.0001
Sjelljet seksuale 0	1	-0.3476	0.1254	7.6861	0.0056
Perceptimi i barrierave 0	1	-0.4444	0.0999	19.7797	<.0001

e) Tabela e probabiliteteve relative.

Kjo tabelë tregon lidhjen midis probabiliteteve relative (Odds ratio)btë klasave të variablave të pavarur në model.

Odds Ratio Estimates				
Effect	Point Estimate	95% Confidence Limits	Standard Error	
Njohurite mbi HIV AIDS	0 vs 1	0.486	0.344	0.686
Sjelljet seksuale	0 vs 1	0.499	0.305	0.816
Perceptimi i barrierave	0 vs 1	0.411	0.278	0.608

Studentët me Njohuri jo të mira mbi HIV/AIDS kanë 50% të probabilitetit të atyre me Njohuri të mira për Qëndrime Korrekte ndaj personave me HIV. Studentët me Sjellje seksuale Jo Korrekte kanë 50% të probabilitetit të atyre që kanë sjellje korrekte për të pasur Qëndrime Korrekte ndaj personave me HIV. Studentët me Perceptim të barrierave Jo të drejtë kanë 41% të probabilitetit të atyre me Perceptim të drejtë për Qëndrim Korrekt ndaj personave me HIV.



f) *Pershtatshmeria e modelit.*

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	73.3	Somers' D	0.580
Percent Discordant	15.3	Gamma	0.654
Percent Tied	11.3	Tau-a	0.147
Pairs	62895	c	0.790

g) *Percent Concordant*

73.3% tregon se modeli është përfaqësues 73.3% i fenomenit Qëndrimi ndaj personave që jetojnë me HIV. Ai vlerëson aftësinë e modelit për të matur probabilitetin e ndodhjes së fenomenit. Sa më i lartë aq më i mirë modeli.

h) *Ekuacioni logaritmik.*

Së fundmi mund të japim një ekuacion për shpjegimin e Qëndrimit ndaj personave që jetojnë me HIV nga faktorët e ndryshëm.

Log P (Qëndrim Korrekt) = -0.4689 - 0.3612 (Njohuri jo të mira) - 0.3476 (Sjellje jokorrekte) - 0.4444 (Perceptim jo i drejtë).

6.2.3 Percaktimi i madhësisë së mostres:

Madhësia e mostres duhet të jetë sa më përfaqësuese në mënyrë që të kryehen analiza të besueshme statistikore (Kothari, 2004). Janë marrë të dhëna kriteret :

- Studentet e Universitetit të Vlores,
- Ndarjen në dege e vite të studentëve brenda universitetit .

Numri i studentëve në Bachelor në Universitetin e Vlores është 8151 studente dhe sipas viteve paraqiten në tabelën e mëposhtme:

Studente gjithsej Viti akademik 2014-2015			
Viti	Gjithsej	Fak. Shendetit Publik	%
Viti I	3742	376	10.05%
Viti II	2290	330	14.41%
Viti III	2119	272	12.84%

Në këto kushte u bë një zgjedhje që të pershtatej me raportet e studentëve nëpër vite. Kështu kemi zgjedhur 236 studente Viti I, 253 Viti II dhe 232 Viti III si dhe 290 studente në degen Infermieri dhe 431 studente të viteve të tjera.

Një prej menyrave që përdoret për përcaktimin e vëllimit të zgjedhjes është ajo që bazohet në saktësinë e kërkuar dhe mbi këto baze përcaktohet vëllimi më i vogël i zgjedhjes që siguron këtë vlerësim. Për përcaktimin e vëllimit të nevojshëm të zgjedhjes është përdorur formula Cochran për variablat kategorike e cila varet nga intervali i besimit, marzhi i gabimit dhe vlera Z që i korrespondon nivelit të besimit të kërkuar.



$$n_0 = \frac{(t)^2 * (p)(q)}{(d)^2}$$

Ku t = vlera Z per gabimin 0.05=1.96. (p)(q) = variance 0.25 dhe d = marzhi i gabimit = 0.05. Nga llogaritjet kemi $n_0 = 384$ dhe n_1 = vllimi i zgjedhjes i korrigjuar me popullimin qe ne kemi marre ne studim. Keshtu kemi:

$$n_1 = \frac{n_0}{(1 + n_0 / \text{Popullimi})}$$

$$n_1 = \frac{(384)}{(1 + 384/8151)} = 367$$

Ku popullimi eshte i barabarte me 8151. Gjithashtu mund te perdorim tabelen Cochran si me poshte:

Tabele per percaktimin e madhesisse minimale te samplit						
Madhesia e popullates per te dhenat e vazhdueshme dhe kategorike						
Madhesia e samplit						
Te dhenat e vazhdueshme (marzhi i gab.= 0.03)				Te dhenat kategorike (marzhi i gab.= 0.05)		
Popullata	alpha=.10 t=1.65	alpha=.05 t=1.96	alpha=.01 t=2.58	p=0.50 t=1.65	p=0.50 t=1.96	p=0.50 t=2.58
100	46	55	68	74	80	87
200	59	75	102	116	132	154
300	65	85	123	143	169	207
400	69	92	137	162	196	250
500	72	96	147	176	218	286
600	73	100	155	187	235	316
700	75	102	161	196	249	341
800	76	104	166	203	260	363
900	76	105	170	209	270	382
1,000	77	106	173	213	278	399
1,500	79	110	183	230	306	461
2,000	83	112	189	239	323	499
4,000	83	119	198	254	351	570
6,000	83	119	209	259	362	598
8,000	83	119	209	262	367	613
10,000	83	119	209	264	370	623

Shenim: Marzhi i gabimit i perdorur ne tabele eshte 0.03 per te dhenat e vazhdueshme dhe 0.05 per te dhenat kategorike. Kerkuesit mund ta perdorin kete tabele nese marzhi i gabimit te treguar eshte i pershtatshem per studimin e tyre; megjithate, madhesia e duhur e samplit mund te llogaritet nese keto perqindje gabimesh nuk jane te pershtatshme ose te duhurat. Tabela eshte hartuar nga Bartlett, Kotrlik, & Higgins

Ne kemi zgjedhur 721 studente te ndare ne vite: 236 viti I-re, 253 viti II-te dhe 232 studente te vitit te III-te. Kjo zgjedhje mendojme qe eshte perfaqesuese per me teper se eshte me e madhe se 367 qe eshte vllimi i zgjedhjes se kerkuar per studimin tone me ane te llogaritjeve.



ABSTRAKT

Hyrje: Shëndeti seksual i të rinjve është konsideruar një problem i Shëndetit Publik. Të rinjtë shqiptarë megjithëse kanë njohuri relativisht të mira rreth infeksionit HIV/AIDS, praktikojnë sjellje seksuale me risk dhe mbajnë qëndrime stigmatizuese ndaj personave që jetojnë me këtë virus.

Qëllimi: Vlerësimi i perceptimeve të studentëve të Universitetit të Vlorës rreth sjelljeve seksuale dhe riskut ndaj infektimit me HIV në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme informuese, edukuese dhe parandaluese.

Metodologjia: Është një studim deskriptiv cross-sectional dhe një metodë kuantitative që mbledh informacion nëpërmjet një pyetësi të strukturuar me vetadministrim nga një kampion prej 721 studentësh të UV të përzgjedhur në mënyrë rastesore. Për analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor SAS version 9.1.

Rezultatet: Shumica e studentëve të UV, 65% kishin njohuri të mira mbi HIV/AIDS, por 29% prej tyre manifestonin praktika seksuale riskoze. Prevalenca e marrëdhënieve seksuale është 67%, ndersa 56% prej tyre kanë kryer marrëdhënie seksuale në moshë të hershme. 11% e studentëve kane kryer seks nën efektin e alkolit/drogës, ndërkohë që vetëm 21% e perceptojnë riskun e infektimit me HIV. Rreth 22% nuk e kanë përdorur kurrë kondomin, ndërsa 44% nuk e kanë përdorur në mënyrë konsistente. 78% nuk e kanë kryer testin për HIV dhe frika ndaj stigmatizimit ishte një nga barrierat e moskryerjes së tij ($p < 0.0001$). Studentët me njohuri më të mira mbanin qëndrime më të favorshme ndaj personave që jetojnë me HIV ($p < 0.0001$). Studentët që kishin perceptime të gabuara ndaj barrierave dhe besimeve të shëndetit lidhur me HIV/AIDS, manifestonin praktika më riskoze ($p = 0.2964$).

Konkluzione: Studentët e UV treguan një nivel të kënaqshëm të njohurive mbi HIV/AIDS, por informacion të limituar lidhur me disa prej rrugëve të transmetimit të tij dhe qëndrim stigmatizues ndaj personave me HIV. Promocioni i sjelljeve seksuale të shëndetshme, informimi i vazhdueshëm i të rinjve mbi HIV/AIDS, konsiderohen strategji parandaluese me impakt të dallueshëm në shëndetin e tyre.

Fjalët kyçe: Infeksioni HIV/AIDS, marrëdhënie seksuale, student, njohuri, praktika, qëndrim stigmatizues, Universiteti i Vlores.

ABSTRACT

Introduction: Sexual health of the youth is considered a problem of the Public Health. The Albanian youth practice risky sexual behaviour and have stigmatizing views toward HIV infected people, even though they have relatively good knowledge on HIV/AIDS infection.

Aim: To evaluate the perceptions of the students of Vlore University toward sexual behaviours and the risk of HIV infection in order to design appropriate informing, educative and preventive programs.

Methodology: This is a cross-sectional descriptive study, and we used a quantitative method. The information was collected through a structured questionnaire, on a randomly selected sample of 721 students of Vlore University. To analyze the data we used SAS version 9.1 statistical program.

Results: Most of the students, 65% had good knowledge on HIV/AIDS, but 29% manifested risky behaviours. The prevalence of sexual relations was 67%, while 56% had sexual relations in relatively early age. 11% of the students had sexual relations under the effect of alcohol and drugs, meanwhile only 21% considered the risk of getting infected with HIV. Around 22% never used a condom, 44% did not use it consistently. 78% had not been tested for HIV and the fear of stigmatization was one of the main barriers preventing them from getting tested ($p < 0.0001$). The students with better knowledge had better attitudes toward other people who were infected with HIV ($p < 0.0001$). Students with wrong perceptions to the barriers and health beliefs related to HIV/AIDS manifested riskier sexual practices ($p = 0.2964$).

Conclusions: The students of Vlore University manifested a satisfactory level of knowledge on HIV/AIDS, but they had limited information related to some of the ways of HIV transmission and presented stigmatizing attitudes to HIV infected people. The promotion of healthy sexual behaviours and continuous information on HIV/AIDS are considered preventive strategies with significant impact on the youth health.

Key World: HIV/AIDS infection, sexual intercourse, students, knowledge, practice, stigmatizing attitude, University of Vlores .