

**ИСТРАЖИВАЊА
МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД
ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД
HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА
КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ОМ
2013**

**ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ
ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД
ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД
HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ
ЖИВЕ СА HIV-ом**

Основни резултати, 2013.

Новембар, 2014.

RESEARCH AMONG POPULATIONS MOST AT RISK TO HIV AND AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV

Key findings, 2013

November, 2014

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Потпројекат „Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом” у оквиру пројекта Министарства здравља финансиран из средстава донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије „Унапређење HIV превенције и заштита особа под повећаним ризиком од HIV-а”.

Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Руководилац потпројекта

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Уредништво

Драган Илић

Викторија Цуцић

Слађана Барош

Данијела Симић

Катарина Митић

Ана Марија Динић

Лектура

Тамара Груден

Дизајн и припрема за штампу

Пример, Лозница

Штампа

Ступар Радосав д.о.о, Лозница

Тираж

300 примерака

ОРГАНИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом (ИСТРАЖИВАЊА)

Носилац потпројекта Истраживања

Министарство здравља Републике Србије – Јединица за имплементацију HIV пројекта Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

Реализатор потпројекта Истраживања

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Супервизија потпројекта Истраживања

Мр сц. мед. Катарина Митић

Министарство здравља, Јединица за имплементацију HIV пројекта из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

Руководилац потпројекта Истраживања

Прим. др сц. мед. Драган Илић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Координација потпројекта Истраживања

Слађана Барош

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Чланови Стручног саветодавног тела

Прим. др сц. мед. Драган Илић, руководилац пројекта и главни консултант за истраживање међу особама које се баве сексуалним радом

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Проф. др Викторија Цуцић, главни консултант, консултант за етичка питања и консултант за истраживање међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима

Проф. др Дејана Вуковић, консултант за истраживање међу особама које живе са HIV-ом
Медицински факултет Универзитета у Београду

Проф. Бојан Жикић, консултант за квалитативно истраживање међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима
Филозофски факултет Универзитета у Београду

Др сц. мед. Јасмина Грозданов, консултант за компоненту квалитет здравствене заштите и за истраживање међу децом/младима на институционалном смештају
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Иван Ивановић, консултант за истраживање међу особама на издржавању кривичних санкција
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Данијела Симић, консултант за истраживање међу инјектирајућим корисницима дроге
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Маја Крстић, консултант за истраживање међу младима ромске етничке припадности
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Тим за статистичку обраду података

Предраг Теовановић, консултант и координатор за статистику и статистичку обраду RDS података
Институт за психологију Београд, ФАСПЕР Универзитет у Београду

Неда Стојановић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Тања Мутавцић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Слободанка Томашевић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Тамара Наумовић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ПРЕДГОВОР

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” већ низ година успешно прати национални одговор на HIV инфекцију. Праћење националног одговора је усклађено са препорукама СЗО, UNAIDS-а, ECDC и GFATM (Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије). Национални одговор на HIV инфекцију је дефинисан Стратегијом о HIV инфекцији и AIDS-у, а начин праћења успешности имплементације Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV епидемију и AIDS Републике Србије (План за МиЕ).

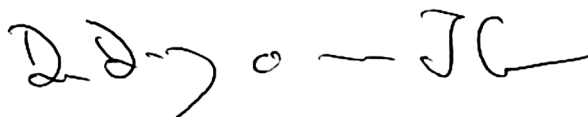
Планом за МиЕ су дефинисани национални и међународни индикатори исхода и утицаја путем којих се прати тренд HIV епидемије код нас и омогућава поређење са светом. Ови индикатори се добијају спровођењем понављаних (био)бихејвиоралних истраживања у кључним популацијама под повећаним ризиком од HIV инфекције. Ова истраживања су препозната кроз различита стратешка документа и међународне препоруке као једна од кључних активности у одговору на HIV епидемију како у свим европским земљама, тако и код нас.

У оквиру HIV пројекта Министарства здравља Републике Србије, финансираног средствима из донације GFATM од 2008. године, подржано је спровођење ових истраживања кроз два пројекта: „Јачање националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга” и „Унапређење HIV превенције и заштита особа под повећаним ризиком од HIV-а”. Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” поверена је имплементација сва четири до сада реализована понављана (био) бихејвиорална истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Четврто истраживање је реализовано крајем 2013. године, а његови резултати представљени у овој публикацији.

За успешну реализацију четвртог (био)бихејвиоралног истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом посебно се захваљујемо на пруженој финансијској и стручној подршци Министарству здравља, GFATM, Јединци Министарства здравља за имплементацију HIV пројекта GFATM; затим Министарству правде и Министарству рада, запошљавања и социјалне политике на омогућавању спровођења истраживања у установама за извршење кривичних санкција и у установама социјалне заштите. Захваљујемо се на подршци пруженој у виду донације брзих тестова на хепатитис Ц, као и удружењима која раде на превенцији HIV инфекције међу истраживаним популацијама и општини Звездара на пруженој подршци у имплементацији истраживања. Такође, захваљујемо се здравственим установама које су омогућиле функционисање система даљег упућивања испитаника, као и уништавање медицинског отпада. Посебну захвалност дугујемо свим појединцима који су се одазвали и прихватили да учествују у истраживањима и својим учешћем омогућили да боље сагледамо постојећи одговор Републике Србије на HIV епидемију.

Остаје одговорност да се настави са реализацијом понављаних (био)бихејвиоралних истраживања и по престанку финансирања реализације истраживања из средства донације GFATM. То ће помоћи даљем успешном праћењу одговора на HIV инфекцију на националном и међународном нивоу и планирању интервенција заснованих на доказима. На тај начин је могуће успешно реализовати дефинисане стратешке циљеве и препоручене међународне мере и акције у оквиру шестог миленијумског циља развоја, Даблинске декларације о посвећености одговору на HIV инфекцију, захтеве постављене у поглављу 28 у оквиру процеса придруживања Европској унији, као и у оквиру Акционог плана Европске комисије за HIV/AIDS у ЕУ и суседним земљама и других обавезујућих међународних аката.

Директор Института за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Батут”



Прим. др сц. мед. Драган Илић

СКРАЋЕНИЦЕ

- AIDS – синдром стечене имунодефицијенције
- ГАК – Гинеколошко-акушерска клиника
- GFATM – Global Fund for Fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria (Глобални фонд за борбу против сиде, туберкулозе и маларије)
- ДЗ – Дом здравља
- ДПСТ – добровољно и поверљиво саветовање и тестирање
- ECDC – енг. European Centre for Disease Prevention and Control
- ЕЖВ – едукација о животним вештинама
- ЗЈЗ – Завод за јавно здравље
- ИЈЗ – Институт за јавно здравље
- ИЈЗС – Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
- ИКД – инјектирајући корисници дроге
- ИП – интервал поверења, енг. CI – *Confidence interval*
- ИТ – информационе технологије
- КЦС – Клинички центар Србије
- КЦВ – Клинички центар Војводине
- КПЗ – Казнено поправни завод
- МиЕ, М&Е – мониторинг и евалуација
- MSM – мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима
- ПАС – психоактивне супстанце
- PLHIV – енг. People Living with HIV, преузето у значењу „особе које живе са HIV-ом”
- ПЗЗ – примарна здравствена заштита
- ППИ – полно преносиве инфекције
- RAP – енг. Rapid Assessment and Response, преузета у значењу „брза процена и одговор”
- RDS – енг. Respondent-Driven Sampling, преузето у значењу „узорковање вођено испитаницима”
- СЗО (WHO) – Светска здравствена организација (World Health Organization)
- SMS – енг. Short Message Service, преузето у значењу „текстуална телефонска порука”
- СР – особе које се баве сексуалним радом, сексуалне раднице/радници

САДРЖАЈ

ОРГАНИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом (ИСТРАЖИВАЊА)	5
ПРЕДГОВОР Драган Илић	7
ОПШТИ ДЕО Слађана Барош, Викторија Цуцић, Тања Јовановић	11
ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈА УЗРОКОВАНИХ HIV-ом И ВИРУСОМ ХЕПАТИТИСА Ц, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ Наташа Мицковски Каталина	23
ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц И УЧЕСТАЛОСТИ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И КРАГУЈЕВЦУ Даниел Мешковић	51
ПРОЦЕНА РИЗИКА ОД HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА ПРОГРАМА ПРЕВЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ: КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА Слађана Барош	79
ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦИМА/РАДНИЦАМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА Богданка Чабак	101
ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ Данијела Ђонић	123
СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ Сандра Шипетић Грујичић	141
ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ КРИВИЧНИХ САНКЦИЈА МИРЈАНА ЖИВКОВИЋ ШУЛОВИЋ	171
СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ОМ ГОРДАНА КРТИНИЋ	199
ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА Данијела Симић	227

О ПШТИ ДЕО

Аутори:

Слађана Барош

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” / Одељење за HIV, полно преносиве инфекције, вирусне хепатитисе и туберкулозу

Проф. др Викторија Цуцић

Проф. др Тања Јовановић

Институт за микробиологију и имунологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

1. УВОД

У оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење HIV превенције и заштите особа под повећаним ризиком од HIV-а” финансираног из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије (GFATM), Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (у даљем тексту: ИЈЗС) је организовао, координисао и спровео укупно седам истраживања и то међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом (у даљем тексту: Истраживања). Надзорни одбор за Истраживања чинили су чланови Комисије за борбу против HIV/AIDS-а и туберкулозе, а супервизију над спровођењем Истраживања је спроводила Јединица Министарства здравља за имплементацију HIV пројеката GFATM (у даљем тексту: ЈМЗ). Истраживања су спроведена у периоду од 3. октобра до 25. децембра 2013. године.

Реализација Истраживања је одобрена од стране:

- Министарства рада и социјалне политике Републике Србије,
- Министарства правде Републике Србије,
- Етичког одбора ИЈЗС.

Истраживања су спроведена уз значајну подршку и у сарадњи са:

- Министарством здравља Републике Србије и ЈМЗ,
- Општином Звездара, Београд – Месна заједница „Булбулдер”,
- MERCK SHARP & DOHME d.o.o, Београд,
- Медицинским факултетом Универзитета у Београду,
- Филозофским факултетом Универзитета у Београду,
- Клиникама за инфективне болести у Београду, Новом Саду и Нишу,
- Заводом за здравствену заштиту студената, Београд,
- Институтом за јавно здравље Војводине, Институтом за јавно здравље Ниш, Институтом за јавно здравље Крагујевац, као и Заводом за јавно здравље Суботица,
- Домом здравља Ниш и Домом здравља Звездара,
- Црвеним крстом Србије, Београд,
- Удружењем „ЈАЗАС”, Београд,
- Удружењем „Слобода права”, Београд,
- Удружењем „Веза”, Београд,
- Удружењем „РеГенерација”, Београд,
- Удружењем „Сигуран пулс младих”, Београд,
- Удружењем „Aid +”, Београд,
- Удружењем „Жена +”, Београд,
- Удружењем „АС”, Београд,
- Удружењем „Омладина ЈАЗАС”-а, Нови Сад,
- Удружењем „Превент”, Нови Сад,
- Новосадским хуманитарним центром,
- Удружењем „Црвена линија”,
- Удружењем Асоцијација „Дуга”, Шабац,
- Удружењем „Путоказ”, Ниш,
- Удружењем „Сунце”, Ниш,
- Домовима за децу и омладину у којима је реализовано истраживање (Центар за заштиту деце, омладине и одојчади „Звечанска”; „Кристина Маркишић”, Алексинац; „Вера Благојевић”, Бања Ковиљача; „Вера Радивојевић”, Бела Црква; „Јефимија”, Крушевац; „Душко Радовић”, Ниш; „Споменац”, Панчево; „Ветерник”, Нови Сад; „Мирослав Антић – Мика”, Сомбор; „Петар Радовановић”, Ужице) и заводима за васпитавање деце и омладине (у Нишу, Књажевцу и Београду),
- Установама за извршење кривичних санкција у којима је реализовано истраживање (околни затвори у Београду, Зајечару, Зрењанину, Крагујевцу, Лесковцу, Новом Саду, Панчеву и Суботици; казнено-поправни заводи отвореног тима у Београду, „Падинска скела“, Сомбору и Туприји;

казнено-поправни заводи затвореног типа у Нишу и Сремској Митровици; казнено-поправни завод затвореног типа са посебним обезбеђењем у Пожаревцу, „Забела”; казнено-поправни завод за жене у Пожаревцу; казнено-поправни завод за малолетнике у Ваљеву).

За разлику од претходних публикација Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом, ова публикација садржи, поред резултата реализованих истраживања у 2013. години, резултате који говоре о променама насталим применом превентивних интервенција спровођених и унапређиваних захваљујући резултатима реализованих истраживања.

Наиме, како UNAIDS истиче, главни циљ надзорних истраживања је праћење тренда HIV инфекције и ризичних облика понашања у циљу обезбеђивања неопходних података потребних за развој интервенција и евалуацију њиховог утицаја [1]. Иако није успостављена потпуна координација између надзорних истраживања и програма превенције на територији Србије, ипак се може констатовати несумњив утицај истраживања на имплементацију појединих интервенција препознатих националном Стратегијом о HIV инфекцији и AIDS-у.

2. НАДЗОРНА (БИО)БИХЕЈВИОРАЛНА ИСТРАЖИВАЊА У СРБИЈИ

Република Србија је у стратешке документе интегрисала принципе надзора друге генерације над HIV-ом препоручене од стране UNAIDS-а, а који подразумева периодично спровођење надзорних (био) бихејвиоралних истраживања. Стратешки документи који дефинишу оквир ових истраживања су Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у (2005, 2011) и План мониторинга и евалуације стратешког одговора на HIV епидемију (2006, 2011) [2, 3]. У складу са тим, надзорна (био) бихејвиорална истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом у Републици Србији се раде од 2007. године, а резултати су посебно публиковани [4, 5, 6]. Препознато је да се оваква истраживања спроводе на сваке две године минимум у главном граду.

Општи циљ ових истраживања је да омогуће боље праћење и процену епидемиолошког тренда, заступљености ризичног/протективног понашања, обухвата превентивним програмима и фактора који могу имати утицаја на кретање тока епидемије. Резултати оваквих истраживања омогућавају адекватније планирање превентивних програма, доношење одлука и спровођење активности којима се унапређује национални одговор на HIV епидемију. Један од акционих циљева је да са резултатима ових истраживања буде упозната професионална јавност, као и релевантна друштвена заједница.

У циљу унапређења националног одговора на HIV епидемију и доношења одлука заснованих на доказима, специфични циљеви истраживања су:

- праћење и процена тренда епидемије HIV-а и ППИ,
- мерење и праћење националних показатеља обухвата, исхода и утицаја везаних за HIV/AIDS и ППИ,
- процена успешности и адекватности постојећих програма превенције HIV-а и програма смањења штетности,
- процена присутности ставова који доприносе стигми и дискриминацији особа које живе са HIV-ом у популацијама под повећаним ризиком од HIV-а,
- процена заступљености искуства стигме, аутостигме и дискриминације међу дефинисаним популацијама,
- праћење и процена доступности и приступачности здравствених услуга и задовољства њима,
- квалитет живота особа које живе са HIV-ом, а посебно квалитет здравствене заштите која им се пружа,
- процена величина популација инјектирајућих корисника дрога, особа које се баве сексуалним радом и мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима.

Популације међу којима се спроводе истраживања су:

- инјектирајући корисници дроге (ИКД),
- мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ),

- особе које се баве сексуалним радом (СР),
- млади ромске етничке припадности,
- деца/млади под старатељством центара за социјални рад смештена у установе социјалног старања,
- особе на издржавању кривичних санкција,
- особе које живе са HIV-ом (PLHIV).

Истраживања су имала сложену структуру, састављену од неколико компоненти са различитим истраживачким дизајном. Основне компоненте Истраживања су:

1. Бихејвиорална (квантитативна) компонента – саставни део свих истраживања.
2. Бихејвиорална (квалитативна) компонента – само међу МСМ.
3. Компонента естимације величине популација – саставни део истраживања међу ИКД, МСМ и СР.
4. Серопревалентна компонента – саставни део истраживања међу ИКД, МСМ, СР.

Фазе реализације Истраживања

Истраживање је реализовано у три фазе: фаза припреме, фаза теренског истраживачког рада и фаза финализације.

1. Фаза припреме (октобар – почетак новембра 2013):

У оквиру прве фазе спроведена је набавка услуга главних истраживача и чланова стручног саветодавног тела, ревидирани су и дефинисани протоколи за појединачна истраживања, као и упитници и други истраживачки документи, добијене потребне сагласности и одобрења за реализацију теренског истраживачког рада, организована оперативна подршка теренског дела истраживања, успостављена сарадња са партнерским установама/удружењима, дефинисане теренске процедуре, додатни образци, као и база за праћење тока реализације истраживања на терену и начин повратног извештавања о овом току реализације, извршена идентификација и ангажовање чланова теренских истраживачких тимова и њихова обука за реализацију теренског сакупљања података, извршене све техничке припреме за омогућавање реализације истраживања на терену (обезбеђен и дистрибуиран потребан материјал и опрема, обезбеђен простор за реализацију истраживања и сл).

2. Фаза теренског истраживачког рада (новембар 2013):

У другој фази Истраживања успостављен је функционалан систем за даље упућивање учесника у истраживању у установе на додатно тестирање и реализован је теренски истраживачки рад, односно сакупљање података на терену. Ову фазу је пратило редовно повратно извештавање о току истраживања на основу база за праћење теренског истраживачког рада и омогућених *online* прегледа досегнутих испитаника, ревизија и дефинисање истраживачких индикатора, планирање обраде података, формирање апликација за унос и обраду сакупљених података, пружање оперативне, техничке и логистичке подршке теренским истраживачким тимовима и сл.

3. Фаза финализације (децембар 2013):

Обрада података и израда финалних извештаја истраживања реализована је у трећој фази Истраживања.

3. ТЕРМИНИ КОЈИ СЕ КОРИСТЕ У ОВОЈ ПУБЛИКАЦИЈИ

У оквиру „Плана за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије”, дефинисани су национални индикатори исхода и утицаја, са циљним вредностима за 2015. годину, а помоћу којих се прати успешност одговора на HIV инфекцију и AIDS [3]. Национални индикатори ће бити представљени и анализирани у појединачним истраживањима и то на два нивоа: посебно за 2013. годину, а посебно тренд од 2008. до 2013. године.

Овде ћемо дефинисати националне индикаторе који су композитни (састављени од неколико простих индикатора), као и посебно дефинисане сетове (састављени од више индикатора) формиране за ово

истраживање. Национални индикатори и сетови ће даље бити анализирани за појединачне циљне популације у оквиру посебних истраживачких извештаја.

Знање о HIV превенцији је национални индикатор на основу којег се утврђује проценат оних који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Индикатор представља проценат оних који су тачно одговорили на 5 постављених питања од укупног броја оних који су одговорили на питања, укључујући и оне са одговором „не знам”. Пет питања на која се тражи тачан одговор су: 1. Да ли упражњавање сексуалних односа само са једним поузданим, неинфицираним партнером може смањити ризик од трансмисије HIV-а? 2. Да ли употреба кондома може смањити ризик од трансмисије HIV-а? 3. Да ли је могуће да особа која изгледа здраво има HIV? 4. Може ли се особа добити HIV уколико дели простор са инфицираном особом? 5. Да ли особа може добити HIV уколико дели оброк са особом која је инфицирана?

Саветовање и тестирање се прати путем композитног индикатора који мери проценат оних који/е су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који/е знају резултате тестирања. Индикатор чине они/е који/е су пријавили/е да су се тестирали/е на HIV у последњих 12 месеци и да су упознати/е са резултатима теста.

Обухват превентивним програмима се мери композитним индикатором који обухвата оне који/е су тачно одговорили на два питања, односно три у случају ИКД. Ово обухвата оне који/е знају где могу да се саветују и тестирају на HIV; који/е су добили/е кондоме у последњих 12 месеци (од активиста НВО на терену, у *drop-in* центру или у Саветовалишту за HIV и ППИ), и, у случају ИКД и оне који/е су у последњих 12 месеци добили/е стерилне игле и шприцеве (у оквиру програма за размену игала).

Сет „превентивни програм” је унеколико сличан националном индикатору обухвата превентивним програмима, али су у вредност сета превентивни програм укључени они који знају где могу да се саветују и тестирају на HIV и који су добили кондом (и стерилан прибор у случају ИКД) од теренских радника на терену или у *drop-in* центру у оквиру програма превенције HIV инфекције/програма смањења штетности који се реализују на терену.

Сет „превентивна пракса” подразумева да је особа имала контакт са HIV превентивним програмом које спроводе удружења, да је прошла кроз саветовање и тестирање на HIV и да користи кондом при сексуалним односима са различитим партнерима (сталним, повременим), односно додатно у случају ИКД – да увек користи стерилан прибор за инјектирање.

„Здравствена заштита” обухвата оне особе које имају здравствено осигурање (оверену здравствену књижицу на своје име), имају изабрног лекара у дому здравља, били су код лекара у последњих 12 месеци и задовољни су радом лекара, тј. пруженом услугом. Додатно за особе женског пола је да су користиле услуге гинеколога у последњих 12 месеци.

У наставку приказујемо табелу са вредностима националних индикатора из 2013. године уз циљане вредности истих индикатора за 2015. годину које су дефинисане стратешким документима [2, 3].

Табела 1. Кључни национални индикатори: вредности добијене Истраживањем и стратешке циљне вредности за 2015. годину

ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА И ЦИЉНЕ ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА	ИКД		МСМ		СР		Млади ром- ске етничке припадности		Деца/млади на институционал- ном смештају		Особе на издр- жавању крив- ничних санкција	
	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015
ПРЕВАЛЕНЦА												
% инфицираних HIV-ом	1,5	<5	8,3	<5	1,6	<5	Није рађено	<0,5				
95% CI	0,3-2,7		5,6- 11,0		0,1-3,1							
% инфицираних хепатитисом Ц	61,4	<70	2,5	<10	29,2	<25	Није рађено	<1				
95% CI	56,6- 66,2		1,0-4,0		23,5- 34,9							
ЗНАЊЕ												
% оних који пре- познају праве начине превенције сексуалне транс- мисије HIV инфек- ције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а	57,4	70	58,3	75	40,0	40	18,0	40	21,8	40	31,9	45
95% CI	52,5- 62,3		53,4- 63,1		33,8-46,1		14,4- 21,6		16,2- 27,4		27,9- 35,8	
ОБУХВАТ												
% обухваћених превентивним програмима у по- следњих 12 месеци	14,5	>40	50,8	60	69,2	70	0	40	72,5	90	25,6	60
95% CI	11,1- 18,0		45,8- 55,7		63,4-74,9						21,9- 29,3	
САВЕТОВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ НА HIV												
% оних који су се тестирали у по- следњих 12 месеци и знају резултате тестирања	19,3	45	36,3	55	49,2	70	4,0	10			21,4	30
95% CI	15,4- 23,2		31,5- 41,0		42,9-55,4				2,2-5,8	17,9- 24,8		
ПОНАШАЊЕ												
% ИКД који/е су пријавили/е да нису користили/ делили нестерилан прибор за инјек- тирање током последњих месец дана и који/е су користили кондом током последњег сексуалног односа	30,6	40										
95% CI	25,2- 36,0											

ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА И ЦИЉНЕ ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА	ИКД		МСМ		СР		Млади ромске етничке припадности		Деца/млади на институционал- ном смештају		Особе на издр- жавању крив- ничних санкција		
	Индикатор	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015
% ИКД који/е су пријавили/е употребу кондома током последњег сексуалног односа у последњих месец дана	32,4	40											
95% CI	26,9- 37,9												
% ИКД који/е су пријавили/е да су користили стерилан прибор за инјектирање током последњег убризгавања то- ком последњих месец дана	83,2	>80											
95% CI	79,5- 86,9												
% МСМ који су пријавили употре- бу кондома током последњег аналног односа са муш- ким партнером у последњих шест месеци			62,3	80									
95% CI			57,5- 67,0										
% СР који/е су пријавили/е упо- требу кондома током сексуалног односа са по- следњим клијен- том у последњих 12 месеци					91,2	90							
95% CI					87,6-94,7								
% СР који/е су пријавили/е да су увек користили/е кондом са клијен- тима у последњих месец дана					72,8	75							
95% CI					67,1-78,3								
% младих ромске етничке припад- ности који су пријавили упо- требу кондома током последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером у по- следњих 12 месеци							71,7	80					
95% CI							65,1- 78,2						

ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТО- РА И ЦИЛНЕ ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА	ИКД		МСМ		СР		Млади ром- ске етничке припадности		Деца/млади на институционал- ном смештају		Особе на издр- жавању крив- ничних санкција	
	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013 (СПСС)	Циљна вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	Био- БСС 2013	Циљ- на вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015	БСС 2013	Циљна вред- ност 2015
Медијана узраста ступања у први пенетрантни сек- суални однос међу институционали- зованом децом/ младима узраста од 12 до 19 година									14	16		

4. ЕТИЧКИ ПРИЦИПИ ПРОЈЕКТА

У оквиру Истраживања посебна пажња је посвећена етичким питањима истраживања. Основни етички принципи који су поштовани у Истраживању су:

1. Заштита добробити свих учесника у истраживању (како субјеката истраживања, тако и чланова теренских истраживачких тимова и локалних заједница у којима се реализује истраживање).
2. Осигуран минималан ризик и максимална корист за субјекте. У том смислу било је потребно:
 - превенирати ризик везан за опасност накнадне стигматизације и дискриминације истраживачких субјеката и утицај на повећање вулнерабилности. Главни начин заштите је био очување поверљивости свих активности пројекта, од избора субјеката преко анкетирања, чувања и даљег процесуирања информација/података;
 - обезбедити корист за све субјекте укључене у истраживање на колективном и индивидуалном нивоу, и то:
 1. На колективном нивоу омогућено је праћање, процена и правовремено реаговање на промене епидемиолошке ситуације, развој ефикаснијих, ефективнијих, циљаних превентивних програма, доношење одлука и дизајн интервенција на националном нивоу, заснованих на доказима, односно резултатима Истраживања;
 2. На индивидуалном нивоу – омогућено је сваком учеснику у истраживању да добије релевантне информације у вези HIV инфекције, као и одговоре на питања која он сматра значајним, а односе се на истраживане проблеме, укључујући и информације (усмене и у писаном облику) о установама/удружењима у којима могу добити детаљније одговоре и/или добити одговарајућу превентивну/здравствену услугу. Поред тога, сваки учесник је могао добити кондоме и информативно-едукативни материјал.

Током друге фазе Истраживања (теренског рада) функционисао је и систем за даље упућивање на основу дописа које је Министарство здравља у ту сврху послало релевантним установама у систему здравствене заштите. Наиме, учесници су у складу са процењеним ризиком били упућивани на додатно саветовање и тестирање у одговарајуће ДПСТ центре; сви учесници којима је резултат брзог теста био реактиван на HIV или хепатитис Ц упућивани су на даље тестирање у одговарајуће установе (они без здравственог осигурања су имали могућност да добију здравствену услугу на клинкама/институтима са упутном са истраживања, без уписаних личних података). Јављање, односно нејављање, у одговарајућу установу била је ствар слободног избора учесника.
3. Поштовање базичних људских права субјеката у истраживању, група и чланова заједнице одакле субјекти потичу.

4. Поштовање личности и интегритета субјеката у истраживању.
5. Поштовање аутономије субјекта истраживања, тј. партиципанта. Ово подразумева да:
 - Партиципант може да не прихвати учешће или да одустане од учешћа кад год то пожели.
 - Чланови теренског тима не наговарају, не убеђују и не стимулишу материјалним средствима потенцијалне партиципанте да учествују у истраживању.
6. Поверљивост и анонимност учествовања у истраживању. Овај принцип је обезбеђен кроз неуписивање имена нити других идентификујућих података, кроз коришћење кодова, неповезаност информација (из разних извора) са партиципантом, руковањем и чувањем информација од стране овлашћених лица и институција, као и кроз очување поверљивости разговора између партиципанта и одговарајућих чланова теренског истраживачког тима.
7. Добровољност учествовања, која се регулише на посебан формалан начин. Наиме, након информисања потенцијалног учесника о циљевима истраживања и начину учешћа, тражи се писани пристанак од партиципанта да хоће да учествује. За ово је формиран посебан образац на коме особа својим потписом, уз потпис особе која га је информисала, потврђује своју одлуку да учествује у истраживању. Овај образац није спајан ни на који начин са подацима које је испитаник давао приликом анкетирања и учешћа у истраживању. Сви учесници су основне информације о истраживању и условима учешћа у истраживању добили како усмено, тако и у виду документа са основним подацима о истраживању и процесу учествовања.

У оквиру појединачних истраживања дефинисани су специфични етички принципи у складу са истраживаном популацијом и условима истраживачког рада.

5. СЕРОЛОШКА КОМПОНЕНТА ИСТРАЖИВАЊА

У оквиру серолошке компоненте пројекта „Истраживање међу популацијом под повећаним ризиком од HIV/АИДС-а и међу особама које живе са HIV-ом” основни циљеви су били да се, у популацији са повећаним ризиком од HIV-а, утврди:

1. серопреваленција HIV инфекције;
2. серопреваленција HCV инфекције.

Валидност резултата целог пројекта битно је зависила од резултата серолошке компоненте пројекта.

Серолошка компонента пројекта заснивала се на одређивању серолошког статуса за HIV и HCV инфекцију, међу инјектирајућим корисницима дроге (ИКД), особама које се баве сексуалним радом (СР) и мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ). Серолошки статус се одређивао на основу доказивања присуства специфичних антитела у крви испитаника узетој из јагодице прста. За ову врсту испитивања, испитаник је давао писани информисани пристанак. Узорковање крви испитаника су радили лаборанти, који су прошли специјалну едукацију и обуку за извођење брзих имунохроматографских тестова, коришћених за ова испитивања. Лаборанти су пре почетка истраживања били упознати са принципима добре лабораторијске праксе, које су поштовали у свим сегментима истраживања. Принципи добре лабораторијске праксе су од значаја за заштиту особља, институционог простора и околине од потенцијалног биолошког ризика.

За испитивања су коришћени скрининг имунохроматографски тестови треће генерације, изузетно високе сензитивности и специфичности. За откривање специфичних антитела за HIV, коришћен је GenietmFast HIV 1/2, произвођача BIORAD. За испитивање специфичних антитела за Хепатитис Ц, коришћен је OraQuick[®] HCV (USA). За серолошка тестирања направљени су лабораторијски протоколи и то посебан протокол за тестирање на HIV и протокол за тестирање на HCV, према препорукама произвођача.

Учешће у овој студији је било анонимно, па се при тестирању није користило лично име испитаника. Сваки испитаник се водио под одређеном истраживачком шифром. Под том шифром су обележавани узорци пацијената на тест плочици, вођени дијагностички протоколи и саопштани резултати тестирања.

Протокол за тестирање периферне крви на HIV и HCV антитела

Брзи серолошки тест GenietmFast HIV 1/2, произвођача BIORAD, има високу сензитивност и

специфичност за доказивање антитела у периферној крви, па су и резултати добијени тестирањем врло поуздани. Ради се о имунохроматографском тесту за брзу детекцију антитела за HIV 1 и 2. Тест користи рекомбинанте антигене, gp12 и gp41 за HIV-1 и gp36 за HIV-2. Рекомбинантни антигени су коњуговани за колоидни гел и апсорбовани су за нитроцелулозну мембрану. HIV-1 и 2 антигени су имобилисани у тест зони (Т), док су антитела имобилисана у контролној зони (Ц). Овим тестом квалитативно се одређује присуство специфичних антитела IgG, IgA, IgM класа. Резултат се издаје као реактиван/нереактиван, на основу формирања црвених линија у тесту на месту реакције антитела из крви и рекомбинантних антигена теста. У оквиру сваког појединачног теста налази се контролни позитиван налаз, који представља контролу рада у току извођења теста. Методологија теста је врло једноставна, не захтева коришћење скупе опреме и апарата.

OraQuick® тест (USA) за брзо откривање антитела на HCV је тест за једнократну употребу намењен за откривање специфичних антитела за HCV. Тест се користи само за квалитативно одређивање присуства анти-HCV антитела IgG класе у узорцима оралне течности, крви узете из јагодице прста, пуне венске крви, плазме и серума и то од особа старијих од 11 година. Добијени резултати могу се користити за прибављање прелиминарних доказа о HCV инфекцији код особа са знацима и симптомима хепатитиса, као и код особа са повишеним ризиком од HCV инфекције.

OraQuick® тест је двадесетоминутна имунолошка метода, високе осетљивости и специфичности, која се изводи ручно, а резултати се читавају визуелно. Трака за имунолошку пробу садржи синтетске и рекомбинантне пептиде за NS3 и NS4 гене HCV (тест линија Т) и анти-хумани IgG добијен из козе (контролна линија – С) који су имобилисани на нитроцелулозној мембрани.

Код пацијената са позитивним налазом, поштовали су се дефинисани општи и специфични етички принципи истраживања. Наиме, није се додатно вршило потврдно тестирање венске крви ELISA и Western Blot потврдом тестом. Сваком таквом испитанику давале су писане и усмене информације којим установама даље могу да се обрате на додатно испитивање, како би им се дефинитивно поставила дијагноза и евентуално, по потреби увела специфична терапија.

Иако HIV спада у групу веома осетљивих вируса, који се брзо инактивишу у спољашњој средини, а HCV је веома отпоран у условима спољашње температуре, неопходно је предузети све мере за безбедно уклањање искоришћеног материјала. По завршеном испитивању ланцете и коришћене капиларе су се убацивале у претходно обезбеђене контејнере за игле и оштре предмете. Поред контејнера, користиле су се и посебне кесе за медицински отпад, где је одлаган други коришћени материјал. Контејнери и кесе са медицинским отпадом су се по завршетку испитивања транспортовали до микробиолошких лабораторија института и завода за јавно здравље, односно референтних домова здравља, где је биолошки отпад уништаван аутоклавирањем.

Закључак

Истраживање је указало на следеће:

1. Брзи имунохроматографски тестови за откривање специфичних антитела за HIV и HCV који су коришћени за ова истраживања имају високу специфичност и осетљивост. Једноставни су за складиштење, изузетно су једноставни за извођење, не захтевају специјалне апарате за одвијање реакције и читавање резултата, па је њихова примена у сероепидемиолошким студијама врло практична и сигурна. И поред једноставне процедуре, неопходно је да реакцију изводе квалификоване особе за лабораторијски рад.
2. Ови тестови се искључиво користе као скрининг тестови, а не у дијагностичке сврхе. Зато се пацијенти са позитивним налазом имунохроматографског теста усмеравају на комплетно дијагностичко тестирање како за HIV инфекцију тако и за HCV инфекцију.

Препоруке

Примена брзих серолошких тестова олакшава рад клиничких лекара, пре свега за њихову прву оријентацију у амбулантном раду, али су изузетно практични и значајни у раду на терену, у неинституционалном простору, за сероепидемиолошке студије које се односе на испитивање серопреваленције инфекције. Висока специфичност и осетљивост тестова је гаранција поузданости резултата добијених у овој и сличним студијама.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. WHO/CDS/CSR/2000.5, UNAIDS/00.03E, 2000
2. Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2012.
3. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV епидемију и AIDS Републике Србије 2011–2015. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2011.
4. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Београд, 2008.
5. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом: 2010. Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Београд, 2010.
6. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а: 2012. Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Београд, 2012.

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈА УЗРОКОВАНИХ HIV-ом И ВИРУСОМ ХЕПАТИТИСА Ц, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ

Главни истраживач и аутор:

Мр сц. мед. Наташа Мицковски Каталина
Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”

Консултант истраживања:

Др Данијела Симић
Национална канцеларија за HIV/AIDS, ИЗЈС Србије

Теренски координатори:

Драган Стаменовић
Удружење „РеГенерација”

Небојша Ђурасовић
Удружење „Превент”

Саша Арсић
Удружење „Путоказ”

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ ИНФЕКЦИЈА УЗРОКОВАНИХ HIV-ом И ВИРУСОМ ХЕПАТИТИСА Ц, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ

Мр сц. мед. Наташа Мицковски

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Кратак садржај:

Процене указују да у свету има преко 13 милиона инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту ИКД), од којих готово 80% живи у земљама у развоју и транзицији. Инјектирајућа употреба хероина представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу (хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV). Главни циљ истраживања је процена преваленције HIV-а и HCV инфекције, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији ИКД у Београд, Новом Саду и Нишу. Истраживање представља серопревалентну и бихејвиоралну студију пресека. Теренско истраживање се спроводило у Београду, Новом Саду и Нишу. Циљну популацију истраживања чинили су ИКД. Дефинисали су се као особе оба пола, узраста 18 година и више, које су користиле повремено или редовно психоактивне супстанце инјектирањем током претходних месец дана. Узорак је добијен методом узорковања вођеног испитаником (енг. *Respondent-Driven Sampling* – RDS). Прикупљање бихејвиоралних података вршено је помоћу структурираног упитника. Одређивање преваленције HIV инфекције и HCV инфекције остварено је употребом брзих серолошких тестова. У анализи података коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе, употребом софтверског пакета SPSS. Нађена преваленција HIV инфекције у узорку ИКД била је ниска и износила је 1,5% у Београду и 1,0% у Нишу. У Новом Саду није забележен ниједан HIV реактивни испитаник. Преваленција HCV инфекције износила је 61,4% у Београду, 50,2% у Новом Саду и 54,7% у Нишу. Знање о крвној трансмисији HIV инфекције, условила је да више од 80% испитаника при последњем инјектирању користи стерилан прибор. С друге стране, велики број испитаника занемарује могућност сексуалне трансмисије, како HIV, тако и других ППИ, обзиром да употребу кондома при последњем сексуалном односу пријављује 30–50% испитаника. Обухват испитаника превентивним програмима је задовољавајући једино у Новом Саду (58,0%), док је веома низак у Београду (14,5%) и нешто виши у Нишу (22,7%).

Кључне речи: HIV инфекција, инјектирајући корисници дрога, програми смањења штете

HIV AND HCV PREVALENCE ASSESSMENT, RISK BEHAVIOR AND USE OF SERVICES IN THE POPULATION OF INJECTING DRUG USERS IN BELGRADE, NOVI SAD AND NIS

MSc. Med. Natasa Mickovski
Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut"

Abstract

Estimates indicate that there are over 13 millions of injecting drug users (IDU) globally, of which almost 80% live in transition and developing countries. Injecting use of heroin is a significant risk factor for blood transmitted viral infections (HBV, HCV and HIV). The objective of the survey is to estimate HIV and HCV prevalence, risk behaviour and service use among IDU population in Belgrade, Novi Sad and Nis. The survey constitutes seroprevalent and behavioural cross-sectional study. Field surveys were conducted in Belgrade, Novi Sad and Nis. Target population of this survey was IDUs of both sexes in Belgrade, Novi Sad and Nis, aged 18 and older, who injected psychoactive substances intermittently or regularly during the past one month. The sample was created by respondent-driven sampling (RDS). Behavioural data was collected through a structured questionnaire. The prevalence of HIV- and HCV-caused infections was determined by using quick serological tests. Data was analyzed using descriptive statistical analysis methods, i.e. SPSS. Identified HIV infection prevalence in the sample of IDUs was low, accounting for 1,5% in Belgrade and 1,0% in Nis. No respondents with reactive quick HIV test came from Novi Sad. HCV-caused infection prevalence was 61,4% in Belgrade, 50,2% in Novi Sad and 54,7% in Nis. Knowledge about blood transmission of HIV infection resulted in higher than 80% of IDUs using sterile equipment. On the other hand, the great number of participants ignored the possibility of sexual transmission of HIV and other STDs and only 30-50% was using condom in their last sexual intercourse. Prevention program coverage among respondents was sufficient only in Novi Sad (58,0%), in Belgrade was very low (14,5%), and a bit better (22,7%) in Novi Sad.

Key words: HIV infection, injecting drug users, harm reduction programs

1. УВОД

Процене указују да у свету има преко 13 милиона инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту ИКД), од којих готово 80% живи у земљама у развоју и транзицији [1].

Хероин је једна од најчешћих инјектирајућих коришћених забрањених супстанци у свету [2, 3]. Инјектирајућа употреба хероина представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу, као што су хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV инфекција [4–7].

Доступни епидемиолошки подаци у Републици Србији указују на извесне промене у тренду кретања учесталости HIV инфекције међу ИКД, а разлози за то нису сасвим познати.

У периоду од 1984. до краја 2012. године у Републици Србији регистровано је 2850 особа инфицираних HIV-ом, од којих је 1645 особа оболело од AIDS-а (58% свих регистрованих особа инфицираних HIV-ом) [8].

Током 2012. године највећи број новооткривених особа инфицираних HIV-ом пријављен је на територији града Београда (55% свих регистрованих случајева, односно 69 особа са стопом од 4,19 на 100.000 становника). Са територије Војводине пријављено је у истом периоду 24 особе (19% свих регистрованих случајева, са стопом од 1,23/100.000), док су 32 особе регистроване у осталим окружњима на територији централне Србије (стопа од 0,87/100.000) [8].

У временском периоду од 2008. до 2012. године, и даље се региструје тренд смањења учешћа новодијагностикованих особа инфицираних HIV-ом у популацији ИКД (4% у 2012. години, односно 9% 2008. године, у односу на 70% 1991. године). С друге стране тренд пораста сексуалне трансмисије HIV-а међу новодијагностикованим особама инфицираним HIV-ом је врло изражен (86% у 2012, односно 80% 2008. године, у односу на 27% 1991. године). Према начину пријављене трансмисије више од половине свих новодијагностикованих особа инфицираних HIV-ом у 2012. години били су мушкарци који су као ризик пријавили незаштићен сексуални контакт са мушкарцима (83 случаја тј. 66%), а затим следи незаштићен хетеросексуални контакт (25 случајева тј. 20%). У Републици Србији је од средине 90-их година сексуални пут доминантан начин трансмисије HIV-а [8].

Незаштићени сексуални односи и рецептивна пракса употребе прибора међу ИКД, стављају популацију ИКД али и њихове сексуалне партнере под повећан ризик, не само за пренос HIV инфекције, већ и других полним и крвљу преносивих болести, посебно хепатитиса Ц и Б. Инфекција вирусом хепатитиса Ц (HCV) је, вероватно, најпревалентнија инфекција међу ИКД [9–11].

На учесталу праксу рецептивног дељења прибора, незаштићене сексуалне односе и рано ступање у исте међу популацијом ИКД, указала су и периодична, надзорна истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом из 2008, 2010. и 2012. године у оквиру Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију у Републици Србији [12, 13, 14].

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV и HCV инфекције, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији инјектирајућих корисника дрога у Београду, Новом Саду и Нишу.

У специфичне циљеве истраживања спадају:

- Испитивање ризичног понашања и образаца понашања везаних за праксу инјектирајућег коришћења психоактивних супстанци, као и за сексуално понашање;
- Испитивање информисаности о HIV/AIDS-у и о доступним здравственим сервисима и програмима;
- Идентификација нивоа и фактора који утичу на стварање стигме и дискриминације везане за популацију ИКД;
- Испитивање доступности и коришћења здравствених услуга и програма;
- Испитивање задовољства пруженим услугама у оквиру здравствене службе/система и програма;
- Естимација величине популације ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу.

2. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање представља био-бихејвиоралну студију пресека, која обухвата бихејвиоралну и серолошку компоненту. Бихејвиорална компонента подразумева коришћење структурираног упитника. Серолошка компонента подразумева коришћење брзих серолошких тестова за HIV и HCV у циљу одређивања серопреваленције инфекције у истраживаној популацији.

Теренско истраживање се спроводило у Београду, Новом Саду и Нишу.

Циљну популацију истраживања чинили су ИКД оба пола у Београду, Новом Саду и Нишу. У сврхе истраживања, ИКД се дефинишу као особе оба пола, узраста 18 година и више, које користе повремено или редовно психоактивне супстанце (оне које изазивају промену перцепције и/или понашања) убризгавањем користећи прибор за инјектирање (иглу и шприц).

За одређивање величине узорка коришћена је следећа формула [15]:

$$n = D \frac{[\sqrt{2P(1-P)}Z_{1-\alpha} + \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}Z_{1-\beta}]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

$$P = P_1 + P_2 / 2$$

D – коефицијент ефекта дизајна студије која користи узорковање вођено испитаницима (D=2)

Користећи горе наведену формулу, у овом истраживању у Београду је величина узорка износила 400±30, а у Новом Саду и Нишу по 300±30 испитаника.

Случајни узорак је добијен методом узорковања вођеног испитаником (енг. *Respondent-Driven Sampling* – RDS).

Прикупљање бихејвиоралних података вршено је помоћу структурираног упитника, који се састојао од затворених питања. У додатне упитнике и обрасце спадају:

- Упитник о мрежи;
- Образац о неподобности испитаника;
- Образац о одбијању учешћа о истраживању;
- Листа провере процедуре истраживања.

У сврху извођења истраживања остварена је сарадња са невладиним организацијама или удружењима грађана, који раде превентивне програме са циљним популацијама (НВО Веза и НВО Регенерација у Београду, УГ Превент у Новом Саду и УГ Путоказ у Нишу). Теренски део истраживања спроводио се у периоду од 3. новембра до 25. новембра 2013. године.

Током трајања процеса сакупљања података на терену вршио се редован надзор и праћење квалитета податка и процеса њиховог сакупљања. Сви подаци пролазили су пре анализе кроз дуплу контролу – логичку доследност исказа испитаника и потпуност одговора испитаника, а затим кроз процес „филтрирања”.

У анализи биолошке и бихејвиоралне компоненте истраживања коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе, а затим методе униваријантне и мултиваријантне статистичке анализе употребом софтверског SPSS пакета. Подаци су описани, сагледани, дисагрегирани и анализирани по полу, узрасту и локацији истраживања. Сви индикатори су дати у формату који је дефинисан Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије у периоду 2011–2015. година.

У циљу заштите добробити свих који су учествовали у истраживању и минимизације ризика са максимизацијом користи за испитанике, који представљају веома специфичну циљану групу истраживања, посебна пажња је посвећена избору локације где се истраживање спроводило. Због тога се теренски део истраживања у Новом Саду и Нишу спроводио у свратиштима надлежних НВО/УГ који спроводе програме смањења штете, а у Београду у помоћним просторијама Института за јавно здравље Србије.

У циљу избегавања накнадне стигматизације и дискриминације испитаника и утицаја на повећање вулнерабилности, поштован је принцип поверљивости од стране свих учесника истраживања, укључујући

и саме испитанике. Због тога је на одабраној локацији избегавано стварање гужве или окупљање у броју који је већи од предвиђеног, остављање отпада, прављење буке, укључујући и јавну расправу и коментаре, као и инјективно убризгавање дроге са остављањем употребљеног прибора.

За све аспекте истраживања који су се могли наћи у фокусу медија, што у трајању теренске фазе истраживања није пожељно, биле су одговорне особе за односе са јавношћу (PR) Института за јавно здравље Србије и Министарства здравља Републике Србије.

3. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

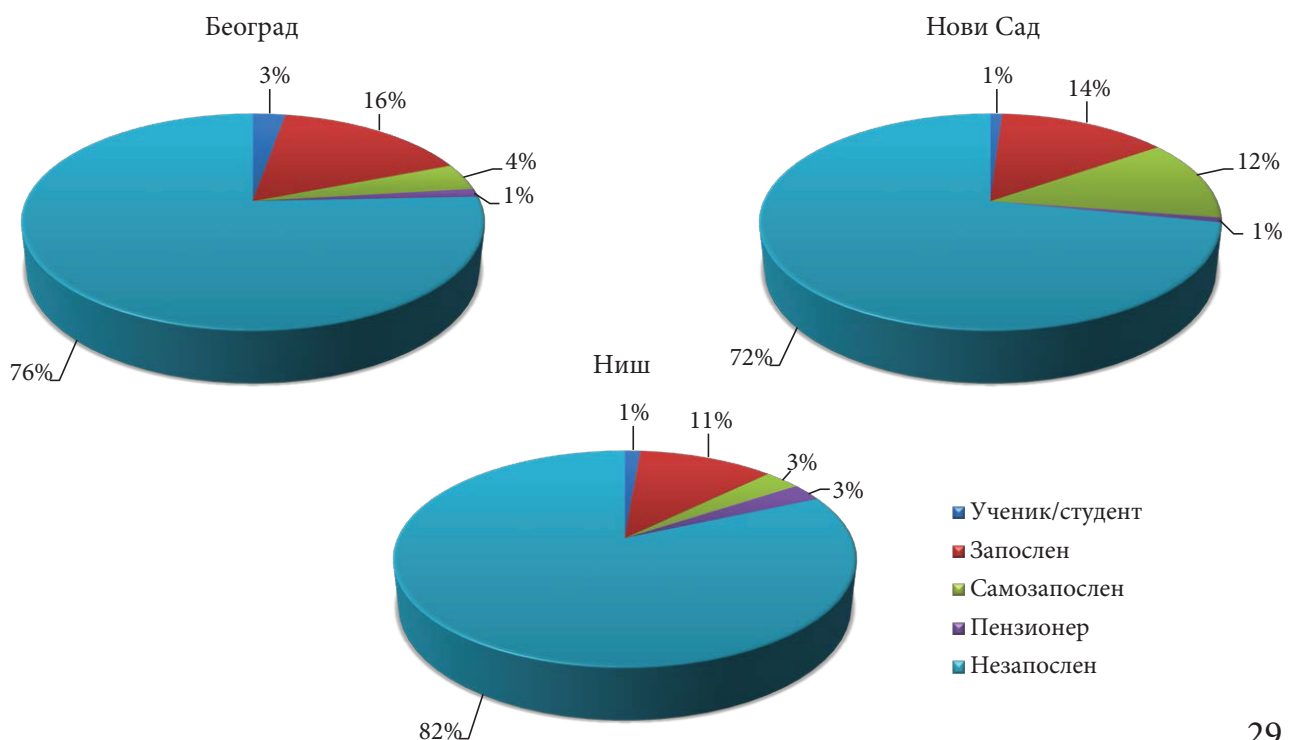
3.1. СОЦИЈАЛНО-ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ ИКД ИСПИТАНИКА

У Београду је величина узорка износила 399 испитаника. Однос испитаника мушког и женског пола био је 4:1. Просечан узраст испитаника износио је $33,7 \pm 7,5$ година. Најмлађи испитаник имао је 18, а најстарији 63 године. У добној групи од 18 до 19 година било је 1,5% испитаника. У добној групи од 20 до 24 године било је 8,0% испитаника, а добној групи од 25+ било је 90,5% испитаника. У Београду је 8% анкетираних било ромске националности. Највећи број испитаника (63,7%) је завршио средњу школу. Незапослених је чак 75,7% (графикон 1).

У Новом Саду је величина узорка износила 295 испитаника. Однос испитаника мушког и женског пола био је 5:1. Просечан узраст испитаника износио је $32,1 \pm 6,1$ година. Најмлађи испитаник имао је 18 година, а најстарији 56 година. У добној групи од 18 до 19 година било је 1,7%. У добној групи од 20 до 24 године било је 7,1% испитаника, а у добној групи од 25+ било је 91,2% испитаника. У Новом Саду је 1,7% анкетираних било ромске националности. Највећи број испитаника (71,9%) је завршио средњу школу. Незапослених је 71,9% (графикон 1).

У Нишу је величина узорка износила 300. Однос испитаника мушког и женског пола био је 4,5:1. Просечан узраст испитаника износио је $31,9 \pm 6,8$ година. Најмлађи испитаник имао је 18, а најстарији 58 година. У добној групи од 18 до 19 година је 3,0%. У добној групи од 20 до 24 године било је 11,0% испитаника, а у добној групи од 25+ било је 86,0% испитаника. У Нишу је 8,3% анкетираних било ромске националности. Највећи број испитаника (75,0%) је завршио средњу школу. Незапослених је 81,7% (графикон 1).

Графикон 1. Структура испитаника према радном статусу у Београду, Новом Саду и Нишу



3.2. ПРАКСА ИНЈЕКТИРАЊА ДРОГЕ

У Београду и Нишу је половина испитаника започела са инјектирањем дроге у 21. години живота ($med=21,0$ година), док је у Новом Саду половина испитаника започела са инјективним коришћењем дроге у 20. години ($med=20,0$ година) (табела 1).

Табела 1. Просечан узраст приликом првог инјектирања дроге у Београду, Новом Саду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Пол	мушки	22,1	21,0	323	20,9	20,0	246	21,8	21,0	246
	женски	21,7	21,0	76	21,0	19,0	49	21,4	22,0	54
Добне групе	18–19	15,5	15,0	6	15,8	16,0	5	15,9	16,0	9
	20–24	18,4	18,0	32	18,1	18,0	21	18,4	18,0	33
	25 +	22,5	22,0	361	21,2	20,0	269	22,4	22,0	258
Укупно		22,0	21,0	399	20,9	20,0	295	21,7	21,0	300

У најмлађој добној групи у Београду половина испитаника започињала је са убризгавањем дроге врло рано, у 15. години живота. У добној групи од 20 до 24 године медијана узраста приликом првог инјектирања износила је 18 година, а у добној групи од 25 и више медијана узраста првог инјектирања износила је 22 године.

У Новом Саду и Нишу у добној групи од 18 до 19 година медијана узраста приликом првог инјектирања износила је 16 година. Такође, у оба наведена града половина испитаника узраста од 20 до 24 године започела је са инјективним коришћењем дроге у 18. години живота. У добној групи од 25 и више, медијана започињања инјектирања износила је 20 година у Новом Саду и 21 годину у Нишу (табела 1).

Употреба стерилног прибора при последњем инјектирању током последњих месец дана (индикатор 8) у сва три града забележена је код више од 80% испитаника (табела 2).

Највиша вредност овог индикатора забележена је у Нишу и износила је 88%. У Новом Саду је учесталост овог индикатора износила 85,8%, а у Београду 83,2%. Као што се може видети на табели 2, не постоји разлика у учесталости овог индикатора међу испитаницима супротног пола и различитог узраста.

3.3. СЕКСУАЛНА ПРАКСА

Ступање у сексуалне односе (вагиналне и/или аналне) пре пунолетства представља уобичајену појаву у Београду, Новом Саду и Нишу (табела 2).

Табела 2. Просечан узраст приликом ступања у пенетрантне сексуалне односе међу ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Пол	мушки	15,4	15,0	323	15,4	16,0	246	15,5	16,0	246
	женски	16,5	17,0	76	16,4	17,0	49	16,8	17,0	54
Добне групе	18–19	14,7	15,5	6	15,0	15,0	5	15,3	16,0	9
	20–24	15,4	16,0	32	15,6	16,0	21	15,5	16,0	33
	25 +	15,6	15,0	361	15,5	16,0	269	15,8	16,0	258
Укупно		15,6	15,0	399	15,5	16,0	295	15,7	16,0	300

У Београду је половина испитаника ступила у пенетрантне сексуалне односе са 15 година ($med=15,0$ година). У Новом Саду и Нишу је половина испитаника ступила у пенетрантне сексуалне односе са 16 година ($med=16,0$ година)

У сва три града, мушкарци ступају у сексуалне односе у просеку годину дана раније од жена (табела 2).

Циљна вредност индикатора 7 за 2012. годину од 35%, који се односи на проценат ИКД који наводи употребу кондома при последњем сексуалном односу у последњих месец дана, остварена је само у Новом Саду [15]. Процент ИКД који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих месец дана износио је 56,2% у Новом Саду, у Нишу 33,8%, а у Београду 32,4%. Испитаници се нису статистички значајно разликовали према учесталости употребе кондома при последњем сексуалном односу, осим у Нишу. У Нишу је регистрована високо статистички значајно учесталија употреба кондома међу испитаницима мушког пола ($\chi^2=7,844$; $df=1$; $p=0,005$).

У Новом Саду је вредност индикатора 2, који се односи на проценат ИКД који наводе да нису користили нестерилан прибор за инјектирање током последњих месец дана и да су користили кондом при последњем сексуалном односу била највиша и износила је 52%. У Нишу је забележена вредност овог индикатора износила 33,8%, а у Београду 32,4%.

Са узрастом код испитаника оба пола, долази до пада учесталости истовременог коришћења стерилног прибора у последњих месец дана и употребе кондома при последњем сексуалном односу на све три истраживачке локације.

У Београду 38,8% сексуалних партнера ИКД испитаника не убризгава дрогу. У Новом Саду сваки четврти сексуални партнер ИКД испитаника не убризгава дрогу, а у Нишу 39,0% сексуалних партнера ИКД испитаника не убризгава дрогу.

Испитаници мушког пола из све три истраживачке локације чешће имају сталне партнерке које не убризгавају дрогу. У Београду и у Нишу више од 40% сталних партнерки ИКД испитаника не убризгава дрогу, а у Новом Саду скоро 1/3 сталних партнерки ИКД испитаника не убризгава дрогу. За разлику од ИКД испитаника мушког пола, готово свака друга испитаница из Београда (50,0%), Новог Сада (61,2%) и Ниша (46,3%) има сталног партнера који такође убризгава дрогу.

Медијана броја партнера са којима су ИКД имали пенетрантне сексуалне односе у последњих 12 месеци износила је три партнера у Београду и Нишу, односно два партнера у Новом Саду. Медијана броја сексуалних партнера била је у сва три града виша код мушкараца (табела 3).

Учешће нешто већег броја сексуалних радница, које су истовремено и ИКД, допринела је високој вредности аритметичке средине броја сексуалних партнера у последњих 12 месеци, нарочито у Београду. У Београду је аритметичка средина броја сексуалних партнера код испитаница износила 58,8 партнера (табела 3).

Табела 3. Просечан број партнера са којима су ИКД имали сексуални однос у последњих 12 месеци у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Пол	мушки	5,8	3,0	301	4,1	3,0	233	4,0	3,0	233
	женски	58,8	2,0	69	6,7	1,5	48	2,0	1,0	51
Добне групе	18–19	5,2	2,0	6	7,8	3,0	5	6,6	4,5	8
	20–24	9,2	4,0	32	7,0	4,0	20	3,6	3,0	32
	25 +	16,5	3,0	332	4,3	2,0	256	3,6	2,0	244
Укупно		15,7	3,0	370	4,6	2,0	281	3,7	3,0	284

3.4. СЕКСУАЛНА ПРАКСА СА РАЗЛИЧИТИМ ВРСТАМА ПАРТНЕРА

У Београду је сексуални однос у временском периоду пре мање од месец дана са сталним партнером имало 55,1% испитаника, са случајним партнером 28,3%, а са комерцијалним партнером 7,1% испитаника. У Новом Саду је сексуални однос у временском периоду пре мање од месец дана са сталним партнером имало 42,4% испитаника, са случајним партнером такође 29,2%, а са комерцијалним партнером 3,1% испитаника. У Нишу је сексуални однос у временском периоду пре мање од месец дана са сталним партнером имало 46,8% испитаника, са случајним партнером 26,1%, а са комерцијалним партнером 2,3% испитаника.

Редовна употреба кондома при сексуалним односима међу испитаницима на све три истраживачке локације била је најучесталија са комерцијалним партнером, затим са случајним, а најређе са сталним партнером.

Редовна употреба кондома при сексуалним односима са комерцијалним партнерима износила је 80,8% у Београду, 92,3% у Новом Саду и 75,8% у Нишу. У Београду је употреба кондома са овом врстом партнера према подацима из 2012. године износила 75%, током 2010. године износила је 84,0% и током 2008. године износила је 52,5%. У Новом Саду је употреба кондома са овом врстом партнера према подацима из 2012. године износила 75%, а током 2008. године 53,3%. У Нишу је употреба кондома са комерцијалним партнером током 2010. године износила 60,0%, а током 2008. године 59,0%.

Редовна употреба кондома са случајним партнерима забележена је код 60,3% испитаника у Београду, затим код 66,3% испитаника у Новом Саду и код 59,9% испитаника у Нишу. У Београду је учесталост редовне употребе кондома с случајним партнером износила 57,5% током 2012. године, односно 60,0% током 2010. године и 30,4% током 2008. године. У Новом Саду је редовна употреба кондома са случајним партнером забележена код 44,4% испитаника током 2012. године, односно код 25,5% испитаника током 2008. године. У Нишу је редовна употреба кондома са случајним партнером регистрована код 52,5% испитаника током 2010. године и код 45,2% испитаника током 2008. године.

Редовну употребу кондома са сталним партнером пријавило је 22,2% испитаника у Београду, односно 46,1% испитаника у Новом Саду и 27,4% испитаника у Нишу. У Београду је вредност овог показатеља износила 22,0% током 2012. године, затим 20,6% током 2010. године и 12,4% током 2008. године. У Новом Саду је редовна употреба кондома са сталним партнером током 2012. године забележена код 19,3% испитаника, а током 2008. године код 15,4% испитаника. У Нишу је редовна употреба кондома са овом врстом партнера забележена код 37,6% испитаника током 2010. године и код 17,5% испитаника током 2008. године.

У Београду је 3,4% испитаника мушког пола навело да је имало аналне сексуалне односе са особама истог пола (табела 4).

Табела 4. Мушкарци који су имали анални сексуални однос са особама мушког пола међу ИКД

Социјално-демографске карактеристике		n	%	N	n	%	N	n	%	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Добне групе	18–19	1	25,0	4	0	0,0	3	0	0,0	6
	20–24	2	9,1	22	0	0,0	16	0	0,0	27
	25 +	8	2,7	297	1	0,4	227	5	2,4	212
Укупно		11	3,4	323	1	0,4	246	5	2,0	245

Према резултатима из 2012. и 2010. године скоро 5% испитаника мушког пола у Београду имало је аналне сексуалне односе са особама истог пола, док је 2008. учесталост овог вида сексуалних односа пријавило 4,3% испитаника мушког пола.

У Новом Саду је 0,4% испитаника мушког пола навело да је имало аналне сексуалне односе са особама истог пола (табела 4). Током 2012. године забележена вредност ове високо ризичне сексуалне праксе износила је 1,6%, док је у 2008. години регистрована вредност од 0,7%.

У Нишу је 2,0% испитаника мушког пола навело да је имало аналне сексуалне односе са особама истог пола (табела 4). Учесталост овог посебно ризичног облика сексуалног односа забележена је код 2,3% испитаника у истраживању из 2010. године, односно код 0,4% испитаника према резултатима из 2008. године.

3.5. ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Знаци полно преносивих инфекција (ППИ) у последњих годину дана пријављени су од стране сваког деветог испитаника у Београду, односно сваког шестог испитаника у Новом Саду и сваког петог испитаника у Нишу.

Поредећи резултате из првог надзорног истраживања 2008. године са резултатима овог истраживања, запажа се да је у Београду дошло до благог пораста учесталости ППИ. У Нишу је забележен готово двоструки пораст учесталости ППИ међу ИКД популацијом у напред наведеном периоду. У Новом Саду је дошло до пада учесталости ППИ међу ИКД испитаницима од готово 3% поредећи резултате овог истраживања са резултатима из 2008. године.

Приближно трећина испитаника на све три истраживачке локације не предузима ништа у случају појаве знакова и симптома ППИ. Занемаривање симптома и знакова ППИ и пасивност у решавању ових здравствених проблема је једна од битних карактеристика популације ИКД, која се континуирано запажа у сваком надзорном истраживању.

3.6. ЗНАЊЕ И СТАВОВИ О HIV-у И AIDS-у

Циљна вредност индикатора 3 за 2012. годину од 65%, који се односи на учесталост ИКД који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а, није достигнута ни на једној истраживачкој локацији [15].

Највиша вредност овог композитног индикатора од 64,4% забележена је у Новом Саду. У Београду је вредност овог композитног индикатора износила 57,4%, а у Нишу 52,3%. На све три истраживачке локације према подацима овог истраживања нема значајне разлике у вредностима овог индикатора међу испитаницима супротног пола. У Београду није присутна статистички значајна разлика у вредностима овог индикатора у различитим добним групама испитаника. Међутим, у Новом Саду ($\chi^2=12,367$; $df=2$; $p=0,002$) и Нишу ($\chi^2=13,453$; $df=2$; $p=0,001$) је пораст квантума знања и адекватних ставова значајно растао са узрастом испитаника.

На вредност овог сложеног индикатора утичу знања и ставови испитаника на пет постављених питања. Испитаници у 4/5 или нешто више случајева знају да сексуални односи са само једним, верним незараженим партнером смањују ризик за преношење HIV-а, затим у 4/5 случајева тачно одговарају на питање да особа заражена HIV-ом не може да зарази особу ако борави у истом животном и радном простору, и такође у 4/5 случајева знају да особа не може да се зарази HIV-ом ако дели храну са особом зараженом HIV-ом. У више од 90% случајева знају и сматрају да правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а, као и да особа заражена HIV-ом може да изгледа здраво.

3.7. ТЕСТИРАЊЕ НА HIV И HCV

Циљна вредност индикатора 5 за 2012. годину од 35%, која подразумева проценат ИКД који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и знају резултат тестирања, није достигнута ни у једној од истраживачких локација [15]. Најмања вредност овог индикатора од 13% забележена је у Нишу. У Београду је вредност овог индикатора износила 19,3%, а у Новом Саду 29,5%.

У Београду и Нишу су се испитанице нешто чешће тестирале, а у Новом Саду испитаници, али није било статистички значајне разлике. Такође, није забележена статистички значајна разлика у учесталости овог индикатора код испитаника који су припадали различитим добним групама.

У Београду свих шест испитаника серолошки реактивних на HIV знало је да је HIV позитивно од раније. У Нишу је пет испитаника током анкетања изјавило да је HIV позитивно од раније, иако је приликом брзог тестирања током овог истраживања регистровано само троје HIV реактивних испитаника. У Новом Саду није било испитаника који од раније знају да су HIV позитивни.

У Београду мање од половине испитаника (47,7%) зна где може да обави добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) на HIV и друге ППИ. У Нишу скоро 60% испитаника зна где може да обави ДПСТ, а у Новом Саду чак 90,5% испитаника.

На питање да ли су се икада у животу тестирали на хепатитис Ц, потврдно је одговорило 69,4% испитаника у Београду, односно 83,7% у Новом Саду и 66,0% испитаника у Нишу. Међу испитаницима супротних полова није било статистички значајне разлике у учесталости тестирања на хепатитис Ц. Међутим, у сва три узорка ИКД популације, учесталост тестирања повећавала се са годинама живота.

3.8. ОБУХВАЋЕНОСТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА И ПОНАШАЊЕ

Циљна вредност обухваћености превентивним програмима у последњих 12 месеци за 2012. годину износила је 30% и достигнута је само у Новом Саду [15]. У Београду је вредност овог индикатора износила 14,5%, у Новом Саду 58,0%, а у Нишу 22,7%.

У Београду су испитаници женског пола били значајније обухваћени превентивним програмима, вероватно због истовремене припадности ИКД популацији и популацији сексуалних радница ($\chi^2=6,234$; $df=1$; $p=0,012$).

Ниске вредности овог композитног индикатора, последица су ниског и ограниченог обухвата испитаника ове популационе групе превентивним програмима, које углавном спроводи мали број НВО, али и недовољног промовисања употребе кондома (давање кондома корисницима услуга), како у НВО, тако и у саветовалиштима за ДПСТ.

Ипак, у Новом Саду и Нишу је од 2008. године дошло до пораста учесталости испитаника који прибор за инјектирање набављају у оквиру програма размене игала и шприцева, док је у Београду забележен пад учесталости испитаника који стерилни прибор за инјектирање набављају на горе наведени начин.

Као битан сегмент обухвата превентивним програмима, набавка кондома преко надлежне НВО/УГ, била је најчесталија у Новом Саду, затим у Нишу и најмања у Београду. Такође, највећи број испитаника из Новог Сада, чак њих 90,2%, зна где може да обави ДПСТ. У Нишу скоро 60% испитаника зна где може да обави ДПСТ, а у Београду скоро 50% испитаника.

3.9. КОНТАКТ СА ПОЛИЦИЈОМ/ ЗАТВОРОМ/ КАЗНЕНИМ УСТАНОВАМА

У Београду је 111 (28,0%) испитаника навело да је кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци и то најчешће једном (17,9%).

У Новом Саду је 26 (8,8%) испитаника навело да је кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци, такође најчешће једном.

У Нишу су 23 (7,7%) испитаника навела да су кривично одговарала због поседовања дроге, најчешће једном у току године.

3.10. КОНТАКТ СА СЛУЖБАМА ЗА ЛЕЧЕЊЕ ЗАВИСНОСТИ

Испитници који су у Београду у последњих 12 месеци покушали да смање коришћење дроге чинили су готово 70% свих испитаника, а они који су то покушали пре више од 12 месеци чинили су 25% свих испитаника. У Београду 5% испитаника никада није покушало да смањи коришћење дроге.

У Новом Саду је нешто више од половине испитаника покушало да смањи коришћење дроге у последњих 12 месеци, а њих 42% пре више од 12 месеци, док готово 4% испитаника никада није покушало да смањи коришћење дроге.

У Нишу је скоро 2/3 испитаника покушало да смањи коришћење дроге у последњих 12 месеци, док је сваки трећи испитаник покушао да смањи коришћење дроге пре више од 12 месеци, а готово 6% испитаника није покушало да смањи коришћење дроге.

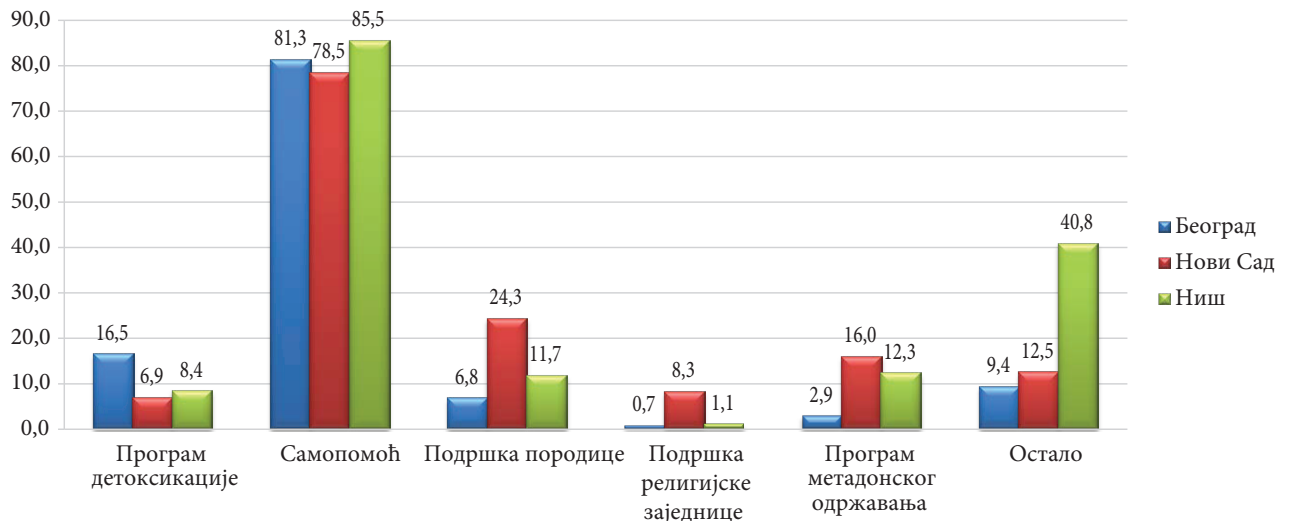
На графикону 2 је приказана дистрибуција учесталости начина да се прекине са коришћењем дроге у Београду, Новом Саду и Нишу у последњих 12 месеци.

Слично резултатима из претходних надзорних истраживања, највећи број испитаника на све три истраживачке локације практикује самопомоћ као начин да прекине са коришћењем дроге. Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. Програм детоксикације био је најзаступљенији међу испитаницима у Београду, док је програм метадонског одржавања био заступљенији међу испитаницима у Новом Саду и Нишу. У последњих годину дана у програм детоксикације било је укључено 16,5% испитаника у Београду, односно 6,9% испитаника из Новог Сада и 8,4% испитаника из Ниша. У последњих годину дана на програму метадонског одржавања било је само 2,9% испитаника из Београда, односно 16,0% испитаника из Новог Сада и 12,3% испитаника из Ниша.

У моменту истраживања у Београду је у програм метадонског одржавања било укључено 25 испитаника, у Новом Саду је у програм метадонског одржавања био укључен 71 испитаник, а у Нишу 33 испитаника.

У Новом Саду су покушаји да се смањи употреба дроге уз подршку породице и религијске заједнице учесталији него у Београду и Нишу (графикон 2).

Графикон 2. Дистрибуција испитаника према начину на који су покушали да смање коришћење дроге у Београду, Новом Саду и Нишу у последњих 12 месеци



3.11. ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

У Београду 63,4% испитаника има оверену здравствену књижицу, што је за готово 8% ниже учешће од резултата забележених 2012. године. У истраживању из 2010. године у Београду је оверену здравствену књижицу имало више од пола испитаника.

У Новом Саду оверену здравствену књижицу има 85,1% испитаника, што је за 10% више у односу на податке из 2012. године.

У Нишу оверену здравствену књижицу има 81,0% испитаника, што је за готово 15% више од податка забележеног у истраживању из 2010. године. За разлику од друга два града, у Нишу жене чешће имају оверену здравствену књижицу ($\chi^2=7,734$; $df=1$; $p=0,005$), као и испитаници старији од 25 година ($\chi^2=8,907$; $df=2$; $p=0,012$).

У Београду се 56,6% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима на примарном нивоу здравствене заштите. Тај податак је 2012. године износио 69%, а 2010. године 42%.

У Новом Саду се сваки други испитаник за решавање здравственог проблема прво обраћао лекарима на примарном нивоу здравствене заштите, а сличан податак забележен је и током 2012. године (47%).

У Нишу се 60,7% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима на примарном нивоу здравствене заштите, што је за скоро 21% више у односу на резултате из 2010. године.

У Београду 67,4% испитаника има свог изабраног лекара. Сличан податак регистрован је приликом истраживања у 2010. години. Током 2012. године 77,0% испитаника имало је свог изабраног лекара.

У Новом Саду је 82% испитаника навело да има свог изабраног лекара. Током 2012. године изабраног лекара је имало свега 68% испитаника.

У Нишу је 84% испитаника навело да има изабраног лекара, што је за готово 30% више од учесталости

забележене у истраживању из 2010. године.

Просечан број посета изабраном лекару у последњих годину дана у Београду износио је 6,1, док је медијана броја посета у последњих годину дана износила три посете. Просечан број посета у последњих годину дана у Новом Саду износио је 10,3, а медијана шест посета. У Новом Саду су испитанице оствариле нешто већи број посета у односу на испитанике. У Нишу је просечан број посета износио 6,5, а медијана броја посета је износила четири посете.

У Београду је 84,2% испитаника задовољно изабраним лекаром, што је виши проценат од оног забележеног током 2012. године (81,4%). У истраживању из 2010. године задовољство радом изабраног лекара регистровано је код 76% испитаника.

У Новом Саду је радом изабраног лекара задовољно 81,9% испитаника, што је више у односу на резултате истраживања спроведеног 2012. године (77%).

У Нишу је 76,7% испитаника задовољно радом изабраног лекара. У односу на резултате истраживања из 2010. године, задовољство радом изабраног лекара је опало за готово 10%.

У Београду је 20,3% испитаника користило услуге лекара у приватној пракси и то чешће жене и млађи. Током 2012. године услуге лекара из приватне праксе користило је 16,0%, а током 2010. године 20,2% испитаника.

У Новом Саду је 29,8% испитаника користило услуге лекара у приватној пракси. У 2012. години вредност овог индикатора износила је 22,7%.

У Нишу је 16,0% анкетираних испитаника користило услуге лекара из приватне праксе, док је 2010. године услуге лекара из приватне праксе користило 14,0% испитаника.

У Београду је готово 70% испитаника задовољно пруженим услугама у дому здравља. Током 2012. године у Београду је 77,1% испитаника било задовољно услугама у дому здравља, а током 2010. године скоро 2/3 испитаника.

За разлику од Београда, у Новом Саду и Нишу је забележен нижи проценат испитаника из популације ИКД који су задовољни пруженим услугама у дому здравља.

У Новом Саду је 58,3% испитаника било задовољно пруженим услугама у дому здравља, док је током 2012. године учесталост овог показатеља у Новом Саду износила 54%. У Нишу је свега 36,6% испитаника задовољно пруженим услугама у дому здравља. Током 2010. године тај проценат је износио 47,8%.

У Београду и Нишу приближно 3/4 испитаница има изабраног гинеколога у дому здравља, а у Новом Саду нешто више од сваке друге испитанице из популације ИКД.

3.12. СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

У Београду је 15,2% испитаника за изолацију особа које живе са HIV-ом. У Новом Саду сваки десети испитаник сматра да особе са HIV-ом треба изоловати, а у Нишу сваки девети. У поређењу са резултатима из 2012. и 2010. године, дошло је до смањења учесталости испитаника који су за изолацију особа које живе са HIV-ом. Током 2012. године сваки трећи испитаник из Београда био је за изолацију особа које живе са HIV-ом, а у Новом Саду сваки пети испитаник. Током 2010. године, 18,6% испитаника из Београда било је за изолацију особа које живе са са HIV-ом, а у Нишу је сваки трећи испитаник имао исто мишљење.

У Београду је 59,3% испитаника за виктимизацију особа које живе са HIV-ом. У Новом Саду је тај проценат износио 57,1%, а у Нишу 70,8%. Овакви резултати указују на одређени напредак у погледу пада вредности овог показатеља на све три истраживачке локације. У Београду је током 2012. године вредност овог показатеља износила 63,3%, а 2010. године 71,0%. У Новом Саду је 2012. године забележена вредност од 66,4%, а у Нишу је 2010. године регистрована вредност од 76,4%.

У Београду и Новом Саду је 2/3 испитаника претрпело неку врсту физичког насиља. У Нишу је 44,3% испитаника било жртва физичког насиља. Полиција је према изјавама испитаника била најчешћи извршилац насиља на све три истраживачке локације, поред вршњака, партнера, члана породице или неког другог.

Приближно 2/3 испитаника зна да је донесен Закон о забрани дискриминације. Међутим, велики број испитаника сматра да овај Закон неће ништа променити у њиховом положају. У Београду 72% испитаника зна да је донесен Закон о забрани дискриминације, у Новом Саду 69%, а у Нишу 60%. Али, сваки

други испитаник из Београда, односно сваки трећи испитаник из Новог Сада и сваки четврти испитаник из Ниша сматра да наведени Закон неће ништа променити у њиховом положају.

Такође, иако већина испитаника зна да је донесен Закон о забрани дискриминације, недискриминаторни став према особама које живе са HIV-ом има само 17,9% испитаника из Београда, односно 21,4% испитаника из Новог Сада и 22,4% испитаника из Ниша.

3.13. ПРЕВАЛЕНЦИЈА HIV И HCV ИНФЕКЦИЈЕ

На све три истраживачке локације учесталости серолошки реактивних испитаника на HIV биле су ниже од дефинисане циљне вредности за 2012. годину (<5%) [15]. Од 2008. године запажа се пад вредности овог индикатора у сва три града. Према резултатима овог истраживања, у Новом Саду није забележен ниједан HIV реактиван резултат тестирања, док је у Београду учесталост серопреваленције HIV инфекције износила 1,5%, а у Нишу 1,0%. У Нишу је значајно више HIV реактивних било међу испитаницима женског пола ($\chi^2=4,863$; $df=1$; $p=0,027$), док у Београду није било разлике међу испитаницима супротних полова. И у Београду и Нишу су сви HIV реактивни испитаници регистровани у добној групи 25 и више година. Инфекција вирусом хепатитиса Ц (индикатор 6) је веома учестала међу испитаницима из популације ИКД, на шта су указали и резултати свих надзорних истраживања. Међутим, у сва три града је регистрована серопреваленција HCV инфекције била испод 75%, што је циљна вредност за 2012. годину [15]. Највиша вредност од 61,4% забележена је у Београду. У Нишу је вредност овог индикатора износила 54,7%, док је у Новом Саду забележена најнижа вредност од 50,2%. Резултати спроведених надзорних истраживања показују да је учесталост HCV реактивних испитаника у Београду опадала током времена, као и у Новом Саду и у Нишу. У Београду је учесталост HCV реактивних испитаника била значајнија код жена ($\chi^2=4,763$; $df=1$; $p=0,029$). Изузев Новог Сада, учесталост HCV реактивних испитаника испитаника у Београду ($\chi^2=16,623$; $df=2$; $p<0,01$) и Нишу ($\chi^2=11,435$; $df=2$; $p=0,003$) расла је са годинама живота (табела 5).

Табела 5. Индикатор 6: проценат ИКД који су инфицирани HCV-ом

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Пол	Мушки	190	58,8 (53,4-64,2)	323	120	48,8 (42,4-55,1)	246	132	53,7 (47,4-69,0)	246
	Женски	55	72,4 (62,1-82,7)	76	28	57,1 (42,8-71,5)	49	32	59,3 (45,7-72,7)	54
Добне групе	18-19	0	0,0 (0,0-0,0)	6	2	40,0 (28,0-108,0)	5	2	22,2 (11,7-56,1)	9
	20-24	13	40,6 (22,6-58,6)	32	8	38,1 (15,4-61,8)	21	11	33,3 (16,4-50,3)	33
	25+	232	64,3 (59,3-69,2)	361	138	51,3 (45,2-57,3)	269	151	58,5 (52,5-64,6)	258
Добне групе - мушкарци	18-19	0	0,0 (0,0-0,0)	4	0	0,0 (0,0-0,0)	3	2	28,6 (6,6-73,7)	7
	20-24	7	31,8 (10,7-53,0)	22	5	31,3 (5,7-56,8)	16	10	37,0 (17,6-56,5)	27
	25+	183	61,6 (56,1-67,2)	297	115	50,7 (44,1-57,2)	227	120	56,6 (49,8-63,3)	212
Добне групе - жене	18-19	0	0,0 (0,0-0,0)	2	2	100,0	2	0	0,0 (0,0-0,0)	2
	20-24	6	60,0 (23,00-97,0)	10	3	60,0 (8,00-128,0)	5	1	16,7 (26,2-59,5)	6
	25+	49	76,6 (66,0-87,0)	49	23	54,8 (39,1-70,5)	42	31	67,4 (53,3-81,5)	46
2013.	Индикатор 6	245	61,4 (56,6-66,2)	399	148	50,2 (44,4-55,9)	295	164	54,7 (49,0-60,3)	300
2012.	Индикатор 6	-	-	-	-	-	150	-	-	-
2010.	Индикатор 6	287	77,4 (73,1-81,6)	371	-	-	-	121	60,5 (53,7-67,3)	200
2008.	Индикатор 6	237	74,8 (70,0-79,6)	317	161	51,6 (46,0-57,2)	312	181	58,4 (52,9-63,9)	310

3.14. ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМ И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

У Београду није забележена статистички значајно чешћа употреба кондома при последњем сексуалном односу у односу на учешће у превентивном програму (34,5% према 34,3%). Сличан налаз присутан је и у Нишу (38,2% према 36,6%) за разлику од Новог Сада где испитаници обухваћени превентивним

програмом у значајно већем проценту него они који то нису (69,0% према 29,8%) користе кондом при последњем сексуалном односу ($\chi^2=44,221$; $df=1$; $p<0,01$).

Учешће у превентивном програму у Београду није било праћено значајно чешћом сталном употребом кондома са свим врстама сексуалних партнера (70,7% према 61,6%), док је у Новом Саду ($\chi^2=24,137$; $df=1$; $p<0,01$) и Нишу ($\chi^2=9,374$; $df=1$; $p=0,002$) учешће у превентивном програму било праћено значајно чешћом конзистентном употребом кондома са свим врстама партнера. У Новом Саду је 86% испитаника обухваћених превентивним програмом пријавило сталну употребу кондома са свим врстама партнера, а у Нишу 86,8% испитаника. На високо учешће употребе кондома на све три истраживачке локације утицала је првенствено стална употреба кондома са комерцијалним партнерима.

У Београду није било разлике у коришћењу стерилног прибора при последњем инјектирању међу испитаницима укљученим у превентивни програм и оних који нису укључени (82,8% према 83,3%). Такав налаз регистрован је и у Нишу (83,8% према 89,2%). У Новом Саду су учесници превентивног програма значајно чешће употребљавали стерилан прибор (93,0% према 75,8%) ($\chi^2=17,367$; $df=1$; $p<0,01$) од оних који нису били укључени у превентивни програм.

Обухват превентивним програмом није био праћен чешћим тестирањем на HIV у последњих годину дана у Београду (31,0% према 19,6%), као и у Нишу (17,6% према 13,8%). У Новом Саду (44,4% према 18,5%) су се учесници превентивног програма чешће тестирали на HIV у последњих годину дана ($\chi^2=15,921$; $df=1$; $p<0,01$) у односу на оне који то нису.

Учешће у превентивном програму није утицало на повећање обима знања о HIV/AIDS-у у Београду (69,0% према 55,4%). У Новом Саду (74,9% према 50,0%) и Нишу (69,1% према 47,4%) испитаници обухваћени превентивним програмом имали су значајно већи квантум знања у односу на испитанике који нису били обухваћени превентивним програмом.

3.15. ЗНАЊЕ И СТАВОВИ О HIV/AIDS-У И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

Знање о HIV/AIDS-у није утицало на учесталију употребу кондома при последњем сексуалном односу у Београду (32,3% према 37,1%) и Нишу (40,1% према 33,6%), док је у Новом Саду знање о HIV/AIDS-у утицало на значајнију употребу кондома (60,0% према 39,0%) ($\chi^2=11,906$; $df=1$; $p<0,01$).

Задовољавајући обим знања о HIV/AIDS-у у Београду није био праћен учесталијом употребом кондома са свим врстама партнера (59,4% према 67,6%), за разлику од Ниша (75,8% према 65,7%) и Новог Сада (78,4% према 62,9%).

Употреба стерилног прибора за инјектирање била је висока, без обзира на то да ли је обим знања о HIV/AIDS-у био задовољавајући или не. У Београду је адекватан обим знања о HIV/AIDS-у и употреба стерилног прибора била заступљена код 81,7% испитаника, у Новом Саду код 87,4% испитаника, а у Нишу код 89,8% испитаника.

Такође, тестирање на HIV у последњих годину дана није било под утицајем знања о HIV/AIDS-у. У Београду се тестирало 22,3% испитаника са адекватним квантумом знања о HIV/AIDS-у, у Новом Саду 33,2%, а у Нишу 17,8% испитаника.

3.16. ДОБРОВОЉНО И ПОВЕРЉИВО САВЕТОВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ НА HIV И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

У сва три града добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV у последњих годину дана није било праћено учесталијом употребом кондома при последњем сексуалном односу, што је веома забрињавајући податак.

Међутим, значајно већа стална употреба кондома са свим врстама партнера, посебно са комерцијалним, регистрована је међу испитаницима који су добили услугу добровољног саветовања и тестирања на HIV у односу на оне испитанике који то нису, само у Београду (74,1% према 59,9%) ($\chi^2=5,817$; $df=1$; $p=0,016$).

Без обзира на то да ли су били на добровољном и поверљивом саветовању и тестирању на HIV или не, преко 80% испитаника је користило стерилан прибор при последњем инјектирању.

3.17. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

Употреба кондома при последњем сексуалном односу, као и стална употреба кондома са свим врстама сексуалних партнера у Београду, Новом Саду и Нишу није зависила од коришћења услуга на примарном нивоу здравствене заштите.

Међутим, у Београду је употреба стерилног прибора при последњем инјектирању значајније заступљена код корисника услуга примарног нивоа здравствене заштите у односу на оне који то нису (88,2% према 11,8%) ($\chi^2=4,010$; $df=1$; $p=0,045$).

С друге стране, коришћење услуга примарног нивоа здравствене заштите је у Новом Саду утицало на учесталије учешће у превентивном програму (63,5% према 36,5%) ($\chi^2=4,104$; $df=1$; $p=0,043$). Такође, коришћење услуга примарног нивоа здравствене заштите је у Новом Саду утицало на учесталију информисаност испитанка о томе где може да се обави ДПСТ (96,2% према 3,8%) ($\chi^2=13,376$; $df=1$; $p<0,01$).

3.18. ФИЗИЧКО НАСИЉЕ И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

У Београду није регистрована статистички значајна разлика у употреби кондома при последњем сексуалном односу у односу на то да ли су испитаници били жртве физичког насиља или не. Али је зато у Новом Саду (46,0% према 64,2%) и Нишу (29,3% према 43,1%) регистрована значајна разлика, јер су испитаници који су били жртве физичког насиља ређе употребљавали кондом при последњем сексуалном односу.

Када је у питању стална употреба кондома са свим врстама партнера и физичко насиље над испитаницима, у Београду и Нишу није регистрована статистички значајна разлика, док је у Новом Саду забележена ређа стална употреба кондома код жртви физичког насиља ($\chi^2=4,470$; $df=1$; $p=0,034$).

У Београду није регистрована статистички значајна разлика у употреби стерилног прибора за инјектирање у односу на изложеност физичком насиљу (81,3% према 87,0%). Међутим, у Новом Саду (82,5% према 91,5%) и Нишу (82,7% према 92,2%) су испитаници који наводе да су били жртве физичког насиља ређе користили стерилан прибор приликом последњег инјектирања.

На учесталост коришћења услуга на примарном нивоу здравствене заштите није значајно утицала изложеност физичком насиљу над испитаницима у Београду, Новом Саду и Нишу.

У Београду и Нишу није регистрована статистичка значајност заступљености превентивне праксе у односу на изложеност физичком насиљу међу испитаницима. У Новом Саду је регистрована мања заступљеност превентивне праксе међу испитаницима изложеним физичком насиљу ($\chi^2=6,446$; $df=1$; $p=0,011$).

3.19. ПРЕВЕНТИВНА ПРАКСА

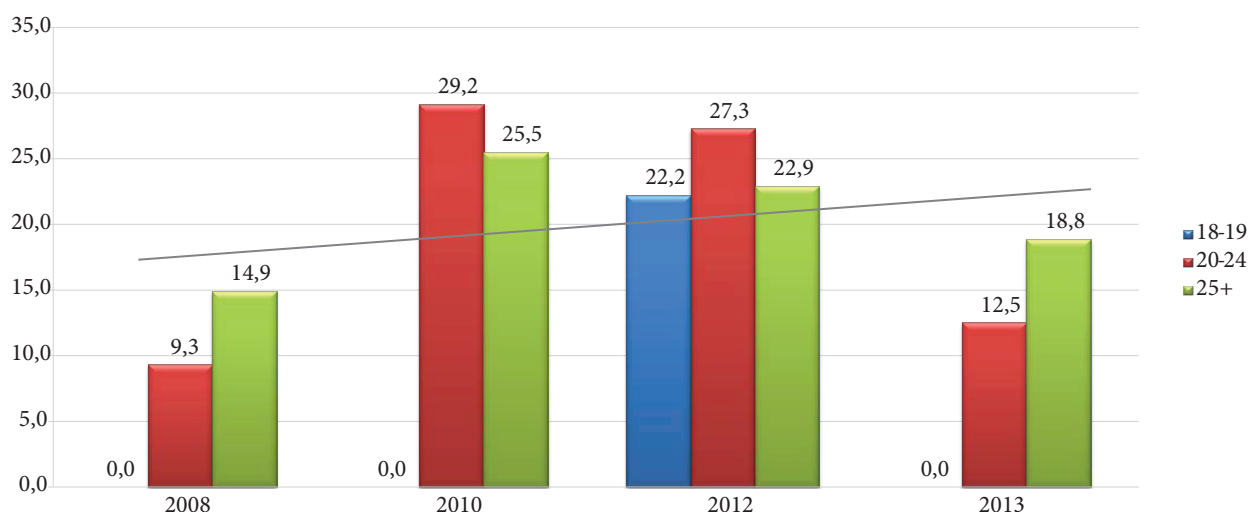
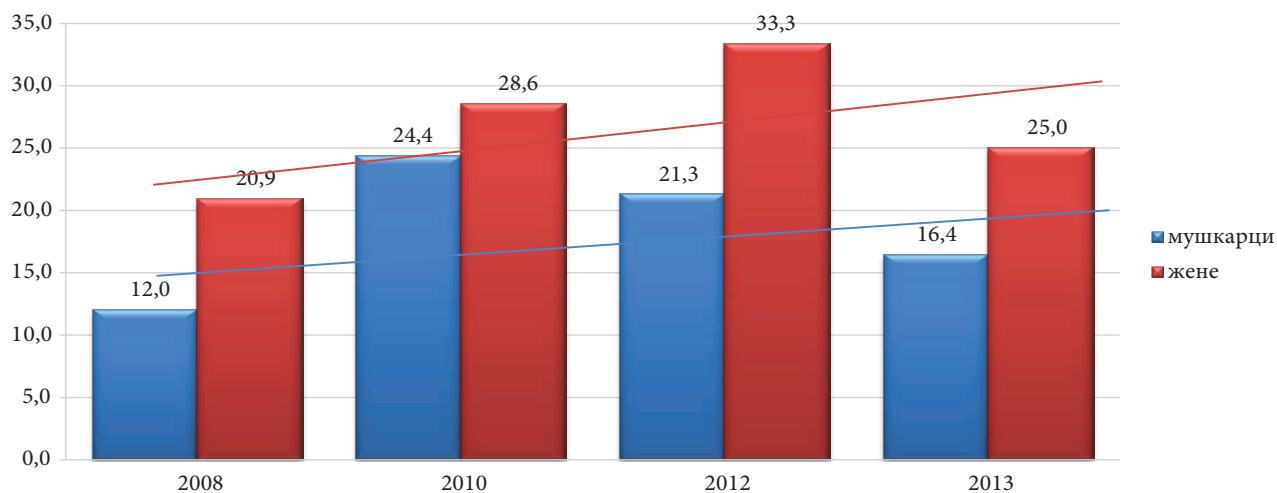
Учесталија заступљеност превентивне праксе у односу на коришћење услуга здравствене заштите није регистрована у Београду и Нишу, али јесте у Новом Саду. На овој истраживачкој локацији учесталија заступљеност превентивне праксе регистрована је међу испитаницима који су користили услуге на нивоу примарне здравствене заштите ($\chi^2=5,670$; $df=1$; $p=0,017$).

У Београду је регистрована значајно већа учесталост превентивне праксе међу испитаницима који су инфицирани HCV-ом (80,6% према 19,4%; $\chi^2=13,922$; $df=1$; $p<0,01$), док је у Новом Саду већа учесталост превентивне праксе ногирана међу испитаницима који нису инфицирани HCV-ом (30,4% према 70,7%; $\chi^2=48,017$; $df=1$; $p<0,01$). У Нишу није регистрована статистички значајна разлика заступљености превентивне праксе међу испитаницима у односу на HCV инфекцију (31,1% према 21,3%).

На графикону 4 приказана је учесталост превентивне праксе у Београду према полу и добним групама и по годинама када су спроведена надзорна истраживања. Учесталија заступљеност превентивне праксе забележена је код жена наспрам мушкараца у свим надзорним истраживањима. Претпоставља се да је учесталија заступљеност превентивне праксе код жена највероватније последица истовремене

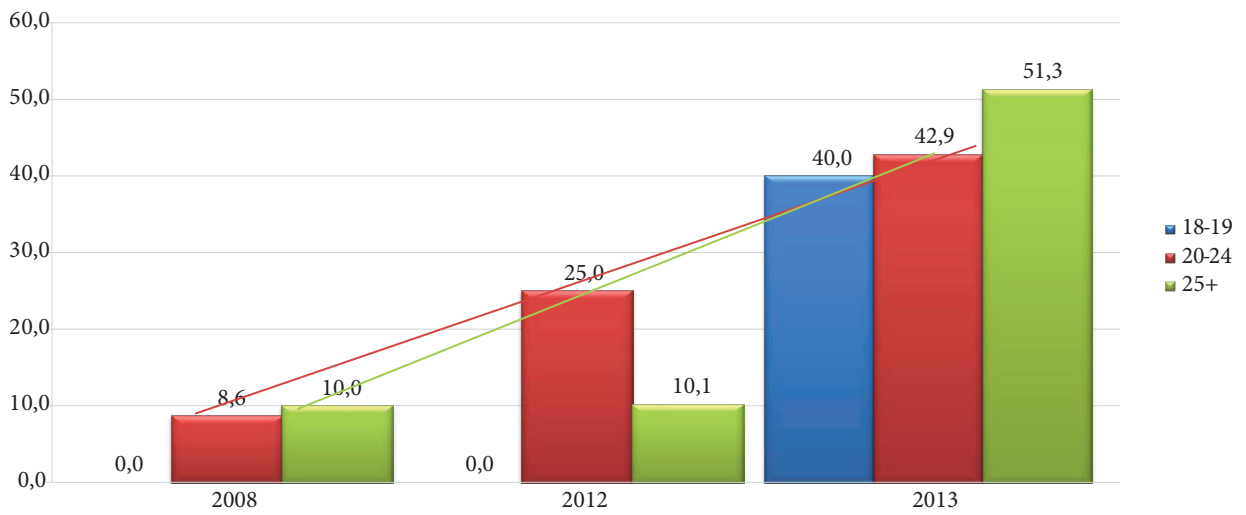
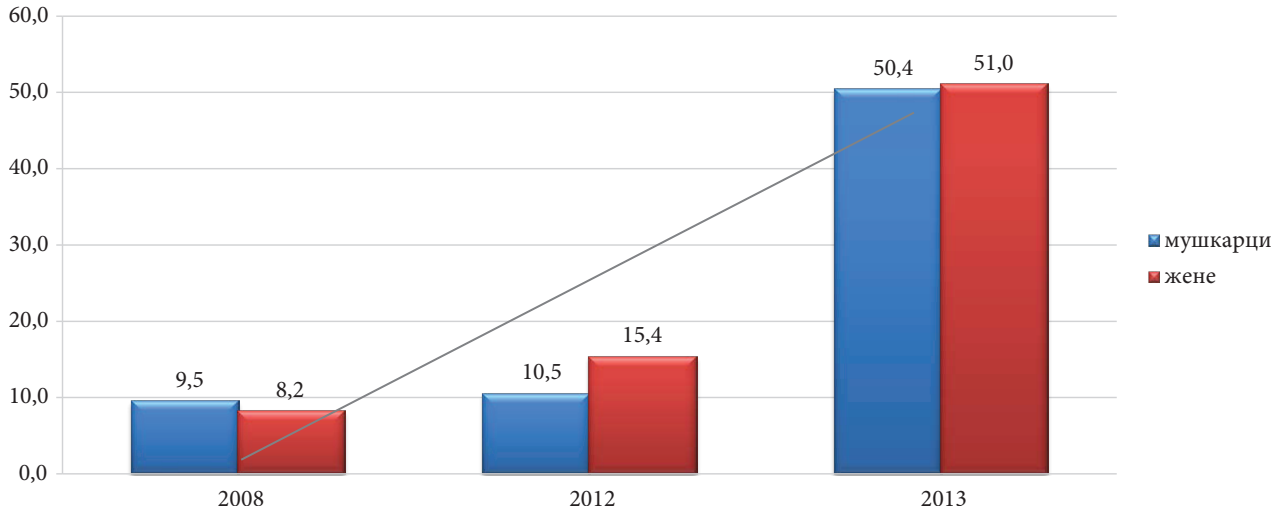
припадности ИКД и СР популацији. Ипак, учесталост превентивне праксе расла је током времена и код мушкараца и код жена. Највиша учесталост од 33,3% код испитаника женског пола забележена је у 2012. години, а код мушкараца из популације ИКД највиша вредност овог композитног индикатора износила је 24,4% и забележена је 2010. године.

Графикон 4. Учесталост превентивне праксе према полу и добним групама међу испитаницима из ИКД популације у Београду, 2008–2013. године



У односу на узраст испитаника из популације ИКД у Београду је такође забележен тренд пораста учесталости превентивне праксе у свим добним групама, при чему су највише вредности овог индикатора забележене током 2010. и 2012. године.

Графикон 5. Учесталост превентивне праксе према полу и добним групама међу испитаницима из популације ИКД у Новом Саду, 2008–2013. године



Графикон 6. Учесталост превентивне праксе према полу и добним групама, међу испитаницима из популације ИКД у Нишу, 2008–2013. године



На графиконима 5 и 6 приказане су учесталости превентивне праксе међу испитаницима у Новом Саду и Нишу према полу и добним групама и по годинама када су вршена надзорна истраживања. Пораст учесталости превентивне праксе током времена био је нарочито изражен у Новом Саду, а нешто мање у Нишу. У Новом Саду је превентивна пракса била незнатно учесталија код жена, осим у 2008. години, док је у Нишу превентивна пракса била учесталија код испитаника мушког пола. Јасан тренд пораста заступљености превентивне праксе међу испитаницима из свих добних група у посматраном временском периоду је регистрован у Новом Саду, док је у Нишу тај тренд регистрован само међу испитаницима узраста 25 и више година.

3.20. НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОРИ У ПЕРИОДУ ОД 2008. ДО 2013. ГОДИНЕ

На табели 6 приказана је преваленција индикатора код ИКД популације у 2013. години. Учесталост HIV реактивних ИКД испитаника од 2008. године показује тенденцију изразитијег пада у Београду у односу на Ниш.

У Београду је вредност овог индикатора опала са 4,7%, колико је забележено у 2008. години, на 1,5% колико је забележено у 2013. години. У Београду је током свих година надзорних истраживања, учесталост HIV реактивних била заступљенија код ИКД испитаника женског пола, осим у 2013. години. Током времена у Београду је забележен тренд пада учесталости HIV реактивних код испитаника добне групе од 20 до 24, а пораст у добној групи 25 и више година.

У Новом Саду је током свих надзорних истраживања регистрован само један случај HIV реактивног испитаника, и то 2008. године.

У Нишу је забележена вредност индикатора 1 током 2008. године износила 1,6%, а током 2013. године 1,0%. Учесталост HIV реактивних испитаника била је заступљенија код жена, осим у 2010. години, када није регистрован ниједан случај HIV-а код испитаника женског пола. У Нишу су сви HIV реактивни испитаници били из добне групе старијих од 25 година, осим 2010. године када је највише учешће HIV реактивних забележено у добној групи од 20 до 24 године.

Запажа се да је током времена вредност индикатора 2 значајно порасла у Новом Саду, за разлику од друга два града. Истовремена употреба стерилног прибора током последњих месец дана и кондома при последњем сексуалном односу у Београду износила је 30,6%, што је за готово 5% више од вредности забележене у истраживању из 2008. и 2010. године, али је за 1,6% ниже од вредности забележене у 2012. години. Учесталост овог индикатора у 2008. и 2010. години је била заступљенија код мушкараца, док је у 2012. и 2013. години интензивно порасла и била заступљенија код жена.

Табела 6. Национални индикатори у периоду од 2008. до 2013. године

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Процент инффицираних HIV-ом										
2013.	Индикатор 1	6	1,5 (0,3-2,7)	399	0	0,0 (0,0-0,0)	295	3	1,0 (0,1-2,1)	300
2012.		5	1,7 (0,2-3,1)	300	0	0,0 (0,0-0,0)	150	-	-	-
2010.		9	2,4 (0,0-4,0)	371	-	-	-	9	4,5 (1,6-7,4)	200
2008.		15	4,7 (2,6-7,5)	316	1	0,3 (0,3-1,0)	312	5	1,6 (0,2-3,0)	310
Процент ИКД који/е су пријавили/е да нису користили/делили нестерилан прибор за инјектирање током последњих месец дана и који/е су користили кондом током последњег сексуалног односа										
2013.	Индикатор 2	92	32,4 (26,9-37,9)	284	118	56,2 (49,4-63,0)	210	111	33,8 (27,3-40,3)	207
2012.		64	30,6 (24,3-36,9)	209	32	31,4 (22,2-40,5)	102	-	-	-
2010.		77	32,0 (19,4-30,4)	241	-	-	-	44	32,6 (23,2-39,0)	135
2008.		51	24,8 (18,8-30,7)	206	47	20,6 (15,3-25,9)	228	77	31,4 (25,6-37,3)	245
Процент ИКД који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а										
2013.	Индикатор 3	229	57,4 (52,5-62,3)	399	190	64,4 (58,9-69,9)	295	157	52,3 (46,6-58,0)	300
2012.		124	41,3 (35,7-46,9)	300	87	58,0 (50,0-66,0)	150	-	-	-
2010.		231	62,3 (58,1-68,19)	371	-	-	-	110	55,0 (48,3-62,2)	200
2008.		204	64,4 (59,1-69,7)	320	186	59,6 (54,1-65,1)	320	166	53,5 (48,0-59,1)	320
Процент обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци										
2013.	Индикатор 4	58	14,5 (11,1-18,0)	399	171	58,0 (52,3-63,6)	295	68	22,7 (17,9-27,4)	300
2012.		59	19,7 (15,4-24,2)	300	30	20,0 (13,5-26,5)	150	-	-	-
2010.		75	20,2 (16,1-24,4)	371	-	-	-	14	7,0 (3,5-10,6)	200
2008.		66	20,8 (16,3-25,3)	320	5	1,6 (0,2-3,0)	320	37	11,9 (8,3-15,6)	320

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад			Ниш		
Процент оних који су се тестирали у последњих 12 месеци и знају резултате тестирања										
2013.	Индикатор 5	77	19,3 (15,4-23,2)	399	87	29,5 (24,3-34,7)	295	39	13,0 (9,2-16,8)	300
2012.		76	25,3 (20,4-30,3)	300	34	22,7 (15,9-29,4)	150	–	–	–
2010.		121	32,6 (28,2-37,9)	371	–	–	–	38	19,0 (13,6-24,6)	200
2008.		102	32,2 (27,0-37,3)	317	45	14,6 (10,2-18,0)	309	62	20,1 (15,5-24,5)	308
Процент инфицираних узрочником хепатитиса Ц										
2013.	Индикатор 6	245	61,4 (56,6-66,2)	399	148	50,2 (44,4-55,9)	295	164	54,7 (49,0-60,3)	300
2012.		–	–	–	–	–	150	–	–	–
2010.		287	77,4 (73,1-81,6)	371	–	–	–	121	60,5 (53,7-67,3)	200
2008.		237	74,8 (70,0-79,6)	317	161	51,6 (46,0-57,2)	312	181	58,4 (52,9-63,9)	310
Процент ИКД који/е су пријавили/е употребу кондома током последњег сексуалног односа у последњих месец дана										
2013.	Индикатор 7	87	30,6 (25,2-36,0)	284	110	52,4 (45,6-59,2)	210	65	31,4 (25,0-37,8)	207
2012.		54	25,8 (19,6-31,8)	209	22	21,6 (13,5-29,7)	102	–	–	–
2010.		60	24,9 (26,0-37,9)	241	–	–	–	42	31,1 (24,6-40,6)	135
2008.		59	25,5 (22,4-34,9)	206	66	20,5 (23,0-34,9)	228	95	32,0 (32,5-44,7)	246
Процент ИКД који су пријавили употребу стерилног прибора приликом последњег инјектирања током последњих месец дана										
2013.	Индикатор 8	332	83,2 (79,5-86,9)	399	253	85,8 (81,8-89,8)	295	264	88,0 (84,3-91,7)	300
2012.		254	84,7 (80,6-88,8)	300	108	72,0 (64,7-79,3)	150	–	–	–
2010.		284	76,5 (72,2-80,9)	371	–	–	–	176	88,0 (83,5-92,5)	200
2008.		252	79,7 (75,0-84,0)	320	238	76,1 (71,5-81,0)	318	240	77,8 (72,7-82,1)	316

У свим добним групама испитаника је истовремена употреба кондома и стерилног прибора расла током времена, а у 2008, 2012. и 2013. години била је најчесталија у добној групи најмлађих испитаника. У Новом Саду је вредност индикатора 2 износила 52,4%, што је пораст за више од 30% у односу на резултате истраживања из 2008. и 2012. године. Учесталост овог индикатора је у свим годинама надзорних истраживања била виша код мушкараца, а у 2013. години износила је чак 75% код најмлађих испитаника.

У Нишу је вредност индикатора 2 износила 31,4%, што је приближно вредностима из претходна два надзорна истраживања. Учесталост овог индикатора била је виша код мушкараца, али се није мењала током времена, док је код жена регистрован тренд опадања. Иначе, у свим добним групама испитаника присутан је тренд пораста учесталости овог индикатора.

Према подацима овог истраживања, у Београду је вредност индикатора 3 нижа за готово 7% у односу на вредности из 2008. и 2010. године, али је за 16% виша од вредности истраживања из 2012. године. У Новом Саду је вредност овог индикатора порасла за 6% у односу на податке из претходна два истраживања, а у Нишу се вредност поменутог индикатора није битно променила.

У Београду су жене у свим годинама истраживања имале већи обим знања о HIV/AIDS-у, за разлику од мушкараца, мада је код испитаника оба пола забележен тренд опадања овог индикатора. У свим годинама истраживања обим знања о HIV/AIDS-у био је најчесталији код најстаријих испитаника.

У Новом Саду је обим знања о HIV/AIDS-у опадао током времена код испитаница, а код испитаника је растао. Као и у Београду, обим знања о HIV/AIDS-у је у свим годинама истраживања био највећи код најстаријих испитаника.

У Нишу је такође обим знања о HIV/AIDS-у опадао током времена код испитаница, али се није битно мењао код испитаника. Осим у 2010. години, када је највећи обим знања о HIV/AIDS-у регистрован у

добној групи најмлађих, у свим осталим годинама је обим знања о HIV/AIDS-у био највећи у најстаријој групи испитаника.

Према подацима овог истраживања вредност индикатора 4 у Новом Саду је износила 58%. У Новом Саду и Нишу регистрован је пораст обухваћености превентивним програмима, с тим што је у Новом Саду тај пораст био интензивнији (са 1,6% у 2008. на 58% у 2013. години). Према подацима овог истраживања, у Београду је обухваћеност превентивним програмима износила 14,5%, а у Нишу 22,7%. У Београду је присутан континуиран пад вредности овог индикатора од 2008. године, па надаље. У Нишу је вредност овог индикатора порасла за 11,1%, односно за 15,7% у односу на резултате истраживања из 2008. и 2010. године.

У Београду су жене чешће биле обухваћене превентивним програмом у односу на мушкарце, код којих је током времена дошло до пада обухваћености превентивним програмом. Током 2008. и 2013. године највећи обухват превентивним програмом забележен је у добној групи 25 и више година, а у 2010. и 2012. години у добној групи од 20 до 24 године.

У Нишу је вредност индикатора 5 опала за 7% у односу на вредност забележену у истраживању током 2008. године. Слична ситуација присутна је и у Београду, где је учесталост овог индикатора опала за готово 13% у периоду од 2008. до 2013. године и сада износи 19,3%. У Новом Саду је вредност овог индикатора порасла, са 14,6%, колико је износила у 2008. години, на 29,5%, колико је износила у 2013. години.

У Београду су се жене у свим годинама истраживања значајније тестирале на HIV у односу на мушкарце, али је код особа оба пола дошло до пада вредности овог индикатора током времена. У свакој години истраживања, највећа вредност овог индикатора забележена је у добној групи најстаријих.

У Новом Саду су се мушкарци током свих година истраживања чешће тестирали, а у Нишу жене.

Резултати спроведених надзорних истраживања показују да је учесталост HCV реактивних испитаника у Београду, Новом Саду и Нишу опадала током времена (табела 6).

У Београду је учесталост HCV реактивних испитаника била виша код жена у свим годинама надзорних истраживања. У Новом Саду је дошло до пада учесталости овог индикатора код мушкараца, за разлику од пораста који је регистрован код жена. У Нишу су, као и у Београду, вредности овог индикатора биле током свих надзорних истраживања више код жена.

Резултати надзорних истраживања показују интензивирани пораст вредности индикатора 7 у Новом Саду (са 29,8% на 56,2%), нешто блажи пораст у Београду (са 29,3% на 32,4%) и пад од скоро 6% у Нишу.

У Београду је вредност овог индикатора у 2008. и 2010. години била виша код мушкараца, а у 2012. и 2013. години код жена у свим годинама истраживања. Вредност овог индикатора била је највиша у најмлађој добној групи, сем 2010. године, када је била највиша у добној групи од 20 до 24 године.

У Новом Саду је, као и у Нишу, вредност овог индикатора у свим годинама истраживања била виша код мушкараца.

Употреба стерилног прибора при последњем инјектирању током последњих месец дана је током времена порасла у сва три града. У Београду је 2008. године вредност овог индикатора износила 79,7%, а 2013. године 83,2%. У Нишу је вредност овог индикатора порасла са 77,8 у 2008. на 88,0% у 2013. години, а у Новом Саду са 76,1% у 2008. на 85,8% у 2013. години.

У Београду је регистрована виша вредност овог индикатора међу мушкарцима него међу женама, као и у Новом Саду. У Нишу је виша вредност овог индикатора забележена код жена само у 2008. години. Испитаници свих добних група су са готово подједнаком учесталашћу користили стерилан прибор током година у сва три града.

4. ЗАКЉУЧЦИ

- У Београду је величина узорка износила 399 испитаника, а однос испитаника мушког и женског пола је био 4:1. У Новом Саду је величина узорка износила 295 испитаника, при чему је однос испитаника мушког и женског пола био 5:1. У Нишу је величина узорка износила 300, при чему је однос испитаника мушког и женског пола био 4,5:1. У најмлађој добној групи од 18 до 19 година било је 1,5% испитаника у Београду, 1,7% у Новом Саду и 3,0% у Нишу. Веома битна социјална

карактеристика ИКД популације је незапосленост, која је најучесталија у односу на социјални статус испитаника у сва три града;

- И у Београду и Нишу је половина испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге у 21. години ($med=21,0$ година), док је у Новом Саду половина испитаника започела са инјективним коришћењем дроге у 20. години ($med=20,0$ година). Постоји ризично понашање везано за употребу нестерилног прибора за инјектирање. Иако није забележена статистички значајна разлика међу испитаницима различитих добних група на различитим истраживачким локацијама, у Београду и Новом Саду су најмлађи испитаници најчешће размењивали прибор за инјектирање. Најчешће размењивање прибора у Нишу регистровано је међу испитаницима из добне групе од 20 до 24 године;
- Одлике сексуалног понашања у овој популационој групи указују на значајан степен ризика и угрожености. Ступање у сексуалне односе пре пунолетства представља уобичајену појаву на све три истраживачке локације. Недоследна употреба кондома са свим врстама партнера, којих је у просеку било више, посебно међу мушкарцима и млађим добним категоријама испитаника, истовремена припадност популацији сексуалних комерцијалних радница и мушкараца који имају секс са мушкарцима, затим велики број сексуалних партнера који не убризгавају дрогу код испитаника из популације ИКД мушког пола, указује на значај ИКД популације у сексуалној трансмисији HIV инфекције и других ППИ. Због тога забрињава налаз да трећина испитаника на све три истраживачке локације не предузима ништа у случају појаве знакова и симптома ППИ. Занемаривање симптома и знакова ППИ и пасивност у решавању ових здравствених проблема је једна од битних карактеристика популације ИКД, која се континуирано региструје у сваком надзорном истраживању;
- Процент ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а има незадовољавајућу вредност, која је испод 65%. Највиша вредност овог композитног индикатора од 64,4% забележена је у Новом Саду. У Београду је вредност овог композитног индикатора износила 57,4%, а у Нишу 52,3%. Према подацима из овог истраживања, у Београду је вредност индикатора 3 нижа за готово 7% у односу на вредност из 2008. и 2010. године, али је за 16% виша од вредности истраживања из 2012. године. У Новом Саду је вредност овог индикатора порасла за 6% у односу на податке из претходна два истраживања, а у Нишу се вредност поменутог индикатора није битно променила. Знање о HIV/AIDS-у није утицало на учесталију употребу кондома при последњем сексуалном односу у Београду и Нишу, док је у Новом Саду утицало на значајније већу употребу кондома ($\chi^2=11,906$; $df=1$; $p<0,01$). Задовољавајући обим знања о HIV/AIDS-у у Београду није био праћен учесталијом употребом кондома са свим врстама партнера (59,4%), за разлику од Ниша (75,8%) и Новог Сада (78,4%). Учесталост употребе стерилног прибора за инјектирање била је висока у сва три града, без обзира на то да ли је обим знања о HIV/AIDS-у био задовољавајући или не;
- Процент ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања био је низак (индикатор 5). Најмања вредност овог индикатора од 13% забележена је у Нишу. У Београду је вредност овог индикатора износила 19,3%, а у Новом Саду 29,5%. Забележен је висок проценат ИКД испитаника који су потврдно одговорили на питање да ли су се икада у животу тестирали на хепатитис Ц (69,4% у Београду, 83,7% у Новом Саду и 66,0% испитаника у Нишу). У Београду мање од половине испитаника (47,7%) зна где може да обави ДПСТ на HIV и ППИ. У Нишу скоро 60% испитаника зна где може да обави ДПСТ, а у Новом Саду чак 90,5% испитаника. У Нишу је вредност индикатора 5 опала за 7% у односу на вредност забележену у истраживању током 2008. године. Слична ситуација регистрована је и у Београду, где је учесталост овог индикатора опала за готово 13% у периоду од 2008. до 2013. године (са 32% на 19,3%). У Новом Саду је вредност овог индикатора порасла са 14,6%, колико је износила у 2008. години, на 29,5%. ДПСТ у последњих годину дана није било праћено учесталијом употребом кондома при последњем сексуалном односу, што је веома забрињавајући податак који је забележен у сва три града. Међутим, значајно већа конзистентна употреба кондома са свим врстама партнера,

посебно са комерцијалним, регистрована је међу испитаницима који су добили услугу ДПСТ само у Београду (74,1% према 59,9%; $\chi^2=5,817$; $df=1$; $p=0,016$);

- Процент ИКД који су обухваћени превентивним програмима био је низак и износио је 14,5% у Београду и 22,7% у Нишу, за разлику од Новог Сада (58,0%). У Новом Саду и Нишу регистрован је пораст обухваћености превентивним програмима, с тим што је у Новом Саду тај пораст био интензивнији (са 1,6% у 2008. на 58% у 2013. години). У Београду је регистрован континуирани пад вредности овог индикатора од 2008. године, па надаље. Утицај учешћа у превентивном програму је углавном у Новом Саду утицао на заступљеније протективне облике понашања. У Новом Саду су испитаници обухваћени превентивним програмом у већем проценту него они које то нису (69,0% према 29,8%) користили кондом при последњем сексуалном односу ($\chi^2=44,221$; $df=1$; $p<0,01$), чешће су употребљавали стерилан прибор за инјектирање ($\chi^2=17,367$; $df=1$; $p<0,01$) и чешће су се тестирали на HIV у последњих годину дана ($\chi^2=15,921$; $df=1$; $p<0,01$);
- Слично резултатима из претходних надзорних истраживања, највећи број испитаника на све три истраживачке локације практикује самопомоћ као начин да прекине са коришћењем дроге. Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен је у неки програм лечења у установи за лечење зависности;
- У Београду 63,4% испитаника има оверену здравствену књижицу, што је за готово 8% ниже учешће од резултата забележених 2012. године. У истраживању из 2010. године у Београду је оверену здравствену књижицу имало више од пола испитаника. У Новом Саду оверену здравствену књижицу има 85,1% испитаника, што је за 10% више у односу на податке из 2012. године. У Нишу оверену здравствену књижицу има 81,0% испитаника, што је за готово 15% више од податка забележеног у истраживању из 2010. године. Употреба кондома при последњем сексуалном односу, као и стална употреба кондома са свим врстама сексуалних партнера у Београду, Новом Саду и Нишу није зависила од коришћења услуга на примарном нивоу здравствене заштите. Међутим, у Београду је употреба стерилног прибора при последњем инјектирању била значајније заступљена код корисника услуга примарног нивоа здравствене заштите у односу на оне који то нису (88,2% према 11,8%; $\chi^2=4,010$; $df=1$; $p=0,045$). С друге стране, коришћење услуга примарног нивоа здравствене заштите је у Новом Саду утицало на учесталије учешће у превентивном програму (63,5% према 36,5%; $\chi^2=4,104$; $df=1$; $p=0,043$). Такође, коришћење услуга примарног нивоа здравствене заштите је у Новом Саду утицало на учесталију информисаност о томе где може да се обави ДПСТ (96,2% према 3,8%; $\chi^2=13,376$; $df=1$; $p<0,01$);
- У Београду и Новом Саду је 2/3 испитаника претрпело неку врсту физичког насиља. У Нишу је 44,3% испитаника било жртва физичког насиља. У Новом Саду и Нишу су испитаници жртве физичког насиља ређе употребљавали кондом при последњем сексуалном односу. У Новом Саду је забележена ређа стална употреба кондома код жртви физичког насиља ($\chi^2=4,470$; $df=1$; $p=0,034$). У Новом Саду и Нишу су жртве физичког насиља ређе користиле стерилан прибор;
- Регистрована учесталост HIV реактивних ИКД испитаника из популације ИКД на све три истраживачке локације била је ниска. У Новом Саду није забележен ниједан HIV реактиван испитаник, док је у Београду учесталост HIV реактивних налаза износила 1,5%, а у Нишу 1,0%. У Београду је забележен тренд пада овог индикатора;
- На све три истраживачке локације забележен је тренд пораста учесталости превентивне праксе. Учесталија заступљеност превентивне праксе и коришћења услуга здравствене заштите регистровано је у Новом Саду. На овој истраживачкој локацији учесталија заступљеност превентивне праксе регистрована је међу испитаницима који су користили услуге на нивоу примарне здравствене заштите ($\chi^2=5,670$; $df=1$; $p=0,017$). У Београду је регистрована значајно већа учесталост превентивне праксе међу испитаницима који су инфицирани HCV-ом (80,6% према 19,4%; $\chi^2=13,922$; $df=1$; $p<0,01$), док је у Новом Саду значајно већа учесталост превентивне праксе но-тирана међу испитаницима који нису инфицирани HCV-ом (30,4% према 70,7%; $\chi^2=48,017$; $df=1$; $p<0,01$).

5. ПРЕПОРУКЕ

У наредним био-бихејвиоралним истраживањима неопходно је укључивање већег броја младих особа, посебно оних узраста од 18 до 19 година. Њихов број је генерално у сваком од спроведених надзорних истраживања био мали, тако да је у том смислу немогуће доношење адекватних закључака. Генерално, млади и адолесценти представљају посебно вулнерабилну субпопулацију ИКД, због незадовољавајућег нивоа знања, коришћења превентивних програма у мањем обиму, уз истовремено присуство ризичнијих облика понашања, посебно сексуалног. Због тога је неопходно покретање специјално дизајнираних програма намењених искључиво малолетним ИКД. Током неформалног разговара са учесницима истраживања закључено је да постоје групе малолетника које инјектирају ПАС или су под повећаним ризиком од инјектирања ПАС, јер их активни ИКД виђају свакодневно или на местима где су препродавци ПАС. Заправо, у питању су малолетна лица из групе тешко доступних популација (*hard to reach population*), тј. често су ови млади деца улице или су смештени у неки од домова за незбринуту децу.

Такође, у серопревалентна и бихејвиорална истраживања, која ће се спроводити у будућности, потребно је укључити већи број особа женског пола, у циљу добијања веродостојних резултата и реалније процене ситуације у овој субпопулацији ИКД.

Због утицаја превентивних програма на протективно понашање код ИКД, потребно је даље спровођење, унапређење, развијање и професионално подржавање наведених програма. Услед разлика које се појављују у резултатима из три различита града, неопходна је стандардизација и проширење пружања превентивних и терапијских услуга у систему здравствене заштите на нивоу Републике, укључујући и приватни сектор (тренутно је присутан мањак контроле над приватним медицинским услугама које су намењене ИКД).

У складу са општим препорукама, неопходно је развијати превентивне програме у односу на специфичности одређених субпопулација ИКД, узимајући у обзир и локалне карактеристике средине у којој би се спроводили, са сталним унапређењем њиховог квалитета и изградње одговарајућих система за даље упућивање, уз пружање свих потребних услуга популацији ИКД, а у циљу што боље превенције HIV инфекције и других заразних болести које се преносе парентералним или сексуалним путем. У том смислу неопходно је спроводити континуирано едукацију пружалаца услуга у различитим секторима, укључујући активисте невладиних организација, здравствене раднике, раднике запослене у апотекама, социјалне раднике, раднике у казнено-поправним институцијама итд, успостављањем мултидисциплинарног приступа.

Обзиром да су резултати овог истраживања показали да се ДПСТ углавном своди на тестирање, неопходно је интензивирати делатност рада која се односи и на саветовалишну компоненту, посебно када је у питању употреба кондома са свим врстама сексуалних партнера.

Као што је познато, знање само по себи, без конкретних препорука и обезбеђених услова, обично није праћено и одговарајућим протективним понашањем у циљу заштите здравља, на шта су указали и резултати овог истраживања. Зато су програми циљани само на пораст знања неисплативи и неефикасни. У том смислу, неопходно је развити посебне превентивне програме и интервенције које ће за циљ имати практично коришћење знања у свакодневном животу. У том смислу је нарочито битно истићи значај сексуалне трансмисије HIV инфекције и других полним и парентералним путем преносивих инфекција, посебно хепатитиса Б и Ц. Из тог разлога је, на субпопулацијском нивоу који се првенствено односи на ИКД, неопходно повећати доступност кондома како у невладином сектору који пружа превентивне услуге популацији ИКД, тако и у здравственим институцијама које се баве превенцијом заразних болести. Са друге стране, генерално на популационом нивоу, неопходно је промовисати континуирану употребу кондома са свим врстама сексуалних партнера.

Поред тога, неопходно је развити програме ресоцијализације и рехабилитације бивших и активних корисника ПАС, због високог степена незапослености.

Због насиља које трпе и малих очекивања од примене закона о забрани дискриминације неопходно је да се ова популациона група упозна са радом независних државних институција (заштитник права грађана, повереник за заштиту равноправности...).

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Aceijas, C., Stimson, G. V., Hickman, M. and Rhodes, T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users, *AIDS* 2004; 18: 2295-2303.
2. Fernandez H. Heroin. Minnesota, Hazelden: 1998.
3. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. World Drug Report 2000. Great Britain, Oxford University Press; 2000.
4. Stimson GV. The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection. *Bulletin on Narcotics* 1993;45:3-17.
5. Des Jarlais DC, Friedman SR. HIV epidemiology and interventions among injecting drug users. *Int J STD AIDS* 1996;7: 157.161.
6. Ray Kim W. Global epidemiology and burden of hepatitis C. *Microbes and Infection* 2002;345: 41-52.
7. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine* 2001;345: 41-52.
8. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Центар за превенцију и контролу заразних болести. Извештај о заразним болестима у 2012. години на територији Републике Србије, ИЈЗС, Београд, 2013.
9. Carolyn A, Joanne R, Paul F, Dolan K. Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: cross sectional survey. *Harm reduction Journal* 2005;2: 9.
10. Gibson, D.R. Flynn, N. Perales, D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001; 15: 1329-1341.
11. Murray, J.M. Law, M.G. Gao, Z. Kaldor, J.M. The impact of behavioural changes on the prevalence of HIV and hepatitis C among injecting drug users. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 708-714.
12. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати, 2008. године, Министарство здравља Републике Србије, Београд
13. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати, 2010. године, Министарство здравља Републике Србије, Београд
14. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати, 2012. године, Министарство здравља Републике Србије, Београд
15. Министарство здравља Републике Србије: План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, 2011–2015. Београд, 2011.

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц И УЧЕСТАЛОСТИ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И КРАГУЈЕВЦУ

Главни истраживач и аутор:

Даниел Мешковић, доктор медицине, дипл. психолог
Департман за психологију Факултета за медије и комуникације Универзитета Сингидунум

Консултант истраживања:

Проф. др Викторија Цуцић
Медицински факултет Универзитета у Београду

Главни теренски координатор:

Александар Прица
Удружење „Асоцијација Дуга”, Шабац

Вође теренског тима:

Исеин Фетоски
Удружење „Сигуран Пулс Младих”, Београд

Жељко Бобић
Удружење „Омладина ЈАЗАС-а”, Нови Сад

Милош Перић
Удружење „Асоцијација Дуга”, Крагујевац

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц И УЧЕСТАЛОСТИ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И КРАГУЈЕВЦУ

Даниел Мешковић, доктор медицине, дипл. психолог

Департаман за психологију Факултета за медије и комуникације Универзитета Сингидунум

Кратак садржај:

Узимајући у обзир ток HIV епидемије у Србији где је главни начин преноса инфекције сексуални, бројне HIV превентивне активности су усмерене ка мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ). Основни циљ истраживања је био да се процени преваленција HIV инфекције и хепатитиса Ц, као и релевантно знање и ставови о HIV инфекцији, те распрострањеност и облици ризичног понашања међу овом популацијом. Ово трансверзално био-бихејвиорално истраживање је спроведено у Београду, Новом Саду и Крагујевцу од октобра до децембра 2013. године на узорку од 1000 испитаника, 400 у Београду и по 300 у Новом Саду и Крагујевцу, узраста 18 до 59 година. Узорковање је вршено RDS методом, а узорачки оквир је прављен на основу четири дефинисана начина долажења до партнера. Инструмент истраживања бихејвиоралне компоненте је био специјално за ту сврху направљен структурирани упитник са питањима затвореног типа, чију администрацију су спроводили специјално обучени анкетари, а биолошка компонента истраживања је спроведена путем анализе узорака крви испитаника који су тестирани на HIV и хепатитис Ц. Резултати истраживања су показали да је највећи проценат инфицираних HIV-ом у Београду (8,3%), затим у Крагујевцу (6,3%), па Новом Саду (5,3%), као и да је највећа преваленца вируса хепатитиса Ц у Београду (2,5%), док у Новом Саду и Крагујевцу износи 0,3%. Највећи проценат коришћења кондома током последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером у протеклих шест месеци је пријављен међу испитаницима у Крагујевцу (85,3%), затим у Новом Саду (72%), па Београду (62,3%). Процент МСМ који имају адекватно знање у вези са трансмисијом највећи је у Новом Саду (72,0%), након чега долази Крагујевац (65,7%), па Београд (58,3%). Највећи проценат испитаника који се у протеклих годину дана тестирао је у Крагујевцу (50,7%), затим у Новом Саду (37,7%), па Београду (36,3%). Резултати указују на изразиту потребу континуираног спровођења и унапређења обима и квалитета теренских превентивних програма, програма у *drop-in* центрима и ДПСТ праксе.

Кључне речи: преваленца HIV-а, МСМ, RDS, ризично сексуално понашање

HIV AND HEPATITIS C PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR ASSESSMENT AMONG MSM IN BELGRADE, NOVI SAD AND KRAGUJEVAC

Daniel Meskovic, MD, BSc

Department of Psychology, Faculty of Media and Communications

Abstract

Taking into account the course of HIV epidemic in Serbia where the main mode of infection transmission is sexual, numerous HIV preventive activities are aimed toward Men having Sex with Men population (hereinafter: MSM). The main goal of this survey was to estimate HIV and Hepatitis C prevalence, and to assess the level of relevant knowledge, attitudes and risky behavioral patterns related to HIV and other STDs. This cross-sectional bio-behavioral survey was conducted in Belgrade, Novi Sad and Kragujevac, in the period October – December, 2013, with a sample of 400 MSM in Belgrade, 300 MSM in Novi Sad and 300 MSM in Kragujevac, aged 18-59. Sampling was conducted by using Respondent driven sampling (RDS) and the sampling frame was based on four main identified ways of finding sexual partners. The main research tool was a structured questionnaire with close-ended questions, administered by specially trained interviewers. The biological component of the study was conducted by analysis of respondents' blood samples which were tested on HIV and Hepatitis C.

The research data have shown that the highest HIV prevalence is in Belgrade (8.3%, 9%), than in Kragujevac (6.3%, 9%) and Novi Sad (5.3%, 3.1%). The highest Hepatitis C prevalence is in Belgrade (2.5%) than in Kragujevac and Novi Sad, both towns with 0.3%. The lowest percentage of MSM who used a condom during the last anal sexual intercourse was in Belgrade (62.3%), than in Novi Sad (72%) and Kragujevac (85.3%). The highest percentage of the respondents who have adequate knowledge on HIV transmission is in Novi Sad (72%), than in Kragujevac (65.7%) and Belgrade (58.3%). The highest percentage of the MSM having tested on HIV during the last 12 months is in Kragujevac (50.7%), than in Novi Sad (37.7%) and Belgrade (36.3%). The research data indicate that there is a significant need of continued implementation and improvement of scope and quality of out-reach field preventive activities, programmes in drop-in centres and VCT practice.

Key words: HIV prevalence, MSM, RDS, risky sexual behavior

1. УВОД

Од 1994. године, доминантан начин трансмисије HIV-а у Србији је незаштићен сексуални однос. Посматрајући кумулативно, број регистрованих особа инфицираних HIV-ом у Србији 3,5 пута је већи код мушкараца у односу на жене, што указује на већу изложеност популације мушкараца HIV инфекцији и у складу је са подацима других земаља Европе и света [1]. У последњих неколико година, дистрибуција новооткривених случајева HIV инфекција по полу показује значајан пораст учешћа мушкараца у HIV инфекцији. Само међу новооткривеним HIV инфекцијама у 2012. години, регистровано је 11,5 пута више мушкараца него жена, а више од половине свих новодијагностикованих HIV позитивних особа су мушкарци који су као ризик пријавили незаштићен сексуални контакт са мушкарцима (66%) [2]. Према подацима Националне канцеларије за HIV/AIDS при Институту за јавно здравље Србије достављеним од стране институција у којима се спроводи добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (у даљем тексту: ДПСТ), током 2012. године у Србији је укупно тестирано 8516 особа, од чега 1634 мушкараца који су имали сексуални однос са мушкарцима (у даљем тексту: МСМ). Највећи број HIV инфекција међу МСМ популацијом дијагностикује се последњих година кроз саветовалишта. Посматрајући серопреваленцију HIV инфекције у групама становништва под повећаним ризиком, тестираних већином добровољно у саветовалиштима током 2012. године, највиша серопреваленција регистрована је међу тестираним мушкарцима који наводе незаштићене сексуалне односе са другим мушкарцима као ризик (3,9%) [1]. За један део новооткривених HIV позитивних особа (11%), углавном мушкараца, начин преноса је и током 2012. године остао непознат, што говори у прилог високог степена стигматизације и нетолеранције друштва због сексуалне оријентације.

Пројекат децентрализације кључних здравствених услуга везаних за HIV у Србији омогућио је јачање мреже саветовалишта за добровољно поверљиво саветовање и тестирање на HIV, стандардизацију услуга, повезивање и умрежавање здравствених и других владиних организација са цивилним сектором, циљане едукације здравствених радника, студената, доносиоца одлука о HIV-у, отварање метадонских и *drop-in* центара, као и *outreach* рад у приступу посебно осетљивим групама на HIV. Међутим, и поред напретка у бројним сегментима борбе против HIV/AIDS-а, остаје проблем ниског обухвата тј. малог броја добровољно саветованих и тестираних на HIV, иако је у 2012. години забележена највиша стопа тестираних (8,8/1000 без добровољних давалаца крви).

У Србији су у складу са „Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV епидемију и AIDS Републике Србије 2011–2015” [3] до сада организована и реализована три серопревалентна и бихејвиорална надзорна истраживања из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, током 2008, 2010. и 2012. године [4, 5, 6]. Ова истраживања су између осталог пружила и почетне вредности индикатора на основу којих се може пратити тренд епидемије међу МСМ путем понављаних истраживања [7, 8, 9, 10]. Сва три истраживања указала су на јасну потребу за јачањем превентивних програма у овој популацији, као и за поновљеним истраживањима, како би се установило кретање тренда HIV епидемије и ефикасност превентивних програма усмерених ка МСМ популацији. Ово истраживање у МСМ популацији ће се користити за даљу процену епидемиолошке ситуације HIV-а у нашој земљи, као и за дефинисање нових стратегија и програма за посебно осетљиве популације на HIV.

Основни циљ истраживања је да се испита кретање HIV инфекције и инфекције хепатитисом Ц међу МСМ популацијом у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, као и да се процени знање и ставови везани за HIV и остале полно-преносиве инфекције, те преваленција ризичних и протективних понашања.

Специфични циљеви истраживања су: (1) Процена преваленције HIV инфекције и хепатитиса Ц међу МСМ у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, (2) Процена учесталости одређених ризичних и протективних облика понашања међу МСМ у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, (3) Утврђивање односа/повезаности преваленције HIV са одговарајућим облицима понашања међу МСМ у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, (4) Процена ставова и знања везаних за HIV и остале инфекције међу МСМ у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, (5) Процена приступачности и коришћења здравствених сервиса и програма, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма, (6) Процена заступљености

физичког насиља у испитиваној популацији, (7) Процена степена стигме и дискриминације и информисаност испитаника о Закону против дискриминације, (8) Процена заступљености трансродних особа (*Male to Female*) међу МСМ и заступљеност ризичног и протективног понашања, (9) Процена учесталости тестирања и саветовања на HIV и друге инфекције у популацији МСМ у Београду, Крагујевцу и Новом Саду, као и (10) Процена величине МСМ популације у Београду, Крагујевцу и Новом Саду.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

За спровођење истраживања коришћена је дескриптивна епидемиолошка студија пресека, на дефинисаном узорку МСМ популације (применом узорковања вођеног испитаницима (*Respondent Driven Sampling* – RDS) која обухвата две компоненте: биолошку и бихејвиоралну, односно утврђивање преваленције HIV инфекције и хепатитиса Ц и процену учесталости ризичних облика понашања међу МСМ популацијом. Истраживање је спроведено у три града, Београду, Крагујевцу и Новом Саду у периоду од 3.10 до 25.12. 2013. године, у *drop-in* центрима, а на препоруку локалног истраживачког тима. При селекцији места водило се рачуна о доступности, безбедности испитаника и окружењу.

Циљна популација су припадници МСМ популације узраста 18 до 59 година, са пребивалиштем на територији Београда/Крагујевца/Новог Сада од најмање три месеца.

За узорковање је коришћена методологија *Respondent Driven Sampling* (узорковање вођено испитаницима, у даљем тексту RDS), модификована подврста методологије грудве снега. Како би се обезбедила довољна величина и што боља репрезентативност узорка, узорковању је претходило формирање оквира популације (у који су ушли сви они који испуњавају дефиницију дату у опису циљне групе) из кога ће потећи и иницијални испитаници. На основу до сада расположивих података (Саветовалишта за HIV, активисти НВО који су уједно и припадници циљне групе, резултати досадашњих квалитативних и квантитативних истраживања међу овом популацијом) испитанике смо према критеријуму места доласка у контакт са потенцијалним сексуалним партнером, за потребе формирања узорачког оквира, поделили на припаднике популације који партнере налазе углавном: (1) преко електронских медија (интернета, *chat*-а, огласа), (2) у клубовима, (3) у парковима и јавним тоалетима, и (4) преко личних контаката и/или одласком на приватне журке. Из сваке од 4 поменуте групе оквира популације, на основу места остваривања контакта са потенцијалним сексуалним партнерима, одређени су иницијални испитаници (укупно 10), који су били замољени да у истраживање укључе своје контакте, а њихови контакти своје контакте, према унапред дефинисаним критеријумима. Иницијални испитаници, поред тога што су и сами учествовали у истраживању, поделили су по три купона припадницима своје социјалне мреже контакта и позвали их да учествују у истраживању. Након иницијалних испитаника (семена), поступак је понављан на идентичан начин и са следећим таласима испитаника, давањем тачно одређеног броја купона (иницијално три, а у каснијим таласима регрутовања и по два), регрутовањем и давањем надокнаде за утрошено време. Спровођење студије је окончано када је достигнут дефинисани број испитаника по граду и по одређеној категорији из оквира популације.

Величину узорка МСМ популације потребну за ово истраживање смо израчунали применом формуле $N = D \left[\sqrt{2P(1-P)} * Z_{1-\alpha} + \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} * Z_{1-\beta} \right]^2 / \Delta^2$ где су: D – коефицијент ефекта дизајна студије, Z_{α} – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења Z_{α} износи 1,96), P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (преваленција HIV међу испитаницима оба града добијена у истраживању 2012. године – Београд 4,4%, Нови Сад 2,7%), W – ширина интервала (ширина за границе грешке од +/- 3% је 0,06). Величина узорка израчуната на овај начин износи 1000 испитаника укупно за све локације извођења студије (Београд, Крагујевац, Нови Сад), које су на основу горе наведених критеријума подељене на следећи начин: 400 +/- 30 испитаника за локацију у Београду, и по 300 +/- 30 испитаника за локацију у Новом Саду и Крагујевцу. На све три локације је досегнута величина узорка – 400 испитаника у Београду, 300 испитаника у Новом Саду и 300 испитаника у Крагујевцу.

Критеријуми за укључивање испитаника у студију су: (1) мушкарци узраста 18–59 година, (2) регрутација од стране другог испитаника претходно укљученог у студију верификована валидним купоном, (3) изјава о пенетрантном аналном односу са мушкарцем у последњих шест месеци, (4) изјава о сталном или

привременом пребивалишту на подручју града у којем се спроводи студија не краће од три месеца, (4) дат информисан пристанак за учествовање у истраживању од стране испитаника, што је потврђено потписом испитаника, као и то да (5) нису претходно већ учествовали у текућем истраживању међу МСМ у Београду, Крагујевцу или у Новом Саду.

Прикупљање података је спроведено помоћу посебно структурисаног упитника, који омогућава добијање обавезних националних индикатора дефинисаних Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV епидемију и AIDS Републике Србије, индикатора посебно дефинисаних пројектом Министарства здравља „Унапређење HIV превенције и заштита особа под повећаним ризиком од HIV-а”, као и могућност поређења са претходним истраживањима. Упитник покрива следеће области: (1) Социодемографске карактеристике испитаника; (2) Сексуалне навике; (3) Употребу психоактивних супстанци; (4) Продају сексуалних услуга; (5) Сексуалне односе са особама супротног пола; (6) Коришћење кондома; (7) Знање о ППИИ; (8) Знање и ставови о HIV-у; (9) Питања везана за процену величине популације; (10) Приступачност, доступност и коришћење HIV превентивних услуга и програма унутар и ван система здравствене заштите, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма; (11) Искуство везано за стигму и дискриминацију. Поред основног упитника, као додатни инструменти истраживања користили су се: (1) Образац о неподобности испитаника (обухвата податке о разлозима за неприхватање учешћа испитаника у истраживању, односно о разлозима искључивања испитаника из студије) ради увида у профил популације која није досеegnута истраживањем, као и (2) Упитник о мрежи (обухвата податке о величини социјалне мреже сваког испитаника и врсти контакта са његовим регрутером).

Испитиване варијабле покривају следеће области: (1) социодемографске карактеристике испитаника; (2) навике и понашање (сексуална пракса и коришћење психоактивних супстанци); (3) знање и ставове о HIV-у и полно преносивим инфекцијама; (4) доступност и коришћење HIV превентивних услуга и програма унутар и ван система здравствене заштите; (5) задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма; (6) изложеност стигми и дискриминацији. Поред социодемографских карактеристика (узраст, место становања) у предикторске варијабле су укључена и додатна три композитна индикатора: „превентивни програм”, „превентивна пракса” и „здравствена заштита”, како је детаљно објашњено у општем делу увода у сва истраживања. У изходне варијабле су пре свега укључени: (1) преваленција HIV-а и хепатитиса Ц; (2) заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу и психоактивне супстанце; (3) продаја сексуалних услуга, сексуални односи са супротивним полом, коришћење кондома; као и (4) искуство стигме, дискриминације и изложеност насиљу.

Посебно су детаљно разматрани национални индикатори дефинисани Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015, којих за ову популацију има шест и то: (1) Индикатор 18 – Процент МСМ који су инфицирани HIV-ом, (2) Индикатор 19 – Процент МСМ који су пријавили употребу кондома током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером у последњих шест месеци, (3) Индикатор 20 – Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор), (4) Индикатор 21 – Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци, (5) Индикатор 22 – Процент МСМ који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултате тестирања и (6) Индикатор 24 – Процент МСМ инфицираних узрочником хепатитиса Ц.

Током процеса прикупљања података на терену, анкетари су приликом преузимања упитника од стране испитаника вршили контролу попуњености упитника. Вођа теренског тима и главни истраживач су извршили контролу квалитета свих попуњених упитника. Биолошки узорци су били јасно шифровани и спојени са бројевима додељеним испитаницима. База за прикупљање, унос и анализу података је централизована и налази се у Институту за јавно здравље Србије.

За уношење података је израђена посебна апликација са предвиђеним контролама. За обраду података користили су се софтверски пакети RDSAT и SPSS. RDSAT се користио за израчунавање узорачких пондера, те је употреба RDSAT обезбедила реалнију процену параметара (мера у популацији) у односу на само коришћење SPSS-а, зато што обезбеђује корекцију за величину мреже испитаника и меру хомофилије.

У обради података коришћена је дескриптивна и инференцијална статистика (униваријантне и мултиваријантне анализе).

Етички принципи релевантни за ово истраживање су били у складу са општим етичким принципима, заједничким за сва истраживања.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

У даљем тексту ће бити приказани релевантни резултати истраживања груписани у осам области: (1) социо-демографске карактеристике, (2) национални индикатори, (3) ризично понашање у вези са употребом психоактивних супстанци, (4) сексуална пракса, (5) сексуално преносиве инфекције, (6) знање и ставови у вези са HIV инфекцијом, (7) доступност, коришћење и задовољство здравственим услугама и (8) стигма и дискриминација.

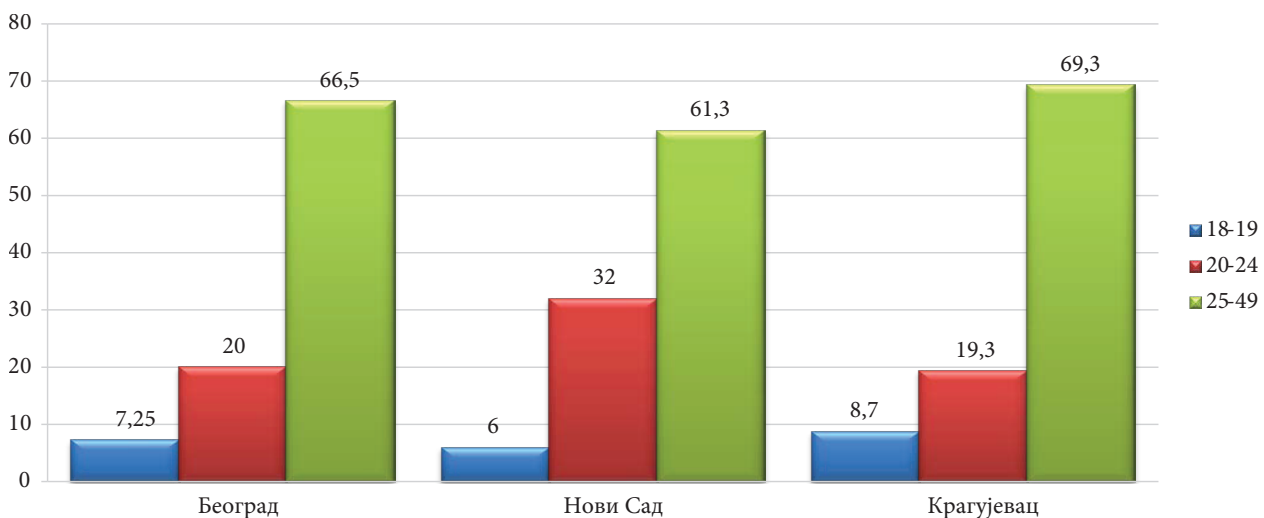
3.1. СОЦИОДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

У овом поглављу ћемо, у склопу социодемографских карактеристика дискутовати родну опредељеност испитаника, узраст, место рођења, националну припадност, образовни статус, брачно стање, радни статус и коришћење интернета. Поред тога ћемо дискутовати и уобичајени начин проналажења партнера.

Највећи број испитаника се у вези са родном опредељеношћу изјаснио као мушко (98,5%), а величина узорка трансродних особа (укупно 5–4 у Београду и 1 у Новом Саду) није била довољна за извлачење релевантних закључака у вези са овом субпопулацијом, што је у складу и са претходним истраживањем из 2012. и 2010. године.

Узраст испитаника се кретао у распону 18–59 година у Београду (АС=31,74, med=30), 18–57 година у Новом Саду (АС=27,90, med=27), 18–56 година у Крагујевцу (АС=30,35, med=30). У сва три града око две трећине испитаника припада старосној групи 25–49, слично као и у претходном истраживању (графикон 1).

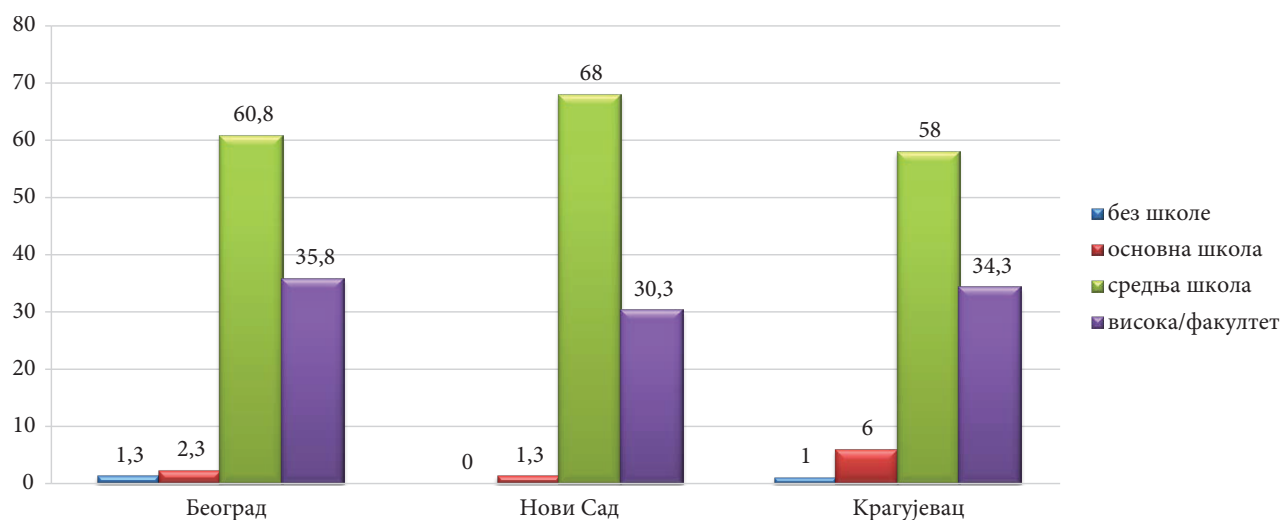
Графикон 1. Структура узорка према старосним категоријама (у %)



Што се **националне структуре** тиче, чак 158 испитаника у Београду (39,5%) и 61 испитаник у Крагујевцу (20,3%) се није изјаснило у вези са националном припадношћу, док је у Новом Саду тај број знатно мањи (9,3%). Од оних који су се изјаснили, највише је било Срба (208/400 у Београду, 237/300 у Новом Саду и 206/300 у Крагујевцу). У Београду је затим било највише Рома (1%), у Новом Саду Мађара (8%) и Хрвата (2%), док је у Крагујевцу највише било Рома (5,3%), Црногораца (2,7%) и Албанаца (1,7%).

Упитани у вези са највишим степеном **образовног статуса** који су до сада стекли, просечно гледано, шест од десет испитаника има завршену средњу школу, а сваки трећи вишу школу или факултет (графикон 2).

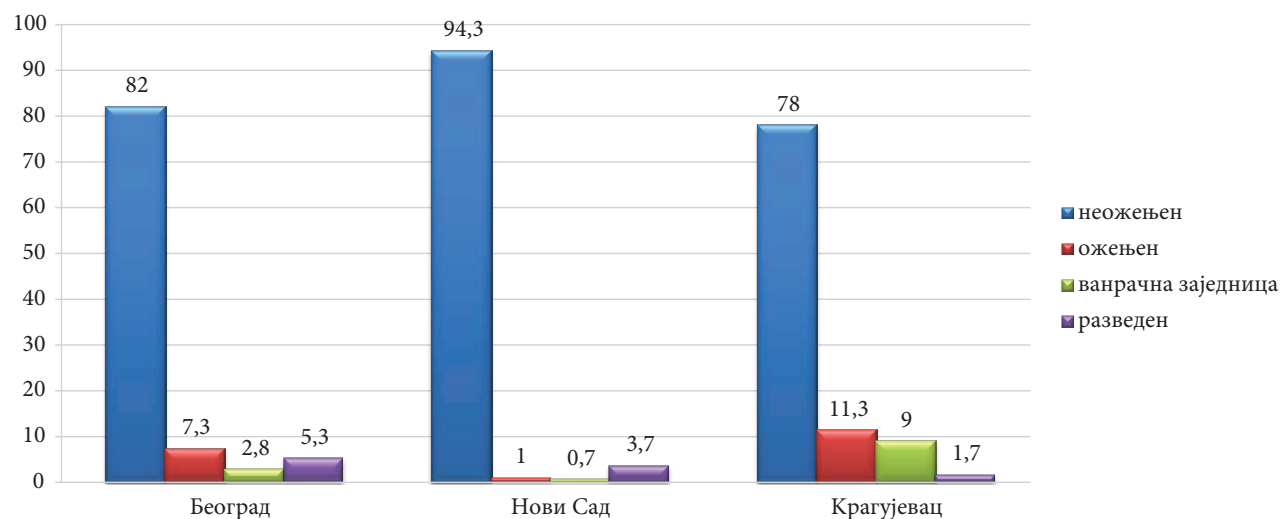
Графикон 2. Образовна структура испитаника (у %)



Треба запазити да највећи проценат испитаника у Крагујевцу има само основу школу, да у Новом Саду (за разлику од Београда и Крагујевца) нема никога без основне школе, па све те разлике чине да је разлика у дистрибуцији испитаника по образовном статусу између градова статистички значајна ($\chi^2=20,768$, $DF=8$, $p=,008$).

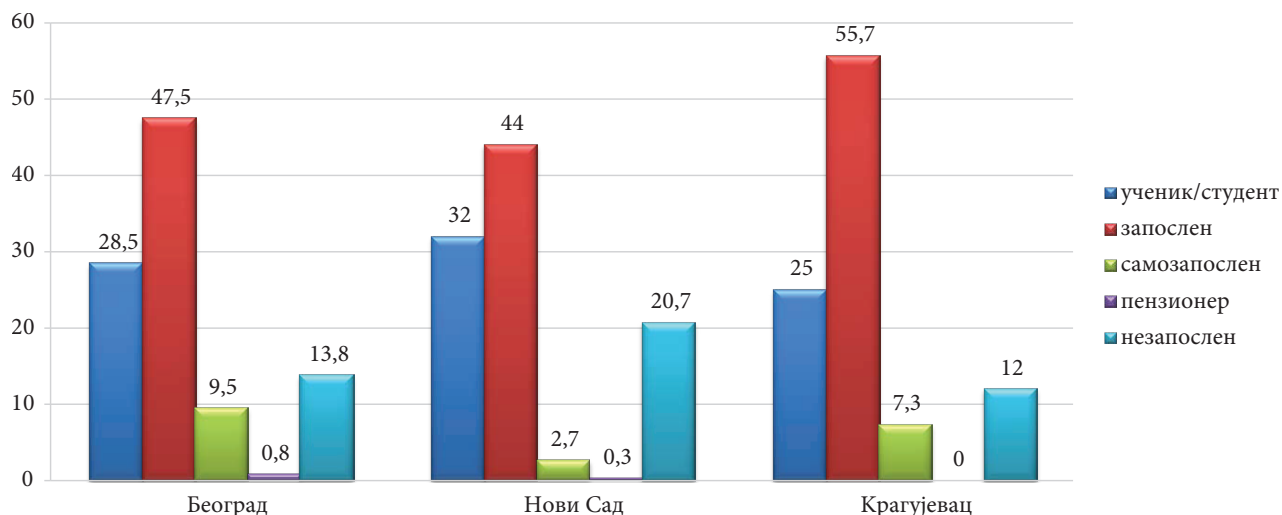
Што се **брачног статуса** тиче, највећи проценат испитаника је неожењен (просечно осам од десет испитаника), док најмање испитаника у брачној заједници живи у Новом Саду (1%), затим у Београду (7,3%), а највише у Крагујевцу (11,3%) (графикон 3), па је разлика у дистрибуцији испитаника у брачном статусу између градова статистички значајна ($\chi^2=51,177$, $DF=8$, $p=,000$). Оваква дистрибуција је слична оној која је добијена и у претходном истраживању из 2012. године.

Графикон 3. Брачни статус испитаника (у %)



Упитани у вези **радног статуса**, најмање испитаника се у Новом Саду изјаснило да је запослено или самозапослено, док највећи проценат оних који раде (било да су запослени или самозапослени) је у Крагујевцу (графикон 4), па је разлика у дистрибуцији испитаника између градова статистички значајна ($\chi^2=29,637$, $DF=8$, $p=,000$). Нешто више од четвртине испитаника у сва три града су студенти што је слично као у претходном истраживању.

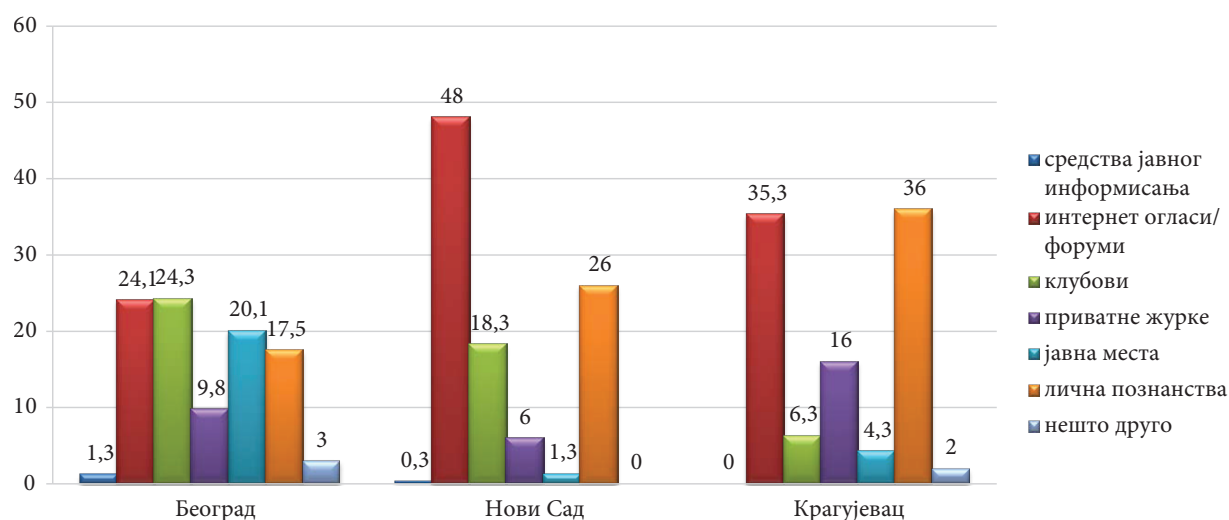
Графикон 4. Структура узорка према радном статусу (у%)



Коришћење интернета – Свега 2,3% испитаника у Београду, 1% у Новом Саду и 3,3% у Крагујевцу не користе интернет, што је у складу и са претходним истраживањем. У Београду испитаници просечно користе интернет 37,1 сати, у Крагујевцу 31,3 сати, а у Новом Саду најмање – 25,4 сати (што је статистички значајна разлика $F(2,997)=12,901$, $p=,00$).

Упитани о **начину уобичајеног налажења партнера** највише испитаника у сва три града партнере налази преко интернета, клубова, приватних журки, док у Београду сваки пети испитаник партнере налази и на јавним местима (паркови, јавни тоалети) (графикон 5).

Графикон 5. Структура узорка према уобичајеном начину налажења партнера



У прошло истраживање 2012. године је било укључено садашњих 19,8% испитаника у Београду (2012: 16,4%) и 29,3% испитаника у Новом Саду (2012: 35,3%), без статистички значајне разлике у односу на старосне групе.

3.2. НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОРИ

У овом поглављу ће бити разматрани Национални индикатори дефинисани Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015. Вредности свих индикатора ће бити приказане прво за сва три града као узорачке пропорције (у даљем тексту: УП) са интервалом поверења (ИП) од 95% рачунате преко SPSS софтверског пакета, а затим и као популациске пропорције (ПП) рачунате RDSAT модификацијом за величину мреже и хомофилију, такође са 95% ИП (табела 1). Након тога ће сваки појединачни индикатор бити дискутован у односу на дисагрегацију по граду и узрасним групама.

Табела 1. Вредности националних индикатора

град	Београд		Нови Сад		Крагујевац	
	УП (95% ИП)	ПП (95% ИП)	УП (95% ИП)	ПП (95% ИП)	УП (95% ИП)	ПП (95% ИП)
1. Процент МСМ који су инфицирани HIV-ом (индикатор 18)	8,3 (5,6–11,0)	9,2 (5,2–14,1)	5,3 (2,8–7,9)	3,1 (1,4–5,6)	6,3 (3,6–9,1)	9,9 (4,7–16,8)
2. Процент МСМ који су пријавили употребу кондома током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером у последњих шест месеци (индикатор 19)	62,3 (57,5–67,0)	62,4 (56,2–69,1)	72,0 (66,9–77,1)	68,3 (61,2–75,3)	85,3 (81,3–89,4)	85,7 (79–91,3)
3. Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (индикатор 20)	58,3 (53,4–63,1)	58,5 (51,8–65,2)	72,0 (66,9–77,1)	70 (63,1–77,5)	65,7 (60,3–71,1)	67,1 (59,3–74,8)
4. Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци (индикатор 21)	50,8 (45,8–55,7)	40,9 (33,8–48,5)	60,0 (54,4–65,6)	58 (48,7–64,7)	80,0 (75,5–84,6)	80,1 (74,2–85,9)
4.1. Процент МСМ који је добијао кондоме од теренских радника, у <i>drop-in</i> центру НВО или у ДПСТ центру у последњих 12 месеци	55,0 (50,1–59,9)	44,4 (37,5–52,0)	60,3 (54,8–65,9)	58,2 (49,5–65,0)	86,0 (82,1–90,0)	87,3 (82,5–91,4)
4.2. Процент МСМ који правилно идентификује место где се може саветовати и тестирати на HIV	77,0 (72,9–81,1)	74,1 (67,8–80,9)	98,7 (97,4–100,0)	97,8 (97,6–99,8)	86,0 (82,05–90,0)	86,5 (80,8–91,6)
5. Процент МСМ који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултате тестирања (индикатор 22)	36,3 (31,5–41,0)	30,0 (25,1–37,0)	37,7 (32,2–43,2)	35,4 (28,9–43,6)	50,7 (45,0–56,4)	48,5 (39,3–55,6)
6. Процент МСМ инфицираних вирусом хепатитиса Ц (индикатор 23)	2,5 (1,0–4,0)	2,1 (0,6–3,7)	0,3 (0,0–1,0)	1,5 (0,0–2,5)	0,3 (0,0–1,0)	0,4 (0,0–1,1)

Индикатор 18 – Процент МСМ који су инфицирани HIV-ом – Иако је по вредности највећи проценат инфицираних HIV-ом регистрован у Београду, нема статистички значајне разлике између градова, као ни између старосних група за сваки град посебно (табела 2).

Табела 2. Процент инфицираних HIV-ом по градовима и узрасту

Старосна група	Инфицирани HIV-ом Број инфицираних /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	2/29 (6,3)	0/18 (0,0)	1/26 (3,8)
20–24	1/80 (1,3)	3/96 (3,1)	5/58 (8,6)
25–49	27/266 (10,2)	12/184 (6,5)	12/208 (5,8)
50+	3/25 (12,0)	½ (50,0)	1/8 (12,5)
укупно	33/400 (8,3)	16/300 (5,3)	19/300 (6,3)

Посматрано по вредности индикатора за године 2008, 2010, 2012. и 2013, и за Београд и за Нови Сад се у овом истраживању 2013. године бележе највише до сада измерене вредности, мада се, уколико посматрамо и 95% ИП сукцесивно за све посматране године, не може тврдити да је та разлика и статистички значајна (Београд: 6,12 (3,11–9,13); 3,93 (1,65–6,21); 4,40 (1,85–6,95); 8,25 (5,55–10,95); Нови Сад: 2,40 (0,50–4,30), 2,00 (0,05–3,95), 2,67 (0,08–5,35), 5,33 (2,79–7,88)). Ипак, са сигурношћу се може констатовати да је вредност овог индикатора у 2013. години за Београд сигурно већа од 5%.

Док у Новом Саду не постоји значајна повезаност између изложености превентивним програмима и HIV статуса, дотле је у Београду ($\lambda^2=9,519$, $p=,002$, $OR=0,53$) и Крагујевцу ($\lambda^2=25,518$, $p=,000$, $OR=0,27$) повезаност значајна, али у супротном смеру него што би се на први поглед очекивало. Интуитивно би се очекивало да ће се, статистички гледано, изложеност превентивним програмима показати као протективни фактор за HIV статус, тј. да ће они који користе превентивни програм бити у значајно мањој мери HIV позитивни, од оних који превентивни програм не користе. Ипак, резултати су показали управо обрнуту повезаност, што наравно не можемо тумачити тако да је изложеност превентивним програмима фактор ризика, већ да су особе које су HIV позитивне 1,9 пута (Београд) и 4,4 пута (Крагујевац) склоније да користе превентивне програме од особа које нису HIV позитивне. На ово ћемо се још једном осврнути у тачки 2. поглавља о даљим препорукама.

Индикатор 19 – Процент МСМ који су пријавили употребу кондома током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером у последњих шест месеци

Највећи проценат коришћења кондома током последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером у протеклих шест месеци је регистрован у Крагујевцу, затим у Новом Саду, па Београду (табела 3). Уколико посматрамо вредности овог индикатора за године 2008, 2010, 2012. и 2013, у оквиру 95% ИП вредности за Београд су конзистентне, осим за 2010. годину где су значајно ниже (67,76 (61,89–73,62); 35,71 (30,09–41,34); 58,40 (52,28–64,52); 62,25 (57,49–67,01)), док се у Новом Саду бележи пораст у односу на 2008. и 2010. годину (58,40 (52,28–64,52); 46,00 (39,08–52,92); 64,00 (56,29–71,71); 72,00 (66,91–77,09)).

Посматрано по узрасту у Београду и Новом Саду не постоји статистички значајна разлика, док се та разлика уочава у Крагујевцу ($\chi^2=8,711$, $DF=3$, $p=0,033$) у смислу да је у старосној групи 50+ најмањи проценат испитаника пријавио употребу кондома приликом последњег сексуалног контакта.

Табела 3. Процент употребе кондома током последњег сексуалног односа са мушкарцем у протеклих шест месеци

Старосна група	Употреба кондома Број који користе /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	18/29 (62,1)	15/18 (83,3)	21/26 (80,8)
20–24	54/80 (67,5)	67/96 (69,8)	45/58 (77,6)
25–49	165/266 (62)	133/184 (72,3)	185/208 (88,9)
50+	12/25 (48,0)	½ (50,0)	5/8 (62,5)
укупно	249/400 (62,3)	216/300 (72,0)	256/300 (85,3)

Индикатор 20 – Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а

Знање о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV-а и заблудама повезаним са тиме, испитује се преко пет тврдњи на које испитаници треба да одговоре са „да”, „не” и „ не знам”. Композитни индикатор од испитаника захтева тачне одговоре на пет узастопних питања о начинима преноса HIV-а и протективном понашању (табела 4). Као што се из табеле 5 може видети, највећи проценат испитаника са свих пет тачних одговора је у Новом Саду (72,0%), након чега долази Крагујевац (65,7%), па Београд (58,3%). Иако делује да је за Београд ово најнижи проценат испитаника са свим тачним одговорима од када се спроводи истраживање, у односу на вредности 95% интервала поверења видимо да су вредности конзистентне током ових година (2008: 64,90 (58,91–70,89); 2010: 66,79 (61,26–72,31); 2012: 62,40 (56,38–68,42); 2013: 58,84 (53,70–63,39)), док се у Новом Саду запажа пораст у односу на 2008. годину (2008: 58,80 (52,69–64,91); 2010: 64,50 (57,85–71,15); 2012: 68,67 (61,22–76,11); 2013: 72,00 (66,91–72,09)).

Табела 4. Процент МСМ који препознају праве начине HIV трансмисије и одбацују заблуде

Старосна група	Тачних свих 5 одговора Број особа са свим тачним одговорима /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	9/29 (31,0)	10/18 (55,6)	9/26 (34,6)
20–24	51/80 (63,8)	71/96 (74,0)	33/58 (56,9)
25–49	157/266 (59,0)	133/184 (72,3)	151/208 (72,6)
50+	16/25 (64,0)	2/2 (100,0)	4/8 (50,0)
укупно	233/400 (58,3)	216/300 (72,0)	197/300 (65,7)

Посматрано по узрасту у Новом Саду не постоји статистички значајна разлика, док се та разлика уочава у Београду ($\chi^2=10,233$, $DF=3$, $p=,017$) и Крагујевцу ($\chi^2=18,399$, $DF=3$, $p=,033$) у смислу да је у оба града најмањи проценат испитаника са тачним одговорима у групи 18–19 година.

Индикатор 21 – Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци

Највећи проценат МСМ популације који је обухваћен превентивним програмом у протеклих 12 месеци је у Крагујевцу, затим у Новом Саду, па у Београду (табела 5). У Београду у 2012. и 2013. години, уколико посматрамо вредности у оквиру 95% ИП, уочавамо значајан пораст у односу на 2008. и 2010. годину (2008: 12,65 (8,18–16,82); 2010: 38,93 (33,21–44,65); 2012: 50,40 (44,19–56,61); 2013: 50,75 (46,34–55,66)). У Новом Саду се у периоду од 2008. до 2013. године може констатовати значајан тренд пораста обухвата превентивним програмима (2008: 6,00 (3,05–8,05), 2010: 24,50 (18,52–30,48); 2012: 43,33 (35,38–51,29); 2013: 60 (54,45–65,55)).

Ни у једном од три града у којима је реализовано ово истраживање не постоји статистички значајна разлика у обухвату МСМ превентивним програмима у односу на старосну групу.

Табела 5. Процент МСМ обухваћен превентивним програмима у последњих 12 месеци

Старосна група	Процент МСМ обухваћен превентивним програмом Број обухваћених особа /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	10/29 (34,5)	9/18 (50,0)	23/26 (88,5)
20–24	37/80 (46,3)	60/96 (62,5)	50/58 (86,2)
25–49	140/266 (52,6)	110/184 (59,8)	162/208 (77,9)
50+	16/25 (64,0)	½ (50,0)	5/8 (62,5)
укупно	203/400 (50,8)	180/300 (60,0)	240/300 (80,0)

Овај композитни индикатор подразумева два специфична индикатора: (1) Индикатор 21а – Процент МСМ који је добијао кондоме од теренских радника у НВО и ДПСТ центрима и (2) Индикатор 21б – Процент МСМ који је у стању да правилно идентификује места где се може добити ДПСТ.

Индикатор 21а

Највећи обухват испитаника поделом кондома је регистрован у Крагујевцу (86,0%), затим у Новом Саду (60,3%), оба без статистички значајне разлика у односу на старосну групу, а најмањи у Београду (55,0%) (табела 6), где та разлика постоји ($\chi^2=8,129$, $DF=3$, $p=,043$) у смислу да је најмањи обухват корисника узраста 18–19 година.

Табела 6. Процент МСМ који је добио кондоме од НВО и ДПСТ центара

Старосна група	Процент МСМ који је добио кондоме Број обухваћених особа /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	10/29 (34,5)	9/18 (50,0)	24/26 (92,3)
20–24	40/80 (50,0)	60/96 (62,5)	54/58 (93,1)
25–49	153/266 (57,5)	111/184 (60,3)	174/208 (83,7)
50+	17/25 (68,0)	½ (50,0)	6/8 (75,0)
укупно	220/400 (55,0)	181/300 (60,3)	258/300 (86,0)

Индикатор 21б

Највећи проценат испитаника који правилно идентификује места где може обавити ДПСТ је у Новом Саду (98,7%), затим у Крагујевцу (86,0%), а најмањи у Београду (77,0%) (табела 7), при чему није регистрована статистички значајна разлика у односу на старосну групу у сва три града.

Табела 7. Процент МСМ који правилно идентификује места за ДПСТ

Старосна група	Процент МСМ који правилно идентификује ДПСТ Број особа који зна /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	19/29 (65,5)	17/18 (94,4)	24/26 (92,3)
20–24	60/80 (75,0)	95/96 (99,0)	50/58 (86,2)
25–49	209/266 (78,6)	182/184 (98,9)	179/208 (86,1)
50+	20/25 (80,0)	2/2 (100,0)	5/8 (62,5)
укупно	308/400 (77,0)	296/300 (98,7)	258/300 (86,0)

Индикатор 22 – Процент МСМ који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултате тестирања

Највећи проценат испитаника који се у протеклих годину дана тестирао је у Крагујевцу (50,7%), затим у Новом Саду, па Београду (табела 8), при чему у сва три града није регистрована статистички значајна разлика у односу на старосну групу. У односу на четири посматране године (2008, 2010, 2012, 2013), уколико посматрамо вредности у оквиру 95% ИП, у Београду се региструје конзистентан проценат тестираних (2008: 31,43 (25,60–37,25); 2010: 33,57 (28,03–39,11); 2012: 43,60 (37,44–49,76); 2013: 36,25 (31,53–40,97)), док се у Новом Саду уочава временски тренд пораста (2008: 16,00 (11,15–20,55); 2010: 21,50 (15,79–27,21); 2012: 44,67 (36,68–52,65); 2013: 37,67 (32,17–43,16)).

Табела 8. Процент тестираних МСМ у последњих 12 месеци који зна резултате

Старосна група	Процент МСМ који су се тестирали и зна резултат Број тестираних особа /укупна величина старосне групе (процент)		
	Београд	Нови Сад	Крагујевац
18–19	10/29 (34,3)	6/18 (33,3)	15/26 (57,7)
20–24	28/80 (35,0)	32/96 (33,3)	31/58 (53,4)
25–49	100/266 (37,6)	74/184 (40,2)	104/208 (50,0)
50+	7/25 (28,0)	½ (50,0)	2/8 (25,0)
укупно	145/400 (36,3)	113/300 (37,7)	152/300 (50,7)

Индикатор 23 – Процент МСМ инфицираних вирусом хепатитиса Ц

Највећи проценат инфицираних вирусом хепатитиса Ц је у Београду (2,5%, један испитаник у старосној групи 20–24 и 9 испитаника у групи 25–49 година), док је преваленца у Новом Саду и Крагујевцу једнака и износи 0,3% (по један испитаник у старосној групи 25–49 година за оба града).

3.3. РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ У ВЕЗИ СА УПОТРЕБОМ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

Цигарете у сва три града користи око две трећине испитаника (67,3% у Београду, 62,3% у Новом Саду и 70% у Крагујевцу), без значајне разлике по градовима. Тај проценат је нешто већи у односу на истраживање 2012. године (Београд – 57,7%, Нови Сад – 54,7%). Разлика у односу на старосну категорију је статистички значајна за Београд ($\lambda^2=9,368$, $DF=3$, $p=,025$) у смислу да испитаници у узрасној групи 25–49 година највише пуше; али није за Нови Сад и Крагујевац, што је у складу и са претходним истраживањем.

Алкохол конзумира нешто више од шест од десет испитаника (66,5% у Београду, 68,7% у Новом Саду и 59,7% у Крагујевцу), без статистички значајне разлике по узрасту у сва три града, при чему је запажена разлика у Крагујевцу, у односу на остала два града статистички значајна ($\lambda^2=17,053$, $DF=4$, $p=,002$), што је у складу и са претходним истраживањем из 2012. године.

Психоактивне супстанце (ПАС) се највише користе у Београду (7,5%), затим у Новом Саду (3,7%), а најмање у Крагујевцу (0,7%) и та разлика међу градовима је статистички значајна ($\lambda^2=87,502$, $DF=4$, $p=,000$). Ипак, овај проценат испитаника који користи ПАС је далеко мањи од процента који је добијен у прошлом истраживању у коме је чак 21,2% испитаника у Београду и 12,7% испитаника у Новом Саду користило ПАС. Разлика у коришћењу ПАС у односу на старосну категорију није статистички значајна ни у једном граду.

ПАС инјектирањем користи 8 испитаника у Београду (2%), 3 испитаника у Новом Саду (1%) и није дан испитаник у Крагујевцу (та разлика међу градовима је такође статистички значајна ($\lambda^2=6,484$, $DF=2$, $p=,039$)). У односу претходне резултате из 2012. године, у Београду је у овом истраживању регистровано дупло мање инјектирајућих корисника међу МСМ популацијом (у 2012: 5,6%), док је у Новом Саду тај проценат практично исти (у 2012: 1,3%). Разлика у инјектирајућем коришћењу ПАС у односу на старосну категорију није статистички значајна ни у једном граду. Од 11 испитаника колико је у Београду и Новом Саду изјавило да је инјектирало ПАС, њих 5 је последњи пут користило пре више од годину дана, 3 пре више од месец дана, а 3 у последњих месец дана.

Испитаници углавном користе потпуно нов и некоришћен прибор или само свој прибор за инјектирање (9 од 11 испитаника). Један испитаник наводи да се не сећа, а само један испитаник из Београда је навео да је користио туђи прибор за инјектирање, што је у складу и са претходним истраживањем.

3.4. СЕКСУАЛНА ПРАКСА ИСПИТАНИКА

Први пенетрантни сексуални однос са мушкарцем су испитаници имали са око 19 година у Београду ($AC=19,29$, $med=19$) и Новом Саду ($AC=19,63$, $med=19$), а нешто касније у Крагујевцу ($AC=21,53$, $med=20$) и та разлика је статистички значајна у односу на градове ($F(2,997)=20,411$, $p=,00$). Овај резултат, што се тиче узраста првог сексуалног односа ове врсте, у складу је са свим досадашњим истраживањима.

Први пенетрантни сексуални однос са женом су испитаници имали око 17–18 година и то у Београду 81,5% испитаника ($AC=17,59$, $med=18$), Новом Саду 85% испитаника ($AC=17,69$, $med=17$) и Крагујевцу 69,3% испитаника ($AC=17,79$, $med=17$), без значајне разлике по градовима.

Пенетрантан вагинални секс са женом је имало 37,8% испитаника у Београду (узраст при првом односу $AC=17,41$, $med=17$), 52,3% испитаника у Новом Саду (узраст при првом односу $AC=17,18$, $med=17$) и највише, чак 77,3% испитаника у Крагујевцу (узраст при првом односу $AC=16,13$, $med=18$), што представља значајну разлику ($\lambda^2=56,345$, $DF=35$, $p=,009$), али без значајне разлике у односу на просечан узраст првог искуства.

Орални сексуални однос са мушкарцем у протеклих 12 месеци је имало 97% испитаника у Београду, 99% испитаника у Новом Саду и 96,7% испитаника у Крагујевцу, без значајне разлике посматрано по старосним категоријама.

Процент МСМ који су користили кондом при оралном сексуалном односу са мушкарцима у последњих 12 месеци је, уколико посматрамо одговор „увек” у сва три града мањи од 5%. Чак 75,8% испитаника у Београду, 88,9% у Новом Саду и 50,3% у Крагујевцу, без значајне разлике по узрасту, никада не користи кондом при оралном сексу са мушкарцем, што је знатно више у односу на претходно истраживање 2012. године (54,7% у Београду, 82,3% у Новом Саду).

При **последњем оралном сексуалном односу са мушкарцем** кондом није користило 73,7% испитаника у Београду, 68,8% у Новом Саду и 85,5% у Крагујевцу, а као најчешћи разлози некоришћења кондома наводе се: (1) „није био неопходан”, (2) „секс са сталним партнером”, (3) „не волим их”. Резултати су слични претходним истраживањима и показују да се орални сексуални контакт сматра безбеднијим у односу на друге сексуалне контакте.

Процент МСМ који су користили кондом при аналном сексуалном односу са сталним и повременим партнерима у последњих 12 месеци

Кондом је **увек са сталним сексуалним партнером** користило 35% испитаника у Београду (2012: 38,9%), 42,1% у Новом Саду (2012: 34,3%) и највише, чак 80,9% у Крагујевцу, што је значајна разлика ($\lambda^2=119,840$, $DF=6$, $p=,000$), при чему нема разлике по узрасту. У Београду такође не постоји повезаност

конзистентне употребе кондома са сталним сексуалним партнером и HIV статуса, док у Новом Саду ($\lambda^2=4,773$, $p=,0029$, $OR=2,06$) и Крагујевцу ($\lambda^2=410,181$, $p=,001$, $OR=0,3$) та повезаност постоји али на другачији начин. У Новом Саду HIV статус представља фактор ризика за некоришћење кондома (HIV позитивни два пута ређе пријављују конзистентну употребу кондома са сталним партнером), док је у Крагујевцу то, управо обрнуто, „протективни фактор” (HIV позитивни 3,3 пута чешће користе увек кондом са сталним партнером).

Посматрано по градовима, ни у једном граду се не уочава повезаност степена знања о трансмисији HIV-а и конзистентног („увек”) коришћења кондома са сталним сексуалним партнером. Унутар старосне групе 25–49 година ($\lambda^2=4,644$, $p=,031$, $OR=1,53$) та повезаност постоји у смислу да испитаници без адекватног знања имају 1,5 пута већу шансу да не користе кондом од испитаника са адекватним знањем.

Кондом је **увек са повременим сексуалним партнером** користило 60,4% испитаника у Београду (2012: 60,6%), 72% испитаника у Новом Саду (2012: 74,8%), без значајне разлике за оба града по узрасту, и 79,2% у Крагујевцу, где постоји значајна разлика по узрасту ($\lambda^2=14,840$, $DF=3$, $p=,002$), у смислу да се старосна група 50+ најризичније понаша. У Београду и Новом Саду не постоји значајна повезаност између изложености „превентивном програму” и овог протективног понашања, док се та веза уочава у Крагујевцу ($\lambda^2=20,987$, $DF=1$, $p=,000$) где испитаници који користе превентивни програм, статистички гледано, имају 4,75 већу вероватноћу да користе увек кондом у односу на оне који не користе програм. Слично, та повезаност се у истом смеру, сумарно посматрано за све градове, уочава у узрасној групи 20–24 ($\lambda^2=4,101$, $p=,043$, $OR=2$) и 25–49 ($\lambda^2=8,769$, $DF=12$, $p=,003$, $OR=1,81$).

У Београду ($\lambda^2=11,653$, $p=,0001$, $OR=0,46$) и Крагујевцу ($\lambda^2=16,664$, $p=,000$, $OR=0,25$) постоји повезаност између HIV позитивног статуса и овог протективног понашања, у смислу да су HIV позитивни испитаници 2,2 пута у Београду и чак 4 пута у Крагујевцу склонији да увек користе кондом са повременим партнером у односу на особе које нису инфициране HIV-ом. Повезаност у истом смеру је значајна и у старосној групи 25–49 и групи 50+ ($\lambda^2=8,356$, $p=,0004$, $OR=0,057$), где су HIV позитивни испитаници 3 пута, тј. чак 17,5 пута склонији да увек користе кондом са повременим партнером од испитаника који нису HIV позитивни.

Посматрано по градовима, једино се у Крагујевцу уочава повезаност степена знања о трансмисији HIV-а и конзистентног („увек”) коришћења кондома са повременим сексуалним партнером ($\lambda^2=9,939$, $p=,0002$, $OR=2,87$) у смислу да испитаници без адекватног знања имају скоро 3 пута већу вероватноћу да не користе кондом од испитаника са адекватним знањем. У истом смеру постоји повезаност унутар старосне групе 25–49 ($\lambda^2=8,016$, $p=,0005$, $OR=1,82$) у смислу да испитаници без адекватног знања имају скоро 2 пута већу шансу да не користе кондом од испитаника са адекватним знањем.

Кондом је при **последњем аналном сексуалном односу, без обзира да ли је био стални или повремени партнер** користило 62,3% испитаника у Београду, 72% испитаника у Новом Саду и 85,3% испитаника у Крагујевцу и та разлика је значајна између градова ($\lambda^2=45,411$, $DF=2$, $p=,000$). Посматрано по старосним категоријама, у Београду и Новом Саду се не уочава статистички значајна разлика, док та разлика постоји у Крагујевцу ($\lambda^2=8,822$, $DF=3$, $p=,032$) у смислу да је у Крагујевцу у старосној групи 50+ само 62,5% испитаника користило кондом са повременим сексуалним партнером наспрам других старосних група (18–19: 80%, 20–24: 77,6%, 25–49: 88,9%).

Најчешћи **разлози некоришћења кондома при последњем сексуалном контакту** су били: (1) „секс са сталним партнером”, (2) „није неопходно”, (3) „не воли”, а треба напоменути да чак 20,9% испитаника у Крагујевцу наводи да партнер није желео (то наводи и 7,3% испитаника у Београду и 6% испитаника у Новом Саду).

Просечан број различитих сексуалних партнера у претходних 12 месеци је највиши у Београду ($AC=14,49$, $med=6$), затим у Крагујевцу ($AC=5$, $med=3$), па Новом Саду ($AC=4,40$, $med=3$) и та разлика између градова је статистички значајна ($F(2,995)=9,953$, $p=,000$), без значајне разлике по узрасту за сва три града.

Просечан број различитих полних партнера у претходних 12 месеци са којима је испитаник био пасиван је највиши у Београду ($AC=5,99$, $med=2$), затим у Крагујевцу ($AC=2,82$, $med=2$), па Новом Саду ($AC=2,16$, $med=1$) и та разлика између градова је статистички значајна ($F(2,993)=29,029$, $p=,000$), без значајне разлике по узрасту за сва три града.

Процент МСМ који су имали сексуалне односе под утицајем алкохола у последњих 12 месеци је 47% у Београду, 43% у Новом Саду и најмањи у Крагујевцу 34,7% и та разлика међу градовима је статистички значајна ($\lambda^2=10,840$, $DF=2$, $p=,004$), без статистички значајне разлике по узрасту за сва три града. У прошлом истраживању 2012. године, тај проценат је био нешто нижи и у оба града (Београд и Нови Сад) је износио 41,7%.

Том приликом је 65,4% испитаника у Београду, 58,1% у Новом Саду и 65,4% у Крагујевцу користило кондом, без значајне разлике по градовима, што је за Београд нешто више у односу на прошло истраживање (2012: 59,1%), а за Нови Сад нешто ниже (2012: 61,8%). Посматрано по старосним категоријама у Београду и Новом Саду се не уочава статистички значајна разлика, док та разлика постоји у Крагујевцу ($\lambda^2=13,170$, $DF=3$, $p=,004$) у смислу да се у Крагујевцу у старосној групи 50+ најмање користи кондом, а у групи 25–49 највише приликом алкохолисаног стања.

Процент МСМ који су имали сексуалне односе са комерцијалним сексуалним партнерима је 2,3% у Београду (2012: 2,8%), 0% у Новом Саду (2012: 1,3%) и 1,3% у Крагујевцу, без значајне разлике по узрасту за градове.

При томе је кондом коришћен код 81,6% испитаника у Београду и 64,1% испитаника у Крагујевцу, без значајне разлике по старосним групама за оба града. Од оних који кондом нису користили у Београду, као основне разлоге наводе да се партнер противио, да није било неопходно и да нису видели разлога за коришћење, док је у Крагујевцу чак 66,7% њих навело да се партнер (комерцијални сексуални партнер) противио.

Процент МСМ који су били плаћани за сексуалне услуге је 9% у Београду, 3% у Новом Саду и 8,7% у Крагујевцу, без значајне разлике по старосним групама у сва три града.

Процент МСМ који су имали сексуални однос са женом у последњих 12 месеци је 10,8% у Београду, 10,3% у Новом Саду и 13,7% у Крагујевцу, без значајне разлике по градовима, као и по старосним групама у Београду и Новом Саду, док та разлика постоји у Крагујевцу ($\lambda^2=15,732$, $DF=3$, $p=,001$), где је значајно највише сексуалних односа са женом у последњих 12 месеци остварено у групи 50+.

Процент испитаника који су увек користили кондом са женама је 32,1% у Београду, 42,8% у Новом Саду, 27% у Крагујевцу (што представља значајну разлику међу градовима – $\lambda^2=29,241$, $DF=4$, $p=,000$). Занимљиво је и да у Новом Саду нема статистички значајних разлика по старосној групи, док се те разлике уочавају у Београду ($\lambda^2=16,049$, $DF=6$, $p=,0013$) и Крагујевцу ($\lambda^2=18,431$, $DF=6$, $p=,005$), где у оба града растом старосне групе опада коришћење кондома.

Процент испитаника који је током последњег сексуалног контакта са женом користио кондом је 70,6% у Београду, 80,9% у Новом Саду и 66,4% у Крагујевцу.

Начин набављања кондома у протеклих 12 месеци – У Београду 84,8%, Новом Саду 83,6%, а у Крагујевцу практично 87% испитаника је кондоме добијало од теренских радника у НВО, *drop-in* центрима и ДПСТ саветовалиштима, што је знатно више у односу на прошло истраживање (Београд: 57,6%, Нови Сад: 47,3%).

Процент МСМ који користе лубрикант приликом аналног сексуалног односа у протеклих 12 месеци („при сваком пенетрантном сексуалном контакту”) је 62,3% у Београду (понекад – 35,5%), 67% у Новом Саду (понекад – 29,3%) и 78,7% у Крагујевцу (понекад – 20,3%), што је знатно више од резултата у претходном истраживању у 2012. години („увек” у Београду – 46%, у Новом Саду – 47,3%). У односу на старосне групе, у Новом Саду и Крагујевцу нема значајне разлике у коришћењу лубриканата, док се у Београду та разлика уочава ($\lambda^2=12,861$, $DF=6$, $p=,045$), у смислу да лубрикант најмање користе најмлађи (18–19 година), а највише најстарији (50+ година).

Приликом последњег аналног сексуалног контакта са мушкарцем лубрикант је користило 89,9% испитаника у Београду, 92% у Новом Саду, у оба града без разлике по старосним групама и 96,9% у Крагујевцу (постоји разлика у старосним групама, $\lambda^2=25,974$, $DF=12$, $p=,011$, коришћење расте старосну од 91,3% до 100%). Ово су знатно виши резултати него у 2012. години (Београд: 78,4%, Нови Сад: 81,6%).

Лубрикант на бази воде, од оних који користе лубрикант, користи 85,9% испитаника у Београду, 91,7% у Новом Саду и 88,6% у Крагујевцу, што је у складу са претходним истраживањем (2012: Београд – 83,5%, Нови Сад – 92,5%).

Искуство са НВО – Испитаници који су имали контакт са НВО које раде HIV превентивне програме (теренски рад и *drop-in* центри) су били упитани шта им је највише значило у контакту са тим организацијама. Одговори су прилично неуједначени по градовима, али се ипак у одговорима у сва три града издвајају следеће категорије (проценти су наведени редоследом за Београд, Нови Сад и Крагујевац): „кондоми и лубриканти” (27,5%, 31,3%, 12,4%), „тестирање на HIV” (51,3%, 18,1%, 2,8%), „пријатељски однос” (9,3%, 38,6%, 19,1%) и „савети о здрављу” (7,3%, 7,2%, 61,8%).

3.5. СЕКСУАЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Секретију или било какву другу промену на полном органу у последњих 12 месеци је имало највише испитаника у Београду – 13,5%, затим у Новом Саду – 4,3%, а најмање у Крагујевцу – 3,3% (та разлика је статистички значајна – $\lambda^2=31,766$, $DF=2$, $p=,000$). У односу на претходна истраживања, ова појава бележи пораст (2012: Београд – 10,8%, Нови Сад – 2,7%; 2010: Београд – 7,1%). У односу на старосне групе, у Новом Саду и Београду нема значајне разлике, док се у Крагујевцу та разлика уочава ($\lambda^2=12,942$, $DF=3$, $p=,0005$), у смислу да је најчешћа код испитаника 50+.

Упитани шта су предузели поводом тога 57,4% у Београду (2012: 38,5%), 46,2% у Новом Саду (2012: 75%) и свега 20% испитаника у Крагујевцу се обратило државној здравственој установи (табела 9).

Табела 9. Дистрибуција МСМ према реакцији на појаву знакова/симптома ППИ и граду

Реакција на промене на полном органу	Београд	Нови Сад	Крагујевац
Нисам урадио ништа	9,3%	0%	0%
Отишао у државну здравствену установу	57,4%	46,2%	20%
Отишао у приватну здравствену установу	14,8%	38,5%	40%
Отишао у апотеку	22,2%	15,4%	40%
Питао за савет пријатеља/старије и искусније особе	9,3%	7,7%	20%
Самоиницијативно се лечио код куће	11,1%	0%	10%
Престао сам са сексуалним односима	13%	0%	0%
Обратио сам се теренском раднику НВО	27,8%	0%	10%

3.6. ПРОТЕКТИВНИ ФАКТОРИ РЕЛЕВАНТНИ ЗА HIV ИНФЕКЦИЈУ

Процент МСМ популације који зна да лубрикант на бази воде смањује ризик од HIV-а је 68,7% у Београду, 74,2% у Новом Саду и највиши у Крагујевцу – 78,9%, разлика међу градовима је статистички значајна – $\lambda^2=24,396$, $D4=6$, $p=,000$. У односу на старосне групе, у Новом Саду нема значајне разлике у проценту оних који знају тачан одговор, док се у Београду ($\lambda^2=16,635$, $DF=6$, $p=,011$, најмање старосна група 18–19) и Крагујевцу ($\lambda^2=13,081$, $DF=6$, $p=,042$, најмање старосна група 50+) та разлика уочава.

Процент МСМ који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци је 24,7% у Београду, 39,6% у Новом Саду и 12,6% у Крагујевцу, без статистички значајне разлике по узрастима за сва три града. **Резултат је после тестирања био саопштен** за 94,1% испитаника у Београду, 96,6% испитаника у Новом Саду и 91,5% испитаника у Крагујевцу и **био је позитиван** код 2,6% испитаника у Београду, 1,8% испитаника у Новом Саду и 6,6% испитаника у Крагујевцу.

Процент МСМ који су се тестирали на HIV и при томе изјаснили о својој сексуалној оријентацији је 69,8% у Београду, 76,8% у Новом Саду и свега 33,3% у Крагујевцу (та разлика између градова је статистички значајна – $\lambda^2=30,248$, $DF=2$, $p=,000$), што је у складу и са претходним истраживањем (Београд: 71,2%, Нови Сад: 74,5%), без значајне разлике по старосним групама за сва три града.

Процент испитаника који сматра да постоји ризик да се инфицира HIV-ом је 54,7% у Београду, 52,5% у Новом Саду и само 19,7% у Крагујевцу (та разлика између градова је статистички значајна – $\lambda^2=116,551$, $DF=4$, $p=,000$), без значајне разлике по старосним групама за сва три града.

3.7. ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

Процент МСМ који имају здравствено осигурање на своје име износи најмање 83,8% у Београду (2012: 82,4%), 91,7% у Новом Саду (2012:84%) и 91,7% у Крагујевцу и та разлика међу градовима је статистички значајна ($\lambda^2=15,464$, $DF=2$, $p=,000$). У Новом Саду нема значајне разлике у односу на старосне групе, али се та разлика уочава у Београду ($\lambda^2=10,124$, $DF=3$, $p=,018$, најмање има узраст 25–49 година – 20,3%) и Крагујевцу ($\lambda^2=8,128$, $DF=3$, $p=,043$, најмање узраст 18–19 година – 15,4% и 20–24 година – 15,5%),

Процент МСМ који се за решавање свог здравственог проблема прво обраћа лекарима примарне здравствене заштите износи најмање 63,5% у Београду (2012: 73,2%), затим 72% у Новом Саду (2012: 69,3%) и највише 86,7% у Крагујевцу (та разлика је статистички значајна – $\lambda^2=62,415$, $DF=10$, $p=,000$). У Београду нема значајне разлике у односу на старосну групу, док у Новом Саду ($\lambda^2=10,702$, $DF=3$, $p=,001$, најмање старосна група 18–19 година – 50%) и Крагујевцу ($\lambda^2=29,956$, $DF=12$, $p=,003$, најмање старосна група 20–24 година – 75,9%) та разлика постоји.

Свог изабраног лекара има 77,5% испитаника у Београду, 90% испитаника у Новом Саду и 89,3% испитаника у Крагујевцу, без статистички значајне разлике по узрасту. У протеклих 12 месеци га је посетило 51,3% испитаника у Београду, 45,2% у Новом Саду и 55,8% у Крагујевцу, што је знатно мање у односу на прошло истраживање, а у складу са резултатима истраживања из 2010. године (2012: Београд – 71%, Нови Сад – 71,1%; 2010: Београд – 52,5%, Нови Сад – 43,5%). Само 1,6% испитаника у Београду, 1,9% у Новом Саду и 1,1% у Крагујевцу нису никада били код свог лекара у дому здравља, слично у односу на прошло истраживање (2012: Београд – 2,2%, Нови Сад – 2,6%).

Просечан број посета изабраном лекару у протеклих 12 месеци је у Београду 3,62 ($med=2$), Новом Саду 3,06 ($med=2$) и Крагујевцу 3,01 ($med=2$), без значајне разлике у броју посета међу градовима.

Процент МСМ који су задовољни радом свог изабраног лекара је најнижи у Београду и износи 37,1% (знатно ниже у односу на 2012: 54,8% испитаника), док је у Новом Саду 72,6% (2012: 75,4%) и Крагујевцу 61,4%. Та разлика међу градовима је статистички значајна ($\lambda^2=105,106$, $DF=4$, $p=,000$). У Крагујевцу се не уочава статистички значајна разлика у односу на старосне групе, док у Београду и Новом Саду постоји (Београд – $\lambda^2=10,563$, $DF=3$, $p=,0014$ – најмање старосна група 50+ 12,5%; Нови Сад – $\lambda^2=11,174$, $DF=3$, $p=,0011$ – најмање узраст 20–24 година 59,8%).

Процент МСМ који су задовољни услугама које се пружају у дому здравља је најнижи у Београду – 26,8% (знатно ниже у односу на 2012: 39,2%), након чега следе Крагујевац – 55,4% и Нови Сад – 56,3% (2012: 37,7%) и та разлика међу градовима је статистички значајна ($\lambda^2=111,954$, $DF=6$, $p=,000$), али без статистички значајне разлике по узрасту у сва три града.

Код **приватног лекара у последњих 12 месеци** је било 43,8% испитаника у Београду (2012: 38,4%), 27,7% у Новом Саду (2012: 47,3%) и 64,7% у Крагујевцу, без статистички значајне разлике према узрасту. Као и код прошлог истраживања 2012. године, највише је било посета стоматологу (по градовима: 60,5%, 68,4%, 89,9%), па дерматологу (по градовима: 23,8%, 15,2%, 6,9%).

Процент МСМ који су задовољни услугама у приватној пракси је 55,5% у Београду, 61% у Новом Саду и 64,3% у Крагујевцу.

Уколико посматрамо композитни индекс „Здравствена заштита”, док за Нови Сад не постоји **повезаност овог индикатора и стигма индекса**, дотле су, помало парадоксално испитаници који имају здравствену заштиту, у Београду ($\lambda^2=111,954$, $p=,009$, $OR=0,49$) два пута, а у Крагујевцу ($\lambda^2=6,639$, $p=,001$, $OR=0,35$) скоро три пута склонији да имају стигматизујуће ставове од испитаника који немају здравствену заштиту. У истом смеру постоји повезаност ако посматрамо целокупну узрасну групу 25–49 ($\lambda^2=12,177$, $p=,000$, $OR=0,48$) у смислу да су испитаници са здравственом заштитом 2 пута склонији да имају стигматизујуће склоности од испитаника без здравствене заштите.

Између коришћења **здравствене заштите и конзистентног („увек”) коришћења кондома са повременим сексуалним партнером** у протеклих 12 месеци постоји повезаност у Београду ($\lambda^2=7,266$, $p=,007$, $OR=2,19$) и Крагујевцу ($\lambda^2=11,159$, $p=,001$, $OR=4,29$), у смислу да испитаници који немају здравствену заштиту са 2,2, тј. 4,3 пута већом вероватноћом не користе увек кондом са повременим партнером. У истом

смеру постоји повезаност када посматрамо узрасну групу 25–49 за цео узорак ($\lambda^2=21,031$, $p=,007$, $OR=3,25$), где непостојање здравствене заштите повећава 3,25 пута ризик за некоришћење кондома са повременим партнером.

Између коришћења здравствене заштите и конзистентног („увек”) коришћења кондома са сталним сексуалним партнером у протеклих 12 месеци постоји повезаност у Београду ($\lambda^2=5,932$, $p=,015$, $OR=2,1$) у смислу да испитаници који немају здравствену заштиту, статистички гледано, имају 2,1 пута већу вероватноћу да не користе увек кондом са сталним партнером. У истом смеру постоји повезаност када посматрамо узрасну групу 25–49 за цео узорак ($\lambda^2=18,873$, $p=,0007$, $OR=2,49$), где некоришћење здравствене заштите повећава 2,5 пута ризик да се не користи кондом са сталним партнером.

У Београду постоји повезаност између здравствене заштите и коришћења превентивног програма ($\lambda^2=4,429$, $p=,035$, $OR=0,59$) у смислу да су испитаници без здравствене заштите 1,7 пута склонији да користе превентивне програме од оних са здравственом заштитом. Посматрано по старосним групама за сва три града заједно, та повезаност се не уочава. У осталим градовима се не региструје ова повезаност.

Повезаност између коришћења здравствене заштите и знања где може да се тестира на HIV постоји у Београду ($\lambda^2=5,585$, $p=,018$, $OR=2,24$) и Крагујевцу ($\lambda^2=5,275$, $p=,022$, $OR=2,53$) у смислу да непостојање здравствене заштите повећава 2,2 тј. 2,5 пута вероватноћу да особе не знају где се може тестирати на HIV.

3.8. СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

Изолација особа које живе са HIV-ом – Да особе које живе са HIV-ом не би требало да се мешају са другим особама мисли 12,1% испитаника у Београду (2012: 12,9%), 0,3% у Новом Саду (2012: 4,8%) и чак 54,8% испитаника у Крагујевцу. У Крагујевцу и Новом Саду не постоји значајна разлика у ставовима по узрасту, док је у Београду та разлика статистички значајна ($\lambda^2=8,118$, $DF=3$, $p=,044$) у смислу да је за изолацију HIV позитивних особа највећи проценат међу особама узраста 18–19 (18–19: 20,7).

Да су HIV позитивне особе саме криве за то мисли 64,6% у Београду (2012: 64,1%), 45% у Новом Саду (2012: 52,4%) и 89% испитаника у Крагујевцу. У Београду не постоји значајна разлика у ставовима по узрасту, док је у Новом Саду ($\lambda^2=8,574$, $DF=3$, $p=,036$), и Крагујевцу ($\lambda^2=10,090$, $DF=3$, $p=,018$) та разлика статистички значајна у смислу да је у оба града највећи проценат оних који криве HIV позитивне особе међу особама узраста 18–19 година (Нови Сад: 77,8% испитаника, Крагујевац: 92,3%).

Израженост два наведена стигматизујућа става према HIV позитивним особама није повезана са коришћењем превентивних програма ни у једном од градова, ни у једној старосној групи.

Поред тога ставови у вези са HIV инфекцијом („Стигма индекс”) су испитивани и низом од четири тврдње на које су испитаници могли да одговоре са „да”, „не” и „не знам” (табела 10).

Табела 10. Ставови у вези HIV-а по градовима (у %)

Тврдња	Београд			Нови Сад			Крагујевац		
	„да”	„не”	„не знам”	„да”	„не”	„не знам”	„да”	„не”	„не знам”
Ако би неки члан ваше породице оболео од AIDS-а да ли бисте прихватили да њега или њу негујете у свом домаћинству?	89,7	3	7,3	99,3	0,3	0,3	90,0	1,0	9,0
Ако би сте сазнали да власник продавнице или продавац хране има HIV да ли бисте купили свеже поврће од њега или ње?	80,4	7,5	12,1	89,7	6,3	4	82,3	8,4	9,4
Ако би учитељица или наставница имала HIV, али да при том није оболела, да ли би јој требало дозволити да настави да подучава у школи?	76,1	7,8	16,1	91,0	8,0	1,0	82,3	6,4	11,4
Ако би се члан ваше породице инфицирао HIV-ом, да ли бисте желели да то остане тајна?	59,3	11,1	29,6	69,0	12,0	19,0	85,9	6,4	7,7

Код прва три питања испитаници у Новом Саду имају најмање стигматизирајући став и та разлика је статистички значајна (1. питање: $\lambda^2=34,233$, $DF=4$, $p=,000$; 2. питање: $\lambda^2=15,574$, $DF=4$, $p=,004$, 3. питање: $\lambda^2=44,188$, $DF=4$, $p=,000$), док су код 4. питања испитаници у Крагујевцу у највећем проценту уплашени да се не открије да је члан њихове породице инфициран HIV-ом и та разлика је такође статистички значајна

($\lambda^2=63,954$, $DF=4$, $p=,000$). У Београду и Новом Саду не постоји ни по једном питању статистички значајна разлика по узрасту, док се у Крагујевцу та разлика уочава у смислу да у прва три питања старосна група 50+ има у највећем проценту стигматизујуће ставове.

У Београду и Новом Саду не постоји повезаност изложености превентивном програму и изражености „Стигма индекса”, док у Крагујевцу та повезаност постоји ($\lambda^2=20,881$, $DF=1$, $p=,000$), али на неочекиван начин у смислу да су особе које су користиле превентивне програме 4,5 пута биле склоније да изразе стигматизујуће ставове од особа које нису биле у превентивним програмима ($OR=0,22$). Слично, ако посматрамо по узрасту, у свим групама осим узраста 25–49, не постоји повезаност, док се у тој узрасној групи повезаност уочава ($\lambda^2=12,742$, $DF=1$, $p=,000$) такође неочекивано – испитаници изложени превентивним програмима су 1,5 пута склонији да изразе стигматизујуће ставове ($OR=0,687$).

Такође у Београду и Новом Саду не постоји повезаност између HIV статуса и изражености стигма индекса, док та разлика постоји у Крагујевцу ($\lambda^2=10,778$, $p=,001$) где, према резултатима овог истраживања HIV позитивне особе имају 2,9 пута већу склоност ка стигматизацији других PLHIV од људи који нису инфицирани HIV-ом. Посматрано по узрасту, у укупној популацији, та повезаност је значајна у узрасној групи 25–49 ($\lambda^2=11,012$, $p=,001$, $OR=1,8$), док се у другим старосним групама не уочава.

Ни у једном граду, посматрано укупно по свим старосним групама, као ни по једној узрасној групи, неvezано за град, не постоји значајна повезаност између степена знања о преносу HIV инфекције и стигма индекса.

Искуство стигме и дискриминације је највише имало испитаника у Београду – 53,5% (2012: 52%), затим у Крагујевцу – 35%, па у Новом Саду – 29,7% (2012: 33,3%), и то најчешће тако што су (бројеви у загради одговарају проценту испитаника у Београду, Новом Саду и Крагујевцу): (1) „били оговарани” (38,3%, 21%, 20,7%), (2) „непожељни у друштву” (22,3%, 10,7%, 7,7%), (3) „смањено се број људи са којима се друже” (17%, 6%, 21,1%), (4) „јавно понижавање и вређање” (18%, 4,3%, 5,4%). У прошлом истраживању 2012. године је чак 43,2% испитаника у Београду и 26% у Новом Саду навело јавно понижавање и вређање, док су сада резултати нешто бољи. У сва три града постоји значајна разлика у искуству према старосним групама (Београд: $\lambda^2=14,149$, $DF=3$, $p=,003$, Нови Сад: $\lambda^2=16,593$, $DF=3$, $p=,001$ и Крагујевац: $\lambda^2=17,151$, $DF=3$, $p=,001$), у смислу да је искуство стигматизације и дискриминације највише имала старосна група 18–19 година (75,9%, 66,7%, 57,7%), а најмање старосна група 50+ (28%, 0%, 0%).

За сва три града постоји значајна повезаност изложености превентивним програмима и искуства стигматизације и дискриминације (Београд: $\lambda^2=68,571$, $p=,000$; Нови Сад: $\lambda^2=5,348$, $p=,021$; Крагујевац: $\lambda^2=15,292$, $p=,000$) при чему су у сва три града испитаници изложени превентивним програмима имали „веће шансе да доживе” искуство стигматизације и дискриминације и то у Београду 6,3 пута ($OR=0,158$), Новом Саду 1,8 пута ($OR=0,57$) и Крагујевцу 3,2 пута ($OR=0,317$). Значајна повезаност истог смера, као и код градова, постоји и код старосних група 18–19 ($\lambda^2=7,659$, $p=,006$, $OR=0,25$), 20–24 ($\lambda^2=16,439$, $p=,000$, $OR=0,307$) и 25–49 ($\lambda^2=69,69$, $p=,000$, $OR=0,24$), у смислу да испитаници који су изложени превентивном програму имају 4, 3,3 и 4,2 (сукцесивно по групама) пута већу шансу да доживе искуство стигматизације и дискриминације.

Искуство друштвене изолације је највише имало испитаника у Београду – 31,5%, Крагујевцу – 25,5%, па у Новом Саду – 13,7%, и то у сва три града највише (Београд: $\lambda^2=17,586$, $DF=3$, $p=,001$, Нови Сад: $\lambda^2=14,408$, $DF=3$, $p=,002$, Крагујевац: $\lambda^2=12,429$, $DF=3$, $p=,006$), група 18–19 година (58,6%, 38,9%, 38,5%), а најмање старосна група 50+ (12%, 0%, 0%).

Искуство ускраћивања услуга због сексуалне оријентације је имало 9% испитаника у Београду (без значајне разлике по узрасту), 0,7% испитаника у Новом Саду и ниједан испитаник у Крагујевцу.

Искуство оговарања, вређања и понижавања је највише имало испитаника у Београду – 44,5%, затим у Новом Саду – 22,7%, па у Крагујевцу – 21,3%; такође у сва три града (Београд: $\lambda^2=14,134$, $DF=3$, $p=,003$, Нови Сад: $\lambda^2=20,386$, $DF=3$, $p=,000$, Крагујевац: $\lambda^2=23,758$, $DF=3$, $p=,001$), највише старосна група 18–19 година (72,4%, 61,1%, 50%), а најмање старосна група 50+ (24%, 0%, 0%).

Процент МСМ који је у протеклих 12 месеци одустао од здравствене помоћи из страха да неко не сазна њихову сексуалну оријентацију је највиши у Београду – 19%, 2% у Новом Саду и 5% у Крагујевцу (та разлика међу градовима је статистички значајна – $\lambda^2=66,781$, $DF=2$, $p=,000$). У Београду и Крагујевцу

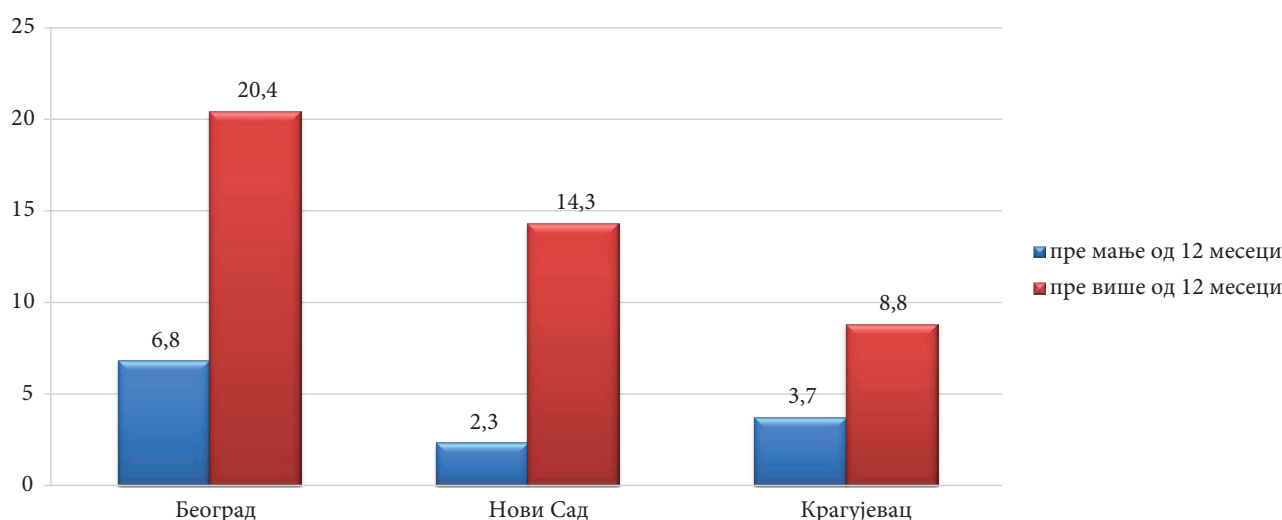
не постоји статистички значајна разлика у односу на старосне групе, док у Новом Саду постоји ($\lambda^2=10,276$, $DF=3$, $p=,0016$) у смислу да је највећа у групи узраста 18–19 (11,1%), а најмања у групи 50+ (0%).

Процент МСМ који се аутостигматизује је 49,8% у Београду (2012: 55,2%), 45,3% у Новом Саду (2012: 42%) и највиши у Крагујевцу, чак 68% испитаника, без значајне разлике по узрасту у Новом Саду и Крагујевцу, док у Београду та разлика постоји ($\lambda^2=17,814$, $DF=3$, $p=,000$) у смислу да је највећи проценат међу узрастом 18–19 година (82,8%), а најмањи у узрасту 50+ (36%).

Док у Београду и Крагујевцу (као ни у једној старосној групи посебно) не постоји повезаност постојања аутостигме и конзистентног коришћења кондома са повременим сексуалним партнером у протеклих 12 месеци, дотле се та повезаност уочава у Новом Саду ($\lambda^2=4,632$, $p=,031$, $OR=2,04$) у смислу да испитаници који изражавају аутостигму, статистички гледано, имају 2 пута већу вероватноћу да не користе конзистентно кондом са повременим партнером. Такође, ни у једном граду, као ни по једној старосној групи, не постоји повезаност постојања аутостигме и конзистентног коришћења кондома са сталним сексуалним партнером у протеклих 12 месеци. Такође, ни у једном граду не постоји повезаност постојања аутостигме и коришћења превентивних програма, као ни постојања здравствене заштите.

Процент МСМ који су били жртве физичког насиља је 27% у Београду (2012: 29,6%), 16,7% у Новом Саду (2012: 17,3%, 2010: 9,5%) и најмањи у 12,3% у Крагујевцу (графикон 6). Док у Београду не постоји статистички значајна разлика у односу на старосну групу, та разлика постоји у Новом Саду ($\lambda^2=24,214$, $DF=3$, $p=,000$), где највише трпе најмлађи и најстарији (18–19: 55,6%, 50+: 50%) и Крагујевцу ($\lambda^2=33,833$, $DF=3$, $p=,000$) где највише трпе најмлађи (18–19: 34,6%). Насиље се највише трпи од стране (проценти у загради су дати редом за Београд, Нови Сад и Крагујевац у односу на особе које су доживеле насиље): (1) непознате особе (71,3%, 54%, 37,8%), (2) члана породице (24,1%, 22%, 40,5%), (3) партнера (11,1%, 8%, 43,2%), (3) колеге на послу (6,5%, 12%, 2,7%), (4) полиције (12%, 4%, 2,7%), али и (5) „неког другог” (12,1%, 4%, 2,9%), без значајне разлике по узрасту за сваку од појава, за сва три града. У односу на претходно истраживање, у Новом Саду се бележи повећан проценат насиља извршеног од непознатих особа (2012: 13,3%), као и од полиције (2012: 0,4%). Од оних који су трпели физичко насиље, њих 24,1% у Београду (2012: 24,3%, 2010: 24,4%), 6% у Новом Саду (2012: 15,4%, 2010: 5,3%) и 40,5% у Крагујевцу је било жртва вишеструког насиља, без статистички значајне разлике по узрасту за сва три града.

Графикон 6. Жртве физичког насиља по градовима (у %)



Ни у једном од градова не постоји повезаност искуства физичког насиља у протеклих 12 месеци и пре више од 12 месеци, са конзистентним коришћењем кондома са сталним партнером, превентивном праксом, као и коришћењем здравствене заштите. Док се ни у једном граду не уочава повезаност искуства физичког насиља у протеклих 12 месеци са конзистентним коришћењем кондома са повременим

партнером, докле је искуство физичког насиља пре више од 12 месеци значајан фактор ризика за некоришћење кондома са повременим сексуалним партнером у сва три града, у смислу да испитаници који су некада доживели физичко насиље имају 2–3 пута већу шансу да не користе конзистентно кондом са повременим партнером, од оних који то искуство немају (Београд: $\lambda^2=9,924$, $p=,0016$, $OR=2,2$, Нови Сад: $\lambda^2=7,881$, $p=,005$, $OR=3,1$, Крагујевац: $\lambda^2=8,898$, $p=,003$, $OR=3,2$). Посматрано по старосним групама, та повезаност је значајна у старосној групи 25–49 ($\lambda^2=21,760$, $p=,000$, $OR=3,1$), где испитаници који су некада доживели физичко насиље имају 3,1 пута више шансе да не користе конзистентно кондом са повременим партнером од испитаника који немају то искуство.

Процент МСМ који знају да је донет Закон о забрани дискриминације је 89,5% у Београду, 84,7% у Новом Саду и најмањи у Крагујевцу – 56%, што је у складу и са претходним истраживањем, без значајне разлике по узрасту у Београду, али у Новом Саду ($\lambda^2=17,833$, $DF=3$, $p=,000$) и у Крагујевцу ($\lambda^2=12,349$, $DF=3$, $p=,006$) та разлика постоји у смислу да је у оба града најнеинформисанија група узраста 18–19 година (процент испитаника који нису информисани: 38,9%, 50%), а најинформисанија група 50+ (процент испитаника који нису информисани: 0%, 25%). Свега 21,3% испитаника у Београду, 9,4% у Новом Саду и 10,7% испитаника у Крагујевцу верује да ће доношење Закона о дискриминацији нешто променити у њиховом положају (без статистички значајне разлике по узрасту за сва три града), што је далеко ниже у односу на резултате претходног истраживања 2012. године (Београд – 29,6%, Нови Сад – 22%).

4. ЗАКЉУЧЦИ

Истраживање, спроведено у Београду, Новом Саду и Крагујевцу од октобра до децембра, 2013. године, обухватило је 1000 испитаника из МСМ популације, 400 у Београду и по 300 у Новом Саду и Крагујевцу, узраста 18 до 59 година. Узорковање је вршено RDS методом (узорковање вођено испитаницима), а узорачки оквир је прављен на основу четири дефинисана начина долажења до партнера.

Резултати истраживања су показали да:

- Највећи проценат инфицираних HIV-ом је у Београду (8,3%), након чега следи Крагујевац (6,3%), па Нови Сад (5,3%), али без статистички значајне разлике по градовима. То је до сада највећа регистрована преваленца и у Београду и у Новом Саду, мада се, уколико посматрамо 95% ИП, не може са сигурношћу тврдити да је тај тренд пораста и статистички значајан. Ипак, са сигурношћу се може констатовати да је вредност овог индикатора у 2013. години за Београд већа од 5%, тј. да у Београду постоји концентрована епидемија међу МСМ популацијом. Док у Новом Саду не постоји повезаност HIV статуса и коришћења превентивних програма, у Београду су особе инфициране HIV-ом 1,9, а у Крагујевцу 4,4 пута склоније да користе превентивне програме од особа које нису инфициране HIV-ом.
- Највећи проценат коришћења кондома током последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером у протеклих шест месеци је регистрован међу испитаницима у Крагујевцу (85,3%), затим у Новом Саду (72%), па Београду (62,3%). Уколико посматрамо тренд кретања вредности овог индикатора за године 2008, 2010, 2012. и 2013, у оквиру 95% ИП вредности за Београд су конзистентне, осим за 2010. годину где су значајно ниже, док се у Новом Саду бележи пораст у односу на 2008. и 2010. годину. Посматрано по узрасту не постоји значајна разлика, осим за Крагујевац, где се најризичније понашају испитаници узраста 50 и више година.
- Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а највећи је у Новом Саду (72,0%), након чега долази Крагујевац (65,7%), па Београд (58,3%). Иако делује да је за Београд ово најнижи проценат испитаника који има свеобухватно знање о HIV инфекцији од када се спроводи истраживање, у односу на вредности 95% ИП видимо да су вредности конзистентне током ових година, док се у Новом Саду запажа пораст у односу на 2008. годину.
- Највећи проценат МСМ популације који је обухваћен превентивним програмом у протеклих 12

месеци је у Крагујевцу (80,0%), затим у Новом Саду (60,0%), па у Београду (50,8%). У Београду у 2012. и 2013. години, уколико посматрамо вредности у оквиру 95% ИП, уочавамо значајан пораст у односу на 2008. и 2010. годину, при чему између ове две године не постоји значајна разлика, а у Новом Саду се у посматраном периоду запажа значајан тренд пораста обухвата превентивним програмима. Ни у једном од три града не постоји статистички значајна разлика у обухвату МСМ превентивним програмима у односу на старосну групу.

- Највећи проценат испитаника који се у протеклих годину дана тестирао на HIV и зна резултате је у Крагујевцу (50,7%), затим у Новом Саду (37,7%), па Београду (36,3%). У односу на четири посматране године (2008, 2010, 2012, 2013) имајући у виду 95% ИП, у Београду не постоји статистички значајна промена у проценту тестираних испитаника у популацији МСМ, док се у Новом Саду уочава тренд пораста у посматраном временском периоду. Ни у једном граду не постоји значајна разлика у односу на старосне групе.
- Највећи проценат инфицираних вирусом хепатитиса Ц је у Београду (2,5%), док је преваленца у Новом Саду и Крагујевцу једнака и износи 0,3%. Међу старосним групама није регистрована статистички значајна разлика у преваленци.
- Цигарете у сва три града користи око две трећине испитаника, алкохол конзумира нешто више од 60%, без статистички значајне разлике по узрасту у сва три града, док се ПАС највише користе у Београду (7,5%), затим у Новом Саду (3,7%), а најмање у Крагујевцу (0,7%) и та разлика међу градовима је статистички значајна. ПАС инјектирањем користи мање од 2% испитаника, при чему у највећем броју испитаници имају свој прибор за инјектирање и нема дељења коришћеног прибора.
- Кондом је увек са сталним сексуалним партнером користило 35% испитаника у Београду, 42,1% у Новом Саду и највише, чак 80,9% у Крагујевцу, што је значајна разлика, при чему нема разлике по узрасту. У Београду не постоји повезаност конзистентне употребе кондома са сталним сексуалним партнером и HIV статуса, док у Новом Саду и Крагујевцу та повезаност постоји, тако да у Новом Саду особе инфициране HIV-ом 2 пута ређе увек користе кондом са сталним партнером, док је у Крагујевцу то „протективни фактор” (HIV позитивни 3,3 пута чешће увек користе кондом са сталним партнером). Ни у једном граду се не уочава повезаност степена знања о трансмисији HIV-а и конзистентног коришћења кондома са сталним сексуалним партнером.
- Кондом је конзистентно са повременим сексуалним партнером користило 60,4% испитаника у Београду, 72% испитаника у Новом Саду, без значајне разлике за оба града по узрасту, и 79,2% у Крагујевцу, где постоји значајна разлика по узрасту, у смислу да се старосна група 50+ најризичније понаша. У Београду и Новом Саду не постоји значајна повезаност између изложености „превентивном програму” и овог протективног понашања, док се та веза уочава у Крагујевцу, где испитаници који користе превентивни програм имају 4,75 веће шансе да користе увек кондом у односу на оне који не користе програм. У Београду и Крагујевцу постоји повезаност између HIV позитивног статуса и ове појаве, у смислу да HIV позитивни испитаници 2,2 пута у Београду и чак 4 пута у Крагујевцу имају више шансе да увек користе кондом са повременим партнером, у односу на испитанике који нису инфицирани HIV-ом. Једино се у Крагујевцу уочава повезаност степена знања о трансмисији HIV-а и конзистентног („увек”) коришћења кондома са повременим сексуалним партнером у смислу да испитаници без адекватног знања имају скоро 3 пута већу шансу да не користе кондом од испитаника са адекватним знањем.
- Процент МСМ који су имали сексуалне односе под утицајем алкохола у последњих 12 месеци је 47% у Београду, 43% у Новом Саду и најмање у Крагујевцу 34,7% и та разлика међу градовима је статистички значајна. Том приликом је 65,4% испитаника у Београду, 58,1% у Новом Саду и 65,4% у Крагујевцу користило кондом, без значајне разлике по градовима.
- Процент МСМ популације који правилно идентификује место где се може добити добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV је 77,0% у Београду, 98,7% у Новом Саду и 86,0% у Крагујевцу, без статистички значајне разлике по старосним групама у сва три града. Процент МСМ који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци је 24,7% у Београду, 39,6% у Новом Саду и

12,6% у Крагујевцу, без статистички значајне разлике позрастима за сва три града. Процент МСМ који су се тестирали на HIV и при томе изјаснили о својој сексуалној оријентацији је 69,8% у Београду, 76,8% у Новом Саду и свега 33,3% у Крагујевцу и та разлика између градова је статистички значајна.

- Процент МСМ који имају здравствено осигурање на своје име износи 83,8% у Београду, 91,7% у Новом Саду и 91,7% у Крагујевцу и та разлика међу градовима је статистички значајна. Процент МСМ који се за решавање свог здравственог проблема прво обраћа лекарима примарне здравствене заштите износи 63,5% у Београду, затим 72% у Новом Саду и највише 86,7% у Крагујевцу. Свог изабраног лекара има 77,5% испитаника у Београду, 90% испитаника у Новом Саду и 89,3% испитаника у Крагујевцу.
- Између коришћења здравствене заштите и конзистентног коришћења кондома са повременим сексуалним партнером у протеклих 12 месеци постоји повезаност у Београду и Крагујевцу у смислу да испитаници који немају здравствену заштиту имају 2,2, тј. 4,3 пута већу шансу да не користе увек кондом са повременим партнером. Како тренутно у систему здравствене заштите корисници и не добијају никакву посебну услугу у области преноса потребног знања и вештина за практиковање сигурног сексуалног контакта, највероватније објашњење овог налаза треба тражити у неким могућим карактеристикама субпопулације која нема здравствену заштиту (незапослени појединци, могуће нижег образовног и социо-економског статуса и сл). Слично, између постојања здравствене заштите и конзистентног („увек“) коришћења кондома са сталним сексуалним партнером у протеклих 12 месеци постоји повезаност у Београду у смислу да испитаници који немају здравствену заштиту имају 2,1, пута већу шансу да не користе увек кондом са сталним партнером. Такође, испитаници без здравствене заштите у Београду и Крагујевцу имају 2,2 тј. 2,5 пута већу шансу да не знају где се може тестирати на HIV од испитаника са здравственом заштитом.
- Да особе које живе са HIV-ом не би требало да се мешају са другим особама мисли 12,1% испитаника у Београду, 0,3% у Новом Саду и чак 54,8% испитаника у Крагујевцу. Израженост појединачних стигматизујућих ставова према HIV позитивним особама није повезана са коришћењем превентивних програма ни у једном од градова, као ни у једној старосној групи.
- У Београду и Новом Саду не постоји повезаност изложености превентивном програму и изражености „Стигма индекса“ – стигматизујућих ставова према особама инфицираним HIV-ом, док у Крагујевцу та повезаност постоји, али на неочекиван начин – особе које су биле изложене превентивним програмима су 4,5 пута биле склоније да изразе стигматизујуће ставове од особа које нису биле у превентивним програмима. Такође у Београду и Новом Саду не постоји повезаност између HIV статуса и изражености стигма индекса, док та разлика неочекивано постоји у Крагујевцу – HIV позитивне особе имају 2,9 пута већу склоност ка стигматизацији других PLHIV од људи који нису инфицирани HIV-ом. Ни у једном граду, посматрано укупно по свим старосним групама, као ни по једној узрасној групи, невезано за град, не постоји значајна повезаност између степена знања о преносу HIV инфекције и стигма индекса. Док за Нови Сад не постоји повезаност индикатора „здравствене заштите“ и стигма индекса, дотле, помало парадоксално, испитаници који имају здравствену заштиту, у Београду два пута, а у Крагујевцу скоро три пута имају већу вероватноћу да показују стигматизујуће ставове према HIV позитивним појединцима од испитаника који немају здравствену заштиту. На први поглед није лако објаснити овај податак и вероватно да за то постоји више разлога. Један од њих вероватно лежи у разликама у неким карактеристикама особа које имају/немају здравствену заштиту (социо-економски, образовни статус и сл), а могуће је да је и у оквиру самих здравствених установа заступљен негативан став према HIV позитивним особама који у некој мери погодује развоју стигматизујућих ставова. Наравно, ове претпоставке треба даље емпијски истражити.
- Искуство стигме и дискриминације је највише имало испитаника у Београду – 53,5%, затим у Крагујевцу – 35%, па у Новом Саду – 29,7%.

- Процент MSM који се аутостигматизује је 49,8% у Београду, 45,3% у Новом Саду и највиши у Крагујевцу, чак 68% испитаника, без значајне разлике по узрасту у Новом Саду и Крагујевцу, док у Београду та разлика постоји (у смислу да је највећи проценат међу испитаницима узраста 18–19 година). У Новом Саду постоји повезаност постојања аутостигме и конзистентног коришћења кондома са повременим сексуалним партнером у протеклих 12 месеци, у смислу да испитаници који изражавају аутостигму имају два пута већу шансу да не користе конзистентно кондом са повременим партнером. Ни у једном граду не постоји повезаност постојања аутостигме и коришћења превентивних програма, као ни постојања здравствене заштите.
- Процент MSM који су били жртве физичког насиља је 27% у Београду, 16,7% у Новом Саду и најмање у 12,3% у Крагујевцу. Ни у једном од градова не постоји повезаност искуства физичког насиља са конзистентним коришћењем кондома са сталним партнером, превентивном праксом, као и постојањем здравствене заштите. Искуство физичког насиља пре више од 12 месеци је значајан фактор ризика за некоришћење кондома са повременим сексуалним партнером у сва три града, у смислу да испитаници који су некада доживели физичко насиље имају 2–3 пута већу шансу да не користе конзистентно кондом са повременим партнером, од оних који то искуство немају.
- Сумарно посматрано:
 - 1) **HIV статус** се у Београду и Крагујевцу показује као протективни фактор за коришћење превентивних програма у смислу да особе инфициране HIV-ом користе чешће превентивне програме од особа које нису HIV позитивне. Док у Београду не постоји повезаност HIV статуса и коришћења кондома са сталним партнером, у Новом Саду HIV статус представља фактор ризика за некоришћење кондома са сталним партнером, а у Крагујевцу је то протективни фактор. Такође, док у Новом Саду не постоји повезаност HIV статуса и коришћења кондома са повременим партнером, испитаници у Београду и Крагујевцу значајно чешће користе кондом са повременим партнерима од HIV негативних испитаника. Док у Београду и Новом Саду не постоји повезаност HIV статуса и „Стигма индекса”, у Крагујевцу су, према резултатима истраживања, HIV позитивне особе склоније да стигматизују друге HIV позитивне особе у односу на особе које немају HIV позитиван статус.
 - 2) Коришћење **превентивних програма** не показује повезаност са коришћењем кондома са повременим партнерима у Београду и Новом Саду, док су у Крагујевцу превентивни програми важан протективни фактор за ово понашање. Такође, коришћење превентивних програма не показује повезаност са израженошћу стигматизујућих ставова, ни када посматрамо појединачне ставове, ни композитни „Стигма индекс”.
 - 3) Повезаност **степенa знања о трансмисији HIV-а** и конзистентног коришћења кондома са сталним сексуалним партнером се не уочава ни у једном граду. Такође, у Београду и Новом Саду се не уочава повезаност знања и коришћења кондома са повременим партнерима, док се у Крагујевцу недовољно знање показује као значајан фактор ризика. Степен знања о HIV-у не показује ни повезаност са израженошћу стигматизујућих ставова према HIV позитивним особама.
 - 4) **Постојање здравствене заштите** је важан протективни фактор за конзистентно коришћење кондома и са повременим и са сталним партнерима у Крагујевцу и Београду, док се у Новом Саду та повезаност не уочава. Такође је здравствена заштита позитивно повезана са информисаношћу о томе где се може тестирати на HIV, али са друге стране, у Београду и Крагујевцу, особе које имају здравствену заштиту показују више стигматизујућих ставова према HIV позитивним особама, од оних који здравствену заштиту немају.
 - 5) Постојање **аутостигме** у Новом Саду се показује као важан фактор ризика за некоришћење кондома са повременим партнерима.
 - 6) Док ни у једном од градова не постоји повезаност искуства **физичког насиља** са конзистентним коришћењем кондома са сталним партнером, превентивном праксом, као и постојањем здравствене заштите, дотле се искуство физичког насиља показује као значајан фактор ризика за некоришћење кондома са повременим сексуалним партнером у сва три града.

5. ПРЕПОРУКЕ

У складу са резултатима истраживања неке од препорука су:

1. Коришћење превентивних програма се према резултатима овог истраживања није показало као значајан протективни фактор за бројна ризична понашања и стигматујуће ставове (осим делимично у Крагујевцу), па је потребно дубље преиспитати разлоге за то, као и њихову фактичку релеватност за МСМ популацију генерално, као и субпопулацију МСМ која је инфицирана HIV-ом.
2. Како из резултата видимо, HIV позитивни МСМ појединци су склонији да користе превентивне програме од МСМ појединаца који нису HIV позитивни. У светлу тога, треба преиспитати у којој мери су постојећи програми заиста прилагођени и корисни за ту субпопулацију, те треба истаћи важност креирања заиста функционалних програма позитивне превенције како за МСМ, тако и друге подкатеорије особа инфицираних HIV-ом.
3. Свеобухватно знање о трансмисији HIV-а, осим делимично у Крагујевцу, не показује значајну повезаност ни са једним од ризичних понашања и стигматизујућих ставова, што захтева дубље сагледавање ове појаве. Једна од могућности је да досадашње превентивне кампање и појединачни програми нису успели да пренеше потребних информација повежу са последичном изградњом адекватног понашања и ставова, базираним на пренетим информацијама, што такође треба дубље истражити. Један од разлога за то јесте и да превентивни програми трају кратко, контакти са корисницима су често једнократни и површни, те је за истинско усвајање и примену стеченог знања, у смислу промене понашања и ставова, потребно развити и спроводити у задовољавајућем обиму различите методе континуираног рада са популацијом (теренски превентивни програми, услуге у *drop-in* центру, различити облици саветовања и сл).
4. У светлу напред реченог има простора за продубљену евалуацију до сада примењиваних превентивних програма у смислу како квалитета самих програма, тако и квалитета њиховог спровођења, па на бази добијених резултата треба осмислити и развити даље превентивне програме. Тако развијени програми треба да, кроз партнерства невладиних организација и државних институција обезбеде континуирану покривеност корисника превентивним програмима на терену, као и у здравственим установама, укључујући и повећану доступност одговарајућих кондома и лубриканата на бази воде.
5. У складу са Националном стратегијом креирати и даље подржати циљане едукативне програме, са посебним освртом на парњачку едукацију и приступ наклоњен циљним популацијама, који би се спроводио како у установама здравствене заштите, тако и у простору невладиних организација (*drop-in* центри).
6. У оквиру даљег превентивног рада потребно је подизати капацитете НВО и других организација за бесплатно саветовање и тестирање поузданим брзим тестовима, како би тестирање било и реално доступније овој популацији.
7. Постојање здравствене заштите се показало као важан протективни фактор за различите облике ризичног понашања и ставова. Истовремено, не мали проценат испитаника није задовољан квалитетом пружене здравствене заштите. Такође, како је већ дискутовано, испитаници који имају здравствену заштиту у већој мери показују стигматизујуће ставове према HIV позитивним од оних који је немају. У светлу тога, треба даље радити на сензибилизацији и едукацији здравствених радника и других професионалаца за рад са МСМ популацијом, за смањење стигме и дискриминације према HIV позитивним појединцима, стварање приступа оријентисаног на клијента, који не само да неће фаворизовати, већ ће и ефикасно деловати на сузбијању сваког вида стигматизације и дискриминације вулнерабилних категорија корисника. Такође треба радити на подизању општег квалитета здравствене заштите, уз даље јачање и ширење мреже ДПСТ центара као доказано ефикасне мере превенције.
8. Искуство аутостигме и трпљења физичког насиља се показују као важан фактор ризика за некоришћење кондома са повременим партнерима. У том смислу потребно је даље радити како

на заштити људских права осетљивих група, тако и на осмишљавању и спровођењу психо-едукативних и психо-социјалних програма подршке за ову популацију у смислу рада на бољем самоприхватању и функционалнијем ношењу са изазовима које са собом носи живот припадника МСМ популације у једном релативно традиционалном окружењу.

9. Обезбедити наставак праћења тренда учесталости HIV инфекције и ризичног понашања у популацији МСМ, кроз периодична надзорна истраживања, минимум у Београду, у складу са Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију Републике Србије, ради планирања и спровођења ефикаснијих превентивних и других програма, као и евалуације успешности истих.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Национална стратегија Републике Србије за борбу против HIV/SIDE 2011–2015. године. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2011.
2. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Центар за превенцију и контролу болести. Извештај о заразним болестима у 2012. години на територији Републике Србије, ИЈЗС, Београд, 2013.
3. Министарство здравља Републике Србије. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015, МЗ, Београд, 2011.
4. Студија процене преваленције HIV-а и учесталости понашања повезаног са ризиком за добијање HIV-а међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, у: Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом 2010. Министарство здравља Републике Србије, 2012.
5. Студија процене преваленције HIV-а и учесталости понашања повезаног са ризиком за добијање HIV-а међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, у: Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом 2008. Министарство здравља Републике Србије, 2008.
6. Студија процене преваленције HIV-а и учесталости понашања повезаног са ризиком за добијање HIV-а међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, у: Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом 2010. Министарство здравља Републике Србије, 2010.
7. Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys. WHO, UNAIDS, Geneva:2006.
8. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet, Nov 1. 2006.
9. Martin R, Hearn TL, Ridderhof JC et al. Implementation of quality systems approach for laboratory practice in resource-constrained countries. AIDS:2005;559-65.
10. Behavioural surveillance surveys. Guidelines for repeated behavioural surveys in population at risk of HIV. FHI:2000.

ПРОЦЕНА РИЗИКА ОД НІВ ИНФЕКЦИЈЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА ПРОГРАМА ПРЕВЕНЦИЈЕ НІВ ИНФЕКЦИЈЕ: КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

Главни истраживач:

Слађана Барош

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” / Национална канцеларија за НІВ/
АIDS

Консултант за калитативну студију:

Проф. Бојан Жикић

Филозофски факултет, Универзитет у Београду

Интервјуер:

Александар Стојановић

Саша Плећаш, ЈАЗАС, Београд

Регрутери:

Александар Прица, Асоцијација Дуга, Шабац

Жељко Бонић, Омладина ЈАЗАС-а, Нови Сад

Исеин Фетоски, Сигуран пулс младих, Београд

Саша Плећаш, ЈАЗАС, Београд

ПРОЦЕНА РИЗИКА ОД НИВ ИНФЕКЦИЈЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА ПРОГРАМА ПРЕВЕНЦИЈЕ НИВ ИНФЕКЦИЈЕ: КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

Слађана Барош

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” / Национална канцеларија за НИВ/
AIDS

Кратак садржај:

Квалитативна студија међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима је реализована у циљу продубљивања квантитативних налаза и бољег сагледавања образаца ризичног понашања и квалитета НИВ превентивних програма усмерених ка МСМ. Подаци од укупно 62 испитаника су сакупљени путем дубинских интервјуа и фокус група. Разговори су вођени на основу тематских водича, бележен је звучни запис који је потом транскрибован у вербатим формату. Подаци су даље кодирани, а у анализи се користио индуктивни метод. У истраживању су учествовали пунолетни испитаници који су имали анални сексуални однос у последњих 6 месеци. Сви учесници су дали информисан писани пристанак. Према резултатима студије, сви испитаници имају основно знање везано за ризик од трансмисије НИВ инфекције путем незаштићеног сексуалног односа. Перцепција степена ризика од сексуалне трансмисије НИВ-а варира у односу на перцепцију партнера и врсту сексуалног односа. Незаштићен орални сексуални однос је перципиран као ниско ризичан сексуални однос, као и незаштићен анални сексуални однос са сталним партнером. Средњи ризик носи незаштићен сексуални однос са особама које се познају и са којима се периодично има сексуални однос (без улажења у емотивну везу). Партнери високог ризика су они који се недовољно или ни мало познају и/или који су НИВ позитивни. Тестирање је препознато као нужно у смислу редовне бриге о здрављу. Међутим, постоји тенденција да се негативни резултати после тестирања тумаче као да је особа добро проценила ризик и исправно одлучила да не употреби кондом у конкретnoj ситуацији. Одбојност према превентивним услугама узрокује схватање да су све информације које су им потребне доступне и без посредовања удружења или установа, затим схватање да нису у потреби за било каквом посебном услугом, а у једном броју случајева одбија их и могућност да се сазна да су припадници МСМ популације и то оне коју они сами негативно конотирају. Посебно место заузима перцепција МСМ да су стигматизовани од стране опште популације, као и схватање да је НИВ инфекција повезана само са МСМ популацијом, што негативно утиче на коришћење програма усмерених ка МСМ популацији. У циљу унапређења програма превенције, потребно је омогућити теренско саветовање и тестирање на НИВ и ППИ, повећати доступност информација о превентивним услугама, развијати иновативне НИВ превентивне програме, поштујући принцип укључивања припадника МСМ популације у развој програма и стратегија и у њихову имплементацију, радити на дестигматизацији МСМ популације, као и на изградњи толерантнијег друштвеног окружења, увести здравствено и/или сексуално васпитање као обавезан предмет у старије разреде основне школе и у средње школе.

Кључне речи: квалитативна студија, МСМ, ризик, НИВ, програми превенције

HIV RISK ASSESSMENT AND PERCEPTION OF HIV PREVENTIVE PROGRAMS: QUALITATIVE STUDY AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN

Sladjana Baros

Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut" / National HIV/AIDS Office

Abstract

The qualitative study among Men who Have Sex with Men (MSM) was conducted with the aim to better understand quantitative data and to get insight into HIV risk behavior and quality of preventive HIV services for MSM from their perspective. In-depth interviews and focus groups, with topic guides, were used for data collection among 62 respondents. Interviews and focus groups were recorded, and then transcribed verbatim. Transcribed data were coded and analyzed using the inductive method. The study included adult men who had anal sex with men in the six months prior to the study. All respondents gave informed consent. The results show that all respondents have basic knowledge related to HIV transmission risk due to unprotected sexual intercourse. However, the perception of the level of risk of transmission vary from low to high depending on the perception of the partner and type of sexual intercourse. Unprotected oral sex is perceived as low risk intercourse, as well as anal sex with regular partner. Mid-level risk is related to unprotected anal sex with casual partners (without an emotional relationship). Unprotected anal sex with (one-time) partners (those who are unknown or little known and/or HIV infected) is perceived as high risk. Testing is recognized as a part of regular personal health care. However, there is the tendency to use negative results as a proof of personal good risk assessment and making the right choice not to use condom in the given situation in past. Reluctance to HIV preventive services is related to understanding that there is no need for mediation by organization/institution between information on HIV (perceived as highly available) and people, as well as to perception that they aren't in need of any kind of preventive services. Some respondents reported reluctance due to perceived risk to be recognized and categorized as part of those MSM who are negatively perceived by respondents. The continuous stigmatization of the MSM population by the general population, as well as perceived linking between HIV and MSM, which negatively effects the use of HIV preventive services focused on the MSM population. In order to scale up HIV preventive programs, HIV/STI counseling and testing in the field or during outreach should be made more available, as well as information on available HIV preventive programs. New innovative programs, with respect of fully MSM participation, should be developed and implemented. Programs should be aiming to decrease stigma toward MSM and to develop a more tolerant society. Moreover, health or sexual education should be introduced in higher classes of Primary School and in High School as a required subject.

Key words: qualitative study, MSM, risk, HIV, preventive programs

1. УВОД

У последњих неколико година бележи се пораст тренда сексуалне трансмисије HIV инфекције међу новодијагностикованим HIV позитивним особама, посебно путем незаштићеног сексуалног односа међу особама мушког пола [1]. Према претходним надзорним био-бихејвиоралним истраживањима, видљиво је да обухват превентивним програмима мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (у даљем тексту: МСМ) расте (од 13,4% обухваћених превентивним програмима у Београду у 2008. години до 50,4% обухваћених у 2012. години, а у Новом Саду 8,8% у 2008, а 43,3% у 2012. години), као и учешће оних који пријављују да су у последњих 12 месеци саветовани и тестирани на HIV (31,2% МСМ у Београду 2008. до 43,6% 2012, односно 16% у 2008. у Новом Саду до 44,7% у 2012). Међутим, примећен је благи пад учесталости употребе кондома међу МСМ у Београду (од 67,1% њих који су у 2008. години пријавили да су користили кондом при последњем сексуалном односу са мушким партнером до 58,4% у 2012. години у Београду), док је знање које се мери у односу на препознавање правих начина превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацивање главних заблуда о преносу HIV-а такође у благом паду у Београду (од 66,3% у 2008. години до 62,4% у 2012. години). Оба последња показатеља су с друге стране у Новом Саду у благом порасту. Преваленца HIV инфекције према резултатима претходних надзорних истраживања је исто у благом порасту у односу на 2010. годину и у Београду и у Новом Саду [2, 3, 4, 5]. Ово све указује на потенцијално нестабилну ситуацију по питању ризика од HIV инфекције у популацији МСМ.

У циљу бољег увида у постојеће трендове и успешност одговора превентивних програма на њих, односно ради додатног продубљивања података добијених серолошким и бихејвиоралним истраживањем, са једним мањим узорком испитаника који улазе у главни истраживачки узорак у оквиру истраживања међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима спроведена је квалитативна студија. Основни циљ квалитативне студије међу МСМ јесте да сагледа постојеће ставове и праксу МСМ у односу на употребу кондома са различитим партнерима и у различитим ситуацијама, као и да сагледа постојеће ставове МСМ популације према постојећим програмима превенције HIV инфекције међу МСМ. Специфични циљеви јесу да се пружи одговор на питања који су облици ризичног понашања присутни у МСМ популацији и у којим ситуацијама се јављају; да ли постојећи превентивни програми одговарају потребама МСМ популације и из којих разлога их (не)користе, а све у циљу унапређења превенције, односно прилагођавања програма превенције потребама популације МСМ.

2. МЕТОДОЛОГИЈА

Квалитативна студија бихејвиоралног карактера је спроведена у Београду, Новом Саду и Крагујевцу, при чему су подаци сакупљани на терену у периоду од 12. новембра до 29. децембра 2013. године. У квалитативној студији могли су да учествују мушкарци узраста 18 година и више, који су у последњих 6 месеци имали сексуални однос са мушкарцима, који живе/раде на локацији истраживања и дали су писани информисани пристанак да хоће да учествују у истраживању. У оквиру квалитативне студије реализовани су дубински интервјуи помоћу тематског водича, као и фокус групе [6, 7, 8, 9]. Интервјуи и фокус групе су снимани дигиталним диктафоном, а аудио записи су транскрибовани у вербатим формату. Узорак је формиран методом намерног узорка, при чему се водило рачуна да, поред испуњености основних критеријума за укључивање у студију, испитаници задовоље критеријуме различитости у односу на одлике за које се претпоставило да имају утицаја на ризично/протективно понашање: узраст, субпопулација према преовлађујућем начину доласка до партнера (преко интернета, преко личних познанстава, преко клубова, преко „крузинг“ места – јавних тоалета, паркова и сл), досегнутост HIV превентивним услугама. О критеријуму различитости се водило рачуна и при регрутацији испитаника за дубинске интервјуе и при регрутацији за учешће у фокус групама. Од 62 испитаника, већина (око 50) су регрутовани у оквиру квантитативне био-бихејвиоралне студије, а остали путем грудве снега, јер је београдски теренски тим имао потешкоћа са дефинисаним начином регрутације, те се морало приступити алтернативи. Регрутацију су вршиле вође теренских тимова, а интервјуе и фокус групе су водили обучени интервјуери.

Пре самог интервјуа, интервјуери су додатно разговарали о студији са испитаницима и укључивали их у квалитативну студију по давању писаног информисаног пристанка, а у складу са општим етичким начелима успостављеним за сва реализована истраживања. Сви испитаници су имали право да одбију учешће или разговор на поједине теме. У потпуности је поштовано начело анонимности и поверљивости разговора и датих информација. Реализовано је 37 дубинских интервјуа и 4 фокус групе. Интервјуи су вођени у просторијама где се спроводила био-бихејвиорална квантитативна студија, у Институту за јавно здравље Србије/Националној канцеларији за HIV/AIDS или на местима која су одговарала испитаницима, а била безбедна за интервјуера. Сви разговори су бележени дигиталним диктафоном, а трајали су око 75 минута. Све фокус групе су одржане у просторијама где се спроводила квантитативна био-бихејвиорална студија. Разговори на фокус групама су снимани дигиталним диктафоном, а трајали су око 130 минута. Разговори у оквиру дубинског интервјуа и фокус група су вођени помоћу посебно развијених тематских водича, са различитим степеном општости тема (од врло личних до општих тема, у зависности да ли је реч о дубинском интервјуу или фокус групи).

Аудио записи разговора са дубинских интервјуа и фокус група су транскрибовани у вербатим формату (од речи до речи), а у складу са етичким начелима, лична имена су замењена ознакама X за женску особу, а Y за мушку. Транскрибовани разговори су даље кодирани на основу претходно развијеног оквира за кодирање. Анализа према кодовима вршена је индуктивним методом, који омогућава већу осетљивост за груписање података у односу на мање познате контекстуалне факторе (факторе окружења) који делују на одржавање/стварање ризичних/протективних облика понашања, перцепција и ставова.

3. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

У квалитативну студију је укључено укупно 62 испитаника. Просечан узраст испитаника је 29,6. Најмлађи испитаник је имао 18 година, а најстарији 50. Са 37 особа укључених у студију је урађен дубински интервју, а са осталих 25 – 4 фокус групе. Фокус групе су урађене са 14 особа из Новог Сада и 11 особа из Београда. Од 4 фокус групе две су рађене са особама које не користе HIV превентивне услуге удружења (по једна у Београду и Новом Саду), а две са особама које ове услуге користе (по једна у Београду и Новом Саду). Међу учесницима фокус група, доминирају они који партнера претежно налазе путем интернета (9/25), затим следе они који за упознавање потенцијалних партнера обично користе личне контакте и познанства (8/25), сусрете у клубовима (7/25), а свега једна особа је навела као доминантан начин доласка до партнера одлазак на крузинг места. Интервјуи су урађени са 26 особа из Београда, 9 из Новог Сада и 2 из Крагујевца. Међу особама које су укључене у дубински интервју, најчешће навођен преовлађујући начин доласка до партнера је путем коришћења интернета (15/37), а затим се као преовлађујући наводе сусрети на крузинг местима (8/37), путем личних познанстава (8/36), путем сусрета у клубовима (5/36), а свега једна особа је навела да преовлађује упознавање путем огласа. Међу испитаницима је било подједнако оних који користе и који не користе услуге које пружају удружења у оквиру HIV превентивних програма. Већина испитаника с којом је реализован дубински интервју је са завршеном средњом школом (23/37), а затим са високом/вишом стручном спремом (11/37) и са незавршеном основном школом (1/37). За две особе није познат образовни статус. У односу на радни статус, доминирају они који зарађују на неки начин (било кроз регуларан посао, било кроз рад на црно) (19/37), а једна особа је пријавила да се бави сексуалним радом. Међу осталим испитаницима са којима је вођен дубински интервју доминирају они који још увек студирају (9/37), затим незапослени (7/37) и на крају један пензионер. Углавном су по етничкој припадности учесници у дубинском интервјуу били Срби (26/37), док се међу осталим наводи мађарска етничка припадност, албанска, мешовита, а један број испитаника није желео да се изјасни. Просечан узраст ступања у први сексуални однос са особом мушког пола учесника у дубинском интервјуу је 18,4, а медијана је 17 година (у распону од 12 до 28 година). Њих 16/37 је пријавило да је имало и сексуално искуство са особом женског пола икад. Просечан узраст при првом сексуалном односу са особом женског пола међу овим испитаницима је био 17,9 са медијаном 17 (у распону од 13 до 24 године). Од укупног броја испитаника учесника у дубинском интервјуу, њих три (3/37) је пријавило HIV позитиван статус, а искуство са ППИ је

пријавило 11/37 испитаника. Међу учесницима у квалитативној студији, њих 42% (26/62) није користило HIV превентивне услуге удружења у Београду, Новом Саду или Крагујевцу.

3.1. УПОТРЕБА КОНДОМА

Без обзира на разлике у односу на начин ступања у контакт са партнерима, као и у односу на место боравка/живљења, перцепција и ставови испитаника везани за ризик и протективно понашање у односу на HIV су подударни. Генерално, сви испитаници располажу базичним знањем да је за пренос HIV инфекције основни ризик незаштићен сексуални контакт. При томе се мисли примарно на незаштићен анални сексуални однос, док је незаштићен орални сексуални однос перципиран као занемарљиво ризичан у односу на могућност преноса HIV инфекције. Ипак, и поред базичног знања, и даље је присутна неконзистентна употреба кондома.

Разлози неконзистентне употребе кондома су различити. Процена безбедности незаштићеног односа зависи од врсте сексуалног односа, као и од врсте партнера.

Орални сексуални однос

Као што је поменуто, орални сексуални однос се перципира као занемарљиво ризичан у односу на трансмисију HIV инфекције и следствено томе кондом се не користи. Разлог је недостатак уживања, негодовање због контакта преко кондома.

Па, прво зато што, ја стварно никад нисам имао заштићен орални секс... Нн... нити би мог'о... Па, зато што, прво, ја ону гуму не би ставио у уста па макар истог момента се заразио. Одвратно ми је, одвратно ми је осећај, мука ми је! Разумеиш? Чак... Ма, и они са укусом, мени то не да није, него није ми то то.

(30, БГ)

У крајњој линији, одлуку о томе да ли ће се кондом користити за орални сексуални однос доноси онај који пружа овај контакт.

То је више зато што ми је та особа предложила приликом оралног секса. Ја сам рек'о што да не, ако партнер хоће. Наравно, нећу сигурно да му кажем; јер, он може да има своје разлоге. Можда не воли баш пенис да ставља у уста, већ воли, ето, преко, преко кондома. Можда, ето, страх и од тих бацила, инфекција и осталог, и чега све не. Апсолутно то поштујем. Тако да је то више било на крају до партнера, него на моје, на моје инсистирање.

(24, БГ)

У неким случајевима се чак наводи да на употреби кондома за орални контакт инсистирају особе које имају одређене психичке сметње (хипохондори, неурозе, психозе итд).

Па, то су особе које су неiskusне у сексу, које су заплашене. Углавном неки момци или мушкарци који су, да тако кажем, ожењени, потпуно не прихватају себе такви какви јесу. Значи, они у њиховим главама нису хомосексуалци или бисексуалци, него су нешто треће, из тог незнања... Боје се болести и зато захтевају... Из неке параноје да се то огромном брзином шири, да се то може тако лако добити, ето, значи. Похвално је то што они користе кондом, али ми се не свиђа разлог због ког користе.

(24, БГ)

Став да нема потребе кондом да се користи при оралном сексуалном односу је не само раширен, већ уједно и говори о нормализацији и потпуном прихватању оваковог понашања.

Анални сексуални однос

Незаштићен анални сексуални однос се схвата као ризичан. Међутим, постоји градација ризика, а у складу са тим и управљање ризиком.

Најприсутнији незаштићен сексуални однос је са сталним партнерима. Наиме, они се не доживљавају као извор ризика, бар у периоду док траје веза. Најчешће се споразумно доноси одлука да се престане са употребом кондома у сталној вези, понекад претходно праћено заједничким тестирањем, мада је чешће договор прећутан. Овакве одлуке се темеље примарно на поверењу које постоји и/или се гради између партнера, односно у већини случајева на прихватању моногамног односа.

Ммм, па, да, био је у том фазону. Као 'ајде да не. Ја сам се тестирао, то је све ОК. Ја сам био у фазону као: „ОК, али, мени не би то баш пријало”, у смислу: „ја не би’ могао да се опустим потпуно, јер, у суштини, ја тебе не познајем”. Тако да, ето, и... п... Знам да смо тих првих пар пута користили кондом, а онда касније нисмо... Не знам. Можда је... је то било ствар (лењости) или не знам чега, у смислу: то је било неко вече; нисмо просто имали кондоме код себе и, овај, и било је у фазону: „ма, нећемо”. Тако да, некако, тако је прошло. Нисам, хм... Као да сам се био везао, јер, хм, требала ми је та нека, као, мушка фигура, рецимо, у мом животу, просто. И нисам имао потребу, просто, нисам га више с... доживљавао као странца, него као неког мог. И зато нисам, просто, нисам наваљив’о „иди купи, иди купи кондоме”.

(21, НС)

Па, људи су емотивна бића, и страстни су, и заносни су, и потпуно могу да разумем да оно ам... кад се виде, да обоје имају кондом и да се апсолутно не знају и да као с’вате да желе да се кресну, а и имају кондом, и помисао да је то партнер за цео живот у тој једној секунди и да неће користити заштиту. Могу то да разумем, што мени не звучи ништа чудно... Чим ти стављаш тај кондом то негде показује на неко неповерење, на неку дистанцираност, на неку врсту заштите, желиш да будеш као сигуран.

(34, БГ)

Поред споразумног неупотребљавања кондома у сталним везама, кондом може да изостане и ситуационо. Наиме, у одређеним ситуацијама и/или са одређеним партнерима дешава се да употреба кондома ненамерно изостане. Овакве ситуације нису правило, већ више изузеци који се мање или више учестало појављују у зависности од индивидуа. У случају сексуалног односа са особама које се дуже познају и/или са којима се повремено има сексуални однос у периоду између две везе или у току једне везе, може да се деси да кондом изостане. Ове особе се перципирају као особе ниског ризика, обзиром да се претходно дуже познају или да у одређеном периоду континуирано имају понављан сексуални однос без улажења у емотивну везу.

Па, добро, такође и анални ми није увек био заштићен. Али, не знам. Стварно не знам, јер ја лично не познајем никог за кога знам да је заражен. Можда и познајем неког ко јесте, а не знам да јесте. Овај, стварно не знам колики је ризик. Увек постоји, али... Па, у принципу, не знам, било је и једног и другог! Али све је то било: људи које од некуд познајем. Никад нисам оно као – упознам неког, имам секс са њим; нит’ га вид’о пре тога, нит’ после... Знали смо се, оно као, онако. Нису људи које сам тада срео и никада више. То су људи који, овај...

(19, БГ)

Е, а моје следеће и последње искуство без кондома је било када сам последњи пут дошао са пута, почетком септембра. То је био мој стари познаник, у кога имам негде поверења. Али, опет кажем, никад се не зна, и то је опет коцка. Имали смо целу ноћ одличан секс без кондома и мењали смо улоге и овај... Недавно сам се тестирао. Чекао сам да прође бар два месеца. И, ето, испоставило се да сам нереактиван на HIV и на хепатитис. Што ми је драго, што значи да је и он тада био здрав.

(37, БГ)

Партнери средњег ризика с којима се може десити сексуални однос без употребе кондома су обично они који се перципирају као недовољно искусни. Наиме, млађи партнери за које се претпоставља да су раније имали или ниједног или мањи број партнера перципирају се као сигурни.

Углавном сам, овај... Никад нисам имао секс без кондома са особом, не знам сад како да објасним, са особама које знам да су били, знам да су ту негде, дуже у причи и тако даље. Обично су то људи који су или бисексуалци или, или који су ми се учинили да имају оно, као, не знам, мало сексуално искуство и да су на почетку... Па, ваљда, немам појма, мислио сам, тј. мислио сам. Па, да: мислио сам да, овај, да је мања вероватноћа да они уопште имају било какву болест, оно, која би била сексуално преносива. А пошто сам се ја редовно тестирао и знао сам да немам ништа, онда сам некако, знао сам да ја не могу да пренесем њима ништа, а опет оно...

(32, БГ)

У неким случајевима као они који више воде рачуна и имају мањи број партнера перципирају се и бисексуалци, јер имају девојку или породицу па се подразумева да имају мање хомосексуалног искуства. Међутим, подједнако је присутно и схватање да су бисексуалци посебно ризични, јер због свог двоструког живота чешће мењају партнере мушког пола и слабије процењују ризик. Такође, поред схватања да су млађи партнери сигурнији, присутна је и резерва да су некада и ти млађи партнери (узроста око 20 година) изузетно промискуитетни и не може им се увек веровати на реч када је у питању њихово претходно искуство. Такође, они који су имали више сексуалног искуства неретко стичу одређену врсту сигурности у своју процену ризичних ситуација или у мањој мери обраћају пажњу на потенцијални ризик.

Што више човек има сексуалних искустава, то мање почне да брине: ето, видиш, нисам никад ништа добио, претерујем, 'ајде сад да пробам мало и ово; и с годинама мислим да људи опуштају што имају више искуства. У већини случајева. Онда постоји и један део популације, јако младих људи, који су баш у том младалачком духу, не занима их ништа; једноставно, воле све без кондома, воле свршавање, просто воле, баш их брига. Има и те варијанте. Али мислим да углавном то има везе са искуством, да се људи више опусте временом.

(33, БГ)

Партнери високог ризика с којима се може десити изостајање употребе кондома су партнери с којима се ступа у сексуални однос обично под дејством психоактивних супстанци или алкохола и то они који се врло мало или ни мало познају.

То је углавном више везано за неке ситуације, него за конкретне особе. Не знам, на пример, дешавало се да изађем у град и да се напијем, или, не знам, пушим марихуану, или, један период сам узимао екстази, и овај, и онда имам незаштићен секс са неком особом зато што једноставно не размишљам, а та особа притом исто не инсистира на томе; не да не инсистира, него не помиње уопште кондом и онда тако...

(32, БГ)

Даље, особе које се препознају као високо ризичне јесу оне које су склоне промискуитету, тј. које су склоне ступању у сексуалне односе са различитим партнерима у кратком временском периоду (а у зависности од самог искуства казивача, број партнера који промискуитетна особа има у нпр. годину дана је од 5 до 50 и више). За ове се особе примарно сматра да су оне које, ако већ нису, бивају инфициране HIV-ом.

Хм. Ти људи су јако... Мислим, сматрам, да су људи јако несрећни из тог разлога што, хм... ет сад причамо о оној категорији... То може да се деси свакоме и некоме ко хоће први пут, први пут да ступи у сексуални однос и неко ко то обавља сваки дан са другим партнером. И сматрам да људи који обављају то са сваким партнером, сваки други дан, ааам, мислим да је то, да су ти људи јако несрећни и јако усамљени и да су они заправо криви зашто су добили тај вирус. Јер, да ли је то потреба да будеш са близак неким, у смислу, ни да кондом не, не дели... Да ли је то због тога, зато што они не добијају довољно те блискости, коју се ја упорно трудим да створим са неким партнером да бих имао лепше сексуално искуство, не да то буде само физички контакт. Тако да мислим, мислим да они јесу криви...

(21, НС)

У одлуку да ли ће се ступити у незаштићен анални сексуални однос, поред процене да ли је особа промискуитетна или не, у процену су укључени и изглед партнера, као и разговор са њим.

Овако, прво оно што је најбитније то је поглед тог партнера, какав је; наравно, каква му је хигијена и све; ко је; шта је; одакле долази. Онај који би мене привукао мора да буде и леп, интелигентан, чист, нормално и да фино изгледа. И онда одлуку, кад доносим одлуку, доносим из свега тога. Углавном, не знам.. Битан је разговор... Ако се упознам са типом, тај дечко већ после две-три речи 'оће да ме пољуби, 'оће да ме помази, онда схватим да је он по мени ризичан. Постоји момак са ким се виђам дуго, дуго, дуго, дуго и само се заснива на разговору, на причи, и он ми даје неко поверење да није склон, да нема толико партнера и онда схватим да могу да ступим у сексуални однос без заштите и сто посто... Више сам иш'о на то неко веровање да је он добар, поштен, али сам наравно схватио да можда и јесте тада постојао неко тамо трећи, њега зарази за цео живот, а онда ће мене несвесно. И тако се искрено, и десило, тако сам се ја заразио.

(27, КГ)

Оно што се перципира као посебан ризик и као особе изузетно високог ризика јесу особе које су HIV позитивне, које знају свој HIV статус, крију га и намерно шире HIV. Наравно, ове особе углавном нико не познаје, али њих се, у ствари, треба плашити. Генерално, мит о злој HIV позитивној особи је присутан подједнако и међу корисницима превентивних услуга и међу некорисницима, али разлика је присутна у схватању начина како да се избегне овако ризична особа: корисници више нагињу употреби кондома, а некорисници јавном обзнањивању ко је HIV позитиван.

Кондом не служи само за заштиту од HIV-а и полно преносивих инфекција (у даљем тексту: ППИ), већ се понекад перципира и као посебно хигијенско средство приликом аналног сексуалног односа. Ипак, колико год да се води рачуна о томе да се кондом увек користи, једноставно се дешава да његова употреба изостане при аналном сексуалном односу.

Ма, немарност, једноставно ето. Мислим, оно. Увек постоји, оно, као, ма, као, неће то мене да стрефи и... итд.

(27, БГ)

То је некако почело, откуд знам, у налету страсти то се десило и онда, у том тренутку, просто другачије човек размишља, него кад овако седне и прича о томе. Кад седнемо и причамо рационално, онда бисмо сви урадили онако како треба. Кад нешто радимо у животу, никад не радимо онако како треба, него у тренутку онако како нас тренутак понесе, и то увек буде нешто најпогрешније, што може да буде. Све је лепо кад се исприча у теорији, али у пракси је то другачије, оно.

(33, БГ)

Употреба кондома при аналном сексуалном односу свакако, према схватању испитаника, умањује осећај задовољства. Међутим, више или мање свесна одлука о употреби кондома при конкретном сексуалном односу примарно је базирана на поверењу у партнера с којим се ступа у сексуални однос и на, с тим у вези, процени сигурности незаштићеног сексуалног односа. У складу са општим схватањем о постојању недоследности у употреби кондома и рационализацијом те недоследности, присутно је и схватање да и сами активисти удружења која раде на промоцији употребе кондома не користе увек кондом у својим приватним односима.

3.2. ПРЕВЕНТИВНЕ УСЛУГЕ

Постојећи превентивни програми настоје да утичу на доследност у протективном понашању међу MSM популацијом и у том циљу се спроводе различите активности на терену и у *drop-in* центрима.¹ На

¹ Drop-in центар / Check-in Point је простор у ком теренски радници пружају специфичне превентивне услуге, а у који припадници MSM популације могу да „сврате” у радно/договорено време и добију неку од услуга.

спровођењу програма превенције раде обучени теренски радници четири удружења примарно на територији Београда, Новог Сада, Крагујевца, Ниша и Шапца, али и на територијама других мањих градова, у зависности од могућности удружења. Сви досегнути клијенти ових удружења примају минимални пакет услуга који је стандардизован на националном нивоу. Овај пакет услуга подразумева активности везане за пријем, процену и индивидуални рад са клијентом у зависности од процењених потреба. Конкретно, у оквиру минималног пакета услуге, клијент се информира о активностима удружења и услугама које оно пружа и даје му се информационо-едукативно-комуникацијски материјал (у даљем тексту ИЕК материјал), кондоми и лубрикатни. Поред тога, са клијентом се даље разговара у циљу процене постојања ризика од HIV инфекције и процене његовог знања о HIV инфекцији, AIDS-у и искуствено са добровољним и поверљивим саветовањем и тестирањем. На основу овог иницијалног разговора, клијенту се даље пружа саветовање везано за смањење ризика од HIV инфекције, дају му се потпуније информације о ППИ и HIV инфекцији, као и о могућностима да обави саветовање и тестирање на HIV. Ова удружења, у сарадњи са саветовалиштима за HIV и ППИ у оквиру института/завода за јавно здравље спорадично организују и саветовање и тестирање на HIV на терену или у *drop-in* центрима. Поред ових услуга, додатно удружења пружају разне друге услуге, као што су саветовање без тестирања на HIV и ППИ, парњачко саветовање и едукација, психосоцијална подршка, консултације путем телефонске SOS линије или онлајн (путем интернета), повремене медицинске консултације, упућивање на друге установе/удружења (ДПСТ, дерматовенеролог и сл).

Саветовање и тестирање

Од свих превентивних услуга најпрепознатија је услуга добровољног и поверљивог саветовања и тестирања. Готово сви испитаници су се у неком моменту бар једном саветовали и тестирали или у саветовалиштима за HIV и ППИ (при институтима/заводима за јавно здравље и Заводу за здравствену заштиту студената у Београду) или у удружењима која су ову услугу пружала или у *drop-in* центрима или у теренским условима у мобилним јединицама. Они који су имали искуство саветовања и тестирања и у установи и у удружењу углавном су задовољнији услугом добијеном у удружењу. Главни разлог томе је што су резултати пре готови, јер удружења користе брзе скрининг тестове на HIV.

Па, океј ми је било мислим. Било ми је, није ми одузимало пуно времена. И оно што ми се свиђа више него кад се тестирам у заводу, овај, резултати буду пре готови.

(36, НС)

Предност удружења јесте и флексибилније радно време, као и место тестирања (могућност саветовања и тестирања брзим тестовима у поподневним часовима, понекада и на терену у мобилној јединици). Оно што их одбија генерално од услуге саветовања и тестирања је могућност да буду виђени. Ово је посебно битно за оне који нису обзнали своју сексуалну оријентацију великом броју људи. Где је већа могућност да буду идентификовани као припадници МСМ популације и степен ризичности идентификовања просуђује се индивидуално. Тако нпр. једни сматрају да саветовање и тестирање у установи носи већи ризик да буду виђени и идентификовани као МСМ.

(3) Док још нисам био аутован својој породици, морао сам некако да замаскирам одлазак на поликлинику или било где, тако да, било је доста проблема са приватношћу и поверљивошћу. Јеси се бојао да ћеш бити виђен или да ће се сазнати? (3) Виђен, да ће се сазнати, буквално сам дош'о у стање да ће звати, наћи контакт телефон и звати. (6) Ја тај проблем немам. Ја сам то што јесам. Кад сам решио да кажем родитељима, онда може да зна и ујак и ујна и стрина и цела родбина. Пошто се моја мајка сложила и мој отац, што да бринем да ли ће неко тамо са стране да каже да сам педер. Ја уопште немам проблем око тога.

(Фокус група, Београд: некорисници услуга удружења)

Па, немам, немам страх да ће да ме види неко ко је већ у том свету. Имам страх да ће да ме види неко ко је стрејт, а за кога ја не би' желео да зна. А на тестирање су долазили геј људи. Тако да је мала

вероватноћа била да ћу овде (СБ: у удружењу) срести некога ко, ко је стрејт, а за кога не бих желео да сазна. (36, НС)

С друге стране, један део МСМ испитаника наводи да је подједнако ризично отићи на саветовање и тестирање у удружење, јер тамо постоји могућност да буду виђени од стране других припадника МСМ популације. Ово представља ризик, с једне стране, да буду идентификовани као припадници МСМ популације (ситуационо аутовање), а с друге, постоји ризик да други припадници МСМ популације посумњају да је особа HIV позитивна или да себе свесно доводи у ризик од HIV инфекције.

... И драго ми је што, овај, како се зове, пред клуб, кад видим људе да деле кондоме, и лубриканте, и све, и плус се тестирају и драго ми је због тога. Јер, опет, неко, неко ставља до знања да треба користити то; треба се тестирати. Само што је, ето, од пар њих сам чуо да је мало дегутантно тестирати се пред клубом, истог тренутка, знаш, јер опет, то ти је оно што сам ти рек'о, кад неко види да неко улази у комби, или где већ, знаш, одма' ће кренути да, да лају, разумеш? Сад, неће се знати, неће пренети, тј. они неће пренети, али опет ће се шушкати. „Јао тестир'о се, да ли је HIV, да ли није HIV”, бла, бла, бла, знаш, тако да оно.

(30, БГ)

(7) Некима је, ако дођу у неку организацију, где, на пример, као долазе геј особе, онда ће њу видети остале друге геј особе и... (6) Онда ће бити угрожена. **Што ће бити угрожена?** (4) Други ће сазнати да је он исто, мислим. Ево, на пример, мој случај. Ушао сам овде и вид'о сам колегу са посла. Једноставно, ОК. Није сад. Док би други вероватно већ добио инфаркт... (5) Зато кажем, једноставно постоје људи који се плаше да дођу у овакву организацију која је само за геј особе и постоји тај страх од, у ове регуларне институције, једноставно... (4) А не постоји страх одласка у клуб?! (6) Е, али, знаш шта? То је сад нека прича – више стрејт особа имаш у геј клубовима, него... На пример, у Плежеру у Београду, имаш више стрејт него геј. А то је ин. Е, сада, ако он оде са другарима, са стрејт другарима, онда неће посумњати...

(Фокус група, Нови Сад: некорисници услуга удружења)

Поверљивост и приватност у коришћењу услуга заузима свакако важно место. Посебно се истиче да је у мањим местима присутна већа могућност да у установама ради неко ко је породични пријатељ, што може бити ризично уколико породици није позната сексуална оријентација. Међутим у промишљању ризика, обично се бира оно што се у датом моменту сматра мање ризично у погледу могуће категоризације од стране других.

Према исказима испитаника, постоје и особе које, без обзира где се услуга пружа, не желе да се саветују и тестирају. Једно од заступљенијих објашњења је да то не желе јер се боје да сазнају свој стаус, лакше им је да не мисле о томе или, просто, јер верују да нису били изложени посебном ризику од инфицирања HIV-ом.

А, ето, рецимо, што се HIV-а тиче, тестирају се на неком другом месту, или неће уопште да се тестирају... Зато што мисле, као: неће, неће мене HIV да закачи, то је; ја знам, партнер ми је веран, нема шансе. Па, ето, и страх. Страх од резултата.

(24, БГ)

Дистрибуција бесплатних кондома

Поред саветовања и тестирања, препознато је као посебна превентивна мера и дистрибуција кондома од стране активиста удружења. Куповина кондома углавном никоме не представља посебан проблем, мада може да буде помало неугодно.

А јако је, мораш признати да је јако, прво је скуп, куповати га у апо(теци), у Максију, да имаш само Дурекс. Тога имаш у аптеци, овај Ромедов. Не у аптеци, него у киоску. Ал' многи то не знају, многи то не

знају. Плате три кондома 240 динара. Не знају за организације које деле цабе, али. Прво, то. Друго што на јако незгодна места ставе. У Максију стоји између Киндер јаја и Орбит жвака! Мислим, мало је незгодно. (32, БГ)

Ипак, већина истиче цену као једну од битних ставки везану за куповину кондома. Постојање могућности да се бесплатно добије кондом је радо прихваћена од стране испитаника.

(5) *Требало би чешиће (СБ: акције делења коднома), поготово по клубовима. Нек' буду само кондоми! Дођу, на сто и оставе, разумеш, а да су им доступни, да су нам доступни.*

(Фокус група, Београд: некорисници услуга удружења)

(2) *Теренски радници су јако битни, поготово за клубове где, је л' те, има и секса, и не знам, dark room и глупости. Ту је јако битно, што дође и, ако нешто друго, оставе гомилу по столовима. Јер, неко ће онда, ако доле нешто крене, нема у џепу, мислим: може да узме са стола који је 5 метара даље. Тако да то је јако битно.*

(Фокус група, Нови Сад: корисници услуга удружења)

Друге превентивне услуге

Што се других услуга удружења тиче (нпр. психосоцијална подршка, парњачко саветовање и едукација, телефонско/*on-line* саветовање итд), оне се не користе у толикој мери као услуга саветовања и тестирања, нити се препознају као корисне на начин и у мери како се посматра дистрибуција кондома. Оне су испитаницима или непознате или их не сматрају битним за њих лично.

Мислим да пре свега постоји неинформисаност. Ја, рецимо, о „Спају” не знам ништа. Сазнао сам... Ја сам дошао у „Спај” само због тестирања сад, и то сам сазнао тако што ми је рекао неки друг. Али нема, не постоји канал где сам ја то могао да... Мислим, постоји, али ја не знам где сам ја могао добити ту информацију?

(39, БГ)

Не видиш себе као корисника неке услуге? *Не. Мислим просто немам, како бих рек'о, немам сад некакав становит проблем ам... због ког би се укључивао у такве удруге или тражио неку врсту помоћи а опет... Заправо једино... Ево, 'ајде сад, исправићу се: једини, једино што бих могао да добијем од тих некаквих невладиних организација ам... је некаква помоћ, додатна помоћ, да тако кажем, у едукацији. У смислу, оно некакве литературе или бла- бла- бла... **У вези са HIV-ом?** Што се тиче HIV-а – не, не, не. Мислим, уколико би ми се баш, уколико би ми била потребна таква информација, никада се не би либио да се обратим некој од организација. То је најприродније и најразумније; уколико бих им'о некакву недоумицу или шта већ, наравно, то се подразумева.*

(30, БГ)

Па, у принципу, немам неких проблема са којима би они мени требали да помогну. Ја више имам неких других проблема, у смислу везе са којом нисам баш најзадовољнији, па не знам да ли се они баве тако неким стварима, да... Мислим да су они више за неке другачије проблеме са којим се људи сусрећу и проблеме које имају унутар себе. Мислим да проблеме које имам не спадају у њихов домен.

(24, БГ)

Такође, као један од битних разлога некорисности постојећих услуга, посебно удружења која пружају превентивне услуге МСМ популацији, јесте неидентификовање себе као припадника стигматизоване, МСМ, популације.

Шта мислиш зашто нису сви заинтересовани да се укључе у програме, које нуде невладине? Сви, сви? Па, геј популација? *Па, зато што. Мислим, наравно, прво та, то као хомофобија и све остало. То је*

први, ја мислим, разлог, због тога што ти прво треба да признаш да си део одређене популације да би могао да се бавиш другим проблемима, мало да се заинтересујеш. На првенствено то. А можда управо у том проблему треба и организације да пронађу начин да активирају и информирају заправо те и тај део популације, пошто је он највећи у Србији.

(33, БГ)

Место пружања услуге и пружаоци услуга

Оно што даље може да делује одбојно у погледу коришћења услуга јесте сама локација и простор где се пружају услуге посебно у случају удружења, као и перцепција активиста који раде у удружењима, односно саветника који раде у саветовалиштима за HIV и ППИ. Перцепција пружалаца услуга је различита и присутна су у потпуности опозитна мишљења. Наиме, оно што је за неке позитивно перципирано, као нпр. „породична”, топла атмосфера у удружењу, за друге је управо то негативно оцењено. Ипак, оно што је заједничко јесте да не желе да пружаоци услуга како у удружењима, тако и у установама, буду нељубазни и нервозни, већ да буду примарно професионални и да поштују клијента. Управо је професионалност при пружању услуга бивала најбоље конотирана.

(4) (У Студентској поликлиници) ... прво се обави то саветовалиште и тај разговор, где је мој друг био и рек’о: „Нисам им’о ризичан секс. Дошао сам да се проверим”. Каже: „Па, што си дошао? Трошиш ресурсе”. Значи има и тих момената. Не сад, на пример, да је имао незаштићени однос, неко би рекао – не; ја сам сигуран... Али, ако сам дошао да проверим, ето... А он се не осећа пријатно да каже да је нешто погрешио. Е, сад, да ли је она добила од неког вишег тог директиву „немој да трошиш, покушај да уштедиш неки тест”. (1) То је неетично понашање здравствених радника! (3) Па, ја сам се тестирао, значи, мобилне јединице на Ади и то ми је било добро искуство. И тестирао сам се у Студентској поликлиници, јер ја нисам им’о... Вероватно то зависи на кога налетите. Ја сам... Једном ми је била нека намргођена, ал’ већином... Ја сам се тестирао два, три пута на Студентској поликлиници, била једна јако фина и јако љубазна. Ал’ то вероватно зависи на кога налетите.

(Фокус група, Београд; корисници услуга удружења)

Аам, на више професионални су људи из „Спаја”. ‘Начи, буквално су, ‘начи, више професионално то одрадили. Док је, рецимо, овамо у... у том институту, у 29. новембру, ‘начи, то је више била, ‘начи, нека формалност, чиста. ‘Начи. Неки кратки интервјуић... Ништа... Даш крв. Сад сачекај. Сад ћемо ја и ти да попричамо: „Је л’ знаш како се преноси сида?”. Тралалалалала. ‘Начи, оно, да кажем... Наброји ти све то. „Аха, добро. Је л’ знаш? Знаш. Добро. Хвала лепо. Изволи узми кондом, узми ово, узми оно. Видимо се. Довиђења”. Значи, то је више нека форма, ‘начи, више формалност нека, ‘начи.

(41, БГ)

Професионалан однос, односно однос са поштовањем према клијенту се очекује и од других који су укључени у процедуру саветовања и тестирања, као што су лаборанти.

(2) Значи имаш особу која ти објављује резултате и лаборанта и то су особе које морају имати увид. И мислим да треба их померити, да не раде више, или, мислим, прво те људе, који раде такве ствари, треба мало сензибилисати. Мислим, уградити им ту свест о етици и о томе колико је, и мислим, колико су те информације које, којима баратају, у ствари битне, за неког другог. Можда за њих нису, али... Осетљиве.

(Фокус група, Нови Сад; корисници услуга удружења)

(3) Ја сам одлазио у Студентску поликлинику редовно. Ово ми је други пут да сам овде. Први пут је било пре месец дана. Нисам ни знао за ово. Знао сам само за оно и то ми је рекао партнер: да се тестирам. Тако да сам само за њих знао и нисам имао никакве лоше ствари тамо. Мада, кад сам вадио крв код сестре, или шта је већ, била је заиста чудна, намргођена: „дођи ‘вамо, седи, стави руку”. Видела упут и оно, као,

вероватно је рекла „педер”. **Рекла?** (3) Па не, али вероватно је помислила то. А можда је била и нервозна. Можда јој је било тешко...

(Фокус група, Београд: некорисници услуга удружења)

Перципирана стигматизација ширег друштвеног окружења особа другачије сексуалне оријентације доводи до повећане осетљивости на сва понашања која се даље тумаче као „непријатељска” или бар воде ка томе да се особа осећа нелагодно у неком моменту током процедуре саветовања и тестирања.

Ефекти постојећих програма превенције

Ефекти постојећих програма, примарно саветовања и тестирања, а затим и кампањских акција, претежно се процењују као краткорочни. Наиме, онај који је био на неки начин укључен у програм и добио неку услугу, посебно саветовања и тестирања, неко време се труди да редукује ризик, али после извесног времена се враћа старим навикама. Оно што неки од испитаника примећују јесте да су све акције које се предузимају мање-више краткорочне, односно да рад са особама није континуиран и не траје у времену. Тако, иако се кампањске акције и посебно акције саветовања и тестирања оцењују као позитивне, замера се што се те акције, како перципирају испитаници, дешавају само за Први децембар, односно повремено у виду теренског саветовања и тестирања у мобилним јединицама. Према мишљењу неких, овакве акције не доводе до промене понашања оних који су склони ризичном понашању.

Сама информисаност није довољна. Ради се о изградњи свести, а свест се гради, претпостављам, почевши од информисаности, па онда можеш да радиш на томе. Можда кроз психолошку помоћ, можда кроз, откуд знам, групни рад, игре, анимирања људи, промовисања неких вредности.

(39, БГ)

Да ли ће доћи до промене у понашању, према испитаницима, зависи највише од особа, тј. колико су оне спремне да поведу рачуна о свом здрављу и колико имају воље да промене своје понашање.

(5) *Ја мислим, генерално, да је то ствар до вас. Значи, колико ко цени и поштује себе. Ја стварно мислим да је то, то поента свега. Значи ако цениш себе, ако волиш себе, нећеш дозволити себи да се упропастиш.*

(Фокус група, Београд: корисници услуга удружења)

То се опет враћаш на оно питање, шта бих ја променио? Не могу, ето, опет кажем, не знам шта бих ја ту променио. Не могу ја никога да променим, што кажем. Ако неко хоће да се штити, штитиће се. Тим делењем бесплатних кондома или не знам ни ја шта, не можеш ништа променити. Мислим, неког је можда срамота, као: даћемо му кондоме; испаиће да нема пара за кондоме, дошао је за кондоме. Мислим, не знам уопште, што... Опет кажем: неко ко жели да се штити, штитиће се...

(22, НС)

HIV и МСМ популација – предлози мера

Међу испитаницима је присутно мишљење да се проблем HIV инфекције превише и неоправдано везује за хомосексуално оријентисане особе. Један део испитаника сматра да је хомосексуално и бисексуално оријентисана популација у истом ризику од инфицирања HIV-ом као и хетеросексуална популација, односно не перципирају МСМ популацију као ону која је више изложена ризику од HIV-а у односу на хетеросексуалце.

(7) *То што си ти рекао везано за тестирање: ако би неко отишао, сви ће да провале да је у фазону. То, ви сте можда и дошли, пошто сам ја био одсутан, рекли сте да је то... Кажете да је међу геј популацијом као повећан број ризика. Ја, на пример, супротно мислим: да је баш у геј популацији у задње време пао!*

Зато што смо ми константно били ти који су бомбардовани, поред тога што смо били окривљени да смо геј болесни, самим тим што смо овакви какви јесмо. Е, то: само геј популација може да добије HIV и нико други. И због тога мислим да стрејт мушкарци, такви какви јесу, или стрејт особе, мушко – женско, шта год било, контају и тако размишљају, значи: HIV је болест хомосексуалаца. Значи, ја немам. То је још у старо време било, кад се зарази човек, одма' су га декларисали да је геј. Прво је сумњив зато што прича да је геј, а не зато што има HIV. Мислим да је чешиће да имају однос, незаштићени, мушко – женски пар, него мушко – мушки.

(Фокус група, Нови Сад: некорисници услуга удружења)

(3) Светски дан борбе против HIV-а. Сама реч HIV се везује за геј популацију. Никад ми неће бити јасно што је то тако. Кад кажеш, одмах помислиш где живиш, какав је менталитет људи, предубеђења... Све што се везује за болесно, све што је болесно и што је нездраво то се везује за нас. Тако да увек... Размишљам зашто сиду везују за нас?

(Фокус група, Београд: некорисници услуга удружења)

Овакав став је нешто присутнији међу онима који нису користили услуге удружења. Мада, и међу онима који користе услуге удружења присутна је перцепција да су у некој мери подаци о преваленци HIV инфекције међу MSM популацијом искривљени и да прикривају чињеницу да су и хетеросексуалци у једнаком ризику као и MSM популација.

(4) Кад се стрејтери тестирају? Готово никад. Никад. Можда је зато и статистика већа, можда код геј популације.

(Фокус група, Нови Сад: некорисници услуга удружења)

У складу са перцепцијом о стигматизованом положају MSM популације у широј заједници и схватањем о повезаности HIV инфекције са MSM популацијом, испитаници су давали своје виђење превентивних мера које треба предузети. Испитаници углавном сматрају да превентивни напори не треба да буду усмерени само и искључиво на MSM популацију, већ на општу популацију. Мере треба да буду такве да буду довољно опште у смислу таргетирања и опште популације, посебно у домену развоја ставова толерантних у односу на различитост, али да буду и довољно мудре да посебно обрате пажњу MSM популације и побуде је на одговорније сексуално и здравствено понашање.

Један од разлога зашто мис... зашто би можда то функционисало, уколико би се мало више уопштило, је зато што, као, педери можда не воле да буду тако стално некакво жртвено јагње. Управо због тих стереотипа. То је бар перцепција оно HIV-а и AIDS-а у Србији, ја верујем, дакле да је то некаква болест за педере. Мислим, пошто су овде углавном и даље на снази ти ретроградни процеси и... и стално се манипулише некаквим, оно, општим местима, која су, оно, мислим, у неким другим деловима света превазиђено је пре, оно, два'ест, три'ес, педесет, ако не и сто година. Па, према томе, мислим да је, мислим да је то, да би то можда некако успело целу ту причу.

(30, БГ)

Све мере треба да одговоре на неколико узајамно повезаних циљева: смањење стигматизације MSM особа и изградња толерантнијег друштва, повећање броја особа које се редовно саветују и тестирају, повећање броја особа које конзистентно користе кондом.

Едукација

Испитаници не сматрају да је могуће кроз краткорочне активности утицати на промену понашања и сматрају да је изузетно тешко променити нечије понашање. Ипак, као посебно погодан моменат за деловање, у циљу моделовања здравствено и сексуално одговорног понашања и развој ставова усмерених ка поштовању различитости, идентификују период адолесценције. У том смислу сматрају да је најбоље

таргетирати младе у завршним разредима основне школе и у средњим школама, а понеки сматрају и на факултетима.

(4) Али, свакако треба да буде обавезно. Значи да нема оно: у међу-смени па, пола сата па, он неће да присуствује; хоће кући или неће да дође раније или нешто тако. Значи то... Школе, обавезни часови и то је то. Једном месечно – једном.

(Фокус група, Београд: корисници услуга удружења)

Сматрају да једино континуирани едукативни напори могу довести до промене свести младих, односно друштва, гледано дугорочно, у смислу стварања толерантног друштва и одговорне заједнице.

(1) Јер то је то, мислим, у тим мислим што ми кажемо „про” земљама, не знам: Холандија, Немачка, и тако, Велика Британија. Тамо су исто тукли хомосексуалце пре можда 30 година, али мислим да је постојало нешто што се зове институција, која је систематски едуковала генерације и генерације. Значи, то није само годину дана, него то је вероватно трајало 15–20 година, лупам безвезе бројке. Али, овај, постоји систем који систематски целу једну генерацију учи – људи моји, па може и овако! (2) Едукација, едукација, едукација. (1) Медији, реклама, средња школа...

(Фокус група, Нови Сад: корисници услуга удружења)

Спорадичне едукације, сматрају, не доносе никакве посебне ефекте. Они међу испитаницима који су имали искуство било као учесници на едукацијама или као едукатори истичу да после ових едукација није дошло до посебне промене понашања или ставова младих, као и да су ефекти били само тренутни.

Кампање

Што се тиче особа старијег узраста, испитаници углавном сматрају да су то „формиране личности”, односно особе са изграђеним ставовима, вредностима и нормама, тј. са одређеним стилем понашања на које у суштини готово и не може да се делује. Они се евентуално могу досегнути одређеним порукама кроз кампање. Опет, и кампање не би требало да трају само један дан, већ да активности кампањског типа буду континуиране и свакодневно присутне. Испитаници у Београду су истакли као позитиван пример кампању „Ако рескираш, треба да се тестираш”, јер су их плакати које су могли видети у градском превозу подстицали да размишљају о потреби да оду и провере свој HIV статус, али нису наводили да их је ово посебно подстакло да редовније користе кондом.

(4) Кад видим, то боде очи и онда размишљам кад сам се ја последњи пут тестирао; да ли треба да се тестирам. Мене барем подсећа на то. Е, сад, да ли неког који никад се није тестирао, да ли и на њега то некако утиче, ја верујем да да. И онда су више у страху. Е, сад, да л' ће њега то навести и да оде на тестирање – тешко. Али ствара неку тензију и психу у глави. (3) Па, нешто дугорочије не делују, зато што их нема много. Јер, мислим сад некога, сад, може да нервира што је то: а шта је ово сад; стално то каче и шта ја знам. Али то је просто реалност живота на коју се треба привикавати.

(Фокус група, Београд: корисници услуга удружења)

Поруке о којима су испитаници спорадично говорили базирају се на повезивању бриге о себи и/или љубави према себи, а тиме и љубави и уважавању од стране других тебе, са избором протективног/здравог понашања.

(1) Мислим, зна се, оно. Живимо у земљи у каквој живимо и мало је брутално рећи: људи су овце и људима треба онако неко звонце које ће жестоко да зазвони. Значи, нешто да бљешти, ишљашти. Направити екстра – вау, рекламу. 'Ајде, варијанту кока-коле, и (...) и као што кажу: ако не волиш себе, како очекујеш да те неко воли? Значи, ако не бринеш о себи, како ће неко други бринути о теби? (Али) неће бити ништа без самог учешћа тих особа, које се не баве (собом)... Не мора да значи да ће бити загарантован успех, ако вам

се буде давала едукација, рекламе, промоције, или шта већ. (7) Све заједно, да се изгради свест. Ја чак мислим да је то главно, без тога ништа... (1) Лепо, овако, кажеш другару: „Ево имаш две руке, изабери. У овој је кондом, у овој су ти таблете. Значи, то су ти један од два избора, треће нема. (2) Ако не искористиш сада кондом до краја живота ћеш таблете”.

(Фокус група, Нови Сад: корисници услуга удружења)

Испитаници су истицали и одређене канале комуникације. Наиме, најефектнијим се сматрају они који би користили јавне личности и јавне ТВ емисије, посебно оне за које се сматра да обликују мишљење ширег друштва (популарне фолк певачице и популарне ТВ емисије). То су особе које су већ познате по подржавајућим ставовима у односу на ЛГБТ популацију, али и оне чији ставови нису подржавајући, па би јавна промена става могла да допринесе широј друштвеној афирмацији дестигматизујућих, толерантних ставова и понашања.

Комуникационе мреже: интернет, телефон

Испитаници сматрају да је потребно у већој мери користити све развијеније комуникационе (интернет и телефонске) мреже. Када је реч о интернету, већина испитаника наводи да је то једно од првих места где они траже информације и одговоре на разна питања, па и за HIV инфекцију, између осталог. Међутим, један део испитаника ставља замерке да информације до којих долазе преко интернет претраживача нису довољно јасне, једноставне, кратке и одређене.

ОК ово питање. Звучаће онако мало сурово. Пуно је брошура, коментара, форума разних на интернету, и прва ствар, ево значи мој искрен савет: знам да сви (...), прво што укуцамо на интернету да, кад тад седнемо на комп, кад желимо да укуцамо где, шта како... На интернету се информише. Постоје огромни текстови који заиста пишу чак и доктори, пишу сви. Али на прву лопту, кад неко укуца, прво добије километарски одговор, добија огромне коментаре, текстове који су толико обимни, да буквално ништа, ништа не добијаш из тога читања и онда свака особа, оно што прво уради, то је: десна рука, икс. Изађе из странице. Не чита и игнорише своје право стање.

(27, КГ)

Па, не оно. Човек кад оде на интернет и хоће да се информише, нигде не може да нађе конкретно, ам, одговор на питање. Е, сад: то се преноси само тако и никако другачије; него ту увек има иде некако нашироко прича и мм... Никако да дођеш до онога одговора који тебе конкретно занима, сад, да ти неко каже – е добићеш га тако и тако и то је то и то, него постоји оних хиљаду неких других начина који могу да буду, а не морају. И то је, оно.

(36, НС)

Што се тиче осталих препорука, један део испитаника сматра да би било zgodно да постоји „SOS телефонска линија”, која би била доступна и у касним вечерњим сатима, а где би сви заинтересовани могли да се информишу и добију одговоре на питања везана за HIV и ППИ.

Без обзира на предлог мера, оно што мора бити присутно јесте – континуитет и доследност у настојању да се остваре циљеви предложених мера: смањење стигме, тј. везивање HIV инфекције за MSM популацију, повећање заступљености оних који се редовно саветују и тестирају на HIV и повећање заступљености оних који ће конзистентно користити кондом при аналним сексуалним односима.

4. ЗАКЉУЧАК

Употреба кондома при сексуалним односима није конзистентна. Мада за себе углавном тврде да увек користе кондом, јављају се и изузеци од овог правила, било у ранијим догађајима, било у односу на тренутну процену ризика од незаштићеног сексуалног односа. Испитаницима је познато да је незаштићен сексуални однос главни ризик за трансмисију HIV-а и других ППИ. Међутим, у односу на ситуацију (тип

партнера и врсту сексуалног односа) овај ризик бива перципиран од – изразито низак или га нема до изразито висок. Незаштићен орални сексуални контакт је на дну лествице ризика, тј. сматра се да је изузетно низак и да га има више само теоријски него реално. Незаштићен анални сексуални однос се перципира као ризичан али степен ризика варира од типа партнера, тј. од личне перцепције колико добро се познаје особа с којом се ступа у сексуални однос. Тако незаштићен сексуални однос са сталним партнером носи мали ризик, док сексуални однос са непознатом особом или особом која се мало познаје носи висок ризик, а изузетно висок са особом која је инфицирана HIV-ом.

Као програм превенције HIV инфекције и ППИ препознати су примарно (саветовање и) тестирање на HIV и дистрибуција кондома. Ове су услуге уједно и оно што испитаници најчешће истичу као најпотребније. Саветовање и тестирање на HIV бива категорисано као одговорно и зрело понашање индивидуе. Истовремено, одлазак на саветовање и тестирање се, више него конзистентна употреба кондома, перципира као одговорно здравствено понашање и брига о свом здрављу. Саветовање и тестирање на HIV се не види у великој мери као оно што ће довести, у крајњој инстанци, до промене понашања у смислу конзистентне употребе кондома, али се сматра да може да делује на привремену промену понашања. Овакво виђење је у складу са преовлађујућим схватањима ризика у односу на HIV инфекцију, те резултати саветовања и тестирања на HIV инфекцију могу, у неким случајевима, да буду схваћени као потврда да особа добро управља ризиком од HIV инфекције (односно добро врши процену ризика у конкретним ситуацијама и доноси одговарајуће одлуке у односу на неопходност употребе кондома).

Што се тиче осталих превентивних активности, оне су онима који не користе услуге удружења генерално непознате и не виде потребу за осталим услугама изузев саветовања и тестирања на HIV и могућности да се добију бесплатни кондоми и лубриканти. Они што користе услуге удружења осталим превентивним активностима не придају толики значај, а један део их чак ни не препознаје. Ово су услуге које, по њима, ипак треба да постоје, јер сигурно има оних „других” којима су корисне (нпр. психолошка подршка). Када је реч о информисању о HIV инфекцији, ППИ и другим питањима у области здравља, испитаници сматрају да су све информације лако доступне посредством интернета, мада такође исказују потребу за постојањем квалитетнијих информација доступних путем истог медија.

Испитаници посебно истичу значај приватности, поверљивости и професионалности када је реч о услугама и раду како удружења, тако и установа. Наиме, коришћење услуга води у ризик да буду идентификовани као припадници МСМ популације од стране оних за које не желе да знају за њихову сексуалну оријентацију. Додатно, присутно је и схватање, посебно међу онима који нису активније укључени у програме превенције, да је HIV инфекција неоправдано везана за МСМ популацију, што додатно води ка друштвеној стигматизацији МСМ особа. Наиме, према схватању испитаника, HIV у једнакој мери погађа и припаднике хетеросексуалне оријентације, те у том смислу МСМ популација се неоправдано истиче када је реч о HIV инфекцији. Ово се посебно рефлектује на припаднике оне популације која се отворено не идентификује као хомосексуална и/или бисексуална. Ово додатно утиче на њихово слабије коришћење превентивних услуга, односно на њихово избегавање да пријаве ризик уколико користе услугу саветовања и тестирања на HIV, што посредно може негативно да утиче на квалитет саветовалишног рада. Последично, и удружења их слабије досежу и више раде са онима који су у већој мери спремни да се идентификују као ЛГБТ особе, те су и услуге ових удружења ближе и прилагођеније управо овим корисницима. У том смислу потребно је креирати специфичније програме управо за оне који нису спремни да се идентификују на овај начин, а који неће бити перципирани као нешто што додатно стигматизује МСМ популацију, потенцијално је повезујући са HIV инфекцијом. Како сами припадници МСМ популације истичу, програми превенције треба да буду довољно уопштени, како би њима биле досегнуте и прикривене ЛГБТ особе, али и општа популација, са циљем стварања друштвене средине остворене за различитост и повећања свести о потреби за бригом о сопственом (сексуалном) здрављу.

5. ПРЕПОРУКЕ

У складу са циљевима постављеним у Стратегији о HIV инфекцији и AIDS-у [10], постојеће превентивне активности је потребно проширити и интензивирати, ради повећања доступности услуга посебно оним прикривенијим припадницима MSM популације и дестигматизације припадника MSM /ЛГБТ популације. Ово подразумева:

- континуитет у пружању и унапређивању услуге саветовања и тестирања на HIV и ППИ (акције теренског саветовања и тестирања, употреба брзих скрининг тестова ради скраћења времена чекања резултата, континуирана едукација саветника и њихових сарадника у циљу унапређења поверљивости, приватности и професионалности при пружању услуга, флексибилније радно време итд), као и њене континуиране промоције; посебно унапредити рад у домену саветовања пре и после тестирања у смислу продубљивања информација о ризичним сексуалним праксама и могућности управљања сексуалним ризицима;
- повећати доступност кондома и лубриканата било кроз акције поделе бесплатних кондома и лубриканата, било кроз постојећа продајна места по повољнијим ценама;
- коришћење различитих канала комуникације (медији, интернет и телефонске мреже, непосредни контакт са теренским радницима удружења, саветницима, вршњацима итд) у циљу повећања свести о потреби за одговорним сексуалним понашањем у циљу превенције HIV инфекције и других ППИ и у циљу оснаживања припадника MSM популације да преговарају о употреби кондома са потенцијалним партнером/има; активности треба да буду континуиране, разноврсне и да не истичу посебно MSM популацију, али да буду довољно специфичне и комуникативне управо у односу на MSM популацију, посебно њене скривеније делове;
- унапредити индивидуални и групни саветовалишни рад са припадницима MSM популације са циљем промене понашања из ризичне у сигурну сексуалну праксу посебно прилагођен потребама, ставовима и перцепцији ризика од HIV инфекције оних који отворено говоре о својој сексуалној оријентацији и оних који су прикривени део MSM популације, односно потребама млађих припадника и старијих припадника MSM популације;
- обезбеђивање квалитетних, јасних, разумљивих и лако доступних информација о HIV инфекцији и другим ППИ, о сексуалним ризицима и могућностима управљања ризиком које се не заснива на тренутној процени партнера, о различитим превентивним услугама итд;
- додатно испитати присутност става о повезаности HIV инфекције са MSM популацијом у хетеросексуалној популацији кроз испитивање, како знања и понашања, тако и општих ставова у односу на HIV инфекцију, као и у односу на схватање (личног) ризика од инфицирања HIV-ом;
- додатно спровести циљано квалитативно истраживање међу оним припадницима који се отворено не идентификују као припадници MSM популације ради изналагања одговарајућих начина за комуникацију превентивних порука и мотивационих фактора који би утицали на доследније протективно (сексуално) понашање;
- спроводити континуирану едукацију и сензибилизацију опште популације кроз различите активности везано за изградњу толерантног става према ЛГБТ популацији, што може посредно утицати на коришћење постојећих превентивних услуга међу MSM популацијом (коришћење услуга неће повлачити перципирани ризик од негативног обележавања корисника као припадника стигматисане популације);
- спроводити континуиране едукације младих (у завршним разредима основне школе и у средњим школама) о животним вештинама које укључују и дестигматизацију припадника различитих субпопулација (ЛГБТ, особе које живе са HIV-ом итд), које ће водити рачуна о партиципаторном приступу у креирању и реализацији активности намењених младима [11];
- посебно развијати партиципаторни приступ, оснаживати и што активније укључивати у развој иновативних програма, боље прилагођених различитим MSM субпопулацијама, стратегија и едукација, као и у њихову имплементацију, припаднике MSM популације (укључујући и MSM који живе са HIV-ом), што је у складу и са последњим препорукама UNAIDS-а [12].

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Извештај о заразним болестима у 2012. години на територији Републике Србије. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Центар за превенцију и контролу болести, 2013.
2. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2008.
3. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2010.
4. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2012.
5. Мешковић Д. Истраживање знања, ставова и понашања у вези HIV/AIDS-а у склопу бихејвиоралног надзора (BSS) међу MSM популацијом у Србији. 2006. Рукопис.
6. Жикић Б. Anthropology of AIDS: Risk Environment and Injecting Routine. Етнолошко-антрополошки проблеми 1 (бр. 1). Београд, 2006.
7. Барош С, Жикић Б. Квалитативна истраживања у оквиру Друге генерације надзора над HIV-ом. Социјална мисао 51. Београд, 2006.
8. Милић В. Социолошки метод. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд, 1996.
9. Методологија емпиријског научног истраживања. Ур. Пејчић, Б. Дефектолошки факултет Универзитета у Београду. Београд, 1995.
10. Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у. Министарство здравља Републике Србије, 2012.
11. Национална стратегија за младе. „Службени гласник Републике Србије”, бр. 55/05, 71/05-исправка и 101/07.
12. Summary report: Changing the Game - How can Europe move towards zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths? UNAIDS expert consultation. Meeting Report, 22-23 January 2014.

ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА НИВ ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦИМА/ РАДНИЦАМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА

Главни истраживач и аутор:

Прим. др Богданка Чабак, Дом здравља Звездара, Београд

Главни консултант:

Прим. др сц. мед. др Драган Илић

Теренски координатори:

Милош Стојиљковић, Удружење ЈАЗАС, Београд

Владимир Шалбут, Удружење Омладина ЈАЗАС-а, Нови Сад

ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА НИВ ИНФЕКЦИЈЕ И ХЕПАТИТИСА Ц МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦИМА/РАДНИЦАМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА

Прим. др Богданка Чабак
Дом здравља Звездара, Београд

Кратак садржај:

Основни циљ истраживања је процена преваленце НИВ инфекције и хепатитиса Ц, нивоа знања, ставова и ризичне сексуалне праксе у односу на НИВ и друге полно преносиве инфекције међу сексуалним радницима/радницама (СР) у Београду и Новом Саду. Био-бихејвиорална студија пресека је спроведена у месецу октобру 2013. године на узорку од 400 СР, 250 СР у Београду и 150 СР у Новом Саду. Узорковање је спроведено коришћењем методе „грудве снега”. Резултати истраживања показују да је НИВ преваленца 1,3% у Београду, 1,6% и 0,7% у Новом Саду, заступљеност хепатитиса Ц износи 29,5%, у Београду 29,2% и 30,0% у Новом Саду. Истраживањем је обухваћено 13,3% мушкараца, 75,3% жена и 11,5% трансродних особа који/е у већини обављају сексуални рад на уличним теренима. Већина испитаника користи ПАС, дрогу путем интравенског инјектирања користи 31,8%. Велики проценат, 90,8% СР изјављује да су током последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци користили кондом. Међутим, само 71,8% СР су користили/е кондом увек у раду са клијентима у последњих месец дана и тај проценат је скоро идентичан у свим претходним истраживањима. Процент СР које препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије НИВ инфекције и које истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију НИВ-а је већи у односу на претходна истраживања, али и даље недовољан, као и обухваћеност превентивним програмима. Процент СР који/е су се тестирали/е на НИВ у последњих 12 месеци износи 46,6%, али 28,9% СР се нису никада тестирале/и на НИВ. Добијени резултати указују да је неопходно унапредити превентивне програме у овој популацији и имплементирати их у континуитету.

Кључне речи: НИВ/AIDS, HCV, сексуални/е радници/е, ризично понашање, превенција

ASSESSMENT OF HIV AND HEPATITIS C PREVALENCE AND OF RISK BEHAVIOR AMONG SEX WORKERS IN BELGRADE AND NOVI SAD

Prim. Bogdanka Čabak, MD

Primary Healthcare Center Zvezdara Belgrade

Abstract

The objective of the survey was to assess the prevalence of HIV and Hepatitis C infection, and to estimate the knowledge levels, attitudes, risky sexual practices related to HIV and other sexually transmitted infections among sex workers (SW) in Belgrade and Novi Sad. This bio-behavioural cross-sectional study was conducted in October 2013 with the sample of 400 SW, 250 SW in Belgrade and 150 SW in Novi Sad. Sampling was conducted through “snowball samples”. The HIV prevalence among SW is 1,3%, in Belgrade 1,6% and 0,7% in Novi Sad; hepatitis C is found among 29,5% SW, in Belgrade 29,2% and 30,0% in Novi Sad. The study included 13,3% male, 75,3% female and 11,5% transgender persons, working mostly on street hotspots. The majority of SW were using some kind of PAS (psychoactive substances), among them 31,8% intravenous drug users. While 90,8% of SW declared using condoms in their last sexual intercourse with a commercial partner during the last 12 months, only 71,8% SW declared always using condoms with their clients during the last month, and these results appear nearly identical in all previous studies. Levels of knowledge about HIV/STI prevention, modes of HIV transmission, and dismissal of misconceptions related to HIV transmission increased in relation to previous studies but still are not sufficient, as well as SW involvement in preventive programs. 46,6% of SW reported having been tested for HIV in the last 12 months, but 28,9% of SW reported having never been tested at all. The survey results indicate a need for strengthening and continuation of preventive programs for SW.

Key words: HIV/AIDS, HCV, sex workers, risk factors, prevention

1. УВОД

Сексуални рад представља универзални феномен, присутан у скоро свим људским заједницама, са дугом историјом, али и даље недовољно познат, тајновит и често нелегалан [1].

Особе које се баве сексуалним радом, сексуални радници/раднице (у даљем тексту СР) припадају групама у којима суперпозиција бихејвиоралног ризика и вулнерабилности повећава вероватноћу инфекције [2]. Сексуални рад и особе које су у њега укључене су традиционално, кроз историју, сматране за „векторе болести”, посебно полно преносивих болести [3]. Ипак, пре појаве HIV инфекције, особе које се баве сексуалним радом нису биле предмет епидемиолошких истраживања и студија знања, ставова и понашања, тзв. КАРВ¹ студија, док са појавом HIV-а интересовање за њих расте [4].

С обзиром на „невидљивост и скривеност” сексуалног рада, немогуће је утврдити број особа које продају и купују сексуалне услуге, тако да су тачни подаци о преваленци HIV инфекције међу СР недоступни [5]. У литератури се указује на разлике које постоје у висини преваленце у истраживаним групама СР у зависности од коришћења кондома, коришћења дроге инјектирањем и условима рада у ширем смислу [6].

У нашој земљи су истраживања на ову тему ретка: прву студију је објавио Радуловић Д. 1986 [7], затим Џуџић В. 1987 [8], и УНИЦЕФ-ова брза процена RAR са младим сексуалним радницама 2002 [9]. НВО ЈАЗАС реализује прву ситуациону анализу међу сексуалним радницама/радницама у Београду 2005. [10], а Министарство здравља у сарадњи са ИЈЗС спроводи прво надзорно био-бихејвиорално истраживање међу СР у Београду [11].

Национална стратегија за борбу против сиде у Србији за период 2005–2010, као и нова Стратегија за период 2011–2015, уврстиле су сексуалне раднике/раднице у групу са посебном осетљивошћу за HIV. Ова група је била обухваћена истраживањима 2008, 2010. и 2012. године [11, 12, 13].

Претходна истраживања међу популацијом са повећаним ризиком за HIV одредила су оквир и овог, актуелног истраживања и створила могућност за упоређивање резултата у четири временска периода.

Кључна истраживачка питања су била:

- Који ризични облици понашања сексуалних радника/ца могу допринети ширењу HIV инфекције у популацији?
- Колика је преваленца HIV инфекције и хепатитиса Ц међу комерцијалним сексуалним радницама/ама у Београду и у Новом Саду?
- Колика је процењена величина популације комерцијалних сексуалних радника/ца у Београду и у Новом Саду?

Основни циљ истраживања је процена преваленце HIV инфекције и хепатитиса Ц међу СР у Београду и Новом Саду, као и процена знања, ставова и праксе ризичног понашања везаних за HIV и хепатитис Ц.

Специфични циљеви истраживања:

- Проценити учесталост HIV-а и хепатитиса Ц међу СР у Београду и Новом Саду
- Анализирати ризично понашање (сексуално и коришћење ПАС) СР које је повезано са HIV-ом и хепатитис Ц инфекцијом
- Испитати да ли постоје разлике у ризичном понашању СР у области сексуалног понашања и коришћења ПАС, и то у односу на место где обављају свој посао или свакодневну делатност
- Дефинисати социодемографски профил СР у Београду и Новом Саду (пол, године, етничка припадност, образовање, друга радна места – додатни или главни посао, услови/место живота, породичне прилике)
- Проценити степен информисаности о HIV/AIDS-у (знање, тестирање, ставови)
- Испитати приступачност и могућност коришћења здравствених услуга, као и задовољство истим од стране СР
- Испитати заступљеност физичког насиља над СР
- Испитати величину, облике и главне изворе стигме и дискриминације у односу на особе које се баве сексуалним радом, као и њихов однос према особама којен живе са HIV-ом

1 КАРВ (Knowledge, Attitudes, Practice, Behavior – знање, ставови, пракса, понашање).

- Проценити величину популације која се бави сексуалним радом у Београду и Новом Саду
- Урадити поређење вредности кључних индикатора добијених овим истраживањем са подацима добијеним у претходна три истраживања.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

У овом истраживању је рађена дескриптивна студија, студија пресека. Врста истраживања је био-бихејвиорална.

Истраживање је спровођено у Београду и Новом Саду на уличним локацијама где СР раде, као и у центру за дружење НВО ЈАЗАС у Београду и НВО Омладине Јазаса у Новом Саду. Истраживање је имало две компоненте, серопревалентну и бихејвиоралну.

С обзиром на тешку доступност СР, прихваћена је препорука Светске здравствене организације о коришћењу методологије „грудве снега”, односно мрежног узорковања у циљу досезања испитаника. Одређен је оквир за узорак који је могуће досегнути истраживањем, до 250 СР у Београду и 150 у Новом Саду.

Поштујући протоколом дефинисане критеријуме за укључивање у истраживање обухваћени су: мушкарци, жене и трансродне особе старости 18 и више година живота који/е су имали/е пенетрантан сексуални однос за новац, дрогу или неко друго материјално добро током последњих 12 месеци и које живе и/или раде на локацији истраживања најмање током последња 3 месеца, а да нису претходно учествовали/е у текућој студији.

Исходишне варијабле:

- Ризично понашање везано за праксу сексуалног рада (недоследна употреба кондома, употреба ПАС)
- Ризично сексуално понашање (недоследна употреба кондома са различитим сексуалним партнерима – истог или супротног пола, под утицајем или без утицаја ПАС)
- Доступност и могућност коришћења здравствених служби од стране СР
- Насиље, стигма и дискриминација у односу на СР.

Предиктор варијабле:

- Демографске карактеристике (пол, род, године живота, етничка припадност, образовање, друга радна места – додатни или главни посао, услови/место живота, брачни статус)
- Историја сексуалног рада (иницијација у праксу сексуалног рада, број и учесталост клијената)
- Пракса сексуалног рада (употреба кондома и врста услуга, места сусрета са потенцијалним клијентима, присуство насиља на радном месту)
- Сексуална пракса (први сексуални контакт, доследност употребе кондома са различитим партнерима истог или супротног пола)
- Информисаност о HIV/AIDS-у (знање, искуство, тестирање, ставови)
- Приступачност здравствених сервиса и програма (информисаност, доступност), као и задовољство корисника здравственом службом
- Изложеност насиљу
- Присутна стигма и дискриминација према особама које се баве сексуалним радом и према особама које живе са HIV-ом.

Инструмент истраживања је представљао посебно структурисан упитник затвореног типа. Упитник је заснован на делимично коригованим и допуњеним упитницима који су коришћени током претходних истраживања, као и према препорученим упитницима Светске здравствене организације који су се користили у оваквим истраживањима. Квалитет података су прво контролисали вођа теренског тима на терену и теренски координатор, затим главни истраживач и консултант. Сви подаци, сем биолошких, пролазили су кроз дуплу контролу, логичку доследност исказа испитаника и потпуност одговора испитаника, затим кроз процес чишћења података пре уноса у базу података – софтверски пакет SPSS, тј. током процеса кодирања.

Упитник су попуњавали обучени интервјуери-анкетари са претходним искуством и сензибилисани за рад са СР.

Током истраживања су примењивани сви етички принципи важећи за сва истраживања: заштита добробити свих који учествују, минимизација ризика, поштовање базичних људских права, поштовање личности и интегритета, поштовање партиципантове аутономије, поверљивост, анонимност и добровољност.

Теренски рад је обављао тим у саставу: анкетар, ДПСТ саветник, лаборант, теренски координатор и возач мобилне медицинске јединице на уличним теренима.

Теренски рад се одвијао од 8.10.2013. до 22.10.2013. у Београду и од 9.10.2013. до 23.10.2013. у Новом Саду, у планираним временским периодима дана и ноћи и у складу са мапираним временом окупљања СР на изабраним локацијама за истраживање. У центрима за дружење рад се одвијао у посебним просторијама где су били обезбеђени адекватни услови, укључујући присуство чувара и особе за одржавање просторија.

Регрутовање испитаника/ца је вршено методом „грудве снега”. Након давања кратког усменог описа истраживања испитаник је замољен да одговори на неколико питања са циљем утврђивања да ли испуњава критеријуме за учествовање у истраживању. Уколико је испитаник испуњавао услове за учешће, и уколико је дао своју писану сагласност, приступало се анкетирању. Лаборант је узимао биолошки материјал после пре-тест саветовања које је спроводио ДПСТ саветник. Резултати тестирања су саопштавани после пост-тест саветовања, само испитаницима који су изразили жељу да сазнају свој резултат.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

3.1. ОСНОВНА СОЦИОДЕМОГРАФСКА И ДРУГА ОБЕЛЕЖЈА СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА

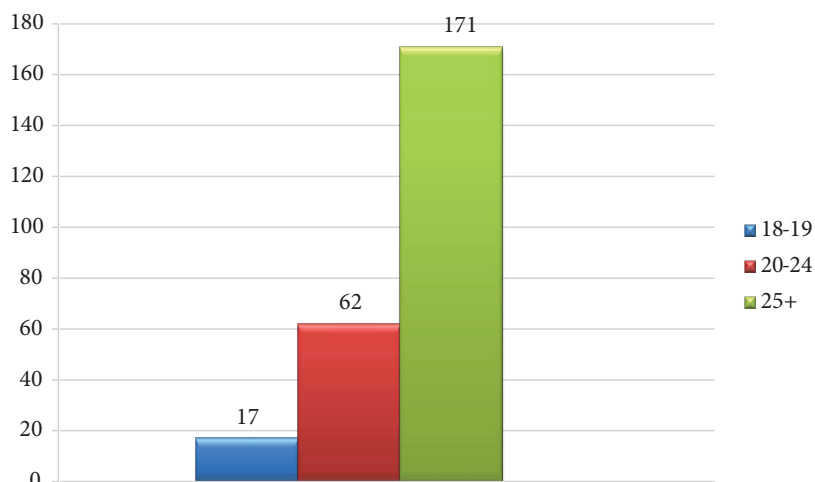
Овим истраживањем је обухваћено 400 СР, 250 СР у Београду и 150 СР у Новом Саду, од којих су 13,3% мушкарци, 75,3% жене и 11,4% трансродне особе. У Београду је обухваћено 16,8% мушкараца, 68,0% жена и 15,2% трансродних особа. У Новом Саду је број мушкараца обухваћених истраживањем био 7,3%, број жена 87,3% и број трансродних особа је износио 5,4%.

Медијана узраста испитаника у овом истраживању је код мушкараца износила 30 година, код жена 28, док је у Београду била 29 и за мушкарце и за жене, а у Новом Саду 30 за мушкарце и 27 за жене.

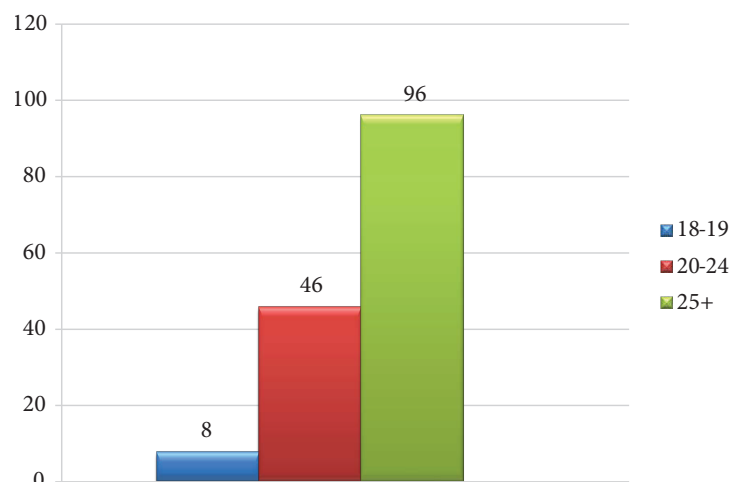
Графикон 1. Структура испитаника према родној припадности у Београду и Новом Саду



Графикон 2. Број испитаника по добним групама у Београду



Графикон 3. Број испитаника по добним групама у Новом Саду



СР српске националности је било 48,8%, ромске 43,8%, и мањи број других националности и неодређених. Таква национална структура се битно не разликује између градова, нити у односу на претходна истраживања у Београду.

Значајне статистичке разлике према узрасту такође не постоје између градова, као ни у односу на претходна истраживања у Београду.

Брачни статус СР је обухватао 44,3% неожењених/неудатих, 20,2% ожењених/удатих, 19% који живе у ванбрачној заједници, 15% разведених и 1,5% удоваца/удовица.

Никада у школу није ишло, или има непотпуну основну школу 30,8% СР, основну школу су завршили/е 36,1% СР, средњу школу 30,3%, а вишу и високу 2,8% СР. Не уочавају се статистички значајне разлике између Београда и Новог Сада у односу на школовање, као ни у односу на потпуну неписменост: у Београду је 6,4% СР потпуно неписмено, а у Новом Саду 6,0%.

Незапосленост је екстремно велика: укупно 93,8%, у Београду 95,2% и у Новом Саду 91,7%, и не беже се разлике у броју незапослених у односу на претходна истраживања.

Од укупног узорка СР делатност на улици обавља њих 57,8% , у стану 22,3%, у посебно изнајмљеном простору 5%, у клубу 13,8% и на другим местима 1,1%. Статистичке разлике између Београда и Новог Сада у односу на место обављања делатности се не запајају, као ни у односу на место обављања делатности у Београду током претходних истраживања.

3.2. ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV

3.2.1. ПРОЦЕНАТ СР КОЈИ/Е СУ ИНФИЦИРАНИ/Е HIV-ом

Биолошко истраживање је показало да је преваленца HIV-а у Београду 1,6% и 0,7% у Новом Саду (укупно 1,3%). Не постоје статистичке значајне разлике у вредностима HIV преваленце у односу на претходна истраживања, односно региструје се стабилан тренд преваленце HIV инфекције међу испитиваним СР у Београду.

Значајна статистичка разлика се бележи према полу HIV реактивних испитаника ($\chi^2 15.190$, $df=1$, $p=0,01$), односно сви испитаници су мушкарци.

И у претходним истраживањима је значајно већи број мушкараца инфициран HIV-ом.

Може се претпоставити да су посебно ризични анални сексуални односи са особама истог пола условили ову појаву.

Табела 1. Процент СР које су инфициране HIV-ом

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	4	4,9 (0,1–9,6)	82	1	5,6 (6,1–17,2)	18
	Женски	0	0,0	168	0	0,0	132
Добне групе	18–19	0	0,0	17	0	0,0	8
	20–24	0	0,0	62	1	2,2 (2,2–6,5)	46
	25 +	4	2,3 (0,1–4,6)	171	0	0,0	96
Добне групе – мушкарци	18–19	0	0,0	8	0	0,0	1
	20–24	0	0,0	15	1	33,3 (110,0–176,1)	3
	25+	4	6,8 (0,1–13,3)	59	0	0,0	14
Добне групе – жене	18–19	0	0,0	9	0	0,0	7
	20–24	0	0,0	47	0	0,0	43
	25+	0	0,0	112	0	0,0	82
2013.	Индикатор 10	4	1,6 (0,1–3,1)	250	1	0,7 (0,6–1,9)	
2012.	Индикатор 10	4	2,0 (0,1–3,9)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 10	2	0,8 (0,3–1,9)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 10	3	2,2 (0,2–4,6)	139	-	-	-

3.2.2. ПРОЦЕНАТ СР КОЈИ/Е СУ ПРИЈАВИЛИ/Е УПОТРЕБУ КОНДОМА ТОКОМ ПОСЛЕДЊЕГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА СА КЛИЈЕНТОМ У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци пријављује велики број СР, 91,2% у Београду и 90% у Новом Саду. Статистички значајне разлике према полу у Београду и Новом Саду не постоје. У Новом Саду је чак 100% мушкараца пријавило употребу кондома.

Интересантна је несразмера између укупно 90,8% СР који/е пријављују употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом и 71,8% СР који/е пријављују да су увек користиле кондом у последњих месец дана, као и само 59,3% СР које су током анкетирања имали/е при себи кондом.

Вредности овог индикатора су веома сличне у свим истраживањима.

Табела 2. Процент СР које су пријавиле употребу кондома током последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	66	80,5 (71,7–89,2)	82	18	100,0	18
	Женски	162	96,4 (93,5–99,2)	168	117	88,6 (83,1–94,2)	132
Добне групе	18–19	10	58,8 (32,7–84,9)	17	6	75,0 (36,3–113,7)	8
	20–24	59	95,2 (89,6–100,6)	62	39	84,8 (74,0–95,5)	46
	25 +	159	93,0 (89,1–96,8)	171	90	93,8 (88,8–98,6)	96
Добне групе – мушкарци	18–19	3	37,5 (5,7–80,7)	8	1	100,0	1
	20–24	14	93,3 (79,0–107,6)	15	3	100,0	3
	25+	49	83,1 (73,1–92,9)	59	14	100,0	14
Добне групе – жене	18–19	7	77,8 (43,8–111,6)	9	5	71,4 (26,3–116,5)	7
	20–24	45	95,7 (89,7–101,7)	47	36	83,7 (72,2–95,2)	43
	25+	110	98,2 (95,7–100,7)	112	76	92,7 (86,9–98,4)	82
2013.	Индикатор 11	228	91,2 (87,6–94,7)	250	135	90,0 (85,1–94,8)	150
2012.	Индикатор 11	181	90,5 (86,4–94,6)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 11	218	87,2 (83,0–91,3)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 11	126	90,6 (85,7–95,5)	139	-	-	-

3.2.3. ПРОЦЕНАТ СР КОЈИ/Е ПРЕПОЗНАЈУ ПРАВЕ НАЧИНЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ СЕКСУАЛНЕ ТРАНСМИСИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И КОЈИ/Е ИСТОВРЕМЕНО ОДБАЦУЈУ ГЛАВНЕ ЗАБЛУДЕ ВЕЗАНЕ ЗА ТРАНСМИСИЈУ HIV-а

Процент СР које препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у овом истраживању износи 40,0% у Београду и 22,0% у Новом Саду.

У контексту претходних истраживања у Београду, статистички значајна разлика постоји само у односу на 2008. годину када је вредност индикатора била најмања.

Од 2010. године се уочава благи тренд повећања вредности индикатора са највећим порастом у 2013. години.

Ни према полу и узрасту се не бележе статистички значајне разлике у оквиру претходних истраживања.

Може се претпоставити да је значајна разлика у вредностима индикатора између истраживања 2008. године и осталих истраживања настала као последица увођења превентивних програма за СР на свим локацијама у оквиру којих се обавља комерцијални сексуални рад, и у којима је једино могуће досегнути већи број СР.

Табела 3. Процент СР који/е препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	32	39,0 (28,2–49,8)	82	5	27,8 (4,8–50,7)	18
	Женски	68	40,5 (32,9–47,9)	168	28	21,2 (14,1–28,2)	132
Добне групе	18–19	1	5,9 (6,5–18,39)	17	1	12,5 (17,6–42,0)	8
	20–24	26	41,9 (29,3–54,5)	62	8	17,4 (6,0–28,7)	46
	25 +	73	42,7 (35,2–50,1)	171	24	25,0 (16,1–33,8)	96
Добне групе – мушкарци	18–19	1	12,5 (17,6–42,0)	8	0	0,0	1
	20–24	6	40,0 (11,9–68,0)	15	1	33,3 (110,0–176,7)	3
	25+	25	42,4 (29,3–55,3)	59	4	28,6 (1,5–55,6)	14
Добне групе – жене	18–19	0	0,0	9	1	14,3 (20,6–49,3)	7

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
	20–24	20	42,6 (27,8–57,2)	47	7	16,3 (4,7–27,7)	43
	25+	48	42,9 (33,5–52,1)	112	20	24,4 (14,9–33,8)	82
2013.	Индикатор 12	100	40,0 (33,8–46,1)	250	33	22,0 (15,2–28,7)	150
2012.	Индикатор 12	64	32,0 (25,4–38,5)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 12	71	28,4 (22,7–34,0)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 12	20	14,7 (8,4–20,3)	139	-	-	-

На питања: „Да ли упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик од преношења HIV-а?“, „Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?“, „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако живи или ради са особом зараженом HIV-ом?“ и „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом?“ тачни одговори се срећу код скоро две трећине СР, без статистички значајних разлика у односу на градове, нити на пол и узраст. Највећи број, преко 90% испитаника/ца у Београду и Новом Саду даје тачан одговор на питање „Да ли правилна употреба кондома током сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а?“

Сличан однос тачних одговора на наведена питања се појављује и у претходним истраживањима.

3.2.4. ПРОЦЕНАТ СР КОЈЕ СУ ОБУХВАЋЕНЕ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

У последњих 12 месеци је 69,2% СР било обухваћено превентивним програмима у Београду и 68,75% у Новом Саду, без статистички значајних разлика према полу и узрасту. И у претходним истраживањима нису уочене разлике према полу и узрасту, једино је 2008. статистички значајно већи број СР ($\chi^2=11,875$, $df=2$, $p=0,03$) забележен међу старијим испитаницима/цама.

Уочени тренд пораста вредности овог индикатора од 2008. године кроз сва наредна истраживања, са скоком вредности у 2010. години, указује на то да су понуђене превентивне услуге успеле да досегну ову толику тешко доступну групу.

Табела 4. Процент СР које су обухваћене превентивним услугама у последњих 12 месеци

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	58	70,7 (60,6–80,7)	82	13	72,2 (49,3–95,1)	18
	Женски	115	68,5 (61,3–75,5)	168	90	68,2 (60,1–76,2)	132
Добне групе	18–19	8	47,1 (20,6–73,5)	17	6	75,0 (36,3–113,7)	8
	20–24	36	58,1 (45,4–70,7)	62	36	78,3 (65,8–90,6)	46
	25 +	129	75,4 (68,2–81,9)	171	61	63,5 (53,7–73,39)	96
Добне групе – мушкарци	18–19	5	62,5 (19,2–105,7)	8	1	100 (0,0)	1
	20–24	8	53,3 (24,7–81,9)	15	2	66,7 (76–210,0)	3
	25+	45	76,3 (65,0–87,4)	59	10	71,4 (44,3–98,5)	14
Добне групе – жене	18–19	3	33,3 (5,1–71,7)	9	5	71,4 (26,3–116,5)	7
	20–24	28	59,6 (45,0–74,1)	47	34	79,1 (66,4–91,7)	43
	25+	84	75,0 (66,8–83,1)	112	51	62,2 (46,1–76,1)	150
2013.	Индикатор 13	173	69,2 (63,4–74,9)	250	103	68,7 (61,1–76,1)	150
2012.	Индикатор 13	131	65,5 (52,8–72,1)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 13	150	63,2 (53,8–66,1)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 13	42	31,7 (22,4–37,9)	139	-	-	-

Обухват сетом „Превентивни програм“, тј. знање о местима где се може саветовати и тестирати на HIV, заједно са добијањем кондома у оквиру превентивних програма, бележи се у Београду код 69,2% СР, у Новом Саду код 68,7% СР, без статистички значајних разлика према полу и са једном статистички значајном разликом ($\chi^2=10,451$, $df=1$, $p=0,01$) у односу на узраст, у корист најстарије добне групе у Београду.

Сет „Превентивна пракса” укључује обухват превентивним програмом, саветовањем и тестирањем, и добијање кондома у оквиру превентивних програма. Овим сетом је у Београду обухваћено 56,4% СР са значајно већим бројем ($\chi^2 = 10,843$, $df=1$, $p=0,04$) жена старијег узраста и у Новом Саду 39,3% СР, без статистички значајних разлика према полу и узрасту.

3.2.5. ПРОЦЕНАТ СР КОЈИ/Е СУ СЕ САВЕТОВАЛЕ И ТЕСТИРАЛЕ НА HIV У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ И КОЈИ/Е ЗНАЈУ РЕЗУЛТАТЕ ТЕСТИРАЊА

Процент СР који/е су се, у последњих 12 месеци саветовали и тестирали на HIV, и који/е знају резултат последњег тестирања износи 49,2% у Београду и 36,7% у Новом Саду.

У оба града се не уочавају значајне статистичке разлике према полу и узрасту тестираних испитаника.

И у претходним истраживањима се такође не бележе статистички значајне разлике према полу и узрасту, једино се током 2010. године појављује значајна разлика ($\chi^2=17,409$, $df=2$, $p=0,01$) према узрасту у корист најстарије добне групе.

Није могуће установити промене у тренду кретања вредности индикатора 14. кроз сва истраживања, нити су разлике међу вредностима статистичке значајне, и може се закључити да је проценат СР које тестирају свој HIV статус изразито мали у односу на високе ризике којима су изложени/е бавећи се сексуалним радом.

Табела 5. Процент СР који/е су се тестирали/е на HIV у последњих 12 месеци и знају резултат тестирања

Социјално-демографске карактеристике испитаника		п	% (95% CI)	N	п	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	40	48,4 (37,7–59,8)	82	12	66,7 (42,5–90,7)	18
	Женски	83	49,4 (41,7–57,9)	168	43	32,6 (24,2–40,6)	132
Добне групе	18–19	3	17,6 (2,5–37,8)	17	2	25,0 (13,7–63,7)	8
	20–24	27	43,5 (30,8–56,2)	62	15	32,6 (18,5–46,6)	46
	25+	93	54,4 (46,8–61,9)	171	38	39,6 (29,6–49,5)	96
Добне групе – мушкарци	18–19	1	12,5 (17,0–42,0)	8	0	0,0	1
	20–24	6	40,0 (11,9–68,0)	15	2	66,7 (76,7–210,0)	3
	25+	33	55,9 (42,8–68,9)	59	10	71,4 (44,3–98,5)	14
Добне групе – жене	18–19	2	22,2 (11,6–56,1)	9	2	28,6 (16,5–73,7)	7
	20–24	21	44,7 (29,9–59,4)	47	13	30,2 (15,9–44,5)	43
	25+	60	53,6 (44,1–62,98)	112	28	34,1 (23,6–44,6)	82
2013.	Индикатор 14	123	49,2 (42,9–55,4)	250	55	36,7 (28,8–44,4)	150
2012.	Индикатор 14	131	65,5 (58,8–72,1)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 14	147	58,8 (52,6–64,9)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 14	63	45,3 (36,9–53,7)	139	-	-	-

3.2.6. ПРОЦЕНАТ СР КОЈИ/Е СУ ПРИЈАВИЛИ/Е ДА СУ УВЕК КОРИСТИЛИ КОНДОМ СА КЛИЈЕНТОМ У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА

Процент СР који/е су пријавили/е да су у последњих месец дана увек користили/е кондом са клијентом у последњих месец дана износи 72,8% у Београду и 70,3% Новом Саду. У оба града се не бележе статистички значајне разлике међу испитаницима према полу и узрасту.

Вредности овог индикатора су скоро уједначене у свим истраживањима.

Уочљива је међусобна неусаглашеност између вредности овог индикатора у односу на вредности осталих индикатора који се такође тичу употребе кондома. Може се претпоставити да су одговори током анкетирања донекле били условљени жељом испитаника/ца да, саопштавајући пожељне одговоре, створе утисак да контролишу ризике своје професије.

Табела 6. Процент СР који/е су пријавили/е да су увек користили/е кондом са клијентом у последњих месец дана

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	51	63,0 (52,2–73,7)	81	14	82,4 (62,1–102,5)	18
	Женски	128	77,6 (77,1–84,0)	165	90	68,7 (60,6–76,7)	132
Добне групе	18–19	7	41,2 (15,0–67,2)	17	3	42,9 (6,5–92,2)	46
	20–24	49	80,3 (70,0–90,5)	61	27	58,7 (43,9–73,4)	95
	25 +	123	73,2 (64,4–79,9)	168	74	77,9 (69,4–86,3)	148
Добне групе – мушкарци	18–19	3	37,5 (5,7–80,7)	8	0	0,0	1
	20–24	11	78,6 (53,9–103,1)	14	2	66,7 (76,7–210,0)	3
	25+	37	62,7 (50,0–75,4)	59	12	92,3 (75,5–109,0)	13
Добне групе – жене	18–19	4	44,4 (3,9–84,9)	9	3	50,0 (7,4–107,4)	6
	20–24	3,8	80,9 (69,1–92,5)	47	25	58,1 (42,7–73,5)	43
	25+	86	78,9 (71,1–86,6)	109	62	75,6 (66,1–85,1)	82
2013.	Индикатор 15	129	72,8 (67,1–78,3)	250	104	70,3 (62,8–77,7)	150
2012.	Индикатор 15	146	73,0 (66,7–79,2)	200	-	-	-
2010.	Индикатор 15	164	65,6 (59,6–71,5)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 15	99	71,2 (63,6–78,8)	139	-	-	-

3.2.7. ПРОЦЕНАТ СР ИНФИЦИРАНИХ HCV-ОМ

Процент СР инфицираних хепатитисом Ц је изразито велики, у Београду износи 29,2% СР и у Новом Саду 30,0% СР. Разлике према полу и узрасту инфицираних испитаника су без статистичких значајности у оба града.

Процена учесталости јављања HCV међу СР у Београду је спроведена и у истраживању 2010. године. И тада је преваленца HCV инфекције била веома висока, 23,6% (без статистички значајних разлика према полу и узрасту). Овогодишње вредности указују на пораст броја HCV реактивних испитаника у односу на истраживање 2010, али разлике су без статистичке значајности.

Табела 7. Индикатор 16. Процент СР које су инфициране HCV

Социјално-демографске карактеристике испитаника		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	Мушки	17	20,7 (11,8–29,7)	82	4	22,2 (0,9– 43,5)	18
	Женски	56	33,3 (26,1–40,59)	168	41	31,1 (23,0–39,0)	132
Добне групе	18–19	3	17,6 (2,5–37,8)	17	3	37,5 (5,7–80,7)	8
	20–24	11	17,7 (7,9–27,5)	62	18	39,1 (24,4–53,7)	46
	25 +	59	34,5 (27,3–41,7)	171	24	25,0 (16,1–33,8)	96
Добне групе – мушкарци	18–19	1	12,5 (17,0–42,0)	8	0	0,0	1
	20–24	0	0,0	15	0	0,0	3
	25+	16	27,1 (15,4–38,1)	59	4	28,6 (1,5–55,6)	14
Добне групе – жене	18–19	2	22,2 (11,6–56,1)	9	3	42,9 (6,5–92,2)	7
	20–24	11	23,4 (10,8–35,9)	47	18	41,9 (26,5–57,2)	43
	25+	43	38,4 (29,2–47,5)	112	20	24,4 (14,9–33,8)	82
2013.	Индикатор 16	73	29,2 (23,5– 34,9)	250	45	30,0 (22,6– 37,4)	150
2012.	Индикатор 16	-	-	-	-	-	-
2010.	Индикатор 16	59	23,6 (18,3–28,9)	250	-	-	-
2008.	Индикатор 16	-	-	-	-	-	-

У следећој табели су приказани упоредни резултати вредности националних индикатора са интервалима поверења.

Табела 8. Упоредни преглед резултата истраживања обављених 2008, 2010, 2012. и 2013. године

Национални индикатор Број индикатора	Резултат истраживања 2008.	Резултат истраживања 2010.	Резултат истраживања 2012.	Резултат истраживања 2013. Београд	Резултат истраживања 2013. Нови Сад
Инд. бр. 10 Процент СР које су инфициране HIV-ом	2,2% (0,2–4,6)	0,8% (0,3–1,9)	2% (0,1–3,9)	1,6% (0,1–3,1)	0,7% (0,6–1,9)
Инд. бр. 11 Процент СР које су пријавиле употребу кон- дома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци	90,6% (85,7–94,7)	87,2% (83,0–91,3)	90,5% (86,4–94,7)	91,2% (87,6–94,7)	90% (85,1–94,8)
Инд. бр. 12 Процент СР који препознаје праве начине пре- венције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а	14,7% (8,4–20,3)	29,6% (22,7–34,0)	32% (25,4–38,5)	40% (33,8–46,1)	22% (15,2–28,7)
Инд. бр. 13 Процент СР које су обухваћене превентивним услугама у последњих 12 месеци	31,7% (22,4–37,9)	63,2% (53,8–66,1)	65,5% (52,8–66,1)	69,2% (63,4–74,9)	68,7% (61,1–76,1)
Инд. бр. 14 Процент СР које су се тестирале на HIV у последњих 12 месеци и које знају резултат тестирања	45,3% (36,9–53,7)	58,8% (52,6–64,9)	65,5% (58,8–72,1)	49,2% (42,9–55,4)	36,7% (28,8–44,4)
Инд. бр. 15 Процент СР које су пријавиле да су увек кори- стиле кондом са клијентом у последњих месец дана	71,2% (63,6–78,8)	65,6% (59,6–71,5)	73% (66,7–79,2)	72,8% (67,1–78,3)	70,3% (62,8–77,7)
Инд. бр. 16 Процент СР инфицираних HCV	Није рађено те- стирање на HCV	23,6% (18,3–28,9)	Није рађено те- стирање на HCV	29,2% (23,5–34,9)	30% (22,6–37,4)

3.3. КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ ОД СТРАНЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА

Коришћење психоактивних супстанци од стране СР је испитивано кроз анализу актуелног коришћења цигарета, алкохола и дроге, коришћења било када у животу, затим кроз испитивање коришћења дроге убризгавањем, као и врсте прибора за убризгавање (нов и некоришћен, коришћен од стране испитаника, коришћен од стране друге особе).

Коришћење психоактивних супстанци у популацији СР далеко превазилази коришћење регистровано на узорку укупне популације Србије [14].

Скоро сви/е СР, њих 90,5% пуши, без статистички значајних разлике према полу и узрасту, као ни у односу између градова.

Више од половине СР у оба града, њих 57%, злоупотребљава алкохол, и то су у већини особе млађе од 20 година.

Дрогу употребљава 46,3% СР, у Београду 41,2% и 54,7% у Новом Саду. Између 10% и 15% СР пријављује да су некада користили дрогу.

Вредности показатеља злоупотребе психоактивних супстанци се битније не разликују у односу на вредности добијене у претходним истраживањима.

Употреба дрога путем интравенског инјектирања је веома раширена међу СР, у укупном узорку су 31,8% СР некада узели/е дрогу на овај начин, у Београду тај број износи 28,8%, у Новом Саду 36,7%. СР које припадају овој групи су пријавиле да су користиле сасвим нов, некоришћен прибор приликом последњег инјектирања у 59,8% укупно, у Београду 43,1% и 81,1% у Новом Саду.

Табела 9. Процент СР у односу на узимање дроге убризгавањем у Београду и Новом Саду

Социјалне карактеристике		Да ли сте икада узели дрогу убризгавањем				Укупно	
		Да		Не		број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	25	25,0	75	75,0	100	100,0
	женски	102	34,0	198	66,0	300	100,0
Укупно		127	31,8	273	68,3	400	100,0
Мање од 20		4	16,0	21	84,0	25	100,0
20–24		32	29,6	76	70,4	108	100,0
25–49		91	35,4	166	64,6	257	100,0
50 и више		0	,0	10	100,0	10	100,0
Укупно		127	31,8	273	68,3	400	100,0

Ризично понашање везано за коришћење психоактивних супстанци, заједно са ризиком несигурног секса, дефинише укупни ризик сексуалног рада у свакој средини.

3.4. СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СА КОМЕРЦИЈАЛНИМ И СА СТАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

Рани почетак сексуалних односа може да представља један од ризика за пренос HIV инфекције. Медијана узраста ступања у сексуалне односе, кроз сва досадашња истраживања, износи 15 година и не постоје статистички значајне разлике у односу на пол у Београду, нити у Новом Саду. Поређења ради, медијана узраста ступања у први сексуални однос код особа старости 15 до 24 године у Србији, према истраживању Министарства здравља је 17 година.

Почетак бављења сексуалним радом се најчешће догађа у 18. години живота у оба града, без статистички значајних разлика између полова.

СР пријављују су да су имали/е просечно 3 клијента у дану када су последњи пут радили/е.

Сексуалним радом се не баве у одређеним ситуацијама: када имају менструацију, инфекцију полног органа, када су озбиљно болесни/е, али њих 16,3% наводи да, уколико им је потребан новац, раде без обзира на своје физичко или психичко лоше стање.

Велики број, укупно 90,8% СР, изјављују да су користили/е кондом приликом последњег сексуалног односа са клијентом. Међутим само 59,3% СР имају током анкетирања при себи кондом, и само 12,5% СР пријављује да не пристаје на сексуални однос уколико клијент одбија употребу кондома. Нешто више од половине СР који/е нису користили кондом приликом последњег сексуалног односа са својим комерцијалним сексуалним партнером као разлог за то наводе да партнер није желео да користи кондом.

Ови резултати указују на „недостатак технике преговарања” са клијентом код СР, као и на потребу да се програми превенције прошире и на клијенте [15].

Кондом са сталним партнером користи/е укупно 21% СР, у Београду 35% мушкараца и 16,3% жена, у Новом Саду 33,5% мушкараца и 12,9% жена. Од укупног броја СР који/е не користе кондом са сталним партнером, њих 47,0%, наводе да не користе кондом јер сматрају да то није потребно. Кондоми се најчешће набављају код теренских радника (69,5%), затим у киосцима (52,8%) и у апотекама (30%).

Највећи број СР се испере водом (30–35%) у случају пуцања кондома које се дешава доста често, код укупно 59,8% СР.

Наведени подаци се битно не разликују у односу на градове, на пол и узраст, као и у односу на резултате претходних истраживања.

3.5. ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ СЛУЖБАМА

Оверену здравствену књижицу, и тако обезбеђен приступ државној здравственој заштити има укупно 62% СР, 63,3% жена и 58% мушкараца.

Више од половине, 58,5% СР, имају свог изабраног лекара опште медицине у дому здравља. Свог лекара опште медицине су, у последњих годину дана, посетили/е укупно 76,9% СР. Интересантан податак се односи на посећеност свог лекара опште медицине у Новом Саду: на име, свих 100% СР, мушкараца, пријавили су посету у последњих годину дана.

Од укупног броја, 76,1% СР су пријавили/е да су задовољни/е радом свог лекара опште медицине.

Око половине СР женског пола, 48,7%, имају свог изабраног гинеколога у дому здравља.

Посматрано кроз поседовање оверених здравствених кљижица, обраћања ординирајућем лекару и задовољства његовим услугама, нема статистички значајних разлика у доступности здравствене заштите СР у односу на претходна истраживања.

Сет „Здравствена заштита” укључује испитанике/це који имају здравствену заштиту, изабраног лекара опште медицине (гинеколога) у дому здравља, кога су посетили у последњих 12 месеци и са чијом услугом су задовољни. Таквих испитаника/ца је 28,4% у Београду и већи број, 40,7% (али не и статистички значајно различит) у Новом Саду. У оба града се не бележе статистички значајне разлике у односу на пол и узраст.

3.6. ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА НАСИЉЕ

Физичком насиљу у последњих 12 месеци је било изложено 44,5% СР (Београд 36,0%, Нови Сад 58,6%). Не бележе се статистички значајне разлике у изложености насиљу у последњих годину дана у односу на период пре 12 месеци, као ни према полу и узрасту СР.

У оба града је број жена (свих узраста) које су претрпеле насиље већи од броја мушкараца, и то се односи на све наведене извршиоце насиља осим на полицију, чије насилно понашање пријављује већи број мушкараца (30,4% мушкараца и 10,3% жена). Насиље над СР су најчешће спроводили клијенти (51,9%), и то над значајно већим бројем жена у односу на мушкарце ($\chi^2=8,967$, $df=1$, $p=0,01$), затим партнери (29,4%), макрои (14,5%), такође са статистички значајном разликом према полу у корист жена ($\chi^2=12,806$, $df=3$, $p=0,05$), полиција (14,5%) и чланови породице (12,5%).

У односу на претходна истраживања уочава се тренд смањења насиља од стране полиције: са 40% 2010. на 24% 2012. и на 14,5% 2013. године.

И овогодишњи резултати истраживања потврђују налазе у литератури о врло високом степену насиља коме су изложене СР. СЗО упозорава на значај овог проблема у успоравању напора HIV превенције [16].

3.7. ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА ДИСКРИМИНАЦИЈУ, СТИГМУ И АУТОСТИГМУ

Посматране су две врсте релација: став СР према особама које живе са HIV-ом кроз однос према друштвеној изолацији и ускраћивању услуга, и реаговање средине на СР и њихов сексуални рад кроз оговарање, вређање, понижавањање и губитак партнера.

У односу на особе које живе са HIV-ом, 36% СР, углавном припадници/е млађе добне групе, сматрају да је те особе потребно друштвено изоловати и 62%, већином старијих СР, сматрају да су особе инфициране HIV-ом саме криве за свој статус.

Велики број, 62% испитаника, без значајних статистичких разлика према полу и узрасту, наводи/е да су имали/е искуства везана за стигму, аутостигму и дискриминацију. СР су најчешће биле оговарани/е (38,8%), јавно понижавани/е и вређани/е (29,3%) и 66,7% СР су имали/е породичне проблеме везане за посао којим се баве. У већини параметара друштвене изолације и ускраћивања услуга је скоро два пута више жена било изложено негативним реакцијама околине у односу на мушкарце.

Такође је велики број СР које су имали/е осећања везана за самостигматизацију, 74% жена и статистички значајно мањи број ($\chi^2=14,498$, $df=1$, $p=0,01$), 37% мушкараца, пријавили/е су осећања стида, кривице, понижености, страха и туге у контексту посла којим се баве.

Веће вредности самостигматизације код СР женског пола указују на њихову повећану, односно вишеструку вулнерабилност.

Наведени резултати се посебно не разликују у односу на резултате претходних истраживања, и указују на широку распрострањеност ове појаве.

Дискриминација, стигма и аутостигма су идентификоване у литератури не само као угрожавање људских права, већ и као значајна препрека превентивним напорима [15].

Више од половине СР изјављује да су информисани/е о доношењу Закона о забрани дискриминације у Србији, али само њих 19,8% сматра да ће Закон нешто променити у њиховом положају.

3.8. ПРЕВЕНТИВНИ И ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ

3.8.1. СЕТ „ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМ”

Сет „Превентивни програм” је анализиран у односу на употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих 12 месеци, редовну употребу кондома током последњих месец дана, саветовање и тестирање уз знање о резултатима саветовања и тестирања, и знања о HIV/AIDS-у установљеног помоћу тачних одговора на 5 питања.

У оба града су више од 90% СР обухваћених превентивним програмом пријавили/е употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци што је значајно већи број ($\chi^2=11,638$, $df=1$, $p=0,01$) у односу на СР које нису обухваћене превентивним програмом. Пораст учесталости коришћења кондома увек у последњих месец дана се такође среће код СР које су обухваћене превентивним програмом, али без статистички значајних разлика у односу на сексуалне раднице које нису биле обухваћене превентивним програмом.

СР које су обухваћени/е превентивним програмом, у Београду њих 68,8%, у Новом Саду 49,5%, саветовали/е и тестирали/е су се у значајно већем броју него СР које нису обухваћене програмом. Разлике међу уоченим вредностима имају статистичку значајност и у Београду ($\chi^2=79,292$, $df=1$, $p=0,01$) и у Новом Саду ($\chi^2=14,280$, $df=1$, $p=0,01$).

СР које су обухваћене превентивним програмом имају и статистички значајно више знања о HIV/AIDS-у у Београду ($\chi^2=12,812$, $df=1$, $p=0,01$) и у Новом Саду ($\chi^2=9,728$, $df=1$, $p=0,02$), у односу на СР које нису обухваћене програмом.

Наведени подаци јасно указују на значајну ефикасност превентивних програма у односу на знање и ризична понашања СР.

Слично кретање вредности се уочава међу СР у Београду које препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у односу на коришћење кондома у последњих 12 месеци. СР које поседују знање о трансмисији HIV-а у статистички значајно већем броју користе кондом у последњих 12 месеци ($\chi^2=7,994$, $df=1$, $p=0,05$), кондом у последњих месец дана ($\chi^2=12,603$, $df=1$, $p=0,01$) и саветују се и тестирају на HIV ($\chi^2=23,569$, $df=1$, $p=0,01$) у односу на СР које немају знање о трансмисији. И у Новом Саду се уочавају исти односи, али без статистичких значајности.

И СР које су се саветовале и тестирале, и поседују знање о резултатима свог тестирања у значајно већем броју пријављују употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих 12 месеци у Београду ($\chi^2=9,286$, $df=1$, $p=0,02$) и у Новом Саду ($\chi^2=13,252$, $df=1$, $p=0,01$) у односу на СР које се нису саветовале и тестирале. Коришћење кондома увек у последњих месец дана такође пријављује већи број СР које/е су се саветовале и тестирале.

И однос горе наведених показатеља упућује на велики значај који су превентивни програми одиграли у смањењу ризика код СР.

3.8.2. СЕТ „ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА”

Анализа сета „Здравствена заштита” је спроведена у односу на коришћење кондома при последњем сексуалном односу у последњих 12 месеци, редовну употребу кондома у последњих месец дана, сет „Превентивни програм” и знање о месту где може да се изврши саветовање и тестирање на HIV.

Обухваћеност СР сетом „Здравствена заштита” није утицала на учесталост употребе кондома при последњем сексуалном односу у последњих 12 месеци, док је употреба кондома у последњих месец дана значајно повећана код особа обухваћених сетом само у Новом Саду ($\chi^2=7,718$, $df=1$, $p=0,05$).

Имајући у виду вредности употребе кондома у последњих годину, и у последњих месец дана код СР које су биле обухваћене сетом, не може се закључити да обухваћеност системом здравствене заштите доприноси смањењу ризичног понашања СР.

Анализирајући СР у односу на обухваћеност сетом „Здравствена заштита” и сетом „Превентивни програм” уочава се да статистички значајно већи број ($\chi^2=7,987$, $df=1$, $p=0,05$) СР које имају здравствено осигурање нису биле обухваћене превентивним програмима.

Нису уочене статистички значајне разлике између знања о местима где се може саветовати и тестирати на HIV у односу на обухваћеност сетом „Здравствена заштита”.

Очигледно је да су потребна даља истраживања у циљу разјашњавања узрока недовољне обухваћености превентивним програмима СР који/е имају здравствену заштиту.

3.8.3. СЕТ „ПРЕВЕНТИВНА ПРАКСА”

Обухваћеност сетом „Превентивна пракса” је посматрана у односу на обухваћеност сетом „Здравствена заштита” и у односу на HIV и HCV преваленцу кроз истраживања 2008, 2010, 2012. и 2013. године у Београду.

Табела 10. Процент СР који/е су обухваћени/е сетом „Превентивна пракса”

Процент СР који/е су обухваћени/е сетом „Превентивна пракса” са интервалима поверења (95% CI)			
2008.	2010.	2012.	2013.
33,0 (25,1–41,0)	47,6 (41,3–53,8)	62,5 (55,7–69,2)	56,4 (50,2–62,5)

У односу на кретање вредности индикатора наведених у табели, уочљив је статистички значајан пораст вредности у 2010, 2012. и 2013. години у односу на 2008. И у 2012. је регистрован статистички значајан пораст обухваћености сетом „Превентивне праксе” у односу на 2010 годину.

Табела 11. Сет „Превентивна пракса” у односу на сет „Здравствена заштита”, HIV и HCV преваленцу

	Процент СР који/е су обухваћени/е сетом „Превентивна пракса”							
	2008.		2010.		2012.		2013.	
	Да	Не	Да	Не	Да	Не	Да	Не
СР које су обухваћени/е сетом „Здравствена заштита”	32,6	19,4	16,8	20,6	30,4	25,3	29,8	26,2
СР који/е су HIV реактивни/е	4,3	1,1	1,7	0	1,6	2,7	2,8	0
СР који/е су HCV реактивни/е	-	-	31,9	16,0	-	-	39,0	16,5
СР који/е су HCV реактивни/е и који/е су пријавили/е да су добили/е услуге неке од НВО које спроводе превентивне програме у последњих годину дана	-	-	29,6	8,5	-	-	28,4	0,8
СР који/е су HCV реактивни/е и који/е су пријавили/е да су се саветовали/е и тестирали/е на HIV и знају резултате тестирања у последњих годину дана	-	-	29,3	6,5	-	-	37,4	11,0
СР који/е су HCV реактивни/е и који/е су пријавили/е да су увек користили/е кондом са клијентом у последњих месец дана	-	-	26,9	18,6	-	-	31,3	23,9

У истраживању 2013. године је 29,8% СР обухваћених сетом „Превентивна пракса” било обухваћено и сетом „Здравствена заштита”.

Између обухваћености сетовима „Превентивна пракса” и „Здравствена заштита” се не уочавају статистички значајне разлике у односу на претходна истраживања. И према полу и узрасту СР које су биле истовремено обухваћене наведеним сетовима се такође не уочавају статистички значајне разлике у истраживањима, осим 2013. године када је у групи 25+ година било више жена ($\chi^2=8,700$, $df=1$, $p=0,03$).

Не постоје статистички значајне разлике у односу на обухваћеност сетом „Превентивне пракса” и HIV преваленце у свим досадашњим истраживањима.

Статистички значајне разлике се уочавају приликом праћења обухваћености сетом „Превентивна пракса” и HCV реактивног статуса.

У истраживању 2010. године су уочене разлике ($\chi^2=12,622$, $df=1$, $p=0,01$) између значајно већег броја, 31,9%, HCV реактивних СР које су биле обухваћене сетом и 16,0% СР које нису биле обухваћене сетом. HCV реактивне СР су пријавили/е и учесталије тестирање на HIV ($\chi^2=13,447$, $df=1$, $p=0,01$) уколико су биле обухваћене сетом „Превентивна пракса”.

И 2013. године је већи број HCV реактивних СР био обухваћен сетом „Превентивна пракса” ($\chi^2=15,045$, $df=1$, $p=0,01$). HCV реактивне СР су и ове године пријавили/е значајно учесталије тестирање на HIV ($\chi^2=28,105$, $df=1$, $p=0,01$) уколико су биле обухваћене сетом „Превентивна пракса”.

Обухваћеност HCV реактивних СР сетом „Превентивна пракса” није статистички значајно утицала на њихово коришћење кондома у последњих месец дана ни у једном истраживању.

Анализирајући податке о већем броју HCV реактивних СР и већој учесталости њиховог тестирања на HIV у групи обухваћеној сетом „Превентивна пракса” у односу на групу која није обухваћена сетом, може се претпоставити да једино превентивни програми у довољној мери пружају могућност СР да сазнају свој HIV и HCV статус.

3.8.4. СТИГМА, АУТОСТИГМА, ДИСКРИМИНАЦИЈА И НАСИЉЕ

Утицај постојања стигме је анализиран у односу на коришћење кондома у последњем сексуалном односу са клијентом у последњих 12 месеци, коришћењем кондома увек у последњих месец дана и обухваћеност сетовима „Здравствена заштита” и „Превентивна пракса”.

Не уочава се да постојање стигме утиче на учесталост коришћења кондома при последњем сексуалном односу у последњих 12 месеци и на коришћење кондома увек у последњих месец дана, као ни на обухваћеност сетовима „Здравствена заштита” и „Превентивна пракса”.

Такође се не уочавају разлике у коришћењу кондома (у 12 месеци и у месец дана), и у обухваћености сетовима „Здравствена заштита” и „Превентивна пракса” у односу на постојање стигматизујућих ставова које СР имају према особама које живе са HIV-ом. Једино у Новом Саду се уочава статистички значајна разлика ($\chi^2=9,678$, $df=1$, $p=0,02$) између 30,3% СР које имају стигматизујући став и обухваћене су сетом „Здравствена заштита” и 55,7% СР које такође имају стигматизујући став али нису обухваћене сетом.

Вредности коришћења кондома у 12 месеци и у месец дана, као и обухваћености наведеним сетовима такође не показују разлике у односу на постојање аутостигме.

Изразито непостојање разлика између већине наведених индикатора у односу на постојање стигме и аутостигме је податак за чије разумевање су неопходна даља истраживања.

Коришћење кондома при последњем сексуалном односу у последњих 12 месеци и увек у последњих месец дана се не разликује између СР које су биле изложене насиљу у односу на СР које нису биле изложене насиљу.

Међутим, обухваћеност сетовима „Здравствена заштита” и „Превентивна пракса” је статистички значајно различита у односу на изложеност насиљу. Мањи број, 21% СР изложених насиљу су биле обухваћени/е сетом „Здравствена заштита”, статистички значајно већи број СР изложених насиљу ($\chi^2=11,681$, $df=1$, $p=0,01$), 41,9% није био обухваћен сетом. Сасвим супротни односи се уочавају у односу на сет „Превентивна пракса” где је статистички значајно већи број ($\chi^2=9,540$, $df=1$, $p=0,01$), њих 63,4% СР изложених насиљу обухваћен сетом, а мањи, 43,0% СР није обухваћен.

Може се претпоставити да су наведене разлике условљене лакшом доступношћу превентивних програма у односу на државну здравствену заштиту, као и могућношћу поверљивог и недискриминишућег контакта.

4. ЗАКЉУЧЦИ

- Социодемографски подаци СР у Београду и Новом Саду се битно не разликују у односу на претходна истраживања: у односу на пол жене су у највећем броју, однос између мушкараца и трансродних особа се измењује, али разлике у њиховој заступљености у узорку нису значајне; однос између српске и ромске националности је такође сличан као у претходним истраживањима, као и подаци о школовању, неписмености и узрасту ступања у сексуалне односе.
- Незапосленост међу СР је у свим претходним истраживањима била екстремно велика, у односу на истраживање из 2012. незапосленост је сада већа за 7,8%.
- Коришћење психоактивних супстанци, нарочито дроге интравенским инјектирањем је присутно међу великим бројем СР, не разликује се значајно у односу на претходна истраживања и представља један од највећих ризика за инфекцију HIV-ом.
- Изложеност физичком насиљу, искуства везана за стигму и дискриминацију, као и за самостигматизацију, присутни су код великог броја СР.
- Процент инфицираних HIV-ом износи 1,3%, и мањи је у односу на претходна истраживања, осим за истраживање 2010. када је износио 0,8%.
- У односу на претходна истраживања, проценат СР које препознају начине превенције HIV-а и одбацују заблуде везане за трансмисију је већи, тако да се позитиван помак од 2008. године наставља, исто као и у случају обухвата СР превентивним програмима.
- Број тестираних СР које знају резултате свог тестирања у последњих месец дана је мањи у односу на сва претходна истраживања, у односу на истраживање из 2012. године је мањи чак за 21,1%, и с обзиром на све ризике сексуалног рада представља битан податак. Податак да се велики број, 28,9% СР, никада нису тестирали на HIV указује на исти проблем.
- Процент СР који/е пријављују употребу кондома са клијентом приликом последњег сексуалног односа у последњих 12 месеци у односу на проценат СР који/е пријављују редовну употребу кондома са клијентима у последњих месец дана се битно разликује, и скоро је неизмењен у односу на сва претходна истраживања. Узимајући у обзир ризике, учесталост употребе кондома је недовољна.
- Биолошко истраживање је показало да је број инфицираних HCV-ом екстремно велики и да представља проблем са могућим несагледивим последицама.

5. ПРЕПОРУКЕ

- Неопходно је да сви превентивни програми за СР буду родно сензитивни и доступни што већем броју СР.
- С обзиром на различиту етничку припадност особа које се баве сексуалним радом, потребно је планирати културно специфичне превентивне програме.
- Велика заступљеност СР млађег узраста указује на потребу планирања и реализовања посебних, генерацијски сензитивних програма превенције.
- Повећање броја СР обухваћених превентивним програмима, које је довело до повећања нивоа знања о HIV-у, доказује ефикасност превентивних програма и потребу за њиховим континуитетом.
- Недовољна употреба кондома приликом сексуалног рада у последњих месец дана, која се уочава у сва четири досадашња истраживања, указује на потребу интензивирања програма превенције.
- Смањење броја СР тестираних на HIV, као и велики број СР које се нису тестирале на HIV, захтевају већу присутност ДПСТ у склопу превентивних програма.
- Висок степен насиља коме су изложене СР захтева програме подршке за борбу против насиља у оквиру превентивних програма за СР.
- Подршка смањењу стигме, дискриминације, и нарочито самостигматизације, требала би да буде део сваког превентивног програма за СР.

- Узимајући у обзир горе наведено, препоручује се повећање обима и доступности HIV превентивних програма за СР.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. UNAIDS (2002) Sex Work and HIV/AIDS, Technical update. Available from URL:www.unaids
2. UNAIDS (1996) Task force for prostitution. Available from: URL:www.unaids
3. Министарство здравља Републике Србије (2012): Истраживање међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
4. Central and Eastern European Harm reduction network (2005): Sex work, HIV, AIDS and human rights in Central and Eastern Europe.
5. UNAIDS (2002) Sex work and HIV/AIDS, Technical update. Available from URL:www.unaids
6. Министарство здравља Републике Србије (2010): Истраживање међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
7. Радуловић Д (1986). Проституција у Југославији, Филип Вишњић, Београд
8. Цуцић В (1987): Проституција и ризик HIV инфекције, Зборник 1. Југословенског симпозијума о AIDS-у, Загреб 1987, стране 227-230.
9. UNAIDS (2002): Брза процена стања и одговора на HIV/AIDS у популацији младих људи у Србији – RAR
10. Пејаковић Љ (2006): Оквир за дефинисање сцене уличне проституције у Београду, Социјална мисао 3, 2006, стране 95-109.
11. Министарство здравља Републике Србије (2008): Истраживање међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/istrazivanje2008.pdf>
12. Министарство здравља Републике Србије (2010.). Истраживање међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/istrazivanje2010.pdf>
13. Илић Д (2010): Risk of HIV infection among indoor and street sex workers and their use of health services in Belgrade, Serbia, Srp Arh Celok Lek. 2010 Mar-Apr;138(3-4):219-224.
14. Министарство здравља Републике Србије (2012): Истраживање међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Istrazivanja%20medju%20populacijama%20pod%20povecanim%20rizikom%20od%20HIV-a.pdf>
15. Day S.(2004): Sex Work. Mobility and health in Europe. London, KenogKaul
16. WHO (2005): Violence Against sex Workers and HIV Prevention Available from: www.who.int
17. UNAIDS (2006): At Risk and Neglected. Four Key Population. Available from: www.unaids.org

И СТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА НИВ И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ

Главни истраживач и аутор:

Доц. др Данијела Ђонић

Лабораторија за антропологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултант истраживања:

Др Маја Крстић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ

Доц. др Данијела Ђонић

Лабораторија за антропологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Кратак садржај:

Основни циљ истраживања је утврђивање нивоа знања младих ромске етничке припадности о ризику од HIV инфекције и полно преносивих инфекција (ППИ). Испитивање је обављено бихејвиоралном студијом пресека на територији Београда и Новог Сада, међу младима ромске етничке припадности узраста од 15 до 24 године. Обухваћено је укупно 700 особа (450 у Београду и 250 у Новом Саду). Узорак је одабран методологијом узорковања вођеним испитаником: 15,4% младих Рома у Београду, односно 18,5% у Новом Саду који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ниједна особа у Београду од испитиваних није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом, док је само 0,8% у Новом Саду било покривено превентивним програмима. У последњих 12 месеци изјавило је да се тестирао на HIV 2,9% младих Рома у Београду и 4,7% у Новом Саду. Кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користило је 73,5% испитаника у Београду, односно 57,2% у Новом Саду. Само 4,4% младих у Београду и 9,8% у Новом Саду је показало да немају дискриминишући став према HIV позитивним особама. Превентивна пракса у Београду је обухватила 0,2% испитаника, а у Новом Саду 2% испитаника. У Новом Саду су само 3,2% испитаника правилно идентификовали ДПСТ центре и истовремено добили кондом, док у Београду није било таквих особа. Здравственом заштитом је било обухваћено 12% младих у Београду и 6% младих Рома у Новом Саду. Упоредивши претходне параметре са претходним надзорним истраживањима из 2008, 2010. и 2012. године, примећујемо да се већина није статистички значајно мењала. Добијени резултати указују да је ово популација са високим ризиком за добијање HIV и других полно преносивих инфекција. Због тога је потребно увођење нових превентивних програма који би обухватили младе Роме, као и даље јачање постојећих превентивних програма у овој популацији, уз поновљена надзорна истраживања који би проценила ефикасност спроведених превентивних програма.

Кључне речи: млади Роми, HIV инфекција, ризично понашање

SURVEY OF RISK BEHAVIOURS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG THE ROMA ETHNIC GROUP

Danijela Djonc

University of Belgrade, School of Medicine, Laboratory for Anthropology

Abstract

The Roma constitute a large ethnic minority in Serbia, and are one of the poorest and most marginalized groups in Europe. Roma youth may be at high risk for HIV, and other sexually transmitted infections, but little is known about HIV-related knowledge, and risky sexual behaviors in this vulnerable population.

We used a respondent-driven sampling to conduct behavioral surveys of Roma youth (aged 15–24 years) in Belgrade and Novi Sad, and to document HIV-related knowledge and risky sexual behaviors.

Seven hundred Roma youth participated in this study (450 Belgrade and 250 Novi Sad). Less than one-fifth of all participants (15,4% in Belgrade and 18,5% in Novi Sad) answered all five HIV knowledge questions correctly. Not one person from Belgrade reported being included in a preventive program in the previous 12 months. In Novi Sad included in preventive program 0,8% person. 2,9% in Belgrade and 4,7% in Novi Sad reported having been tested for HIV the last 12 months. 73,5% participants in Belgrade and 57,2% in Novi Sad used a condom during their last sexual intercourse with a random partner. Only 4,4% of young people in Belgrade and 9,8% in Novi Sad is shown to not have a discriminatory attitude toward to HIV-positive people. Preventive practices in Belgrade is covered only 0.2% of respondents, and in Novi Sad 2% of patients. In Novi Sad, only 3.2% of respondents correctly identified the centers where can advise and tested for HIV and at the same time got condom, while in Belgrade there was no such person. Health care was covered only 12% of young people in Belgrade and 6% of young Roma in Novi Sad.

Comparing the previous parameters with previous monitoring surveys from 2008, 2010 and 2012 years, we note that the majority was not significantly changed. The high prevalence of reported risky behaviors suggests that Roma youth in Serbia are at high risk of contracting sexually transmitted infections. Hence, further targeted prevention interventions are needed for Roma youth, as well as strengthen existing prevention programs in this population, with repeated monitoring surveys conducted to evaluate the effectiveness of prevention programs.

Key words: young Roma, HIV infection, risk behaviour

1. УВОД

Роми су етничка заједница са посебним демографским, социо-економским и културним особинама и спадају у једну од најнеразвијених и најсиромашнијих популационих група посебно осетљивих на HIV и ППИ.

Према последњем Попису становништва, током 2011. године на територији Републике Србије је живело укупно 147.604 Рома, што чини 2,05% укупног становништва [1]. У Београду, 1,65% становништва чине Роми. Међутим, према процени невладиних организација и Националног савета Рома, овај број је далеко већи – чак 450.000 Рома [2]. Могуће је да је овај број и већи, зато што се неки изјашњавају као Срби, Муслимани или Албанци, а неки вероватно нису ни пописани или имају пребивалиште у другим деловима земље. Око 32% Рома је узраста од 0 до 14 година, 63,4% је у старосној групи од 15 до 64 године (40,9% Рома је млађе од 20 година), а преко 65 година старости је свега 4,3% Рома. Просечна старост је 27,5 година (медијална 24,4) [3]. Ови подаци указују да је ромска популација једна од најмлађих у Републици Србији, односно у читавој Европи [3].

Комбинација сиромаштва, неадекватних услова становања, недостатак личних докумената, неадекватан приступ здравственој служби, недовољно образовање и незапосленост у великој мери утичу на здравствено стање Рома. Иако не постоје званични подаци, сексуални рад, коришћење дрога и проблеми са законом често се удружују са горе наведеним факторима. Сви ови подаци, као и неколико претходних истраживања говоре у прилог тврдњи да су млади Роми под посебним ризиком од ППИ и HIV-а [4].

Током 2008. и 2010. и 2012. [5, 6, 7] године реализована су у Београду прва три бихејвиорално-биолошка надзорна истраживања из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију. Ова истраживања су пружила почетне вредности на основу којих се може пратити тренд ризика од инфекције HIV-ом и других полно преносивих болести међу младим Ромима помоћу понављаних надзорних истраживања.

Основни циљ истраживања је био да се процени ниво знања и ставова у односу на HIV инфекцију и ППИ, као и ниво примењивања ових информација у свакодневном животу међу младима ромске етничке припадности.

Током овог истраживања праћени су и специфични циљеви:

- праћење обухвата превентивном праксом у Београду од 2008. до 2014. године;
- праћење обухвата превентивним програмом у Београду и Новом Саду;
- праћење обухвата здравственом заштитом у Београду и Новом Саду;
- идентификовати евентуалне специфичности и заступљеност ризика на HIV међу младима ромске етничке припадности у поређењу са општом популацијом младих и са резултатима претходног истраживања;
- утврдити степен доступности и коришћења здравствених служби међу младима ромске етничке припадности и идентификовати подстичуће/спутавајуће факторе који утичу на доступност и коришћење ових служби;
- проценити заступљеност стигматизирајућих ставова међу младим Ромима према особама које живе са HIV-ом.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено као бихејвиорална студија пресека која подразумева испитивање ставова, знања и понашања у односу на HIV и ППИ међу младима ромске етничке припадности. Испитивање је обављено у Београду и Новом Саду током 2013. године.

У истраживање су укључени млади оба пола узраста од 15 до 24 година, ромске етничке припадности на територији града Београда и Новог Сада.

Величина узорка је израчуната помоћу формуле:
$$n = D \frac{4 \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{w^2}$$

Z_{α} – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења Z_{α} износи 1,96)

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (процент младих ромске етничке припадности који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а – резултати истраживања спроведеног на популацији младих Рома 2012. су показали да 18,5% препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а).

w – ширина интервала за границе грешке од $\pm 3,5\%$ је 0,07

D – коефицијент ефекта дизајна студије 1,5.

Величина узорка израчуната према формули је 670–700 испитаника, 450 у Београду и 250 испитаника у Новом Саду.

За узорковање је коришћена методологија „узорковање вођено испитаницима” (*Respondent Driven Sampling*, у даљем тексту RDS). RDS методологија се примењује међу младима ромске етничке припадности из неколико разлога: млади ромске етничке припадности имају јаке и доста широке друштвене мреже, нема тачних података о величини популације младих ромске етничке припадности, нису позната сва места где се окупљају/живе, те би идентификација ових места захтевала значајан период мапирања, као и то што омогућава иницијално укључивање младих ромске етничке припадности који имају ризичније облике понашања (продају сексуалне услуге, инјектирају психо-активне супстанце), као и избегавање утицаја одраслих припадника заједнице на избор испитаника.

Иницијални испитаници, „семе”, намерно су одабрани од стране истраживачког тима да би се обухватиле особе са различитим карактеристикама у оквиру испитиване популације. Почетни намерни узорак за Београд су били по шест особа од 15 до 19 година (три мушкарца и три жене) и шест од 20 до 24 година (три мушкарца и три жене) са различитих локација у граду. Почетни узорак за Нови Сад је био по две особе од 15 до 19 година (један мушкарац и једна жена) и по две особе од 20 до 24 година (један мушкарац и једна жена) са различитих локација у граду.

У истраживању су могле да учествују особе оба пола које: имају 15 и више година до 24 година (укључујући и 24 године), идентификују се као припадници ромске групације, живе/раде/бораве минимум осам сати дневно у последња три месеца на локацији истраживања, регрутовани су да учествују у истраживању што доказују доношењем валидног купона за учешће у истраживању, нису већ учествовали у текућем истраживању у Београду или Новом Саду, схватају и прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији и у ментално су подобном стању за учешће у истраживању (у могућности да разумеју питања и одговоре на њих).

Сви подаци за истраживање су добијени разговорима са учесницима у истраживању помоћу структурираног упитника затвореног типа. У оквиру истраживања користиле су се три групе упитника: квантитативни упитник, упитник о мрежи, образац о неподобности испитаника и упитник о одбијању купона. Сваки од упитника је коришћен у одређеној етапи истраживања са сваким испитаником.

Подаци су обрађени кроз два софтверска пакета: RDSAT и SPSS 20.0. Сви подаци су груписани према полу, узрасту испитаника и локацији коришћењем метода дескриптивне и аналитичке статистике. Сви обавезни индикатори су анализирани и представљени у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију, а додатни у формату дефинисаном протоколом истраживања и дизајном истраживачких инструмената.

3. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

Општи демографски подаци

У истраживању је учествовало 700 испитаника од којих је 250 из Новог Сада и 450 из Београда. Приликом анализе резултата истраживања, подаци су дисагрегирани у односу на пол и старосне групе (табела 1).

Табела 1. Демографске карактеристике испитиваних особа

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		N	%	N	%
Пол	Мушки	290	64,4	157	62,8
	Женски	160	35,6	93	37,2
Старосне групе					
	15–19	276	61,3	142	56,8
	20–24	174	38,7	108	43,2
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	182	62,8	94	59,9
	20–24	108	37,2	63	40,1
Старосне групе – жене					
	15–19	94	58,8	48	51,6
	20–24	66	41,2	45	48,4
Укупно		450	100,0	250	100,0

Од укупно испитаног узорка у Београду: 2,2% је било без образовања, 10,9% је са непотпуном основном школом, 34,7% је било са завршеном основном школом, 18,0% је са завршеном средњом школом, док 34,2% њих тренутно иде у школу. У испитиваној групи младих Рома у Новом Саду највише их је било са завршеном основном школом (41,2%), док је најмање особа било без образовања (7,2%). У Београду је 94,2% изјавило да је писмено, а у Новом Саду 93,2%. Поређећи са резултатима претходног истраживања [5, 6, 7, 8] видимо да је и даље слична дистрибуција код младих Рома у степену образовања и да је и даље већи број без образовања него у општој популацији [9]. Међутим, примећује се и напредак у односу на истраживање из 2002. године [10] када је са незавршеном основном школом било 62% Рома, а 32,5% Рома нема школско образовање. Међутим, стопа неписмености се није значајније променила. Претходно истраживање је показало да је у узрасној групи од 10 до 25 година стопа неписмености била 14%, с тим што је удео неписмених Ромкиња био скоро 2,5 пута већи него мушкараца, док је наше истраживање показало у Новом Саду сличну дистрибуцију неписмених међу оба пола, а у Београду већи удео неписмених Рома [11].

Ако анализирамо испитанике према начину издржавања уочавамо да највећи број њих у оба града издржавају родитељи (64,3% Београд, 66,8% Нови Сад), најмањи број њих добија материјалну помоћ од центра за социјални рад (4,7% Београд, 9,3% Нови Сад). И начин издржавања је остао сличан као у претходним истраживањима [5, 6, 7, 8]. Степен незапослености је доста велики у односу на општу популацију [9] и није се пуно променио последњих десетак година, јер нам резултати претходних истраживања [10] показују јако сличну стопу незапослености. Истраживање које је обухватило 525 ромских домаћинстава спроведено 2002. године од стране агенције „Аргумент”, показало је да око 80,9% Рома нема легално запослење, 27% је без сталних примања, а 43% њих додатна средства обезбеђује сакупљајући секундарне сировине [11].

Вредности националних индикатора за праћење одговора на HIV

За сада не постоје званични подаци о преваленцији HIV инфекције међу Ромима. Према истраживању вишеструких показатеља у Републици Србији из 2010. године [10], које је спровео Републички завод за статистику уз помоћ УНИЦЕФ-а (MICS 4) на репрезентативном узорку ромске популације, показано је да само 13% жена старости од 15 до 49 година имају свеобухватно знање о начину преношења HIV-а, док је тај проценат у општој популацији много већи и кретао се од 46,0% (регион Шумадије и Западне Србије) до 65,7% (Београдски регион). У старосној групи од 15 до 24 године тај проценат се спустио на 12% [10]. Резултати истраживања спроведеног 2008. године [12], међу 200 Ромкиња старости између 15 и 25 године које су се лечиле у ГАК „Народни фронт”, показали су да више од половине испитаница није чуло ни за једну ППИ. Такође, већина испитаница (81,5%) је изјавила да никад не користи кондом приликом сексуалних односа, док је само 2% изјавило да кондом користи увек. И истраживања која су се изводила међу младим Ромима у Бугарској показала су такође висок степен незаштићених сексуалних односа, учесталост сексуалних односа са многобројним случајним партнерима и то код оба пола, низак степен употребе кондома

и превенције ППИ [13, 14, 15, 16, 17]. И претходна истраживања изведена у Србији [5, 6, 7, 8] показала су у високом степену ризично понашање за настанак HIV-а и ППИ међу младим Ромима па је последњих година све више присутна забринутост око осетљивости Рома за добијање HIV-а, ППИ и других репродуктивних обољења.

Резултати нашег истраживања су показали да је 15,4% испитаника у Београду односно 18,5% испитаника у Новом Саду који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а и утврђено је да је статистички значајно више њих у оба града међу старијим испитаницима (табела 2). Између полова нема статистички значајне разлике (табела 2). И у претходним надзорним истраживањима [5, 6, 7] био је сличан број испитаника који знају праве начине сексуалне трансмисије HIV-а (табела 2а) и нема статистички значајне разлике. Уочавамо да је број младих Рома који имају основна знања о HIV-у нешто значајно мањи него у општој популацији, јер према истраживању вишеструких показатеља у Републици Србији из 2010. године [10] међу младима узраста од 15 до 24 године, 45,6–67,8% жена, односно 40,1–56,7% мушкараца правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препознају заблуде везане за трансмисију HIV-а [10]. Највише испитаника знају да особа која изгледа здрава може бити заражена HIV-ом (64,9% у Београду и 64% у Новом Саду), као и да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик од преношења HIV-а (65,1% у Београду и 66,8% у Новом Саду). Скоро половина испитаника мисле да упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а (49,6% у Београду и 46,4% у Новом Саду). Најмањи је број испитаника који не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако деле храну са особом која има HIV (37,3% у Београду и 40,4% у Новом Саду).

Од особа које знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у Београду је 44% (95% ИП 33,4–55,5%) особа и 48,1% (95% ИП 34,4–61,9%) у Новом Саду користило кондом приликом последњег сексуалног односа. У Новом Саду је међу испитаницима који су користили кондом постојала статистички значајна разлика у односу на оне који не знају праве начине сексуалне трансмисије ($\chi^2=4,412$, $p=0,036$). Међу особама које знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције 51,9% (95% ИП 40,7–62,9%) у Београду и 40,7% (95% ИП 27,2–54,3%) у Новом Саду је увек користило кондом приликом сексуалних односа и са сталним и случајним партнером. На обе локације је постојала статистички значајна разлика у односу на оне који не знају праве начине сексуалне трансмисије (у Београду $\chi^2=6,247$, $p=0,01$; у Новом Саду $\chi^2=6,378$, $p=0,01$). Од особа које правилно идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције истовремено се на HIV тестирало 7,4% (95% ИП 1,6–13,2%) у Београду и 11,1% (95% ИП 2,4–19,8%) у Новом Саду и у поређењу са општим анализираним узорком скоро дупло више. Већина ових младих имају изабраног лекара у дому здравља, у Београду – 88,9% (95% ИП 81,9–95,8%), у Новом Саду – 79,6% (95% ИП 68,5–90,7%).

Табела 2. Процент младих Рома који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	55 (19,0)	290	29 (18,5)	157
	Женски	26 (16,3)	160	25 (26,9)	93
Старосне групе	15–19	40 (14,5)	276	22 (15,5)	142
	20–24	41 (23,6)	174	32 (29,6)	108
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	29 (15,9)	182	11 (11,7)	94
	20–24	26 (21,1)	108	18 (28,6)	63
Старосне групе – жене					
	15–19	11 (11,7)	94	11 (22,9)	48
	20–24	15 (22,7)	63	14 (31,1)	45
Укупно		81 (18,0)	450	54 (21,6)	250
RDS % (95% ИП)		15,4 (11,7–19,2)	438	18,5 (12,6–25,6)	246

¹ – болдирани износи представљају статистички значајне разлике ($p<0,05$) мерене χ^2 тестом.

Табела 2а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а

Социо-демографска обележја	2008.				2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	15,1	12,3	18,0	179	21,2	15,0	27,0	263	17,5	12,9	22,1	290	19,0	14,4	23,5
жене	148	14,2	10,4	16,3	91	24,2	15,0	33,0	137	20,4	13,6	27,2	160	16,3	10,5	22,0
15–19 год.	172	8,1	5,5	12,8	151	16,6	11,0	23,0	257	14,0	9,7	18,3	276	14,5	10,3	18,7
20–24 год.	208	20,2	13,7	25,8	119	29,4	21,0	38,0	143	26,6	19,2	33,9	174	23,6	17,2	29,9
укупно	380	14,7	10,8	18,6	270	22,2	17,0	27,0	400	18,5	14,7	22,3	450	18,0	14,4	21,6

Ниједна испитивана особа у Београду није изјавила (табела 3) да је у последњих годину дана била обухваћена превентивним програмима, тако да се наставља тренд из већине претходних надзорних истраживања. Једино су 2008. две особе изјавиле да су добиле кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру, а истовремено знале да правилно идентификују место ДПСТ центара и присуствовале предавању на тему HIV-а ван школског система (табела 3а), док 2010. и 2012. године такође ниједна особа није била обухваћена превентивним програмима. У Новом Саду је било обухваћено превентивним програмима 0,8% младих Рома (табела 3). Није уочена статистички значајна разлика ни између полова, нити између посматраних старосних категорија. Овако мала покривеност превентивним програмима је забрињавајућа, јер је истовремено последњих година међу ромским становништвом изведен велики број пројеката и неки од њих су усмерени управо на младе и репродуктивно здравље [19].

Анализирајући појединачно параметре на основу којих је израчунат претходни композитни индикатор видимо да је у Београду највећи број (4,7%) испитаника који правилно идентификује место ДПСТ центара (табела 4), док су само три особе (0,5%) изјавиле да су у претходних 12 месеци добиле кондом од теренских радника из НВО-а/ДПСТ-а (табела 5). У Новом Саду је скоро подједнак број оних који су изјавили да су добили кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру и који правилно идентификује место ДПСТ центара, док је најмање особа присуствовало предавању на тему HIV-а ван школског система (табеле 4–6). У већини посматраних параметара у Београду видљив је благи тренд раста у односу на претходна истраживања (табеле 4–6). Највише је повећан број младих који је присуствовао предавању на тему HIV-а ван школског система (табела 6а). Наиме, 2013. и 2010. године значајно више младих је изјавило да је присуствовало предавању на тему HIV-а ван школског система. Током 2008. значајно највише младих је знало да правилно идентификује ДПСТ центре (табела 4а). Не постоји статистички значајна разлика у претходним надзорним истраживањима у Београду између особа које су изјавиле да су у претходних 12 месеци добиле кондом од теренских радника из НВО-а/ДПСТ-а (табела 5а), осим за 2010. годину када ниједна особа у Београду није изјавила да је добила кондом.

Табела 3. Процент младих Рома обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци

Основна социо-демографска обележја		Нови Сад	
		n (%)	N
Пол	Мушки	5 (2,0)	157
	Женски	3 (1,2)	93
Старосне групе	15–19	2 (0,8)	142
	20–24	6 (2,4)	108
Старосне групе – мушкарци	15–19	2 (2,1)	94
	20–24	3 (4,8)	63
Старосне групе – жене	15–19	0	48
	20–24	3 (6,7)	45
Укупно		8 (3,2)	250
RDS% (95% ИП)		0,8 (0-2,7)	246

Табела 3а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду током 2008* године који су били обухваћени превентивним програмима у последњих 12 месеци

Социо-демографска обележја	2008			
	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	0,9	0	2,4
жене	148	/	/	/
15–19 год.	172	0,6	0,03	1,2
20–24 год.	208	0,5	0	1,2
укупно	380	0,5	0,01	1,0

* У осталим истраживањима 2010, 2012. и 2013. године, у Београду ниједна особа није била обухваћена превентивним програмима.

Табела 4. Процент младих Рома који правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	14 (4,8)	290	10 (6,4)	157
	Женски	7 (4,4)	160	14 (15,1)	93
Старосне групе	15–19	8 (2,9)	276	7 (4,9)	142
	20–24	13 (7,5)	174	17 (15,7)	108
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	8 (4,4)	182	3 (3,2)	94
	20–24	6 (5,6)	108	7 (11,1)	63
Старосне групе – жене					
	15–19	/	94	4 (8,3)	48
	20–24	7 (10,6)	63	10 (22,2)	45
Укупно		21 (4,7)	450	24 (9,6)	250
RDS% (95% ИП)		4,9 (2,6–7,7)	438	9,5 (4,9–15,3)	246

Табела 4а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV

Социо-демографска обележја	2008.				2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	17,2	12,3	22,1	179	6,2	2,6	9,7	263	1,5	0,03	3,0	290	4,8	2,3	7,3
жене	148	24,3	17,3	31,3	91	4,4	0,1	8,7	137	2,9	0,06	5,8	160	4,4	1,2	7,6
15–19 год.	172	11,0	6,3	15,8	151	3,9	0,8	7,1	257	2,3	0,4	4,2	276	2,9	0,9	4,9
20–24 год.	208	27,4	21,3	33,5	119	7,6	2,7	12,4	143	1,4	0	3,4	174	7,5	3,5	11,4
укупно	380	20,0	15,9	24,4	270	5,6	2,8	8,3	400	2,0	0,6	3,4	450	4,7	2,7	6,6

Табела 5. Процент младих Рома који су пријавили да су добили кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	3 (0,7)	290	20 (8,0)	157
	Женски	0	160	6 (2,4)	93
Старосне групе	15–19	2 (0,4)	276	12 (4,8)	142
	20–24	1 (0,2)	174	14 (5,6)	108
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	2 (1,1)	182	10 (10,6)	94
	20–24	1 (0,9)	108	10 (15,9)	63
Старосне групе – жене					
	15–19	0	94	2 (4,2)	48
	20–24	0	63	4 (8,9)	45
Укупно		3 (0,7)	450	26 (10,4)	250
RDS% (95% ИП)		0,5 (0–1,2)	438	8,7 (4,3–13,8)	246

Табела 5а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који су пријавили да су добили кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру*

Социо-демографска обележја	2008.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	0,5	0	2,1	263	0,3	0	1,1	290	0,7	0	2,2
жене	148	0,3	0	2,0	137	/	/	/	160	/	/	/
15-19 год.	172	0,3	0	1,7	257	/	/	/	276	0,4	0	1,7
20-24 год.	208	0,5	0	2,3	143	0,7	0	2,1	174	0,2	0	1,7
укупно	380	0,8	0	1,7	400	0,3	0	0,7	450	0,7	0	1,4

* У истраживању спроведеном 2010. године у Београду ниједна особа није изјавила да је добила кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру.

Табела 6. Процент младих Рома који су присуствовали предавању на тему HIV-а ван школског система

Основна социо-демографска обележја	Београд			Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	25 (8,6)	290	20 (12,7)	157
	Женски	15 (9,4)	160	9 (9,7)	93
Старосне групе	15-19	36 (13,0)	276	25 (17,6)	142
	20-24	4 (2,3)	174	4 (3,7)	108
Старосне групе – мушкарци	15-19	22 (12,1)	182	18 (19,1)	94
	20-24	3 (2,8)	108	2 (3,2)	63
Старосне групе – жене	15-19	14 (14,9)	94	7 (14,6)	48
	20-24	1 (1,5)	63	2 (4,4)	45
Укупно		40 (8,9)	450	29 (11,6)	250
RDS% (95% ИП)		2,4 (0,3-4,8)	438	3,9 (1,6-6,9)	246

Табела 6а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који су присуствовали предавању на тему HIV-а ван школског система

Социо-демографска обележја	2008.				2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	1,1	0,4	3,4	179	5,0	1,8	8,3	263	0,8	0	1,8	290	8,6	5,4	11,8
жене	148	3,4	0,4	6,3	91	7,7	2,1	13,3	137	2,2	0	4,7	160	9,4	4,8	13,9
15-19 год.	172	0,6	0	1,7	151	9,3	4,6	13,9	257	1,2	0	2,5	276	13,0	9,0	17,0
20-24 год.	208	3,8	1,2	6,5	119	1,7	0	4,0	143	1,4	0	3,4	174	2,3	0,04	4,5
укупно	380	2,4	0,8	3,9	270	5,9	3,1	8,8	400	1,3	0,2	2,3	450	8,9	6,3	11,5

За разлику од претходних истраживања, у овом истраживању је нешто већи број младих Рома који се тестирао на HIV (табела 7 и 7а). Међутим, ни код анализе овог параметра није пронађена статистички значајна разлика у трендовима (табела 7а). Значајно је већи број особа из старије категорије у Београду који су се тестирали, док по полу нема статистичке разлике (табела 7). Код испитаника у Новом Саду није уочена статистички значајна разлика ни између полова, нити између посматраних старосних категорија (табела 7а).

Табела 7. Процент младих Рома који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци живота и знају резултат свог последњег теста

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	12 (4,1)	290	10 (6,4)	157
	Женски	6 (3,8)	160	4 (4,3)	93
Старосне групе	15–19	7 (2,5)	276	8 (5,6)	142
	20–24	11 (6,3)	174	6 (5,6)	108
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	7 (3,8)	182	7 (7,4)	94
	20–24	5 (4,6)	108	3 (4,8)	63
Старосне групе – жене					
	15–19	/	94	1 (2,1)	48
	20–24	6 (9,1)	63	3 (6,7)	45
Укупно		18 (4,0)	450	14 (5,6)	250
RDS% (95% ИП)		2,9 (1,5–4,5)	438	4,7 (1,7–8,3)	246

Табела 7а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци живота и знају резултат свог последњег теста

Социо-демографска обележја	2008.				2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	232	1,3	0	2,8	179	2,0	0	4,0	263	1,9	0,2	3,6	290	4,1	1,8	6,4
жене	148	2,0	0	4,3	91	2,0	0	5,0	137	1,5	0	3,5	160	3,8	0,8	6,7
15-19 год.	172	1,2	0	2,8	151	1,0	0	3,0	257	1,6	0,03	3,1	276	2,5	0,7	4,4
20–24 год.	208	1,9	0,4	3,8	119	3,0	0,0	5,0	143	2,1	0	4,5	174	6,3	2,7	9,9
укупно	380	1,6	0,3	2,8	270	2,0	0,0	3,0	400	1,8	0,5	3,0	450	4,0	2,2	5,8

Број младих Рома у Београду који су изјавили да су приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користили кондом се повећао у односу на 2008. и 2012. годину и сличан је броју младих из 2010. године (табела 8а), али без постојања статистички значајне разлике. Значајно је више мушкараца од жена који су користили кондом (табела 8). Између посматраних старосних категорија није уочена статистички значајна разлика (табела 8). У Новом Саду је нешто више од половине испитаника користило кондом приликом последњег сексуалног односа и значајно је више мушкараца (табела 8). У поређењу са резултатима истраживања вишеструких показатеља у Републици Србији из 2010. године [10] где је 77% жена и 80% мушкараца старости од 15 до 24 године изјавило да је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером, видимо да сличан број мушкараца користи кондом са случајним партнером, док је значајније мањи број жена Ромкиња у нашем истраживању изјавило да је користило кондом [18]. Као и у другим студијама и ми смо уочили да постоји статистички значајна разлика између мушкараца и жена, док разлика између старосних категорија не постоји [20]. Од ових испитаника већина у оба града има изабраног лекара у дому здравља, у Београду – 83,7% (95% ИП 78,2–89,3%), у Новом Саду – 74,4% (95% ИП 65,3–83,6%).

Табела 8. Процент младих Рома који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са случајним сексуалним партнером

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	122 (74,8)	163	30 (62,5)	48
	Женски	12 (50,0)	24	1 (12,5)	8
Старосне групе	15–19	77 (71,3)	108	14 (56,0)	25
	20–24	57 (72,2)	79	17 (54,8)	31

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	74 (75,5)	98	14 (63,6)	22
	20–24	48 (73,8)	65	16 (61,5)	26
Старосне групе – жене					
	15–19	3 (30,0)	10	0	3
	20–24	9 (64,3)	14	1 (2,2)	5
Укупно		134 (71,7)	187	31 (55,4)	56
RDS% (95% ИП)		73,5 (49,2–79,8)	84	57,2 (18,1–100,0)	8

Табела 8а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са случајним сексуалним партнером

Социо-демографска обележја	2008.				2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	103	58,3	48,6	67,9	179	74,0	66,0	83,0	263	62,2	53,7	70,7	163	74,8	68,1	81,6
жене	11	52,6	54,6	89,9	91	69,0	43,0	94,0	137	31,2	5,7	56,8	24	50,0	28,4	71,6
15–19 год.	33	72,7	56,7	88,8	151	71,0	59,0	83,0	257	64,6	53,8	75,3	108	71,3	62,6	79,9
20–24 год.	81	55,6	44,5	66,6	119	76,0	65,0	87,0	143	51,6	38,9	64,1	79	72,2	62,0	82,2
укупно	114	60,5	51,4	69,6	270	73,5	65,0	82,0	400	58,7	50,6	66,9	187	71,7	65,1	78,2

У оба града веома мали број испитаника (4,6% у Београду, 8,6% у Новом Саду) нема дискриминаторни став према HIV позитивним особама (табела 9). У Београду није уочена статистички значајна разлика ни између полова, нити између посматраних старосних категорија. У Новом Саду значајно већи број жена, као особа старости од 20 до 24 година, нема дискриминаторни став према HIV позитивним особама (табела 9). Анализирајући тренд овог индикатора од 2010. године видимо да се он значајно смањило (табела 9а). Међутим, потребно је напоменути да је у претходним истраживањима овај индикатор добијен на основу мањег броја питања у упитнику и највероватније је овако велика разлика настала услед тога.

Од особа које немају дискриминаторни став према HIV позитивним особама трећина је у оба града: Београд – 30,8% (95% ИП 17,8–43,7%), Нови Сад – 30,0% (95% ИП 31,0–68,9%) изјавила да је користила кондом приликом последњег сексуалног односа, док је увек користило кондом нешто више испитаника, у Београду – 36,5% (95% ИП 23,0–50,1%), у Новом Саду 36,7% (95% ИП 18,4–54,9%). Само 15,4% (95% ИП 5,2–25,5%) у Београду, односно 13,3% (95% ИП 0,4–26,2%) у Новом Саду су обухваћени истовремено и здравственом заштитом. Од особа које немају дискриминаторни став, превентивном праксом је било обухваћено 3,3% (95% ИП -3,3–10,1%) испитаника у Новом Саду, док у Београду није било таквих испитаника. И код анализе овог параметра већина особа имају свог изабраног лекара у дому здравља, Београд – 90,4% (95% ИП 82,1–98,7%), Нови Сад – 80,0% (95% ИП 64,8–95,2%).

Табела 9. Процент младих Рома који немају дискриминаторни став према PLHIV

Основна социо-демографска обележја		Београд		Нови Сад	
		n (%)	N	n (%)	N
Пол	Мушки	8 (3,3)	241	6 (5,1)	118
	Женски	9 (6,9)	131	10 (14,9)	67
Старосне групе	15–19	7 (3,3)	215	5 (4,8)	104
	20–24	10 (6,4)	157	11 (13,6)	81
Старосне групе – мушкарци					
	15–19	3 (2,1)	143	1 (1,4)	69
	20–24	5 (5,1)	98	5 (10,2)	49
Старосне групе – жене					
	15–19	4 (5,6)	72	4 (11,4)	35
	20–24	5 (8,5)	59	6 (18,8)	32
Укупно		17 (4,6)	372	16 (8,6)	185
RDS% (95% ИП)		4,4 (2,1–7,0)	322	9,8 (4,5–17,4)	159

Табела 9а. Праћење тренда међу младим Ромима у Београду који немају дискриминаторни став према PLHIV

Социо-демографска обележја	2010.				2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	179	13,8	8,5	19,1	263	17,5	12,5	22,4	290	3,3	1,0	5,6
жене	91	27,1	17,4	36,7	137	20,2	12,7	27,6	160	6,9	2,5	11,2
15–19 год.	151	14,5	8,6	20,4	257	16,7	11,7	21,8	276	3,3	0,8	5,6
20–24 год.	119	22,8	14,9	30,6	143	21,1	13,9	28,3	174	6,4	2,5	10,2
укупно	270	18,3	10,3	16,3	400	18,4	13,1	23,7	450	4,6	2,4	6,7

Превентивна пракса

Превентивна пракса у Београду је обухватила само 0,2% испитаника односно само један испитаник је изјавио да је имао контакт са HIV превентивним програмом који спроводе удружења, да је прошао кроз саветовање и тестирање на HIV и да увек користи кондом при сексуалним односима (табела 10). У претходним истраживањима једино су још у 2012. две особе изјавиле да су обухваћене превентивном праксом (табела 10а). У Новом Саду је 2% испитаника било обухваћено (табела 10). Ниједна особа у оба града није истовремено изјавила да је обухваћена здравственом заштитом. Испитаник из Београда који је обухваћен превентивном праксом истовремено је у последњих годину дана обавио и тестирање на HIV, док је у Новом Саду 80% отишло на тестирање. Овај број испитаника који су се тестирали је много већи него у општем узорку, али због малог обухвата превентивним програмом не можемо да посматрамо значајност разлике.

Од особа које су се тестирале на HIV у последњих годину дана увек је користило кондом приликом сексуалних односа 36,8% (95% ИП 12,9–60,7%) испитаника у Београду и 53,3% (95% ИП 24,7–81,9%) у Новом Саду, док је приликом последњег сексуалног односа користило кондом у Београду 31,6% (95% ИП 8,6–54,6%), у Новом Саду 60% (95% ИП 31,9–88,1%). У Београду је број испитаника у целокупном узорку дупло већи, док је у Новом Саду сличан број код обе групе.

Табела 10. Процент младих Рома који су били обихваћени превентивном праксом

Основна социо-демографска обележја		Београд				Нови Сад			
		%	N	95 ИП%-	95 ИП%+	%	N	95 ИП%-	95 ИП%+
Пол	Мушки	0,3	290	0	1,2	2,5	157	0,06	5,0
	Женски	/	160	/	/	1,1	93	0	3,2
Старосне групе	15–19	/	276	/	/	1,4	142	0	3,4
	20–24	0,6	174	0	1,7	2,8	108	0	5,9
Укупно		0,2	450	0	0,6	2,0	250	0,3	3,8

Табела 10а. Праћење превентивне праксе у Београду

Социо-демографска обележја	2012.				2013.			
	N	%	ИП-	ИП+	N	%	ИП-	ИП+
мушкарци	263	0,8	0	1,8	290	0,3	0	1,2
жене	137	/	/	/	160	/	/	/
15–19 год.	257	0,4	0	1,2	276	/	/	/
20–24 год.	143	0,7	0	2,1	174	0,6	0	1,7
укупно	400	0,5	0	1,2	450	0,2	0	0,6

Превентивни програм

Сет „Превентивни програм” је укључио оне који знају где могу да се саветују и тестирају на HIV и који су добили кондом од теренских радника на терену или у *drop-in* центру у оквиру програма превенције HIV инфекције/програма смањења штетности који се реализују на терену. У Београду ниједна особа није била обухваћена, док је у Новом Саду само осморо испитаника који су правилно идентификовали ДПСТ центре и истовремено добили кондом (табела 11). Од особа обухваћених превентивним програмом само 2,2% (95% ИП -0,8–5,3%) у Новом Саду су истовремено користили кондом приликом последњег пенетрантног сексуалног односа, док је увек користило кондом 2,9% (95% ИП -1,2–7,2%) испитаника. Од оних који су били обухваћени превентивним програмима 12,5% (95% ИП 0,4–24,6%) младих се тестирало на HIV са

постојањем статистички значајне разлике у односу на оне који нису обухваћени ($\chi^2=10,246$, $p=0,001$). 5,6% (95% ИП -0,7–11,9%) испитаника обухваћених превентивним програмом истовремено зна праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Упоредјујући особе обухваћене превентивним програмом у односу на општи анализирани узорак у Новом Саду видимо да су се ове особе једино у дупло већем броју тестирали на HIV у последњих годину дана, док су остали параметри које смо посматрали (употреба кондома и знање о сексуалној трансмисији HIV-а) далеко нижи у односу на посматране младе у Новом Саду.

Табела 11. Процент младих Рома који су били обухваћени превентивним програмима

Основна социо-демографска обележја		Нови Сад			
		%	N	95 ИП%-	95 ИП%+
Пол	Мушки	3,2	157	0,4	5,9
	Женски	3,2	93	0	6,9
Старосне групе	15–19	1,4	142	0	3,4
	20–24	5,6	108	1,2	9,9
Укупно		3,2	250	1,0	5,4

Здравствена заштита

Здравственом заштитом (имају здравствено осигурање, имају изабраног лекара у дому здравља, били су код лекара у последњих 12 месеци и задовољни су радом лекара) је било обухваћено само 12% младих Рома у Београду и 6% младих Рома у Новом Саду (табела 12). Од особа обухваћених здравственом заштитом: користило је кондом увек приликом сексуалних односа 19,3% (95% ИП 8,7–29,8%) у Београду и 13,3% (95% ИП 6,1–32,8%) у Новом Саду, док је приликом последњег сексуалног односа користило кондом 36,8% испитаника (95% ИП 12,9–60,7%) у Београду и 53,3% испитаника (95% ИП 24,7–81,9%) у Новом Саду. Код младих у Београду смо пронашли значајну разлику између испитаника који су користили кондом при последњем сексуалном односу ($\chi^2=5,504$, $p=0,01$), док смо у Новом Саду пронашли разлику између испитаника који су увек користили кондом ($\chi^2=5,518$, $p=0,02$). Анализирајући даље испитанике који су били обухваћени здравственом заштитом утврдили смо да нико од њих у Београду није био покривен превентивним програмом, док је у Новом Саду било обухваћено 12,5% (95% ИП 1,7–42%) тих испитаника. Испитаници из Београда такође не препознају у већем обиму ни ДПСТ центре, јер их само 1,8% (95% ИП -1,7–5,2%) правилно идентификује. У Новом Саду је нешто више испитаника који идентификују ДПСТ центре 13,3% (95% ИП -6,1–32,8%) у односу на целокупни испитивани узорак.

Од младих Ромкиња које су посетиле гинеколога у последњих годину дана: 16,3% (95% ИП 10,7–21,8%) у Београду и 21,1% (95% ИП 12,5–29,7%) у Новом Саду су користиле кондом приликом последњег сексуалног односа; 27,2% (95% ИП 17,2–37,1%) у Београду и 38,9% (95% ИП 25,4–52,3%) испитаница у Новом Саду зна праве начине трансмисије HIV инфекције; око трећине Ромкиња нема дискриманторни став према HIV позитивним особама, 32,7% (95% ИП 19,5–45,8%) у Београду и 56,7% (95% ИП 37,8–52,3%) у Новом Саду.

Табела 12. Процент младих Рома који су били обухваћени здравственом заштитом

Основна социо-демографска обележја		Београд				Нови Сад			
		%	N	95 ИП%-	95 ИП%+	%	N	95 ИП%-	95 ИП%+
Пол	Мушки	/	290	/	/	/	157	/	/
	Женски	35,6	160	28,1	43,1	16,1	93	8,5	23,7
Старосне групе	15–19	9,4	276	5,9	12,9	7,0	142	2,8	11,3
	20–24	17,8	174	12,1	23,6	4,6	108	0,6	8,7
Укупно		12,7	450	9,6	15,8	6,0	250	3,0	8,9

4. ЗАКЉУЧЦИ

У надзорном истраживању „Ризичног облика понашања и фактора ризика за HIV и друге полно преносиве инфекције међу младим Ромима” које је организовано на територији града Београда и Новог Сада на узорку од 700 младих Рома између 15 и 24 године дошло се до следећих закључака:

- Само 15,4% младих Рома у Београду, односно 18,5% у Новом Саду зна праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а.
- Ниједна испитивана особа у Београду није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом, док је у Новом Саду било укључено само 0,8%.
- У Београду само 4,9% особа зна тачно да идентификује место где се може добровољно тестирати и саветовати на HIV. У Новом Саду тачно место идентификује 9,5% испитаника.
- Само три особе (0,5%) у Београду су пријавиле да су добиле кондом од теренских радника НВО-а или ДПСТ центара, док их је у Новом Саду било значајно више (8,7%).
- 2,4% испитаника у Београду, односно 3,9% у Новом Саду је присуствовало предавању на тему HIV-а у ваншколском систему у последњих 12 месеци.
- 2,9% Рома у Београду и 4,7% Рома у Новом Саду је изјавило да се у последњих 12 месеци тестирало на HIV.
- 73,5% испитаника у Београду је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером, док је у Новом Саду нешто више од половине испитаника (57,2%) који су користили кондом.
- У оба града веома је мали број особа које немају дискриминаторни став према HIV позитивним особама.
- Превентивна пракса у Београду је обухватила само 0,2% испитаника, а у Новом Саду 2% испитаника.
- У Новом Саду је било само 3,2% испитаника који су правилно идентификовали ДПСТ центре и истовремено добили кондом, док у Београду није било таквих особа.
- Здравственом заштитом је било обухваћено само 12% младих у Београду и 6% младих Рома у Новом Саду.
- Упоређујући вредности кључних показатеља добијених истраживањем из 2013. године са резултатима добијеним претходним надзорним истраживањима из 2008, 2010. и 2012. године, примећујемо да се већина није статистички значајно мењала. Значајно више младих је изјавило током 2013. и 2010. да је присуствовало предавању на тему HIV-а ван школског система. Током 2008. значајно највише младих је знало да правилно идентификује ДПСТ центре. У последњем истраживању значајно мање особа нема дискриминаторни став према HIV позитивним особама.

5. ПРЕПОРУКЕ

Иако је неколико пројеката међу младим Ромима реализовано током последњих година, сви анализирани резултати само наглашавају и даљу потребу за превентивним деловањем и због тога би требало:

- Спроводити високоспецифичне, етнички и социо-економски, као и културно сензитивне програме, који би се фокусирали на укупно здравље младих Рома.
- Размотрити и ревидирати постојеће превентивне програме за младе Роме, јер сва спроведена надзорна истраживања показују да није добра покривеност корисника.
- Повећати обим и доступност превентивних програма на терену кроз сарадњу владиног и невладиног сектора.
- Осмислити и промовисати значај добровољног и поверљивог саветовања и тестирања, као кључне превентивне активности, уз повећање покривености услугама саветовања и тестирања, а у складу са реалним потребама и могућностима.
- Повећати доступност кондома на терену и континуирано радити на промоцији њихове употребе.

- Почети са едукацијом младих најкасније до 15. године живота, да би пре почињања сексуалне активности били правилно информисани.
- Промовисати рад саветовалишта за младе при домовима здравља међу младим Ромима.
- Спроводити понављана бихејвиорална истраживања, у циљу праћења тренда промена у ризичном понашању, степену знања и коришћења превентивних и терапијских услуга, а ради правременог и адекватног реаговања.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Републички завод за статистику Србије (2011): Попис становништва, домаћинства и станова у 2011. СТАНОВНИШТВО - вероисповест, матерњи језик и национална или етничка припадност према старости и полу. Београд. Доступно на: <http://popis2011.stat.rs/>
2. Rozalija Ilić, Dr Marija Babović, Dr Slobodan Cvejić (2007): Position of Roma in the employment market in Šumadija county, Kragujevac
3. Републички завод за статистику Србије, Институт друштвених наука, Центар за демографско истраживања Друштво демографа Србије (2007): Демографска статистика 2004, Београд
4. CARE (2008): Приступ здравственим услугама које третирају полно и репродуктивно здравље за жене и младе расељене Роме у јужној Србији. Доступно на: <http://www.pxds.com/nusoap/samples/care/wpcontent/uploads/2010/05/Socijalna-analiza.pdf>
5. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу мадима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
6. Министарство здравља Србије (2010): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу младима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
7. Министарство здравља Србије (2012): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу младима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
8. Djonic D. (2013): HIV-related risk behaviors among Roma youth in Serbia: results of two community-based surveys. *J Adolesc Health*. Feb;52(2):234-40.
9. Bjeloglav D, David H, Krstić G, Marković G. (2007): LSMS Project 2002-2003: life in Serbia through the survey data. Belgrade: Strategic Marketing
10. ARGUMENT (2002): Живот Рома у београдским насеобинама, Београд
11. UNICEF Belgrade. Serbia Multiple Indicator Cluster Survey (2010): Monitoring the situation of children and women, Belgrade.
12. CDKR Belgrade (2008): Reproductive and sexual health among Roma youth – field assessment, Belgrade.
13. UNDP (2003): Social assessment of Roma and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. Bucharest, Romania: United Nations Development Program/Romania Country Office and Center for Health Policies and Services, 2003.
14. World Bank (2003): HIV/AIDS in Southeastern Europe: case studies from Bulgaria, Croatia, and Romania. Washington, DC: World Bank.
15. Tomova I. (1995): Gypsies of the transition period. Sofia, Bulgaria: IMIR Publications.
16. Kabakchieva E, Vassileva S, Kelly JA, Amirkhanian YA, DiFranceisco WJ, McAuliffe TL, et al. (2006): HIV risk behavior patterns, predictors, and STD prevalence in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Sofia, Bulgaria. *Sex Trans Dis*;33:485-90.
17. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al. (2004): Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsy) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care* 2004;16:231-45.

18. Грозданов Ј, и др. (2007): Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006. година, основни резултати. Београд. Министарство здравља Републике Србије. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
19. Шарановић-Рацић, Д. (2010): Програмска здравствена заштита. Министарство здравља Републике Србије. Доступно на: <http://www.dils.gov.rs/documents/files/mart2010/Nis,Programska%20zdravstvena%20zastita,%20dr%20Dubravka%20Saranovic%20Racic.pdf>
20. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al. (2004): Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsy) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care* 2004;16:231-45.

СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ

Главни истраживач и аутор:

Проф. др Сандра Шипетић Грујичић

Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду

Консултант истраживања:

Др сц. мед. Јасмина Грозданов

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Теренски координатори:

Доц. др Анита Гргуревић

Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду

Др Миљана Алексић

Дом здравља Земун

СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ

Проф. др Сандра Шипетић Грујичић

Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду

Кратак саржај:

Ово истраживање је четврто у низу поновљених истраживања са циљем да се испитају ставови, знање и понашање младих узраста 12–19 година смештених у институције за децу и омладину без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности, као и да се процени обухват младих постојећим здравственим услугама и едукативним програмима везаним за превенцију НИВ-а. У оквиру овог истраживања коришћена је студија пресека бихејвиоралног карактера, спроведена на репрезентативном узорку младих смештених у институције за децу без родитељског старања према кластер узорковању. У студију нису укључени млади са менталним поремећајима, као и млади који бораве мање од месец дана у установи. Подаци од деце су прикупљени структурираним упитником. Стопа обухвата деце је износила 78,4%.

Студијом је обухваћено 211 младих узраста 12–19 година од којих је 20,4% било из завода за васпитање деце и омладине и 79,6% из домова за децу и омладину. Просечна старост деце је износила $15,71 \pm 1,95$ година. У установама социјалне заштите је било 1,7 пута више деце мушког пола и око 3/4 деце узраста 15–19 година, што је слично претходним истраживањима. Пенетрантни сексуални однос је имало 59,7% младих (58,6% деце мушког и 61,5% женског пола) узраста 12–19 година. Медијана за први пенетрантни сексуални однос је 14 година, што је раније у односу на 2008. годину (медијана 15 година). Током последњих 12 месеци 72,5% деце је било обухваћено неким превентивним програмом везаним за ППБ и посебно НИВ инфекцију, што је незнатно више у односу на 2012. (69,5%) и 2010. (69,9%). Међутим и поред тога, проценат младих који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије НИВ инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију НИВ-а је износио само 21,8%, што је мање у односу на претходна истраживања (26,7% у 2012, 27,1% у 2010. и 28,8% у 2008.).

Едукативни превентивни програми у установама социјалне заштите морају да буду континуирани, генерацијски и родно сензитивни. Неопходно је децу укључити у превентивне програме што пре по њиховом доласку. Важно је да превентивни програми постану саставни део програма рада у установама социјалне заштите. Потребно је развити посебне врсте подршке деци из установа социјалне заштите и подстицати посете саветовалиштима за младе, као и саветовалиштима за полно преносиве болести, саветовалиштима за репродуктивно здравље жена и/или саветовалиштима за добровољно и поверљиво тестирање на НИВ, као и посете гинекологу и изабраном лекару. Неопходна су даља истраживања која би обухватила и децу у хранитељским породицама, јер би тек тада имали прави увид у ризично понашање младих без родитељског старања узраста 12–19 година. У циљу дањег праћења успешности превентивних програма и њихових евентуалних корекција и допуна неопходно је на сваке две године проверавати ризично сексуално понашање младих без родитељског старања смештених у социјалне установе помоћу дефинисаних националних индикатора.

Кључне речи: деца без родитељског старања, НИВ инфекција, ризично понашање, превентивни програм

ATTITUDES, KNOWLEDGE AND RISK BEHAVIOR OF YOUTH IN INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE IN SERBIA

Professor Sandra Šipetić-Grujičić, PhD
Institute of Epidemiology, School of Medicine, University of Belgrade

Abstract

This research is the fourth in the series of repeated researches with the aim to examine attitudes, knowledge and behavior of the youth aged between 12-19 years, accommodated in the institutions for children without parental care regarding sexual activities, as well as to estimate the scope of the youth included in the existing health services and educational programs connected to the HIV prevention. In the scope of this research a cross-sectional study of behavioral character was used, and it was carried out on the representative sample of the youth accommodated in the institutions for children without parental care according to cluster sampling. The youth with mental disorders have not been included in the study, as well as the youth who have been less than a month in an institution. The data were collected by structural questionnaire from the youth. The inclusion rate amounted to 78.4%.

The study included 211 of the youth aged between 12-19 years, out of who 20.4% were from homes for children and youth without parental care and 79.6% from reformatory institutions for children and youth. The average age of the children amounted to 15.71 ± 1.95 years. In institutions of social care there were 1.7 times more male children and about $\frac{3}{4}$ of the children aged between 15-19 years, which is similar to the previous researches. 59.7% of the young had penetrative sexual relation (58.6% of the male and 61.5% of the female children) aged between 12-19 years. Median for the first penetrative sexual relation is 14 years, which is earlier compared to the year 2008 (median 15 years). During the last 12 months 72.5% of the children have been included in some of the prevention programs relating sexually transmitted diseases and especially HIV infection, that is insignificantly more compared with 2012 (69.5%) and 2010 (69.9%). However, in spite of that, the percentage of the young who recognize appropriate prevention measures for sexual transmission of HIV infection and at the same time reject main illusions regarding HIV transmission amounted to only 21.8%, which is less in comparison with previous researches (26.7% in 2012, 27.1% in 2010. and 28.8% in 2008.).

Educational prevention programs in the institutions of social care must be continuing, generation and gender sensitive. It is necessary to include the children in the prevention programs as soon as they have come. It is important that prevention programs become integral part of the work program at the institutions of social care. It is necessary to develop special kinds of support for the children from the institutions of social care and encourage visits to counseling centers for youth, as well as to counseling centers for sexually transmitted diseases, counseling centers for reproductive health of women and/ or counseling centers for voluntary and confidential HIV testing, as well as visits to gynecologist and chosen doctor. Further researches, which would also include children from foster families, are necessary, because in that way we would have real insight into risk behavior of the young without parental care aged between 12 – 19 years. With the aim of further monitoring the success of prevention programs and their possible corrections and amendments it is necessary to check once in two years risk sexual behavior of the young without parental care, accommodated in social institutions with the help of defined national indicators.

Key words: children without parental care, HIV infection, risky behavior, prevention program

1. УВОД

Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а, као популација посебно осетљива на ризик од HIV-а препозната је општа популација младих (од 15 до 24 године) [1–3]. У 2012. години број новоинфицираних HIV-ом је био 125 (115 мушкараца и 10 жена, однос полова 11,5:1), од којих је 34% младих узраста 15–29 година [4]. Евидентан је, од 2002. године, међу младима узраста 15–29 година пораст новоинфицираних HIV-ом (34% у 2012. години у односу на 22% у 2002. години). У периоду 2008–2012. године долази и до двоструког пораста оболелих од AIDS-а међу младима узраста 20–29 година (16% у 2012. години у односу на 7,5% у 2008. години). Такође, уочен је пораст учешћа младих узраста 20–29 година међу особама умрлим од AIDS-а (18% у 2012. години у односу на 10% у 2011. години).

Оно што чини епидемиолошку ситуацију у Србији потенцијално несигурном је тренд опадања оболевања међу инјектирајућим корисницима дроге (са 70% у 1991. години на 17% у 2010. години, односно на 4% у 2012. години), а са друге стране изразит пораст оболелих међу хетеросексуалцима (са 13% 1990. на 20% 2012. године) и мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (са 11% 1991. године на 55% у 2010. години, односно на 66% у 2012. години) [4]. У Републици Србији је, од средине деведесетих година, сексуални пут доминантан начин трансмисије HIV-а. Тако је у 2012. години 86% новодијагностикованих особа инфицираних HIV-ом пријавило као ризик незаштићени сексуални контакт, а 1991. године 27%.

Пракса и нека друга истраживања [5] у институцијама за смештај деце и омладине говоре да су ова деца и млади посебно осетљива група и то најмање по два основа: (1) преживљена траума напуштања, уз коју иду бројни губици (родитељска бригаа, чланови породице, место порекла, друштво из краја, драге ствари и др.) и (2) непримерени услови одрастања и развоја (живот у институцији/колективу, угрожене бројне потребе, већа изложеност спољним ризицима, већи изазови безбедности детета, бројне промене у начину живота, итд.). Светска здравствена организација је ову групу деце и младих окарактерисала као изузетно вулнерабилну групу угроженог психофизичког развоја и душевног здравља [6].

У Србији су у складу са „Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију” [7] до сада организована и реализована три бихејвиорална надзорна истраживања, међу младима смештеним у институције за децу без родитељског старања, из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, која су спроведена у 2008, 2010. и 2012. години [8–10]. Претходна истраживања у оквиру овог пројекта су указала на израженост ризика у односу на општу популацију младих истог узраста. Медијана ступања у први сексуални (пенетрантни) однос у општој популацији младих је 17 година, док је код младих без родитељског старања на смештају у институцији 15 година у 2008. години, а 14 година у 2010. и 2012. години. Значајан фактор ризика у смањењу способности самозаштитног понашања у ситуацијама ризичним за HIV инфекцију чине ризична понашања активног коришћења алкохола и дрога. Употреба алкохола била је заступљена код 54,8% младих у институционалној заштити у 2012. години, што је било више у односу на 2010. годину (42,2% деце). Различите врсте дрога користило је 8,1% младих у 2012. години, што је било мање него у претходна два спроведена истраживања 2010. године (13,4%) и 2008. године (13,5%). Истраживање из 2010. и 2012. године указује на значајан обухват деце едукативним превентивним програмима (око 70%), што је било скоро два пута више него 2008. године (35,2%). Добро знање о HIV-у и начинима преношења HIV инфекције у 2012. години је имало само 26,7% деце, што је било незнатно ниже у односу на 2010. (27,1%) и 2008. (28,8%) годину.

Сви ови подаци само потврђују ризично понашање младих без родитељског старања смештених у институције и неопходност даљег мониторинга свих релевантних индикатора ризичног понашања ове циљне групе.

Основни циљ овог истраживања је био да се идентификују фактори ризика и ризични облици понашања младих (узраста 12–19 година) смештених у институције за децу без родитељског старања у Србији, како би се на време могле предузети превентивне мере и извршити процена успешности и обухваћености ове вулнерабилне групе постојећим превентивним програмима.

Специфични циљеви су били:

1. Испитати ставове, знање и понашање младих узраста 12–19 година смештених у институције за децу и омладину без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности.

2. Анализирати разлике у ризичном понашању по питању сексуалне активности и коришћења психоактивних супстанци у односу на пол, узраст и тип установе.
3. Одредити колико су млади на институционалном смештају обухваћени постојећим здравственим услугама и едукативним програмима везаним за превенцију HIV-а.
4. Проценити задовољство младих постојећим здравственим услугама.
5. Испитати заступљеност стигматизирајућих ставова младих према особама које живе са HIV-ом.
6. Предложити превентивне мере на основу резултата истраживања.

2. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

У оквиру овог истраживања коришћена је студија пресека бихејвиоралног карактера, спроведена на репрезентативном узорку младих смештених у институције за децу без родитељског старања у Републици Србији према кластер узорковању.

Истраживање је спроведено на територији Републике Србије, у 16 институција за смештај младих без родитељског старања које су у надлежности Министарства за рад, запошљавање, социјална и борацка питања Републике Србије (у даљем тексту МРЗСБП), и то:

а) у домовима за децу и омладину: (1) „Христина Маркишић” у Алексинцу (2) „Вера Благојевић” у Бањи Ковиљачи, (3) „Вера Радивојевић” у Белој Цркви, (4) „Јефимија” у Крушевцу, (5) „Душко Радовић” у Нишу, (6) „Споменак” у Панчеву, (7) Дом „Ветерник” у Новом Саду, (8) „Мирослав Антић – Мика” у Сомбору, (9) „Петар Радовановић” у Ужицу, као и

б) у домовима у оквиру Центра за заштиту одојчади, деце и омладине у Београду: (10) „Моша Пијаде”, (11) „Јован Јовановић Змај”, (12) „Дринка Павловић” и (13) Дом „Звечанска 52”, и

в) у Заводима за васпитавање деце и омладине у (14) Нишу, (15) Књажевцу и (16) Београду.

Анкетирање младих смештених у институције за децу без родитељског старања у Републици Србији је било реализовано од 12.11.2013. године до 19.11.2013. године.

Број младих узраста од 12 до 19 година на смештају у домовима за децу без родитељског старања и заводима за васпитавање деце и омладине, према доступним подацима на дан 30.10.2013. године, износио је 310. Од 310 деце 41 дете је било неподобно за анкетавање из следећих разлога: ментална ретардација, непознавање српског језика и дужина боравка у установи мање од месец дана. Број погодне деце за укључивање у истраживање тј. анкетавање је био 269.

Величина узорка младих рачуната је према следећој формули за бихејвиорална истраживања: $N = 4(Z\alpha)^2 P(1-P) / w^2$ (11). Процењена величина узорка према овом обрасцу је била до 160 младих.

Коришћено је кластер узорковање. Из свих 16 кластера (тринаест установа за децу и омладину и три завода за васпитавање деце и омладине) анкетирани су сва деца која су у тренутку спровођења анкетирања била погодна за укључивање у истраживање. Кластери су стартификовани према врсти установе на два стратума: домови за децу и омладину (234 младих из 13 кластера) и заводи за васпитавање деце и омладине (76 младих из 3 кластера). Из свих кластера по стратумима анкетирани су сва деца. Погодних за анкетавање је било 269 (212 из установа за децу и омладину и 57 из завода за васпитавање деце и омладине), а анкетирано је 211 младих. Стопа обухвата је била 78,4%.

У истраживање су укључена деца оба пола која су имала 12–19 година, која су боравила у институцији за смештај деце и омладине најмање последњих месец дана, која су добровољно дала свој пристанак да буду укључена у истраживање, и за коју се проценило да им њихово ментално стање омогућава да схвате захтеве испитивања и да дају релевантне и ваљане податке.

Из истраживања су искључена деца оба пола која су имала мање од 12 или више од 19 година, која су боравила у институцији за смештај деце и омладине мање од месец дана, која нису прихватила да добровољно учествују у истраживању и која су испољила ментално стање које им није омогућило да схвате захтеве испитивања и да дају релевантне и ваљане податке.

У циљу прикупљања података коришћен је структурирани упитник затвореног типа. Упитник су попуњавали анкетари на основу прецизно утврђеног одговора испитаника. На почетку анкетирања, анкетар

је информисао испитанике да од њега могу тражити објашњење уколико им неко питање није јасно. Обавеза анкетара је била да прикупи одговоре на сва питања у анкети. Попуњавање упитника је трајало највише 45 минута.

Упитник за ово истраживање садржао је 52 питања, која су била груписана у следеће целине: социодемографске карактеристике; употреба дувана, алкохола и дроге; сексуално понашање; обољења која се преносе сексуалним путем; превенција сексуално преносивих болести; знање, мишљење и ставови о HIV/AIDS-у; тестирање на HIV, доступност, коришћење и задовољство здравственим услугама; стигма и дискриминација.

Сви подаци су унети у базу података и анализирани су помоћу софтверског пакета SPSS-а. Подаци су анализирани по полу, узрасту и врсти установе из које потичу испитаници. Посебан акценат је стављен на анализу индикатора који се захтевају „Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију”. За утврђивање статистички значајне разлике коришћени су χ^2 тест, Фишеров тест, као и 95% интервал поверења.

Након обезбеђене сагласности МРЗСБП анкетирање је спроведено уз стрикно поштовање и примену следећих принципа: приватност, поштовање личности, уважавање реалних могућности испитаника, информисаност, информисани пристанак (сагласност), поверљивост, коректност према одговорним лицима у установи, добробит деце/младих у установи и суздржавање од вишка иницијативе.

Саставни део протокола истраживања чинили су општи етички принципи од којих су значајне следеће информације које су испитаници добијали: сврха студије, начин на који се студија реализује, улога партиципанта, користи и евентуалне штете, могућности, права партиципанта (анонимност, поверљивост, могућност да одустану, тражење додатних информација), начин употребе података (за кога, од кога и чување) и контакт адресе и телефони за примедбе и жалбе на било које неправилности на терену, или за тражење додатне помоћи, или информације у ресорним установама.

3. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

3.1. ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

У истраживање, из 2013. године, укључено је 211 испитаника узраста 12–19 година, од којих је 20,4% било из завода за васпитање деце и омладине и 79,6% из домова. И у претходним истраживањима проценат деце из завода је био мали (2008. године – 11,0%, 2010. године – 18,2% и 2012. године – 28,1%).

У установама социјалне заштите било је 1,7 пута више мушке (133) него женске (78) деце (табела 1). Већи број дечака у овим установама забележен је и у ранијим истраживањима (2008. године – 61,7%, 2010. године – 62,4% и 2012. године – 55,8%).

Просечна старост деце без родитељског старања у установама социјалне заштите је износила $15,71 \pm 1,95$ година. Слична просечна старост младих забележена је и у претходним истраживањима (2008. године: $15,57 \pm 0,09$, 2010. године: $15,58 \pm 0,12$ и 2012. године: $15,89 \pm 0,13$).

Између дечака и девојчица није постојала значајна разлика у односу на узраст у 2008, 2010. и 2012. години, док су у 2013. години дечаци било значајно ($p=0,023$) чешће млађи него девојчице.

Највећи проценат деце (73,0%) је био узраста 15–19 година, што је слично истраживању из 2012. године (75,7%), а незнатно је више у односу на 2008. (69,4%) и 2010. годину (62,5%). Оваква дистрибуција деце по узрасту резултат је концепта система социјалне заштите да се млађа деца што пре усмере према хранитељским породицама.

Табела 1. Дистрибуција младих смештених у институције за децу без родитељског старања у односу на пол, узраст и тип установе за 2013. годину и резултати ранијих истраживања

Демографске карактеристике и ранија истраживања		Пол				УКУПНО	
		Мушки		Женски		Број	%
		Број	%	Број	%		
Тип установе	Заводи за васпитавање деце и омладине	36	83,7	7	16,3	43	100,0
	Домови и центри за социјални рад	97	57,7	71	42,3	168	100,0
Старосне групе	≤ 14	43	75,4	14	24,6	57	100,0
	≥ 15	90	58,4	64	41,6	154	100,0
Године		298	61,7	185	38,3	483	100,0
2008.		168	62,4	101	37,6	269	100,0
2010.		113	55,8	97	46,2	210	100,0
2012.		133	63,0	78	37,0	211	100,0

3.2. НАЦИОНАЛНА ОПРЕДЕЉЕНОСТ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Од укупног броја деце без родитељског старања смештених у институције, у 2013. години, 61,6% су чинили Срби, 17,5% Роми, 14,7% остале националности, а 6,2% деце није знало националност. Процент деце ромске националности без родитељског старања смештене у институције у 2013. години (14,7%) је био већи него 2008. (13,7%) и 2010. године (око 13%), а мањи него 2012. године (19%).

Подаци за 2013. годину приказују да је нешто већи проценат ромске деце био у заводима (20,9%) него у домовима за социјалну заштиту (16,7%), као и међу децом узраста 14–19 година (19,3%) него међу млађом децом (12–15 година) (16,9%). Девојчица ромске националности је било 20,5%, а дечака 15,8%.

3.3. ПРОСЕЧНА ДУЖИНА И МЕДИЈАНА БОРАВКА МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Медијана дужине боравка деце у установама социјалне заштите у 2013. години је три године и мања је у односу на истраживање из 2010. и 2008. године, када је износила пет година, и 2012. године, када је била четири године (табела 2).

У заводима деца су краће боравила (медијана је износила 0,7 година) него деца смештена у домовима за социјални рад (медијана је била 4 године).

Табела 2. Просечна дужина и медијана боравка младих смештених у институције за децу без родитељског старања у односу на пол, узраст и тип установе за 2013. годину и резултати ранијих истраживања

Демографске карактеристике и ранија истраживања		Дужина боравка у установи (године)		Укупан број деце
		Просек	Медијана	
Тип установе	Заводи за васпитавање деце и омладине	1,3	0,7	43
	Домови и центри за социјални рад	5,0	4,0	168
Пол	Мушки	4,4	3,0	133
	Женски	4,2	2,0	78
Старосне групе	≤ 14	2,4	1,0	57
	≥ 15	5,0	4,0	154
Године		5,3	5,0	483
2008.		5,1	5,0	269
2010.		4,7	4,0	210
2013.		4,3	3,0	211

Млађа деца (≤ 14) се раније упућују у хранитељске породице, тако да су за њих медијана (1 година) и просечна дужина боравка (2,4 године) биле мање него за старију децу (≥ 15) (медијана је износила 4 године, а просечна дужина боравка 5 година). Краћа просечна дужина боравка и мања медијана код млађе деце, у односу на старију децу, забележене су и у истраживањима спроведеним 2010. и 2012. године. Деца старија од 15 година бораве дуже у овим установама, јер је то обично за њих коначан смештај пре осамостаљивања и професионалног оспособљавања. Код старије деце која долазе у установе социјалне заштите чешће постоје проблеми везани за понашање и озбиљне психичке сметње услед касног издвајања из породице и претходних ризичних услова живота [6].

Деца мушког пола су дуже боравила у установама (медијана је износила 3 године) него деца женског пола (медијана је износила 2 године), што може да укаже на чињеницу да је теже мушку, него женску децу сместити у хранитељску породицу.

3.4. ПОХАЂАЊЕ ШКОЛЕ ОД СТРАНЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

У 2013. години 6,6% деце смештених у институције за децу без родитељског старања није похађало школу што је мање него у 2012. и 2010. години (13,3% и 8,2%), а више него 2008. године (5,2%). Редовни образовни процес је био нарушен, у 2013. години, код 6,8% дечака и 6,4% девојчица, као и код 1,8% деце млађе од 14 и код 8,4% деце старе 15 и више година. Два пута већи проценат деце у заводима (11,6%) него домовима (5,4%) није похађао школу. Имајући у виду да је школовање услов за боравак у институцијама социјалне заштите, то је велики проценат деце која су ван процеса професионалног оспособљавања. Нека деца нису у процесу школовања привремено док се не пребаце у другу школу, или због застоја у процесу образовања услед претходне едукативне занемарености, или су завршили основну школу и похађају курс, или чекају формални прекид смештаја.

У 2013. години од 196 деце која су похађала школу 44,7% је ишло у основну школу, 52,3% у средњу, 0,5% на факултет и 2,5% на остале видове едукације (курсеви).

3.5. РАД ЗА НОВАЦ ОД СТРАНЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

У 2013. години за новац је радило свако друго дете (53,1%) смештено у институције за децу без родитељског старања (69,6% из домова и 30,4% из завода). Дечаци су 3,7 пута чешће радили за новац него девојчице, а старија деца (77,7%) 3,5 пута чешће него млађа (78,6% и 22,3%). У 2012. години за новац је радило 64,8% деце од којих је, такође, више било дечака и деце старијег узраста.

Од деце која су нешто радила за новац највише њих је обављало повремене послове чишћења, разоношења ствари или прања шофершајбни (55,4%). Присутни облици ризичног понашања у популацији деце из институција социјалне заштите може се сагледати кроз податак да је од укупног броја деце која су изјавила да су радила за новац њих 21,4% крало, 2,7% просило и 1,8% пружало сексуалне услуге.

3.6. АКТИВНА УПОТРЕБА ЦИГАРЕТА, АЛКОХОЛА И ДРОГЕ ОД СТРАНЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Подаци за 2013. годину показују да је скоро свака друга млада особа (57,8%) без родитељског старања била активан пушач, а 42,9% чинили су активни корисници алкохола и 6,2% активни корисници дрога (табела 3). У заводима је био значајно већи проценат активних пушача и корисника дроге, него у домовима. Већи проценат деце у заводима је активно користило алкохол него у домовима, али разлика није била значајна. Девојчице су чешће биле активни пушачи, а дечаци активни корисници алкохола и дроге, али разлика није била значајна. Деца узраста 15–19 година су чешће били активни пушачи (1,1 пута),

корисници алкохола (3,0 пута) и дроге (1,8 пута) у односу на децу узраста 12–14 година. Значајна разлика у односу на узраст добијена је само за активно конзумирање алкохола. Конзумирање алкохола и употреба дроге су значајни фактори ризика за ризично понашање због смањене способности самозаштитног понашања у ситуацијама ризичним за HIV инфекцију.

Активни корисници алкохола и дроге су значајно чешће имали два и више сексуалних партнера током последњих 12 месеци и значајно су ређе користили „здравствену заштиту” и били обухваћени „превентивним програмима” у односу на особе које нису користиле ове супстанце. Између активних корисника алкохола и оних који не конзумирају алкохол није постојала значајна разлика у односу на познавање путева преношења HIV инфекције и коришћење кондома при последњем сексуалном односу без обзира на врсту сексуалног односа. Значајна разлика није уочена ни између деце која користе и не користе дрогу у односу на све наведене индикаторе. Пушачи у односу на непушаче су значајно чешће имали два и више сексуалних партнера, док значајна разлика није постојала у односу на друге посматране параметре (обухваћеност „превентивним програмима” и „здравственом заштитом”, примена „превентивне праксе”, познавање путева преношења HIV инфекције, коришћење кондома при последњем сексуалном односу и знање о путевима преношења HIV инфекције).

Табела 3. Дистрибуција младих смештених у институције за децу без родитељског старања који активно користе цигарете, алкохол и дрогу у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за 2013. годину и резултати ранијих истраживања

Карактеристике	Пушење цигарета Број (%)	N	Употреба алкохола Број (%)	N	Употреба дроге Број (%)	N
Тип установе						
Заводи	35 (89,7)	39	20 (51,3)	39	9 (25,7)	35
Домови	87 (55,1)	158	62 (40,8)	152	3 (1,9)	157
р вредност	<0,001**		0,239*		<0,001**	
Пол						
Мушки	71 (58,7)	121	56 (47,1)	119	11 (8,9)	124
Женски	51 (67,1)	76	26 (36,1)	72	1 (1,5)	68
р вредност	0,236*		0,139*		0,059**	
Узраст (године)						
≤14	30 (60,0)	50	9 (18,0)	50	2 (3,9)	51
≥15	92 (62,6)	147	73 (51,8)	141	10 (7,1)	141
р вредност	0,745*		<0,001*		0,522**	
Број партнера током последњих 12 месеци 12 и више						
	37 (64,9)	57	25 (45,5)	55	1 (2,0%)	51
	46 (83,6)	55	36 (67,9)	53	9 (17,6)	51
р вредност	0,024*		0,019*		0,016**	
Употреба кондома при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу						
Не	8 (61,5)	13	9 (75,0)	12	2(15,4)	13
Да	21 (91,3)	23	11 (57,9)	19	5 (25,0)	20
р вредност	0,073**		0,452*		0,676**	
Знање о путевима преношења HIV инфекције						
Не	27 (64,3)	42	18 (47,4)	38	9 (15,3)	59
Да	91 (62,3)	146	64 (44,4)	144	17 (28,8)	59
р вредност	0,817		0,747*		0,076*	
Обухваћеност „превентивним програмима”						
Не	39 (72,2)	54	30 (55,6)	54	7(13,2)	53
Да	83 (58,0)	143	52 (38,0)	137	5 (3,6)	139
р вредност	0,067*		0,027*		0,021**	
Примена „превентивне праксе”						
Не	7 (70,0)	10	4 (40,0)	10	1(12,5)	8
Да	13 (72,2)	18	12 (57,1)	21	1(5,6)	18
р вредност	1,000**		0,458**		0,529**	
Обухваћеност, доступност и задовољство „здравственом заштитом”						
Не	39 (72,2)	54	30 (55,6)	54	7 (13,2)	53
Да	83 (58,0)	143	52 (38,0)	137	5 (3,6)	139
р вредност	0,067		0,027*		0,014*	

Карактеристике	Пушење цигарета Број (%)	N	Употреба алкохола Број (%)	N	Употреба дроге Број (%)	N
Године						
2008.	265 (54,9)	483	315 (65,4)	483	62 (13,0)	483
2010.	143 (53,2)	269	104 (40,2)	259	13 (5,3)	246
2012.	128 (66,0)	210	115 (60,5)	190	17 (10,2)	166
2013.	122 (57,8)	211	82 (42,9)	191	12 (6,2)	192
p вредност	0,320*		0*		0,003*	

* χ^2 тест; **Фишеров тест.

Између четири посматране године није постојала значајна разлика у односу на број активних пушача и корисника алкохола. У 2013. години проценат активних пушача (57,8%) је био нешто мањи него 2012. године (66,0%), а нешто већи у односу на 2008. (54,9%) и 2010. годину (53,2%). Процент активних корисника алкохола је био сличан у 2010. (40,2%) и 2013. години (42,9%), а мањи у односу на 2008. (65,4%) и 2012. годину (60,5%). Значајно већи број активних корисника дроге је био 2008. (13,0%) и 2012. године (10,2%) него у 2013. (6,2%) и 2010. години (5,3%).

У већини до сада публикованих студија указује се на ризично сексуално понашање услед некоришћења кондома и употребе алкохола и/или дроге [12, 13]. У истраживању повезаности ризичног понашања међу сексуално активним адолесцентима који похађају школу у Замбији, добијено је да испитаници који су конзумирали алкохол током претходног месеца имају за 9% већу вероватноћу да су били сексуално активни у току последњих годину дана, а уколико су имали једну до две епизоде опијања било када у току живота, вероватноћа да су били сексуално активни у току поледњих годину дана била је за 14% већа у односу на испитанике који нису конзумирали алкохол [13].

3.7. УПОТРЕБА ЦИГАРЕТА, АЛКОХОЛА И ДРОГЕ БИЛО КАДА У ТОКУ ЖИВОТА ОД СТРАНЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Било када у току живота цигарету је пробало око 2/3 деце, алкохол свако друго дете, а дрогу око 15% деце смештене у институцијама социјалне заштите у 2013. години (табела 4). У заводима је било значајно ($p < 0,001$) више деце која су пушила и користила дрогу било када у току живота него у домовима. Значајна разлика није добијена по питању конзумирања алкохола било када у животу у односу на тип установе. Девојчице су чешће пробале цигарете било када у току живота, а мушкарци алкохол и дрогу. Старији узрасти су значајно ($p < 0,001$) чешће имали искуство са конзумирањем алкохола било када у току живота, док значајна разлика између млађе и старије деце није добијена у односу на коришћење дроге и пушење било када у току живота.

Деца која су имала два и више сексуалних партнера током последњих 12 месеци су значајно чешће конзумирала алкохол ($p = 0,015$) и пушила ($p = 0,019$) било када у току живота. Деца која су користила дрогу имала су чешће два и више сексуалних партнера током последњих 12 месеци, него деца која нису користила дрогу, али разлика није била значајна.

Табела 4. Дистрибуција младих смештених у институције за децу без родитељског старања који су било када у току живота користили цигарете, алкохол и дрогу у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за 2013. годину и резултати ранијих истраживања

Карактеристике	Пушење цигарета Број (%)	N	Употреба алкохола Број (%)	N	Употреба дроге Број (%)	N
Тип установе						
Заводи	39 (90,7)	43	24 (55,8)	43	17 (39,5)	43
Домови	97 (57,7)	168	78 (46,0)	168	14 (8,3)	169
p вредност	<0,001**		0,272*		<0,001*	
Пол						
Мушки	83 (62,4)	133	70 (52,6)	133	20 (15,0)	133
Женски	53 (67,9)	78	32 (41,0)	78	11 (14,1)	78
p вредност	0,417*		0,103*		0,853*	

Карактеристике	Пушење цигарета Број (%)	N	Употреба алкохола Број (%)	N	Употреба дроге Број (%)	N
Узраст (године)						
≤14	37 (64,9)	57	16 (28,1)	57	8 (14,0)	57
≥15	99 (64,3)	154	86 (55,8)	154	23 (14,9)	154
p вредност	0,933*		<0,001*		0,870*	
Број партнера током последњих 12 месеци	39 (66,1)	59	29 (49,2)	59	9 (15,3)	59
12 и више	50 (84,7)	59	42 (71,2)	59	17(28,8)	59
p вредност	0,019*		0,015*		0,076*	
Употреба кондома при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем анал- ном сексуалном односу						
Не	8 (61,5)	13	10 (76,9)	13	2 (15,4)	13
Да	22 (91,7)	24	16 (66,7)	24	9 (37,5)	24
p вредност	0,072**		0,711**		0,262**	
Знање о путевима преношења HIV инфекције						
Не	104 (67,1)	155	76 (49,0)	155	23 (14,8)	155
Да	27 (58,7)	46	25 (54,3)	46	7 (15,2)	46
p вредност	0,294*		0,527*		0,950*	
Обухваћеност „превентивним програмама”						
Не	28 (65,1)	43	23 (53,5)	43	5 (12,2)	41
Да	103 (65,2)	158	78 (49,4)	158	6 (4,3)	141
p вредност	0,993*		0,632*		0,073**	
Примена „превентивне праксе”						
Не	8 (72,7)	11	5 (45,5)	11	4(36,4)	11
Да	16 (76,2)	21	12 (57,1)	21	4(19,0)	21
p вредност	1,000		0,712		0,397**	
Обухваћеност, доступност и задовољство „здравственом заштитом”						
Не	44 (74,6)	59	35 (59,3)	59	13 (22,0)	59
Да	92 (60,5)	152	67 (44,1)	152	18 (11,8)	152
p вредност	0,056*		0,047*		0,061*	
Године						
2008.	318 (65,8)	483	365 (75,6)	483	65 (13,5)	483
2010.	157 (58,4)	269	114 (42,4)	269	36 (13,4)	269
2012.	144 (68,6)	210	135 (64,3)	210	61 (29,0)	210
2013.	136 (64,5)	211	102 (48,3)	211	31 (14,7)	211
p вредност	0,098*		0*		<0,001*	

* χ^2 тест; **Фишеров тест.

Корисници алкохола су значајно ређе били обухваћени „здравственом заштитом” у односу на децу која нису било када у току живота користила алкохол.

Између четири посматране године није постојала значајна разлика у односу на број пушача и корисника алкохола било када у току живота. У 2013. години скоро 2/3 деце смештене у институцијама социјалне заштите је пробало цигарету било када у току живота што је слично подацима за 2008. и 2012. годину, а нешто више у односу на 2010. годину. Свако друго дете је пробало алкохол било када у току живота у 2013. години, што је много мање у односу на 2008. (75,6%) и 2012. годину (64,3%), а нешто више у односу на 2010. годину (42,4%). Дрогу је било када у току живота значајно ($p < 0,001$) мање деце користило у 2013. (14,7%), 2008. (13,5%) и 2010. години (13,4%) него у 2012. години (29,0%).

3.8. ПРАКСА ИНЈЕКТИРАЊА ДРОГЕ ОД СТРАНЕ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Једна девојчица и један дечак су навели да су последњи пут инјектирали дрогу у вену пре више од месец дана, а мање од 12 месеци, и да су при последњем инјектирању дроге користили потпуно нов и некоришћен прибор. Једно дете је било из дома, а друго из завода. Једно дете је било млађе (12–15 година), а друго старије (16–19 година). На основу добијених података може се констатовати да код домске и заводске деце није изражена ова врста ризичног понашања.

Слична ситуација је била и у претходним истраживањима. Троје деце је 2010. и 2012. године инјектирало дрогу. У 2012. години сва деца су користила потпуно нов и некоришћен шприц, а 2010. године једно дете је користило свој раније коришћени шприц, а двоје потпуно нов и некоришћен шприц.

3.9. ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЂЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV

3.9.1. МЕДИЈАНА УЗРАСТА И ПРОСЕЧНИ УЗРАСТ МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА ПРИ ПРВОМ ПЕНЕТРАНТНОМ СЕКСУАЛНОМ ОДНОСУ (НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОР)

У 2013. години, од 211 испитаника 59,7% младих (58,6% деце мушког и 61,5% женског пола) узраса 12–19 година је имало пенетрантне сексуалне односе и то око 1/3 млађе и око 2/3 старије деце (табела 5). Процент младих који су ступили у сексуалне односе у 2013. години (59,7%) је био већи него у 2008. (33,1%), 2010. (45,7%) и 2012. години (57,6%).

Млади су просечно ступали у први сексуални однос са 14,18 година (медијана 14 година) у 2013. години, 14,19 година у 2010. години и са 14,07 година у 2012. години, што је значајно (p по LSD= 0,049; p по LSD= 0,016; p по LSD= 0,045) раније у поређењу са 2008. годином (просечна старост 14,67 година и медијана 15 година), тако да се у том смислу ризик повећава.

Табела 5. Медијана узраста и просечни узраст младих, 12–19 година, смештених у институције за децу без родитељског старања при првом пенетрантном сексуалном односу за 2013. годину и резултати ранијих истраживања

Демографске карактеристике и ранија истраживања		Узраст при првом пенетрантном сексуалном односу (године)		Укупан број младих који су имали сексуални однос
		Просек	Медијана	
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	13,1	13,0	26
	Домови и центри за социјални рад	14,5	15,0	100
Пол	Мушки	14,0	14,0	78
	Женски	14,5	15,0	48
Узрасне групе	≤14	12,4	13,0	19
	≥15	14,5	15,0	107
Године	2008.	14,67 (95%ИП: 14,36–14,98)	15,0	160
	2010.	14,19 (95%ИП: 13,84–14,53)	14,0	123
	2012.	14,07 (95%ИП: 13,68–14,47)	14,0	121
	2013.	14,18 (95%ИП: 13,82–14,52)	14,0	126

ИП – интервал поверења

У заводима млади су раније ступали у прве сексуалне односе (медијана је 13 година) у односу на младе у домовима (медијана је 15 година), као и мушкарци (медијана је 14 година) у односу на девојчице

(медијана је 15 година), и млађа деца (медијана је 13 година) у односу на старију (медијана је 15).

У ранијим истраживањима, као и 2013. године, деца у заводима у односу на децу у домовима (2008. година: 13 и 15 година), као и дечаки у односу на девојчице (2008: 15 и 15,5 година; 2010: године: 14 и 15 година; 2012. године: 14 и 15 година), и млађа у односу на старију децу (2010. година: 12 и 14,5; 2012: 12 и 15 година), раније су ступала у сексуалне односе. Осим тога, деца у установама социјалне заштите раније ступају у сексуалне односе у односу на општу популацију, што представља ризично понашање имајући у виду искуство, зрелост и образовање.

3.9.2. ЗНАЊЕ О HIV-у И ПУТЕВИМА ПРЕНОШЕЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ (НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОР)

Процент младих смештених у институције за децу без родитељског старања који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а је добијен на основу тачних одговора добијених на пет питања која су се односила на путеве преношења HIV инфекције. Према подацима за 2013. годину, од 211 испитаника само је 21,8% (95%ИП=16,2–27,4) знало да се ризик за преношење HIV-а може смањити уколико се сексуални односи одржавају само са једним партнером који није инфициран и који нема друге сексуалне partnere и уколико се при сваком сексуалном односу користи кондом, као и да се HIV инфекција не може пренети пољупцем и уколико се једе из истог тањира или пије из исте чаше са особом која је заражена HIV-ом, и да особа заражена HIV-ом може да изгледа здраво (табела 6). У 2013. години, проценат младих (21,8%) који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а је био нижи у односу на све претходне године (26,7% у 2012. години, 27,1% у 2010. години и 28,8% у 2008. години), али значајна разлика није добијена ($p=0,259$).

Већи проценат деце која су знала праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и која су истовремено одбацивала главне заблуде везане за HIV трансмисију је био у домовима и центрима за социјални рад него у заводима, али је значајна ($p=0,014$) разлика добијена само за 2012. годину (табела 6). У 2010. години било је више девојчица које су знале путеве преношења HIV инфекције него дечака, док је у 2008. и 2012. години ситуација била обрнута, али без значајне разлике. Подједнако знање по половима забележено је у 2013. години. У 2008, 2012. и 2013. години старија деца (15–19 година) су значајно чешће знала путеве преношења HIV инфекције него млађа деца (12–14 година). Значајна разлика по питању знања о путевима преношења HIV инфекције није добијена за 2010. годину, мада је и у овој години већи број старије него млађе деце знало путеве преношења HIV инфекције.

Табела 6. Процент младих, 12–19 година, смештених у институције за децу без родитељског старања који имају основна знања о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Млади, 12–19 година, који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а		2008. Број (%)	N	2010. Број (%)	N	2012. Број (%)	N	2013. Број (%)	N
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	13 (24,5)	53	9 (21,4)	42	9 (15,3)	59	7 (16,3)	43
	Домови и центри за социјални рад	126 (29,3)	430	64 (30,2)	212	47 (32,3)	146	39 (23,2)	168
	p вредност	0,469*		0,252*		0,014*		0,326	
Пол	Мушки	86 (28,9)	298	42 (26,4)	159	33 (29,5)	112	29 (21,8)	133
	Женски	53 (28,6)	185	31 (32,6)	95	23 (24,7)	93	17 (21,8)	78
	p вредност	0,960*		0,289*		0,449*		0,999	
Узрастне групе (године)	≤ 14	23 (15,5)	148	15 (21,1)	71	5 (10,4)	48	5 (8,8)	57
	≥ 15	116 (34,6)	335	58 (31,7)	183	51 (32,5)	157	41 (26,6)	154
	p вредност	<0,001*		0,095*		0,003*		0,005*	

Млади, 12–19 година, који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а		2008. Број (%)	N	2010. Број (%)	N	2012. Број (%)	N	2013. Број (%)	N
Укупно		139 (28,8)	483	73 (27,1)	254	56 (26,7)	205	46 (21,8)	211
Млади који знају где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV	Не	114 (33,1)	344	6 (3,3)	18173	27 (18,1)	149	10 (6,5)	155
	Да	72 (51,8)	139	9 (12,3)		18 (32,1)	56	0 (0,0)	46
	p вредност	<0,001*		0,006*			0,031*		0,121**
Млади који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу	Не	22 (24,2)	91	38 (80,9)	47	25 (51,0)	49	18 (64,3)	28
	Да	27 (39,1)	69	16 (76,2)	21	13 (76,5)	17	5 (62,5)	8
	p вредност	0,042*		0,661*		0,090**		1,000**	
Увек коришћење кондома са случајним партнером	Не	12 (50,0)	24	31 (66,0)	47	23 (52,3)	17	15 (53,6)	28
	Да	13 (54,2)	24	13 (61,9)	21	8 (50,0)	61	3 (37,5)	8
	p вредност	0,773*		0,747*		0,876		0,691**	

* χ^2 тест; **Фишеров тест;

Млади који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу, у односу на младе који нису користили кондом, чешће су знали свих пет путева преношења HIV инфекције и то само у 2008. години и 2012. години. Значајна разлика је постигнута само у 2008. години. У истраживањима из 2010. и 2013. године нешто већи проценат деце која су познавала путеве преношења HIV инфекције није користило кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу.

У 2008. години млади који су знали свих пет путева преношења HIV инфекције су у нешто већем броју увек користили кондом при сексуалном односу са случајним партнером, међутим у осталим годинама ситуација је била обрнута.

У 2008, 2010. и 2012. години деца која су знала путеве преношења HIV инфекције су значајно чешће знала где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV. У 2013. години сва деца која су знала путеве преношења HIV инфекције нису знала место где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV.

Истраживање о ставовима и знању младих о HIV/AIDS-у и њиховом сексуалном понашању у Хрватској је показало да су млади мушкарци чешће сексуално активни, да поседују мање знање о HIV/AIDS-у, да имају већи број сексуалних партнера током живота и током последњих годину дана, и да чешће имају оралне сексуалне активности у односу на жене [14]. Међутим, супротни подаци су добијени за мушкарце који су лечени на клиници за лечење полно преносивих болести у Дар ес Саламу у Танзанији [15]. Они су у већем проценту користили кондом и у просеку су ступали у прве сексуалне односе нешто касније у току живота у односу на жене. Међутим, значајно чешће су користили дрогу и алкохол што је доприносило повећању ризика од HIV/AIDS-а код њих.

3.9.3. ОБУХВАЋЕНОСТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМОМ И ЕДУКАЦИЈОМ О ЖИВОТНИМ ВЕШТИНАМА ВЕЗАНИМ ЗА ППБ И ПОСЕБНО HIV ИНФЕКЦИЈУ (НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОР)

Од свих испитаника 72,5% је током последњих 12 месеци било обухваћено неким превентивним програмом и едукацијом о животним вештинама везаним за ППБ и посебно HIV инфекцију током последњих 12 месеци, што је слично подацима за 2012. годину (69,5%) и 2010. годину (69,9%), а значајно ($p < 0,001$) ниже у поређењу са 2008. годином (10,5%) (табела 7). Млади су могли да пријаве учешће у различитим превентивним активностима и едукацијама животним вештинама везаним за ППБ и посебно за HIV инфекцију као што су учешће у превентивним програмима као вршњачки едукатор, активност у радионицама ван школе и на предавањима ван школског програма.

Превентивним програмима је обухваћено значајно ($p=0,018$ и $p=0,007$) више деце из домске заштите (76,2%; 95%ИП=69,7–82,7) него деце из завода (58,1%; 95%ИП=42,8–73,5), као и деце женског пола (83,3%; 95%ИП=74,9–91,8) него деце мушког пола (66,2%; 95%ИП=58,0–74,3). Међутим, значајна ($p=0,064$) разлика по питању обухвата превентивним програмима није постојала између млађе (63,2%; 95%ИП=50,2–76,1) и старије деце (76,0%; 95%ИП=69,2–82,8).

У истраживањима спроведеним 2010. и 2012. године, такође је било значајно ($p<0,001$ и $p=0,045$) више деце обухваћене превентивним програмима и едукацијама о животним вештинама у домовима (73,5% и 75,9%) него у заводима (59,3% и 42,9%). Значајна разлика у односу на пол није постојала у односу на обухваћеност превентивним програмима и животним вештинама (око 70% деце мушког и женског пола био је обухваћен превентивним програмима). Међутим, у свим истраживањима, осим 2008. године, старија деца су у већем проценту учествовала у превентивним програмима и животним вештинама него млађа деца, а значајна разлика је забележена у 2012. години.

Непотпуна знања деце која су обухваћена превентивним програмима указују на изостајање комплексног прилаза проблему. Потребно је посебно сагледати ефекте превентивних едукативних програма од једнократних или краткотрајних превентивних едукативних активности.

Млади без родитељског старања који су били обухваћени превентивним програмима током последњих 12 месеци значајно су чешће знали где се спроводи добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV и то само у 2008. ($p=0,030$) и 2013. години ($p=0,047$). Значајне разлике у односу на коришћење кондома при последњем сексуалном односу са случајним партнером, као и увек коришћење кондома са случајним партнером, нису добијене између младих који су били и оних који нису били обухваћени превентивним програмима током последњих 12 месеци и то ни за једну од четири посматране године.

Табела 7. Процент младих, 12–19 година, смештених у институције за децу без родитељског старања који су током последњих 12 месеци били обухваћени превентивним програмима и едукацијом о животним вештинама везаним за ППБ и посебно HIV инфекцију у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Млади, 12–19 година, који су током последњих 12 месеци били обухваћени превентивним програмима и едукацијом о животним вештинама везаним за ППБ и посебно HIV инфекцију		2008. Број (%)	N	2010. Број (%)	N	2012. Број (%)	N	2013. Број (%)	N
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	2 (33,3)	6	21 (51,2)	41	35 (59,3)	59	25 (58,1)	43
	Домови и центри за социјални рад	11 (9,3)	118	167 (78,8)	212	111 (73,5)	151	128 (76,2)	168
	p вредност	0,120**		<0,001*		0,045*		0,018*	
Пол	Мушки	9 (12,7)	71	119 (75,3)	158	79 (69,9)	113	88 (66,2)	133
	Женски	4 (7,5)	53	69 (72,6)	95	67 (69,1)	97	65 (83,3)	78
	p вредност	0,394**		0,636*		0,895*		0,007*	
Узрастне групе (године)	≤ 14	5 (20,0)	25	47 (66,2)	71	28 (54,9)	51	36 (63,2)	57
	≥ 15	8 (8,1)	99	141 (77,5)	182	118 (74,2)	159	117 (76,0)	154
	p вредност	0,082*		0,065*		0,009*		0,064*	
Укупно		13 (10,5)	124	188 (69,9)	253	146 (69,5)	210	153 (72,5)	211
Млади који знају где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV	Не	1 (2,2)	46	175 (73,5)	238	114 (77,1)	160	148 (77,5)	191
	Да	12 (15,4)	78	13 (86,7)	15	32 (71,1)	45	5 (50,0)	10
	p вредност	0,030**		0,367**		0,985		0,047*	
Млади који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу	Не	6 (15)	40	10 (71,4)	14	20 (71,4)	28	10 (76,9)	13
	Да	1 (5,9)	17	42 (79,2)	53	28 (71,8)	39	17 (708)	24
	p вредност	0,662**		0,498**		0,974*		1,000**	

Млади, 12–19 година, који су током последњих 12 месеци били обухваћени превентивним програмима и едукацијом о животним вештинама везаним за ППБ и посебно HIV инфекцију		2008. Број (%)	N	2010. Број (%)	N	2012. Број (%)	N	2013. Број (%)	N
Увек коришћење кондома са случајним партнером	Не	0 (0,0)	4	16 (69,6)	23	24 (80,0)	30	14 (77,8)	18
	Да	1 (10,0)	10	36 (81,8)	44	20 (64,5)	31	13 (68,4)	19
p вредност		1,00**		0,253*		0,178*		0,714**	

* χ^2 тест; **Фишеров тест;

3.10. ДОДАТНИ ЗНАЧАЈНИ ИНДИКАТОРИ

3.10.1. РАНО СТУПАЊЕ У СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ (ПРЕ НАВРШЕНЕ ПЕТНАЕСТЕ ГОДИНЕ ЖИВОТА) МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА

Процент деце у институцијама социјалне заштите која су ступала у сексуалне односе пре навршене 15. године живота кретао се од 22,5% у 2008. години до 37,2% у 2012. години (табела 8). Овај податак, такође, потврђује повећан ризик од HIV инфекције код деце без родитељског старања услед раног ступања у сексуалне односе. У све четири посматране године било је више деце која су рано ступала у сексуалне односе у заводима него домовима, а значајна разлика је забележена само за две године, и то за 2008. и 2013. годину. Већи проценат дечака него девојчица је ступао у сексуалне односе пре навршене 15. године живота, као и значајно више млађе (12–14 година) него старије (15–19 година) деце и то у све четири посматране године.

Табела 8. Рано ступање у сексуалне односе (пре навршене 15. године живота) младих, 12–19 година, смештених у институције за децу без родитељског старања при првом пенетрантном сексуалном односу у односу на пол, узраст и установу за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Деца која су имала први пенетрантни сексуални однос пре навршене 15. године живота			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	15 (51,7)	12 (34,3)	21 (40,4)	17 (65,4)
	Домови и центри за социјални рад	21 (16,0) ¹	29 (33,0)	24 (34,8)	28 (28,0) ²
Пол	Мушки	30 (26,3)	31 (38,3)	29 (41,4)	32 (41,0)
	Женски	6 (13,0)	10 (23,8)	16 (31,4)	13 (27,1)
Узрастне групе	≤ 14	10 (90,9)	11 (100,0)	16 (94,1)	14 (73,7)
	≥ 15	26 (17,4) ³	30 (26,8) ⁴	29 (27,9) ⁵	31 (29,0) ⁶
Укупно		36 (22,5)	41 (33,3)	45 (37,2)	45 (35,7)

¹ p<0,001*, ²⁻⁶p<0,001**, * χ^2 тест; ** Фишеров тест.

3.10.2. БРОЈ СЕКСУАЛНИХ ПАРТНЕРА МЛАДИХ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА ТОКОМ ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

У 2013. години, од 126 деце која су имала пенетрантни сексуални однос 118 (93,5%) је имало сексуалног партнера током последњих 12 месеци и то 59 (50%) једног, 25 (21,2%) два, 11 (9,3%) три, 6 (5,1%) четири,

а 17 (14,4%) пет и више партнера. Просечан број сексуалних партнера младих узраста 12–19 година је био 2,7 (медијана 1) током последњих 12 месеци (табела 9). У заводима деца су имала већи просечан број сексуалних партнера (4,2; медијана 2) него у домовима (2,3; медијана 1), као и дечаца (3,2; медијана 1,5) у поређењу са девојчицама (1,9; медијана 1) и старија деца (2,9; медијана 1) у односу на млађу (1,8; медијана 1). У 2013. години просечан број сексуалних партнера је био много мањи (2,7), као и медијана (1), него у 2012. (3,2; медијана 2), 2010. (4,2; медијана 2) и 2008. (3,7; медијана 3) години.

Табела 9. Просечан број и медијана сексуалних партнера младих, 12–19 година, смештених у институције за децу без родитељског старања током последњих 12 месеци и резултати ранијих истраживања

Демографске карактеристике и ранија истраживања		Број партнера током последњих 12 месеци	
		Просек	Медијана
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	4,2	2,0
	Домови и центри за социјални рад	2,3	1,0
Пол	Мушки	3,2	1,5
	Женски	1,9	1,0
Старосне групе (године)	≤ 14	1,8	1,0
	≥ 15	2,9	1,0
Године			
2008.		3,7	3,0
2010.		4,2	2,0
2012.		3,2	2,0
2013.		2,7	1,0

3.10.3. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ СУ ИМАЛИ ВИШЕ ОД ЈЕДНОГ СЕКСУАЛНОГ ПАРТНЕРА ТОКОМ ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Број младих без родитељског старања са више од једног сексуалног партнера је био значајно већи у заводима него домовима (и то у 2010. години $p=0,020$ и 2013. години $p=0,006$), као и међу дечацима него девојчицама (и то у 2010. години $p=0,009$ и 2012. години $p=0,042$) (табела 10). Старија деца, у поређењу са млађом, чешће су имала више од једног сексуалног партнера у све три посматране године, али разлика није била значајна. Није постојала значајна разлика између деце са једним и деце са више партнера у односу на обухваћеност „превентивним програмима” и знање о начину преношења HIV инфекције. Међутим, млади са већим бројем партнера, у односу на младе са једним партнером, ређе су били обухваћени „здравственом заштитом” у 2012. и 2013. години, а значајност је добијена само у 2013. години.

Табела 10. Дистрибуција младих, 12–19 година, који имају више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике и неки изабрани индикатори		Млади, 12–19 година, који су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	-	26 (78,8)	30 (60,0)	18 (75,0)
	Домови и центри за социјални рад	-	42 (55,3) ²	40 (59,7)	41 (43,6) ⁴
Пол	Мушки	-	50 (71,4)	46 (67,6)	39 (54,9)
	Женски	-	18 (46,2) ¹	24 (49,0) ³	20 (42,6)
Узрасне групе	≤ 14	-	4 (44,4)	7 (43,8)	7 (38,9)
	≥ 15	-	64 (64,0)	63 (62,4)	52 (52,0)
Укупно		-	68 (25,3)	70 (33,3)	59 (28,0)
Обухваћеност „превентивним програмима”	Не	-	60 (60,6)	56 (59,6)	58 (50,4)
	Да	-	6 (75,0)	14 (60,9)	1 (33,3)

Демографске карактеристике и неки изабрани индикатори		Млади, 12–19 година, који су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Знање о начину ширења HIV инфекције	Не	-	47 (62,7)	49 (59,8)	43 (51,2)
	Да	-	19 (59,4)	20 (58,8)	15 (45,5)
Обухваћеност, доступност и задовољство „здравственом заштитом“	Не	-	6 (46,2)	30 (63,8)	23 (63,9)
	Да	-	35 (53,8)	40 (58,8)	36 (43,9) ⁵

¹p=0,009*; ²p=0,020*; ³p=0,042*; ⁴p=0,006*; ⁵p=0,046*; * χ^2 тест;

3.10.4. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ СУ КОРИСТИЛИ КОНДОМ ПРИ ПОСЛЕДЊЕМ СЕКСУАЛНОМ ОДНОСУ СА СЛУЧАЈНИМ ПАРТНЕРОМ

При последњем сексуалном односу са случајним партнером јако мали проценат младих без родитељског старања је користило кондом (од 7% у 2008. години до 20,4% у 2010. години) (табела 11). Није добијена значајна разлика у коришћењу кондома при последњем сексуалном односу са случајним партнером у односу на тип установе, пол и узраст деце. У све четири посматране године чешће су кондом користила деца у домовима него заводима. У 2003. години млађи су чешће користили кондом, а у осталим годинама старија деца. Девојчице су чешће користиле кондом у 2010. и 2013. години, а дечази у 2008. и 2010. години.

Табела 11. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су користили кондом са случајним партнером при последњем сексуалном односу у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који су користили кондом са случајним партнером при последњем сексуалном односу			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	7 (63,6)	20 (74,1)	11 (45,8)	6 (60,0)
	Домови и центри за социјални рад	27 (73,0)	35 (79,5)	25 (67,6)	18 (66,7)
Пол	Мушки	31 (72,1)	43 (76,8)	26 (61,9)	17 (58,6)
	Женски	3 (60,0)	12 (80,0)	10 (52,6)	7 (87,5)
Узрасне групе	≤ 14	0 (0,0)	4 (50,0)	4 (50,0)	3 (100,0)
	≥ 15	34 (73,9)	51 (81,0)	32 (60,4)	21 (61,8)
Укупно		34 (7,0)	55 (20,4)	36 (17,1)	24 (11,4)

3.10.5. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ ТЕШКО ДОЛАЗЕ ДО КОНДОМА

Процент деце који је навео да тешко долази до кондома је био изузетно висок у 2008. години, чак 92,3%, а низак у 2010. (3,6%), 2012. (2,9%) и 2013. години (5,7%) (табела 12). Није постојала значајна разлика у долажењу до кондома у односу на тип установе у току 2010, 2012. и 2013. године. Међутим, значајно мањи проценат деце у домовима, него у заводима, је у 2008. години тешко долазио до кондома. Девојчице су значајно теже долазиле до кондома у 2012. години, него дечази. Међутим, значајна разлика у набављању кондома није постојала у осталим годинама у односу на пол. Старија деца су значајно чешће тешко долазила до кондома, него млађа, у 2008. години, а у осталим годинама нешто чешће млађа него старија деца.

Табела 12. Дистрибуција младих, 12–19 година, који тешко долазе до кондома у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који тешко долазе до кондома			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	43 (100,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	0 (0,0)
	Домови и центри за социјални рад	220 (90,9) ¹	6 (4,5)	2 (2,3)	8 (7,0)
Пол	Мушки	180 (91,4)	2 (1,7)	0 (0,0)	6 (6,4)
	Женски	83 (94,3)	4 (8,3)	4 (7,1) ³	2 (4,3)
Узрасне групе	≤ 14	37 (75,5)	2 (8,3)	2 (9,5)	3 (11,1)
	≥15	226 (95,8) ²	4 (2,8)	2 (1,7)	5 (4,4)
Укупно		263 (92,3)	6 (3,6)	4 (2,9)	8 (5,7)

¹p=0,040*; ²p<0,001*; ³p<=0,025**; * χ^2 тест; ** Фишеров тест;

3.10.6. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ ЗНАЈУ ГДЕ СЕ МОЖЕ СПРОВЕСТИ ДОБРОВОЉНО И ПОВЕРЉИВО САВЕТОВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ НА HIV

Процент младих који знају где се може спровести добровољно и поверљиво тестирање на HIV је био мали и кретао се од 4,7% у 2013. години до 21,4% у 2012. години, што је много мање него 2008. године (38,5%) (табела 13). Значајна разлика у броју деце која знају где се може спровести тестирање на HIV није добијена у односу на тип установе, пол и узраст за последња три спроведена истраживања. Међутим, у 2008. години, значајно већи проценат деце у домовима, него заводима, девојчица, него дечака, и старијих, у односе на млађе, знали су где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV.

Табела 13. Дистрибуција младих, 12–19 година, који тачно знају где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који тачно знају где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	12 (22,6)	5 (11,9)	12 (20,3)	4 (10,0)
	Домови и центри за социјални рад	174 (40,5) ¹	10 (4,7)	33 (22,6)	6 (3,7)
Пол	Мушки	104 (34,9)	12 (7,5)	29 (25,9)	6 (4,8)
	Женски	82 (44,3) ²	3 (3,2)	16 (17,2)	4 (5,3)
Узрасне групе	≤ 14	34 (23,0)	2 (2,8)	6 (12,5)	1 (2,0)
	≥15	152 (45,4) ³	13 (7,1)	39 (24,8)	9 (6,0)
Укупно		186 (38,5)	15 (5,6)	45 (21,4)	10 (4,7)

* χ^2 тест; ¹p=0,012; ²p=0,039; ³p <0,001.

3.10.7. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ СУ СЕ ДОБРОВОЉНО И ПОВЕРЉИВО САВЕТОВАЛИ И ТЕСТИРАЛИ НА HIV ТОКОМ ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Током последњих 12 месеци добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV је прошло од 1,7% деце у 2008. години до 4,8% у 2012. години (табела 14). Нешто више су тестирани на HIV млади из завода, него домова, као и старија деца, него млађа. Девојчице су чешће биле тестиране у 2012. години, а дечаки 2008, 2010. и 2013. године.

Табела 14. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су се добровољно и поверљиво саветовали и тестирали на HIV током последњих 12 месеци у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који су се добровољно и поверљиво саветовали и тестирали на HIV током последњих 12 месеци			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	1 (1,9)	4 (9,5)	5 (8,5)	2 (5,0)
	Домови и центри за социјални рад	7 (1,6)	3 (1,4) ¹	5 (3,4)	7 (4,3)
Пол	Мушки	6 (2,0)	5 (3,1)	3 (2,7)	7 (5,6)
	Женски	2 (1,1)	2 (2,1)	7 (7,5)	2 (2,7)
Узрастне групе	≤ 14	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (2,1)	1 (2,0)
	≥ 15	8 (2,4)	6 (3,3)	9 (5,7)	8 (5,3)
Укупно		8 (1,7)	7 (2,6)	10 (4,8)	9 (4,3)

¹p према Фишеровом тесту=0,016.

3.10.8. МЛАДИ, 12–19 ГОДИНА, СМЕШТЕНИ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА КОЈИ ЗНАЈУ РЕЗУЛТАТ ПРИ ПОСЛЕДЊЕМ ТЕСТИРАЊУ НА HIV

Сва деца при последњем тестирању на HIV су знала резултате тестирања у 2010. и 2012. години, а 87,5% у 2008. години и 88,9% у 2013. години (табела 15).

Табела 15. Дистрибуција младих, 12–19 година, који знају резултат при последњем тестирању на HIV у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који знају резултат при последњем тестирању на HIV			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	0 (0,0)	4 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)
	Домови и центри за социјални рад	7 (100,0)	3 (100,0)	5 (100,0)	6 (85,7)
Пол	Мушки	5 (83,3)	5 (100,0)	3 (100,0)	6 (85,7)
	Женски	2 (100,0)	2 (100,0)	7 (100,0)	2 (100,0)
Узрастне групе	≤ 14	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
	≥ 15	7 (87,5)	6 (100,0)	9 (100,0)	7 (87,5)
Укупно		7 (87,5)	7 (100,0)	10 (100,0)	8 (88,9)

3.11. ОБУХВАЋЕНОСТ „ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА”

Композиторни индикатор под називом „превентивни програм” обухвата два појединачна индикатора: знање деце о томе где се може особа добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV и обухваћеност деце едукацијама о животним вештинама ван школе током последњих 12 месеци. Процент деце обухваћен са ова два превентивна програма је запањујуће низак и креће се од 2,4% у 2013. години до 15,2% у 2012. години (табела 16). У заводима процент деце обухваћен са два превентивна програма се кретао од 2,3% у 2013. години до 10,2% у 2012. години, а у домовима од 2,4% у 2012. години до 17,2% у 2012. години. У 2013. години девојчице су биле незнатно више обухваћене са два превентивна програма (2,6%) него дечаки (2,3%), а у 2008, 2010. и 2012. години ситуација је била обрнута. Старија деца су чешће била обухваћена овим превентивним програмима у 2010, 2012. и 2013. години, а млађа у 2008. години. Генерално, обухват деце са два превентивна програма је мали што захтева увођење бројних превентивних интервенција и ангажовање свих структура друштвене заједнице са циљем унапређења знања и прихватања здравих стилова понашања.

Табела 16. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су обухваћени „превентивним програмом” у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који знају где могу да се тестирају на HIV и који су обухваћени едукацијом о животним вештинама током последњих 12 месеци			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	2 (4,5)	3 (7,1)	6 (10,2)	1 (2,3)
	Домови и центри за социјални рад	10 (3,0)	10 (4,7)	26 (17,2)	4 (2,4)
Пол	Мушки	9 (3,8)	10 (6,3)	22 (19,5)	3 (2,3)
	Женски	3 (2,2)	3 (3,2)	10 (10,3)	2 (2,6)
Узрастне групе	≤ 14	5 (4,0)	1 (1,4)	4 (7,8)	0 (0,0)
	≥ 15	7 (2,8)	12 (6,6)	28 (17,6)	5 (3,2)
Укупно		12 (3,2)	13 (5,1)	32 (15,2)	5 (2,4)

Међутим, ако се овим композиторним индикатором, под називом „превентивни програм”, обухвати бар један од два појединачна индикатора (знање деце о томе где се може особа добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV или едукацију деце о животним вештинама ван школе током последњих 12 месеци) онда се уочава да је много већи проценат деце која су имала сексуалне односе био обухваћен бар једним од ова два превентивна програма (од 78,2% у 2010. години до 89,7% у 2008. години) (у даљем тексту „превентивни програм”) (табела 17). У заводима проценат деце обухваћен „превентивним програмом” кретао се од 56,2% у 2010. години до 91,7% у 2008. години, а у домовима од 83,7% у 2013. години до 89,4% у 2008. години. Међутим, значајна разлика је добијена само за 2010. годину. У 2013. години девојчице су биле значајно више обухваћене „превентивним програмом” него дечаки, као и у 2010. години али разлика није била значајна. У 2008. и 2012. години ситуација је била обрнута. Старија деца су више била обухваћена „превентивним програмом” у 2010. и 2012. години, а млађа у 2008. и 2013. години. Ови подаци само потврђују чињеницу да обухват деце, која су имала сексуалне односе, бар једним превентивним програмом није 100% што захтева даље активности по питању унапређења знања младих у циљу прихватања здравих стилова понашања.

Табела 17. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су имали сексуалне односе и који су обухваћени „превентивним програмом” у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који су имали сексуалне односе и који знају где могу да се тестирају на HIV или који су обухваћени едукацијом о животним вештинама током последњих 12 месеци			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	11 (91,7)	18 (56,2)	38 (73,1)	20 (76,9)
	Домови и центри за социјални рад	76 (89,4)	75 (86,2) ¹	59 (86,8)	82 (83,7)
Пол	Мушки	59 (92,2)	58 (75,3)	58 (82,9)	59 (76,6)
	Женски	28 (84,8)	35 (83,3)	39 (78,0)	43 (91,5) ²
Узрастне групе	≤ 14	8 (100,0)	7 (70,0)	11 (68,8)	15 (83,3)
	≥ 15	79 (88,8)	86 (78,9)	86 (82,7)	87 (82,1)
Укупно		87 (89,7)	93 (78,2)	97 (80,8)	102 (82,3)

¹ $p < 0,001^*$; ² $p = 0,051^{**}$; * χ^2 тест; **Фишерев тест.

Млади који су имали сексуално искуство и који су били обухваћени бар једним од два превентивна програма ређе су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу у 2008, 2010. и 2012. године, а чешће у 2013. години (табела 18). Само у 2008. и 2010. години особе обухваћене „превентивним програмом” су чешће користиле кондом при сваком сексуалном односу са случајним партнером. Ситуација је била обрнута 2012. године, док је у 2013. години само 50% деце обухваћено „превентивним програмом” увек користило кондом са случајним партнером. Само у 2008. години, нешто већи проценат деце досегнуте „превентивним програмима” је знало начине преношења HIV инфекције ($p = 0,320$), а мањи у 2010. ($p = 0,368$), 2012. ($p < 0,001$) и 2013. години ($p = 0,007$).

Табела 18. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су имали сексуалне односе и који су обухваћени „превентивним програмом” у односу на неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Индикатори		Млади, 12–19 година, који су имали сексуалне односе и који знају где могу да се тестирају на HIV (индикатор 2) или који су обухваћени едукацијом о животним вештинама током последњих 12 месеци (индикатор 4)			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Млади, 12–19 година, који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу	Не	56 (64,4)	49 (52,7)	67 (69,1)	10 (35,7)
	Да	31 (35,6)	44 (47,3)	30 (30,9)	18 (64,3)
	p вредност	0,785*	0,651*	0,721*	1,000**
Увек коришћење кондома са случајним партнером	Не	11 (44,0)	17 (32,1)	26 (55,3)	14 (50,0)
	Да	14 (56,0)	36 (67,9)	21 (44,7)	14 (50,0)
	p вредност	1,000**	0,296*	0,060**	0,100**
Знање о начину ширења HIV инфекције	Не	43 (49,4)	63 (37,7)	63 (64,9)	69 (67,7)
	Да	44 (50,6)	30 (32,3)	34 (35,1)	33 (32,4)
	p вредност	0,320**	0,368	<0,001**	0,007**

* χ^2 тест; **Фишеров тест.

3.12. ПРИМЕНА „ПРЕВЕНТИВНЕ ПРАКСЕ”

Композиторни индикатор под називом „превентивна пракса” обухвата три појединачна индикатора: добијање кондома од невладине организације (НВО) током последњих 12 месеци, тестирање на HIV било када у животу и коришћење кондома при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу. У последња три спроведена истраживања ниједна особа није примењивала све три врсте превентивне праксе, а 2008. године то је чинила само једна особа. Ако се композиторни индикатор под називом „превентивна пракса” формира укључивањем бар једног од три наведена појединачна индикатора онда се долази до закључка да је 2013. године 10,0% младих користило бар једну од три наведене превентивне праксе, 2012. године 22,4%, 2010. године 28,3%, а 2008. године 17,8% (табела 19), што је изузетно мало. Унутар посматраних година није постојала значајна разлика у примени превентивне праксе у односу на пол, узраст и тип установе. Једино је у 2010. години значајно већи број младих обухваћених „здравственом заштитом” примењивао „превентивну праксу”. Слично, али без значајности је уочено и у 2013. години. У 2012. години сличан проценат деце са и без адекватне „здравствене заштите” је примењивао „превентивну праксу”.

Табела 19. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су примењивали „превентивну праксу” у односу на пол, узраст, тип установе и неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике и неки изабрани индикаториња		Млади, 12–19 година, који су добијали кондоме од НВО током последњих 12 месеци, или који су тестирани на HIV било када у животу, или који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	10 (34,5)	24 (85,7)	15 (51,7)	6 (66,7)
	Домови и центри за социјални рад	76 (50,7)	40 (83,3)	32 (72,7)	15 (65,7)
Пол	Мушки	62 (50,0)	48 (82,8)	30 (63,8)	12 (57,1)
	Женски	24 (43,6)	16 (88,9)	17 (65,4)	9 (81,8)
Узрастне групе	≤ 14	3 (23,1)	4 (57,1)	6 (50,0)	3 (100,0)
	≥ 15	83 (50,0)	60 (87,0)	41 (67,2)	18 (62,1)
Укупно		86 (17,8)	76 (28,3)	47 (22,4)	21 (10,0)
Обухваћеност, доступност и задовољство „здравственом заштитом”	Не	-	4 (57,1)	21 (65,6)	5 (55,6)
	Да	-	38 (92,7) ¹	25 (62,5)	16 (69,6)

¹ p према Фишеровом тесту =0,033*.

У сва четири истраживања скоро 100% младих, узраста 12–19 година, добило је кондом од НВО током последњих 12 месеци (табела 20). Процент младих тестираних на HIV било када у току живота кретао се од 2,7% у 2008. години до 8,1% у 2013. години. При последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу кондом је користило од 0,9% у 2013. години до 21,2% младих у 2010. години. На основу добијених података уочава се да је највећи проблем у неприхватању младих да користе кондом са сексуалним партнером без обзира на њихово знање о HIV/AIDS-у и у овом правцу треба предузети адекватне превентивне мере.

Табела 20. Дистрибуција младих, 12–19 година, у односу на појединачне индикаторе „превентивне праксе” за период 2008–2013. године

Појединачни индикатори „превентивне праксе”		Године истраживања			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Млади, 12–19 година, који су добили кондом од НВО током последњих 12 месеци	Не	483 (100,0)	263 (97,8)	204 (97,1)	209 (99,1)
	Да	0 (0,0)	6 (2,2)	6 (2,9)	2 (0,9)
Млади, 12–19 година, тестирани на HIV било када у животу	Не	470 (97,3)	243 (90,3)	194 (92,4)	184 (87,2)
	Да	13 (2,7)	11 (4,1)	11 (5,2)	17 (8,1)
Млади, 12–19 година, који су користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу	Не	111 (23,0)	66 (24,5)	82 (39,0)	124 (58,8)
	Да	49 (10,1)	57 (21,2)	39 (18,6)	2 (0,9)
Укупно		483 (100)	269 (100)	210 (100)	211 (100)

3.13. ОБУХВАЋЕНОСТ, ДОСТУПНОСТ И ЗАДОВОЉСТВО „ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ”

Композиторни индикатор под називом „здравствена заштита” (шири назив обухваћеност, доступност и задовољство здравственом заштитом) обухвата четири појединачна индикатора: поседовање здравствене књижице, изабраног лекара у дому здравља, коришћење здравствене услуге код изабраног лекара у дому здравља током последњих 12 месеци и задовољство изабраним лекаром у дому здравља. „Здравственом заштитом” било је обухваћено од 59,6% младих у 2012. години, преко 69,8% у 2013. години, до 84,2% у 2010. години (табела 21). Деца у домовима у односу на децу из завода значајно су чешће била обухваћена „здравственом заштитом” у 2010. и 2012. години. Значајна разлика није добијена за 2013. годину, иако је већи проценат деце из домова био обухваћен „здравственом заштитом”. У све три посматране године девојчице су чешће биле обухваћене „здравственом заштитом” него дечаки, али је разлика била значајна само у 2010. години. Старија деца су чешће била обухваћена „здравственом заштитом” у 2010. години, а млађа деца 2012. и 2013. године. Ови подаци указују на бољи тренд обухвата „здравственом заштитом” млађе популације, што може у многоме да допринесе бољој контроли и унапређењу здравља ове популације и смањивању ризичног сексуалног понашања.

Табела 21. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су били обухваћени „здравственом заштитом” у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који су имали здравствену књижицу и изабраног лекара у дому здравља, као и који су користили здравствене услуге код изабраног лекара у дому здравља током последњих 12 месеци и који су били задовољни изабраним лекаром у дому здравља			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	-	15 (68,2)	26 (44,8)	15 (57,7)
	Домови и центри за социјални рад	-	155 (86,1) ¹	98 (65,3) ³	73 (73,0)
Пол	Мушки	-	94 (79,7)	63 (56,2)	50 (64,1)
	Женски	-	76 (90,5) ²	61 (63,5)	38 (79,2)

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који су имали здравствену књижицу и изабраног лекара у дому здравља, као и који су користили здравствене услуге код изабраног лекара у дому здравља током последњих 12 месеци и који су били задовољни изабраним лекаром у дому здравља			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Узрастне групе	≤ 14	-	44 (77,2)	33 (66,0)	17 (89,5)
	≥ 15	-	126 (86,9)	91 (57,6)	71 (66,4)
Укупно		-	170 (84,2)	124 (59,6)	88 (69,8)

¹ p=0,030*; ²p=0,038*; ³p=0,007*; * χ^2 тест.

Резултати последња три истраживања показују да су млади обухваћени „здравственом заштитом” чешће користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу у односу на младе необухваћене „здравственом заштитом” (табела 22). У 2010. години особе које су увек користиле кондом са случајним партнером су значајно чешће биле обухваћене „здравственом заштитом”, што је слично са резултатима за 2013. годину, али разлика није била значајна. У 2012. и 2013. години особе које су биле обухваћене „здравственом заштитом” у великом проценту нису знале где се спроводи добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV/AIDS, а у 2010. ситуација је била обрнута. Добијени резултати указују да није довољан број деце у социјалним институцијама обухваћен „здравственом заштитом”, као и да је мање често ризично сексуално понашање међу младима обухваћеним „здравственом заштитом”, али да се здравственом заштитом не пружа довољно информација о саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV/AIDS.

Табела 22. Дистрибуција младих, 12–19 година, који су били обухваћени „здравственом заштитом” у односу на неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Индикатори		Млади, 12–19 година, који су имали здравствену књижицу и изабраног лекара у дому здравља, као и који су користили здравствене услуге код изабраног лекара у дому здравља током последњих 12 месеци и који су били задовољни изабраним лекаром у дому здравља			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Користи кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу	Не	-	3 (8,3)	16 (43,2)	7 (29,2)
	Да	-	33 (91,7)	21 (56,8)	17 (70,8)
Увек коришћење кондома са случајним партнером	Не	-	4 (11,1)	19 (55,9)	9 (37,5)
	Да	-	32 (88,9) ¹	15 (44,1)	15 (62,5)
Зна где може да се саветује и тестира на HIV	Не	-	4 (11,1)	95 (77,9)	85 (97,7)
	Да	-	32 (88,9)	27 (22,1)	2 (2,3)

¹p вредност за Фишеров тест <0,001

3.14. МЛАДИ КОЈИ ИМАЈУ ПОЗИТИВАН СТАВ ПРЕМА ДИСКРИМИНАЦИЈИ ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом (КОМПОЗИТОРНИ ИНДИКАТОР)

Композиторни индикатор под називом „дискриминација” обухвата два појединачна индикатора која се односе на став младих да особе са HIV-ом не треба да се мешају са другим особама било где (изоляция особа које живе са HIV-ом) и да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то (виктимизација особа које живе са HIV-ом). Заstraшујућа је чињеница да скоро 90% деце има дискриминаторни став према особама са HIV/AIDS-ом у сва три посматрана истраживања (табела 23). Нема значајне разлике у дискриминационом ставу између деце у односу на тип установе, пол и узраст.

Табела 23. Дистрибуција младих, 12–19 година, који имају позитиван став према дискриминацији особа које живе са HIV-ом у односу на пол, узраст и тип установе за период 2008–2013. године

Демографске карактеристике		Млади, 12–19 година, који имају позитиван став да особе са HIV-ом не треба да се мешају са другим особама било где и да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	-	44 (89,8)	54 (91,5)	34 (79,1)
	Домови и центри за социјални рад	-	190 (86,4)	131 (86,8)	145 (86,3)
Пол	Мушки	-	149 (88,7)	101 (89,4)	109 (82,0)
	Женски	-	85 (84,2)	84 (86,6)	70 (89,7)
Узрастне групе	≤ 14	-	73 (91,2)	47 (92,2)	47 (82,5)
	≥ 15	-	161 (85,2)	138 (86,8)	132 (85,7)
Укупно		-	234 (87,0)	185 (88,1)	179 (84,8)

Већи проценат деце која су користила кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу, као и деца која су увек користила кондом са случајним партнером и која су била обухваћена „здравственом заштитом” су чешће имала дискриминациони став према особама које имају HIV/AIDS и то у сва три истраживања (табела 24). Једино је 2012. године међу онима који су увек користили кондом при сексуалном односу са случајним партнером био подједнак проценат оних са и без дискриминационог става.

Табела 24. Дистрибуција младих, 12–19 година, који имају позитиван став према дискриминацији особа које живе са HIV-ом у односу на неке изабране индикаторе за период 2008–2013. године

Индикатори		Млади, 12–19 година, који имају позитиван став да особе са HIV-ом не треба да се мешају са другим особама било где и да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то			
		2008. Број (%)	2010. Број (%)	2012. Број (%)	2013. Број (%)
Користи кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу	Не	-	14 (21,9)	27 (42,9)	12 (37,5)
	Да	-	50 (78,1)	36 (57,1)	20 (62,5)
Увек коришћење кондома са случајним партнером	Не	-	24 (37,5)	29 (50,0)	15 (46,9)
	Да	-	40 (62,5)	29 (50,0)	17 (53,1)
Обухваћеност, доступност и задовољство „здравственом заштитом”	Не	-	26 (14,9)	72 (39,3)	50 (27,9)
	Да	-	149 (85,1)	111 (60,7)	129 (72,1)

У оквиру истраживања спроведеног 2013. године укључена су још четири нова индикатора за процену дискриминационог става деце без родитељског старања према особама које живе са HIV-ом (табела 25). Процент деце која не би прихватила да негују члана породице оболелог од HIV-а је износио 15,6% и био је значајно већи у заводима него домовима, као и међу млађом децом него старијом. Дечаци су нешто чешће имали негативан став по овом питању него девојчице, али није било значајне разлике. Око 60% деце не би куповало поврће у продавници чији власник има HIV. Није уочена значајна разлика у овом ставу младих у односу на пол, узраст и тип установе. Свако друго дете би забранило наставници са HIV-ом да ради у школи и желело би да остане тајна да њихов члан породице има HIV. Није постојала значајна разлика у овим ставовима у односу на пол и узраст. Међутим, деца у заводима су значајно чешће желела да остане тајна да њихов члан породице има HIV него деца у домовима. Већи проценат деце у заводима, него домовима, сматрао је да наставница са HIV-ом не треба да ради у школи, али разлика није била значајна. Сви подаци указују да је неопходно интензивно радити на едукацији младих да би се смањио/елиминисао њихов дискриминациони став према особама са HIV инфекцијом.

Табела 25. Дистрибуција младих, 12–19 година, који имају позитиван став према дискриминацији особа које живе са HIV-ом у односу на пол, узраст и тип установе за 2013. годину

Демографске карактеристике		Ставови младих, 12–19 година, према особама које имају HIV			
		Деца која не би прихватила да негују члана породице оболелог од HIV-а Број (%)	Деца која не би куповала поврће у продавници чији власник има HIV Број (%)	Деца која би забранила наставници са HIV-ом да ради у школи Број (%)	Деца која би желела да остане тајна да њихов члан породице има HIV Број (%)
Тип установе	Заводи за васпитање деце и омладине	11 (27,5)	25 (62,5)	24 (60,0)	27 (67,5)
	Домови и центри за социјални рад	22 (13,7) ²	94 (58,4)	85 (52,8)	80 (49,7) ³
Пол	Мушки	23 (18,3)	75 (59,5)	68 (54,0)	67 (53,2)
	Женски	10 (13,3)	44 (58,7)	41 (54,7)	40 (53,3)
Узрастне групе	≤ 14	13 (25,5)	34 (66,7)	33 (64,7)	24 (47,1)
	≥ 15	20 (13,3) ¹	85 (56,7)	76 (50,7)	83 (55,3)
Укупно		33 (15,6)	119 (56,4)	109 (51,7)	107 (50,7)

¹p=0,043*; ²p=0,035*; ³p=0,043*; * χ^2 тест

4. ЗАКЉУЧЦИ

- Структура деце у установама социјалне заштите стално се мења, тако да је много више деце омењене у развоју, са поремећајем понашања и израженим психичким сметњама, као и младих који су дошли на домски смештај после дужег периода живота у ризичним социјалним условима одрастања, што сигурно доприноси потенцијално већем ризику од ППБ и посебно HIV инфекције.
- У установама социјалне заштите око 2/3 деце чинила су деца мушког пола и сличан однос полова био је присутан и у претходним истраживањима.
- Деца мушког пола дуже су боравила у установама него деца женског пола и чешће су била старијег узраста, што је у сагласности са претходним истраживањима.
- Све је мањи проценат млађе деце (27% деце ≤14 година у 2012. у односу на 30,6% у 2010. години) у установама социјалне заштите што је резултат концепта система социјалне заштите да се млађа деца што пре усмере према хранитељским породицама.
- Изузетан ризик за ППБ и посебно за HIV инфекцију био је присутан код младих смештених у социјалним установама због раног ступања у сексуалне односе и то са 14 година.
- Медијана ступања младих у први пенетрантни сексуални однос је 14 година, што је раније у поређењу са 2008. годином (медијана 15 година), тако да се у том смислу ризик повећава.
- У 2013. години, као и у свим ранијим истраживањима, млади у заводима у односу на младе у домовима, као и мушкарци, у односу на девојке, и млађа деца, у односу на старију, раније су ступали у сексуалне односе.
- Процент младих смештених у институције за децу без родитељског старања који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а је 21,8%, што је мање у односу на сва претходна истраживања (26,7% у 2012. години, 27,1% у 2010. години и 28,8% у 2008. години).
- Старија деца (≥15 година) (26,6%) су значајно чешће знала о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацивала главне заблуде везане за трансмисију HIV-а него млађа деца (8,8%), што указује на чињеницу да се превентивни програми не спроводе континуирано и да су у највећем ризику деца која су тек примљена на смештај у установе социјалне заштите.
- Мали број младих узраста 12–19 година (око 1/4) је знало о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и то у све четири посматране године.

11. Знање о правим начима превенције сексуалне трансмисије није значајно утицало на коришћење кондома при сексуалном односу, као ни на знање где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV.
12. Око 3/4 деце је било обухваћено превентивним програмима о ППБ и посебно о HIV инфекцији током последњих 12 месеци, што међутим није допринело бољем знању о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацавању главних заблуда везаних за трансмисију HIV-а.
13. Млади, узраста 12–19 година, који су били обухваћени превентивним програмима о ППБ и посебно о HIV инфекцији током последњих 12 месеци значајно су ређе знали где може да се спроведе добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV, а и ређе су користили кондом при сексуалном односу.
14. У 2013. години у односу на 2010. и 2012. годину ситуација није била промењена по питању процента деце обухваћене превентивним програмима, као ни процента деце која знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и која истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а.
15. Између четири посматране године није добијена значајна разлика у односу на број активних пушача (око 60%) и корисника алкохола (око 50%).
16. Значајно већи број активних корисника дроге је био 2008. (13,0%) и 2012. године (10,2%) него у 2013. (6,2%) и 2010. години (5,3%).
17. Активни корисници алкохола и дроге су значајно чешће имали два и више сексуалних партнера током последњих 12 месеци и значајно су ређе користили „здравствену заштиту” и били обухваћени „превентивним програмима”.
18. Око 1/3 младих је ступило у сексуалне односе пре навршене 15. године живота у 2010, 2012. и 2013. години што је више у односу на 2008. годину (22,5%).
19. Просечан број сексуалних партнера током последњих 12 месеци је био мањи у 2013. и 2012. години (око 3) него у 2010. и 2008. години (око 4).
20. Око 1/4 сексуално активне деце је имало више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци у 2013. години, што је слично претходним истраживањима.
21. Млади који су имали више од једног сексуалног партнера током последњих 12 месеци били су ређе обухваћени бар једним од два превентивна програма, ређе су знали путеве преношења HIV инфекције и значајно ређе су били обухваћени „здравственом заштитом”.
22. Мали проценат деце без родитељског старања (5,7%) је тешко долазио до кондома и знао тачно где се може спровести добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV (4,7%).
23. До 5% деце у социјалним установама је тестирано на HIV током последњих 12 месеци у све четири посматране године и око 90–100% деце је знало резултате свог тестирања.
24. При последњем сексуалном односу са случајним партнером 11,4% младих, у 2013. години, користило је кондом што је мање него у 2012. (17,1%) и 2010. (20,4%) години, а више него 2008. године (7,0%).
25. Око 3/4 младих је током последње три године било обухваћено бар једним од два превентивна програма, што је мање него 2008. године (око 90%).
26. Млади који су били обухваћени бар једним од два превентивна програма су чешће користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу и значајно су ређе знали путеве трансмисије HIV инфекције него деца која нису била обухваћена превентивним програмима.
27. Примена „превентивне праксе” је била чешћа међу младима обухваћеним „здравственом заштитом”.
28. „Здравственом заштитом” било је обухваћено много више деце у 2010. години (84,2%) него у 2012. (59,6%) и 2013. (69,8%) години.
29. Млади обухваћени „здравственом заштитом” су чешће користили кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при аналном сексуалном односу, чешће су увек користили кондом са случајним партнером, али су ређе знали где може да се саветује и тестира на HIV.

30. У три последња спроведена истраживања око 90% младих је имало дискриминациони став према особама инфицираним HIV-ом. Осим тога, ове особе су чешће биле обухваћене „здравственом заштитом”, чешће су користиле кондом при последњем сексуалном односу са случајним партнером и при последњем аналном сексуалном односу и чешће су увек користиле кондом са случајним партнером.
31. Процент деце која не би прихватила да негују члана породице оболелог од HIV-а је износио 15,6% и био је значајно већи у заводима него домовима, као и међу млађом децом него старијом.
32. Око 60% младих без родитељског старања не би куповало поврће у продавници чији власник има HIV.
33. Свако друго дете би забранило наставници са HIV-ом да ради у школи и желело би да остане тајна да њихов члан породице има HIV.

5. ПРЕПОРУКЕ

1. Едукативни превентивни програми у установама социјалне заштите морају да буду континуирани, генерацијски и родно сензитивни.
2. Неопходно је децу укључити у превентивне програме што пре по њиховом доласку у установу социјалне заштите.
3. Важно је да превентивни програми постану саставни део програма рада у установама социјалне заштите.
4. Потребно је развити посебне врсте подршке деци из установа социјалне заштите и подстицати посете саветовалиштима за младе, као и саветовалиштима за полно преносиве болести, саветовалиштима за репродуктивно здравље жена и/или саветовалиштима за добровољно и поверљиво тестирање на HIV, као и посете гинекологу и изабраном лекару.
5. У циљу даљег праћења успешности превентивних програма и њихових евентуалних корекција и допуна неопходно је на сваке две године проверавати ризично сексуално понашање младих без родитељског старања смештених у социјалне установе помоћу дефинисаних националних индикатора.
6. Неопходна су даља истраживања која би обухватила и децу у хранитељским породицама, јер би тек тада имали прави увид у ризично сексуално понашање младих без родитељског старања узраста 12–19 година.
7. Потребно је осмислити едукативни програм за децу ометену у развоју и са психичким сметњама, јер она представљају значајан број младих који нису обухваћени овим истраживањем.
8. Неопходно је едукацијом младих смањити број особа које имају дискриминациони став према особама са HIV инфекцијом.
9. Обухват деце „здравственом заштитом” је велик, али је неопходно да он у будућности износи 100%.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Национална канцеларија за HIV/AIDS. Епидемија HIV инфекције у Републици Србији у 2012. години. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”: Београд, 2012.
2. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у. „Сл. гласник РС”, бр. 26/2011.
3. Министарство здравља Републике Србије. Национална стратегија Републике Србије за борбу против HIV/SIDE 2011–2015. године. Министарство здравља Републике Србије: Београд, 2011.
4. Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у. Министарство здравља Републике Србије/Тематска група Уједињених нација за HIV/AIDS: Београд, 2012.

5. Институт за психологију у Београду. Деца без родитељског старања. Save the Children: Београд, 2002.
6. UNAIDS. Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2012. UNAIDS, Geneva, Switzerland; 2013.
7. Министарство здравља Републике Србије. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015. МЗ РС: Београд, 2011.
8. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Ротографија, Суботица: Београд, 2008.
9. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Символ, Петроварадин: Београд, 2010.
10. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”: Београд, 2012.
11. Amon J, Brown T, Hogle J, et al. Behavioral Surveillance Surveys, BSS. Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. USAID, FHI, Impact, DFID, 2000.
12. Siziya S, Muula AS, Kazembe LN, et al. Harmful lifestyle's clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. BMC Pediatr 2008; 8:6.
13. Yan AF, Chiu YW, Stoesen CA, Wang MQ. STD/HIV Related Sexual risk Behaviors and Substance Use among U.S. Rural Adolescents. J Nati Med Assoc 2007; 99 (12): 1386-1394.
14. Stulhofer A, Graham C, Božicević I, et al. HIV/AIDS related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in Croatia. Int Fam Plann Perspec 2007; 33 (2): 58-65.
15. Urassa W, Moshiro C, Chalamilla G, et al. Risky sexual practices among youth attending a sexually transmitted clinic in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Infect Dis 2008; 8:159.

И СТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА НИV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ КРИВИЧНИХ САНКЦИЈА

Главни истраживач и аутор анализе:

Др Мирјана Живковић Шуловић

Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, ИЈЗ Србије

Консултант истраживања:

Др Иван Ивановић

Центар за информатику и биостатистику, ИЈЗ Србије

Теренски координатори:

Мр сц. мед. Весна Хорозовић

Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, ИЈЗ Србије

Др Миљан Љубичић

Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, ИЈЗ Србије

ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ КРИВИЧНИХ САНКЦИЈА

Др Мирјана Живковић Шуловић

Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, ИЈЗ Србије

Кратак садржај:

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу затвореницима је студија знања, ставова и праксе (КАР студија), која је спроведена са циљем да идентификује факторе ризика на HIV и ризичне облика понашања затвореника, утврди ниво знања затвореника о начину преноса и превенцији сексуалне трансмисије HIV-а, процени успешност и обухват постојећим превентивним програмима и доступност здравствене заштите за ову осетљиву популациону групу. Реализована је 2013. године, као поновљена студија пресека на репрезентативном узорку од 543 испитаника оба пола старости 18 година и више, у 16 затворских установа у Србији. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Подаци су прикупљени путем попуњавања упитника од стране испитаника. Резултати истраживања су показали да је пракса дељења шприца/игле распрострањена међу затвореницима који имају искуство са интравенским узимањем дроге нижа за 7% у односу на претходну годину истраживања (31,4%), као и мишљење да се дрога може набавити у затвору (24,9%). Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује 9,9% затвореника. Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима, као и ризично сексуално понашање у смислу некоришћења или нередовног коришћења кондома је присутније код затвореника него код затвореница. Знање о HIV-у/AIDS-у је задовољавајуће код 31,9% затвореника, што је незнатно више него у 2012. години (31,6%). Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је веома присутан у затворској популацији. Сваки пети затвореник (21,4%) у Србији се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци који су претходили истраживању и зна резултат тестирања. Знање затвореника о полним болестима је незадовољавајуће, затвореници не препознају појаву полних болести, а у ситуацијама када имају одређене симптоме и промене не јављају се лекару (52,3%). Већина затвореника сматра да им је здравствена заштита доступна (лекар или гинеколог, медицинска сестра, стоматолог). Процент затвореника задовољних односом здравствених радника према њима је задржао тренд пораста од почетка испитивања (42,2% 2013. и 38,3% 2012. према 29,7% 2010. године). У наредном периоду је потребно ревидирати и редефинисати активности на спровођењу специфичних програма за превенцију HIV/AIDS-а у затворима, а посебну пажњу посветити програмима превенције HIV-а осетљивих популационих група: младих, жена и инјектирајућих корисника дрога на издржавању казне затвора.

Кључне речи: HIV, затвореници, фактори ризика, превентивни програми, здравствена заштита

SURVEY OF RISK BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG PRISONERS

Mirjana Zivkovic Sulovic, MD

Institute of Public Health of Serbia, "Dr Milan Jovanovic Batut"

Abstract

A survey on risk behaviours and risks to HIV and other sexually transmitted infections among prisoners is a KAP study (Knowledge, Attitude and Practice), whose aim is to identify HIV risk factors and risk behaviour of prisoners, to identify levels of knowledge of prisoners on ways of transmission and prevention of HIV sexual transmission, to assess the successfulness and the coverage of existing prevention program, as well as the availability of healthcare protection for this vulnerable group. The survey was conducted in 2013, as a repeated cross-sectional study on a representative sample of 543 respondents of both sexes aged 18 and above, in 16 penitentiary institutions in Serbia. The research instrument was a specially structured questionnaire with close-ended questions. Data was collected through questionnaires completed by respondents. The survey findings showed that syringe/needle sharing practices are much more present among those prisoners who have had experience of intravenous drug use (31,4%), and who think drugs can be obtained inside a prison (24,9%). Use of non-sterile tattooing tools was reported by 9,9% prisoners. Sexual contact with non-regular partners and risky behaviour in terms of non-use or irregular use of condoms is detected more often among male than female prisoners. Knowledge on HIV/AIDS is satisfactory among 31,9% prisoners. Discriminatory attitudes towards HIV infected persons are very much present among prison population. One in five prisoners (21,4%) in Serbia took HIV test during 12 months before the survey, and knows their result. Knowledge of prisoners related to sexually transmitted diseases is unsatisfactory, as prisoners do not recognize the symptoms, nor do they report to their physicians when they get them. Most prisoners consider healthcare protection available (physician or gynaecologist, nurse, dentist). The percentage of those prisoners who express satisfaction with how they are treated by healthcare professionals is 83,6%. In the future period, it is necessary to revise and redefine program activities aimed at preventing HIV/AIDS in prisons, and pay specific attention to HIV prevention programs among vulnerable groups: youth, women and injecting drug users in prisons.

Key words: HIV, prisoners, risk factors, preventive programs, healthcare prevention

1. УВОД

Са почетком XXI века, системски одговор на HIV епидемију на националном нивоу постаје светски приоритет [1]. Друге полно преносиве инфекције (ППИ), првенствено хепатитис Б и Ц, генитална хламидијаза, сифилис и гонореја, имају троструки значај. Са једне стране, њихово присуство указује на учесталост незаштићеног сексуалног односа и тиме представља индиректан показатељ ризика за HIV инфекцију. Са друге стране, неке од њих су узрочници хроничних обољења са могућим леталним исходом (хепатитис Б и Ц), или релативно често доводе до компликација (генитална хламидијаза). Преваленција HIV инфекције, као и већа концентрација интравенских корисника дрога у затворима, удружена са високим нивоом ризичног понашања, дефинише затворску средину као неизоставно поље за спровођење јавноздравствених мера и активности [2].

Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у Републике Србије за период 2011–2015. Владе Републике Србије (Национална стратегија) дефинисала је неколико субпопулација посебно осетљивих на HIV. Међу њима су и лица на издржавању кривичних санкција (затвореници/е) [3].

Према Годишњем извештају Управе за извршење кривичних санкција у Србији је у 2012. години међу лицима лишеним слободе било укупно регистровано: 20 HIV позитивних особа, хепатитис Б позитивних 102, хепатитис Ц позитивних 1569, наркомана 4741 и 1723 алкохоличара [4].

Студија која се бави проценом ризика на HIV међу затвореницима је први пут рађена 2007/2008. године, као почетно бихејвиорално истраживање [5]. Општи циљ спровођења оваквог типа истраживања је правовремено идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања како би се на време могло превентивно деловати, процена успешности и обухвата ових групација постојећим превентивним програмима, процена доступности здравствене заштите, као и квалитет постојећих програма подршке. Истраживање се такође бави и социо-културним и политичко-економским контекстом у којем ове групације живе, са освртом на процену кретања стигматизације и дискриминације у односу на идентификоване групације становништва. Друго по реду, поновљено истраживање је спроведено 2010. године [6], а треће 2012. године [7]. Осим ових истраживања, до сада су у Србији спроведене и две студије које су се бавиле сагледавањем затворских услова за омогућавање квалитетног живота затвореника [8, 9] и једна која се бавила испитивањем здравља, одређених фактора ризика и квалитета живота затвореника и запослених у затворима [10], али се ниједна од њих није бавила бихејвиоралним аспектима HIV-а везаним за затворенике.

Основни циљ истраживања је процена фактора ризика који могу утицати на специфичну осетљивост на HIV и друге ППИ у популацији затвореника у Србији.

Специфични циљеви истраживања су:

- добијање индикатора о знању начина преноса и превенције сексуалне трансмисије HIV-а,
- добијање индикатора о заступљености ризичног понашања,
- постављање основе за планирање конкретних мера и активности за израду одређених програма везаних за превенцију HIV-а и других ППИ у затворима,
- идентификовање приоритетних проблема и постављање основе за реализацију одговарајућих стратегија, мера и активности за унапређење здравља и здравствене заштите затвореника,
- изградња капацитета у јавноздравственим институцијама за спровођење друге генерације надзора над HIV инфекцијама.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге ППИ међу особама на издржавању кривичних санкција је студија пресека бихејвиоралног карактера, спроведена на репрезентативном узорку затвореника/ца.

Истраживање је спроведено на укупно 14 географских локација (градова, општина) на којима се налази 16 установа за извршење кривичних санкција (мапа 1).

Мапа 1. Локације на којима је истраживање реализовано



Истраживање је спроведено на терену од 19. до 22. новембра.

Циљна популација су затвореници у установама за извршење кривичних санкција.

Истраживањем су обухваћени затвореници оба пола, узраста 18 година и више који су последња три месеца провели у установама за извршење кривичних санкција због изречене казне затвора.

Узорак за ово истраживање је изабран тако да обезбеди статистички поуздану процену индикатора на нивоу свих установа за извршење кривичних санкција, као и на нивоу пет типова установа: казнено-поправни завод затвореног типа, казнено-поправни завод отвореног типа, казнено-поправни завод за малолетнике, казнено-поправни завод за жене полуотвореног типа и окружни затвор. Узорачки оквир чине све установе за извршење кривичних санкција на територији Републике Србије.

Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена изабран је број испитаника који ће обезбедити потребну величину узорка израчунату применом формуле:

$$N = \frac{4 (Z\alpha)^2 P (1-P)}{w^2}$$

где је

$Z\alpha$ – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења $Z\alpha$ износи 1,96);

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (процент затвореника који су у претходних 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV – резултати истраживања спроведеног на популацији затвореника 2012. године су показали да је 23,3% затвореника у претходних 12 месеци присуствовало предавању везаном за HIV);

w – ширина за границе грешке за узорак особа на издржавању затворске казне је узета вредност $\pm 3,5\%$ тј. 0,07.

Приликом израчунавања величине узорка поред наведене формуле, узет је у обзир и претпостављени проценат неодазива до 3,5% (резултат истраживања 2012. године). Величина узорка израчуната на овај начин износи 560 особа које су на издржавању казне затвора, а просечна величина кластера за ово истраживање је процењена на 35 особа. Како је у стратумима казнено-поправни завод за жене и казнено-поправни завод за малолетнике само по једна установа, да би се добиле поуздане оцене индикатора за ниво ових стратума, урађено је преузорковање. Овим је процењена минимална величина узорка од 70 испитаника по стратуму. Тиме је финална величина планираног узорка износила 630, а укупан број испитаника досегнутих истраживањем је 543 (табела 1).

Табела 1. Величина планираног и досегнутог узорка према стратумима

Република Србија		Број установа	Број одабраних кластера у узорку	Број испитаника у стратуму	
				планиран	досегнут
Врста установе	КПЗ затвореног типа	3	3	105	100
	КПЗ отвореног типа	4	3	105	96
	Окружни затвор	17	8	280	221
	КПЗ за жене	1	1	70	60
	КПЗ за малолетнике	1	1	70	66
Укупно		26	16	630	543

Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Креирана су два типа упитника: Упитник за мушкарце на издржавању казне затвора (54 питања) и Упитник за жене на издржавању казне затвора који је укључио два додатна питања везана за репродуктивно здравље жена (56 питања).

Упитник је укључио питања неопходна за добијање индикатора дефинисаних Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије [11], као и додатна питања везана за демографске карактеристике и социоекономски статус, процену здравља и знања о здрављу, коришћење здравствене службе, навике и понашање у вези са ризицима на HIV и друге ППИ.

Подаци су прикупљени путем попуњавања упитника од стране испитаника након уводног објашњења које је дао тим теренских истраживача.

Квалитет података су прво контролисали теренски истраживач/анкетар на терену и теренски координатор, затим главни истраживач и консултант.

За статистичку анализу података коришћен је стандардни статистички пакет (SPSS 20.0). Подаци добијени бихејвиоралним упитником анализирани су дисагрегацијом у односу на сваки тип установе за извршење кривичних санкција, пол и старост испитаника. У делу извештаја који се односи на резултате анализе националних и кључних индикатора истраживања описани су само резултати код којих постоји статистички значајна разлика ($p < 0,05$) у оквиру различитих категорија/стандардних обележја, а коришћени су статистички тестови: Pearson χ^2 , Student-ov T-test, Mann-Whitny test и ANOVA. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења од 95%.

Пре укључивања у истраживање, сваки испитаник је добио усмено објашњење, писану информацију и образац за писану сагласност. Испитаници који су били сагласни за учешће у истраживању са попуњеним упитником, теренском истраживачу – анкетару предали су и потписани образац за писану сагласност. Потпуна анонимност података је била наглашена, а имена учесника нису регистрована нигде током спровођења истраживања.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

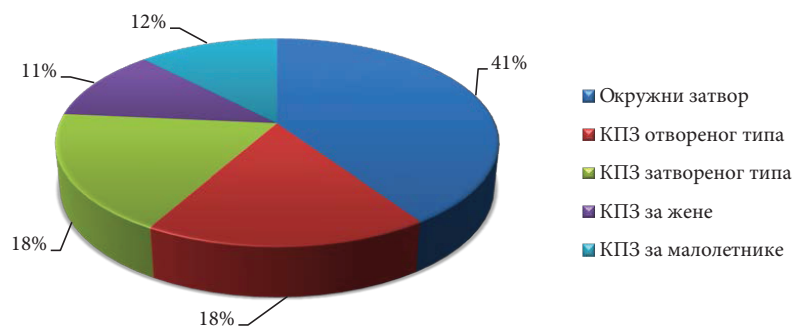
У овом делу који се односи на анализу националних и кључних индикатора истраживања посебно су наглашени резултати код којих постоји статистички значајна разлика ($p < 0,05$) у оквиру различитих категорија/стандардних обележја.

3.1. ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

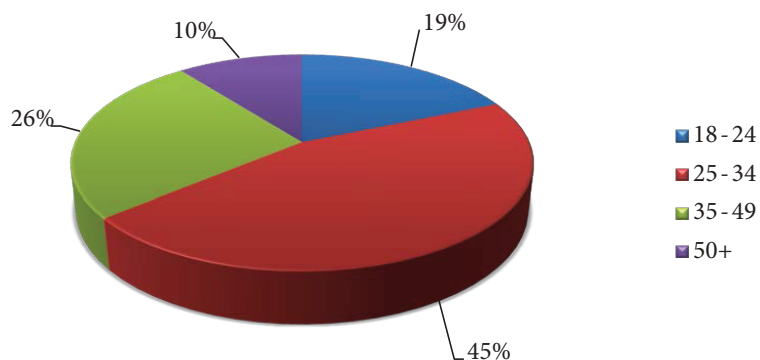
У истраживању је укупно анкетирано 543 особа оба пола (60 жена и 483 мушкараца) узраста 19 и више година (мин=19, макс=78), које се налазе на извршењу казне затвора у Србији. Највиши проценат испитаника у истраживању био је на издржавању казне затвора у окружном затвору што је у складу са реалном ситуацијом на терену (графикон 1).

На основу социо-демографских карактеристика (графикони 2–4) профил испитаника у овом истраживању се може описати као: незапослен, нежењен мушкарац 34 година старости са завршеном средњом школом.

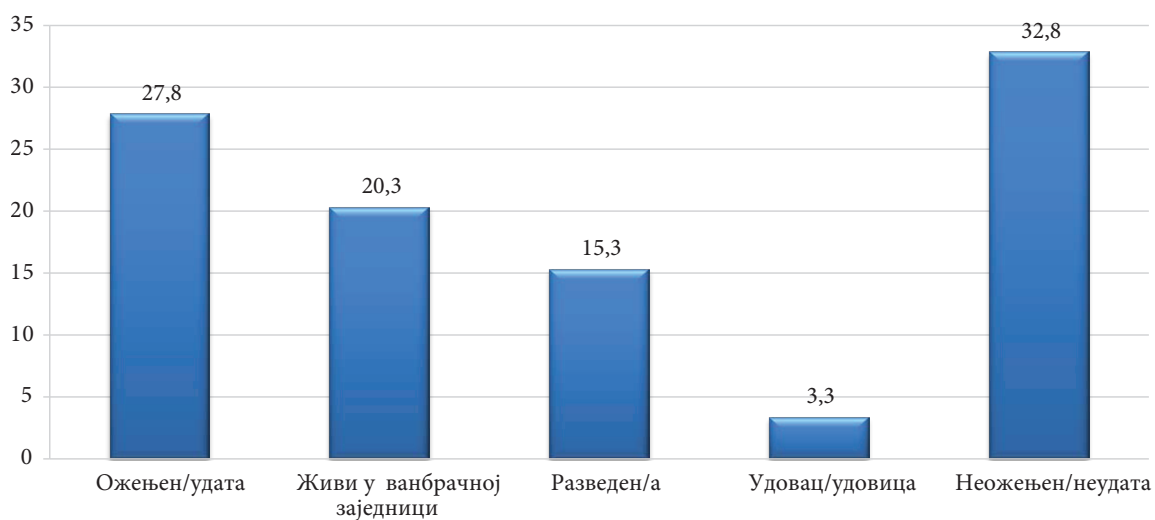
Графикон 1. Процент испитаника према месту извршења затворске казне



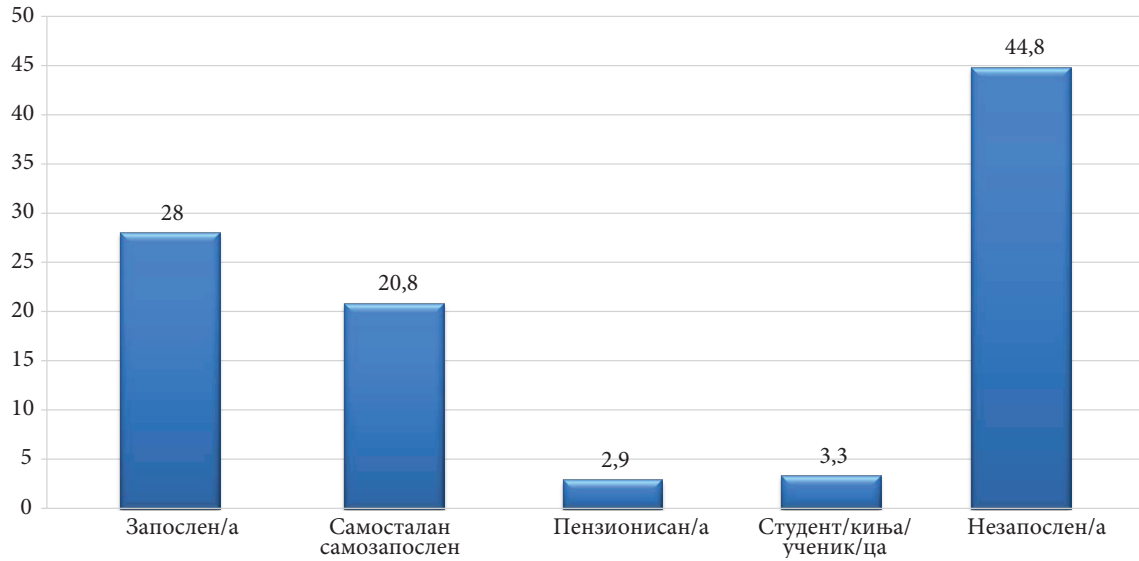
Графикон 2. Процент испитаника према добним групама



Графикон 3. Процент испитаника према брачном статусу



Графикон 4. Процент испитаника према радном статусу пре доласка у затворску установу



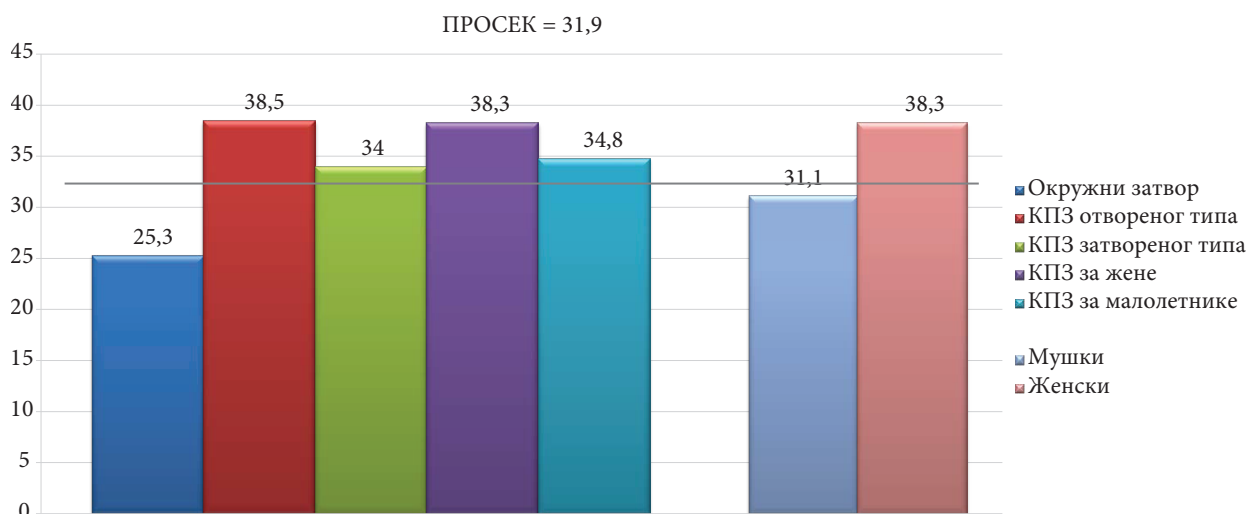
Пре доласка у затворску установу 79,9% испитаника је живело у градској средини. Највише испитаника имало је завршену средњу школу (52,9%), док је у групи без образовања, односно са непотпуном основном или основном школом било 35%. Сваки десети испитаник (10,7%) је имао вишу/високу школску спрему. Испитаници су осуђени у просеку на три године затвора (средња вредност трајања казне 3,3 године, а медијана 2 године), а највиши проценат испитаника је извршење казне затвора започео 2011, 2012. и 2013. године (67,7%).

3.2. ЗНАЊЕ О HIV-у/AIDS-у

За постојање HIV-а, односно болести сиде, зна 93,2% затворске популације у Србији, што је нешто више него 2012. године када је то потврдило 91,4% затвореника/ца. Највећи проценат оних који знају за постојање HIV вируса (96,4%) налази се у групи од 35 до 49 година. Нема значајне разлике у односу на пол (95% жена зна за постојање HIV вируса у односу на 93% мушкараца).

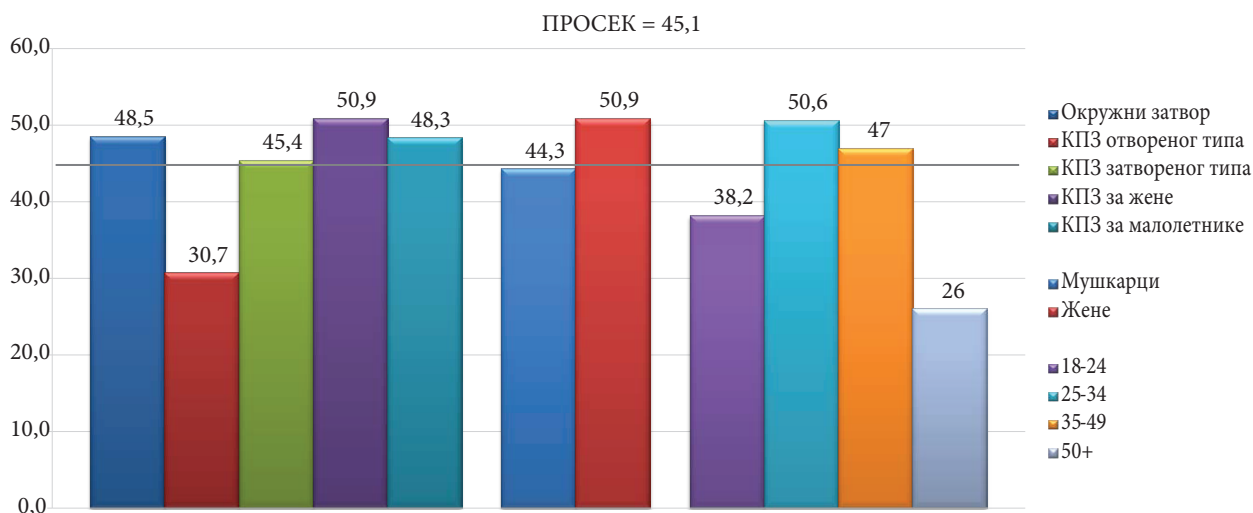
Национални индикатор 35: Тек свака трећа особа на издржавању кривичних санкција (31,9%; CI=27,9-35,8%) има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да могу правилно да препознају начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (знају да се могу заштитити од инфицирања HIV-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге partnere, као и правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа), као и заблуде везане за трансмисију HIV-а (знају да особа која изгледа здрава може бити носилац HIV-а, да се сида не може добити ако се дели храна са инфицираном особом, нити ако се живи или ради са инфицираном особом). Овај национални индикатор показује значајно нижу вредност у односу на 2010. годину када је износио 35,1%, али је виши у односу на 2012. годину (31,6%). Запажа се да у већем проценту (38,3%) стечено знање имају жене (графикон 5) што би могло говорити у прилог успешном спровођењу програмских активности у тој институцији. Статистички значајно виша су знања затвореника/ца у старосној групи 35–49 година (41%) ($\chi^2=9,03$, $df=3$, $p=0,029$).

Графикон 5. Процент затвореника/ца који правилно препознаје начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а према типу затвора и полу



Три четвртине затворске популације зна да се може заштити од инфицирања HIV-ом ако има само једног сексуалног партнера који није заражен и нема друге партнере (75%). Правилну употребу кондома као начин превенције ширења HIV инфекције препознаје 86,2% затвореника/ца. Нешто мање од 80% затворске популације зна да особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом. Да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом зна 54,9% затвореника/ца и то значајно мање мушкараца и осуђеника у окружним затворима (графикон 6).

Графикон 6. Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом, према типу затвора и полу



Више од половине затвореник/ца (56,1%) зна да се особа не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом. И овде се запажа да је проценат жена са адекватним знањем већи у односу на мушкараце (63,2% према 55,7%).

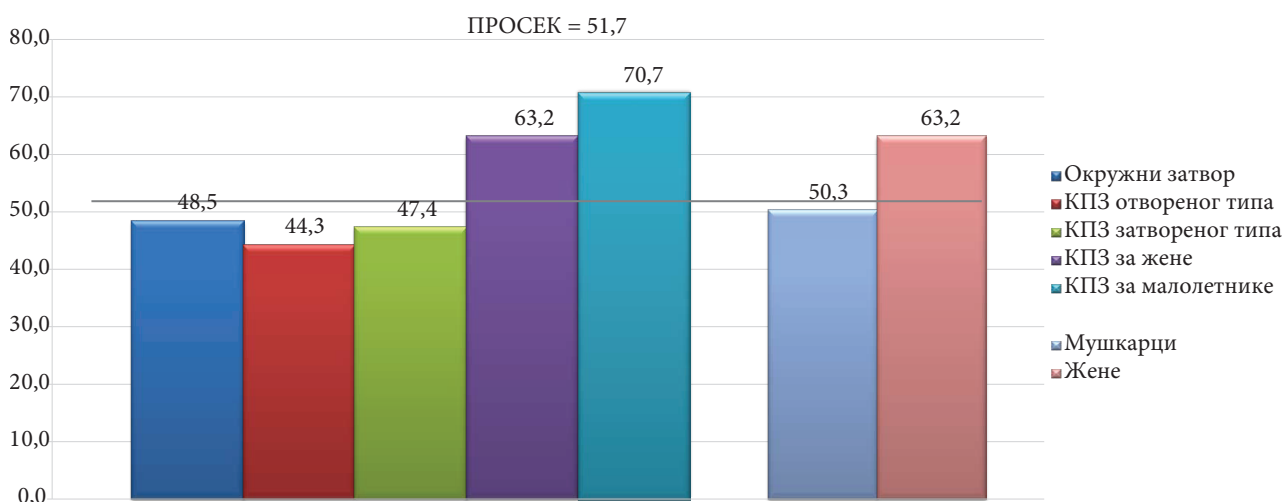
Сви наведени резултати о знању затвореника/ца о HIV-у показују више вредности у односу на истраживање из 2012. године. Разлике у знању испитаника у односу на резултате истраживања у 2012, 2010. и 2008. години су приказане у табели 2.

Табела 2. Знање затвореника/ца о о HIV-у/AIDS-у, резултати истраживања 2013, 2012, 2010. и 2008. године

ЗНАЊЕ	2013. година	2012. година	2010. година	2008. година
Процент затвореника/ца који зна за постојање HIV вируса, односно болести сиде	93,2%	91,4%	95,8%	90,6%
Процент затвореника/ца који правилно препознаје начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а	31,9%	31,6%	35,1%	20,5%
Процент затвореника/ца који зна да упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	70,0%	68,2%	74,0%	60,3%
Процент затвореника/ца који зна да правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	80,3%	75,0%	76,3%	78,0%
Процент затвореника/ца који зна да особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом	73,5%	69,7%	77,8%	71,5%
Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако борава у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом	54,9%	51,4%	56,1%	50,2%
Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	52,3%	48,8%	52,6%	47,5%

Јасну дискриминаторну поруку шаљу две петине затвореника/ца који изјављују да особе које живе са HIV-ом треба изоловати (41,5%), односно да не би требало нигде да се мешају са осталима. То је значајно мањи проценат у односу на 2012. годину када је такав став имало 57% затвореника/ца. Став који говори у прилог виктимизације HIV позитивних особа испољава половина затворске популације (51,7%) која сматра да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то (графикон 7).

Графикон 7. Процент затвореника/ца који сматра да су особе које живе са HIV-ом саме криве за то, према типу затвора и полу



Свега 14,9% испитаника није имало нити један дискриминаторни став. Статистички значајно је мање затвореника/ца са недискриминаторним ставом у старосној групи до 24 године (7,9%) ($\chi^2=3,95$; $df=1$, $p=0,047$). Нешто више од трећине испитаника (36%) би куповало свеже поврће у продавници чији власник или продавац има HIV. Статистички значајно је мање затвореника/ца са недискриминаторним ставом у старосној групи до 24 године (22,1%) ($\chi^2=8,7$; $df=2$, $p=0,013$), као и код става да би учитељица са HIV инфекцијом уколико није оболела требало да настави да ради (36%) ($\chi^2=4,09$; $df=1$, $p=0,043$) (табела 3).

Табела 3. Вредности индикатора који указују на стигму и дискриминацију особа инфицираних или оболелих од HIV-а

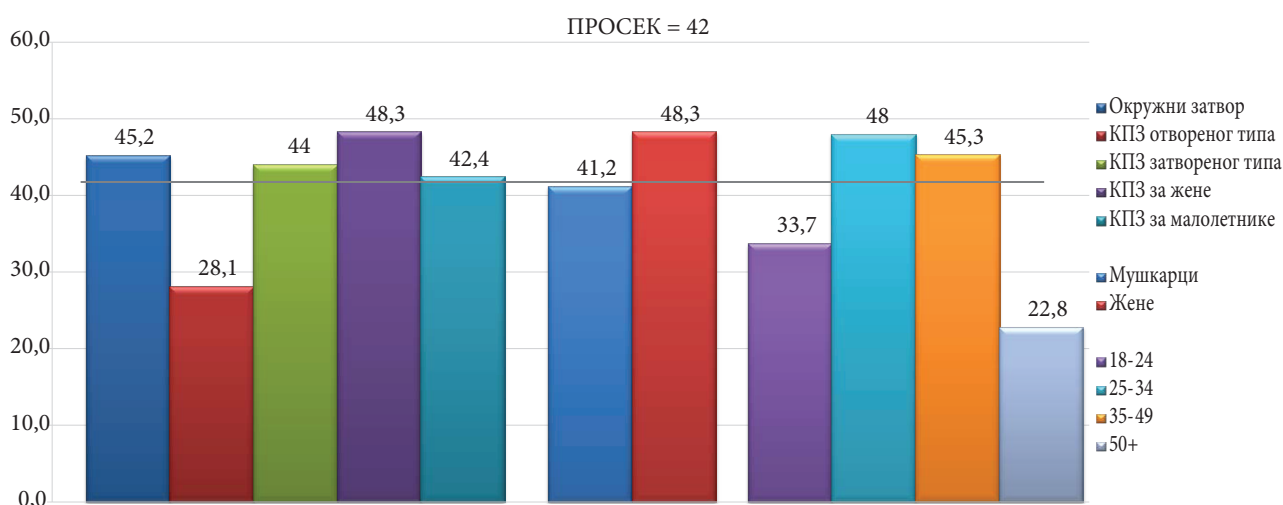
СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА	ВРЕДНОСТ ИНДИКАТОРА
Изолација особа које живе са HIV-ом	41,5%
Виктимизација особа које живе са HIV-ом	51,8%
Процент испитаника/ца који немају дискриминаторни став према PLHIV	14,6%

СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА	ВРЕДНОСТ ИНДИКАТОРА
Процент испитаника/ца који се слажу са најмање једним недискриминаторним ставом	90,7%
Процент затвореника који би прихватио да негује у свом домаћинству члана породице оболелог од HIV-а	80,4%
Процент затвореника који би куповао свеже поврће у продавници чији власник или продавац има HIV	36,0%
Процент затвореника који сматрају да учитељица/наставница са HIV-ом, а која није оболела, треба да настави са својим радом у школи	45,7%
Процент затвореника који би желео да сачува у тајности да је члан њихове породице инфициран HIV-ом	41,5%

Што се тиче места где се може саветовати и тестирати на HIV, 49,4% затвореника/ца је изјавило да зна која су то места и исти је као прошле године (49,6%). Од испитаника који сматрају да знају где се може саветовати и тестирати на HIV, чак 71,2% не увиђа разлику између институција у којима се обавља само тестирање на HIV од оних које пружају и саветовање и тестирање на HIV (28,8%). Највећи проценат затвореника/ца је као место на коме се може саветовати и тестирати на HIV наводио различите здравствене установе (54,5%), заводе за јавно здравље (17%) и инфективну клинику (12%). У укупном узорку испитаника само је њих 13,3% тачно навело места где се може саветовати и тестирати на HIV (тј. више него дупло у односу на 2012. годину).

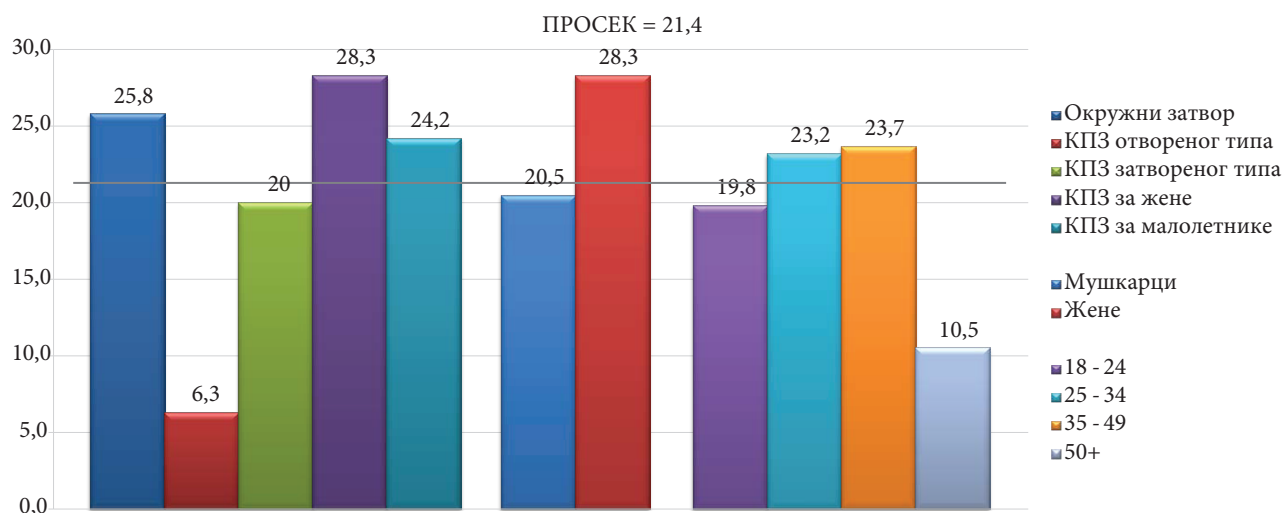
У 2013. години две петине затворске популације у Србији (42%) је изјавило да се тестирало на HIV, што је за 9% више у односу на 2012. годину када је било укупно 33,1% тестираних затвореника/ца. Процент тестираних на HIV значајно је већи код затвореника/ца доби од 25 до 34 године (48%) ($\chi^2=15,73$; $df=3$; $p=0,001$). Такође се бележи значајно више тестираних у КПЗ за жене (48,3%) ($\chi^2=9,70$; $df=4$; $p=0,046$) (графикон 8).

Графикон 8. Процент затвореника који се тестирао на HIV, према полу, типу затвора, и добним групама



Национални индикатор 37: У протеклих 12 месеци који су претходили истраживању на HIV се тестирао и зна резултат тестирања сваки пети затвореник/ца (21,4%; $CI=17,9-24,8\%$) што је више него у 2012. години (15%). Процент тестираних на HIV у протеклих 12 месеци који знају резултат тестирања је виши у женској популацији (28,3%). Најнижи проценат тестираних забележен је у КПЗ отвореног типа, свега 6,3% ($\chi^2=17,80$; $df=4$; $p=0,001$) и у добној групи преко 50 година (10,5%) (графикон 9).

Графикон 9. Процент затвореника који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултате тестирања, према полу, типу затвора, и добним групама



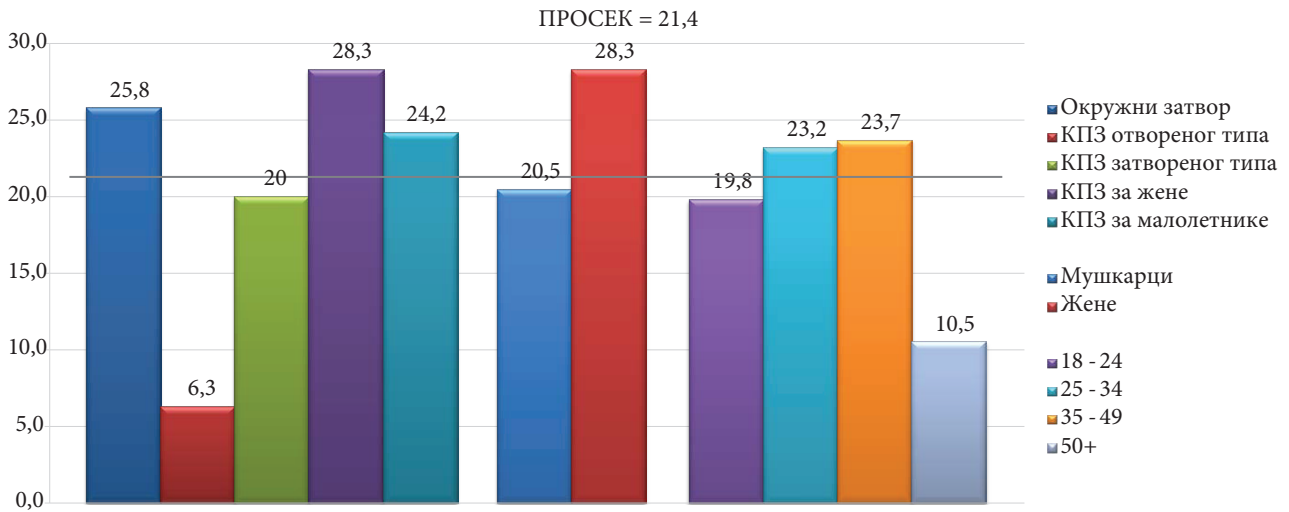
На пораст свести у односу на HIV ризике указује податак да је чак 44,3% тестираних затвореника/ца обавило тестирање на HIV на сопствени захтев током боравка у затвору (графикон 10). Истовремено је потврђена сврсисходност спровођења превентивних програмских активности, јер је значајно виши проценат затвореника/ца који су обавили тестирање у групи оних који су присуствовали предавању везаном за HIV.

Графикон 10. Процент затвореника према месту последњег тестирања на HIV



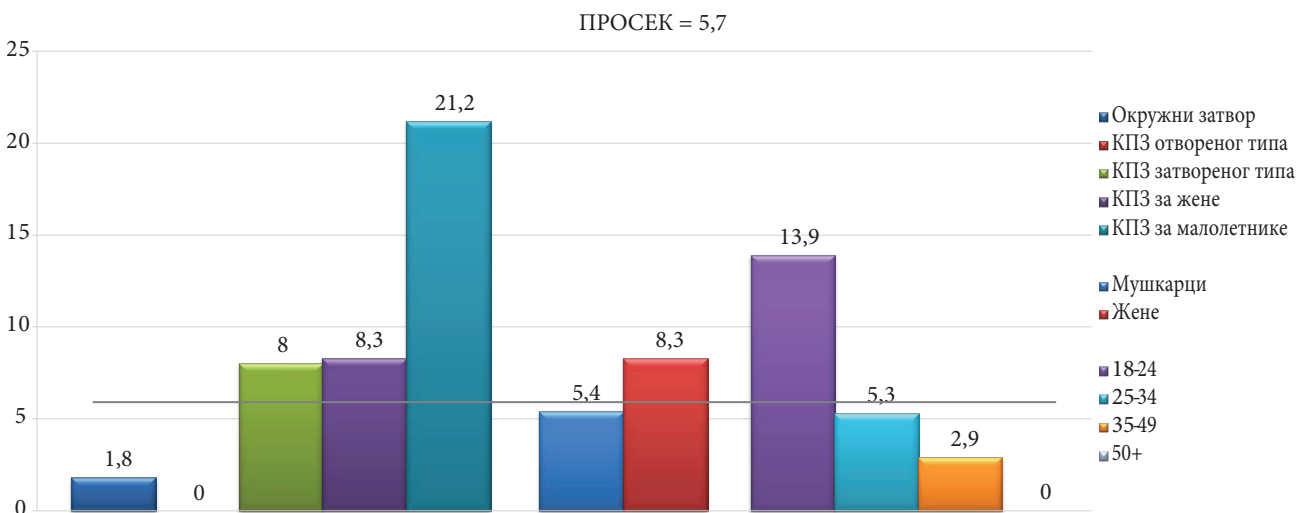
Национални индикатор 36: Предавању везаном за HIV је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању присуствовало 25,6% затвореника/ца, значајно више (41,5%; CI=21,9-29,3%) у затворима у којима се спроводи пројекат „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [12]. У исто време, предавањима везаним за HIV су значајно више присуствовали затвореници/це у добној групи 20–24 године (41,2%) ($\chi^2=15,81$; $df=2$; $p=0,01$), као и затвореници КПЗ за малолетнике (51,5%) ($\chi^2=72,49$; $df=4$; $p=0,01$). Такође је забележено да је у групи затвореника/ца који су присуствовали предавањима значајно мањи проценат оних који се ризично понашају (графикон 11).

Графикон 11. Процент затвореника који су у последњих 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV према полу, типу затвора и добним групама



У последњих 12 месеци који су претходили истраживању 5,7% затворске популације је бесплатно добило кондом од стране лекара или другог особља у затвору. Сходно Закону о извршењу кривичних санкција [13], дистрибуција кондома у затворском окружењу је могућа само приликом слободних посета, одлазака на викенд (тамо где је то допуштено) и приликом напуштања затворске установе, тако да не изненађује овако низак обухват осуђеника добијен у истраживању. Највећи проценат затвореника који је бесплатно добио кондом бележи се у КПЗ за малолетнике (21,2%) ($\chi^2=43,26$; $df=4$; $p<0,000$) и затвореницима/цама старости 18–24 године (13,9%) ($\chi^2=18,07$; $df=3$; $p<0,000$) (графикон 12).

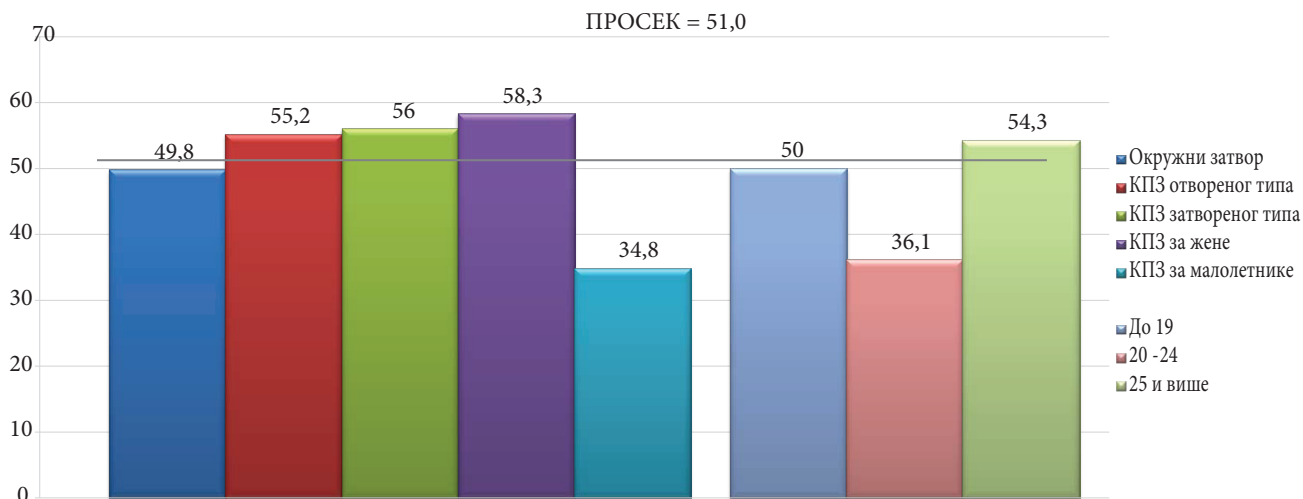
Графикон 12. Процент затвореника који су у последњих 12 месеци бесплатно добили кондом од стране лекара или другог особља у затвору према типу затвора, полу и добним групама



Са постојањем Закона о забрани дискриминације [14] у Србији је упознато нешто више од половине (51%) затворске популације. Највећи проценат затвореника/ца који знају да је у Србији усвојен Закон о забрани дискриминације је забележен у КПЗ за жене (58,3%) ($\chi^2=9,99$; $df=4$; $p=0,041$) и затвореницима/цама старости 25 и више година (54,3%) ($\chi^2=10,56$; $df=2$; $p=0,005$) (графикон 13). Међутим, тек сваки

шести затвореник/ца (16,6%) сматра да ће Закон о забрани доскриминације променити нешто у њиховом положају.

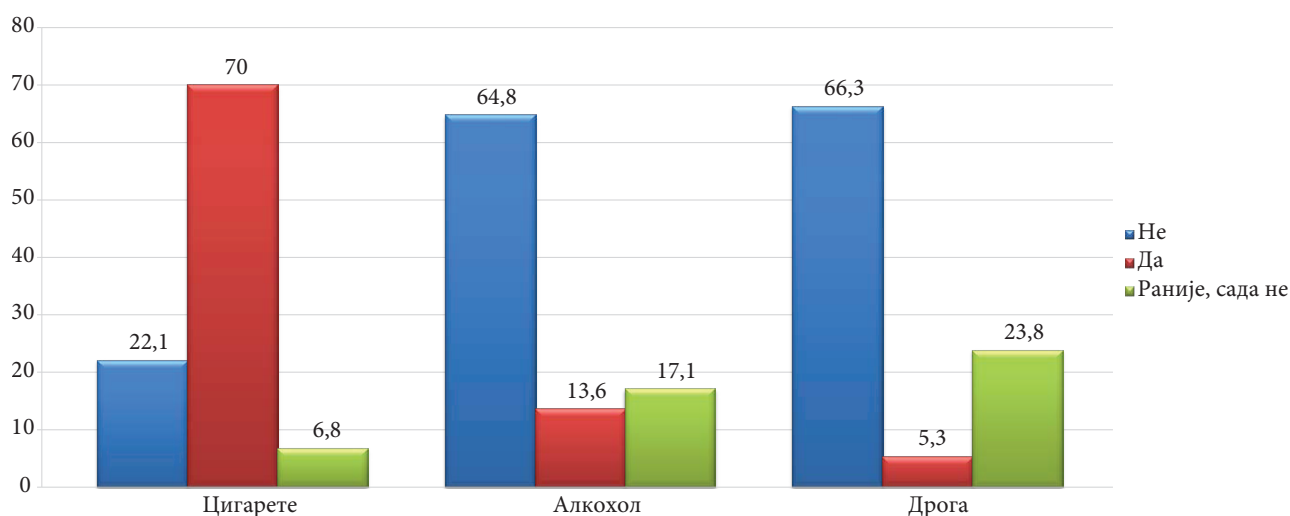
Графикон 13. Процент затвореника који знају да је донет Закон о забрани дискриминације према типу затвора и старосним групама



3.3. РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И ФАКТОРИ РИЗИКА

Од укупног броја затвореника у Србији 70% су пушачи, 13,6% конзумира алкохол, а скоро сваки четврти затвореник/ца (23,8%) изјављује да има искуства са употребом дрога (графикон 14). Резултати показују да је забележен мањи број лица који конзумирају алкохол и оних који употребљавају дроге у односу на претходно истраживање, док је број активних пушача већи.

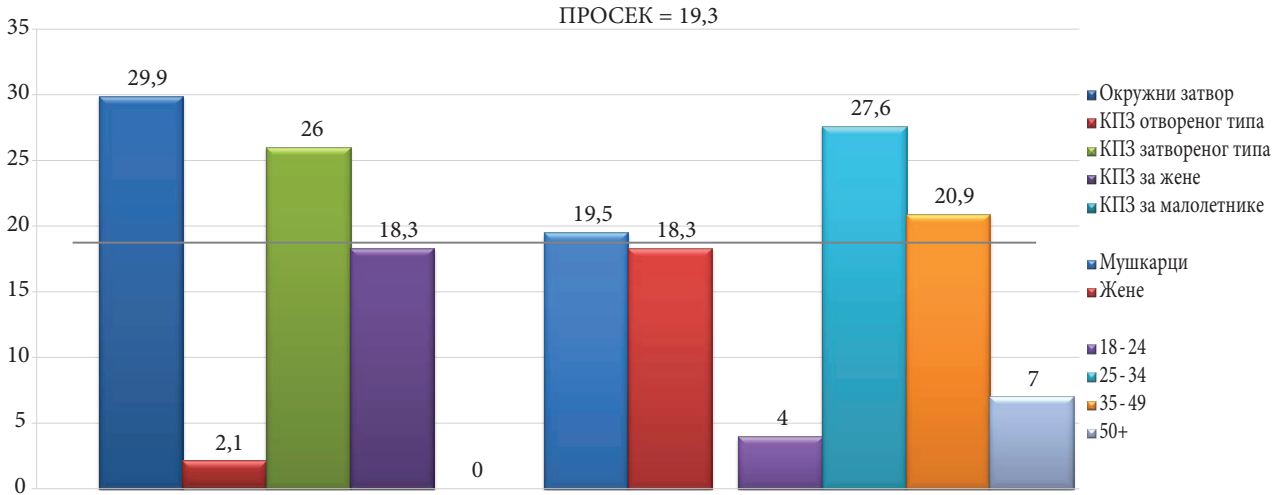
Графикон 14. Коришћење цигарета, алкохола и дрога међу затвореницима/ама



Искуство са интравенским узимањем дроге, према сопственој изјави, има 19,3% затвореника/ца. Нема значајне разлике у проценту инјектирајућих корисника дрога (ИКД) према полу, али статистички

значајно је више ИКД корисника у старосној групи 25–34 године (27,6%) ($\chi^2=31,94$; $df=3$; $p<0,000$) и окружним затворима (29,9%) ($\chi^2=52,73$; $df=4$; $p<0,000$) (графикон 15). Процент затвореника/ца који је изјавио да је интравенски узимао дрогу је виши у односу на 2012. годину (14,5%).

Графикон 15. Процент затвореника/ца који је интравенски узимао дрогу према полу, добним групама и типу затворске установе



Затвореници/е који имају искуство са интравенским коришћењем дрога су такво искуство стекли у просеку у 22. години живота (најраније са 13, а најкасније са 37), а њих 1% је први пут узело дрогу у затвору. У последњих годину дана дрогу је интравенски узело 8,6% ИКД.

Ризично понашање у смислу дељења прибора за убризгавање дроге са још неким током досадашњег инјектирајућег коришћења дроге је пријавило 31,4% ИКД. И поред тога што је мали број ИКД (2,9%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава чињеница да се 12,4% ИКД не сећа какав је прибор користио.

Могућност набавке дроге у затвору потврђује 24,9% затвореника/ца у Србији, што је значајно мањи проценат него 2012. године (32,8%) и 2010. и 2008. године (38,2% и 41,6%).

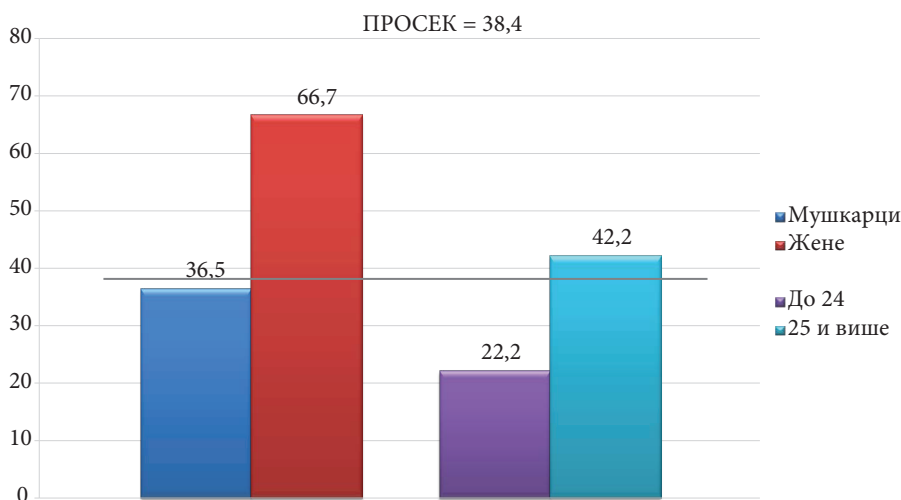
Више од пола затвореник/ца у Србији (56%) има тетоважу. Од укупног броја затвореника/ца који су се тетовирали, у затвору се тетовирало 11,6%. Код 9,9% тетовираних затвореника/ца приликом тетовирања није коришћена стерилна игла, а 8,3% затвореника/ца се не сећа каква је игла коришћена приликом тетовирања.

Готово три петине лица (58,4%) која се налазе на извршењу казне затвора има сталног партнера (особу ван затвора са којом живи у брачној/ванбрачној заједници). Од тог броја 55,2% је имало сексуалне односе са сталним партнером у току 12 месеци који су претходили истраживању. Приликом сексуалног односа са сталним партнером кондом је увек користило 8,5% затвореника/ца, повремено 24,9%, а никада 52,1%. У односу на 2012. годину, за 14% је мањи проценат затвореника/ца који никада не користе кондом.

Са друге стране, скоро сваки трећи затвореник/ца (35%) је у току 12 месеци који су претходили истраживању имао сексуалне односе са повременим партнером. Овај проценат је значајно мањи код затвореница у КПЗ за жене (20%) у односу на затворенике мушког пола (36,9%).

Приликом сексуалног односа са повременим партнером у последњих 12 месеци кондом је увек користило 27,9% затвореника/ца, а мало мање од две четвртине (38,4%) га никада није користила. Статистички значајно у последњих 12 месеци кондом приликом сексуалног односа са повременим партнером никада нису користиле затворенице, чак две трећине њих (66,7%) ($\chi^2=4,32$; $df=1$; $p=0,038$) и затвореници/це у старосној групи преко 25 година старости ($\chi^2=4,93$; $df=1$; $p=0,026$) (графикон 16).

Графикон 16. Процент затвореника/ца који у последњих 12 месеци приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером никада нису користили кондом према полу и добним групама



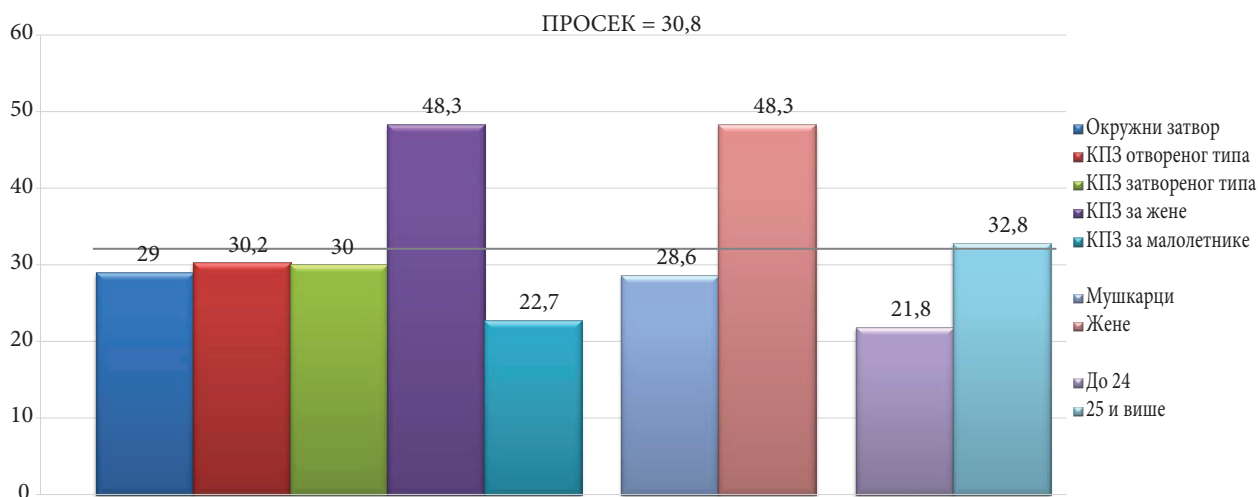
Најчешћи начин набавке кондома у последњих 12 месеци у популацији затвореника/ца је куповина у апотеци (21,9%), а затим куповина у самопослузи или киоску (17,5%) и преко лекара у затвору (4,2%).

Сексуални однос под присилом у току садашњег издржавања казне пријавило је шест затвореника/ца, тј. 1,1%. Дистрибуција по полу је једна жена и пет мушкараца.

3.4. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Истраживање је показало да 13,4% затвореника/ца сматра да њихово здравље није задовољавајуће, док 66% изјављује да је доброг здравља. У односу на самопроцену здравља затвореника/ца из 2012. године, проценат је виши за 3,5%. Једна трећина затвореника/ца (30,8%) оцењује своје здравствено стање као лошије у односу на оно пре 12 месеци. Статистички значајно чешће су овог мишљења затворенице (48,3%) ($\chi^2=9,79$; $df=1$; $p=0,002$) и затвореници/це старости 25 и више година (32,8%) ($\chi^2=4,69$; $df=1$; $p=0,030$) (графикон 17).

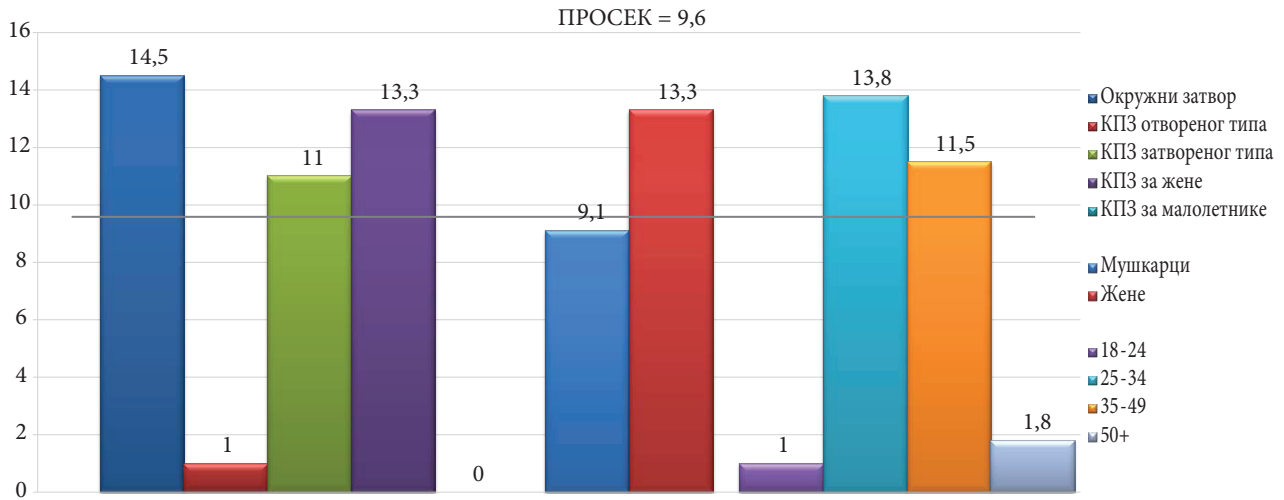
Графикон 17. Процент затвореника/ца који своје садашње здравље оцењују као лошије у односу на оно пре 12 месеци према типу затворске установе, полу и добним групама



Према мишљењу затвореника/ца три најважнија разлога оболевања у затворима су стрес, услови боравка и неправилна исхрана, као што је наведено и претходних година.

Од укупног броја затвореника/ца, њих 9,6% је изјавило да им је хепатитис Ц дијагностикован од стране лекара. То изјављује већи проценат жена (13,3%) него мушкарца (9,1%). Истовремено, највећи проценат испитаника/ца који је изјавио да има хепатитис Ц налази се у добној групи 25–34 године (13,8%) ($\chi^2 = 18,35$; $df=3$; $p<0,000$) и окружним затворима ($\chi^2 = 22,41$; $df=4$; $p<0,000$) (графикон 18).

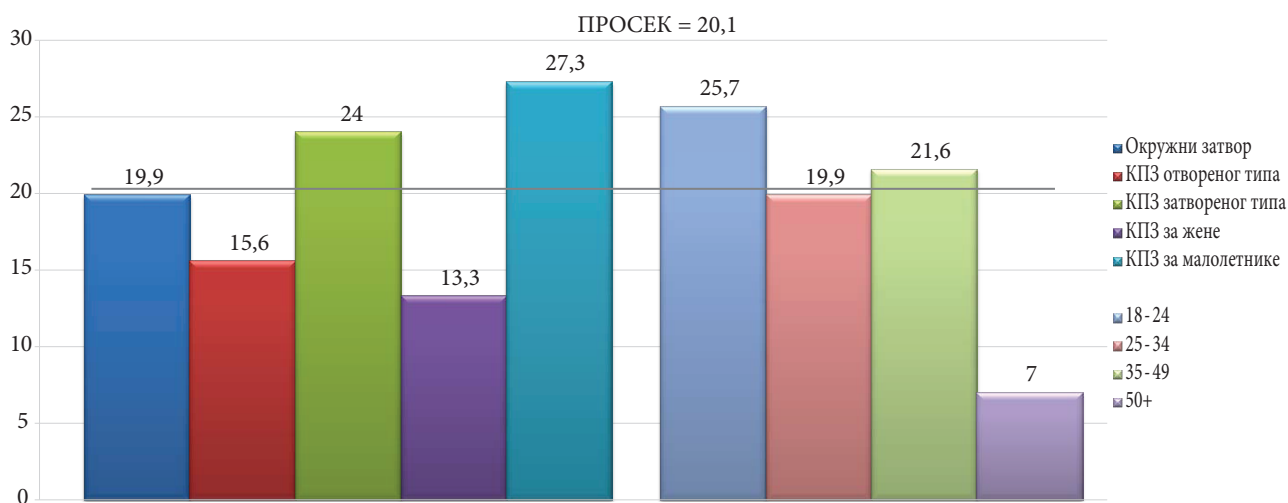
Графикон 18. Процент затвореника/ца који је икада имао хепатитис Ц према типу затворске установе, полу и добним групама



Историја сексуално преносивих болести такође је удружена са већим ризиком на HIV инфекцију. Полне болести су (према сопственом исказу) биле присутне код 4,2% затвореника/ца. Међутим, на питање о појави инфекције или било каквих промена на полном органу у последњих 12 месеци, потврдно је одговорило 9,6% затвореника/ца што говори у прилог тврдњи да је знање о полним болестима у овој популацији оскудно. То потврђује и чињеница да се у таквим ситуацијама 42,3% оболелих није јавило лекару.

Повреду је током издржавања садашње казне затвора имало 21,8% затвореника/ца и тај проценат је нешто нижи од вредности овог индикатора у 2012. години (25,3%). Највиши проценат затвореника (27,3%) повређивао се у КПЗ за малолетнике и старосној групи 18–24 године (25,7%) ($\chi^2 = 8,28$; $df=3$; $p=0,041$) (графикон 19).

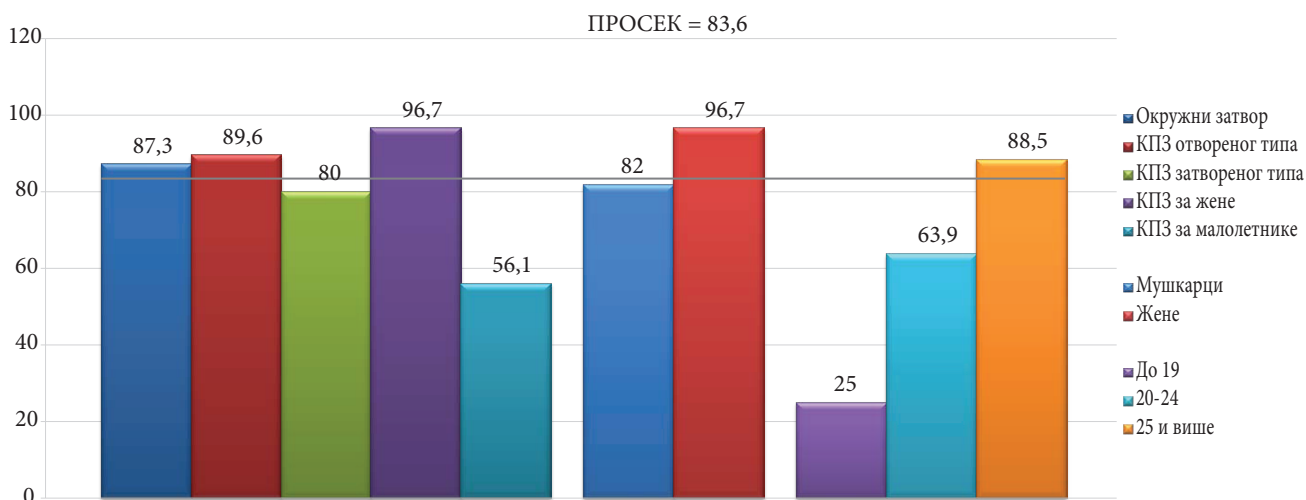
Графикон 19. Процент затвореника/ца који је имао повреду у току издржавања садашње казне затвора према типу затворске установе и добним групама



Међу затвореницима/ама који су задобили неку повреду током издржавања казне затвора највише је оних који су се повредили током рада (42,7%) или су се самоповређивали (39,3%).

У затворима у Србији 83,6% затвореника/ца одговара потврдно на питање о доступности здравствене заштите, што је ниже него 2012. године (88,1%). Здравствена заштита је најдоступнија у КПЗ за жене (96,7%) ($\chi^2=49,69$; $df=4$; $p<0,000$) и у групи затвореника/ца старијих од 25 година (88,5%) ($\chi^2=10,56$; $df=2$; $p=0,005$) (графикон 20).

Графикон 20. Процент затвореника/ца којима је доступна здравствена заштита према типу затворске установе, полу и добним групама



Највећи проценат затвореника/ца изјављује да на пријем код лекара не чека, односно да буде примљен истог дана (47,5%), док сваки трећи затвореника/ца (28,7%) изјављује да обично чека од 1 до 3 дана. У односу на 2012. годину, време пријема код лекара је краће.

Што се тиче разлога посете лекару током издржавања казне затвора, у последњих 12 месеци је то најчешће била болест (42,7%), док сваки четврти затвореник/ца посећује лекара због потребних лекова (23,4%).

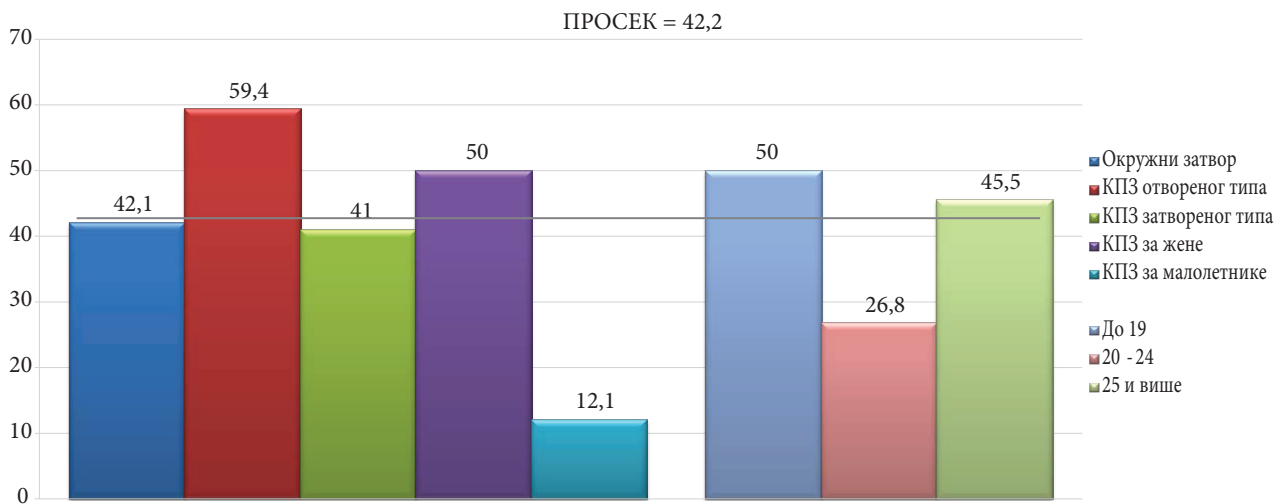
Више од половине броја затвореника/ца у Србији набављају потребне лекове преко лекара у затвору (57,8%), а више од трећина то чини преко породице и пријатеља (37%).

Скоро четири петине затвореника/ца (77,7%) тврди да им је стоматолог доступан.

О доступности гинеколога потврдно се изјашњава 95% затвореница. Гинеколога је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању посетило 76,7% затвореница, што је нешто више него што су показали резултати истраживања 2012. године (70,2%).

Нешто више од две петине затвореника/ца (42,2%) је задовољно односом здравствених радника према њима, што је више него 2012. (38,3%) и 2010. године (29,7%). Значајно мање затвореника/ца је задовољно односом здравствених радника у КПЗ за малолетнике (12,1%) ($\chi^2=37,65$; $df=4$; $p<0,000$) и у добној групи 20–24 године ($\chi^2=11,47$; $df=2$; $p=0,003$) (графикон 21).

Графикон 21. Процент затвореника/ца који је задовољан односом здравствених радника према њима према типу затворске установе и добним групама



3.5. ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМИ 2008–2013.

Један од циљева овог истраживања је и евалуација превентивних програма популација под ризиком. Сви композитни индикатори (КИ) и сетови су укрштени међусобно, са полом, добном групом (до 19, 20–24 и 25 и више) и кластером (тип затвора). У табели 4 су приказана обележја за сваку годину истраживања (2008, 2010, 2012. и 2013) за које је статистичким тестовима (Pearson χ^2 , Student-ov T-test, Mann-Whitny test и ANOVA) доказана значајност $p \leq 0,05$ и интервал поверења $CI=95\%$.

Специфично за истраживања за популацију под повећаним ризиком у установама за издржавање кривичних санкција је да не постоји континуитет у погледу испитаника. Делимично учешће истих испитаника је у КПЗ за жене, КПЗ затвореног типа и нешто мање у окружним заводима, и то не за сваку годину истраживања. Ово је само један од могућих разлога зашто евалуација превентивних програма не приказује статистичку значајност за више композитних индикатора и/или сетова сваке године. С друге стране, у сетовима има појединих варијабли (нпр. доступност здравствене заштите, стигматизација) које су без статистичке значајности за пол, добне групе и кластере (за поједине године истраживања).

Табела 4. Евалуација превентивних програма према композитним индикаторима и сетовима, 2008–2013.

КОМПОЗИТНИ ИНДИКАТОР/ СЕТ	2013.	2012.	2010.	2008.
Превентивни програм	Композитни индикатор=4,4%; Старосна група 20-24=10,5%; КПЗ за малолетнике=15,5%; Саветовање и тестирање =7,5%	/	/	/
Превентивна пракса	/	/	Композитни индикатор =7,3%; Окружни затвор=12,3%	Композитни индикатор =5,3%; Здравствена заштита (не)=6,2%
Здравствена заштита	Композитни индикатор =4,4%; КПЗ затвореног типа=14%; Превентивни програм (да)=10,7%	Композитни индикатор =11,1%; КПЗ затвореног типа=18,5%;	Композитни индикатор =11,4%; КПЗ за малолетнике=19,4%; Превентивни програм (да)=22,9% Знање (да)=16,3%	Композитни индикатор =22%; Окружни затвор=37,7%;
Саветовање и тестирање	Композитни индикатор =26,3%; КПЗ за жене=35,1%; Превентивни програм (да)=45,5%	Композитни индикатор =16,6%; КПЗ за малолетни- ке =33,3%; жене=26,8%	Композитни индикатор =17,8%; КПЗ за жене=42,2%; жене =42,2%; Превентивни програм (да)=26,5% ; Старосна група до 19=37,5%; Употреба кондома увек (да) (КИ=14,9%)=36,4%	Композитни индикатор =15%; Окружни затвор=19,3%; Превентивни програм (да)=66,7%
Знање о HIV превенцији	/	Композитни индикатор =35,3%; Употреба кондома у последњих 12 месеци (да)=46,3%	Композитни индикатор =36,5%; КПЗ за жене=51,6%; жене =51,6%;	Композитни индикатор =19,4%; КПЗ затвореног типа=27,9%;
Изолација особа са HIV-ом	Композитни индикатор =41,7% КПЗ за малолетнике=55,2%; Пол мушки=43,2%	Композитни индикатор =57% Здравствена заштита (добра)=69,2%	Композитни индикатор =49,7%; КПЗ затвореног типа=62,4%; Мушки=52,7%	Композитни индикатор =43,4% Превентивна пракса (да)=44,5%;
Виктимизација особа са HIV-ом	Композитни индикатор =51,8% КПЗ за малолетнике=70,7%; Старосна група до 19=100%	/	/	Композитни индикатор =15,7% Здравствена заштита (да)=9,1%;

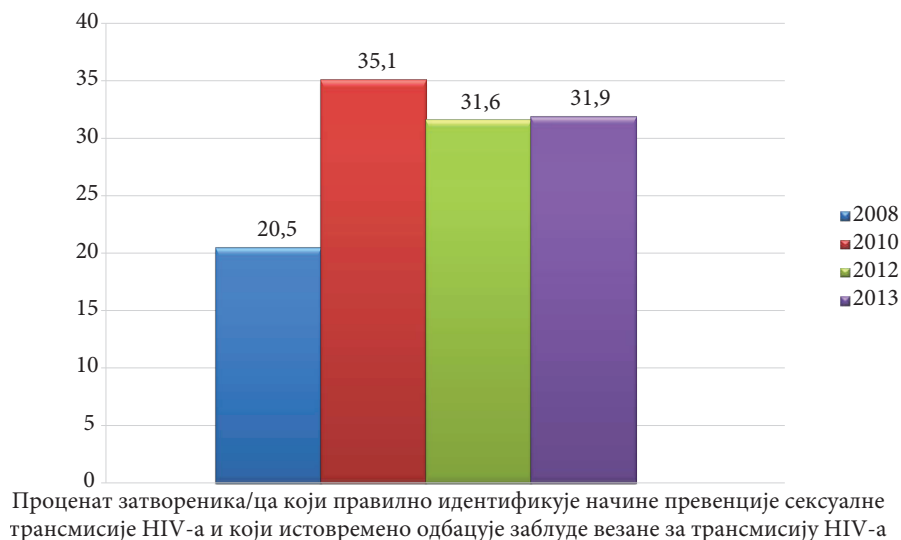
Нажалост, за многе сетове је статистичка значајност била близу границе, али ипак изнад $p=0,05$. Такође, истраживачки захтеви су били високо постављени за композитне индикаторе, и веома мали проценат испитаника је задовољавао договорене пропозиције (нпр. свега 1,1% 2013. године је укључених у ПП, тј. 6 анкетираних). Треба узети у обзир и да је свега једна трећина од укупног броја КПЗ завода укључена у организоване превентивне програме (половина кластера у истраживању) и да постоје ограничени ресурси (хумани, опрема и материјална средства) који нису омогућили даље укључење затворских установа у програм превенције од HIV-а и других полно преносивих инфекција. Достигнути резултати у КПЗ у којима постоје организовани превентивни програми је обухват затвореника/ца предавањима и обухват тестирањих на HIV којима је познат резултат тестирања 2008, 2010. и 2013. године (табела 4). Знање о начинима трансмисије и превенције је значајно више у групи затвореника/ца који су присуствовали предавањима. Нажалост, сама превентивна пракса није усвојена, али свакако треба имати на уму да ова популациона група и нема доступну сексуалну активност у току издржавања санкција, осим у веома изнимним случајевима (посете супружника/партнера и одласка на викенд) које нисмо пратити упитником. Такође, не постоји корелација нивоа знања о начинима трансмисије и превенције и недискриминаторских ставова према популацији HIV позитивних и/или оболелих. Ово је сигурно један од сегмената на које треба обратити пажњу приликом нових превентивних програма. Затвореници/це који су укључени у превентивне програме значајно су задовољнији и здравственом заштитом (доступност и задовољство услугом) 2010. и 2013. године (табела 4).

Вредности националних индикатора 35, 36 и 37, а који се односе на знања у вези са превенцијом и трансмисијом HIV инфекције, и укључење у превентивне програме (предавања и тестирање) приказани су за сваку годину истраживања у графиконима 22–24.

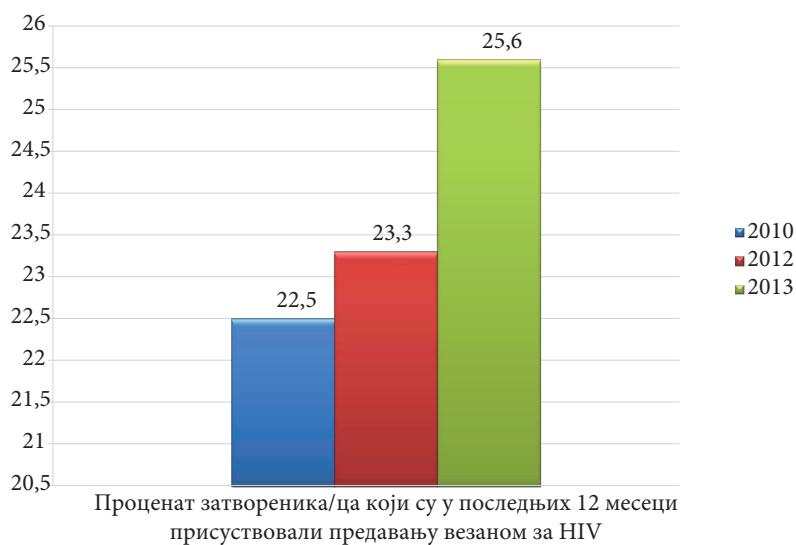
Тренд сва три индикатора је позитиван, тј. све је већи проценат затвореника/ца укључених у

превентивне програме. Најзначајнији је пораст знања о превенцији и трансмисији HIV инфекције, који је у порасту за 50%, тј. са 21% у 2008. на 32% затвореника/ца 2013. године који правилно идентификује начине преношења и превенције.

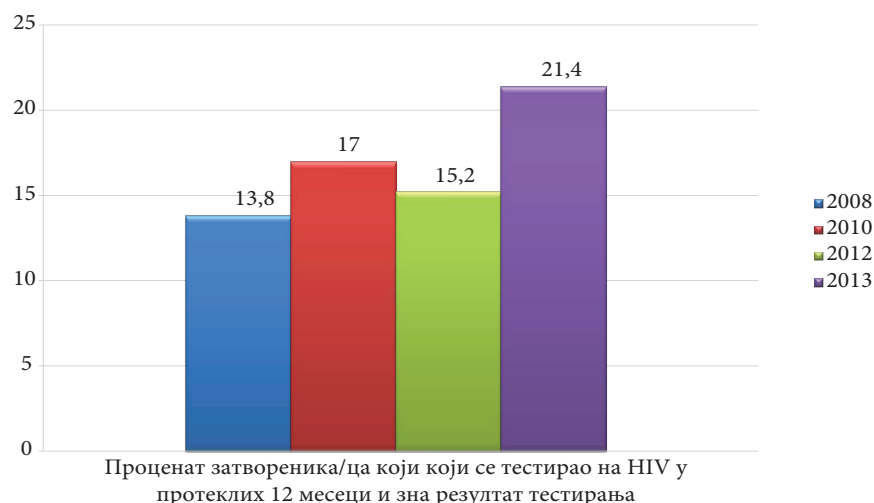
Графикон 22. Линија тренда националног индикатора 35, 2008–2013.



Графикон 23. Линија тренда националног индикатора 36, 2008–2013.



Графикон 24. Линија тренда националног индикатора 37, 2008–2013.



Вредности свих индикатора праћених у истраживању 2013. године приказани су обједињено у табелама 5, 6 и 7.

Табела 5. Вредности индикатора 2013. године (1)

ИНДИКАТОР	%
1. Процент затвореника који своје садашње здравље оцењује као лошије у односу на оно пре 12 месеци	30,8
2. Процент затвореника који је икада имао Хепатитис Ц	9,6
3. Процент затвореника који је имао повреду у току издржавања садашње казне затвора	20,1
4. Процент затвореника који је интравенски узимао дрогу	19,3
5. Процент затвореника ИКД који је делио шприц/иглу	31,4
6. Процент тетовираних затвореника код којих приликом тетовирања није коришћена стерилна игла	14,9
7. Процент затвореника који су у последњих 12 месеци приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером увек користили кондом	27,9
8. Процент затвореника који у последњих 12 месеци приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером никада нису користили кондом	38,4
9. Процент затвореника који је током последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером користио кондом	35,8
10. Процент затвореника који правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а	31,9
10.1. Процент затвореника који су тачно одговорили на питање: Да ли упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а?	70
10.2. Процент затвореника који су тачно одговорили на питање: Да ли правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а?	80,3
10.3. Процент затвореника који су тачно одговорили на питање: Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?	73,5
10.4. Процент затвореника који су тачно одговорили на питање: Да ли се особа може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом?	54,9
10.5. Процент затвореника који су тачно одговорили на питање: Да ли се особа може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом?	52,3

Табела 6. Вредности индикатора 2013. године (2)

ИНДИКАТОР	%
11. Изолација особа које живе са HIV-ом	41,5
12. Виктимизација особа које живе са HIV-ом	51,8
13. Процент затвореника који зна где се може тестирати на HIV	13,3
14. Процент затвореника који се тестирао на HIV	42,0
15. Процент затвореника који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултат тестирања	21,4
16. Процент затвореника обухваћен превентивним програмима	1,1
16.1 Процент затвореника који су у последњих 12 месеци бесплатно добили кондом од стране лекара или другог особља у затвору	5,7
16.2. Процент затвореника који знају где се могу саветовати и тестирати на HIV	13,3
16.3. Процент затвореника који су у последњих 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV	25,6
17. Процент затвореника који знају да је донет Закон о забрани дискриминације	51,0
18. Процент затвореника који сматра да ће Закон о забрани дискриминације променити нешто у њиховом положају	16,6

Табела 7. Вредности индикатора 2013. године (3)

ИНДИКАТОР	%
19. Процент затвореника којима је доступна здравствена заштита (лекар, медицинска сестра)	83,6
20. Процент затвореника којима је доступан стоматолог	77,7
21. Процент затвореника који је задовољан односом здравствених радника према њима	42,2
22. Процент затвореница којем је доступан гинеколог	95
23. Процент затвореница који је посетио гинеколога у последњих 12 месеци	76,7
24. Процент испитаника/ца који немају дискриминаторни став према PLHIV	14,6
25. Процент испитаника/ца који се слажу са најмање једним недискриминаторним ставом	90,7
26. Процент затвореника који би прихватио да негује у свом домаћинству члана породице оболелог од HIV-а	80,4
27. Процент затвореника који би куповао свеже поврће у продавници чији власник или продавац има HIV	36,0
28. Процент затвореника који сматрају да учитељица/наставница са HIV-ом, а која није оболела, треба да настави са својим радом у школи	45,7
29. Процент затвореника који би желео да сачува у тајности да је члан њихове породице инфициран HIV-ом	41,5
30. Процент затвореника чији је резултат тестирања на HIV при последњем тестирању био позитиван	3

4. ЗАКЉУЧЦИ

У истраживању спроведеном на 16 локација (установа за извршење кривичних санкција) у периоду од 19. до 21. новембра 2013. године, на узорку од 543 затвореника оба пола узраста 18 и више година, са циљем да се процени ниво осетљивости на HIV и друге ППИ, дошло се до следећих закључака:

- За постојање HIV-а, односно болести сиде, зна велики проценат затворске популације у Србији. Тек сваки трећи затвореник/ца има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да може правилно да идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препозна заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ипак, бележи се благи пораст вредности овог показатеља у односу на резултате истраживања из 2012. године.
- Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је и даље веома присутан у затворској популацији, али значајно у мањем обиму него претходних година. Две четвртине затвореника/ца сматра да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, док скоро половина затворске популације сматра да су особе које су инфициране HIV-ом саме криве за то.
- У укупном узорку испитаника само је њих 13,3% тачно навело места где се може саветовати и тестирати на HIV (тј. више него дупло у односу на 2012. годину). Процент затвореника/ца тестираних на HIV је 42%, а оних који су то учинили у претходних 12 месеци и знају резултат тестирања је 21,4%.
- У популацији затвореника који се налазе на издржавању казне у затворима који су укључени у пројекат Министарства здравља „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [12], запажа се већи проценат оних који имају задовољавајући ниво знања о HIV-у/AIDS-у, који су се тестирали на HIV и који су обухваћени превентивним активностима.
- Генерално, сви резултати истраживања који указују на знање затвореника/ца о HIV-у/AIDS-у показују боље вредности у односу на претходна три истраживања. Затвореници женског пола, као и они млађи од 25 година и даље представљају групе које су, и поред бољег знања, због ризичног понашања вулнерабилније на HIV инфекцију.
- Инјектирајуће узимање дроге (према сопственом исказу) присутно је код 19,3% затвореника/ца. Пракса дељења шприца/игле је распрострањена међу ИКД. И поред тога што је мали број ИКД (2,9%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава сазнање да се 12,4% ИКД не сећа какав је прибор користио/ла. Чињеница која охрабрује је да у односу на претходне циклусе истраживања значајно мањи проценат затвореника/ца потврђује да се дрога може набавити у затвору.
- Приближно половина затвореника/ца је тетовирано. Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује сваки десети тетовирани затвореник/ца, али не треба занемарити податак да се сваки једанаести не сећа каква је игла коришћена приликом тетовирања.
- Око три петине лица која се налазе на извршењу казне затвора има сталног партнера, од чега је сексуалне односе са сталним партнером у последњих 12 месеци имало њих 55,2%. Већи проценат

сексуално активних лица која се налазе на извршењу казне затвора је забележен код мушкараца, у окружним затворима и КПЗ отвореног типа.

- Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима присутније је код затвореника него код затвореница, као и код лица која се налазе на извршењу казне затвора у окружним затворима. Две трећине затворске популације никада не користи кондом са сталним партнером, док са нерегуларним партнером кондом никада не користи сваки трећи затвореник/ца.
- Најчешћи начини набавке кондома су куповина у апотеци и куповина у самопослузи или киоску, док га сваки петнаести затвореник/ца набавља преко затворског лекара.
- При самопроцени здравља сваки осми затвореник/ца сматра да његово здравље није задовољавајуће. У односу на здравље од пре 12 месеци, 30,8% испитаника/ца своје садашње здравље процењује као лошије.
- Да им је дијагностикован хепатитис Ц од стране лекара изјављује 9,6% затвореника/ца, више жена и оних у добној групи 25–34 године.
- Знање затвореника/ца о полним болестима је незадовољавајуће, на шта указује резултат истраживања по коме затвореници/це не препознају појаву полних болести и што се у ситуацијама када имају одређене симптоме и промене не јављају лекару.
- Према мишљењу затвореника/ца три најчешћа разлога оболевања у затвору су као и претходних године: стрес, услови боравка и неправилна исхрана.
- Већина затвореника/ца сматра да им је здравствена заштита доступна (лекар или гинеколог, медицинска сестра, стоматолог).
- Највећи проценат затвореника/ца је изјавио да код лекара буде примљен истог дана што је значајан напредак у односу на резултате истраживања из претходних године, када је највећи проценат затвореника/ца изјавио да обично на то чека од 1 до 3 дана. Такође, значајно већи проценат затвореника/ца у односу на 2012. и 2010. годину је задовољан односом здравствених радника према њима.

5. ПРЕПОРУКЕ

- Спровести детаљну евалуацију програмских активности обављених у периоду 2012–2013. године у циљу процене да ли су оне заиста досегле групе затвореника/ца посебно осетљиве на HIV инфекцију.
- Ревидирати и редефинисати активности на спровођењу специфичних програма за превенцију HIV/AIDS-а у затворима у тесној сарадњи између здравственог и правосудног система, представника затворских установа и невладиног сектора. Све активности које су ефикасне, изводљиве и доступне у заједници, морају бити примењене и у затворима. Ово укључује свеобухватни пакет интервенција, углавном везан за здравствени сектор: развој и дистрибуција пригодног информативно-едукативног штампаног материјала, доступност/дистрибуција кондома, обезбеђивање стерилног прибора за инјектирање, примена мера универзалне заштите од крвљу преносивих инфекција приликом пружања здравствених и других услуга (нпр. тетовирање и пирсинг где се нарушава интегритет коже), превенција сексуалног злостављања/насиља, постекпозициона профилакса HIV инфекције и хепатитиса Б, добровољно тестирање на HIV и друге инфекције праћено саветовањем, лечење HIV инфекције и других болести, стања и /или повреда, имунизација, превенција преноса HIV инфекције и других инфекција са мајке на дете, пружање неге и подршке хронично инфицираним лицима [15].
- Обезбедити већи обухват затвореника/ца услугом добровољног тестирања на HIV, уз адекватно пре- и пост- саветовање.
- Обезбедити едукацију затвореника/ца из области превенције HIV инфекције приликом доласка у затвор, током издржавања затворске казне и у периоду пред излазак из затвора. Едукацију о начинима преношења и мерама заштите од HIV инфекције, као и других ППИ посебно треба

услерити на доследно спровођење личне хигијене (коришћење искључиво сопственог прибора за одржавање хигијене уста и зуба, прибора за бријање и сл.), конзистентну употребу кондома са различитим врстама партнера и коришћење стерилног прибора за инјектирање наркотика, програме опиоидне супституционе терапије, значај имунизације против хепатитиса Б, значај раног дијагностиковања и лечења HIV инфекције и других ППИ.

- Обезбедити затвореницима доступност јасних информација (лифлети, часописи, постери) о ризичним понашањима која могу довести до HIV и других ППИ.
- Самим тим што је у затворској средини свака пета особа била или јесте интравенски корисник дроге (19,3%), ова групација захтева посебну пажњу у вези са планирањем програма превенције HIV-а, поготово имајући у виду да је употреба дрога и упражњавање сексуалних односа присутно и у затворској средини. Упркос укључивању корисника дрога у опиоидни супституциони третман током боравка у затвору, потребно је омогућити и обезбедити наставак њиховог лечења након одслужења кривичних санкција кроз институционализовање метадонских центара у здравственим установама свих нивоа.
- Посветити посебну пажњу програмима превенције HIV-а осетљивих популационих група, младих и жена на издржавању казне затвора. Иако су млади генерално боље информисани о начинима трансмисије HIV-а, истовремено су и мање свесни о неопходности промене ризичног понашања, односно примене стратегија за смањење ризика на HIV инфекцију. Стога је потребно адаптирати програм едукације у складу са посебним потребама младих затвореника у циљу оснаживања ставова и усвајања понашања који онемогућавају оболевање од полно преносивих болести, укључујући и HIV/AIDS.
- И поред значајног напретка на пољу доступности здравствене заштите и задовољства корисника и даље подстицати остваривање права свих затвореника/ца на здравствену заштиту, са нагласком на спровођење превентивних мера, еквивалентних оним које се спроводе у општој популацији.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Piot P, Russell S, Larson H. Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS. *Am J Public Health* 2007; 97: 1934-1936.
2. Polonsky S, Kerr S, Harris B, et al. HIV Prevention in Prisons and Jails: Obstacles and Opportunities. *Public Health Reports* 1994; 109: 615-623.
3. Министарство здравља Републике Србије: Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у, 2011–2015. Београд, 2011.
4. Министарство правде Републике Србије, Управа за извршење кривичних санкција: Годишњи извештај 2012. Београд, 2013.
5. Кнежевић Т, Бассион Стаменић Ф, Барош С, Илић Влатковић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2008.
6. Кнежевић Т, Барош С, Бассион Стаменић Ф, Цуцић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2010.
7. Кнежевић Т, Барош С, Бассион Стаменић Ф, Цуцић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2012.
8. Јелић М, Киурски М, Новаковић Н, Обрадовић М. Како до европских стандарда. Затвори у Србији 2002-2003. Београд: Хелсиншки одбор за људска права у Србији; 2003.
9. Јелић М, Кузмановић И, Лукић Самарџија Г, Новаковић Н, Обрадовић М. Затвори у Србији, април 2004 – април 2005. Београд: Хелсиншки одбор за људска права у Србији; 2005.

10. Стамболивић В, Вуковић Д, Маринковић Ј, Терзић З, Шантрић Милићевић М. Затвори и здравље. Београд: Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду; 2005.
11. Министарство здравља Републике Србије: План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, 2011–2015. Београд, 2011.
12. Подршка у борби против HIV/AIDS-а [страница на интернету]. Доступно на: <http://www.hivpodrska.org.rs/menu/index/43>
13. Закон о извршењу кривичних санкција. „Службени гласник РС”, 85/05, 72/09, 31/11.
14. Закон о забрани дискриминације. „Службени гласник РС”, 22/09.
15. Stefan Enggist, Lars Moller, Gauden Galea and Caroline Udesen: Prisons and Health. WHO 2014; 7; 47-77;

СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом

Главни истраживач и аутор текста:

Др Гордана Кртинић
Завод за јавно здравље Суботица

Консултант истраживања:

Проф. др Дејана Вуковић
Медицински факултет Универзитета у Београду

Теренски координатори:

Снежана Стеванчевић
Одељење за HIV/AIDS, Клиника за инфективне и тропске болести Београд

Марија Кончаревић
Одељење за HIV/AIDS, Клиника за инфективне болести Нови Сад

Стефан Ђорић
Одељење за HIV/AIDS, Клиника за инфективне болести Ниш

СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом

Др Гордана Кртинић
Завод за јавно здравље Суботица

Кратак садржај

HIV инфекција је хронично стање са којим се квалитетно и дуго живи уколико се правовременим адекватним лечењем контролише репликација HIV-а. Циљ истраживања био је да се процени напредак у квалитету живота људи који живе са HIV-ом, у којој мери здравствене и социјалне услуге одговарају њиховим потребама, и да се процени изложеност стигми и дискриминацији. Истраживање је дескриптивна студија на узорку испитаника који живе са HIV/AIDS-ом, старости ≥ 18 година, који су користили услуге инфективних клиника у Београду, Новом Саду и Нишу најмање шест месеци. Задовољство социјалним односима, пруженом подршком и укљученошћу у друштво изразило је 41,6%, док је квалитетом живота и здравља било задовољно 13,3% испитаника. У последњих месец дана 60,6% испитаника ниједном није пропустило да узме терапију. Кондом је при последњем пенетрантном односу са сталним партнером користило 73,7% испитаника. Дискриминацију због HIV статуса у својој средини доживело је 23,9% испитаника, док је 27,4% анкетираних доживело дискриминацију у здравственој установи. Искуство стигме и дискриминације било је повезано са смањеним задовољством испитаника социјалним односима и аутостигмом. Едукација, развијање система социјалне подршке, јачање капацитета НВО и континуирана борба против дискриминације основни су предуслов унапређења квалитета живота људи који живе HIV/AIDS-ом.

Кључне речи: HIV инфекција, АРВ терапија, стигма и дискриминација, квалитет живота

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV

Gordana Krtinic, MD
Institute of Public Health, Subotica

Abstract

HIV infection is a chronic condition which allows both prolongation of life expectancy and sustaining quality of life if the replication of HIV is controlled by adequate treatment. The objective of research was to assess the advancement in quality of life of people living with HIV, the extent to which health and social services are matching their needs and the exposure to stigma and discrimination. The research was descriptive study on sample of people living with HIV, aging ≥ 18 , who are using the clinic's services in Belgrade, Novi Sad and Nis at least six months. Satisfaction with social relationships, provided support and inclusion in the society was expressed by 41.6% of responders, while quality of life and health was satisfactory for the 13.3% responders. During the last month 60,6% of responders did not fail even once to take the therapy. Condom was used in the last penetrating intercourse with the regular partner by 73.7% of responders. Discrimination due to their HIV status was experienced by 23.9% responders, while 27.4% of interviewees experienced discrimination in health institution. The experience of stigma and discrimination was associated with decreased satisfaction of responders with social relationships, increased autostigma and reduced usage of services provided by NGOs. Education, development of social support systems, strengthening the capacity of NGOs and continuing fight against discrimination are essential conditions for improving quality of life of people living with HIV.

Key words: HIV infection, ARV therapy, stigma and discrimination, quality of life.

1. УВОД

HIV инфекција данас представља хронично стање са којим се може квалитетно живети само уколико се правовременим и адекватним специфичним лечењем контролише репликација HIV-а [1, 2]. Нега, лечење и подршка особама које живе са HIV-ом (у наставку PLHIV) дефинисана је као кључна компонента у Стратегији о HIV инфекцији и AIDS-у Републике Србије [3]. Иако су у нашој земљи учињени значајни помаци у квалитету неге и лечењу особа које живе са HIV/AIDS-ом децентрализацијом кључних здравствених услуга, као и едукацијом и програмском подршком невладином сектору, особе које живе са HIV/AIDS-ом и даље се суочавају са здравственим, социјалним и економским проблемима [4, 5]. Према доступним подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, кумулативно је до краја 2012. године у Републици Србији дијагностиковано 2850 особа инфицираних HIV-ом, од којих је 58% оболело од AIDS-а, док је 63% умрло. Према званичним подацима, у Србији крајем 2012. године са HIV-ом живи 1715 особа. Две трећине од укупно регистрованих HIV позитивних особа прима антиретровирусну терапију (АРТ) на једној од инфективних клиника у којима се спроводи лечење ових пацијената [6]. У 2012. години, 32% новоинфицираних особа је свој HIV статус сазнало у стадијуму AIDS-а. То указује да се и поред доступног добровољног саветовања на HIV, значајан проценат не тестира благовремено и тиме редукује могућност успешног лечења и ефикасну контролу HIV инфекције [6, 7].

У Србији су у складу са „Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије” до сада реализована три бихејвиорална надзорна истраживања квалитета живота људи који живе са HIV-ом 2008–2012. године, као и HIV стигма индекс 2012. године [8]. Студије процене квалитета живота особа које живе са HIV-ом 2008. и 2010. године реализоване су на Клиникама за инфективне болести у Београду и Новом Саду [9, 10]. Студија из 2012. године реализована је према препорученој методологији „Стигма Индекс”. Њихов основни циљ била је процена респонзивности система подршке и бриге за особе које живе са HIV-ом у Републици Србији, квалитета живота и степена стигме и дискриминације којем је ова популација изложена [11, 12, 13]. Задовољство општим квалитетом живота и здравља показало је опадајући тренд кроз три истраживања. Резултати досадашњих студија у нашој земљи показали су значајан степен нетолеранције друштва према PLHIV популацији, и значајан степен аутостигме [14, 15]. Последице стигме и дискриминације у окружењу према особама које живе са HIV-ом нису погубне само за појединца, већ компромитују напоре целокупног друштва у борби против HIV-а [16, 17]. Резултати овог истраживања ће се користити за процену успешности програма у борби против HIV-а и дефинисање нових програма за бољи третман особа које живе са HIV/AIDS-ом, јер су најваљиднија мера ефикасности постојећих програма и најбољи путоказ за имплементацију нових.

Основни циљ истраживања је процена напретка у квалитету живота људи који живе са HIV-ом, корисника услуга инфективних клиника у Београду, Нишу и Новом Саду, и у којој мери постојеће здравствене и социјалне услуге одговарају њиховим потребама. Главно истраживачко питање је какав је квалитет живота људи који живе са HIV/AIDS-ом у Србији, какав је квалитет услуга здравственог и социјалног система за њихову подршку и бригу, и колики је степен стигме и дискриминације према овој популацији.

Специфични циљеви истраживања су:

1. Процена учесталости ризичних облика понашања особа које живе са HIV-ом испитивањем ризика везаног за праксу коришћења психоактивних супстанци (у наставку ПАС) и ризика везаног за сексуално понашање;
2. Процена квалитета услуга лечења на одељењима за HIV/AIDS испитивањем знања и понашања везаним за АРТ, задовољства услугом лечења, доступности и квалитета тремана, као и придржавања третману (адхеренца/комплијанса);
3. Процена квалитета пружене бриге и подршке PLHIV преко испитивања знања о расположивим здравственим и социјалним сервисима, процена степена њиховог коришћења и задовољства пруженим услугама;
4. Процена степена изложености стигми, аутостигми и дискриминацији;
5. Процена квалитета живота повезана са физичким и менталним здрављем;
6. Утврђивање водећих проблема, здравствених и социјалних потреба особа које живе са HIV-ом.

2. МЕТОДОЛОГИЈА

Рађена је студија пресека бихејвиоралног карактера на дефинисаном узорку популације која живи са HIV/AIDS-ом и лечи се у одељењима за HIV/AIDS инфективних клиника.

Истраживање је спроведено на инфективним клиникама у три града у којима је особама које живе са HIV/AIDS-ом доступан АРТ: одељењу за HIV/AIDS Клинике за инфективне и тропске болести КЦС Београд, Клинике за инфективне болести КЦВ Нови Сад и Клинике за инфективне болести КЦ Ниш. Локације су одабране на основу фреквенције и броја пацијената који се лече у ове три установе.

Циљна популација су особе оба пола које живе са HIV-ом или AIDS-ом, старости 18 година и више, без обзира на место сталног пребивалишта, који користе услуге лечења одељења за HIV/AIDS инфективних клиника у Београду, Нишу и Новом Саду у последњих 6 месеци.

Величина узорка је дефинисана на основу кључних индикатора из претходних истраживања и параметара узетих из узорачког оквира у односу на очекивани обухват популације. У сврху достизања нивоа поузданости података и прецизности оцена одређен је број испитаника израчунат применом формуле:

$$N = (4(Z_{\alpha})^2 P (1-P) / w^2);$$

Z_{α} – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења Z_{α} износи 1,96); P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (процент испитаника који је задовољан укупним квалитетом живота и здрављем – индикатор 2010/14,6%); w – ширина за границе грешке (за узорак је узета вредност +- 3,5% тј. 0,07).

Приликом израчунавања величине узорка узети су у обзир и емпиријски подаци о броју клијената у одељењима за HIV/AIDS током једног месеца, као и доступни подаци о броју пацијената на АРТ.

Величина узорка израчуната на овај начин износила је 510 особа за све три локације извођења студије (410 испитаника у Београду, 70 у Новом Саду и 30 у Нишу).

Досељена величина узорка за сва три града износила је 445 испитаника, што је 87,3% од планираног: у Београду 337 (82% од планираног), док је у Новом Саду (71) и Нишу (37) узорак досељен према плану.

Узорачки оквир одређен је на основу званичног регистра HIV позитивних и оболелих Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, дистрибуције регистрованог броја особа које живе са HIV/AIDS-ом крајем 2012. године и броја регистрованих особа које су се јавиле на контролу у одељења за HIV/AIDS инфективних клиника током 30 дана. Квотни узорак подразумевао је пригодан избор испитаника током процеса регрутовања на одељењима за HIV/AIDS, уз услов да испуњавају задате критеријуме за укључивање у студију. Узорковање је према дефинисаним критеријумима вршено консекутивним укључивањем испитаника који долазе на амбулантну контролу и лечење, или су хоспитализовани на одељењима за HIV/AIDS.

Критеријуми за укључивање испитаника:

- Особе оба пола које живе са HIV/AIDS-ом узраста 18 и више година;
- Имају потврђен HIV позитиван статус и упознати су са њим;
- Користили су неку од услуга одељења за HIV/AIDS у последњих 6 месеци;
- Разумеју етичке принципе и правила везана за учешће у студији.

Критеријуми за искључивање испитаника из студије:

- Особе оба пола млађе од 18 година;
- Немају потврђен HIV позитиван статус или га не знају;
- Нису користили услуге одељења за HIV/AIDS у последњих 6 месеци;
- Не прихватају или не схватају етичке принципе везане за учешће у студији;
- У привременом или трајном ментално неподобном стању за учешће у истраживању.

Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурисани упитник, дизајниран на основу сличних истраживања спроведених код нас и у другим земљама, а омогућава добијање обавезних националних индикатора дефинисаних Националним системом и планом за мониторинг и евалуацију одговора на HIV епидемију, као и могућност поређења са претходним истраживањем.

Упитник покрива следеће домене: социодемографске карактеристике; HIV статус, понашање и навике испитаника (сексуалну историју и употребу ПАС); антиретровирусну терапију; задовољство услугама

инфективних клиника и доступност терапије; задовољство услугама здравствених, социјалних установа и невладиних организација; стигму, аутостигму и дискриминацију; квалитет живота.

Анализа података извршена је у односу на пол, старосне групе и локације на којима је обављено истраживање.

Исходишне варијабле: заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу и психоактивне супстанце; знање о АРТ и извор информисаности; АРТ адхеренца и задовољство третманом; задовољство другим здравственим услугама невезано за АРТ; знање и извор информација о расположивим социјалним сервисима и невладиним организацијама, коришћење и задовољство услугама; стигма, дискриминација и аутостигма; квалитет живота.

Предиктор варијабле: социодемографске карактеристике; HIV статус (дужина живота са HIV-ом, претпостављени начин инфекције); сексуална пракса (знање о HIV статусу партнера, конзистентност коришћења кондома) и употреба психоактивних супстанци; информисаност, дужина коришћења АРТ и задовољство третманом; информисаност, доступност и задовољство здравственим и социјалним сервисима; перцепција стигме; перцепција здравственог стања.

Национални индикатори: дефинисани су „Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015”, дисагрегирани према полу, добним групама испитаника (18–19, 20–24, 25–49, 50 и више) и локацији/граду истраживања [8].

Теренска фаза истраживања реализована је у периоду 8.11–6.12.2013. године, а спроведена је на одељењима за HIV/AIDS инфективних клиника у Београду, Новом Саду и Нишу уз претходни одабир, едукацију и припрему теренских тимова. Пре почетка истраживања обављена је посебна припрема са теренским координаторима на инфективним клиникама. Три теренска истраживачка тима састављена од теренских координатора и анкетара реализовала су теренски део студије, уз координацију и надзор главног истраживача. Припремљен је простор на клиникама који је испуњавао потребне критеријуме. Учесће у студији било је добровољно за све испитанике. Подаци у студији су прикупљани путем попуњавања упитника од стране испитаника након уводног објашњења које је обављао теренски координатор. Испитаницима је обезбеђен информативни материјал о организацијама које се баве подршком и пружањем услуга особама које живе са HIV/AIDS-ом (реферал систем), како би истраживање било корисно за учеснике и допринело информисању и одговорном приступу за сопствено здравље.

Током теренске фазе истраживања континуирано се спроводио надзор над процесом прикупљања података, провера квалитета и контрола уноса.

Обрада и анализа података обављена је путем кодирања и уношења података у Excel базу, посебно креирану за потребе истраживања. Сви подаци су пролазили дуплу контролу логичке доследности. Статистичка обрада обављена је путем стандардног статистичког пакета SPSS 20.0. Финална обрада обезбедила је анализу података у смислу просте дистрибуције и табела кључних индикатора.

С обзиром да у досадашњим понављаним истраживањима није рађена дисагрегација по локацији истраживања, а да су у овој студији према утврђеној методологији приказани резултати дисагрегирани по градовима, ради могућности поређења резултата студије, кључни индикатори приказани су и збирно. Подаци су анализирани у односу на резултате из претходних истраживања и спровођење циљаних програма Глобалног фонда. Међутим, студија из 2012. године спроведена је по другој методологији, са другачијом структуром узорка, па није било могуће вршити поређење резултата са овим истраживањем. Стога је поређење резултата обављено са студијом из 2008. и 2010. године. Сви индикатори су представљени и анализирани у формату који се захтева системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV/AIDS Републике Србије.

Добијени резултати су обрађени путем дескриптивне и аналитичке статистике. Приликом статистичке обраде рачунати су: фреквенције, проценти, средње вредности, стандардна девијација, интервали поверења, статистичка значајност разлике између две варијабле, повезаност-корелација варијабли и регресиона анализа. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења 95%.

Утврђивање значајности разлике и повезаност варијабли обављено је путем:

- χ^2 -теста или Фишеровог теста. У случају када је степен слободе $df=1$, при израчунавању је примењена корекција.

- Spearman-ове корелације повезаности варијабли.
- Somers'D и Kendall теста корелације ранга.
- Логичке регресије помоћу стандардизованог β .

Истраживање се одвијало у складу са усвојеним етичким правилима која су била саставни део протокола. Пре укључивања у истраживање, сваки испитаник је добио усмено објашњење и писану информацију са подацима од значаја за давање информисане сагласности за укључивање у истраживање. Испитаницима је дељен информативно-едукативни материјал, информације о местима где се могу обратити за подршку, и установама и организацијама које пружају потребне услуге. Обезбеђена је потпуна анонимност података у студији. Имена учесника нигде нису регистрована током спровођења студије, а сваки испитаник могао је да прекине учешће у било којој фази истраживања. Подаци добијени истраживањем коришћени су само у ту сврху.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

3.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

Узорак је обухватио 445 испитаника оба пола 18 и више година, од чега 78,65% мушкараца и 21,35% жена. На клиници у Београду обухваћено је 337 испитаника (75,7%), од чега 76,9% мушкараца и 23,1% жена. На клиници у Новом Саду анкетирани су 71 (16%) испитаник, 88,7% мушкараца и 11,3% жена. У Нишу је истраживањем обухваћено 37 испитаника (8,3%), 75,7% мушкараца и 24,3% жена. У укупном узорку две особе су се изјасниле као трансродне (0,45%).

Највећи проценат испитаника у укупном узорку (69,9%) припада добној групи 25–49 година. Просечна старост испитаника у Београду износила је 42,8 година ($med=42,0$; $SD=11,251$), у Новом Саду 41,7 ($med=41,0$; $SD=11,544$) и у Нишу 41 година ($med=41,0$; $SD=8,927$).

Три четвртине испитаника живи у једном од три града где је спроведено истраживање. Око 80% испитаника анкетираних у Београду и живи у том граду, у Новом Саду 58,6% анкетираних има пребивалиште у истом, док у Нишу две трећине анкетираних има пребивалиште у истом граду.

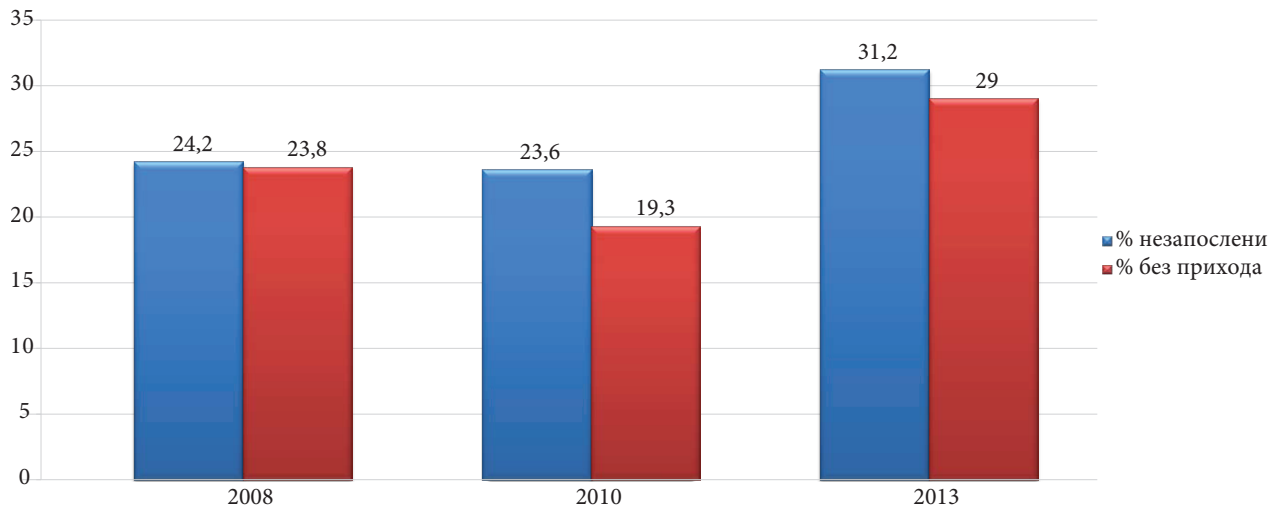
У националној структури, 75% испитаника је српске националне припадности. Као Југословен се изјаснило 2,25% анкетираних, док 2% испитаника припада мађарској националности. Да је ромске националности изјаснило се 0,9% испитаника, док је 0,8% припадало црногорској националности. Висок проценат испитаника (16,85%) није се изјаснио по националној припадности.

Образовна структура испитаника слична је структури из претходних истраживања. Највећи проценат испитаника имао је завршену средњу школу (53%), док је 37,7% испитаника завршило вишу школу/факултет. Без завршене основне школе било је 2,7% испитаника. Највиши степен образовања имали су испитаници у Београду, где је више од 40% испитаника са завршеном вишом/високом школом, а више од половине са завршеном средњом школом. Сличну образовну структуру имали су анкетирани у Новом Саду. У Нишу је више од 70% испитаника било са завршеном средњом школом.

Више од половине испитаника (53%) је неожењено/неудато, слично као у претходна два истраживања. У брачној заједници живело је 18,4% испитаника, а 9% у ванбрачној. Статус разведеног имало је 12,8% испитаника у сва три града. Највећи проценат неожењених/неудатих испитаника (57,7%) регистрован је у Новом Саду. Исти статус у моменту истраживања имало је 53,4% испитаника у Београду и 40,5% испитаника у Нишу.

Готово трећина испитаника (31,2%) изјавила је да нема запослење, значајно већи проценат у односу на претходну студију. Пензију прима 27,6% испитаника. У Београду је 28,5% испитаника имало статус незапосленог лица, док је у Новом Саду и Нишу било незапослено чак 40% испитаника. Приближно једна четвртина испитаника у Новом Саду (25,4%) и Нишу (24,3%) имала је статус пензионера, док је у Београду тај проценат био 28,5% (графикон 1).

Графикон 1. Процент испитаника без запослења и прихода по годинама истраживања



Значајан проценат испитаника није имао никакве приходе (29%), а још 22% навело је примања нижа од 20.000 дин. Имовно стање испитаника лошије је у односу на исто из претходних студија. Резултати студије из 2010. године су показали да никакве приходе није имало 19,3% испитаника. Највећи проценат испитаника без прихода (42,3%) је из Новог Сада, 26,4% из Београда и 27% из Ниша. Месечна примања испод просечних пријавило је 18,4% испитаника у Београду, 28,2% у Новом Саду и 40,5% испитаника у Нишу.

3.2. ТРАНСМИСИЈА HIV-а

Просечан број година колико испитаници знају да имају HIV износи 7,47, слично као у претходне две студије. Просечан број година од тренутка дијагностиковања HIV инфекције међу испитаницима у Београду је 8,65 година (med=6,91; SD=6,76), у Новом Саду 5,72 године (med=3,91; SD=4,76) и у Нишу 8,06 година (med=8,0; SD=5,94).

Мање од једне трећине испитаника (29,7%) било је хомосексуалне, а 16,2% бисексуалне оријентације. Хетеросексуалну оријентацију навело је 44,5% испитаника, док о истој није желело да се изјасни 10% испитаника.

Највећи проценат испитаника претпоставља да се HIV-ом инфицирао незаштићеним сексуалним односом са мушкарцем (46,3%), готово исти проценат као у студији из 2010. године, док је у истраживању из 2008. године 35% испитаника одговорило исто. У Београду је овакав начин инфекције навело 47,2% испитаника, у Новом Саду 59,2% и у Нишу 13,5%. Не зна како се инфицирало 18% испитаника, већи проценат у односу на претходну студију. Највећи проценат оних који не знају начин инфекције је међу анкетираним у Нишу (27%) (табела 1).

Табела 1. Претпостављени начин инфицирања HIV-ом

Претпостављени начин инфицирања HIV-ом	БГ	%	НС	%	Ниш	%	Укупно	%
Сексуални однос са мушкарцем	158	47,2	42	59,2	5	13,5	205	46,3
Сексуални однос са женом	50	14,9	5	7,0	8	21,6	63	14,2
Убризавањем дроге	21	6,3	1	1,4	6	16,2	28	6,3
Путем крви и крвних продуката	24	7,2	4	5,6	6	16,2	34	7,7
Нешто друго	5	1,5	1	1,4	1	2,7	7	1,6
Не желим да одговорим	16	4,8	9	12,7	1	2,7	26	5,9
% датих одговора	274	81,9	62	87,3	27	72,9	363	82,0

3.3. НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОРИ

3.3.1. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ СОЦИЈАЛНИМ ОДНОСИМА, ПРУЖЕНОМ ПОДРШКОМ И УКЉУЧЕНОШЋУ У ДРУШТВО

Задовољство овим социјалним показатељима исказало је 41,6% испитаника, од чега 42,3% мушкараца и 37,9% жена. Највећи проценат задовољних испитаника био је у популацији 20–24 године (72,7%), док је једна трећина испитаника преко 50 година задовољна социјалним односима ($\chi^2=9,200$, $df=3$, $p=0,027$). Разлика у односу на старосне групе још је израженија међу испитаницима мушког пола ($\chi^2=10,090$, $df=3$, $p=0,018$).

Задовољство испитаника било је значајно ниже у Београду у односу на Нови Сад и Ниш, где су уочљиве и значајне разлике у односу на пол испитаника. У Београду је 38% (95%CI:32,77; 43,19) испитаника било задовољно односима и подршком, а у Новом Саду и Нишу чак више од половине испитаника (50,7% Нови Сад; 54,1% Ниш). Статистички значајна разлика у односу на пол регистрована је у Нишу, где је овим показатељем било задовољно више од две трећине мушкараца ($\chi^2=4,852$, $df=1$, $p=0,028$; 95%CI:45,36; 83,21). У Београду је готово две трећине испитаника 20–24 године било задовољно социјалним аспектима живота, док је у старијим добним групама било задовољно нешто више од једне трећине испитаника. Статистички значајна разлика у односу на старосну категорију испитаника утврђена је само у Новом Саду, где су сви испитаници 20–24 године и 60% испитаника 25–49 година били задовољни социјалним односима ($\chi^2=10,645$, $df=3$, $p=0,014$) (табела 2).

Табела 2. Процент PLHIV који су задовољни социјалним односима, пруженом подршком и укљученошћу у друштво према локацији истраживања

Локације истраживања	% задовољних PLHIV		
	м	ж	укупно
Београд	38,6	35,9	38,0
Нови Сад	47,6	75,0	50,7
Ниш	64,3	22,2	54,1
Укупни узорак	42,3	37,9	41,6

Вредност овог индикатора (41,6%) је нижа у поређењу са резултатима из 2008. (45,2%) и 2010. године (52%). Интервали поверења показали су да нема значајне статистичке разлике у вредностима индикатора по годинама истраживања. Значајност разлике утврђена је само у односу на добну групу 25–49 година између 2010. и 2013. године (2010: $P_{(DA)}=55,8$; CI95%: 49,03;62,62; 2013: $P_{(DA)}=43,4$; CI95%: 37,89;48,93) (графикон 2).

Графикон 2. Вредности индикатора „Процент PLHIV који су задовољни социјалним односима, пруженом подршком и укљученошћу у друштво” по годинама истраживања



Тестови корелације су показали да је степен задовољства испитаника социјалним односима и укључености у друштво био већи уколико је и задовољство испитаника општим здрављем било веће ($d=0,341$, $p<0,05$). Искуство стигме и дискриминације испитаника било је у обрнутој корелацији са степеном задовољства социјалним односима ($d= -0,190$, $p<0,05$). Такође, испитаници који су имали искуство аутостигме, изразили су мањи степен задовољства овим социјалним индикатором: одустајање од одређених намера ($d= -0,297$, $p<0,05$), непријатна осећања ($d= -0,274$, $p<0,05$). Исте варијабле биле су статистички значајно повезане са овим индикатором по градовима, иако искуство стигме код испитаника у Новом Саду и аутостигме испитаника у Нишу нису били значајно повезани са степеном задовољства социјалним односима.

3.3.2. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ НИСУ ПРОПУСТИЛИ ДА УЗМУ ТЕРАПИЈУ (АРТ) У СКЛАДУ СА ТЕРАПИЈСКИМ ПРОТОКОЛОМ У ПРЕТХОДНИХ МЕСЕЦ ДАНА

На питање да ли су пропустили да узму терапију у последњих месец дана одговорило је 398 од 445 испитаника у студији (сви који примају АРТ). Временски оквир у којем је мерен овај индикатор, у складу са препорукама „Плана за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015” износио је месец дана и није упоредив са истим из претходних истраживања где се временски оквир односио на последњих седам дана. Стога је било реално очекивати нешто ниже вредности. Према резултатима истраживања, 60,6% испитаника који су терапију примали на одељењима за HIV/AIDS инфективних клиника у последњих месец дана није ниједном пропустило да је узме. Редовном узимању терапије се придржавао значајно већи проценат испитаника мушког пола (58,5%) у односу на женски (46,7%) ($\chi^2=4,065$, $df=1$, $p=0,044$). Иако је проценат испитаника који се редовно придржавао режиму опадао према старијем узрасту, није утврђена статистички значајна разлика у односу на старосне групе анкетираних. Разлика је утврђена код испитаница женског пола, где се више од половине (55%) ове популације 25–49 година придржавало терапији у односу на старије добне групе (30%) ($\chi^2=5,022$, $df=1$, $p=0,025$) (табела 3).

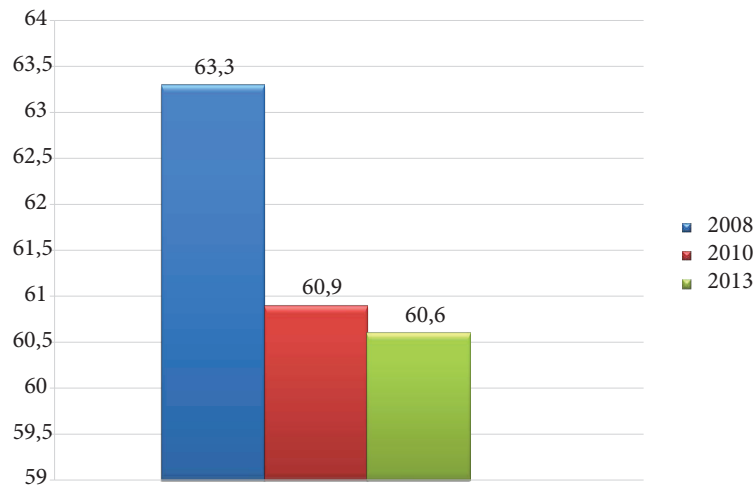
Табела 3. Процент PLHIV који нису пропустили да узму терапију (АРТ) у складу са терапијским протоколом у претходних месец дана према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који се придржава терапије		
	м	ж	укупно
Београд	57,5	46,6	55,1
Нови Сад	53,3	37,5	51,5
Ниш	78,6	55,6	73,0
Укупни узорак	58,5	46,7	60,6

Најнижи ниво комплијансе био је међу испитаницима у Новом Саду (51,5%, 95%CI:39.28;63.66). У Београду 55,1% испитаника ниједном није пропустило терапију, док је најбољи ниво комплијансе забележен у Нишу (73%, 95%CI:57.96;87.98). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и старосну доб испитаника по градовима, иако је уочљиво да су млађи испитаници до 24 године старости из Београда и Новог Сада ређе пропуштали терапију у односу на испитанике старије животне доби.

Поређење вредности овог индикатора са вредностима из претходних студија показује да посвећеност испитаника терапији није опала. Процент испитаника који није пропустио да узме терапију износио је 63,3% у 2008. и 60,9% у 2010. години. Анализа на основу интервала поверења је показала да нема статистички значајне разлике у вредности овог индикатора у наведена три истраживања: (2008: $P_{(DA)}=63,3$; CI95%:57,57; 69,09; 2010: $P_{(DA)}=60,9$; CI95%: 55,06; 66,71; 2013: $P_{(DA)}=60,6$; CI95%: 55,75; 65,36). Такође није утврђена значајност разлике по годинама истраживања у односу на пол и добне групе (графикон 3).

Графикон 3. Вредности индикатора „Процент PLHIV који нису пропустили да узму терапију (АРТ) у складу са терапијским протоколом у претходних месец дана” по годинама истраживања



Испитивање повезаности и статистичке значајности разлике у укупном узорку показали су да ниво образовања испитаника, просечна висина месечних прихода, опште задовољство животом и здрављем, као и искуство стигме, аутостигме и дискриминације нису имали утицаја на придржавање испитаника режиму антиретровирусне терапије. Утврђена је слаба обрнута корелација између нежељених ефеката терапије који су испитанике ометали у свакодневном животу и придржавања режиму терапије ($d = -0,091$, $p = 0,041$), што показује да су нежељени ефекти значајан фактор непридржавања режиму терапије. Статистичка анализа ANOVA тестом утврдила је да постоји значајна разлика између испитаника који се придржавају третману и оних који пропуштају терапију у односу на дужину живота са HIV-ом ($F = 9,244$; $p = 0,003$). Додатне анализе по градовима су показале да је виши ниво образовања био повезан са бољом комплијансом испитаника у Београду ($d = 0,126$, $p = 0,022$), док је већи степен аутостигме (одустајање од активности) био повезан са лошијом комплијансом испитаника ($d = -0,119$, $p = 0,039$). Веће задовољство општим здрављем било је повезано са бољом комплијансом испитаника у Нишу ($d = 0,346$, $p = 0,022$).

Препорученог начина узимања терапије придржавало се 76,7% испитаника, нешто мањи проценат у односу на претходна истраживања (2010: 77,9%, 2008: 93,3%).

Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и добне групе испитаника.

3.3.3. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ КОРИСТЕ УСЛУГЕ НЕВЛАДИНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА КОЈЕ ПРУЖАЈУ УСЛУГЕ PLHIV У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Услуге невладиних организација у последњих 12 месеци користило је само 29,2% испитаника, од чега 29,7% мушкараца и 27,4% жена. Утврђена статистичка разлика у односу на пол није значајна. Процент корисника услуга које пружају НВО био је виши код испитаника 18–24 године, иако није утврђена статистички значајна разлика. Мање од једне четвртине испитаника (24%) старијих од 50 година користили су услуге НВО.

Иако је највећи број невладиних организација које пружају услуге PLHIV регистрован на територији Београда, само 22% испитаника из овог града користило је услуге НВО (95% CI: 17,52; 26,40). Највећи проценат испитаника који користи неке од услуга НВО је са територије АП Војводине, где је 63,4% испитаника у последњих 12 месеци користило услуге ових организација (95% CI: 51,90; 74,86). У Нишу је 29,7% испитаника користило услуге истих, значајно већи проценат испитаника женског пола (55,6%) ($\chi^2 = 3,797$,

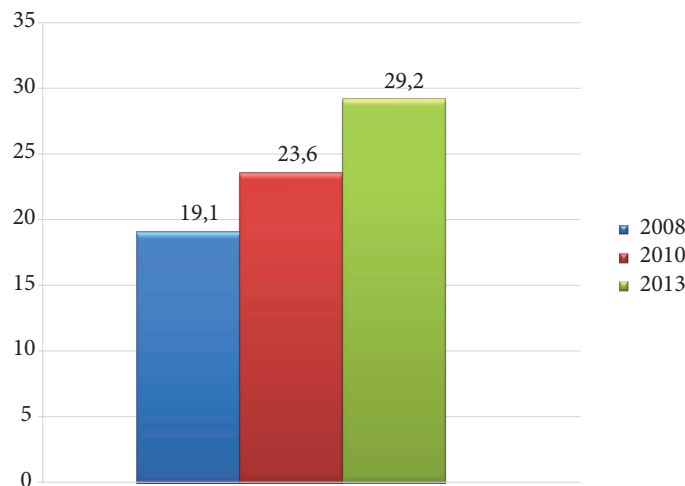
df=1, p=0,05). Више од две трећине испитаника из млађих добних група користили су услуге невладиних организација у Београду, док је то чинило само 15% испитаника старијих од 50 година. У Новом Саду је услуге НВО у највећем проценту користила популација старија од 50 година (71,4%). Утврђена разлика није статистички значајна (табела 4).

Табела 4. Процент PLHIV који су користили услуге НВО у последњих 12 месеци према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који су користили услуге НВО у последњих 12 месеци		
	м	ж	укупно
Београд	23,2	17,9	22,0
Нови Сад	60,3	87,5	63,4
Ниш	21,4	55,6	29,7
Укупни узорак	29,7	27,4	29,2

Ако се вредности овог индикатора упореде са резултатима добијеним током истраживања 2008. године (19,1%) и 2010. године (23,6%), може се уочити тенденција повећања коришћења услуга невладиних организација од стране испитаника (графикон 4).

Графикон 4. Вредности индикатора „Процент PLHIV који су користили услуге НВО у последњих 12 месеци” по годинама истраживања



Утврђена је статистички значајна разлика у вредностима индикатора из 2008. и 2013. године преко интервала поверења (2008: $P_{(DA)}=19,1$; CI95%:14,65;23,60; 2010: $P_{(DA)}=23,6$; CI95%: 18,59;28,55; 2013: $P_{(DA)}=29,2$; CI95%:24,98;33,44). Статистички значајан раст корисника услуга у 2013. години у односу на 2008. регистрован је међу мушкарцима (2008: $P_{(DA)}=15,6$; CI95%:10,53;20,63; 2013: $P_{(DA)}=29,7$; CI95%: 24,92;34,51) и у старосној групи 25-49 година (2008: $P_{(DA)}=20,2$; CI95%:14,90;25,46; 2013: $P_{(DA)}=30,9$; CI95%: 25,73;36,01).

Spearman-ов тест корелације показао је умерену повезаност између искуства стигме и дискриминације и коришћења услуга НВО, што указује на то да су се особе које живе са HIV-ом чешће обраћале НВО уколико су доживеле овакво искуство ($\rho=0,100$, $p=0,038$). Исти тест показао је да степен аутостигме није утицао на учесталост коришћења услуга НВО од стране испитаника. У Београду и Новом Саду искуство стигме, дискриминације и аутостигме нису били повезани са коришћењем услуга НВО, док су се у Нишу испитаници са искуством аутостигме (непријатна осећања) ређе обраћали овим организацијама за помоћ ($d= -0,350$, $p=0,047$).

Када је у питању задовољство услугама које пружају НВО, испитаници су највеће задовољство изразили пружањем психосоцијалне помоћи (77,6%). Пружањем помоћи у остваривању права било је

задовољно 74,4% испитаника у студији, највише у Новом Саду (76,7%) и Београду (74,5%), док је у Нишу овом услугом било задовољно 60% испитаника. Најмањи проценат испитаника био је задовољан друже-ном материјалном помоћи (45,3%), посебно у Београду (26,7%).

3.3.4. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ КОРИСТИЛИ КОНДОМ У ТОКУ ПОСЛЕДЊЕГ ПЕНЕТРАНТНОГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА (ВАГИНАЛНОГ ИЛИ АНАЛНОГ) СА СТАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

Од укупног броја анкетираних PLHIV који су пријавили да имају односе са сталним партнером, 73,7% користило је кондом при последњем сексуалном односу, од чега нешто већи проценат испитаника мушког пола (74,4%) у односу на женски (71,2). Кондом су у најмањем проценту користили испитаници старији од 50 година (69,5%), иако разлика у односу на старосне групе испитаника није била статистички значајна.

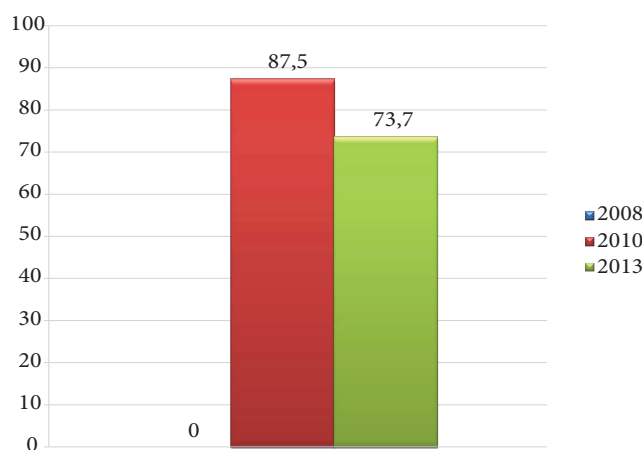
Највећи проценат испитаника који су користили кондом при последњем пенетрантном односу са сталним партнером био је у Нишу (84%, 95%CI:68,56;99,44). У Новом Саду је заштиту користило 78,6% испитаника, док је у Београду тај проценат био најнижи (71,4%). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол испитаника, али је важно напоменути да су све женске особе у Новом Саду које су имале однос са сталним партнером изјавиле да су користиле кондом при последњем сексуалном односу. У Нишу и Београду су кондом при последњем сексуалном односу чешће користили припадници мушког пола. Није утврђена статистички значајна разлика ни када су у питању старосне групе испитаника (табела 5).

Табела 5. Процент PLHIV који су користили кондом у току последњег сексуалног односа са сталним партнером према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који су користили кондом у току последњег пенетрантног односа са сталним партнером		
	м	ж	укупно
Београд	72,4	68,1	71,4
Нови Сад	75,0	100,0	78,6
Ниш	89,5	66,7	84,0
Укупни узорак	74,4	71,2	73,7

Вредност овог индикатора (73,7%) је значајно нижа у односу на вредности из 2010. године (87,5%), док у 2008. години вредности нису мерене. Утврђена разлика у вредности индикатора у студијама 2010. и 2013. године је статистички значајна (2010: $P_{(DA)}=87,5$; CI95%: 82,36;92,64; 2013: $P_{(DA)}=73,7$; CI95%: 68,44;78,96).

Графикон 5. Вредности индикатора „Процент PLHIV који су користили кондом у току последњег пенетрантног сексуалног односа са сталним партнером” по годинама истраживања



У покушају да се утврде фактори повезани са одлуком испитаника да користе кондом, испитивана је корелација између праксе коришћења кондома и других варијабли. Образовни ниво испитаника, присуство предавања/едукацији о АРТ-у, као и искуство стигме и дескриминације, нису имали утицаја на учесталост коришћења кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером. Познавање HIV позитивног статуса сексуалног партнера било је повезано са ређим коришћењем кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером ($d = -0,265$, $p < 0,05$). Едукација о АРТ била је повезана са лошијом праксом коришћења кондома код испитаника у Новом Саду ($d = -0,295$, $p = 0,029$).

Познавање HIV статуса сталног партнера: приближно једна половина испитаника у студији (48%) била је упозната са HIV статусом свог партнера. Од тога је 30,4% испитаника знало за HIV позитиван статус свог партнера, док 9,7% није знало за HIV позитиван статус. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и старосне групе испитаника. У истраживању из 2010. године само 26,3% испитаника било је упознато са HIV позитивним статусом свог сталног партнера. Највећи проценат испитаника који нису знали за HIV статус свог партнера био је у Београду 10,7%, затим у Новом Саду 7% и у Нишу 5,4%. У Београду је позитиван статус свог партнера познавало 29,2% испитаника, у Новом Саду 35% и у Нишу 32%.

3.3.5. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ПРИСУСТВОВАЛИ ЕДУКАЦИЈИ ЗА АРТ (ПРЕДАВАЊУ/САВЕТОВАЊУ БЕЗАНОМ ЗА ОПИСМЕЊАВАЊЕ О АРТ-У)

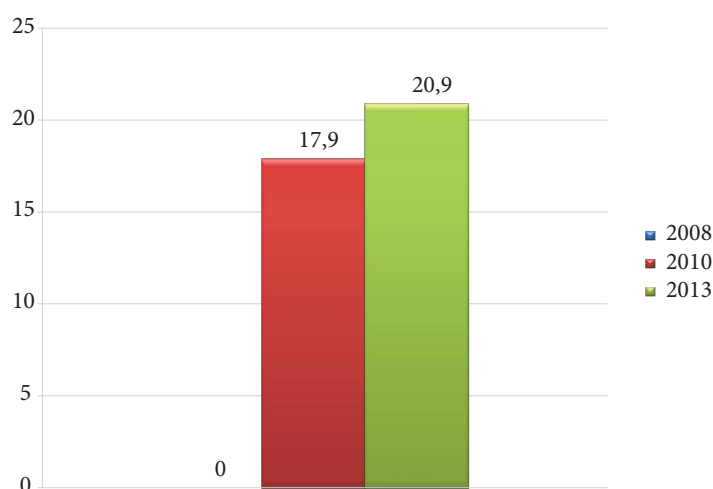
Сваки пети испитаник (20,9%) изјавио је да је некад присуствовао едукацији/описмењавању о антиретровиралној терапији. Иако разлика у односу на пол и старост испитаника није статистички значајна, едукацију је прошао већи проценат испитаница женског пола (27,4%) него мушкараца (19,1%). Испитаници 25–49 година су у највећем проценту прошли неки вид едукације о АРТ. Значајно већи проценат корисника услуга инфективне клинике у Новом Саду (43,7%, 95%CI:31,84; 55,48) у односу на друга два града прошао је едукацију о АРТ, од чега готово две трећине жена и више од 40% мушкараца. У Београду је проценат едукованих испитаника био најнижи (16,3%, 95%CI:12,35; 20,29). У Нишу је едукацију прошло 19% анкетираних, од чега 14,3% мушкараца и једна трећина жена. У Београду је едукацију о АРТ прошло 16,7% испитаника 25–49 година, док је у Новом Саду едуковано 44,4% испитаника исте старосне групе и готово половина старијих од 50 година. Утврђена разлика у односу на пол и узраст испитаника по градовима није статистички значајна (табела 6).

Табела 6. Процент PLHIV који су присуствовали едукацији за АРТ према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који су присуствовали едукацији за АРТ		
	м	ж	укупно
Београд	14,3	23,1	16,3
Нови Сад	41,3	62,5	43,7
Ниш	14,3	33,3	18,9
Укупно	19,1	27,4	20,9

У односу на студију из 2010. године, када је вредност индикатора обухвата испитаника едукацијом о АРТ износила 17,9%, број испитаника обухваћених програмом едукације био је већи (20,9%). Вредност индикатора није мерена 2008. године (графикон 6). Утврђена разлика у вредности индикатора није статистички значајна (2010: $P_{(DA)} = 17,9$; CI95%: 13,36;22,35; 2013: $P_{(DA)} = 20,9$; CI95%: 17,16;24,74).

Графикон 6. Процент PLHIV који су присуствовали едукацији за АРТ по годинама истраживања



Додатне анализе су показале да није постојала статистички значајна разлика у постигнућу на тесту знања о АРТ између испитаника који су прошли едукацију о антиретровирусној терапији и оних који нису. *Spearman*-ов тест корелације је показао да едукација о АРТ није имала утицаја на редовност узимања терапије у последњих месец дана.

3.3.6. ПРОЦЕНАТ РLНIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ОПШТИМ КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЗДРАВЉА

Квалитетом живота и сопственим здрављем задовољство је изразило 13,3% испитаника у студији, 13,7% мушкараца и 11,6% жена. Најзадовољнија је била старосна група 20–24 године (45,5%), док је у групи старијих од 50 година било задовољно мање од 10% испитаника ($\chi^2=11,411$, $df=3$, $p=0,010$). Разлика је била посебно изражена код испитаника мушког пола, где је само 6,7% старијих од 50 година било задовољно сопственим здрављем и квалитетом живота ($\chi^2=13,795$, $df=3$, $p=0,003$).

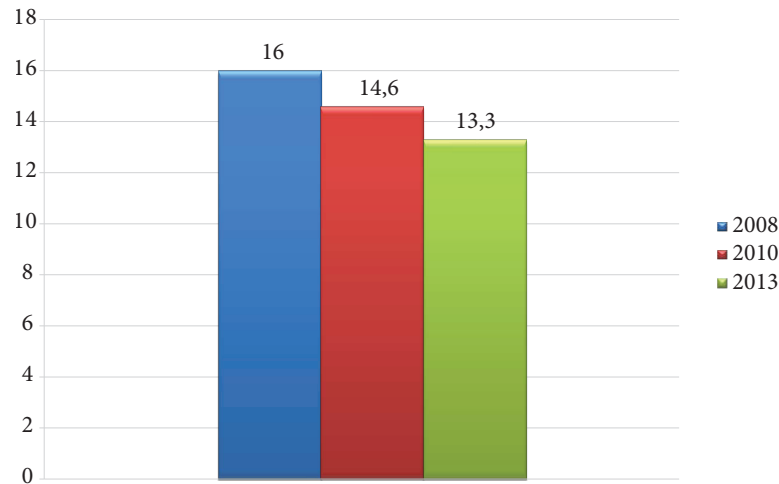
Најнижи проценат задовољних био је међу испитаницима у Нишу (8,1%), посебно мушкарцима (7,1%). Највећи проценат задовољних био је међу испитаницима мушког пола у Новом Саду (20,6%). Задовољство сопственим животом и здрављем прилично уједначено су оценили испитаници свих старосних категорија из Београда, као и испитанице женског пола из сва три града, међу којима је било задовољно 11 до 12,7% анкетираних. Очекивано већи проценат задовољних испитаника био је у групи до 24 године старости. У Београду је 37,5% испитаника мушког пола 20–24 године било задовољно животом и здрављем ($\chi^2=6,094$, $df=2$, $p=0,047$). У Новом Саду је било задовољно две трећине испитаника 20–24 године, док је у групи старијих од 50 година било задовољно мање од 5%. Утврђена је значајна статистичка разлика у односу на добне групе испитаника ($\chi^2=8,271$, $df=3$, $p=0,041$). *Sperman*-ов тест показао је обрнуту корелацију у односу на старосне групе испитаника у Новом Саду, чије је задовољство опадало са годинама ($r=-0,260$, $p=0,029$) (табела 7).

Табела 7. Процент РLНIV који су задовољни општим квалитетом живота и здравља према локацији истраживања

Локације истраживања	% РLНIV који су задовољни општим квалитетом живота и здравља		
	м	ж	укупно
Београд	12,7	11,5	12,5
Нови Сад	20,6	12,5	19,7
Ниш	7,1	11,1	8,1
Укупни узорак	13,7	11,6	13,3

Вредност овог композитног индикатора (13,3) нижа је у односу на вредности из студија 2008. године када је износила 16. У истраживању из 2010. вредност индикатора износила је 14,6. Није утврђена статистички значајна разлика у задовољству општим квалитетом живота и здравља по годинама истраживања (графикон 7).

Графикон 7. Процент PLHIV који су задовољни општим квалитетом живота и здравља по годинама истраживања



3.3.7. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ БИЛИ ДИСКРИМИНИСАНИ И СТИГМАТИЗОВАНИ У СВОЈОЈ ОКОЛИНИ ЗБОГ СВОГ HIV СТАТУСА У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Неки облик стигме и дискриминације у својој средини због HIV статуса искусило је 23,9% испитаника у студији. У значајно већем проценту дискриминацију су доживљавале испитанице женског пола (36,8%) у односу на мушки (20,3%) ($\chi^2=11,287$, $df=1$, $p=0,001$). Највећи проценат испитаника који је доживео неки облик стигме и дискриминације налазио се у старосној групи 25–49 година (27,7%), док су испитаници из млађих добних група у мањем проценту доживљавали ово искуство ($\chi^2=8,670$, $df=3$, $p=0,034$).

Испитаници из Ниша чешће су доживљавали дискриминацију у односу на испитанике у другим градовима (29,7%, 95%CI:14,28;45,18), највише жене (44,4%). У Београду је ово искуство доживело 24,3% испитаника, такође у значајно већем проценту популација женског пола (37,2%) ($\chi^2=9,098$, $df=1$, $p=0,003$). У Новом Саду је 18,3% (95%CI:9,09; 27,53) испитаника имало овакво искуство. Иако није утврђена статистичка значајност у односу на добне групе, испитаници 25–49 година су у највећем проценту наводили искуство стигме и дискриминације (табела 8).

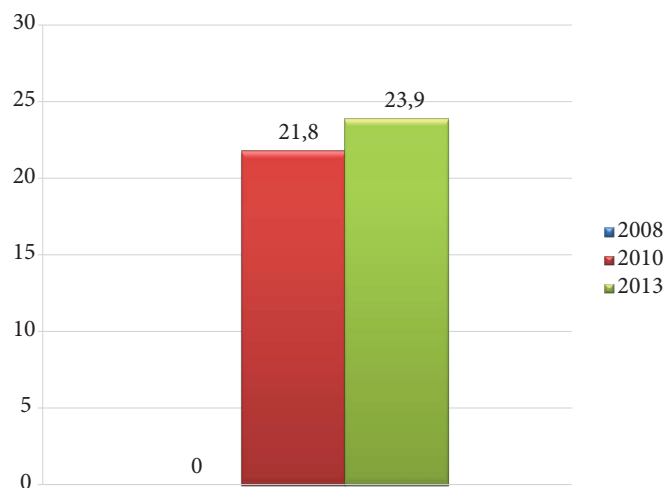
Табела 8. Процент PLHIV који су били дискриминисани и стигматизовани у својој околини због HIV статуса у последњих 12 месеци према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који су били дискриминисани и стигматизовани у својој околини због HIV статуса у последњих 12 месеци		
	м	ж	укупно
Београд	20,5	37,2	24,3
Нови Сад	17,5	25,0	18,3
Ниш	25,0	44,4	29,7
Укупни узорак	20,3	36,8	23,9

Један од најчешћих видова стигме и дискриминације са којим се сусретала PLHIV популација јесте одбијање пружања потребне услуге у некој од институција (7,2%). Друштвена изолација и оговарање били су такође заступљени у високом проценту (6,7%), као и избегавање од стране других особа (6,3%). Жене су у значајно већем проценту доживљавале неки од облика стигме и дискриминације у односу на мушки пол: два пута су чешће биле изложене друштвеној изолацији, напуштању од стране партнера и одбијању пружања услуга. Вишеструко су у односу на мушки пол биле изложене оговарању, вређању и непријатностима у породици.

Вредност овог индикатора (23,9%) не одступа много од вредности из претходног истраживања. Према резултатима студије из 2010. године овакво искуство је доживело 21,8% испитаника, док вредност индикатора није мерена у истраживању 2008. године. Није утврђена статистичка значајност разлике у вредностима индикатора по годинама (2010: $P_{(DA)}=21,8$; CI95%: 16,94;26,63; 2013: $P_{(DA)}=23,9$; CI95%: 19,90;27,84) (графикон 8).

Графикон 8. Процент PLHIV који су били дискриминисани и стигматизовани у својој околини због HIV статуса у последњих 12 месеци по годинама истраживања



Резултати регресионе анализе потврдили су да је најзначајнији предиктор стигме и дискриминације био саопштавање HIV статуса без пристанка особе чији се HIV статус саопштава ($B=0,241$, $\beta=0,271$, $p<0,05$). Радни статус (статус ученика) био је предиктор на граници статистичке значајности ($B=0,241$, $\beta=0,271$, $p=0,051$). Образовни статус испитаника, едукација о антиретровирусној терапији, дужина живота са HIV-ом и задовољство здравственим услугама нису били фактори повезани са искуством стигме. Иста анализа потврдила је да је саопштавање HIV статуса без пристанка особе чији се HIV статус саопштава, најзначајнији предиктор аутостигме: одустајање од намера ($B=0,188$, $\beta=0,182$, $p<0,05$) и непријатна осећања ($B=0,118$, $\beta=0,121$, $p=0,014$). У Новом Саду и Нишу је значајан предиктор стигме био незапослен радни статус испитаника (НС: $B=0,341$, $\beta=0,273$, $p=0,020$; Ниш: $B=0,526$, $\beta=0,526$, $p=0,024$).

Тестовима корелације утврђена је статистички значајна повезаност између искуства стигме и дискриминације са неким облицима аутостигме, као што су одустајање од одређених намера/активности ($d=0,358$, $p<0,05$) и непријатна осећања ($d=0,199$, $p<0,05$). Повезаност је утврђена и у анализи по градовима.

3.3.8. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ИСКУСИЛИ БИЛО КОЈИ ОБЛИК ДИСКРИМИНАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ ИНСТИТУЦИЈАМА У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Више од једне четвртине испитаника (27,4%) доживело је неки вид дискриминације у здравственој установи због HIV статуса, два пута више жена у односу на мушкарце ($\chi^2=22,315$, $df=1$, $p=0,000$). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на добне групе испитаника, али је у просеку сваки пети испитаник мушког пола и приближно половина испитаница женског пола доживела неки облик дискриминације у здравственој установи у последњих 12 месеци.

Највећи проценат дискриминације регистрован је међу испитаницама женског пола у Новом Саду (50%). Статистички значајна разлика у односу на пол утврђена је у Београду ($\chi^2=17,492$, $df=1$, $p=0,000$). Статистички значајна разлика у односу на доб испитаника утврђена је у Новом Саду, где је више од једне трећине дискриминисаних у здравственим установама припадало испитаницима 25–49 година ($\chi^2=8,841$, $df=3$, $p=0,031$) (табела 9).

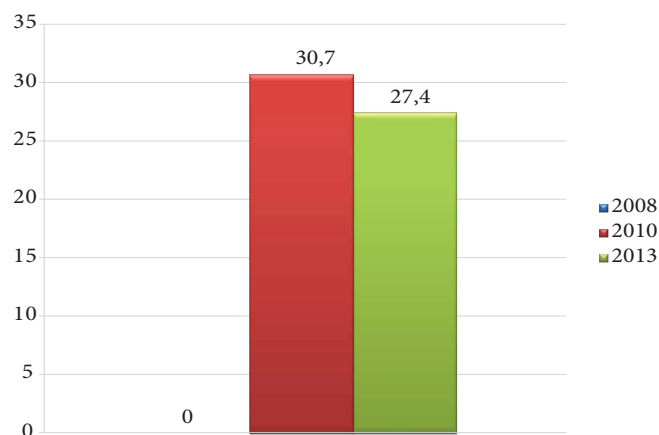
Табела 9. Процент PLHIV који су искусили било који облик дискриминације у здравственим институцијама у последњих 12 месеци према локацији истраживања

Локације истраживања	% PLHIV који су искусили било који облик дискриминације у здравственим институцијама у последњих 12 месеци		
	м	ж	укупно
Београд	22,0	46,2	27,6
Нови Сад	22,2	50,0	25,4
Ниш	21,4	44,4	27,0
Укупни узорак	22,0	46,3	27,4

Вредност овог индикатора (27,4%) нешто је нижа у односу на студију из 2010. године (30,7%), али није статистички значајна (2010: $P_{(DA)}=30,7$; CI95%:25,24;36,13; 2013: $P_{(DA)}=27,4$; CI95%:23,21;31,54). Такође не постоји значајна разлика у наведеним вредностима у односу на пол и старосне групе испитаника (графикон 9).

Spearman-ов тест корелације показао је да су испитаници који су доживели искуство стигме и дискриминације у здравственој установи мање били задовољни својим изабраним лекаром у дому здравља ($\rho=-0,117$, $p=0,016$). Оваква корелација утврђена је и у Београду ($d=-0,132$, $p=0,024$), док у Новом Саду и Нишу није утврђена повезаност између две варијабле.

Графикон 9. Процент PLHIV који су искусили било који облик дискриминације у здравственим институцијама у последњих 12 месеци по годинама истраживања



3.4. ПОНАШАЊЕ И НАВИКЕ ИСПИТАНИКА

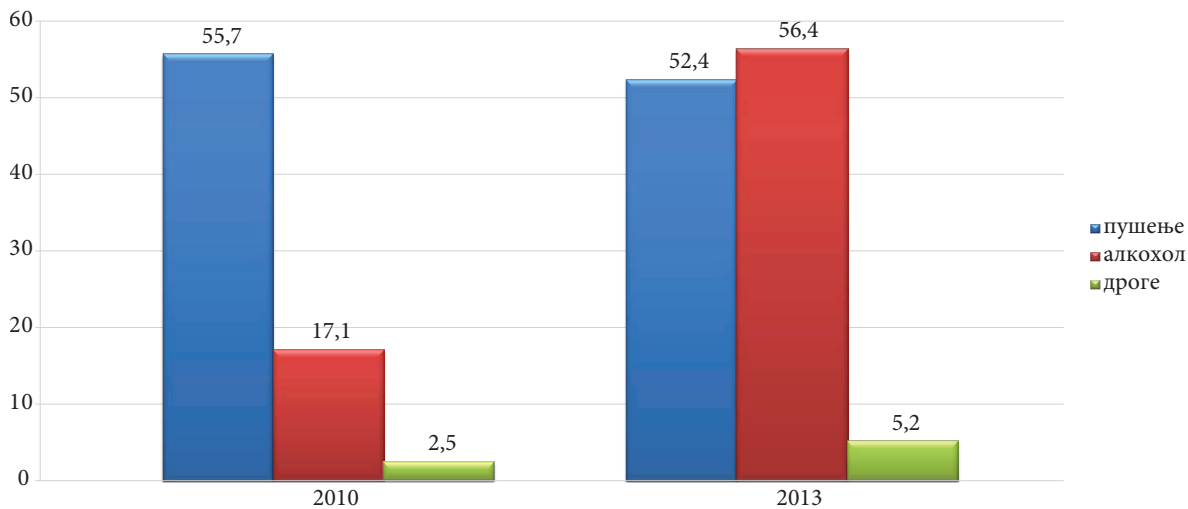
3.4.1. ПРОЦЕНАТ РLНIV КОЈИ КОРИСТИ ЦИГАРЕТЕ, АЛКОХОЛ ИЛИ ДРОГУ

Више од половине испитаника у студији изјавило је да пуши (52,4%). Највећи проценат пушача био је у групи 25–49 година (59,2%), а најмањи у групи 20–24 и преко 50 година (36,4%) ($\chi^2=19,317$, $df=3$, $p=0,000$). Највећи проценат пушача је регистрован у Нишу (70,3%) и Новом Саду (67,6%), док их је најмањи проценат међу испитаницима у Београду, 47,2% анкетираних.

Алкохол конзумира више од половине испитаника (56,4%), значајно већи проценат у односу на истраживање из 2010. године (17,1%). Највећи проценат испитаника који користе алкохол је у старосној групи 25–49 година (62,4%) ($\chi^2=15,757$, $df=3$, $p=0,001$). Алкохол је највише заступљен међу испитаницима у Нишу (73%) и Новом Саду (70,4%), а најмање међу испитаницима у Београду (51,6%). Статистички значајна разлика утврђена је само у односу на старост испитаника у Београду, у групи 25-49 година ($\chi^2=12,905$, $df=2$, $p=0,002$).

Неку врсту дроге користило је 5,2% испитаника у укупном узорку, два пута више у односу на 2010. годину (2,5%). Највећи проценат оних који су користили дроге био је међу испитаницима у Београду (6,5%), док је у Новом Саду тај проценат износио 1,4%. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и узраст испитаника (графикон 10).

Графикон 10. Процент РLНIV који користе цигарете, алкохол или дрогу по годинама истраживања



3.4.2. ПРОЦЕНАТ РLНIV КОЈИ СУ КОРИСТИЛИ ДРОГУ УБРИЗГАВАЊЕМ

Дрогу убризгавањем користило је 13,3% испитаника, нешто већи проценат у односу на истраживање из 2010. године (10%). Статистички значајно већи проценат испитаника мушког пола користио је дроге путем убризгавања, док није утврђена статистички значајна разлика у односу на добне групе испитаника. Највећи проценат испитаника који је користио дроге путем убризгавања био је из Ниша (27%). У Београду је на овај начин дроге користило 13,4% анкетираних, у Новом Саду 5,6%. Приликом последњег инјектирања дроге, 1,3% испитаника користило је туђи прибор за убризгавање.

Тестови корелације утврдили су да степен образовања испитаника, едукација о антиретровирусној терапији и искуство стигме и дискриминације нису имали утицај на ризично понашање коришћења туђег

прибора за убризгавање. Од укупног броја испитаника који су користили дрогу убризгавањем, на програм метадонског одржавања укључено је 22,7% испитаника у Београду, 33,3% у Новом Саду и 80% испитаника у Нишу.

3.4.3. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ КОРИСТИЛИ КОНДОМ ПРИЛИКОМ ПОСЛЕДЊЕГ ПЕНЕТРАНТНОГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА СА СЛУЧАЈНИМ И КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

Сексуални однос са случајним партнером пријавило је 33% испитаника у студији. Приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером, кондом је користило 79,6% испитаника.

Сексуални однос са комерцијалним партнером пријавило је 8,3% испитаника у студији. Две трећине (67,6%) од укупног броја испитаника који су пријавили однос са комерцијалним партнером није користило кондом приликом последњег сексуалног односа, међу њима је нешто заступљенији мушки пол (69%) у односу на женски (62,5%). Није утврђена статистички значајна разлика у коришћењу кондома са комерцијалним партнерима у односу на пол и старосне групе испитаника. Од 32 испитаника у Београду који су пријавили да су имали сексуални однос са комерцијалним партнером, чак 71,9% анкетираних није користило кондом при последњем пенетрантном односу. Због малог узорка у Новом Саду и Нишу, где је само три испитаника пријавило однос са комерцијалним партнером, није било могуће радити анализу.

Највећи проценат испитаника у Београду кондоме купује у апотеци (43%), 37,6% их добија на инфективној клиници, а сваки пети купује кондоме на киоску. Сваки пети испитаник у Новом Саду изјавио је да не набавља кондоме. Највећи проценат кондоме купује у апотеци (31%), добија на инфективној клиници (23,9%) и од теренских радника (21,1%). Готово половина анкетираних у Нишу изјавила је да кондоме купује у апотеци (48,6%), док 46% испитаника исте купује на киоску.

3.5. АНТИРЕТРОВИРАЛНА ТЕРАПИЈА

3.5.1. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈЕ НЕЖЕЉЕНИ ЕФЕКТИ АРТ НЕ ОМЕТАЈУ У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ

Више од половине испитаника (53%) изјавило је да их нежељени ефекти терапије не ометају у свакодневном животу. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол испитаника. Највећи проценат испитаника које нежељени ефекти не ометају био је у групи 25–49 година (56,9%) ($\chi^2=8,033$, $df=3$, $p=0,045$). Нежељени ефекти терапије највише су ометали испитанике у Новом Саду (60,3%). Приближне вредности овог индикатора добијене су у студији из 2010. године, где је 50,9% испитаника одговорило да их нежељени ефекти терапије не ометају. У студији из 2008. године нежељени ефекти терапије нису ометали 68,1% испитаника.

3.6. КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО УСЛУГАМА

3.6.1. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ДОСТУПНОШЋУ АРТ

Доступношћу антиретровиралне терапије било је задовољно 90,7% испитаника у студији. Могућношћу да добију преписану терапију су у највећем проценту били задовољни испитаници 25–49 година (91,6%) ($\chi^2=10,436$, $df=3$, $p=0,015$). Није било значајне разлике у односу на пол. Највеће задовољство доступношћу терапије (97,3%) изразили су испитаници из Ниша, а најмање испитаници из Новог Сада (85,3%). Задовољство доступношћу АРТ бележи нешто ниже вредности у односу на задовољство из 2010. године (95,6%), али је значајно више у односу на 2008. годину када је 86,7% испитаника било задовољно овим индикатором.

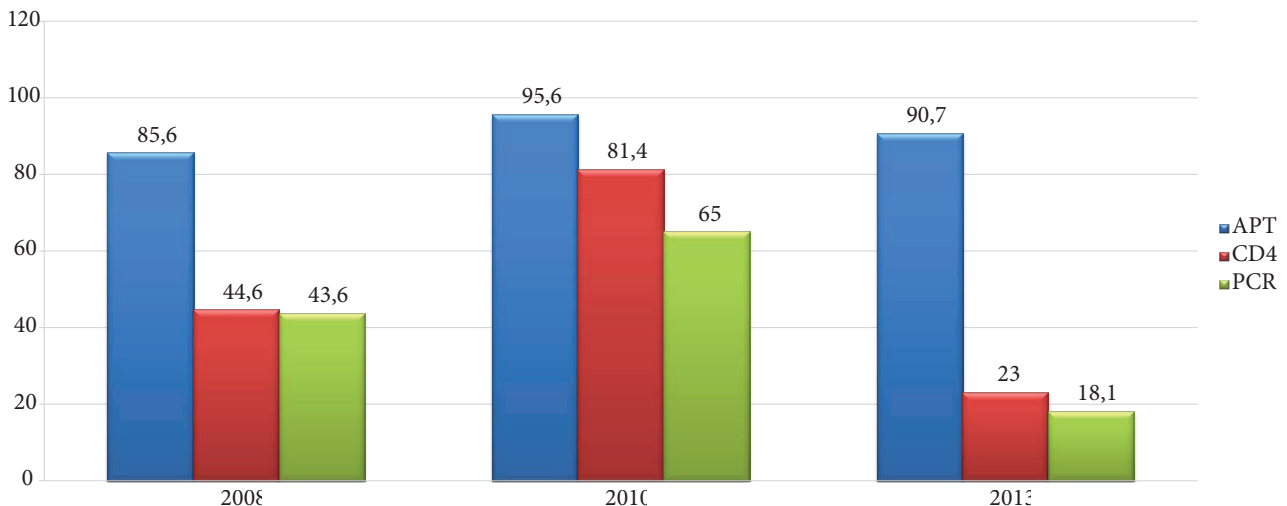
3.6.2. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ДОСТУПНОШЋУ CD4 ТЕСТОВА НА ИНФЕКТИВНОЈ КЛИНИЦИ

Доступношћу CD4 тестова било је задовољно само 23% испитаника у укупном узорку, три пута мање у односу на резултате из 2010. године када је овим индикатором било задовољно 81,4% испитаника. Према налазима из 2008. године могућношћу да ураде CD4 тест било задовољно 44,6% испитаника. Доступношћу тестова најмање су били задовољни мушкарци из старосне групе 25–49 година ($\chi^2=14,613$, $df=3$, $p=0,002$), како у укупном узорку, тако и у Београду. Задовољство испитаника значајно се разликовало по градовима. У Београду је овим индикатором било задовољно само 16,3% испитаника, у Новом Саду 29,6%, док је у Нишу 70,3% испитаника изразило задовољство могућношћу да ураде CD4 тест. У Новом Саду је значајно већи проценат жена изразио задовољство овим индикатором (62,5%) у односу на мушкарце ($\chi^2=4,692$, $df=1$, $p=0,030$). Дисконтинуитет у снабдевању инфективних клиника CD4 тестовима значајно је утицао на вредност индикатора.

3.6.3. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ДОСТУПНОШЋУ PCR ТЕСТОВА НА ИНФЕКТИВНОЈ КЛИНИЦИ

Могућношћу да ураде PCR тест на инфективној клиници било је задовољно само 18,1% испитаника у студији, 3,5 пута мање у односу на студију 2010. године када је 65% испитаника било задовољно доступношћу овог теста. Истраживање из 2008. године показало је задовољство 43,6% испитаника. Доступношћу овог теста најмање су били задовољни мушкарци 25–49 година старости (14,6%) ($\chi^2=12,407$, $df=3$, $p=0,006$). У Београду је само 15,1% испитаника било задовољно овим индикатором, посебно у групи 25–49 година (12%) ($\chi^2=6,030$, $df=2$, $p=0,049$). Једна трећина испитаника у Новом Саду (33,8%) и 21,6% испитаника у Нишу изразило је задовољство могућношћу да ураде овај тест. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и старост испитаника у ова два града (графикон 11).

Графикон 11. Процент PLHIV који су задовољни доступношћу АРТ, CD4 и PCR тестовима по годинама истраживања



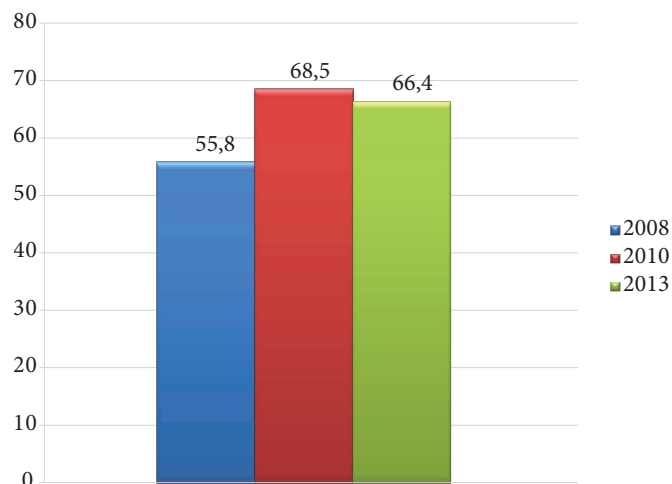
3.7. КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНИХ И СОЦИЈАЛНИХ УСТАНОВА И НЕВЛАДИНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

3.7.1. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ИЗАБРАНИМ ЛЕКАРОМ У ДОМУ ЗДРАВЉА

Свог изабраног лекара у дому здравља има 97,1% испитаника у студији (97% испитаника у Београду, 98,6% у Новом Саду и 94,6% у Нишу). Две трећине испитаника (66,4%) задовољно је својим лекаром, а највећи проценат задовољних био је у старосној групи преко 50 година (75,8%) ($\chi^2=8,582$, $df=3$, $p=0,035$). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол испитаника.

Spearman-ов тест корелације показао је да су испитаници који су искусили стигму и дискриминацију у здравственој установи били мање задовољни лекаром у дому здравља ($\rho= -0,117$, $p=0,016$). Највећи проценат задовољних испитаника својим лекаром регистрован је у Новом Саду (77,1%), а најмањи у Нишу (62,9%). У Београду је 64,5% испитаника било задовољно изабраним лекаром. У студији 2008. било је 55,8% задовољних испитаника, док је 2010. године својим лекаром у дому здравља било задовољно 68,5% испитаника (графикон 12).

Графикон 12. Процент PLHIV који су задовољни изабраним лекаром у дому здравља по годинама истраживања



3.7.2. ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ КОРИСТИЛИ УСЛУГЕ ПРИВАТНОГ ЛЕКАРА У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Услуге приватног лекара користило је 22,5% испитаника у студији (26,4% у Београду, 15,5% у Новом Саду, док у Нишу ниједан испитаник није користио услуге лекара приватне праксе). Нешто већи проценат испитаника у студији из 2010. године користио је услуге ових лекара (28,6%). Није утврђена статистички значајна разлика у коришћењу услуга лекара приватне праксе у односу на пол и добне групе испитаника. Просечан број посета приватном лекару у последњих 12 месеци износио је у Београду 3,3 (медијана 2), у Новом Саду 4 (медијана 2), приближно као у студији из 2010. године. Две трећине испитаника у оба града користили су услуге стоматолога.

3.7.3. ПРОЦЕНАТ РLHIV КОЈИ СУ СЕ У ПОСЛЕДЊЕ ДВЕ ГОДИНЕ ОБРАЂАЛИ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Центру за социјални рад се у протекле две године обратило 20,2% испитаника, значајно већи проценат испитаница женског пола (30,5%) ($\chi^2=7,945$, $df=1$, $p=0,005$). Није утврђена значајна разлика у односу на добне групе испитаника. У 2010. години проценат испитаника који се обраћао овој установи износио је 18,2%. Највећи проценат испитаника из Ниша (32,4%) и Новог Сада (29,6%) обратио се овој установи, док су то најмање чинили испитаници из Београда (16,9%) ($\chi^2=7,945$, $df=1$, $p=0,005$).

Најчешћи разлог зашто се испитаници нису обраћали Центру за социјални рад су непостојање потреба, што је као разлог навело три четвртине испитаника. Приближно 13% испитаника није било информисано о услугама које пружа ова установа, док 7% испитаника није желело да открије HIV статус.

Односом особља у Центру за социјални рад било је задовољно 19,8% испитаника, док је незадовољство истим изразило 42,2% испитаника, мањи проценат у односу на резултате студије из 2010. када је било незадовољно 49% испитаника. Није утврђена разлика у односу на пол и старост испитаника, док су тестови корелације утврдили слабу повезаност између искуства стигме испитаника и коришћења услуга Центра за социјални рад ($\rho=0,100$, $p=0,038$). Односом особља у центрима највише су били задовољни испитаници у Новом Саду (9,9%). У Нишу је било задовољно 5,4%, а у Београду 4,2% испитаника.

3.7.4. НАЈВЕЋЕ КОРИСТИ ЗА ИСПИТАНИКЕ ОД ПОНУЂЕНИХ ПРЕВЕНТИВНИХ ПРОГРАМА

На питање шта им је највише користило од превентивних програма одговорило је 57% испитаника у студији. За 55,2% испитаника највећа корист од програма био је пријатељски однос и дружење. Готово трећини испитаника (30,9%) највише је значило то што нису били дискриминисани. Савет о понашању и заштити здравља, као и кондоми и лубриканти били су најбитинији из оквира програма за 22,8% испитаника. Сваки пети испитаник у студији (21,2%) изјавио је да су му највише значили разговори о проблемима.

3.8. СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

Нико од испитаника учесника студије није свој HIV статус јавно објавио, док је у студији 2010. године то учинило 3,9% испитаника.

Више од трећине испитаника је изјавило да им је HIV статус саопштен другом без сагласности (36%), исти проценат је имао ово искуство 2010. године (36,8%). Међу испитаницима чији је HIV статус био саопштен на овај начин био је значајно већи проценат жена (45,3%) ($\chi^2=4,545$, $df=1$, $p=0,033$). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на добне групе испитаника. Највећи проценат испитаника чији је HIV статус саопштен без сагласности је из Ниша (51,4%). У Новом Саду је исто изјавило 36,6%, а у Београду 34,1% испитаника.

Да је донет Закон о забрани дискриминације знало је више од три четвртине испитаника (76,6%), значајно мањи проценат у односу на истраживање из 2010. године када је за закон чуло 83,6% испитаника. За Закон је чуо значајно већи проценат мушкараца (79,4%) у односу на жене (66,3%) ($\chi^2=7,174$, $df=1$, $p=0,007$). Највећи проценат испитаника упознатих са Законом је из Ниша (89,2%), док је за исти чуло 76,6% испитаника из Београда и 70,4% из Новог Сада.

3.9. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Нешто мање од једне четвртине испитаника (23,6%) задовољно је тиме колико је окружење у којем живе здраво, доступношћу потребних сервиса и информација, значајно мање у односу на задовољство истим индикатором 2008. (29,5%) и 2010. године (31,4%). Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол испитаника, док је најмање задовољства овим индикатором регистровано у групи 18–19 и 25–49 година ($\chi^2=10,752$, $df=3$, $p=0,013$) и међу испитаницима у Београду (21,4%).

Да живот има смисла мисли и прихвата свој HIV статус 6,7% испитаника, значајно мањи проценат у односу на студију из 2010. године када је исти скор имало 10,7% испитаника. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и добне групе испитаника.

4. ЗАКЉУЧЦИ

1. Резултати студије показали су да је социјалним односима, пруженом подршком и укљученошћу у друштво задовољно више од 40% испитаника. Кроз три понављана истраживања индикатор указује да у овим аспектима живота PLHIV популације нема позитивних помака. На задовољство овим социјалним индикатором значајно су утицали опште здравље испитаника, као и искуство стигме, дискриминације и аутостигме.
2. Испитаници су изразили низак степен задовољства општим квалитетом живота и здрављем (13,3%). Посебно забрињава чињеница да је у три узастопне студије регистрован континуирани пад вредности овог индикатора, посебно у старијим добним групама испитаника. Низак социоекономски статус испитаника, искуство стигме и дискриминације, инсуфицијентност система социјалне заштите и непостојање стандарда за пружање посебних видова подршке припадницима ове популације, само су неки од могућих узрока овако ниске самопроцене квалитета живота.
3. Резултати истраживања о придржавању режиму антиретровиралне терапије показало је да комплијанса испитаника током година није опадала. Најбољу комплијансу имали су испитаници мушког пола анкетирани у Нишу (78,6%), док су се терапији у најмањем проценту придржавале испитанице женског пола у Новом Саду (37,5%). Анализе су показале да ниво образовања испитаника, просечна висина месечних прихода, опште задовољство животом и здрављем, као и искуство стигме, аутостигме и дискриминације нису утицали на ниво комплијансе. Нежељени ефекти терапије значајно су утицали на придржавање режиму АРТ. Виши ниво образовања био је повезан са бољом комплијансом испитаника у Београду, док је већи степен аутостигме био повезан са лошијом комплијансом.
4. Резултати су показали да је мали проценат PLHIV популације прошао неки вид едукације о АРТ. Обухват испитаника едукацијом био је најбољи у Новом Саду, док је у Београду био изузетно низак. Степен едукације није био повезан са нивоом знања испитаника о АРТ, нити је утицао на ниво комплијансе.
5. Коришћење кондома од стране испитаника приликом последњег сексуалног односа не може се сматрати задовољавајућим, како са сталним, тако и случајним и комерцијалним партнерима. Посебно забрињава чињеница што је познавање HIV позитивног статуса сексуалног партнера било повезано са ређим коришћењем кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером. Процент коришћења кондома био је најнижи у Београду (71%), а највиши у Нишу (84%), а чешће су га користили испитаници млађе животне доби.
6. Процент PLHIV популације који користи услуге невладиних организација са годинама расте и може се уочити тенденција повећања корисника услуга 2008–2013. године. Додатне анализе су показале да су се испитаници који су доживели искуство стигме и дискриминације чешће обраћали за помоћ НВО. Највећи проценат испитаника који користи неке од услуга ових организација је са територије АП Војводине, а најмањи из Београда.
7. Степен стигматизације и дискриминације особа које живе са HIV-ом и даље је изузетно висок. Готово једна четвртина испитаника имала је ово искуство у последњих 12 месеци. Жене су два пута чешће биле изложене неком од облика дискриминације. Најзначајнији предиктор стигме било је саопштавање HIV статуса без сагласности, а утврђена је и значајна повезаност са аутостигмом. Сагледавајући резултате из претходних студија, не примећује се позитивни помак у смислу толеранције друштва према особама које живе са HIV-ом. Дискриминација PLHIV популације била је још израженија у систему здравствене заштите. У последњих годину дана дискриминацију је доживело више од 27% испитаника, од чега два пута више жена.

Искуство стигме и дискриминације утицало је на смањење задовољства испитаника лекаром у дому здравља.

8. Евидентан је значајан пад задовољства испитаника доступношћу CD4 и PCR тестова на инфективним клиникама у односу на претходна истраживања, које је проузроковано дисконтинуитетом у снабдевању овим тестовима.

5. ПРЕПОРУКЕ

- Омогућити измене законске регулативе које ће обезбедити институционални оквир за збрињавање најугроженијих припадника PLHIV популације и побољшање доступности социјалних и здравствених услуга за особе које живе са HIV-ом. Иако су направљени значајни помаци у постојећем систему здравствене заштите, потребно је реално сагледати социјалне, емоционалне и економске потребе ове популације.
- Кроз партнерства организација и институција обезбедити бољу покривеност и доступност програмима здравствене, а посебно социјалне заштите и помоћи. Обезбедити и прописати стандарде у квалитету пружања услуга у свим видовима социјалне заштите.
- Омогућити колективни смештај за особе које живе са HIV инфекцијом (стара лица, деца без родитељског старања) без дискриминације, кроз обуку особља установа социјално-здравственог типа. Омогућити оснивање медицинских установа или одељења за палијативну негу.
- Обезбедити другачији приступ у организацији и месту спровођења едукације о антиретровирусној терапији континуираним обухватом свих пацијената који долазе на инфективну клинику ради контроле и лечења. Програм едукације би морао имати прописан стандард квалитета пружања информација од стране едукованих и сензибилисаних особа, као и обезбеђену одрживост, уз евалуацију ефеката кроз процењивање знања клијената о АРТ и процену комплијансе.
- Даље радити на сензибилизацији и едукацији здравствених радника и других професионалаца за рад са овом популацијом. У процес едукације неопходно је укључити и лекаре из приватне праксе.
- Радити и даље на подизању капацитета НВО и других асоцијација које пружају подршку овој популацији, и посебно усмерити напоре на њихову одрживост и одрживост кључних програма.
- Стигма и дискриминација усмерене на PLHIV популацију један су од кључних фактора избегавања тражења услуга и незадовољства квалитетом живота и здравља ове популације. Радити континуирано на едукацији, заштити и промоцији људских права и стварању толерантног окружења. Интензивније учествовати у укључивању PLHIV у све друштвене активности и социјализацији, како би се осећали корисним члановима друштва.
- Одрживост и унапређење постојећих програма који су до сада дали резултате требао би да буде императив за цело друштво, али је за квалитет живота ове популације најважнија континуирана доступност квалитетних лекова и тестова за праћење успеха терапије. Без тог минимума, ни друге активности и напори за унапређење квалитета живота PLHIV популације не могу дати ефекте.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Ostrow DG, Kalichman SC. Psychosocial and Public Health Impacts of New HIV Therapies: AIDS Prevention and Mental Health. New York: Kluwer Academic, 2002.
2. Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, Cargill VA, Chang L et al. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons with HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel: Clinical Guideline. *Ann Intern Med.* 2012; 156(11):817-833.
3. Министарство здравља Републике Србије. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у. МЗ РС,

- Београд; 2012.
4. Процена квалитета живота људи који живе са HIV-ом у Србији: Резултати истраживања из 2012. године. Истраживачки тим Института за психологију, Институт за психологију Београд; 2012. (рукопис).
 5. Анђелковић В, Цветковић Јовић Н, Опачић Г, Ероп Т, Богдановић М. Стигма индекс људи који живе са HIV-ом: Извештај са истраживања, 2012. (рукопис).
 6. Институт за јавно здравље Србије. Епидемија HIV инфекције у Републици Србији у 2013. години, ИЈЗС, Београд; 2013.
 7. UNAIDS. Global Report: Unaided Report on the Global AIDS Epidemic 2012. UNAIDS, Geneva, Switzerland; 2013.
 8. Министарство здравља Републике Србије. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015. МЗ РС, Београд; 2011.
 9. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом: Процена квалитета живота људи који живе са HIV-ом, 2008. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2008.
 10. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом: Процена квалитета живота људи који живе са HIV-ом, 2010. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2010.
 11. IPPF, UNAIDS, GNP+, ICW. The People Living with HIV Stigma Index: User Guide. International Planned Parenthood Federation UK; 2008.
 12. Kalichman SC, Simbayi LC, Cloete A, Mthembu P, Mkhonta R et al. Measuring AIDS Stigmas in People living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2009; 21(1):87-93.
 13. Holzemer WL, Uys LR, Chirwa ML, Greeff M, Makoe LN et al. Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2007; 19(8):1002-1012.
 14. Министарство здравља РС и Међународна мрежа помоћи И.А.Н. Перцепција знања, ставова и понашања здравствених радника у Србији из области HIV-а и AIDS-а у 2010. години. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2010.
 15. Jovana Stojanovski, Marina Stojanović, Milena Prvulović, Mental Health and HIV/AIDS in Serbia, Rapid qualitative study on Mental Health problems of People living with HIV, GIP Expert Centre for Mental health and HIV/AIDS in Serbia, Belgrade; 2007.
 16. Sarah Bernays, Tim Rhodes, Ana Prodanović. HIV treatment access, delivery and uncertainty: a qualitative study in Serbia and Montenegro, UNDP report, Belgrade; 2007.
 17. Logie C, Gadalla TM. Meta-Analysis of Health and Demographic Correlates of Stigma Towards People Living with HIV. *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2009; 21(6):742-753.

ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА

Главни истраживач и аутор текста:

Др Данијела Симић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА

Др Данијела Симић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Кратак садржај:

Познавање величине популације под повећаним ризиком за HIV је неопходно за планирање, имплементацију и евалуацију интервенција/програма и процену тока HIV епидемије. Доносиоцима одлука је ова информација врло важна због планирања одређених програма, као и обезбеђивања потребних материјалних и других ресурса, али и адекватног праћења обима пружених услуга и валидног поређења током времена, како на локалном и националном нивоу, тако и на међународном нивоу. У овој студији циљ је био да се применом методе множиоца процени величина популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога (ИКД), мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ) и сексуалних радница (СР), генерално узраста од 18 до 49 година, у градовима где су спроведена серопревалентна и бихејвиорална истраживања 2013. године. Метод множиоца (тзв. *multiplier* метод) се заснива на узимању података из два независна извора који се преклапају на познати начин. Процене величине популација од интереса су добијене укрштањем података/множилаца из истраживања и референтних програмских података. Процењена преваленција ИКД за 2012. годину коришћењем метода множиоца се креће од 2914 ИКД узраста 18 до 49 година до 10.587 ИКД узраста 20 до 49 година у Београду, од 1281 ИКД узраста 18–49 година до 3571 ИКД узраста 20–49 година у Новом Саду и од 939 до 1298 ИКД узраста 18–49 година у Нишу. Процењена преваленција МСМ коришћењем метода множиоца је 8983 МСМ узраста 18–49 година у Београду, односно 3863 МСМ узраста 18–49 у Новом Саду и 4483 МСМ узраста 18–49 у Крагујевцу. Процењена преваленција особа које се баве сексуалним радом се креће од 474 до 955 СР узраста 18–49 година у Београду, односно 688 СР узраста 18–49 година у Новом Саду. Због непотпуно испуњених кључних претпоставки/услова различите процене величине популације добијене методом множиоца нису у потпуности валидне, те морају бити засноване на низу поновљених мерења у циљу добијања што тачнијих процена. И на крају, у циљу добијања што валиднијих процена треба користити више различитих метода процене величине популационих група под повећаним ризиком за HIV, ради омогућавања провере и међусобне валидације добијених резултата. Консензусом релевантних актера треба донети одлуку о најбољој процени величине популације од интереса.

Кључне речи: процена величине популације, метод множиоца, тешко доступне популације под повећаним ризиком за HIV

POPULATION SIZE ESTIMATION AMONG INJECTING DRUG USERS, MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND SEX WORKERS

Dr Danijela Simic

Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”

Abstract

Knowing the size of the population most at risk for HIV is necessary for planning, implementation and evaluation of interventions/programs and the assessment of the HIV epidemic course. Decision makers should need this information immensely for the purposes of program planning, ensuring material and other resources, but also for adequate monitoring of service provision and valid comparison over time, at local and national, as well as international levels. The objective of this study was to estimate the size of populations vulnerable to HIV by using multiplier method, more specifically injecting drug users (IDU), men who have sex with men (MSM), and sex workers (SW), generally of age 18 – 49, in those cities/towns where sero prevalence and behavioral surveys were conducted in 2012. Multiplier method is based on using data from two independent sources which overlap in a known way. The population size estimates were made by converging survey data/multipliers and relating corresponding program data/the benchmarks. By using multiplier method, IDU prevalence for 2012 is placed between 2,914 IDU aged 18 – 49 and 10,587 IDUs aged 20 – 49 in Belgrade, between 1,281 IDUs aged 18-49 and 3571 IDUs aged 20 – 49 in Novi Sad and between 939 IDU and 1,298 IDUs aged 18 – 49 in Nis. Estimated MSM prevalence using the multiplier method is 8,983 MSM aged 18 – 49 in Belgrade versus 3,863 MSM aged 18 – 49 in Novi Sad and 4483 MSM aged 18 – 49 in Kragujevac. Estimated prevalence of sex workers by using multiplier method is placed between 474 to 955 SWs aged 18 – 49 in Belgrade and 688 SWs aged 18 – 49 in Novi Sad. Due to the fact that some key assumptions/conditions were not fully met, different population size estimates obtained by multiplier method are not fully valid, and should be based on a series of repeated measuring to obtain one as accurate as possible. Finally, in order to obtain the most valid data, several different methods should be used to estimate sizes of population most at risk for HIV, allowing for checking and inter-validation of obtained results. Relevant stakeholders should make a decision by consensus on the best estimates of the size of populations in question.

Key words: estimation of population size, multiplier method, hard to reach populations most at risk for HIV

1. УВОД

Популације под повећаним ризиком за HIV су од посебне важности за епидемиолошки надзор [1]. У овим популационим групама које су „скривене” или „тешко доступне” због изражене стигме и осуде њиховог понашања од стране друштвене заједнице, региструје се виша преваленција HIV инфекције у односу на општу популацију превасходно због веће учесталости ризичног понашања. Такође, ове популационе групе су нека врста „мостова” за пренос HIV инфекције на општу популацију [2, 3].

Потреба за проценом величине, тј. преваленције одређене популације од интереса под повећаним ризиком за HIV произилази из више разлога:

1. Недостатак података о величини популације под повећаним ризиком за HIV (нпр. инјектирајући корисници дрога, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, сексуалне раднице) не допушта доносиоцима одлука адекватну процену и планирање материјалних и других ресурса на националном и локалном нивоу које је потребно обезбедити за реализовање активности из области здравствене заштите (нпр. новчана средства, едукован кадар, доступност превентивних и других активности и сл).
2. Недостатак података о величини кључних популације под повећаним ризиком за HIV онемогућава приоритизацију и заговарање адекватног одговора, односно на-потреби-заснованог планирања и организовање пружања одређених услуга на локалном и националном нивоу [4].
3. Непознавање величине популације онемогућава правилно тумачење и адекватно праћење индикатора покривености (процент популације од интереса обухваћен неким програмом/интервенцијом), који се у том случају заснивају само на апсолутним бројкама (нпр. број особа тестираних на HIV, број особа досегнутих теренским превентивним радом, терапијским програмом и сл).
4. Податак о величини популације од интереса је неопходан и за праћење напретка одређених циљаних програма/интервенција, односно ради процене будућег тока HIV епидемије [5].
5. У земљама са ниском преваленцијом HIV инфекције или концентрованој HIV епидемијом, податак о величини кључних популација под повећаним ризиком је неопходан ради процене броја особа инфицираних HIV-ом, тј. квантификовања оптерећења друштва болешћу [5, 6].

Епидемијски потенцијал је одређен комбинацијом тренутне преваленције HIV инфекције у популацији од интереса, величине те популације и заступљеног, квантификованог ризика [4].

Обзиром да у нашој земљи постоје подаци везани за процењену преваленцију, тј. величину популације инјектирајућих корисника дрога (ИКД), мушкараца који имају сексуалне односе са другим мушкарцима (МСМ) и сексуалних радница/ка (СР) добијени из разних извора [7, 8, 9, 10, 11, 12] наметнула се потреба израде нових процена величине популација ИКД, МСМ и СР и поређења истих са проценама из ранијих година коришћењем исте методологије.

2. ЦИЉ

Проценити величину кључних популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога, мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима и сексуалних радница/ка, генерално узраста од 18 до 49 година, у градовима где су спроведена серопревалентна и бихејвиорална истраживања 2013. године.

3. МЕТОДОЛОГИЈА

За процену преваленције популације ИКД, МСМ и СР у градовима где су се спроводила биолошко-бихејвиорална истраживања 2013. године (Београд, Нови Сад, Ниш и Крагујевац) коришћен је класични метод множиоца (тзв. *multiplier* метод) који се заснива на укрштању података из два независна извора који се преклапају на познати начин [1]. Основни принцип овог метода је да је број особа циљане

популационе групе који је користио услуге одређене установе/удружења током дефинисаног временског периода једнак укупној величини популације помножене са пропорцијом популације која је користила услуге те установе/удружења [13]. Овај метод се користи када је узорачки оквир неадекватан или када је реч о тешко доступној популацији, јер је лако изводљив.

Процене величине популације од интереса су добијене укрштањем података из два извора, од којих су једни пореклом из спроведених истраживања на узорку испитиване популације (пропорција испитаника који наводе да су користили дефинисане услуге у одређеном времену и локацији, односно множилац или енг. *multiplier*) док су други, референтни програмски подаци (енг. *benchmark*) добијени из одговарајућих доступних извора (нпр. из база података саветовалишта за ДПСТ, базе података Јединице Министарства здравља која имплементира GF HIV пројекте), односно од здравствених установа које пружају одређене превентивне и/или терапијске услуге припадницима дефинисане популације под повећаним ризиком за HIV.

Ограничења везана за процене добијене овом методом проистичу из низа претпоставки/услова које ова метода процене величине популације од интереса захтева и које је тешко евалуирати [1, 6], а то су:

1. Две популације које служе као извор података су једнаке али независне (коришћење услуге неке установе/удружења не утиче на могућност учешћа у истраживању и обрнуто);
2. Извори података се преклапају;
3. Популација која се броји мора имати вероватноћу да ће бити укључена у оба извора података;
4. Узорак испитаника у истраживању мора бити случајно одабран, тј. извор података из истраживања мора бити рандомизован, укључујући и групу корисника дефинисане услуге у установи/удружењу, али не искључујући и остале припаднике популације од интереса (нпр. партиципанти у истраживању могу бити уличне СР и СР које услуге пружају на другим местима и/или на други начин, иако одређене услуге користе само уличне СР);
5. Извор података из установе/удружења не мора бити рандомизован, али мора бити специфичан за популацију чија се величина процењује (подаци морају идентификовати и разликовати популацију од интереса од других група) и мора бити усклађен са популацијом која је предмет истраживања (иста дефиниција популације од интереса, територијална локација и временски период).

Такође, неопходно је имати квалитетне програмске податке (добар и поуздан систем регистравања клијената од стране институције/установе/удружења), као и адекватно дефинисана, односно јасно и коректно постављена питања испитаницима укљученим у истраживање у теренским условима у циљу редуковања пристрасности везане за мерење.

Нерепрезентативан узорак учесника укључених у истраживање који је повезан са самом методологијом узорковања условљава узорачку пристрасност (тзв. *selection bias*) мањег или већег степена, која пак значајно утиче на тачност процене (колико процена заснована на мерењу репрезентује стварну вредност) [14, 15].

Процене преваленција популација од интереса засноване су на проценама узорака. Ако је студија поновљена користећи исту методологију узорковања, могу се добити другачије процене. Ова варијација се зове варијанса узорка, а величина ове варијансе утиче на прецизност процене. У овој студији, тренутне процене (процена једним бројем, процена на бази појединачне вредности) су добијене користећи индиректну технику процене, односно метод множиоца. Увек је корисно не само урадити процене на бази појединачне вредности, већ и интервале поузданости. Интервал поузданости је интервална процена за параметар неке популације са приписаном вероватноћом, нивоом поузданости. Обично је овај интервал поузданости 95%. У случају добијених локалних процена множилаца за МСМ, СР и ИКД, кориштена је стандардна методологија за процену интервала поузданости за пропорцију.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА

За потребе процене преваленције ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу као референтне вредности коришћени су програмски подаци из базе Омладине ЈАЗАС-а Београд која имплементира HIV пројекат финансиран из донације Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије и подаци Удружења Превент из Новог Сада (подаци о броју досегнутих инјектирајућих корисника дрога програмом размене прибора за инјектирање на терену или у *drop in* центрима), затим Специјалне болнице за болести зависности у Београду, Института за јавно здравље Војводине у Новом Саду и Института за јавно здравље у Нишу (подаци о броју тестираних инјектирајућих корисника дроге у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање – ДПСТ), као и Специјалне болнице за болести зависности у Београду, Клинике за болести зависности у Новом Саду и Клинике за менталне болести у Нишу (подаци о броју инјектирајућих корисника дрога укључених у програм детоксикације) за период од 1. јануара до 31. децембра 2012. године. Процене преваленције ИКД генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем на ове три локације, при чему су испитаници питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2012. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама по локацији и да ли се том приликом изјаснили да су ИКД, затим да ли су били на програму детоксикације у одређеним установама у периоду од 1.1. до 31.12. 2012. године и колико пута, као и да ли су у истом периоду добијали стерилне игле и шприцеве на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста Удружења Веза у Београду, односно Удружења Превент у Новом Саду и Удружења Путоказ у Нишу.

Додатно, за процену величине популације ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу коришћен је модификован метод множиоца употребом јединственог идентификатора тј. објекта (у овом случају картице одређене боје неопходне за укључивање у истраживање), при чему су укрштени подаци добијени овим истраживањем и подаци из истраживања реализованог 2012. године у Београду и Новом Саду, односно 2010. године у Нишу.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (IBBS) спроведено у Београду, Новом Саду и Нишу крајем 2013. године имало је узорак од 994 инјектирајућа корисника дрога који су користили дрогу инјектирањем у последњих месец дана (399 испитаника у Београду, 295 у Новом Саду и 300 у Нишу). У сва три града учесници у узорку су били превасходно мушкарци (по 81% у Београду, 83% Новом Саду и 82% у Нишу). У односу на узраст већина инјектирајућих корисника дроге била је старости 20–49 година (95% испитаника у Београду, 97% испитаника у Новом Саду и 95% у Нишу).

Табела 1. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Инјектирајући корисници дрога

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2012.	18–49	2914	(2644, 3231)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Београд	2012.	20–49	10.587	(7940, 18.027)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података СББЗ о тестирању на HIV
Београд	2012.	20–49	8686	(6949, 11.472)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у СББЗ
Београд	2012/2013.	18–49	1774	(1470, 2281)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2012. и 2013)
Београд	2011.	18-49	1558	(1389, 1702)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Београд	2011.	18-49	7043	(5255, 10.843)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података СББЗ о тестирању на HIV
Београд	2011.	18-49	16.698	(11.202, 31.607)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у СББЗ
Београд	2010/2012.	18-49	1549	(1254, 1915)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2010. и 2012)

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2009/2010.	18–49	3243	(3121, 3376)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Београд	2009.	18–49	4273	(3357, 5875)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података СББЗ о тестирању на HIV
Београд	2009.	18–49	13.040	(10.867, 16.300)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у СББЗ
Нови Сад	2012.	18–49	1281	(1190, 1386)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Нови Сад	2012.	20–49	444	(336, 646)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2012.	20–49	3571	(1852, 16,667)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КБЗ
Нови Сад	2012/2013.	20–49	740	(622, 998)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2012. и 2013.)
Нови Сад	2011.	18–49	997	(817, 1275)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Нови Сад	2011.	20–49	899	(672, 1356)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2011.	20–49	1250	(581, 8333)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КБЗ
Нови Сад	2008/2012.	20–49	1288	(995, 1825)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2008. и 2012.)
Нови Сад	2008/2010.	18–49	2893	(2382, 3682)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Нови Сад	2007.	18–49	1690	(1127, 3380)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2007.	18–49	1640	(845, 27.333)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КБЗ
Ниш	2012.	18–49	1298	(1153, 1487)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Ниш	2012.	20–49	216	(138, 533)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Ниш о тестирању на HIV
Ниш	2012.	20–49	968	(670, 1694)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КМЗ у Нишу
Ниш	2010/2013.	18–49	939	(805, 1281)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Нишу (2010. и 2013.)
Ниш	2009/2010.	18–49	1057	(980, 1147)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Ниш	2009.	18–49	340	(-, 113)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Ниш о тестирању на HIV
Ниш	2009.	18–49	2967	(2225, 4450)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КМЗ у Нишу

Уочава се да су нове процене преваленције ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу за 2012. годину добијене укрштањем података из истраживања са референтним програмским подацима у односу на добијање стерилног прибора за инјектирање, више у односу на претходне процене (2914 према 1558 у Београду, односно 1281 према 997 у Новом Саду и 1298 према 1057 у Нишу), док су нове процене засноване на подацима о тестирању на HIV значајно више за Београд (10.587 према 7043, односно 4273), а ниже за Нови Сад (444 према 899, односно 1690) и Ниш (216 према 340) у поређењу са претходним проценама (табела 1).

Примарни програм третмана за инјектирајуће кориснике наркотика је детоксикација и као резултат тога добијене су боље процене користећи множилац добијен на основу програма детоксикације, премда је процена у Београду за 2012. нижа у односу на процену за претходну годину (8686 према 16.698 ИКД), док је процена за Ниш нижа у поређењу са проценом за 2009. годину (968 према 2967 ИКД). Процена за Нови Сад за 2012. годину користећи овај извор података је вишеструко виша у односу на процену добијену ранијих година користећи одговарајуће референтне податке Клинике за болести зависности у Новом Саду (3571 према 1250, односно 1640).

Процена добијена применом модификованог метода множиоца је шестоструко нижа од највише процене преваленције ИКД у Београду за 2012. годину (1774 према 10.587), а слична је броју ИКД досегнутих превентивним програмом 2012. године (1454), те се може извести закључак да се користећи овај метод добија потцењена процена.

4.2. ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

За потребе процене преваленције МСМ у Београду, Новом Саду и Крагујевцу као референтне вредности коришћени су програмски подаци из базе Јединице Министарства здравља која имплементира HIV пројекат финансиран из донације Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије (подаци о броју МСМ који су добијали кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима) и подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду, Института за јавно здравље Војводине и Института за јавно здравље у Крагујевцу (број тестираних МСМ у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање) за дефинисани временски период. Процене преваленције МСМ генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем на ове три локације, при чему су испитаници у Београду и Новом Саду питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2012, односно у периоду од 1.1. до 30.9. 2013. године у Крагујевцу, добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама по локацији, колико пута и да ли се том приликом изјаснили да су МСМ, као и да ли су током 2012, односно 2013. године добијали кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста из Удружења Сигуран пулс младих у Београду, Удружења Омладина ЈАЗАС-а у Новом Саду и Удружења Асоцијација Дуга у Крагујевцу.

Додатно, за процену преваленције МСМ у Београду и Новом Саду коришћен је модификован метод множиоца употребом јединственог идентификатора тј. објекта (у овом случају картице одређене боје неопходне за укључивање у истраживање), при чему су укрштени подаци добијени овим истраживањем и подаци из истраживања реализованог 2012. године у Београду и Новом Саду.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (IBBS) спроведено 2013. године у Београду, Новом Саду и Крагујевцу имало је узорак од 1000 МСМ (400 испитаника у Београду, и по 300 у Новом Саду и Крагујевцу). Учесници истраживања су били узраста од 18 до 59 година, при чему је узрасна група испитаника од 20 до 49 година чинила већински део укупног узорка ове популације у оба града (86,5% у Београду, 93% у Новом Саду и 88% у Крагујевцу).

Табела 2. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2012.	18–49	8983	(8024, 9828)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Београд	2012.	18–49	2709	(2316, 3664)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података 3333 студената о тестирању на HIV
Београд	2012/2013.	18–49	1221	(1015, 1506)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2012. и 2013.)
Београд	2011.	18–49	8058	(6861, 9569)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Београд	2011.	18–49	2834	(2363, 3607)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података 3333 студената о тестирању на HIV
Београд	2010/2012.	18–49	1628	(1309, 2302)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2010. и 2012.)
Београд	2009/2010.	18–49	6797	(6574, 7035)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Београд	2009/2010.	18–49	2629	(2374, 2944)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података 3333 студената о тестирању на HIV
Београд	2010.	18–49	5990	(3700, 8280)	„Хватање и поновно хватање” са два узорка (период од 6 месеци, март–септембар 2010)
Нови Сад	2012.	18–49	3863	(3456, 4370)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Нови Сад	2012.	18–49	729	(600, 914)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2012/2013.	18–49	508	(434, 621)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2012. и 2013.)
Нови Сад	2011.	18–49	8721	(6816, 12.170)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Нови Сад	2011.	18–49	738	(595, 970)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2010/2012.	18–49	566	(462, 731)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2010. и 2012)
Нови Сад	2009/2010.	18–49	8335	(7872, 8856)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Нови Сад	2009/2010.	18–49	838	(731, 983)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2010.	18–49	3782	(1668, 5896)	„Хватање и поновно хватање” са два узорка (период од 6 месеци, март–септембар 2010)
Крагујевац	2012.	18–49	4483	(4128, 4904)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Крагујевац	2012.	18–49	633	(521, 806)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Крагујевац о тестирању на HIV

Запажа се да су процене преваленције МСМ у Београду за 2012. годину добијене укрштањем података из истраживања са референтним програмским подацима у односу на добијање кондома и тестирање на HIV веома сличне у односу на претходне процене за 2011. и 2009. годину, за разлику од Новог Сада где је процена добијена укрштањем података из истраживања са референтним програмским подацима у односу на добијање кондома значајно нижа у односу на претходне процене (3863 према 8721 и 8335). Такође, може се уочити да су боље процене добијене применом метода множиоца о добијању кондома за сва три града, премда је процена највероватније потцењена за Београд имајући у виду величину укупне популације мушкараца узраста 18–49 година (8983 МСМ у Београду према 3863 МСМ у Новом Саду и 4483 МСМ у Крагујевцу) (табела 2).

Процене добијене применом множиоца који се односи на тестирање на HIV у сва три града, као и процене добијене укрштањем података из две узастопне серије надзорних истраживања у Београду и Новом Саду су значајно ниже у односу на остале процене, али и у односу на програмске податке добијене из базе Јединице Министарства здравља о броју јединствених клијената из популације МСМ досегнутих циљаним превентивним програмима током 2012. године (4285 МСМ у Београду, 1866 МСМ у Новом Саду и 2869 МСМ у Крагујевцу узраста од 18 до 49 година), па се стога не могу сматрати релевантним (табела 2).

4.3. ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА

За потребе процене преваленције СР у Београду и Новом Саду методом множиоца коришћени су подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената (број тестираних СР у саветовалишту за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање), као и подаци Јединице Министарства здравља која имплементира HIV пројект из донације Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије (број тестираних СР у мобилној медицинској јединици и/или *drop in* центру, као и податак о укупном броју досегнутих СР које су добијале кондоме кроз различите програме од активиста из Удружења ЈАЗАС из Београда, односно удружења Превент или Омладина ЈАЗАС-а из Новог Сада), за период од 1.1. до 31. 12. 2012. године. Процене преваленције СР генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем, при чему су испитанице/и питане/и да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2012. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама/удружењима и колико пута, као и да ли су током 2012. године добијале/и кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста из наведених удружења у Београду и Новом Саду.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (IBBS) спроведено 2013. године у Београду и Новом Саду имало је узорак од 400 СР (250 у Београду и 150 испитаница/ка у Новом Саду). Већину партиципанта у истраживању су чиниле жене (67% у Београду и 88% у Новом Саду). Што се година тиче, испитанице/и су били доби од 18 и више година, при чему је 90% укупног узорка у Београду и 92% у Новом Саду припадало узрасној групи од 20 до 49 година старости. Свега 2% учесница/ка истраживања у Београду и 3% у Новом Саду било је доби 50 и више година.

Табела 3. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Сексуалне раднице/и

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2012.	18–49	474	(439, 516)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и програмски референтни подаци
Београд	2012.	18–49	955	(732, 3262)	Множилац из IBBS истраживања и референтне вредности из података 3333 студената и ЈАЗАС-а о тестирању на HIV
Београд	2011.	18–49	570	(523, 628)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и подаци ЈАЗАС-а за референтну вредност
Београд	2011.	18–49	596	(430, 1303)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података 3333 студената и ЈАЗАС-а о тестирању на HIV
Београд	2010/2011.	18–49	2308	(1921, 2880)	Множилац из IBBS истраживања и података из МУП-а РС о прекршајима од стране особа женског пола у Београду
Београд	2009.	18–49	1343	(1282, 1410)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и подаци ЈАЗАС-а за референтну вредност
Нови Сад	2012.	18–49	688	(637, 793)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и програмски референтни подаци

Уочава се да су процене преваленције СР у Београду из 2012. године, као и процене за 2011. годину, значајно ниже у односу на процену за 2009. годину (474 и 955 према 1343), како због мањих вредности референтних, програмских података, тако и због узорачке пристрасности проистекле из методологије узорковања (70% испитаница/ка је навело да је користило услуге које пружају активисти Удружења ЈАЗАС тј. добијало кондоме док се више од половине се тестирало на HIV у ММЈ или свратишту) (табела 3).

Није рађена процена преваленције СР у Београду за 2012. годину, заснована на подацима добијеним из МУП-а Републике Србије укрштеним са пропорцијом испитаница укључених у истраживање које су навеле да су током 2012. године биле привођене у полицију због посла којим се баве, јер би иста била највероватније прецењена, слично процени из 2011. године (2308 СР), имајући у виду да се поменути референтна вредност односи на број прекршаја учињених од стране особа женског пола из Београда током 2010. године, при чему није доступна информација колики је удео регистрованих прекршаја због продаје сексуалних услуга.

5. ДИСКУСИЈА

5.1. ОГРАНИЧЕЊА ВЕЗАНА ЗА ПРИМЕЊЕНУ МЕТОДОЛОГИЈУ МНОЖИОЦА ЗА ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ОД ИНТЕРЕСА

Добијене процене су пре свега лимитиране селекционом пристрасношћу, везаном за методологију узорковања (нерандомизован узорак испитаника), јер су иницијални испитаници регрутовани од стране активиста удружења која пружају превентивне услуге истраживаној популацији на терену, док су касније сами испитаници регрутовали следеће испитанике, а не истраживачки тим (методологија узорковања вођена испитаником и узорковање тзв. снежном грудвом).

Такође, процене су лимитиране и дефинисаним критеријумима за укључивање испитаника у истраживање, те се односе само на особе које одговарају карактеристикама испитаника укључених у истраживање.

Због изражене стигматизације и присутне хомофобије, односно криминализације пружања сексуалних услуга за неку материјалну надокнаду, добијени резултати се односе на „видљивији” део популације МСМ и СР, тј. испитаници укључени у истраживање су у великој мери особе које су обелоданиле своје сексуално опредељење, односно „непожељно” понашање.

Такође, начин постављања питања и регистровања добијених одговора од стране анкетара, као и могућа пристрасност условљена сећањем самих испитаника приликом давања одговора, вероватно унесе додатна ограничења у добијене резултате. С друге стране, квалитет самих програмских, референтних

података може условити прецењену или потцењену процену величине популације, а и сама дефиниција процене СР односила се на уску групу сексуалних радница/радника које/и раде на улици и у клубовима наспрот присутном „скривенијем” сексуалном раду у хотелима, путем огласа и у приватним клубовима, салонима, агенцијама итд.

Када је реч о резултатима процене преваленције ИКД, треба истаћи два ограничења. Обухват програмима смањења штете за кориснике дроге у Србији је веома ограничен, референтне вредности за прва два множиоца су биле веома ниске и то се одражава на процену преваленције код ова два извора података. Примарни програм третмана за инјектирајуће кориснике дрога је детоксикација и као резултат тога добијене су боље процене користећи множилац добијен на основу података из програма детоксикације.

Додатно, два извора податка нису у потпуности независна, јер не можемо бити у потпуности сигурни да је сваки испитаник у истраживачком узорку заиста имао и информацију, као и приступ одговарајућој установи или услузи (нпр. не зна где се налази локација пружања услуга или назив установе/удружења, односно услуга није била територијално, садржајем или на друге начине приступачна кориснику).

Регистрован је значајан степен преклапања испитаника из популација ИКД и МСМ у две реализоване узастопне серије надзорних истраживања, 2012. и 2013. године у оба града (16% за ИКД и 20% за МСМ у Београду, односно 20% за ИКД и 29,5% за МСМ у Новом Саду), што поред самог начина одабира иницијалних испитаника може указивати и на то да се социјалне мреже испитаника у значајној мери преклапају, тј. прожимају.

6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

Процењена величина популације инјектирајућих корисника дрога за 2012. годину коришћењем метода множиоца се креће од 2914 ИКД узраста 18–49 до 10.587 ИКД узраста 20–49 година у Београду, од 1281 ИКД узраста 18–49 година до 3571 ИКД узраста 20–49 година у Новом Саду, односно од 939 до 1298 ИКД узраста 18–49 година у Нишу.

Најпоузданија процена преваленције мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима за 2012. годину применом метода множиоца је 8983 МСМ узраста 18–49 година у Београду, односно 3863 МСМ узраста 18–49 година у Новом Саду и 4483 МСМ узраста 18–49 година Крагујевцу.

Процењена величина популације сексуалних радница за 2012. годину коришћењем метода множиоца се креће од 474 до 955 СР узраста 18–49 година у Београду, односно 688 СР узраста 18–49 година у Новом Саду.

На основу добијених процена и дискусије препоруке су следеће:

- Због непотпуно испуњених кључних претпоставки/услова различите процене величине популације добијене методом множиоца нису у потпуности валидне, те морају бити засноване на низу поновљених мерења у циљу добијања што тачнијих процена.
- У циљу корекције потцењене величине популације МСМ, посебно у Београду потребно је знати колики је удео „невидљиве” субпопулације МСМ која није била укључена у истраживање, на основу резултата детаљног мапирања места окупљања субпопулације МСМ, квалитативних истраживања и разговора са кључним информантима у циљу што тачније процене броја тј. дистрибуције МСМ популације на тим локацијама (нпр. хотели, барови, сауне, теретане, места за масажу, паркови, јавни тоалети и сл). Даље треба анализирати стратегију узорковања и методе регрутације које су кориштене у *IBBS* истраживањима како би се утврдило зашто је регрутовање скренуто ка постојећим клијентима дајући тако непоуздане множиоце.
- У циљу корекције потцењене величине популације СР у Београду потребно је знати колики је удео „невидљиве” популације СР која није била укључена у истраживање, на основу резултата детаљног мапирања врсте и броја места где исте ступају у контакт са потенцијаним клијентима, квалитативних истраживања и разговора са кључним информантима у циљу процене броја СР тј. дистрибуције популације СР на тим локацијама (нпр. бордели, хотели, барови, преко огласа, места за масажу и сл).

- Треба обезбедити да се сви релевантни програмски подаци континуирано прикупљају и прате и да су ажурирани и тачни како би се користили као референтне вредности.
- Како је детоксикација као начин третмана ИКД најприсутнији, зарад планирања будућих програма требало би користити процене добијене на основу овог извора података.
- Потребно је понављање *IBBS* истраживања применом исте методологије у истом или већем обиму.
- И на крају, у циљу добијања што валиднијих процена треба користити више различитих метода процене величине тешко доступних популационих група под повећаним ризиком за HIV, ради омогућавања провере и међусобне валидације добијених резултата. Консензусом релевантних актера треба донети одлуку о најбољој процени величине популације од интереса.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. UNAIDS, FHI. Estimating the Size of Populations at Risk for HIV: Issues and Methods; 2003.
2. Lyerla R, Gouws E, Garcia-Calleja JM. The quality of sero-surveillance in low- and middle-income countries: status and trends through 2007. Sexually Transmitted Infections; 2008 , 84 (Suppl 1).
3. Barcal K, Schumacher JE, Dumchev K, Moroz LV. A situational picture of HIV/AIDS and injection drug use in Vinnitsya, Ukraine. Harm Reduction Journal ; 2005.
4. UNAIDS. HIV/AIDS Estimates and Projections 2005–2010. Available at http://www.unaids.org.vn/resource/topic/epidemiology/e%20&%20p_english_final.pdf
5. Ramon JS, Alvarenga M, Walker N, et al. Estimating HIV/AIDS prevalence in countries with low-level and concentrated epidemics: the example of Honduras. AIDS ; 2002, 16 (Suppl 3)
6. WHO/UNAIDS. Estimating the size of populations most at risk to HIV. WHO/UNAIDS; 2010.
7. Министарство здравља РС. Истраживање здравља становништва Републике Србије. Министарство здравља РС, Београд; 2007.
8. Мешковић Д. Истраживање знања, ставова и понашања у вези HIV/AIDS-а у склопу бихејвиралног надзора међу МСМ популацијом у Србији. Београд; 2006 (документ Економског института – непубликовано)
9. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља РС, Београд; 2008.
10. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља РС, Београд; 2010.
11. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV. Министарство здравља РС, Београд; 2012.
12. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Преваленција популација под повећаним ризиком од HIV-а у Републици Србији. Институт за јавно здравље србије, Београд; 2011.
13. Walker N, Stover J, Stanеcki K, et al. The WORKBOOK approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics. Sex Transm Infect; 2004 , 80 (Suppl 1)
14. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology (Third Edition). Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. Last JM. A Dictionary of Epidemiology (Fourth Edition). Oxford University Press, New York; 1998 (www.oup-usa.org).

У оквиру истраживања укупно је серолошки тестирано 2394 особа из популације ИКД, СР и МСМ. Од укупно тестираних особа под повећаним ризиком од НИВ инфекције, позитиван НИВ налаз је добијен код 85 особа (3,6%), док је позитиван налаз антитела на НСВ добијен код 651 испитаника (27,2%).

ИСТРАЖИВАЊЕ МЕЂУ ИНЈЕКТИРАЈУЋИМ КОРИСНИЦИМА ДРОГЕ – ИКД

У оквиру студије тестирано је 994 особа које припадају групи ИКД, из три града у Србији, из Београда 399, Ниша 300 и Новог Сада 295. У Београду је позитиван налаз антитела на НИВ добијен код шест особа, што износи 1,50%, у Нишу код три испитаника, што износи 1,0%. Ниједан од тестираних пацијената из групе ИКД из Новог Сада није био позитиван на НИВ.

Исти испитаници су тестирани и на НСВ, где је регистрована висока учесталост позитивног налаза антитела, и то код 245 особа из Београда (60,90%), 148 особа из Новог Сада (50,16%) и 167 особа из Ниша (55,70%). Изузетно висока серопреваленција антитела за НСВ код ИКД популације захтева додатне анализе и увођење програма едукације и превенције у ризичним групама.

ИСТРАЖИВАЊЕ МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ СЕ БАВЕ СЕКСУАЛНИМ РАДОМ – СР

Популација СР је серолошки тестирана у Београду и Новом Саду. У Београду је тестирано 250 а у Новом Саду 150 особа, укупно 400 испитаника. Од 400 тестираних СР, НИВ антитела су откривена код 5 (1,25%), а НСВ антитела код 118 особа (29,5%). Позитиван налаз антитела на НИВ у групи СР из Београда добијен је код четири испитаника (1,60%), док је позитиван НИВ налаз у Новом Саду добијен само код једне особе (0,66%). У истој популацији позитиван налаз антитела на НСВ у Београду имале су 73 особе (29%) и 45 особа у Новом Саду (30%).

ИСТРАЖИВАЊЕ МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА – МСМ

У серолошко тестирање је било укључено 1000 испитаника из три града, Београда, 400 особа, Новог Сада, 300 особа и Крагујевца, 300 особа. Од укупно тестираних МСМ, НИВ антитела су откривена код 71 испитаника (7,10%) а анти-НСВ-антитела код 11 испитаника (1,1%). У Београду је антитела на НИВ имало 37 особа (9,25%), у Новом Саду 17 особа (5,66%) и у Крагујевцу 17 особа (5,66%). Антитела на НСВ је имало 9 особа из Београда (2,25%), једна особа из Новог Сада (0,33%).

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
314:616.97/.98(497.11)»2013»(083.41)(082)

ИСТРАЖИВАЊА међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом : основни резултати, 2013 / [уредништво Драган Илић ... и др.]. - Београд : Институт за јавно здравље Србије «Др Милан Јовановић Батут», 2014 (Лозница : Р. Ступар). - 239 стр. : граф. прикази, табеле ; 29 cm

На спор. насл. стр.: Research among populations most at risk to HIV and among people living with HIV, Key findings, 2013. - Тираж 300. - Стр. 7: Предговор / Драган Илић. - Abstracts. - Библиографија уз сваки рад.

ISBN 978-86-7358-061-6

1. Илић, Драган, 1954- [уредник] [аутор додатног текста]
а) Инфективне болести - Србија - 2014 - Статистика - Зборници
COBISS.SR-ID 211392268



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„Др Милан Јовановић Батут“



Подршка
у борби против ХИВ/АИДС-а



The Global Fund