

И С Т Р А Ж К И Л И З А Њ А

**МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД НИВ-А
И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА НИВ-ОМ**

2008.



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Република Србија
Министарство здравља

Септембар, 2008.

Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије

Пројекат

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

Издавач:

Министарство здравља Републике Србије

Руководилац пројекта:

Др сц. мед. Тања Кнежевић

Уредништво:

Тања Кнежевић

Фарида Бассиони Стаменић

Слађана Барош

Верица Илић Влатковић

Лектура:

Тамара Груден

Дизајн и припрема:

Saatchi & Saatchi

Штампа:

Ротографика, Суботица

Тираж: 500 примерака

Република Србија
Министарство здравља

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

Основни резултати

Приликом коришћења података из ове публикације обавезно навести извор: Министарство здравља, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS.

Септембар, 2008.

ОРГАНИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

ИСТРАЖИВАЧКИ ТИМ

Др сц. мед. Тања Кнежевић, руководилац пројекта
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Фарида Бассиони Стаменић, супервизор пројекта
Министарство здравља, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације
Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

Слађана Барош, координатор пројекта и главни истраживач за квалитативне компоненте пројекта
Национална канцеларија за HIV/AIDS, Институт за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Батут”

Прим. др сц. мед. Верица Илић Влатковић, супервизор за Београд
Градски завод за јавно здравље Београда

Проф. др Зорица Шегуљев, супервизор за Нови Сад
Институт за јавно здравље Војводине

Др Верица Арсенијевић, супервизор за Ниш
Клиника за заштиту менталног здравља и психијатрију развојног доба, КЦ Ниш

Др Слободанка Гајић, супервизор за Врање
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Јелена Зајегановић – Јаковљевић, супервизор за компоненту пројекта реализовану
у сарадњи са UNICEF-ом Канцеларија UNICEF-а у Србији

Санда Пешић, одређивање величине узорка и статистичка обрада података
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Соња Митов Шћекић, одређивање величине узорка и статистичка обрада података
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Неда Стојановић, одређивање величине узорка и статистичка обрада података
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Надзорни одбор

Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије
Савет за праћење пројекта Глобалног фонда

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

Од првог регистрованог случаја па до данас, епидемија HIV-а представља једну од највећих претњи по здравље људи и њихов развој. Према проценама UNAIDS-а више од 33 милиона људи данас живи са HIV-ом. Током 2007. године широм света регистровано је 2,5 милиона новоинфицираних особа, а 2,1 милион људи је умрло од ове болести.

У Србији је од 1985. до краја 2007. године званично регистровано 2200 HIV позитивних особа од којих је 1398 већ оболело од сиде, а 923 особе су умрле од ове болести.

У Министарству здравља Републике Србије на пољу борбе против HIV/AIDS-а ради се активно већ дужи низ година. Републичка комисија је основана 2002. године, а 2005. године усвојена је и Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а. У истом периоду, почела је са радом Национална канцеларија за HIV/AIDS. Уз активну координацију Министарства здравља кроз пројекат који се финансира из средстава Глобалног фонда, спроводе се бројне активности које за циљ имају с једне стране превенцију, а с друге, побољшање квалитета живота особа које живе са HIV-ом.

Сви ови напори су утицали на то да се створе услови да се употпуни епидемиолошка слика HIV-а у Србији кроз истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Резултати оваквих истраживања у дугорочном периоду ће несумњиво водити ка томе да се унапреди јединствени систем за праћење националног одговора на HIV.

Ово истраживање је први пут спроведено у Србији, а потпуна слика ће бити доступна након поновљена још два круга истраживања која су планирана за 2009. и 2011. годину. Активности у оквиру истраживања су добар пример сарадње владиног и невладиног сектора и међународних агенција, која постоји у свим активностима које се спроводе на пољу борбе против HIV/AIDS-а у нашој земљи.

Проф. др Томица Милосављевић



Министар здравља

ПРЕДГОВОР

У циљу праћења стања здравља становништва и информисања стручне и шире јавности, Институт за јавно здравље Србије је у сарадњи са Министарством здравља Србије реализовао пројекат седам истраживања међу припадницима посебно осетљивих група становништва за добијање HIV инфекције, као и међу особама које живе са HIV-ом.

Публикација „Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом” презентује резултате истраживања о демографским карактеристикама, облицима ризичног и протективног понашања, знању и ставовима испитаника који припадају различитим групама посебно осетљивим за добијање HIV инфекције, као и особа које живе са HIV инфекцијом.

Истраживања су спроведена у складу са Законом о здравственој заштити становништва, Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије и Системом и планом за мониторинг и евалуацију националног одговора на HIV епидемију. Основни циљ истраживања је добијање полазишних вредности дефинисаних националних индикатора на основу којих ће се понављаним истраживањима пратити одговор на HIV епидемију.

Добијени резултати имају за циљ побољшање постојећих услуга које се нуде истраживаним популацијама.

Др сц. мед. Тања Кнежевић



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

ЗАХВАЛНИЦА

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” се захваљује:

- Министарству здравља Републике Србије, Министарству унутрашњих послова, Министарству рада и социјалне политике, Министарству правде – Управи за извршење заводских санкција, Клиничком центру Србије, Министарству за државну управу и локалну самоуправу;
- сарадницима из Јединице за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије;
- учесницима у истраживањима;
- сарадницима из Института за јавно здравље Војводине и Ниша;
- сарадницима из Завода за јавно здравље Београд и Врање;
- сарадницима са Института за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије „Проф. др Коста Тодоровић”;
- сарадницима из Клинике за заштиту менталног здравља Ниш;
- сарадницима са Медицинског факултета Универзитета у Београду;
- сарадницима из установа за извршење заводских санкција и установа за смештај и збрињавање деце и омладине;
- сарадницима из UNICEF-а;
- сарадницима из невладиних организација („Веза”, „Превент”, „Путоказ”, „Сигуран пулс младих”, „Омладина ЈАЗАС-а Нови Сад”, „ЈАЗАС”, „Центар за друштвену иницијативу и креативни развој”, ЦДКР, „Ромски културни центар”, „Аид Плус”);

Институт за јавно здравље Србије се посебно захваљује проф. др Томици Милосављевићу, министру здравља на подршци током реализације овог пројекта.

Др сц. мед. Тања Кнежевић



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

САДРЖАЈ

УВОД	13
I ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV И ВИРУСНЕ ХЕПАТИТИС Ц ИНФЕКЦИЈЕ, ФАКТОРА РИЗИКА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ	19
II СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ ПРЕВАЛЕНЦЕ HIV-а И УЧЕСТАЛОСТИ ПОНАШАЊА ПОВЕЗАНОГ СА РИЗИКОМ ЗА ДОБИЈАЊЕ HIV-а МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ	45
III ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV-а МЕЂУ КОМЕРЦИЈАЛНИМ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/ИМА У БЕОГРАДУ И АНАЛИЗА ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА	77
IV ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА ПРИПАДНИЦИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ	117
V СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ	135
VI РИЗИЧНИ ОБЛИЦИ ПОНАШАЊА И ФАКТОРИ РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ЗАТВОРЕНИЦИМА.....	167
VII ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом	195

УВОД

У оквиру Пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење националног одговора на HIV/AIDS децентрализацијом кључних здравствених услуга” (у даљем тексту: Пројекат) спроведено је седам истраживања међу популацијама под посебно повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Извођење ових истраживања поверено је Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (у даљем тексту: ИЈЗС).

Реализацију истраживања су пратили Комисија за борбу против HIV/AIDS-а и Савет за праћење пројекта Глобалног фонда Владе Републике Србије. Координација пројекта истраживања је спроведена у сарадњи са Јединицом за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије (у даљем тексту: Јединица Министарства здравља) и Институтом за јавно здравље Србије/Национална канцеларија за HIV/AIDS (у даљем тексту: НКНА). Пројекат истраживања је трајао од 2. новембра 2007. године до 31. маја 2008. године.

Партнери и сарадници на реализацији истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом су били Институт за јавно здравље Војводине, Институт за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије, представници Медицинског факултета Универзитета у Београду, независни експерти, институти за јавно здравље, институције за третман болести зависности и невладине организације са програмима превенције и/или смањења штете међу популацијама од истраживачког интереса на локацијама где су истраживања извођена. UNICEF је финансијски подржао одређене компоненте пројекта.¹

Пројекат истраживања је добио потребна одобрења од стране Министарства унутрашњих послова, Министарства рада и социјалне политике, Министарства правде – Управе за извршење заводских санкција, Клиничког центра Србије, Министарства за државну управу и локалну самоуправу, као и од стране Етичког одбора Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

ОСНОВНИ ЦИЉЕВИ, ФАЗЕ И МЕТОДОЛОГИЈА ПРОЈЕКТА

Пројектом седам истраживања су успешно реализована истраживања међу седам популационих група, као део планираних, понављаних серопревалентних и бихејвиоралних истраживања на националном нивоу и репрезентативном узорку. Истраживања би требало да се, по идентичној методологији, понављају сваке две године. Истраживања обављена у првој години су серолошка (узимање узорка крви ради провере HIV статуса) и бихејвиорална, и то:

1. Серолошко и бихејвиорално истраживање међу **интравенским корисницима дрога** у Београду, Новом Саду и Нишу, и квалитативно истраживање у Београду;
2. Серолошко и бихејвиорално истраживање међу **мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима** у Београду и Новом Саду, и квалитативно

¹ Компоненте су: истраживање међу интравенским корисницима дроге у Нишу, набавка тестова на HCV за истраживања у три града међу интравенским корисницима дроге, са посебном подршком за младе интравенске кориснике дроге, као и истраживање међу (примарно младим) сексуалним радницима у Београду.

- истраживање у Београду;
3. Серолошко и бихејвиорално истраживање међу **сексуалним радницама/радницама** у Београду, и квалитативно истраживање у Београду;
 4. Бихејвиорално истраживање међу **младима ромске етничке припадности** у Београду и Врању, и квалитативно истраживање у Београду;
 5. Бихејвиорално истраживање међу **особама на издржавању завод-ских санкција** у Републици Србији;
 6. Бихејвиорално истраживање међу **децом/младима на институционалном смештају** у Републици Србији;
 7. Бихејвиорално истраживање међу **особама које живе са HIV-ом** на Институту за инфективне и тропске болести КЦС (Центар за HIV/AIDS) у Београду.

Понављана истраживања серопреваленте и бихејвиорална истраживања међу популацијама под посебно повећаним ризиком за добијање HIV инфекције су и инструмент Националног система мониторинга и евалуације којима се прикупљају подаци ради:

- праћења и процене кретања HIV инфекције;
- праћења преваленте HIV инфекције;
- праћења и процене фактора ризика за добијање инфекције практиковањем ризичних облика понашања,
- формирања националних показатеља обухвата, исхода и утицаја везаних за HIV/AIDS у популацијама са посебним ризиком;
- процене ефикасности, ефективности и адекватности постојећих програма превенције;
- идентификације фактора који утичу на стварање стигме и дискриминације везане за популације под повећаним ризиком за HIV инфекцију, односно за особе које живе са HIV-ом.

Крајњи циљ свих ових истраживања јесте доношење одлука и спровођење акција којима се унапређује Национални одговор на HIV.

Фазе у реализацији пројекта

Пројекат истраживања је имао три фазе.

Прва фаза је била везана за дефинисање протокола сваког појединачног истраживања, развијање истраживачких инструмената, добијање потребних одобрења и успостављање сарадње са партнерским институцијама/организацијама, одабир истраживачких тимова и за тренинге теренских истраживачких тимова. Протоколима је за свако истраживање примењена посебна методологија, прилагођена како популацији, тако и условима извођења истраживања.

Друга фаза пројекта је био теренски рад и сакупљање података.

Трећа фаза је била обрада података и израда финалних извештаја.

Методологија у реализацији пројекта

У оквиру истраживања дефинисане су различите величине популација и примењене различите методологије прикупљања и обраде података, и то:

- серопревалентно и бихејвиорално истраживање међу интравенским корисницима дрога користећи *Respondent driven sampling* (узорковање вођено испитаницима), у Београду, Новом Саду и Нишу са узорком од 320 особа по граду узраста од 15 година;
- серолошко и бихејвиорално истраживање међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима користећи *Respondent driven sampling* (узорковање вођено

испитаницима), које је завршено као узорковање „грудвом снега”. Реализовано је са узорком од 246 испитаника у Београду и 250 у Новом Саду, што је у складу са протоколом предвиђеним узорком;

– серопревалентно и бихејвиорално истраживање међу сексуалним радницама/ радницама користећи методологију узорковања „време–место”, које је такође завршено као узорковање „грудвом снега”. Реализовано је са узорком од 139 испитаника.

– бихејвиорално истраживање међу младима ромске етничке припадности у коме је коришћен метод *Respondent driven sampling* (узорковање вођено испитаницима), са узорком од 380 особа у Београду и 161 особом у Врању, што је у складу са протоколом предвиђеном величином узорка;

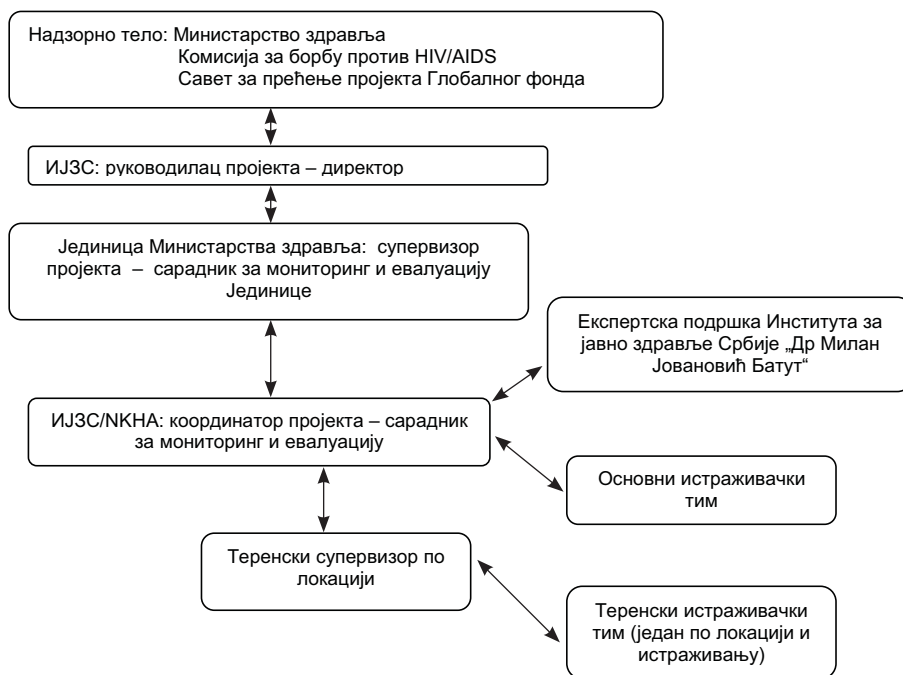
– бихејвиорално истраживање међу особама на издржавању заводских санкција, у коме је коришћен кластер метод узорковања, са узорком од 861 испитаника у установама за извршење заводских санкција и 444 испитаника запослених у установама за извршење заводских санкција, што је у складу са протоколом предвиђеним узорком;

– бихејвиорално истраживање међу децом/младима у институционалном смештају, у коме је такође коришћен кластер метод узорковања, са узорком од 483 испитаника, што је у складу са протоколом предвиђеном величином узорка;

– бихејвиорално истраживање међу особама које живе с HIV-ом, рађено је у клиничком окружењу, а коришћен је прости – случајни узорак, са узорком од 298 испитаника, што је у складу са протоколом предвиђеним узорком.

ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА У ОКВИРУ ПРОЈЕКТА

Током реализације пројекта седам истраживања, примењена је следећа организациона шема:



У пројекту су јасно дефинисане улоге, задаци и одговорности свих учесника. Структура свих истраживања је била једнака.

На челу пројекта су били:

- Проф. др Томица Милосављевић, министар здравља;
- Др сц. мед. Тања Кнежевић, директор Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (руководилац пројекта).

Сви истраживачки тимови су били сачињени по принципу: главног истраживачког тима, основног истраживачког тима и теренског истраживачког тима.

Потребну стручну, економску, правну, логистичку и техничку подршку је обезбедио ИЈЗС.

ПРОТОКОЛИ И ИСТРАЖИВАЧКИ ИНСТРУМЕНТИ

Истраживачка процедура и сви примењени обрасци, протоколи, упитници и други пратећи материјали су имали стручну и логичку контролу од стране супервизора пројекта и координатора пројекта, да би били усклађени са Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а, Системом и планом за мониторинг и евалуацију националног одговора на HIV епидемију и Националним препорукама и инструкцијама за спровођење истраживања.

Протоколи и инструменти за реализацију истраживања, поред већ постојећих националних индикатора, садрже и додатне индикаторе у сваком појединачном истраживању.

ПРОЦЕС САКУПЉАЊА ПОДАТАКА

У току теренског сакупљања података, вршен је редован надзор и праћење квалитета добијених податка коришћењем електронских база података. Теренски координатори су били одговорни за свакодневно попуњавање ових база. На основу ових података рађене су недељне анализе: досегнутих испитаника, поштовања етичке процедуре, као и потрошње материјалних средстава. Попуњени упитници и пратећи обрасци, достављани су НКНА, након што би главни истраживач или истраживач сарадник извршили контролу унетих података. После ове контроле, подаци су уношени у прилагођене софтверске апликације, дефинисане од стране статистичара/информатичара.

Теренски координатори су у случају инцидента извештавали супервизора за територију града на којој је истраживачко место и координатора пројекта, бринули да на терену буде довољно потребних образаца, упитника, надокнада за учеснике итд.

У току реализације пројекта за комуникацију са медијима била је задужена Јединица Министарства здравља.

ЧУВАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОДАТАКА

Сви подаци прикупљени током истраживања се чувају у НКНА (најкраће пет година). Необрађеним подацима је дозвољен приступ уз сагласност: Министарства здравља, Јединице Министарства здравља, ИЈЗС, НКНА и Комисије за борбу против HIV/AIDS-а, Владе Републике Србије.

Резултати истраживања су јавни и подлежу Закону о јавном информисању грађана, уколико Министарство здравља, ИЈЗС и Комисија за борбу против HIV/AIDS-а не одлуче супротно. Коришћење и публикавање резултата има за циљ да се побољшају постојеће услуге које се нуде истраживаној популацији (програми којима је циљ:

смањење ризика за добијање HIV инфекције, смањење стигме, дискриминације и побољшање квалитета живота особа које живе са HIV-ом). Даље коришћење резултата (кроз публикување, писање научноистраживачких радова итд.), биће могуће само уз сагласност Министарства здравља и Јединице Министарства здравља, ИЈЗС, НКНА и Комисије за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије.

ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ У ОКВИРУ ПРОЈЕКТА

Етички принципи теренског истраживачког рада су дефинисани пре отпочињања рада и усклађени су са препорукама Етичког одбора ИЈЗС.

Етички принципи везани за прикупљање података на терену

На терену су свим потенцијалним испитаницима пружана основна обавештења, као и објашњења везана за студију. На овај начин је омогућено да учесници на основу добијених информација донесу одлуку да ли желе да прихвате учешће у истраживању. Они који су одлучили да учествују у истраживању потписивали су сагласност за учешће, а у случају малолетних лица сагласност су претходно у писаном облику морали да дају родитељи/старатељи. Такође, у складу са одлукама и препорукама Етичког одбора, малолетна лица су у оквиру истраживања која су имала и серолошку компоненту, била само анкетирана. По завршетку пројекта све дате сагласности се чувају у НКНА. У оквиру истраживања са серолошком компонентом, сви испитаници којима је узет узорак крви саветовани су пре узимања узорка крви и после тестирања, тј. када им је саопштан резултат теста (уколико су желели да сазнају свој резултат тестирања). Такође, свим испитаницима су пружане опсежне информације о постојећим услугама у оквиру државних институција и невладиних организација.

Сигурност теренског истраживачког тима

Сигурност чланова теренских истраживачких тимова је обезбеђена у сарадњи са Министарством унутрашњих послова (у даљем тексту: МУП), које је обавестило локалне полицијске станице о спровођењу истраживања у периоду од јануара до априла 2008. године, на одређеним локацијама.

У случају непредвиђених околности које угрожавају сигурност, чланови теренских истраживачких тимова су могли у зависности од ургентности да обавесте супервизора, координатора пројекта и/или полицијску станицу задужену за територију на којој се одвијало истраживање.

Сви чланови теренских истраживачких тимова су носили идентификационе картице са својим именом, функцијом и називом пројекта, а на терену су са собом имали један примерак одобрења МУП-а за обављање истраживачке активности. Током истраживања није било већих инцидената који би довели до прекидања истраживања или до промена простора у којима су се истраживања реализовала.

I

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV И ВИРУСНЕ ХЕПАТИТИС Ц ИНФЕКЦИЈЕ, ФАКТОРА РИЗИКА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ

Главни истраживач:

Др Данијела Симић, Институт за јавно здравље Србије

Истраживач сарадник:

Проф. др Зорана Гледовић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Главни истраживач за серопревалентно истраживање:

Проф. др Тања Јовановић, Институт за микробиологију и вирусологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултанти:

Др Јелена Брковић, Завод за болести зависности, Београд; др Небојша Барачков, Клиника за психијатрију, КЦ Нови Сад;
доц. др Биљана Коцић, Институт за јавно здравље Ниш

Теренски координатори

Београд:

Станислав Клокоцхар, НВО „Веза“

Нови Сад:

Владимир Шалбут, НВО „Превент“

Ниш:

Андријана Турковић, НВО „Путоказ“

1. ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV И ВИРУСНЕ ХЕПАТИТИС Ц ИНФЕКЦИЈЕ, ФАКТОРА РИЗИКА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ, НОВОМ САДУ И НИШУ

1.1. Увод

У почетку епидемије пракса дељења прибора у популацији инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту: ИКД) је била водећи начин трансмисије HIV-а у Републици Србији. Према доступним подацима у Републици Србији је у периоду 1985–2007. година регистровано 598 особа оболелих од AIDS-а (43% свих оболелих) и 458 лица умрлих од AIDS-а (50% свих умрлих) код којих је употреба нестерилног прибора за инјектирање дроге највероватнији начин инфицирања HIV-ом (3).

Кумулативно, највећи удео међу свим особама инфицираним HIV-ом регистрован је у популацији ИКД (44%), али се у последњих десетак година региструје значајно смањење процента новодијагностикованих ИКД заражених HIV-ом (са 70% током 1990. на 9% 2006. и 12% 2007. године), док доминантан пут трансмисије HIV-а међу новорегистрованим случајевима HIV/AIDS у Републици Србији постаје незаштићен сексуални контакт било са особом супротног или истог пола (са 20% током 1990. на скоро 80% 2006. и 70% 2007. године) (3). Према рутински прикупљеним подацима из института/завода за јавно здравље у периоду 2003–2007. година регистрована је серопреваленција HIV инфекције мања од 1% међу добровољно тестираним ИКД у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање, на супрот високе преваленције хепатитис Ц вирусне инфекције (48% током 2004. и око 40% у 2006. и 2007. години) (4).

Инјектирајућа употреба психоактивних супстанци (у даљем тексту: ПАС) представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу, као што су хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV (1, 2). С друге стране, мало се зна о започињању интравенског узимања ПАС и других дрога, те о пракси употребе наркотика и кондома, као и о коришћењу доступних превентивних и терапијских услуга међу припадницима оба пола ове популационе групе, а посебно међу адолесцентима.

1.2. Циљеви

1.2.1. Основни циљ истраживања

Основни циљ истраживања је да се на узорку инјектирајућих корисника дрога оба пола на територији Београда, Новог Сада и Ниша добију полазишне вредности преваленције HIV инфекције и вирусног хепатитиса Ц, процене обрасци понашања, процени ниво знања о HIV инфекцији, као и обим коришћења здравствених услуга.

1.2.2. Специфични циљеви истраживања

Проценити преваленцију HIV инфекције и вирусног хепатитиса Ц код инјектирајућих корисника дроге оба пола;

Добити полазишне вредности за индикаторе о знању о начинима преноса и превенцији трансмисије HIV-а, као и о преваленцији ризичног понашања;

Добити податке о коришћењу здравствених служби (служби за превенцију и лечење болести зависности и заразних болести, центара за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање);

Проценити величину популације инјектирајућих корисника дроге.

1.3. Методологија

1.3.1. Тип студије

Студија пресека, праћена квалитативним истраживањем у Београду, коришћењем интервјуа.

1.3.2. Локације

Истраживање је реализовано у Београду, Новом Саду и Нишу у неинституционалном простору адаптираном у складу са потребама истраживања.

1.3.3. Време реализације

Теренска компонента истраживања је реализована у периоду 11.3 – 8.4.2008. године у Београду, у периоду 11.3 – 11.4.2008. године у Новом Саду и у периоду 24.4 – 25.5.2008. године у Нишу.

1.3.4. Величина узорка

За одређивање величине узорка коришћена је следећа формула (5):

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

$$P = P_1 + P_2 / 2$$

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

Под претпоставком да је почетна преваленција кључног бихејвиоралног индикатора – коришћење стерилног прибора приликом последњег инјектирања, била 50% (вредност P_1), да очекујемо пораст наведеног индикатора у следећем истраживању на 65% (вредност P_2), као и да је снага (енгл. *power* $Z_{1-\beta}$) истраживања 80% и вредност нивоа значајности 95% код једносмерног теста ($Z_{1-\alpha}$), добија се узорак од 266 испитаника као доња граница величине узорка у серолошким и бихејвиоралним истраживањима група под повећаним ризиком.

Под претпоставком неодазива, односно осипања испитаника од 20%, величина укупног узорка је 320 по истраживачкој локацији, односно укупно 960 испитаника на три локације.

1.3.5. Узорковање

Случајни узорак на свакој локацији истраживања добијен је методом узорковања вођеног испитаником (енг. *respondent driven sampling – RDS*). Ова методологија узорковања је коришћена обзиром да испитивана популација има добро развијене друштвене мреже, да током регрутовања из редова својих социјалних мрежа почетни намерни узорак прераста у рандомизирајући узорак што омогућава генерализацију добијених налаза и због чињенице да се ова методологија показала успешном приликом истраживања реализованог 2005. године у Београду (6, 7, 8).

1.3.6. Критеријуми за укључивање

- особе које имају 15 и више година;
- пријављују инјектирајуће коришћење дрога у периоду од последњих месец дана, односно годину дана за испитанике узраста од 15 до 19 година;
- пријављују стално или привремено пребивалиште на подручју града у коме се спроводи студија не краће од 3 месеца;
- схватају и прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији;
- ментално су подобни за учешће у истраживању (у могућности да разумеју питања и одговоре на њих);
- регрутовани су да учествују у студији од стране другог инјектирајућег корисника дрога претходно укљученог у исту студију што се верификује доношењем валидног купона за учешће у истраживању.

Критеријуми за искључивање

- особе млађе од 15 година.
- особе које нису користиле дрогу путем инјектирања у последњих месец/годину дана за испитанике узраста 15–19 година.
- особе које немају стално или привремено пребивалиште у граду у коме се спроводи студија или је оно краће од 3 месеца.
- особе које не поседују купон.
- већ су учествовали у студији на једној од локација истраживања,
- не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији.
- ментално су неподобни за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања, одговоре на њих и да схвате основне етичке принципе).

1.3.7. Инструмент коришћен у истраживању

Прикупљање бихејвиоралних података је обављено помоћу стандардизованог, шифрираног упитника који је претходно пилот тестиран у Београду, те ревидиран и модификован у складу са свим напоменама и препорукама датим од експерата. Упитник је структуриран и састојао се од 69 затворених питања распоређених у 14 секција: социо-демографске карактеристике испитаника, пракса инјектирајућег коришћења дрога, сексуално понашање, коришћење кондома са различитим врстама сексуалних партнера, сексуално здравље и коришћење служби за лечење полно преносивих инфекција, знање о HIV-у/AIDS-у, контакт са службама за тестирање и лечење, контакт са полицијом и другим васпитним/казненим институцијама.

1.3.8. Биолошка компонента

Одређивање преваленције HIV и HCV инфекције у популацији пунолетних инјектирајућих корисника дроге, одређивањем укупног броја инјектирајућих корисника дроге инфицираних HIV-ом, односно HCV-ом међу тестираним испитаницима, реализовано је употребом брзих тестова за детекцију специфичних антитела, високе осетљивости и специфичности (*Human HEKSAGON-HIV* и *HEKSAGON-HCV* тест – Немачка). Оба теста су заснована на принципу имунохроматографске технике, где су рекомбинанти антигени нанети на тест плочице, а у присуству специфичних антитела (*IgM*, *IgG* и *IgA*) присутних у узорку крви, формирају се црвенољубичасте линије преципитације на самој плочици.

Узимање узорака крви из јагодице прста и читавање резултата тестирања радили су добро обучени медицински техничари/лаборанти, при чему су у самом раду примењивани основни принципи добре лабораторијске праксе.

Узорковање, обележавање и уништавање биолошког отпада вршено је по претходно дефинисаном протоколу, односно сав материјал контаминиран крвљу партиципираним инактивисан је аутоклавирањем, у складу са важећом регулативом.

1.3.9. Квалитативна компонента истраживања међу инјектирајућим корисницима дроге у Београду

Квалитативна компонента је спроведена само у Београду. Обзиром да је квалитативна компонента требало више да буде допуна основној бихејвиоралној квантитативној анализи, Београд, као метропола, даје најбољи пресек различитих аспеката понашања и може навестити трендове у понашању.

Подузорак који је ушао у квалитативну компоненту истраживања формиран је кроз основни узорак у оквиру RDS мреже. Настојало се да се обухвате испитаници из групе семена и припадајућих таласа (други, трећи, пети и шести). Тако је рандомизацијом (случајним одабиром) селектован 31 испитаник. Одступања од ланаца семена (због допуне узорка према критеријумима UNICEF-а), ишла су у корист регрутације испитаника до 24 године и женског пола.

Структура узорка по полу, годинама и HCV статусу

године	ПОЛ		укупно
	мушко	женско	
15 – 19	5	0	5
20 – 24	5	4	9
25 – 29	5	1	6
30 – 39	4	4	8
40 – 49	1	1	2
50 – 59	0	1	1
укупно	20	11	31

За сакупљање квалитативних података коришћена је техника вођења дубинских интервјуа са испитаницима. Интервјуи су вођени полуструктурираним упитницима и трајали су у просеку 55 минута. Интервју је водила обучена особа у делу простора намењеном за ове сврхе. Разговори су снимани дигиталним диктафоном, а потом транскрибовани у вербатим формату. Подаци су даље кодирани, а кодни кључ је развијан у два наврата. Основа за кодирање је развијена пре самог истраживања, и уједно је и тематска основа упитника. Аналитички кодови су развијени накнадно у складу са категоријама и подацима сакупљеним кроз интервјуе.

1.3.10. Обрада података

Подаци су најпре анализирани у статистичком програму *SPSS 13.0* (непондерисани показатељи), а потом у специјално креираном софтверском програму *RDSAT (Respodent Driven Sampling Analyses Tool version 5.6)* (8). *RDSAT* софтверски пакет редукује узорачке пристрасности повезане са хомофилијом (тенденција регрутације особа сличних самим регрутацијама), разликама у величини социјалних мрежа и обрасцима регрутовања (вероватноћа да ће регрутер са неком карактеристиком регрутовати друге особе са истом или различитом карактеристиком) (5). На овај начин су добијене пондерисане популацијске пропорције кључних варијабли које представљају репрезентативније процене, са 95% интервалом поверења (95% CI), везане за испитивану популацију из које је узет узорак.

Сви подаци су дисагрегирани по локацији, полу, узрасним групама (15–19, 20–24, 25–49, 50 и више) и степену образовања.

Одређивање статистички значајних разлика у вредности дефинисаних показатеља од интереса у односу на различите субпопулације је рачунато на пондерисним подацима преко 95% интервала поверења. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења од 95%, како би се утврдило да ли су вредности показатеља у субпопулацији значајно изнад, испод или се не разликују од просека.

За обраду квалитативних података коришћена је аналитичка индукција на основу претходно кодираних података. Основни кодови који су овде обрађени и представљени односе се на дељење и вишеструку употребу прибора и на праксу употребе кондома међу инјектирајућим корисницима дроге.

1.3.11. Процес сакупљања података и примена етичких принципа

Истраживање на терену је реализовано у сарадњи са невладиним организацијама које имплементирају програме смањења штете у ИКД популацији на свакој од истраживачких локација (НВО Веза у Београду, НВО Превент у Новом Саду и НВО Путоказ у Нишу). Простор за спровођење студије био је оперативан 6 дана недељно, по 6 сати дневно (од 15 часова до 21 час) у укупном трајању истраживања (4–5 недеља).

У циљу постизања теоријске репрезентативности, при селекцији иницијалних испитаника (тзв. семена), намерно одабраних од стране представника невладиних организација које раде са циљном популационом групом на локацији истраживања, водило се рачуна о увођењу фактора различитости међу њима (4 особе мушког пола према 2 особе женског пола, два ИКД узраста 24 године и мање, различит ниво образовања, различита дужине инјекционог стажа).

Сви погодни испитаници који су прошли кроз све фазе истраживачког поступка добијали су примарну материјалну надокнаду за учествовање у студији. Потом им је детаљно објашњен процес регрутовања и добијали су максимално три купона у циљу регрутовања својих пријатеља и познаника вољних да учествују у студији. Секундарна материјална надокнада је давана испитаницима за сваког од регрутованих погодних учесника који су учествовали у истраживању.

На сва кој истраживачкој локацији теренски тим су чинили: један локални супервизор, један теренски координатор (теренски менаџер), једна особа за процену подобности испитаника, два анкетара/саветника, један психолог/анкетар, посебно ангажован за рад са ИКД узраста испод 18 година, један медицински техничар, једна особа задужена за менаџмент над купонима и исплату надокнада (купон менаџер) и додатно једна особа за квалитативно истраживање у Београду.

Теренски координатор је дочекивао потенцијалне партиципанте и проверавао је валидност купона за учешће заједно са купон менаџером. За то време скринер је проверавао подобност регрутоване особе за укључивање у студију, путем неформалног разговора и провере трагова скорашњег убризгавања дроге на телу. Особе које нису задовољавале критеријуме за укључивање добијале су само писане информације о релевантним службама за превенцију, терапију и подршку, уз едукативни материјал, и попуњаван је формулар за неукључивање у студију од стране купон менаџера. Купон менаџер је све податке са чек листа за сваког испитаника евидентирао у специјално креираној електронској бази за праћење дистрибуције купона, издатих новчаних надокнада и целокупног процеса истраживања.

Све особе које су задовољавале критеријуме за укључивање, након детаљног информисања о сврси и току истраживања, давале су писану сагласност за учешће, која је потврђивана потписом скринера или теренског координатора, као и психолога (за особе млађе од 18 година). Такође, сви малолетни испитаници су морали имати и писану сагласност родитеља/законског старатеља за учешће у студији у складу са препоруком Етичког одбора Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

Сваки испитаник је добијао све неопходне информације и савете везане за уочене индивидуалне ризике у циљу ефективне превенције HIV-а и других сексуалних и крвљу преносивих инфекција, као и информације везане за брзо тестирање. Такође, сваки испитаник је имао могућност да чује, уколико је то желео, резултате тестирања у кратком саветовању након тестирања уз могућност упућивања на друге одговарајуће службе у случају потребе.

Све потписане сагласности, као и упитници и лабораторијски протоколи су чувани на безбедном, претходно дефинисаном месту у истраживачком простору.

Током теренског истраживања на све три локације није било инцидената којима би на било који начин била нарушена безбедност како учесника тако и чланова истраживачког тима, али и особа у суседству (станари и сл.).

Теренски тим на свакој од локација је имао регуларне координативне састанке са локалним супервизором и главним истраживачем у циљу решавања проблема, давања инструкција за постепену редукцију купона и сл. Теренски тимови су били изузетно добро организовани, те теренско особље није било прекомерно оптерећено. Свакодневна комуникација са главним истраживачким тимом омогућила је да теренско истраживање буде реализовано у рекордно кратком временском периоду.

1.4. Резултати

У истраживање је укључено по 320 инјектирајућих корисника дрога оба пола, узраста 15 и више година на свакој од истраживачких локација, односно укупно 960 испитаника у Београду, Новом Саду и Нишу.

Испитаници су у истраживање најчешће укључивали блиске пријатеље (48% у Београду, 52% у Новом Саду и 51% у Нишу), затим познанике (40% у Београду, 26% у Новом Саду и 39% у Нишу), односно рођаке или сексуалне партнере (по 11% у Београду и Новом Саду, односно 7% у Нишу). Основни разлог учествовања у истраживању било је тестирање на HIV (61% у Београду, 54% у Новом Саду и 72% у Нишу), односно тестирање на HCV (11% у Београду, 25% у Новом Саду и 5% у Нишу), док четвртина, односно петина испитаника као разлог за учествовање у истраживању наводи материјалну надокнаду (24% у Београду, 18% у Новом Саду и 19% у Нишу).

У Београду је пондерисана просечна величина социјалне мреже износила 16 за испитанике мушког пола, односно 19 за испитанике женског пола (непондерисана социјална мрежа за ИКД мушког пола била је 33, а за испитанике женског пола 39, односно за цео узорак се кретала у опсегу од 2 до 150).

У Новом Саду пондерисана просечна величина социјалне мреже је била 10 како за испитанике мушког пола тако и за испитанике женског пола (непондерисана социјална мрежа за ИКД мушког пола је била 26, а за испитанике женског пола 25, односно за цео узорак се кретала у опсегу од 2 до 200).

У Нишу је пондерисана просечна величина социјалне мреже била 7 за испитанике мушког пола, односно 9 за испитанике женског пола (непондерисана социјална мрежа за ИКД мушког пола била је 18, а за испитанике женског пола 16, односно за цео узорак се кретала у опсегу од 1 до 500).

Подаци су добијени узорком пондерисања у односу на разлике у величини социјалних мрежа, хомофилију и начине регрутовања (помоћу *RDSAT* софтверског програма). Након пондерисања већина процењених карактеристика популације је била слична уоченим карактеристикама у испитиваном узорку инјектирајућих корисника дрога у сва три града. У Београду су узорачке пропорције значајно прецениле RDS популацијске процене везане за обухват превентивним програмима (21% према 12%), удео ИКД икада тестираних на HIV (69% према 60%), затим тестираних на HIV у

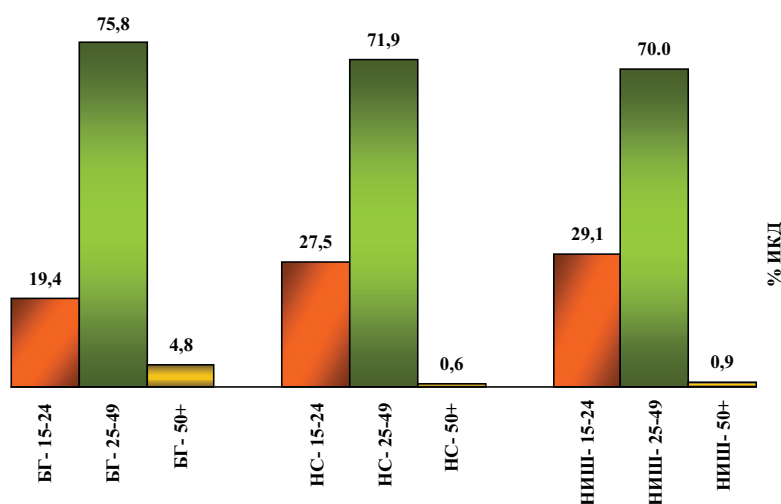
последњих 12 месеци који знају свој резултат тестирања (32% према 22%), као и удео ИКД тестираних на HCV икада (64% према 54%), односно ИКД који су икада били укључени у програм лечења метадоном (31% према 22%).

У Новом Саду су узорачке пропорције незнатно прецениле RDS популацијске процене код удела ИКД који инјектирају дрогу свакодневно (42% према 34%) и код обухвата превентивним програмима (1,6% према 0,3%). У Нишу су узорачке пропорције незнатно прецениле RDS популацијске процене код удела ИКД који инјектирају дрогу свакодневно (33% према 24%), код процента ИКД обухваћених превентивним програмима (34% према 24%) и код процента ИКД који су кривично одговарали (54% према 45%), односно боравили у центру за малолетне деликвенте (6% према 4%).

1.4.1. Социо-демографске карактеристике инјектирајућих корисника дроге

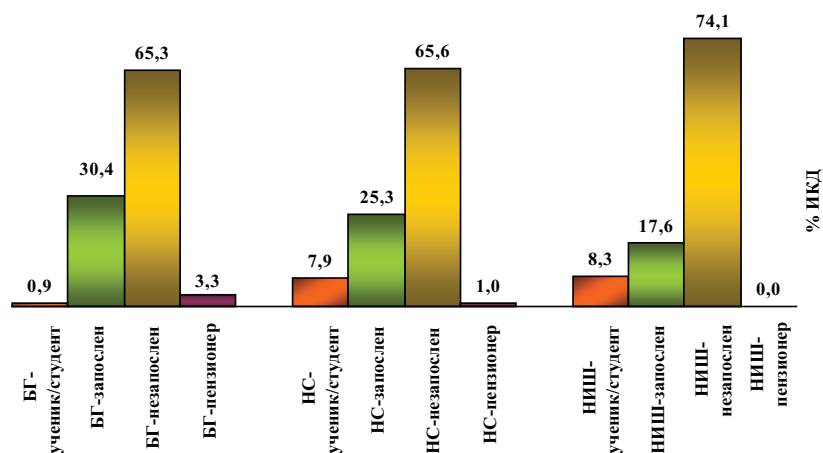
Према RDS популацијским проценама у испитиваној популацији инјектирајућих корисника дроге (ИКД) у Београду, Новом Саду и Нишу доминира мушки пол (83% у Београду, 84% у Новом Саду и 86% у Нишу). Млади узраста 15–24 године чине петину (19%) популације ИКД у Београду, односно више од четвртине испитиване популације у Новом Саду и Нишу (28% и 29%) (графикон 1).

Графикон 1. Дистрибуција ИКД по узрастним групама у Београду, Новом Саду и Нишу



Основно или ниже образовање има више од четвртине испитаника у Новом Саду и Београду (29% и 27,5%) према 14,5% у Нишу, док више образовање има 11% популације ИКД у Београду и Нишу, односно 3% у Новом Саду. Роми чине мање од десетине популације ИКД у сва три града (6% у Београду, 7,5% у Новом Саду и 8% у Нишу). Незапосленост је битна социјална карактеристика испитиване популације у сва три града (графикон 2). У Нишу 78% испитиване популације наводи да има оверену здравствену књижицу према 59% у Београду и 58% у Новом Саду.

Графикон 2. Дистрибуција инјектирајућих корисника дроге по тренутном радном статусу у Београду, Новом Саду и Нишу



1.4.2. Пракса употребе дрога

У испитиваној популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу, медијана узраста започињања узимања дрога убризгавањем у вену је 21 година (табела 1), при чему је петина испитаника то урадила пре 18. године живота у сва три града (20% у Београду, 19% у Нишу и 18% у Новом Саду). Пре 15. године живота дрогу је први пут инјектирањем узело 3% испитаника у Београду и Новом Саду, односно 2% у Нишу.

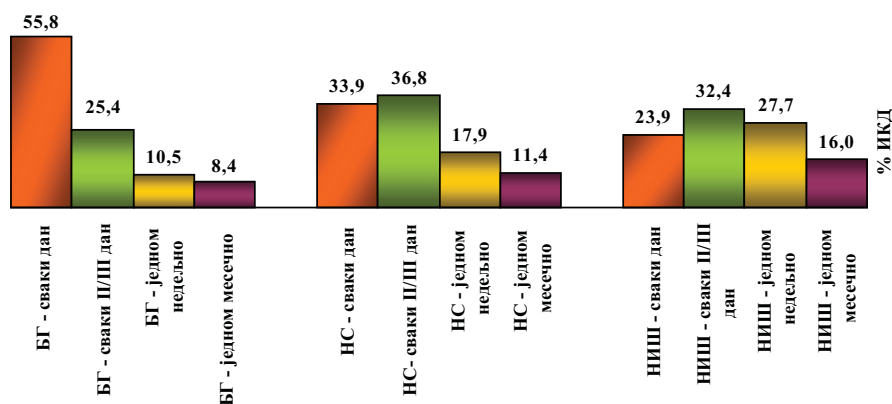
Резултати испитивања у Београду и Новом Саду указују да испитанице женског пола раније започну узимање дрога убризгавањем у односу на просек (медијана узраста је 20 и 19 година), док је у Нишу медијана узраста иницијације међу ИКД женског пола 22 године. Међу испитаницима узраста 15–24 године у сва три града региструје се рани почетак праксе убризгавања дрога (медијана узраста је 19 година у Београду и Нишу, односно 18 у Новом Саду), као и међу испитаницима са основним или нижим степеном образовања у Новом Саду и Нишу (медијана узраста је 19 година), док је у Београду међу испитаницима са вишим образовањем регистрована медијана узраста иницијације у инјектирајућу праксу од 20 година (табела 1).

Табела 1. Просечан узраст и медијана узраста приликом првог узимања дроге инјектирањем у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу по полу, узрасту и степену образовања

		Београд		Нови Сад		Ниш	
		Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана
Пол	Мушки	21,4	21,0	21,3	21,0	21,4	21,0
	Женски	21,4	20,0	19,4	19,0	21,8	22,0
Добна група	15-24	19,0	19,0	18,6	18,0	18,8	19,0
Добне групе	15-19	16,3	17,0	15,5	16,5	16,1	16,0
	20-24	19,5	20,0	19,3	19,0	19,5	20,0
	25-49	21,8	21,0	22,1	22,0	22,6	22,0
	50 +	23,5	22,0	22,0	22,0	23,3	23,5
Степен образовања	Основно или ниже	20,6	21,0	19,8	19,0	19,6	19,0
	Средње	21,6	21,0	21,5	21,0	22,0	22,0
	Више или високо	22,4	20,0	23,0	23,5	21,4	21,0
Укупно		21,4	21,0 (13-45)	21,0	21,0 (10-35)	21,4	21,0 (11-46)

Регистроване су значајне разлике међу градовима у погледу учесталости инјектирања дрога у последњих месец дана, при чему највећи проценат ИКД инјектира свакодневно у Београду (56%), а знатно мање у Новом Саду (34%) и у Нишу (24%) (графикон 3).

Графикон 3. Учесталост инјектирања дроге у последњих месец дана у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу



Популацијске процене указују да у Београду 80% ИКД пријављује употребу стерилног прибора за инјектирање приликом последњег узимања дроге, док у Нишу то наводи 80,5%, а у Новом Саду 78% испитиване популације. Није регистрована статистички значајна разлика употребе стерилног прибора за убризгавање дроге у односу на просек у испитиваној популацији по полу и узрасту, док се није могао извести статистички валидан закључак у делу популације са вишим степеном образовања и међу онима који не знају да употреба стерилног прибора за инјектирање редукује ризик од заражавања HIV-ом, због малог подузорка испитаника.

Премда око 90% испитаника у Београду и Новом Саду и 80% у Нишу међу онима који су користили употребљавану иглу/шприц приликом последњег узимања дроге наводи чишћење већ коришћеног прибора, 82% ИКД у Београду, 91,5% у Новом Саду и 95% у Нишу је чистило прибор пре употребе само хладном или врућом водом, а само 7% у Београду и 6% у Новом Саду је за чишћење користило варикину или алкохол.

Квалитативно истраживање указује и да се понекад не практикује прање кувала да се не би сапрала дрога, као и да се чувају филтери преко којих се увлачи дрога у шприц за случај недостатка дроге (када се уместо хериона прокувају коришћени филтери).

Праксу рецептивног дељења прибора за инјектирање током последњег месеца, тј. употребу прибора за инјектирање претходно коришћеног од другог корисника, пријављује 15% ИКД у Београду, 23% у Нишу и 30% у Новом Саду, при чему је у сва три града просечно од само једне особе узиман већ коришћен прибор. Није регистрована статистички значајна разлика везана за рецептивно дељење прибора за инјектирање у односу на пол и узраст испитаника, премда је регистрован већи проценат младих који деле прибор за убризгавање са другима у односу на просек. Такође, иако учесталост рецептивног дељења прибора за инјектирање опада са порастом степена образовања, валидан статистички закључак се не може извести за испитанике са вишим степеном образовања, као и за део популације ИКД која не зна да употреба стерилног прибора редукује ризик за трансмисију HIV-а, због малог подузорка.

Према квалитативним подацима, иако се сматра да не постоји особа од које је безбедно узети прибор за убризгавање, када до ове праксе долази, различите особе се перципирају као више или мање сигурне. Инсистира се обично на дужини времена међусобног познавања и времена проведеног заједно. Тако се у улози сигурне особе могу јавити брат, девојка/дечко, неки добри другари, али и особе које су тек почеле да инјектирају дрогу. Свој већ коришћен прибор се користи услед тренутног недостатка стерилног прибора. Ситуације које се везују за дељење прибора, односно употребу већ коришћеног јесу оне када је стерилан прибор мање доступан било из објективних (не раде апотеке и/или организација која спроводи програм размене игала, односно ноћу и током викенда) било из субјективних разлога (стање велике потребе – кризе, невољност одласка у куповину). Неретко, испитаници наводе да више пута користе само шприц, док иглу уредно бацају. Кад је реч о шприцу, он се у мањој мери од игле перципира као извор ризика. Обзиром да постоји свест да прибор може да затреба, он се чува на сигурним местима за случај потребе. Уколико у истом простору више ИКД практикује чување прибора, јавља се могућност случајне (несвесне) замене узимањем туђег прибора грешком. Све ово говори да је пракса дељења и даље присутна, без обзира на развијеност свести о ризику.

1.4.3. Сексуално понашање

Скоро сви испитаници у сва три града су имали пенетративни сексуални однос (99%). Већина испитаника наводи да је пре 18. године имала први вагинални сексуални однос (86% у Новом Саду, 81% у Београду и 80% у Нишу), док 30% ИКД у Новом Саду, 27% у Нишу и 26% у Београду, наводи да је прво сексуално искуство имало пре 15. године живота. Медијана узраста ступања у вагиналне сексуалне односе је 15 година међу ИКД у Београду и Новом Саду, односно 16 година у Нишу. У сва три града се уочава да испитаници женског пола касније ступају у вагиналне сексуалне односе (медијана узраста је 17 година у Београду и Нишу, односно 16 у Новом Саду), као и да узраст започињања сексуалног живота расте са степеном образовања (16 година међу испитаницима са средњим или вишим образовањем) (табела 2).

Табела 2. Просечан узраст и медијана узраста ступања у вагиналне сексуалне односе ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу по полу, узрасту и степену образовања

		Београд		Нови Сад		Ниш	
		Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана
Пол	Мушки	15,3	15,0	15,2	15,0	15,6	15,0
	Женски	16,6	17,0	16,0	16,0	17,3	17,0
Добна група	15-24	15,2	15,0	15,2	15,0	15,3	15,0
Добне групе	15-19	14,9	15,0	14,3	15,0	14,5	14,5
	20-24	15,3	15,0	15,4	15,0	15,6	15,0
	25-49	15,6	16,0	15,4	15,0	16,1	16,0
	50 +	15,9	16,0	15,5	15,5	17,0	16,0
Степен образовања	Основно или ниже	15,2	15,0	14,6	15,0	15,2	15,0
	Средње	15,7	16,0	15,6	16,0	15,9	16,0
	Више или високо	15,8	16,0	16,2	16,0	17,2	17,0
Укупно		15,6	15,0 (12-25)	15,3	15,0 (9-23)	15,9	16,0 (12-25)

Више од половине испитиване популације у сва три града (59% у Београду, 65% у Новом Саду и 66% у Нишу) пријављује вагиналне сексуалне односе са два и више партнера у последњих годину дана, при чему је медијана броја сексуалних партнера у последњих годину дана два партнера. Испитаници мушког пола, затим млади узраста 15–24 године, као и особе са основним или нижим степеном образовања имају у просеку већи број сексуалних партнера (три сексуална партнера), док испитаници женског пола у Београду и Нишу и они са вишим степеном образовања у Београду наводе вагиналне сексуалне односе у просеку са једним партнером у последњих 12 месеци који су претходили истраживању.

Такође, око половина испитиване популације у сва три града наводи да је имала анални сексуални однос са партнером супротног пола (56% у Београду, 50% у Нишу и 46% у Новом Саду), при чему је медијана броја ових партнера у последњих 12 месеци један.

Медијана узраста ступања у аналне сексуалне односе са партнером супротног пола у испитиваној популацији је 21 година у Београду, односно 20 година у Новом Саду и Нишу, при чему 26% ИКД у Нишу наводи да је први анални сексуални однос имало пре 18. године живота према 23% у Београду и 17% у Новом Саду. Незнатан део испитиване популације у сва три града је анални сексуални однос имало први пут пре 15. године живота (6% у Нишу, 3% у Новом Саду и 1% у Београду).

У сва три града се уочава да испитаници женског пола касније ступају у аналне сексуалне односе (медијана узраста је 22 године у Београду и Нишу, односно 21 у Новом Саду), као и да узраст иницијације аналних сексуалних односа расте са степеном образовања (21–23 године међу испитаницима са средњим или вишим образовањем). Млади ИКД узраста 15–24 године и особе нижег образовања ступају рано у аналне сексуалне односе (медијана узраста је 17–20 година) (табела 3).

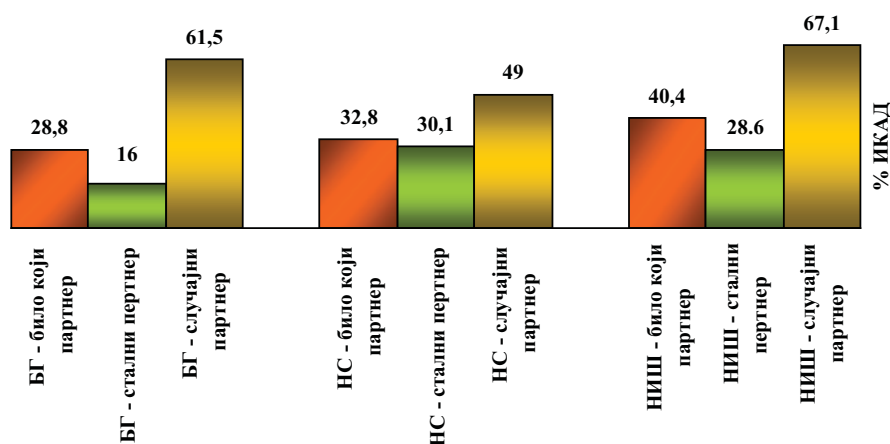
Табела 3. Просечан узраст и медијана узраста ступања у аналне сексуалне односе ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу по полу, узрасту и степеном образовања

		Београд		Нови Сад		Ниш	
		Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана	Средња вредност	Медијана
Пол	Мушки	21,9	21,0	20,2	20,0	20,4	20,0
	Женски	22,8	22,0	21,2	21,0	22,8	22,0
Добна група	15-24	19,1	19,0	17,8	18,0	17,5	17,5
Добне групе	15-19	17,0	17,0	14,5	15,0	15,8	15,5
	20-24	19,3	19,0	18,5	19,0	17,8	18,0
	25-49	22,2	22,0	21,3	21,0	21,6	21,0
	50 +	28,4	26,0	20,5	20,5	26,3	27,0
Степен образовања	Основно или ниже	20,6	20,0	18,3	17,0	17,9	18,0
	Средње	22,5	22,0	21,0	21,0	21,0	20,0
	Више или високо	23,8	23,0	23,3	22,0	23,3	23,5
Укупно		22,1	21,0 (13-40)	20,3	20,0 (11-32)	20,6	20,0 (12-40)

Око трећине испитаника пријављује употребу кондома током последњег пенетративног сексуалног односа од оних који су имали сексуалне односе у последњих месец дана (од 29% у Београду, преко 33% у Новом Саду до 40% у Нишу) (графикон 4). Није регистрована статистички значајна разлика у односу на пол испитаника у

Београду и Нишу. У Новом Саду је значајно мање испитаника женског пола и значајно више младих ИКД пријавило употребу кондома током последњег сексуалног односа у односу на просек. Валидан статистички закључак се није могао извести за младе ИКД у Београду и за оне са вишим образовањем у Београду и Нишу, као и за испитанике који не знају оба начина превенције трансмисије HIV-а сексуалним путем (упражњавање сексуалних односа са само једним верним партнером који није инфициран HIV-ом и правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа редукује ризик од трансмисије HIV-а) у сва три града, због малог подузорка испитиване популације.

Графикон 4. Употреба кондома приликом последњег сексуалног односа са различитим врстама партнера у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу



Неупотреба кондома значајно утиче и на композитни индикатор који се односи на понашање ИКД које редукује трансмисију HIV-а и других ППИ, односно 32% испитиване популације у Нишу, 25% у Београду и 22% у Новом Саду је навело да у последњих месец дана никада није користило прибор за инјектирање коришћен од других особа и да је користило кондом приликом последњег сексуалног односа међу онима који су имали сексуалне односе у последњих месец дана. Није регистрована статистички значајна разлика међу испитаницима различитог пола у Београду и Нишу, док у Новом Саду значајно мање ИКД женског пола наводи протективно понашање везано за смањење ризика од HIV-а и других крвљу и сексуалним путем преносивих инфекција. Такође, популацијске процене указују да значајно мањи проценат ИКД узраста 15–24 године у Београду има протективно понашање у односу на просек, док се није могао донети валидан статистички закључак за ИКД са вишим образовањем због малог подузорка.

1.4.4. Сексуални односи са различитим врстама партнера и полно здравље

Половина испитиване популације у сва три града наводи да има сталног сексуалног партнера, тј. партнера са којим најмање 6 месеци има поновљене сексуалне односе (48% у Београду, 51% у Новом Саду и 56% у Нишу), при чему стални партнер у значајном проценту не инјектира дрогу (од 78% у Нишу, преко 68% у Новом Саду до 53% у Београду). Мали проценат ИКД наводи употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са сталним партнером (16% у Београду и око 30% у Нишу и у Новом Саду) (графикон 4). Пракса употребе кондома приликом сваког сексуалног односа са сталним партнером у последњих месец дана је мало заступљена (графикон 5), односно велики проценат ИКД наводи да никада није користио кондом са сталним

партнером (79,5% у Београду, 57% у Новом Саду и 51% у Нишу). Испитаници женског пола у Нишу значајно мање наводе конзистентну употребу кондома са сталним партнером у односу на просек (0% према 17%).

Како наводе испитаници, у оквиру квалитативног истраживања, са сталним партнерима, ако се користи, кондом се користи у почетку везе, а онда се више не употребљава. Основа неупотребе кондома са сталним партнером је поверење које постоји међу партнерима. Међу мушкарцима је присутна тенденција да своје сталне партнерке траже међу девојкама које нису кориснице дрога. Када се узме у обзир да девојке обично са праксом коришћења дроге крећу уз своје сталне partnere, ово указује и на ризик од ширења праксе коришћења дроге путем одабира сталног партнера.

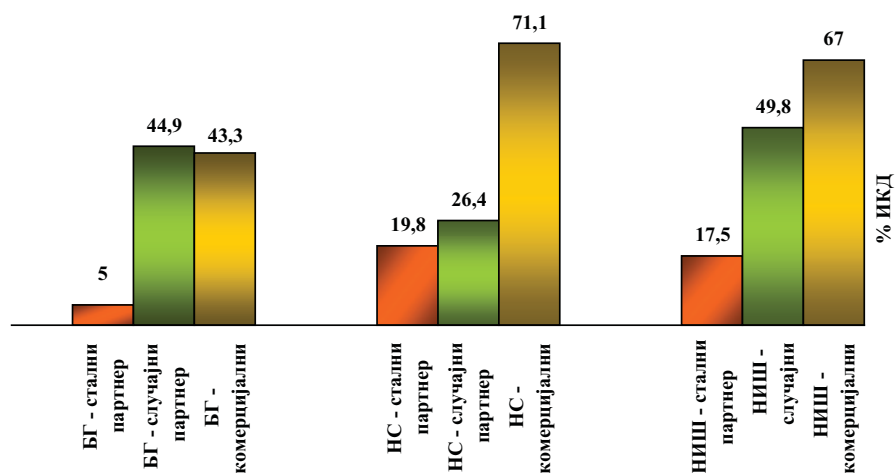
Сексуалне односе са случајним партнерима у последњих годину дана пријављује 69% испитиване популације у Београду, 72% у Новом Саду и 72,5% у Нишу. Медијана броја случајних партнера у сва три града је иста и износи три партнера у последњих 12 месеци, при чему ниједан није инјектирајући корисник дроге у Новом Саду и Нишу, односно само један случајни сексуални партнер ИКД у Београду инјектира дрогу. Пријављена употреба кондома приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером је најмања међу ИКД у Новом Саду (49%), а слична у Београду и Нишу (61,5% и 67%) (графикон 4).

У оквиру квалитативног истраживања, мушкарци су склонији ступању у сексуалне односе са случајним партнеркама и то обично у млађем животном добу (обично до 25 или 30 година). Битно је истаћи да су испитаници наводили да своје случајне partnere углавном знају неко време и да с њима имају неку врсту другарског контакта, тако да им ове особе нису странци.

Кондом са случајним партнером увек користи само 26% испитаника у Новом Саду, 45% у Београду и 50% у Нишу (графикон 5). Није регистрована статистички значајна разлика везана за конзистентну употребу кондома са случајним партнерима у односу на знање оба начина превенције сексуалне трансмисије у сва три града.

Што се тиче мултиплицирања ризика тек десетина испитаника, по 11% у Нишу и у Београду, односно 13% у Новом Саду, пријављује комерцијалне сексуалне односе са партнерима супротног пола, тј. сексуални однос у замену за новац, дрогу или неку другу услугу. Није регистрована статистички значајна разлика у односу на просек међу испитаницима различитог пола у Београду, док у Новом Саду и Нишу значајно мањи проценат ИКД женског пола пријављује сексуалне односе за неку материјалну надокнаду. Већи проценат младих ИКД у Београду пријављује комерцијалне сексуалне односе, али због малог подузорка није регистрована статистичка значајност. Медијана узраста иницијације у ово ризично понашање је најнижа у Новом Саду (20 година), а највиша у Београду (23 године), док је у Нишу 21 година. Популацијске процене указују да висок проценат ИКД у Новом Саду наводи сталну употребу кондома приликом комерцијалног сексуалног односа (71%), као и у Нишу (67%), док само 43% ИКД у Београду конзистентно користи кондом са комерцијалним партнерима/партнеркама (графикон 5).

Графикон 5. Пракса конзистентне употребе кондома са различитим сексуалним партнерима у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу



У оквиру квалитативног истраживања, приметно је да се поред класичних купопродајних односа, јављају и сексуални односи са другарицама које су сексуалне раднице и користе дрогу без говора о материјалним надокнадама, као и симбиотички односи – ступање у сексуалне односе трајније природе са својим дилерима.

Незнатан део испитиване популације мушког пола пријављује сексуалне односе са мушкарцима (4% у Београду, 2% у Нишу и само 0,5% у Новом Саду).

У оквиру квалитативног истраживања, посебно се издваја категорија сигурних партнера са којима је сексуални однос без кондома безбедан у односу на ППИ и HIV. Као сигурни се углавном перципирају они који немају претходна сексуална искуства, и они који не користе психоактивне супстанце, односно – нису „наркомани”. Међу мушкарцима је присутно мишљење да девојке које користе дрогу треба избегавати кад је реч о сексуалним односима, јер сексуални односи са њима не могу бити сигурни.

RDS популацијске процене указују да су полно преносиве инфекције у претходних годину дана ретке у испитиваној популацији инјектирајућих корисника дроге (11% у Београду, 15% у Новом Саду и 8% у Нишу), при чему највећи проценат ИКД ништа не предузима приликом појаве истих (100% у Београду, 48% у Новом Саду и 56% у Нишу).

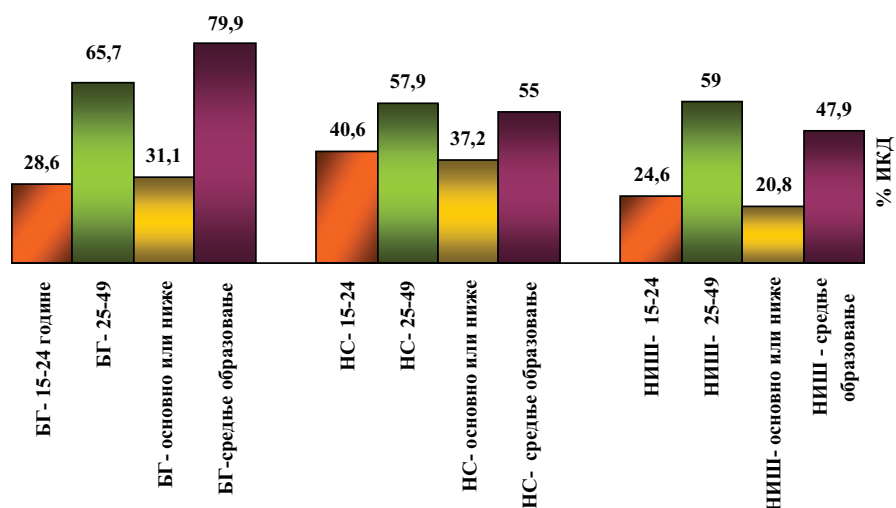
Према квалитативним подацима, ризик који носи сексуални однос без заштите углавном је свима познат: од ППИ, укључујући HIV и хепатитис Ц, до трудноће. Ипак, релативно је заступљено мишљење да се хепатитис Ц не преноси или да се изузетно ретко (толико да је занемарљиво) преноси сексуалним путем и да је главни начин његове трансмисије крв или хероин инфициран хепатитисом Ц. У извесној мери се хепатитис Ц доживљава као саставни део коришћења дроге инјектирањем.

1.4.5. Знање о HIV/AIDS-у

Скоро сви инјектирајући корисници дрога су чули за HIV/AIDS (од 99,5% у Београду до 97% у Нишу), али тек 63% у Београду, 54,5% у Новом Саду и 51,5% ИКД у Нишу има задовољавајуће знање о HIV/AIDS-у, тј. правилно идентификује оба начина превенције сексуалне трансмисије HIV-а (упражњавање сексуалних односа са само једним, верним и незараженим сексуалним партнером, као и правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа) и истовремено одбацује све три главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (особа која изгледа здраво није заражена HIV-ом,

особа се може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са зараженом особом или ако дели храну са особом зараженом HIV-ом). Не бележи се статистички значајна разлика овог композитног индикатора у односу на пол у Београду и Нишу, док у Новом Саду значајно већи проценат ИКД женског пола има задовољавајуће знање (100% према 54,5%). Такође, мањи проценат младих ИКД и оних са основним или нижим образовањем има задовољавајуће знање о HIV/AIDS-у у сва три града (графикон 6).

Графикон 6. Процент ИКД који имају задовољавајуће знање о HIV/AIDS-у по узрасту и степену образовања у Београду, Новом Саду и Нишу



На процењену вредност овог композитног индикатора знања у великој мери утичу заблуде везане за начине трансмисије HIV-а, обзиром да 86% популације ИКД у Београду, 83% у Нишу и 78% у Новом Саду правилно идентификује оба начина превенције сексуалне трансмисије HIV-а. Такође, врло висок проценат ИКД у сва три града зна да употреба стерилног/неупотребљаваног прибора за убризгавање дроге смањује ризик за преношење HIV-а (97% у Београду, 93% у Нишу и 90% у Новом Саду).

1.4.6. Контакт са полицијом и другим казним/васпитним установама

На посебну вулнерабилност испитиване популације у сва три града указује процена да је 64% ИКД у Београду, односно по 59% у Новом Саду и Нишу прекршајно одговарало, док је више од половине ИКД кривично одговарало (58% у Београду, 50% у Новом Саду и 45% у Нишу). Боравак у центру за малолетне деликвенте се региструје највише међу испитиваном популацијом у Београду (13%), а најмање у Нишу (4%), док је незнатан проценат оних који су били штићеници установа за незбринуту децу (од 5,5% у Београду до око 2% у Новом Саду и Нишу). Није испитивано да ли су током боравка у казнено-васпитним установама испитаници убризгавали дрогу.

1.4.7. Коришћење специфичних превентивних програма и пракса тестирања

RDS процене указују да је обухват специфичним превентивним програмима испитиване популације (процент ИКД који наводи да је у последњих 12 месеци набављао стерилан прибор за инјектирање, као и кондоме у оквиру програма смањења штете

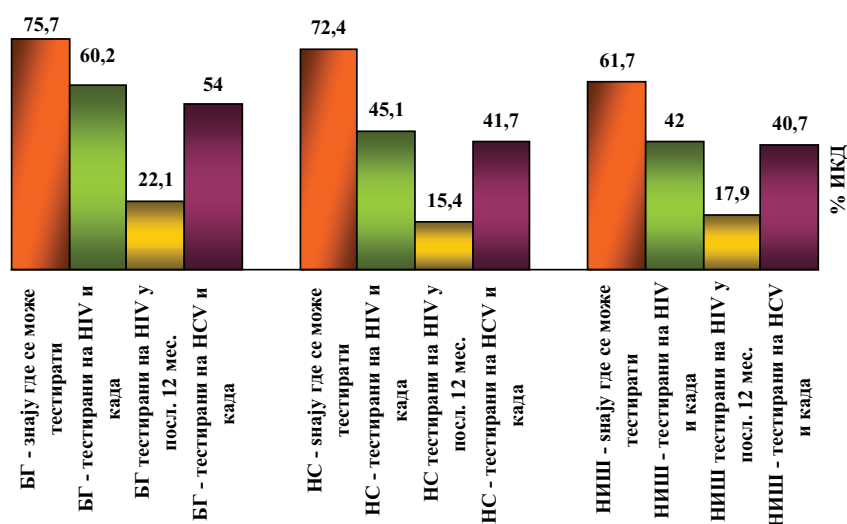
од теренских радника или у свратишту за ИКД, односно кондоме у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) на HIV и друге ППИ, и при томе зна места у граду где се може добровољно тестирати на HIV изузетно низак и креће се у распону од 12% у Београду, преко 8% у Нишу, до само 0,3% у Новом Саду. Не бележи се статистички значајна разлика овог композитног показатеља у односу на пол, узраст и степен образовања у сва три града.

С друге стране, 29% популације ИКД у Београду, 24% у Нишу и 10% у Новом Саду је било обухваћено макар једним превентивним програмом у последњих годину дана (набавка стерилног прибора за инјектирање или кондома на местима где се спроводе превентивни програми, односно унутар невладиних организација или у саветовалишту за ДПСТ).

На вредност овог композитног индикатора утиче пре свега изузетно мали обухват испитаника специфичним програмима смањења штете, који се имплементирају углавном на терену и у ограниченом обиму. Тако процене указују да ИКД у сва три града стерилне игле и шприцеве углавном набављају у апотеци (од 80% у Нишу до 93% у Новом Саду), или од пријатеља који такође инјектирају дроге (од 10% у Београду до 17% у Нишу и Новом Саду). Тек сваки трећи ИКД у Београду (28%), сваки пети у Нишу (22%) и сваки десети ИКД у Новом Саду (9,5%) наводи да је стерилан прибор за инјектирање дроге добијао од активиста НВО унутар програма смањења штете. Такође, кондоми су углавном куповани на киоску/бензинској пумпи, у апотеци или самопослузи (преко 40%), а тек 17% у Београду и 12% ИКД и Нишу је кондоме добијало од теренских радника НВО која спроводи програме смањења штете или унутар саветовалишта за ДПСТ.

Скоро трећина припадника испитиване популације у сва три града не зна места где се може добровољно тестирати у граду где живи, при чему се око половина никада није тестирала на HIV, а око 60% се никада није тестирало на вирусни хепатитис Ц (HCV). Процене указују да је у Београду највећи проценат ИКД који наводе да су се икада тестирали на HIV (60%) и на HCV (54%), а најмањи проценат је регистрован у Нишу (42% тестираних на HIV и 41% на HCV) (графикон 7). Није регистрована статистички значајна разлика процента ИКД у Београду икада тестираних на HIV у односу на пол, док се значајно већи проценат ИКД са вишим образовањем и у Београду и у Нишу тестирао на HIV у односу на просек (90% у Београду и 80% у Нишу). RDS популацијске процене указују да се у Новом Саду значајно мањи проценат ИКД женског пола тестирао на HIV (0% према 45%), док је у Нишу значајно већи проценат ИКД женског пола изјавио да се тестирао на HIV у односу на просек (76% према 42%). Такође, процене указују да се млади ИКД у Београду тестирају у већем проценту у односу на просек (100% према 60%).

Графикон 7. Знање о местима где се може тестирати на HIV и пракса тестирања на HIV и HCV у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу



Слично је и са процентом ИКД тестираних на HIV у последњих годину дана који знају резултат тог тестирања (22% у Београду, 18% у Нишу и 15% у Новом Саду). Није регистрована статистички значајна разлика овог композитног индикатора у односу на пол, узраст и степен образовања испитиване популације у Београду и Новом Саду. У Нишу се значајно мањи проценат младих ИКД тестирао на HIV у последњих годину дана (5,6% према 17,9%), док је значајно већи проценат тестираних регистрован међу особама са вишим образовањем у односу на просек (72,1% према 17,9%).

1.4.8. Контакт са службама за лечење

Резултати истраживања указују да је више од 90% испитиване популације у сва три града покушало да смањи или прекине употребу дрога, при чему је већина (86% у Београду, 83% у Нишу и 80,3% у Новом Саду) то радила самостално у последњих 12 месеци, уз помоћ самоиницијативно набављених лекова из групе опијата. Тек сваки трећи испитаник у Новом Саду и Нишу (34% и 40%), односно сваки пети испитаник у Београду (23%), наводи да је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење од болести зависности (амбулантно саветовање/психотерапија, детоксикације уз помоћ лекова у болници, амбулантно или болничко лечење). RDS процене указују да је у метадонски програм лечења икада био укључен сваки пети ИКД у Београду (22%) и сваки десети ИКД у Новом Саду и Нишу (11,5% и 9,4%), при чему се не региструје статистички значајна разлика у односу на пол у Београду и у Нишу.

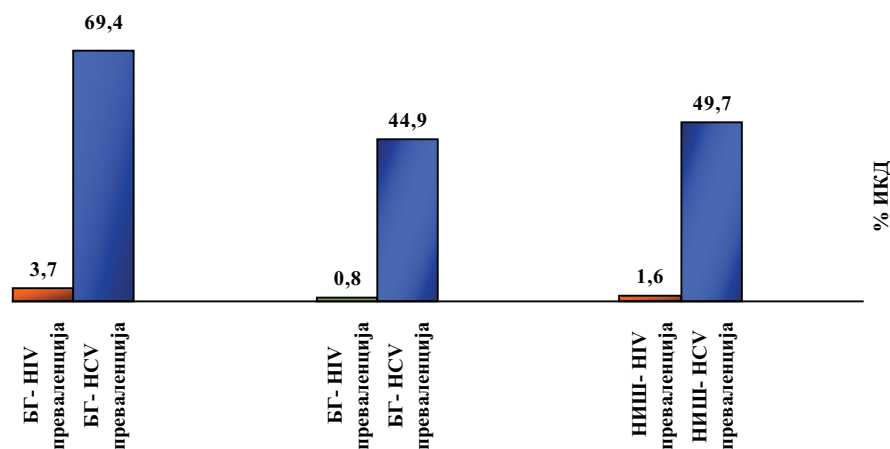
Процене добијене на основу узорка указују да се тренутно само десетина испитиване популације у Београду и Новом Саду, односно незнатан део испитиване популације ИКД у Нишу налази на метадонском програму лечења.

1.4.9. Преваленција HIV инфекције и вирусног хепатитиса Ц

На основу резултата тестирања инјектирајућих корисника дроге узраста 18 година и више процењена је ниска преваленција HIV инфекције (3,7% у Београду, 1,6% у Нишу и 0,8% у Новом Саду) (графикон 8). Међу тестираним испитаницима узраста 18–24 године у сва три града није било позитивних резултата тестирања узорка крви на HIV, те је апроксимација инциденције HIV инфекције, односно новоинфицираних HIV-ом у испитиваној популацији инјектирајућих корисника дроге једнака нули.

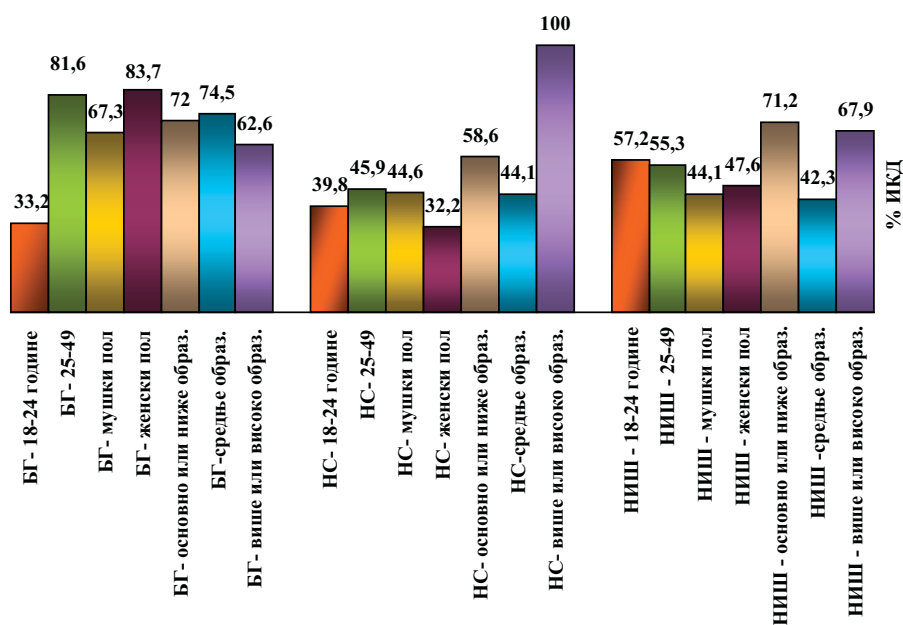
Процењена преваленција HCV инфекције је висока и креће се од 69% у Београду преко 50% у Нишу до 45% у Новом Саду (графикон 8).

Графикон 8. Серопреваленција HIV и вирусне хепатитис Ц инфекције у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу



Није регистрована статистички значајна разлика серопреваленције HCV-a у односу на пол и степен образовања у Београду и у Нишу. У Београду је регистрован мањи проценат инфицираних HCV-ом међу младим ИКД у односу на просек (33% према 69%) (графикон 9).

Графикон 9. Процењена серопреваленција HCV инфекције у популацији ИКД у Београду, Новом Саду и Нишу по полу, узрасту и степену образовања



1.4.10. Процена величине популације инјектирајућих корисника дроге

На основу податка о проценту тестираних испитаника на HIV у последњих годину дана у Заводу за болести зависности (узораčka пропорција је износила 16,5%; 95% CI: 8,6–24,4) и податка о броју тестираних ИКД из Београда током 2007. године у Заводу за болести зависности (N=798), користећи метод множиоца за процену величине испитиване популације, добија се процена од 4836 ИКД у Београду (3270–9279). Ако би се као множилац користила RDSAT популацијска процена од 12,6% (95% CI: 1,6–22,8) ИКД тестираних током 2007. године у истој установи, процењени број би био 6333 ИКД у Београду (3500–49.875). Валидна процена величине популације на основу податка о броју тестираних на HIV током 2007. године у ДПСТ центру Градског завода за јавно здравље у Београду није могућа, због малог броја тестираних ИКД у тој установи (N=38).

Валидна процена величине популације ИКД у Новом Саду методом множиоца, при чему популацијска процена указује да се скоро 72% испитиване популације тестирало у ИЈЗ Војводине током 2007. године и узимајући у обзир као извор података број тестираних на HIV током 2007. године у Саветовалишту за ДПСТ Института за јавно здравље Војводине, није могућа због малог броја тестираних ИКД у тој установи (N=266).

Валидна процена величине популације ИКД у граду Нишу методом множиоца, при чему популацијска процена указује да се 100% испитиване популације (узораčka пропорција је износила 44%) тестирало у ИЈЗ Ниш током 2007. године и узимајући у

обзир као извор података број тестираних на HIV током 2007. године у Саветовалишту за ДПСТ Института за јавно здравље у Нишу, није могућа због малог броја тестираних ИКД у тој установи (N=15).

1.5. Закључци и препоруке

1.5.1. Закључци

Истраживањем су остварени сви дефинисани циљеви, изузев процене величине популације инјектирајућих корисника дроге у Новом Саду и Нишу. Кључни налази послужили као основа за праћење и планирање ефективне имплементације циљаних превентивних активности у популацији инјектирајућих корисника дрога дефинисаних Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а у Републици Србији.

Истраживање је указало на следеће:

- Процењена серопреваленција HIV инфекције у испитиваној популацији инјектирајућих корисника дроге је ниска (3,7% популације ИКД у Београду, односно процене указују да је 1,6% популације ИКД у Нишу и 0,8% ИКД у Новом Саду инфицирано HIV-ом). Не може се извести сигуран закључак зашто постоји разлика у преваленцији HIV међу испитаницима у градовима, док ниска преваленција HIV-а у контексту присуства значајних ризичних понашања везаних за инјектирање дроге и сексуалну праксу у популацији ИКД може бити резултат мале заступљености HIV-а у њиховим сексуалним и социјалним мрежама;

- Процењена серопреваленција вирусне хепатитис Ц инфекције у испитиваној популацији инјектирајућих корисника дроге је висока (69% у Београду, односно процењује се да је 50% популације ИКД у Нишу и 45% ИКД у Новом Саду инфицирано вирусом хепатитиса Ц). То несумњиво одражава високу преваленцију ризичног понашања, тј. употребе заједничког прибора за инјектирање, али је тешко објаснити велику разлику између Београда и друга два града у којима је реализовано истраживање;

- Више од 80% инјектирајућих корисника дроге су особе мушког пола, док скоро четвртину испитиване популације чине млади узраста 15–24 године (19% у Београду, односно 28% у Новом Саду и 29% у Нишу);

- Незапосленост је битна социјална карактеристика испитиване популације (преко 65% ИКД у сваком од три града);

- Велики део испитиване популације наводи да поседује оверену здравствену књижицу (78% у Нишу, односно скоро 60% у Београду и у Новом Саду);

- Медијана узраста иницијације у праксу употребе дрога инјектирањем је 21 година међу испитаницима у сва три града, при чему је петина испитаника започела инјектирање наркотика пре 18. године живота (20% у Београду, 19% у Нишу и 18% у Новом Саду), док 2–3% испитаника наводи да је први пут убризгало дрогу пре 15. године;

- Више од половине популације ИКД у Београду свакодневно инјектира (56%), док је пракса свакодневног узимања дроге инјектирањем знатно мање заступљена у Новом Саду (34%) и у Нишу (24%);

- Постоји ризично понашање везано за употребу нестерилног прибора за инјектирање (22% ИКД у Новом Саду, 20% у Београду и 19,5% у Нишу), јер иако велика већина испитаника (80–90%) наводи чишћење већ коришћеног прибора пре употребе, скоро 90% је то радило само хладном или врућом водом, а само 7% у Београду и 6% у Новом Саду је за чишћење прибора користило варикину или алкохол, што указује на потенцијалну опасност за пренос крвљу преносивих инфекција, као што су HIV, вирусни хепатитис Б и хепатитис Ц;

- Практику рецептивног дељења прибора за инјектирање током последњег месеца, тј. употребу прибора за убризгавање дроге претходно коришћеног од другог корисника,

пријављује 15% ИКД у Београду, 23% у Нишу и 30% у Новом Саду, при чему је у сва три града просечно од само једне особе узиман већ коришћен прибор;

– Постоји мишљење да сам шприц није у великој мери извор ризика, те се на дељење шприца или вишекратну употребу истог шприца у одређеној мери гледа као на облик смањења ризика од трансмисије примарно хепатитиса Ц, а онда и од HIV-а. Уједно, хепатитис Ц се доживљава као саставни део коришћења дроге инјектирањем;

– Ситуације које се везују за дељење прибора, односно употребу већ коришћеног јесу оне када је стерилан прибор мање доступан било из објективних (време викенда и ноћ када не раде апотеке или места где се спроводи програм размене игала) било из субјективних разлога (стање велике потребе – криза, невољност одласка у куповину). У основи ових ситуација јесте неадекватно планирање и набављање стерилног прибора унапред. Прибор се или набавља у мањим количинама или се понекад једноставно не води рачуна о количини прибора на располагању. Ово доводи и до праксе чувања свог већ коришћеног прибора, што некад може довести до случајне размене прибора (прибори особа које га чувају у истом простору се помешају);

– Постоји значајан степен ризика везан за сексуално понашање у испитиваној популацији, јер уз рано започињање сексуалних односа (медијана узраста је 15 година, при чему скоро трећина ИКД наводи да је први сексуални однос имала пре 15. године живота), као и значајно учешће хетеросексуалних аналних односа (скоро половина испитаника), у истраживаној популацији се региструје не само већи број сексуалних партнера (посебно међу мушкарцима, младима узраста 15–24 године, као и међу особама са основним или нижим степеном образовања), већ и значајан број партнера који не инјектирају дрогу, као и неконзистентна употреба кондома са сталним, али и случајним сексуалним партнерима. Све ово указује на значај активних ИКД као популационе групе која може поспешити трансмисију HIV-а и других сексуално преносивих инфекција на општу популацију, те захтева изузетну позорност и планирање ефективних превентивних активности, посебно у популацији младих;

– Није регистровано значајно мултиплицирање ризика у популацији ИКД у смислу комерцијалних сексуалних односа (по 11% испитаника у Нишу и у Београду, односно 13% у Новом Саду) или сексуалних односа са партнерима истог пола (4% у Београду, 2% у Нишу и само 0,5% у Новом Саду), али се добијени резултати морају прихватити са извесном дозом резерве, обзиром да је испитивање вршено лицем у лице, а да због постојања високог степена стигматизације ових понашања у нашој средини постоји вероватноћа да један део испитаника није дао искрене одговоре;

– 63% популације ИКД у Београду, 54,5% у Новом Саду и 51,5% ИКД у Нишу тачно идентификује начине сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено одбацује главне заблуде везане за начине преношења HIV инфекције, при чему је регистрован мањи проценат младих ИКД и оних са основним или нижим образовањем који имају задовољавајуће знање о HIV/AIDS-у у сва три града;

– Знање није било статистички значајно повезано са протективним понашањем, као што је конзистентна употреба кондома са случајним сексуалним партнерима, док се нису могли извући валидни статистички закључци везани за знање и праксу коришћења стерилног прибора за убризгавање дроге;

– Постоји значајан контакт инјектирајућих корисника дроге са полицијом и казним/васпитним установама (процењује се да је 64% ИКД у Београду, односно по 59% у Новом Саду и Нишу прекршајно одговарало, док је више од половине ИКД кривично одговарало), што је у складу са резултатима добијеним ранијим истраживањем међу ИКД у Београду (63% испитаника је имало контакт са полицијом, док 43% пријављује боравак у затвору) (5);

– Обухват специфичним превентивним програмима усмереним на смањење штете у популацији ИКД, који се имплементирају углавном на терену и у ограниченом обиму, није задовољавајући (12% у Београду, 8% у Нишу и само 0,3% ИКД у Новом Саду), при

чему нема статистичке значајности у односу на пол, узраст и степен образовања испитаника у сва три града;

- Информисаност испитиване популације о местима где се може добровољно тестирати, као и обухват тестирањем нису задовољавајући, јер скоро трећина припадника испитиване популације у сва три града не зна места где се може добровољно тестирати у граду где живи, а скоро половина популације ИКД се никада није тестирала на HIV, односно око 60% ИКД наводи да се никада није тестирало на вирусни хепатитис Ц;

- Процене указују да се мали проценат испитиване популације тестирао на HIV у последњих годину дана и да зна резултат тог тестирања (22% у Београду, 18% у Нишу и 15% у Новом Саду);

- Обухват лечењем у установама за лечење болести зависности није задовољавајући, јер тек сваки трећи испитаник у Новом Саду и Нишу (34% и 40%), односно сваки пети испитаник у Београду (23%), наводи да је у последњих годину дана био укључен у неки од специфичних програма лечења у установи за третман болести зависности;

- Процене добијене на основу узорка указују да се тренутно само десетина испитиване популације у Београду и Новом Саду, односно незнатан део испитиване популације ИКД у Нишу налази на метадонском програму лечења, што је конзистентно са проценом из истраживања реализованог 2005. године у Београду у популацији ИКД по сличној методологији (10%; 95% CI: 6–13%)(5);

- Тумачење података о младима узраста 15–24 године, а посебно о адолесцентима, као подгрупи целокупног узорка испитаника ограничено је малим бројем испитаника (52 у Београду, 99 у Новом Саду и 97 у Нишу), односно међу укупно 248 испитаника у сва три града било је 49 испитаника узраста 15–19 година.

1.5.2. Препоруке

- Размотрити и ревидирати постојећу законску основу, као и смернице за ефективну реализацију програма детоксикације и супституционе терапије, односно метадонског програма одржавања и психосоцијалне подршке, посебно у популацији младих инјектирајућих зависника;

- Повећати обим и доступност родно и узрасно специфичних превентивних програма/програма смањења штетних последица, како на терену кроз активности владиног и невладиног сектора, тако и у стационарним местима пружања услуга, уз континуирану и свеобухватну обуку пружалаца услуга (укључујући и запослене у апотекарским установама, установама здравствене и социјалне заштите, казнено-поправним установама итд.);

- Стандардизовати програме смањења штете, узимајући у обзир родне и узрастне различитости, и радити на унапређењу њиховог квалитета, уз обавезну изградњу адекватног система упућивања за пружање свих потребних услуга популацији ИКД у светлу што свеобухватније заштите од HIV и других инфекција;

- Повећати доступност кондома како у невладином сектору тако и у државним установама које се баве превентивним радом и континуирано радити на промоцији њихове употребе путем мас медија и других програма, посебно у заједници;

- Осмислити и промовисати значај добровољног и поверљивог саветовања и тестирања, као кључне превентивне активности, уз повећање покривености услугама саветовања и тестирања у овој тешко доступној и високо стигматизованој популацији, посебно вулнерабилној на HIV и друге крвљу и полно преносиве инфекције, а у складу са њеним реалним потребама и могућностима (дефинисати на основу квалитативних истраживања, а имајући у виду чињеницу да је мање од половине испитаника укључених у истраживање дошло по свој резултат тестирања који је саопштаван истог

дана, иако је скоро 80% испитаника у сва три града као разлог учествовања у студији навело тестирање на HIV или HCV инфекцију);

– Развити додатне специфичне превентивне програме усмерене ка инјектирајућим корисницима дрога успостављањем мултисекторске сарадње са Министарством унутрашњих послова и Министарством правде;

– Осмислити и усвојити боље програме лечења и програме смањивања/ одвикавања од употребе дрога, као и програме рехабилитације и ресоцијализације у складу са светским смерницама и реалним могућностима земље, али у сваком случају наклоњене крајњем кориснику;

– Унапредити и олакшати упућивање ИКД на одговарајуће службе које пружају било здравствене услуге (терапија ППИ, лечење болести зависности, туберкулозе, хируршко збрињавање гнојних инфекција и сл.), било правне или социјално потпорне услуге;

– Унапредити информисаност инјектирајућих корисника дроге како о начинима трансмисије и превенције HIV-а као и других крвљу и сексуалним контактом преносивих инфекција, тако и о местима где се ради поверљиво и добровољно саветовање и тестирање, односно о местима где се спроводе специфични програми смањења штетних последица, кроз добро дизајниране програме који долазе до њих (нпр. програми теренског и парњачког приступа који ће повећати перцепцију ризика за HIV у ИКД популацији, како за појединце тако и за њихове сексуалне партнере и тиме оснажити понашање везано за смањење ризика у ИКД популацији);

– Осмислити и развити систем радног ангажовања на одређен број сати бивших зависника који, превасходно због свог здравственог стања, нису у могућности да раде пуно радно време;

– Спровести понављана серолошка и бихевиорална истраживања, у циљу праћења тренда HIV и HCV епидемије у популацији инјектирајућих корисника дрога, као и промена у ризичном понашању, степену знања и коришћења превентивних и терапијских услуга, а ради правовременог и адекватног реаговања, и то минимум у Београду, при чему је потребно да величина узорка буде најмање 400 испитаника, ради добијања прецизнијих популацијских процена;

– Укључити већи број особа женског пола и особа узраста испод 24 године (пожељно је и млађих од 19 година) и из различитих субпопулација међу иницијалне испитанике, у циљу бољег сагледавања и реалније процене ситуације у популацији инјектирајућих корисника дрога, а посебно у највулнерабилној популацији, популацији адолесцената и младих. Резултати истраживања указују да управо популације адолесцената и младих имају мањи ниво знања, мање користе превентивне и терапијске услуге, а са друге стране имају већи обим ризичног понашања, посебно сексуалног понашања (рано ступање у аналне и комерцијане сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, неупотреба кондома).

Препоруке за младе

– Ускладити постојеће и по потреби донети нове законе, протоколе и препоруке које ће унапредити приступ здравственој заштити и коришћење појединих услуга превенције HIV и других инфекција популацији млађој од 18 година, с посебним освртом на сагласност родитеља или старатеља, поверљивост и приватност, као и неопходност заштите детета а у складу са Конвенцијом о правима детета и другим релевантним међународним документима;

– Развити добро осмишљене програме везане за превенцију коришћења дрога како у школама, почев од узраста основне школе, тако и у заједници, имајући у виду да резултати истраживања указују да млади ИКД започињу узимање дрога инјектирањем рано (медијана узраста је 19 година);

– Осмислити и планирати специфичније превентивне програме намењене младима уз повећање доступности истих, с обзиром да резултати истраживања указују да млади ИКД имају мањи ниво задовољавајућег знања о начинима трансмисије HIV-а, мање користе превентивне и терапијске услуге, а са друге стране имају већи обим ризичног понашања, посебно сексуалног понашања (рано ступање у аналне и комерцијане сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, неупотреба кондома);

– Унапредити капацитете здравствених радника, али и других професионалаца или пружалаца услуга, посебно унутар установа социјалне заштите, који су у контакту са младим ИКД, као и самих институција, како би пружили информације о програмима одвикавања и лечења, о вакцинацији против хепатитиса Б и тетануса, али и о местима где се може урадити поверљиво или анонимно тестирање на HIV и друге крвљу и полним путем преносиве инфекције, уз наглашавање значаја саветовања у пријатељском окружењу уз комплетно уважавање личности и поштовање свих начела приватности и тајности свих добијених података, као једне од кључних превентивних активности и уз развијен систем упућивања по потреби на исте;

– НВО које спровode програме смањења штете разменом прибора за инјектирање на терену би требало да повећају и унапреде своје активности, како временски и просторно, тако и квалитативно, стандардизацијом ове врсте услуга које би требало усвојити, уз разматрање могућности за укључивање већег броја едукованих бивших зависника у теренске екипе који би радили као вршњачки/парњачки едукатори, а у циљу досезања и пружања услуга прилагођених развоју и потребама најскривенијих делова популације ИКД као што су млади корисници дрога који показују висок степен изолованости, услед неповерења и страха (од родитеља, пријатеља, рођака, полиције итд.);

– Оснажити постојеће здравствене установе које се баве младима (на примарном нивоу), уз разматрање могућности да се поједине потпуно преусмере за превентивни рад са младима у повећаном ризику за HIV и друге инфекције;

– Услугу снабдевања кондомима би требало учинити препознатљивијом и видљивијом како у теренским активностима, тако и у свим службама које се баве превентивним радом (саветовалишта за ДПСТ у установама за јавно здравље, саветовалишта за младе и репродуктивно здравље при примарној здравственој заштити и сл.), али и на местима где се млади ИКД окупљају у већем броју (клубови, дискотеке итд.);

– У саветовање на тему HIV/AIDS-а и других парентерално и сексуално преносивих инфекција треба активније укључити и сексуалне partnere ИКД, уз посебно објашњавање ризика по partnere који нису инјектирајући корисници дрога;

– Интегрисати превентивне програме и програме смањења штете у казнено-вапитне установе у којима бораве млади ИКД у складу са примерима добре праксе у свету и ближем окружењу;

– Оснажити установе које се баве одвикавањем од коришћења наркотика (институти/болнице, психијатријске установе) посебно за рад са популацијом младих, а омогућити и просторно лечење деце и младих одвојено од одраслих;

– Развити националне смернице за истраживање, како бихејвиорално тако и биолошко, у популацији младих, посебно узраста испод 18 година, са освртом на популације у највећем ризику за HIV.

Литература

1. Des Jarlais DC, Friedman SR: HIV epidemiology and interventions among injecting drug users. *Int J STD AIDS* 7: 157-161, 1996
2. Wright NMJ, Millson CE and Tompkins CNE: What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity? *WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report): 5-7, 2005* <http://www.euro.who.int/document/E86159.pdf>
3. Institut za javno zdravlje Srbije/Centar za prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti: Izveštaj o kretanju zaraznih bolesti na teritoriji Republike Srbije u 2007. godini. *IJZS, 2008.*
4. Institut za javno zdravlje Srbije/Centar za prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti: Izveštaj o realizaciji programa zdravstvene zaštite stanovništva od zaraznih bolesti u 2007. godini na teritoriji Republike Srbije. *IJZS, 2008.*
5. Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S, Pisani E, Rehle T, Saidel T, Kolars Sow C: Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Population at Risk of HIV/AIDS. *FHI, USAID, DFID: 46-55, 2000.*
6. Heckathorn D: Respondent driven sampling II: Deriving valid population estimates from Chain: Referral samples of hidden populations. *Social Problems* 49(1):11-34, 2002
7. Magnani R, Sabin K, Saidel T and Heckathorn D: Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*; 19 (suppl 2): S67-S72, 2005
8. Heckathorn D. RDSAT, version 5.6. <http://www.respondentdrivensampling.org>

II

СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ ПРЕВАЛЕНЦЕ HIV-a И УЧЕСТАЛОСТИ ПОНАШАЊА ПОВЕЗАНОГ СА РИЗИКОМ ЗА ДОБИЈАЊЕ HIV-a МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ

Главни истраживач:

Милена Првуловић, дипл. психолог

Истраживач сарадник:

Др Гордана Кртинић, Завод за јавно здравље Суботица

Главни истраживач за серопревалентно истраживање:

Проф. др Тања Јовановић, Институт за микробиологију и вирусологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултант:

Александар Прица, „Дуга” Шабац

Теренски координатори

Београд:

Владимир Вељковић, НВО „Сигуран пулс младих”

Нови Сад:

Милан Криловић, „Омладина ЈАЗАС-а”

2. СТУДИЈА ПРОЦЕНЕ ПРЕВАЛЕНЦЕ HIV-а И УЧЕСТАЛОСТИ ПОНАШАЊА ПОВЕЗАНОГ СА РИЗИКОМ ЗА ДОБИЈАЊЕ HIV-а МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ

2.1. Увод

Термин „мушкарци који имају секс са мушкарцима” уведен је да би се описало понашање, а не сексуални идентитет одређене особе (4). Упркос томе, припадници ове популације се суочавају са стигмом и низом дискриминишућих понашања управо због чврстих родних норми које искључују сексуалну оријентацију другачију од хетеросексуалне. Као резултат, припадници ове популације у великом делу не износе отворено своје сексуално понашање, што им ограничава приступ превентивним активностима и често онемогућава добијање адекватне здравствене заштите (3). Поред тога, интерна стигма отежава процену ризичности сопственог понашања и предузимање мера за смањење ризика. Расположиви епидемиолошки подаци су показивали пораст новооткривених случајева HIV инфекције код MSM у Србији (1), посебно у градовима где је изграђено поверење између ДПСТ саветовалишта или организација које спроводе превентивне програме и MSM популације, што је резултовало већим бројем тестираних припадника ове популације. Мушкарци који имају секс са мушкарцима су препознати као посебно осетљива популациона група за HIV инфекцију (8). Подаци из земаља западне Европе и северне Америке такође указују на тренд пораста HIV инфекције међу MSM (2, 3, 12). Поред скривености популације и честе осуде друштва, многи други фактори доводе MSM популацију у повећан ризик од HIV инфекције. Један од основних фактора је незаштићен анални сексуални однос, затим жељено или принудно често мењање партнера (у значајном делу оба пола), присуство других сексуално преносивих инфекција и сексуални односи под утицајем психоактивних супстанци (11). Сви ови фактори доводе до вишеструко повећаног ризика за HIV инфекцију. Стога, поред утврђивања преваленције HIV-а међу MSM, циљеви овог истраживања су испитивање распрострањености и околности под којима се дешавају ризична понашања, као и распрострањености протективног понашања и обухвата превентивних програма.

2.2. Циљеви

2.2.1. Кључна питања овог истраживања су:

1. Колико износи преваленција HIV инфекције у дефинисаној популацији?
2. Колико су учестали облици понашања који са собом носе ризик од HIV инфекција (незаштићен сексуални однос, већи број партнера и друго)?
3. Колико су учестали протективни облици понашања (моногамна веза, употреба кондома, употреба лубриканата)?
4. Да ли и у којој мери постоји мултиплицирање ризичног понашања/ ризика?
5. У којој мери се користе превентивне услуге?
6. Колика је перцепција сопственог ризика за HIV инфекцију и колико износи учесталост тестирања и саветовања на HIV и друге ППИ?

2.2.2. Основни циљ истраживања

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV инфекције међу мушкарцима који су имали сексуалне односе са мушкарцима у Београду и Новом Саду,

као и процена знања и ставова везаних за HIV и ППИ и распрострањеност ризичних и протективних понашања.

2.3. Методологија

2.3.1. Тип студије

Студија пресека, праћена квалитативним истраживањем у Београду, коришћењем интервјуа.

2.3.2. Локације

Студија је спроведена у Београду и Новом Саду.

2.3.3. Време извођења

Студија је трајала седам месеци, у периоду од новембра до јуна 2008. године.

2.3.4. Критеријуми укључивања/искључивања

2.3.4.1. Циљна група

Мушкарци узраста 15–59 година, који су најмање једном у последњих шест месеци имали пенетрантни анални сексуални однос са другим мушкарцем, а који најмање 3 месеца живе у Београду или Новом Саду.

2.3.4.2. Инклузивни критеријуми

- мушкарци узраста 15–59 година
- самоиницијативно пријављивање пенетрантног аналног односа са мушкарцем у последњих шест месеци
- стално или привремено пребивалиште на подручју града у коме се спроводи студија не краће од 3 месеца
- дали писану информисану сагласност за учествовање у истраживању
- регрутација од стране другог испитаника претходно укљученог у студију верификована валидним купоном
- нису претходно учествовали у истраживању међу МСМ у Београду или у Новом Саду.

2.3.4.3. Ексклузивни критеријуми

- мушкарци млађи од 15 и стари 60 и више година
- мушкарци који нису имали пенетрантни анални однос са другим мушкарцима у последњих шест месеци
- мушкарци који немају стално или привремено пребивалиште у граду у коме се спроводи студија или је оно краће од 3 месеца
- непоседовање купона
- већ су учествовали у истраживању међу МСМ у Београду или у Новом Саду
- не прихватају или не схватају правила везана за учешће у студији.

2.3.5. Величина узорка

Планирана величина узорка је израчуната применом формуле:

$$n = d \times 4Z_{\alpha}^2 P(1-P)/W^2$$

где је

d – коефицијент ефекта дизајна студије која користи узорковање вођено испитаницима,

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 инфекције),

W – ширина интервала (ширина за границе грешке од +/- 3% је 0,06).

На основу ове формуле одређена је величина узорка за сваки од градова од 207 испитаника. Узимајући у обзир препоручено увећање планираног узорка за 25% због очекиваног осипања испитаника, коначна величина узорка је дефинисана на 260 по граду.

2.4. Узорковање

За узорковање је планирана методологија *Respondent driven sampling* (RDS-узорковање вођено испитаницима). Одабир RDS-а као начина узорковања је оправдан чињеницом да је МСМ популација веома стигматизирана у Србији и скривена од јавности и претпоставком да припадници ове популације имају добру социјалну мрежу (10). Како би се обезбедила репрезентативност узорка, узорковању је претходило стварање оквира популације, односно дефинисање битних карактеристика по којима се издвајају субпопулације.

На основу ових субпопулација дефинисане су карактеристике иницијалних испитаника („семена“) за сваки град. Истраживање је почето са 8 семена који су представљали кључне дефинисане субпопулације, а према плану нова семена су могла бити додавана уколико прво одабрани иницијални испитаници не успеју да доведу довољно нових испитаника. Сваки од 8 иницијалних испитаника је добио 3 купона са којима је могао да позове 3 друга МСМ да дођу и учествују у истраживању. Купони са којима су испитаници регрутовали нове испитанике су били валидни 14 дана и током тог времена сваки нови испитаник је могао да дође и учествује у истраживању. Сваки од нових испитаника је такође добијао до три купона (зависно од фазе истраживања) којима је могао да позове нове испитанике. Планирано је да се настави регрутовање нових испитаника док се не досегне седми талас, да би се обезбедио еквilibrium узорка.

Сваки учесник је добио материјалну надокнаду за учествовање у истраживању, по завршетку целокупне процедуре. Такође, за сваког регрутованог новог испитаника испитаници су добијали секундарну материјалну надокнаду.

Иако је досегнута планирана величина узорка, планиран начин узорковања није могао бити испоштован. Наиме, процес укључивања нових испитаника је био сувише спор, највише због неповерљивости потенцијалних испитаника према било којој активности која окупља МСМ. Због процена да са таквим темпом регрутовања не би могла бити досегнута планирана величина узорка, првенствено због временског ограничења трајања теренске компоненте истраживања, донета је одлука да се настави са узорковањем методом грудве снега (*snowball*). Метода грудве снега се такође заснива на томе да већ досегнути припадници циљне популације регрутују нове испитанике, али не поставља ограничење колико нових испитаника један регрутер може да укључи (6).

Чланови теренских тимова у оба града су били посебно обучени за рад на истраживању, а међу њима је било припадника циљне популације што је био кључни фактор који је допринео успостављању доброг контакта са испитаницима и успешном скринингу подобности испитаника.

Величина досегнутог узорка у Београду је 251, а у Новом Саду 253 испитаника. Због некомплетних упитника одређени број испитаника је искључен из даље анализе, тако да је финална величина узорка 246 испитаника у Београду и 250 у Новом Саду.

У оквиру овог основног узорка формиран је квалитативни подузорак, при чему се водило рачуна о RDS бројевима испитаника – о таласу и припадајућем семени, и о

процедуре регрутовања. У случају гашења семена или таласа у узорку, регрутовани су испитаници на суседном ланцу испитаника. На овај начин је обухваћено 20 испитаника и то 10 узраста од 15 до 24 године, од којих се троје изјашњавају као трансвестити, и 10 узраста 25 и више, од којих се троје изјаснило као трансвестити. Најмлађи испитаник је узраста 19 година, а најстарији 49.

2.4.1. Инструментаријум

2.4.1.1. Бихејвиорална компонента

Подаци за бихејвиоралну компоненту студије су прикупљени упитником. Упитник је развијен за ово истраживање тако да омогући добијање података за израчунавање обавезних индикатора дефинисаних Националним системом и планом за мониторинг и евалуацију одговора на HIV епидемију.

За потребе овог истраживања развијен је упитник који је имао следеће делове (од којих се сваки састоји од низа питања): демографске карактеристике испитаника, сексуално понашање са мушким партнерима, сексуална историја, комерцијални сексуални односи, сексуални односи са особама супротног пола, навике и понашање повезано са сексуалним понашањем (коришћење кондома, лубриканата, употреба психоактивних супстанци), знање и ставови о ППИ и HIV-у и коришћење превентивних служби.

Прва форма упитника је тестирана на узорку од 10 MSM и направљене су измене у складу са датим сугестијама. Наредна верзија је технички унапређена, стручни консултант је дао повратну информацију и упитник је измењен тако да буде конкретнији и прилагођен испитаницима слабије писмености. Основа за развој упитника је упитник за MSM организације *Family Health International*, представљен у "*Behavioural Surveillance Studies*" (6).

Поред овог основног упитника, с обзиром на планирано узорковање вођено испитаницима, коришћени су и упитник о мрежи (обухвата податке о величини социјалне мреже сваког испитаника и врсти контакта са његовим регрутером) и образац о неподобности испитаника (обухвата податке о разлозима за неприхватање учешћа испитаника у истраживању, односно о разлозима његовог искључивања из студије) (7).

Само питања која проверавају знање о ППИ и расположивим ДПСТ сервисима су била отвореног типа. Остала питања су била затвореног типа. Упитник је задаван писмено, са анкетарима који су били присутни да би добили информисану сагласност од испитаника, објасне начин попуњавања упитника, дају потребна додатна објашњења и одговоре на питања испитаника. За испитанике који су испуњавали критеријуме за учествовање у истраживању, али нису могли самостално да попуне упитник (на пример, зато што нису довољно писмени) анкетари су усмено задавали упитник.

2.4.1.2. Биолошка компонента

Коришћени су брзи серолошки имунохроматографски тестови, високе осетљивости и специфичности, *Human HEKSAGON* тест (Немачка), поштујући упутство произвођача. Овим тестом одређују се укупна, специфична антитела IgG, IgA и IgM класе за HIV-1 и HIV-2 у периферној крви која је узимана стерилном ланцетом из јагодице прста.

Узимање узорака, обележавање и одлагање биолошког отпада вршени су по претходно дефинисаном протоколу. Сваки материјал контаминиран крвљу испитаника, после складиштења на месту узимања материјала, транспортован је а затим и уништен у Институту за јавно здравље Србије. Биолошки отпад је уништен аутоклавирањем, по важећој процедури уништавања биолошког отпада.

2.4.1.3. Квалитативна компонента

Квалитативна компонента је спроведена само у Београду. Обзиром да је квалитативна компонента требало да буде допуна основној бихејвиоралној квантитативној анализи, Београд даје најбољи пресек различитих аспеката понашања и може нагласити трендове у понашању. За сакупљање квалитативних података коришћена је техника вођења дубинских интервјуа с испитаницима. Разговори су вођени на основу полуструктурираног упитника и трајали су у просеку око 55 минута. Са испитаницима је разговоре водила једна особа на месту које би одабирали испитаници. Испитанике су заједнички регрутовали теренски координатор и интервјуер. Разговори су снимани дигиталним диктафоном, а потом транскрибовани у вербатим формату. Подаци су даље кодирани, а кодни кључ је развијан у два наврата. Основа за кодирање је развијена пре самог истраживања, и уједно је и тематска основа упитника. Аналитички кодови су развијени накнадно у складу са категоријама и подацима сакупљеним кроз интервјуе.

2.5. Процес сакупљања података

Теренска фаза истраживања је спроведена у изнајмљеном стану, по један у сваком граду, који су служили као локације спровођења студије током фазе теренског рада. Испитаници су били обавештавани о локацији и контактима теренског тима путем купона за учествовање у истраживању које су добијали од других испитаника. Локација спровођења студије је била доступна 6 сати дневно (15–21 часова), 6 дана у недељи (од понедељка до суботе) током два месеца трајања теренског рада.

По доласку испитаника на место спровођења студије, дочекује га теренски координатор који проверава валидност купона. После тога, скринер информише потенцијалног испитаника о истраживању, проверава да ли он испуњава критеријуме за учествовање у истраживању и добија информисану сагласност. Након тога анкетари објашњавају начин попуњавања упитника и остављају испитаника да га попуни, остајући на располагању за помоћ, уколико је потребна. У следећем кораку испитаницима је понуђено ДПСТ и обављено пресаветовање, уколико се испитаник определио да жели да сазна резултат свог HIV теста. Након тога испитаник даје узорак крви. У наставку, испитаник попуњава упитник о мрежи, добија своје купоне и инструкције о томе како може да позове потенцијалне нове испитанике да учествују у истраживању и своју примарну надокнаду. У случају да испитаник није желео да сазна резултат HIV теста, ово је био крај процедуре истраживања. Уколико је испитаник желео да сазна резултат свог HIV теста, након овога је следила сесија постсаветовања. Уколико су испитаници успешно регрутовали нове испитанике, могли су да дођу по секундарну надокнаду у било ком тренутку током радног времена.

Напредак истраживања је праћен недељно и истраживачи, и у неким приликама координатори пројекта доносили су одлуке на основу података добијених праћењем.

Процедуре прикупљања података су у потпуности испоштоване, обезбеђујући поверљивост испитаницима и валидност добијених података. Током истраживања 86,1% испитаника из Београда и 95,2% испитаника из Новог Сада је желело да сазна резултат свог HIV теста.

2.6. Контрола квалитета података

У циљу гарантовања поверљивости података, сви чланови истраживачког тима обавезали су се да податке добијене путем истраживања неће злоупотребљавати, нити ће одавати поверљиве информације. Сви подаци из бихејвиоралне компоненте прола-

зили су дуплу контролу, како би се проверила логичка доследност и потпуност података, а потом достављени Институту за јавно здравље Србије на уношење и статистичку обраду. Сви упитници, као и биолошки узорци били су јасно обележени идентичним шифрама, које су пролазиле дуплу проверу.

2.7. Обрада података

Добијени подаци су анализирани коришћењем статистичког пакета SPSS. Израчунати су дескриптивни статистици за сваки индикатор и 95% интервал поверења.

Један од циљева анализирања резултата истраживања био је уочавање статистички значајних разлика вредности индикатора у оквиру различитих категорија. За сваки индикатор је било неопходно проценити да ли разлика у вредности која је добијена на узорку заиста постоји у популацији. Проверене су значајности разлика вредности индикатора појединих категорија две демографске варијабле (старост и образовање испитаника) и групе испитаника које на одређени начин проналазе партнере (преко интернета, преко личних познанстава и у клубовима) у односу на вредност индикатора на целокупном узорку. Поред рачунања 95% интервала поверења индикатора на целом узорку, израчунати су 95% интервали поузданости у подгрупама дефинисаним наведеним варијаблама. Уколико интервал поверења за вредност индикатора субпопулације нема пресек са интервалом поверења за просечну вредност индикатора, тада вредност индикатора субпопулације значајно одступа од просечне вредности индикатора.

За обраду квалитативних података коришћена је аналитичка индукција на основу претходно кодираних података. Основни кодови који су овде обрађени и представљени односе се на праксу упоребе кондома међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима.

2.8. Примена етичких принципа

Пре започињања теренског истраживања, протокол о истраживању са пратећим инструментаријумом за прикупљање података усвојен је и одобрен од стране Етичког одбора Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

Учешће у студији било је добровољно за све испитанике. Истраживање је спровођено на начин који је осигуравао поштовање и слободу избора сваког испитаника појединачно. Током тренинга за чланове тима стављен је нагласак на важност информисане сагласности, као и на процедуре и начине путем којих се обезбеђује приватност података, нарочито података који се односе на идентитет учесника и њихов серостатус, због веома високе стигматизације МСМ и особа које живе са HIV-ом (PLHIV) популације у Србији. Сви чланови истраживачких тимова су били посебно едуковани о етичким аспектима студије и обучени за приступ испитаницима са уважавањем.

Током процедуре добијања сагласности сваки испитаник је био информисан да може да одбије да одговори на било које питање, као и да одустане од даљег учешћа у било ком сегменту истраживачке процедуре. Испитаницима је речено да неће сносити било какве последице уколико одбију да учествују у студији, као и да у том случају неће добити надокнаду за учешће.

Сваки испитаник је потписао изјаву о сагласности за учествовање у студији. За малолетна лица био је потребан и потпис родитеља, односно старатеља. Сваки испитаник је био информисан о сврси истраживања, начину на који ће се подаци користити и поверљивости.

Сваки испитаник је добио списак са именима, адресама и врстама услуга које пружају релевантне организације, обухватајући државне и невладине организације, укључујући и ДПСТ услуге.

Нарочит нагласак је стављен на одржавање поверљивости за оне испитанике који су се одлучили да сазнају свој HIV статус. За ове испитанике, саветовање је вршено у складу са правилима дефинисаним у националном Водичу за ДПСТ на HIV (5).

Сви учесници којима је саопштен позитиван резултат тестирања на HIV су упућивани у Завод за јавно здравље Београда на потврдни тест. Свима њима је понуђено и многи су се вратили на додатно саветовање са интервјуерима/саветницима на месту истраживања.

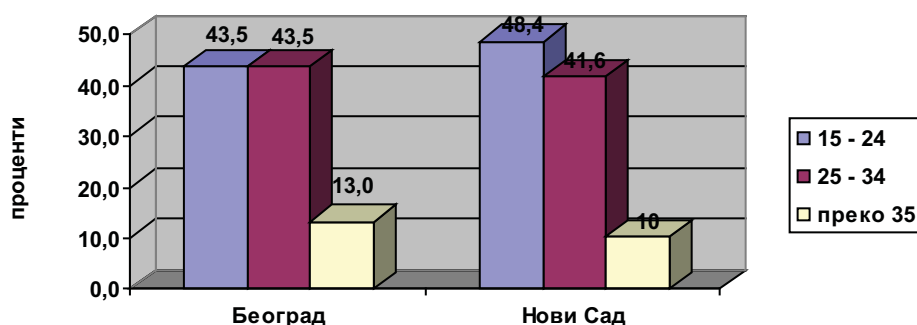
2.9. Резултати

2.9.1. Демографска структура циљне групе

2.9.1.1. Структура узорка према старости

Највећи део обухваћених припадника MSM популације је старости 15–34 године.

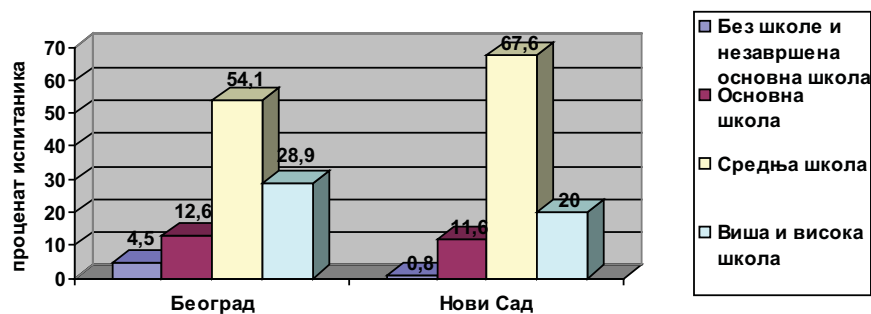
Графикон 1. Структура узорка према старосним категоријама



2.9.1.2. Структура узорка према образовању

Највећи број испитаних MSM имају завршено средње образовање, али је у узорку значајан број испитаника са вишим и високим образовањем.

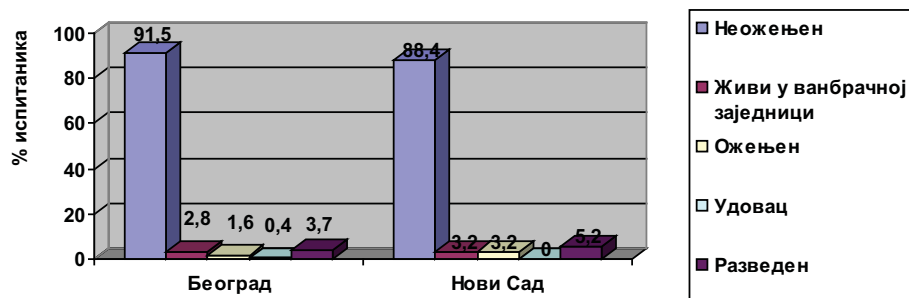
Графикон 2. Структура узорка према образовању



2.9.1.3. Структура узорка према брачном статусу

Брачни статус испитаника (са супротним полом) је приказан графиконом. Највећи број испитаника је неожењен.

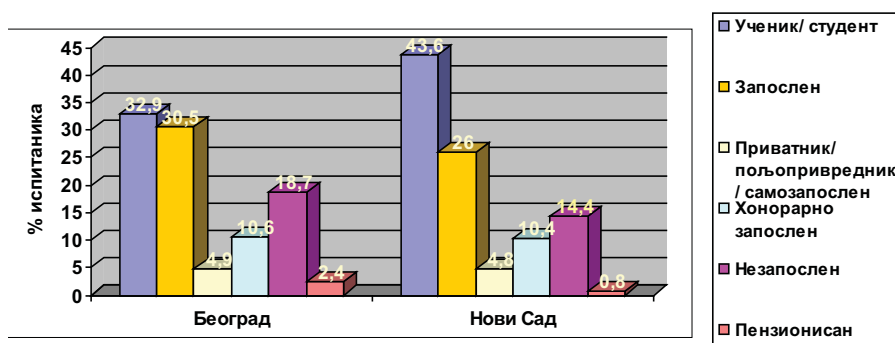
Графикон 3. Брачни статус испитаника



2.9.1.4. Структура узорка према радном статусу

У односу на радни статус две највеће категорије су особе на школовању и запослени, затим незапослени и хонорарно запослени.

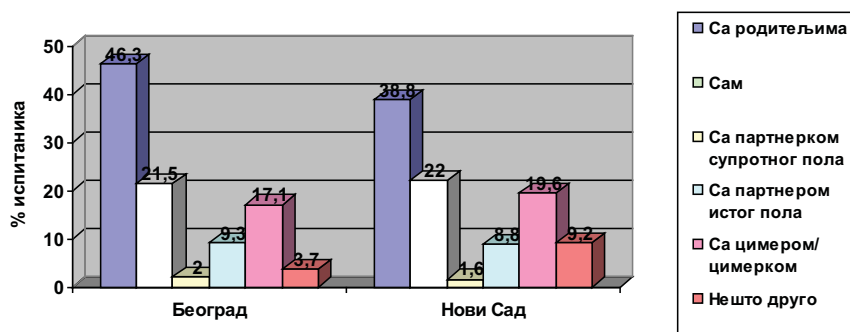
Графикон 4. Структура узорка према радном статусу



2.9.1.5. Структура узорка према заједничком животу

Највећи део испитаних МСМ живе са родитељима, што је разумљиво с обзиром на просечну старост испитаника.

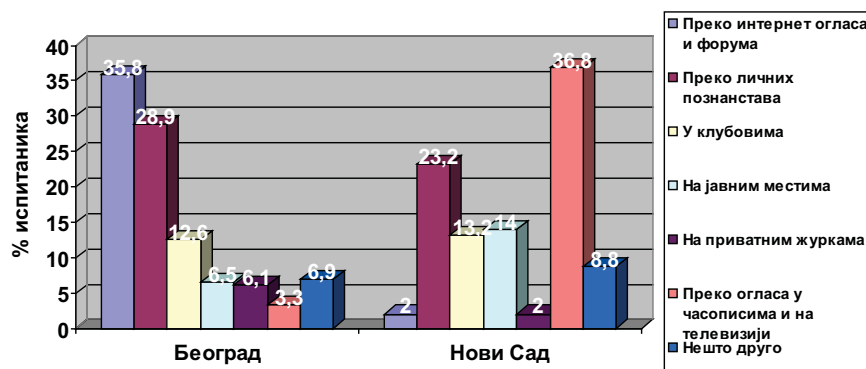
Графикон 5. Структура узорка према заједничком животу



2.9.1.6. Структура узорка према уобичајеном начину налажења партнера

Имајући у виду да се субпопулације МСМ особа дефинишу према уобичајеном налажењу партнера, ова карактеристика је једна од најбитнијих у описивању дела МСМ популације досегнутог овим истраживањем.

Графикон 6. Структура узорка у односу на уобичајени начин налажења партнера



У Београду нема значајних разлика у начину проналажења партнера према старости. Испитаници са завршеном највише основном школом значајно мање партнере налазе преко интернета (12,9%), а значајно више на јавним местима (35,5%). Испитаници са средњом школом значајно мање налазе партнере на јавним местима (0,8%). Испитаници са вишом и високом стручном спремом значајно мање налазе партнере на јавним местима (0%), а значајно више од просека преко интернета (57,7%). У Новом Саду нема значајних одступања у начину налажења партнера у односу на старост и образовање.

Као што се може видети, у узорку су највише заступљене три категорије МСМ, према најчешћем начину налажења партнера: они који их налазе преко личних познанстава, преко интернета и у клубовима. Стога, може се рећи да се резултати овог истраживања највише односе на ове категорије МСМ, док је за досезање осталих категорија потребно применити другачије методе узорковања, зато што су скривене и имају слабе социјалне контакте са другим припадницима МСМ популације. Ипак, треба узети у обзир да су испитаници приликом одговарања на ово питање имали могућност да заокруже само један од понуђених одговора, који највише одговара начину на који они најчешће налазе партнера, а да највећи број испитаника повремено налази партнере и на друге начине. Због малог броја испитаника који партнера најчешће проналазе на одређене начине, било је немогуће одредити статистичку значајност одступања вредности индикатора код ових категорија у односу на вредност индикатора на целом узорку. Стога, проверавање статистичке значајности вредности индикатора у зависности од начина проналажења партнера се односи само на три категорије (у оба града) са довољно великим бројем испитаника: испитаници који партнере налазе преко интернета, у клубовима и преко личних познанстава. У Новом Саду је у анализу била укључена и категорија испитаника који партнере најчешће налазе на приватним журкама. Такође, може се рећи да се добијени налази овог истраживања највише и односе на ове популације, односно МСМ који су отворенији у показивању своје сексуалне оријентације и видљивији.

2.9.1.7. Коришћење интернета

Готово три четвртине (72,4% испитаника у Београду и 73,6% у Новом Саду) испитаника користи интернет. Испитаници који партнере најчешће налазе преко интернета значајно више користе интернет (95,5% у Београду и 94,8% у Новом Саду). У Београду, интернет значајно више од просека користе високо образовани испитаници (90,1%), а значајно мање испитаници који имају завршену највише основну школу (35,5%).

Уколико у анализу узмемо само испитанике који користе интернет, просечан број сати коришћења недељно је 20,5 у Београду и 19,7 у Новом Саду, без значајних одступања у односу на узраст, образовање или начин проналажења партнера.

2.9.2. Национални индикатори

2.9.2.1. Индикатор ИМП1А (МСМ): Преваленција HIV инфекције у дефинисаној популацији високог ризика (МСМ). У Београду 6,1% испитаних МСМ је инфицирано HIV-ом. Не постоје значајне разлике у односу на старосне категорије, образовање и начин проналажења партнера. У Новом Саду 2,4% испитаних МСМ је инфицирано HIV-ом. Нема статистички значајних разлика према узрасту. Значајно је мање (0%) инфицираних међу испитаницима са завршеном само основном школом. У односу на начин проналажења партнера, значајно је мање инфицираних (0% за обе категорије) међу МСМ који партнере налазе преко интернета и на приватним журкама.

2.9.2.2. Индикатор ИМП4: % МСМ који су користили кондом током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером. У Београду 67,1% испитаних МСМ је пријавило употребу кондома током последњег аналног односа са мушким партнером, у Новом Саду 58,4%. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.2.3. Индикатор ИМП5: % припадника дефинисаних популационих група са повећаним ризиком који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ово је композитни индикатор који од испитаника захтева да тачно одговоре на пет узастопних питања о начинима трансмисије HIV-а и протективном понашању. У Београду је 66,3% испитаних МСМ испунило услове дефинисане овим индикатором. Не постоје значајна одступања међу различитим старосним групама. МСМ са завршеном само основном школом значајно мање имају знања о HIV-у (32,1%). Међу МСМ који партнере углавном проналазе преко интернета овај проценат је значајно већи (81,8%). У Новом Саду 59,0% испитаних МСМ је испунило услове дефинисане овим индикатором. Не постоје значајна одступања међу различитим старосним и образовним групама. У погледу начина проналажења партнера, међу МСМ који партнере проналазе у клубовима значајно је мање оних који имају основно знање о HIV-у (33,3%).

2.9.2.4. Индикатор ИМП11: % припадника дефинисаних популационих група са повећаним ризиком обухваћених превентивним програмима. Овај индикатор подразумева да испитаник уме да наведе једно место у граду где може урадити поверљив тест на HIV и да је током последњих 12 месеци добио бесплатне кондоме у неком од превентивних програма (од теренских радника, вршњачких едукатора, у саветовалиштима за тестирање на HIV или у здравственим установама). Рачунато је да је испитаник досегнут превентивним програмима ако је знао да наведе једно од ДПСТ саветовалишта у Београду/Новом Саду и ако је одговорио позитивно на друго питање. У Београду је 13,4% МСМ досегнуто превентивним програмима, а у Новом Саду 7,2%. Нема ста-

статистички значајних разлика у односу на узраст, образовање или начин проналажења партнера.

2.9.2.5. Индикатор ИМП12: % припадника дефинисних популационих група са повећаним ризиком који су се тестирали на HIV у протеклих 12 месеци и који знају резултат тестирања. У Београду 31,3% испитаних MSM је пријавило да се тестирало у последњих 12 месеци и сазнало резултат теста. Нема статистички значајних разлика према старости, образовању и начину проналажења партнера. У Новом Саду је 16,0% MSM испитаника пријавило да се тестирало у последњих 12 месеци и сазнало резултат теста. Нема статистички значајних разлика у односу на узраст испитаника и начин налажења партнера. У односу на степен образовања, испитаници са нижим образовањем су се у значајно мањем проценту тестирали на HIV (3,4%). У односу на Београд у Новом Саду је значајно мање испитаника пријавило да је урадило тест на HIV.

2.9.3. Сексуални односи са мушким партнерима

2.9.3.1. Процент MSM који има сталног мушког партнера са којим има аналне сексуалне односе

Близу половине MSM испитаника има сталног мушког партнера са којим има аналне сексуалне односе – 48,4% у Београду, а у Новом Саду 51,2%. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање, нити начин проналажења партнера.

2.9.3.2. Процент MSM који су пријавили конзистентну употребу кондома приликом аналног сексуалног односа са сталним мушким сексуалним партнерима

Мање од трећине (31,1%) испитаника из Београда који имају сталног партнера је пријавило конзистентну употребу кондома приликом аналног сексуалног односа са сталним мушким партнерима. У Новом Саду исти одговор је дало 20,3% испитаника. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.3.3. Процент MSM који су пријавили конзистентну употребу кондома са повременим мушким сексуалним партнерима

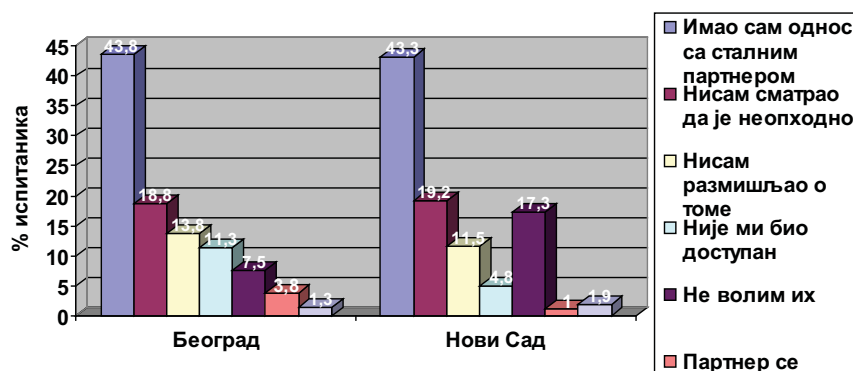
Од укупног броја испитаника који су имали повремениог партнера (особа са којом имају сексуалне односе, али нису у емотивном односу) у последњих 12 месеци, 57,9% је пријавило конзистентну употребу кондома у Београду, а 45,1% у Новом Саду. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

Подаци из квалитативног истраживања указују на недоследност у пракси испитаника везаној за коришћење кондома са повременим сексуалним партнерима. Поред свести о томе да кондом при сексуалном односу са повременим, мање познатим или потпуно непознатим партнерима треба користити, није ретко да се у пракси не поступа у складу са овим знањем. На коначну одлуку о употреби кондома утиче низ ситуационих фактора: употреба ПАС, поседовање кондома, привлачност партнера, тренутна процена ризичности односа без употребе кондома и врста сексуалног контакта која се реализује.

2.9.3.4. Разлог некоришћења кондома приликом последњег аналног сексуалног односа

Као индикатор ИМП4 већ је наведен проценат MSM који су користили кондом током последњег аналног сексуалног односа. На графикону су представљени разлози које су испитаници одабрали као одговор на питање зашто није коришћен кондом.

Графикон 7. Разлози некористишења кондома приликом последњег аналног сексуалног односа



Као што се може видети, највећи број испитаника наводи односе са сталним партнером као разлог некористишења кондома. Близу петине испитаника није сматрало да је неопходно користити кондом. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

Подаци добијени квалитативним истраживањем указују да највећи утицај на одлуку да се приликом појединачног односа употреби кондом има тип партнера и врста сексуалног односа (орални или анални). Испитаници су издвојили три типа партнера: сталне, нерегуларне и комерцијалне partnere. Најчешће се са сталним партнером кондом користи само на почетку везе, а након стварања емотивне везе и поверења се престаје са употребом. Критеријуми за то шта је стални партнер су индивидуални, нејасно дефинисани (најчешће као мешавина субјективне процене дуже везе, поверења, верности, заљубљености) и недоследни у примени.

2.9.3.5. Процент МСМ који су имали оралне сексуалне односе у последњих 12 месеци

Оралне сексуалне односе у последњих 12 месеци је имало 96,3% испитаних МСМ из Београда. Нема статистички значајних разлика према старости и начину проналажења партнера. Значајно више (100%) су имали оралне сексуалне односе испитаница са вишом и високом школом. У Новом Саду је 85,6% испитаника имало оралне сексуалне односе у последњих 12 месеци. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и образовање испитаника. Испитаници који partnere налазе преко интернета су значајно више у последњих 12 месеци упражњавали орални сексуални однос (96,6%).

2.9.3.6. Процент МСМ који су пријавили конзистентну употребу кондома при оралном сексу са мушким партнером у последњих 12 месеци

Конзистентну употребу кондома при оралним сексуалним односима са мушким партнером у последњих 12 месеци је пријавило 13,9% испитаника из Београда и 11,7% из Новог Сада. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

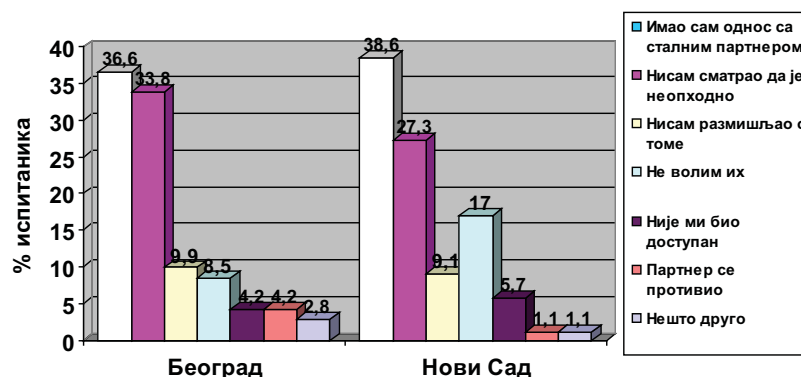
2.9.3.7. Процент МСМ који су користили кондом приликом последњег оралног сексуалног контакта са мушким партнером

Користишење кондома приликом последњег оралног сексуалног односа са мушким партнером је пријавило 23,2% испитаника у Београду. Нема значајних одступања у

односу на старост и образовање. Везано за начин проналажења партнера, овај проценат је значајно мањи (9,2%) међу МСМ који партнера проналазе преко интернета. Коришћење кондома приликом последњег оралног сексуалног односа са мушким партнером је у Новом Саду пријавило 20,6% испитаника. Нема значајних одступања у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.3.8. Разлог некоришћења кондома приликом последњег оралног сексуалног односа

Графикон 8. Разлози некоришћења кондома приликом последњег оралног сексуалног односа



Као што се може видети, највећи број испитаника наводи односе са сталним партнером као разлог некоришћења кондома. Међу испитаницима из Београда нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера. У новосадском узорку не постоји статистички значајна разлика у разлозима некоришћења кондома у односу на старост и образовање испитаника. Значајно мање испитаника (0%) који партнера најчешће налазе у клубовима као разлог наводи да им кондом није био доступан.

Подаци из квалитативног истраживања показују да се сматра да употреба кондома при било ком сексуалном контакту умањује задовољство. Сам орални контакт се, притом, схвата као безбедан у односу на озбиљне инфекције као што је HIV, а изостајање кондома је прихватљиво зарад више задовољства.

2.9.4. Сексуална историја, број и типови партнера

2.9.4.1. Аритметичка средина и медијана узраста ступања МСМ у први сексуални однос са мушкарцем

Аритметичка средина узраста ступања испитаних МСМ у први сексуални однос са мушкарцем је 18 година у Београду, а 19,3 у Новом Саду (медијана 18,0, односно 19,0). Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

Прва сексуална искуства испитаници који су учествовали у квалитативном истраживању најчешће наводе као ситуације у којима су о употреби кондома у већој мери одлучивали партнери. Поред тога, први партнери у многоме утичу на формирање индивидуалне праксе у односу на будућу употребу кондома.

2.9.4.2. Аритметичка средина и медијана узраста ступања МСМ у први анални сексуални однос са мушкарцем

Аритметичка средина узраста ступања испитаних МСМ у први анални сексуални однос са мушкарцем је 19,4 године у Београду, а у Новом Саду 20,4 (медијана 19,0, односно 20,0). Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.4.3. Процент МСМ који су имали сексуални однос са мушкарцем пре 15. године

Пре 15. године 21,5% испитаних МСМ из Београда је имало први сексуални однос са мушкарцем, а 8% испитаних из Новог Сада. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.4.4. Процент МСМ који су имали први сексуални однос пре 18. године

Први сексуални однос са мушкарцем пре 18. године је имало 46,3% испитаних МСМ из Београда и 32,8% испитаника из Новог Сада. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и начин проналажења партнера. Међу МСМ са завршеном само основном школом овај проценат је значајно већи (71,0% у Београду и 62,1% у Новом Саду).

2.9.4.5. Процент МСМ који су имали први анални сексуални однос са мушкарцем пре 15. године

Први анални секс са мушкарцем је имало 10,2% испитаних МСМ из Београда пре 15. године. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера. У новосадском узорку 3,2% испитаника је имало први анални сексуални однос са мушкарцем пре 15. године. Значајно мањи проценат (0% за обе категорије) је међу испитаницима старијим од 35 година и међу испитаницима који партнере налазе на приватним журкама.

2.9.4.6. Процент МСМ који су имали први анални сексуални однос пре 18. године

Први анални сексуални однос са мушкарцем пре 18. године је имало 32,5% испитаних МСМ из Београда. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и начин проналажења партнера. Међу испитаним МСМ са завршеном само основном школом овај проценат је значајно већи (64,5%), а међу МСМ са завршеном вишом и високом школом он је значајно мањи (15,5%). Први анални сексуални однос са мушкарцем пре 18. године је имало 24,4% испитаних МСМ из Новог Сада. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и начин проналажења партнера. Међу испитаницима са завршеном само основном школом овај проценат је значајно већи (55,2%).

2.9.4.7. Просечан број мушких полних партнера у последњих 12 месеци са којима је остварен анални сексуални однос

Аритметичка средина броја мушких партнера са којима су имали анални сексуални однос у последњих 12 месеци је 8,5 у Београду и 3,2 у Новом Саду (медијана је 3,0 односно 2,0). Нема значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера. Табела приказује проценте испитаника који су имали одређени број мушких партнера са којима су имали анални однос у последњих 12 месеци.

Табела 1. Проценти испитаника који су имали одређени број партнера за 12 месеци

Број партнера у последњих 12 месеци	Београд		Нови Сад	
	% испитаника	Кумулативни %	% испитаника	Кумулативни %
1	21,1	21,1	32,8	32,8
2–6	55,7	76,8	57,6	90,4
7–12	13,0	89,8	6,8	97,2
13–24	4,1	93,9	2,8	100,0
Преко 24	6,1	100,0	0	100,0
Укупно	100,0		100,0	

Као што се може видети, три четвртине (76,8%) испитаника у Београду и 90,4% у Новом Саду је имало до 6 партнера у последњих 12 месеци. Поред тога, постоји значајан део испитаника који имају релативно много партнера, посебно у београдском узорку.

У квалитативном истраживању, разлози за мењање партнера код једног дела МСМ популације су разнолики и иду од тога да је то родно условљено нормативно понашање (да мушкарац има што више сексуалних партнера), преко тајних превара (услед дејства узајамне сексуалне привлачности), до тога да је постоје отворене везе где партнери имају договор о слободном ступању у сексуалне односе са различитим партнерима.

2.9.4.8. Просечан број мушких полних партнера у последњих 12 месеци са којима је остварен анални сексуални однос, где је испитаник био пасивни партнер

Аритметичка средина броја мушких партнера са којим су испитаници из Београда имали анални сексуални однос у последњих 12 месеци, а где су били пасивни партнери, је 5,3, а у новосадском узорку је 1,6 (медијана 2,0 односно 1,0). Нема значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.5. Комерцијални сексуални односи са мушким партнерима

2.9.5.1. Процент МСМ који је икад куповао сексуалне услуге

Веома мали број испитаних МСМ у овом истраживању је икада куповао сексуалне услуге: 3,3% у Београду и 3,6% у Новом Саду. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и образовање. У оба града испитани МСМ који партнере налазе у клубовима су значајно мање куповали сексуалне услуге (0%).

2.9.5.2. Процент МСМ који је икад продавао сексуалне услуге

Значајно већи број испитаних МСМ из Београда је икада продавао сексуалне услуге: 14,6%. Нема статистички значајних разлика у односу на старост. У односу на образовање, овај проценат је значајно већи међу испитаницима који имају завршену само основну школу (51,6%), а значајно мањи међу испитаницима са завршеном вишом и високом школом (4,2%). Испитани МСМ који партнере налазе преко интернета су значајно мање продавали сексуалне услуге (2,3%). У Новом Саду 7,6% испитаних је икада продавало сексуалне услуге. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање испитаника и у односу на начин проналажења партнера.

2.9.5.3. Процент МСМ који је куповао сексуалне услуге у последњих 12 месеци

Такође, веома мали број МСМ у овом истраживању је куповао сексуалне услуге у последњих 12 месеци: 2,0% у београдском узорку. Овај проценат је значајно мањи

међу испитаницима старијим од 35 година, међу испитаницима са вишим и високим образовањем и онима који партнера најчешће налазе у клубовима (0%, за све три категорије). Само 1 испитаник (0,4%) из новосадског узорка је куповао сексуалне услуге у последњих 12 месеци. С обзиром да је у питању свега 1 испитаник од 250 досегнутих, није могуће испитивати значајност разлика унутар категорија демографских варијабли.

2.9.5.4. Процент МСМ који је продавао сексуалне услуге у последњих 12 месеци

Сваки десети испитаник из Београда је продавао сексуалне услуге у последњих 12 месеци: 9,3%. Нема значајних разлика у односу на старост испитаника. Овај проценат је значајно већи међу испитаницима са завршеном основном школом (35,5%), а значајно мањи међу испитаницима са завршеном вишом и високом школом (1,4%). Такође, значајно мање испитаника који партнера најчешће налазе преко интернета је продавало сексуалне услуге у последњих 12 месеци (0%). У последњих 12 месеци је 4,8% испитаника из Новог Сада продавало сексуалне услуге. Нема статистички значајних разлика у односу на старост испитаника и начин проналажења партнера. Сексуалне услуге су значајно мање продавали испитаници са вишим и високим образовањем (0%).

2.9.5.5. Процент МСМ који су имали анални комерцијални однос у последњих 12 месеци

Међу испитаним МСМ који су икада имали комерцијални сексуални однос (продавали или куповали), у последњих 12 месеци анални однос је имало 41,0% испитаника из Београда и 30,4% испитаника из Новог Сада. Због укупног релативно малог броја испитаника у овој категорији није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.5.6. Процент МСМ који су пријавили конзистентну употребу кондома са комерцијалним сексуалним партнером у последњих 12 месеци

Међу МСМ који су имали комерцијални сексуални однос (продавали или куповали), конзистентну употребу кондома са комерцијалним сексуалним партнерима у последњих 12 месеци је пријавило 36,0% испитаника из Београда и 2 од 12 испитаника из Новог Сада. Због укупно релативно малог броја испитаника у овој категорији није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.5.7. Процент МСМ који су користили кондом приликом последњег аналног комерцијалног односа

Међу МСМ који су имали комерцијални сексуални однос (продавали или куповали) у последњих 12 месеци, употребу кондома са комерцијалним сексуалним партнером током последњег аналног односа је пријавило 52,0% испитаника из Београда и 3 од 12 испитаника из Новог Сада. Због укупног релативно малог броја испитаника у овој категорији није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.5.8. Разлози некоришћења кондома са комерцијалним партнерима

Због веома малог броја испитаника у овој категорији није могуће категорисати разлоге које су испитаници одабрали као одговор на питање зашто није коришћен кондом приликом последњег аналног комерцијалног сексуалног односа.

2.9.6. Историја сексуалних односа: сексуални односи са женама

2.9.6.1. Процент МСМ који је имао пенетрантни однос са женским партнером у последњих 12 месеци

Приближно сваки пети (22,4%) испитани МСМ из Београда и сваки трећи из Новог Сада (31,6%) је имао пенетрантни сексуални однос са женским партнером у последњих 12 месеци. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

2.9.6.2. Процент МСМ који су пријавили конзистентну употребу кондома приликом пенетрантног сексуалног односа са женом у последњих 12 месеци

43,6% испитаних МСМ из Београда и 31,6% из Новог Сада који су имали сексуалне односе са женом је пријавио конзистентну употребу кондома приликом пенетрантног сексуалног односа са женом у последњих 12 месеци. Због укупног релативно малог броја испитаника није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.6.3. Процент МСМ који су користили кондом приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са женом

Употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са женом пријавило је 60,0% испитаних МСМ из Београда и 55,7% из Новог Сада. Због укупног релативно малог броја испитаника у овој категорији није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.7. Ризични и протективни облици понашања повезани са сексуалним активностима

2.9.7.1. Начини набавке кондома у последњих 12 месеци

Табела приказује наведене начине набавке кондома у последњих 12 месеци. Пошто су испитаници могли да одаберу више од једног понуђеног одговора (тако да наведу све начине на које су набављали кондоме), укупан збир процената је већи од 100.

Табела 2. Начини набавке кондома у последњих 12 месеци

	% испитаника, Београд	% испитаника, Нови Сад
Куповина у продавници или киоску	54,1	54,0
Куповина у апотеци	50,8	64,0
Од сексуалних партнера или пријатеља	33,7	27,2
Од теренских радника	16,3	11,2
Нисам набављао	6,1	7,6
У здравственим установама	6,1	4,0
Куповина у sex shop-у	4,1	3,6
У ДПСТ саветовалишту	1,2	0,8
Нешто друго	1,6	0,8

У београдском узорку нема значајних разлика у начину набављања кондома у односу на образовање. Најстарији испитаници и испитаници који најчешће проналазе партнера у клубовима значајно мање (0%, за обе категорија) кондоме набављају у sex shop-овима. Поред тога, испитаници који партнера најчешће налазе у клубовима значајно мање (0%) набављају кондоме у здравственим установама. У новосадском узор-

ку испитаници из старосне категорије 24–35 година значајно мање (0%) набављају кондоме у здравственим установама. Нема значајних разлика у односу на образовање. Испитаници који партнера најчешће налазе на приватним журкама значајно мање (0%) кондоме набављају у sex shop-овима и од сексуалних партнера и пријатеља (8,6%).

2.9.7.2. Процент МСМ који је чуо за лубриканте

Највећи део испитаних МСМ је чуо за лубриканте који се користе током сексуалног односа: 91,9% испитаника из Београда и 93,2% из Новог Сада. У београдском узорку нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање, нити начин проналажења партнера. У новосадском узорку нема значајних разлика у односу на старост и образовање, а међу испитаницима који партнере најчешће налазе преко интернета је значајно више (100%) оних који су чули за лубриканте.

2.9.7.3. Процент МСМ који су пријавили конзистентну употребу лубриканата приликом аналних сексуалних односа током последњих 12 месеци

Приближно сваки четврти (23,5%) испитани МСМ из Београда и 16,3% испитаника из Новог Сада је пријавио конзистентну употребу лубриканата приликом аналних сексуалних односа са мушким партнером у последњих 12 месеци. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

2.9.7.4. Процент МСМ који су користили лубриканте при последњем аналном сексуалном односу

Од укупног броја испитаних МСМ који су користили лубриканте током последњих 12 месеци 70,2% из Београда и 64,4% из Новог Сада је користило лубрикант приликом последњег аналног сексуалног односа. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање, нити начин проналажења партнера.

2.9.7.5. Разлози некористишења лубриканата приликом последњег аналног сексуалног односа

Табела представља разлоге које су испитаници одабрали као одговор на питање зашто није коришћен лубрикант приликом последњег аналног сексуалног односа са мушкарцем.

Табела 3. Разлози некористишења лубриканта при последњем аналном односу са мушкарцем

	% испитаника, Београд	% испитаника, Нови Сад
Нисам сматрао да је неопходно	39,3	47,2
Нисам размишљао о томе	26,2	25,0
Није ми био доступан	21,3	13,9
Нешто друго	4,9	2,8
Партнер се противио	3,3	1,4
Не волим их	3,3	8,3
Прескупо	1,6	1,4
Укупно	100,0	100,0

Због укупног релативно малог броја испитаника који нису користили лубрикант приликом последњег односа, није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.7.6. Коришћене врсте лубриканата

Проценти МСМ који користе одређену врсту лубриканата су наведени у табели. Пошто су испитаници могли да одаберу више од једног понуђеног одговора (тако да наведу све лубриканте које уобичајено користе), укупан збир процената је већи од 100.

Табела 4. Коришћене врсте лубриканата

	% испитаника, Београд	% испитаника, Нови Сад
Лубриканти на бази воде	51,7	32,2
Маст, крема, млеко за тело	29,3	34,7
Пљувачка	22,4	22,8
Вазелин	14,	34,7
Уље за бебе	12,2	21,3
Глицерин	5,9	3,5
Не зна	7,3	6,4
Нешто друго	5,4	3,0

Нема статистички значајних разлика у коришћењу одређене врсте лубриканата у односу на старост, образовање, нити начин проналажења партнера у оба града. Испитаници из Београда значајно више користе лубриканте на бази воде од испитаника из Новог Сада, који значајно више користе вазелин.

2.9.7.7. Начини набавке лубриканата у последњих 12 месеци

Табела приказује наведене начине набавке лубриканата у последњих 12 месеци. Пошто су испитаници могли да одаберу више од једног понуђеног одговора (тако да наведу све начине на које су набављали кондоме), укупан збир процената је већи од 100.

Табела 5. Начини набављања лубриканата у последњих 12 месеци

	% испитаника, Београд	% испитаника, Нови Сад
Од сексуалних партнера или пријатеља	41,0	42,1
Куповина у апотеци	39,5	43,1
Куповина у sex shop-у	19,0	18,3
Од теренских радника	9,8	2,5
Нисам набављао	8,8	9,9
У ДПСТ саветовалишту	2,4	1,0
У здравственим установама	1,0	2,0
Нешто друго	2,9	4,0

У београдском узорку нема значајних разлика у односу на старост и образовање. Испитаници који партнера најчешће налазе преко интернета значајно мање набављају лубриканте преко ДПСТ саветовалишта (0%). У новосадском узорку нема значајних разлика у односу на старост и образовање, док испитаници који партнере најчешће налазе преко личних познанстава значајно мање (0%) лубриканте набављају од вршњачких едукатора и НВО. Значајно мање испитаника из Новог Сада набавља лубриканте од вршњачких едукатора и НВО у односу на испитане МСМ из Београда.

2.9.7.8. Процент МСМ који знају да се лубриканти на бази уља не смеју користити уз кондом

Од укупног броја испитаника који су чули за HIV, само две петине (40,8% у Београду и 39,4% у Новом Саду) зна да се лубриканти на бази уља не смеју користити уз кондом, јер повећавају вероватноћу да кондом пукне и да особа буде изложена могућој инфекцији. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

2.9.7.9. Процент МСМ који су имали сексуални однос под утицајем алкохола са мушким партнером у последњих 12 месеци

Значајан део испитаних МСМ је у последњих 12 месеци имао сексуални однос са мушким партнером под утицајем алкохола: 41,9% у београдском узорку и 56,0% у новосадском узорку, а разлика је статистички значајна. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

2.9.7.10. Процент МСМ који су користили кондом при последњем сексуалном односу у алкохолисаном стању

Од укупног броја испитаника који су имали сексуалне односе под утицајем алкохола, три петине је користило кондом приликом последњег односа, 63,1% у Београду и нешто мање од половине у Новом Саду, 47,9%. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера. Овај проценат није значајно мањи од процента испитаника који су користили кондом приликом последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером.

2.9.7.11. Процент МСМ који је пробао или користи психоактивне супстанце

Више од две трећине испитаних МСМ особа је пријавило да је пробало или трепутно користи нелегалне психоактивне супстанце: 69,5% у Београду и 68,8% у Новом Саду. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање нити начин проналажења партнера.

2.9.7.12. Најчешће употребљаване врсте нелегалних психоактивних супстанци

У табели су приказане најчешће употребљаване врсте нелегалних психоактивних супстанци и учесталост њиховог коришћења међу испитаним припадницима МСМ популације.

Табела 6. Процент МСМ који користи наведене ПАС одређеном учесталошћу

	Никад		Узима повремено		Узима свакодневно	
	Београд	Нови Сад	Београд	Нови Сад	Београд	Нови Сад
Инхалати	78,0	86,4	6,9	0,8	0	0
Таблете (без препоруке лекара)	74,8	70,0	5,3	6,0	0	0
Марихуана	43,5	34,8	25,6	2,0	2,0	5,6
Хашиш	79,7	68,4	6,1	9,2	0,4	1,2
Метамфетамин	73,2	66,0	6,9	9,2	0	0
Кокаин	82,1	79,2	5,3	5,6	0	0
Хероин	89,4	82,8	3,7	4,4	0,4	0,4

Нема значајних разлика у учесталости коришћења одређених категорија ПАС између испитаника из Београда и Новог Сада. Као што се може видети, већину наведених ПАС је пробао приближно сваки пети испитани МСМ. Највећи проценат МСМ је пробао марихуану, а најмањи хероин. Сваки четврти испитаник повремено користи

марихуану. У београдском узорку марихуану свакодневно користи 2,0%, а значајно мање испитаника средње и најстарије узрасне групе, испитаника са вишом и високом школом, и испитаника који партнера налазе преко интернета и у клубовима (0% за све наведене категорије). Испитаници из најстарије категорије (преко 35 година) такође у значајно мањем проценту (0%) повремено користе метамфетамин, а значајно већи проценат испитаника из ове категорије никада није пробао метамфетамин (90,6%). Испитаници који партнере најчешће налазе у клубовима у значајно мањем проценту (0%) повремено користе хашиш и кокаин. Хероин значајно мање (0% за све категорије) повремено користе испитаници са вишим и високим образовањем, као и они који партнере налазе преко интернета и у клубовима. Остале разлике нису статистички значајне. У новосадском узорку нема значајних разлика у односу на старост и образовање. Испитаници који партнера најчешће налазе преко интернета су у значајно мањем проценту (84,5%) пробали метамфетамин.

2.9.7.13. Процент МСМ који су икад убризгали дрогу

Процент МСМ који су икад убризгали дрогу је 5,7% испитаних из Београда и 7,2% из Новог Сада. У београдском узорку овај проценат је значајно мањи међу испитаницима који партнере обично налазе у клубовима. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и образовање. У новосадском узорку нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.7.14. Просечан узраст првог убризгавања дроге

Аритметичка средина узраста првог убризгавања дроге је 20,5 година у Београду и 20,4 у Новом Саду (медијана 20,0 у оба града). Због укупног релативно малог броја испитаника који су икада убризгавали дрогу није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.7.15. Процент МСМ који су убризгали дрогу путем шприца у последњих 1, 6, 12 месеци

Број испитаника који су пријавили да су икада себи убризгавали дрогу је релативно мали и стога нису рачунати проценти испитаника који су убризгавали дрогу у последњих 1, 6 и 12 месеци. Пре више од 12 месеци дрогу је убризгавало 4 од 14 испитаника који су икада убризгавали дрогу у Београду и 8 од 18 у Новом Саду. Пре више од 6, али мање од 12 месеци дрогу је убризгавало 2 од 14 испитаника у Београду и ниједан у Новом Саду. Пре више од месец дана, али мање од 6 месеци дрогу није убризгао ниједан испитаник из Београда и 4 од 18 испитаника из Новог Сада. У последњих месец дана дрогу је убризгавало 8 од 14 испитаника у Београду и 6 од 18 у Новом Саду. Због укупног релативно малог броја испитаника који су икада убризгавали дрогу није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.7.16. Процент МСМ који је размењивао прибор за убризгавање дрога са другим особама последњих 12 месеци

Од 10 испитаника који су убризгали дрогу у последњих 12 месеци ниједан није размењивао прибор за убризгавање са другим особама. Подаци за Београд и Нови Сад су исти. Због укупног релативно малог броја испитаника који су икада убризгавали дрогу није могла бити рачуната статистичка значајност разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.8. Полно преносиве инфекције

2.9.8.1. Процент МСМ који су чули за ППИ

Највећи део МСМ је чуо за сексуално преносиве инфекције: 95,5% у београдском узорку. Нема статистички значајних разлика у односу на образовање, нити начин проналажења партнера. Међу старијим испитаницима (преко 35 година) значајно је већи број оних који су чули за ППИ (100%). У новосадском узорку за сексуално преносиве инфекције чуло је 97,6% испитаника. Нема статистички значајне разлике у односу на старост. Испитаници са завршеном највише основном школом су у значајно већем проценту чули за ППИ (100%). У односу на начин проналажења партнера испитаници који партнера проналазе путем интернета су у већем проценту наводили да су чули за ППИ (100%).

2.9.8.2. Процент МСМ правилно идентификују симптоме ППИ

Међу испитаницима који су чули за ППИ, приближно трећина уме да наведе два тачна симптома ППИ: 36,2% у Београду и 35,2% у Новом Саду. Ово питање је било питање репродукције, односно отвореног типа, где испитаницима нису били понуђени одговори, већ су они морали сами да их наведу. Као тачни одговори су признавана било која два наведена симптома ППИ, укључујући и симптоме примарне инфекције ННВ-ом. Нема статистички значајних разлика у односу на старост и начин проналажења партнера. Међу испитаницима са завршеном само основном школом значајно је мање оних који умеју да наведу два тачна симптома ППИ (13,8% у Београду и 6,9% у Новом Саду).

2.9.8.3. Процент МСМ који погрешно идентификују симптоме ППИ

Од укупног броја МСМ који су чули за ППИ и упитани да наведу симптоме ППИ које познају, сваки 10 је навео погрешне симптоме: 12,8% у Београду и 9,8% у Новом Саду. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање, нити начин проналажења партнера.

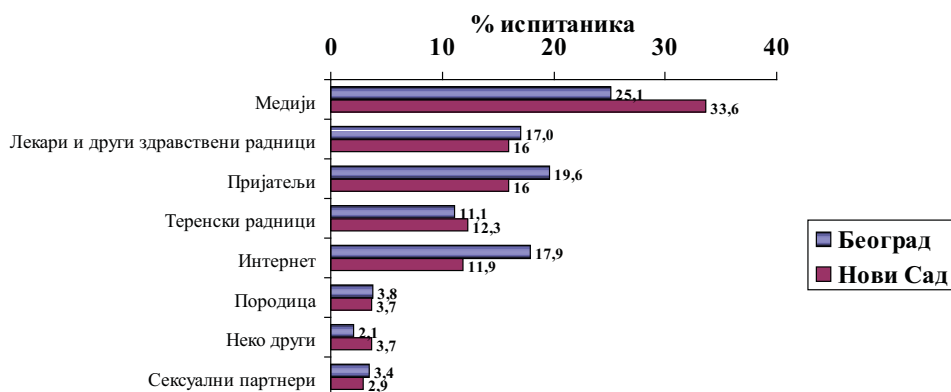
2.9.8.4. Процент МСМ који су имали неки симптом ППИ у последњих 12 месеци

Сваки 10 МСМ је у последњих 12 месеци имао неки симптом ППИ: 11,0% у Београду и 11,2% у Новом Саду. За овај индикатор су свим испитаницима наведени уобичајени симптоми ППИ и упитани су да ли су имали те симптоме у последњих 12 месеци. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

2.9.8.5. Места где су МСМ добили информације о ППИ у последњих 12 месеци

Графикон показује дистрибуцију одговора на питање од кога су МСМ у последњих 12 месеци добили највише информација о ППИ.

Графикон 9. Извори информација о ППИ у последњих 12 месеци



Као главни извори информација појављују се медији, а остали често навођени извори су пријатељи, здравствени радници, интернет и теренски радници. У београдском узорку међу старијим испитаницима (преко 35 година) значајно је мање оних који су информације добили од сексуалних партнера (0%). Међу испитаницима који имају завршену само основну школу значајно је мање оних који су највише информација добили преко интернета (0%). Нема статистички значајних разлика у односу на начин проналажења партнера. У новосадском узорку нема статистички значајних разлика у односу на старост и образовање испитаника. Испитаници који партнере траже преко интернета су значајно мање (15,5%) информације добијали путем медија (радио, ТВ, штампа).

2.9.8.6. Места где би МСМ волели да добију информације о ППИ у будућности

Графикон показује дистрибуцију одговора на питање од кога би МСМ у будућности волели да добију информације о ППИ.

Графикон 10. Преферирани извори информација о ППИ



Највише испитаних МСМ би волело да информације о ППИ добија од здравствених радника. Након тога следе медији, а затим теренски радници, пријатељи и интернет. У београдском узорку испитаници старији од 25 година значајно мање желе да добијају информације о ППИ од породице (0%). Међу старијим испитаницима (преко 35 година) значајно је мање оних који би волели да информације добијају од сексуалних партнера (0%). Међу испитаницима који имају завршену само основну школу значајно је мање оних који желе да се информишу преко интернета (0%). Испитаници који партнера најчешће налазе у клубовима би значајно мање волели да добију информације о ППИ од породице (0%). У новосадском узорку испитаници старији од 25 година значајно мање (0%) желе да информације о ППИ добијају од породице. Испитаници са завршеном само основном школом значајно мање (6,9%) желе да информације добијају преко медија (телевизија, штампа). Испитаници који партнере налазе на приватним журкама значајно мање (0%) желе да добијају информације о ППИ од своје породице.

2.9.9. Знање, ставови и понашање у вези HIV инфекције

2.9.9.1. Процент МСМ који су чули за HIV или AIDS

Највећи део испитаних МСМ из Београда је чуо за HIV или сиду: 97,6%. Овај проценат је значајно већи (100% за све наведене категорије) у следећим категоријама

MCM: старији од 35 година; испитаници са образовањем већим од основног; испитаници који партнера обично налазе преко интернета. У Новом Саду је за HIV чуло 99,6% испитаника. Нема значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

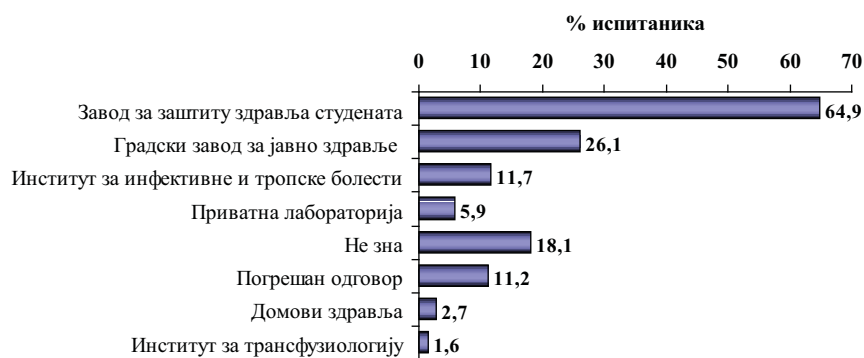
2.9.9.2. Процент MCM који зна да се у њиховом граду може урадити поверљив тест на HIV

Нешто више од три четвртине испитаних MCM зна да се у Београду може урадити поверљив тест на HIV: 78,3%, док у Новом Саду то зна две трећине испитаних (66,7%). Нема статистички значајних разлика у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера.

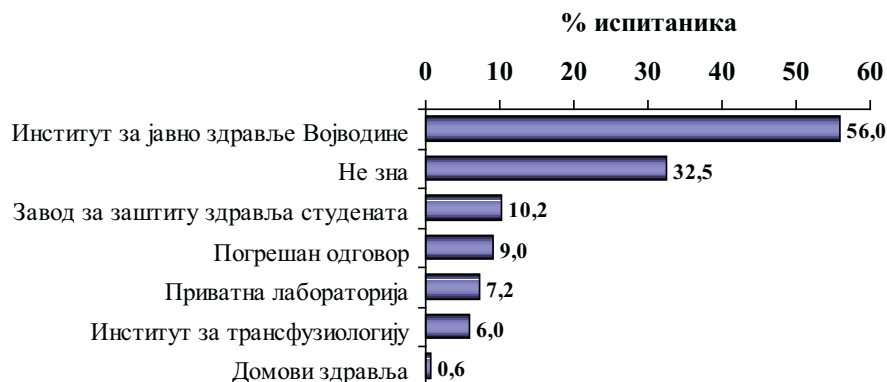
2.9.9.3. Информисаност MCM о местима где се може тестирати на HIV

Графикони приказују проценат испитаника који су навели одређену институцију за тестирање на HIV, у односу на укупан број испитаника који су рекли да знају где се у Београду/Новом Саду може урадити тест на HIV. Пошто су испитаници могли да наведу све установе које знају, проценти свих одговора се не сабирају до 100.

Графикон 11. Информисаност испитаника о местима где се може урадити тест на HIV, Београд



Графикон 12. Информисаност испитаника о местима где се може урадити тест на HIV, Нови Сад



Готово сваки пети испитаник (18,1%) од оних који знају да се у Београду може урадити тест на HIV не зна да наведе ниједну установу где се тест може урадити, и сваки

трећи у Новом Саду (32,5%). Поред тога, сваки десети наводи различите погрешне установе, уз значајан проценат који наводи Институт за трансфузиологију и домове здравља. У београдском узорку међу најстаријим испитаницима (преко 35 година) значајно је мање (0%) оних који наводе домове здравља као места где се може урадити тест на HIV. Испитаници са вишом и високом школом у значајно мањем проценту не знају да наведу ниједну установу где се може урадити тест на HIV: 1,8% (наспрам 18,1% укупно). Завод за заштиту здравља студената значајно више наводе испитаници који партнере обично налазе преко интернета (84,0%). Остале разлике у односу на старост, образовање и начин проналажења партнера нису статистички значајне. У новосадском узорку нема статистички значајних разлика у односу на старост и начин проналажења партнера. Везано за образовање, испитаници са вишом и високом школом су значајно мање (0%) наводили приватне лабораторије као места где се може урадити поверљив тест на HIV.

2.9.9.4. Процент MSM који знају где се може тестирати на HIV

Уколико погледамо проценат испитаних MSM који су навели барем један тачан одговор на питање где се у граду у коме живе може урадити тест на HIV, а нису навели ниједан погрешан, видимо да приближно две трећине MSM који су рекли да се у Београду може урадити тест на HIV знају где се може урадити: 67,6%. Овај проценат је значајно мањи међу испитаницима који партнера обично налазе преко личних познанстава (42,9%), а значајно већи међу испитаницима који партнере обично налазе у клубовима (92,0%). У Новом Саду око половине (52,4%) испитаника који су навели да се у њиховом граду може урадити тест на HIV зна где се може тестирати на HIV. Нема статистички значајних разлика у односу на старост, степен образовања испитаника и у односу на начин проналажења партнера.

2.9.9.5. Процент MSM који се приликом ДПСТ изјаснио о својој сексуалној оријентацији

О својој сексуалној оријентацији приликом тестирања у дефинисаној установи (Завод за здравствену заштиту студената) у Београду у 2007. години изјаснило се 67,2% испитаника. Не постоји значајна статистичка разлика у погледу изјашњавања у односу на старост, степен образовања и начин проналажења партнера. У истом периоду у новосадском Институту за јавно здравље Војводине се о својој сексуалној оријентацији изјаснило 45,5% испитаника који су урадили тест на HIV у овој установи.

2.9.10. Процена величине популације

Са циљем процене величине MSM популације у градовима у којима је спроведено истраживање примењена је техника множиоца. Ова техника се заснива на упоређивању података добијених из два извора који се преклапају на познати начин. У овом истраживању су узети подаци из базе података Завода за здравствену заштиту студената Београда и Института за јавно здравље Војводине из Новог Сада о броју тестираних клијената који који су се изјаснили као MSM у задатом временском периоду (1. јануар – 31. децембар 2007. године). Са друге стране, испитаници у овом истраживању су питани да ли су се у задатом временском периоду тестирали у задатој установи, колико пута су се тестирали у том периоду и да ли су се том приликом изјаснили о томе да су мушкарци који имају секс са мушкарцима. Поређењем података из ова два извора добијамо процену величине MSM популације (која испуњава критеријуме из овог истраживања) у овим градовима.

Према подацима из Завода за здравствену заштиту студената Београда у току задатог периода у тој установи је било 293 MSM клијената који су прошли кроз ДПСТ саветовалиште и урадили тест на HIV. У овом истраживању 61 испитаник је рекао да се тестирао у задатом временском периоду у тој установи, што је 24,8% од укупног

броја испитаника обухваћених истраживањем. Од овог броја се 41 испитаник у ДПСТ центру изјаснио као МСМ. То значи да је укупан број МСМ клијената у ДПСТ центру 61*293/41, што даје 436 МСМ клијената у ДПСТ центру. Просечан број тестирања је био 1,2, што значи да је овај 61 испитаник у базу заведен као 70 клијената. То значи да број од 436 МСМ клијената треба поделити са 1,2, што даље показује да је укупан број МСМ особа које су се тестирале 363.

Поређењем ова два податка добијамо процену величине МСМ популације обухваћене овим истраживањем у Београду: $100 \cdot 363 / 24,8$, што износи 1464 особе.

Према подацима Института за јавно здравље Војводине у току задатог периода у тој установи је укупно 62 МСМ клијената прошло кроз добровољно поверљиво саветовање и урадило тест на HIV.

У оквиру истраживања у Новом Саду 33 испитаника је навело да се у истом периоду тестирало у тој установи, што је 13,2% од укупног броја испитаника обухваћених истраживањем. Од овог броја 15 испитаника се у ДПСТ центру изјаснило као МСМ. То значи да је укупан број МСМ клијената у ДПСТ центру $33 \cdot 62 / 15$, што даје 136,5 МСМ клијената у ДПСТ центру. Просечан број тестирања износио је 1,2, што значи да су ових 33 клијента у базу заведени као 40 клијената. То значи да број од 136,5 МСМ клијената треба поделити са 1,2, што даље показује да је укупан број МСМ особа које су се тестирале 114.

Поређењем ова два податка добијамо процену величине МСМ популације обухваћене овим истраживањем у Новом Саду: $100 \cdot 114 / 13,2$, што износи 864 особе.

Дакле, методом множиоца су добијене процене величине МСМ популација у Београду и Новом Саду. Ова процена се односи само на особе које одговарају карактеристикама испитаника овог истраживања: имају између 15 и 59 година; имали су анални сексуални однос са мушкарцем у последњих 6 месеци; имају стално или привремено пребивалиште на подручју Београда/Новог Сада у најмање последња 3 месеца. Подсећамо да се према карактеристикама досегнутог узорка ово истраживање (самим тим и величина процене популације) односи на испитанике који партнере обично налазе преко интернета, у геј клубовима и преко личних познанстава, односно на онај део МСМ популације који је видљивији и отворенији у показивању своје сексуалне оријентације. Такође, треба имати на уму да процена величине популације методом множиоца није прецизна и да мора бити заснована на низу поновљених мерења да би били добијени прецизнији резултати.

2.10. Закључци и препоруке

2.10.1. Закључци

Овим истраживањем је обухваћено 246 припадника МСМ популације из Београда и 250 из Новог Сада. Овим истраживањем су обухваћени припадници МСМ популације који налазе партнере углавном преко интернета, личних познанстава и у клубовима. Обухваћен је и одређен број припадника популације који партнере налазе на приватним журкама, јавним местима и преко огласа у штампаним медијима и на телевизији, али недовољно да би се могло закључивати о значајности разлика вредности индикатора у овим групама у односу на цео узорак. Стога, овим истраживањем је обухваћен део МСМ популације који је релативно видљивији и отворенији у показивању своје сексуалне оријентације.

2.10.1.1. Национални индикатори

Према налазима овог истраживања релативно велики део испитаника из МСМ популације у Београду је инфициран HIV-ом: 6,1%. Од 250 испитаника у Новом Саду 2,4% је инфицирано HIV-ом.

Трећина испитаника из Београда се тестирала у протеклих 12 месеци (31,3%), а значајно мање у Новом Саду (16,0%).

Сваки осми (13,4%) испитани МСМ из Београда је досегнут превентивним програмима. У Новом Саду 7,2% испитаних МСМ је досегнуто превентивним програмима.

2.10.1.2. Сексуални односи са мушким партнерима

Приближно половина (48,4% у Београду и 51,2% у Новом Саду) испитаних МСМ има сталног мушког партнера са којим има сексуалне односе. 96,3% испитаника из Београда и 85,6% из Новог Сада је имало орални сексуални однос са мушкарцем у последњих 12 месеци.

2.10.1.3. Сексуална историја, број и типови партнера

Просечан МСМ испитаник је имао први сексуални однос са мушкарцем са 18 година у Београду и 19,3 година у Новом Саду. Просечан узраст првог аналног односа је 19,4 година у Београду и 20,4 у Новом Саду. Сваки десети испитани МСМ (10,2%) из Београда је имао први анални сексуални однос са мушкарцем пре 15. године, а сваки трећи (32,5%) пре 18. године, значајно више међу испитаницима са завршеном највише основном школом (64,5%), а значајно мање међу онима са вишим и високим образовањем (15,5%). Међу испитаницима из Новог Сада 3,2% је имало први анални сексуални однос са мушкарцем пре 15. године, а 24,4% пре 18. године. Међу испитаницима са завршеном само основном школом овај проценат је значајно већи (55,2%).

Просечан број мушких партнера са којима су имали анални сексуални однос у последњих 12 месеци је 8,5 у Београду и 3,2 у Новом Саду. Три четвртине (76,8%) испитаника из Београда и већина (90,4%) из Новог Сада су имали до 6 партнера у последњих 12 месеци.

2.10.1.4. Комерцијални сексуални односи са мушким партнерима

Мали проценат МСМ особа обухваћених овим истраживањем је пријавио куповину сексуалних услуга (2,0% у Београду и 0,4% у Новом Саду), а значајно већи је продавао сексуалне услуге (9,3% у Београду и 4,8% у Новом Саду) у последњих 12 месеци. Значајно више су продавали сексуалне услуге испитаници из Београда са највише завршеном основном школом (35,5%). Значајно мање сексуалне услуге су у последњих 12 месеци продавали испитаници са завршеном вишом и високом школом (1,4% у Београду и 0% у Новом Саду).

Међу испитаницима који су имали комерцијалне односе у последњих 12 месеци, 41,0% из Београда и 30,4% из Новог Сада су имали анални однос, што показује да је већи део комерцијалних односа био орални сексуални однос.

2.10.1.5. Историја сексуалних односа: сексуални односи са женама

Приближно сваки пети (22,4%) испитани МСМ из Београда и сваки трећи (31,6%) из Новог Сада је имао пенетрантни сексуални однос са женским партнером у последњих 12 месеци.

2.10.1.6. Ризични и протективни облици понашања повезани са сексуалним активностима

Приближно две трећине МСМ испитаника (67,1% из Београда и 58,4% из Новог Сада) је приликом последњег аналног сексуалног односа са мушкарцем користило кондом. Ови подаци се не разликују значајно од података добијених у ранијим студијама на МСМ популацији у Србији (9). Као најчешће навођен разлог зашто није коришћен кондом, испитаници су навели да је однос био са сталним партнером, затим да нису сматрали да је неопходно и размишљали о томе. Сваком десетом испитанику (11,3%) из Београда кондом није био доступан.

Коришћење кондома приликом оралног сексуалног односа са мушкарцем је значајно ређе. Приближно петина испитаника (23,2% из Београда и 20,6% из Новог Сада) је користило кондом приликом последњег оралног сексуалног односа, а наведени разлози за некоришћење кондома су исти као и за аналне односе.

Приликом последњег комерцијалног аналног сексуалног односа користило је кондом 52,0% испитаних МСМ из Београда и 3 од 12 испитаника из Новог Сада.

60,0% испитаних МСМ из Београда и 55,7% из Новог Сада је користило кондом приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са женом, што се не разликује значајно у односу на проценат МСМ који је користио кондом са мушким партнером.

Чуло је за лубриканте 91,9% испитаних МСМ из Београда и 93,2% из Новог Сада, а приликом последњег аналног односа са мушкарцем лубрикант је користило 70,2% (Београд), односно 64,4% испитаника (Нови Сад). Једна петина (21,3%) испитаника из Београда који нису користили лубрикант наводи као разлог то што лубрикант није био доступан. Међу испитаницима који су користили лубрикант, лубрикант на бази воде је користило 51,7% испитаника из Београда и значајно мање (32,2%) испитаника из Новог Сада. Свега две петине (40,8% из Београда и 39,4% из Новог Сада) испитаних МСМ зна да је ризично користити лубрикант на бази уља уз кондом, јер повећава вероватноћу пуцања кондома.

Сексуални однос под утицајем алкохола је у последњих 12 месеци имало 41,9% испитаних МСМ из Београда и значајно више (56,0%) испитаника из Новог Сада, али се проценат употребе кондома не разликује значајно у односу на сексуалне односе у трезном стању.

Сваки четврти испитаник (25,6% у Београду и 28,0% у Новом Саду) повремено користи марихуану, а остале ПАС повремено користи између 5 и 7% МСМ.

2.10.1.7. Сексуално преносиве инфекције

За инфекције које се преносе сексуалним путем чуло је 95,5% испитаника из Београда и 97,6% из Новог Сада, али само једна трећина (36,2% у Београду и 35,2% у Новом Саду) уме да наведе два тачна симптома ППИ.

Сваки десети (11,0% у Београду и 11,2% у Новом Саду) испитани МСМ је у последњих 12 месеци имао неки симптом ППИ.

Здравствени радници су преферирани извор информација о ППИ, али у овом тренутку МСМ не добијају од њих информација колико желе. Такође, два важна актуелна извора информација (интернет и пријатељи) нису преферирани извори и испитаници им се вероватно окрећу зато што им други преферирани извори информација нису доступнији. Релативно мали проценат испитаних је навео да је информације добијао од теренских радника, али исти проценат жели да их добија и у будуће из истог извора. Можемо закључити да релативно мали број МСМ особа има искуство информисања од стране теренских радника и да они желе да то наставе, док највећи део популације, који вероватно нема искуство са теренским радницима, није упознат са радом теренских радника.

2.10.1.8. Знање, ставови и понашање у вези са HIV инфекцијом

Две трећине (66,3%) испитаних припадника МСМ популације из Београда (59,0% из Новог Сада) показује основно знање о HIV-у. Више него дупло мање (32,1% у Београду) међу испитаницима који имају мање од средњег образовања.

Да се у Београду може урадити поверљив тест на HIV зна 78,3% испитаних МСМ и 66,7% у Новом Саду. 18,1% не зна (у Новом Саду 32,5%) где се тест може урадити, а 11,2% наводи погрешне установе (у Новом Саду 9,0%).

2.10.2. Препоруке

За наредна истраживања потребно је извршити темељније припреме, како би се обезбедило регрутовање већег броја МСМ из теже доступних делова популације, као што су МСМ који партнере проналазе на јавним местима, путем огласа у штампи и МСМ са слабом социјалном мрежом у тој популацији, који се не изјашњавају отворено о својој сексуалној оријентацији. У том смислу, потребно је применити другачије технике узорковања, везане за време и место, са укључивањем у студију већег броја припадника МСМ обучених за *outreach* рад са датом популацијом. Такође је потребно обезбедити дужи временски период (5–6 месеци) за спровођење самих активности на терену у циљу досезања већег броја испитаника из теже доступне субпопулације.

С обзиром да је највећи проценат испитаника желео да сазна резултате тестирања током истраживања, потребно је на време обезбедити кадровску покривеност (оптерећење особља), простор и време да би се на одговарајући начин могло обавити пре и после саветовање на HIV. Због изразито позитивне реакције испитаника на одабир локације за студију (тестирање измештено ван здравствене установе), овакву или сличну праксу би требало задржати и у наредном истраживању.

Имајућу у виду релативно велики број МСМ који су инфицирани HIV-ом, потребно је интензивирати едукативне активности на тему ППИ међу овом популацијом. Посебно је потребно прилагодити информативне и едукативне активности испитаницима са најнижим образовањем јер управо они имају најмање знања, а са друге стране може им недостајати писмености да разумеју комплексно представљене информације. Такође, потребно је прилагодити едукативне програме и активности оном делу МСМ популације који због тешке доступности до сада био мање обухваћен превентивним програмима. То је део популације са најнижим степеном образовања који партнере налази на јавним местима или путем огласа.

Континуиране активности на редукцији стигме и дискриминације особа истополне сексуалне оријентације су потребне да би био обезбеђен лакши и квалитетнији приступ овој популацији.

Имајући у виду да значајан део популације има прве аналне односе са мушким партнером пре 15. или 18. године, потребно је почети са едукативним и превентивним активностима већ од 15. године, да би појединци могли доносити информисане одлуке и смањити ризик од самог почетка сексуалне активности.

Због значајног дела МСМ испитаника који су навели да су имали однос у алкохолисаном стању и чињенице да је сваки трећи пробао неку психоактивну супстанцу, потребно је обезбедити превентивне програме који ће, поред едукације о HIV-у и ППИ, укључити и превенцију употребе психоактивних супстанци, као облика понашања који значајно повећава ризик за HIV инфекцију.

Едуковати припаднике МСМ популације о томе да није довољно имати сталног партнера да би се престало са употребом кондома при аналним односима, већ да је потребно знати да је HIV статус партнера негативан.

С обзиром да се релативно мали број испитаника (посебно у Новом Саду) тестирао на HIV у последњих 12 месеци, потребно је омогућити што шири приступ и промовисање саветовања и тестирања у локалним заједницама под околностима које погодују клијентима: што већи број ДПСТ центара, спровођење кампањског саветовања и тестирања, нарочито у руралним срединама (акције у заједници), омогућити континуитет у бесплатном тестирању без административних ограничења и уз максималну поверљивост. Интензивирати и проширити теренске (*outreach*) активности са едукованим тимовима, који ће временом бити адекватно препознати и прихваћени и од стране најнеповерљивијих припадника МСМ популације.

Имајући у виду да је сваки 10. МСМ имао неки симптом ППИ у последњих 12 месеци, што их, поред осталих негативних последица, чини подложнијим HIV инфекцији, потребно је интензивирати едукацију о ППИ међу МСМ. Потребно је и обратити

пажњу на то да се испитаници едукују о симптомима, начинима преношења ППИ и начинима заштите.

Потребно је испитати зашто постоји разлика између преференције МСМ да информације о ППИ добијају од здравствених радника и значајно мање њихове заступљености као актуелног извора информација. Потребно је пронаћи безбедне канале да информације од здравствених радника стигну до МСМ. Такође, потребно је размотрити и побољшати начине на које медији шире информације о ППИ, као и квалитет ових информација, јер су медији актуелно важан, али и значајан преферирани извор информација о ППИ. Потребно је омогућити шири обухват теренског и вршњачког рада на тему ППИ, јер само сваки 10. МСМ има искуство добијања информација на овај начин. Такође, неопходно је обезбедити такве програме који ће омогућити да довољан број едукованих лекара и здравствених радника пружи адекватну услугу и клијентима без здравственог осигурања. То захтева да се обезбеди простор и време у што већем броју здравствених установа.

Успоставити континуитет у активностима на промоцији употребе кондома при сваком сексуалном односу, употребе адекватних лубриканата и смањењу броја партнера, уз програме смањења штете. У том смислу је потребно повећати доступност бесплатних кондома и лубриканата, а промовисање протективног понашања уз дељење бесплатних кондома и лубриканата за прво време обезбедити кроз ДПСТ центре и теренски рад. Посебно је важно повећати доступност лубриканата генерално, а посебно бесплатних који би били ефикасно дистрибуирани припадницима МСМ популације. Иако релативно велики део популације користи лубриканте, најчешће су то приручна средства (пљувачка, козметички препарати) која су доступна, али употреба највећег дела ових материја повећава ризик за HIV инфекцију.

Литература

1. Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut”, Centar za prevenciju i kontrolu bolesti: Epidemiološki pregled HIV/AIDS-a u Srbiji 1984–2006, Beograd, 2006.
2. WHO, UNAIDS: AIDS Epidemic Update 2006, Geneva, 2006.
3. CDC HIV/AIDS Factsheet: HIV/AIDS among Men Who Have Sex with Men, 2007
4. World Health Organization: Rapid Assessment and Response Adaptation Guide on HIV and Men who Have Sex with Men, 2004
5. Anđelković V, Ilić Vlatković VL, Ilić D, Paunić M: Vodič za dobrovoljno, poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, Institut za javno zdravlje Srbije /Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS, Beograd, 2006.
6. Family Health International: Behavioural surveillance surveys. Guidelines for repeated behavioural surveys in population at risk of HIV, 2000.
7. United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: Behavioral Surveillance, Introduction to Respondent Driven Sampling, Participant Manual, 2006
8. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Nacionalna strategija za borbu protiv HIV-a/AIDS-a, 2005.
9. Ekonomski institut, NVO SPY: Istraživanje znanja, stavova i ponašanja u vezi HIV/AIDS-a u sklopu bihevioralnog nadzora (BSS) među MSM populacijom u Srbiji, 2006.
10. Heckathorn, DD. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social problems*. Vol 44, No. 2, May 1997
11. Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, DiNenno E et al. HIV risk, prevention and testing behaviours – United States, National HIV behavioural surveillance system: MSM, November 2003-April 2005. *CDC*, vol 55: Jul 7, 2006.
12. Marcus U, Voss L, Kollan C, Hamouda O: HIV incidence increasing in MSM in Germany: factors influencing infection dynamics. *Euro Surveill*. 2006;11(9):pii=645.

III

ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV-а МЕЂУ КОМЕРЦИЈАЛНИМ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/ИМА У БЕОГРАДУ И АНАЛИЗА ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА

Главни истраживач:

Прим. мр сц. мед. др Драган Илић, Завод за здравствену заштиту студената Београда

Истраживач сарадник:

Проф. др Сандра Шипетић Грујичић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Главни истраживач за серопревалентно истраживање:

Проф. др Тања Јовановић, Институт за микробиологију и вирусологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултант:

Проф. др Викторија Цуцић, „ЈАЗАС”

Теренски координатор:

Др Богданка Чабак, „ЈАЗАС”

3. ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV-а МЕЂУ КОМЕРЦИЈАЛНИМ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/ИМА У БЕОГРАДУ И АНАЛИЗА ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА

3.1. Увод

Према препорукама Светске здравствене организације, Центра за контролу болести и Уједињених нација, у земљама са ниском преваленцијом HIV-а превентивне мере треба усмерити ка вулнерабилним групама као што су нпр. сексуалне раднице/ци (СР). Процењује се да је преваленција HIV инфекције међу СР, обухваћеним истраживањем које је провео ЈАЗАС у Београду 2006. године, мања од 1%. Међутим, СР представљају високо вулнерабилну групу јер досадашња истраживања указују да је 71% СР имало контакт са неком психоактивном супстанцом (ПАС), да је 12% СР користило неку од ПАС интравенски, да око 80% свих СР и 60% СР млађих од 14 година стално користи кондом. То значи да су неопходна даља истраживања која би пружила праву слику о ризичном понашању СР, како уличних тако и *in door* СР, везаном за HIV и друге полно преносиве инфекције по питању сексуалне активности, употребе кондома и психоактивних супстанци, као и о њиховом знању, понашању и ставовима када је реч о HIV-у и коришћењу здравствене службе, а све у циљу сагледавања неопходности превентивних програма за ову вулнерабилну групу.

3.2. Циљеви

Кључна питања

1. Колика је преваленција HIV инфекције међу СР у Београду?
2. Који ризични облици понашања СР могу допринети ширењу HIV инфекције у популацији?
3. Којим индикаторима је најбоље остварити мониторинг над HIV-ом у групи СР?
4. Колико је неопходно увести превентивне програме у циљу превенције HIV-а у групи СР?

Основни циљ овог истраживања је правовремено идентификовање ризичних облика понашања СР, уличних и *in door*, да би се планирали адекватни превентивни програми.

Специфични циљеви

1. Проценити учесталост HIV-а међу СР у Београду.
2. Анализирати ризично понашање СР за настајање HIV инфекције по питању сексуалног понашања и употребе ПАС.
3. Испитати да ли постоје разлике у ризичном понашању уличних и *in door* СР.
4. Дефинисати индикаторе за будући мониторинг над HIV-ом у популацији СР.
5. Предложити превентивне програме на основу резултата истраживања.

3.3. Методологија

3.3.1. Тип студије

Студија пресека.

3.3.2. Локације

У оквиру овог серолошког и бихејвиоралног истраживања спроведеног на подручју Београда урађено је мапирање 4 локације (улице, хотели, ноћни клубови и огласи) и 46 места (нпр. пумпа „Змај” или парк код Економског факултета итд.) и 600 место–дан–време (у даљем тексту: МДВ) јединица где се окупљају и/или раде СР. Анкетирање СР и прикупљање биолошког материјала спроведено је на 33 МДВ јединице.

3.3.3. Време извођења

Истраживање је спроведено кроз следеће четири фазе:

Прва припремна фаза трајала је од 2.11.2007. до 16.1.2008. године. У оквиру ове фазе вршено је прикупљање података о потенцијалним местима где се окупљају и/или раде СР и конструисан је упитник.

Друга фаза мапирања, одвијала се у два периода и то од 15.1.2008. до 25.2.2008. када су мапиране локације на улицама, у хотелима, огласима и једном ноћном клубу, а потом у периоду од 3.4.2008. до 5.4.2008. године када је мапирано још пет ноћних клубова.

Трећа фаза истраживања трајала је од 14.3.2008. до 25.4.2008. године и односила се на прикупљање података о броју подобних и неподобних СР, као и на анкетирање и прикупљање биолошког материјала само од подобних СР.

Четврта фаза истраживања односила се на статистичку обраду података и трајала је од 26.1.2008. до 19.5.2008. године.

3.3.4. Величина узорка

За израчунавање величине узорка коришћена је следећа формула:

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

где је:

- за P узета је вредност $P_1 + P_2$,
- за P_1 узета је вредност 50%, јер је на основу истраживања спроведеног у општој популацији Србије 2006. године добијено да 55% српске популације узраста 25–49 година препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије НИВ инфекције,
- за P_2 је узета вредност 65%, што значи да ми очекујемо пораст броја познавалаца праве трансмисије НИВ-а и то за 15%,
- за коефицијент ефекта дизајна студије (D) узета је разлика вредности P_1 и P_2 ,
- за снагу истраживања узета је вредност 80% и
- ниво значајности од 95% за једносмерни тест.

На основу свих ових параметара израчунато је да у узорак треба укључити 198 до 218 испитаника, уколико узмемо у обзир да је проценат особа које неће прихватити да се укључе у студију 10%.

3.3.5. Узорковање

У овом истраживању коришћен је метод мапирања „место–дан–време” (МДВ). Овом методом дефинисане су МДВ јединице тј. место, време и дан када се окупљају и/или раде уличне и *in door* СР, а потом су методом случајног избора биле изабране оне у оквиру којих су СР анкетиране и од којих је узиман биолошки материјал за тестирање на НИВ. *In door* СР су тражене преко огласа у новинама и на ТВ станицама, у клубовима, хотелима и салонима за масажу. Због правовремено уочених проблема везаних за остваривање малог броја контакта са *in door* СР, прешло се на метод грудве снега.

Тако је у оквиру овог серолошког и бихејвиоралног истраживања анкетирано и тестирано 139 СР, што значи да дефинисана величина узорка није остварена. Број испитаника у сваком случају би био много већи да је анкета трајала, да су сви погодни испитаници прихватили да се укључе у истраживање (18 СР контактирано али нису хтеле да се укључе у студију и 11 пристало на сарадњу и то неки други пут али се нису одазвале поновном позиву), да се полиција није тако често појављивала на терену, да је од почетка истраживања коришћен метод грудве снега и да су временске прилике биле повољније.

3.3.6. Критеријуми искључивања/укључивања

У студију су укључене особе:

- оба пола и транвестити,
- старије од 15 година,
- које имају више од 15, а мање од 18 година а чији је један родитељ или старатељ потписао сагласност за укључивање у истраживање у циљу добијања података упитником,
- које су имале пенетративни сексуални однос за новац, дрогу или неку другу материјалну надокнаду током последњих 12 месеци,
- које живе и/или раде у Београду и
- које нису претходно учествовале у студији.

Из студије су искључене особе:

- које нису у току последњих 12 месеци имале пенетративни сексуални однос за новац, дрогу или неку другу материјалну надокнаду,
- које не живе и/или не раде у Београду,
- које су већ биле укључене у истраживање,
- које не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији,
- које због менталног поремећаја нису у могућности да разумеју питања, одговоре на њих и да схвате основне етичке принципе и
- које се лече у здравственим установама (већа вероватноћа да ту долазе HIV позитивне особе).

Од свих испитаника узраста 15–18 година није узет биолошки материјал за тестирање на HIV, јер није добијена дозвола Етичког комитета за извођење овог дела истраживања.

3.3.7. Инструментаријум

У циљу одговора на кључна истраживачка питања коришћен је структуриран упитник затвореног типа заснован на препорукама СЗО. Упитник се састојао од 48 питања и пре употребе је био тестиран током 7 дана на 15 испитаника у циљу сагледавања његове разумљивости и дужине попуњавања. Попуњавање упитника спроводили су анкетари и оно је трајало 30–40 минута. Анкетари су прошли дводневну едукацију о начину спровођења анкета СР. Суштина анкета се састојала у томе да се свакој СР објасни о каквом истраживању је реч, потом да се од ње добије пристанак да буде анкетирана, затим да јој се објасни свако питање које јој није јасно и да се на крају замоли да прихвати и тестирање на HIV.

3.3.8. Биолошка компонента

У циљу тестирања на HIV инфекцију све СР које су добровољно пристале да се тестирају биле су подвргнуте брзом тесту високе сензитивности и специфичности који идентификује присуство антитела на HIV. Тест је базиран на имунохроматографској техници коришћења реконбинантних антигена, обележених на тест линији. Сваки позитивни резултат добијен помоћу овог брзог теста сматран је дефинитивно

позитивним резултатом за ову студију. Узимање узорка крви за биолошку анализу, као и тумачење резултата теста, радио је добро обучен лабораторијски техничар. Све СР које су желеле да добију свој резултат могле су да га сазнају после 15 до 20 минута од узимања узорка.

3.3.9. Обрада података

Анализа података је урађена помоћу софтверског пакета SPSS-а. Изабрани индикатори су анализирани у односу на пол, узраст, националност, степен образовања, брачни статус, запосленост и место пружања сексуалних услуга. За сваки изабрани индикатор било је неопходно проценити да ли разлика у вредности која је добијена на нивоу узорка заиста постоји у популацији.

Интервали поверења су рачунати ради одређивања статистички значајних разлика вредности неког индикатора међу различитим субпопулацијама и то по формули: $95\% \text{ CI} = M \pm (1,96 * SE) = M - (1,96 * SE) \text{ до } M + (1,96 * SE)$, где је M вредност индикатора, а SE стандардна грешка. Статистички значајна разлика за ниво поверења 95% значи да смо 95% сигурни да одступање од просечне вредности које је уочено на узорку постоји у популацији.

Биолошки подаци добијени на основу лабораторијских анализа узорака крви су придружени бихејвиоралним подацима. Приказан је процентуални однос позитивних резултата у односу на укупан број учесника у истраживању (серопреваленција). Биолошки подаци су, такође, дисагрегирани по полу и узрасту испитаника.

3.3.10. Процес сакупљања података и примена етичких принципа

Сакупљање података је спроведено кроз четири фазе. У оквиру **прве фазе** истраживања извршено је мапирање места и локација где се окупљају и/или раде СР. Места и локације су се систематично идентификовали коришћењем различитих информативних материјала – часописа, *web* страна, као и на основу разговора са теренским радницима ЈАЗАС-а и кључним људима у овој области као што су проф. др Викторија Цуцић, др Мила Паунић и др Драган Илић. Када су у питању *in door* СР (особе које се баве сексуалним радом у „затвореним просторима“) мапирање се обављало путем телефонских контаката са особама које оглашавају своје услуге у јавним медијима (огласи и ТВ станице), путем добијања информација од оних особа за које је већ утврђено да се баве овим видом сексуалног рада, као и одласком у хотеле и ноћне клубове.

У **другој фази** је поред мапирања МДВ јединица извршено и дефинисање сваке локације и описивање њеног положаја (центар/периферија) и удаљености од пута или аутобуске или железничке станице, присуства значајних објеката у близини (хотел, бензинска пумпа, паркинг итд.) и макроа и/или полиције, као и осветљености, приступачности и безбедности.

На свакој МДВ јединици вршена је и процена протока људи на њој тако што су два анкетара независно пребројавала број особа које уђу на дату МДВ јединицу. У обзир су узимане особе оба пола старије од 15 година. Дужина пребројавања особа на свакој локацији трајала је два сата и то најмање током једног нерадног и два радна дана у недељи. На основу добијених података дефинисан је просечан број људи за сваку МДВ јединицу.

Од свих мапираних МДВ јединица формирана је универзум табела. Из овако дефинисане универзум табеле методом случајног избора направљен је предлог рада на терену, тј. одређена су примарна и алтернативна места за анкетирање СР и узимање биолошког материјала од њих. Међутим, услед малог броја испитаника и малог броја МДВ јединица, исте МДВ јединице су коришћене и као примарне и као алтернативне локације. После другог мапирања, у циљу остваривања неопходне величине узорка, кренуло се са истовременим прикупљањем података и са примарних и са алтернативних локација помоћу два независна тима анкетара.

У **трећој фази** истраживања спроводило се анкетање и узимање биолошког материјала ради тестирања на HIV. На свакој одабраној МВД јединици контактиран је одређени број подобних лица. Анкетање је спровођено тако што су анкетари прилази сваком испитанику при уласку на МДВ јединицу. Уколико је више особа истовремено било на једној МДВ јединици, онда су се анкетари обраћали оном лицу које им је физички било најближе. Испитаницима је претходно давано кратко образложење истраживања, а затим су били замољени да одговоре на неколико питања. На основу ових питања анкетари су одређивали ко је од испитаника погодан за даље анкетање и тестирање на HIV.

Анкетар је спроводио анкету на лицу места или, у договору са испитаником, на месту и у време које више одговара испитанику. Анкетар је бележио одговоре, и обављао саветовање пре тестирања на HIV са сваким испитаником. Уколико су испитаници желели да добију резултат теста требало је да сачекају 15–20 минута, након чега би им анкетар саопштавао резултате на адекватан начин, у складу са протоколом ДПСТ. Сваки испитаник је као награду за утрошено време у истраживању добио материјалну накнаду.

Свака СР која је прелиминарно била позитивна била је упућивана на додатно саветовање и тестирање у одговарајућу установу (Саветовалиште за сиду Градског завода за јавно здравље и Центар за превенцију сиде и ППИ Завода за здравствену заштиту студената Београд). Све ове установе биле су претходно обавештене о овом истраживању и замољене да СР пруже адекватне услуге.

3.4. Резултати истраживања

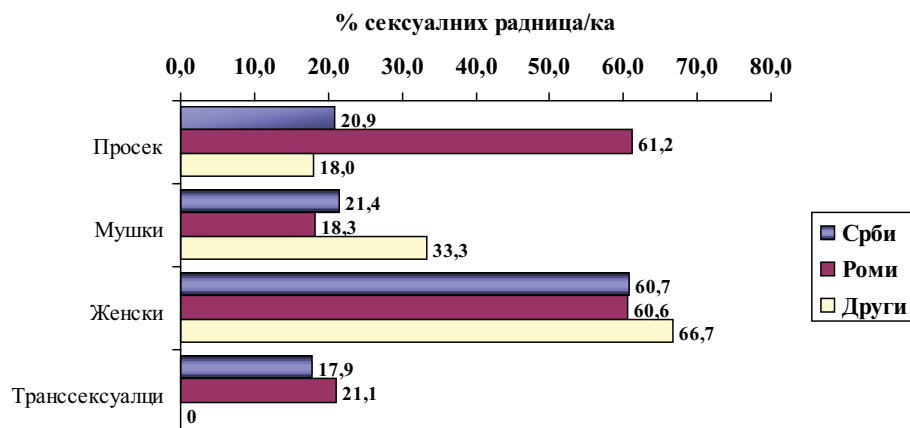
3.4.1. Основна социодемографска и друга обележја сексуалних радница/ка

У оквиру ове студије пресека укључено је 139 сексуалних радница/ка (СР).

1. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према полу

Од 139 СР 20,9% је било мушкараца, 61,2% жена и 18,0% транссексуалаца. Транссексуалци су значајно ређе били друге (несрпске и неромске) националности (0%) у односу на све СР (18,0%) (графикон 1).

Графикон 1. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према полу и националној припадности



Између испитаника није постојала значајна разлика у односу на узраст, степен образовања, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Највећи проценат транссексуалаца је био међу особама старим 25 и више година, жена у узрасној групи 15–19 и 25 и више година, а мушкараца 20–24 година. Око 83,4% СР је имало основно и ниже образовање. Жене (69,6%) и мушкарци (21,7%) су у већем проценту имале виши степен образовања, него транссексуалци (8,7%). Незнатно више је било уличних (59%) него *in door* СР (41%). Мушкарци су у већем проценту били *in door*, а жене и транссексуалци уличне СР. Око 1/3 СР је било у браку или ванбрачној заједници, а 15% у сталном радном односу тј. запослено. Већи проценат жена (65,3%) и транссексуалаца (18,6%) је било незапослено него мушкараца (16,1%), а мањи проценат мушкараца (17,0%) и транссексуалаца (15,1%) је било у браку и/или ванбрачној заједници него жена (67,9%).

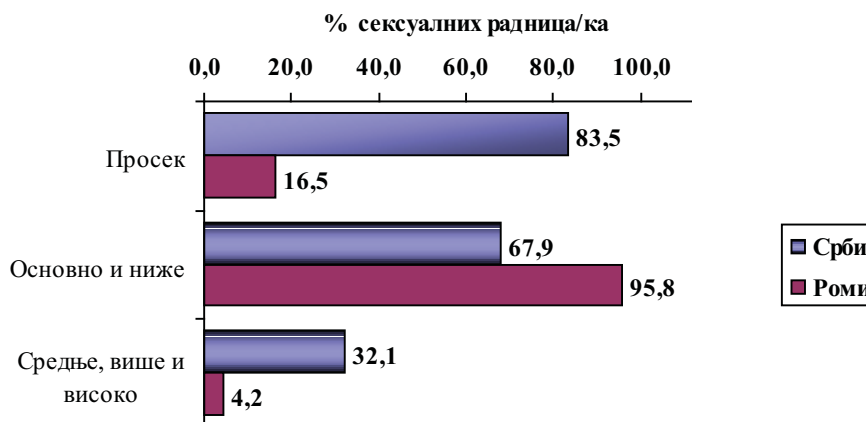
2. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према узрасту

Од 139 СР највећи проценат (56,8%) је било узраста 25 и више година, а најмање (16,5%) узраста 15–19. Између испитиваних узрачних група није постојала значајна разлика у односу на пол, степен образовања, националност, брачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. У узрасној групи од 15 до највише је било жена, у узрасту 20–24 мушкараца, а од 25 и више година жена и транссексуалаца. Највећи број СР са вишим степеном образовања је био међу особама старим 25 и више година, а са нижим међу млађима од 25 година. СР узраста 15–19 година су чешће биле неке друге националности, 20–24 година ромске, а 25 и више година српске. Међу СР млађим од 25 година било је много више особа које нису биле у брачној или ванбрачној заједници него код старијих лица. Млађе СР, узраста 15–19 година, су чешће биле *in door*, а старије, узраста 20 и више година, уличне СР. Запослених СР је било више у узраста 20–24 година, а незапослених 15–19 и 25 и више година.

3. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према степену образовања

Виши степен образовања (средње, више или високо) имало је само 16,5%, а основно и ниже 83,5% СР. Роми су значајно чешће имали основни и нижи степен образовања (95,8%) и значајно ређе виши степен образовања (4,2%) него Срби и СР других националности, у односу на све СР (83,5% и 16,5%) (графикон 2). Испитаници се према степену образовања нису значајно разликовали у односу на пол, узраст, брачни или ванбрачни статус, запосленост и место где пружају сексуалне услуге. Више од 80% мушкараца, жена и транссексуалаца је имало основно и ниже образовање и преко 78% испитаника свих узрачних група. Уличне СР, СР у браку или ванбрачној заједници, као и незапослене СР су чешће имале основно и ниже образовање него *in door* СР, СР ван брачне или ванбрачне заједнице и запослене СР.

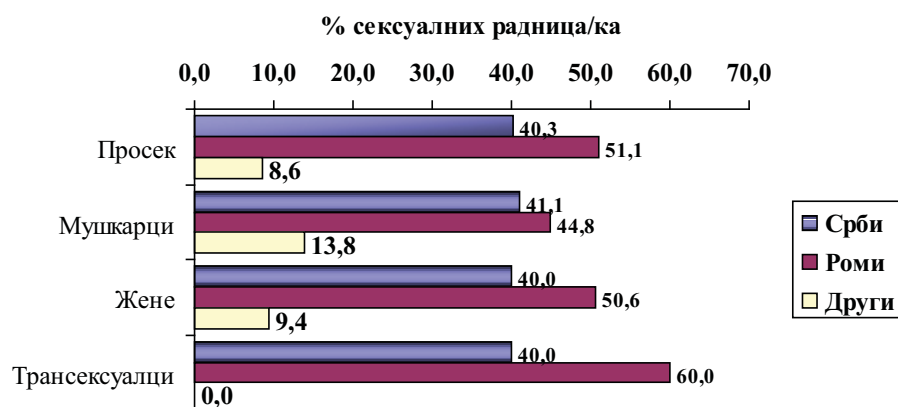
Графикон 2. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према степену образовања и националности



4. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према националности

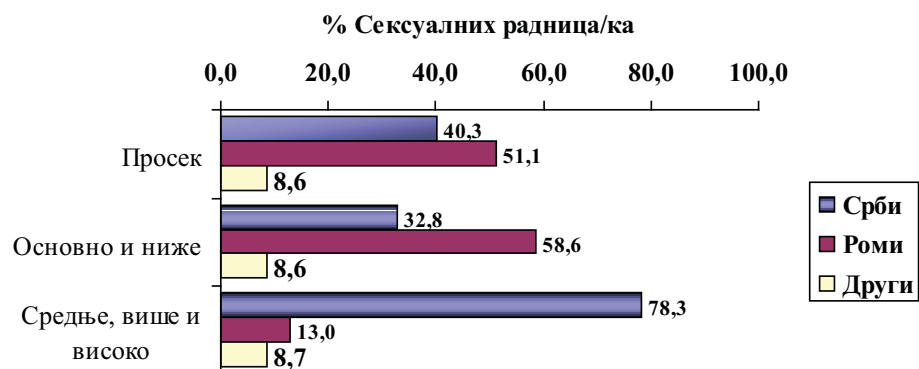
Свака друга СР је била ромске националности, а 40,3% српске и 8,6% неке друге националности. Транссексуалци су значајно ређе били неке друге националности, него мушкарци и жене, у односу на све СР (графикон 3).

Графикон 3. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према националности и полу



Срби су у значајно већем проценту били са вишим степеном образовања, а Роми са значајно нижим, у односу на све СР (графикон 4).

Графикон 4. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према националности и степену образовања



Значајне разлике између Рома, Срба и других националности нису добијене у односу на узраст, брачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међу Србима највише је било СР узраста 25 и више година, међу Ромима СР 15–25 година, а међу СР других националности особа 15–19 година. Срби и СР других националности су ређе биле у браку или ванбрачној заједници, а Роми чешће. *In door* СР су у највећем броју биле српске националности, а уличне ромске и других националности. У радном односу су чешће биле СР ромске и других националности него српске.

5. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према брачном статусу

Око 38% СР је било у браку или ванбрачној заједници. Значајна разлика по питању брачног или ванбрачног статуса у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, место пружања сексуалних услуга и запосленост није постојала. СР у браку или ванбрачној заједници су у већем проценту биле жене, узраста 25 и више година, са нижим степеном образовања, ромске националности и незапослене. *In door* СР су ређе биле у браку или ванбрачној заједници него уличне СР.

6. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према радном статусу

Највећи број СР (84,9%) је било незапослено, а само 15,1% у радном односу. Значајна разлика у односу на радни статус СР није добијена према полу, узрасту, степену образовања, националној припадности, брачном или ванбрачном статусу и запослености. Ипак мушкарци су у нешто већем проценту били запослени у односу на жене и транссексуалце, као и особе узраста 20–24 година у односу на млађе и старије особе. Нешто већи проценат запослених је био међу *in door* СР (него уличним), особама са вишим степеном образовања (него са нижим образовањем), као и међу особама које нису живеле у браку или ванбрачној заједници (него у браку или ванбрачној заједници) и које су биле ромске и других националности (него српске).

7. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према месту где пружају сексуалне услуге

Од 139 испитаника 59,0% су чиниле уличне а 41,0% *in door* СР. Није постојала значајна разлика према месту пружања сексуалних услуга у односу на пол, узраст, степен образовања, националну припадност, брачни или ванбрачни статус и запосленост. Уличне СР су у већем проценту биле жене и транссексуалци (него мушкарци), узраста 20 и више година (него млађе), са основним и нижим степеном образовања (него са вишим), ромске и друге националности (него српске), у брачној или ванбрачној заједници (него ван брака или ванбрачне заједнице) и без сталног запослења (него стално запослени).

3.4.2. Ризично сексуално понашање сексуалних радница/ка

У оквиру истраживања ризичног сексуалног понашања СР анализиран је узраст при ступању у први орални, вагинални и анални сексуални однос, као и при првом сексуалном односу са комерцијалним партнером (партнер коме се пружа сексуална услуга за новац или неку другу материјалну надокнаду или услугу). Одређен је и проценат СР које не користе кондом при сваком и при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером, као и при последњем сексуалном односу са сталним партнером. Посебан акценат је стављен на поседовање кондома од стране испитаника у моменту анкетирања, као и на проблематику везану за пуцање и лакоћу набавке кондома током последњих 12 месеци.

8. Медијана и просечан узраст сексуалних радница/ка (СР) при првом оралном сексуалном односу

СР су имале орални сексуални однос просечно са 16,2 године (медијана 16,0 година). Значајна разлика у просечном узрасту при ступању у орални сексуални однос није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, жене и мушкарци су ступали у оралне сексуалне односе са просечно више година (16,7 и 17,0 година) у односу на транссексуалце (13,8 година). У ранијим годинама живота оралне сексуалне односе имале су особе узраста 15–19 година, као и особе са нижим степеном образовања, СР српске и других националности, *in door* СР, незапослене, као и оне које нису биле у браку или ванбрачној заједници.

9. Медијана и просечан узраст сексуалних радница/ка (СР) при првом вагиналном сексуалном односу

У вагиналне сексуалне односе СР су ступале са просечно 14,8 година (медијана 15,0 година). Значајна разлика у просечном узрасту при ступању у вагинални сексуални однос није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, транссексуалци су ступали у вагиналне сексуалне односе у нешто старијем узрасту (15,6 година) него жене (14,8 година). У ранијим годинама живота вагиналне сексуалне односе имале су нешто чешће млађе особе (узраста 15–19 година), као и особе нижег степена образовања, ромске и других националности, *in door* и незапослене СР, као и особе које су биле у браку или ванбрачној заједници.

10. Медијана и просечан узраст сексуалних радница/ка (СР) при првом аналном сексуалном односу

СР су ступали у прве аналне сексуалне односе са просечно 17,1 годином (медијана 16 година). Значајна разлика у просечној старости СР при ступању у аналне сексуалне односе није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, транссексуалци су ступали у аналне сексуалне односе у ранијим годинама живота (просечно са 15,0 година) него жене (просечно са 17,6 година) и мушкарци (просечно са 17,9 година). Старије СР, узраста 25 и више година, у моменту ступања у аналне сексуалне односе су имале више година од млађих СР. У аналне сексуалне односе раније су ступале СР са нижим степеном образовања, оне које нису биле у браку или ванбрачној заједници, као и СР ромске и других националности, уличне и незапослене СР.

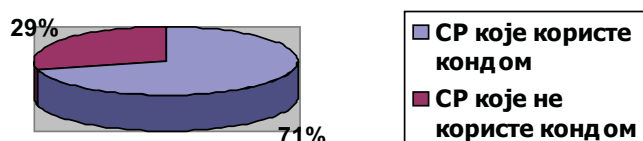
11. Медијана и просечан узраст сексуалних радница/ка (СР) при првом сексуалном односу са комерцијалним партнером

СР су при првом сексуалном односу са комерцијалним партнером имале просечно 19,4 година (медијана 18,0 година). Значајна разлика у просечној старости СР при ступању у сексуалне односе са комерцијалним партнером није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, транссексуалци су имали при првом сексуалном односу са комерцијалним партнером просечно мање година (18,8 година) у односу на жене (19,6 година) и мушкарце (19,2 године). Старије СР, узраста 25 и више година, у моменту ступања у комерцијалне сексуалне односе су имале више година од млађих СР. СР које су имале нижи степен образовања, као и оне ван брака и брачне заједнице, ромске и других националности, запослене и *in door* су у ранијим годинама живота ступале у комерцијалне сексуалне односе.

12. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су користиле кондом при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана

Око 71% СР је користило кондом при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана (графикон 5).

Графикон 5. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према коришћењу кондома при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана

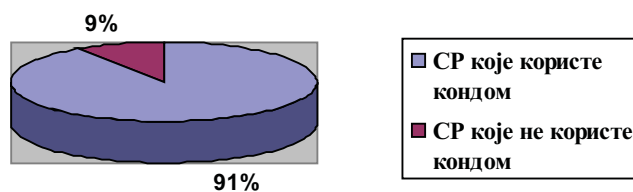


Значајна разлика по питању коришћења кондома при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних слуга и запосленост. Међутим, мушкарци су у поређењу са женама и транссексуалцима у мањем проценту користили кондом при сваком сексуалном односу са комерцијалним партнером током последњих месец дана. Кондом су, такође, ређе користиле особе млађе од 25 година, са нижим степеном образовања, *in door* СР, СР српске и других националности, незапослене, као и СР које нису у браку или ванбрачној заједници.

13. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су користиле кондом при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером

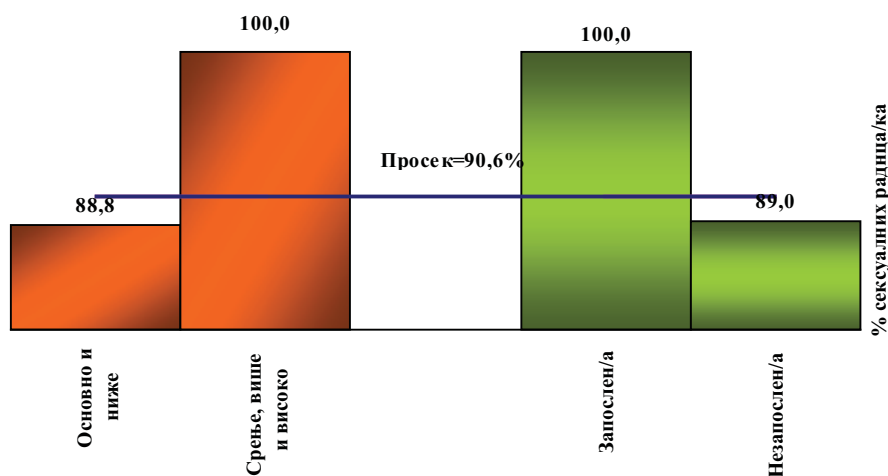
Око 91% СР је користила кондом приликом последњег сексуалног односа са комерцијалним партнером (графикон 6).

Графикон 6. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према коришћењу кондома при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером



Испитанице са вишим степеном образовања, као и оне које су биле запослене, у значајно већем проценту су користиле кондом при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером у односу на све СР (графикон 7).

Графикон 7. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су користиле кондом при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером према степену образовања и радном статусу

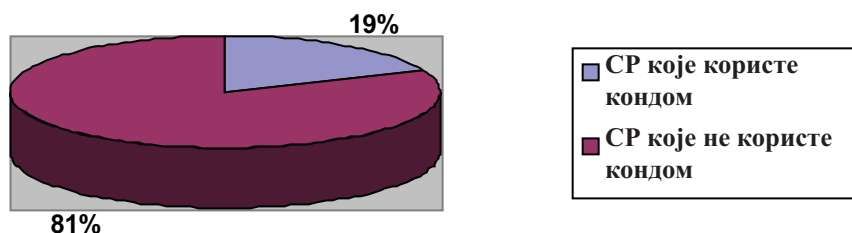


Значајна разлика по питању коришћења кондома при последњем сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером није постојала у односу на пол, узраст, националност, брачни или ванбрачни статус и место пружања сексуалних услуга. Међутим, мушкарци и транссексуалци су у већем проценту користили кондом при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером него жене. Кондом су, такође, у већем проценту користиле старије особе, лица са 25 и више година, уличне СР, особе српске националности, као и оне СР које су биле у браку или ванбрачној заједници.

14. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су при последњем сексуалном односу са сталним сексуалним партнером користиле кондом

Од 119 СР које су имале сталног сексуалног партнера 22 (18,5%) су користиле кондом при последњем сексуалном односу са њим (графикон 8).

Графикон 8. Дистрибуција СР према коришћењу кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером



Значајна разлика по питању коришћења кондома при последњем сексуалном односу са сталним сексуалним партнером није добијена у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, мушкарци и транссексуалци су у већем проценту користили кондом при последњем сексуалном односу са сталним партнером него жене. Кондом су, такође, у већем проценту користиле старије особе, лица са 25 и више година, *in door* СР, СР српске националности и нижег степена образовања, као и оне СР које су биле незапослене и које нису биле у браку или ванбрачној заједници.

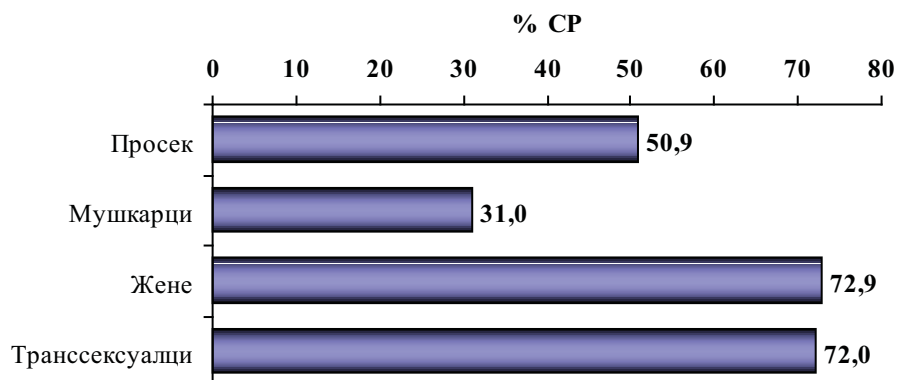
15. Процент сексуалних радница/ка (СР) којима је било када током сексуалног односа пукао кондом

Код око 2/3 СР је дошло у току сексуалног односа до пуцања кондома. Значајна разлика по питању пуцања кондома није добијена у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Пуцање кондома у току сексуалног односа ређе се дешавало мушкарцима и трансексуалцима, особама млађим од 25 година, као и испитаницима са нижим степеном образовања. Уличне СР, СР српске и ромске националности, незапослене, као и СР у браку или ванбрачној заједници су у већем проценту биле у ситуацијама када им је кондом пукао у току сексуалног односа.

16. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су у моменту анкетирања имале при себи кондом

Око 2/3 СР је имало при себи кондом у моменту анкетирања. Мушкарци су у поужењу са женама и трансексуалцима, значајно ређе имали при себи кондом у односу на све СР (графикон 9).

Графикон 9. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су у моменту анкетирања имале кондом при себи у односу на пол

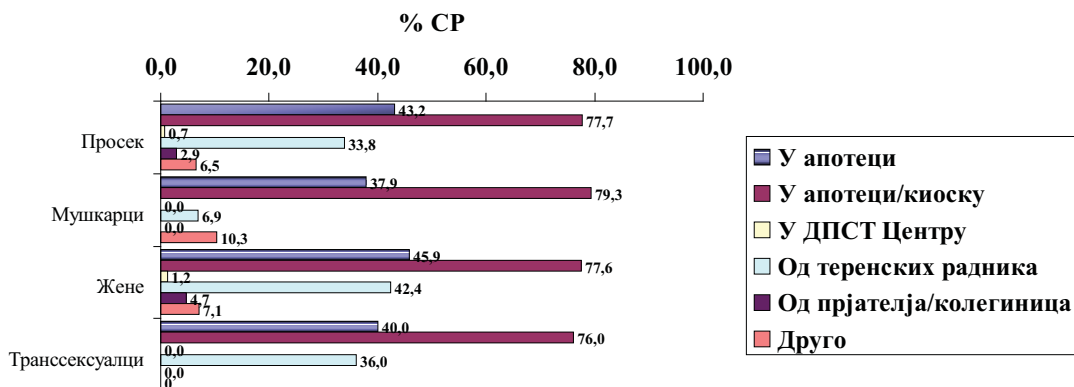


Значајна разлика по питању поседовања кондома у тренутку анкетирања није постојала у односу на узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, старије СР, узраста 25 и више година, лица са вишим степеном образовања, испитаници српске националности, особе у браку или ванбрачној заједници, незапослене, као и уличне СР су у већем проценту имале кондом код себе у моменту анкетирања.

17. Начин набавке кондома од стране сексуалних радница/ка (СР) током последњих 12 месеци

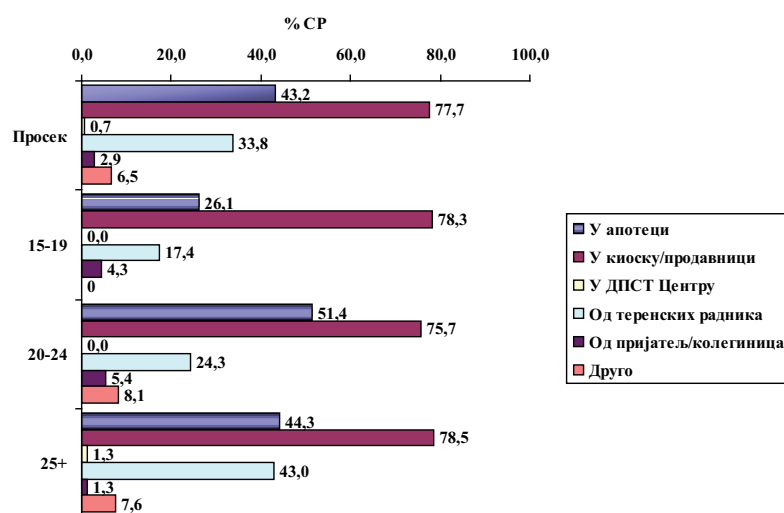
Највећи број СР (77,7%) набавља кондоме на киоску или у продавници, а затим 43,2% у апотеци, 33,8% од теренских радника из невладине организације, 0,7% у ДПСТ центру, 2,9% од пријатеља или колегиница и 6,5% на друге начине. Мушкарци су значајно ређе набављали кондоме од теренских радника невладиних организација, него жене и транссексуалци, у поређењу са свим СР (графикон 10). Транссексуалци су значајно ређе набављали кондоме на друге начине него мушкарци и жене, у односу на све СР (графикон 10).

Графикон 10. Начин набавке кондома од стране сексуалних радница/ка (СР) током последњих 12 месеци у односу на пол



СР узраста 15–19 година значајно су ређе набављале кондоме на неке друге начине, него млађе и старије СР, у поређењу са свим СР (графикон 11). Током последњих 12 месеци СР узраста 15–19 година до кондома су чешће долазиле преко пријатеља/колегиница, СР узраста 20–24 година куповином у апотеци и узимањем од пријатеља/колегиница, а најстарије узраста 25 и више година куповином на киоску или продавници, у ДПСТ центру, од теренских радника невладиних организација и на неке друге начине.

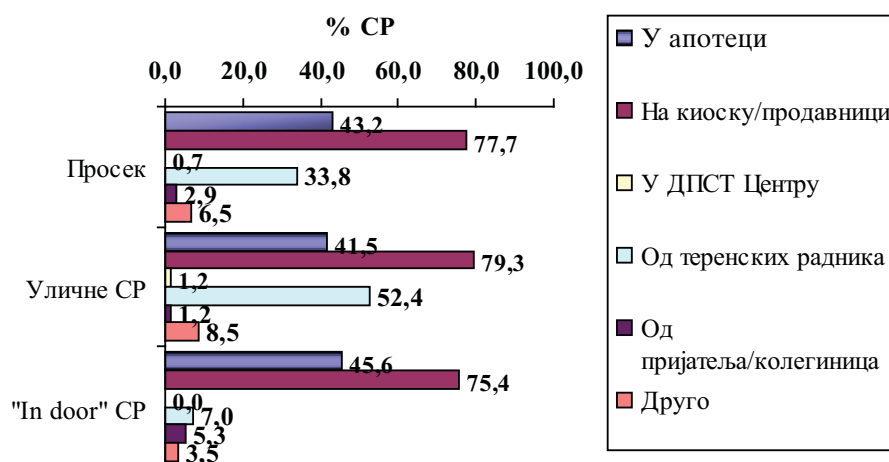
Графикон 11. Начин набавке кондома од стране сексуалних радница/ка (СР) током последњих 12 месеци у односу на узраст



In door СР су значајно ређе кондом набављале од стране теренских радника из невладиних организација, него уличне, у поређењу са свим СР (графикон 12). Током последњих 12 месеци уличне СР чешће су кондом набављале на киоску или у продавници, у ДПСТ центру, од теренских радника невладиних организација и на друге начине.

Значајна разлика по питању набавке кондома током последњих 12 месеци није постојала у односу на степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус и запосленост. Међутим, особе са вишим степеном образовања су чешће набављале кондом у апотеци, у ДПСТ центру и на друге начине у односу на особе са нижим степеном образовања. СР српске националности су чешће набављале кондом у апотеци, у ДПСТ центру, од пријатеља колегиница и на неке друге начине у односу на особе ромске националности које су чешће набављале кондоме у киоску или продавници и од теренских радника, а све друге националности од теренских радника и на друге начине. Набавка кондома од стране СР које су браку или ванбрачној заједници чешће се остваривала куповином кондома у апотекама и добијањем кондома од теренских радника у односу на СР које нису биле у браку и ванбрачној заједници. Запослене СР су чешће кондом куповале у апотекама и добијале од пријатеља или колегиница него незапослене СР

Графикон 12. Начин набавке кондома од стране сексуалних радница/ка (СР) током последњих 12 месеци у односу на место пружања сексуалних услуга



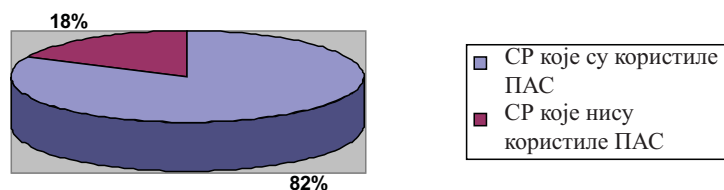
3.4.3. Коришћење психоактивних супстанци од стране сексуалних радница/ка

У циљу испитивања учесталости коришћења психоактивних супстанци од стране СР анализиран је проценат СР које су било када у животу пробале неку од психоактивних супстанци, као и проценат оних које су користиле неку од њих интравенски и то било када у животу, у току последњих месец дана, пре више од месец а мање од 6 месеци, као и пре више од годину дана. Испитан је и узраст и медијана при првом интравенском коришћењу дроге, као и врста прибора коју користе СР при интравенској употреби дроге.

18. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су било када у животу пробале неку од психоактивних супстанци

Око 3/4 СР је пробало неку од психоактивних супстанци и то било када у току живота (графикон 13).

Графикон 13. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према коришћењу психоактивних супстанци било када у току живота



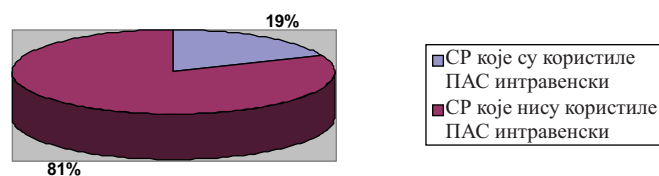
СР се нису значајно разликовале по питању коришћења психоактивних супстанци у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус и запосленост. Ипак психоактивне супстанце су чешће користили мушкарци и жене (него трансексуалци), млађе СР, узраста 15–19 година, и најстарије особе, 25 и више година (него особе узраста 20–24 година), особе са вишим степеном образовања (него

са нижим), СР српске и неких других националности (него Роми), незапослене СР (него запослене), *in door* СР (него уличне), као и СР у браку или ванбрачној заједници (него оне које нису у браку или ванбрачној заједници).

19. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су било када у животу користиле неку од психоактивних супстанци интравенски

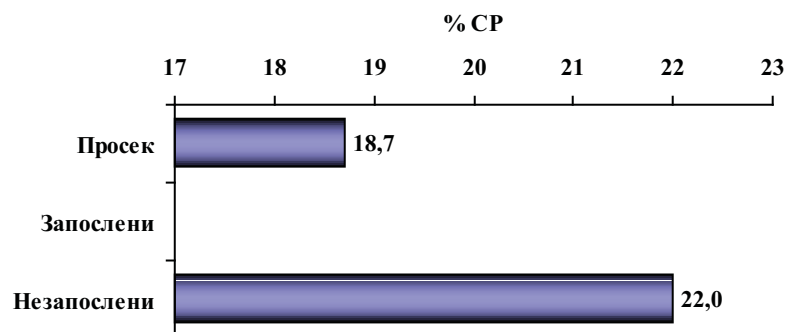
Једна од пет СР користила је интравенски неку психоактивну супстанцу и то било када у току живота (графикон 14).

Графикон 14. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су било када у животу користиле неку од психоактивних супстанци интравенски



Запослене особе су значајно ређе користиле психоактивне супстанце интравенски, него незапослене, у поређењу са свим СР (графикон 15).

Графикон 15. Процент сексуалних радница/ка (СР) које су било када користиле неку психоактивну супстанцу интравенски у односу на радни статус



СР се нису значајно разликовале по питању интравенског коришћења психоактивних супстанци у односу на пол, узраст, степен образовања, националност и брачни или ванбрачни статус. Ипак су психоактивне супстанце интравенски чешће користили мушкарци и жене, него трансексуалци, старије СР, узраста 20 и више година у односу на млађе, особе са вишим у односу на особе са нижим образовањем, СР српске и неких других националности у односу на Роми, уличне него *in door* СР, као и СР у браку или ванбрачној заједници у односу на оне који нису били у браку или ванбрачној заједници.

20. Процент сексуалних радника/ца (СР) које су интравенски користиле дрогу у последњих месец дана, пре више од месец дана али мање од 6 месеци, као и пре више од годину дана

Око 70% СР је користило интравенски дрогу у последњих месец дана, око 8% пре више од месец дана а мање од 6 месеци и око 23% пре више од годину дана. СР се нису значајно разликовале по питању временског периода када су користиле дрогу интравенски у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Током последњих месец дана интравенско коришћење дроге је чешће било од стране мушкараца, особа 20–24 година старости, лица са нижим степеном едукације, испитаника ромске националности, СР које нису биле у браку и ванбрачној заједници, као и од *in door* и незапослених СР. Када је у питању интравенско коришћење дроге пре више од месец дана а мање од 6 месеци, онда су то чешће чиниле жене, особе 15–19 година старости, лица нижег степена образовања, испитаници ромске и других националности, као и СР у браку или ванбрачној заједници, уличне и незапослене СР. Пре више од годину дана интравенски су дрогу чешће користиле жене, особе старости 15–19 година, лица вишег степена образовања, испитаници српске националности, СР које су у браку или ванбрачној заједници, *in door* и незапослене СР.

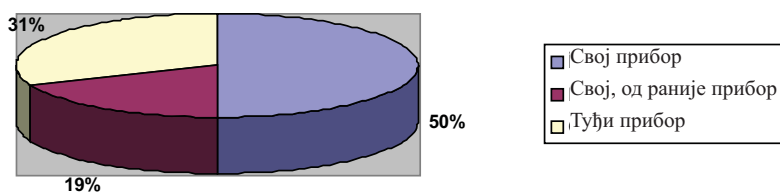
21. Просечан узраст и медијана при првом интравенском коришћењу дроге

СР су при првом интравенском коришћењу дроге просечно имале 18,6 година (медијана 18,5 година). Значајна разлика у годинама старости при првом коришћењу неке дроге интравенски није постојала у односу на пол, узраст, степен образовања, националност, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, транссексуалци су у ранијим годинама живота користили по први пут дрогу интравенски у односу на мушкарце и жене, као и особе 15–19 година у односу на старије СР. Коришћење дроге у ранијим годинама живота започеле су и СР са нижим степеном образовања, неромске и несрпске националности, оне које нису у браку или ванбрачној заједници, као и *in door* СР.

22. Процент сексуалних радница/ка (СР) према начину инјектирања дроге при последњем њеном коришћењу

При последњој употреби дроге интравенски свака друга СР је користила потпуно нов и некоришћен прибор за инјектирање дроге, свака четврта је користила свој прибор од раније, а скоро свака трећа туђи прибор (графикон 16). СР узраста 15–19 година су значајно ређе користиле свој прибор од раније него старије особе, као и СР других националности него Срби и Роми, у односу на све СР (графикон 17).

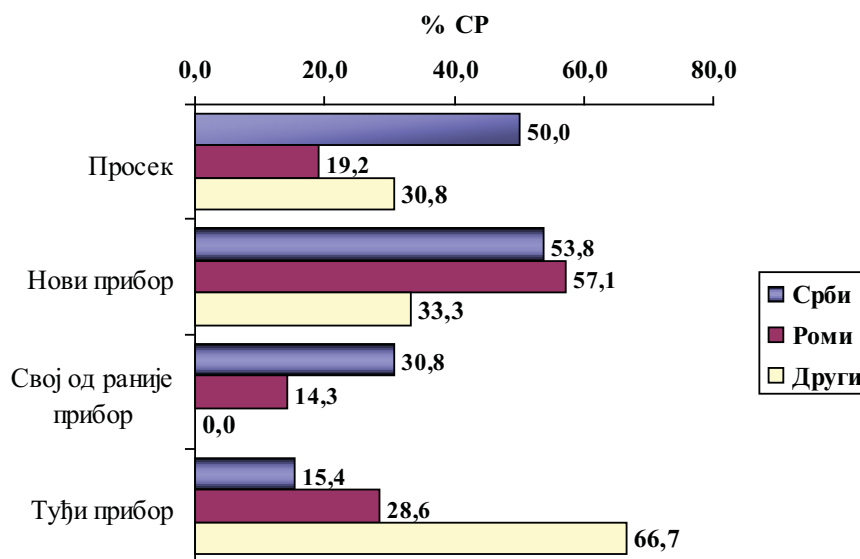
Графикон 16. Дистрибуција сексуалних радница/ка (СР) према начину инјектирања дроге при последњем њеном коришћењу



Значајна разлика по питању врсте прибора који се користио при последњем инјектирању дроге није постојала у односу на пол, степен образовања, брачни или ванбрачни статус, место пружања сексуалних услуга и запосленост. Међутим, жене

су чешће користиле нов прибор, мушкарци свој од раније, а транссексуалци туђи прибор. Нов прибор су чешће користиле и особе са вишим степеном образовања, а свој прибор од раније и туђи особе са нижим степеном образовања. Највећи проценат незапослених је користило нов прибор, *in door* СР туђи прибор, а особе у браку или ванбрачној заједници свој од раније и туђи прибор.

Графикон 17. Процент сексуалних радница/ка (СР) према начину инјектирања дроге при последњем њеном коришћењу у односу на узраст



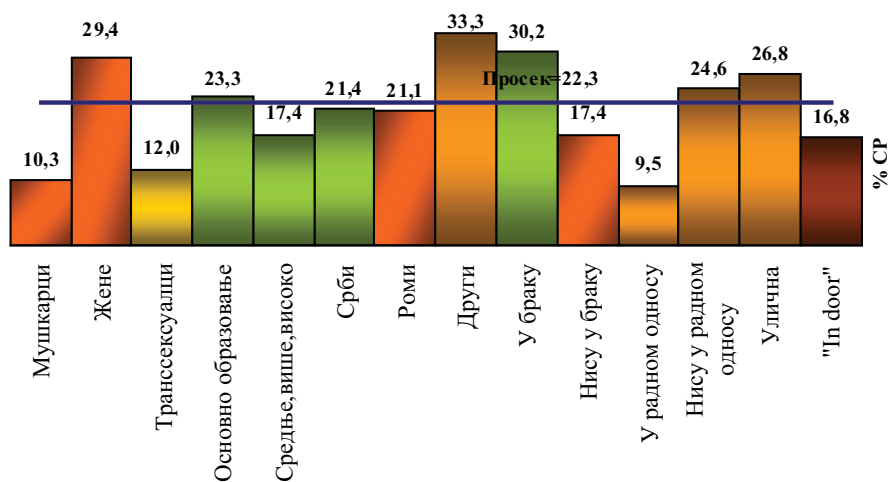
3.4.4 Знање о полно преносним инфекцијама

У оквиру испитивања знања о ППИ и HIV/AIDS-у као и понашања у случају да су имали неку ППИ анализирали смо проценат СР које су било када чули за болести које се преносе полним путем, проценат оних који су у последњих 12 месеци имали неку ППИ, као и њихово понашање у случају да су имали неку ППИ. Такође је, кроз композитни индикатор, испитивано и препознавање правих начина превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацивање главних заблуда везаних за трансмисију HIV-а као и знање о заштити од HIV инфекције правилним коришћењем кондома при сваком сексуалном односу.

23. Процент СР који је имао инфекцију полних органа у последњих 12 месеци

Инфекцију полних органа у последњих 12 месеци је имала 31 сексуална радница/радник, односно 22,3% испитиваних. Нема статистички значајних разлика између посматраних категорија СР у односу на то да ли су имали/е или не неку ППИ. Инфекцију полних органа су у већем проценту имале СР женског пола, свака трећа (29,4%) у односу на мушкарце (10,3%) или транссексуалце (12%). Уличне сексуалне раднице/ци су у знатно већем проценту имале неку ППИ у односу на *in door* (26,8% уличне, 15,8% *in door*). Такође СР који су у браку су имале неку ППИ у већем проценту (30,2%) у односу на оне који нису у браку (17,4%). СР које нису запослени имали су неку ППИ у већем проценту (24,6%) од оних које су запослене (9,5%). СР са нижим степеном образовања такође су имали у већем проценту неку ППИ (23,3%) него оне/и са средњим, вишим или високим образовањем (17,4%).

Графикон 18. Процент СР који је имао инфекцију полних органа у последњих 12 месеци



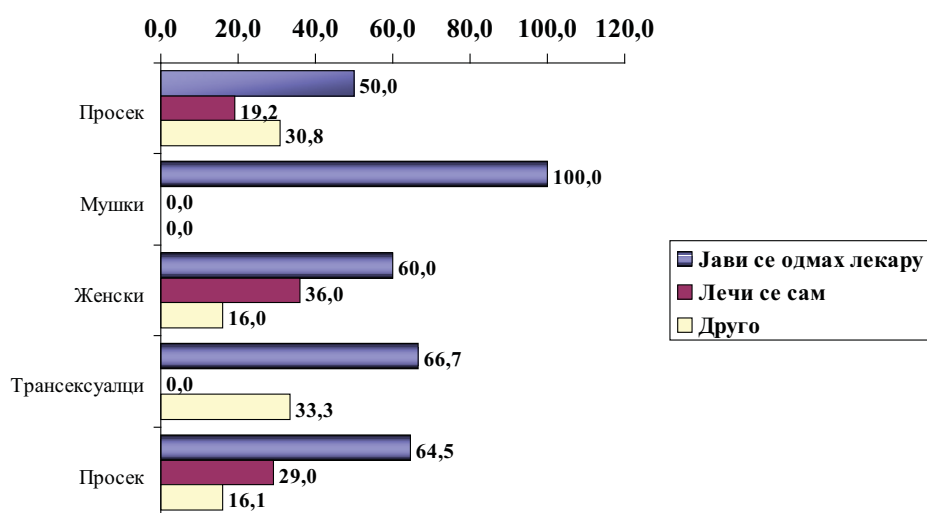
24. Понашање СР у случају појаве полне инфекције

У случају препознавања неке ППИ код себе, њих 64,5% се одмах јави лекару, скоро свака трећа и/или 29% се лечи сам/а, док чека да прође само од себе или предузима нешто друго 16,1% СР. Лекару се одмах јаве у статистички значајно већем проценту мушкарци (100%) у односу на просечан проценат јављања лекару свих испитаника, као и у односу на 66% жена или 66,6% транссексуалаца. СР узраста између 15 и 19 година се одмах јави лекару у 80%, док се старији од 25 година у случају да имају неку полно преносиву инфекцију јављају одмах лекару у 60% случајева. Они СР који имају средње, више или високо образовање се јављају чешће лекару (75%) у односу на оне са основним и нижим образовањем (63%), они који нису у браку се одмах јаве лекару у 80% случајева док они који јесу у браку 50%. Припадници српске националности се такође чешће одмах јављају лекару када имају неку ППИ (75%) у односу на Роме (60%) или су неке друге националности (50%). СР које се баве *in door* проституцијом се у 77,8% одмах јаве лекару када имају неку ППИ, док се оне СР које раде на улици одмах јаве лекару у 59,1%.

Више од 1/3 комерцијалних сексуалних радника женског пола се лече саме, док се мушкарци и транссексуалци никада не лече сами. СР са средњим, вишим и високим образовањем се чешће лече сами у односу на оне са нижим степеном образовања. *In door* СР у 44% случајева када има неку ППИ се лече саме док то исто чини 22,7% уличних СР.

СР српске националности, затим оне које се баве *in door* проституцијом као и оне које су у радном односу такође се чешће саме лече када имају неку ППИ у односу на остале СР.

Графикон 19. Понашање СР у случају појаве полне инфекције, у односу на пол

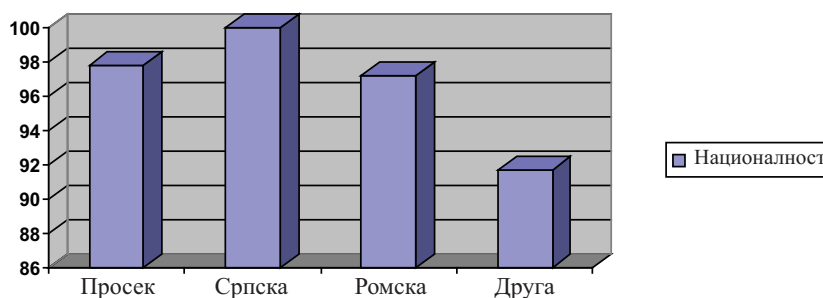


25. Процент СР који су било када чули за HIV или сиду

У веома високом проценту (97,8%) сексуални радници, без обзира на пол, старост, степен образовања, националну припадност, место бављења сексуалним радом или у односу на то да ли су запослени или не, чули су за HIV или сиду. Свега троје, од укупно 139 испитаних, није чуло за HIV или сиду.

Не постоје значајне разлике у томе да ли су икада чули за HIV или сиду у односу на дефинисане категорије.

Графикон. 20. Процент СР који су било када чули за HIV или сиду

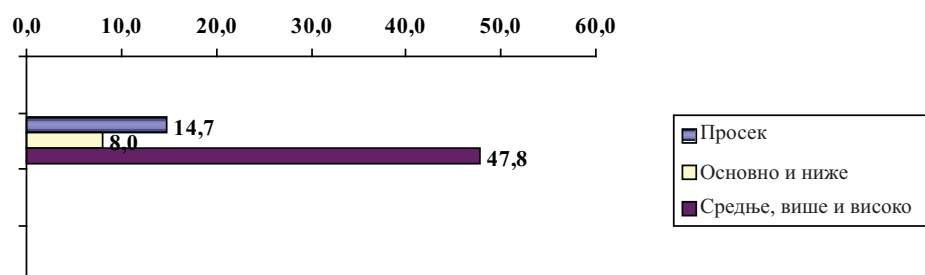


26. Процент СР који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а

Препознавање правих начина превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацивање главне заблуде везане за трансмисију HIV-а је праћено кроз композитни индикатор од пет тачних одговора. Свега 14,7% сексуалних радника је препознало све тачне путеве преноса HIV-а и одбацило главне заблуде. Статистички значајно већи проценат (47,8%) сексуалних радника са средњим, вишим и високим образовањем у односу на остале сексуалне раднике препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије и одбацује главне заблуде.

Сексуални радници трансексуалне оријентације у већем проценту (20,0%) у односу на сексуалне раднике мушкарце (14,3%) као и у односу на сексуалне раднице жене (13,3%), препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије и одбацује главне заблуде. Такође припадници српске националности (25%) у већем проценту препознају праве начине трансмисије HIV-а и одбацују главне заблуде, у односу на припаднике ромске или других националности (7,2% и 9,1%).

Графикон 21. Процент СР који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а



Упркос високом проценту сексуалних радника/ца који су чули за HIV и ППИ, низак је степен њиховог знања о начинима трансмисије HIV инфекције. Праћено кроз композитни индикатор од пет тачних одговора, 14,7% је тачно одговорило на свих пет питања.

3.4.5. Знање о HIV/AIDS-у

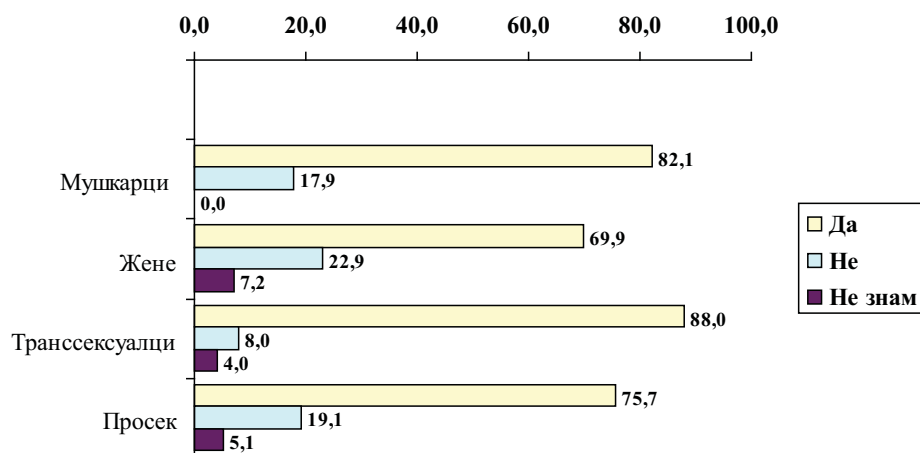
У оквиру студије испитивано је и знање СР у односу на могуће ризике за пренос HIV инфекције, као и заштиту од HIV инфекције правилном употребом кондома при сваком сексуалном односу.

27.1. Знање о HIV/AIDS-у: Да ли људи могу да се заштите од HIV-а уколико правилно користе кондом при сваком сексуалном односу?

Тачан одговор у односу на знање о HIV/AIDS-у и заштиту од HIV инфекције кроз правилну употребу кондома при сваком сексуалном односу, дало је 103 СР, односно 75,7%. Нетачно је одговорило 26 СР односно 19,1%, док није знало одговор 7 СР односно 5,1%.

Боље знање и исправан став о правилној употреби кондома у већем проценту су имали мушкарци (82,1%) и трансексуалне особе (88%) у односу на жене (69,9%). Такође најбоље знање имају СР у узрасној доби од 20 до 24 године (81,1%) у односу на остале узрасне групе, оне које имају средње, више или високо образовање (87,0%), у односу на основно и ниже (73,5%), припадници српске националности (80,4%) у односу на припаднике ромске националности (73,9%). Не постоји значајнија разлика у знању и ставовима о HIV/AIDS-у између СР које раде на улици или *in door*, као и у односу на брачни статус.

Графикон 22. Знање о HIV/AIDS-у: Да ли људи могу да се заштите од HIV-а уколико правилно користе кондом при сваком сексуалном односу?

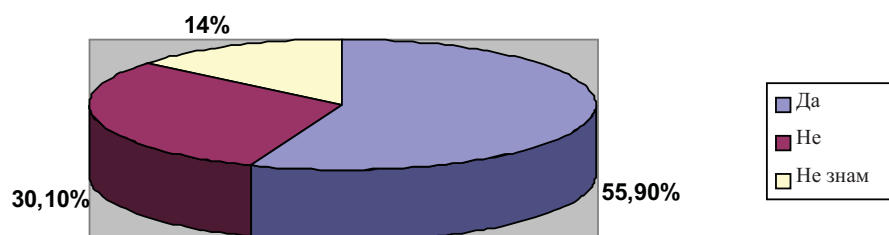


27.2. Знање о HIV-у / AIDS-у: Да ли упражњавање секса са само једним сталним, верним партнером смањује ризик за преношење HIV-а?

Да упражњавање сексуалних односа само са једним сталним, верним партнером смањује ризик за преношење HIV инфекције одговорило је 76 СР, односно 55,9%, док је сваки трећи испитаник (30,1%) одговорио да то не смањује ризик за HIV инфекцију, док њих 14% није знало одговор. СР са средњим, вишим или високим образовањем у нешто већем проценту (69,6%) сматра да упражњавање сексуалних односа само са једним сталним, верним партнером смањује ризик за преношење HIV инфекције у односу на оне који имају низи степен образовања (58,9%).

У односу на остале дефинисане категорије не постоје значајније разлике у знању и ставовима.

Графикон 23. Упражњавање секса само са једним сталним, верним партнером смањује ризик за преношење HIV-а

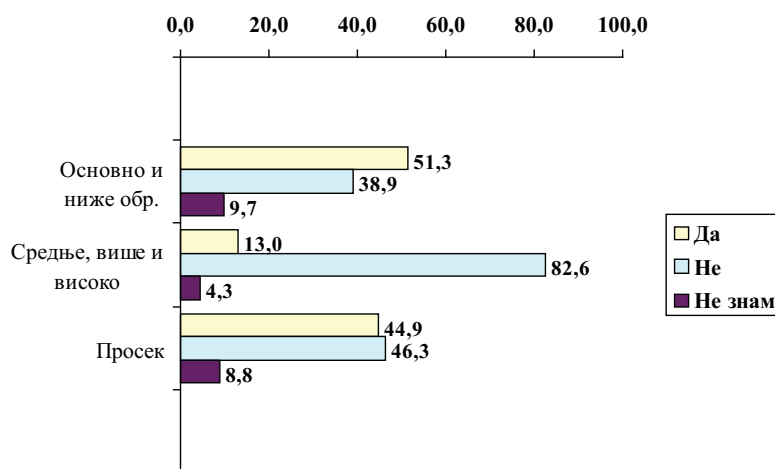


27.3. Знање о HIV-у/AIDS-у: Да ли људи могу да се заразе HIV-ом уколико деле храну/оброк са особом зараженом HIV-ом?

Од укупног броја испитаних СР њих 61, односно 44,9%, имају погрешан став, односно сматра да људи могу да се заразе HIV-ом уколико деле храну са особом која је заражена HIV-ом, 46,3% сматра да не може, док 8,8% не зна да ли на тај начин може да се пренесе HIV инфекција. Статистички значајна разлика постоји у ставовима СР који имају средње, више или високо образовање у односу на остале СР. Свега 13% оних са средњим, вишим или високим образовањем сматра да се HIV-ом може заразити уколико се дели храна са HIV позитивном особом, док СР који имају основно или ниже образовање у 51,3% сматрају да се HIV може на тај начин пренети. Припадници ромске заједнице у значајнијем проценту (50,7%) сматрају да је овим путем могуће пренети HIV инфекцију у односу на 37,5% припадника српске заједнице.

У односу на друге дефинисане параметре не постоји значајнија разлика у знању и ставовима СР у односу на ово питање.

Графикон 24. Знање о HIV/AIDS-у: Да ли људи могу да се заразе HIV-ом уколико деле храну/оброке са особом зараженом HIV-ом

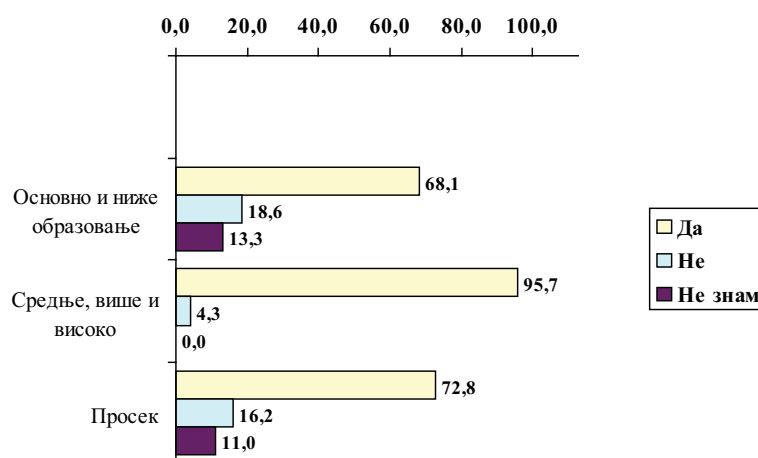


27.4. Знање о HIV-у/AIDS-у: Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?

Од укупног броја СР који су учествовали у истраживању њих 99 или 72,8% сматра да особа која је инфицирана HIV-ом у исто време може да изгледа здраво, 16,2% сматра да то није тачна тврдња, док 11% не зна одговор на ово питање. Статистички значајно већи број СР који имају средње, више и високо образовање (95,7%) у односу на остале СР, сматра да особа која је инфицирана HIV-ом може да изгледа здраво, док то исто сматра 68,1% оних са основним и нижим образовањем. То исто сматрају и трансексуалне особе у значајном проценту више (80,0%) у односу на СР мушког пола (75%) и СР женског пола (69,9%).

У односу на остале дефинисане параметре не постоје значајније разлике у односу на ово питање.

Графикон 25. Знање о HIV-у/AIDS-у: Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?

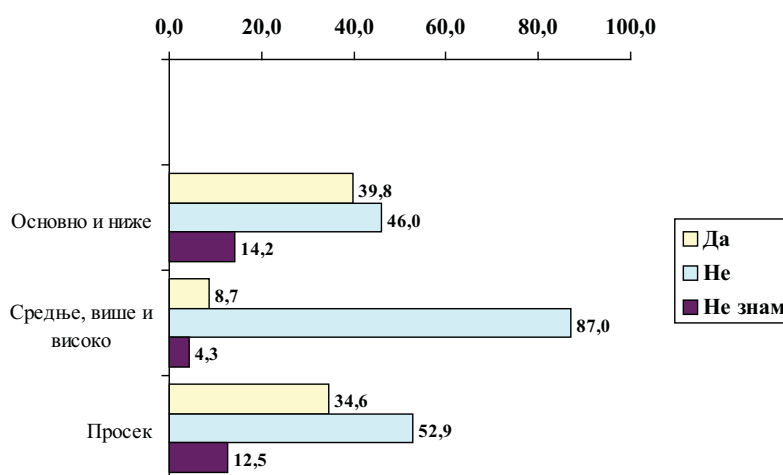


27.5. Знање о HIV-у/AIDS-у: Да ли особа може добити HIV ако живи или ради у истом простору са особом зараженом HIV-ом?

Од укупног броја СР који су учествовали у истраживању њих 72 или 52,9% сматра да заједнички живот и рад са особом која је инфицирана HIV-ом не представља ризик за ту особу. Њих 34,6% сматра да ризик постоји, а 12,5% не зна одговор на то питање. Постоји статистички значајна разлика у знању и ставовима СР које су завршиле средњу, вишу или високу школу. У односу на ово питање 87% сматра да не може добити HIV и свега 8,7% да може, док код СР са основном и нижом школом 46% сматра да не може, 39,8 да може, а 14,2 не зна одговор.

У односу на остале кључне варијабле не уочава се значајнија разлика у знању.

Графикон 26. Знање о HIV-у/AIDS-у: Да ли особа може добити HIV ако живи или ради у истом простору са особом зараженом HIV-ом?



Сви добијени подаци у односу на неколико истраживаних параметара који се тичу знања о HIV-у и могућностима заштите указују на још увек недовољно знање и погрешне ставове у односу на HIV инфекцију и путеве преноса.

3.4.6. Тестирање на HIV и коришћење здравствене службе

У оквиру испитивања везаног за знање о тестирању на HIV истраживан је и проценат СР које/и су не само чуле/и за тестирање, већ и које/и су се тестирале/и и које/и знају резултат свог теста. Истраживан је и њихов став у односу на препознавање код себе ризика од HIV инфекције. Такође је испитиван и проценат СР које/и су обухваћене неким превентивним програмом, коришћење здравствене службе, разлози за њено коришћење, као и то да ли се користи државна или приватна здравствена служба или се не користи уопште. Код СР женског пола истраживано је да ли су имале намерне прекиде нежељене трудноће (абортусе), колико пута и где су обавиле свој последњи абортус.

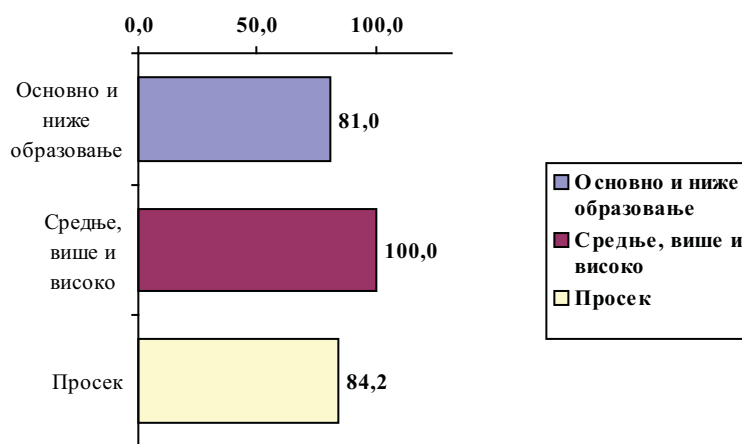
28. Процент СР који су било када чули за тестирање на HIV

У односу на укупан број СР, висок проценат СР је чуо за тестирање на HIV (84,2%).

У статистички значајно већем проценту СР који имају средњи, виши или високи степен образовања (100%) у односу на СР са основним и нижим образовањем (81,0%) су било када чули за тестирање на HIV. Такође значајније више транссексуалних СР (92,0%) је чуло за тестирање на HIV у односу на мушке СР (75,9%) и СР жене (84,7%). СР узраста преко 25 година у значајније већем проценту су чули за тестирање на HIV (92,4%) него СР млађег узраста (15 до 24 године – 73,3%, 15 до 19 година – 56,5%).

У односу на остале дефинисане варијабле не постоје значајније разлике у односу на њихово знање за тестирање на HIV.

Графикон 28. Процент СР који су било када чули за тестирање на HIV (у односу на укупан број СР)



29. Процент СР обухваћених превентивним програмима

Од укупно испитиваних СР, њих 103 или 74,1% обухваћено је превентивним програмима.

Постоји разлика у броју обухваћених сексуалних радника превентивним програмима у односу на пол, узраст, степен образовања и место бављења проституцијом (улица или *in door*).

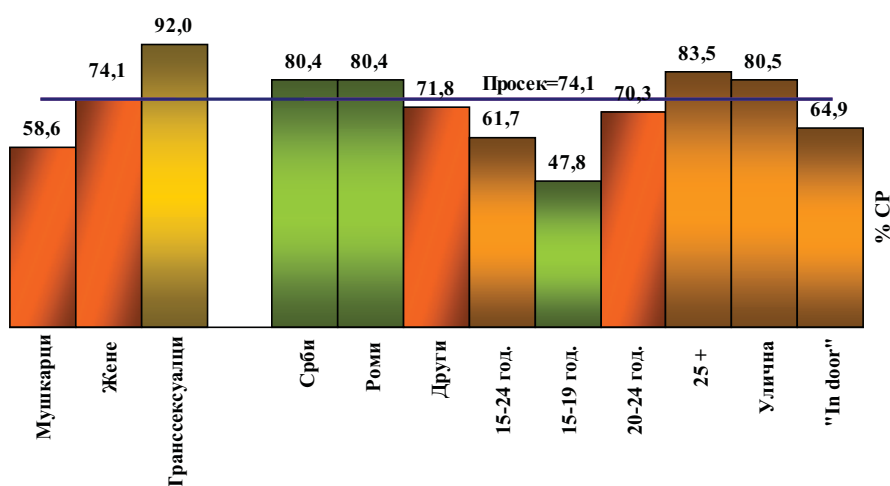
Транссексуални СР су у високом проценту обухваћени превентивним програмима (92,0%) у односу на СР женског пола (74,1%) и СР мушког пола (58,6%).

СР узраста изнад 25 година су у већем проценту обухваћени превентивним програ-

мима (83,5%) у односу на млађе СР узраста 15 до 19 година (47,8%). Такође проценат уличних сексуалних радника обухваћених превентивним програмима од 80,5% је значајније већи него обухват СР које се баве *in door* проституцијом (64,9%).

Међу осталим дефинисаним кључним варијаблама не постоје значајније разлике у односу на обухват превентивним програмима.

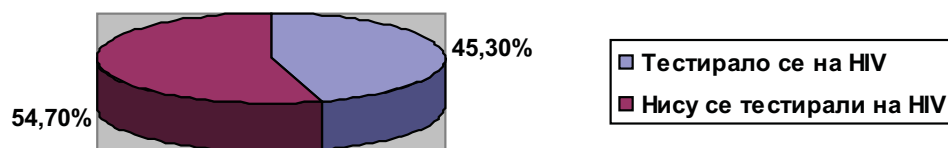
Графикон 29. Процент СР обухваћених превентивним програмима



30. Процент СР који су се тестирали на HIV током последњих 12 месеци и који знају резултат тестирања на HIV

Током последњих 12 месеци, од укупног броја испитиваних СР њих 63 или 45,3% се тестирало на HIV и знају свој HIV статус. Значајније већи број женских СР се тестирало на HIV (51,8%) у односу на мушкарце (27,6%) и СР транссексуалне оријентације (44,0%). СР старији од 25 година су у већем броју тестирани у последњих 12 месеци (55,7%) у односу на млађе СР 15–24 година (31,7%), 15–19 година (34,8%) и 20 до 24 година (29,7%). Такође СР ромске националности су се у последњих месец дана у већем проценту тестирали на HIV (53,5) у односу на СР српске националности (37,5%). Половина СР које се баве уличном проституцијом се у последњих месец дана тестирало на HIV, док је 38,6% *in door* СР то исто урадила у последњих месец дана.

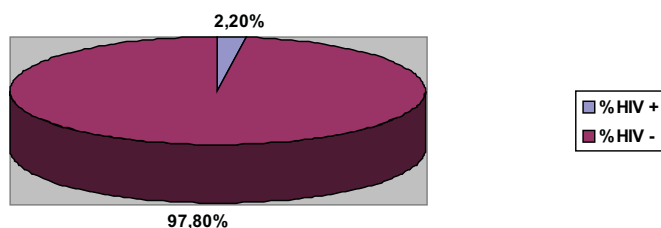
Графикон 30. Процент СР који су се тестирали на HIV током последњих 12 месеци и који знају резултат тестирања на HIV



31. Процент СР који су инфицирани HIV-ом

Од укупног броја тестираних СР на антитела на HIV, укупно је дијагностиковано три HIV позитивна резултата, односно 2,2% тестираних СР је инфицирано HIV-ом. Два СР транссексуалне оријентације и један СР мушког пола су инфицирана HIV-ом, од њих два СР су ромске националности и један српске. Два инфицирана СР раде на улици, док један ради као *in door* СР.

Графикон 31. Процент СР који су инфицирани HIV-ом



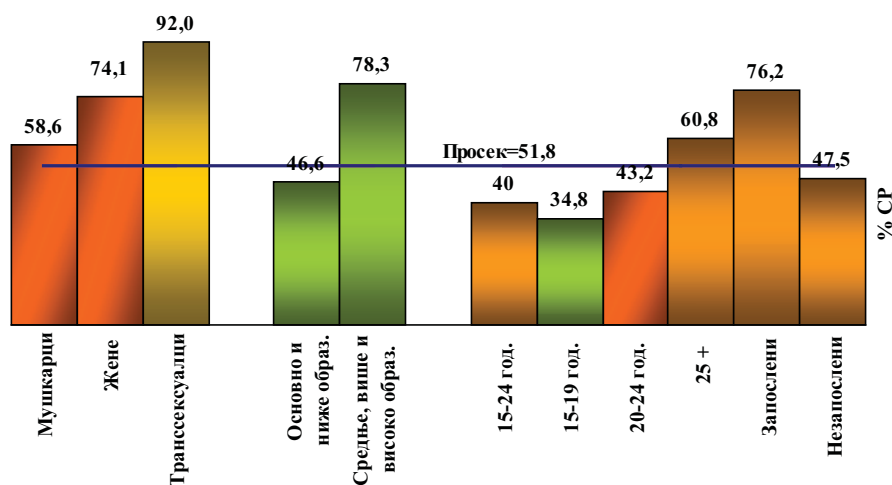
32. Процент СР који има оверену здравствену књижицу

Од укупног броја анкетираних СР свега 72, односно нешто више од половине (51,8%) има оверену здравствену књижицу којом може да регуларно оствари здравствену заштиту.

У нешто већем проценту старији СР од 25. године имају оверену здравствену легитимацију (60,8%) у односу на млађе, 15–19 година – 34,8%, 15 до 24 година – 40% и 20 до 24 година – 43,2%. Такође међу СР са средњим, вишим или високом образовањем има више СР са овереном здравственом књижицом (78,3%) у односу на СР са основним и нижим образовањем (46,6%).

СР које су у радном односу имају у значајније већем броју оверену здравствену књижицу (76,2%) него СР који су незапослени (47,5%).

Графикон 32. Процент СР који има оверену здравствену књижицу

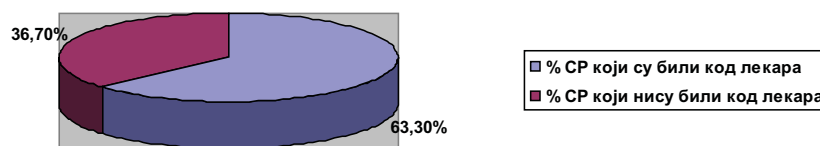


33. Процент СР који су последњих 12 месеци били код лекара

Више од половине СР (63,3%) је током претходних 12 месеци користило услуге неког лекара.

Ни по једном параметру у односу на дефинисане варијабле не постоје значајније разлике у посећивању лекара од стране СР у последњих месец дана.

Графикон 33. Процент СР који су последњих 12 месеци били код лекара



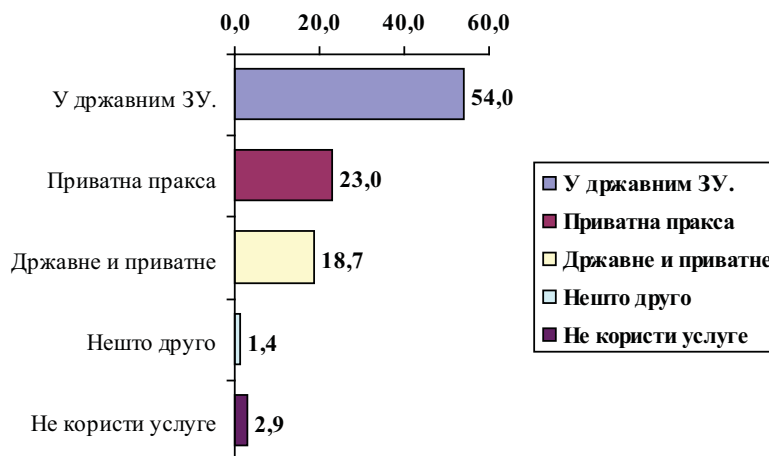
34. Врста коришћене здравствене услуге од стране СР

Нешто више од половине од укупног броја СР (54%) користи услуге лекара који раде у државним здравственим установама, 23% користи услуге лекара приватне праксе, док 18,7% СР користи подједнако услуге лекара у државним установама као и лекара у приватним установама. 1,4% користи нешто друго, док 4 СР (2,9%) не користи услуге лекара.

СР жене више користе услуге лекара приватне праксе (24,7%), док мушкарци у већем броју користе услуге у државним здравственим установама (69,0%). СР који су у радном односу такође чешће користе услуге у државним установама у односу на незапослене.

У односу на старосне групе, степен образовања, националну припадност, брачни статус и место обављања делатности, не постоје значајне разлике у коришћењу здравствених услуга у приватним и државним здравственим установама.

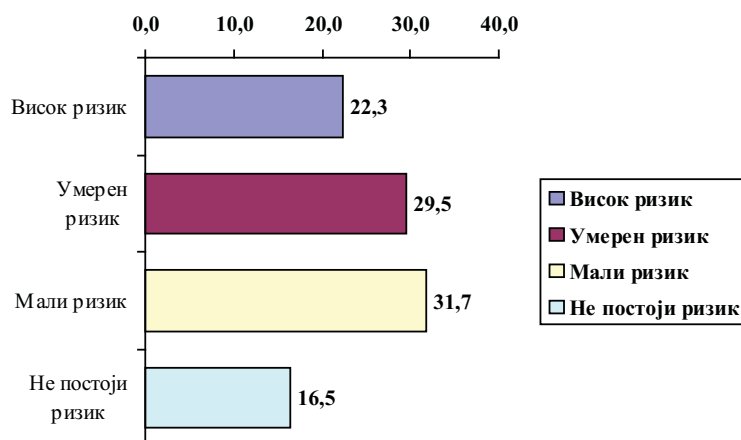
Графикон 34. Врста коришћене здравствене услуге од стране СР



35. Став о ризику да се инфицирају било којом полно преносивом болешћу, укључујући и HIV инфекцију

Непрепознавање постојања било каквог ризика за ППИ инфекцију, укључујући и HIV, исказало је 16,5% СР, мали и умерен ризик је препознало 61,2% СР, док схватање да имају висок ризик за ППИ и HIV инфекције је исказало 22,3% СР. Да постоји висок ризик за ППИ и HIV инфекцију исказао је сваки трећи транссексуалац, као и 23,5% жена. Сваки трећи испитаник узраста од 15 до 19 година, код себе је пронашао висок ризик за HIV инфекцију.

Графикон 35. Став о ризику да се инфицирају било којом полно преносивом болешћу, укључујући и HIV инфекцију

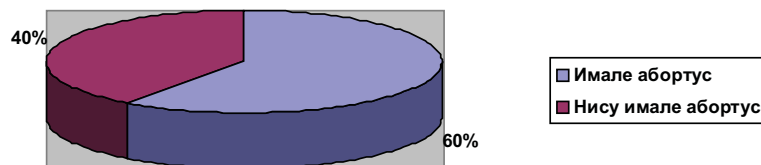


36. Процент СР које су имале абортус

Од укупно 85 жена сексуалних радница, 51 (60%) су икада у животу имале абортус. Не постоје значајније разлике у проценту жена СР које су имале абортус у односу на дефинисане кључне варијабле (степен образовања, национална припадност, брачни статус, место бављње проституцијом или радног статуса).

Сексуалне раднице које имају 25 и више година у нешто већем проценту су имале абортус (66,7% у односу на млађе СР: 15 до 24 године – 50,0%, 15 до 19 година – 47,1% и 20 до 24 године – 52,9%).

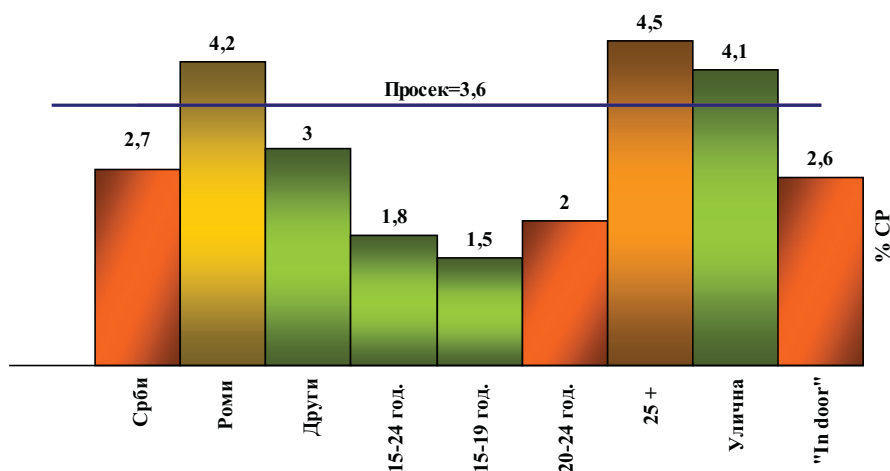
Графикон 36. Процент СР које су имале абортус



37. Просечан број абортуса

Просечан број абортуса код сексуалних радница које су имале абортус су 3,6 абортуса. Највећи просечан број абортуса су имале сексуалне раднице старије од 25 година (4,5), ромске националности (4,2) које нису у браку (3,8) и које се баве проституцијом на улици (4,1). Сексуалне раднице млађе од 18 година су имале у просеку 1,5 абортуса.

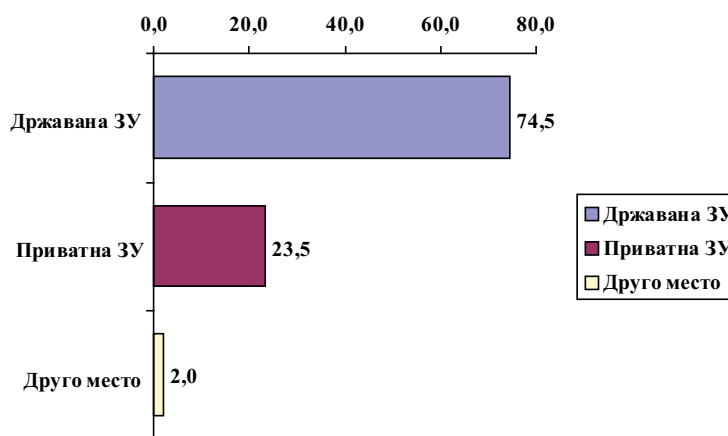
Графикон 37. Просечан број абортуса



38. Место извођења последњег намерног абортуса

Место извођења последњег намерног абортуса је у 98% случајева здравствена установа, и то у 74,5% државна здравствена установа и 23,5% приватна здравствена установа, док је на неком другом месту, изван здравствене установе абортус обављен у 2,0% случајева. Сексуалне раднице млађег узраста, оне које се баве *in door* проституцијом и које су у некој врсти брачне заједнице у већем проценту су абортусе обављале у приватним здравственим установама него остале СР. Сексуалне раднице старости изнад 25 година у знатно већем проценту (82,4%) су последњи абортус обавиле у државним здравственим установама. Такође уличне СР у већем проценту (81,8%) су последњи абортус обавиле у државној здравственој установи у односу на оне које се баве *in door* проституцијом (61,1%).

Графикон 38. Место извођења последњег намерног абортуса



Податак да је око 50% испитаника тестирано на HIV и зна резултате свог тестирања говори о постојању свесности, у релативно високом проценту, код испитаника да су под ризиком за HIV инфекцију. То се може тумачити и процентом СР који су обухваћени неким превентивним програмима, 74,1%.

Регуларна документа за коришћење здравствене заштите има свега нешто више од половине сексуалних радника/ца. Такође нешто више од половине СР је током претходне године користило здравствену заштиту. И то: половина у државним установама, док је мање од трећине здравствену заштиту користило у приватним здравственим установама или истовремено и приватним и државним. О препознавању значаја јављања лекару показују и подаци да СР који/е су имали/е неку ППИ се у више од 60% одмах јавило лекару. Податак да је више од половине жена сексуалних радница имало абортус, у просеку више од три абортуса, и да је половина њих старости испод 25 година показује да су, упркос високом проценту сталног коришћења кондома са клијентима, нежељене трудноће последица повремених некоришћења кондома, посебно када су у питању стални партнери, што их доводи у висок ризик и за ННВ и друге ППИ.

3.4.7. Сусрети са полицијом и прекршајно кажњавање због бављења проституцијом

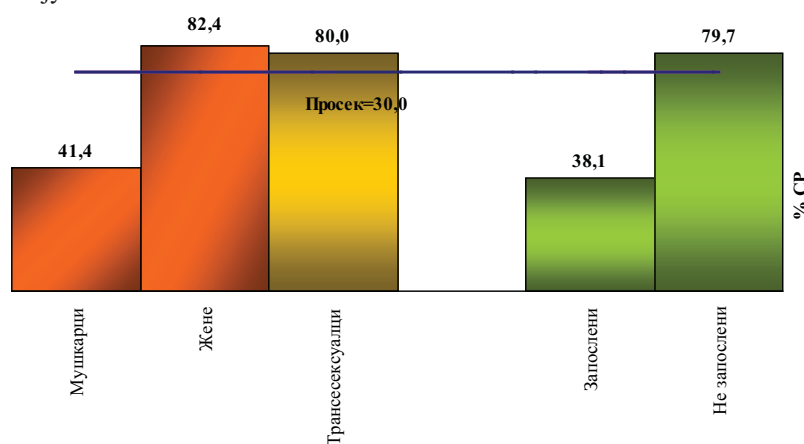
У оквиру истраживања испитивано је и искуство које су СР имале/и са полицијом у вези бављења проституцијом, њихови сусрети са полицијом и прекршајно кажњавање.

Такође је истраживано и то да ли су се проституцијом бавиле/и и изван Србије.

39. Процент СР који су имали сусрет са полицијом у вези посла који обављају

Сусрет са полицијом у вези бављења сексуалним радом је имало 102 СР или чак 73,4% испитаних. Статистички значајно мањи проценат је мушкараца СР који су имали сусрет са полицијом у вези бављења проституцијом (41,4%) у односу на жене (82,4%) или трансексуалце (80,0%). Такође у статистички значајно мањем проценту су сусрете са полицијом у вези бављења сексуалним радом имали СР који су у радном односу (38,1%) у односу на незапослене (79,7%). СР старијег узраста, изнад 25 година у већем проценту су имале сусрет са полицијом (84,8%) у односу на млађе СР (15 до 24 – 58,3%, 15 до 19 – 65,2% и 20 до 24 – 54,1%). Такође, сексуални радници који раде на улици чешће су имали сусрете са полицијом у вези бављења послом (81,7%) у односу на *in door* проституцију (61,4%).

Графикон 39. Процент СР који су имали сусрет са полицијом у вези посла који обављају



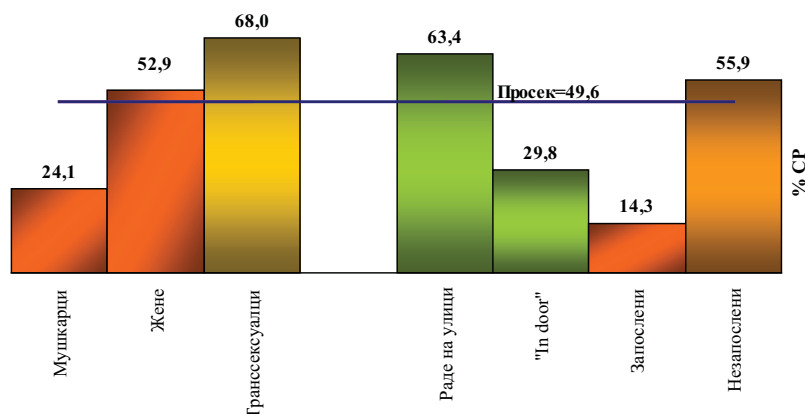
40. Процент СР који су прекршајно кажњавани

Од укупног броја свих СР који су учествовали у истраживању око половина њих (69 или 49,6%) је прекршајно кажњавана. Значајно више је прекршајно кажњавано

жена (52,9%) и транссексуалаца (68%) него мушкараца СР (24,1%). Такође СР старије од 25 година су у значајније већем проценту прекршајно кажњаване (65,8%) у односу на млађе СР (15 до 24 године 28,3%). Сексуални радници који раде на улици су прекршајно кажњавани у значајно већем проценту (63,4%) него они који се баве *in door* сексуалним радом (14,3%).

Статистичка значајност разлика се уочава и код већег процента прекршајног кажњавања оних СР које су незапослене у односу на запослене.

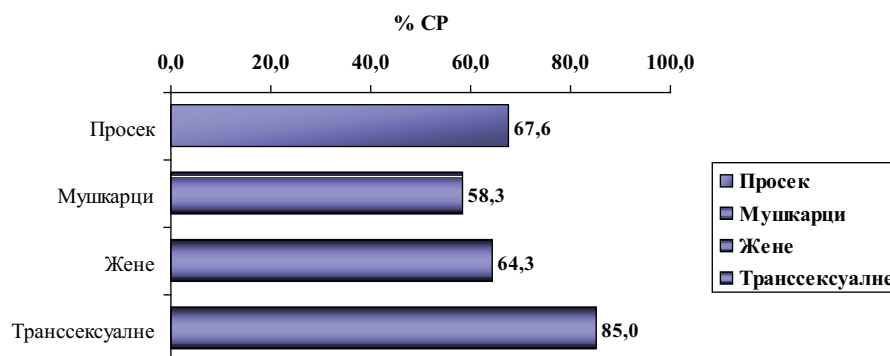
Графикон 40. Процент СР који су прекршајно кажњавани



40.1. Процент СР који су прекршајно кажњавани у односу на оне који су имали сусрет са полицијом

Сексуални радници који су имали сусрет са полицијом у 67,6% случајева су и прекршајно кажњавани. Транссексуалци у 85%, жене у 64,3% док су мушкарци прекршајно кажњавани у 58,3%. Сексуални радници узраста преко 25 година, који су имали сусрет са полицијом су прекршајно кажњавани у 77,6% случајева док су малолетна лица од 15 до 19 година старости која се баве сексуалним радом, а која су имала сусрет са полицијом због посла којим се баве, прекршајно кажњавана у 46,7% случајева. СР које се баве послом на улици, а које су имале сусрет са полицијом због посла са којим се баве, у значајније већем проценту су прекршајно кажњавани (77,6%) у односу на *in door* СР (48,6%) У односу на степен образовања, националну припадност и брачно стање не постоје значајније разлике у односу на прекршајно кажњавање оних СР који су имали сусрет са полицијом због обављања свог посла.

Графикон 41. Процент СР који су прекршајно кажњавани (у односу на оне који су имали сусрет са полицијом)



41. Просечан број прекршајних кажњавања СР због бављења проституцијом

Просечан број прекршајних кажњавања СР због посла којим се баве је 3,1.

Највећи просечан број прекршајних кажњавања имали су транссексуални СР (4,3), док су жене СР имале просечно по 2,9 прекршајних кажњавања а мушкарци СР 1,7. Старији СР од 25 година су имали у просеку по 3,6 прекршајних кажњавања, док млађи у узрасту од 15 до 24 година 1,9 прекршајних кажњавања. СР припадници ромске заједнице су чешће прекршајно кажњавани (3,5) од припадника српске заједнице (2,9). СР које су у браку су у просеку 4,1 пут прекршајно кажњавани, док су они које нису у брачној заједници кажњавани у просеку 2,1 пута.

Нема значајније разлике у просечном броју прекршајног кажњавања између уличних и *in door* СР.

Графикон 42. Просечан број прекршајних кажњавања СР због бављења проституцијом



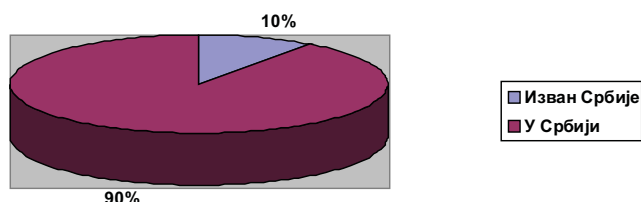
42. Процент СР који се бавио проституцијом изван Србије

Мали је проценат СР који се бавио сексуалним радом изван Србије, свега 14 односно 10,1%.

Највећи број њих је старији од 25 година, има основно или ниже образовање.

Статистички је значајан податак да међу СР у узрасној доби између 15 и 19 година нема ниједног СР који је радио изван Србије.

Графикон 43. Процент СР који се бавио проституцијом изван Србије



Велики број СР је имао сурете са полицијом у вези са њиховим бављењем сексуалним радом. Стаистички значајно мањи проценат је мушкараца СР који су имали сусрет са полицијом у вези бављења проституцијом у односу на жене или транссексуалце. Око половине од укупног броја свих СР је прекршајно кажњавано због бављења проституцијом.

3.5. Закључци и препоруке

3.5.1. Закључци

3.5.1.1. Основна социодемографска и друга обележја сексуалних радница/ка

– Највећи проценат СР је био женског пола (61,2%), узраста 25 и више година (56,8%), основног и нижег степена образовања (83,5%), ромске (51,1%) и српске (40,3%) националности, ван брака или ванбрачне заједнице (61,9%) и незапослено (84,9%).

– Од 139 испитаника 59% су чиниле уличне, а 41% *in door* СР.

– Највећи проценат уличних СР чиниле су жене и транссексуалци, узраста 20 и више година, нижег степена образовања, ромске и других националности, као и особе у браку или ванбрачној заједници и незапослене.

– Највећи проценат *in door* СР чинили су мушкарци, узраста млађег од 20 година, вишег степена образовања, српске националности, као и особе ван брака или ванбрачне заједнице и запослени.

3.5.1.2. Ризично сексуално понашање сексуалних радница/ка

– Просечан узраст СР при првом оралном сексуалном односу је био 16,2 године (медијана 16,0 година), при вагиналном 14,8 година (медијана 15,0 година), а при аналном 17,1 година (медијана 16,0 година).

– *In door* СР су раније ступале у први орални (15,6 година) и вагинални (14,7 година) сексуални однос, а касније у аналне сексуалне (17,3 године) односе у поређењу са уличним СР (16,7 година; 14,9 година; 16,8 година).

– Просечан узраст при првом сексуалном односу СР са комерцијалним сексуалним партнером је био 19,4 године (медијана 18,0 година).

– *In door* СР су у ранијим годинама (просечно са 18,5 година) ступале у први сексуални однос са комерцијалним партнером него уличне СР (просечно са 20 година).

– Око 71% СР је користило кондом при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана.

– Уличне СР су нешто чешће користиле кондом при сваком пенетративном сексуалном односу са комерцијалним партнером током последњих месец дана него *in door* СР.

– Око 91% СР је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са комерцијалним сексуалним партнером.

– Уличне СР су у незнатно већем проценту користиле кондом приликом последњег сексуалног односа са комерцијалним сексуалним партнером него *in door* СР.

– Од 119 СР које су имале сталног сексуалног партнера 22 (18,5%) су користиле кондом при последњем сексуалном односу са сталним партнером.

– Већи проценат *in door* СР је користило кондом при последњем сексуалном односу са сталним партнером него уличних.

– Око 2/3 СР је било у ситуацији да им је кондом пукао у току сексуалног односа.

– Већи проценат уличних СР (75,6%), него *in door* (59,6%) је било у ситуацији да им је кондом пукао у току сексуалног односа.

– Око 2/3 СР је имало при себи кондом у моменту анкетирања.

– Уличне СР (67,1%) су чешће при себи имале кондом од *in door* СР (59,6%).

– Највећи проценат СР (77,7%) набављао је кондоме на киоску или у продавници, 43,2% у апотеци, 33,8% добијао је кондоме од теренских радника из невладиних организација, 0,7% у ДПСТ центру, 2,9% од пријатеља или колегиница и 6,5% на друге начине.

– Током последњих 12 месеци *in door* СР су значајно ређе кондом набављале од стране теренских радника из невладиних организација, него уличне, у поређењу са свим СР.

– Уличне СР су нешто чешће набављале кондом на киоску или у продавници, у ДПСТ центру, од теренских радника невладиних организација и на друге начине у односу на *in door* СР.

3.5.1.3. Коришћење психоактивних супстанци од стране сексуалних радница/ка

– Око 4/5 СР је пробало неку од психоактивних супстанци било када у току живота.
– *In door* СР (84,2%) су нешто чешће пробале неку од психоактивних супстанци у току живота него уличне СР (80,5%).

– Око 1/5 СР је користило интравенски неку психоактивну супстанцу било када у току живота.

– Интравенска употреба психоактивних супстанци било када у току живота је чешће била од стране уличних (23,2%) него *in door* (12,3%) СР.

– Око 70% СР је користило интравенски дрогу у последњих месец дана, око 8% пре више од месец дана а мање од 6 месеци и око 23% пре више од годину дана.

– *In door* СР су чешће користиле интравенски дрогу у току последњих месец дана и пре више од годину дана, а уличне пре више од месец дана а мање од 6 месеци.

– СР су при првом интравенском коришћењу дроге просечно имале 18,6 година (медијана 18,5 година).

– *In door* СР су биле млађе (просечно 17,7 година) при првом коришћењу дроге у односу на уличне СР (просечно 18,9 година).

– При последњој интравенској употреби дроге свака друга СР је користила потпуно нов и некористићен прибор за инјектирање дроге, скоро свака четврта свој прибор од раније, а скоро свака трећа туђи прибор.

– *In door* СР су ређе користиле нов прибор (42,9%) и свој од раније прибор (14,3%), а чешће туђи прибор (42,9%), у односу на уличне СР (52,9% нов прибор; 21,1% свој од раније прибор; туђи прибор 26,3%).

3.5.1.4. Знање о полно преносним инфекцијама

– Процент сексуалних радника/ца који је икада чуо нешто о полно преносним инфекцијама је висок и износи 92,8%. У односу на степен образовања сексуалне раднице/ци који имају средње, више или високо образовање у статистички значајном односу више знају о ППИ него оне које имају основно и/ или ниже образовање. Све сексуалне раднице са средњим, вишим или високом образовањем су одговориле да су чуле за полно преносиве инфекције.

– Инфекцију полних органа у последњих 12 месеци је имало 22,3% сексуалних радница/радника. Инфекцију полних органа су у већем проценту имале СР женског пола, свака трећа (29,4%) у односу на мушкарце (10,3%) или транссексуалце (12%).

– У случају препознавања неке ППИ код себе, њих 64,5% се одмах јави лекару, скоро свака трећа, и/ или 29% се лечи сам/а, док чека да прође само од себе или предузима нешто друго 16,1% СР.

– У веома високом проценту (97,8%) сексуални радници, без обзира на пол, старост, степен образовања, националну припадност, место бављења сексуалним радом или у односу на то да ли су запослени или не, су чули за HIV или сиду. Свега троје, од укупно 139 испитаних, није чуло за HIV или сиду.

– Свега 14,7% сексуалних радника је препознало све тачне путеве преноса HIV-а и одбацило главне зблуде. Статистички значајно већи проценат (47,8%) сексуалних радника са средњим, вишим и високим образовањем у односу на остале сексуалне раднике препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије и одбацује главне заблуде.

3.5.1.5. Знање о HIV/AIDS-у

– Знање о HIV/AIDS-у, испитивано кроз истине и заблуде испитаника, показало је да они у 75,7% имају исправан став у односу на значај правилне употребе кондома при сваком сексуалном односу.

– Када је у питању упражњавање секса са само једним сталним, верним партнером као начин смањења ризика за HIV инфекцију нешто више од половине испитаника (55,9%) је одговорило да је то тачно, док је сваки трећи испитаник одговорио да то не смањује ризик за пренос HIV-а.

– Близу половине испитаника има погрешан став у односу на могућност да се неко зарази ако дели храну са HIV позитивном особом, док њих 52% сматра да заједнички живот са HIV позитивном особом не представља ризик за ту особу.

– Да особа која је инфицирана HIV-ом може да изгледа здраво сматра више од 2/3 испитаника.

3.5.1.6. Тестирање на HIV и коришћење здравствене службе

– Висок проценат сексуалних радника/ца (84,2%) је чуо за тестирање на HIV. У статистички значајно већем проценту СР који имају средњи, виши или високи степен образовања (100%) у односу на СР са основним и нижим образовањем (81,0%) су било када чули за тестирање на HIV.

– Укупно је од испитиваних СР њих 103 или 74,1% обухваћено превентивним програмима. Транссексуални СР су у високом проценту обухваћени превентивним програмима (92,0%) у односу на СР женског пола (74,1%) и СР мушког пола (58,6%). Такође, проценат уличних сексуалних радника обухваћених превентивним програмима од 80,5% је значајније већи него обухват СР које се баве *in door* проституцијом (64,9%).

– Током последњих 12 месеци, од укупног броја испитиваних СР њих 63 или 45,3% се тестирало на HIV и знају свој HIV статус. Значајније већи број женских СР се тестирало на HIV (51,8%) у односу на мушкарце (27,6%) и СР транссексуалне оријентације (44,0%). Половина СР које се баве уличном проституцијом се у последњих месец дана тестирало на HIV, док је 38,6% *in door* СР то исто урадила у последњих месец дана.

– Од укупног броја тестираних СР на антитела на HIV, укупно су дијагностикована три HIV позитивна резултата, односно 2,2% тестираних СР је инфицирано HIV-ом.

– Од укупног броја анкетираних СР свега нешто више од половине (51,8%) има оверену здравствену књижицу којом може да регуларно оствари здравствену заштиту.

– Више од половине СР (63,3%) је током претходних 12 месеци користило услуге неког лекара.

– Нешто више од половине од укупног броја СР (54%) користи услуге лекара који раде у државним здравственим установама, 23% користи услуге лекара приватне праксе, док 18,7% СР користи подједнако услуге лекара у државним установама као и лекара у приватним установама. 1,4% користи нешто друго, док 4 СР (2,9%) не користи услуге лекара.

– Од укупно 85 жена сексуалних радница, 51 (60%) су икада у животу имале абортус.

– Просечан број абортуса код сексуалних радница које су имале абортус су 3,6 абортуса.

– Највећи просечан број абортуса су имале сексуалне раднице старије од 25 година (4,5), ромске националности (4,2) које нису у браку (3,8) и које се баве проституцијом на улици (4,1).

– Место извођења последњег намерног абортуса је у високом проценту (98%) слушајева здравствена установа, и то у 74,5% државна здравствена установа и 23,5% приватна здравствена установа.

3.5.1.7. Сусрети са полицијом и прекршајно кажњавање због бављења проституцијом

- Сусрет са полицијом у вези бављења сексуалним радом је имало 73,4% испитаних СР.
- Статистички значајно мањи проценат је мушкараца СР који су имали сусрет са полицијом у вези бављења проституцијом (41,4%) у односу на жене (82,4%) или транссексуалце (80,0%). Такође сексуални радници који раде на улици чешће су имали сусрете са полицијом у вези бављења послом (81,7%) у односу на *in door* проституцију (61,4%).
- Од укупног броја свих СР који су учествовали у истраживању око половина њих (49,6%) је прекршајно кажњавана. Значајно више су прекршајно кажњаване жене (52,9%) и транссексуалци (68%) него мушкараци СР (24,1%).
 - Просечан број прекршајних кажњавања СР због посла којим се баве је 3,1.
 - Највећи просечан број прекршајних кажњавања имали су транссексуални СР (4,3), док су жене СР имале просечно по 2,9 прекршајних кажњавања а мушкарци СР 1,7.
 - Мали је проценат СР који се бавио сексуалним радом изван Србије, свега 10,1%.

3.5.2. Препоруке

Резултати истраживања указују на високо ризично сексуално понашање СР (просечан узраст при ступању у вагиналне сексуалне односе је 14,8 година, око 70% СР је користило кондом при сваком сексуалном односу са комерцијалним партнером током последњих месец дана, а око 90% при последњем сексуалном односу, 18,5% СР је користило кондом при последњем сексуалном односу са сталним партнером, 64% је имало кондом у моменту анкетања, а пуцање кондома у току сексуалног односа имало је 2/3 СР) и неопходно увођење превентивних програма у циљу едукације СР о неопходности коришћења кондома како са комерцијалним, тако и са сталним сексуалним партнером.

Важно је СР обезбедити адекватну контролу здравственог стања и тестирање на HIV, јер код око 70% СР, и поред коришћења кондома, долази до његовог пуцања при сексуалном односу.

Потребно је радити на сталном снабдевању СР кондомима јер подаци говоре да су уличне СР чешће користиле кондом, да су га чешће добијале од теренских радника невладине организације и да су га у већем броју имале код себе у моменту анкетања у односу на *in door* СР.

Резултати истраживања указују да постоје незнатне разлике у ризичном понашању уличних и *in door* СР. То значи да обе групе захтевају да буду подвргнуте низу превентивних програма у циљу сагледавања важности коришћења кондома и контроле сопственог здравља.

Око 3/4 СР је користило неку од психоактивних супстанци било када у току живота, а 1/4 дрогу интравенски, што говори о ризичном понашању СР и великом ризику од HIV инфекције не само сексуалним путем, него и путем нестерилних игала и шприцева. У циљу спречавања ширења HIV инфекције неопходни су едукативни програми о свим могућим путевима преношења HIV инфекције и начину превенције, али и лечење болести зависности.

Нешто ризичније понашање имале су *in door* СР (чешће су користиле дрогу интравенски током последњих месец дана, као и туђи прибор за интравенско апликовање дроге, започеле су са интравенским коришћењем дроге у ранијим годинама живота), него уличне, по питању интравенске употребе дроге, тако да обе групе СР захтевају да буду подвргнуте едукативним програмима, а корисници лечењу од болести зависности.

Упркос високом проценту сексуалних радника/ца који су чули за HIV и ППИ, низак је степен њиховог знања о начинима трансмисије HIV инфекције, праћеног кроз

композитни индикатор од пет питања. Само је 14,7% тачно одговорило на свих пет питања. Податак да је 1/3 сексуалних радница имала неку ППИ, такође указује да је потребно повећати обим превентивних програма и едукације међу сексуалним радницама у циљу препознавања правих ризика за пренос ППИ и HIV-а.

Резултати истраживања показују да је знање о HIV/AIDS-у и могућностима заштите од HIV-а још увек недовољно, као и да СР имају погрешне ставове у односу на HIV инфекцију и путеве преноса што захтева даљу едукацију СР, а посебно на терену.

Податак да је око 50% испитаника тестирано на HIV и зна резултате свог тестирања говори о постојању довољне свесности СР под којим су ризиком када је у питању добијање HIV инфекције. Неопходно је због тога омогућити континуирану контролу здравственог стања СР.

Регуларна документа за коришћење здравствене заштите има свега нешто више од половине сексуалних радника/ца. Такође нешто више од половине СР је током претходне године користило здравствену заштиту и то половина у државним установама док је мање од трећине здравствену заштиту користило у приватним здравственим установама или истовремено и приватним и државним. Потребно је државну здравствену службу учинити доступном за СР.

Податак да је више од половине жена сексуалних радница имало абортус, у просеку више од три абортуса, и да је половина њих старости испод 25 година показује да су, упркос високом проценту сталног коришћења кондома са клијентима, нежељене трудноће последица повремених некоришћења кондома, посебно када су у питању стални партнери, што их доводи у висок ризик и за HIV и друге ППИ. Ово је још један аргумент за наставак постојећих и изналажење нових превентивних програма за сексуалне раднике/це.

Више од 2/3 СР је имало сусрете са полицијом услед пружања сексуалних услуга. Око половине од укупног броја свих СР је прекршајно кажњавано због бављења проституцијом.

Ови резултати указују на потребу планирања и реализације програма едукације из области превенције HIV-а, припадника полиције, као и покретање иницијатива за доношење законских аката који ће омогућавати легално реализовање свих програма превенције HIV-а међу особама које се баве сексуалним радом.

Процењена преваленција HIV позитивних на нашем узорку је 2,2%, што указује да је превентиван рад са овом вулнерабилном групом неопходан.

У циљу будућег праћења успешности превентивних програма потребно је поред основних индикатора предвиђених националним програмом мониторинга и евалуације Стратегије за борбу против сиде, користити и све друге наведене у овом истраживању.

3.5.3. Препоруке које се односе на СР млађе од 25 година

Свака друга СР у Београду има мање од 25 година.

Подаци да СР млађе од 25 година рано ступају у сексуалне односе (медијана ступања у први вагинални сексуални однос је 15 година, у први орални однос 16 година, у први анални однос 17 година и у први комерцијални секс је 18 година), да висок проценат њих има нижи степен образовања, да мањи проценат њих стално и при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером користи кондом, да већи проценат користи ПАС и да је просечан узраст при првом интравенском коришћењу дроге 18,6 година, да су у значајно мањем проценту чуле за тестирање на HIV и да су у значајно мањем проценту тестиране на HIV, као и да су ређе обухваћене неким превентивним програмом, указују на потребу за планирањем специфичних програма превенције HIV-а који су примарно намењени младима, посебно онима који припадају групи посебно осетљивих младих за инфекцију HIV-ом.

Литература

1. Nacionalana strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a Republike Srbije, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2005.
2. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: United Nations General Assembly, Special Session on HIV/AIDS, 2001.
3. Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work setting, WHO, 2005.
4. Second Generation Surveillance for HIV, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2004.
5. Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia, Report from the CEEHRN, 2005.
6. European Network for HIV/STD Prevention in prostitution (Europap/Tamper). Hustling for health: developing services for sex workers in Europe. London: Imperial College, 1999
7. Amon J, Brown T, Hogle J, et al. Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Population at Risk of HIV/AIDS, FHI, USAID, DfID, 2000.
8. Overs C. Sex workers: Part of the solution, An analysis of HIV prevention programing to prevent HIV transmission during commercial sex in developing countries, 2002.
9. Harm Reduction, health and human rights, and sex work, Open Societe Institute, 2006
10. UNAIDS Guidance note HIV and Sex Work, April 2007
11. Sex work and HIV/AIDS. UNAIDS Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
12. Blankenship KM, Koester S. Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *J. Law Med Ethics* 2002; 30: 548 –59.
13. Wolfers I van Beelen N. Public health and human rights of sex workers. *Lancet* 2003; 361: 1981.
14. Cucic V. Prostitution as public health issue. *Javno zdravstveni aspekti prostitucije. Socijalna misao, Časopis za teoriju i kritiku socijalnih ideja i prakse*, 2006; 51: 9-36.
15. Sanders T, Campbell R. Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *Brit J Sociol* 2007; 58 (1): 1-19.

IV

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

Главни истраживач:

Асист. др Данијела Ђонић, Институт за анатомију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Истраживачи сарадници:

Др Фарида Бассион Стаменић, Министарство здравља/Јединица за спровођење пројекта Глобалног фонда „Унапређење националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга”, Слађана Барош, Национална канцеларија за HIV/AIDS, Институт за јавно здравље Србије, Сузана Крстевски, Дом „Јован Јовановић Змај”

Консултанти:

Тања Васић, „ДУР” Београд, Гордана Петровић, „Стабло” Крагујевац, др Борислав Антонијевић, ГАК „Народни фронт”, Драгана Стојановић, „ОИЦ” Београд, мр Данијела Велимировић, Филозофски факултет Универзтитет у Београду

Теренски координатори

Београд:

Саша Милосављевић, Центар за друштвену иницијативу и креативни развој, ЦДКР

Врање:

Небојша Селистареввић, Ромски културни центар

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

*„Сиромаштво, HIV инфекција и нежељена и прекомерна рађања
су највећи популациони проблем XXI века.”*
UNFPA, 2004.

4.1. Увод

Роми потичу из северне Индије, али Европу насељавају скоро последњих хиљаду година. Према попису становништва Србије из 2002, у Србији живи 108.193 или 1,44% становника који се изјашњавају као Роми (1). Међутим, према извештајима Националног савета Рома и невладиних организација, процена је да на територији Републике Србије живи око 450.000 Рома (2). Роми као етничка заједница са посебним демографским, социо-економским и културним особинама, спадају у једну од најнеразвијених популационих група и самим тим су посебно осетљиви на HIV и полно преносиве инфекције (ППИ). Сиромаштво, надекватни услови становања, неадекватан приступ здравственој служби, недовољно образовање и незапосленост у великој мери утичу на здравствено стање Рома. Како углавном не поседују лична докумената и нису на адекватан начин препознати од стране званичног система, Роми имају тешкоћа при остваривању основних људских права, као што су право на правну помоћ, као и на социјалну и здравствену заштиту, тачније права која су Уставом гарантована свим грађанима Републике Србије. Ромска популација је једна од најмлађих у Републици Србији, односно у читавој Европи. Око 40% Рома је млађе од 20 година, а просечна старост је 27,5 година (3).

Истраживања која би дала прецизнију слику о здрављу Рома је мало. За сада не постоје званични подаци о преваленцији HIV-а/AIDS-а међу Ромима. Према UNICEF-овом истраживању из 2005. године међу Ромкињама, показало се да је изражен веома низак степен знања о заштити од HIV инфекције (4).

4.2. Циљеви истраживања

Основни циљ овог истраживања је да се утврди степен знања младих ромске етничке припадности о ризику од настанка HIV инфекције, као и ППИ, и у складу са тим да се дефинишу показатељи за систем праћења и процене националног одговора на HIV/AIDS међу младима ромске етничке припадности. Током истраживања смо пробали да нађемо одговоре на следећа кључна питања:

1. Који облици ризичног, односно протективног, понашања у односу на HIV и ППИ су заступљени међу младима ромске етничке припадности?
2. Какав је утицај културних образаца на преузимање ризичних облика понашања у односу на HIV/AIDS и ППИ међу младима ромске етничке припадности?
3. Да ли су постојеће информације, услуге и програми здравствене заштите доступни младима ромске етничке припадности и адекватни за заштиту репродуктивног здравља и превенцију трансмисије HIV-а и других ППИ међу њима?
4. Које информације и који програми су најпотребнији младима ромске етничке припадности у циљу превенције трансмисије HIV-а и других ППИ?

4.3. Методологија

4.3.1. Тип студије

Истраживање је рађено уз помоћ комбиноване бихејворалне студије пресека, а праћено је квалитативним истраживањем у Београду, коришћењем интервјуа.

4.3.2–5. Локација, време извођења, величина узорка и узорковање

Истраживање је изведено на две локације, у Београду и Врању током фебруара 2008 године. У Београду је учествовало 380 особа, а у Врању 161. Случајни узорак је изабран методом узорковања вођеног испитаником (*Respondent driven sampling – RDS*). RDS методологија узорковања је коришћена с обзиром на то да ромска популација има добро развијене друштвене мреже и да током регрутовања из редова својих социјалних мрежа, почетни намерни узорак прераста у случајни, што омогућава генерализацију добијених налаза.

4.3.6. Критеријуми укључивања

У истраживању су могле да учествују особе оба пола које:

- имају 15 и више година, а мање од 25 година
- идентификују се као припадници ромске групације
- живе/раде/бораве минимум осам сати дневно у последња 3 месеца на територији града Београда, односно Врања
- регрутовани су да учествују у истраживању што доказују доношењем валидног купона за учешће у истраживању
- нису већ учествовали у истом истраживању
- схватају и прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији
- у могућности су да разумеју питања и одговоре на њих.

4.3.7. Инструментаријум

Сви подаци су добијени вођењем разговора са учесницима у истраживању. Разговоре воде обучени анкетари. Разговор се води помоћу стандардизованог, шифрираног упитника који је претходно пилот тестиран у Београду, Крагујевцу и Врању. Упитник је полуструктуриран и састоји се од 58 питања распоређених у 10 секција.

4.3.8. Квалитативна компонента истраживања

У оквиру основног RDS узорка за квалитативну секцију су селекована 22 испитаника из различитих таласа, водећи рачуна да се досегне дубина у узорку. У узорак је укључено 7 особа женског пола и 15 особа мушког пола.

Одговор на питање какав је утицај културних образаца на преузимање ризичних облика понашања у односу на HIV/AIDS и полно преносиве инфекције међу младима ромске етничке припадности, добијен је коришћењем квалитативног приступа путем технике вођења дубинских интервјуа. Квалитативна компонента је спровођена само у Београду. Разговори са испитаницима су вођени на месту или његовој околини где се налазио простор за основно истраживање по принципу „један на један”. За разговоре се користио полуструктурирани упитник отвореног типа. Разговори су снимани дигиталним диктафоном, а затим транскрибовани у вербатим формату.

За обраду квалитативних података, користио се метод кодирања према кодном кључу формираном у два наврата – категоријална основа је дата унапред, а затим су развијени кодови у складу са категоријама и одговорима испитаника. Кодирани подаци су даље обрађени методом аналитичке индукције (5).

4.3.9. Обрада и процес сакупљања података

Сви подаци се дисагрегирају према полу, узрасту испитаника и локацији. За све

варијабле дају се појединачни скорови. Сви обавезни индикатори се анализирају и представљају у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV/AIDS, а додатни у формату дефинисаном протоколом истраживања и дизајном истраживачких инструмената.

Анализа података је урађена коришћењем два софтверска статистичка пакета: SPSS 13.0 (непондерисани показатељи) и специјално креираном софтверском програму RDSAT (*Respodent Driven Sampling Analyses Tool version 5.6*). RDSAT анализа се користи у циљу добијања пондерисаних популацијских пропорција кључних варијабли које представљају репрезентативније процене са 95% интервалом поверења (95% CI) и везане су за испитивану популацију из које је узет узорак, редуkcијом узорацке пристрасности повезане са хомофилијом (тенденција регрутације особа сличних самим регрутацијама). Подаци из Врања нису могли бити анализирани уз помоћ RDSAT због мале величине узорка.

За биваријантну и мултиваријантну даљу анализу података користи се софтверски пакет SPSS.

Један од циљева анализирања резултата истраживања био је уочавање статистички значајних разлика вредности индикатора у односу на пол, старосне категорије, степен образовања и брачни статус. За сваки индикатор је било неопходно проценити да ли разлика у вредности која је добијена на узорку заиста постоји у популацији.

Интервали поверења су рачунати у циљу одређивања статистички значајних разлика у вредности неког показатеља међу различитим субпопулацијама. Уколико интервал поверења за вредност индикатора субпопулације нема пресек са интервалом поверења за просечну вредност индикатора, тада вредност индикатора субпопулације значајно одступа од просечне вредности индикатора. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења од 95%, како би се утврдило да ли су вредности значајно изнад, испод или се не разликују значајно од просека. Статистички значајна разлика за ниво поверења 95% значи да смо 95% сигурни да одступање од просечне вредности које је уочено на узорку, постоји и у популацији.

4.4. Резултати

4.4.1. Демографске карактеристике и социо-економски статус

У студији у Београду је учествовало 380 испитаника од којих је 232 (61,1%) мушкараца и 148 (38,9%) жена. У Врању је учествовао 161 испитаник, и то мушкараца 86 (53,4%) и жена 75 (46,6%). Анализирајући дистрибуцију испитаника према старосним групама, образовању и брачном стању нисмо нашли статистички значајне разлике између мушкараца и жена.

Све испитанике смо поделили у две старосне групе: од 15 до 19 година и од 20 до 24 године. У Београду је 45,3% њих припадало млађој старосној категорији, а 54,7% старијој. Из категорије од 15 до 19 година статистички је већи проценат испитаника који нису у браку (63,7%), док је у категорији од 20 до 24 године значајно већи проценат оних који су у браку, односно ванбрачној заједници (75,5%). Анализа старосних категорија у односу на пол и образовање није дала статистички значајне разлике. Анализа резултата према старосним групама у Врању је показала да је 63,4% испитаника припадало млађој старосној групи, а преостали део старијој. Очекивано, и овде припадници млађе групе у статистички значајнијем броју никад нису били у браку (91,5%). У значајније мањем броју, тј. 8,5% припадника старије старосне групе никад нису били у браку. Током разговора са испитаницима (квалитативна компонента истраживања), уочено је да дејство традиционалне културе иде у правцу неодобравања развода брака, као и да је присутно дејство културних образаца већинске популације која не забрањује развод.

Од укупно испитаног узорка у Београду: 9,7% је било без образовања, 26,8% је са непотпуном основном школом, 49,5% је било са завшеном или у току основном школом, 13,9% је са завршеном или у току средњом школом. У испитиваној групи младих Рома у Врању највише њих је са непотпуном основном школом (54,0%), док је без образовања била само једна особа. Међутим, нема статистичких значајности према степену стеченог образовања ни код једне групе испитаника у односу на пол, старосне групе и брачно стање. У разговорима, више од половине испитаника (14) су или у браку или имају један брак иза себе. Већина сматра да је боље касније ступити у брак. Године које се наводе као иделане се крећу од 18 до 23. Склапање брака прати традиционални модел у оквиру свадбеног ритуала.

Од укупног броја узорка у Београду, писмено је 80,3% и неписмено 19,7%. Очекивано, статистички значајно висок проценат писмених је међу онима који иду у основну (95,7%) односно средњу (98,1%) школу. Такође је очекивано да је међу неписменима статистички значајно висок проценат оних који немају образовање (89,2%). Највећи број испитаника у Врању је писмен (90,7%) и очекивано нема неписмених са завршеном средњом школом.

Ако анализирамо испитанике према начину издржавања, уочавамо да највећи број њих у Београду раде повремено (45,5%), а најмањи број њих добија материјалну помоћ од Центра за социјални рад (9,7%). Статистички је значајно већи проценат мушкараца који раде (60,8%), као што је статистички значајно већи број жена (62,2%) које издржавају родитељи или породица. Анализа по старосним категоријама је показала да је статистички значајно већи број оних које издржавају родитељи, односно породица, из млађе старосне категорије (57,0%). Нису пронађене значајне разлике по образовању и брачном статусу. Посао који најчешће обављају је сакупљање секундарних сировина (27,1%) и уочено је да га статистички значајно обавља већи проценат особа без образовања (57,7%), а значајно мањи број оних који иду или су завршили средњу школу (3,6%). У Врању су резултати нешто другачији, тако да највећи број испитаника издржавају родитељи (68,9%). Међутим, примећујемо да је статистички значајнији број припадника женске популације (93,3%) у овој категорији, док је у категорији „радим повремено” статистички значајно већи број припадника мушког пола (50,0%). Далеко најчешћи посао који испитаници у Врању наводе да обављају или као стални или као повремено је музичар (76,5%).

Већи број испитаника у Београду (66,32%) станује у објектима са санитарним чвором. Међутим, изван број њих (23,7%), је изјавио да живи у неадекватним стамбеним објектима као што су: бараке, шупе, нехигијенска насеља, напуштене куће и друго. Код свих испитаника просечан број чланова домаћинства је пет (медијана 5,0). Сви испитаници у Врању живе у кући, скоро сви имају санитарни чвор (98,76%) и просечно је и овде пет чланова домаћинства.

4.4.2. Општа процена здравља младих ромске етничке припадности и коришћење здравствене службе

Код испитаних особа у Београду веома мало (16,58%) је изјавило да им је дијагностикована нека од следећих болести: шећерна болест, хронични бронхитис или астма, туберкулоза, неко од малигних обољења, жутица, хепатитис Б и Ц и полна болест или инфекција. Највећи број њих је имао хронични бронхитис или астму (8,4%) и жутицу (5,5%), али ни за једну болест нису пронађене статистички значајне разлике. Код 59,6% испитаника у Врању лекар није дијагностиковао до сада ниједну од наведених болести. Код осталих, највећи број је имао до сада дијагностиковану жутицу (31,1%) и хронични бронхитис или астму (11,8%), док шећерну болест, малигно обољење, туберкулозу, хепатитис Б и Ц нико од испитаника није имао дијагностиковане.

У последњих годину дана највећи број младих Рома из Београда је користио услуге Центра за социјални рад (29,2%), док су остале службе: Саветовалиште за младе,

Саветовалиште за HIV и полно преносиве болести, Завод за болести зависности/психијатриске клинике и невладине организације користили у минималном броју случајева. Процент младих ромске етничке припадности који су користили бар неку од наведених служби током последњих 12 месеци је 32,9% и не показује статистички значајне разлике у односу на пол, старосне групе, степен образовања и брачно стање. Веома мали број испитаника (3,7%) је користио више од једне службе током последњих 12 месеци. У Врању је 32,3% користио неку од служби током протеклих годину дана и само је шест особа користио више од једне службе. Највећи број је користио услуге Центра за социјални рад (24,8%) и невладиних организација (10,6%), док преостале службе (Саветовалиште за младе, Центар за HIV и полно преносиве инфекције, Завод за болести зависности) скоро нико није користио.

Према изјавама испитаника у Београду који су то фактори који утичу на лоше здравље међу младим Ромима највећи број њих је изјавио да је то нехигијена (52,1%), лоши услови живота (26,8%) и дрога (18,9%), док су млади Роми у Врању сматрали да је за њихово лоше здравље најодговорније пушење (43,5%) и прекомерна употреба алкохола (40,4%).

У Београду је 77,6% испитаника изјавило да има здравствено осигурање. Уочавамо да је значајно већи проценат жена (89,2%) у односу на мушкарце које имају здравствено осигурање, као и да је значајно већи проценат са осигурањем испитаника који су завршили или тренутно похађају основну школу (89,4%).

Скоро сви испитаници у Врању су изјавили да имају здравствено осигурање (97,5%) и нема статистичких значајности у односу на пол, старосне групе, образовање и брачно стање.

Највећи проценат је у Београду испитиваних особа које су биле код лекара у последњих годину дана (62,9%), док је оних који нису никад били код лекара најмање (3,2%). Жене су у односу на мушкарце у последњих годину дана ишле у значајније већем броју код лекара (80,4%). Према месту одласка код лекара далеко највећи број је изјавио да иде у дом здравља (82,9%), а најмањи број да иде у приватну ординацију или на неко друго место (по 1,6% испитаника). У Врању је 72% испитиваних у последњих годину дана ишло код лекара и највећи број њих је користио услуге у дому здравља.

Највећи број испитиваних младих Рома у Београду је изјавио да је задовољан односом здравствених радника (84,8%). Статистички значајан број оних који су задовољни је из млађе старосне категорије (94,6%), док по полу, степену образовања и брачном стању нема статистички значајних разлика. Око половине испитиваних особа (52,2%) у Врању је задовољно односом здравствених радника према њима и једино је уочено да је статистички значајније мањи број мушкараца (4,7%) који нису задовољни у односу на жене.

Према начину набавке лекова највећи број особа и у Београду и у Врању је изјавио да их набавља у апотеци преко рецепта (66,6% односно 93,8%) или их купује у апотеци (58,4% односно 80,1%).

4.4.3. Фактори ризика по здравље младих ромске етничке припадности

Више од половине испитаника у Београду свакодневно пуши (55,0%), док их је у Врању нешто мањи број, њих 30,4%. Анализирајући податке према полу, старосним групама, степену образовања и брачном статусу утврђено је да међу испитаницима у Београду значајно већи број оних који пуше живи у браку или ванбрачној заједници (69,4%).

Од анализираних одговора испитаника у Београду, 58,9% је изјавило да повремено конзумира алкохол, 39,7% да никад нису пили алкохолна пића, а само 1,3% да пије сваки дан. Анализирајући дистрибуцију у односу на пол, видимо да статистички значајно мањи број мушкараца (27,6%) и статистички значајно већи број жена никад нису

конзумирали алкохолна пића (58,8%). Међу особама које конзумирају алкохол сваки дан није била ниједна жена. У Врању је највећи број испитаника изјавио да повремено пије (82,4%), док је само једна особа изјавила да пије сваки дан.

Скоро половина (43,95%) испитаника у Београду је злоупотребљавала неку од психоактивних супстанци. Највећи број њих је користио марихуану (23,2%), а најмањи хероин (1,8%). Статистички значајно мањи број жена (7,4%), као и оних из млађе старосне категорије оба пола (11,6%) су користили марихуану. Од 380 испитаника у Београду само је једна особа изјавила да је интравенски користила дрогу. Највећи број (80,7%) испитаних младих ромске етничке припадности у Врању су изјавили да никад нису користили ниједну од наведених супстанци, док је њих 14,9% користило таблете, 4,3% марихуану и само једна особа инхалате. Ниједна од испитиваних особа у Врању није изјавила да је интравенски користила дрогу.

Млади, примарно мушког пола (11 од 15), у великој мери су пријавили да су имали/ имају одређена искуства са ПАС (не рачунајући алкохол и цигарете). Најзаступљенија психоактивна супстанца међу младима је марихуана. Остале ПАС су подједнако заступљене у разговорима са младима, али се примећује да је хероин мање популаран (прихваћен) него кокаин. Како се наводи током вођених разговора, махом су испитаници пробали или почели да користе ПАС под утицајем друштва и због радозналости. Генерално, сви млади су свесни негативног става заједнице према зависницима од ПАС. Овај негативан став је базиран на сталној потреби зависника за новцем, чиме могу да угрозе своје најближе, односно заједницу.

Од испитаних особа у Београду 26,8% је истетовирано са значајније мањим бројем жена (14,9%). Више од половине испитаника је изјавило да је при томе користила стерилну иглу (58,8%). Само 6,8% испитиваних особа у Врању је истетовирано и изјавили су да је у 81,8% случајева при тетовирању коришћена нестерилна игла.

4.4.4. Сексуално понашање и репродуктивно здравље

Сексуалне односе никада није имало 22,1% испитаника у Београду, од којих је значајно већи број оних у добној групи од 15 до 19 година (41,3%) и који никада нису били у браку (43,5%). Узрост у коме се најчешће ступа у први сексуални однос је око 16 године (медијана 16,0). У Врању је 46,6% испитаника изјавило да никада до сада нису имали сексуални однос. Највећи број особа из Врања је ступио у први сексуални однос у 16. години.

Највећи број испитаника из Београда је удат или ожењен (43,6%). Значајно је мањи број испитаника које никада нису биле у браку (17,3%). Значајно је већи број испитаника средњошколског образовања (59,6%) који никада нису били у браку. У првом браку је 80,2% испитаника. Просечна старост ступања у први брак је око 17 година (медијана 17,0). У Врању је 70,9% испитаника удато или ожењено и оно што је интересно је да не постоји женска особа од испитиваних која није била или није у браку. Старост у којој су најчешће ступали у брак је у Врању 16 година. Кроз разговоре се види да се поштовање традиционалног правила невиности младенаца, иако је у великој мери присутно, све више напушта кад је реч о младићима, а у случају девојака постоји тенденција да се оно напусти. У разговорима се чуло да се ступање младића у сексуалне односе пре брака у заједници не вреднује негативно. Овакво понашање девојака има негативну оцену, а „брука“ иде како девојци, тако и родитељима. Девојке за које се зна да нису у браку а имају више веза иза себе, сматрају се непожељним за брак и добијају уврежене епитете везане за честу промену сексуалних партнера.

Сталног сексуалног партнера у последњих годину дана у Београду је имало 78,4% испитаника. Од тога, 62,5% никада не користи кондом, док 12,5% њих увек користи кондом. Особе без образовања никада не користе кондом са сталним сексуалним партнером, као и 34,2% оних са средњом школом. Статистички значајан податак је и да 77,1% оних у браку никада не користи кондом. У последњих годину дана, 83,7% ис-

питаника у Врању је имало сталног сексуалног партнера и са њима најчешће (84,7%) нису користили кондом.

Ниједна особа ни у Београду ни у Врању није пријавила да им се стални партнер бави сексуалним радом, док је једна особа у Београду пријавила да стални партнер користи дрогу инјектирањем.

Током последњих годину случајног партнера је имало 38,5% испитаника у Београду, са статистички значајно већим бројем код мушкараца (53,6%). Приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером 60,5% испитаника је користило кондом. Нема статистички значајних разлика у односу на пол, старосне категорије, ниво образовања и брачно стање. Приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером 59,6% испитаника је користило кондом. У Врању је 20,9% испитаника имало нерегуларне сексуалне партнере и у 66,7% нису приликом сексуалног односа са њима користили кондом. У статистички значајније мањем проценту су нерегуларне партнере имале жене (2,4%). Употребу кондома током последњег сексуалног односа са нерегуларним сексуалним партнером пријавило је 27,8% испитаника и сви су били мушког пола. Генерално, кондом се изузетно ретко употребљава. Учесници у разговорима већином сматрају да у браку не постоји потреба да се примењује кондом. Девојке пријављују употребу кондома у случајевима када мушкарац то захтева и, као обавезно, ако се баве сексуалним радом. Мушкарци махом истичу да сексуални однос са кондомом нарушава осећај задовољства и из тог разлога га избегавају. Младићи у већој мери користе кондом за сексуалне односе са нерегуларним партнеркама које не познају или их јако кратко познају.

У Београду је 16,2% младих Рома изјавило да су плаћали сексуалне услуге и од тога је статистички значајно мањи број жена (2,9%). Само 7,4% је изјавило да су продавали сексуалне услуге. У Врању је 11,6% испитаника куповало сексуалне услуге, сви су били мушког пола и користили су кондом приликом односа са таквим партнером у 90,0% случајева. Кондом се употребљава у случају коришћења услуга сексуалних радница, јер се то подразумева. Мада, уколико познају дотичну сексуалну радницу или имају сталну везу са сексуалном радницом и слично, наводе да кондом може да изостане.

У Београду је анални сексуални однос у последњих пола године од истраживања имало 6,1% испитаника и при томе је 27,8% њих пријавило употребу кондома приликом последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером. Четири испитаника у Врању је изјавило да су имали анални сексуални однос са мушким партнером и нико од њих приликом односа није користио кондом. Према изјавама испитаника, продаја секса се понекад јавља и међу младићима. О овоме се посебно ћути и крије, јер ти младићи себе не доживљавају као геј мушкарце и прихватају традиционално схватање (стереотип) да то понашање није здраво.

У продавници и киоску кондоме купује 47,6% испитаника у Београду, док је само 0,7% добило кондоме од теренских радника невладиних организација. Да не набавља кондоме изјавило је 39,9% испитаника. Статистички значајно већи број жена не набавља кондоме (66,3%). Такође је статистички значајно да 48,9% средњошколаца купује кондоме у апотеци, док их њих 17% уопште не набавља. У Врању 77,9% испитаника не набавља кондом, 17,4% их купује на киоску, 9,3% у апотеци, док од радника на терену из невладиних организација нико није добио кондом. Испитаници најчешће, као препреку за куповину кондома, наводе да није пријатно куповати кондом, посебно од особа женског пола.

У Београду је 42,2% испитаника навело да има децу. Статистички је значајно мањи број жена (38,5%), као и већи број оних из млађе старосне категорије (80,2%), оних са средњешколским образовањем (78,7%) и оних који никада нису били у браку (98,2%) који су изјавили да немају децу. Просечан број деце међу испитаницима у Београду је двоје (медијана 2). Од укупно испитиваних особа у Врању, 37,2% немају децу и то

статистички већи број у млађој старосној категорији (78,1%) и међу онима који никад нису били у браку (94,7%). Највећи број младих Рома у Врању има по двоје деце. По испитаницима, породице са великим бројем деце су негативно окарактерисане, јер се на тај начин повећава сиромаштво. Приликом размишљања о деци, млади су наводили да је за већи број деце од двоје или троје потребно претходно обезбедити одговарајуће услове за живот деце.

Скоро све жене које су учествовале у истраживању у Београду (98,4%) породиле су се у болници. Све испитиване особе женског пола у Врању које су се породиле, урадиле су то у породилишту.

У Београду заштиту од трудноће не користи 38,2% испитаника, док као заштиту највећи број наводи прекинути сексуални однос (22,3%) и коришћење кондома (20,6%). У значајно већем броју (60,6%) жене не користе никакву заштиту, док су у значајно мањем броју наводиле прекинут сексуални однос (8,7%) као средство заштите. Значајно мањи проценат оних који су завршили средњу школу (19,1%) и који никад нису били у браку (20,2%) не користи никакву заштиту од трудноће. У Врању 88,4% испитаника не користи заштиту од трудноће, а само 10,5% користи кондом. Неретко су испитаници наводили да се контрола постиже прекидом трудноће, уколико до трудноће дође.

Током последњих годину дана, више од пола испитаница у Београду (58,8%) је посетило гинеколога, док код гинеколога није било 29,7%. Значајно је већи број жена које су посетиле гинеколога у току последњих годину дана, а које су завршиле средњу школу (87,5%) и које су у браку (79,1%). Такође је статистички значајно да већи број жена из млађе старосне категорије (53,4%) и оних које нису биле у браку (62,9%) никад није посетио гинеколога. Као најчешћи разлог посете гинекологу навеле су трудноћу (39,4%). Да никад нису имале абортус изјавило је 68,3%. Испитанице које су абортирале, најчешће су имале један абортус (медијана 1,0), и 97% њих је абортирало у болници. Највећи број испитиваних особа женског пола у Врању је изјавио да никад није био код гинеколога (40%), и то статистички значајно највише оних које никад нису биле у браку (79,4%). Значајно већи број жена које су ишле код гинеколога у последњих годину дана су оне које живе у браку или ванбрачној заједници (62,2%). Разлог одласка код гинеколога је трудноћа (37,8%), а ниједна испитаница није отишла код гинеколога због контрацепције. Никада није имало абортус 48,8% испитиваних жена. Просечан број абортуса међу испитаницама које су пријавиле да су имале абортус је два и највећи број њих (81%) је урадило абортус у приватној ординацији. Током разговора, девојке су изјавиле да им је познат само један начин прекида нежељене трудноће и то у медицинским условима, док је младићима у неким случајевима познато и извођење прекида трудноће у немедицинским условима.

У току последњих годину дана само 3,9% испитаника у Београду је навело да је боловало од полно преносивих инфекција и највећи број њих се обраћао лекару. Сиду/АИДС као полно преносиву болест је навело 98,2% испитаника. Од осталих болести наводили су: трипер/гонореју, кондиломе, „пицајзле”, хепатитис, сифилис, итд. Само 11,6% није чуло ни за једну полно преносиву инфекцију, то су већином биле необразоване особе. У Врању у последњих 12 месеци од истраживања, 12,4% испитаника је имало неку од полно преносивих инфекција и највећи број њих (79,5%) је затражило помоћ од лекара. На питање за које полно преносиве инфекције је чуо, 97,8% испитаника је изјавило сида, док само 14,3% није знало ни за једну полно преносиву инфекцију. У друштву се слабо разговара о HIV-у/сиди и полно преносивим инфекцијама. Испитаници о томе дознају спорадично и кроз приче других које су махом везане за препричавање туђег искуства. У таквим разговорима понекад се долази и до информација да се сида може излечити.

4.4.5. Информације о AIDS-у

У Београду је 14,7% младих ромске етничке припадности који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. По питању главних заблуда везаних за HIV/AIDS, испитаници у Београду су одговорили следеће: да упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV изјавило је 57,6%; 71,3% сматра да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а; да особа која изгледа здрава може бити заражена HIV-ом сматра 65,8%; 30,3%; је изјавило да особа не може да се зарази HIV-ом ако дели храну са особом која има HIV; 26,8% испитаника мисли да особа може да се зарази HIV-ом, ако дели животни или радни простор са особом зараженом HIV-ом, као и 25% да особа која пије редовно алкохол може имати сиду. У Врању 31,7% младих ромске етничке припадности знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а и нема разлика у односу на пол, старост, степен образовања и брачни статус. Испитанике у Врању смо питали за неке од главних заблуда које се односе на начин трансмисије вируса HIV-а и уочавамо да: 66,5% испитаника верује да упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV, 75,2% сматра да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а, 73,3% да особа која изгледа здрава може бити заражена HIV-ом, 59,6% да особа не може да се зарази HIV-ом ако дели храну са особом која има HIV, 80,0% да особа не може да се зарази HIV-ом ако дели животни или радни простор са особом зараженом HIV-ом и 37,3% да особа која пије редовно алкохол може имати сиду. За HIV, или тачније сиду, махом су чули сви испитаници квалитативне студије, а кроз неке разговоре могло се посредно закључити да су о њој више дознали кроз истраживање (чекајући да дођу на ред за попуњавање анкете и током анкетања). Генерално, већина наводи да се HIV/сида могу пренети сексуалним путем и путем крви. Поред овога, неки испитаници су наводили да се може пренети и путем чаше, јела, па чак и додира. Једна од заблуда је везана и за хигијену. Присутно је мишљење да се сида добија од нехигијене, а да се преноси нпр. сексуалним путем. Такође, једном делу испитаника није баш најјасније због чега је сида опасна. HIV/сида се углавном повезује са сексуалним радом и употребом психоактивних супстанци.

Према месту тестирања на HIV, испитаници у Београду су наводили: 23,7% у Саветовалишту за младе при Дому здравља, 20,0% у ДПСТ центрима, 10,8% приликом добровољног давања крви, 8,9% код гинеколога, 7,6% на Инфективној клиници, 6,8% у приватној ординацији, 3,9% у установама за лечење болести зависности и 3,2% на терену код невладиних организација. У Београду 45% испитаника не зна ниједно место где се може обавити тестирање и највећи број њих је био из групе која је без образовања. Само 11 особа се тестирало на HIV – од тога шест особа током последњих годину дана, а преостале особе пре више од годину дана. И сви су чули свој резултат тестирања. Веома висок проценат испитаника у Врању (71,4%) није знао да наведе ниједно место где се може тестирати на HIV и међу њима је у значајније већем броју било мушкараца (96,5%). Највећи број њих је изјавио да се тестирање може извршити у Саветовалишту за HIV и полно преносиве инфекције (24,2%) и приликом давања крви (17,4%). Ниједан од испитаника у Врању се никада до сада није тестирао на HIV.

Највећи број испитаника у Београду је чуо за HIV преко медија (53,7%) и од пријатеља (43,9%), док је најмање њих чуло о овом вирусу од лекара (3,7%) и теренских радника из невладиних организација (1,1%). На питања на који су начин долазили до информација о HIV-у испитаници у Врању су најчешће одговарали: преко пријатеља (47,2%), преко теренских радника из невладиних организација (22,4%), преко наставника у школи (18%), али било је и оних који до сада нису имали никакве информације

о HIV-у (18,6%). Свега два испитаника су, кроз разговоре, пријавила да могу несметано да воде разговор о сексу са родитељима истог пола, а у пар случајева девојке су споменуле да су по удаји могле да о неким стварима питају своје свекрве. Наиме, о сексу се не разговара са родитељима, јер је то срамота. О сексу се много опуштеније прича са вршњацима или старијим другарима.

У Београду је двоје младих ромске етничке припадности који најчешће набављају кондоме у ДПСТ центру или од НВО радника и правилно идентификују места где се може тестирати на HIV ван школског система у последњих 12 месеци. У Врању ниједна особа од испитиваних младих ромске етничке припадности није покривена превентивним активностима (набавка кондома у ДПСТ центру или од НВО радника и правилна идентификација места где се може тестирати на HIV) ван школског система у последњих 12 месеци.

Ово истраживање је рађено уз помоћ RDS методологије која нам је омогућила да за популацију у Београду за поједине индикаторе израчунамо процењене вредности које нам показују каква је њихова заступљеност у целој популацији младих Рома у Београду.

4.5. Закључци и препоруке

4.5.1. Општа разматрања

Највећи број младих ромске етничке припадности и у Београду (80,3%) и у Врању (90,7%) је писмен, а највише њих је са непотпуном (54,0% Врање) или завршеном (49,5% Београд) основном школом. Уочавамо да је више од пола испитаника у Врању старијих од 15 година без завршене основне школе, што је далеко већи број него у општој популацији где је 19% без основне школе. Издржавају се тако што у Београду најчешће раде повремено (45,5%), односно у Врању их издржавају родитељи или породица (68,9%). У Београду ради само 12,4% особа, док је у Врању тај број још мањи, 3,1%. Степен незапослености је доста велики у односу на српску популацију где износи око 9% (6). Већина испитиваних особа живи у адекватним стамбеним условима са санитарним чвором (66,32% Београд, 98,76% Врање), са просечно пет чланова домаћинства. Према Истраживању здравља становника Србије у 2006. години просечан број чланова домаћинства је три. Према истом извору, 85,2% домаћинстава Србије је имало санитације у кући, 87,7% домаћинстава је било прикључено на канализациону мрежу, док је 95,2% имало прикључак за воду, са статистички значајније мањим бројем домаћинстава у југоисточној Србији (91,2%) (7).

Већина испитаних особа је изјавила да има здравствено осигурање (77,6% Београд, 97,5% Врање). У оба града највећи број особа је ишао код лекара у последњих годину дана, а најмање је особа које никад нису биле код лекара. Највећи број је одлазио у домете здравља односно користио примарну здравствену заштиту (82,9% Београд, 97,5% Врање), док је на болничком лечењу било 10,6% особа у Београду, односно 3,1% особа у Врању. У Србији, у 2006. години, примарну здравствену заштиту је користило 60,4% младих, док је на болничком лечењу било њих 3,9% (7).

Највећи број испитаника набавља лекове у апотеци преко рецепта (66,6% Београд, 93,8% Врање). У 2006. становници Србије су у 54,2% случајева набављали лекове преко рецепта, док је 44,3% куповало лекове (7). Видимо да је у односу на општу популацију у популацији младих Рома више особа које набављају лекове преко рецепта. Према изјавама испитаника фактори који утичу на лоше здравље младих Рома су: нехигијена, лоши услови живота, дрога, прекомерна употреба алкохола и пушење. Као три најважнија разлога оболевања у популацији од 15 до 19 година, млади Србије су наводили: пушење 62,6%, тешке услове живота 39,4% и стрес 38,7% (7). Видимо да стрес као фактор ризика није препознат у популацији младих Рома.

Највећи број испитиваних младих Рома у Београду (84,8%) је изјавио да је задовољан односом здравствених радника, док је степен задовољства у Врању нешто нижи (52,2%). Ови подаци су јако слични резултатима добијеним приликом Испитивања задовољства корисника у државним здравственим установама Републике Србије 2007. године, када је 85,3% корисника изјавило да је веома задовољно/задовољно изабраним лекаром у службама опште медицине и медицине рада (8).

И у Београду и у Врању већина младих свакодневно пуше (55% Београд, 30,4% Врање) и много је више пушача међу младим Ромима у односу на српску популацију младих, јер је у Националном истраживању здравља становништва Србије показано да 10% младих свакодневно пуши (7).

Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије 29,3% младих у Србији никада није конзумирало алкохол, док свакодневно пије 0,5% (7). У нашем истраживању смо добили да 39,7% младих Рома у Београду никад није пробало алкохол, али је зато њихов број у Врању мањи него код опште популације (17,4%).

Скоро половина испитаника у Београду (43,95%) је злоупотребљавала неку од психоактивних супстанци, док је њихов број у Врању много мањи (19,3%). Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије 6,9% младих у Србији је злоупотребљавало неку од психоактивних супстанци (7). Уочава се да је број младих Рома у оба града који су пробали неку од психоактивних супстанци значајније већи у односу на просек у популацији.

Сексуалне односе је имало 77,9% испитаника у Београду, односно 53,4% у Врању. Ако анализирамо по старосним категоријама 58,7% особа из Београда односно 31,4% особа из Врања, између 15 и 19 година су имале сексуалне односе. Просечна старост за ступање у први сексуални однос код обе групе је 16 година. Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије из 2006. године: 29% испитаника од 15 до 19 година је имало сексуални однос и просечна старост првог ступања када су имали први сексуални однос је 16 година (7). Скоро дупло више младих Рома узраста 15–19 година је ступило у сексуалне односе у односу на просек у Србији.

Највећи број испитаника из Београда (43,6%) и из Врања (70,9%) је удат или ожењен и просечна старост ступања у брак је између 16. и 17. године. У Београду је 42,2% испитаника навело да има децу, а у Врању 62,8%. Просечна старост супружника при закључењу првог брака у Србији у 2005. години је за мушкарце 29 година, а за жене 26 година (9). Студија рађена међу адолесцентима у Бугарској је показала да скоро половина трудноћа код мајки између 13 и 16 година припада Ромкињама (10).

Приликом сексуалног односа са сталним партнером већина и у Београду (62,5%) и у Врању (84,7%) не користе кондом. Током последњих годину случајног партнера је имало 38,5% испитаника у Београду и 20,9% испитаника у Врању. У сексуалним односима са случајним партнером испитаници из Београда су изјавили да су кондом користили у 60,5% случајева, док су испитаници из Врања у 33,3%. Скоро сви испитаници из оба града су изјавили да кондом не набављају од теренских радника из невладиних организација. Према резултатима Националног истраживања здравља становника Републике Србије, 78,4% младих у Србији је изјавило да је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером (7).

Скоро све жене које су учествовале у истраживању (98,4% у Београду, 100% у Врању) су се породиле у болници. У Београду, заштиту од трудноће не користи 38,2% жена, док је 22,3% особа пријавило да као заштиту користе *coitus interruptus*. У Врању највећи број испитиваних жена (88,4%) не користи никакву заштиту од трудноће. У студији која је рађена у Шпанији код Ромкиња и Шпањолки пронађено је да су Ромкиње у сигнификантније мањем броју знале правилне начине контрацепције, као и да су као примарну контрацепцију користиле *coitus interruptus* (11). Према Националном истраживању здравља становника, 33,6% младих 15–19 година је навело да користи непоуздане методе контрацепције (прекинут сексуални однос, неплодни дани) (7).

Код гинеколога је до сада било 70,3% жена у Београду, односно 60% у Врању. Од полно преносивих инфекција је боловало 3,9% особа у Београду, односно 12,4% особа у Врању. Према Националном истраживању здравља, 17,9% адолесценткиња је користило услуге гинеколога, а као разлог су најчешће наводиле у 60% случајева контролу здравља, 17,1% тегобе, 8% трудноћу и 3,4% контрацепцију (7). Око половине жена у оба града су имале до сада абортус, у Београду просечно један, а у Врању просечно два. У Бугарској је рађено истраживање које је проучавало сексуалну културу међу Ромкињама и добили су да је међу њима абортус много чешћи него у општој популацији – 2,41 абортуса по једној жени и да је 33% жена имала више од три (12).

Скоро сви испитаници су навели AIDS/сиду као полно преносиву болест. Према Националном истраживању здравља становника Србије, 90,4% младих узраста 15–19 година зна за HIV/AIDS (7).

У Београду је 14,7% особа које знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а, док је у Врању 31,7% особа. Према истраживању здравља становника Србије, испитаници узраста 15–19 година у 17,8% идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препознају заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ако посматрамо добну групу од 15 до 24 године, за исти показатељ број је 20,3% (7). Упоредивањем ових података, видимо да је значајније већи проценат испитаника у Врању дао тачне одговоре.

У Београду 45% испитаника не зна ни за једно место где се може обавити тестирања на HIV, док је у Врању тај проценат 71,4%. Укупно се 11 учесника истраживања у Београду тестирало на HIV и зна резултате. У Врању се ниједна од испитиваних особа није тестирала на HIV.

Највећи број испитаника у Београду је чуо за HIV преко медија (53,7%) и од пријатеља (43,9%), док је најмање њих чуло о овом вирусу од лекара (3,7%) и теренских радника из невладиних организација (1,1%). На питања на који су начин долазили до информација о HIV-у испитаници у Врању су најчешће одговарали: преко пријатеља (47,2%), преко теренских радника из невладиних организација (22,4%), преко наставника у школи (18%). У истраживању здравља становника Србије, млади од 15 до 19 година изјавили су да су информације о здрављу најчешће добијали од родитеља (75,1%), док се путем медијских порука о здрављу информисало 53,3% младих (7).

4.5.2. Закључци

Највећи број младих ромске етничке припадности је писмен са непотпуном или завршеном основном школом. Већина испитиваних особа живи у адекватним стамбеним условима са санитарним чвором, са просечно пет чланова домаћинства. Већина испитиваних особа нигде није стално запослена.

Преко две трећине испитаних особа је изјавило да има здравствено осигурање, као и да користи здравствену заштиту првенствено у домовима здравља. Половина испитаника у Врању је задовољна односом здравствених радника према њима и не сматрају да су на било који начин дискриминисани, док је степен задовољства међу популацијом у Београду далеко већи.

И у Београду и у Врању већина младих повремено пије и свакодневно пуши. Скоро половина испитаника у Београду је злоупотребљавала неку од психоактивних супстанци, док је њихов број у Врању много мањи.

Просечна старост за ступање у први сексуални однос код обе групе је 16 година. Највећи број испитаника из Београда и из Врања је удат или ожењен са просечном старости ступања у брак између 16. и 17. године и већином имају децу. Током последњих годину случајног партнера је имало 38,5% испитаника у Београду и 20,9% испитаника у Врању.

Приликом сексуалног односа са сталним партнером већина и у Београду и у Врању не користи кондом. Скоро сви испитаници из оба града су изјавили да кондом не набављају од теренских радника из невладиних организација и већина њих купује кондоме у киоску или продавници. Кондом се перципира као средство које донекле може да заштити особу од болести и као средство за заштиту од трудноће. Заштита од трудноће се постиже прекинутим сексуалним односом. Уколико се ипак деси да девојка затрудни, ако је реч о девојци с којом се вара жена или о некој с којом се не планира улазак у брачну заједницу, младићи као решење виде абортус.

Скоро све жене које су учествовале у истраживању су се породиле у болници. У оба града испитиване жене у највећем броју или не користе или користе непоуздане начине контрацепције.

У Београду је 14,7% особа које знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и које истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а, док је у Врању 31,7% особа.

У Београду 45% испитаника не зна ни за једно место где се може обавити тестирање на HIV, док је у Врању тај проценат 71,4%.

Укупно се 11 учесника истраживања у Београду тестирало на HIV и зна резултате. У Врању се ниједна од испитиваних особа није тестирала на HIV.

Највећи број испитаника у Београду је чуо за HIV преко медија и од пријатеља, док је најмање њих чуло о овом вирусу од лекара и теренских радника из невладиних организација. На питања на који су начин долазили до информација о HIV-у испитаници у Врању су најчешће одговорали: преко пријатеља, преко теренских радника из невладиних организација и преко наставника у школи.

Утицај културних образаца на преузимање ризичних облика понашања у односу на HIV/AIDS и ППИ међу младима ромске етничке припадности се може посматрати кроз изнете ставове већине учесника квалитативног дела истраживања:

– Испитанице су чешће правиле разлику међу Србима и Ромима у погледу ступања у брак (раније ступање у брак међу припадницима ромске групације), а испитаници су махом истицали образовање (које је знатно лошије међу припадницима ромске популације) које даље има импликације у односу на могућности запошљавања и начин привређивања. Четвртина испитаника је инсистирала на томе да међу Ромима и Србима не би требало правити неке суштинске разлике. У односу на разлике које се уочавају међу подгрупама ромске популације, поједине су оцењене као најмаргиналније подгрупе, а у крајњој линији стигматизоване од стране саме ромске популације.

– Улазак у брачну заједницу и развод брака су дефинисани искључиво традиционалном културом, тј. бракови нису регистровани од стране државе. Уколико се има у виду да преовлађује традиционално схватање да је „место жене у кући“, остајањем без те куће жена може да буде изложена додатним ризицима у односу на HIV/AIDS.

– Обзиром да су мушкарци неретко пријављивали да варају своје супруге са партнеркама које у различитој мери познају, овакав образац „мушкости“ ставља девојке под додатни ризик од HIV инфекције. И за младиће и за девојке овај образац садржи ризик у односу на праксу употребе кондома, тј. да се у браку не користи, док се за партнере ван брака кондом спорадично користи.

– Постоји стигматизација одређених група: сексуалних радника, корисника дроге, као и мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима. Постојање парцијалних информација и везивање сиде само за одређене, већ стигматизоване групације, доводи до стигматизације и особа које живе са HIV-ом. Готово сви испитаници наводе да би избегавали контакте са особом која је инфицирана HIV-ом. Постојећа стигматизација везана на одређене групације проузрокује како отежано информисање о HIV-у и ППИ, тако и избегавање самог тестирања на HIV.

– О појединим темама везаним за сексуално понашање (употреба кондома, сексуално преносиве инфекције, заштита од трудноће) се не разговара. До информација се

долази спорадично кроз размену искуства са вршњацима и на овај начин информације прелазе у дезинформације.

4.5.3. Препоруке

Сви анализирани резултати само наглашавају потребу за превентивним деловањем међу младима ромске етничке припадности, са посебним освртом на постојеће традиционалне обрасце који и даље имају значајно место у животу младих људи. Неки традиционални обрасци иду у прилог смањења ризика од HIV-а, али исто тако могу деловати и у правцу повећања ризика. При томе се не сме губити из вида да су ови традиционални обрасци у интеракцији са културним обрасцима већинске заједнице и тако стварају специфичан миље који утиче на понашање младих. Посебно треба имати у виду родну неравноправност при планирању превентивних програма и активности.

- Размотрити и ревидирати постојеће превентивне програме за младе Роме;
- Повећати обим и доступност родно и узрасно специфичних превентивних програма;
- Повећати обим и доступност превентивних програма на терену кроз сарадњу владиног и невладиног сектора;
- Промовисати рад саветовалишта за младе при домовима здравља међу младим Ромима;
- Кроз програме континуиране медицинске едукације вршити свеобухватну обуку пружалаца здравствених услуга о HIV-у, потребама вулнерабилних група и превентивним програмима;
- Повећати доступност кондома на терену и континуирано радити на промоцији њихове употребе путем мас медија и других програма, посебно у заједници;
- 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;
- Унапредити мултисекторску сарадњу;
- Спроводити понављана бихевиорална истраживања, у циљу праћења тренда промена у ризичном понашању, степену знања и коришћења превентивних и терапијских услуга, а ради правовременог и адекватног реаговања, и то минимум у Београду, при чему је потребно да величина узорака буде већа ради добијања прецизнијих популацијских процена. Препорука је и да се уведе биолошка компонента истраживања.

Литература

1. Republički zavod za statistiku Srbije, Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u 2002. STANOVNIŠTVO – veroispovest, maternji jezik i nacionalna ili etnička pripadnost prema starosti i polu, Beograd, 2002. Dostupno na: <http://webrzs.statserb.sr.gov.yu/axd/Zip/VJN3.pdf>
2. R. Ilić, M. Babović, S. Cvejić. Position of Roma in the employment market in Šumadija county, Kragujevac, 2007
3. Demografska statistika 2004, Republički zavod za statistiku Srbije, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja Društvo demografa Srbije, Beograd, 2007.
4. UNICEF Belgrade, Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2005: Monitoring the situation of children and women, Belgrade, 2007
5. Donald E. Ratcliff, Analytic Induction as a Qualitative Research Method of Analysis, dostupno na: www.vanguard.edu/uploadedFiles/faculty/dratcliff/recources.html
6. D. Bjeloglav, H. David, G. Krstić, G. Marković. LSMS Project 2002-2003: life in Serbia through the survey data, Strategic Marketing, Belgrade, 2007.
7. J. Grozdanov i dr. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godina, osnovni rezultati, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2007.
8. M. Šulović. Pregled najvažnijih rezultata ispitivanja zadovoljstva korisnika u državnim zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2007. godine, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, Beograd, 2008.
9. Demografska statistika 2005, Republički zavod za statistiku Srbije, Beograd 2008.
10. V. Porozhanova et al. Social psychological studies of pregnant adolescents., Akush Ginekol, 1995; 34:9-12
11. S. Reig-Majoral et al. Contraception: gypsy versus non-gypsy women, Aten primaria, 1999; 23:63-67

V

СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ

Главни истраживач:

Проф. др Сандра Шипетић Грујичић, Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Истраживач сарадник:

Проф. др Христина Влајинац, Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултант:

Др Мила Паунић, Завод за здравствену заштиту студената Београда

Теренски координатор:

Др Милан Бјекић, Градски завод за кожне и венеричне болести Београд

5. СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ

5.1. Увод

Деца без родитељског старања представљају једну изузетно вулнерабилну групу младих не само зато што су живела у ратном окружењу, у страху и неизвесности, него и без родитељске љубави, подршке и економске сигурности. Најчешћи ризични облици понашања младих су пушење, алкохолизам, наркоманија и ризично сексуално понашање. Под ризичним сексуалним понашањем подразумева се рано ступање у сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, сексуални односи са нерегуларним и комерцијалним партнерима и некоришћење кондома. Коришћење психоактивних супстанци повећава ризик од HIV инфекције и других сексуално преносивих болести због ризичног сексуалног понашања или некоришћења стерилних игала и шприцева. Према подацима *Cepulkauskaitė* просечан узраст у коме тинејџери почињу да користе алкохолна пића је скоро 13 година, а просечан узраст у коме почињу да користе дрогу је 14 година, што значи да нека деца почињу да користе ове супстанце још раније.

Ова ризична понашања могу да дају тешке последице не само за појединца него и за целу друштвену заједницу, поготово што Светска здравствена организација процењује да је данас у свету 39,5 милиона људи инфицирано HIV-ом од чега 2,3 милиона представљају деца млађа од 15 година. Иако Србија представља земљу са ниском преваленцијом HIV-а/AIDS-а, епидемиолошка ситуација се увек може погоршати имајући у виду социо-економске услове у којима живимо, као и ризично понашање свих младих, па тако и деце без родитељског старања.

5.2. Циљеви

Кључна питања су била:

1. Какви су ставови, знања и понашање деце узраста 12–19 година смештене у институцијама за децу без родитељског старања у односу на HIV инфекцију или неке друге сексуално преносиве болести?
2. Који су главни проблеми које би требало да обухвате програми за превенцију HIV-а?
3. Које индикаторе користити за процену ефикасности превентивних програма?

Основни циљ овог истраживања је правовремено идентификовање ризичних облика понашања деце без родитељског старања да би се плани-рале адекватни превентивни програми.

Специфични циљеви

Испитати ставове, знање и понашање деце узраста 12–19 година смештене у институцијама без родитељског старања везане за сексуалне активности у односу на пол, узраст, дужину боравка у установи, место локације установе и националност.

1. Анализирати разлике у коришћењу психоактивних супстанци у односу на пол, узраст, дужину боравка у установи, место локације установе и националност.
2. Утврдити да ли постоје разлике у ставовима, знању и понашању деце која су у заводима за васпитавање деце и омладине у поређењу са децом у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад у односу на сексуалне активности и коришћење психоактивних супстанци.

3. Дефинисати индикаторе ризичног понашања за будући мониторинг над HIV инфекцијом.

4. Предложити превентивне програме на основу резултата истраживања.

5.3. Метод рада

5.3.1. Тип студије

Студија пресека.

5.3.2. Место извођења студије

У оквиру ове биохејвиоралне студије укључена су малолетна лица која су најмање месец дана пре почетка истраживања била институционално смештена у домове за децу без родитељског старања на подручју Републике Србије. Малолетна лица представљају особе оба пола узраста од 12 до 19 година.

У Србији постоји 26 институција за смештај малолетних лица под протекторатом Министарства рада и социјалне политике Републике Србије и то су:

- домови за децу и омладину: 11 установа (Ужице, Ниш, Неготин, Бања Ковиљача, Крушевац, Врање, Бела Црква, Нови Сад, Панчево, Сомбор, Суботица),
- домска одељења за децу и омладину у оквиру центра за социјални рад: 4 установе
- Ваљево, Ћуприја, Алексинац, Кагујевац,
- центри за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд (4 установе),
- домови за децу и омладину ометену у развоју (Сремчица, Нови Сад, Београд, Блаце),
- заводи за васпитавање деце и омладине (Ниш, Књажевац, Београд).

Поред ових институција постоје и две институције које су под окриљем Министарства правде и то су:

- васпитно-поправни дом – Крушевац,
- казнено-поправни завод за малолетнике – Ваљево.

У студију нису укључена лица ометена у развоју (четири установе), јер представљају групацију младих која се у потпуности разликује од деце без родитељског старања што захтева специфичан вид истраживања које је било немогуће спровести у оквиру предвиђених материјалних средстава пројекта. Из студије су искључена и деца из казнено-поправних домова/завода (Ваљево и Крушевац), јер се веома разликују од остале деце без родитељског старања.

5.3.3. Време извођења студије

Истраживање је спроведено на територији Републике Србије у периоду од 10.2.2008. до 6.3.2008. године.

5.3.4. Величина узорка

Величина узорка је израчуната на основу формуле: $N = 4(Z\alpha)^2 P(1-P) / w^2$

При томе су коришћени следећи параметри:

1. Број деце узраста 12–19 година смештене у 22 установе за децу без родитељског старања – укупно 622 особе.

2. Очекивана преваленција деце која су имала девојку или момка – 51,9%. Овај проценат је заснован на подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” из 2000. године, а односи се на децу узраста 11–19 година.

3. Процена да око 10% деце неће бити анкетирани због болести или одсуствовања или зато што не жели да учествује у истраживању.

На основу ових параметара израчунато је да би узорак требало да укључи 443–487 особа, тј. 71–78% од укупног броја деце.

5.3.5. Узорковање

Прво су 22 установе, од горе наведених 26, груписане у следећа четири стратума:

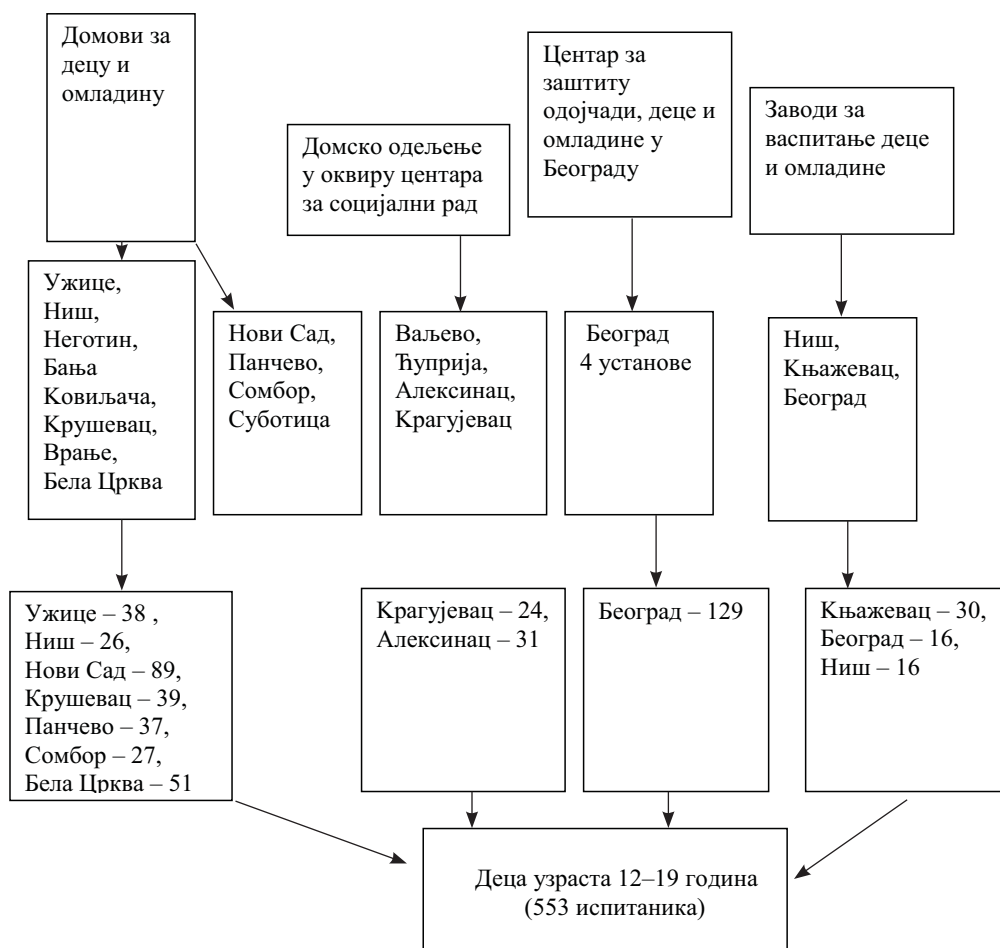
1. стратум – домови за децу и омладину;
2. стратум – домска одељења у оквиру центара за социјални рад;
3. стратум – центри за заштиту одојчади, деце и омладине;
4. стратум – заводи за васпитање деце и омладине.

Затим су из сваког стратума, односно подстратума, методом случајног избора одабране установе у којима је рађено истраживање (слика 1). С тим што је једино први стратум, који је обухватао установе из централне Србије и Војводине, био подељен у два подстратума према датим регионима.

Тако су у студију методом случајног избора укључена деца узраста 12–19 година која су у периоду од 10.2.2008. до 6.3.2008. године била смештена бар месец дана у следећих 16 од 22 установе:

- домови за децу и омладину у Ужицу, Нишу, Крушевцу, Белој Цркви, Новом Саду, Панчеву и Сомбору
- домско одељење у оквиру центара за социјални рад у Алексинацу и Крагујевцу
- центри за заштиту одојчади, деце и омладине у Београду (4 установе)
- заводи за васпитавање деце и омладине у Нишу, Књажевцу и Београду. Укупан број деце у ових 16 установа је био 553.

Слика 1. Узорковање деце из установа без родитељског старања у Србији



5.3.6. Инклузивни/ексклузивни критеријуми

У истраживање су укључена деца оба пола:

- која су имала 12–19 година
- која су боравила у институцији за смештај малолетних лица минимум месец дана пре анкетирања
- која су добровољно дала свој пристанак да буду укључена у истраживање
- која су била без менталних поремећаја и
- која нису била смештена у казнено-поправним домовима/заводима.

Из истраживања су искључена деца оба пола:

- која су била млађа од 12 или старија од 19 година
- која су боравила у институцији за смештај малолетних лица мање од месец дана пре анкетирања
- која нису прихватила да добровољно учествују у истраживању
- која су имала неки од менталних поремећаја и
- која су била смештена у казнено-поправним домовима/заводима.

5.3.7. Инструментаријум

У циљу прикупљања података коришћен је структурирани упитник затвореног типа који се састоји од 63 питања (анекс 1). Упитнике су путем интервјуа попуњавали анкетари, с тим што су претходно сваком детету објаснили сврху истраживања и од њих тражили усмену потврду да желе да буду укључени у истраживање. Сваком детету је такође било речено да је анкета анонимна и да има право да одустане од давања података у било којој фази анкетирања. Попуњавање упитника трајало је око 10–15 минута.

Упитник је био тестиран (пилот студија) 10.2.2008. године у Дому за децу и омладину у Панчеву. Упоредно су два начина анкетирања: први, да деца сама попуњавају анкету и други, да упитник попуњавају анкетари. Констатовано је да је боље да анкету попуњавају анкетари јер неки испитаници нису адекватно попунили упитник због чега су две анкете искључене из анализе података.

5.7.8. Процес сакупљања података и примена етичких принципа

У свакој установи где су деца анкетирана био је ангажован по један васпитач са којим је унапред договорен датум и термин анкетирања, да би он организовао простор и припремио децу. Просторије где је обављено анкетирање обично су биле опремљене са најмање два стола и по две столице за сваки сто. Столови су били на адекватној удаљености тако да су два или више анкетара несметано могла да истовремено анкетирају. Сви васпитачи су се максимално потрудили око организације анкетирања и обезбедили су сигуран – безбедан и успешан боравак анкетара у њиховим установама.

Анкетари су свако дете информисали о сврси истраживања и условима учешћа у студији и додељивању поклона за учешће (чоколада или чоколада и хемијска оловка). Анкетирано је само оно дете које је то заиста желело. Потребна сагласност за обављање истраживања добијена је од Министарства рада и социјалне политике (24.12.2008. године), директора сваке установе где се радило истраживање (непосредно пре одласка у дату установу) и Етичког комитета Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (5.3.2008. године).

5.3.9. Обрада података

Анализа података је урађена помоћу софтверског пакета SPSS-а. Изабрани индикатори анализирани су по полу, узрасту, националности, типу установе и дужини боравка у установи. За сваки изабрани индикатор било је неопходно проценити да ли разлика у вредности која је добијена на нивоу узорка заиста постоји у популацији.

Интервали поверења су рачунати ради одређивања статистички значајних разлика вредности неког индикатора међу различитим субпопулацијама и то по формули: $95\% CI = M \pm (1,96 \times SD) = M - (1,96 \times SD) \text{ до } M + (1,96 \times SD)$, где је M вредност индикатора, а SD стандардна грешка. Уколико израчунати CI за одређену вредност индикатора субпопулације нема пресек са CI за просечну вредност индикатора, тада вредност индикатора субпопулације значајно одступа од просечне вредности индикатора. Статистички значајна разлика за ниво поверења 95% значи да смо 95% сигурни да одступање од просечне вредности које је уочено на узорку постоји и у популацији.

5.4. Резултати

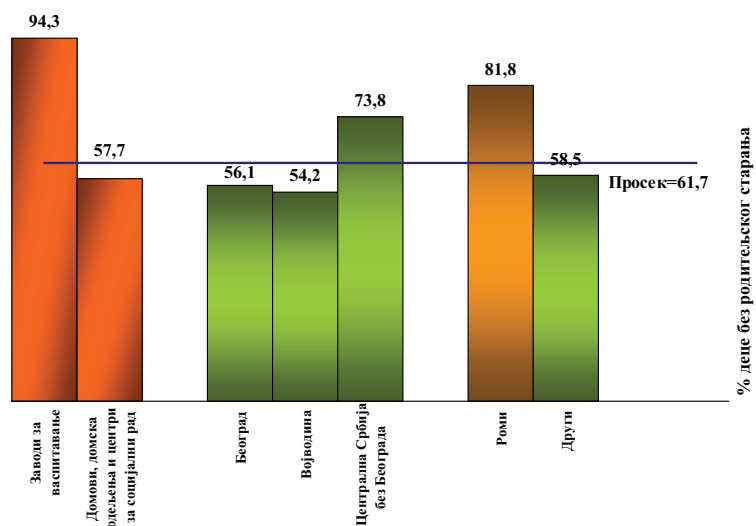
5.4.1. Основне демографске карактеристике младих без родитељског старања

У истраживање је укључено 483 испитаника, деце без родитељског старања, узраста од 12 до 14 година.

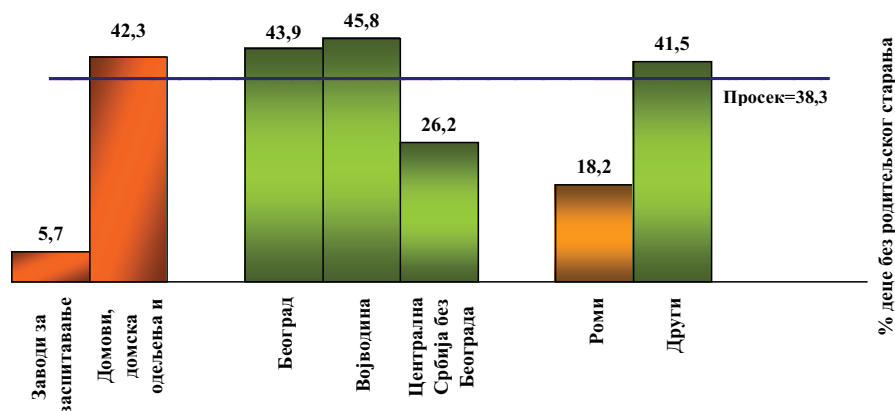
5.4.1.1. Дистрибуција деце без родитељског старања по полу

Групу деце без родитељског старања чинило је 298 (61,7%) испитаника мушког пола и 185 (38,3%) испитаника женског пола. Мушке деце је било значајно више, а женске деце значајно мање у заводима за васпитање деце и омладине (94,3%, односно 5,7%), у установама лоцираним у централној Србији без Београда (73,8%, односно 26,2%) и међу децом ромске националности (81,8%, односно 18,2%) (графикон 1 и графикон 1а). Разлике по полу нису биле значајне у односу на узраст испитаника, као ни у односу на дужину боравка деце у установама у којима су смештена, мада је деачка било више међу децом која су у установи боравила краће (78,4%) у поређењу са децом која су установи била дуже од 6 месеци (60,3%).

Графикон 1. Дистрибуција деце мушког пола без родитељског старања у односу на тип и локацију установе и у односу на националну припадност



Графикон 1а. Дистрибуција деце женског пола без родитељског старања у односу на тип и локацију установе и у односу на националну припадност



5.4.1.2. Дистрибуција деце без родитељског старања према добним групама

Од укупно 483 испитаника, 148 (30,6%) је било у узрасту од 12 до 14 година, а 335 (69,4%) у узрасту од 15 до 19 година. Статистички значајне разлике по узрасту нису постојале у односу на друга обележја али је млађе деце било више у заводима за децу и омладину (37,7%) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (29,8%) као и у установама лоцираним у Војводини (35,2%) у односу на установе у Београду (31,8%) и централној Србији без Београда (25,0%). Млађе деце је било више и међу онима који су у установи боравили краће (35,1%) у односу на децу која су у установи била дуже од пола године (30,3%), као и међу децом српске и друге националности (31,9%) у поређењу са Ромима (22,7%).

5.4.1.3. Дистрибуција деце без родитељског старања по националној припадности

Од укупног броја деце без родитељског старања 13,7% су били Роми, а 86,3% је припадало српској (66,0%) или некој другој националности (20,3%). Није било значајних разлика у односу на друга обележја али је ромске деце било више у заводима за децу и омладину (24,5%) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (12,3%), као и у установама лоцираним у Београду (15,9%) и централној Србији без Београда (14,5%) у односу на установе у Војводини (11,2%). Ромске деце је било више и међу онима који су у установи боравили краће (21,6%) у односу на децу која су у установи била дуже од пола године (13,0%), међу дечацима (18,1%) у односу на девојчице (6,5%), као и међу старијом децом (15,2%) у поређењу са млађом (10,1%).

5.4.1.4. Дистрибуција деце без родитељског старања према томе да ли похађају школу

У години када је истраживање рађено само њих 25 (5,2%) од укупно 483 испитаника није похађало школу. Дистрибуција деце по томе да ли похађају школу или не није се разликовала значајно у односу на тип и локацију установе у којој су смештена и дужину боравка у установи, као ни у односу на пол и националну припадност испитаника. Међутим, нешто више деце која нису ишла у школу било је међу децом у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (5,3%) него у заводима за децу и омладину (3,8%) као и међу онима који су у установи у коју су смештена боравили краће, до 6 месеци (10,8%), него међу децом која су боравила дуже (4,7%). Деце која нису ишла у школу је било нешто више и међу онима који су припадали

старијој узрасној групи (6,6%), у односу на млађе испитанике (2,0%) и међу Ромима (9,1%) у односу на децу друге националне припадности (4,6%).

5.4.2. Ризична сексуална понашања деце без родитељског старања

У циљу испитивања сексуалног понашања деце без родитељског старања која су на територији Србије била смештена у заводе за васпитање деце и омладине, или у домовне, домска одељења и центре за социјални рад, анализирали смо проценат деце која су сексуално активна и која имају нерегуларне партнере (особа која није стални партнер и од које се не добија новац или било која друга врста надокнаде) и/или комерцијалне партнере (особа која даје новац или неку другу врсту надокнаде за пружену сексуалну услугу), узраст при првом пенетративном сексуалном односу (вагинални и/или анални сексуални однос), просечан број сексуалних партнера, као и нерегуларних и комерцијалних партнера, коришћење кондома при првом сексуалном односу, затим при првом и последњем сексуалном односу са сталним партнером, при последњем сексуалном односу са нерегуларним и комерцијалним партнером, као и сталну употребу кондома са сталним, нерегуларним и комерцијалним партнером, и начин набавке кондома.

5.4.2.1. Процент деце без родитељског старања која су била сексуално активна током последњих годину дана

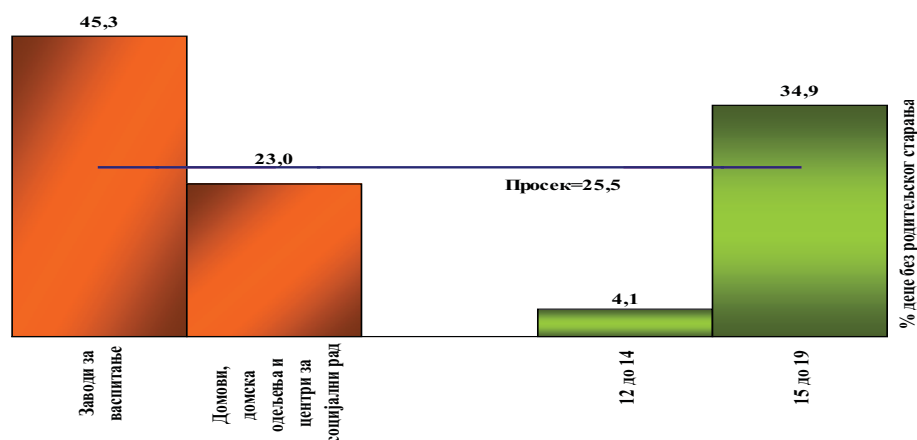
Од 483 испитаника без родитељског старања, која су била смештена на подручју Србије, једна четвртина је била сексуално активна током последњих годину дана, односно свако четврто дете.

Током последњих годину дана скоро свако друго дете без родитељског старања које је било смештено у заводима за васпитавање (45,3%) је имало сексуалне односе у односу на скоро свако четврто дете у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (23,0%). Деца у заводима за васпитање су у значајно већем проценту била сексуално активна, него деца у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад, у односу на сву децу у овим установама на подручју Србије (25,5%) (графикон 2).

Деца узраста 15–19 година (34,9%) су значајно чешће имала сексуалне односе, током последњих годину дана, него млађа деца узраста 12–14 година (4,1%), у односу на сву децу у овим установама (графикон 2).

Међутим, није постојала значајна разлика у броју деце која су имала сексуалне односе према месту где се налази установа за смештај деце без родитељског старања, дужини боравка у установи, полу и националности.

Графикон 2. Процент деце без родитељског старања која су била сексуално активна током последњих годину дана у односу на тип установе и узраст



5.4.2.2. Медијана и просечан узраст деце без родитељског старања при првом пенетративном сексуалном односу

Деца без родитељског старања су просечно ступала у први пенетративни сексуални однос са 14,7 година (медијана 15,0 година).

У односу на медијану и просечан узраст при првом пенетративном сексуалном односу није постојала значајна разлика између деце без родитељског старања у односу на тип установе у којој живе, место локације установе, дужину боравка у установи, пол, узраст и националност. Међутим, деца у заводима за васпитање су ступала у сексуални однос у млађим годинама (просечно са око 13 година; медијана 13 година) у односу на децу у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (просечно са 15,0 година; медијана 15 година). Роми су, такође, у нешто ранијим годинама, просечно са 14,3 година (медијана 14 година), имали пенетративни сексуални однос у односу на децу друге националности (просечно са 14,8 година; медијана 15,0 година), као и дечаци (просечно са 14,4 година; медијана 15,0 година) у односу на девојчице (просечно са 15,3 година; медијана 15,5 година). Деца са дужим боравком у установама имала су сексуалне односе у каснијим (просечно са 14,8 година; медијана 15,0 година), а деца са краћим боравком у ранијим годинама живота (просечно са 13,9 година; медијана 14,0 година).

5.4.2.3. Просечан број сексуалних партнера које су имала сексуално активна деца без родитељског старања током последњих годину дана

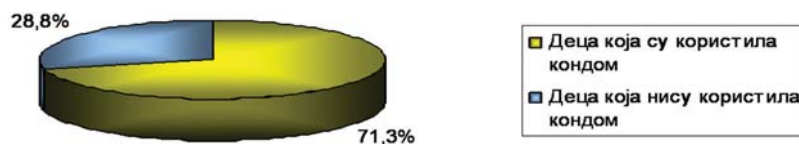
Током последњих годину дана деца без родитељског старања су просечно имала 2,2 сексуална партнера (медијана 1,0).

У заводима за васпитање деца су просечно имала нешто већи број сексуалних партнера (просечно 3,3 партнера; медијана 1,0), у односу на децу у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (просечно 2,0 партнера; медијана 1,0). У установама на подручју Војводине деца су имала просечно мањи број сексуалних партнера (просечно 1,6; медијана 1,0) у односу на децу у Београду (просечно 2,3 партнера; медијана 1,0) и централној Србији без Београда (просечно 2,6 партнера; медијана 1,0). Просечан број сексуалних партнера био је већи код деце која су краће боравила у установама (просечно 4,6 партнера; медијана 3,0) него код оних са дужим боравком (просечно 1,9; медијана 1,0). Дечаци су имали просечно више сексуалних партнера него девојчице (2,6:1,2). Разлика у броју сексуалних партнера по узрастним групама нису биле велике (просечно 2,8 партнера за узраст 12–14 година и 2,2 за узраст 15–19 година). Роми су, у поређењу са особама других националности, имали нешто већи просечан број сексуалних партнера (2,8:2,1).

5.4.2.4. Коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при првом сексуалном односу

Од 160 деце која су била сексуално активна 114 (71,3%) је при првом сексуалном односу користило кондом (графикон 3).

Графикон 3. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на коришћење кондома при првом сексуалном односу



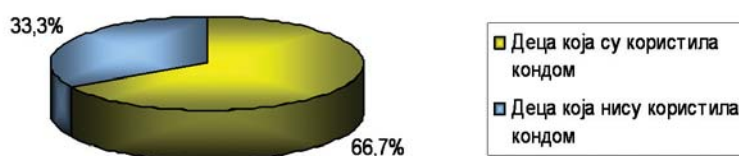
Разлике у коришћењу кондома при првом сексуалном односу нису биле значајне у односу на тип установе, место локације установе, дужину боравка у установи, пол, узраст и националност. Међутим, само око половине деце у заводима за васпитање је користило кондом при првом сексуалном односу у поређењу са $\frac{3}{4}$ деце у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад.

Кондом при првом сексуалном односу у нешто већем проценту користиле су девојчице (73,9%) него дечаци (70,2%), потом деца ромске (74,1%) а не других националности (70,7%), као и особе у установама на подручју Војводине (79,1%) а не Београда (68,5%) и централне Србије без Београда (68,3%). Деца која су краће боравила у установама су у мањем проценту користила кондом (58,8%) у односу на децу са боравком дужим од 6 месеци (72,7%).

5.4.2.5. Коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при последњем сексуалном контакту са сталним партнером током последњих годину дана

Од 96 деце која су имала сталног сексуалног партнера током последњих годину дана 64 (66,7%) је користило кондом при последњем сексуалном односу (графикон 4).

Графикон 4. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на коришћење кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером



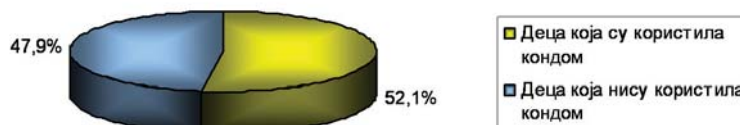
Разлике у учесталости коришћења кондома при последњем сексуалном контакту са сталним партнером нису биле значајне у односу на тип и место локације установе, дужину боравка у установи, пол, узраст и националност. Међутим, само 50% деце у заводима за васпитање је користило кондом при последњем сексуалном односу у односу на 71,1% деце из домова, домских одељења и центара за социјални рад. Такође су кондом при последњем сексуалном односу више користиле девојчице (67,7%) него дечаци (66,2%), потом деца ромске (73,7%) а не друге националности (64,9%), као и особе у установама на подручју Војводине (86,4%) а не Београда (60,0%) и централне Србије без Београда (61,8%).

Деца која су у установама краће боравила су у мањем проценту користила кондом (63,6%) него деца са дужим боравком (67,1%).

5.4.2.6. Стално коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при сексуалном контакту са сталним партнером током последњих годину дана

Од 96 деце без родитељског старања која су имала сталног партнера свако друго дете је при сваком сексуалном односу са сталним партнером користило кондом (графикон 5).

Графикон 5. Процент деце без родитељског старања са и без нерегуларних и/или комерцијалних партнера током последњих годину дана



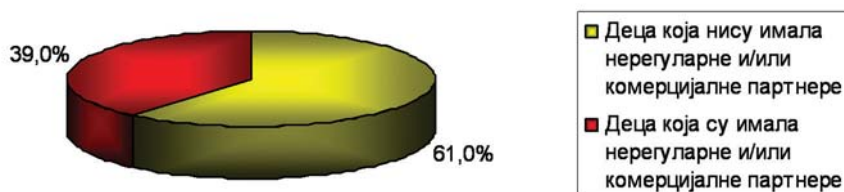
Значајне разлике у коришћењу кондома при сваком сексуалном односу са сталним партнером нису постојале у односу на тип установе, место локације установе, дужину боравка у установи, пол, узраст и националност.

Ипак су деца ромске националности у незнатно већем проценту (68,4%) користила кондом при сваком сексуалном односу са сталним партнером у односу на децу друге националности (48,1%), као и деца из домова, домских одељења и центара за социјални рад (56,6%) у поређењу са децом у заводима за васпитање (35,0%). Такође су кондом при сваком сексуалном односу са сталним партнером у већем проценту употребљавали дечаци (55,4%) у односу на девојчице (45,2%), старије особе (53,8%) у поређењу са млађим (20,0%), као и све особе које су биле смештене у установама на подручју Војводине (63,6%) и дуже од 6 месеци (52,9%) у односу на особе са других подручја (Београд – 45,0% и централна Србија без Београда – 52,9%) и краћим боравком (45,5%),

5.4.2.7. Процент деце без родитељског старања са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима током последњих годину дана

У последњих годину дана свако треће дете без родитељског старања је имало нерегуларног и/или комерцијалног сексуалног партнера (графикон 6).

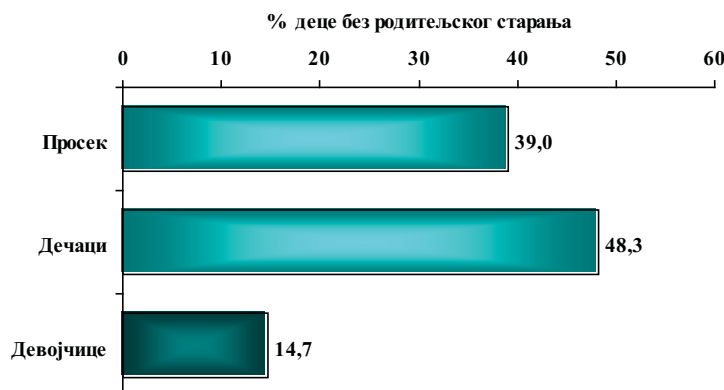
Графикон 6. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на сексуалне односе са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима током последњих годину дана



Девојчице су значајно мање имале нерегуларне и/или комерцијалне партнере (14,7%), него дечаци (48,3%), у односу на просек добијен за децу у овим установама (39,0%) (графикон 7).

Процент деце која су имала нерегуларне и/или комерцијалне партнере није се значајно разликовао у односу на тип установе (мада је нешто већи проценат био у заводима за васпитавање него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад), место локације установе (незнатно више у Србији без Београда него у Војводини и Београду), дужину боравка у установама (дупло више међу децом која су боравила 6 и мање месеци него краће од тога), узраст (нешто више међу старијом него млађом децом) и националност (незнатно више Роми у односу на децу друге националности).

Графикон 7. Процент деце без родитељског старања са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима током последњих годину дана у односу на пол



5.4.2.8. Медијана и просечан број нерегуларних сексуалних партнера које су имала деца без родитељског старања током последњих годину дана

Свако десето дете без родитељског старања је имало сексуални однос са просечно 3,7 нерегуларна партнера (медијана 3,0) током последњих годину дана. Разлике у просечном броју нерегуларних партнера нису биле значајне у односу на тип и место локације установе, дужину боравка у установи, пол, узраст и националност.

Међутим, деца у заводима за васпитање су имала већи просечан број нерегуларних партнера (5,4 партнера; медијана 4) него деца у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (3,2 партнера; медијана 3,0). Два пута већи просечан број нерегуларних партнера имала су деца у установама у Београду и централној Србији без Београда, него у Војводини. Деца која су боравила у установама дуже од 6 месеци су имала нешто већи просечан број нерегуларних партнера (5,3 партнера; медијана 3,5) у односу на децу са краћим боравком (3,3 партнера; медијана 2,5), као и Роми (4,3; медијана 3,5) у поређењу са децом друге националности (3,6; медијана 2,0). Млађа деца су имала скоро duplo већи просечан број нерегуларних партнера (6,0 партнера; медијана 6,0) у поређењу са старијом (3,6 партнера; медијана 3,0), као и дечаца (3,9 партнера; медијана 3,0) у односу на девојчице (2,0 партнера; медијана 2,0)

5.4.2.9. Процент деце без родитељског старања чији је број нерегуларних сексуалних партнера био већи од медијане броја нерегуларних партнера током последњих годину дана

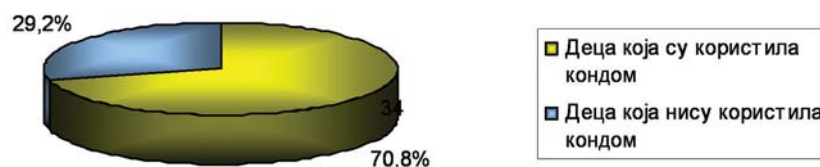
Око 40% деце без родитељског старања имало је више од 3 нерегуларна партнера током последњих годину дана. У заводима за васпитање деце и омладине 54,5% деце је имало више од 4 нерегуларна партнера а у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад 35,1% више од 3 нерегуларна партнера. У институцијама на подручју Београда 36,8% и у Војводини 18,2% деце је било са више од 2 нерегуларна партнера, док је у централној Србији 55,6% деце имало више од 4 нерегуларна партнера. Међу децом која су у установама боравила 6 и мање месеци било је 50,0% њих која су имала више од 3,5 нерегуларних партнера док је међу особама које су боравиле дуже од 6 месеци било 36,8% особа са више од 2,5 нерегуларних партнера. Око 42% мушкараца је имало више од 3 и 20% жена више од 2 нерегуларна партнера. Међу млађом децом било је 50% особа са више од 6, а међу старијом 36,1% са више од 3 нерегуларна партнера.

У групи Рома било је 50% деце са више од 3,5 нерегуларних партнера, а међу децом друге националности 36,8% са више од 2 нерегуларна партнера.

5.4.2.10. Коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при последњем сексуалном контакту са нерегуларним партнером током последњих годину дана

Од 48 деце без родитељског старања која су имала нерегуларне партнере током последњих годину дана 34 (70,8%) је при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером користило кондом (графикон 8).

Графикон 8. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на коришћење кондома при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером током последњих годину дана

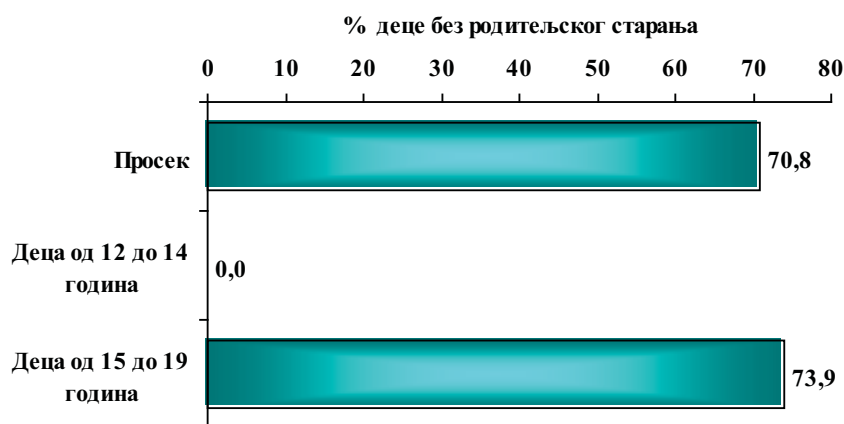


Млађа деца су значајно ређе користила кондом при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером, него старија деца узраста 15–19 година, у односу на сву децу у овим установама (графикон 9).

Није постојала значајна разлика у коришћењу кондома при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером у односу на тип и место локације установе, дужину боравка у установи, националност и пол.

Ипак незнатно већи проценат деце је користио кондом при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером у установама на подручју Београда (78,9%) и Војводине (72,7%) него на територији централне Србије без Београда (61,1%), као и у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (73%) него у заводима за васпитање (63,6%). Дечаци и деца која су у установама боравила дуже од 6 месеци су у већем проценту користила кондом са нерегуларним партнером него девојчице и деца са краћим боравком.

Графикон 9. Коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при последњем сексуалном контакту са нерегуларним партнером током последњих годину дана у односу на узраст



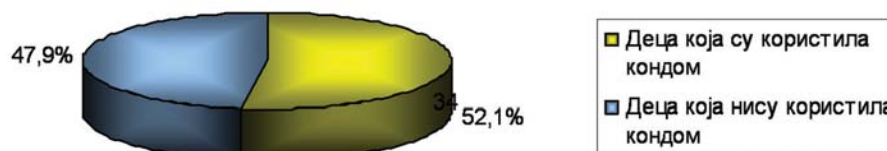
5.4.2.11. Стално коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при сексуалном односу са нерегуларним партнером током последњих годину дана

Од 48 деце која су имала сексуални однос са нерегуларним партнерима током последњих годину дана свако друго дете је стално користило кондом при сексуалном односу са нерегуларним партнером (графикон 10).

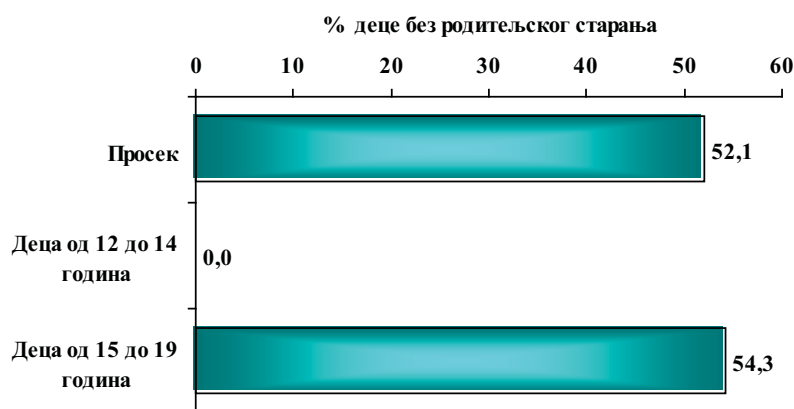
Ниједно дете узраста 12–14 година није стално користило кондом при сексуалном односу са нерегуларним партнером у односу на свако друго дете узраста 15–19 година. Млађа деца су значајно ређе стално користила кондом у односу на сву децу у овим установама на подручју Србије (графикон 11).

Није постојала значајна разлика у сталном коришћењу кондома при сексуалном односу са нерегуларним партнерима између деце која су била смештена у заводе за васпитање (54,5%) и деце у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (51,4%). Значајна разлика није добијена ни у односу на место локације установе, дужину боравка у установи и пол. Већи број Рома (70,0%) него деце друге националности (47,4%) је стално користио кондом при сексуалном односу са нерегуларним партнером.

Графикон 10. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на стално коришћење кондома са нерегуларним партнером током последњих годину дана



Графикон 11. Стално коришћење кондома од стране деце без родитељског старања при сексуалном односу са нерегуларним партнером током последњих годину дана у односу на узраст



5.4.2.12. Медијана и просечан број комерцијалних сексуалних партнера деце без родитељског старања током последњих годину дана

Од 483 деце без родитељског старања само је један петнаестогодишњи дечак (0,2%), српске националности, са подручја централне Србије изван Београда, који је у заводу за васпитавање боравио дуже од 6 месеци, имао комерцијалног партнера. Овај дечак није стално користио кондом при сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером, као ни при последњем сексуалном односу.

Такође, од 483 деце 245 (50,7%) је радило да би дошло до новца али само се једно, ово дете, бавило сексом за новац (0,2%).

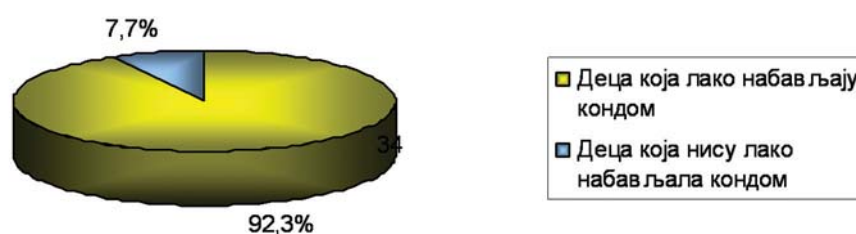
5.4.2.13. Деца без родитељског старања која су имала сексуалне односе са особама истог пола

Од 483 испитаника без родитељског старања само два дечака (0,4%) је имало сексуалне односе са особама истог пола. У односу на број деце која су имала сексуалне односе то је 1,3%. Један шеснаестогодишњи дечак, ромске националности, био је смештен у дому на подручју Војводине, а други петнаестогодишњи дечак, српске националности, на подручју централне Србије без Београда. Боравили су у овим установама дуже од 6 месеци.

5.4.2.14. Набавка кондома од стране деце без родитељског старања

Од 285 деце која користе кондом 92,3% њих лако је могло да дође до кондома (графикон 12).

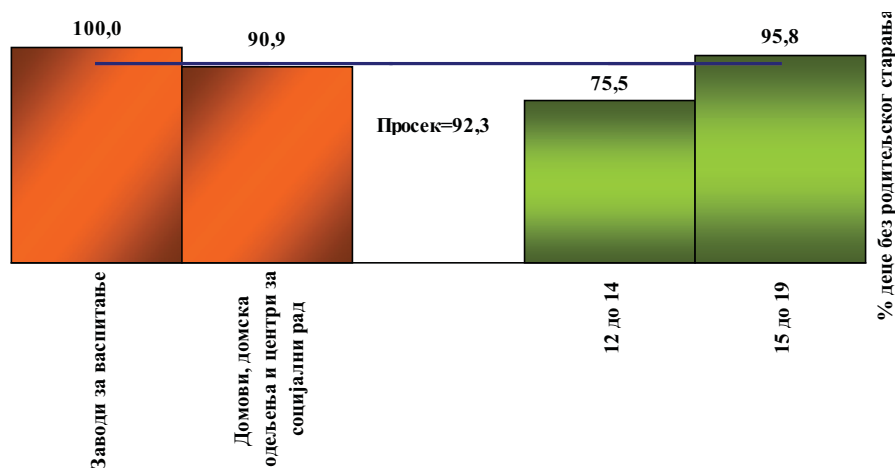
Графикон 12. Дистрибуција деце без родитељског старања у односу на лакоћу набављања кондома



Деца у заводима за васпитање су значајно лакше долазила до кондома (100%), него деца у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (90%), у односу на сву децу у овим установама (92,3%) (графикон 13). Старија деца (95,8%) су, такође, у значајно већем проценту наводила да лако могу да набаве кондоме у поређењу са млађом децом (75,5%).

Није постојала значајна разлика у доступности кондома у односу на место локације установе, дужину боравка у њој, пол и националност. Међутим, кондом су незнатно теже набављала деца у установама смештеним на подручју Војводине него Београда и централне Србије, дечаци у односу на девојчице, као и Роми у поређењу са децом других националности. Дужина боравка у установама није утицала на лакоћу набављања кондома.

Графикон 13. Начин набавке кондома од стране деце без родитељског старања у односу на узраст и тип установе



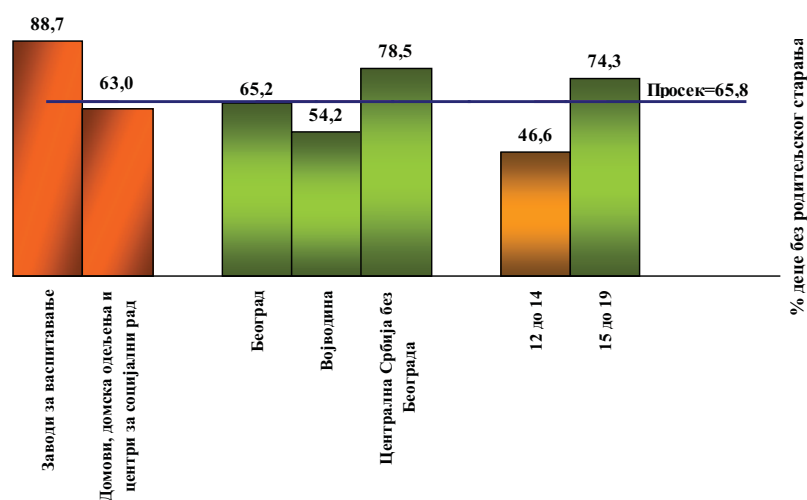
5.4.3. Деца без родитељског старања – коришћење психоактивних супстанци

У циљу испитивања учесталости употребе психоактивних супстанци од стране деце без родитељског старања анализиран је проценат деце која су користила дуван, алкохол и дрогу било када у животу, проценат деце која су психоактивне супстанце користила у току последњих годину дана и свакодневно, као и узраст у коме су деца по први пут користила дуван, конзумирала алкохолно пиће и употребила дрогу.

5.4.3.1. Процент деце без родитељског старања која су било када попушила бар једну цигарету

Од укупно 483 испитаника 65,8% је попушило бар једну цигарету у току живота. Такве деце је било значајно више у заводима за васпитање деце и омладине (88,7%), као и у установама лоцираним у централној Србији без Београда (78,5%). Значајне разлике су постојале и у односу на узраст – деце која су попушила бар једну цигарету било је мање у узрасту од 12 до 14 година (46,6%) (графикон 14). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја али је бар једну цигарету у току живота попушило нешто више дечака (70,5%) него девојчица (58,4%), више Рома (80,3%) него деце друге националне припадности (63,5%) и више деце чији је боравак у установи у којој су смештена био краћи (75,7%) него оне која су у установи боравила дуже од 6 месеци (65,0%) (табела 19).

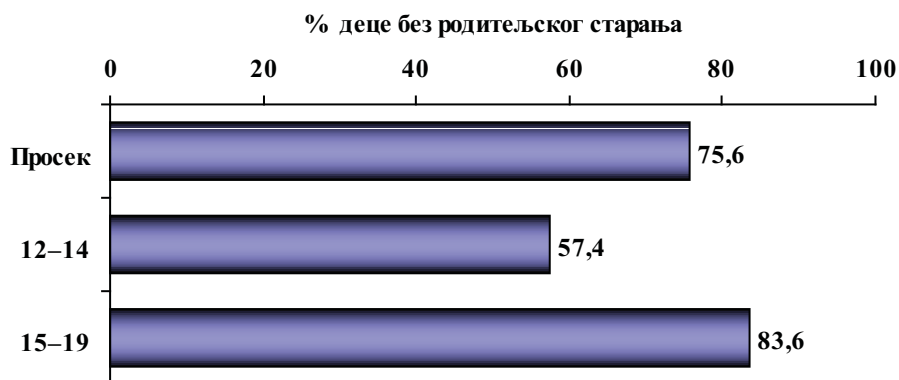
Графикон 14. Процент деце без родитељског старања која су било када попушила бар једну цигарету у односу на врсту и локацију установе и у односу на узраст



5.4.3.2. Процент деце без родитељског старања која су било када попила неко алкохолно пиће

Бар једно алкохолно пиће је у току живота попило 75,6% испитаника, значајно мање оних узраста 12–14 година (57,4%) (графикон 15). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја али је оних који су било када у току живота попили неко алкохолно пиће било нешто више међу децом смештеном у заводима за васпитање деце и омладине (83,0%) него оних смештених у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (74,7%) и међу децом у установама лоцираним у Београду (78,0%) и централној Србији без Београда (84,3%) у односу на оне лоциране у Војводини (65,4%). Њих је било више и међу децом мушког пола (80,9%) него децом женског пола (67,0%) као и међу децом ромске националности (84,8%) у односу на децу друге националне припадности (74,1%).

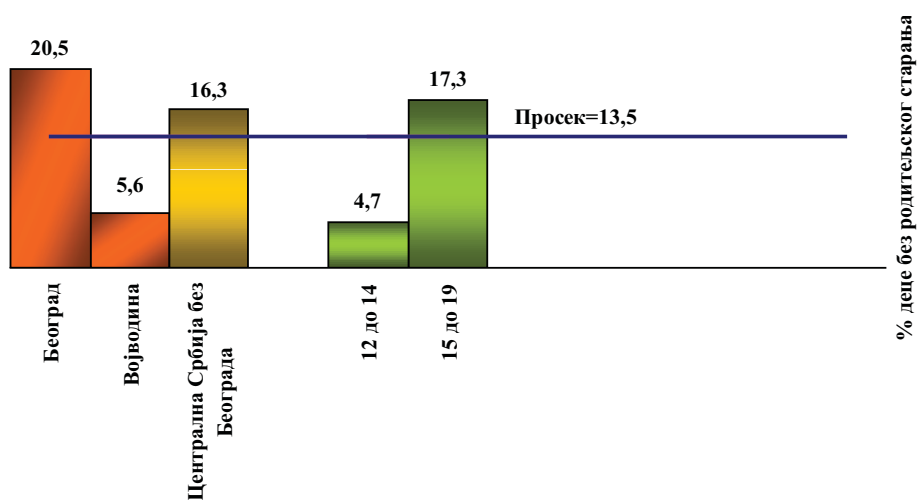
Графикон 15. Процент деце без родитељског старања која су било када попила неко алкохолно пиће у односу на узраст



5.4.3.3. Процент деце без родитељског старања која су било када у току живота користила дрогу

Укупно 65 (13,5%) деце је изјавило да је бар једном у животу користило дрогу. Такве деце је било значајно мање у установама лоцираним у Војводини (5,6%) и међу децом узраста од 12 до 14 година (4,7%) (графикон 16). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја али је деце која су било када користила дрогу било више у заводима за васпитање деце и омладине (26,4%) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (11,9%). Такве деце је било више и међу онима који су у установи боравили краће (21,6%) у односу на оне која су боравила више од шест месеци (12,8%). Више их је било и међу дечацима (16,4%) него девојчицама (8,6%) и више међу Ромима (27,3%) него међу децом друге националне припадности (11,3%). Ниједно дете није користило наркотику интравенски.

Графикон 16. Процент деце без родитељског старања која су било када у току живота користила дрогу у односу на локацију установе и у односу на узраст



5.4.3.4. Медијана и просек узраста деце без родитељског старања при првом коришћењу дувана

Деца без родитељског старања су по први пут користила дуван са просечно 12,3 године старости (медијана 13,0 година). Није било значајних разлика у односу на посматрана обележја али је просечан узраст деце при првом коришћењу дувана био мањи у заводима за васпитање деце и омладине (10,5 година) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (12,6 година) и међу децом која су у установи боравила краће (11,1 година) у односу на ону која су у установи била шест и више месеци (12,4 године). Први сусрет са дуваном је просечно био у нешто млађем узрасту код дечака (11,8 година) него код девојчица (13,1 година), код деце у узрасту од 12 до 14 година (10,5 година) него у старијој узрасној групи (12,8 година) и код Рома (10,8 година) него код деце друге националне припадности (12,6 година).

5.4.3.5. Медијана и просек узраста деце без родитељског старања при првом коришћењу алкохола

Просечан узраст деце без родитељског старања при првом коришћењу алкохола био је 13,0 година (медијана 13,0 година). Није било значајних разлика у односу на посматрана обележја али је просечан узраст деце при првом коришћењу алкохола био нешто мањи у заводима за васпитање деце и омладине (11,2 године) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (13,2 године) и међу децом која су у установи боравила краће (11,6 година) у односу на ону која су у установи била шест и више месеци (13,1 година). Први сусрет са алкохолом је био просечно у нешто млађем узрасту код дечака (12,4 године) него код девојчица (14,0 година), код деце у узрасту од 12 до 14 година (11,4 године) него у старијој узрасној групи (13,4 године) и код Рома (12,1 година) него код деце друге националне припадности (13,1 година).

5.4.3.6. Медијана и просек узраста деце без родитељског старања при првом коришћењу дроге

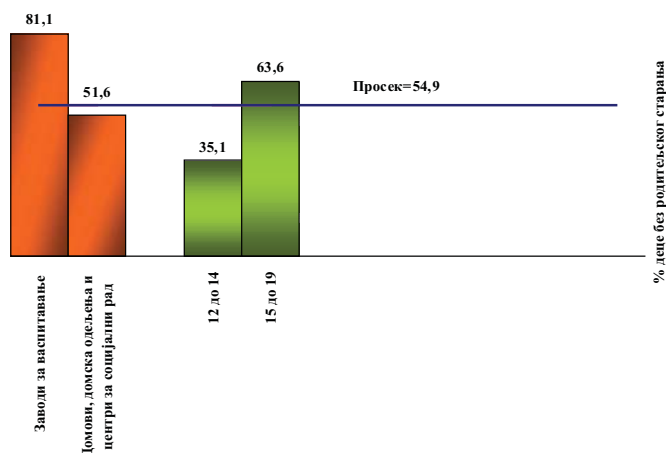
Просечан узраст деце без родитељског старања при првом коришћењу дроге био је 14,3 године (медијана 15,0 година). Није било значајних разлика у односу на посматрана демографска и друга обележја. И прво коришћење дроге, као и прво коришћење дувана и алкохола је било просечно у нешто млађем узрасту код деце смештене у заводима за васпитање деце и омладине (12,9 година) него оне из домова, домских одељења и центара за социјални рад (14,8 година), код деце која су краће боравила у установи (13,3 године) у односу на ону која су у установи била дуже од 6 месеци (14,5 година), код мушке деце (13,9 година) у односу на женску (15,5 година), код деце из узрасне групе 12–14 година (11,5 година) у односу на старију децу (14,6 година) и код Рома (13,6 година) у поређењу са децом друге националне припадности (14,6 година).

5.4.3.7. Процент деце без родитељског старања која су пушила током последњих годину дана

У току претходне године пушило је 54,9% испитаника. Пушача је било значајно више у заводима за васпитање деце и омладине (81,1%), а значајно мање међу децом узраста од 12 до 14 година (35,1%) (графикон 17). У односу на друга посматрана обележја није било значајних разлика али је оних који су пушили током претходне године било више у установама из централне Србије без Београда (65,1%) у односу на установе у Београду (53,0%) и Војводини (46,4%) и међу децом која су у установи боравила краће (67,6%) у односу на ону која су у установи боравила више од шест месеци (53,8%). Такве деце је било више и међу дечама (60,1%) него девојчицама (46,5%) и више међу Ромима (68,2%) него децом друге националне припадности (52,8%).

Деца која су пушила током последњих годину дана чинила су 83,3% од укупно 318 испитаника који су било када у току живота попушили бар једну цигарету.

Графикон 17. Процент деце без родитељског старања која су пушила током последњих годину дана у односу на тип установе и узраст

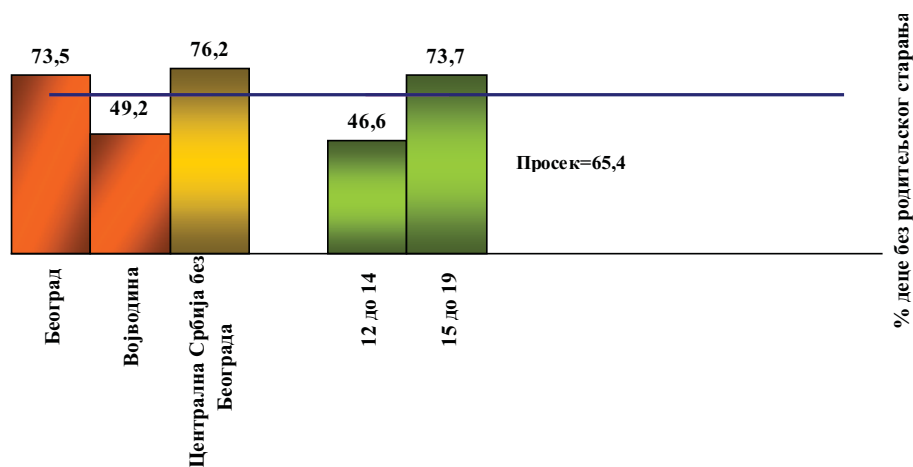


5.4.3.8. Процент деце без родитељског старања која су конзумирала алкохол током последњих годину дана

У току последњих годину дана алкохол је конзумирало 65,4% деце. Оних који су конзумирали алкохол је било значајно мање у установама лоцираним у Војводини (49,2%) и међу децом узраста од 12 до 14 година (46,6%) (графикон 18). Није било значајних разлика у односу на тип установе и дужину боравка у установи, као ни у односу на пол и националност али су алкохол нешто чешће конзумирала деца која су установи боравила краће (73,0%) у поређењу са онима који су у установи били дуже од шест месеци (64,8%), као и мушка деца (71,1%) у односу на женску (56,2%) и ромска деца (80,3%) у односу на децу друге националности (63,1%).

Деца која су алкохол конзумирала у току претходне године чине 86,6% од 365 испитаника који су било када у току живота попили неко алкохолно пиће.

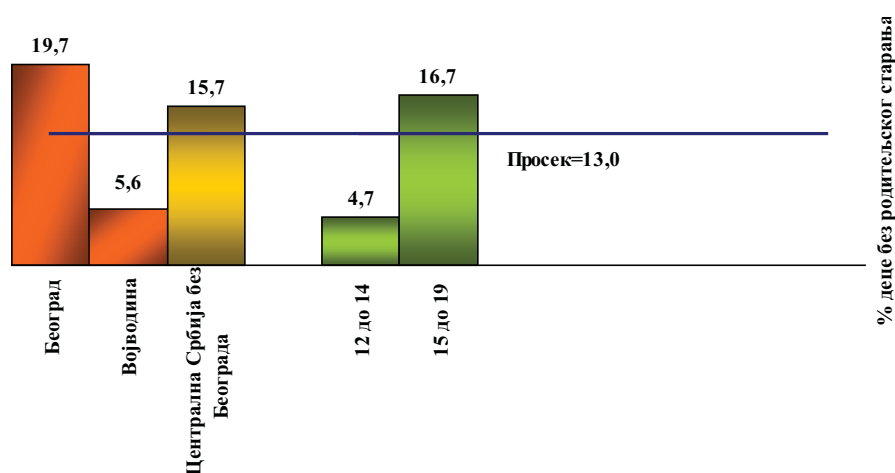
Графикон 18. Процент деце без родитељског старања која су користила алкохол током последњих годину дана у односу на локацију установе и узраст



5.4.3.9. Процент деце без родитељског старања која су користила дрогу током последњих годину дана

У току последње године дрогу је користило 13,0% испитаника. Дрогу су значајно ређе користила деца смештена у установама у Војводини (5,6%) и деца узраста од 12 до 14 година (4,7%) (графикон 19). Није било значајних разлика у односу на остала обележја али је деце која су у току претходне године користила дрогу било више у заводима за децу и омладину (26,4%) у поређењу са домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (11,4%). Дрогу су чешће користила и деца која су установи боравила краће (18,9%) у поређењу са онима који су у установи били дуже од шест месеци (12,6%), као и мушка деца (16,1%) у односу на женску (8,1%) и ромска деца (27,3%) у односу на децу друге националности (10,8%).

Графикон 19. Процент деце без родитељског старања која су користила дрогу током последњих годину дана у односу на тип установе и узраст



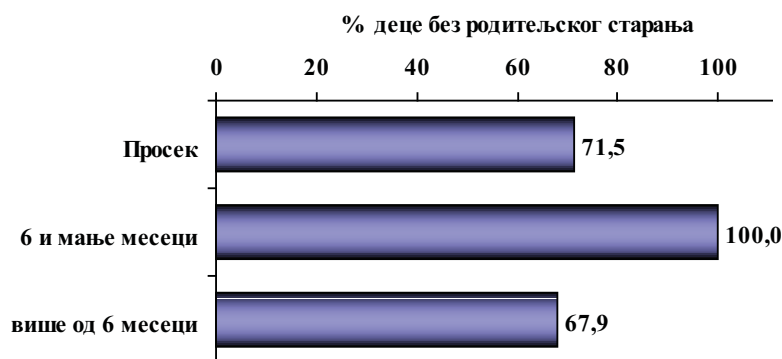
5.4.3.10. Процент деце без родитељског старања која су користила дрогу током последњих годину дана у односу на број деце која су било када у току живота користила дрогу

Скоро сва деца која су било када у животу користила дрогу, њих 96,9%, дрогу је користило и током последњих годину дана. Међу децом из завода за васпитање деце и омладине, установама лоцираним у Војводини, као и међу децом у узрасту од 12 до 14 година и ромском децом тај проценат је био 100,0%. Није било значајних разлика у односу на посматрана обележја.

5.4.3.11. Процент деце без родитељског старања која свакодневно пуше и/или конзумирају алкохол и/или користе дрогу

Од 123 испитаника који су имали сексуалне односе током последњих 12 месеци 71,5% је рекло да свакодневно пуши и/или конзумира алкохол и/или користи дрогу. Било их је значајно више међу децом која су у установи боравила до 6 месеци (100,0) (графикон 20). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја. Међутим, проценат такве деце је био већи у заводима за васпитање деце и омладине (91,7%) у односу на домове, домска одељења и центре за социјални рад (66,7%), у установама лоцираним у централној Србији без Београда (77,3%) у односу на установе у Београду (70,0%) и Војводини (65,5%) и међу децом узраста од 12 до 14 година (83,3%) у односу на старије (70,9%).

Графикон 20. Процент деце без родитељског старања која свакодневно пуше и/или пију и/или користе дрогу у односу на тип установе и узраст



5.4.4. Знање и ставови деце без родитељског старања везани за сексуално преносиве болести и посебно за HIV инфекцију

О знању и ставовима деце без родитељског старања везаним за сексуално преносиве болести и посебно за HIV инфекцију судило се на основу података о томе да ли су испитаници било кад чули за сексуално преносиве болести, да ли познају путеве преношења HIV инфекције, како су поступили када су имали гениталну инфекцију, да ли знају где и од кога могу да добију кондом, да ли знају где се могу тестирати на HIV инфекцију, да ли су се тестирали и када, да ли знају резултате теста и да ли су се сами одлучили на тестирање, као и да ли користе средства информисања о полно преносивим инфекцијама (ППИ) и HIV инфекцији.

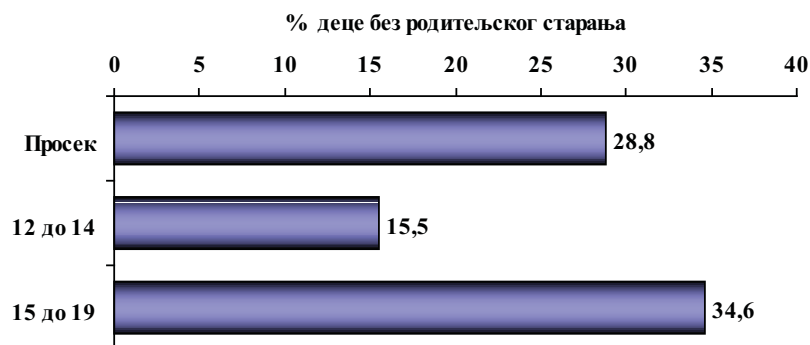
5.4.4.1. Процент деце без родитељског старања која су чула за ППИ

Већина испитаника, њих 91,5%, чула је за полно преносиве болести. Није било значајних разлика у односу на посматрана обележја, али је деце која су чула за ППИ било мање у заводима за децу и омладину (81,1%) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (92,8%). Било их мање и међу децом која су у установи боравила краће (81,1%) у односу на оне који су у установи боравила дуже од 6 месеци (92,4%) и мање међу млађом децом (86,5%) у односу на старију децу (93,7%).

5.4.4.2. Процент деце без родитељског старања која имају основна знања о начину преношења HIV инфекције

Од 483 испитаника само је 28,8% знало да ризик за преношења HIV-а може да се смањи уколико се сексуални односи одржавају са само једним партнером који није инфициран и који нема друге сексуалне partnере и уколико се при сваком сексуалном односу користи кондом, 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, као и да особа заражена HIV-ом може да изгледа здрава. Тачне одговоре на сва постављена питања о преношењу HIV-а дало је значајно мање деце узраста од 12 до 14 година (15,5%) (графикон 21). У односу на друга посматрана обележја није било значајних разлика, али су нешто слабије знање показала деца из завода за васпитање деце и омладине (24,5%) у односу на оне из домова, домских одељења и центара за социјални рад (29,3%), деца из установа лоцираних у Војводини (22,9%) у односу на установе у Београду (29,5%) и централној Србији без Београда (34,3%), као и деца која су краће боравила у установи (21,6%) у поређењу са оном која су у установи била дуже од пола године (29,4%). Незнатне разлике у знању су постојале између ромске деце (27,3%) и деце других националности (29,0%).

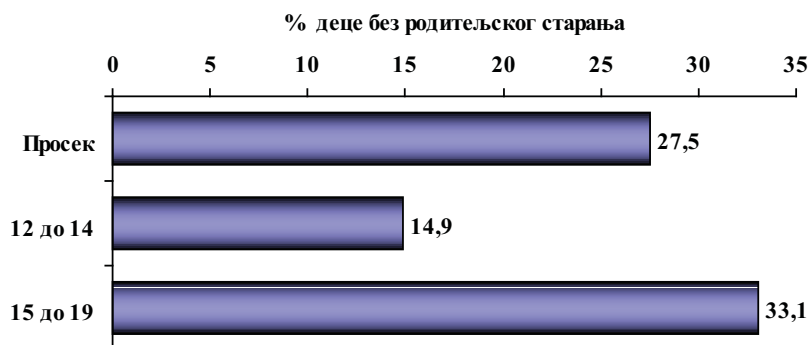
Графикон 21. Процент деце без родитељског старања која имају основна знања о начину преношења HIV инфекције у односу на узраст



5.4.4.3. Процент деце без родитељског старања која имају потпунија знања о начину преношења HIV инфекције

Готово сва деца (са изузетком шест испитаника) која су тачно одговорила на основна питања о начину преношења HIV-а, односно њих 27,5% од укупног броја испитаника, знало је и да се HIV преноси крвљу и да се особа може заразити HIV-ом уколико за убризгавање дроге употреби иглу или шприц које је неко други већ користио. И овог пута значајно лошије знање о начину преношења HIV-а су имала деца узраста од 12 до 14 година (14,9%) (графикон 22). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја. Заправо, као и код претходног индикатора постојале су неке минималне разлике у односу на тип и локацију установе у којој деца бораве, као и на дужину боравка у установи. Мале разлике које су постојале у претходном индикатору у односу на националну припадност изгубиле су се, јер је свих шест испитаника који нису знали тачне одговоре на додатна питања о начину преношења HIV-а припадало другим а не ромској националности.

Графикон 22. Процент деце без родитељског старања која имају потпунија знања о начину преношења HIV инфекције у односу на узраст



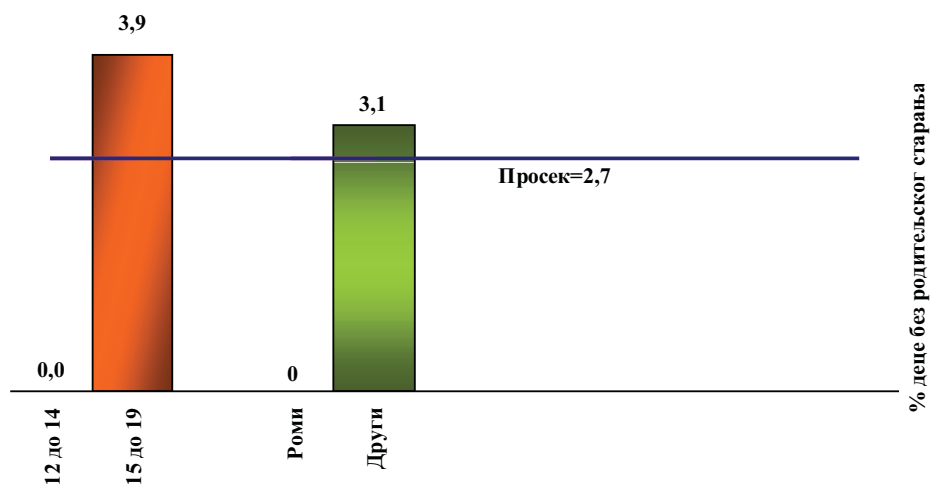
5.4.4.4. Став деце без родитељског старања према особама са HIV инфекцијом

Да студенти или ђаци заражени HIV-ом треба да наставе да похађају наставу сматрало је 39,8% испитаника. Притом није било значајних разлика у односу на тип и локацију установе, дужину боравка у установи, као ни у односу на пол, узраст и националност. Позитиван став је имало нешто више деце из домова, домских одељења и центара за социјални рад (40,7%) у поређењу са децом из завода за васпитање деце и омладине (32,1%) и из установа лоцираних у Београду (41,7%) и централној Србији без Београда (40,7%) него оним у Војводини (37,4%). Позитиван став су нешто чешће имала и деца која су установи боравила дуже (40,1%) у односу на оне који који су у установи боравили ≤ 6 месеци (35,1%), девојчице (41,6%) у односу на дечаке (38,6%) и старија деца (44,2%) у односу на млађу (29,7%).

5.4.4.5. Процент деце без родитељског старања која су тестирана на HIV инфекцију било када у току живота

Од 483 испитаника на HIV инфекцију се било када у току живота тестирало само њих 13 (2,7%). Значајне разлике су постојале у односу на узраст и националну припадност. Међу онима који су се тестирали није било ниједног Рома и ниједно дете није било у узрасту од 12 до 14 година (графикон 23). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја али је деце која су се тестирала на HIV било мање у домовима за васпитање деце и омладине (1,9%) него у димовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (2,8%) и мање у установама лоцираним у Војводини (1,7%) него оним у Београду (3,0%) и централној Србији без Београда (3,5%). Од тестиране деце њих 12 је било сексуално активно (7,5% свих сексуално активних испитаника).

Графикон 23. Процент деце без родитељског старања која су тестирана на HIV инфекцију било када у току живота у односу на узраст и националну припадност



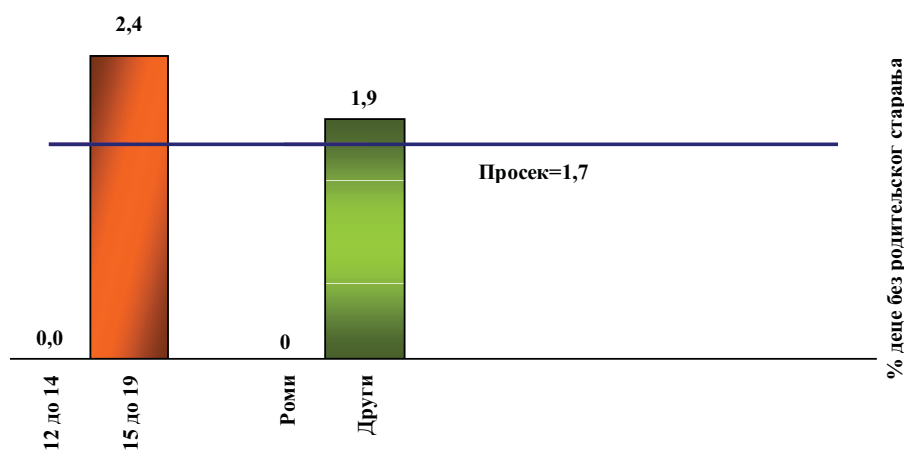
5.4.4.6. Процент деце без родитељског старања која су тестирана на HIV инфекцију током поледњих годину дана

У последњих годину дана на HIV је тестирано 8 испитаника тј. 1,7% од укупног броја деце, односно 61,5% од деце која су се било кад у животу тестирала (13 испитаника). Разлике су биле значајне у односу на узраст и националну припадност. Ниједно од тестиране деце није било у узрасту од 12 до 14 година и ниједно није било ромске националности (графикон 24). У односу на друга посматрана обележја није

било значајних разлика али је тестираних било мање у установама у Војводини (0,6%) него оним лоцираним у Београду (1,5%) и централној Србији без Београда (2,9%), мање међу онима који су у установи боравила дуже (1,6%) у односу на оне који су боравили ≤ 6 месеци (2,7%) и мање међу девојчицама (1,1%) него дечацима (2,0%). Од тестиране деце сва су осим једног била сексуално активна (4,4% од свих сексуално активних испитаника).

Од деце тестиране у последњих годину дана резултате тестирања није знало само једно сексуално активно дете мушког пола које је мање од пола године боравило у заводу за васпитање деце и омладине лоцираном у централној Србији без Војводине.

Графикон 24. Процент деце без родитељског старања која су тестирана на HIV инфекцију током последњих годину дана у односу на узраст и националну припадност



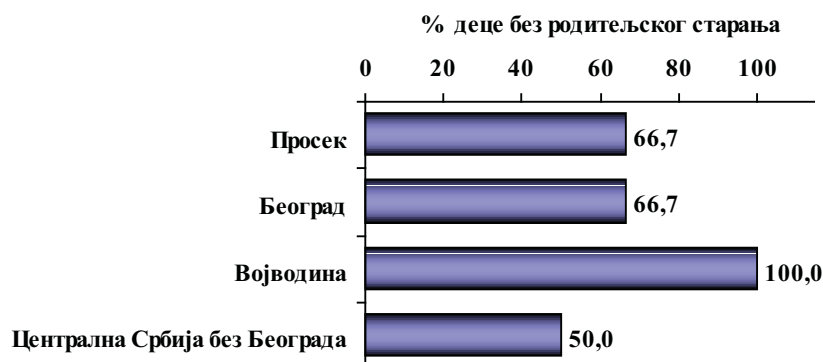
5.4.4.7. Процент деце без родитељског старања која су се тестирала на HIV инфекцију по сопственој одлуци

Од укупно 13 испитаника који су се тестирали на HIV само је њих петоро (38,5%) на тестирање отишло по сопственој одлуци. Свих петоро су били смештени у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад, у тим установама боравили су дуже од 6 месеци и сви су припадали старијој узрасној групи. Троје деце је било женског, а двоје мушког пола. Сва та деца су била сексуално активна, што значи да једино дете сексуално неактивно које се тестирало на HIV на тестирање није отишло по сопственој одлуци.

5.4.4.8. Понашање деце без родитељског старања у случају појаве гениталне инфекције

Од 33 испитаника која су у претходној години имала гениталну инфекцију, 22 (66,7%) је тражило помоћ лекара. Преосталих 11 се само лечило или није ништа предузело. У односу на посматрана обележја није било значајних разлика осим што је лекарску помоћ тражило значајно више деце из установа у Војводини (100,0) (графикон 25). Није било значајних разлика у односу на друга посматрана обележја, али су помоћ од лекара ређе тражила деца која су у установи боравила краће (50,0%) у поређењу са онима који су у установи боравили више од пола године (69,0%), нешто ређе дечаци (62,5%) у поређењу са девојчицама (68,0%), млађа деца (60,0%) у односу на старију (67,9%) и деца ромске националности (50,0%) у односу на децу друге националне припадности (67,7%).

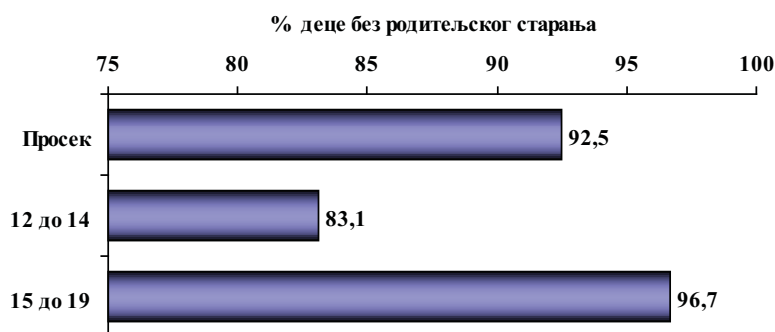
Графикон 25. Процент деце без родитељског старања која су због гениталне инфекције тражила помоћ лекара у односу на локацију установе



5.4.4.9. Деца без родитељског старања која су користила неки извор информација о ППИ и о HIV-у

Од 483 испитаника њих 447 (92,5%) је рекло да је о ППИ и HIV-у добијало информације од пријатеља, преко медија, у школи, од социјалних или здравствених радника, службе саветовања за сексуалне болести или из неког другог извора. У односу на посматрана обележја разлике су биле значајне само за узраст. Да је имао и користио неке изворе информација о ППИ и HIV-у изјавио је мањи број деце узраста 12 до 14 година (83,1%) (графикон 26). Није било значајних разлика у односу на друга обележја али су изворе информација о ППИ и HIV-у нешто мање користила деца из домова за децу и омладину (84,9%) у односу на ону из домова, домских одељења и центара за социјални рад (93,5%), деца која су у установи боравила краће (81,1%) у односу на ону која су у установи боравила више од пола године (93,5%) и деца српске и других националности (91,8%) у односу на ромску децу (97,0%).

Графикон 26. Процент деце без родитељског старања која су користила неки извор информација о сексуално преносивим инфекцијама и о HIV-у у односу на узраст

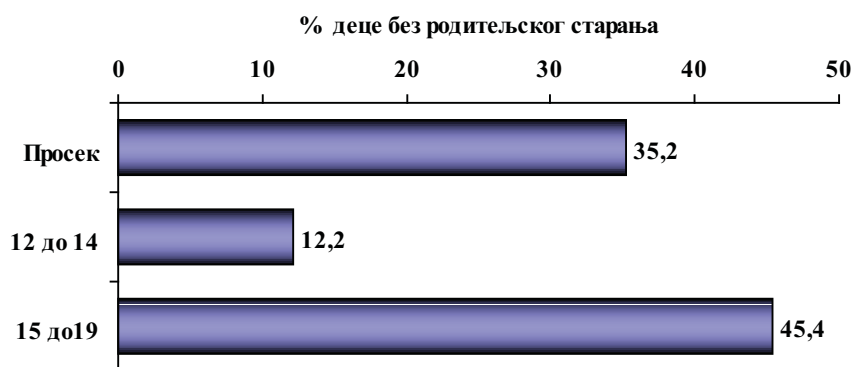


5.4.4.10. Процент деце без родитељског старања која су већ била обухваћена превентивним програмима за HIV

Од свих испитаника 35,2% је већ раније било укључено у превентивне програме за HIV инфекцију. Да ли су деца била или нису била укључена у превентивне програме

судило се на основу тога да ли знају у којим установама се може обавити тестирање на HIV инфекцију и на основу одговора на питање о месту где може да се набави кондом и начину на који се може набавити. У те програме је било укључено значајно мање деце узраста од 12 до 14 година (12,2%) (графикон 27). У односу на друга обележја није било значајних разлика али је програмима био обухваћен нешто мањи проценат деце из домова, домских одељења и центара за социјални рад (34,4%) него из завода за децу и омладину (41,5%), мање деце из установа лоцираних у Војводини (24,0%) него оних у Београду (46,2%) и централној Србији без Београда (38,4%) и мање деце која су у установи боравила дуже (34,5%) у односу на оне која су у установи боравила ≤ 6 месеци (43,2%). Тим програмима је било обухваћено и мање девојчица (29,7%) него дечака (38,6%) и мање деце српске и других националности (33,8%) него ромске деце (43,9%).

Гарфикон 27. Процент деце без родитељског старања која су већ била обухваћена превентивним програмима за HIV у односу на узраст



5.5. Закључци и препоруке

5.5.1. Закључци

5.5.1.1. Ризично сексуално понашање деце без родитељског старања

5.5.1.1.1. Ризична сексуална понашања деце без родитељског старања – опште карактеристике

- Свако четврто дете без родитељског старања, узраста 12–19 година, имало је пенетративни сексуални однос са просечно око 2 партнера током последњих годину дана.
- Деца су просечно ступала у први пенетративни сексуални однос са 14,7 година.
- Од 483 деце 123 је било сексуално активно, а од њих је 78% имало сталног, 38,2% нерегуларног и 0,8% комерцијалног сексуалног партнера.
- Просечан број нерегуларних партнера износио је 3,7 током последњих годину дана.
- При првом сексуалном односу кондом је користило 71,3% испитаника.
- При сексуалном односу са сталним партнером 66,7% деце је користило кондом при последњем, а 52,1% при сваком сексуалном односу током последњих годину дана.
- При сексуалном односу са нерегуларним партнерима 70,8% деце је користило кон-

дом при последњем сексуалном контакту, а 52,1% при сваком сексуалном односу током последњих годину дана.

– До кондома лако је долазило 92,3% испитаника.

5.5.1.1.2. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на тип установе у којој су смештена

– Значајно већи проценат деце која су била сексуално активна је био у заводима за васпитање (45,3%) него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад (23,0%).

– Деца у заводима за васпитавање раније су ступала у пенетративне сексуалне односе него у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад.

– Већи број деце у заводима за васпитање је имало односе са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима, као и већи просечан број сексуалних и нерегуларних партнера у односу на децу у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад.

– Деца из завода за васпитавање су ређе користила кондом при првом сексуалном односу, као и при првом и сваком сексуалном односу са сталним партнером и при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером, у односу на децу у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад.

– Сва деца у заводима за васпитавање лако су долазила до кондома у односу на децу у домовима, домским одељењима и центрима за социјални рад.

5.5.1.1.3. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на место локације установе у којој су смештени

– Деца без родитељског старања смештена на подручју Београда и централне Србије без Београда, у односу на децу у Војводини, у већем проценту су била сексуално активна, имала већи просечан број сексуалних партнера, као и нерегуларних и/или комерцијалних партнера и ређе су користила кондом при првом сексуалном односу, као и при последњем и сваком сексуалном односу током последњих годину дана са сталним партнером.

– Деца у Војводини, у односу на децу у Београду и централној Србији без Београда, чешће су користила кондом при последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером, а ређе при сваком сексуалном односу са нерегуларним партнером.

– Доступност кондома деци без родитељског старања је била боља на подручју Београда и централне Србије без Београда, него у Војводини.

5.5.1.1.4. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на дужину боравка у установи у којој су смештени

– Деца без родитељског старања која су у установама боравила краће од 6 месеци су у већем проценту имала пенетративне сексуалне односе, као и нерегуларне и/или комерцијалне партнере у односу на децу која су у установама боравила дуже од 6 месеци.

– Деца која су у установама била краће од 6 месеци, у поређењу са децом која су дуже боравила у њима, раније су ступала у пенетративне сексуалне односе, имала су већи просечан број свих и нерегуларних партнера, ређе су користила кондоме при првом сексуалном односу, при сталном и последњем сексуалном односу са сталним партнером, као и са нерегуларним партнером.

5.5.1.1.5. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на пол

– Већи проценат дечака него девојчица је имао сексуалне односе.

- Дечаци су раније ступали у први пенетративни сексуални однос, имали су већи просечан број сексуалних партнера и ређе су користили кондом при првом сексуалном односу у односу на девојчице.
- Дечаци су ређе користили кондом са сталним партнером при последњем сексуалном односу, већи број њих је имао сексуалне односе са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима, као и већи просечан број нерегуларних партнера у односу на девојчице.
- Девојчице су једино ређе користиле кондом са нерегуларним партнером при сваком и последњем сексуалном односу.

5.5.1.1.6. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на узраст

- Деца узраста 12–14 година, за разлику од старије деце 15–19 година, имала су већи просечан број сексуалних партнера, као и нерегуларних партнера.
- Млађа деца су ређе користила кондом при сваком и последњем сексуалном односу са нерегуларним партнером у односу на старију децу.

5.5.1.1.7. Разлика у ризичном сексуалном понашању деце без родитељског старања у односу на националност

- Роми су у већем броју имали пенетративне сексуалне односе, раније су ступали у пенетративне сексуалне односе, имали су већи просечан број сексуалних партнера и ређе су користили кондом при првом сексуалном односу у односу на децу других националности.
- У односу на децу других националности, Роми су у већем броју имали сексуалне односе са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима, као и већи просечан број нерегуларних партнера.
- Међу Ромима ређе се користио кондом при сваком и последњем сексуалном односу са сталним партнером, а чешће при последњем и сваком сексуалном односу са нерегуларним партнером.
- Роми су у нешто теже набављали кондоме у односу на децу других националности.

5.5.1.2. Деца без родитељског старања – коришћење психоактивних супстанци

- Од 483 испитаника, деце без родитељског старања узраста од 12 до 19 година, било када у току живота попушило је бар једну цигарету њих 65,8%, попило неко алкохолно пиће 75,5% и користило дрогу 13,5%.
- У току године која је претходила истраживању пушило је 54,9% , алкохол је конзумирало 65,4%, а дрогу је користило 13,0% испитаника.
- Просечан узраст деце при првом коришћењу дувана је био 12,3 године, при првом конзумирању алкохола 13,0 година и при првом коришћењу дроге 14,3 године.
- Од деце која су у току последњих 12 месеци била сексуално активна 71,5% је свакодневно пушило и/или конзумирало алкохол и/или користилао дрогу.
- Коришћење психоактивних супстанци је било чешће:
 - међу децом узраста од 15 до 19 година у односу на децу од 12 до 14 година
 - међу децом мушког пола у односу на децу женског пола
 - међу Ромима у односу на децу српске и других националности
 - у заводима за васпитање деце и омладине у односу на домове, домска одељења и центре за социјални рад
 - у установама лоцираним у Београду и централној Србији без Београда у односу на установе у Војводини и међу децом која су у установи боравила до 6 месеци у односу на децу која су у установи боравила дуже.
 - Разлике у коришћењу психоактивних супстанци по полу, узрасту и националности делом објашњавају разлике у коришћењу психоактивних супстанци у односу на тип и локацију установе у којој су деца смештена.

5.5.1.3. Знање и ставови деце без родитељског старања везани за сексуално преносиве болести и посебно за HIV инфекцију

– Од укупно 483 испитаника, за сексуално преносиве инфекције су чули скоро сви (91,5%).

– Од 483 испитаника само је 28,1% знало да ризик за преношења HIV-а може да се смањи уколико се сексуални односи одржавају са само једним партнером који није инфициран и који нема друге сексуалне partnere и уколико се при сваком сексуалном односу користи кондом, 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, као и да особа заражена HIV-ом може да изгледа здрава.

– Готово сва деца (са изузетком шест испитаника) која су тачно одговорила на основна питања о начину преношења HIV-а, односно њих 27,5% од укупног броја испитаника, знало је и да се HIV преноси крвљу и да се особа може заразити HIV-ом уколико за убризгавање дроге употреби иглу или шприц које је неко други већ користио.

– Да студенти или ђаци заражени HIV-ом треба да наставе да похађају наставу сматрало је 39,8% испитаника.

– На HIV се било кад у животу тестирало само 2,7% деце.

– У години која је претходила истраживању, на HIV се тестирало 1,7% деце.

– Од свих тестираних на HIV само се 38,5% тестирало по сопственој одлуци.

– Од 33 испитаника који су у последњих 12 месеци имали неку гениталну инфекцију помоћ лекара потражило је 66,7%.

– Неки извор информација о сексуално преносивим инфекцијама и HIV-у користило је 92,5% деце.

– Од свих испитаника 35,2% је већ раније било укључено у превентивне програме за HIV инфекцију. Да ли су деца била или нису била укључена у превентивне програме судило се на основу тога да ли знају у којим установама се може обавити тестирање на HIV инфекцију и на основу одговора на питање о месту где може да се набави кондом и начину на који се може набавити.

Познавање путева преношења HIV инфекције је било лошије код:

– деце у заводима за васпитање у односу на децу из домова, домских одељења и центара за социјални рад

– деце у установама из Војводине у односу на установе у Београду и централној Србији без Београда

– деце која су у установи боравила краће, до 6 месеци у односу на ону која су у установи боравила дуже и

– деце узраста од 12 до 14 година у поређењу са децом од 15 до 19 година.

Помоћ лекара при појави гениталне инфекције су чешће тражила:

– деца из установа у Војводини (100%)

– деца која су у установи боравила дуже од пола године

– женска деца у односу на мушку

– деца узраста од 15 до 19 година и

– деца српске и других националности у односу на ромску децу.

5.5.2. Препоруке

Имајући у виду да деца у установама без родитељског старања имају ризичније понашање по питању сексуалне активности и коришћења психоактивних супстанци од деце у општој популацији, било би потребно:

– Организовати адекватне превентивне програме у циљу смањења ризика од ширења HIV инфекције и других сексуално преносивих обољења, као и ризика од злоупотребе психоактивних супстанци.

– Превентивне програме организовати у свим установама за децу без родитељског старања независно од њиховог типа и локације.

- Програмима обухватити не само тинејџере већ и млађу децу, јер нека деца ризично понашање прихватају врло рано.
- Децу укључити у програм што пре по њиховом доласку у установу.
- Превентивне програме регуларно понављати уз одређене измене у садржају и форми.
- У циљу праћења успешности превентивних програма и њихових евентуалних корекција и допуна, на сваке две године проверавати ризично сексуално понашање деце помоћу обавезних индикатора као што су ИМП6, ИМП7А, ИМП8, ИМП11 (модификовано), као и свих других додатних индикатора коришћених у овој студији.

Литература

1. Amon J, Brown T, Hogle J, et al. Behavioral surveillance surveys. Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. DFID: Family Health International, 2000.
2. UNAIDS. Special session on HIV/AIDS: Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
3. National AIDS programmers. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmers for young people. Geneva: WHO, 2004.
4. UNAIDS. A Framework for monitoring and evaluating HIV Preventive Programs for Most-At-Risk population, 2006.
5. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2006.
6. Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Републике Србије 2006. године. Београд: Donam Graf, 2007.
7. Cepulkauskaitė I. Drug addiction of teenagers: myth or reality. <http://www.sociumas.lt/Eng/nr20/narko.asp> (accessed on July 8, 2008).
8. WHO. Smoking Statistics. <http://www.wpro.who.int/media?centre/fact?sheets/fs?20020528.htm> (accessed on July 8, 2008).
9. WHO. Health effects on smoking among young people. <http://www.who.int/tobacco/research/youth/health?effects/en/> (accessed on July 8, 2008).
10. WHO. Public health problems caused by harmful use of alcohol. http://www.who.int/substance_abuse/activities/public_health_alcohol/en/index.html (accessed on July 8, 2008).
11. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). HIV prevention <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp> (accessed on July 10, 2008).

VI

РИЗИЧНИ ОБЛИЦИ ПОНАШАЊА И ФАКТОРИ РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ЗАТВОРЕНИЦИМА

Главни истраживач:

Др Маја Крстић, Институт за јавно здравље Србије

Истраживачи сарадници:

Др Зорица Терзић, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду,

Др Иван Ивановић, Институт за јавно здравље Србије

Консултанти:

Ивана Бјелић, Стратешки маркетинг, Београд; Наташа Стевановић
Параментић, КПЗ за малолетнике у Ваљеву; Дамир Јока, Министарство правде,
Управа за извршење заводских санкција

Теренски координатор:

Др Зорица Терзић, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет,
Универзитет у Београду

6. РИЗИЧНИ ОБЛИЦИ ПОНАШАЊА И ФАКТОРИ РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ЗАТВОРЕНИЦИМА

6.1. Увод

HIV/AIDS представља озбиљан проблем у затворској популацији, што потврђује чињеница да је у великом броју земаља преваленција HIV инфекције много пута виша међу затвореницима него у општој популацији (1). Ситуација је веома често додатно отежана високом преваленцијом HCV инфекције и/или мултирезистентне туберкулозе. У већини случајева HIV инфекција је повезана са дељењем прибора за интравенско убризгавање дроге и сексуалним односима без заштите, како унутар тако и ван затворске установе. У већини земаља у затворима још увек нису уведене одговарајуће превентивне мере, иако су се у затворским ситемима одређених земаља показале као ефективне (2). Самим тим затвореници представљају популацију која је посебно осетљива на ризик од HIV инфекције, а затвореници који живе са HIV-ом/AIDS-ом на ризик од рапидног погоршања здравственог стања, HCV коинфекције, оболевања од туберкулозе и преране смрти.

Идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања у овој популацији, као и одређивање степена стигматизације и дискриминације, представља основ за благовремено превентивно деловање, а оцена успешности досадашњих активности за његово редефинисање.

6.2. Циљеви

Главна истраживачко питање истраживања је који је ниво ризика, односно осетљивости на HIV и друге полно преносиве инфекције присутан у популацији која се налази на издржавању казне затвора у Републици Србији.

Општи циљеви истраживања су:

- утврђивање распрострањености ризичних и протективних понашања, односно нивоа изложености факторима ризика на HIV и друге ППИ;
- процена знања и ставова везаних за HIV и ППИ;
- утврђивање водећих здравствених проблема, здравствених потреба и степена коришћења здравствене заштите у затворској популацији.

Посебни циљеви истраживања су:

- добијање полазишних индикатора о знању начина преноса и превенције сексуалне трансмисије HIV-а, као и преваленције 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.

6.3. Методологија

6.3.1. Тип студије

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу особама на издржавању заводских санкција је студија пресека, спроведена на репрезентативном узорку затвореника и запослених у установама за извршење заводских санкција.

6.3.2. Локације

Истраживање је спроведено на укупно 14 географских локација (градова, општина) на којима се налази 16 установа за извршење заводских санкција (мапа 1).

Затворске установе које су ушле у узорак су према типу установе следеће:

- **окружни затвори:** Београд, Зајечар, Зрењанин, Крагујевац, Лесковац, Нови Сад, Панчево и Суботица;
- **казнено-поправни заводи отвореног типа:** Београд – Падинска Скела, Сомбор, Туприја;
- **казнено-поправни заводи затвореног типа:** Ниш, Сремска Митровица;
- **казнено-поправни заводи затвореног типа са посебним обезбеђењем:** Пожаревац – Забела;
- **казнено-поправни завод за жене:** Пожаревац;
- **казнено-поправни завод за малолетнике:** Ваљево.

Мапа 1. Локације на којима је истраживање реализовано



6.3.3. Време извођења

Истраживање је спроведено у периоду од новембра 2007. године до маја 2008. године у три фазе: припремна фаза, фаза спровођења истраживања на терену и фаза евалуације.

6.3.4. Величина узорка

Циљна популација су пунолетни затвореници оба пола и лица запослена у установама за извршење заводских санкција. Узорак за ово истраживање је изабран тако да обезбеди статистички поуздану процену индикатора на нивоу свих установа за извршење заводских 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 (табела 1).

Табела 1. Величина планираног и досегнутог узорка према стратумима

Република Србија		Број установа	Број одабраних кластера у узорку	Број испитаника/ затвореника у стратуму		Број испитаника/ запослених у стратуму	
				планиран	досегнут	планиран	досегнут
Врста установе	КПЗ затвореног типа	3	3	144	145	72	73
	КПЗ отвореног типа	4	3	144	146	72	77
	Окружни затвор	17	8	384	374	192	197
	КПЗ за жене	1	1	96	95	48	47
	КПЗ за малолетнике	1	1	96	101	48	50
Укупно		26	16	864	861	432	444

6.3.5. Узорковање

Узорачки оквир су биле све установе за извршење заводских санкција на територији Републике Србије (без Косова и Метохије).

У истраживању је примењен стратификовани двоетапни узорак скупина (кластера). За дизајн узорка, типови установа за извршење затворских санкција дефинисани су као главни узорачки домени и избор узорка је вршен у две етапе. У првој етапи узорковања, у оквиру сваког од пет типова установа изабрано је 16 од 26 затворских установа на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини (*Probability Proportional Sampling – PPS*). У другој етапи узорковања одређена је величина узорка уз поштовање инклузивних и ексклузивних критеријума. Из изабраних затворских установа изабрано је укупно 864 затвореника и 432 запослених (табела 1) симулацијом линеарног метода узорковања случајним почетком и једнаким кораком избора (*Simple Random Sampling Without Replacement – SRSWoR*). На овај начин је обезбеђено да се испитаници бирају са једнаком вероватноћом избора и без понављања. Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена изабран је број испитаника који обезбеђује потребну величину оба узорка (узорка особа које су на издржавању затворске казне и узорка запослених у затворским установама) у сваком кластеру, применом формуле:

$$N = (4(Z_{\alpha})^2 P (1-P) / w^2) * deff$$

Z_{α} – фактор који одговара жељеном интервалу поверења

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом

w – ширина за границе грешке

$deff$ – design effect

Приликом израчунавања величине узорка поред наведене формуле, узет је у обзир и претпостављени проценат неодржива; за узорак лица на издржавању казне 10%, и за узорак запослених 5%. Пошто се у стратумима, а самим тим и у узорку налази само по један казнено-поправни завод за жене и малолетнике, да би се добила поуздана оцена за индикаторе за ниво ових стратума урађено је преузорковање (*oversampling*).

6.3.6. Критеријуми укључивања/искључивања

Критеријуми за укључивање лица на издржавању казне затвора у истраживање су били:

- узраст (18 година и више) и
- дужина боравка у установи за извршење заводских санкција (минимум три месеца у моменту истраживања).

Критеријуми за искључивање испитаника из истраживања су били:

- узраст (мање од 18 година),
- боравак у установи за извршење заводских санкција краћи од три месеца у моменту истраживања,
- несхватање и/или неприхватање етичких принципа и правила везаних за учешће у студији,
- неписменост,
- ментална неподобност за учешће у истраживању (немогућност разумевања питања, давања одговора на њих и схватања основних етичких принципа) и
- учествовање у текућем истраживању на некој од претходних локација.

6.3.7. Инструментаријум

Као инструмент истраживања коришћени су посебно структурирани упитници са питањима затвореног типа, дизајнирани на основу сличних истраживања спроведених код нас и у другим земљама, и то:

- упитник за затворенике/затворенице и
- упитник за запослене у установама за извршење заводских санкција.

Упитници су пре имплементације били тестирани на пилот узорку у КПЗ-у за малолетнике у Ваљевоу и након тога ревидирани и адекватно модификовани.

Упитник за затворенике укључио је питања за добијање индикатора предложених од стране Националног система за мониторинг и евалуацију HIV инфекција у Републици Србији, као и додатна питања везана за демографске карактеристике и социоекономски статус, процену здравља и знања о здрављу, коришћење здравствене службе, навике и понашање, а која су неопходна за формулисање одговора на главно истраживачко питање. Упитник за запослене укључио је, осим демографских карактеристика, питања везана за процену здравља и знања о здрављу, навике и понашање, као и знања и ставове везане за HIV/AIDS.

6.3.8. Обрада података

За уношење података коришћен је посебан програм са предвиђеним контролама. Податке су уносили претходно обучени оператери, упознати са циљем и садржајем истраживања, структуром упитника, везама између појединих ентитета и логичком контролом. Циљ прве обраде података био је добијање чистих, уређених база података. Циљ финалне обраде података био је да обезбеди анализу података и да направи табеле индикатора истраживања. За статистичку анализу података коришћен је стандардни статистички пакет (SPSS 13.0), али и посебан софтвер креиран у сврху ове студије. Добијени подаци су анализирани за сваки тип установе за извршење заводских санкција појединачно, дисагрегацијом у односу на поједине демографске карактеристике и одређене облике понашања. Сви индикатори су представљени и анализирани у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на епидемију HIV-a/AIDS-a у Републици Србији.

6.3.9. Процес сакупљања података и примена етичких принципа

Сажетак студије, протокол, формулари за информисани пристанак и упитници који су коришћени током истраживања су одобрени од стране Етичког комитета Министарства здравља Републике Србије.

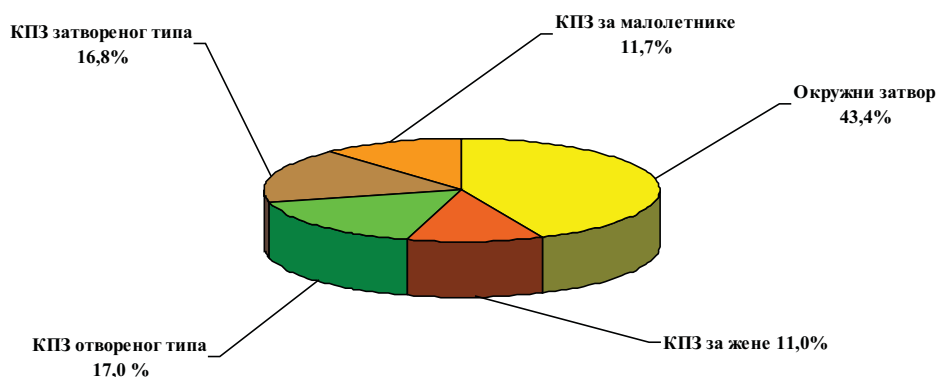
Због специфичности затворског окружења, односно сталног присуства лица која раде на обезбеђењу, није било сврсисходно користити технику интервјуа због нарушеног концепта поверљивости. Подаци су прикупљени путем самопопуњавања упитника од стране испитаника након уводног објашњења које је дао тим теренских истраживача. Попуњавање је обављено уз супервизију теренских истраживача који су на захтев помагали испитанику да адекватно разуме питање, тј. давали сва допунска објашњења без сугерисања одговора. Учешће у студији је било добровољно за све испитанике тако да је сваки испитаник могао у било којем моменту да прекине учешће у студији, с тим да не сноси никакве негативне последице. Сваки испитаник је добио усмену (од стране чланова истраживачког тима или организатора истраживања у да тој установи) и писану информацију (на првој страни упитника) у моменту када му је понуђено укључивање у студију. Ове информације су садржале све податке од значаја за давање информисане сагласности за укључивање у студији (циљ истраживања, услови учешћа, гаранције везане за поверљивост исказа, анонимност и добровољност учествовања). Сви подаци добијени током истраживања су третирани као поверљиви и коришћени само за потребе студије. Чланови истраживачких тимова су посебно едуковани о етичким аспектима студије и тренирани за приступ испитаницима са уважавањем.

6.4. Резултати

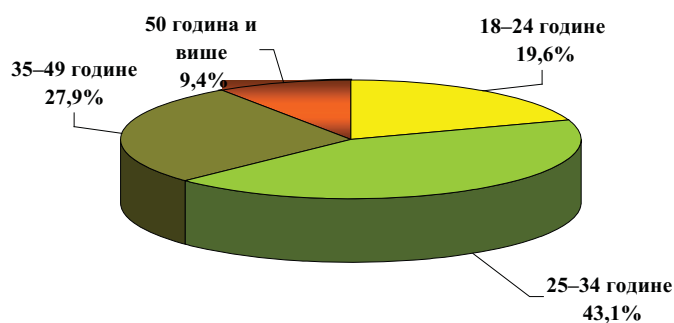
6.4.1. Демографска структура циљне групе

У истраживању је укупно анкетирано 861 особа узраста 18 и више година које се налазе на извршењу затворске казне у Србији. Од тог броја 43,4% испитаника се налазило на извршењу казне затвора у окружном затвору, 11% у КПЗ-у за жене, 17% у КПЗ-у отвореног типа, 16,8% у КПЗ-у затвореног типа и 11,7% у КПЗ-у за малолетнике (графикон 1).

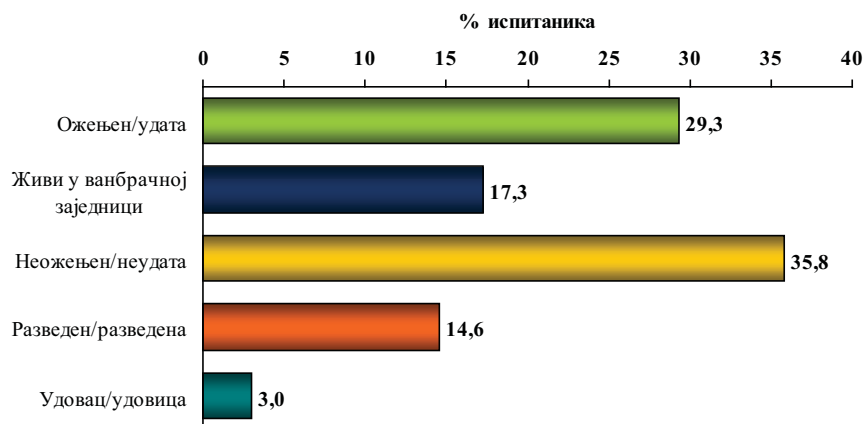
Графикон 1. Процент испитаника према месту извршења затворске казне



Истраживањем је обухваћено 95 затвореница (11%) и 766 затвореника (89%). У односу на узраст највећи број испитаника припада добној групи 25–34 године (43,1%) (графикон 2).

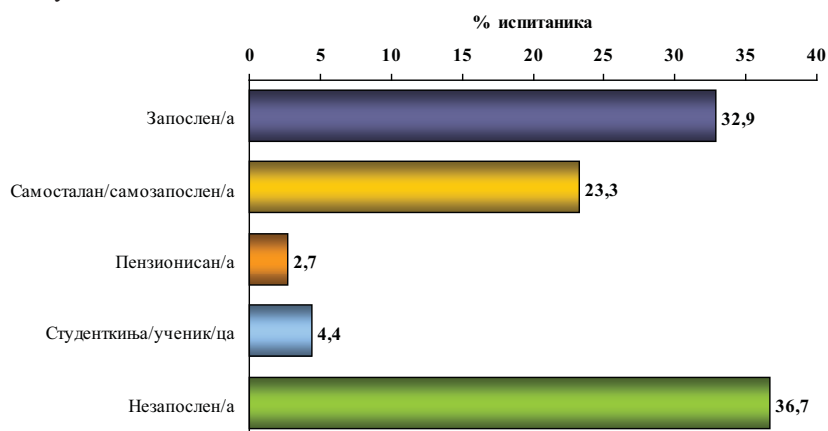
Графикон 2. Процент испитаника према добним групама

У брачној заједници живи 29,3% осуђених лица, а 17,3% у ванбрачној. Свака трећа осуђена особа (35,8%) је неожењена/неудата, док је 14,6% разведених. Удовци/удовице чине 3% затворске популације (графикон 3).

Графикон 3. Процент испитаника према брачном статусу

Више од половине анкетираних лица има децу (59%). Пре доласка у затворску установу 72,7% испитаника је живело у градској средини.

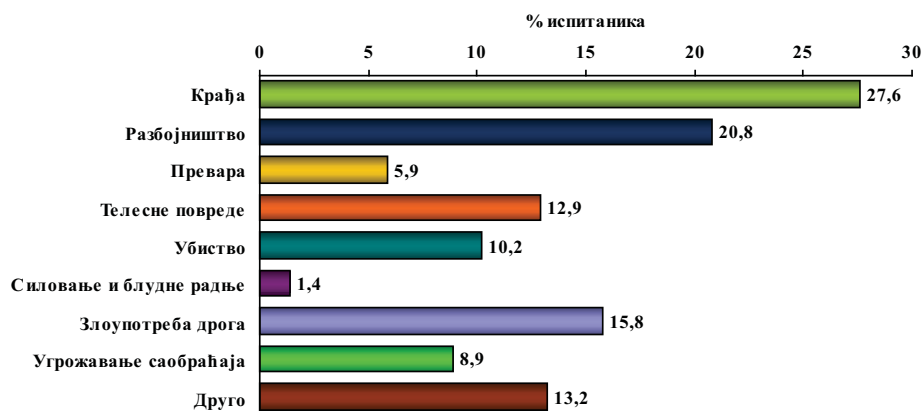
У односу на радни статус, највећи број испитаника је пре доласка у затворску установу био незапослен (36,7%) док је нешто мање било запослених (32,9%), као и самосталних делатника (23,3%) (графикон 4).

Графикон 4. Процент испитаника према радном статусу пре доласка у затворску установу

Највише испитаника имало је средњешколско образовање (56,1%), док је у групи без образовања, односно са непотпуном основном или основном школом било њих 31,8%. Сваки десети испитаник је имао вишу/високу школску спрему.

У односу на врсту извршеног кривичног дела највише је оних који су починили крађу (27,6%), а затим следе разбојништво (20,8%) и злоупотреба дрога (15,8%) (графикон 5).

Графикон 5. Процент испитаника према врсти кривичног дела

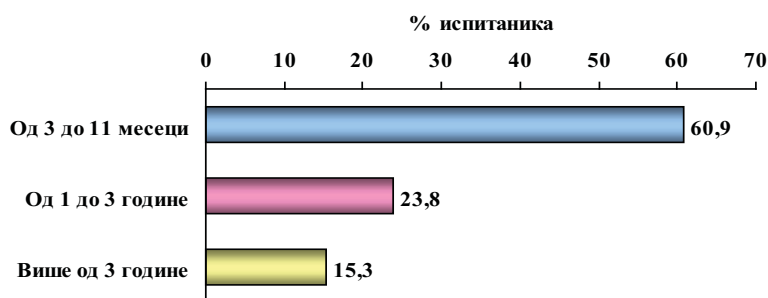


Више од три четвртине испитаника (85,9%) је осуђено због једног кривичног дела, 8,8% због два, а 3,7% због три или више кривичних дела.

Међу испитаницима је највише било оних који су осуђени на затворску казну у трајању од 1 до 3 године, а у односу на време које је проведено у затворској установи до момента истраживања највише је било оних који се налазе на извршењу затворске казне мање од годину дана (графикон 6).

Више од једне трећине испитаника чинили су „повратници” (35,7%), односно лица која су у току живота била више пута осуђивана на издржавање казне затвора. Просечна дужина укупног трајања свих досадашњих затворских казни код затвореника који су више пута осуђивани износи 3,8 година.

Графикон 6. Процент испитаника према дужини боравка у затворској установи

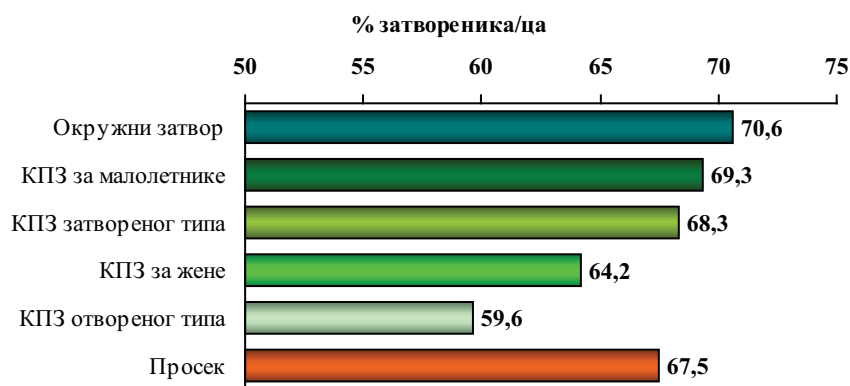


6.4.2.1. Пушење

Пушење у популацији затвореника је веома раширена навика. Такође, у затворској популацији је забележен висок проценат свакодневних пушача, као и оних који пуше 20 и више цигарета дневно. Ипак, охрабрује чињеница да мотивација за престанак пушења постоји код великог процента пушача у затворима, као и свест о штетним последицама пушења/дуванског дима по здравље.

Преваленција пушења, према дефиницији СЗО, обухвата свакодневне и повремене пушаче и у затворима у Србији износи 75%. Свакодневно пуши 67,5% затвореника (графикон 7).

Графикон 7. Процент затвореника/ца који свакодневно пуше – свакодневни пушачи према типу затворске установе



Од укупног броја свакодневних пушача у затворима 85,4% пуши више од 20 цигарета дневно. Иако свест о штетним последицама пушења, односно дуванског дима по сопствено здравље постоји код 75,1% затвореника – пушача, много мањи проценат жели да престане да пуши (46,1%).

У популацији запослених у затворима у Србији 48,7% пуши, а 41,9% то чини свакодневно. Запослени током дана попуше просечно 22 цигарете, мушкарци нешто више него жене. Више од половине запослених који су пушачи (56%) је покушало да престане да пуши. Исти проценат и сада жели да престане са пушењем, док је скоро трећина (27,3%) запослених који пуше неодлучно, и то више жена. Ипак, веома велики проценат запослених (89,4%) је забринут због штетних последица пушења, односно дуванског дима по здравље.

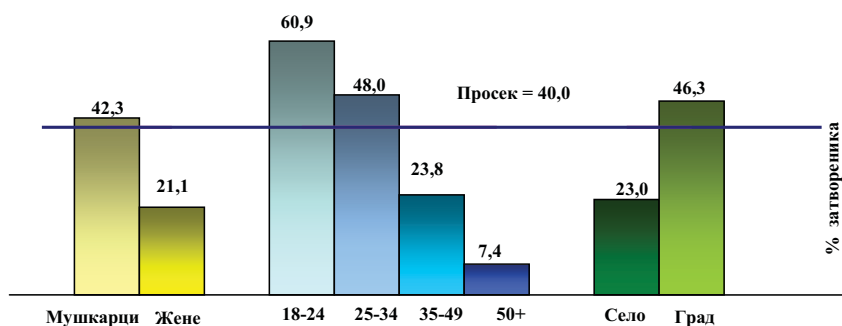
6.4.3. Употреба психоактивних супстанци

Велики проценат затвореника у Србији има искуство са употребом психоактивних супстанци, а одређен проценат их конзумира и даље. Најмлађи осуђеници су у већем проценту пробали, али и даље узимају психоактивне супстанце. Сваки седми затвореник је интравенски узимао дрогу, а у последња три месеца то је чинио сваки осми затвореник – ИКД. Пракса дељења шприца/игле је распрострањена међу затвореницима – ИКД, као и мишљење да се дрога може набавити у затвору. Ипак, већи проценат затвореника сматра да у затвору не би требало обезбеђивати стерилне игле и шприцеве за оне којима је то потребно, што је случај и у популацији запослених.

Запослени у установама за извршење заводских санкција у Србији такође сматрају да се дрога може набавити у затвору. Алармантна је чињеница да је у КПЗ затвореног типа забележен највећи проценат запослених који сматра да се у затвору до дроге може доћи, и то лако.

У затворима у Србији 40% затвореника је пробало марихуану/хашиш, 28,7% кокаин/хероин и 23,7% екстази/спид/ЛСД. Жене у значајно нижем проценту (21,1%) имају искуство са конзумирањем марихуане него мушкарци (42,3%). По искуству конзумирања психоактивних средстава предњаче млади, односно затвореници старости од 18 до 24 године. Затвореници који су живели у селу пре доласка у затвор, у значајно мањем проценту су пробали неку од психоактивних супстанци (графикон 8).

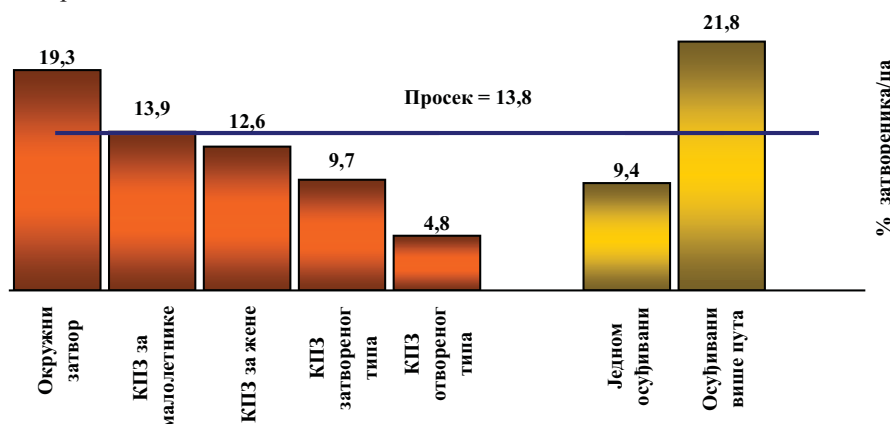
Графикон 8. Процент затвореника/ца који су пробали марихуану/хашиш према полу, добним групама и месту становања



Према исказу затвореника, тренутно њих 6,9% узима марихуану/хашиш, 4,9% кокаин/хероин, а 3,8% екстази/спид/ЛСД. И у овом случају у конзумирању марихуане истичу се мушкарци (7,6%). У старосној доби 50 и више година проценат оних који узима психоактивне супстанце је значајно мањи.

Искуство интравенског узимања дроге пријавило је 13,8% затвореника. Затвореника – ИКД има мање у групи затвореника старијих од 50 година (1,2%), као и код оних који су пре доласка у затворску установу живели у сеоској средини (7,2%). У односу на тип затворске установе, мањи проценат ИКД је забележен у КПЗ отвореног типа (графикон 9). Такође, већи проценат затвореника који је интравенски користио дрогу се налази у групи такозваних „повратника”, односно лица која су у току живота осуђивана више пута (21,8%).

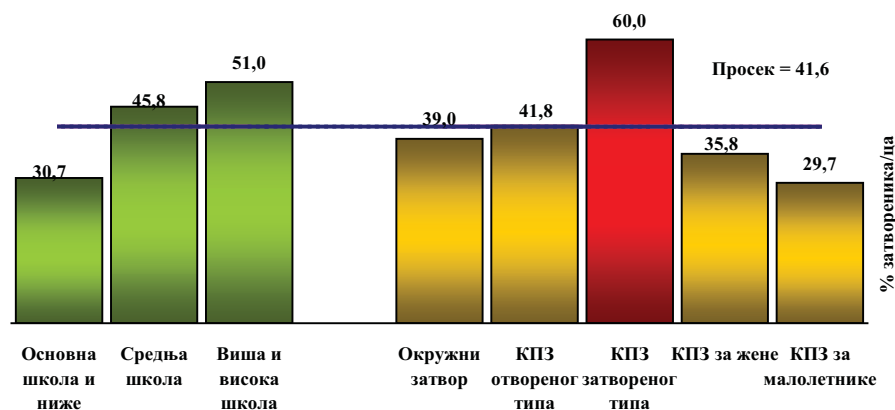
Графикон 9. Процент затвореника/ца који су интравенски узимали дрогу према типу затвора



Затвореници који имају искуство са интравенским коришћењем дрога су такво искуство стекли са, у просеку, 20,4 године (најраније са 12 година, а најкасније са 40), 5% је први пут интравенски узело дрогу у затвору, а 39,5% затвореника је делило шприц/иглу.

Могућност набавке дроге у затвору потврдило је 41,6% затвореника. У односу на степен образовања, тај проценат је значајно мањи у групи затвореника са основном и непотпуним основним школом. Према типу затворске установе, значајно већи проценат затвореника у КПЗ затвореног типа (60%) сматра да се дрога може набавити у затвору у односу на остале затворске установе (графикон 10).

Графикон 10. Процент затвореника/ца који сматрају да се дрога може набавити у затвору према степену образовања и типу затворске установе



Нешто више од једне трећине затвореника у Србији (35,5%) сматра да би у затвору, онима којима је то потребно, требало обезбедити стерилне игле и шприцеве. Значајно мањи проценат затвореника који има овакав став се бележи у групи оних који су пре доласка у затворску установу живели у селу (25,1%).

У популацији запослених у затворским установама у Србији више од две трећине (71,9%) сматра да се дрога може набавити у затвору (44,4% сматра да се може набавити – али тешко, а 27,5% да се може набавити – и то лако). Значајно већи проценат мушкараца (30,2%) него жена (22,7%) сматра да се дрога може лако набавити у затвору, као и оних који су запослени у КПЗ затвореног типа (49,3%). Више од две трећине запослених (67,1%) не сматра да је у затвору потребно обезбедити стерилне игле и шприцеве онима којима је то потребно.

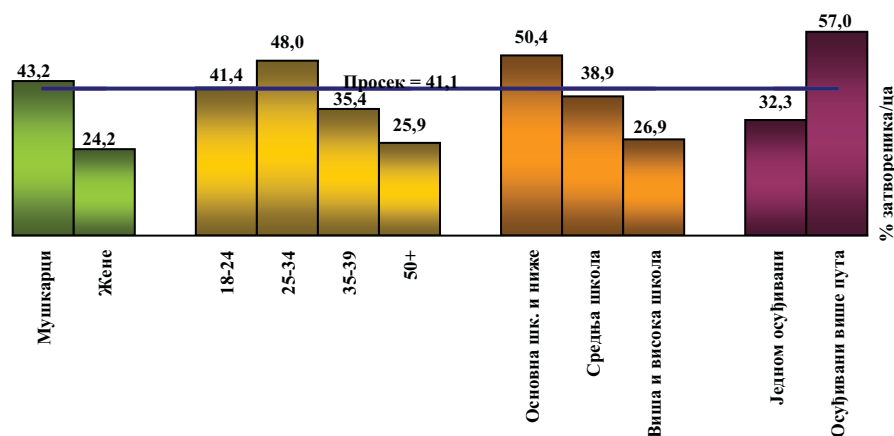
6.4.4. Тетовирање

Више од две петине затвореника у Србији је тетовирано. Пракса тетовирања је значајно више забележена код мушкараца, као и код затвореника „повратника” (лица која су више пута осуђивана). Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује сваки седми тетовирани затвореник. Тетовирање у самом затвору је појава која се чешиће јавља у КПЗ затвореног типа и код затвореника који се налазе у затворској установи дуже од три године.

У затворима у Србији, 41,1% затвореника има тетоважу. Тетовирање је ређа појава код жена него код мушкараца, у групи старијих од 50 година, као и код затвореника са вишом и високом школом. Значајно већи проценат затвореника који се тетовирао

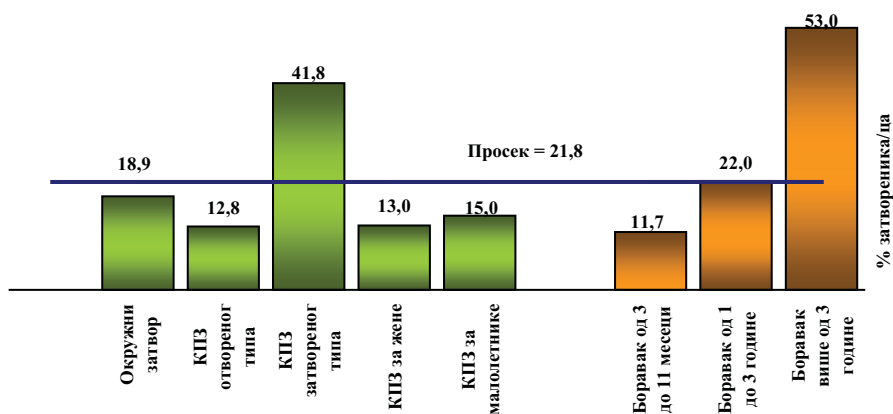
спада у групу „повратника”, односно оних који су осуђивани на казну затвора више пута (57%) (графикон 11).

Графикон 11. Процент затвореника/ца који су се тетовирали у односу на пол, добне групе, степен образовања и број извршења затворских казни



Од укупног броја затвореника који су се тетовирали, 21,8% се тетовирало у затвору. Значајно већи проценат тетовираних затвореника који се тетовирао у затвору је забележен у КПЗ затвореног типа (41,8%), као и код оних затвореника који се налазе у затворској установи дуже од три године (53%) (графикон 12).

Графикон 12. Процент тетовираних затвореника/ца који су се тетовирали у затвору у односу на тип затворске установе и дужину боравка у затворској установи



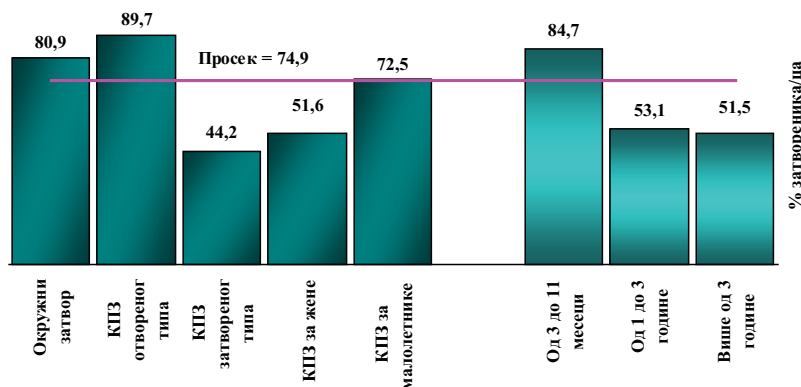
Код 14,7% тетовираних затвореника приликом тетовирања није коришћена стерилна игла.

6.4.5. Сексуално понашање

Већи проценат сексуално активних лица међу затвореницима је забележен у окружним затворима и КПЗ отвореног типа. Ризично сексуално понашање, у смислу одржавања сексуалних односа са нерегуларним партнерима, присутније је код затвореника него код затвореница, као и код млађе популације (од 25 до 34 године). Упркос склоности ризичним сексуалним односима, велики проценат затворске популације никада не користи кондом са сталним партнером. Најчешћи начин набавке кондома је куповина у самопослужи или киоску, док га у врло малом проценту затвореници набављају преко затворског лекара. Силовање, као и сексуални односи ради добијања дроге, стицања одређених повластица или других услуга, иако у веома малом обиму, забележено је у затворима у Србији.

Више од две трећине затворске популације (72,2%) је имало сексуалне односе у последњих 12 месеци. Већи проценат сексуално активних лица бележи се у КПЗ отвореног типа (89,7%) и окружним затворима (80,9%). Такође, проценат сексуално активних лица опада са дужином боравка у затворској установи (графикон 13).

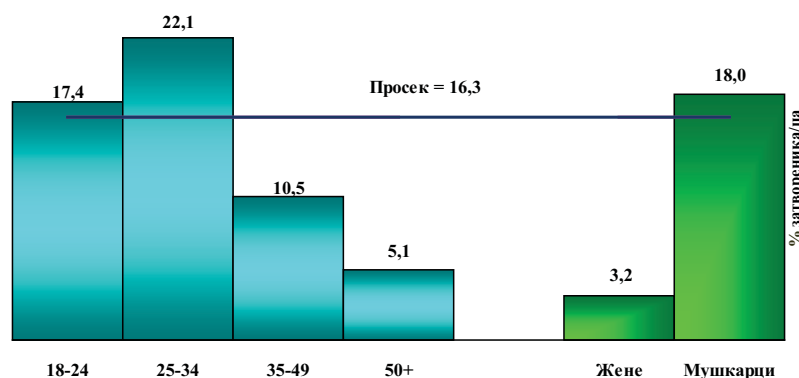
Графикон 13. Процент затвореника/ца који су у последњих 12 месеци имали сексуалне односе према типу затворске установе и дужини боравка у затворској установи



Око две трећине лица која се налазе на извршењу казне затвора (65,2%) има сталног партнера (особу ван затвора са којом живи у брачној/ванбрачној заједници). Овај проценат је значајно већи код затвореника који се налазе на извршењу затворске казне у КПЗ-у отвореног типа (80%).

Свака шеста особа (16,3%) је у току издржавања казне затвора имала сексуалне односе са нерегуларним партнером (партнер са којим особа није у брачној, односно ванбрачној вези). Просечан број нерегуларних партнера у току издржавања затворске казне код затвореника износи 3,4. Жене у мањем проценту имају сексуалне односе са нерегуларним партнерима (3,2%) него мушкарци (18%) (графикон 14). Такође, учесталост сексуалних односа са нерегуларним партнерима опада са старошћу. Скоро свака четврта особа (22,1%) старости од 25 до 34 година је у току издржавања затворске казне имала сексуалне односе са нерегуларним партнером, за разлику од особа старијих од 50 година где је тај број значајно мањи (графикон 14).

Графикон 14. Процент затвореника/ца који су у току издржавања затворске казне имали сексуалне односе са нерегуларним партнером, према добним групама и полу



Од укупног броја затвореника 1,4% је у току издржавања казне затвора имало сексуалне односе са особом истог пола, а 2,0% са особом која је ИКД. Сексуални однос у замену за новац, у смислу да је платио, имало је 2,4% испитаника, док је оних којима је плаћено 1%. Одржавање сексуалних односа да би дошли до дроге имало је 0,6% испитаника, а ради заштите њих 1,5%. Сексуални однос под присилом пријавило је 5 испитаника (0,5%), а ради неке друге услуге 2%.

Скоро свака друга сексуално активна особа која се налази на издржавању казне затвора (43%) никада не користи кондом приликом сексуалних односа са сталним партнером, а 4,1% никада не користи кондом са нерегуларним партнером. Најчешћи начин набавке кондома у затворској популацији је куповина у самопослузи или киоску, а затим следи куповина у апотеци и набавка преко породице или пријатеља. Врло мали проценат особа на извршењу казне затвора кондом набавља преко лекара или другог особља у затвору.

6.4.6. Знање о HIV-у/AIDS-у

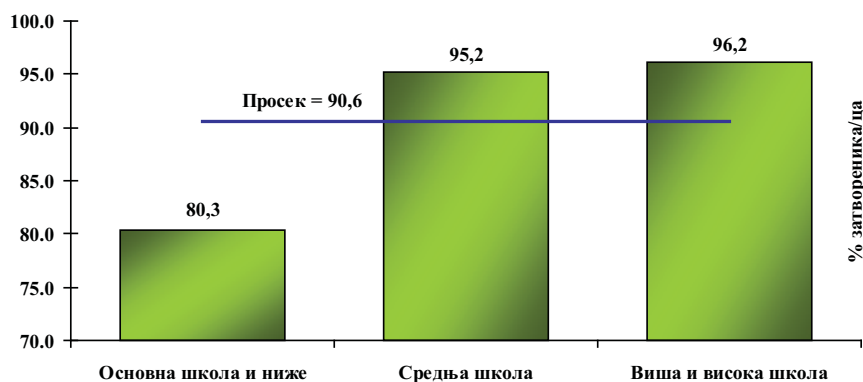
За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна велики проценат затворске популације у Србији. Сваки пети затвореник има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да може правилно идентификовати начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препознати заблуде везане за трансмисију HIV-а. Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је веома присутан код затвореника, а изражен је у КПЗ затвореног типа. За постојање места где се може тестирати на HIV зна 60,3% затвореника у Србији, а њих 29% се тестирало на HIV. Скоро сваки осми затвореник у Србији се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултат тестирања. Покривеност превентивним програмима у затворима у Србији је врло мала, а нарочито у КПЗ затвореног типа.

Знање о HIV-у/AIDS-у у популацији запослених је на задовољавајућем нивоу, али забрињава чињеница да велики проценат запослених има дискриминаторни став према особама које су заражене HIV-ом или су оболеле од AIDS-а, у неким случајевима чак јаче изражен него код самих затвореника који имају нижи ниво знања о HIV-у/AIDS-у.

За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна 90,6% затвореника у Србији, што се значајно не разликује у односу на вредност овог показатеља у популацији одраслог становништва Србије (90,5%) (3). Знање о постојању HIV вируса, односно бо-

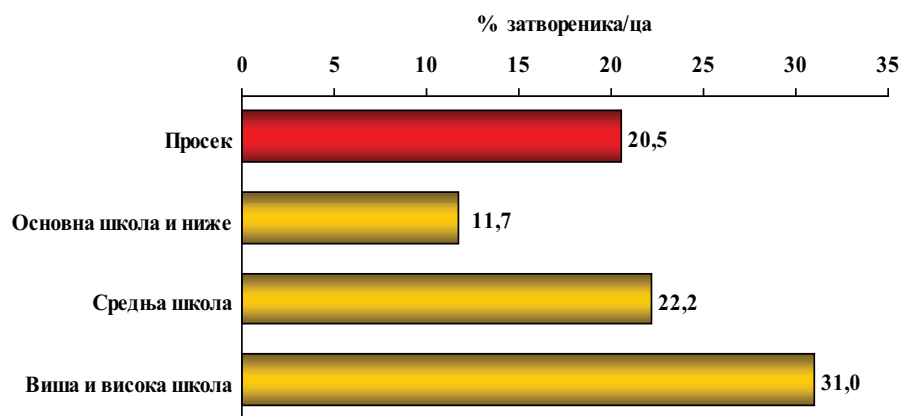
лести сиде значајно је повезано са образовањем затвореника. Код затвореника који имају завршену основну школу или мање од тога забележен је мањи проценат оних који знају за HIV/AIDS (80,3%) (графикон 15).

Графикон 15. Процент затвореника/ца који знају за постојање HIV-а/AIDS-а према степену образовања



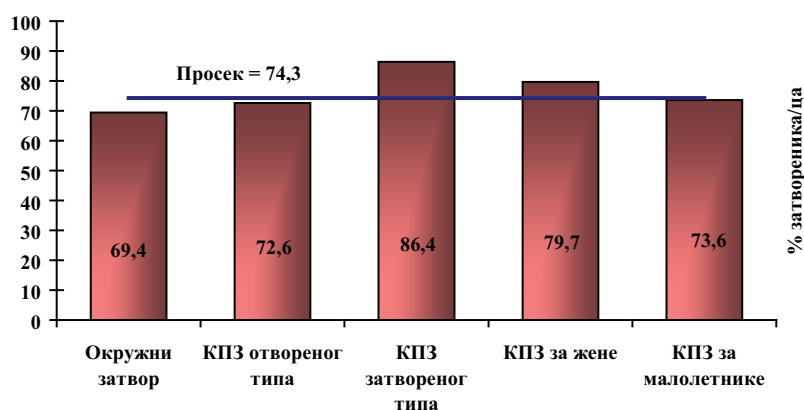
У Србији 20,5% затвореника има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да могу правилно идентификовати начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (знају да се могу заштити од инфицирања HIV-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге partnere, као и правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа) и истовремено препознати 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 инфицираним особом, нити ако се живи или ради са инфицираним особом). Код затвореника који имају завршену основну школу или мање запажа се значајно мање (11,7%) оних који правилно идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено одбацују заблуде везане за трансмисију HIV-а, за разлику од средње (22,2%) и више и високо образованих (31%) (графикон 16).

Графикон 16. Адекватно знање о HIV-у/AIDS-у популацији затвореника/ца према степену образовања



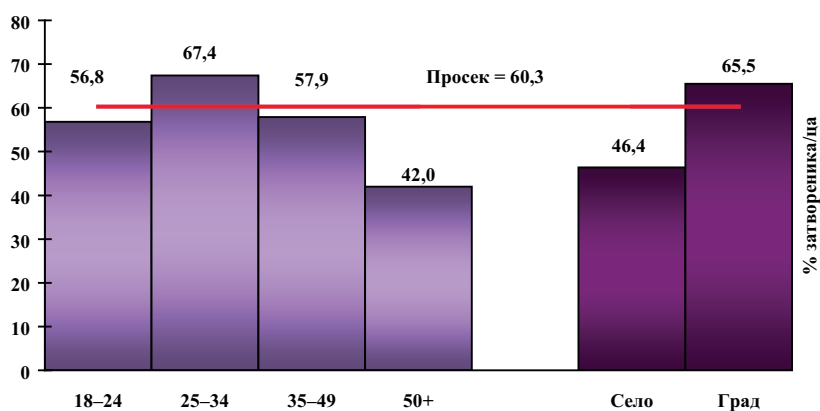
Тек сваки седми затвореник (16,1%) у Србији одбацује предрасуде према особама зараженим HIV-ом, односно нема дискриминаторни став према њима. Скоро сваки други (48%) затвореник у Србији сматра да затворенику који је заражен HIV-ом не треба дозволити контакт са осталим затвореницима, а чак 74,3% затвореника у Србији сматра да је потребно тестирати на HIV све осуђенике одмах по пријему у затвор. Такав став је чешће присутан код затвореника који се налазе на извршењу затворске казне у КПЗ затвореног типа (86,4%) (графикон 17).

Графикон 17. Процент затвореника/ца који сматрају да је потребно тестирати на HIV све осуђенике одмах по пријему у затвор према типу затворске установе



За постојање места где се може тестирати на HIV зна 60,3% затворске популације, што је изузетно висок проценат ако узмемо у обзир да вредност овог индикатора у популацији одраслог становништва Србије износи 37,9% (3). Значајно мањи проценат оних који су информисани о постојању места за HIV тестирање налази се у групи старијих од 50 година (42%), као и код оних особа које су пре доласка у затворску установу живе у сеоској средини (46,4%) (графикон 18).

Графикон 18. Процент затвореника/ца који знају где се може тестирати на HIV према добним групама и месту становања пре доласка у затворску установу

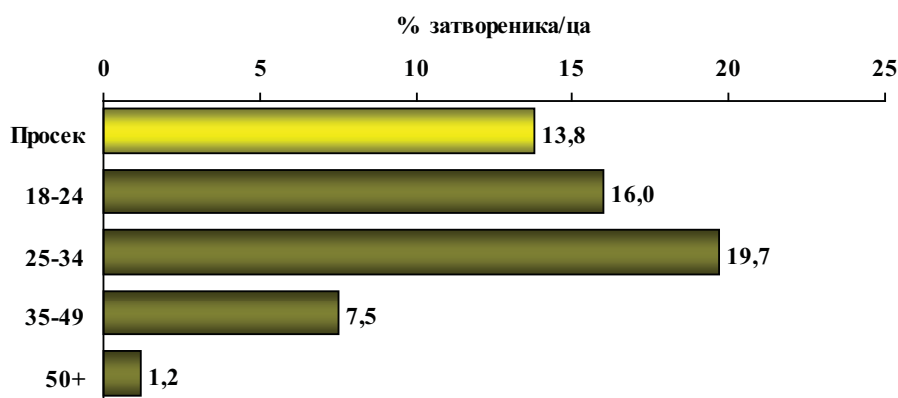


Такође, значајно мањи проценат затвореника који зна где се може тестирати на HIV бележи се у групи затвореника нижег образовног статуса (43,1%).

У Србији се 29% затворске популације тестирало на HIV. Процент затвореника који се тестирао на HIV значајно је већи код затвореника доби од 25 до 34 године

(39,1%). Такође, више је тестираних у групи затвореника који су пре доласка у затворску установу живели у граду (32,9%) него у селу (18,7%). Скоро сваки осми затвореник у Србији (13,8%) се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултат тестирања. Тај проценат значајно опада са старошћу затвореника након 34. године (графикон 19).

Графикон 19. Процент затвореника/ца који су се тестирали на HIV у протеклих 12 месеци и знају резултат тестирања према добним групама



На питање да ли постоји могућност да се, ако то жели, добровољно тестира на HIV у току издржавања казне, 25,6% затвореника је одговорило потврдно. Тај проценат је значајно већи у КПЗ за жене (51,9%) у Пожаревцу, а значајно мањи у КПЗ отвореног типа (14%).

Показатељ покривености превентивним програмима укључио је број испитаника који знају где се може тестирати на HIV и којима су у последњих 12 месеци бесплатно дељени кондоми. Процент затвореника обухваћен превентивним програмима је изузетно мали и износи 2,2%. Кондоме је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању бесплатно добило 3,5% затвореника. Оваква превентивна активност, по исказу испитаника, није забележена у КПЗ затвореног типа. Сваки четврти затвореник (25,9%) је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању бесплатно добио књигу или часопис. И у овом случају је тај проценат значајно мањи у КПЗ затвореног типа (15,9%).

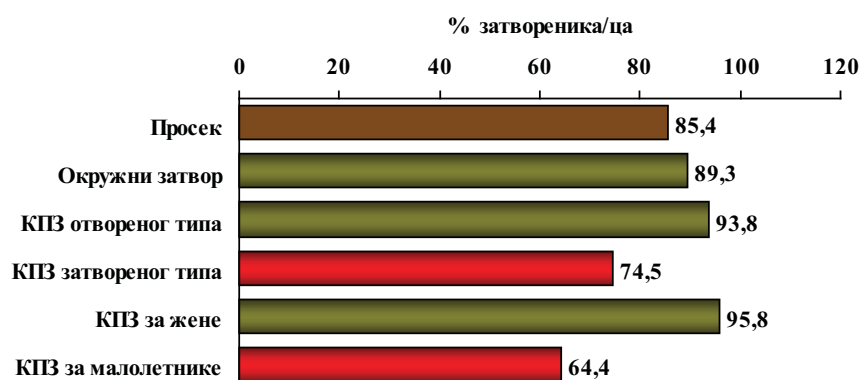
Што се тиче запослених у установама за извршење заводских санкција 98,9% је чуло за HIV/AIDS, док 41,9% правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а. И поред високог нивоа знања о HIV-у/AIDS-у, само 26,7% запослених одбацује предрасуде према особама зараженим HIV-ом, а приближно исти проценат (27,1%) сматра да затворенику који је заражен HIV-ом треба дозволити контакт са осталим затвореницима. Више од две трећине запослених (74,4%) је става да је потребно тестирати на HIV све затворенике одмах по пријему у затворску установу. Могућност тестирања на HIV, уколико то затвореник жели, потврђује 60,8% запослених, а тек нешто више од половине (52,3%) сматра да је бесплатно дељење кондома затвореницима корисно. За место на коме се врши тестирање на HIV зна 88,5% запослених, док се 5% и тестирало. У последњих 12 месеци се тестирало на HIV и зна резултат теста 4,3% запослених у затворима у Србији.

6.4.7. Хигијенске навике

Хигијенске навике затвореника у смислу редовног прања руку, туширања/купања и прања зуба су доста добре. Већи проценат осуђених лица са пожељним хигијенским навикама бележи се код жена и особа вишег степена образовања. Затвореници који се налазе на извршењу затворске казне у КПЗ затвореног типа и КПЗ за малолетнике се у мањем проценту редовно туширају/купају. Лошије одржавање оралне хигијене карактерише затворенике који су пре доласка у затвор живели у сеоској средини.

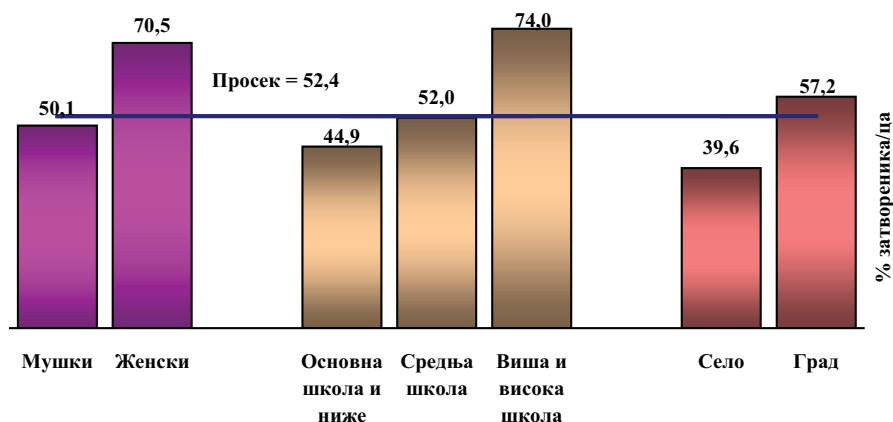
Затвореници редовно перу руке (пре јела и после употребе тоалета) у 84,2% случајева, док се више од једном недељно тушира/купа 85,4% затвореника. Жене се у значајно већем проценту туширају/купају више од једном недељно него мушкараци (95,8% жена наспрот 84,1% мушкараца). Такође, затвореници са вишим или високим образовањем се у значајно већем проценту (96,2%) туширају/купају. У односу на тип затворске установе, проценат затвореника који се тушира/купа више од једном недељно је значајно мањи у КПЗ затвореног типа (74,5%) и КПЗ за малолетнике (64,4%), а значајно већи у КПЗ отвореног типа (93,8%) (графикон 20).

Графикон 20. Процент затвореника/ца који се туширају/купају више од једном недељно према типу затворске установе



Што се тиче оралне хигијене, нешто више од половине затвореника (52,4%) пере зубе више од једном дневно. Особе женског пола у значајно већем проценту редовно перу зубе (70,5%) у односу на мушкараце (50,1%). Такође, значајно већи проценат оних који редовно перу зубе се бележи у групи затвореника вишег или високог образовног статуса (74%), као и код осуђеника који су пре доласка у затвор живели у граду (57,2%) (графикон 21).

Графикон 21. Процент затвореника/ца који редовно перу зубе према полу, образовању и месту становања пре доласка у затвор

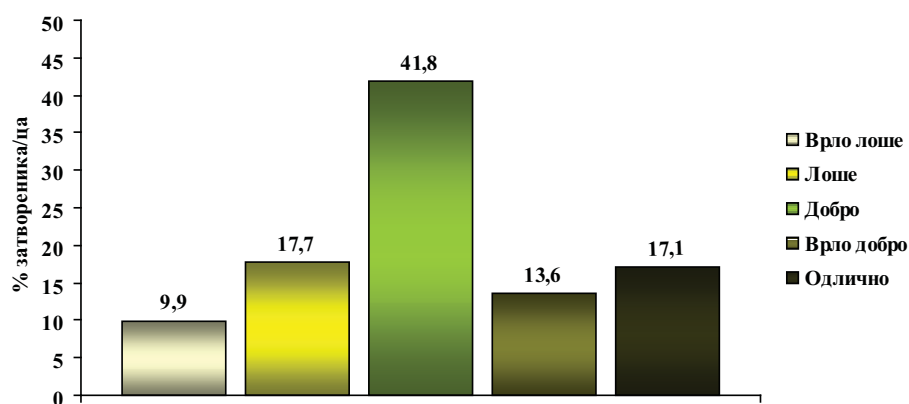


6.4.8. Здравствено стање

Скоро три четвртине затвореника оцењује своје здравље као добро. У односу на здравље од пре 12 месеци, скоро сваки други затвореник своје садашње здравље процењује као лошије. Најчесталија обољења међу затвореницима су повишен крвни притисак и хронична нервоза или депресија. Жене затвореници значајно чешће оболевају у односу на мушкарце. Сваки четврти затвореник је имао повреду у претходних 12 месеци и то најчешће на раду. Затвореници у великом проценту прате медијске поруке у вези са здрављем (90,8%), али тек сваки други затвореник има исправно мишљење о утицају фактора ризика на здравље. Према мишљењу затвореника три најважнија разлога оболевања у затворима су неправилна исхрана, недовољна здравствена заштита и услови боравка, а према мишљењу запослених употреба дрога, стрес и пушење.

У Србији 27,6% затвореника сматра да њихово здравље није задовољавајуће, док је за 41,8% затвореника здравље добро, а за 30,7% врло добро и одлично (графикон 22).

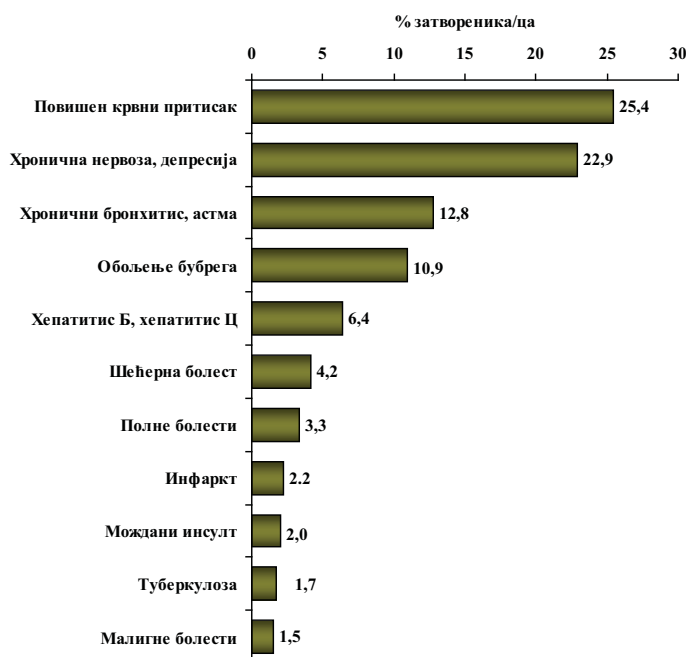
Графикон 22. Самопроцена општег здравља затвореника/ца



Као лошије у односу на здравље од пре 12 месеци своје садашње здравље оцењује 43,8% затвореника. Жене затворенице у значајно већем проценту (64,2%) сматрају да им је здравље лошије него мушкарци (41,3%).

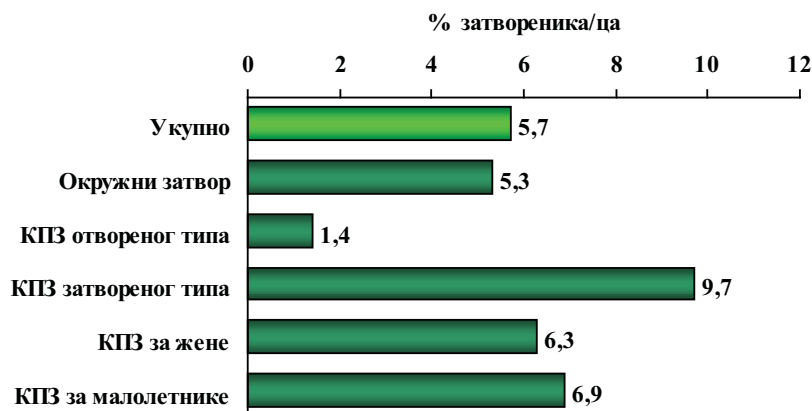
У Србији је 52,8% затвореника имало бар једно од обољења наведених у анкети (графикон 23). Најучесталија обољења међу затвореницима су повишен крвни притисак (25,4%) и хронична нервоза или депресија (22,9%).

Графикон 23. Процент затвореника/ца који су икада имали неко од наведених обољења (преваленција)



Скоро сваки четврти затвореник (24,2%) је имао повреду у току издржавања садашње казне затвора. Међу њима 13,1% је повређено током рада, 5,5% затвореника је повређено од стране другог затвореника, а 7,5% од стране особља. Повреде од стране особља су значајно ређе у групи оних који се налазе на издржавању казне затвора у КПЗ отвореног типа (2,1%). Од укупног броја затвореника који су имали повреде у току издржавања садашње казне затвора 5,7% се самоповређивало. Значајно мање затвореника се самоповређивало у КПЗ отвореног типа (1,4%) (графикон 24).

Графикон 24. Процент затвореника/ца повређених у току издржавања садашње казне затвора који су повређени самоповређивањем према типу затвора

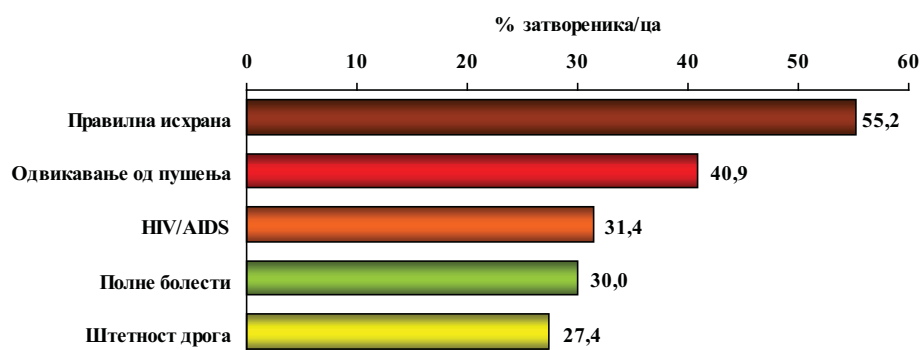


Тек сваки други затвореник има исправно мишљење о утицају фактора ризика на здравље (51,1%). Исправно мишљење имају у већем проценту затвореници у затворима отвореног типа (64,4%), као и они у групи више и високо образованих (71,2%) за разлику од затвореника који су пре доласка у затвор живели у селу (40,4%).

Према мишљењу затвореника три најважнија разлога оболевања у затворима су неправилна исхрана (60,6%), недовољна здравствена заштита (33,8%) и услови боравка (27,5%). Са друге стране, према мишљењу запослених у затворима разлози су употреба дрога (70%), стрес (62,8%) и пушење (40,1%).

Затвореници у Србији у великом проценту (90,8%) прате медијске поруке у вези са здрављем. Теме које највише интересују популацију затвореника у Србији су правилни начин исхране, одвикавање од пушења и HIV/AIDS (графикон 25).

Графикон 25. Теме у вези са здрављем о којима би затвореници/це волели више да знају



6.4.9. Коришћење здравствене службе

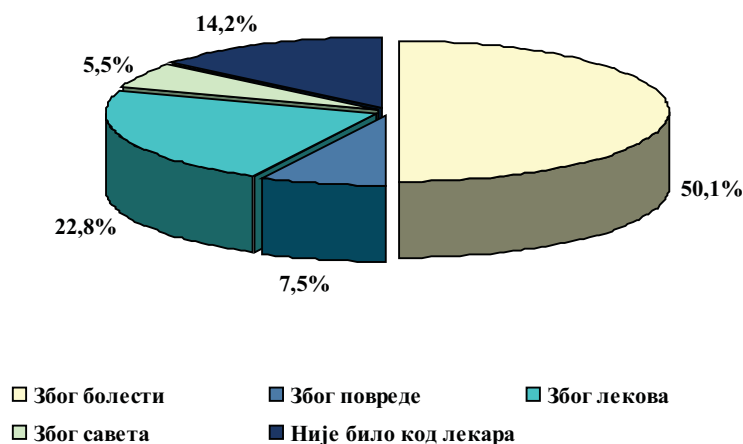
У затворима у Србији тек сваки трећи затвореник потврђује да му је здравствена заштита увек доступна. Најмање доступну здравствену заштиту потврдили су затвореници у КПЗ за малолетнике. Ипак, мали проценат затвореника на пријем код лекара чека више од недељу дана (4,5%). Сваки други затвореник код лекара одлази због болести, нешто више од петине због потребних лекова, 7,5% због повреде, а 5,5% због савета. Тек сваки четврти затвореник потврђује да му је стоматолог увек доступан, док је тек нешто више од једне трећине затвореника исказало задовољство односом здравствених радника. Више од половине затвореника у Србији набавља потребне лекове преко лекара у затвору, а затим преко породице и пријатеља. Да не може да набави лекове тврди 2,7% затвореника.

У затворима у Србији 35,1% затвореника се изјашњава да им је здравствена заштита увек доступна. У односу на тип затвора значајно мању доступност здравствене заштите су исказали затвореници у КПЗ за малолетнике (16,8%), док је највише позитивних одговора било у КПЗ отвореног типа (46,6%). Веома мали проценат (4,5%) затвореника је изјавио да на пријем код лекара чека више од недељу дана.

Сваки други затвореник (50,1%) код лекара одлази због болести, нешто више од петине (22,8%) због потребних лекова, 7,5% због повреде и 5,5% због савета. Лекара

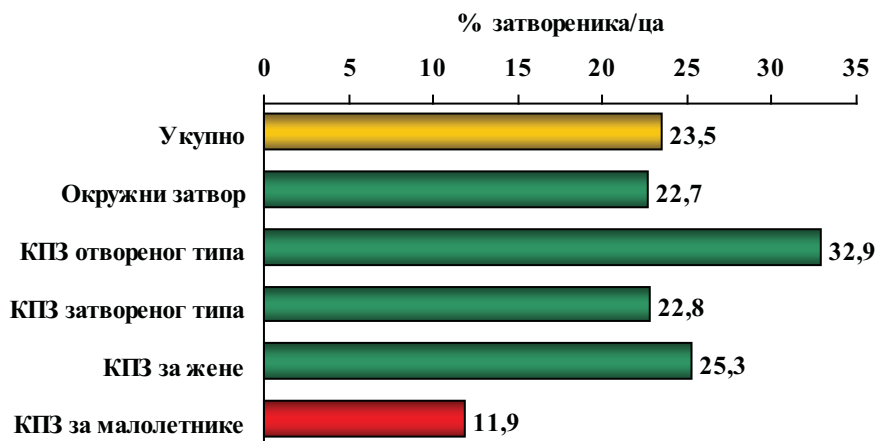
у затвору није посетило 14,2% затвореника (графикон 26). Затвореници у КПЗ за малолетнике значајно чешће посећују лекара због повреда (19,8%).

Графикон 26. Процент затвореника/ца према разлогу посете лекару у затвору



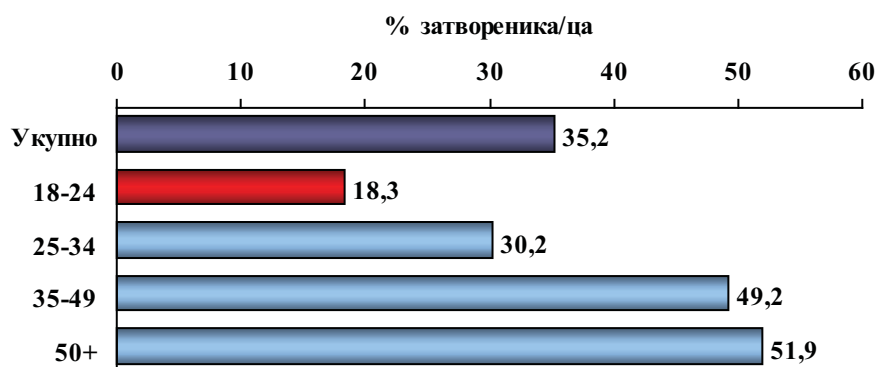
Близу четвртине (23,5%) затвореника тврди да им је стоматолог увек доступан. Према типу затвора доступност стоматолога су у значајно мањем проценту потврдили затвореници у КПЗ за малолетнике (11,9%) (графикон 27).

Графикон 27. Процент затвореника/ца којем је стоматолог увек доступан према типу затвора



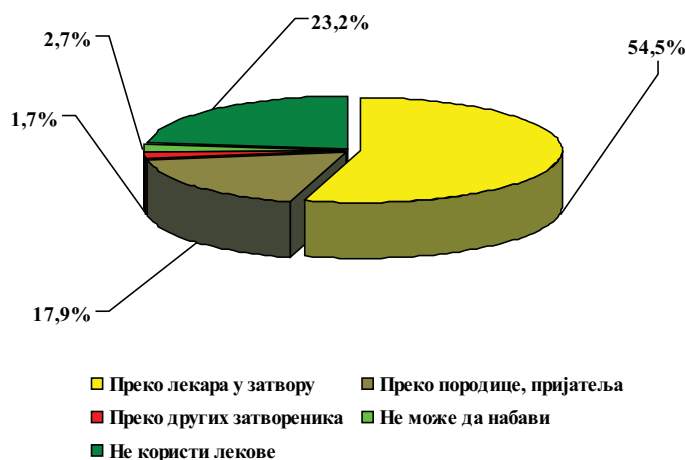
Нешто више од једне трећине затвореника (35,2%) је задовољно односом здравствених радника према њима. Значајно мање затвореника задовољних односом здравствених радника је у КПЗ за малолетнике (11,9%) и КПЗ затвореног типа (26,2%), док је највећи проценат задовољних у КПЗ отвореног типа (52,7%). У односу на узраст значајно мање задовољних затвореника односом здравствених радника је у групи 18–24 (18,3%), док је значајно више у групи 35–49 (49,2%) и 50+ (51,9%) (графикон 28).

Графикон 28. Процент затвореника који је задовољан односом здравствених радника према добним групама



Затвореници у Србији најчешће набављају потребне лекове преко лекара у затвору (54,5%), затим преко породице и пријатеља (17,9%) и преко других затвореника (1,7%). Лекове не може да набави 2,7% затвореника, док 23,2% не користи лекове (графикон 29). Процент затвореника који лекове набављају преко породице и пријатеља значајно је већи у КПЗ затвореног типа (31,7%).

Графикон 29. Начини набављања лекова у популацији затвореника/ца



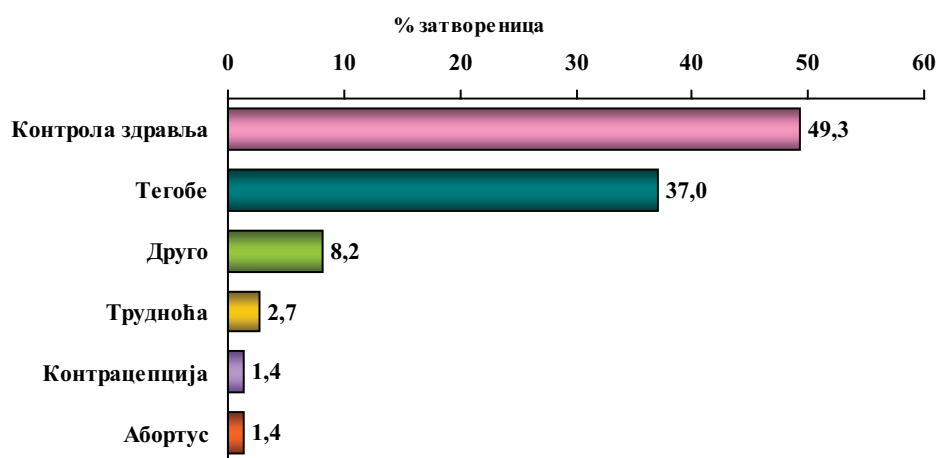
Запослени у затворима у Србији оцењују доступност здравствене заштите као значајно бољу у односу на затворенике. Запослени у највећем проценту (77,3%) тврде да затвореници буду примљени код лекара истог дана када им је то потребно, док њих 17,1% сматра да се то деси у року од 1 до 3 дана. Сталну доступност стоматолога потврдило је 59,5% запослених у затворима у Србији, док њих 33,8% сматра да је стоматолог доступан али не увек.

6.4.10. Репродуктивно здравље жена

У затворима у Србији мање од трећине затвореница тврди да им је гинеколог увек доступан. У току 12 месеци који су претходили истраживању 42,1% затвореница је посетило гинеколога, а код свега 16,8% затвореница је урађен Папаниколау тест. Као најчешћи разлог посете гинекологу половина затвореница наводи редовне контроле здравља, а нешто више од трећине тегобе. Више од половине затвореница је имало намерни прекид трудноће. Самопреглед дојки бар једном у току месеца обавља тек нешто више од две петине затвореница. Око четвртине затвореница старости 52–69 година је потврдило да им је некада урађен (обострани) мамографски преглед, док је код 10% мамографски преглед урађен у току протекле године.

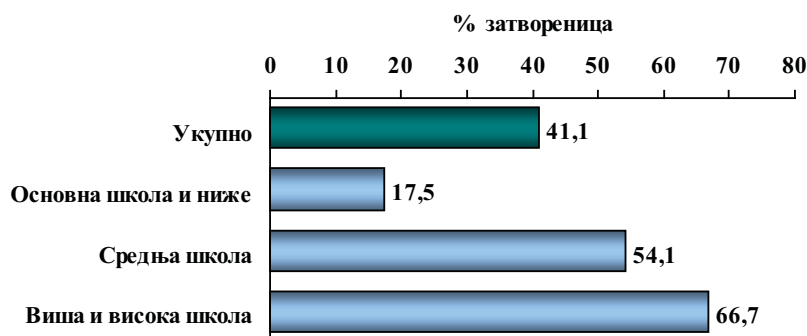
Доступност гинеколога потврђује 29,5% затвореница. Од укупног броја затвореница 42,1% је посетило гинеколога у последњих 12 месеци, и то знатно више оних које су пре доласка у затвор живеле у граду (48%) од оних које су живеле у селу (20%). Скоро половина затвореница код гинеколога најчешће одлази због редовне контроле здравља (49,3%), нешто више од трећине због тегоба (37%), 2,7% због трудноће и 1,4% због абортуса (графикон 30). Више од половине (53,7%) затвореница је имало намерни прекид трудноће.

Графикон 30. Процент затвореница према разлогу посете гинекологу у затвору



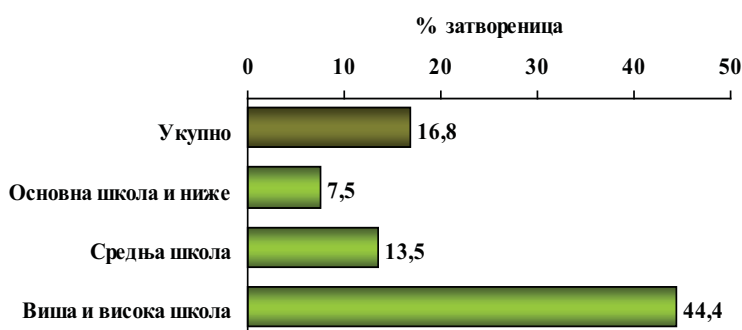
Нешто више од две петине затвореница бар једном у току месеца обавља самопреглед дојки (41,1%). Знатно мање жена које бар једном у току месеца обављају самопреглед дојки налази се у групи затвореница са завршеном основном школом или мање од тога (17,5%) (графикон 31). Такође, затворенице са села у значајно мањем проценту обављају самопреглед дојки (20%) у односу на оне из града (46,7%).

Графикон 31. Процент затвореница које бар једном у току месеца обављају самопреглед дојки



Нешто више од четвртине затвореница старости 52–69 година је потврдило да им је урађен (обострани) мамографски преглед (26,3%), док је свакој десетој урађен у претходних 12 месеци (10,5%). Према исказу затвореница код 16,8% је у току протекле године урађен Папаниколау тест. Знатно мањи проценат затвореница код којих је у току протекле године урађен Папаниколау тест налази се у групи жена са основном школом и ниже (7,5%) (графикон 32).

Графикон 32. Процент затвореница које су урадиле Папаниколау тест у току протекле године



6.5. Закључци и препоруке

6.5.1 Закључци

- Пуши укупно 75% затвореника што је више од два пута већи број пушача него у општој популацији становника Србије (33,6%).
- Сваки седми затвореник (13,8%) у Србији има искуство са интравенским узимањем дроге. Од тог броја 5% је први пут узело дрогу у затвору, а 39,5% је бар једном делило прибор за убризгавање.
- Чак 41,6% затвореника и 71,9% запослених сматра да се дрога може набавити у затвору.
- Од укупног броја тетовираних затвореника 21,8% се тетовирало у затвору, а код 14,7% приликом тетовирања није коришћен стерилан прибор.

– Сваки шести затвореник (16,3%) је у току издржавања казне затвора имао сексуалне односе са нерегуларним партнером (партнер са којим особа није у брачној/ ванбрачној вези). Просечан број нерегуларних партнера износи 3,4.

– Упркос склоности ризичним сексуалним односима, 43% затвореника никада не користи кондом са сталним партнером, док са нерегуларним партнером кондом никада не користи 4,1% затвореника.

– 20,5% затвореника има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, али чак 83,9% има дискриминаторни став према особама зараженим HIV-ом.

– Покривеност превентивним програмима у затворским установама износи свега 2,2%.

– Најучесталија обољења међу затвореницима су повишен крвни притисак (25,4%) и хронична нервоза или депресија (22,9%), а затим следе хронични бронхитис/астма (12,8%), обољења бубрега (10,9%) и хепатитис Б и Ц (6,4%).

– Према мишљењу затвореника три најважнија разлога оболевања су неправилна исхрана, недовољна здравствена заштита и услови боравка. Са друге стране, запослени у затворским установама сматрају да су разлози оболевања затвореника употреба дрога, стрес и пушење.

6.5.2. Препоруке

– Омогућити свим затвореницима остваривање права на здравствену заштиту, укључујући превентивне мере, еквивалентне онима које се спроводе у локалној заједници, без дискриминације посебно у односу на правни статус или националност.

– Применити све водеће принципе HIV/AIDS стратегије који су усвојени на нивоу државе подједнако међу затвореницима као и у локалној заједници.

– Дефинисати на националном нивоу специфичне програме за превенцију HIV/AIDS у затворима и лечење затвореника инфицираних HIV-ом у тесној сарадњи између здравственог сектора, сектора унутрашњих послова, представника затворских установа, локалне заједнице и невладиног сектора. Ове програме би требало инкорпорирати у шире програме за унапређење здравља затвореника.

– Усмерити превентивне мере на ризична понашања затвореника (нпр. размена игала међу затвореницима – ИКД, незаштићени сексуални односи).

– Узети у обзир здравствене потребе затвореника и запослених у затворским установама приликом дистрибуције ресурса и планирања здравствене заштите за те популационе групе.

– Обезбедити добровољно тестирање на HIV у свим затворима уз адекватно пре- и после- саветовање.

– Обезбедити едукацију запослених у затворима из области HIV/AIDS превенције током њихове иницијалне едукације (током школовања, приликом запошљавања) и касније на регуларној бази.

– Обезбедити едукацију затвореника из области HIV/AIDS превенције приликом доласка у затвор, током издржавања затворске казне и у периоду пред излазак из затвора. Едукацију о контроли инфекције посебно усмерити на принципе основне хигијене и предострожности, као и на непостојање ризика трансмисије HIV-а као резултат нормалних свакодневних контаката међу затвореницима и особљем.

– Обезбедити затвореницима доступност јасних информација о ризичним сексуалним понашањима која могу довести до HIV инфекције, као и о улози кондома у превенцији HIV инфекције (лифлети, часописи, постери).

– Обезбедити доступност кондома затвореницима у току издржавања казне затвора.

- Обезбедити едукацију затвореника о штетности употребе дрога са посебним нагласком на ризике које носи дељење прибора за интравенско убризгавање дроге.
- Оснаживати увођење програма за третман затвореника – ИКД.
- Адаптирати програм едукације специфичним потребама младих затвореника у циљу оснаживања ставова и понашања који онемогућавају оболевање од преносивих болести укључујући и HIV/AIDS.
- Посветити специјалну пажњу здравственим потребама жена на издржавању затворске казне уз обезбеђивање периодичних гинеколошких прегледа, саветовања из области планирања породице, неге и адекватаног смештаја током трудноће, као и обезбеђивање кондома и других контрацептива током издржавања затворске казне и пре напуштања затворске установе.

Литература

1. Restum ZG. Public health implications of substandard correctional health care. *Am J Public Health*, 95: 1689-1691, 2005.
2. Bollini P, Laporte JD, Harding TW. HIV prevention in prisons. Do international guidelines matter? *European Journal of Public Health*, 12(2): 83-89, 2002.
3. Grozdanov J, Vuković D, Krstić M. Vančevska-Slijepčević B: Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godina – osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007.
4. WHO. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO, 1998.

VII

ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЛЈУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом

Главни истраживач:

Јована Стојановски, дипл. психолог

Истраживач сарадник:

Милена Првуловић, дипл. психолог

Консултанти:

Нада Мићић, „Q-klub“, Драган Шормаз, „АИД Плус“,
Урош Радуловић, „АИД Плус“, Новица Милосављевић

Теренски координатор:

Снежана Стеванчевић, Институт за инфективне и тропске
болести, Клинички центар Србије

7. ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV-ом

7.1. Увод

Крајем 2007. године у Републици Србији је регистровано 2200 особа које живе са HIV-ом, што значи да је званично регистрована преваленција HIV инфекције била 0,01%. После периода константног раста броја регистрованих особа са клиничким симптомима AIDS-а, 1999. је примећено да је тај број лагано у опадању и процене су да ће се такав тренд наставити у периоду који долази. Такође, од 1997. забележен је континуирани пад броја смртних случајева повезаних са AIDS-ом. Пад броја смртних исхода AIDS-а повезан је са применом високо активне антиретровиралне терапије (HAART), која је доступна од 1997. и бесплатна је. Међутим, пад оболевања и умирања од AIDS-а не прати и смањен број новооткривених особа заражених HIV-ом, па уз продужени животни век расте и укупан број особа које живе са HIV-ом, односно потенцијалних преносилаца инфекције. Након увођења терапије која значајно продужава живот особама са HIV-ом, кључно питање постаје повећање квалитета њиховог живота. Светска здравствена организација (СЗО) дефинише здравље као стање „потпуне физичке, менталне и социјалне добробити”. Сходно поменутој дефиницији СЗО, инструмент за испитивање квалитета живота обухвата широк спектар области, од којих су неке примарно индивидуално условљене, док се друге односе на срединске факторе.

Међу особама које живе са HIV/AIDS-ом рађена је једна квалитативна студија у оквиру HPVPI пројекта (2006). Овим истраживањем је показано да несигурност у доступност терапије и тестова за праћење успеха терапије, неповерење према већини здравствених радника, лоша информисаност и отежан приступ информацијама, условљавају повећање ризика за одржавање стабилног здравственог стања PLHIV (*People living with HIV*). Поред тога, истраживање је указало на значај који информисаност о терапији и доступност информација о систему набавке и испоруке лекова, имају за људе који живе са HIV-ом. Сличне резултате у односу на очување стабилног менталног здравља показује и истраживање квалитета живота које је спровела НВО ИАН, Београд, 2007. године. Према резултатима наведеног истраживања, PLHIV су задовољни односом особља са Инфективне клинике, али у највећој мери избегавају да користе остале доступне медицинске и друге сервисе због стигме и дискриминације.

Ово истраживање је прво квантитативно испитивање квалитета живота људи који живе са HIV-ом у Србији. Поред испитивања квалитета живота повезаног са здрављем, испитани су знање и понашање самих PLHIV које доприноси квалитету живота, као и њихова перцепција подршке коју им пружају различити аспекти система (здравствена и социјална заштита, невладин сектор).

7.2. Циљеви истраживања

Циљ истраживања је процена респонзивности система подршке и бриге о људима који живе са HIV-ом или AIDS-ом у Републици Србији. Тачније, истраживање има за циљ да одговори на следећа питања:

1. Какав је квалитет живота људи који живе са HIV-ом (PLHIV) везан за здравље?
2. Колико су PLHIV задовољни услугом лечења у центру за HIV/AIDS, колико је знање PLHIV по питању антиретровирусне терапије (АРВ) и колико се PLHIV придржавају прописаног режима лечења?

3. Колико су различити сервиси, у оквиру државних и невладиних организација, доступни PLHIV и колико је задовољство PLHIV пруженим услугама?

7.3. Методологија

7.3.1. Тип реализованог истраживања

Истраживање је дескриптивно.

7.3.2. Место и време извођења истраживања

Истраживање је спроведено у Београду, на Институту за инфективне и тропске болести, као једином месту где су PLHIV лечени у тренутку спровођења истраживања. Истраживање је спроведено у периоду од 31.1.2008. до 13.5.2008.

7.3.3. Величина узорка

На основу статистичког критеријума за одређивање величине узорка, препоручена величина узорка за популацију од 1196 регистрованих HIV позитивних људи у Србији (до 1. децембра 2007), износи 291. Препоручена величина узорка је одређена узимајући у обзир 95% интервал поузданости закључивања.

7.3.4. Узорковање

Циљна популација су особе које живе са HIV-ом или AIDS-ом, потврђен и познат им је серостатус и користили су услуге Института за инфективне и тропске болести у Београду.

Узорак је пригодан. У истраживање су укључивани испитаници који су у периоду трајања истраживања долазили у амбуланту ради контроле и/или лечења или су били хоспитализовани на одељењу Центра за HIV и AIDS на Институту за инфективне и тропске болести у Београду.

7.3.5. Инклузивни и ексклузивни критеријуми за учествовање у истраживању

Испитаници су морали да испуне следеће критеријуме да би учествовали у истраживању:

1. да имају између 15 и 70 година;
2. да имају потврђен HIV позитиван статус;
3. да знају за свој HIV позитиван статус не мање од 6 месеци;
4. да су бар једном користили неку од услуга Центра за HIV/AIDS.

Критеријум број 3, који захтева да особа зна за свој HIV позитиван статус најмање 6 месеци, уведен је из два разлога. Први се односи на минимум времена потребног да особа интегрише информацију о свом серостатусу, јер је ово студија о особама које живе са HIV-ом. Други је етички и односи се на давање времена новодијагностикованим особама да се адаптирају на ову информацију, без утицаја истраживања на овај процес. Четврти критеријум је повезан са локацијом спровођења истраживања, тј. Институтом за инфективне и тропске болести у Београду, која је у време спровођења истраживања била једина установа која је обезбеђивала третман особама које живе са HIV-ом.

Из истраживања су искључиване особе које:

1. немају потврђен HIV позитиван статус;
2. су млађе од 15 година;
3. су сазнале за свој HIV позитиван статус пре мање од 6 месеци;
4. први пут користе услуге Центра за HIV и AIDS Института за инфективне и тропске болести у Београду;
5. не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији;

6. су у ментално неподобном стању за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања, одговоре на њих и схвате основне етичке принципе);
7. су већ учествовале у текућем истраживању.

7.3.6. Истраживачки инструмент

Прикупљање података је обављено помоћу упитника који сачињава део о социо-демографским варијаблама и компилација упитника за сваку од истраживачких варијабли. Упитник чине питања затвореног типа, осим питања којима се испитује знање о постојећим сервисима, која су отвореног типа.

Квалитет живота људи који живе са HIV-ом (PLHIV) везан за здравље је испитиван инструментом Светске здравствене организације (СЗО): WHOQOL-HIV BREF. За употребу овог инструмента је добијена дозвола од СЗО.

Питања у овом упитнику одговарају дефиницији квалитета живота коју је дала СЗО. Према тој дефиницији, квалитет живота је индивидуална процена властитог задовољства са начином живота у контексту културе и вредносног система у којем особа живи и у односу према својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересима. WHOQOL-HIV BREF омогућава процену субјективне перцепције и евалуације свеукупног квалитета живота и здравља, као и следећих 6 домена или аспеката живота појединца:

- психолошко здравље
- физичко здравље
- ниво самосталности
- социјални односи
- околина
- религија/духовност/лична уверења.

Сваки поједини домен сачињава низ поддомена (фацета) квалитета живота. WHOQOL-HIV BREF садржи по једно питање за сваки поддомен.

Постоје два питања којима се испитује свеукупни квалитет живота: првим питањем се процењује свеукупно задовољство квалитетом живота, а другим свеукупно задовољство здрављем. Дакле, постоји 31 питање које репрезентује 30 поддомена, од којих су пет специфично везани за HIV/AIDS.

Одговори на упитнику су бодовани на петостепеној скали Ликертовог типа, где 1 означава ниско, а 5 високо задовољство одређеним аспектом живота. Резултат за сваки домен се кретао у распону од 4 до 20, при чеми виши резултат указује на бољи квалитет живота.

Знање и коришћење постојећих сервиса, у оквиру државних и невладиних организација, задовољство PLHIV постојећим сервисима, знање PLHIV по питању антиретовирусне терапије (АРВ) и придржавање прописаног режима лечења, као и задовољство услугом лечења у центру за HIV/AIDS су испитивани упитницима који су развијени за потребе овог истраживања.

Целокупан инструмент је испитан фокус групним интервјуом, како би истраживачки инструмент био што подеснији, у смислу обухватности и релевантности истраживачких тема и адекватне језичке формулације питања у анкети.

7.3.7. Процес сакупљања података

Администрација упитника је обављена писмено у присуству анкетарки, које су обезбеђивале информисану сагласност испитаника, објашњавале начин попуњавања упитника и давале друга потребна појашњења. Испитаницима који су били подобни за учествовање у истраживању, али нису били у могућности да самостално испуне упитник (због оштећеног вида или било ког другог разлога), упитник је администриран усмено. Иако је постојала забринутост везана за вољност и отвореност PLHIV да разговарају о свом стању и животним околностима због велике стигме, ова опасност

је успешно превазиђена, највише захваљујући одличној способности анкетарки да успоставе радни однос са испитаницима.

Процес сакупљања података је трајао дуже него што је планирано. Један од могућих разлога за продужавање процеса прикупљања података је тај што дијагностички тестови нису били доступни све време спровођења истраживања, тако да PLHIV који не користе терапију, нису ни долазили на контролу, јер нису могли да ураде потребне анализе. Поред тога, приближно једна трећина PLHIV који су се обраћали Центру није била подобна за учествовање у студији. Највећи део њих је био у лошем здравственом стању и нису били у стању да учествују у истраживању. Неки су били под утицајем психоактивних супстанци, а један део пацијената је одбио да учествује, највише због немогућности да издвоји време да учествују у истраживању.

7.3.8. Методологија обраде података

Добијени подаци су анализирани коришћењем статистичког пакета SPSS. Израчунати су дескриптивни статистички подаци за сваки индикатор и 95% интервал повећања.

Један од циљева анализирања резултата истраживања био је уочавање статистички значајних разлика вредности индикатора у оквиру различитих категорија. Проверене су значајности разлика вредности индикатора појединих категорија одређених демографских варијабли у односу на вредност добијену на целом узорку. Проверена је статистичка значајност разлика категорија следећих демографских варијабли: пол, старост, образовање, брачно стање, боравиште, самостални или живот у заједници, висина месечних прихода и процена тренутног здравственог стања. Значајно одступање вредности индикатора одређене субпопулације у односу на вредност добијену на целом узорку је потврђивано одсуством преклапања деведесет и пет процентног (95%) интервала поверења ове две вредности индикатора.

7.3.9. Етички аспекти истраживања

Партиципација свих испитаника у истраживању је била искључиво на добровољној бази. Истраживање је спроведено на начин који осигурава поштовање, дигнитет и слободу избора за сваког појединца који учествује у истраживању. Током припреме истраживачког тима за спровођење истраживања, акценат је стављен на значај добијања информисане сагласности, као и на важност очувања поверљивости добијених података, посебно оних о идентитету испитаника, имајући у виду високу стигматизацију особа које живе са HIV-ом у Србији.

Сваки испитаник је информисан о сврси студије, начину на који ће подаци бити коришћени, као и могућности да прекине учествовање у истраживању у било ком тренутку. Такође, испитаницима је објашњено да одлука да не учествују у студији неће имати никакве последице, али да је материјална надокнада предвиђена само уколико се истраживање спроведе до краја.

Сваки учесник истраживања је добио списак организација које пружају помоћ особама које живе са HIV-ом, са адресом организације и вртом услуга које пружају.

7.3.10. Осврт на безбедносне аспекте истраживања

Теренски рад се одвијао у оквиру Института за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије. Током спровођења истраживања безбедност учесника истраживања и истраживачког тима није била угрожена. Чињеница да је теренски координатор био особа запослена у Центру за HIV/AIDS, која је упозната са безбедносним ризицима и начинима њиховог превазилажења, као и да су учесници у истраживању били испитивани у познатом окружењу је вероватно умањила могућност нарушавања безбедности.

7.4. Резултати истраживања

7.4.1. Социо-демографске карактеристике узорка

Досегнут је узорак од 298 испитаника, при чему је 66,8% испитаника мушког, а 33,2% испитаника женског пола. Број испитаника у одређеним старосним категоријама је приказан у табели 1.

Табела 1. Старост испитаника

		Број испитаника	
		n	%
Старосна категорија	20–24	19	6,4
	25–49	223	74,8
	Преко 50	56	18,8
Укупно		298	100,0

Табела 2. приказује образовну структуру узорка. Као што се може видети, узорак одступа од просека опште популације, јер има више испитаника са вишом и високом школом.

Табела 2. Образовање испитаника

	Број испитаника	
	n	%
Без школе и незавршена основна школа	3	1,0
Непотпуна основна школа	3	1,0
Основна школа	21	7,0
Средња школа	164	55,0
Виша школа	53	17,8
Висока школа	53	18,1
Укупно	298	100,0

Брачни статус испитаника је приказан у табели 3. Понуђене категорије су неуобичајене, али су истраживачи сматрали да овакви подаци информативније говоре о партнерским односима, који битно утичу на квалитет живота.

Табела 3. Брачни статус испитаника

	Број испитаника	
	n	%
Самац/ самица	153	51,3
У вези	43	14,4
Живи у ванбрачној заједници	24	8,1
У браку	78	26,2
Укупно	298	100,0

Највећи број испитаника (51,3%) нема партнера. Најстарији испитаници (преко 50) значајно мање живе у ванбрачној заједници (1,8%). Нема значајних разлика у брачном статусу у односу на пол.

Табела 4. приказује структуру узорка према радном статусу. Мање од трећине (29,2%) испитаника ради, око трећине (33,9%) прима пензију. Значајан део испитаника (укупно 37%) спада у категорије које су издржаване (студенти, нису радно способни и незапослени).

Табела 4. Радни статус испитаника

	Број испитаника	
	n	%
Ученик/ студент	13	4,4
Запослен	87	29,2
Није радно способан/а	25	8,4
Пензионисан/а	101	33,9
Незапослен/а	72	24,2
Укупно	298	100,0

У односу на место боравка, 65,1% испитаника живи у Београду, а 34,9% живи у другим местима у Србији.

Овде је значајно поменути да се структура узорка у односу на пол, старост и место боравка испитаника значајно не разликује од структуре популације, за коју постоје подаци у регистру HIV позитивних и оболелих од AIDS-а у Србији.

Сексуално опредељење испитаника је приказано у табели 5.

Табела 5. Сексуално опредељење

	Број испитаника	
	n	%
Хетеросексуално	175	58,7
Хомосексуално	50	16,8
Бисексуално	37	12,4
Нису желели да одговоре	36	12,1
Укупно	298	100,0

Највећи део испитаника је хетеросексуалне оријентације (58,7%), али је значајан број оних који имају сексуалне односе са особама истог пола (укупно 29,2%), што је значајно већи број него у општој популацији.

Имајући у виду утицај материјалног стања на задовољство животом и могућност задовољења потреба повезаних са здрављем и лечењем, испитивана је просечна висина сталних месечних прихода. Табела 6. приказује структуру узорка према просечној висини сталних месечних прихода.

Табела 6. Просечна висина сталних месечних прихода

	Број испитаника	
	n	%
Нема приходе	71	23,8
Мање од 4300 дин.	13	4,4
4300–8000 дин.	32	10,7
8001–12.000 дин.	31	10,4
12.001–16.000 дин.	40	13,4
16.001–26.000 дин.	45	15,1
Преко 26.000 дин.	66	22,1
Укупно	298	100,0

Три четвртине испитаника живе са неким (74,5%), а једна живи сама (25,5%).

Табела 7. приказује карактеристике узорка у односу на то да ли су икада користили нелегалне психоактивне супстанце (ПАС).

Табела 7. Историја коришћења нелегалних психоактивних супстанци

	Број испитаника	
	n	%
Не	212	71,1
Да	86	28,9
Укупно	298	100,0

Значајно мање испитаника старих преко 50 година су икада користили нелегалне психоактивне супстанце (7,1%).

У последњих месец дана, од укупног броја испитаника који су икада користили нелегалне ПАС, три четвртине (74,4%) нису ниједном користили ПАС. Једна петина их користи повремено – 20,9% , а 4,7% свакодневно.

Живот са HIV-ом

Ради бољег увида у различите факторе који утичу на квалитет живота особа које живе са HIV-ом регистроване су и варијабле које су повезане са различитим аспектима живота са HIV-ом. У наставку су приказане карактеристике узорка у односу на ове варијабле.

Просечна дужина живота са HIV-ом је 7,4 године (медијана 6).

Табела 8. приказује расподелу испитаника према претпостављеном начину HIV инфекције. Иако су испитаници често тражили од анкетарки да оне одаберу један од понуђених одговора, објашњавајући околности инфекције, од испитаника је тражено да самостално одговоре.

Табела 8. Претпостављени начин инфекције

	Број испитаника	
	n	%
Сексуалним односом са мушкарцем	105	35,2
Сексуалним односом са женом	60	20,1
Убризавањем дроге	34	11,4
Путем крви или крвних продуката	48	16,1
Нешто друго	25	8,4
Не желим да одговорим	26	8,7
Укупно	298	100,0

Везано за тренутно здравствено стање, испитаници су одговарали на два питања. Прво се тиче стадијума HIV инфекције. Резултати су приказани у табели 9.

Табела 9. HIV статус

	Број испитаника	
	n	%
HIV позитиван/а, без симптома болести	198	66,4
HIV позитиван/а, са симптомима болести	59	19,8
Потврђена дијагноза AIDS-а	41	13,8
Укупно	298	100,0

Као што се може видети, најмањи део (13,8%) испитаника је одговорио да има потврђену дијагнозу AIDS-а, али подаци из регистра HIV позитивних и оболелих од AIDS-а у Србији показују да је тај број знатно већи.

Табела 10. приказује процену тренутног здравственог стања испитаника. Близу три четвртине испитаника (71,5%) процењује своје здравствено стање као добро или јако добро.

Табела 10. Процена тренутног здравственог стања

	Број испитаника	
	n	%
Лоше	10	3,4
Ни добро ни лоше	75	25,2
Добро	158	53,0
Јако добро	55	18,5
Укупно	298	100,0

Имајући у виду важност социјалног фактора и подршке за живот са HIV-ом, испитаници су питани са киме су до сада поделили сазнање да су HIV позитивни. Резултати су приказани у табели 11. Како су испитаници могли да дају више од једног одговора, проценти се не сабирају до 100.

Табела 11. Особе са којима су поделили сазнање о HIV статусу

	Број испитаника	
	n	%
Ни са ким	18	6,0
Са оцем	121	40,6
Са мајком	164	55,0
Са братом/ сестром	161	54,0
Са пријатељима	179	60,1
Са партнером/ком	162	54,4

7.4.2. Квалитет живота

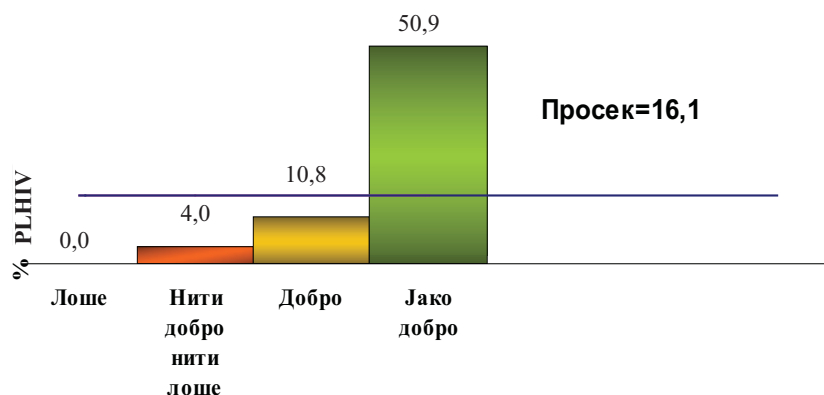
7.4.2.1. Процент PLHIV који су задовољни општим квалитетом живота и здрављем

Од 298 људи који живе са HIV/AIDS-ом (PLHIV), шестина је задовољна укупним квалитетом живота и својим здрављем (16,1%). Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни квалитетом живота и здрављем се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (50,9%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (4%).

Просечна вредност добијена на скали задовољства општим квалитетом живота од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни) износи 3,5, док за задовољство здрављем износи 3,6. У односу на

пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 1. Процент PLHIV који су задовољни квалитетом живота и здрављем у односу на процену тренутног здравственог стања



7.4.2.2. Процент PLHIV који су задовољни својим физичким здрављем

Од 298 људи који живе са HIV/AIDS-ом (PLHIV), скоро половина испитаних је задовољна својим физичким здрављем (46,3%).

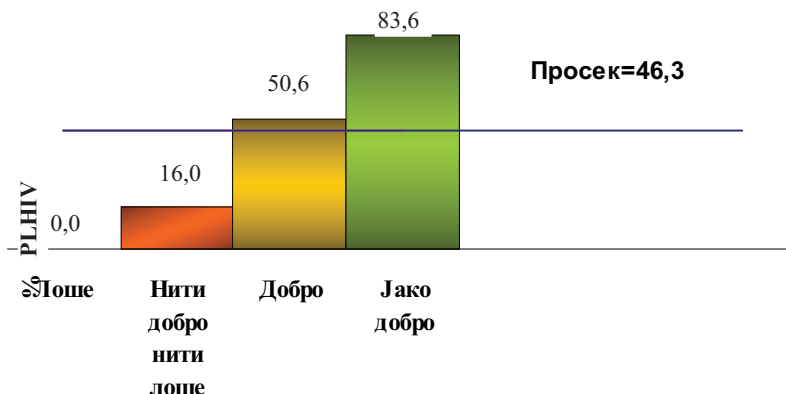
Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни својим физичким здрављем се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (83,6%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (16,0%).

Просечна вредност добијена за домен физичког здравља је 14,6, (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота), што указује да су испитаници своје задовољство овим доменом живота процењивали, у просеку, као умерено ка врло добром.

Просечне вредности на скали задовољства различитим аспектима овог домена од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни) су следеће: испитаници су саопштили низак ниво бола и непријатности ($M=4,1$), задовољавајући ниво енергије ($M=3,3$), умерено задовољство квалитетом спавања ($M=3,5$) и умерену забринутост у вези физичких симптома повезаних са HIV инфекцијом ($M=3,2$).

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 2. Процент PLHIV који су задовољни својим физичким здрављем у односу на процену тренутног здравственог стања



7.4.2.3. Процент PLHIV који су задовољни социјалним односима, добијеном подршком и укљученошћу у друштво

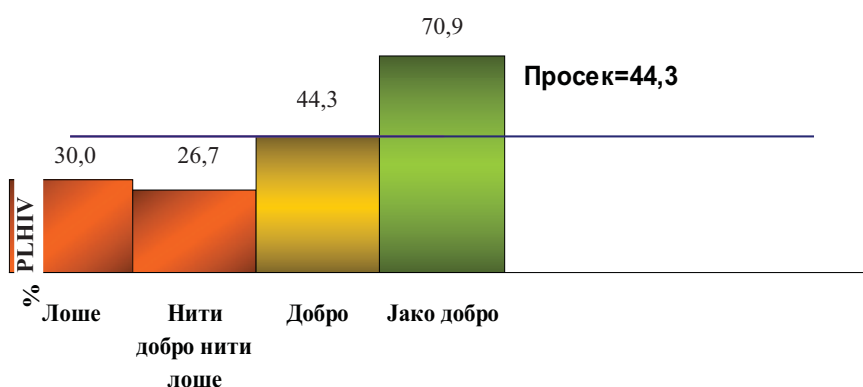
Од 298 људи који живе са HIV/AIDS-ом (PLHIV), скоро половина испитаних је задовољна доменом социјалних односа (44,3%).

Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни доменом социјалних односа се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (70,9%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (26,7%).

Испитаници су изразили највећи степен задовољства доменом социјалних односа, са просечном вредношћу $M=15,0$ (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота). Испитаници су, у просеку, веома задовољни различитим аспектима овог домена процењених на скали од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни): односима са блиским особама ($M=4,1$), подршком пријатеља и прихваћеношћу у својој социјалној средини ($M=4,0$). Забележено је најмање задовољство сексуалним животом ($M=3,0$).

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 3. Процент PLHIV који су задовољни доменом социјалних односа у односу на процену тренутног здравственог стања



7.4.2.4. Процент PLHIV који су задовољни својим нивоом самосталности

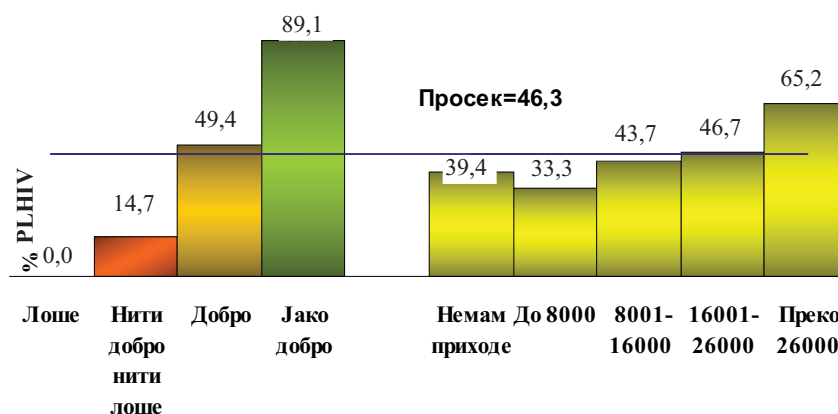
Скоро половина испитаних PLHIV (46,3%) је задовољна сопственим нивоом самосталности, што укључује степен зависности од медицинске неге, способност обављања свакодневних активности, способност за рад и покретљивост.

Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни нивоом самосталности се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (89,1%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (14,7%). Поред тога, значајно већи проценат PLHIV који су задовољни нивоом самосталности се налази у категорији оних чија су месечна примања већа од 26.000 динара (65,2%).

Релативно високо задовољство је испољено у вези нивоа самосталности са просечном вредношћу $M=14,9$ (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота). Просечне вредности за различите аспекте овог домена су следеће (на скали од 1 до 5, при чему 1 значи да испитаници уопште

нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни): испитаници су највише проценили задовољство сопственом покретљивошћу и способношћу обављања свакодневних активности, а затим задовољство радним способностима, са просечним вредностима: $M=4,2$; $M=3,8$; $M=3,7$. Забележен је умерен ниво зависности од медицинске неге, потребне у свакодневном животу ($M=3,1$). У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 4. Процент PLHIV који су задовољни нивоом самосталности у односу на процену тренутног здравственог стања и висину месечних прихода



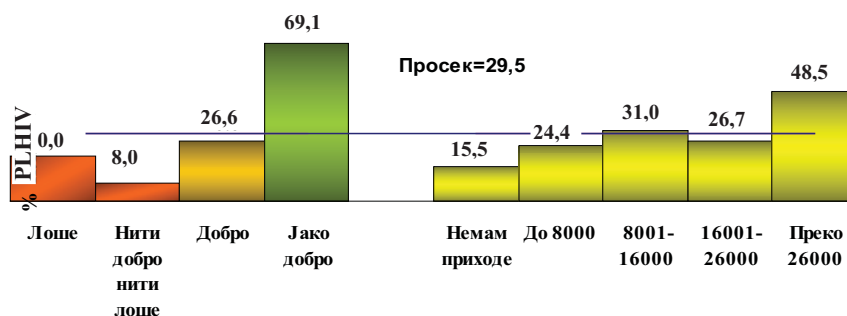
7.4.2.5. Процент PLHIV који су задовољни тиме колико је окружење у којем живе здраво, доступношћу потребних сервиса и информација

Скоро трећина испитаних PLHIV (29,5%) је задовољно својим окружењем. Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни овим доменом живота се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (69,1%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (8,0%). Поред тога, значајно већи проценат PLHIV који су задовољни својим окружењем се налази у категорији оних чија су месечна примања већа од 26.000 динара (48,5%).

Најнижа просечна вредност је добијена за домен околине: $M=14,1$ (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота). Просечне вредности за поједине аспекте овог домена процењиване на скали од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни) су следеће: најнижа просечна вредност је добијена за задовољство својим финансијским ресурсима ($M=2,8$), затим следи задовољство могућностима за рекреацију ($M=3,2$), расположивим могућностима за превоз ($M=3,5$) и задовољство тиме колико је здрава животна средина ($M=3,5$). У просеку, испитаници су врло задовољни условима свог стамбеног простора, осећањем физичке сигурности и безбедности, као и доступношћу медицинских услуга, са истом просечном вредношћу ($M=3,7$). Највише процењено задовољство овог домена се односило на аспект доступности информација које су потребне за свакодневни живот ($M=3,9$).

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 5. Процент PLHIV који су задовољни окружењем у односу на процену тренутног здравственог стања и висину месечних прихода



7.4.2.6. Процент PLHIV који налази животни смисао и прихвата свој HIV статус

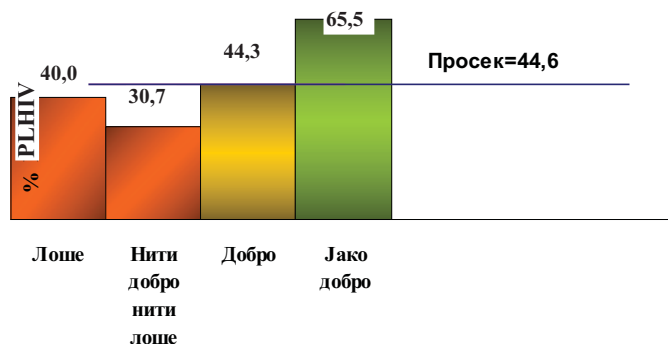
Од 298 људи који живе са HIV/AIDS-ом (PLHIV), скоро половина испитаних има снажно уверење да живот има смисла (44,6%), од којих се значајно већи проценат PLHIV налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (65,5%).

Просечна вредност добијена за овај домен је 14,6 (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота).

Просечне вредности задовољства различитим аспектима овог домена процењених на скали од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни), указују на следеће: испитаници, у просеку, налазе живот смисленим ($M=3,9$), нису много забринути у вези смрти ($M=3,9$), имају умерен страх у вези будућности ($M=3,5$) и умерену забринутост/сметњу када их други људи откривљују за HIV статус ($M=3,4$).

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Графикон 6. Процент PLHIV који налазе животни смисао у односу на процену тренутног здравственог стања



7.4.2.7. Процент PLHIV који је задовољан собом, својим изгледом и способностима

Од 298 испитаних PLHIV 40,9% је задовољно собом, својим изгледом и способностима, као и нивоом уживања у животу.

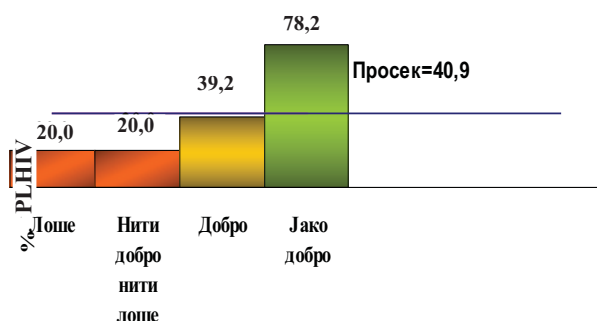
Значајно већи проценат PLHIV који су задовољни овим доменом живота се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (78,2%), док је значајно мањи проценат у категорији оних који своје здравствено стање процењују као нити добро нити лоше (20,0%).

Просечна вредност добијена за овај домен је 14,7 (распон резултата за сваки домен је 4–20, при чему виши резултат указује на бољи квалитет живота), што указује да су испитаници, у просеку, умерено до знатно задовољни собом и могућностима уживања у животу.

Просечне вредности задовољства различитим аспектима овог домена процењених на скали од 1 до 5 (при чему 1 значи да испитаници уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни) указују на релативно висок ниво задовољства собом (M=3,8), својим способностима концентрације (M=4,0) и физичким изгледом (M=3,9). Нешто нижа просечна вредност се односила на процену уживања у животу (M=3,5). Поред тога, испитаници су, у просеку, саопштили уобичајено доживљавање негативних осећања, као што су лоше расположење, очај, тескоба, потиштеност (M=3,2).

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика

Графикон 7. Процент PLHIV који су задовољни собом у односу на процену тренутног здравственог стања



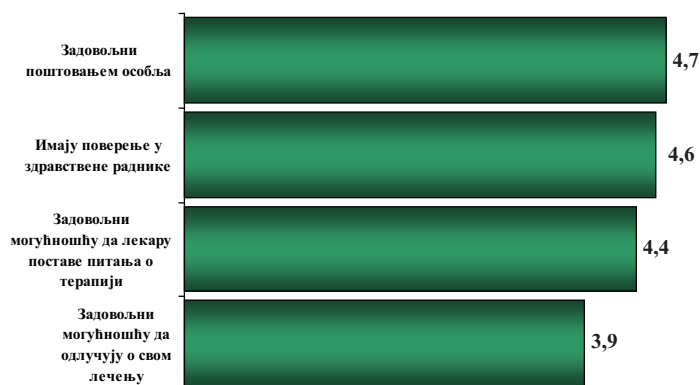
7.4.3. Задовољство PLHIV услугом лечења у центру за HIV/AIDS Клинике за инфективне и тропске болести у Београду

7.4.3.1. Процент PLHIV који су задовољни услугом особља Центра за HIV и AIDS Клинике за инфективне и тропске болести у Београду

Већина (70,7%) испитаних PLHIV је задовољна услугом особља Центра за HIV и AIDS Клинике за инфективне и тропске болести у Београду. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Овај индикатор је композитни и састоји се од четири питања која процењују различите аспекте односа здравствених радника и особља према пацијентима.

Графикон 8. приказује просечне оцене испитаника за сваки од појединачних аспеката, који су процењени на скали од 1 до 5, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни. Као што се може видети, поштовање и поверење у особље Центра имају највише просечне оцене. Нешто мања просечна оцена је добијена за могућност да поставе лекару питања о терапији (4,4), а најмања за могућност да одлучују о свом лечењу (3,9).

Графикон 8. Просечне оцене различитих аспеката односа особља Центра за HIV и AIDS Клинике за инфективне и тропске болести у Београду



7.4.3.2. Процент PLHIV који су задовољни физичким условима лечења у Центру за HIV и AIDS Клинике за инфективне и тропске болести у Београду

Приближно две петине (42,6%) испитаника је задовољно физичким условима лечења у Центру за HIV и AIDS. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 3,0 (медијана 3,0).

7.4.3.3. Процент PLHIV који су задовољни доступношћу CD4 (*T helper cell lymphocyte*) тестова

Од 298 испитаника, 44,6% је задовољно могућношћу да ураде CD4 тест, када им је препоручен од стране лекара. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 3,2 (медијана 3,0).

7.4.3.4. Процент PLHIV који су задовољни доступношћу PCR (*Polymerase chain reaction*) тестова

Мање од половине испитаних PLHIV (43,6%) је задовољно могућношћу да ураде PCR тест, када им је препоручен од стране лекара. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 3,1 (медијана 3,0).

7.4.4. Задовољство PLHIV антиретровирусном терапијом

7.4.4.1. Процент PLHIV који користе АРВ

Велика већина (90,6%) испитаника користи антиретровирусну терапију. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика.

Просечна дужина коришћења АРВ је 5,1 година (медијана 4,6 године). У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика.

7.4.4.2. Процент РЛННВ који су задовољни доступношћу АРВ терапије

Од 270 испитаника који користе АРВ, 86,7% је задовољно могућношћу да у апотеци добију терапију која им је потребна. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 4,4 (медијана 5).

7.4.4.3. Процент РЛННВ који имају финансијске могућности да покрију трошкове лечења

Мање од половине (43,0%) испитаних РЛННВ који користе АРВ могу да покрију трошкове лечења. Пошто су трошкови саме АРВ покривени преко здравственог осигурања, ово питање се односило на индиректне трошкове лечења, као што су: превоз, посебни захтеви везани за исхрану, партиципација за лекове или лекови и додаци исхрани који се купују.

Значајно већи проценат РЛННВ који могу да покрију трошкове лечења се налази у категорији оних који процењују своје здравље као јако добро (64,7%). Поред тога, значајно мање могу да покрију трошкове лечења испитаници који немају приходе (22,6%) или имају до 8000 динара месечно (17,1%). Овај проценат је значајно већи у категорији испитаника који имају приходе веће од 26.000 динара месечно (82,3%).

Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 3,1 (медијана 3). У односу на пол, старост, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, нема статистички значајних разлика.

7.4.4.4. Процент РЛННВ који су задовољни ефикасношћу АРВ терапије

Највећи део испитаника (85,6%) који користе АРВ су задовољни ефикасношћу терапије коју користе. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена задовољства ефикасношћу АРВ терапије, на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 4,3 (медијана 4).

7.4.4.5. Процент РЛННВ које придржавање третмана не омета у свакодневним активностима

Више од половине испитаника – 68,1% придржавање препорученог АРВ третмана не омета у свакодневним активностима. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна оцена задовољства АРВ терапијом, на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да их третман уопште не омета, а 5 да их у највећој мери омета је 2,0 (медијана 2).

7.4.4.6. Процент РЛННВ које нежељени ефекти АРВ третмана не ометају у свакодневном животу

Близу две трећине (65,6%) испитаника нежељени ефекти АРВ терапије не ометају у свакодневном животу. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као

и висину месечних прихода, нису забележене статистички значајне разлике. Просечна вредност на скали од 1 до 5, где 1 значи да их нежељени ефекти уопште не ометају, а 5 да их у највећој мери ометају, је 2,1 (медијана 2).

7.4.5. Придржавање препорученог АРВ третмана

7.4.5.1. Процент РЛНIV који се придржавају третмана

Близу четири петине испитаника (78,1%) никад или углавном никада не заборавља да узме лекове. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нису забележене статистички значајне разлике. Просечна вредност на скали од 1 до 5, где 1 значи да никада не заборављају да узму лекове, а 5 да увек заборављају, је 1,8 (медијана 1).

7.4.5.2. Процент РЛНIV који се придржавају третмана и када се осећају боље тј. лошије

Велика већина испитаника (91,9%) не прекидају коришћење третмана када се осећају боље. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна вредност на скали од 1 до 5, где 1 значи да никада не прекидају препоручени третман када се осећају боље, а 5 да увек прекидају, је 1,3 (медијана 1).

Такође, највећи број испитаника (94,4%) не прекида терапију када се осећају лоше због нуспојава терапије. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечна вредност на скали од 1 до 5, где 1 значи да никада не прекидају препоручени третман када се осећају лоше, а 5 да увек прекидају, је 1,2 (медијана 1).

7.4.5.3. Процент РЛНIV који се придржавају препорученог начина узимања терапије

Препорученог начина узимања лекова (везано за време, количину течности, потребан режим исхране и сл) се придржава 93,3% испитаника. Препорученог начина узимања терапије значајно више (100%) се придржавају испитаници који су у емотивној вези. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика.

Просечна вредност на скали од 1 до 5, где 1 значи да се никада не придржавају препорученог начина узимања терапије, а 5 да се увек придржавају, је 4,6 (медијана 5).

7.4.5.4. Процент РЛНIV који ниједном није пропустио да узме терапију током последње седмице

Приближно три петине испитаника РЛНIV (63,3%) нису пропустили ниједну дозу препоручене терапије током последње седмице. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, нема статистички значајних разлика. Просечан број пропуштених терапија у последњих седам дана је 0,6.

7.4.6. Знање PLHIV о HIV-у и АРТ-у

7.4.6.1. Начин долажења до информација од HIV-у и АРВ третману

Испитаници су саопштили следеће начине долажења до информација о HIV-у и АРВ терапији (испитаници су могли да заокруже више одговора):

- 85,9% испитаника је информисано од стране лекара инфективне клинике
- 46,3% испитаника је добило информације од других особа које живе са HIV-ом
- 44,3% PLHIV је као извор информисања навело публикације намењене особама које живе са HIV-ом
- 29,9% испитаника наводи интернет
- 24,2% испитаника је као извор информисања навело телевизију
- 22,5% је користило лифлете, постере и друге информативне материјале
- 20,1% наводи новине
- 18,8% је информације добило од лекара ван инфективне клинике
- 6,7% испитаника је користило неки други извор информисања, који није специфичан понуђеним категоријама одговора.

Друге особе које живе са HIV-ом као извор информисања у значајно мањем проценту наводе особе који имају преко 50 година (19,6%).

Значајно мањи проценат PLHIV који се информише преко публикација намењених особама које живе са HIV-ом се налази у категорији оних чија је висина месечних прихода до 8000 динара (17,8%).

Такође, значајно мањи проценат PLHIV који се информише преко интернета се налази у категорији оних чија је висина месечних прихода до 8000 динара (11,1%) и старосној категорији преко 50 година (10,7%),

Од 22,5% испитаника који су користили лифлете, постере и друге информативне материјале значајно мањи проценат се налази у категорији оних чија је висина месечних прихода до 8000 динара (6,7%).

7.4.6.2. Знање о HIV-у и АРВ третману

Просечан број тачних одговора на 22 питања којима се испитивало знање о HIV-у и АРВ третману је 15,4. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика. Питања су обухватала основна знања о могућности преношења HIV инфекције и начинима заштите, АРВ терапији и показатељима здравственог стања и спадају у основни корпус знања који би особе које живе са HIV-ом требало да имају.

Од 298 испитаних PLHIV 2% је тачно одговорило на сва питања којима се испитивало знање о HIV-у и АРТ-у. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

7.4.7. Знање PLHIV о расположивим сервисима

7.4.7.1. Процент PLHIV који нису користили услуге медицинских професионалаца јер нису били информисани о услугама које пружају

Од 88 PLHIV који нису користили услуге лекара специјалиста, стоматолога или психолога 3,4% као разлог наводи неинформисаност о услугама које они пружају. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

7.4.7.2. Процент PLHIV који нису користили услуге Центра за социјални рад, јер нису били информисани о услугама које пружају

Од 204 испитаника који се нису обраћали Центру за социјални рад у последње две године, 16,7% као разлог наводи неинформисаност о услугама центара за социјални рад. Значајно мањи проценат PLHIV који нису информисани о услугама које центри за социјални рад пружају се налази у категорији оних који своје здравствено стање процењују као јако добро (4,4%).

7.4.7.3. Процент PLHIV који нису чули за рад невладиних организација које пружају услуге особама које живе са HIV-ом

Од 298 испитаника, 20,8% није чуло за невладине организације које пружају услуге особама које живе са HIV-ом. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Испитаници који су чули за рад невладиних организација које пружају услуге особама које живе са HIV-ом (236), у просеку, тачно наводе једну организацију која пружа услуге особама које живе са HIV-ом. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Следећи проценат испитаника је навео одређене невладине организације:

- 27,1% Кју клуб
- 19,1% Човекољубље
- 19,1% Црвена линија (Нови Сад)
- 14,8% АИД+
- 6,8% Сунце (Ниш)
- 6,8% ИАН (Међународна мрежа помоћи)
- 2,1% Веза
- 2,1% ПаО2 – удружење за јавно здравље грађана
- 1,3% УПСЗ – удружење за помоћ и самопомоћ зависника

Од 14,8% PLHIV који наводе АИД+ као невладину организацију која пружа услуге особама које живе са HIV-ом, значајно мањи проценат се налази у категорији оних који су ожењени/удати (1,8%). Исто тако, значајно мањи проценат PLHIV који наводе Кју клуб (27,1%) се налази у категорији ожењених/удатих (10,9%).

7.4.7.4. Начин долажења до информација о организацијама које пружају услуге особама које живе са HIV-ом

- 55,1% испитаник наводи друге особе које живе са HIV-ом као начин долажења до информација
- 46,2% PLHIV наводи публикације, лифлете, постере и друге информативне материјале као начин долажења до информација
- 33,5% PLHIV као извор информација о организацијама које пружају услуге особама које живе са HIV-ом наводи особље Инфективне клинике
- 29,2% испитаника наводи телевизију
- 18,2% PLHIV наводи интернет, при чему се значајно мањи проценат оних који користе овакав извор информисања налази у старосној категорији преко 50 година
- 16,1% наводи као извор информација новине
- 9,3% испитаника користи „нешто друго” као начин информисања.

7.4.8. Коришћење расположивих сервиса

7.4.8.1. Доступност бесплатних кондома

На питање колико су им били доступни бесплатни кондоми у последњих шест месеци, 27,2 % испитаника је одговорило да није имало потребе за кондомима, од чега се статистички значајно мањи проценат оних који нису имали потребу за кондомима налази код оних испитаника који су у вези (9,3%).

Од 298 испитаних PLHIV 39,9% уопште није имало приступ бесплатним кондомима. За 8,4% испитаника бесплатни кондоми су били доступни „помало”, док су за 8,7% испитаника они били доступни умерено. Значајно мањи проценат PLHIV којима су умерено били доступни кондоми је забележен код жена (2%). У знатној мери кондоми су били доступни за 15,7% испитаника.

7.4.8.2. Процент PLHIV који користи услуге лекара опште медицине

Од 298 испитаних PLHIV 81,2% је користило услуге лекара опште медицине у последње две године.

7.4.8.3. Процент PLHIV који користи услуге других медицинских професионалаца (лекара специјалиста, стоматолога, психолога)

Од 298 испитаника 70,5% (210) је користило услуге лекара специјалиста (кожни лекар, очни лекар, хирург, гинеколог и остало) психолога или зубара у последње две године. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

Табела 12. Процент PLHIV који је користио услуге лекара специјалиста

Медицински професионалци	% PLHIV који су користили наведене услуге	Просечан број посета у последње две године
Стоматолог	50,9%	4,4
Офтамолог	25,2%	3,1
Гинеколог	21,4%	3,2
Дерматовенеролог	16,1%	3,8
Хирург	8,5%	3,6
Психолог	7,6%	9,9
Кардиолог	6,1%	2,8
Оториноларинголог	5,7%	2,6
Пулмолог	3,8%	2,5
Неуропсихијатар	3,8%	18,3
Ортопед	3,8%	8,3
Уролог	3,3%	5,3
Психијатар	2,8%	15,3
Интерниста	2,8%	3,3
Хематолог	2,3%	22,8
Инфектолог	1,9%	7
Гастроентеролог	1,9%	2,3
Ендокринолог	1,4%	2
Неуролог	1,4%	2,7
Онколог	1,4%	2,3
Саветовалиште за младе	0,9%	4
Нефролог	0,4%	2
Имунолог	0,4%	24

Као што се може видети из приложене табеле, испитаници су највише користили услуге стоматолога, офтамолога, гинеколога и дерматовенеролога у последње две године.

7.4.8.4. Процент PLHIV који су се обраћали Центру за социјални рад

Од 298 испитаника 31,5% (94) је користило услуге Центра за социјални рад у последње две године. Значајно већи проценат оних који је користио услуге Центра за социјални рад се налази у категорији оних чија је висина месечних примања до 8000 динара (77,8%), а значајно мањи проценат се налази у категорији оних чији су месечни приходи између 16.001–26.000 (11,1%) и преко 26.000 динара (12,1%).

Испитаници који су се обраћали Центру за социјални рад су, у просеку, то чинили 6 пута у последње две године. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

7.4.8.5. Процент PLHIV који користи услуге невладиних организација које пружају услуге особама које живе са HIV-ом

Од 236 PLHIV који су упознати са постојањем невладиних организација које пружају услуге особама које живе са HIV-ом, 24,2% је користило услуге неке од ових организација у последње две године. Значајно мањи проценат оних који је користио услуге невладиних организација се налази у категорији оних који су ожењени/удати (9,1%).

7.4.9. Задовољство PLHIV расположивим сервисима

7.4.9.1. Процент PLHIV који су задовољни услугама лекара опште медицине

Од 242 PLHIV који су користили услуге лекара опште медицине 55,8% је задовољно услугом. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни износи 3,4.

7.4.9.2. Процент PLHIV који су задовољни услугама других медицинских професионалаца (лекара специјалиста, стоматолога, психолога)

Узимајући у обзир услуге које су испитаници у последње две године у највећем броју користили (стоматолог, офтамолог, гинеколог и дерматовенеролог) може се закључити да су испитаници у приличној мери задовољни пруженим услугама. Нешто нижи проценат PLHIV је задовољан услугама дерматовенеролога (67,6%).

Табела 13. Процент PLHIV који су задовољни услугама лекара специјалиста

Медицински професионалци	Просечна оцена задовољства	% PLHIV који су задовољни услугом	% PLHIV који су користили наведене услуге
Стоматолог	4	78,5%	50,9%
Офтамолог	4	81,1%	25,2%
Гинеколог	4,1	80%	21,4%
Дерматовенеролог	3,6	67,6%	16,1%
Хирург	3,2	61,1%	8,5%
Психолог	4,5	75%	7,6%
Кардиолог	4,3	92,3%	6,1%
Оториноларинголог	3,8	66,7%	5,7%
Пулмолог	4,8	100%	3,8%
Неуропсихијатар	3,1	62,5%	3,8%
Ортопед	3,6	62,5%	3,8%
Уролог	3,7	57,1%	3,3%
Психијатар	4	66,7%	2,8%
Интерниста	4,5	100%	2,8%
Хематолог	4,2	100%	2,3%
Инфектолог	4,5	75%	1,9%
Гастроентеролог	3,3	75%	1,9%
Ендокринолог	4	66,7%	1,4%
Неуролог	3,7	66,7%	1,4%
Онколог	4,7	100%	1,4%
Саветовалиште за младе	.	.	0,9%
Нефролог	4	100%	0,4%
Имунолог	5	100%	0,4%

7.4.9.3. Процент PLHIV који су задовољни односом особља Центра за социјални рад

Од 94 испитаника који су користили услуге Центра за социјални рад у последње две године, 31,9% је задовољно добијеном услугом. Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни, износи 2,7. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

7.4.9.4. Процент PLHIV који су задовољни могућношћу да добију информације потребне за остваривање права преко Центра за социјални рад

Од 94 испитаника који су користили услуге Центра за социјални рад у последње две године, 23,4% је задовољно могућношћу да добију информације потребне за остваривање права преко центара за социјални рад.

Просечна оцена задовољства овом могућношћу на скали задовољства од 1 до 5, где 1 значи да уопште нису задовољни, а 5 да су у највећој мери задовољни је 2,4.

У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика.

7.4.9.5. Процент PLHIV који су задовољни услугама невладиних организација

Као што се може видети из приложене табеле, PLHIV су највише користили услуге следећих невладиних организација: Кју клуб, Црвена линија, АИД + и Човекољубље. Испитаници су, у просеку, веома задовољни услугама наведених организација.

Табела 14. Процент PLHIV који су задовољни услугама невладиних организација

Невладине организације	Просечна оцена задовољства	% PLHIV који су задовољни услугом	% PLHIV који су користили услуге наведене организације
Кју клуб	4,3	78,9%	33,3%
Црвена линија, Нови Сад	4,2	81,3%	28,0%
АИД+	4,9	100,0%	21%
Човекољубље	3,5	54,5%	19,2%
Међународна мрежа помоћи	4,7	100%	10,5%
Сунце, Ниш	4,6	80,0%	8,7%
ПаО2	5	100%	5,2%
ЈАЗАС	4,7	100%	5,2%
Веза	5	100%	5,2%
УПСЗ	5	100%	1,7%
Омладина ЈАЗАС-а	5	100%	1,7%

7.4.10. Ангажованост у невладиним организацијама

7.4.10.1. Процент PLHIV који су укључени у рад невладиних организација

Од 298 испитаника 11,7% је члан неког удружења особа које живе са HIV-ом. У односу на пол, старост, процену тренутног здравственог стања, образовање, брачно стање, боравиште, да ли испитаници живе сами или не, као и висину месечних прихода, није било статистички значајних разлика. Као што се може видети из приложене табеле испитаници који су учествовали у истраживању у највећем броју су чланови организација АИД+ и Кју клуб, а затим Човекољубље, Црвена линија, ПаО2, Веза, Сунце, СПАИДС, УПСЗ и ГОД.

Табела 15. Процент PLHIV који су чланови наведених невладиних организација

Невладине организације	% PLHIV који су чланови наведене организације
АИД+	22,9%
Кју клуб	22,9%
Човекољубље	11,4%
Црвена линија, Нови Сад	8,9%
ПаО2	8,6%
Веза	8,6%
Сунце, Ниш	5,7%
УПСЗ	2,9%
СПАИДС	2,9%
ГОД	2,9%

7.5. Закључци и препоруке

7.5.1. Закључци

7.5.1.1. Квалитет живота

PLHIV који су учествовали у овом истраживању су саопштили задовољавајући свеукупни квалитет живота и умерено задовољство здрављем. Испитаници су различито проценили своје задовољство различитим доменима живота: најмања просечна вредност је добијена за домен задовољства околином ($M=14,1$), а највећа за домен социјалних односа ($M=15,0$). Просечне вредности за остале домене су следеће: ниво самосталности ($M=14,9$), психолошко здравље ($M=14,7$), духовност/лична уверења ($M=14,6$), физичко здравље ($M=14,6$).

Најмањи проценат PLHIV је задовољан доменом околине. Овакав резултат је разумљив уколико се има у виду да овај домен укључује и задовољство својим финансијским могућностима, а да учесници у овом истраживању, углавном, немају задовољавајућу висину сталних месечних прихода.

Задовољство општим квалитетом живота и здрављем, као и појединим аспектима је повезано са проценом тренутног здравственог стања: задовољство квалитетом живота је значајно веће код оних PLHIV који своје здравствено стање процењују као јако добро. Поред тога, ниво самосталности и задовољство окружењем су повезани и са висином месечних прихода: значајно већи проценат PLHIV који су задовољни доменом околине и својим нивоом самосталности се налази у категорији оних чија су месечна примања већа од 26.000 динара. Овакав резултат је разумљив узимајући у обзир то да ова два домена, између осталог, рефлектују задовољство својим финансијским могућностима, као и радним способностима, те је вероватно да су испитаници који имају више месечне приходе и у могућности да зарађују за живот.

7.5.1.2. Задовољство услугом лечења у Центру за HIV и AIDS

Готово сви испитани PLHIV су задовољни указаним поштовањем и имају поверење у здравствене раднике у Центру. Нешто ниже просечне оцене, које и даље указују да су испитаници задовољни, добијене су за могућност постављања питања о терапији и за могућност одлучивања о свом лечењу.

Мање од половине испитаних (42,6%) је задовољно физичким условима лечења у Центру за HIV и AIDS. Такође, мање од половине испитаних PLHIV је задовољно доступношћу CD4 тестова (44,6%) и PCR тестова (43,6%).

7.5.1.3. Задовољство антиретровирусном терапијом

Већина испитаних (86,7%) PLHIV су задовољни доступношћу АРВ терапије и њеном ефикасношћу (85,6%). Мање од половине испитаних (43,0%) има финансијске услове да покрије додатне трошкове лечења.

Приближно две трећине испитаника придржавање препорученог АРВ третмана не омета у свакодневним активностима (68,1%), нити њени нежељени ефекти (65,6%).

7.5.1.4. Придржавање препорученог АРВ третмана

Већина испитаника – 78,1% никад или углавном никада, не заборавља да узме лекове. Велика већина испитаника не прекида препоручени АРВ третман када се осећа боље (91,9%) или када се осећају лошије због нежељених ефеката терапије (94,4%). Поред тога, већина испитаника се придржава препорученог режима узимања лекова (93,3%).

Приближно две трећине испитаника нису пропустили ниједну дозу АРВ терапије у току претходне седмице (63,3%).

7.5.1.5. Знање PLHIV о HIV-у и АРВ третману

Просечан број тачних одговора на 22 питања којима се испитивало знање о HIV-у и АРВ третману је 15,4, док је 2% испитаника тачно одговорило на сва питања.

Као најчешћи начин долажења до информација о HIV-у и терапији испитаници наводе лекаре са Инфективне клинке. Поред тога, два најчешћа начина информисања су друге особе које живе са HIV-ом (46,3%) и публикације намењене особама које живе са HIV-ом (44,3%).

7.5.1.6. Знање PLHIV о расположивим сервисима

Испитаници су испољили релативно добру информисаност о услугама које могу добити у оквиру различитих система бриге и подршке: 3,4% испитаника није информисано о доступним медицинским услугама (изузимајући лекаре опште медицине и инфективне клинике), 16,7% испитаника није информисано о услугама центара за социјални рад, док 20,8% није чуло за невладине организације које пружају услуге особама које живе са HIV-ом.

Као најчешћи начин долажења до информација о организацијама које пружају услуге особама које живе са HIV-ом испитаници наводе друге особе које живе са HIV-ом (55,1%), публикације, лифлете, постере и друге информативне материјале (46,2%) и особље Инфективне клинике (33,5%).

7.5.1.7. Коришћење расположивих сервиса

Као што је и очекивано, највећи проценат испитаника је користио услуге лекара опште медицине (81,2%), а затим су испитаници највише користили услуге стоматолога, офтамолога, гинеколога и дерматовенеролога у последње две године.

Услуге центара за социјални рад у последње две године је користило 31,5% испитаника. Услуге неке од невладиних организација је користило 24,2 % испитаника; значајно мањи проценат оних који су користили услуге невладиних организација се налази у категорији оних који су ожењени/удати.

Од 298 испитаних PLHIV 39,9% уопште није имало приступ бесплатним кондомима.

7.5.1.8. Задовољство PLHIV расположивим сервисима

Више од половине испитаних, 55,8%, задовољно је услугом лекара опште медицине. Узимајући у обзир услуге других медицинских професионалаца које су испитаници у последње две године у највећем броју користили (стоматолог, офтамолог, гинеколог и дерматовенеролог), испитаници су саопштили да су задовољни у приличној мери пруженим услугама.

Испитаници су у најнижем проценту задовољни услугама центара за социјални рад (31,9% испитаника је задовољно пруженом услугом); незадовољство је посебно изражено када је у питању могућност добијања информација потребних за остваривање права преко центара за социјални рад (23,4% је задовољно са овом могућношћу).

PLHIV су највише користили услуге следећих невладиних организација: Кју клуб, Црвена линија, АИД + и Човекољубље и, у просеку, веома су задовољни услугама наведених организација.

7.5.1.9. Ангажованост у невладиним организацијама

11,7% испитаника су чланови неког удружења особа које живе са HIV-ом.

7.5.2. Препоруке

– Иако су PLHIV у високом проценту упућени у постојање невладиних организација које су активне на пољу HIV/AIDS-а, постоји потреба за јаснијим информацијама о томе које организације пружају услуге особама које живе са HIV-ом и које врсте

услуга пружају; овакав закључак произилази из чињенице да испитаници који су чули за рад невладиних организација које пружају услуге особама које живе са HIV-ом, у просеку, тачно наводе једну организацију која пружа услуге особама које живе са HIV-ом.

– У вези са наведеном препоруком, треба имати у виду и то да особље Инфективне клинике представља важан извор информација о раду невладиних организација; сходно томе особље Инфективне клинике би требало континуирано информисати о постојећим организацијама и актуелним пројектима.

– Обзиром да скоро 40% испитаних нема приступ бесплатним кондомима, постоји потреба да се повећа доступност бесплатних кондома, као и да се испитају начини на које је то могуће остварити.

– Имајући у виду низак проценат људи који је задовољан услугама центара за социјални рад, потребно је испитати различите аспекте (не)задовољства пруженим услугама, а посебно разлоге слабије могућности добијања информација потребних за остваривање права преко центара за социјални рад.

– С обзиром на то да мање од половине испитаних PLHIV има могућност да покрије додатне трошкове лечења, и да ова популација има тешкоће у остваривању својих права преко центара за социјални рад, потребно је едуковати PLHIV о могућим начинима остваривања својих права, као и размотрити могућност да за ову групу пацијената буду бесплатни неки лекови или додаци исхрани који се иначе плаћају.

– Иако је значајан део испитаних PLHIV задовољан генералним односом особља Центра за HIV и AIDS, постоји простор за повећање информисаности пацијената о расположивим опцијама за лечење и самим тим за доношење информисаних одлука о свом лечењу.

– Побољшати физичке услове лечења у Центру за HIV и AIDS.

– Размотрити разлоге недовољне доступности CD4 и PCR тестова и пронаћи начине да они буду доступнији.

– Већина испитаника је задовољна ефикасношћу APB терапије коју користе, али истовремено није задовољна тиме колико коришћење терапије омета њихове свакодневне активности или има непријатне нежељене ефекте. У том смислу, важно је едуковати пацијенте о нежељеним ефектима терапије коју узимају.

– Како налази указују да релативно мали број испитаних PLHIV намерно престаје са коришћењем APB терапије, а да знатно већи број пропушта да је редовно узима, потребно је PLHIV едуковати о важности редовног коришћења терапије, са акцентом на практичне технике које повећавају вероватноћу редовног коришћења терапије.

– Потребно је повећати знање PLHIV о третману и HIV-у уопште, такозвану писменост о третману.

Литература

1. Bernays S, Rouds T, Prodanović A: Accessibility, services providing and uncertainty in HIV treatment, Faculty for Hygiene and Tropical Medicine of London University, UK, DFID, HIV Prevention among Vulnerable Groups Initiative, UNDP, Beograd/Podgorica, 2006
2. Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, Centar za prevenciju i kontrolu bolesti: Epidemiološki pregled HIV/AIDS-a u Srbiji 1984–2006, Beograd, 2006.
3. Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“: Percepcija rizika, stavova, znanja među zdravstvenim radnicima, Beograd, 2003.
4. Stojanovski J, Stojanović M, Prvulović M: Stigma i diskriminacija ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om, NVO IAN, Beograd, 2007.
5. UNESCO, WHO: Current Research and Good Practice in HIV and AIDS Treatment Education, 2007
6. World Health Organization. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Dependence: WHOQOL-HIV Instrument Users Manual, Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments, Geneva, 2002
7. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance abuse, WHOQOL: measuring quality of life, 1997
8. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, Beograd, 2006.
9. Behavioural surveillance surveys. Guidelines for repeated behavioural surveys in population at risk of HIV. FHI: 2000.
10. Republički zavod za statistiku: Popis stanovništva, domaćinstava i stanova Srbije 2002, Beograd, 2002.
11. Belak Kovačević S, Vurušić T, Duvančić K, Maček M: Quality of Life of HIV Infected Persons in Croatia, Coll. Antropol. 30 Suppl. 2: 315–319, 2006

CIP – Каталогизација у публикацији
Мародна библиотека Србије, Београд

314 : (616,98:578. 828 (497.11) „2007/2008“

Србија. Министарство здравља
Истраживања међу популацијама под
повећаним ризиком од HIV-а и међу особама
које живе са HIV-ом : основни резултати /
(спровели) Република Србија, Министарство
здравља. – Београд : Министарство здравља
републике Србије, 2008. (Суботица :
Ротографија) . – 259 стр. : граф. прикази,
табеле 30 cm

Тираж 500. Стр 6 - Истраживања међу
популацијама под повећаним ризиком од HIV-а
и међу особама које живе са HIV-ом / Томица
Милосављевић – Стр. 9 : Предговор / Тања
Кнежевић. Библиографија уз свако поглавље
ISBN 978 – 86 – 83607 – 39 – 6

1. Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић
Батут” (Београд) а) Сидра - Србија - 2007-2008
COBISS. SR - ID 151156236



Истраживање је финансирано из средстава пројекта Министарства здравља и Глобалног фонда „Унапређење националног одговора на HIV/sidu децентрализицијом кључних здравствених услуга“, а спровео га је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, у сарадњи са UNICEF-ом.