



Истраживање је организовано у оквиру пројекта Министарства здравља „Унапређење националног одговора на HIV/сиду”, финансираног из средстава Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, а спроведено је од стране Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом 2010.

ИСТРАЖИВАЊА

МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА
ПОД ПОВЕЋАНИМ
РИЗИКОМ ОД HIV-а
И МЕЂУ ОСОБАМА
КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом
2010.



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Батут”

Пројекат

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

Издавач
Министарство здравља Републике Србије

Руководилац пројекта
Прим. др сц. мед. Тања Кнежевић

Уредништво
Тања Кнежевић
Слађана Барош
Фарида Бассиони Стаменић
Викторија Цуцић

Лектура
Тамара Груден

Преводилац
Саша Плећаш

Дизајн и припрема
Ј. М. Јофке

Штампа
Симбол, Петроварадин

Тираж: 800 примерака

Република Србија
Министарство здравља

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

Основни резултати надзорних истраживања 2009–2010.

Септембар, 2010.

**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 (GFATM) и Институт за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Батут”,
Национална канцеларија за HIV/AIDS**

ОРГАНИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Надзорни одбор

Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије

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

Супервизија пројекта

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

Координација пројекта

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

Стручно саветодавно тело

Проф. др Викторија Цуцић, главни консултант

Проф. др Татјана Иле, консултант и координатор за статистику
Медицински факултет Универзитета у Београду

Др Дубравка Шарановић, консултант
Министарство здравља Републике Србије

Проф. др Дејана Вуковић, консултант
Медицински факултет Универзитета у Београду

Проф. Бојан Жикић, консултант
Филозофски факултет Универзитета у Београду

Др сц. мед. Јасмина Грозданов, консултант
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Иван Ивановић, консултант
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Данијела Симић, консултант и координатор за естимацију величина популација
инјектирајућих корисника дрога, мушкараца који имају сексуалне односе
са мушкарцима и особа које се баве сексуалним радом
Национална канцеларија за HIV/AIDS/Институт за јавно здравље Србије „Др Милан
Јовановић Батут”

Тим за статистичку обраду података

Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Неда Стојановић, Лидија Станковић, Мира Тасић, Тања Мутавцић

УНАПРЕЂЕЊЕ НАЦИОНАЛНОГ ОДГОВОРА НА HIV/СИДУ

Прошло је скоро тридесет година од када је први случај HIV-а привукао светску пажњу. Данас је ово болест која не може да се излечи и за коју нема вакцине, али коју знамо како да превенирамо и са којом људи уз адекватну терапију могу да живе дуги низ година.

Према проценама UNAIDS-а више од 33 милиона људи у свету живи са HIV-ом. Током 2008. године широм света регистровано је 2,7 милиона новоинфицираних особа, а два милиона људи је умрло од ове болести. Према подацима Института за јавно здравље Србије, од 1984. до краја 2009. године, у Србији је регистровано 2440 особа инфицираних HIV-ом, од којих је 1489 особа оболело од сиде, а 1042 HIV позитивне особе су умрле.

У Министарству здравља Републике Србије на пољу борбе против HIV/сиде ради се активно већ дужи низ година. Од 2002. године, када је основана Републичка комисија, а 2005. године усвојена Национална стратегија за борбу против HIV/сиде и при Институту за јавно здравље Србије почела са радом Канцеларија за борбу против HIV/сиде, одговор државе на HIV постаје систематизованији. Тренутно се израђује нова Национална стратегија која ће дефинисати приоритете у овој области до 2015. године. Уз активну координацију Министарства здравља кроз пројекте који се финансирају средствима Глобалног фонда, спроводе се бројне активности које за циљ имају с једне стране превенцију, а с друге, побољшање квалитета живота особа које имају HIV.

Сви ови напори су утицали на то да се створе услови и да се унапреди епидемиолошки надзор HIV-а у Србији, кроз истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Резултати првих истраживања спроведених током 2008. године омогућили су прецизније планирање активности. Континуирано спровођење оваквих истраживања дугорочно гледано ће несумњиво водити ка томе да се значајно унапреди јединствени систем за праћење националног одговора на HIV, али и превенција и активности на смањењу стигме и дискриминације.

Ово истраживање је други пут спроведено у Србији, а потпунија слика ће бити доступна након трећег круга истраживања које ће бити спроведено 2012. године. Активности у оквиру истраживања су добар пример сарадње владиног и невладиног сектора, која је присутна у свим активностима које се спроводе у оквиру одговора наше земље на HIV.

Министар здравља

Проф. др Томица Милосављевић

ПРЕДГОВОР

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. Истраживања презентују резултате 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. Добијени резултати имају за циљ унапређење праћења стања здравља становништва и информисање стручне и шире јавности, као и побољшање постојећих услуга које се нуде истраживаним популацијама.

Прва истраживања су спроведена 2008. године и представљала су полазну стручну основу за све даље активности усмерене на унапређење националног одговора на HIV/сиду. Основни циљ истраживања је био добијање полазишних вредности дефинисаних националних индикатора на основу којих ће се понављаним истраживањима пратити одговор на HIV епидемију.

Истраживања 2010. године су други пут спроведена истраживања у Србији, а њихово континуирано спровођење ће омогућити јачање и унапређење јединственог система за праћење и процену националног одговора на HIV/сиду. Истраживања су спроведена у складу са Законом о здравственој заштити становништва, Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије и Националним системом и планом за мониторинг и евалуацију одговора на HIV епидемију.

Институт за јавно здравље Србије се захваљује Министарству здравља Републике Србије – Јединици за имплементацији HIV пројекта Глобалног фонда на стручној подршци у току истраживања, Глобал фонду на финансијској помоћи и свим сарадницима који су учествовали у реализацији овог истраживања. Посебно се захваљујемо свим испитаницима који су учествовали у овом пројекту, чији су одговори допринели да ближе упознамо низ сложених проблема и тиме учинимо помак у планирању адекватних превентивних и других активности које ће унапредити одговор Републике Србије на HIV инфекцију. Уверени смо да ће публикација „Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом” испунити своју намену и циљ – унапређење праћења стања здравља становништва и информисања стручне и шире јавности, као и побољшање постојећих услуга које се нуде истраживаним популацијама.

Директор Института за јавно здравље Србије

Др сц. мед. Тања Кнежевић

СКРАЋЕНИЦЕ

AIDS – синдром стечене имунодефицијенције
ARV терапија – антиретровирална терапија
ART – антиретровирална терапија
ГАК – Гинеколошко-акушерска клиника
GFATM – Global Fund for Fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria
(Глобални фонд за борбу против сиде, туберкулозе и маларије)
ДЗ – Дом здравља
ДПСТ – добровољно и поверљиво саветовање и тестирање
ЕЖВ – едукација о животним вештинама
ЗЈЗ – Завод за јавно здравље
ИЈЗ – Институт за јавно здравље
ИЈЗС – Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
ИКД – инјектирајући корисници дроге
ИТ – информационе технологије
КЦС – Клинички центар Србије
КЦВ – Клинички центар Војводине
КПЗ – Казнено поправни завод
МиЕ, М&Е – мониторинг и евалуација
МСМ – мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима
МСМЖ – мушкарци који имају сексуалне односе и са мушкарцима и са женама (бисексуалци)
НВО – невладина организација
НКХА – Национална канцеларија за HIV/AIDS
ПАС – психоактивне супстанце
PLHIV – енг. People Living with HIV, преузето у значењу „особе које живе са HIV-ом”
ПЗЗ – примарна здравствена заштита
ППИ – полно преносиве инфекције
РАК – Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије
РАР – енг. Rapid Assessment and Response, преузета у значењу „брза процена и одговор”
RDS – енг. Respondent-Driven Sampling, преузето у значењу „узорковање вођено испитаницима”
СЗО (WHO) – Светска здравствена организација (World Health Organization)
SMS – енг. Short Message Service, преузето у значењу „текстуална телефонска порука”
СП – особе које се баве сексуалним радом, сексуалне раднице/радници
УГ – удружење грађана

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDP – United Nations Development Programme
UNGASS – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF – United Nations Children's Fund
HAART – високо активна антиретровирална терапија
HCV – вирус хепатитиса Ц
HIV – вирус хумане имунодефицијенције
CDC – Centers for Disease Control

САДРЖАЈ:

1. УВОД.....	015
2. ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦЕ H1V-a, ХЕПАТИТИСА Ц И СИФИЛИСА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ И НИШУ, Наташа Мицковски.....	025
3. ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ H1V ИНФЕКЦИЈЕ, ВИРУСНОГ ХЕПАТИТИСА Ц И СИФИЛИСА И УЧЕСТАЛОСТИ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ, Виолета Ракић.....	069
4. ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА H1V ИНФЕКЦИЈЕ, ХЕПАТИТИСА Ц И СИФИЛИСА МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/РАДНИЦИМА У БЕОГРАДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА, Драган Илић.....	105
5. ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА H1V И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ, Данијела Ђонић.....	151
6. СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ, Љубиша Јовановић.....	195
7. ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА H1V И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ ЗАВОДСКИХ САНКЦИЈА, Маја Крстић.....	241
8. ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА H1V/AIDS-ом, Гордана Кртинић.....	281
9. КВАЛИТАТИВНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА: СТУДИЈА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СТУДИЈА МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА H1V-ом (PLH1V), Слађана Барош и Бојан Жикић.....	329
▪ ФАКТОРИ РИЗИКА НА МОГУЋНОСТ ИНФИЦИРАЊА H1V-ом И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА И ЖЕНАМА (МСМЖ).....	333
▪ КОНТЕКСТУАЛНИ ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА НЕКОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ИНФЕКТИВНИХ КЛИНИКА – ОДЕЉЕЊА ЗА H1V/AIDS МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА H1V/AIDS-ом (PLH1V).....	359
10. ЕСТИМАЦИЈА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈА ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА (ИКД), ОСОБА КОЈЕ СЕ БАВЕ СЕКСУАЛНИМ РАДОМ (СР) И МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА (МСМ), Данијела Симић.....	381
11. СЕРОПРЕВАЛЕНТНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА – МЕЂУ ИНЈЕКТИРАЈУЋИМ КОРИСНИЦИМА ДРОГЕ (ИКД), ОСОБАМА КОЈЕ СЕ БАВЕ СЕКСУАЛНИМ РАДОМ (СР), МУШКАРАЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА (МСМ) И МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ, Тања Јовановић.....	397

CONTENT:

1. INTRODUCTION.....	015
2. HIV, HCV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT, RISK BEHAVIOR AND USE OF SERVICES IN THE POPULATION OF INJECTING DRUG USERS IN BELGRADE AND NIS, Natasa Mickovski.....	028
3. HIV, HCV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR ASSESSMENT AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) IN BELGRADE AND NOVI SAD, Violeta Rakic.....	072
4. HIV, HCV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR AMONG SEX WORKERS IN BELGRADE, Dragan Ilic.....	108
5. SURVEY OF RISK BEHAVIOURS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG THE ROMA ETHNIC GROUP, Danijela Djonic.....	154
6. ATTITUDES, KNOWLEDGE AND HIV RISK BEHAVIOR OF YOUTH ACCOMMODATED IN INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE IN SERBIA, Ljubisa Jovanovic....	198
7. SURVEY OF RISK BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG PRISONERS, Maja Krstic.....	244
8. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS, Gordana Krtinic.....	284
9. QUALITATIVE COMPONENT OF PROJECT: STUDY AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND WOMEN (MSMW) AND AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV (PLHIV), Sladjana Baros, Bojan Zikic.....	329
a. RISK FACTORS FOR HIV AND RISK BEHAVIORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND WOMEN (MSMW).....	334
b. CONTEXTUAL FACTORS AFFECTING NON-USAGE OF HEALTH SERVICES PROVIDED BY HIV/AIDS DEPARTMENTS OF INFECTIOUS CLINICS TO PERSONS LIVING WITH HIV/AIDS (PLHIV).....	360
10. SIZE ESTIMATION OF POPULATION OD INJECTING DRUG USERS (IDU), MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) AND SEX WORKERS (SW), Danijela Simic.....	284
11. SEROPREVALENT COMONENT OF PROJECT – AMONG INJECTING DRUG USERS (IDU), MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM), SEX WORKERS (SW) AND ROMA YOUTH, Tanja Jovanovic.....	400

УВОД

У оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга” финансираног из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије (GFATM), Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (у даљем тексту: ИЈЗС) је организовао, координисао и спровео седам истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом (у даљем тексту: Истраживања). Надзор над спровођењем Истраживања су спроводиле Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије и Јединица Министарства здравља за имплементацију HIV пројекта GFATM. Истраживања су спроведена у периоду од 18. новембра 2009. до 30. јуна 2010. године.

Реализација Истраживања је одобрена од стране:

- Министарства рада и социјалне политике Републике Србије,
- Министарства правде Републике Србије,
- Министарства унутрашњих послова Републике Србије,
- Комисије за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије (ПАК),
- Етичког одбора ИЈЗС.

Истраживања су спроведена у сарадњи са:

- Министарством здравља Републике Србије и Јединицом Министарства здравља за имплементацију HIV пројекта Глобалног фонда,
- Медицинским факултетом Универзитета у Београду,
- Филозофским факултетом Универзитета у Београду,
- Клиникама за инфективне болести у Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу,
- Заводом за кожне и венеричне болести, Београд,
- Заводом за здравствену заштиту студената, Београд,
- Регионалним институтима и заводима за јавно здравље (Нови Сад, Крагујевац, Шабац, Суботица, Пожаревац, Ниш, Чачак),
- Домом здравља Ниш,
- Клиничким центром Србије, Београд,
- Клиничким центром Војводине, Нови Сад,
- Клиничким центром Ниш,
- Клиничким центром Крагујевац,
- НВО „Омладина ЈАЗАС”-а, Београд,

-
- НВО „ЈАЗАС”, Београд,
 - НВО „Веза”, Београд,
 - НВО „Путоказ”, Ниш,
 - НВО Ромско-српско пријатељство „Стабло”, Крагујевац,
 - НВО „Сигуран пулс младих”, Београд,
 - НВО „Омладина ЈАЗАС”-а, Нови Сад,
 - НВО Асоцијација „Дуга”, Шабац,
 - НВО „Више од помоћи – AID Plus”, Београд,
 - НВО Екуменска хуманитарна организација „Центар Црвена линија”, Нови Сад.

ЦИЉЕВИ ПРОЈЕКТА И ФАЗЕ РЕАЛИЗАЦИЈЕ

У оквиру Националне стратегије за борбу против HIV/AIDS-а 2005–2010. и Система и плана мониторинга и евалуације одговора на HIV епидемију препозната је потреба за спровођењем понављаних серолошких и бихевиоралних истраживања на сваке две године међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а, са циљем бољег праћења и процене епидемиолошког тренда, заступљености ризичног/протективног понашања, обухвата превентивним програмима и фактора који могу имати утицаја на кретање тока епидемије. Резултати оваквих истраживања омогућавају адекватније планирање превентивних програма, доношење одлука и спровођење активности којима се унапређује национални одговор на HIV епидемију.

Специфични циљеви у оквиру Пројекта

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

- праћење и процена тренда епидемије HIV-а,
- праћење и процена тренда епидемије хепатитиса Ц и сифилиса,
- мерење и праћење националних показатеља обухвата, исхода и утицаја везаних за HIV/AIDS и ППИ,
- процене ефикасности, ефективности и адекватности постојећих програма превенције HIV-а и других здравствених програма/пројеката,
- идентификације фактора који утичу на стварање стигме и дискриминације везане за популације под повећаним ризиком на HIV, односно особе које живе са HIV-ом,
- праћења и процене доступности и приступачности здравствених услуга и задовољства њима,
- процене величина популација инјектирајућих корисника дрога (ИКД), особа које се баве сексуалним радом (СР) и мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ).

КОМПОНЕНТЕ ПРОЈЕКТА

Пројекат је имао комплексну структуру. Основне четири компоненте садржане у појединачним истраживањима, у зависности од постављених циљева, имале су утицаја на дизајн истраживања. Основне компоненте пројекта су:

1. Бихевиорална (квантитативна) компонента – саставни део свих седам истраживања.
2. Бихевиорална (квалитативна) компонента – саставни део истраживања међу MSM и међу особама које живе са HIV-ом (у даљем тексту: PLHIV).
3. Компонента естимације величине популација – саставни део истраживања међу ИКД, MSM и СР.
4. Серопревалентна компонента – саставни део истраживања међу ИКД, MSM, СР и младима ромске етничке припадности.

ПРЕГЛЕД РЕАЛИЗОВАНИХ ИСТРАЖИВАЊА

	Популација	Компоненте	Локације	Узорак	Узорак: укупно
1	Инјектирајући корисници дроге (ИКД)	Бихевиорална Серопревалентна (HIV, HCV, сифи- лис) Естимација	Београд	371	571
			Ниш	200	
2	Мушкарци који имају секс са мушкарцима (МСМ)	Бихевиорална Квалитативна Серопревалентна (HIV, HCV, сифилис) Естимација	Београд	280	480
			Нови Сад	200	
3	Сексуалне радни- це/радници (СР)	Бихевиорална Серопревалентна (HIV, HCV, сифилис) Естимација	Београд	250	250
4	Млади ромске етничке припад- ности	Бихевиорална Серолошка (HIV, HCV, сифилис)	Београд	270	410
			Крагујевац	140	
5	Деца/млади на институционалном смештају	Бихевиорална	14 градова у Србији	269	269
6	Особе на издржа- вању кривичних заводских санкција	Бихевиорална	14 градова у Србији	599	599
7	Особе које живе са HIV-ом (PLHIV)	Бихевиорална	Београд	230	296
			Нови Сад	50	
		Квалитативна	Београд Нови Сад	16	
	УКУПНО ИСПИТАНИКА У ОКВИРУ ПРОЈЕКТА				2875

ФАЗЕ РЕАЛИЗАЦИЈЕ ПРОЈЕКТА

Пројекат је реализован у три фазе: фаза припреме, фаза теренског истраживачког рада и фаза финализације.

1. Фаза припреме (новембар 2009 – фебруар 2010):

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

2. Фаза теренског истраживачког рада (март – април 2010):

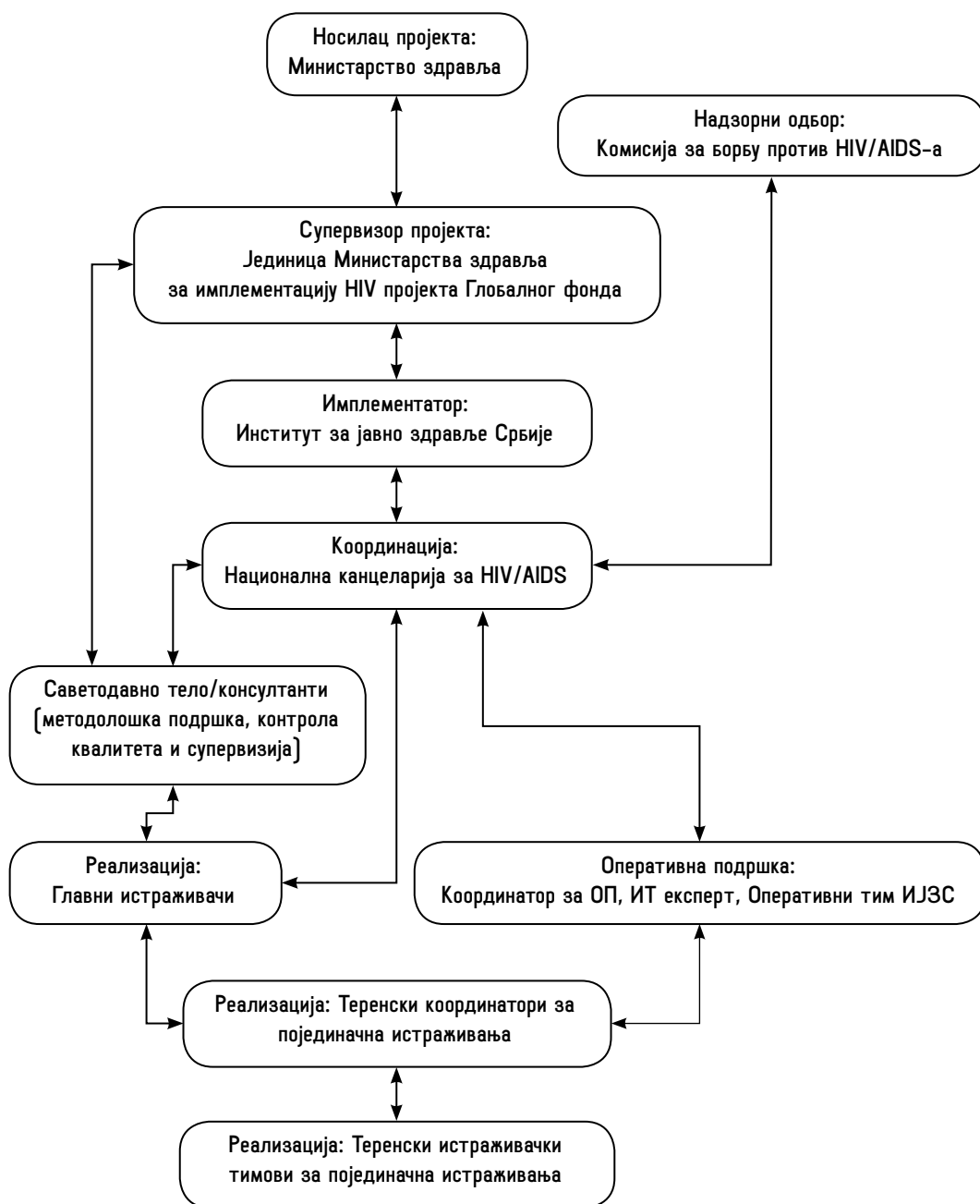
У другој фази Пројекта реализован је теренски истраживачки рад, односно сакупљање података на терену. Ову фазу је пратило редовно повратно извештавање о току истраживања, дефинисање додатних истраживачких индикатора, планирање обраде података, формирање апликација за унос и обраду сакупљених података, пружање оперативне, техничке и логистичке подршке теренским истраживачким тимовима и сл.

3. Фаза финализације (мај – јун 2010):

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

ОРГАНИЗАЦИЈА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРОЈЕКТА

Током реализације Пројекта, примењена је следећа организациона шема:



Улоге, задаци и одговорности свих учесника у Пројекту су биле јасно дефинисане. На челу пројекта су били:

- Проф. др Томица Милосављевић, министар здравља,
- Прим. др сц. мед. Тања Кнежевић, директор ИЈЗС, руководиоца пројекта.

Носилац пројекта је Министарство здравља Републике Србије, а реализатор Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Надзорни одбор у оквиру Пројекта је била Комисија за борбу против HIV/AIDS-а. Супервизију реализације свих фаза пројекта је вршила Јединица Министарства здравља за спровођење HIV пројекта Глобалног фонда, док је реализацију координирала Национална канцеларија за HIV/AIDS/ИЈЗС. На реализацији Пројекта било је ангажовано преко 120 особа, а истраживања су се реализовала на 39 истраживачких локација.

У сврхе успешне реализације истраживања, формирано је посебно Стручно саветодавно тело. Ово тело је обезбеђивало стручну подршку за развој методологије истраживања, планирање и реализацију анализе података, писање извештаја са резултатима појединачних истраживања, као и за праћење реализације Истраживања на начин дефинисан протоколима. Појединачна истраживања у оквиру Истраживања су водили главни истраживачи. Они су формирали теренске истраживачке тимове на челу са теренским координаторима. Теренски координатори су били задужени за координацију прикупљања података на терену и даље достављање необрађених података у ИЈЗС. У оквиру пројекта Истраживања формирано је посебно тело за оперативну подршку чијим радом је координирао координатор за оперативну подршку. Тим је обухватао ИТ асистента за оперативну подршку и оперативни тим ИЈЗС-а (возачи, ноћни чувари, административни асистент, магационер итд). Тим за оперативну подршку је био задужен за пружање техничке и логистичке подршке у реализацији истраживања која су се спроводила на 39 локација у око 20 градова у Србији. У оквиру овог тима, ИТ асистент је развио базу за свакодневно праћење тока теренског истраживачког рада. База је омогућила праћење прогреса у теренском раду на дневном нивоу и брзу размену информација о прогресу истраживања. Поред броја учесника (дисагрегираних по полу и узрасту), могли су се пратити и други подаци везани за реализацију теренског рада (дистрибуција надокнада за учешће у истраживању, издавање РДС купона за регрутовање учесника, одбијање учешћа, неиспуњавање критеријума, итд). Прикупљене податке су у базу на дневном нивоу уносили и слали или теренски координатори или купон менаџери, у зависности од типа истраживања. Теренски координатори су координирали рад теренског истраживачког тима и били одговорни за спровођење процедура безбедности тима и поштовање етичких принципа Пројекта. У случају инцидента на терену, теренски координатори су о томе извештавали координатора оперативне подршке, који је даље реаговао у складу са ситуацијом.

Сви подаци сакупљени на терену путем упитника и пратећих образа су, након контроле потпуности и доследности одговора унетих у упитнике од стране главног истраживача, достављани Тиму за статистику ИЈЗС на унос и даљу обраду. Тим за статистику ИЈЗС је ове податке уносио у посебно развијене софтверске апликације. Тим за статистику ИЈЗС је водио консултант и координатор за статистику у сарадњи са Стручним саветодавним телом.

Током реализације пројекта за комуникацију са медијима била је заједно РР служба Јединице Министарства здравља и ИЈЗС.

ИСТРАЖИВАЧКА ДОКУМЕНТАЦИЈА

Сва истраживачка документација (протоколи, упитници, листе за проверу процедуре, листе за даље упућивање, специфични помоћни упитници, евиденционе листе и сл) су прошли кроз контролу Стручног саветодавног тела и након тога одобрени од стране Етичког одбора ИЈЗС. Поред поштовања методолошких процедура истраживања и етичких принципа дефинисаних на нивоу пројекта, водило се рачуна да је истраживачка документација у складу са захтевима постављеним у оквиру Система и плана мониторинга и евалуације одговора на епидемију HIV-а Републике Србије и циљевима постављеним у Националној стратегији за борбу против HIV/AIDS-а.

УНАПРЕЂЕЊЕ ИСТРАЖИВАЧКОГ ИНСТРУМЕНТАРИЈУМА НАДЗОРНИХ ИСТРАЖИВАЊА

У односу на надзорна истраживања спроведена 2008. године, 2010. године су одређени сегменти унапређени на основу претходног искуства. Измене су унете ради уједначавања сетова питања у упитницима и ради дефинисања додатних индикатора од значаја за надзор над епидемијом HIV-а, и то:

- за сва истраживања уведене су идентичне групе питања везане за сексуално понашање и праксу инјектирања дроге;
- у оквиру истраживања међу MSM, CP и ИКД интегрисана су питања потребна за процену величина популација на локалном нивоу, коришћењем метода множиоца.
- поред националног сета показатеља за праћење одговора на HIV епидемију, уведени су додатни сетови показатеља:
- показатељи доступности и приступачности здравствених сервиса и задовољства квалитетом здравствених услуга;
- показатељи стигме и дискриминације (према PLHIV и аутостигма међу PLHIV, CP, ИКД и MSM) и насиља.

ЧУВАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОДАТАКА

Сви сакупљени подаци се чувају у ИЈЗС/НКХА (минимум пет година). Статистичке електронске базе за обраду података са унетим сакупљеним подацима власништво су Министарства здравља Републике Србије и ИЈЗС. Приступ сировим подацима и/или статистичким електронским базама са унетим сакупљеним подацима могућ је једино уз писану сагласност Министарства здравља/Јединице за имплементацију HIV пројекта GFATM и ИЈЗС/НКХА, која се добија на основу образложења у коју сврху ће се подаци користити.

Резултати истраживања су јавни и подлежу Закону о јавном информисању грађана, уколико Министарство здравља Републике Србије и Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије не одлучи супротно. Свако публикување резултата истраживања има за циљ да се побољшају постојећи програми који се спроводе међу истраживаном популацијом (програми смањења штете, превенције трансмисије HIV-а, смањења ризика за инфицирање HIV-ом, смањења стигме, побољшање квалитета живота особа које живе са HIV-ом итд). Публиковање резултата истраживања, укључујући и научноистраживачке радове у домаћим и страним часописима, могуће је уз сагласност Министарства здравља/Јединице за имплементацију HIV пројекта Глобалног фонда и ИЈЗС/НКХА.

ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ПРОЈЕКТА

У оквиру Пројекта посебна пажња је посвећена етичким питањима истраживања. Ово је посебно значајно због тога што су субјекти истраживања особе које припадају осетљивој и посебно осетљивој популацији. Разумевање те популације, као и фактора ризика са њом повезаних, етичко је питање само за себе, које захтева пуни опрез и високи професионализам.

Основни етички принципи који су у овом истраживању поштовани су:

1. Заштита добробити свих учесника у истраживању (како субјеката истраживања, тако и чланова теренских истраживачких тимова и локалних заједница у којима се реализује истраживање). Истраживање је тако конципирано да није штетило било коме ко је био укључен у његову имплементацију.
2. Осигуран минималан ризик и максимална корист за субјекте. Иако се овај тип истраживања карактерише као „без или са минималним ризиком”, пун опрез је и даље неопходан. У том смислу било је потребно:
 - а) превенирати ризик везан за опасност накнадне стигматизације и дискриминације истраживачких субјеката и утицај на

повећање вулнерабилности. Главни начин заштите је био очување поверљивости свих активности пројекта, од избора субјекта преко анкетирања, чувања и даљег процесуирања информација/података;

б) обезбедити корист за све субјекте укључене у истраживање на колективном и индивидуалном нивоу, и то:

- На колективном нивоу омогућено је праћење, процена и правовремено реаговање на промене епидемиолошке ситуације, развој ефикаснијих, ефективнијих, циљаних превентивних програма, доношење одлука и дизајн интервенција на националном нивоу, заснованих на доказима, односно резултатима Пројекта;
- На индивидуалном нивоу – омогућено је сваком учеснику у истраживању да добије релевантне информације у вези HIV инфекције, као и одговоре на питања која он сматра значајним, а односе се на истраживане проблеме, укључујући и информације (усмене и у писаном облику) о установама/организацијама у којима могу добити детаљније одговоре и/или добити одговарајућу превентивну/здравствену услугу. Поред тога, сваки учесник је могао добити кондоме и информативно-едукативни материјал;
- Током друге фазе Пројекта (теренског рада) функционисао је и систем за даље упућивање на основу дописа које је Министарство здравља у ту сврху послало релевантним установама у систему здравствене заштите. Наиме, сви учесници су били упућивани на додатно саветовање и тестирање у одговарајуће ДПСТ центре; сви учесници којима је резултат брзог теста био реактиван на HIV, HCV или сифилис упућивани су на даље тестирање у одговарајуће установе (они без здравственог осигурања су имали могућност да добију здравствену услугу на клинкама/институтима са упутом са истраживања, без уписаних личних података).

3. Поштовање базичних људских права субјеката у истраживању, група и чланова заједнице одакле субјекти потичу. Етика правде и коректног односа подразумева да се субјекти истраживања не излажу било каквим непријатностима, као и да им се не постављају било какви захтеви који нису у вези са истраживањем.

4. Поштовање личности и интегритета субјеката у истраживању. Ово подразумева поштовање достојанства сваког субјекта, његовог права на самоодређење и самоодлучивање, приступ без осуде и процењивања и без моралисања.

5. Поштовање аутономије субјекта истраживања, тј. партиципанта. Партиципант није објекат већ субјекат истраживања који има своју аутономију одлучивања о учешћу у истраживању. Ово подразумева да:

- а) Партиципант може да не прихвати учешће или да одустане од учешћа кад год то пожели. Свака одлука партиципанта прима се са уважавањем и не тражи се да је партиципант објашњава или да се оправдава. Сваки потенцијални партиципант је информисан да има право да прихвати или одбије учешће у истраживању, као и да одустане током процеса истраживања и да ће се његова одлука поштовати и неће утицати на могућност да се адекватно информише о HIV-у.
- а) Чланови теренског тима не наговарају, не убеђују и не стимулишу материјалним средствима потенцијалне партиципанте да учествују у истраживању. Материјална надокнада за учешће у истраживању је компензација за утрошено време и потенцијалне трошкове које су партиципанти имали током процеса учествовања. Посебан опрез је био присутан у односу на особе код којих је из неких разлога компромитована аутономија (особе под утицајем алкохола, дроге, екстремно сиромашне, гладне и слично).

6. Поверљивост и анонимност учествовања у истраживању. Овај принцип се обезбеђује кроз неуписивање имена нити других идентификујућих података, кроз коришћење кодова, неповезаност информација (из разних извора) са партиципантом, руковањем и чувањем информација од стране овлашћених лица и институција, као и кроз очување поверљивости разговора између партиципанта и одговарајућих чланова теренског истраживачког тима.

7. Добровољност учествовања. Ово је уједно и најзначајнији етички принцип Пројекта и једини који се регулише на посебан формалан начин. Наиме, након информисања потенцијалног учесника о циљевима истраживања и начину учешћа, тражи се писани пристапак од партиципанта да хоће да учествује. За ово је формиран посебан образац на коме особа својим потписом, уз потпис особе која га је информисала потврђује своју одлуку да учествује у истраживању. Овај образац није спајан ни на који начин са подацима које је испитаник давао приликом анкетирања и учешћа у истраживању. Такође, пристапак није само форма, већ је био и прилика да се изгради поверење између истраживача и партиципанта. Приликом давања информисаног пристапка, поштовала су се одређена правила и то да:

- а) пристапак је могла дати само правно компетентна особа или њен легитимни заступник (особа старости 18 и више година, ментално и физички очувана);

-
- б) код непунолетних особа и у ситуацији где пристанак даје стара-
лац или овлашћена институција тражила се сагласност детета или
адолесцента да учествује у истраживању. Давање сагласности је
подлегало истој процедури као и пристанак, с тим што се након
разговора и информисања о истраживању тражила са-мо усмена
сагласност непунолетне особе;
- в) све особе, пре него што би дале свој пристанак или сагласност мо-
рале су да буду у потпуности информисане о томе на шта прис-
тају;
- г) сама процедура добијања пристанка/сагласности подразумевала је
две фазе: разговор теренског истраживача и потенцијалног парти-
ципанта и потписивање обрасца пристанка, односно давање усме-
не сагласности;
- д) све информације су морале да буду пренесене потенцијалном пар-
тиципantu на онај начин који ће бити довољно разумљив и при-
хватљив за њега/њу, а за децу и адолесцените на начин њима при-
лагођен;
- ђ) Сви потенцијални партиципанти (субјекти истраживања) су до-
бијали следеће информације о истраживању:
- сврха истраживања;
 - начин на који се истраживање реализује. У случају оних истражи-
вања у оквиру којих су се спроводиле серолошка (вађење крви из
прста) и бихевиорална компонента, наглашавано је да је то целина
и да се пристанак даје за обе компоненте истраживања;
 - улога партиципанта – информације о користи и евентуалној штети
од учешћа у истраживању, шта се очекује од партиципанта и које
су његове могућности у оквиру истраживања;
 - права партиципанта на анонимност и поверљивост, на могућност
да одустане од учешћа у истраживању и да тражи додатне инфор-
мације;
 - начин употребе сакупљених података и њиховог чувања;
 - контакт адресе и телефони:
 - за примедбе и жалбе на било које неправилности на терену;
 - за тражење додатне помоћи или информација у ресорним ус-
тановама.

Сви учесници су ове основне информације о истраживању и услови-
ма учешћа у истраживању добили како усмено, тако и у виду документа
са основним подацима о истраживању и процесу учествовања.

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

314:616.9-056.83(497.11)(083.41)

**ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦЕ HIV-а, ХЕПАТИТИСА
И СИФИЛИСА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА
И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА
У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА
ДРОГА У БЕОГРАДУ И НИШУ**

Главни истраживач и аутор текста:

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

Консултант истраживања:

Др Данијела Симић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Теренски координатори:

Станислав Клокоћар, НВО „Веза”, Београд
Андријана Микић, УГ „Путоказ”, Ниш

Кратак садржај:

Процене указују да у свету има преко 13 милиона инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту ИКД), од којих готово 80% живи у земљама у развоју и транзицији. Инјектирајућа употреба хероина представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу (хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV). Главни циљ истраживања је процена преваленције HIV-а, хепатитиса Ц и сифилиса, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији ИКД у Београду и Нишу. Истраживање представља серопревалентну и бихевиоралну студију пресека. Теренско истраживање се спроводило у Београду и Нишу. Циљну популацију истраживања чинили су ИДК оба пола у Београду и Нишу. ИКД су се дефинисали као особе оба пола, узраста 18 година и више, које су користиле повремено или редовно психоактивне супстанце инјектирањем током претходних месец дана. Случајни узорак добијен је методом узорковања вођеног испитаником (енг. *respondent-driven sampling* – RDS). Прикупљање бихевиоралних података вршено је помоћу структурираног упитника. Одређивање преваленције HIV, HCV и инфекције узрочником сифилиса остварено је употребом брзих серолошких тестова. У анализи података коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе, употребом софтверског пакета SPSS 17.0. Нађена преваленција HIV инфекције у пригодном узорку ИКД била је ниска и износила је 2,4% у Београду и 4,5% у Нишу. Преваленција хепатитис Ц вирусне инфекције у Београду износила је 77,4%, а у Нишу 60,5%. Преваленција инфекције сифилисом била је изузетно ниска и износила је свега 0,5% у целокупном узорку. Карактеристике сексуалног понашања у овој популационој групи указују на значајан степен ризика и угрожености. Недоследна употреба кондома са различитим врстама партнера, којих је у просеку било више током године, посебно међу мушкарцима и млађим добним категоријама испитаника, затим сексуални односи са партнерима који не убризгавају дрогу, указује на значај ИКД популације у сексуалној трансмисији HIV инфекције и других ППИ. Обухват испитаника специфичним програмима смањења штете је низак, посебно у Нишу (20,2% у Београду и 7,0% у Нишу). Такође, мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. И поред адекватног квантума знања о HIV инфекцији, без обзира на то да ли су били укључени у неки од доступних превентивних програма или не, испитаници се нису протективно понашали у смислу чешћег тестирања на HIV у претходних годину дана, употребе кондома и стерилног прибора за инјектирање.

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

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

Natasa Mickovski¹

Abstract

It is estimated that there are over 13 million injecting drug users (IDU) in the world, 80% of whom live in developing countries and countries in transition. Heroin is one of the most frequent prohibited substances used through injecting in the world. Injecting use of heroin presents a significant risk factor for viral infections transmitted through blood (hepatitis B, hepatitis C and HIV). The main goal of this survey is the assessment of HIV, HCV and syphilis prevalence, risk behavior and services use in the IDU population in Belgrade and Niš. The survey is a bio-behavioral cross-sectional study. Field research was conducted in Belgrade and Niš. The target population was IDUs of both sexes in Belgrade and Niš. IDUs are defined as people of both sexes, of age 18 and over, who have temporarily or continuously used psychoactive substances by injection during the last month. A random sample was obtained by respondent-driven sampling – RDS method. Behavioural data was gathered through structural questionnaires. HIV, HCV and syphilis prevalence was determined through the use of fast serological tests. Data analysis was conducted through descriptive statistic analysis in SPSS 17.0 software. Prevalence of HIV infection in the sample was as low as 2.4% in Belgrade and 4.5% in Niš. Prevalence of hepatitis C infection was 77.4% in Belgrade and 60.5% in Niš. Prevalence of syphilis infection was extremely low (0.5%) in the entire sample. The characteristics of sexual behavior in this population show a significant degree of risk and vulnerability. Inconsistent use of condoms with various types of partners (on average several over the year) especially among men and younger people, and sexual intercourse with partners who do not inject drugs, indicate that the IDU population is of significance in the sexual transmission of HIV and other sexually transmitted infections. Participation in specific harm reduction programs was low, especially in Niš (20.2% in Belgrade and 7.0% in Niš). A small number of study participants were included, in the last year, in treatment programs in facilities for addiction treatment. Despite having adequate knowledge about HIV infection and being included in preventive programs, participants did not behave protectively in terms of frequent HIV testing in the previous year, use of condoms and sterile injection equipment.

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

¹ Institute of Public Health of Serbia *Dr Milan Jovanovic Batut*

1. УВОД

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

Од свих супстанци које се користе инјектирањем у свету, хероин је најчешћа [2, 3]. Инјектирајућа употреба хероина представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу, као што су хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV [4–7].

Према доступним епидемиолошким подацима, HIV епидемија у нашој земљи међу ИКД се мења, а разлози за то нису сасвим познати. Од почетка HIV епидемије у Србији је од 1985. године закључно са 20. новембром 2009. године званично регистровано 2414 HIV позитивних особа, од којих су 1472 особе оболеле од AIDS-а (сиде), (61% свих HIV позитивних особа), док су 962 особе умрле од AIDS-а (65% свих оболелих од AIDS-а). Учесталије регистровање HIV позитивних особа заступљеније је у већим градовима Србије, посебно на подручју града Београда (скоро 80%), где се реализује и највећи број тестирања.

Инјектирање дроге је, кумулативно посматрано, доминантан вид преношења HIV инфекције у Републици Србији (44% ИКД међу свим регистрованим особама инфицираним HIV-ом). Међутим, последњих година се запажа опадајући тренд преноса HIV-а међу ИКД (9% новооткривених HIV позитивних у 2008. години у односу на 70% 1991. године), а растући тренд сексуалне трансмисије HIV-а међу новодијагностикованим особама инфицираним HIV-ом (80% новооткривених HIV позитивних особа 2008. године у односу на 27% 1991. године). Посебно су под високим ризиком мушкарци који имају ризичне сексуалне односе са мушкарцима (57% у 2008. години, насупрот 11% током 1991. године) [8].

Инфекција вирусом хепатитиса Ц (HCV) је, вероватно, најпревалентнија инфекција међу ИКД [9, 10, 11]. Према истраживању из 2008. године процењена преваленција вирусног хепатитиса Ц међу ИКД била је висока и износила је 69% у Београду, 50% у Нишу и 45% у Новом Саду, насупрот ниској преваленцији HIV-а од 3,7% у Београду, 1,6% у Нишу и 0,8% у Новом Саду [12].

Резултати серолошког тестирања на анти-HCV антитела појединих група становништва у Србији у 2008. години указују да је највиша серопреваленција HCV-а регистрована међу хемофиличарима (50%), ИКД (37%) и пацијентима на хемодијализи (8%), што је и карактеристично за ову инфекцију [13].

Истраживање у популацији ИКД из 2008. године указало је да је медијана узраста започињања узимања дрога убризгавањем у вену 21. година [12]. Национално истраживање у општој популацији је показало да је просечан узраст започињања инјектирања дрога 21,8 година, односно

63% испитаника узраста 15–24 године је навело да је први пут инјектира-
ло дрогу пре 21. године живота [14]. Истраживање је показало да је прева-
ленција инјектирајуће употребе дрога у општој популацији узраста 15–59
година 0,25% (11.673 особа рачунато према попису становништва из 2002.
године), при чему је однос мушког пола према женском био 7:1, док је у
популацији узраста 15–24 године пријављена преваленција инјектирања
дрога од 0,3% и то само од стране испитаника мушког пола.

У истраживању популација под повећаним ризиком од HIV-а из 2008.
године, међу ИКД доминира мушки пол (83% у Београду, 84% у Новом
Саду и 86% у Нишу), а млади узраста од 15 до 24 године чинили су петину
популације ИКД у Београду, тј. више од четвртине испитиване попула-
ције ИКД у Нишу и Новом Саду [12].

У складу са одредницама Националног система мониторинга и ева-
луације одговора на HIV епидемију и Друге генерације надзора над HIV-
ом и ППИ, предвиђено је да се овим истраживањем прикупљају пода-
ци ради: праћења и процене тренда HIV инфекције и других инфекција
(преваленција); праћења и процене фактора ризика уз идентификацију
ризичних облика понашања; процене коришћења, као и ефективности
и адекватности постојећих програма превенције HIV-а и других ППИ-а,
као и идентификације нивоа и фактора који утичу на стварање стигме
и дискриминације везане за популације под повећаним ризиком на HIV,
односно особе које живе са HIV-ом, а све у циљу доношења сврсисход-
них одлука којима се унапређује национални одговор на HIV епидемију
[15–23].

КЉУЧНА ПИТАЊА У ПОПУЛАЦИЈИ ИКД СУ:

- Колика је преваленција HIV инфекције, HCV инфекције и инфекције сифилисом у популацији ИКД?
- У ком обиму је присутно ризично понашање везано за праксу инјек-
тирајућег коришћења психоактивних супстанци и сексуалну праксу?
- Да ли су ИКД информисани о HIV/AIDS-у и о здравственим услугама,
сервисима и програмима?
- Да ли су здравствени сервиси и програми доступни ИКД попула-
цији?
- Какво је задовољство ИКД популације пруженим услугама у оквиру
здравствених сервиса и програма?
- Колика је величина популације ИКД у Београду и Нишу?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV-а, хепатити-
са Ц и сифилиса, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији
инјектирајућих корисника дрога у Београду и Нишу.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања су:

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

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Истраживање представља комбиновану серопревалентну и бихевиоралну студију пресека.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Теренско истраживање се спроводило у Београду и Нишу у неинституционализованом простору адаптираном за потребе истраживања.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Теренски део истраживања почео је 19. марта у оба града. У Нишу је теренски део истраживања завршен 7. априла, а у Београду 30. априла.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Циљну популацију истраживања чине ИДК оба пола у Београду и Нишу.

У сврхе истраживања, ИКД се дефинишу као особе оба пола, узраста 18 година и више, које користе повремено или редовно психоактивне супстанце (оне које изазивају промену перцепције и/или понашања) убризгавањем (коришћењем игле и шприца).

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

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

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

$$P = P_1 + P_2 / 2$$

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

Уколико узмемо да је вредност преваленције кључног бихевиоралног индикатора – у овом случају коришћења стерилног прибора код последњег инјектирања, била 80% (вредност P1) према подацима истраживања из 2008. године [12], а да очекујемо пораст наведеног индикатора у следећем истраживању на 90% (вредност P2) и узевши да је снага (енгл. power $Z_{1-\beta}$) истраживања 80%, а вредност нивоа значајности 95% код једносмерног теста ($Z_{1-\alpha}$), добија се узорак од 312 испитаника као доња граница величине узорка у овом истраживању.

Случајни узорак добијен је методом узорковања вођеног испитаником (енг. respondent-driven sampling – RDS). РДС методологија узорковања се користила обзиром на то да ИКД популација има добро развијене социјалне мреже [24–27], као и да се ова методологија показала успешном и код нас приликом истраживања реализованог 2005. године од стране UNDP/HPVPI и Imperial College-a, као и током 2008. године [12].

Узимајући у обзир ограничавајуће услове, који се односе на просторну и временску ограниченост, коришћен је пригодан узорак од укупно 600±40 јединица посматрања, и то 400±20 у Београду и 200±20 у Нишу.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

У истраживању су могле да учествују особе оба пола које:

- имају 18 и више година;
- су користиле психоактивне супстанце инјектирањем у последњих месец дана;
- самоиницијативно пријављују стално или привремено пребивалиште на подручју града у којем се спроводи студија не краће од три месеца;
- схватају и прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији;
- ментално су у подобном стању за учешће у истраживању (у могућности да разумеју питања и одговоре на њих);
- су регрутоване 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;
- имају валидан купон за учешће у истраживању.

3.1.7 УПИТНИЦИ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Прикупљање бихевиоралних података вршено је помоћу структурираног упитника, који се састоји од 61 питања, а покрива следеће теме: социјално-демографске карактеристике испитаника; историјат и пракса инјектирајућег коришћења дрога; сексуална пракса; коришћење кондома са различитим врстама партнера; знање о сексуално преносивим обољењима и коришћење служби за лечење сексуално преносивих болести; знање, ставови и мишљења о HIV/AIDS-у; контакт са службама за тестирање и лечење; контакт са полицијом; обим коришћења здравствене заштите и задовољство корисника; ставови о стигматизацији и дискриминацији.

3.1.8 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

У циљу заштите добробита свих који учествују у истраживању и минимизације ризика са максимизацијом користи за субјекте, који представљају веома специфичну циљану групу истраживања, посебна пажња посвећена је избору локације где се истраживање спроводи.

Локација је била доступна, добро обезбеђена и неупадљива. Теренска истраживачка локација била је и у Београду и у Нишу лоцирана у ширем центру града, на довољној удаљености од јавних друштвених институција и сервиса. Пре спровођења истраживања биле су обезбеђене све релевантне дозволе од надлежних општинских власти, на чијој се територији оно спроводило, а о трајању и динамици, надлежни органи безбедности су такође били обавештени, што је омогућило несметано одвијање истраживања.

У циљу избегавања накнадне стигматизације и дискриминације истраживачких субјеката и утицаја на повећање вулнерабилности, поштовани су сви принципи поверљивости од стране свих учесника истраживања, укључујући и саме испитанике. Због тога је на одабраној локацији било забрањено стварање гужве или окупљање у броју који је већи од предвиђеног, остављање отпада, прављење буке, укључујући и јавну расправу и коментаре, као и инјективно убризгавање дроге са остављањем прибора.

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

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

У сврху извођења истраживања била је остварена сарадња са невладиним организацијама које раде превентивне програме са циљним популацијама (НВО „Веза” у Београду и УГ „Путоказ” у Нишу).

Да би се обезбедила репрезентативност узорка, почетни узорак (тзв. семена) је био намерно узоркован од стране истраживачког тима, односно семена су била регрутована од стране представника невладиних организација које раде са циљном популационом групом на локацији истраживања. Почетни узорак био је величине седам особа у Београду и пет у Нишу. У питању су биле особе са великим социјалним мрежама, а у сврху теоријске репрезентативности, при селекцији се водило рачуна о увођењу фактора различитости међу почетне испитанике.

Стога је у Београду у иницијалном узорку било пет особа мушког пола и две особе женског пола (минимум два младића и једна девојка били су узраста од 18 до 24 године).

У Нишу су иницијални испитаници били четири мушкарца и једна особа женског пола, а планирано је да минимум један младић и једна девојка буду узраста од 18 до 24 године. Почетни испитаници разликовали су се и по дужини инјективног узимања дрога (до годину дана, до пет година, 10 и више година инјекционог стажа). Иницијални испитаници били су позвани да дођу на место спровођења истраживања пар дана пре отварања истраживања. Са њима је било обављено анкетирање и уз њихову сагласност узет им је узорак крви за тестирање, са претходним адекватним саветовањем. Анкетирање се одвијало лицем у лице, а попуњавање упитника није трајало дуже до 45 минута. Након проласка кроз све делове студије (анкетирање и давање узорка капиларне крви из прста за тестирање) испитаници су добијали основну надокнаду као компензацију за изгубљено време и евентуалне трошкове које су имали. Потом им је детаљно био објашњен процес регрутовања, уз давање до три купона у циљу регрутовања припадника исте популационе групе оба пола из своје социјалне мреже који ће учествовати у студији.

Додатна (секундарна) надокнада давана је регрутатору за сваког од регрутованих учесника који обаве анкетирање и тестирање. Купони су били нумерисани тако да су оригинални регрутатори били препознатљиви.

Теренски координатор истраживачког места дочекивао је потенцијалне учеснике и одводио их до особе која је проверавала да ли испитаник задовољава критеријуме за укључење. Поред провере подобности, особа задужена за овај део истраживања је са потенцијалним учесником обављала неформални разговор. За време трајања разговора, теренски координатор је заједно са купон-менаџером проверавао валидност купона. Особа која није задовољавала инклузионе критеријуме није била укључена у студију и попуњавао се формулар за неукључивање, заједно са разлогом неподобности.

Уколико је особа задовољавала инклузионе критеријуме, од ње се тражила писана информисана сагласност за учешће.

Након тога је теренски координатор спроводио испитаника до места где ће се обавити анкетирање лицем у лице са анкетаром. Након завр-

шеног главног испитивања, анкетар је учеснику постављао додатна питања везана за величину социјалне мреже, након чега је испитаник био упућиван на саветовање. Саветник му је давао неопходне информације о ризицима везаним за HIV и ППИ, са даљим упућивањем на тестирање. Испитаник је добијао информацију од саветника да може да сазна резултат тестирања у последњих сат времена на месту спровођења студије, уз обавезно брзо саветовање после тестирања. Након тога медицински техничар је учеснику узимао узорак крви. По комплетирању свих етапа студије, особа задужена за исплату надокнада и контролу купона уносила је све потребне податке у електронску базу података за праћење процеса теренског рада и испитанику је давана примарна надокнада, као и до три адекватно нумерисана купона које би требало да дистрибуира својим пријатељима и познаницима у року од 14 дана. Особа задужена за исплату надокнада и контролу купона сваком испитанику је објашњавала сам процес регрутовања.

Ако је особа на самом почетку или у било ком другом тренутку одлучила да прекине учествовање у студији теренски координатор истраживачког места је попуњавао формулар за одбијање, а сам купон је био искључен.

Током теренског рада није било никаквих инцидената којима би на било који начин могла да буде нарушена безбедност како испитаника, тако и чланова теренског тима и особа у непосредном суседству.

Теренски тим је имао регуларне састанке са координатором пројекта и главним истраживачем у циљу решавања текућих проблема, давања инструкција за постепену редукцију купона, увођења нових семена итд.

Радно време локације било је од 15 до 21 сат, шест дана у недељи док је трајао теренски део истраживања.

3.2.2 ПРОБЛЕМИ И ПРЕПРЕКЕ У РАДУ

Обзиром на велики одазив испитаника и у Београду и у Нишу на почетку истраживања, од 24.3.2010. године испитаници су долазили према направљеном плану заказивања (између 20 до 25 клијената током радног времена теренског тима).

У Београду је од 29.3.2010. године прекинута пракса заказивања.

Од седам иницијалних семена, колико је планирано према истраживачком протоколу у Београду, запажено је да друго, четврто и седмо семе није регрутовало испитанике у задовољавајућем броју у односу на друга семена. Такође, непосредно након почетка теренског истраживања, уочен је слаб одазив регрутера четвртог семена, због чега је веома брзо уведено осмо семе.

Крајем прве недеље априла (прецизније од 7. априла), након ускршњих празника, у Београду је дошло до пада одазива испитаника, што је био најзначајнији проблем током теренског дела истраживања у Београду,

на кога су веома брзо указали теренски координатор и остали чланови теренског тима. На смањени одазив испитаника утицала је чињеница да је током периода теренског истраживања, према евиденционим листама неиспуњавања критеријума за укључивање у истраживање, 37 испитаника било неподобно (35 нису ИКД, једно лице је било малолетно, а једно лице није хтело да покаже место инјектирања).

Поред наведених проблема, уочен је и проблем препродаје купона, што је иначе чест случај у оваквим врстама истраживања [15, 21]. Такође, веома велики проблем је био престанак важења купона и доласка испитаника са купонима којима је истекао рок важења.

Обзиром на слично искуство у истраживању од пре две године, када је одазив испитаника такође био проблематичан на почетку и пред крај теренског истраживања, консултујући се са координатором пројекта, консултантом за ИКД истраживање и главним консултантом пројекта (усмене консултације обављене 12. и 13. априла) дошло се до закључка да је, у складу са РДС методологијом истраживања, проблем слабог одазива испитаника могуће решити увођењем два нова семена. Истог дана, теренском координатору београдског тима који ради у невладиној организацији „Веза”, предочена је претходно наведена стратегија и договорено је увођење нових семена, која су се на истраживачкој локацији појавила 14. априла.

Након увођења два нова семена, о слабом одазиву испитаника обавештен је усменим путем и супервизор пројекта. Такође, предложено је да се путем теренских радника невладине организације „Веза” и самих корисника истраживање што више промовише међу ИКД. У избору нових семена, поштоване су препоруке из истраживачког протокола. У питању су биле млађе особе са великом социјалном мрежом, једна мушког и једна женског пола.

Међутим, од 15. априла до 21. априла, нису се појавили регрутери новоизабраних семена, јер су оба семена непосредно након увођења у истраживање лишена слободе (истражни поступак). Први регрутери једног семена појавили су се 21. априла, а другог 22. априла. У четвртак је услед активације новоуведених семена регистровано 10 подобних испитаника. И поред предузетих мера наставио се тренд одазива испитаника у броју од четири до пет дневно, тако да је до краја теренског дела истраживања (30. априла) достигнут пригодан узорак од 371 испитаника што се уклопило у планирани узорак од 600 ± 40 испитаника, обзиром да је у Нишу достигнут узорак од 200 планираних испитаника.

3.3 ОБРАДА

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

У анализи бихевиоралне компоненте истраживања коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе, употребом софтверског пакета SPSS 17.0. Подаци су описани, сагледани, дисагрегирани и анализирани по полу, узрасту испитаника и локацији истраживања. У анализи значајности разлике коришћен је Студентов t -тест и χ^2 тест, а под статистички значајном подразумевала се вредност вероватноће (p) једнака или мања од 0,05. У анализи јачине повезаности коришћена је Пирсонова корелација. Вредности вероватноће приказиване су тамо где је установљена статистичка значајност разлике или корелације. Сви индикатори су дати у формату који је дефинисан Системом и планом за мониторинг и евалуацију националног одговора на HIV епидемију.

3.3.2 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Обавезни национални индикатори су:

- ИМП1А (ИКД): % ИКД који су инфицирани HIV-ом;
- ИМП2А (ИКД): % ИКД који су пријавили употребу кондома током последњег сексуалног односа у последњих месец дана;
- UNIVERSAL ACCESS: % ИКД који су пријавили употребу кондома током последњег сексуалног односа у последњих 12 месеци;
- ИМП2Б (ИКД): % ИКД који су пријавили употребу стерилног прибора за инјектирање дроге током последњег убризгавања у последњих месец дана;
- ГФ1 (ИКД): % ИКД који су пријавили да нису користили/делили нестерилан прибор за инјектирање током последњег месеца и који су користили кондом током последњег сексуалног односа;
- ИМП5 (ИКД): % ИКД који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор);
- ИМП11 (ИКД): % ИКД обухваћених превентивним програмима у последњих годину дана;
- ИМП12 (ИКД): % ИКД који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултат тестирања.

Исходишне варијабле су:

- Преваленција HIV, HCV инфекције и сифилиса;
- Ризично понашање везано за праксу инјектирајућег коришћења психоактивних супстанци (употреба нестерилног прибора);
- Ризично сексуално понашање (непоследна употреба кондома са различитим сексуалним партнерима).

Предиктор варијабле су:

- Социјално-демографске карактеристике (пол, узраст, национална припадност, степен образовања, брачни и радни статус);
- Историјат употребе ПАС (иницијација у инјектирајућу праксу);
- Пракса инјектирајућег коришћења (употреба нестерилног прибора, чишћење прибора);
- Сексуална пракса (први сексуални контакт, доследна употреба кондома са различитим партнерима истог или супротног пола, искуство са сексуалним радом);
- Информисаност о HIV/AIDS-у (знање о превенцији и недискриминишући ставови према људима који живе са HIV-ом);
- Приступачност здравствених сервиса и програма (информисаност, доступност и коришћење превентивних и терапијских услуга).

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

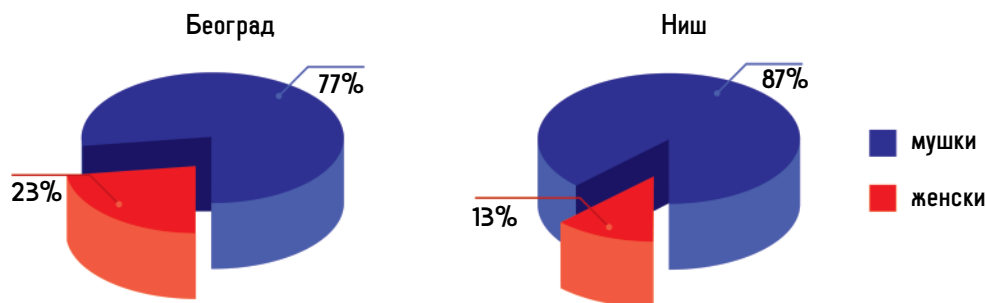
4.1 СОЦИЈАЛНО-ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ ИКД

Просечан узраст испитаника из Београда је износио $31,12 \pm 7,0$ година. Однос испитаника мушког и женског пола износио је 3:1 (графикон 1). Просечан узраст испитаника из Ниша је износио $29,69 \pm 5,01$ година. Однос испитаника мушког и женског пола износио је 7:1 (графикон 1).

Мали одазив испитаника женског пола у Нишу одраз је културолошких одлика ове, у односу на Београд, мање средине и изразитије стигматизације, посебно жена, због уобичајеног мишљења да су ИКД обично мушкарци. У Нишу су испитанице женског пола обично долазиле у пратњи најужих млађих сродника, а не пријатеља или познаника, и то пред крај рада локације теренског истраживања, због дискреције.

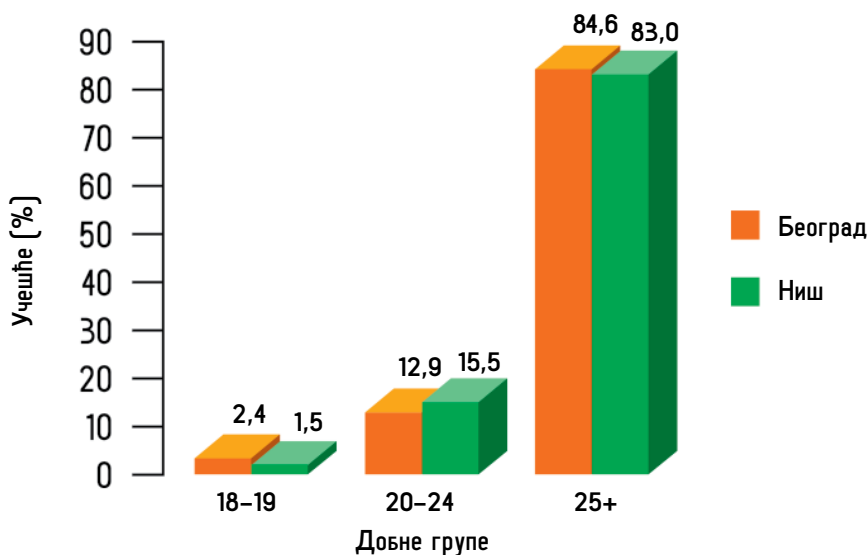
У Београду је учешће испитаника од 18 до 19 година износило 2,4%. Учесће испитаника узраста од 20 до 24 године је у Београду износило скоро 13%. Готово 4/5 испитаника припадало је узрасту од 25+ година (графикон 2).

Графикон 1. Структура испитаника према полу у Београду и Нишу



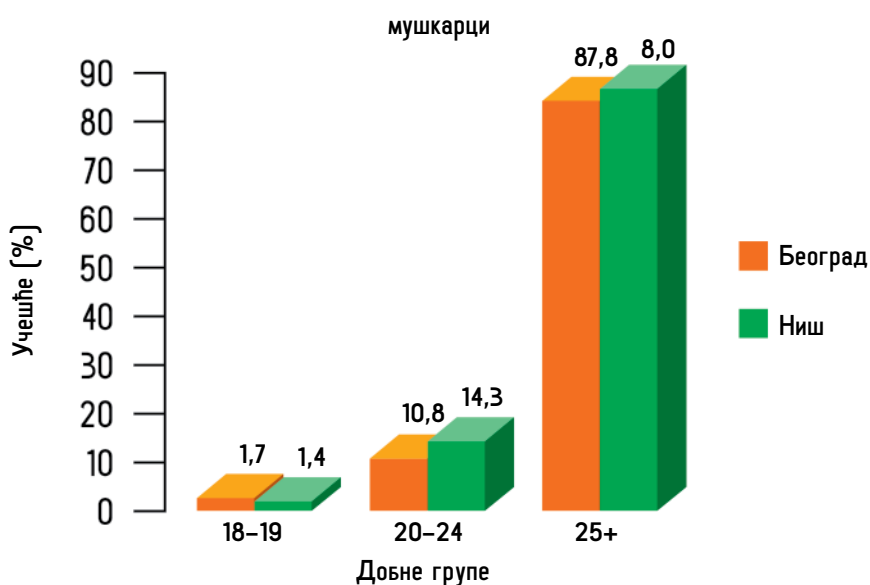
У Нишу је учешће испитаника од 18 до 19 година износило 1,5%. Учешће испитаника од 20 до 24 године износило је 15,5%. И у Нишу је готово 4/5 испитаника било узраста од 25+ година (графикон 2).

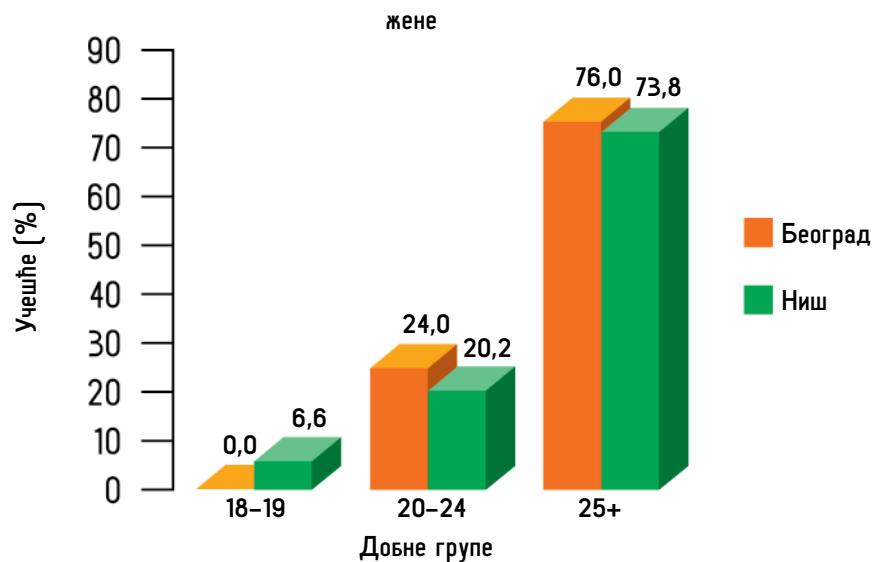
Графикон 2. Дистрибуција испитаника према добним групама у Београду и Нишу



На графикону 3 је приказана дистрибуција испитаника према добним групама и полу у градовима где је истраживање спроведено. У Нишу није учествовала ниједна испитаница узраста од 18 до 19 година, а у Београду је 6% испитаница припадало овој добној групи.

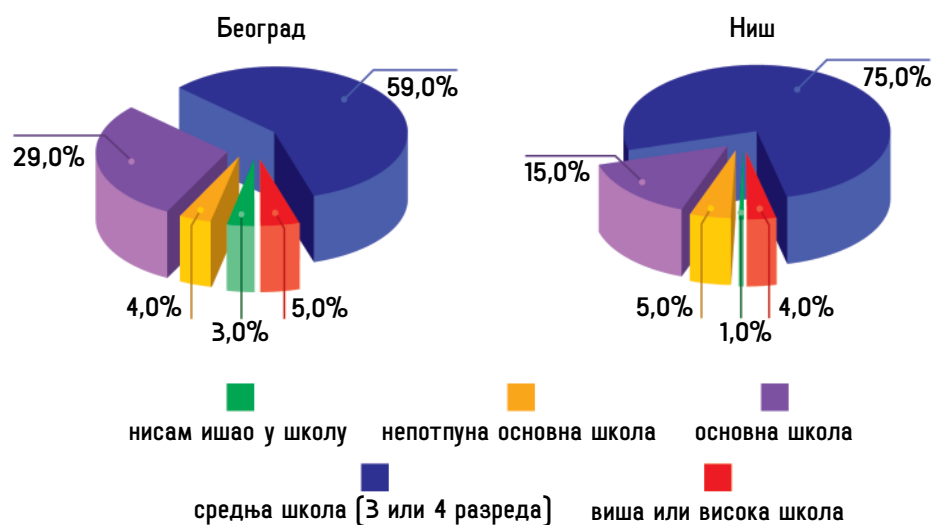
Графикон 3. Дистрибуција испитаника према добним групама и полу у Београду и Нишу





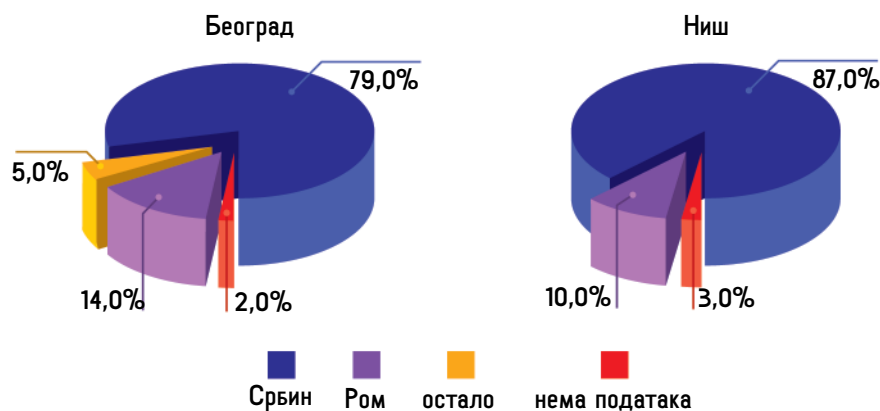
Највећи број испитаника је завршио средњу школу и у Београду и у Нишу, а затим су следили испитаници са завршеном основном школом (графикон 4). У Београду је готово трећина испитаника имала завршену само основну школу, а у Нишу 15% испитаника од образовања има само основну школу.

Графикон 4. Структура испитаника према нивоу образовања у Београду и Нишу



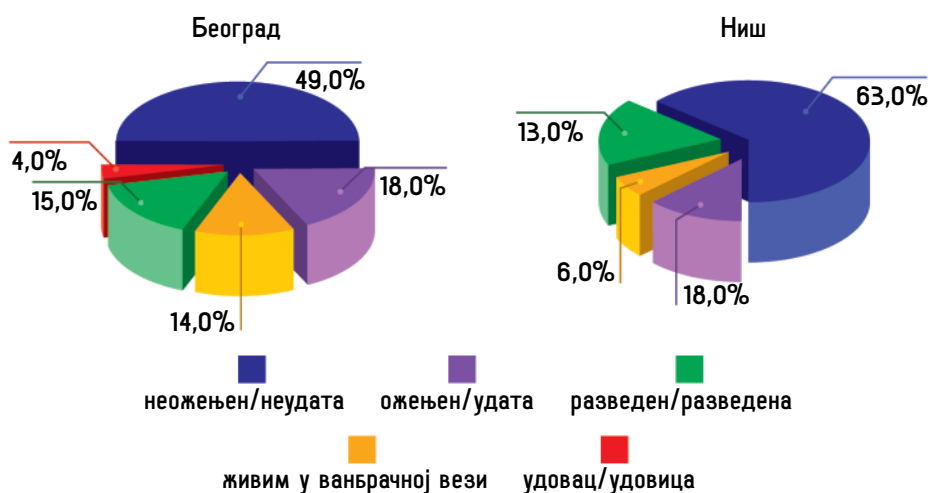
Испитаници ромске националности су међу испитаницима у Београду чинили 14% анкетираних, а у Нишу 10% анкетираних (графикон 5). Роми спадају у једну од највулнерабилнијих популационих група, када су у питању HIV и друге ППИ, а припадност категорији ИКД, вишеструко повећава ризик настанка инфекција које се преносе путем крви (HIV, хепатитис Б и Ц) [12].

Графикон 5. Структура испитаника према националности у Београду и Нишу



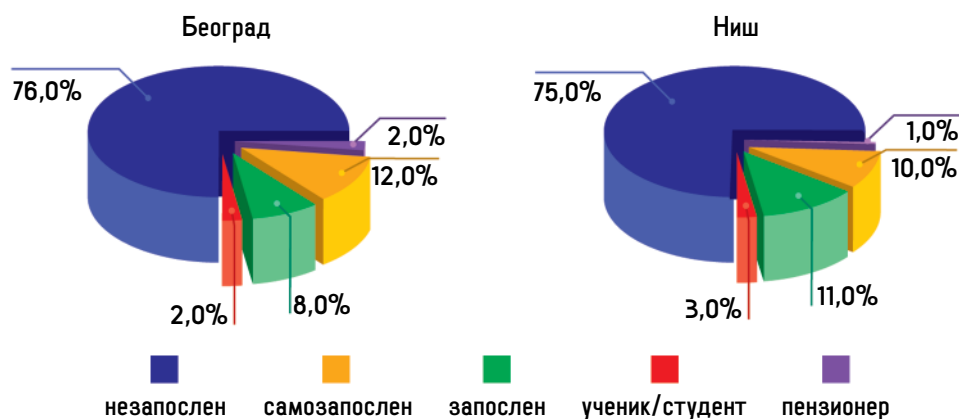
Обзиром на млађи просечан узраст испитаника, највећи број анкетираних није у браку. И у Београду и у Нишу 18% испитаника живи у брачној заједници. У Београду нешто већи проценат испитаника живи у ванбрачној заједници (14%) у односу на Ниш (6%) (графикон 6).

Графикон 6. Структура испитаника према брачном статусу у Београду и Нишу



Незапосленост је једна од најбитнијих социјално-економских карактеристика ИКД популације. Три четвртине испитаника није запослено ни у Београду ни у Нишу. Сваки десети испитаник је самозапослени. У Београду је 8% у радном односу, а у Нишу 11% испитаника (графикон 7).

Графикон 7. Структура испитаника према радном статусу у Београду и Нишу



4.2 ПРАКСА ИНЈЕКТИРАЊА ДРОГЕ

На табели 1. приказане су вредности просечних узраста првог инјектирања дроге и у односу на пол и у односу на добне групе.

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

Социјално-демографске карактеристике		$\bar{x}$	Med	N	$\bar{x}$	Med	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	21,9	21,0	287	23,2	22,0	175
	женски	21,0	20,0	84	22,0	22,0	25
Добне групе	18–19	15,8	16,0	9	17,0	17,0	3
	20–24	18,1	18,0	48	23,4	19,0	31
	25 +	22,4	22,0	314	23,1	23,0	166
Укупно		21,7	21,0	371	23,0	22,0	200

У Београду је половина испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге у 21. години ($med=21,0$ година), док је аритметичка средина узраста приликом првог инјектирања дроге износила 21,7 година. У Нишу је половина испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге у 22. години ($med=22,0$ година). Аритметичка средина узраста приликом првог узимања дроге износила је 23,0 године.

У најмлађој добној групи у Београду половина испитаника започиње са убризгавањем дроге врло рано, у 16. години живота. У добној групи од 20 до 24 године медијана узраста приликом првог убризгавања износила је 18 година, а у добној групи од 25+ медијана је била 22 године.

У Нишу је половина најмлађих испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге, такође рано, у 17. години живота ($med=17,0$ година). У добној групи од 20 до 24 половина испитаника је започињала са инјективном праксом коришћења дроге у 19. години, а у добној групи од 25+ у 23. години.

У Београду је 76,5% пријавило употребу стерилног прибора за инјектирање при последњем инјектирању, а у Нишу 88,0%. Употреба стерилног прибора приликом последњег инјектирања заступљена је готово са подједнаком учесталошћу код особа оба пола и у Београду и у Нишу.

Поредећи резултате овог истраживања са резултатима истраживања из 2008. године запажено је да је употреба стерилног прибора у Београду опала за 3%, а у Нишу је порасла за 11%.

Они који нису при последњем убризгавању дроге користили стерилни прибор у Београду, покушали су у 66,7% случајева да очисте и иглу и шприц, 19,5% је чистило само шприц, а 8,0% само иглу, док у 3% случајева испитаници нису уопште чистили прибор.

У Нишу је 83,3% испитаника покушало да очисти и иглу и шприц, 4,2% испитаника је чистило само шприц, а 12,5% испитаника уопште није чистило прибор. У Београду је хладном водом прибор чистило 44,8% испитаника, док је врућом водом то покушало 37,9% испитаника, а кипућом водом 8,0%. Алкохол је употребило 5,7% испитаника. У Нишу је хладном водом прибор чистило 50,0% испитаника, 29,2% је то чинило врућом водом, кипућом водом је прибор чистило 4,2% испитаника, а неку другу методу је користило 4,2% испитаника.

Пракса рецептивног дељења прибора током последњих месец дана у Београду је била заступљена код скоро четвртине испитаника (23,0%), а у Нишу је 15,0% испитаника користило већ употребљивани прибор (табела 2). Овакав налаз је потпуно супротан налазу истраживања из 2008. године, када је коришћење већ употребљеног прибора од стране другог корисника у последњих месец дана пријавило 18,4% испитаника из Београда и скоро 25,0% испитаника из Ниша.

Табела 2. Испитаници који су користили већ употребљиван прибор за инјектирање у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	64	22,3	287	26	14,9	175
	женски	21	25,0	84	4	16,0	25
Добне групе	18–19	6	66,7	9	0	0,0	3
	20–24	21	43,8	48	11	35,5	31
	25 +	58	18,5	314	19	11,4	166
Добне групе мушкарци	18–19	3	75,0	4	0	0,0	3
	20–24	13	41,9	31	10	40,0	25
	25 +	48	19,0	252	16	10,9	147
Добне групе жене	18–19	3	60,0	5	0	0,0	0
	20–24	8	47,1	17	1	16,7	6
	25 +	10	16,1	62	3	15,8	19
Укупно		85	22,9	371	30	15,0	200

Међу испитаницима супротног пола не постоји статистички значајна разлика када је у питању употреба већ коришћеног прибора ни у Београду, ни у Нишу.

У односу на добне групе постоје разлике и у Београду ($p=0,0000$) и у Нишу ($p=0,002$). Анализом података, добијен је резултат да у Београду највећи проценат корисника мушког ($p=0,001$) и женског пола ($p=0,006$) употребљава већ коришћен прибор у добној групи од 18 до 19 година. Међутим, обзиром на мали број испитаника у добној групи од 18 до 19 година (свега 12 укупно у оба града, односно 9 у Београду), резултате треба тумачити са извесном резервом.

У Нишу мушкарци у добној групи од 20 до 24 године највише користе већ употребљен прибор ($p=0,001$), док међу испитаницама не постоји разлика у односу на добне групе.

4.3 СЕКСУАЛНА ПРАКСА

Врло рано ступање у пенетрантне сексуалне односе (вагинални и/или анални), пре навршене 18. године живота, присутно је и у Београду и у Нишу (табела 3).

Половина испитаника у Београду и Нишу ступа у пенетрантне сексуалне односе са 15 година ($med=15,0$ година). Просечан узраст приликом ступања у сексуалне односе износио је 15,3 година и у Београду, односно

15,6 година у Нишу. У Београду мушкарци ступају у просеку годину, а у Нишу две године раније у сексуалне односе у односу на жене (табела 3).

Табела 3. Просечан узраст приликом ступања у пенетрантне сексуалне односе међу ИКД у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		$\bar{x}$	Med	N	$\bar{x}$	Med	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	15,2	15,0	287	15,4	15,0	175
	женски	15,9	16,0	84	16,6	17,0	25
Добне групе	18–19	13,1	14,0	9	16,0	16,0	3
	20–24	14,9	15,0	48	15,4	15,0	31
	25 +	15,5	15,0	314	15,6	15,0	166
Укупно		15,3	15,0	371	15,6	15,0	200

Проценат ИКД који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих месец дана износио је 32,0% у Београду и 32,6% у Нишу.

У Београду је вредност овог индикатора међу особама супротног пола слична. Најучесталија употреба кондома је у добној групи од 20 до 24 године. Најмлађи мушкарци уопше нису употребљавали кондоме, за разлику од жена исте добне групе које су то практиковале у 40% случајева.

У Нишу је налаз сличан код употребе кондома међу особама супротног пола. Употреба кондома је и код мушкараца и код жена најучесталија у добној групи од 20 до 24 године.

Проценат ИКД који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих 12 месеци износио је 35,7% у Београду, а 39,9% у Нишу. У Београду је нешто виши проценат мушкараца користио кондом у наведеном временском периоду, док у Нишу жене у вишем проценту користе кондоме. И у Београду и у Нишу употреба кондома опада са узрастом.

Проценат ИКД који су пријавили да нису размењивали прибор током последњих месец дана и који су користили кондом при последњем сексуалном односу у последњих месец дана износио је 24,9% у Београду и 31,1% у Нишу. У Београду и Нишу испитаници супротног пола не разликују се значајно у погледу вредности овог индикатора. Међу најмлађим испитаницима у оба града нема таквих који су истовремено користили и кондом и стерилни прибор у последњих месец дана. Вредност овог индикатора у Београду је расла са узрастом испитаника. У Нишу је највиша вредност овог индикатора забележена у добној групи од 20 до 24 године и код мушкараца и код жена. Вредности овог индикатора су у истраживању из 2008. године износиле 25,5% у Београду, односно 32,0% у Нишу.

У Београду 24,3% сексуалних партнера испитаника такође убризгава дрогу, док 34,2% не убризгава дрогу. У Нишу 13,3% сексуалних партнера испитаника убризгава дрогу, а чак 43,4% не убризгава дрогу.

Медијана броја партнера са којима су ИКД имали пенетрантне сексуалне односе у последњих 12 месеци износила је два партнера у Београду и три партнера у Нишу. Мушкарци су имали већи број сексуалних партнера у односу на жене и у Београду и Нишу, с тим што је медијана броја партнера виша у Нишу у односу на Београд. У Београду је медијана броја сексуалних партнера највиша у добној групи најмлађих (четири партнера) и опадала је са годинама живота. У Нишу је медијана броја партнера расла са животним добом испитаника (табела 4).

Учешће нешто већег броја комерцијалних сексуалних радника, нарочито међу женама, који су истовремено и ИКД, у истраживању у Београду допринела је високој вредности аритметичке средине броја сексуалних партнера у последњих 12 месеци у овом граду, која је износила 25,2. Највећи број сексуалних партнера међу женама у Београду, забележен је у групи најмлађих.

Табела 4. Просечан број партнера са којима су ИКД имали сексуални однос у последњих 12 месеци у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		$\bar{x}$	Med	N	$\bar{x}$	Med	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	8,7	2,0	260	4,1	3,0	168
	женски	80,7	1,0	76	2,0	1,0	25
Добне групе	18–19	82,6	4,0	9	2,5	2,5	2
	20–24	21,7	3,0	47	4,2	3,0	30
	25 +	23,9	2,0	280	3,7	3,0	161
Укупно		25,2	2,0	336	3,8	3,0	193

4.4 СЕКСУАЛНА ПРАКСА СА РАЗЛИЧИТИМ ВРСТАМА ПАРТНЕРА

У Београду је сексуални однос у временском периоду пре мање од месец дана са сталним партнером имало 46,6% испитаника, са случајним партнером 24,0%, а са комерцијалним партнером 8,4% испитаника. У Нишу је сексуални однос у временском периоду пре мање од месец дана са сталним партнером имало 47,5% испитаника, са случајним партнером 31,3%, а са комерцијалним партнером 1,0% испитаника.

Употреба кондома при сексуалним односима у последњих 12 месеци најучесталија је када су у питању сексуални односи са комерцијалним партнерима (у Београду 84,0%, у Нишу 60,0%), нешто је нижа заступље-

ност када су у питању случајни партнери (у Београду 60,0%, у Нишу 52,4%), а најнижа је са сталним партнером (у Београду 20,6%, у Нишу 37,6%).

У односу на претходно истраживање из 2008. године регистрован је пораст употребе кондома са сталним партнером за 4,0% у Београду и 7,6% у Нишу.

Употребу кондома са сталним партнером у последњих 12 месеци пријавило је 20,6% испитаника у Београду и 37,6% испитаника у Нишу. Иако не постоји статистички значајна разлика у употреби кондома међу особама супротног пола у Београду и у Нишу, мушкарци су пријављивали да чешће употребљавају кондоме од жена. У Београду је најучесталија употреба кондома са сталним партнером код мушкараца забележена у добној групи од 20 до 24 године, а код жена у групи старијој од 25 година. У Нишу је употреба кондома најучесталија код најмлађих особа мушког пола, а код жена у добној групи од 20 до 24 године.

У односу на истраживање из 2008. године употреба кондома са случајним партнерима у Београду порасла је за 15,0%, а у Нишу за само 2,4%.

Употребу кондома са случајним партнером пријавило је 60,0% испитаника у Београду и 52,4% испитаника у Нишу. У Београду мушкарци чешће употребљавају кондоме од жена, а у Нишу жене.

Употреба кондома са комерцијалним партнерима заступљенија је у Београду (84,0%), него у Нишу (60,0%). Заступљенија употреба кондома са комерцијалним партнерима у Београду последица је, већ напред наведеног, учешћа у истраживању сексуалних комерцијалних радница. У односу на пол не постоје разлике у употреби кондома ни у Београду, ни у Нишу. У Београду је најучесталија употреба кондома у добној групи најстаријих и код мушкараца и код жена. У Нишу је учесталија употреба кондома била заступљенија код млађих и то посебно мушкараца.

Скоро 5% испитаника мушког пола у Београду имало је аналне сексуалне односе са особама истог пола. У Нишу је 2,3% испитаника мушког пола имало аналне сексуалне односе са особама истог пола, највише у добној групи од 20 до 24 године (табела 5).

Табела 5. Мушкарци који су имали анални сексуални однос са особама мушког пола међу ИКД у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	14	4,9	287	4	2,3	173
Добне групе	18–19	1	25,0	4	0	0,0	2
	20–24	5	16,1	31	2	8,3	24
	25 +	8	3,2	252	2	1,4	147
Укупно		14	4,9	287	4	2,3	173

4.5 ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ (ППИ)

Знаци полно преносивих инфекција забележени су код 11,3% испитаника у Београду и код 11,5% испитаника у Нишу. У односу на истраживање из 2008. године то је благи пораст, када су знаци и симптоми ППИ били заступљени код 9,7% испитаника у Београду и код 9,8% испитаника у Нишу.

Тачно 1/3 испитаника у Београду мушког и женског пола и нешто више од трећине испитаника у Нишу нису ништа предузели у случају знакова ППИ. У Нишу ниједна испитаница није имала знакове ППИ (табела 6).

Табела 6. Испитаници који ништа нису предузели када су имали знаке полно преносиве болести у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	8	33,3	24	8	47,1	17
	женски	6	33,3	18	0	0,0	6
Добне групе	18–19	1	50,0	2	0	0,0	0
	20–24	3	42,9	7	4	50,0	8
	25 +	10	30,3	33	4	26,7	15
Добне групе мушкарци	18–19	0	0,0	0	0	0,0	0
	20–24	2	50,0	4	4	66,7	6
	25 +	6	30,0	20	4	36,5	11
Добне групе жене	18–19	1	50,0	2	0	0,0	2
	20–24	1	33,3	3	0	0,0	4
	25 +	4	30,8	13	0	0,0	6
Укупно		14	33,3	42	8	34,8	23

4.6 ЗНАЊЕ И СТАВОВИ О HIV-у И AIDS-у

Проценат ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а износио је 62,3% у Београду и 55,0% у Нишу. У Београду су вредности овог индикатора у истраживању из 2008. године износиле 64,1%, а у Нишу 52,8%.

У Београду постоји статистички значајна разлика у вредности овог индикатора међу особама супротног пола, јер су жене едукованије ($p=0,049$). Такође, знање расте са узрастом.

У Нишу је ситуација обрнута, јер су мушкарци едукованији од жена ($p=0,013$).

4.7 ТЕСТИРАЊЕ НА HIV И HCV

Проценат ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања износио је 32,6% у Београду и 19,0% у Нишу. Вредност овог индикатора је у истраживању из 2008. године у Београду износила 32,2%, а у Нишу 20,1%.

У Београду су се жене значајно чешће тестирале у односу на мушкарце ($p=0,05$). Такав резултат забележен је и у Нишу, јер су се и у овом граду жене значајније тестирале на HIV ($p=0,021$). У Београду је учесталост тестирања расла са узрастом, а у Нишу је опадала са узрастом и код жена и код мушкараца.

На питање да ли сте се икада у животу тестирали на хепатитис Ц, потврдно је одговорило 73,0% испитаника у Београду, односно 56,5% у Нишу.

Ни у Београду, ни у Нишу не постоје разлике у учесталости тестирања на HCV међу особама супротног пола. У Београду постоје разлике у учесталости тестирања у односу на добне групе, јер је учесталост тестирања највиша међу најстаријим испитаницима ($p=0,000$). У Нишу разлике у односу на добне групе не постоје, иако се и у овом граду на хепатитис Ц тестирао највећи број најстаријих испитаника. У Београду су се статистички значајно тестирали најстарији и међу мушкарцима ($p=0,001$) и међу женама ($p=0,025$). У Нишу није било разлике ни међу мушкарцима, ни међу женама, мада је преваленција тестирања расла са узрастом испитаника.

Више од половине испитаника у Београду (55,3%) није дошло на локацију истраживања по резултате брзог тестирања на HIV, HCV и сифилис, док је у Нишу нешто нижи проценат оних који нису дошли по резултате брзог тестирања на локацију истраживања (43,5%).

4.8 ОБУХВАЋЕНОСТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА И ПОНАШАЊЕ

Проценат ИКД који су обухваћени превентивним програмима износио је 20,2% у Београду и 7,0% у Нишу. Према резултатима истраживања из 2008. године превентивним програмима у Београду било је обухваћено 20,6% испитаника, а у Нишу 11,6%.

Ниске вредности овог композитног индикатора у оба града, а посебно у Нишу, последица су ниског и ограниченог обухвата испитаника ове популационе групе тзв. програмима смањења штете које углавном спроводи веома мали број НВО, али и недовољног промовисања употребе кондома (давање кондома корисницима), како од стране НВО, тако и у ДПСТ.

Учешће испитаника у превентивним програмима у Београду и Нишу није било повезано са учесталијим тестирањем на HIV, вероватно због тога што ти програми нису били специфично фокусирани на промоцију тестирања, него на размену игала и шприцева (табела 7).

Табела 7. Испитаници који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и обухват превентивним програмима

Обухваћеност превентивним програмом		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Нису у програму	мушки	106	35,7	297	29	19,7	147
У програму	18-19	22	29,7	74	10	18,9	53
Укупно		128	34,5	371	39	19,5	200

Учешће у доступним превентивним програмима у Београду довело је до нешто учесталије, али не значајне корелације када је у питању коришћење кондома током последњег сексуалног односа. У Нишу не постоји статистички значајна корелација употребе кондома код испитаника који јесу или нису у програму ($p=0,895$) (табела 8).

Табела 8. Испитаници који су користили кондом током последњег сексуалног односа у последњих месец дана и обухват превентивним програмима

Обухваћеност превентивним програмом	n	%	N	n	%	N
Град	Београд			Ниш		
Нису у програму	92	31,0	297	57	38,8	147
У програму	28	37,8	74	20	37,7	53
Укупно	120	32,3	371	77	38,5	200

Када се ради о коришћењу стерилног прибора за инјектирање, присутан је парадоксалан резултат у Београду, јер су испитаници који нису били укључени у програм чешће користили стерилни прибор при последњем инјектирању.

У Нишу су то чешће практиковали испитаници који су били укључени у програм, али корелација није била значајна (табела 9).

Табела 9. Испитаници који су користили стерилни прибор током последњег инјектирања и обухват превентивним програмима

Обухваћеност превентивним програмом	n	%	N	n	%	N
Град	Београд			Ниш		
Нису у програму	66	22,2	297	10	6,8	147
У програму	12	16,2	74	5	9,4	53
Укупно	78	21,0	371	15	7,5	200

4.9 КОНТАКТ СА ПОЛИЦИЈОМ/ЗАТВОРОМ/КАЗНЕНИМ УСТАНОВАМА

У Београду је 17,0% испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци и то највише једном (12,7%).

У Нишу је, такође 17,0% испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци, исто највише једном (16,0%).

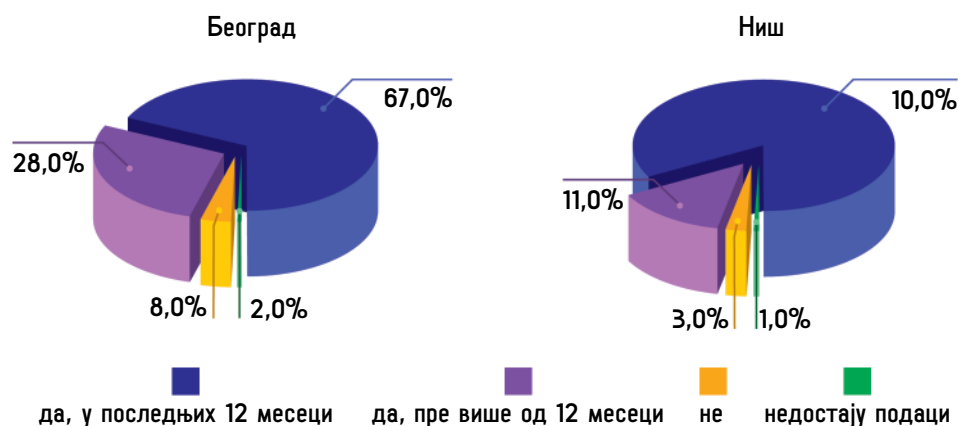
Проценат испитаника би био вероватно значајно виши да се испитивала и прекршајна одговорност.

4.10 КОНТАКТ СА СЛУЖБАМА ЗА ЛЕЧЕЊЕ ЗАВИСНОСТИ

Испитници који су у Београду у последњих 12 месеци покушали да смање коришћење дроге чинили су 67% свих испитаника, а они који су то покушали пре више од 12 месеци чинили су 28% свих испитаника.

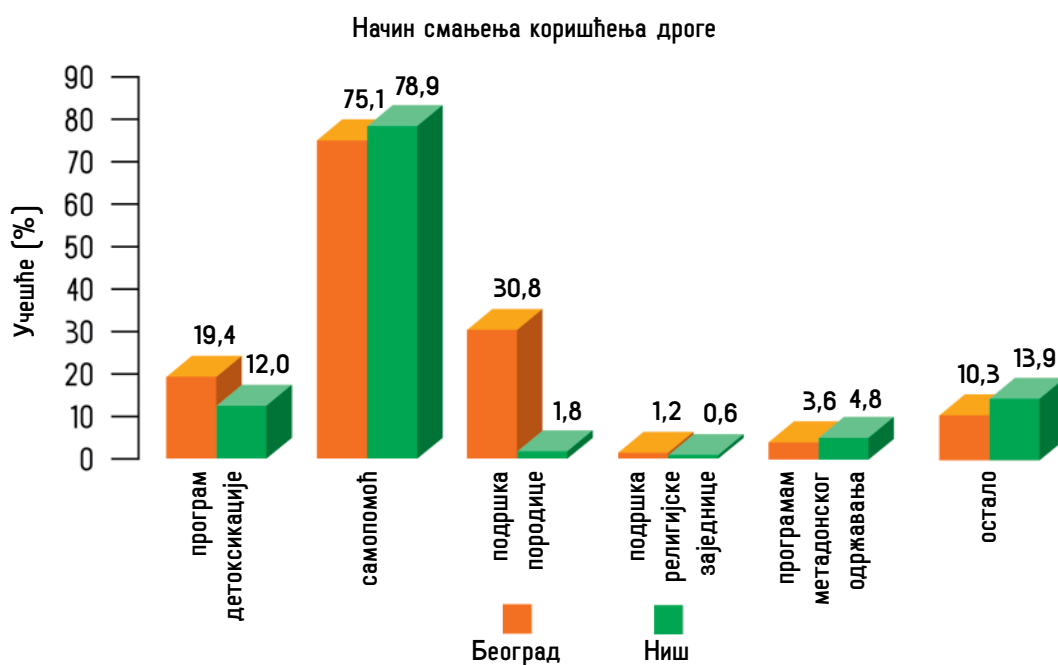
У Нишу је 82% испитаника покушало да смањи коришћење дроге у последњих 12 месеци, а њих 14% пре више од 12 месеци (графикон 8).

Графикон 8. Структура испитаника у односу на покушај да смање коришћење дроге у последњих 12 месеци и пре више од 12 месеци



На графикону 9 је приказана дистрибуција учесталости начина да се прекине са коришћењем дроге у Београду и Нишу само у временском периоду од последњих 12 месеци.

Графикон 9. Дистрибуција испитаника према начину на који су покушали да смање коришћење дроге у Београду и Нишу у последњих 12 месеци



Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. И у Београду и у Нишу програм детоксикације је заступљенији од програма метадонског одржавања.

Од 67% испитаника који су покушали да смање коришћење дроге у последњих годину дана у Београду, свега 1/5 испитаника је била укључена у програм детоксикације. У Нишу је од 82% оних испитаника који су у последњих годину дана покушали да смање коришћење дроге, њих 12,0% било укључено у програм детоксикације. На програму метадонског одржавања у Београду налазило се свега 3,6% испитаника, а у Нишу скоро 5% испитаника.

И у Београду и у Нишу у последњих годину дана, највећи број испитаника је практиковао самопомоћ као начин да се прекине са коришћењем дроге и то у више 3/4 случајева. У Београду су покушаји са се смањи употреба дроге уз подршку породице учесталији него у Нишу.

4.11 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

У Београду обавезно здравствено осигурање (у даљем тексту ОЗО) има нешто више од половине испитаника, а у Нишу 2/3 испитаника. У Београду већи број жена има ОЗО у односу на мушкарце ($p=0,023$). Учесталост ОЗО расте са годинама испитаника ($p=0,657$) и код особа мушког пола ($p=0,463$) и код особа женског пола ($p=0,680$). У Нишу не постоји разлика у учесталости ОЗО међу особама супротног пола ($p=0,647$), а учесталост ОЗО, такође расте са годинама живота и код мушкараца ($p=0,400$) и код жена ($p=0,169$).

У Београду се 42,3% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима на примарном нивоу здравствене заштите (ПЗЗ), а у Нишу 40,0%. У Београду се жене чешће обраћају лекарима у ПЗЗ у односу на мушкарце, а у Нишу се чешће мушкарци обраћају лекарима на ПЗЗ наспрам жена. Обраћање лекарима у ПЗЗ расте са узрастом и у Београду и у Нишу и код мушкараца и код жена.

У Београду 67,1% испитаника има свог изабраног лекара, а у Нишу за 10% испитаника мање. И у Београду и у Нишу су испитаници женског пола у односу на мушкарце чешће имали свог изабраног лекара у дому здравља. Учесталост избора изабраног лекара статистички значајно расте са узрастом у Београду ($p=0,016$). У Београду жене најстарије добне групе значајно учесталије имају свог изабраног лекара у односу на жене других добних група ($p=0,011$).

У Београду је 63,5% испитаника посетило свог изабраног лекара у последњих годину дана, а у Нишу 83,5%. У Београду су жене значајно чешће посећивале свог лекара у односу на мушкарце ($p=0,020$). У Нишу није било разлике међу особама супротног пола. И мушкарци и жене

млађих добних група су у односу на старије испитанике чешће посећивали свог лекара у последњих годину дана и у Београду и Нишу.

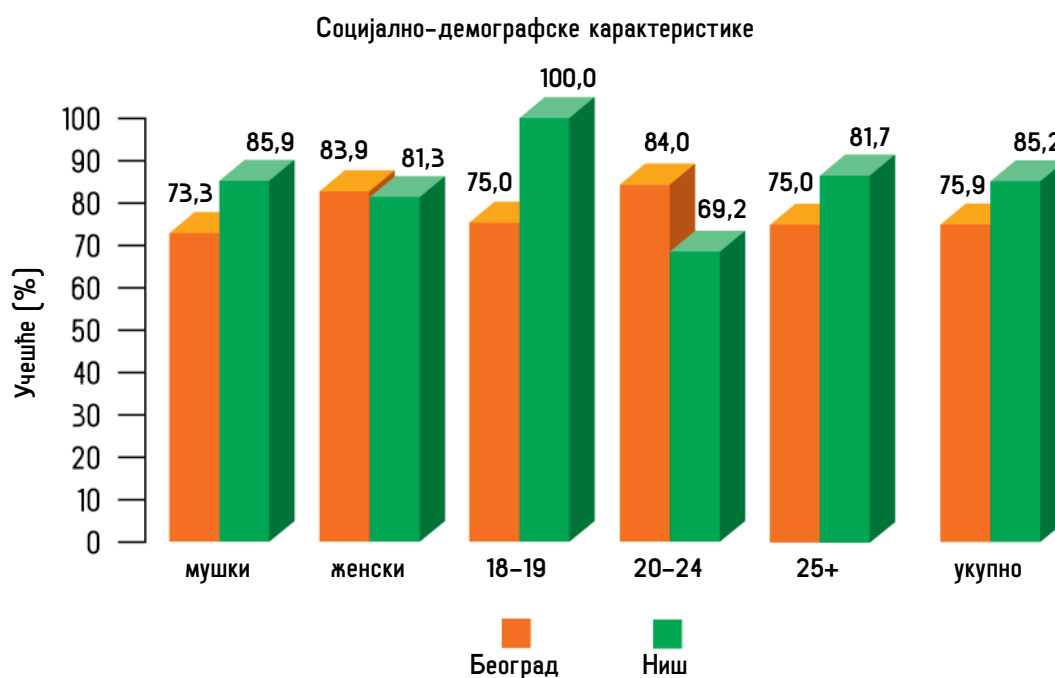
Просечан број посета у последњих годину дана у Београду износио је 6,2, а у Нишу 11,0 посета. И у Београду и у Нишу жене су оствариле већи број посета. Код особа оба пола у оба града број посета растао је са узрастом (табела 10).

Табела 10. Просечан број посета ИКД изабраном лекару у последњих годину дана у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		$\bar{x}$	Med	N	$\bar{x}$	Med	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	5,3	3,0	111	10,9	6,0	85
	женски	8,4	5,5	47	12,0	11,0	14
Добне групе	18–19	6,3	4,0	3	6,0	6,0	1
	20–24	4,7	3,0	19	7,8	4,0	12
	25 +	6,4	4,0	136	11,6	8,5	83
Укупно		6,2	4,0	158	3,8	6,0	96

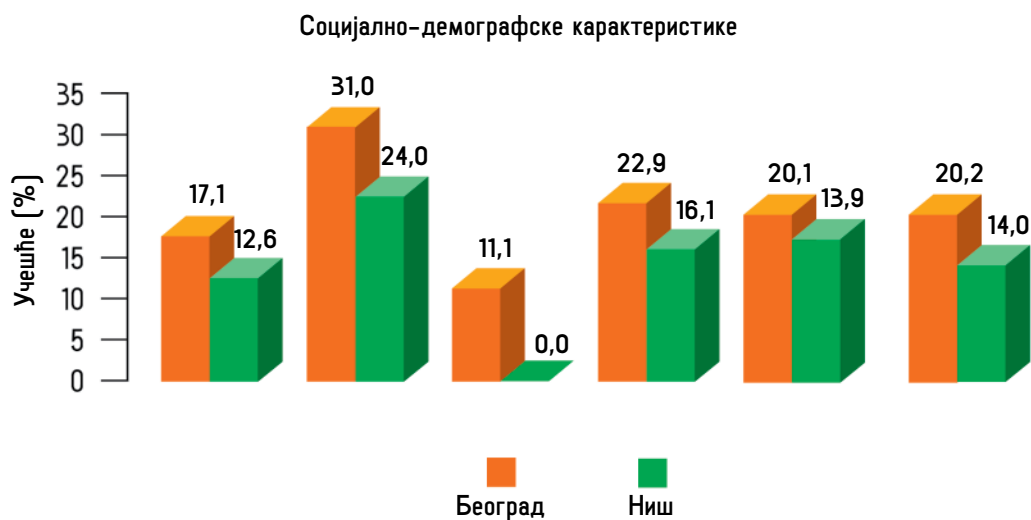
Задовољство испитаника радом изабраног лекара приказано је на графикону 10. У Београду је више од 3/4 испитаника задовољно радом свог лекара, а у Нишу за 10% више. У Београду су жене задовољније радом свог лекара у односу на мушкарце, а у Нишу мушкарци.

Графикон 10. Испитаници који су задовољни радом свог избраног лекара у Београду и Нишу



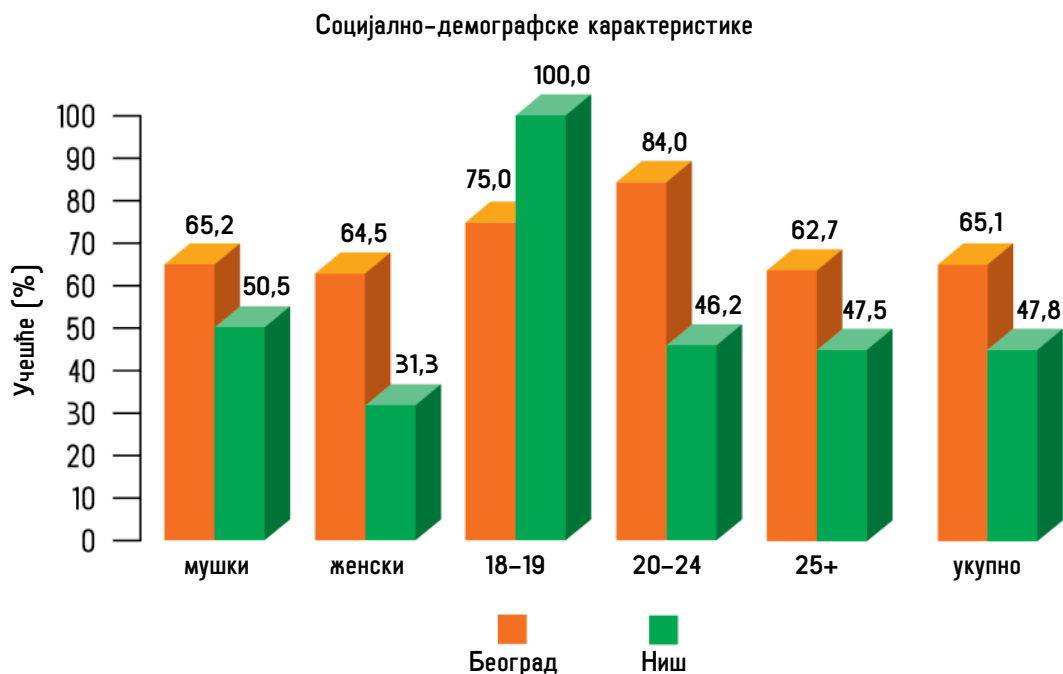
У Београду је 20,2% испитаника користило услуге лекара у приватној пракси, а у Нишу 14,0%. Жене су у Београду значајно чешће користиле услуге приватника у односу на мушкарце ($p=0,005$). И у Београду и у Нишу су услуге приватника највише користили испитаници узраста од 20 до 24 године (графикон 11).

Графикон 11. Испитаници који су користили услуге приватне праксе у последњих годину дана у Београду и Нишу



Готово 2/3 испитаника у Београду задовољно је услугама у дому здравља, за разлику од испитаника из Ниша који су задовољни у свега 47,8% случајева. У Београду се мушкарци и жене незнатно разликују када је у питању задовољство услугама пруженим у дому здравља, док су у Нишу мушкарци задовољнији (графикон 12).

Графикон 12. Испитаници који су задовољни услугама у дому здравља у Београду и Нишу



У Београду 2/3 жена има свог изабраног гинеколога, а у Нишу 44,0% испитаница (табела 11).

Табела 11. Испитанице које имају свог изабраног гинеколога у дому здравља у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	женски	55	65,5	84	11	44,0	25
Добне групе	18-19	4	80,0	5	0	0,0	0
	20-24	9	52,9	17	3	50,0	6
	25 +	42	67,7	62	8	42,1	19
Укупно		55	65,5	84	11	44,0	25

4.12 СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

У Београду је 18,6% испитаника за изолацију особа које живе са HIV-ом, а у Нишу 1/3 испитаника сматра да особе са HIV-ом треба изоловати. Такво мишљење имају и мушкарци и жене у Београду и Нишу. У Београду ($p=0,000$) и у Нишу ($p=0,028$) су се особе млађег узраста статистички значајно чешће опредељивале за то да особе са HIV-ом треба изоловати.

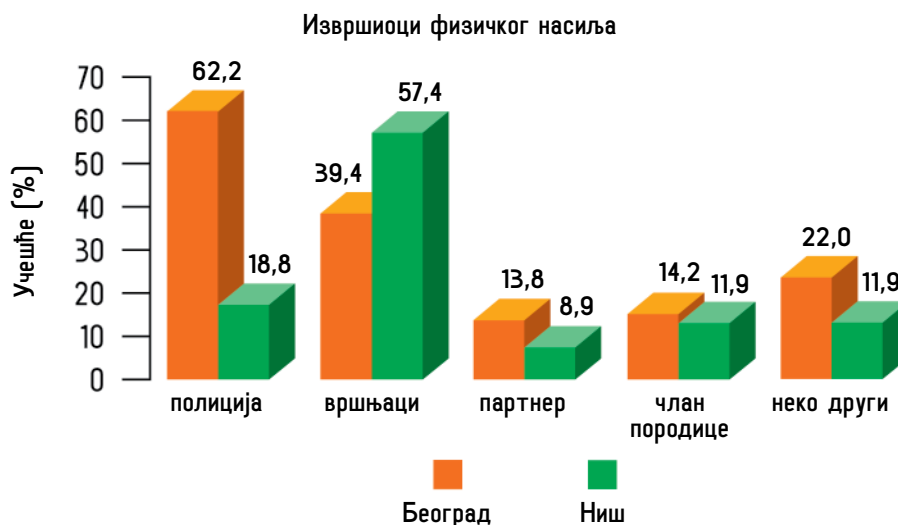
У Београду је 71,0% испитаника за виктимизацију особа које живе са HIV-ом, а у Нишу је тај проценат још виши (76,4%). Не постоји разлика у овом ставу међу особама супротног пола у Београду и Нишу. Испитаници узраста од 25+ година у Београду најмање подржавају овакав став ($p=0,045$). У Нишу нема разлике међу испитаницима различитих добних група ($p=0,622$).

Чак 2/3 испитаника у Београду било је жртва физичког насиља, а у Нишу сваки други. Нема разлике међу половима у Београду, ни у Нишу, мада су у Нишу мушкарци чешће жртве насиља. У Београду су жртве насиље чешће најмлађи, а у Нишу најстарији.

На графикону 13 приказана је дистрибуција испитаника према извршиоцима физичког насиља над њима.

У Београду су најчешћи извршиоци насиља над испитаницима били полицајци, а у Нишу вршњаци. Испитаници су често, поред понуђених опција извршиоца физичког насиља, наводили и да их је злостављао неко други (криминалци, навијачи, комшије, муштерије...).

Графикон 13. Дистрибуција испитаника према извршиоцима физичког насиља над ИКД у Београду и Нишу



У Београду 61,2% испитаника зна да је у Србији донесен Закон о забрани дискриминације, при чему 29,1% сматра да ће Закон о забрани дискриминације променити нешто у њиховом положају, 42,9% се не слаже са таквим мишљењем, а чак 28,0% не зна да ли би Закон о забрани дискриминације могао да измени нешто у њиховом положају.

У Нишу је 65,5% испитаника упознато са тим да је донет Закон о забрани дискриминације, али 45,0% испитаника сматра да ће тај закон променити нешто у њиховом положају, 40,0% не сматра да ће променити ишта, а 15,0% не зна да ли би тај закон могао да промени нешто у њиховом положају.

4.13 ПРЕВАЛЕНЦИЈА HIV, HVC И ИНФЕКЦИЈЕ ИЗАЗВАНЕ УЗРОЧНИКОМ СИФИЛИСА

Преваленција HIV инфекције у Београду је износила 2,4%, а у Нишу 4,5%.

Међу испитаницима у Београду HIV инфекција је била учесталија код жена (4,8%) него код мушкараца (1,7%). Учесталост инфекције расла је са узрастом и код мушкараца и код жена.

У Нишу су сви случајеви HIV инфекције забележени код испитаника мушког пола. Највиша преваленција HIV инфекције регистрована је у узрасту од 20 до 24 године. У поређењу са резултатима истраживања из 2008. године, регистрована преваленција HIV инфекције у узорку ИКД нижа је у Београду за 2,3%, док је у узорку у Нишу виша за скоро 3%.

Преваленција хепатитис Ц вирусне инфекције у Београду износила је 77,4%, а у Нишу 60,5%. У Београду не постоји статистички значајна разлика у учесталости инфекције вирусом хепатитиса Ц међу особама супротног пола. У Нишу је инфекција значајно учесталија код жена ($p=0,033$) (табела 13).

Табела 12. Проценат ИКД који су инфицирани HIV-ом у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	5	1,7	287	9	5,1	175
	женски	4	4,8	84	0	0,0	25
Добне групе	18-19	0	0,0	9	0	0,0	3
	20-24	1	2,1	48	2	6,5	31
	25 +	8	2,5	314	7	4,2	166
Добне групе мушкарци	18-19	0	0,0	4	0	0,0	3
	20-24	0	0,0	31	2	8,0	25
	25 +	5	2,0	252	7	4,8	147
Добне групе жене	18-19	0	0,0	5	0	0,0	0
	20-24	1	5,9	17	0	0,0	6
	25 +	3	4,8	84	0	0,0	19
Укупно	ИМП1	9	2,4	371	9	4,5	200
2008.	ИМП1	15	4,7	316	5	1,6	310

У Београду је у односу на резултате истраживања из 2008. године преваленција инфекције вирусом хепатитиса Ц у узорку ИКД порасла за 2,6%, а у Нишу је порасла за 2,1% (табела 13).

Табела 13. Проценат ИКД који су инфицирани HCV-ом у Београду и Нишу

Социјално-демографске карактеристике		п	%	N	п	%	N
Град		Београд			Ниш		
Пол	мушки	220	76,7	287	101	57,7	175
	женски	67	79,8	84	20	80,0	25
Добне групе	18–19	8	88,9	9	2	66,7	3
	20–24	35	72,9	48	15	48,4	31
	25 +	244	77,7	314	104	62,7	166
Добне групе мушкарци	18–19	4	100,0	4	2	66,7	3
	20–24	21	67,7	31	10	40,0	25
	25 +	195	70,3	252	89	60,5	147
Добне групе жене	18–19	4	80,0	5	0	0,0	0
	20–24	14	82,4	17	5	83,3	6
	25 +	49	79,0	62	15	78,9	19
Укупно	ИМП1	287	77,4	371	121	60,5	200
2008.	ИМП1	237	74,8	317	181	58,4	310

Проценат испитаника који су инфицирани узрочником сифилиса износио је 0,5%.

Све троје испитаника су из Београда, а узраста су од 25+ година. Два случаја су регистрована код испитаника мушког, а један код испитанице женског пола.

5. ЗАКЉУЧЦИ

Истраживање је указало на следеће:

- Готово 80% испитаника је мушког пола. Млади узраста од 18 до 24 године чинили су готово сваког шестог испитаника (у Београду 15,3%, у Нишу 17%).
- Незапосленост је једна од најбитнијих социјално-економских карактеристика ИКД популације. Три четвртине испитаника није запослено ни у Београду ни у Нишу.
- Медијана узраста започињања узимања дроге убризгавањем износила је 21. годину у Београду, односно 22. године у Нишу. У најмлађој добној групи, од 18 до 19 година, у Београду половина испитаника започиње са убризгавањем дроге врло рано, у 16. години живота, а у Нишу у 17. години.
- Постоји ризично понашање везано за употребу нестерилног при-

бора за инјектирање. Пракса рецептивног дељења прибора током последњих месец дана у Београду је била заступљена код скоро четвртине испитаника (23%), а у Нишу је 15% испитаника користило већ употребљивани прибор.

- Карактеристике сексуалне праксе у овој популационој групи указују на значајан степен ризика и угрожености. Медијана узраста ступања у сексуалне односе у Београду и Нишу је 15 година. Недоследна употреба кондома са свим врстама партнера, којих је у просеку било више, посебно међу мушкарцима и млађим добним категоријама испитаника, затим велики број сексуалних партнера који не убризгавају дрогу, указује на значај ИКД популације у сексуалној трансмисији HIV инфекције и других ППИ, због чега је потребно посебно планирање превентивних програма у овој области. На значај планирања адекватних превентивних програма у области сексуалне праксе, и то нарочито код младих, указује и чињеница да 1/3 испитаника у Београду мушког и женског пола и нешто више од трећине испитаника у Нишу нису ништа предузели у случају појаве знакова ППИ.
- Скоро 5% испитаника мушког пола у Београду имало је аналне сексуалне односе са особама истог пола. У Нишу је 2,3% испитаника мушког пола имало аналне сексуалне односе са особама истог пола, највише у добној групи од 20 до 24 године.
- Проценат ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а износио је 62,3% у Београду и 55,0% у Нишу. У Београду су жене едукованије у том смислу, а у Нишу мушкарци. У Београду је знање расло са годинама живота.
- Проценат ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања је низак и износио је 32,6% у Београду и 19,0% у Нишу.
- Проценат ИКД које се икада тестирао на HCV, већи је у Београду у односу на Ниш. Тај проценат је у Београду износио 73,0%, а у Нишу 56,5%.
- Више од половине испитаника у Београду (55,3%) није дошло по резултате брзог тестирања на HIV, HCV и сифилис током истраживања, док у је у Нишу нешто нижи проценат оних који нису дошли по резултате тестирања (43,5%);
- Обухват специфичним програмима смањења штете је низак и износио је 20,2% у Београду и 7,0% у Нишу.
- Испитаници који су били укључени у одговарајуће програме смањења штете нису се протективно понашали у смислу чешћег тестирања на HIV, употребе кондома и стерилног прибора за инјектирање у односу на оне који нису били укључени у програм.
- У Београду је 17,0% испитаника кривично одговарало због поседо-

вања дроге у последњих 12 месеци и то највише једном (12,7%). Иста учесталост је забележена и у Нишу, где је такође 17,0% испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци, исто највише једном (16,0%).

- Мали број испитаника је био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности у последњих годину дана. У последњих 12 месеци, и у Београду и у Нишу је заступљенији програм детоксикације, у односу на програм метадонског одржавања. У Београду је готово 1/5 испитаника била укључена у програм детоксикације, а у Нишу је сваки 8. испитаник био укључен у програм детоксикације. Свега 3,6% испитаника у Београду је било у програму метадонског одржавања, а у Нишу скоро 5% испитаника.
- У Београду обавезно здравствено осигурање има нешто више од половине испитаника, а у Нишу 2/3 испитаника. У Београду већи број жена има ОЗО у односу на мушкарце. У Београду се 42,3% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекаrima на примарном нивоу здравствене заштите, а у Нишу 40,0%. У Београду 67,1% испитаника има свог изабраног лекара, а у Нишу за 10% испитаника мање. У Београду је 63,5% испитаника посетило свог изабраног лекара у последњих годину дана, а у Нишу 83,5%. У Београду су жене значајно чешће посећивале свог лекара у односу на мушкарце. Просечан број посета у последњих годину дана у Београду износио је 6,2 а у Нишу 11,0 посета. У Београду је више од 75,9% испитаника задовољно радом свог лекара, а у Нишу 85,2%. У Београду је 20,2% испитаника користило услуге лекара у приватној пракси, а у Нишу 14,0%. Жене су у Београду значајно чешће користиле услуге приватника у односу на мушкарце. Готово 2/3 испитаника у Београду задовољно је услугама у дому здравља, за разлику од испитаника из Ниша који су задовољни у свега 47,8% случајева. У Београду 2/3 жена има свог изабраног гинеколога, а у Нишу 44,0% испитаница.
- У Београду је 18,6% испитаника за изолацију особа које живе са HIV-ом, а у Нишу 1/3 испитаника сматра да особе са HIV-ом треба изоловати. Особе млађег узраста су се статистички значајно чешће опредељивале за то да особе са HIV-ом треба изоловати и у Београду и у Нишу.
- У Београду је 71,0% испитаника за виктимизацију особа које живе са HIV-ом, а у Нишу је тај проценат још виши (76,4%). Испитаници узраста од 25+ година у Београду најмање подржавају овакав став.
- Чак 2/3 испитаника у Београду било је жртва физичког насиља, а у Нишу сваки други. Особе оба пола су без статистички значајне разлике жртве физичког насиља и у Београду и у Нишу. У Београду су најчешћи извршиоци насиља над испитаницима били полицајци, а

-
- у Нишу вршњаци.
- У Београду 61,2% испитаника зна да је у Србији донесен Закон о забрани дискриминације, али 42,9% испитаника сматра да тај закон ништа неће променити у њиховом положају. У Нишу је 65,5% испитаника упознато са тим да је донет Закон о забрани дискриминације, али 40,0% мисли да примена тог закона неће променити њихов положај.
 - Преваленција HIV инфекције у узорку била је ниска и износила је 2,4% у Београду и 4,5% у Нишу. Не може се са сигурношћу извести закључак због чега је преваленција HIV инфекције виша у Нишу, него у Београду. Једно од могућих објашњења је присуство HIV инфекције у сексуалним и социјалним мрежама међу испитиваном ИКД популацијом у Нишу.
 - Преваленција хепатитис Ц вирусне инфекције у узорку у Београду износила је 77,4%, а у Нишу 60,5%. Висока преваленција инфекције вирусом хепатитиса Ц је одраз ризичног понашања, које је повезано са рецептивном праксом коришћења прибора за инјектирање.
 - Проценат испитаника који су инфицирани узрочником сифилиса у целокупном узорку износила је 0,5%. Све троје испитаника су из Београда, а узраста су од 25+ година.
 - Због малог обухвата испитаника узраста од 18 до 19 година није било могуће доносити адекватне закључке, при чему анализиране резултате који се односе на ову добну групу, треба тумачити са извесном резервом.

6. ПРЕПОРУКЕ

- Повећати обухват ИКД одговарајућом терапијским програмима у установама за лечење болести зависности.
- Повећати доступност програма лечења, укључујући и супституциону терапију.
- Развијати и дефинисати доктрине, смернице и протоколе лечења, уз истовремено доношење прописа у области лечења болести зависности.
- Унапредити организацију и квалитет рада здравствених служби које се баве лечењем болести зависности, укључујући и здравствену службу у установама за извршење заводских санкција.
- Повећати капацитете за ванболничко лечење ИКД (амбуланте, дневне болнице).
- Спроводити континуирану едукацију здравствених радника и здравствених сарадника који учествују у терапијским програмима.
- Обезбеђивати савремене лекове у складу са савременим терапиј-

ским препорукама.

- Обезбедити већу професионалну подршку програмима смањења штете, који подразумевају како размену прибора за инјектирање, тако и метадонску супституциону терапију, што би омогућило њихово спровођење како у државном, тако и у приватном сектору, обзиром да је због ниског и ограниченог обухвата корисника, спровођење у оквиру малог броја НВО недовољно.
- Спроводити континуирану едукацију пружалаца услуга у различитим секторима, укључујући здравствене раднике, раднике запослене у апотекама, активисте невладиних организација, социјалне раднике, раднике у казнено-поправним институцијама итд, успостављањем мултидисциплинарног приступа.
- У складу са општим препорукама, програме за смањење штете неопходно је развијати у односу на специфичности одређених субпопулацијских група ИКД, узимајући у обзир и локалне карактеристике средине у којој би се спроводили, са сталним унапређењем њиховог квалитета и изградње одговарајућих система за даље упућивање, са пружањем свих потребних услуга популацији ИКД, а у циљу што боље превенције инфекције HIV-ом и других инфекција.
- Због изразите стигматизације и дискриминације ове популационе групе, треба осмислити адекватне начине промовисања добровољног, поверљивог саветовања и тестирања на HIV и друге ППИ. Саопштавање резултата је у том смислу посебно значајно и на томе треба инсистирати, адекватним начинима стимулације ИКД како у одређеним институцијама, тако и у оквиру теренског рада где се обавља ДПСТ.
- Поред унапређења програма смањења штете, неопходно је и истичање значаја сексуалне трансмисије HIV-а. Из тог разлога је, на субпопулацијском нивоу који се првенствено односи на ИКД, неопходно повећати доступност кондома како у невладином сектору који пружа превентивне услуге популацији ИКД, тако и у здравственим институцијама које се баве превенцијом ППИ. Са друге стране, генерално на популационом нивоу, неопходно је промовисати континуирану употребу кондома са свим врстама сексуалних партнера.
- Спроводити континуирану едукацију ИКД о начинима трансмисије HIV-а и других инфекција, посебно хепатитиса Ц и Б у оквиру саветовалишног рада у институцијама и на терену. Због веома високе преваленције хепатитиса Ц међу ИКД популацијом неопходна је специфична едукација из те области, уз креирање посебних програма.
- Развити додатне специфичне програме намењене инјектирајућим корисницима дроге, успостављањем мултисекторске сарадње са Министарством унутрашњих послова и Министарством правде, уз ревизију постојеће законске регулативе у тој области, како би

се смањило велики број хапшења и затварања, уз истовремену дестигматизацију програма за смањење штете.

- Унапредити програме социјалне рехабилитације лечених зависника, у складу са реалним могућностима земље, а по светским препорукама, развијањем посебних социјалних програма са радним ангажовањем бивших зависника, у складу са њиховим здравственим могућностима.
- Спровести поновљена серопревалентна и бихевиорална истраживања у циљу праћења тренда HIV и HCV епидемије, промена у обрасцима понашања, степену знања и коришћења превентивних и других терапијских услуга. Резултати ових истраживања представљају полазну основу у планирању стратегија и програма намењених овој вулнерабилној субпопулацији под повећаним ризиком од HIV-а.
- У серопревалентна и бихевиорална истраживања, која ће се спроводити у будућности, потребно је укључити већи број особа женског пола, посебно оних узраста од 18 до 24 године у циљу добијања веродостојних резултата и реалније процене ситуације у овој субпопулацији.
- Генерално, млади и адолесценти представљају посебно вулнерабилну субпопулацију ИКД, због незадовољавајућег нивоа знања, коришћења превентивних програма у мањем обиму, уз истовремено присуство ризичнијих облика понашања, посебно сексуалног. На научно заснованим доказима, путем периодичних истраживања знања, ставова и ризичних облика понашања везаних за ППИ и злоупотребу психоактивних супстанци, неопходно је креирање превентивних програма, посебно намењених младима, који подразумевају:
 - програме везане за превенцију ППИ;
 - програме везане за превенцију коришћења дрога;
 - специфичне програме за смањење штете, које треба интегрисати и у казнено-васпитне установе у којима бораве млади;
 - саветовалишни рад, који подразумева добровољно и поверљиво саветовање и тестирање које треба прилагодити овој подгрупи ИКД;
 - специфичне програме за лечење, са обезбеђењем просторних капацитета у здравственим и другим установама, како би млади били одвојени од одраслих пацијената;
 - спровођење серопревалентних и бихевиоралних истраживања, која ће се спроводити искључиво у овој подгрупи ИКД, ради добијања веродостојних резултата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aceijas, C., Stimson, G. V., Hickman, M. and Rhodes, T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users, *AIDS* 2004; 18: 2295-2303.
2. Fernandez H. Heroin. Minnesota, Hazelden: 1998.
3. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. World Drug Report 2000. Great Britain, Oxford University Press; 2000.
4. Stimson GV. The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection. *Bulletin on Narcotics* 1993;45:3-17.
5. Des Jarlais DC, Friedman SR. HIV epidemiology and interventions among injecting drug users. *Int J STD AIDS* 1996;7: 157.161.
6. Ray Kim W. Global epidemiology and burden of hepatitis C. *Microbes and Infection* 2002;345: 41-52.
7. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine* 2001;345: 41-52.
8. Институт за јавно здравље Србије/Центар за превенцију и контролу заразних болести. Извештај о кретању заразних болести на територији Републике Србије у 2008. години, ИЈЗС, Београд, 2009.
9. Carolyn A, Joanne R, Paul F, Dolan K. Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: cross sectional survey. *Harm reduction Journal* 2005;2: 9.
10. Gibson, D.R. Flynn, N. Perales, D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001; 15: 1329-1341.
11. Murray, J.M. Law, M.G. Gao, Z. Kaldor, J.M. The impact of behavioural changes on the prevalence of HIV and hepatitis C among injecting drug users. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 708-714.
12. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за ХИВ/АИДС. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом. Основни резултати. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2008.
13. Институт за јавно здравље Србије/Центар за превенцију и контролу заразних болести. Извештај о реализацији програма здравствене заштите становништва од заразних болести у 2008. години на територији Републике Србије, ИЈЗС, Београд, 2009.
14. СММРИ, Наркотици у Србији, рукопис, 2005. година

-
15. Joseph Amon, Tim Brown, Jan Hogle, Joan MacNeil, Robert Magnani, Stephen Mills, Elizabeth Pisani, Thomas Rehle, Tobi Saidel, Christine Kolars Sow, Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Population at Risk of HIV/AIDS, FHI, USAID, DfID, 2000.
 16. Национална стратегија за борбу против ХИВ/АИДС-а Републике Србије, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2005.
 17. Систем и план мониторинга и евалуације националног одговора на ХИВ епидемију Републике Србије, 2006. (рукопис)
 18. Monitoring and Evaluation System Strengthening Tool, GFATM, 2006.
 19. Guidelines for second generation HIV surveillance. WHO/UNAIDS, Geneva, 2000.
 20. Guidelines for Sexually Transmitted Disease Surveillance, UNAIDS/WHO, Geneva 1999.
 21. FHI. Survey Measurement and Sampling Guidelines for Repeated Behavioural Surveys. Arlington, 1999.
 22. FHI. Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and Care in Developing countries, A Handbook for Program Managers and Decision Makers
 23. A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations, UNAIDS, April 2007.
 24. Heckathorn D. Respondent driven sampling II: Deriving valid population estimates from Chain-Referral samples of hidden populations. Social Problems 2002;49(1):11-34.
 25. Heckathorn D, Semaan S, Broadhead RS, and Hughes JJ. Extensions of respondent-driven sampling: A new approach to the study of injection drug users aged 18-25. AIDS and Behavior 2002;6(1):55-67.
 26. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. AIDS 2005; 19 (suppl 2): S67-S72.
 27. Semaan S, Lauby J, Liebman J. Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. AIDS Rev 2002; 4: 213-223.

314:616.9-055.3(497.11)(083.41)

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

Главни истраживач и аутор текста:

Мр сц. мед. др Виолета Ракић
Завод за јавно здравље Шабац

Консултант истраживања:

Проф. др Дејана Вуковић
Медицински факултет Универзитета у Београду

Теренски координатор:

Александар Прица, Асоцијација „Дуга”, Шабац

Вође теренских тимова:

Владимир Вељковић, НВО „Сигуран пулс младих”, Београд
Жељко Бонић, НВО „Омладина ЈАЗАС-а”, Нови Сад

Кратак садржај рада:

Број инфицираних HIV-ом, као и оболелих и умрлих мушкараца од AIDS-а је троструко већи у односу на жене, што указује на већу изложеност мушкараца инфекцији и слаже се са подацима из Европе и света. Основни циљ истраживања је био да се процени преваленција HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ) у Београду и Новом Саду, као и процена знања, ставова и праксе ризичног понашања везаних за HIV и друге полно преносиве инфекције. Истраживање је реализовано 2010. године, као поновљена био-бихевиорална студија пресека на узорку од 480 МСМ испитаника у Београду и Новом Саду. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Подаци су прикупљани путем попуњавања упитника од стране испитаника. Серопревалентна компонента истраживања рађена је анализом узетих узорака крви испитаника на HIV, хепатитис Ц и сифилис. Циљна популација су били мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима. Узорковање је вршено применом метода „грудве снега”. Најважнији резултати истраживања указују да је истраживањем обухваћено према родном изјашњавању 95,8% мушкараца и 2,3% транссексуалних особа. Серопревалентно истраживање је указало на постојање удружених ризика код испитаника, што показује и висок проценат МСМ инфицираних вирусом хепатитиса Ц, 6,8% у Београду. Преваленција сифилиса је у Београду 0,7%, а у Новом Саду 2,5% код МСМ испитаника, док је HIV преваленција 3,9% у Београду и 2,0% у Новом Саду. У нашој студији проценат оних који су саветовани и тестирани у протеклих 12 месеци, а који су и били корисници „дроп-ин” центра у Београду је 33,9% и 21,5% у Новом Саду, што говори о порасту у односу на претходно истраживање. Током последње две године дошло је до значајног повећања броја МСМ које су обухваћени неким превентивним програмом. Истраживање је показало и значајно повећање нивоа знања МСМ о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције, као и одбацивања заблуда везаних за трансмисију HIV-а у односу на претходно истраживање које је рађено 2008. године. Евидентна је и промена понашања МСМ који су имали контакт са неком НВО која спроводи програме превенције међу МСМ. Здравствене услуге у дому здравља користи и има свог изабраног лекара више од половине испитаника. Истраживање је показало да је висок проценат МСМ изложен вишеструком насиљу и насиљу од стране непознате особе.

Кључне речи: преваленција, HIV/AIDS, хепатитис Ц, сифилис, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, НВО, здравствена служба, насиље

HIV, HCV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR ASSESSMENT AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) IN BELGRADE AND NOVI SAD

Violeta Rakic¹

Abstract

The number of males infected with HIV or afflicted with AIDS or deceased in AIDS-related deaths is three times greater than among females, indicating that males are more exposed to the infection and this is in correlation with the data from Europe and the world. The main goal of the survey was to assess HIV, HCV and syphilis prevalence, as well as knowledge, attitudes and risky sexual practices related to HIV and other sexually transmitted infections among men who have sexual intercourse with men (MSM) in Belgrade and Novi Sad. This repeated bio-behavioral cross-sectional study was conducted in 2010, with a sample of 480 MSM in Belgrade and Novi Sad. The main research tool was a structured questionnaire with close-ended questions. The data was collected with the questionnaires that the participants filled out. The biological component of the study was conducted through analysis of respondents' blood samples, which were tested for HIV, HCV and syphilis. The target population was men who have sexual intercourse with men (MSM) in Belgrade and Novi Sad. Sampling was conducted through 'snowball samples'. The most significant results showed that the study included 95, 8% male and 2, 3% transsexual persons. The prevalence of syphilis among the participants was 0.7% in Belgrade and 2.5% in Novi Sad, while the prevalence of HIV was 3.9% in Belgrade and 2.0 % in Novi Sad. Our survey put the percentage of those who were counseled and tested in the last 12 months and who used the drop-in centre at 33.9% in Belgrade and 21.5% in Novi Sad, an increase in comparison to the previous survey. During the last two years, there has been a significant increase in the number of MSM who participated in some preventive program. The survey also showed a significant increase in MSM knowledge levels about the right ways prevent sexual transmission of HIV infection and a rejection of misconceptions about HIV transmission compared to the previous survey conducted in 2008. In addition, there is an evident change in behavior of those who have had contact with a NGO that implements preventive programs among MSM. More than half of the participants use medical services at health centers and have their chosen doctors. This survey shows that a high percentage of MSM are exposed to violence.

Key words: prevalence, HIV/AIDS, hepatitis C, syphilis, men who have sexual intercourse with men, NGO, health service, violence

¹ Institute of Public Health of Sabac

1. УВОД

Осамдесетих година двадесетог века у медицинску терминологију улази нови ентитет – Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Наука је одговорила на изазове AIDS-а, брзо идентификујући етиологију, описујући патогенезу и путеве преноса и развијајући дијагностичке тестове и методе лечења [1]. HIV/AIDS епидемија је захватила цели свет и представља један од највећих изазова светског јавног здравља [2].

Република Србија још увек спада у земље ниске преваленције HIV-а. Ипак, епидемиолошка ситуација је и даље несигурна због малог броја истраживања којима би се стекао увид у епидемиолошки тренд, као и због малог броја тестираних. Према препорукама WHO, CDC-а и UNAIDS-а, у земљама са ниском преваленцијом превентивне напоре треба усмерити на популације под највећим ризиком [3, 4].

Национална стратегија за борбу против HIV-а/AIDS-а 2005–2010. године Владе Републике Србије (Национална стратегија) дефинисала је неколико субпопулација посебно осетљивих на HIV. Међу њима су и мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима [5]. Термин „мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима” (МСМ) уведен је да би се описало понашање, а не сексуални идентитет одређене особе [6]. У оквиру ове популације присутна је висока стигма и дискриминација, као и аутостигма, што све заједно води тешкој доступности МСМ популације.

Према постојећим епидемиолошким подацима у Србији је од 1985. до 2009. године званично регистровано 2440 HIV позитивних особа, од којих су 1472 особе оболеле од AIDS-а (сиде), док су 962 особе умрле од AIDS-а [7].

Број инфицираних HIV-ом, као и оболелих и умрлих мушкараца од AIDS-а троструко је већи у односу на жене, што указује на већу изложеност мушкараца инфекцији и слаже се са подацима из Европе и света [8]. Примећује се пораст учешћа сексуалног пута преноса HIV-а регистрован међу особама оболелим од AIDS-а. Од 97 особа инфицираних HIV-ом новооткривених током 2009. године, регистровано је једанаест пута више мушкараца, од овог броја 63 чине мушкарци који су пријавили ризичне сексуалне односе са другим мушкарцима [7]. Највећи број HIV инфекција међу МСМ дијагностикује се последњих година кроз саветовалишта за добровољно поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) [9]. Највише МСМ је саветовано и тестирано у Београду, а затим у Новом Саду [7, 9].

Током 2008. године реализовано је прво серопревалентно и бихевиорално надзорно истраживање из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију. Ово истраживање је пружило почетне вредности на основу којих се може пратити тренд епидемије међу МСМ путем понављаних истраживања [10].

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV инфекције, као и преваленције хепатитис Ц инфекције и сифилиса међу мушкарцима који су имали сексуалне односе са мушкарцима у Београду и Новом Саду, процена знања и ставова везаних за HIV и остале инфекције и преваленција ризичних и протективних понашања.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ

- Да се процени величина популације мушкараца који су имали сексуалне односе са мушкарцима у Београду и Новом Саду;
- Да се процени приступачност и коришћење здравствених сервиса и програма, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма;
- Да се процени заступљеност физичког насиља над испитаницима,
- Да се процени постојање стигме и дискриминације у MSM популацији, као и да се процени информисаност испитаника о Закону против дискриминације;
- Да се процени заступљеност трансродних особа (“Male to Female”) међу MSM;
- Да се процени учесталост тестирања и саветовања на HIV и друге инфекције у популацији MSM у Београду и Новом Саду.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

За спровођење студије користила се епидемиолошка студија, студија пресека, која обухвата две компоненте: серопревалентну и бихевиоралну, односно утврђивање серопревалентце и процену понашања.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЛИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Студије процене преваленције HIV инфекције, вирусног хепатитиса Ц и сифилиса и учесталости ризичних облика понашања међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима је изведена у два града, Београду и Новом Саду.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у периоду од јануара до јуна 2010. године у три фазе: припремна фаза, фаза спровођења истраживања на терену и фаза обраде и анализе података.

Припремна фаза је трајала од 1. јануара до 10. марта 2010. године. Укључила је израду протокола истраживања, његово усвајање, избор чланова истраживачког тима, припрему, организацију и спровођење тренинга, неопходне интерне и екстерне консултативне састанке, одређивање оквира популације, селекцију иницијалних испитаника („семена”), креирање упитника и штампање упитника. Истраживање на терену је спроведено у периоду од 16. марта до 28. априла 2010. године у Београду, а у Новом Саду је истраживање спроведено од 16. марта до 15. априла 2010. године.

Фаза обраде и анализе података трајала је од 29. априла до 30. јуна 2010. године. У овој фази спроведена је завршна контрола, обрада и анализа података, писање предфиналног извештаја и писање финалног извештаја.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

МСМ популација је тешко доступна управо због тога што је у нашој земљи високо стигматизована. Испитанике можемо јасно да дефинишемо према критеријуму места доласка у контакт са потенцијалним сексуалним партнером. То су они испитаници који контакт остварују на следећи начин: припадници популације који партнере налазе искључиво преко електронских медија (интернета, chata, огласа), они који налазе партнере у клубовима, затим они који проналазе партнере у парковима и јавним тоалетима и они који налазе партнере преко личних контаката и/или одласком на приватне журке.

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

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 (нпр. преваленција HIV инфекције), W – ширина интервала (ширина за границе грешке од $\pm 3\%$ је 0,06), одређена је величина узорка МСМ популације која ће бити укључена у нашу студију. Укупно је одређено 480 $\pm$ 40 испитаника, односно у Београду 280, а у Новом Саду 200 испитаника. У обзир за дизајнирање величине узорка поред објективних чињеница (доступни подаци о МСМ популацији на основу теренских активности НВО у оба града, резултата преваленције претходног истраживања из 2008. године) узети су и емпиријски подаци који се ослањају на повезаност ове популације њиховом мрежом, као и релативна близина оба града. Величина узорка је на тај начин коригована у складу са препорукама СЗО о величини узорка тешко доступних популација и емпиријских искустава у раду

са том популацијом за око 20%. Планирана величина узорка је и достигнута, односно у овом истраживању је било укупно 480 испитаника.

Како би се обезбедила довољна величина узорка, узорковању је претходило формирање оквира популације, из кога су потекли и иницијални испитаници. У оквир популације улазе сви они који испуњавају дефиницију дату у опису циљне групе.

За узорковање се користи методологија Snowball (тзв. грудва снега). Због специфичности саме МСМ популације и присутне високе стигматизације у нашем друштву, ова популација је веома тешко доступна за истраживање. Управо због тога је у нашим условима прихватљива препорука СЗО о коришћењу методологије грудве снега, односно мрежног узорковања у циљу доласка до испитаника. Обзиром на тешку доступност и високу скривеност популације одлучили смо да се испитаници бирају на основу места остваривања контакта са потенцијалним сексуалним партнерима.

Формирањем узорачког оквира према месту доласка испитаника у контакт са потенцијалним партнером, одређују се иницијални испитаници који су били замољени да у истраживање укључе своје контакте, а њихови контакти своје контакте, до потпуне сатурације одређене величине узорка.

У оквиру прве фазе узорковања вршила се идентификација места остваривања контакта са потенцијалним партнером. Места су одређена на основу више различитих извора (разговори са припадницима циљане популације, представницима НВО који спроводе теренске активности у оба града, коришћење различитих информативних материјала, интернет комуникација...). Затим је направљена селекција испитаника према идентификованим местима остваривања контакта са потенцијалним партнерима.

У другој фази се вршило процењивање броја потенцијалних испитаника на изабраним локацијама. На основу свих података и мишљења вођа теренских тимова (о посећености места, потребној логистичкој подршци, степену сигурности, постојању подршке од стране власника клуба и осталим пратећим проблемима) одређује се које ће локације ући у трећу фазу узорковања.

У трећој фази за свако место су одређени иницијални испитаници, који су погодни и вољни да се укључе у истраживање и који могу да посредују у давању информација за укључивање других које они познају, али и да су сами погодни за истраживање.

Истраживање се на датој локацији обављало све до тренутка када више није било идентификовања нових контаката, погодних за истраживање, односно до тренутка досезања потребне величине узорка.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

Критеријуми за укључивање испитаника у истраживање су били:

- мушкарци узраста 18–59 година,
- изјава о пенетрантном аналном односу са мушкарцем у последњих шест месеци,
- изјава о сталном или привременом пребивалишту на подручју града у којем се спроводи студија не краће од три месеца,
- потписана информисана сагласност за учествовање у истраживању од стране испитаника,
- нису претходно учествовали у истраживању међу МСМ у Београду или у Новом Саду.

Критеријуми за искључивање испитаника из истраживања су били:

- мушкарци млађи од 18 и узраста 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 којем се спроводи студија или је оно краће од три месеца,
- већ су учествовали у истраживању међу МСМ било у Београду било у Новом Саду,
- не прихватају или не схватају правила везана за учешће у студији,
- нису у ментално подобном стању да учествују у свим компонентама истраживања.

3.1.7 УПИТНИЦИ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Прикупљање података за бихевиоралну компоненту студије спроводило се употребом структурираног упитника затвореног типа.

Упитник покрива следеће области:

- демографске карактеристике испитаника,
- сексуалне навике,
- употреба психоактивних супстанци,
- продаја сексуалних услуга,
- сексуални односи са особама супротног пола,
- коришћење кондома,
- знање о ППИ,
- знање и ставови о HIV-у
- питања везана за процену величине популације,
- приступачност, доступности и коришћење HIV превентивних услуга и програма у и ван система здравствене заштите, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма, и
- стигме и дискриминације.

Услед додавања нових домена у упитник из претходног истраживања и планиране ревизије упитника, упитник је тестиран на узорку од по пет добровољаца у оба града. Упитник су попуњавали испитаници уз помоћ обучених интервјуера (анкетара). За анкетаре су биране особе са искуством и сензибилисане за рад са циљном популацијом. Трајање читавог интервјуа (укључујући и објашњавање етичког аспекта и узимање узорка) је било око 20 до 30 минута.

3.1.8 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Цео ток истраживања одвијао се у складу са усвојеним етичким правилима истраживања која су била саставни део протокола истраживања.

Приликом информисања, испитаницима је објашњено да је њихово учешће у потпуности анонимно и добровољно, као и да у сваком моменту могу да одустану од учествовања у истраживању. Све информације које дају о себи остају у потпуности поверљиве информације и не бивају ни на који начин повезне са индивидуализованим личним подацима испитаника.

Сви су испитаници током свог учешћа у истраживању добили потпуне информације о местима где се може саветовати и тестирати на HIV и ППИ, као и о местима и установама/организацијама које пружају здравствене услуге релевантне за испитивану популацију (НВО које се баве програмом превенције HIV-а и ППИ). Испитаницима су на истраживачким локацијама дељени информативно-едукативно-комуникациони (ИЕК) материјал и, уз информисање о начину и разлозима за употребу, кондоми и лубриканти. Такође, сви испитаници су прошли кроз саветовање пре тестирања, а они који су желели да сазнају резултате својих тестова прошли су и кроз саветовање после тестирања, када им је саопштен резултат и када су упућени на релевантне установе/организације у складу са резултатима тестова.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

У сваком граду су формиране посебне иницијалне групе на основу места доласка у контакт са потенцијалним партнером. И у Београду и у Новом Саду су изабране по четири иницијалне групе. Одређена су по два иницијална испитаника који су били замољени да у истраживање укључе своје контакте, а затим њихови контакти своје контакте до потпуне сатурације, засићења одређене величине узорка испитаника.

Пре почетка самог истраживања главни истраживач је заједно са теренским координатором и вођама теренских тимова у сваком граду оба-вио разговоре са изабраним представницима одређених група. Била им је објашњена њихова улога и замољени су да се укључе у истраживање.

Тестирање и анкетирање испитаника се обављало у посебним просторијама које су изабране у зависности од локалних специфичности, на препоруку локалног истраживачког тима. При селекцији места посебно се водило рачуна о доступности, безбедности и окружењу. Простор је располагао са минимално физички одвојеним просторијама за селекцију испитаника и исплату надокнада за утрошено време, просторијом за анкетирање/интервју и саветовање пре и после тестирања, просторијом за узорковање крви и санитарним чвором. Теренски тимови у Београду и Новом Саду су за време спровођења студије радили шест сати дневно од 15h до 21h, шест дана у недељи, 8–12 недеља током трајања спровођења студије. Теренски тим истраживања је сачињавао обучени тим у саставу анкетар, саветник за ДПСТ, лаборант и теренски координатор тима.

У „дроп ин” центрима „Омладине ЈАЗАС” у Новом Саду и „SPY” у Београду су обезбеђене посебне просторије где се одвијало истраживање у адекватним условима.

Свим особама које су идентификоване од стране кључних информатора за укључивање у истраживање, приступали су анкетари у договору са њима у „дроп ин” центрима у заказано време. Анкетари су имали своје идентификационе ознаке са назнаком пројекта.

Испитанику се прво давао кратак усмени опис истраживања, а затим је замољен да одговори на неколико питања. Параметри за процену погодности испитаника су били узраст (18 и више година), пенетрантни секс са мушкарцима током последњих шест месеци. Потом, уколико су били погодни за истраживање замољени су да учествују у овом истраживању где се жели проценити ризик од настајања HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса.

Уколико је утврђено да испитаник испуњава услове за учешће у истраживању, и уколико је за то дао своју сагласност, приступало се анкетирању. Испитаник би потом попуњавао анкету и бележио одговоре, а затим би после претест саветовања, које може да обави сам едуковани анкетар за ДПСТ или други саветник за ДПСТ, лаборанат узимао биолошки материјал (кап крви из прста) ради тестирања.

Испитаницима који су то желели били су саопштени резултати теста, уз пост тест саветовање, које је обављала особа која је урадила и претест саветовање, за 15–20 минута. Сваки испитаник је добио надокнаду за утрошено време због учешћа у истраживању.

Истраживање се на датој локацији обављало све до тренутка када више није било идентификовања нових контаката погодних за истраживање, односно до тренутка досезања потребне величине узорка.

За припрему истраживања и управљање радом на терену био је задужен главни истраживач уз сарадњу са теренским координатором, а у сарадњи са координатором пројекта и Стручним саветодавним телом/тимом консултаната.

3.2.2 ПРОБЛЕМИ И ПРЕПРЕКЕ У РАДУ

Током читавог теренског истраживања није забележен ниједан инцидент на терену нити доживљена било која непријатност како за испитанике, тако и за теренски тим.

3.3 ОБРАДА

Главни истраживач је у сарадњи са координатором за статистику и Тимом за статистику формирао речник података за унос бихевиоралних података у детерминисане софтверске пакете.

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

Статистичку обраду података обавио је главни консултант за статистичку обраду података са тимом статистичара и математичара Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Начин статистичке обраде, као и статистичке методе које су примењене, одредио је главни консултант за статистичку обраду података у сарадњи са главним истраживачем. За обраду података користио се софтверски пакет SPSS 12,0 и подаци су обрађени путем дескриптивне и савремене аналитичке статистике (униваријантне и мултиваријантне анализе). Подаци су дисагрегирани по узрасту испитаника, роду испитаника и локацији, а за најбитније варијабле дати су појединачни скорови. Сви национални индикатори су анализирани и представљени у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију Републике Србије и пројектом Министарства здравља „Јачање националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга”.

3.3.2 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Варијабле које се односе на испитанике покривају следеће области: демографске карактеристике испитаника, сексуалне навике, употреба психоактивних супстанци, продаја сексуалних услуга, сексуални односи са особама супротног пола, коришћење кондома, знање о ППИ, знање и ставови о HIV-у, питања везана за процену величине популације, приступачност, доступност и коришћење HIV превентивних услуга и програма у и ван система здравствене заштите, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма и стигма и дискриминација.

Исходишне варијабле су: преваленција HIV и других инфекција, ризично сексуално понашање (незаштићен сексуални однос, мењање партнера), ризично понашање везано за употребу психоактивних супстанци (употреба ПАС, дељење прибора) и продаја сексуалних услуга.

Предиктор варијабле су: демографске карактеристике (узраст, степен образовања, запослење, породичне прилике), сексуална пракса (први сек-

суални однос, доследност употребе кондома и лубриканата, сексуални односи са особама другог пола), пракса употребе ПАС (прва употреба, врсте ПАС), информисаност о HIV-у и другим инфекцијама (знања и ставови) и приступачност превентивних служби и програма (информисаност, доступност, ставови, коришћење).

Обавезни национални индикатори су дефинисани Националним системом и планом за мониторинг и евалуацију одговора на HIV епидемију [11]:

- ИМП1 (MCM)/ ГФ1/ПР1 (MCM) (UNGASS) – проценат MCM инфицираних HIV-ом
- ИМП4 (MCM) (UNGASS, Universal Access) – проценат MCM који су пријавили употребу кондома током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером у последњих шест месеци
- ИМП5 (MCM) (UNGASS) – проценат MCM који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор)
- ИМП 8 – проценат MCM који су се изјаснили трансродно
- ИМП11 (MCM) (UNGASS, Universal Access) – проценат MCM обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци
- ИМП12 (MCM) (UNGASS, Universal Access) – проценат MCM који су се тестирали на HIV у протеклих 12 месеци и који знају резултат последњег тестирања.

Поред обавезних индикатора пратио се и проценат MCM HCV инфицираних и проценат MCM инфицираних сифилисом.

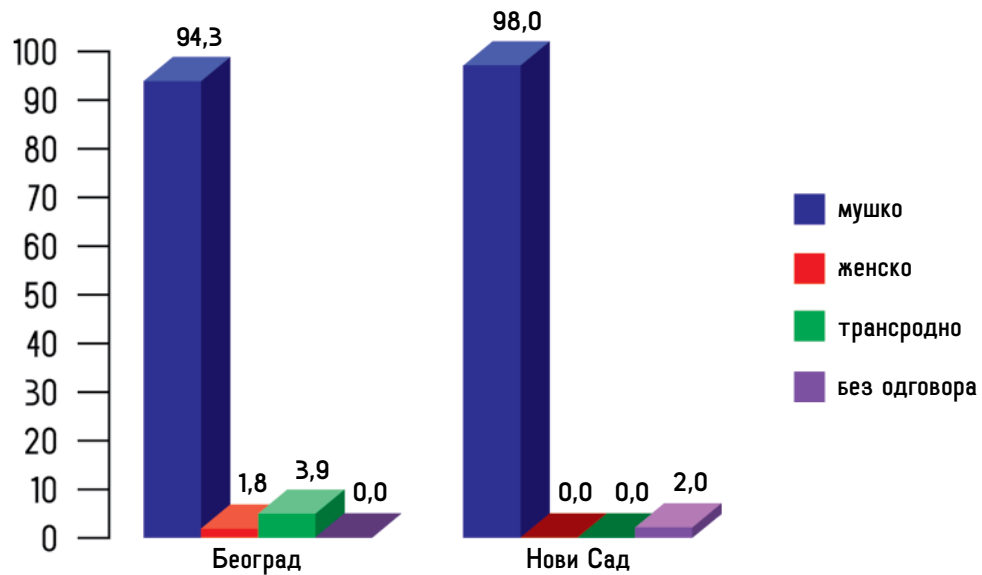
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

4.1 СОЦИЈАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СТРУКТУРА ЦИЉНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

4.1.1 РОДНО ИЗЈАШЊАВАЊЕ

Од укупно 480 MCM испитаника у студији само се 2,3% (11/480) изјаснило трансродно, а 95,8% (460/480) се изјаснило у мушком роду у оба града, графикон 1.

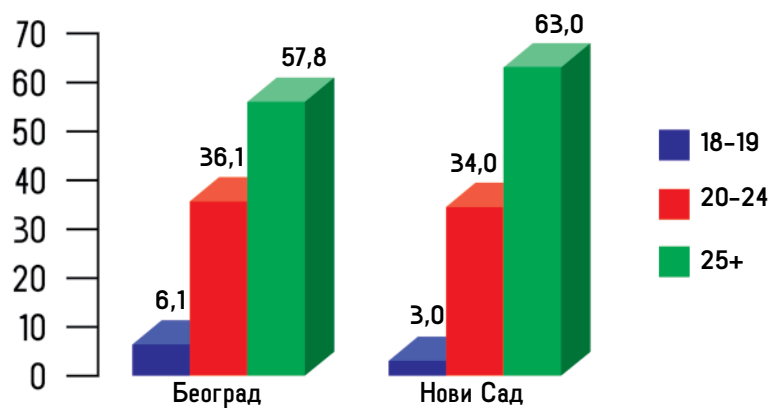
Графикон 1. Структура узорка према родном изјашњавању



4.1.2 ДИСТРИБУЦИЈА ПО УЗРАСТУ

Узраст испитаника се кретао од 18 до 52 године живота, највише испитаника се налазило у узрасној категорији 25 и више година, ($\bar{x}=27,3$; $med=26,0$; $SD=6,5$), графикон 2. У претходном истраживању 2008. године највећи део обухваћених МСМ испитаника је био у узрасту од 15 до 34 године, 43,5% у Београду и 48,4% у Новом Саду [10].

Графикон 2. Структура узорка према старосним категоријама



4.1.3 МЕСТО РОЂЕЊА И ПРЕБИВАЛИШТЕ

Преко 49% испитаника је као место рођења навело Београд, а у унутрашњости (Србија, Војводина, Косово) је рођено 40,2% испитаника. Испитаници у студији просечно живе 18,2 године у Београду ($\bar{x}$ =18,2; med =20,0; SD =13,3), а у Новом Саду 13,7 година ($\bar{x}$ =13,7; med =18,5; SD =11,7).

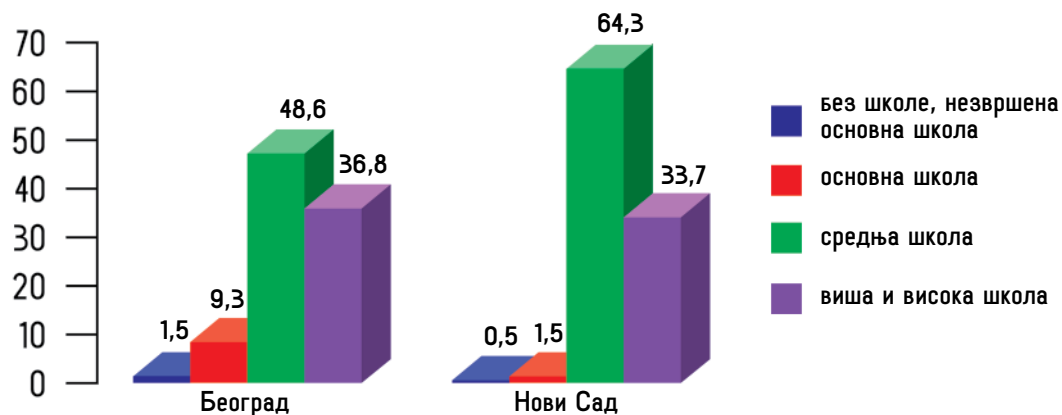
4.1.4 НАЦИОНАЛНОСТ

Највише испитаника 68,5% (329/480) су били припадници српске националности, затим су заступљени са 13,5% (65/480) испитаници који се нису изјаснили по овом питању. Остале националности су у занемарљивим процентима.

4.1.5 СТРУКТУРА УЗОРКА ПРЕМА ОБРАЗОВАЊУ

Највећи број испитаника је завршио средњу школу, али је значајан број и са завршеном вишом и високом школом, графикон 3. У истраживању изведеном 2008. године 54,1% МСМ испитаника је имао завршену средњу школу у Београду, а 67,6% у Новом Саду [10].

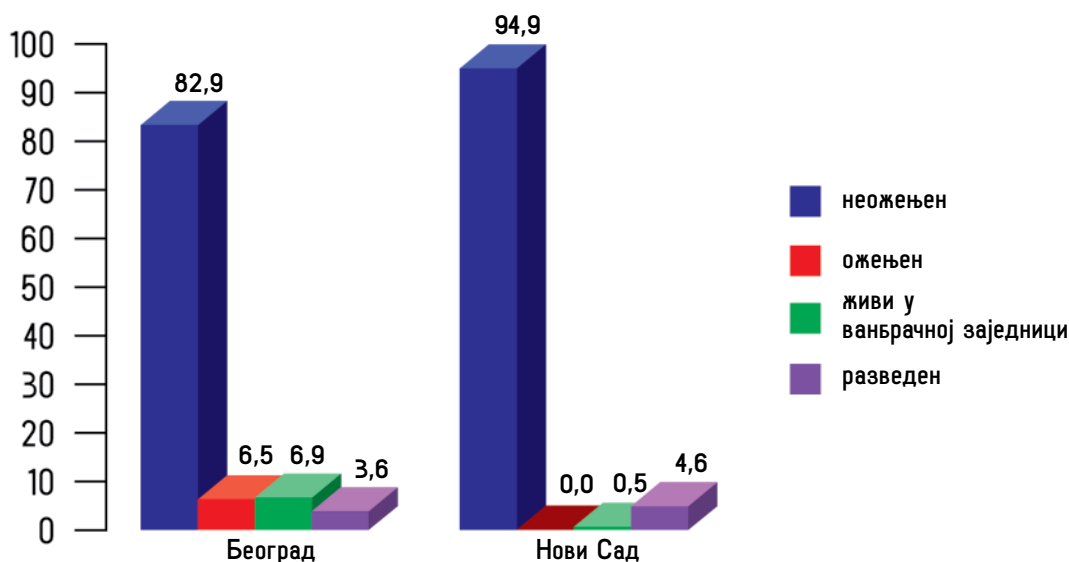
Графикон 3. Образовна структура узорка



4.1.6 СТРУКТУРА УЗОРКА ПРЕМА БРАЧНОМ СТАТУСУ

На графикону 4 је приказан брачни статус испитаника, највећи број испитаника је неожењен. Слични подаци су добијени и у првој надзорном истраживању [10], у Београду је 91,5%, а у Новом Саду 88,4% испитаника било неожењено.

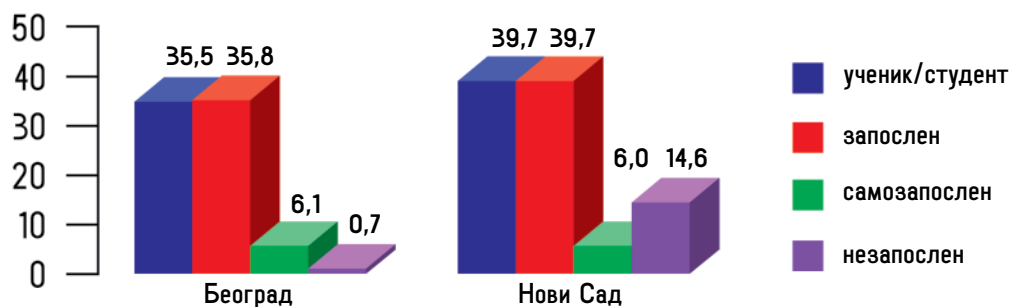
Графикон 4. Брачни статус испитаника



4.1.7 СТРУКТУРА УЗОРКА ПРЕМА РАДНОМ СТАТУСУ

У односу на радни статус издвајају се у највећем проценту ученици/студенти и запослени, а затим следе samozапослени и незапослени, графикон 5. У претходном истраживању у Београду је било 32,9% ученика/студената, а у Новом Саду 43,6% [10].

Графикон 5. Структура узорка према радном статусу



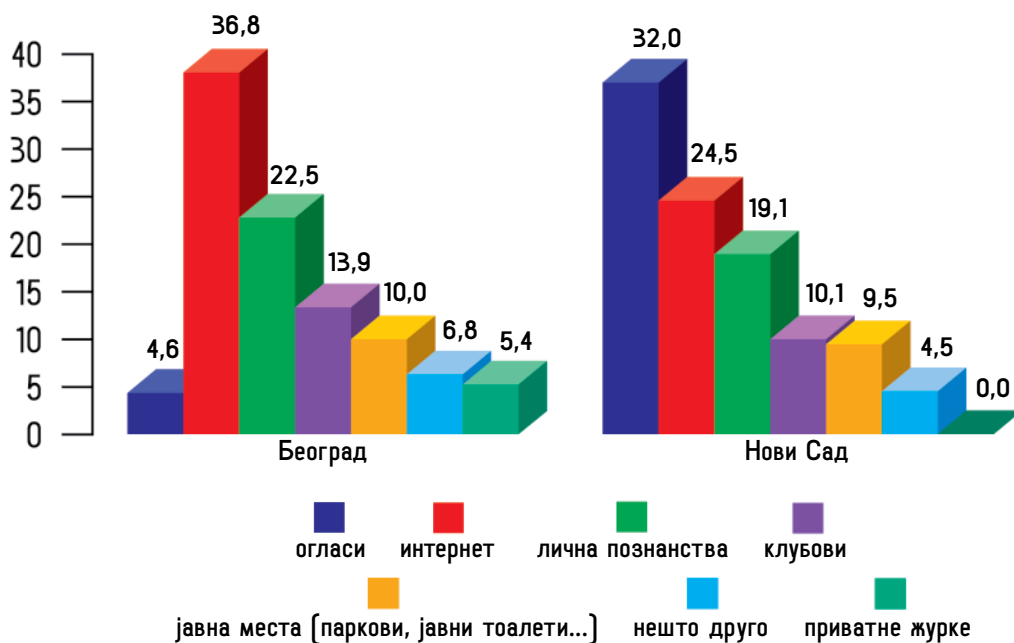
4.1.8 КОРИШЋЕЊЕ ИНТЕРНЕТА

Само 8,3% испитаника није пријавило коришћење интернета, а остали испитаници редовно користе интернет, ($\bar{x}=20,7$; $med=14,0$; $SD=26,8$). У узрасту 18–19 година 40,8% користи интернет редовно, а у осталим узрастним групама проценат је мањи. У претходном истраживању [10] око 70% MSM испитаника је редовно користило интернет, тако да је приметан пораст коришћења интернета код испитаника.

4.1.9 СТРУКТУРА УЗОРКА ПРЕМА УОБИЧАЈНОМ НАЧИНУ НАЛАЖЕЊА ПАРТНЕРА

Највећи број испитаника је проналазио партнере у претходних 12 месеци преко интернета и личних познанстава. На овај начин су најчешће проналазили партнере испитаници са завршеном средњом и вишом/високом школом. Добијени резултати се у потпуности слажу са резултатима добијеним у претходном надзорном истраживању [10]. У Београду највећи проценат испитаника (36,8%) партнере проналази преко интернета, затим преко личних познанстава (22,5%), а следе у мањем проценту клубови, јавна места (јавни тоалети, паркови...), приватне журке. У Новом Саду испитаници своје сексуалне партнере најчешће проналазе преко огласа, интернета и личних познанстава. У оба града код MSM популације доминирају ови начини проналажења партнера, мада треба узети у обзир да су испитаници имали могућност да заокруже само један од понуђених одговора који највише одговара начину проналажења партнера, графикон 6.

Графикон 6. Структура узорка према уобичајном начину налажења партнера



4.2 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И ФАКТОРИ РИЗИКА

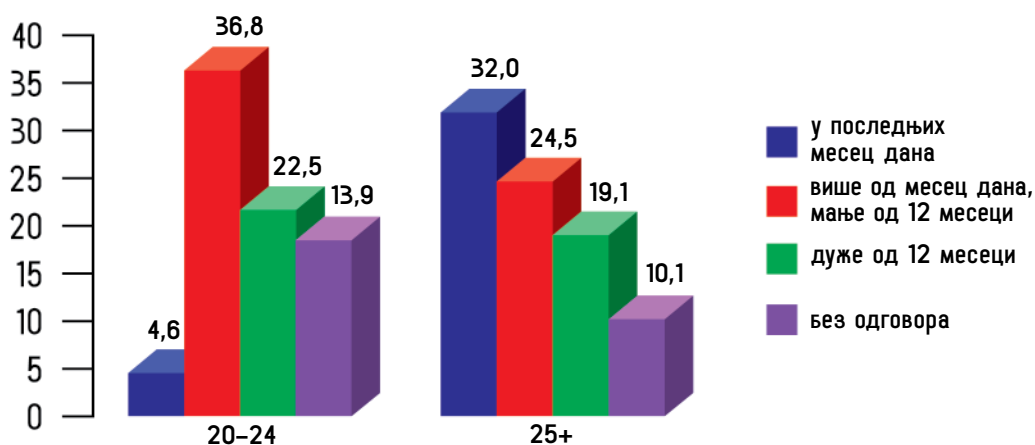
4.2.1 КОРИШЋЕЊЕ ЦИГАРЕТА, АЛКОХОЛА И ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

Активно пушење је пријавило 54,2% (260/480) испитаника у оба града. У Београду је 57,9% (162/280) испитаника пријавило активно пушење цигарета, а у Новом Саду 49,5% (99/200). Коришћење алкохола је пријавило преко 63,0% испитаника у оба града. У Београду је 63,6% (171/280) испитаника пријавило коришћење алкохола. У Новом Саду је 65,6% (131/200) пријавило коришћење алкохола. Статистички значајна разлика није била у односу на узрастне групе и ниво образовања, али је статистички значајна разлика добијена у односу на радни статус испитаника, ($\chi^2=15,2$; $p<0,05$), односно запослени припадници МСМ популације значајно више конзумирају алкохол.

Дрогу користи 14,2% (68/480) испитаника у оба града. У Београду 18,3% (43/280) испитаника користи ПАС, статистички значајне разлике није било у односу на узрастне групе и радни статус, али је висока статистичка значајност забележена у односу на степен образовања, ($\chi^2=40,3$; $p<0,001$), односно испитаници који имају виши степен образовања користе ПАС значајно чешће.

У Новом Саду је само 9,3% (18/200) испитаника пријавило узимање ПАС, али није било статистички значајне разлике у односу на узрастне групе, радни статус и ниво образовања. Дрогу убризгавањем узима 4,2% (20/480) испитаника у оба града, графикон 7. У претходном истраживању коришћење ПАС је пријавило у Београду 69,5% и 68,8% у Новом Саду МСМ испитаника [10].

Графикон 7. Проценат МСМ који су дрогу користили убризгавањем у односу на узраст



Дрогу убризгавањем користи мали део испитиване МСМ популације, и корисници у преко 90% користе потпуно нов и некоришћен прибор за инјектирање. Сваки ризичан облик понашања, коришћење нестерилног прибора за инјектирање уз некоришћење кондома приликом сексуалних односа доводи до умножавања ризика. У Београду 6,3% испитиване МСМ популације користи дрогу убризгавањем, а у Новом Саду само 0,5%.

4.2.2 СЕКСУАЛНА ИСТОРИЈА ИСПИТАНИКА

Често мењање сексуалних партнера доводи до настанка одређених полно преносивих инфекција, а код HIV инфекције у последњих неколико година је управо доминантан сексуални пут преноса.

4.2.2.1 ПРВИ ПЕНЕТРАНТАН АНАЛНИ ОДНОС СА МУШКАРЦЕМ

У нашем истраживању први пенетрантан анални однос са мушкарцем је код већине МСМ испитаника био око 19. године живота, ($\bar{x}$ =19,5; med=19,0; SD=4,1). У Београду је први пенетрантан анални однос био око 18. године ($\bar{x}$ =18,8; med=18,0; SD=5,6), а у Новом Саду око 20. године живота ($\bar{x}$ =19,9; med=20,0; SD=3,4). У претходном истраживању први пенетрантан анални сексуални однос са мушкарцем у Београду/Новом Саду је био у идентичном узрасту (med=19,0 /20,0 година) [10].

4.2.2.2 ПЕНЕТРАНТАН ВАГИНАЛНИ ОДНОС СА ЖЕНОМ

Од укупног броја МСМ испитаника 55,0% (264/480) је имало вагиналне сексуалне односе са женом, и просечан број година при првом односу је био 17.

Сексуални однос са женом пре више од 12 месеци је имало 46,9% МСМ испитаника, а у времену краћем од 12 месеци 18,7% МСМ испитаника. Са свим партнеркама кондом је понекад користило 43,1% испитаника, а увек 37,3% испитаника. Посебно забрињава 19,6% МСМ испитаника који никад не користе кондом приликом сексуалних односа са женама. Приликом последњег пенетрантног вагиналног сексуалног односа са женом 72,6% МСМ испитаника је користило кондом. На основу резултата претходног истраживања из 2008. године 22,4% МСМ испитаника из Београда и сваки трећи испитаник из Новог Сада је имао пенетрантне односе са особама женског пола у претходних 12 месеци, а 43,6% испитаника из Београда и 31,6% из Новог Сада су пријавили доследно коришћење кондома приликом сексуалних односа у претходних 12 месеци [10].

4.2.2.3 ПРВИ ПЕНЕТРАНТАН АНАЛНИ ОДНОС СА ЖЕНОМ

Први пенетрантан анални однос са женом је био у ранијем узрасту, око 17. године живота код испитаника у оба града. И у Београду ($\bar{x}$ =15,4; med=17,0; SD=5,8) и у Новом Саду ($\bar{x}$ =18,6; med=19,0; SD=2,4) је анални сексуални однос са женом био у ранијем узрасту у односу на пенетрантан анални однос са мушкарцем.

4.2.2.4 ПРОЦЕНАТ МСМ КОЈИ СУ ИМАЛИ ОРАЛНИ СЕКС СА МУШКАРЦИМА У ПРЕТХОДНИХ 12 МЕСЕЦИ

Орални секс са мушкарцем у претходних 12 месеци је имало 94,8% (455/480) МСМ испитаника. У Београду је 90,7% (253/280) пријавило орални секс у претходних 12 месеци, а у Новом Саду 97,0% (194/200). Слични резултати су добијени и у претходном истраживању, у Београду 96,3%, а у Новом Саду 85,6% МСМ испитаника је имало оралне сексуалне односе са мушкарцима у претходних 12 месеци [10].

4.2.2.5 КОРИШЋЕЊЕ КОНДОМА ПРИ ОРАЛНОМ СЕКСУ СА МУШКАРЦИМА У ПРЕТХОДНИХ 12 МЕСЕЦИ

На питање колико често су користили кондом при оралном сексу у претходних 12 месеци близу 60% је одговорило да није никад користио кондом у оба града.

У Београду се 48,7% (131/280) изјаснило да никад не користи кондом при оралном сексу, а ретко 19,3% (52/280) и понекад 6,7% (18/280) МСМ испитаника користе кондом при оралном сексу са мушкарцима.

У Новом Саду је одговор никад дало 68,0% (136/200) МСМ испитаника, ретко 6,5% (13/200) и понекад 9,5% (19/200) на питање о коришћењу кондома приликом оралног секса са мушкарцима у претходних 12 месеци.

У Београду се 31,4% (88/280) изјаснило да је користило кондом приликом последњег оралног секса, а у Новом Саду 21,5% (43/200). У претходном истраживању 23,2% МСМ испитаника из Београда и 20,6% испитаника из Новог Сада су користили кондом приликом последњег оралног секса са мушкарцима [10].

У истраживању мали број испитаника је дао потврдан одговор на питање, али је пријавио да користи кондом при оралном сексуалном односу са мушким партнерима. Као основни разлог за некоришћење кондома наводе однос са сталним партнером у 34,3%, док су остали разлози занемарљиви. Исти разлози и у скоро идентичним процентима, као водећи су забележени и у претходном истраживању, односно сам орални контакт се схвата као безбедан у односу на озбиљну инфекцију као што је HIV.

4.2.2.6 КОРИШЋЕЊЕ КОНДОМА ПРИ АНАЛНОМ СЕКСУ СА СТАЛНИМ И ПОВРЕМЕНИМ ПАРТНЕРОМ

На питање колико често су користили кондом са сталним партнером приликом аналног секса одговор понекад је дало 34,6% и увек 30,4% МСМ испитаника. Са повременим партнером кондом приликом аналног односа користило је 55,3% увек, а понекад 17,5% испитаника у оба града.

МСМ испитаници у Београду су понекад 32,7% (90/280) и увек 34,9% (96/280) користили кондом са сталним партнером приликом аналног секса. У Новом Саду испитаници су понекад 36,0% (72/200) и увек 23,5%

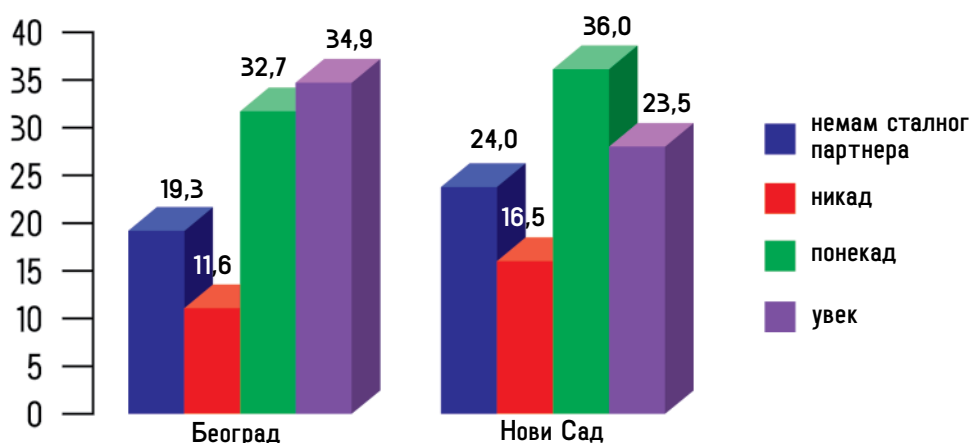
(47/200) користили кондом са сталним партнером. Са повременим партнером понекад је 15,7% (42/280) и увек је 59,7% (160/280) МСМ испитаника у нашој студији користило кондом приликом аналних односа са мушкарцем. Понекад је 20,0% (40/200) и увек 48,5% (97/200) МСМ испитаника из Новог Сада користило кондом са повременим партнером у претходних 12 месеци. У претходном истраживању 31,1% испитаника из Београда и 20,3% из Новог Сада су навели да увек користе кондом са сталним партнером приликом аналних сексуалних односа у претходних 12 месеци [10].

Међутим, независно од тога да ли је стални и/или повремени партнер, кондом приликом последњег аналног односа је користило 40,2% свих испитаника. Проценат МСМ испитаника који је користио кондом приликом последњег аналног сексуалног односа са мушкарцем је у Београду 34,6% (97/280), а у Новом Саду 46,5% (92/200). Статистички значајна разлика је добијена у односу на узрасне групе испитаника ($\chi^2=33,3$; $p<0,05$) и ниво образовања ($\chi^2=271,9$; $p<0,001$), као и у односу на начин проналажења партнера ($\chi^2=68,0$; $p<0,05$).

У Новом Саду није добијена статистичка повезаност у односу на узрасне групе, ниво образовања и начин на који су проналазили partnere и коришћење кондома приликом аналног односа.

На графикону 8 је приказано процентуално коришћење кондома приликом аналног секса са сталним партнером у претходних 12 месеци према локацији истраживања.

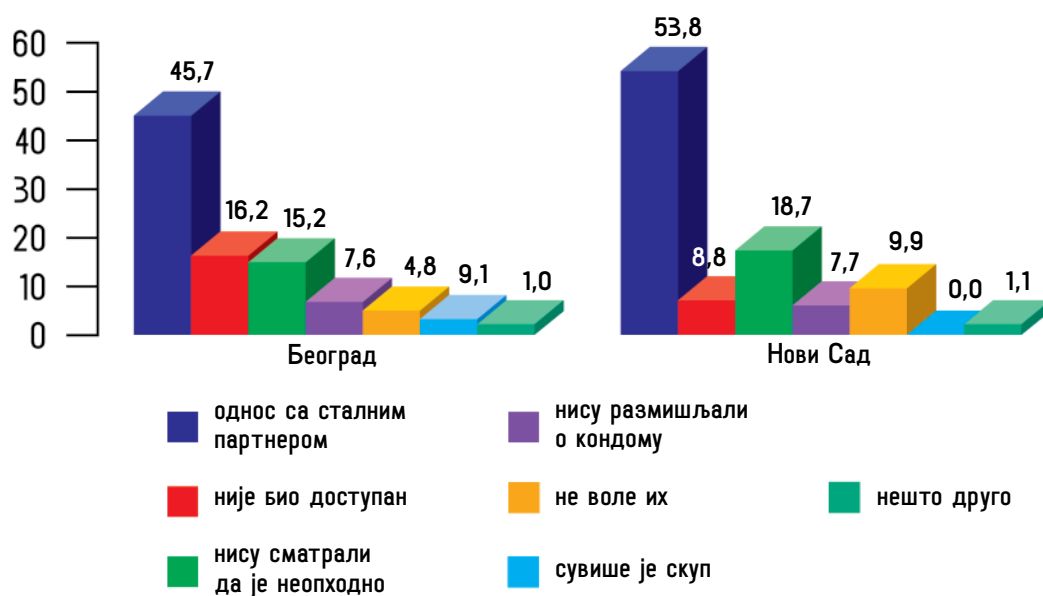
Графикон 8. Коришћење кондома приликом аналног секса са сталним партнером у претходних 12 месеци



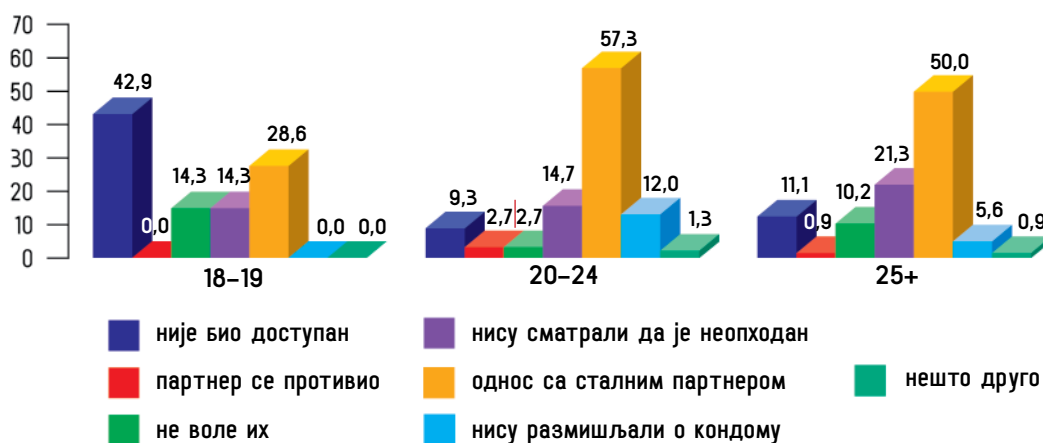
Као главни разлог за некоришћење кондома приликом последњег аналног сексуалног односа са мушким партнером чак 52,1% MSM испитаника је навело узрок то што је сексуални однос био са сталним партнером.

У истраживању спроведеном 2008. године овај разлог је навело преко 40% MSM испитаника [10]. Ово указује да се веза са сталним партнером и даље узима као главни разлог за некоришћење кондома, односно да се у већем проценту однос са сталним партнером схвата као безбедан.

Графикон 9. Главни разлози некоришћења кондома приликом последњег аналног секса према локацији



Графикон 10. Главни разлози некоришћења кондома приликом последњег аналног секса према узрасту



4.2.3 СЕКСУАЛНА ИСТОРИЈА: БРОЈ И ПАРТНЕРИ

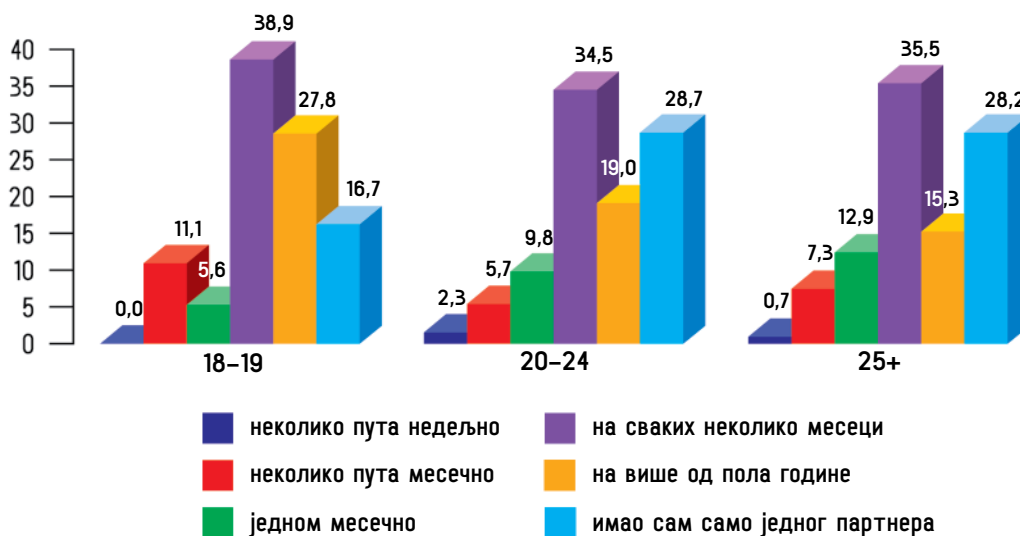
4.2.3.1 ПРОСЕЧАН БРОЈ РАЗЛИЧИТИХ ПОЛНИХ ПАРТНЕРА У ПРЕТХОДНИХ 12 МЕСЕЦИ

Број различитих мушкараца са којима су испитаници имали анални сексуални однос у претходних 12 месеци се кретао од 1 до 60, ($\bar{x}=4,99$; $med=3,0$; $SD=6,6$) у оба града. Медијана броја партнера са којима су МСМ имали пенетрантне сексуалне односе у последњих 12 месеци износила је пет партнера у Београду и четири партнера у Новом Саду. У Београду ($\bar{x}=5,70$; $med=5,0$; $SD=8,1$) је до шест различитих полних партнера имало 79,8% испитаника, а у Новом Саду 80,3%, ($\bar{x}=4,14$; $med=4,0$; $SD=3,7$). Укупан број различитих полних партнера у претходних 12 месеци је већи у Београду.

Број партнера када су испитаници били пасивни се кретао од 0 до 59, ($\bar{x}=2,68$; $med=1,0$; $SD=4,8$).

На графикону 11 је представљено колико често у времену су мењали партнере за аналне односе према узрасту у оба града.

Графикон 11. Учесталост мењања партнера за аналне односе према узрасту испитаника



4.2.3.2 ПРОЦЕНАТ МСМ КОЈИ СУ ИМАЛИ ОДНОСЕ ПОД УТИЦАЈЕМ АЛКОХОЛА

Под утицајем алкохола сексуалне односе у претходних 12 месеци је имало 43,9% МСМ испитаника, а притом је 62,0% користило кондом у оба града. У Новом Саду 45,7% испитаника је имало односе под утицајем алкохола, али је 55,1% њих користило кондом. У Београду је 40,9% МСМ испитаника имало односе под утицајем алкохола и 67,0% њих је користило кондом.

4.2.4 СЕКСУАЛНА ИСТОРИЈА: КОМЕРЦИЈАЛНИ ПАРТНЕРИ

4.2.4.1 ПРОЦЕНАТ МСМ КОЈИ СУ ИМАЛИ ОДНОСЕ СА КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРИМА

Када је реч о комерцијалним сексуалним односима већина испитаника (96,3%) нису куповали услуге аналног секса, односно 92,9% није продавало сексуалне услуге. Приликом аналних односа са комерцијалним партнером МСМ испитаници су користили кондом у високом проценту, 95,5%. Преко 95% испитаника у Новом Саду и Београду негира коришћење и продају комерцијалних сексуалних услуга.

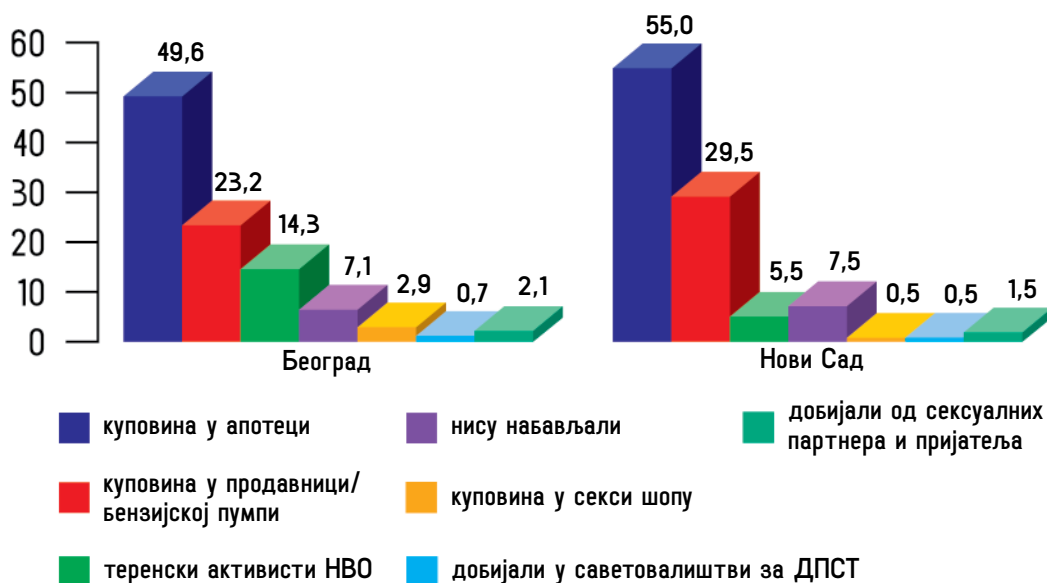
У претходном истраживању, 2008. године, у Београду и Новом Саду је далеко више испитаника пријавило пружање комерцијалних сексуалних услуга (14,6% и 7,6%), али у оба истраживања мали број МСМ испитаника се изјаснио у вези комерцијалних сексуалних услуга, тако да са резервом треба узети податке о пружању сексуалних услуга за било који вид надокнаде [10]. Испитаници који су користили и/или продавали сексуалне услуге су у преко 80,0% користили кондом у оба града, и такво понашање говори о препознавању неопходности коришћења кондома приликом сексуалних односа са нерегуларним партнером.

4.2.5 ПОНАШАЊЕ, НАВИКЕ И ЗНАЊЕ О ТРАНСМИСИЈИ HIV ИНФЕКЦИЈЕ

4.2.5.1 НАЧИНИ НАБАВЉАЊА КОНДОМА

У Новом Саду је 5,5% испитаника кондоме добијало од НВО „Омладина ЈАЗАС”-а, а у Београду је 14,3% испитаника кондоме добило од теренских активиста „Сигурног пулса младих”. На графикону 12 су представљена најчешћа места за набавку кондома.

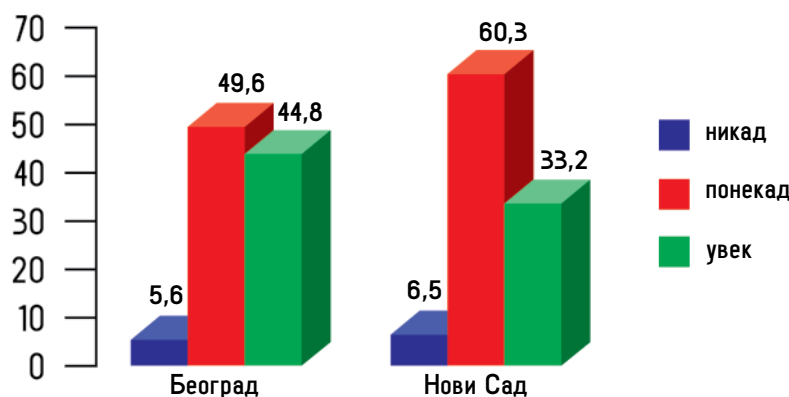
Графикон 12. Процентуално најчешћа места за набавку кондома



4.2.5.2 ПРОЦЕНАТ МСМ КОЈИ КОРИСТЕ ЛУБРИКАНТ ПРИЛИКОМ АНАЛНОГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА

МСМ испитаници користе лубрикант приликом сексуалних односа понекад у 54,5% у оба града, а увек користи 39,5%. У претходном истраживању доследно коришћење лубриканта је пријавило у Београду 23,5%, а у Новом Саду 16,3% [10]. Подаци добијени нашим истраживањем говоре у прилог повећања броја МСМ испитаника који приликом аналних односа са мушким партнером користе лубрикант. И у Београду и у Новом Саду највећи проценат МСМ испитаника користи лубриканте понекад, графикон 13.

Графикон 13. Проценат учесталости коришћења лубриканта према локацији истраживања



4.3 СЕКСУАЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Само је 5,4% свих МСМ испитаника имало промене и исцедак из полних органа у претходних 12 месеци и 64,5% њих је помоћ потражило у државној здравственој установи која је једина препозната као установа од поверења. У Новом Саду 3,5% испитаника је имало промене/исцедак из полног органа, а у Београду 7,1%.

4.4 ЗНАЊЕ, СТАВОВИ И МИШЉЕЊА У ВЕЗИ HIV ИНФЕКЦИЈЕ

За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна 98,9% МСМ испитаника у Београду и 99,5% испитаника из Новог Сада. МСМ испитаници су показали довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да могу правилно да идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (знају да се могу заштитити од инфицирања HIV-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге partnere, као и правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа) и истовремено препознају заблуде везане за трансмисију HIV-а (знају да особа која изгледа здрава може бити носилац HIV-а, да се sida не може

добити ако се дели храна са инфицираним особом, нити ако се живи или ради са инфицираним особом), табела 1.

У Београду праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а зна 66,8% (187/280) MSM испитаника. У претходном надзорном истраживању у Београду 66,3% MSM испитаника је препознало праве начине трансмисије HIV инфекције [10]. Код 58,3% (7/12) MSM испитаника је препознато у узрасту 18–19 година, а у узрасту 20–24 године 66,3% (69/104) MSM испитаника је препознало праве начине трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. У 68,8% (111/164) MSM испитаници су препознали начине трансмисије и главне заблуде у узрасту 25 и више година. Међутим, даља статистичка обрада није показала статистички значајну разлику у препознавању правих начина превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у односу на узрастне групе.

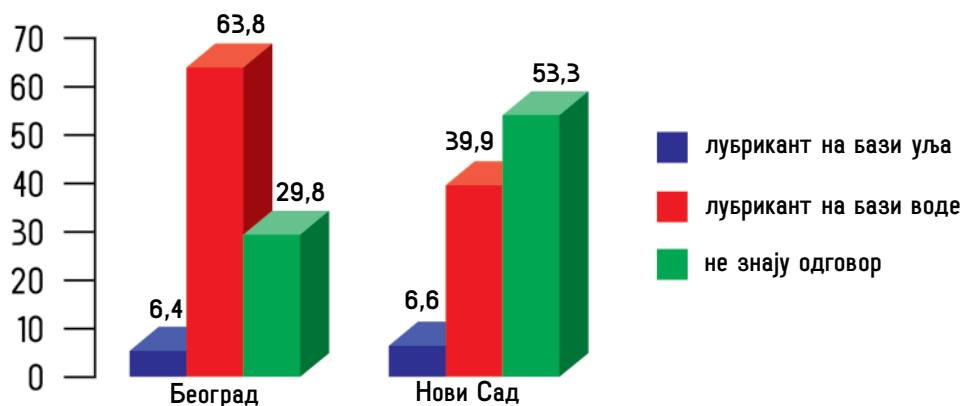
У Новом Саду праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а идентификује 64,5% (129/200) MSM испитаника, а у односу на претходно истраживање (59,0%) забележен је помак у знању. У проценту 66,7% (4/6) је препознато у узрасту 18–19 година, а у узрасту 20–24 године 52,9% (36/68) MSM испитаника је препознало праве начине трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. А 70,6% (89/126) MSM испитаника је препознало начине трансмисије и главне заблуде у узрасту 25 и више година. У Новом Саду даља статистичка обрада није показала статистички значајну разлику у препознавању правих начина превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у односу на узраст испитаника. Овај национални индикатор показује вишу вредност у односу на 2008. годину када је износио 66,3% у Београду и 59,0% у Новом Саду% [10].

Табела 1. Знање МСМ испитаника о HIV-у/AIDS-у

ЗНАЊЕ	2010. година	
	Београд	Нови Сад
Упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	81,8%	84,0%
Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	97,1%	96,0%
Особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом	92,9%	95,0%
Особа се не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом	91,4%	94,0%
Особа се не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	84,6%	81,9%

Лубрикант на бази воде је код 63,8% МСМ испитаника у Београду препознат као неопходан уз кондом за смањење трансмисије HIV инфекције приликом аналних односа, а у Новом Саду тачно је одговорило 39,9%, графикон 14.

Графикон 14. Проценат МСМ који препознаје лубрикант који уз кондом смањује ризик за трансмисију HIV-а



Највећи број МСМ испитаника користио је лубрикант као подмазивач приликом последњег сексуалног односа, а укупно 83,6% испитаника је пријавило да је приликом последњег аналног односа користило неки од наведених лубриканата. Недоступност лубриканта наводи 97,8% испитаника као разлог за некоришћење, мада се 99,6% испитаника изјаснило и да су прескупи. Лубрикант на бази воде је навело да користи 62,3% МСМ

испитаника, а на постављено питање везано за знање о лубриканту на бази воде који уз кондом смањује ризик за трансмисију HIV-а тачно је одговорило 54,0% испитаника, а сваки трећи испитаник и даље не зна који лубрикант уз кондом смањује ризик за трансмисију HIV-а, табела 2.

Табела 2. Проценат MSM испитаника који су тачно одговорили на питање који лубрикант уз кондом смањује ризик за HIV према узрасту

Узраст	Лубрикант који уз кондом смањује ризик да се особа зарази HIV-ом			Укупно
	Лубрикант на бази уља %	Лубрикант на бази воде %	Не зна %	
18–19	2 (11,1%)	11 (61,1%)	5 (27,8%)	18
20–24	14 (8,2%)	72 (42,1%)	85 (49,7%)	171
25+	15 (5,3%)	173 (60,7%)	97 (34,0%)	285
Укупно	31 (6,5%)	256 (54,0%)	187 (39,5%)	474

Тачан одговор на питање о месту тестирања на HIV је у истраживању дало преко половине испитаника у оба града. Тестирање на HIV у претходних годину дана је обавило 28,2% испитаника из Београда, а из Новог Сада се тестирало 21,7% MSM испитаника. У преко 90% су им саопштени резултати тестирања. Број тестирања се кретао од један до седам у Београду, а у Новом Саду број поновљених тестирања је био од један до три. У Београду се једном у претходних 12 месеци тестирало 69,1% испитаника. О својој сексуалној оријентацији се у Београду изјаснило 73,1% испитаника приликом тестирања. У Новом Саду се о својој сексуалној оријентацији изјаснило 47,6% испитаника приликом тестирања.

Ово истраживање је потврдило да превентивни програми, у смислу едукације испитаника на тему HIV-а/AIDS-а, резултују повећањем знања. Овај индикатор подразумева да испитаник тачно наведе место у граду где се врши поверљиво тестирање на HIV, као и добијање кондома у претходних 12 месеци у оквиру неког од препознатих превентивних програма (од теренских радника НВО, вршњачких едукатора, у ДПСТ саветовалиштима или у здравственим установама). Испитаник је досегнут превентивним програмом уколико је навео места на којима се обавља поверљиво тестирање и саветовање у оквиру ДПСТ-а, и добио кондоме на препознатим местима.

У Београду је превентивним услугама, кроз добијање кондома у саветовалиштима за ДПСТ или од теренских радника НВО као и поседовањем праве информације где се може обавити ДПСТ, обухваћено само 38,6% (108/280) MSM испитаника. У односу на претходно истраживање (13,4%),

проценат МСМ испитаника обухваћених превентивним услугама показује вишеструко повећање [10]. МСМ испитаници у млађем узрасту превентивним услугама су обухваћени у мањем проценту, али у узрасту 25 и више година обухваћено је 25,4% (71/164) испитаника МСМ популације.

У Новом Саду превентивним услугама и поседовањем праве информације где се може обавити ДПСТ је обухваћено 24,5% (49/200) МСМ испитаника. И у Новом Саду је забележено вишеструко повећање МСМ испитаника обухваћених превентивним услугама у претходних 12 месеци у односу на претходно истраживање када је било обухваћено укупно 7,2% испитаника [10]. Сваки пети испитаник, 18,5% (37/126), узраста 25 и више година обухваћен је превентивним програмима у претходних 12 месеци.

4.5 СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

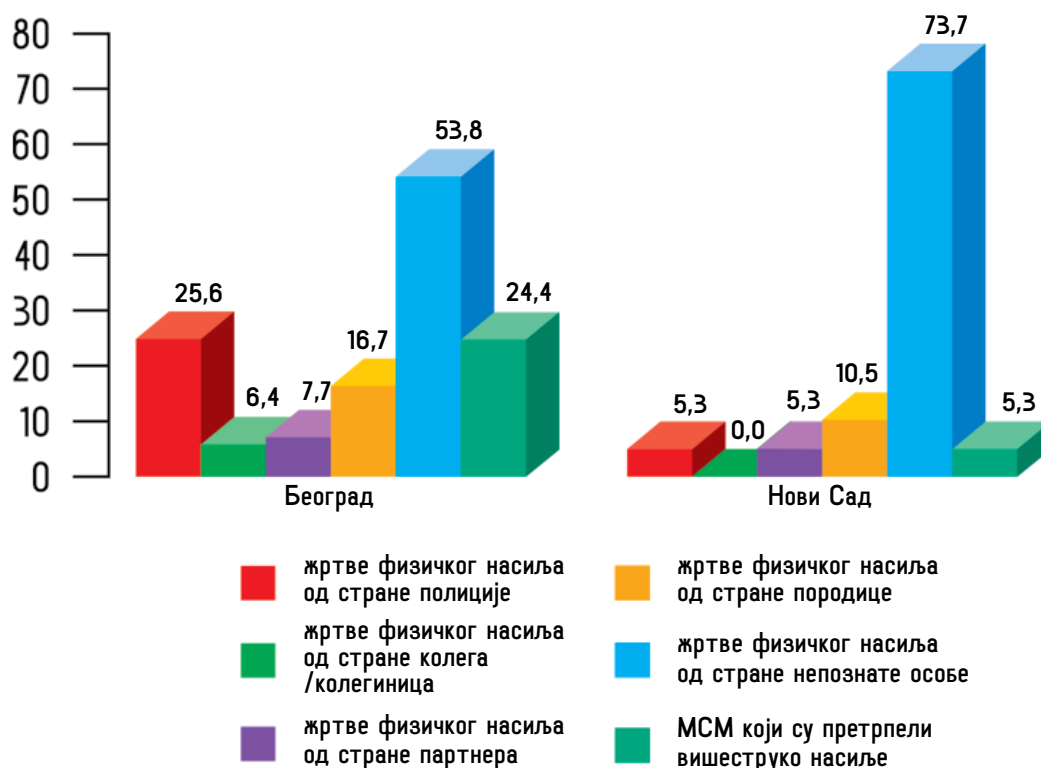
У Београду проценат МСМ који сматрају да HIV позитивни не би требало да се мешају са осталима је 9,7%, а у Новом Саду укупно 5,5% испитаника има исто мишљење, што у оба града представља занемарљив проценат.

На питање да ли сматрају да су HIV позитивни сами криви за то, у Београду је 50,2%, дакле, сваки други испитаник, а у Новом Саду 31,7%, односно, сваки трећи испитаник одговорио да се не слаже са таквом тврдњом. Испитаници узраста од 19 до 24 године у Београду и у Новом Саду највише подржавају овакав став.

У Београду негативно искуство везано за стигму и дискриминацију нема 51,8%. Једна петина свих МСМ испитаника има искуство друштвене изолације, а само 1,7% испитаника је пријавило искуство ускраћивања пружања услуга услед њихове сексуалне оријентације. Од укупног броја МСМ испитаника 33,8% има искуство вређања, понижавања и оговарања. Више од половине испитаника је пријавило постојање аутостигме, и тај проценат расте у старијим узрастним групама, и у складу је са дискриминацијом и стигматизацијом МСМ популације која је у нашем друштву присутна и из које временом произилази и аутостигма.

У Београду је 27,9% испитаника пријавило да су били жртве физичког насиља, при чему је 25,6% испитаника насиље доживело од полиције, од стране колега с посла 6,4%, полних партнера 7,7%, од стране породице 16,7% и у највећем броју 53,8% насиље су извршиле непознате особе. МСМ испитаници који су претпели вишеструко насиље у Београду износи 24,4%. У Новом Саду је укупно 9,5% испитаника било жртва физичког насиља. Само 5,3% је насиље доживело од стране полиције и полних партнера, а 10,5% је претпело насиље од породице. Као и у Београду, највећи број је насиље доживео од непознатих особа, 73,7% испитаника. Вишеструко насиље је претпело 5,3% МСМ испитаника, графикон 15.

Графикон 15. Најчешћи извори насиља од укупног броја испитаника који су доживели насиље



Са донетим Законом о забрану дискриминације упознато је 88,1% МСМ испитаника у оба града, али мањи проценат испитаника сматра да ће његово спровођење бити задовољавајуће.

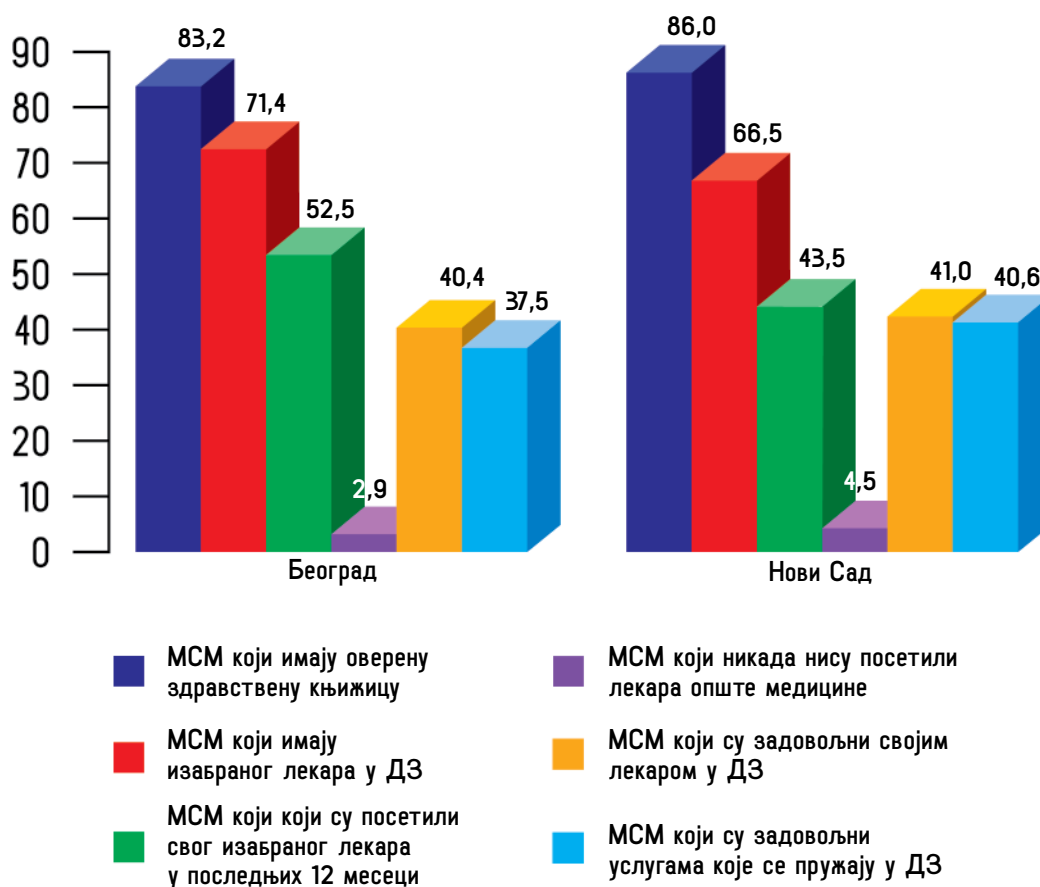
Свакодневна хомофобија, насиље и дискриминација воде ка све већем нивоу рањивости, маргинализације и комплетног (само)искључења из друштва код МСМ популације.

4.6 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

Оверену здравствену књижицу и тиме обезбеђену доступност државној здравственој заштити, има 84,4% МСМ испитаника. У Београду се 69,3% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекаrima на примарном нивоу здравствене заштите (ПЗЗ) а у Новом Саду 71,5%, што говори у прилог очуваног поверења у државне здравствене службе. Проценат јављања свом изабраном доктору у државној здравственој установи је далеко већи у Београду 71,4%, а у Новом Саду износи 66,5%. У оба града само је 7,5% МСМ испитаника одустало од тражења здравствених услуга, у Београду 2,9%, а у Новом Саду 4,5% испитаника није никад било код доктора у примарној здравственој заштити. Сва-

ки други испитаник у претходних 12 месеци је посетио свог избраног лекара у државној здравственој установи, а број посета је максимално износио до 26 ($\bar{x}=3,71$; $med=3,0$; $SD=3,7$). Услуге избраног лекара у приватним здравственим установама користило је 40,0% МСМ испитаника. На графикону 16 су дати проценти доступности и коришћења здравствених услуга према локацији истраживања.

Графикон 16. Доступност и задовољство здравственим услугама према локацији истраживања



4.7 РЕЗУЛТАТИ СЕРОПРЕВАЛЕНТНОГ ИСТРАЖИВАЊА ХЕПАТИТИСА Ц, HIV-а И СИФИЛИСА

Укупно је испитано 480 мушкараца, и то 280 испитаника из Београда и 200 испитаника из Новог Сада. HIV инфекција је откривена код 15 (3,1%), табела 3, HCV код 19 (4,0%), табела 4, док је сифилис откривен код 7 (0,7%) испитаника, табела 5. Код испитаника из Београда, антитела за HIV су доказана код 11 испитаника (3,9%), анти-HCV антитела код 19 (6,8%), док су антитела за сифилис откривена код два испитаника (1,5%). Код ис-

питаника из Новог Сада антитета за HIV су откривна код четири (2,0%), антитета на сифилис код пет (2,5%), а специфична антитета за HCV нису откривена ни у једном узорку.

Табела 3. Проценат MSM који су инфицирани HIV-ом

Узраст	MSM реактивни на HIV			
	Београд %	N	Нови Сад %	N
18–19	0 (0,0%)	12	0 (0,0%)	6
20–24	2 (1,9%)	104	1 (1,5%)	70
25+	9 (5,5%)	164	3 (2,4%)	124
Укупно	11 (3,9%)	280	4 (2,0%)	200
ИМП1А 2008.	15 (6,1%)	246	5 (2,4%)	150

Табела 4. Проценат MSM који су инфицирани HCV-ом

Узраст	MSM реактивни на HCV			
	Београд %	N	Нови Сад %	N
18–19	1 (8,3%)	12	0 (0,0%)	6
20–24	3 (2,9%)	104	0 (0,0%)	70
25+	15 (9,1%)	164	0 (0,0%)	124
Укупно	19 (6,8%)	280	0 (0,0%)	200
Нови индикатор				

Табела 5. Проценат MSM који су инфицирани сифилисом

Узраст	MSM реактивни на сифилис			
	Београд %	N	Нови Сад %	N
18–19	0 (0,0%)	12	0 (0,0%)	6
20–24	0 (0,0%)	104	1 (1,4%)	70
25+	2 (1,2%)	164	4 (3,3%)	124
Укупно	2 (0,7%)	280	5 (2,5%)	200
Нови индикатор				

5. ЗАКЉУЧЦИ

У надзорном истраживању спроведеном у Београду и Новом Саду у периоду од јануара до јуна 2010. године укупно је учествовало 480 МСМ испитаника, и то 280 из Београда и 200 из Новог Сада. У истраживању се дошло се до следећих закључака:

- Међу свим испитаницима из оба града HIV инфекција је откривена код 15 (3,1%), HCV код 19 (4,0%), док је сифилис откривен код седам (1,5%) испитаника.
- Код испитаника из Београда, антитела за HIV су доказана код 11 испитаника (3,9%), анти-HCV антитела код 19 (6,8%), док су антитела за сифилис откривена код два испитаника (0,7%).
- Код испитаника из Новог Сада антитела за HIV су откривена код четири (2,0%), антитела на сифилис код пет (2,5%), а специфична антитела за HCV нису откривена ни у једном узорку.
- Проценат МСМ који су пријавили употребу кондома приликом последњег аналног сексуалног односа са партнером у претходних шест месеци у Београду је 64,3%, а у Новом Саду 53,0%.
- Проценат МСМ који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у Београду је 66,8%, а у Новом Саду 59,0%.
- Проценат МСМ који су обухваћени превентивним услугама у последњих 12 месеци у Београду је 38,6%, а у Новом Саду 24,5%.
- Проценат МСМ који су се тестирали на HIV и знају резултате тестирања у Београду је 33,6%, а у Новом Саду 21,5%.
- Проценат МСМ који знају где се може добровољно и поверљиво тестирати на HIV (ДПСТ) у Београду је 57,9%, а у Новом Саду 54,0%.
- Проценат МСМ који су се изјаснили приликом тестирања о својој сексуалној оријентацији у Београду је 48,4%, а у Новом Саду 32,6%.
- 9,7% МСМ испитаника у Београду и 5,5% у Новом Саду мисли да особе које су заражене HIV-ом не би требало да се мешају са другима, а 49,8% у Београду и 68,3% у Новом Саду сматра да су особе које су заражене HIV-ом саме криве за то.
- У Београду 48,2% и у Новом Саду 64,0% МСМ испитаника нема искуство стигме и дискриминације, али притом 24,3% у Београду и 18,0% у Новом Саду има искуство друштвене изолованости, а само 2,1% и 1,0% у Београду и Новом Саду има искуство ускраћивања услуга.
- Проценат МСМ који имају искуство оговарања, вређања, понижавања у Београду износи 41,1%, а у Новом Саду 23,5%.
- Неко од осећања аутостигме у Београду је навело 55,0% МСМ испитаника, а у Новом Саду 45,5%.
- Проценат МСМ који су били жртва физичког насиља у Београду износи 27,9%, а у Новом Саду 9,5% МСМ испитаника су имали искуство физичког насиља.

-
- Проценат МСМ који су били жртва физичког насиља од стране полиције у Београду је пријавило 25,6%, а у Новом Саду само 5,3% испитаника. Проценат МСМ који су били жртва физичког насиља од стране породице у Београду је 16,7%, а у Новом Саду 10,5%.
 - МСМ испитаници су били жртва физичког насиља од стране непознате особе у 53,8% у Београду и 73,7% у Новом Саду.
 - Вишеструко насиље је у Београду доживело 24,4% испитаника, а у Новом Саду само 5,3%.
 - 83,2% испитаника у Београду и 86,0% у Новом Саду има оверену здравствену књижицу.
 - 69,3% је МСМ у Београду и 71,5% у Новом Саду који се у случају здравственог проблема прво обраћају лекару у дому здравља.
 - У Београду 71,4% МСМ има свог изабраног лекара у дому здравља, а у Новом Саду 66,5% испитаника.
 - 40,4% испитаника у Београду и 41,0% у Новом Саду је задовољно односом свог лекара у дому здравља.
 - Проценат МСМ који су задовољни услугама које се пружају у дому здравља у Београду је 37,5%, а у Новом Саду 40,6%.
 - Проценат МСМ који никада нису посетили лекара опште медицине у Београду је 2,9%, а у Новом Саду 4,5%.
 - У Београду је услуге приватне праксе у последњих 12 месеци користио 41,4% МСМ испитаника, а у Новом Саду 38,0%.
 - Проценат МСМ који знају да је донет Закон о забрани дискриминације у Београду износи 90,0%, а у Новом Саду 85,5%.

6. ПРЕПОРУКЕ

На основу резултата нашег истраживања које је друго по реду надзорно истраживање из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију, препоруке су следеће:

- Континуирано унапређивање превентивних програма за МСМ популацију у сврху повећања обухвата.
- Повећати обим и доступност превентивних програма на терену кроз сарадњу владиног и невладиног сектора.
- Повећати доступност кондома на терену и континуирано радити на промоцији њихове употребе.
- 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.
- Едуковати МСМ о томе када се треба обратити здравственој служби везано за проблеме полно преносивих инфекција.

-
- Спроводити понављана серопревалентна и бихевиорална истраживања, у циљу праћења тренда промена у ризичном понашању, степену знања и коришћења превентивних и терапијских услуга, а ради правовременог и адекватног реаговања, при чему је потребно да величина узорака буде већа ради добијања прецизнијих популацијских процена.
 - Серопревалентна компонента истраживања би требало да обухвати и утврђивање превалентце хепатитиса Б.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kallings LO. The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS. *J Intern Med* 2008; 263(3):218-43.
2. De Cock MK, Weiss AH. The global epidemiology of HIV/AIDS. *Tropical Medicine & International Health* 2000; 5(7):A3.
3. Second Generation Surveillance for HIV, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2004.
4. CDC HIV/AIDS Factsheet: HIV/AIDS among Men Who Have Sex with Men, 2007.
5. Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a Republike Srbije, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2005.
6. UNAIDS. A Framework for monitoring and evaluating HIV Preventive Programs for Mosr-At- Risk population, 2006.
7. Simić D. Pregled najnovije epidemiološke situacije u svetu i Evropi krajem 2008. i u Srbiji do novembra 2009, Centar za kontrolu i prevenciju zaraznih bolesti, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2009. (www.batut.org.rs)
8. Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys. WHO, UNAIDS, Geneva:2006.
9. Anđelković V, Ilić Vlatković V, 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.
10. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање међу популацијом под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
11. Систем и план мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију Републике Србије, 2006. (радни материјал Комисије за борбу против HIV/AIDS Владе Републике Србије – непубликовано)

314:[616.9:613.882-055.1/.2(497.11)(083.41)

**ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ,
ХЕПАТИТИСА Ц И СИФИЛИСА МЕЂУ
СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/РАДНИЦИМА
У БЕОГРАДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА
ПОНАШАЊА**

Главни истраживач и аутор текста:

Мр сц. прим. др Драган Илић
Асоцијација за борбу против сиде – „ЈАЗАС”

Коаутор и теренски координатор:

Др Богданка Чабак
Дом здравља Звездара, Београд

Консултанти истраживања:

Прим. др сц. мед. Тања Кнежевић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Проф. Др Викторија Цуцић

Кратак садржај:

Имајући у виду кретање епидемије HIV-а у Србији, где је пренос инфекције доминантно сексуалним путем, бројне активности на превенцији HIV-а се усмеравају ка особама које се баве сексуалним радом, а истраживање међу њима је препознато као предуслов за даље планирање превентивних активности. Основни циљ истраживања је био да се процени преваленција HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса међу сексуалним радницима/радницама (СР) у Београду, као и процена знања, ставова и праксе ризичног понашања везаних за HIV и друге полно преносиве инфекције. Истраживање је реализовано 2010. године, као поновљена био-бихевиорална студија пресека на узорку од 250 сексуалних радница/радника у Београду. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Подаци су прикупљани путем попуњавања упитника од стране едукованих анкетара. Серопревалентна компонента истраживања рађена је анализом узетих узорака крви испитаника на HIV, хепатитис Ц и сифилис. Циљана популација су биле особе оба пола које се на подручју Београда баве продајом сексуалних услуга, и најчешће се тако саме идентификују. Узорковање је вршено применом метода „грудве снега”. Најважнији резултати истраживања указују да је истраживањем обухваћено према родном изјашњавању 22% мушкараца, 62% жена и 16% транссексуалних особа. Скоро свака СР је користила неку психоактивну супстанцу (ПАС) током живота, а око 27% испитаника је интравенски користило неку дрогу. Око 87% сексуалних радница је користило кондом при последњем сексуалном односу са комерцијалним партнером. Током последње две године дошло је до значајног повећања броја СР које су обухваћене неким превентивним програмом. Истраживање је показало и значајно повећање нивоа знања СР о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције, као и одбацивања заблуда везаних за трансмисију HIV-а у односу на претходно истраживање које је рађено 2008. године. Евидентна је и промена понашања СР који/е су имали контакт са неком НВО која спроводи програме превенције међу СР. Здравствене услуге у дому здравља користи и има свог изабраног лекара око половина СР. Истраживање је показало да је висок проценат СР изложен вишеструком и сталном насиљу због посла којим се бави. Висок проценат СР је имао неко искуство дискриминације од стране свог окружења, али и од стране здравствених радника или службеника јавних служби. Серопревалентно истраживање је указало на постојање удружених ризика код сексуалних радника, што показује и висок проценат СР инфицираних вирусом хепатитиса Ц. Преко 70% инфицираних хепатитисом Ц су и интравенски корисници дроге. Сифилисом је инфицирано 4% испитиваних сексуалних радника, док је HIV преваленца 0,8%. Евидентан резултат превентивних програма реализованих међу СР у Београду, у претходне две године, јасно указује на потребу настављања програма превенције међу СР у континуитету.

Кључне речи: HIV/AIDS, хепатитис Ц, сексуални радници, здравствена служба, стигма и дискриминација

HIV, HCV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR AMONG COMMERCIAL SEX WORKERS IN BELGRADE

Dragan Ilić¹, Bogdanka Cabak²

Abstract

Taking into account the course of the HIV epidemic in Serbia where the main mode of infection transmission is sexual, numerous HIV prevention activities are geared towards people who engage in sex work and conducting surveys among sex workers is considered a prerequisite to the further planning of prevention activities. The main goal of this survey was to estimate HIV, HCV and syphilis prevalence, and to assess the levels of knowledge, attitudes, risky sexual practices related to HIV and other sexually transmitted infections among sex workers (SW) in Belgrade. This repeated bio-behavioural cross-sectional study was conducted in 2010, with a sample of 250 sex workers in Belgrade. The main research tool was a structured questionnaire, with close-ended questions. Data were gathered by specially trained interviewers. The biological component of the study was conducted through analysis of respondents' blood samples, which were tested for HIV, HCV and syphilis. The target population were persons of both sexes who engage in sex work in Belgrade, and who identify themselves as sex workers. Sampling was conducted through 'snowball samples'. The most significant results show that the study included 22% male, 62% female and 16% transsexual persons. Almost every SW has used some psychoactive substance (PAS) during his/her life, while 27% of respondents have used drugs intravenously. Around 87% of SW used condoms during their last sexual intercourse with a commercial partner. During the last two years, there has been a significant increase of the number of SW who have been included in some kind of prevention program. The survey also shows a significant increase in the level of knowledge about HIV/STI prevention and modes of HIV transmission, as well as dismissal of misconceptions related to HIV transmission compared to the survey conducted in 2008. It is also evident that there are changes in behavior among SW who have had contact with NGOs which implement prevention programs among SW. Around half of the respondents use health services in health care centers and have their selected doctor. The survey shows that a high percentage of SW experience constant violence on multiple levels, because of their work. Also, a high percentage of SW report having experienced discrimination not only in their environment but also from health care workers and in public institutions. The biological research indicates the existence of dual risks among sex workers, which is indicated by the high percentage of SW infected with HCV. Over 70% of HCV infected SW are intravenous drug users. 4% of the respondents tested positive for syphilis. The HIV prevalence among SW is 0.8%. The evident results of prevention programs implemented in the past two years in Belgrade clearly indicate a need for the continuation of these programs among SW.

Key words: HIV/AIDS, hepatitis C, sex workers, health services, stigma and discrimination

¹Association against AIDS – JAZAS Belgrade

²Primary Health Care Center Zvezdara, Belgrade

1. УВОД

Традиционално, кроз историју, сексуални рад и особе које су у њега укључене сматрани су „вектором болести”, посебно полно преносивих. Тај став се додатно активирао са појавом HIV/AIDS-а, када су их чак и професионалци идентификовали као „кључне” за епидемију [1].

Ниједна средина не располаже са акурентним подацима о преваленци HIV инфекције међу сексуалним радницима, јер је немогуће утврдити колико људи у једној средини купује и продаје сексуалне услуге [2]. У литератури се међутим указује на разлике које постоје у висини преваленце у истраживаним групама сексуалних радника/радница у зависности од коришћења кондома, коришћења дроге на „иглу”, услова рада и слично [3, 4].

Истраживања која се односе на ову групацију нису бројна. Пионирску студију, објавио је Радуловић Д 1986 [5], следи Цуцић В 1987 [6], затим УНИЦЕФ-ова брза процена РАР са младим сексуалним радницима 2002 [7]. Започињући свој пионирски интервентни програм за сексуалне раднице НВО „ЈАЗАС” 2005. године ради прву ситуациону анализу међу сексуалним радницима/радницама у Београду [8].

Национална стратегија за борбу против сиде у Србији за период 2005–2010. уврстила је сексуалне раднике/це у групе са посебном осетљивошћу на HIV [9]. Тако је ова група била обухваћена истраживањем 2008. године [10].

Та истраживања међу популацијом са повећаним ризиком за HIV одредила су оквир и овог, актуалног истраживања и створила могућност за упоређење у два временска периода.

Кључна истраживачка питања су била:

- Који ризични облици понашања сексуалних радница/радника могу допринети ширењу HIV инфекције у популацији?
- Колика је преваленција HIV инфекције хепатитиса Ц и сифилиса међу комерцијалним сексуалним радницама/цима у Београду?
- Колика је процењена величина популације комерцијалних сексуалних радница/радника у Београду?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса међу сексуалним радницима/радницама у Београду, као и процена знања, ставова и праксе ризичног понашања везаних за HIV и друге полно преносиве инфекције.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања:

- Проценити учесталост HIV-а, хепатитиса Ц и сифилиса, међу сексуалним радницама/цима у Београду.
- Анализирати ризично понашање (сексуално и коришћење ПАС) сексуалних радница/ка које је повезано са HIV инфекцијом, хепатитисом Ц и сифилисом.
- Испитати да ли постоје разлике у ризичном понашању сексуалних радница по питању сексуалног понашања и коришћења ПАС у односу на место где обављају свој посао или свакодневну делатност.
- Дефинисати социодемографски „профил” сексуалног радника/раднице у Београду (пол, године, етничка припадност, образовање, друга радна места – додатни или главни посао, услови/место живота, породичне прилике).
- Испитати да ли постоје разлике у ризичном сексуалном понашању, као и у односу на друге демографске карактеристике, између сексуалних радница са HIV инфекцијом, инфекцијом хепатитисом Ц или сифилисом у односу на оне које немају било коју од ових инфекција.
- Проценити степен информисаности о HIV/AIDS-у (знање, тестирање, ставови).
- Испитати приступачност и могућност коришћења здравствених услуга, као и задовољство истим од стране сексуалних радница/радника.
- Испитати заступљеност физичког насиља над сексуалним радницама/радницама.
- Испитати величину, облике и главне изворе стигме и дискриминације у односу на особе које се баве сексуалним радом, као и њихов однос према особама које живе са HIV-ом.
- Дефинисати индикаторе за мониторинг над HIV-ом, хепатитисом Ц и сифилисом у популацији сексуалних радница/ка.
- Проценити величину популације која се бави сексуалним радом у Београду.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП, КАРАКТЕР СТУДИЈЕ

Рађена је дескриптивна студија, студија пресека.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Истраживање је реализовано у Београду на локацијама где СР раде, као и у Центру за дружење НВО „ЈАЗАС” „дроп ин” центру.

3.1.3 ВРСТА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је имало две компоненте: серопревалентну и бихејвиоралну.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Особе оба пола које се на подручју Београда баве продајом сексуалних услуга, и најчешће се тако саме идентификују.

3.1.5 СТАТИСТИЧКИ УЗОРАК

Због специфичности истраживачке области и законске регулативе повезане са њом (делатност која представља кршење јавног реда и кажњива је по закону о прекршајима), ова популациона група је веома тешко доступна за истраживање. Због тога је у нашим условима прихваћена препорука Светске здравствене организације о коришћењу методологије „грудве снега”, односно мрежног узорковања у циљу доласка до испитаника.

На основу резултата претходног истраживања као и доступности података о досегнутом броју СР у Београду превентивним програмима током 2007, 2008. и 2009. године, одређен је оквир за узорак који је могуће достићи истраживањем, до 250 комерцијалних сексуалних радница/радника.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

Критеријуми за укључивање:

- особе оба пола (жене, мушкарци)
- особе старости 18 и више година живота
- особе које су имале пенетрантан сексуални однос за новац, дрогу или друго материјално добро током последњих 12 месеци
- живе и/или раде на локацији истраживања најмање током претходна три месеца
- нису претходно учествовале у текућој студији.

Из истраживања су искључивани они који:

- нису у току последњих 12 месеци разменили пенетрантан сексуални однос за новац, дрогу или друго материјално добро
- не живе/раде на локацији истраживања у последња три месеца
- већ су учествовали у текућем истраживању
- не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији
- у ментално су неподобном стању за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања, одговоре на њих и схвате основне етичке принципе).

3.1.7 ИНСТРУМЕНТ ИСТРАЖИВАЊА

Инструмент истраживања је представљао посебно структуриран упитник, затвореног типа. Упитник је заснован на делимично коригованим и допуњеним упитницима који су коришћени током претходног истраживања 2007/2008. године, као и препорученим упитницима Светске здравствене организације који се користе за оваква истраживања у другим земљама.

Упитник је обухватио следеће области: демографске карактеристике, коришћење психоактивних супстанци, сексуални односи, сексуално понашање са комерцијалним партнерима, сексуално понашање са сталним партнером, набавка кондома, знање о полно преносивим инфекцијама, знање о HIV/AIDS-у, тестирање на HIV, доступност, коришћење и задовољство здравственим услугама, питања за особе женског пола, насиље, питања везана за полицију и затвор, стигма и дискриминација.

Упитник су попуњавали обучени интервјуери (анкетари). За анкете су биране особе са искуством и сензибилисане за рад са циљном популацијом. Трајање читавог интервјуа (укључујући и објашњавање етичког аспекта и узимање узорка) је било око 20 до 30 минута. Упитник је, пре његове финалне штампе, пилотиран и тестиран на узорку од пет испитаника.

Цео ток истраживања одвијао се у складу са усвојеним етичким правилима истраживања која су била саставни део протокола истраживања.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН УЗОРКОВАЊА

Узорковање је вршено применом метода „грудве снега”. У оквиру прве фазе узорковања, обављено је идентификовање места где се окупљају – састају или раде сексуалне раднице, а затим је вршено њихово лоцирање на мапи града. Места су систематично идентификована и мапирана прикупљањем података из различитих извора. Највише података добијено је из постојећих мапа НВО „ЈАЗАС”, која обавља теренске превентивне активности са СР у Београду. Коришћени су и различити информативни материјали за оглашавање – часописи, веб сајтови, новине, водичи, као и разговори са кључним људима у овој области: координатори теренских активности НВО „ЈАЗАС” и НВО „Веза”, сексуалне раднице које су се раније бавиле сексуалним радом а сада су ангажоване као реер активности, власници појединих ноћних клубова. Када су у питању особе које се баве сексуалним радом у „затвореним просторима” (клубови, салони за масажу, пословне пратње) мапирање је обављено и путем телефонских контаката са особама које оглашавају своје услуге у јавним медијима, путем преноса информација преко оних особа за које је већ утврђено да се баве овим видом сексуалног рада, као и путем слања SMS порука и комуникације.

Од свих ових локација у следећу фазу узорковања узета су она места за које је доказано да заиста долазе сексуалне раднице, где су лако доступне и где су истраживачи безбедни при спровођењу анкетирања. Њихов избор је направљен у зависности од мреже која се правила током њеног развијања, почев од иницијалног случаја. Укупно је изабрано 20 потенцијалних локација, укључујући и два „дроп ин” центра „ЈАЗАС”-а.

У другој фази спроведено је процењивање броја људи на овим изабраним локацијама. У обзир су узимане особе са 18 и више година. На основу ових података и личног мишљења истраживача са терена (о посећености места, потреби за логистичком подршком, осветљености места, о постојању подршке од стране власника локација, степену сигурности, и свим пратећим проблемима) одређене су локације које су ушле у трећу фазу узорковања. У овој фази није било интеракције са испитаницима. На основу свих ових података извршен је финални избор од 15 локација на којима је било могуће спровести анкетирање.

У трећој фази одређено је, за свако место истраживања, иницијално „семе” испитаника који су погодни и вољни да буду укључени у истраживање и који ће бити посредници у давању информација за укључивање других које они знају и који испуњавају критеријуме за укључивање у истраживање. Укупно је идентификовано 10 „иницијалних семена” који су даље давали информације за укључивање других које они знају да су погодни за истраживање.

3.2.2 ТЕРЕНСКИ РАД

Теренски рад се одвијао у периоду од 1. марта до 1. априла 2010. године у временским периодима дана или ноћи, у складу са мапираним временом окупљања сексуалних радника/радница на појединим изабраним локацијама за истраживање.

Теренски тим истраживања је сачињавао обучени тим у саставу анкетар, саветник за ДПСТ, лаборант, теренски координатор тима и возач мобилне медицинске јединице (на местима где се истраживање одвијало у теренским условима, изван „дроп ин” центара). У „дроп ин” центрима „ЈАЗАС”-а обезбеђене су посебне просторије где се одвијало истраживање у адекватним условима.

Издазак на терен је био унапред договорен са кључним информаторима са терена – „семенима”. Дужина боравка на поједином терену зависила је од броја испитаника и услова обављања анкетирања и тестирања.

Свим особама које су идентификоване од стране кључних информатора за укључивање у истраживање, приступали су анкетари, на датој локацији на којој пружају услуге или у договору са њима у „дроп ин” центру „ЈАЗАС”-а у заказано време. Анкетари су имали своје идентификационе ознаке са назнаком пројекта. У теренским условима, анкетирање

и узимање узорака за тестирање се обављало у мобилној медицинској јединици.

Испитанику се прво давао кратак усмени опис истраживања, а затим је замољен да одговори на неколико питања.

Уколико је утврђено да испитаник испуњава услове за учешће у истраживању, и да је за то дао своју сагласност, приступало се анкетирању. Анкетар би потом спроводио анкету и бележио одговоре, а затим би после претест саветовања, које може да обави сам едуковани анкетар за ДПСТ или други саветник за ДПСТ, лаборанат узимао биолошки материјал (кап крви из прста) ради тестирања.

Испитаницима који су то желели били су саопштени резултати теста, уз пост тест саветовање, које је обављала особа која је урадила и претест саветовање, за 15–20 минута. Сваки испитаник је добио материјалну надокнаду, ради утрошеног времена током учешћа у истраживању.

Истраживање се на датој локацији обављало све до тренутка када више није било идентификовања нових контаката, погодних за истраживање, односно до тренутка досезања потребне величине узорка.

За припрему истраживања и управљање радом на терену био је задужен главни истраживач уз сарадњу са теренским координатором, а у сарадњи са координатором пројекта и Стручним саветодавним телом/тимом консултаната.

Теренски тим истраживања се редовно, једном недељно, састајао са главним истраживачем и теренским координатором и анализирао ток истраживања, као и план за наредну недељу. Са тих координационих састанака, теренски координатор је редовно достављао писане извештаје координатору пројекта и координатору за оперативну подршку. Посебно су се у базу уносили подаци о контактираним испитаницима/испитаницама на дневном нивоу и по уносу исписи из база су се слали ка информатичком техничару (ИТ) за оперативну подршку и координатору пројекта. На основу ових исписа су се правили повратни извештаји о досегнутим испитаницима/цама према узрасту, полу и локацији пружања сексуалне услуге.

3.2.3 ПРОБЛЕМИ И ПРЕПРЕКЕ У РАДУ

Током читавог теренског истраживања није забележен ниједан инцидент на терену нити доживљена било која непријатност од стране испитаника, њихових пратилаца, полиције или неког из околине истраживања.

3.3 ОБРАДА

Пре уноса бихевиоралних података у детерминисане софтверске пакете, развијен је „речник података” за чију израду је био задужен координатор за статистику и Тим за статистику ИЈЗС у сарадњи са главним истраживачем.

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

База за сакупљање и анализу података је централизована и налази се у Институту за јавно здравље Србије. Податке су уносили претходно обучени оператери, упознати са циљем и садржајем истраживања, структуром упитника, везама између појединих ентитета и логичком контролом.

Серолошки подаци добијени на основу лабораторијских анализа узорака крви су придружени бихевиоралним подацима и повезани са бихевиоралном компонентом на основу кодова који се додељују учесницима у истраживању. Серолошки подаци су дисагрегирани по полу, узрасту испитаника и укључени у формат индикатора тамо где је то предвиђено и у формату који је предвиђен Системом и планом мониторинга и евалуације.

МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Исходишне варијабле:

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

Предиктор варијабле:

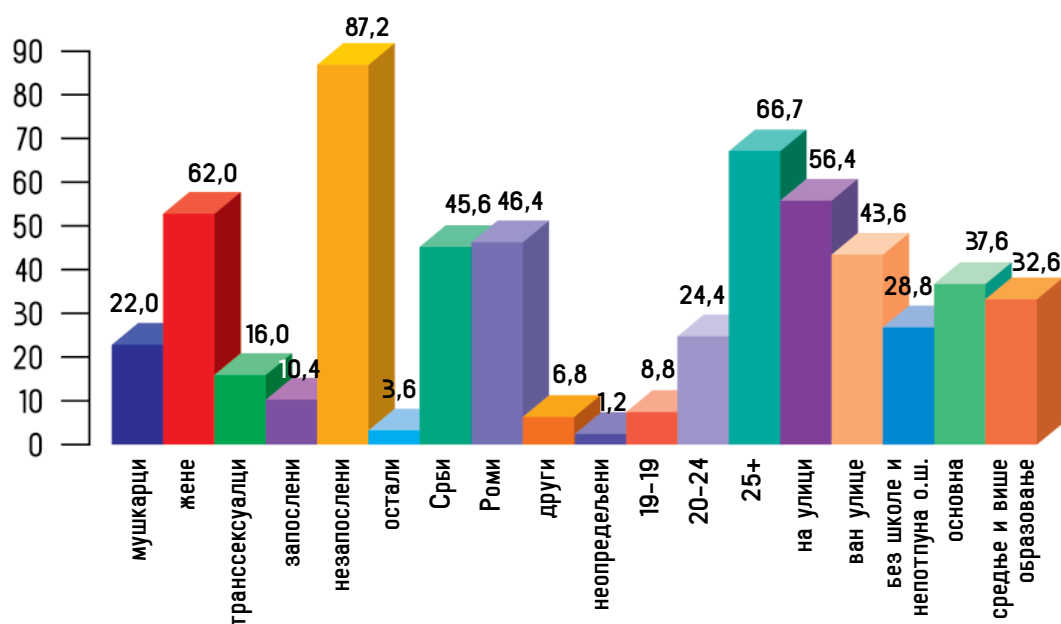
- Демографске карактеристике (пол, године, етничка припадност, образовање, друга радна места – додатни или главни посао, услови/место живота, брачни статус)
- Историја сексуалног рада (иницијација у праксу сексуалног рада, број, учесталост и тип клијената)
- Пракса сексуалног рада (употреба кондома и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

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 ОСНОВНА СОЦИОДЕМОГРАФСКА И ДРУГА ОБЕЛЕЖЈА СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА/РАДНИКА

У овиру овог истраживања укључено је укупно 250 сексуалних радника/радница (СР) чије су основне социодемографске карактеристике (род, узраст, радни статус, националност, степен образовања и место пружања услуга) приказани на графикону бр. 1.

Графикон 1. Основна социодемографска обележја СР



Укупно је истраживањем обухваћено према полу и родном изјашњавању 22% мушкараца, 62% жена и 16% транссексуалних особа. Као што је познато, о сексуалном раду се најчешће говори као о „женском занимању”, што ови резултати демантују и указују на потребу за родно специфичним интервенцијама и програмима. У узрасту 18 и 19 година било је 8,8% испитаника, 20 до 24 године 24,4%, док је старијих од 25 година било 66,8% испитаника СР.

СР српске националности било је 45,6%, ромске националности 46,4%, неке дуге националности 6,8% и неопредељених је било 1,2%. Таква национална структура истиче потребу за културално специфичним програмима.

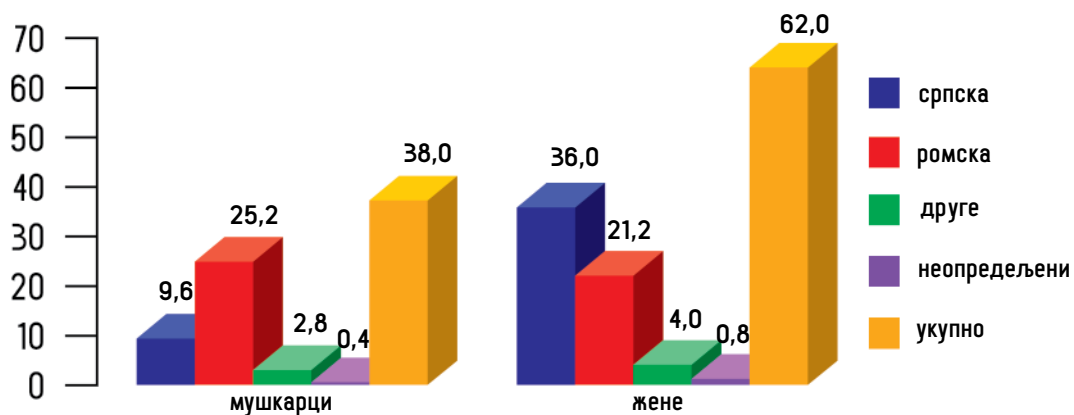
Никада у школу није ишло или има непотпуну основну школу скоро свака/и трећи СР (28,8%), основну школу је завршило 37,6%, док средњу школу, вишу школу или факултет има 32,6% СР. Без запослења је 87,2% СР.

Сексуалне услуге на улици пружа нешто више од половине испитаних СР (56,4%) док сексуалне услуге пружа у неком клубу, посебно из најмљеном простору, свом стану или кући или на неком другом месту 43,6% СР.

Сви ови социодемографски показатељи се значајно не разликују у односу резултате истраживања које је међу СР у Београду рађено 2008. године.

Од укупног броја СР ромске националности 25,2% су мушкарци, док је међу СР српске националности било 9,6% мушкараца (графикон 2).

Графикон 2. Дистрибуција СР према полу и националности



У узрасту СР 18 и 19 година, као и у узрасту СР 20 до 24 године више је било СР ромске националности, док је у узрасту 25+ година било више припадника српске националности (табела 1).

Табела 1. Дистрибуција СР по полу, узрасту и националности

			Националност				
Старосне групе		Пол	српска %	ромска %	Све друге национал- ности %	Неопре- дељени %	Укупно %
18–19		мушки	13,6	27,3	4,5	4,5	50,0
		женски	9,1	40,9	0	0	50,0
	укупно		22,7	68,2	4,5	4,5	100,0
20–24		мушки	6,6	34,4	6,6	0	47,5
		женски	27,9	21,3	3,3	0	52,5
	укупно		34,4	55,7	9,8	0	100,0
25+		мушки	10,2	21,6	1,2	0	32,9
		женски	42,5	18,6	4,8	1,2	67,1
	укупно		52,7	40,1	6,0	1,2	100,0

Заступљеност транссексуалних особа је у свим узрастима највећа међу СР ромске националности, а посебно у узрасту 20 до 24 године (табела 2).

Скоро да нема истраживања у нашој популацији која се баве заступљеношћу, социјалним статусом и другим карактеристикама транссексуалних особа, посебно ромске популације, генерално, ни међу вулнерабилном популацијом.

Табела 2. Дистрибуција СР по родном изјашњавању

Старосне групе	Родно изјашњавање	српска %	ромска %	Све друге националности %	Неопредељени %	Укупно %
18–19	мушко	13,6	18,2	0	0	31,8
	женско	9,1	45,5	0	0	54,5
	транс-сексуална особа	0	4,5	4,5	4,5	13,6
	укупно	22,7	68,2	4,5	4,5	100,0
20–24	мушко	3,3	18,0	1,6	0	23,0
	женско	27,9	21,3	3,3	0	52,5
	транс-сексуална особа	3,3	16,4	4,9	0	24,6
	укупно	34,4	55,7	9,8	0	100,0
25+	мушко	5,4	13,2	1,8	0	20,4
	женско	42,5	18,6	4,2	1,2	66,5
	транс-сексуална особа	4,8	8,4	0	0	13,2
	укупно	52,7	40,1	6,0	1,2	100,0

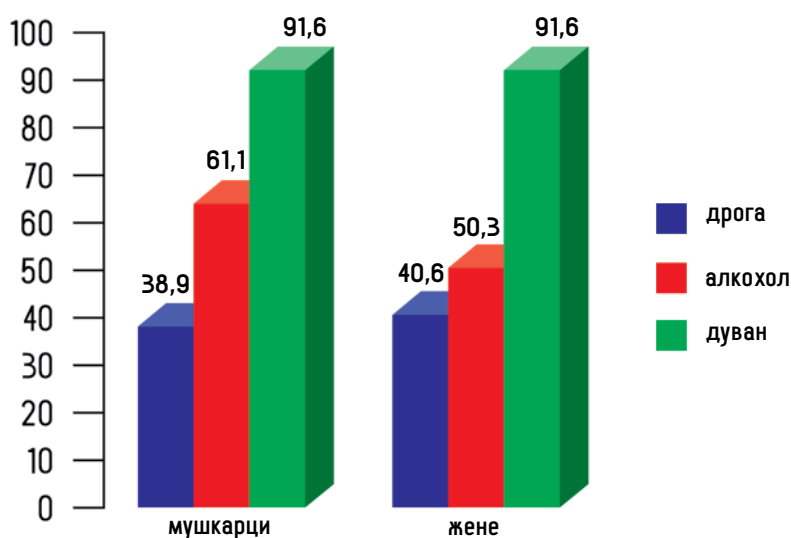
4.2 КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ ОД СТРАНЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА

Коришћење психоактивних супстанци од стране СР испитивано је кроз анализу коришћења цигарета, алкохола и дроге, било када у животу, посматрање коришћења дроге убризгавањем, као и начина коришћења прибора за убризгавање дроге.

Цигарете пуши преко 90% испитаника, свих посматраних узраста, пола или било које друге социодемографске карактеристике. Алкохол у свим посматраним социодемографским обележјима користи око 60% мушкараца и око половине жена СР. Око 40% СР користи неку врсту дроге (графикон 3).

Коришћење дувана, алкохола и психоактивних дрога у популацији сексуалних радника далеко превазилази ону регистровану на узорку укупне популације Србије [11].

Графикон 3. Дистрибуција СР које/и су икада у животу користили дуван, алкохол или дрогу



Дрогу је убризгавањем користило нешто више жена СР (31,3%) у односу на мушкарце (23,2%). У високом проценту СР узраста 18 и 19 година користе дрогу (13,6%), као и СР са 25+ година (31,9%).

Приликом последњег убризгавања дроге у потпуности нов и некоришћен шприц и иглу је користило 68,2% мушкараца и 64,6% жена СР (табела 3).

Табела 3. Дистрибуција СР које/и убризгавају дрогу по начину приликом последњег убризгавања дроге

		Коришћени прибор приликом последњег убризгавања				
		У потпуности нов и некоришћен %	Свој прибор који сам претходно користио/ла %	Прибор који је претходно користио неко други	Не сећам се %	Укупно %
Пол	мушки	68,2	31,8	0,0	0,0	100,0
	женски	64,6	25,0	8,3	2,1	100,0
	укупно	65,7	27,1	5,7	1,4	100,0
Старосне групе	18–24	76,5	17,6	5,9	0,0	100,0
	18–19	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0
	20–24	78,6	14,3	7,1	0,0	100,0
	25+	62,3	30,2	5,7	1,9	100,0
	укупно	65,7	27,1	5,7	1,4	100,0

Прибор за убризгавање који је користио пре њих неко други, нису користили мушкарци, док је то чинило 8,3% жена СР.

Свој прибор који су раније употребљавали у већем проценту су користили млади узраста 18 и 19 година у односу на остале СР (табела 3).

Ризично понашање везано за наркоманију, заједно са ризиком несигурног секса дефинише укупни ризик сексуалног рада у свакој средини [12]. Иако резултати говоре о високом броју „безбедног дрогирања” још увек опстаје ризик небезбедног.

4.3 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СА КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРИМА

Обзиром да сексуални пут преноса представља доминантан пут преноса HIV инфекције у последњих неколико година у Србији, сазнања о сексуалном понашању особа које често мењају сексуалне партнере и које своје услуге продају су веома важна у циљу превенирања могућих путева преноса HIV инфекције.

Рани почетак сексуалних односа представља један од ризика за пренос HIV инфекције. Истраживање је показало да испитиване/и СР рано ступају у прве сексуалне односе. Мушкарци са 14,3 године у просеку, а жене годину дана касније, са 15,3 године (табела 4).

Поређења ради, медијана година старости код првог сексуалног односа укупне популације Србије, према истраживањима Министарства здравља је 17 година [11].

Табела 4. Просечне године старости при првом пенетрантном сексуалном односу

	Просечан број година када су први пут примили новац или неку другу накнаду за сексуалну услугу		Укупан број СР
Пол	мушки	14,3	95
	женски	15,3	155
Старосне групе	18–24	14,1	83
	18–19	13,9	22
	20–24	14,2	61
	25+	15,3	167
Укупно		14,3	250

Разлика у просечном узрасту ступања у пенетрантан сексуални однос није постојала у односу на узраст, степен образовања, као и место пружања сексуалних услуга.

СР ромске националности, као и транссексуалци су у већем проценту раније ступали/е у прве пенетрантне сексуалне односе (12 и 13 година) него СР српске и других националности (14 и 15 година), односно СР мушкарци и жене.

СР мушкарци су нешто раније започињали са продајом сексуалних услуга за новац, просечно са нешто више од 18 година, док су девојке комерцијалне услуге почеле да пружају у просеку са 22 године (табела 5).

Табела 5. Просечне године старости при првом комерцијалном, пенетрантном сексуалном односу

	Просечан број година када су први пут примили новац или неку другу накнаду за сексуалну услугу		Укупан број СР
Пол	мушки	18,5	95
	женски	21,9	155
Старосне групе	18–24	16,8	83
	18–19	15,7	22
	20–24	17,2	61
	25+	22,5	167
Укупно		20,6	250

СР ромске националности су у просеку у ранијем узрасту почињали/е са продајом сексуалних услуга него СР српске или друге националности.

Старији сексуални радници/е, узраста 25+ година су имали више година у моменту ступања у први комерцијални сексуални однос него СР млађег узраста.

СР транссексуалне оријентације такође су нешто раније ступале у комерцијалне сексуалне односе него СР мушкарци или жене.

Сексуалне раднице (жене) имале су просечно нешто више клијената у последњем дану када су радиле (3,3), него мушкарци (2,7). Нису постојале разлике у броју клијената у последњем дану када су СР радиле у односу на националност, године старости, место рада или родну опредељеност (табела 6).

Табела 6. Просечан број клијената које су имали јуче (ако нису радили јуче, дан када су последњи пут радили)

	Број клијената у последњем дану када су радили/ле			Укупан број СР
		Просечан број	Медијана	
Пол	мушки	2,7	3,0	95
	женски	3,3	3,0	155
Старосне групе	18–24	3,1	3,0	83
	18–19	2,8	3,0	22
	20–24	3,2	3,0	61
	25+	3,0	3,0	167
Укупно		3,1	3,0	250

Око 66% СР је увек користило кондом при сваком пенетрантном сексуалном односу са комерцијалним партнером. Разлика у коришћењу кондома при сваком сексуалном односу са комерцијалним сексуалним партнером током последњих месец дана није постојала у односу на пол, узраст, место пружања услуга и националност. Међутим, запажа се да су мушкарци у нешто мањем проценту стално користили кондом у последњих месец дана у односу на жене, као и СР млађег узраста у односу на старије СР.

Табела 7. Употреба кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци

		Проценат СР које су пријавиле употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	17	17,9	78	82,1	95	100,0
	женски	15	9,7	140	90,3	155	100,0
Укупно		32	12,8	218	87,2	250	100,0
Старосне групе	18–24	16	19,3	67	80,7	83	100,0
	25+	16	9,6	151	90,4	167	100,0
Укупно		32	12,8	218	87,2	250	100,0
Старосне групе	18–19	3	13,6	19	86,4	22	100,0
	18–24	13	21,3	48	78,7	61	100,0
	25+	16	9,6	151	90,4	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	2	18,2	9	81,8	11	100,0
	18–24	7	21,1	22	75,9	29	100,0
	25+	8	14,5	47	85,5	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	1	9,1	10	90,9	11	100,0
	18–24	6	18,8	26	81,2	32	100,0
	25+	8	7,1	104	92,9	112	100,0
Укупно		32	12,8	218	87,2	250	100,0

Употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци пријавило је нешто више сексуалних радница 90,3%, него мушкараца који продају сексуалне услуге, 82,1%. Мушкарци узраста 25+ година користили су кондом са својим клијентом при последњем сексуалном односу у 85,5% случајева, 81,8% у узрасту 18 до 19 година, док је у узрасту од 20 до 24 година тај проценат 75,9% (табела 7).

Млади мушкарци узраста 18 до 24 године користили су кондом при последњем сексуалном односу са клијентом у 77,5% случајева, док је тај проценат код сексуалних радница тога узраста нешто већи и износи 83,7%.

Сексуалне раднице узраста 18 до 19 година и 25+ година користиле су кондом у преко 90% случајева при последњем сексуалном односу, док је у узрасту 20 до 24 год тај проценат нешто мењи (81,3%).

Кондом су приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са својим клијентом користили у већем проценту СР српске националности (94%) него СР ромске националности (84%).

У односу на место пружања услуга не постоји разлика у проценту СР које су користиле кондом са својим клијентом при последњем пенетрантном сексуалном односу, (89,9% на улици у односу на 92,3% in door).

Близу половине СР који нису користили кондом приликом последњег сексуалног односа са својим комерцијалним сексуалним партнером као разлог наводе да партнер није желео да користи кондом. Око 1/3 СР наводи још и неки дуги разлог за некоришћење кондома. Од тих других разлога најчешће се наводи то што се радило о сталном клијенту или је био само орални сексуални однос.

Наше истраживање потврђује оно што се описује у литератури као недостатак „техника преговарања“ од стране сексуалних радника, као и потребу да се програми превенције прошире на клијенте [13, 14].

У истраживању рађеном 2008. године проценат СР које су пријавиле употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци је био 90,6%, док је тај проценат у овом истраживању нешто мањи и износи 87,2%.

Код око 2/3 СР је током сексуалног односа дошло до пуцања кондома. У нешто већем проценту (72,5%) пуцање кондома пријављују жене у односу на мушкарце (66,7%). Није постојала разлика у учесталости пуцања кондома у односу на друге социодемографске карактеристике, као ни место пружања услуга (табела 8).

Табела 8. Проценат сексуалних радника којима је током сексуалног односа пукао кондом

		Да ли се икада десило да кондом пукне током сексуалног односа?				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	62	66,7	31	33,3	93	100,0
	женски	111	72,5	42	27,5	153	100,0
Укупно		173	70,3	73	29,7	246	100,0
Старосне групе	18–24	50	61,7	31	38,3	81	100,0
	18–19	12	54,5	10	45,5	22	100,0
	20–24	38	64,4	21	35,6	59	100,0
	25+	123	74,5	42	25,5	165	100,0
Укупно		173	70,3	73	29,7	246	100,0

У случају пуцања кондома током сексуалног односа, највећи проценат жена се испере водом (30,6%), обрише влажном марамицом (26,1%) или мокри (41,4%), док мушкарци најчешће замене кондом (91,4%), исперу се водом (19,4%) или се обришу влажном марамицом (11,3%).

У времену обављања анкетирања при себи су имале кондом у већем проценту жене СР (77,4%) него мушкарци СР (50,6%). Млади узраста 18 и 19 година су у мањем проценту при себи имали кондом (42,9%) него СР старијег узраста (око 70%).

4.4 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СА СТАЛНИМ ПАРТНЕРИМА

Током последњег сексуалног односа са својим сталним партнером кондом је користило 21% СР мушкараца и 12,3% СР жена. СР узраста 18 и 19 година су користили кондом са својим сталним партнером у већем проценту од СР узраста 20 до 24 године и узраста 25+ година. Није постојала разлика у коришћењу кондома са својим сталним партнером приликом последњег сексуалног односа у односу на националну припадност, као и место пружања услуга. Најчешћи разлог некоришћења кондома са сталним сексуалним партнером је став СР да није потребно користити кондом са супругом или сталним партнером. Као разлог некоришћења кондома са сталним сексуалним партнером 1/3 мушкараца СР наводи да не мисли да треба да га користи, док 15,5% не воли да користи кондом.

Жене СР у 74,2% случајева сматрају да не треба да користе кондом са својим супругом или другим сталним партнером. Близу 1/3 СР изјављује да њихов стални партнер не воли да користи кондом.

Сви резултати везани за коришћење кондома, пуцање, разлоге за некоришћење показују да се ради о области која је под утицајем низа фактора и да због тога представља стални изазов за истраживања, као и превентивне интервенције [15].

4.5 НАБАВКА КОНДОМА

Превентивним услугама, кроз дистрибуцију кондома од стране саветовалишта за НИВ и ППИ и од стране теренских радника НВО „ЈАЗАС” је обухваћено 63,2% СР и то више жена 72,9% него мушкараца, 47,4%. СР узраста 18–19 година су у мањем проценту добијали кондоме на овим местима и од представника НВО „ЈАЗАС” у свега 45,5%, у односу на СР узраста 20–24 године (68,9%) или узраста 25+ година (63,5%) (табела 9).

Табела 9. Проценат СР које су у последњих 12 месеци добили/е кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру

		Проценат СР које су у последњих 12 месеци добиле/и кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	50	52,6	45	47,4	95	100,0
	женски	42	27,1	113	72,9	155	100,0
Укупно		92	36,8	158	63,2	250	100,0
Старосне групе	18–24	31	37,3	52	62,7	83	100,0
	25+	61	36,5	106	63,5	167	100,0
Укупно		92	36,8	158	63,2	250	100,0
Старосне групе	18–19	12	54,5	10	45,5	22	100,0
	18–24	19	31,1	42	68,9	61	100,0
	25+	61	36,5	106	63,5	167	100,0
Укупно		92	36,8	158	63,2	250	100,0

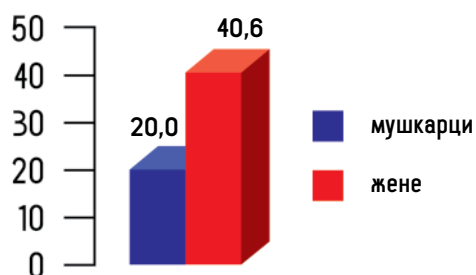
У свим посматраним узрасним категоријама жене које се баве сексуалним радом су у већем проценту биле обухваћене овим превентивним програмом него мушкарци.

4.6 ЗНАЊЕ О ПОЛНО ПРЕНОСИВИМ ИНФЕКЦИЈАМА

Инфекцију полних органа у последњих 12 месеци је имало 32,8% испитаних СР. У већем проценту промене на полним органима су имале сексуалне раднице (40,6%) у односу на СР мушкарце (20,0%).

У односу на узраст, националност и место рада, није било разлике међу СР са променама на полним органима у последњих 12 месеци.

Графикон 4. Проценат СР који је имао инфекцију/промену на полним органима у последњих 12 месеци



У случају појаве неке ППИ, сваки трећи СР се одмах јавила/о у државну здравствену установу ради помоћи, у приватну здравствену установу се јавило 12,2% СР, близу 1/3 је отишла у апотеку да купи лекове ради самосталног лечења, око 13% се лечило самоиницијативно код куће, док се теренском раднику НВО, ради савета, јавило око 5% СР.

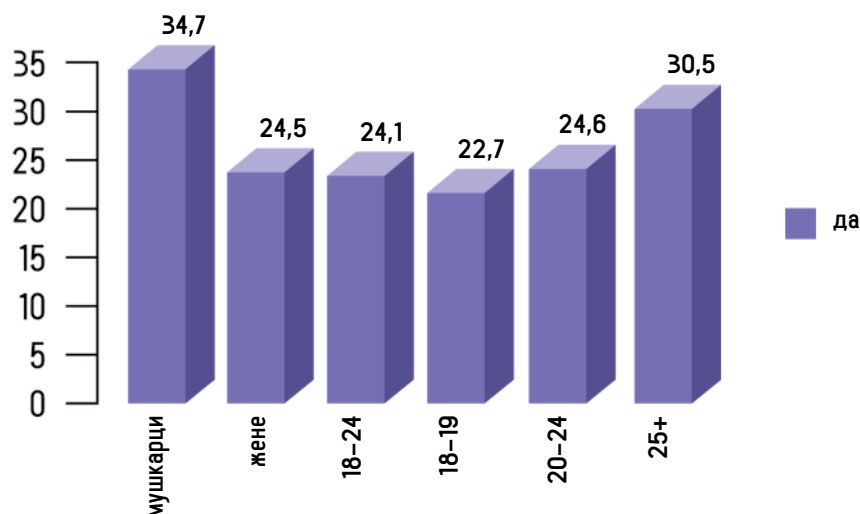
Због полне инфекције је свега 5% СР престало са пружањем сексуалних услуга.

Овим резултатима треба додати професионални став да је преваленца полно преносивих болести у популацији сексуалних радника несумњиво већа, али да је актуелна преваленца условљена тиме што највећи део њих протиче асимптоматски. ППИ су значајна компонента HIV превенције [16].

4.7 ЗНАЊЕ О HIV/AIDS-у

У веома високом проценту (98,8%) СР су чуле за за HIV или AIDS, без разлике у знању у односу на узраст, пол, националност или место рада. Од укупно 250 испитаника само њих троје није никада чуло за HIV или AIDS.

Графикон 5. Проценат СР који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а



Праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а зна близу 1/3 СР. У већем проценту их препознају мушкарци, 34,7% него сексуалне раднице, 24,5%.

Најмање знају млади СР узраста 18-19 година, 22,7%, док сваки трећи СР узраста 25+ година зна праве начине путева преноса и одбацује заблуде.

Сексуалне раднице узраста 18 до 19 година и 20 до 24 године у мањем проценту препознају праве начине трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (18,2% и 15,6%) него сексуални радници мушког пола истог узраста (27,3% и 34,5%).

У истраживању рађеном 2008. године проценат СР које које препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а износио је 14,7% док је тај проценат, у овом истраживању, удвостручен и износи 28,4%.

Табела 10. Проценат СР који су тачно одговорили на питање: „Да ли упражњавање секса само са једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а?”

		Проценат СР које су тачно одговориле/и на питање број 1				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	34	35,8	61	64,2	95	100,0
	женски	68	43,9	87	56,1	155	100,0
Укупно		102	40,8	148	59,2	250	100,0
Старосне групе	18-24	37	44,6	46	55,4	83	100,0
	25+	65	38,9	102	61,1	167	100,0
Укупно		102	40,8	148	59,2	250	100,0
Старосне групе	18-19	12	54,5	10	45,5	22	100,0
	18-24	25	41,0	36	59,0	61	100,0
	25+	65	38,9	102	61,1	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18-19	6	54,5	5	46,5	11	100,0
	18-24	9	31,0	20	69,0	29	100,0
	25+	19	34,5	36	65,5	55	100,0
Старосне групе – жене	18-19	6	54,5	5	45,5	11	100,0
	18-24	16	50,0	16	50,0	32	100,0
	25+	46	41,1	66	58,9	112	100,0
Укупно		102	40,8	148	59,2	250	100,0

На питање: „Да ли упражњавање секса са само једним, верним, неза-
раженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а?” тачно је одго-
ворило 59,2% сексуалних радника. Од тога 64,2% мушкараца и 56,1% жена.
У односу на узрасне групе најмањи проценат тачних одговора су дали
најмлађи СР, узраста 18–19 година, 45,5% (у истом проценту и мушкарци
и жене).

Табела 11. Проценат СР који су тачно одговорили на питање: „Да ли
правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ри-
зик за преношење HIV-а?”

		Проценат СР које су тачно одговориле/и на питање број 2				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	10	10,5	85	89,5	95	100,0
	женски	28	18,1	127	81,9	155	100,0
Укупно		38	15,2	212	84,8	250	100,0
Старосне групе	18–24	15	18,1	68	81,9	83	100,0
	25+	23	13,8	144	86,2	167	100,0
Укупно		38	15,2	212	84,8	250	100,0
Старосне групе	18–19	8	36,4	14	63,6	22	100,0
	18–24	7	11,5	54	88,5	61	100,0
	25+	23	13,8	144	86,2	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	2	18,2	9	81,8	11	100,0
	18–24	1	3,4	28	96,6	29	100,0
	25+	7	12,7	48	87,3	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	6	54,5	5	45,5	11	100,0
	18–24	6	18,8	26	81,3	32	100,0
	25+	16	14,3	96	85,7	112	100,0
Укупно		38	15,2	212	84,8	250	100,0

На питање: „Да ли правилна употреба кондома током сексуалног од-
носа смањује ризик за преношење HIV-а?” тачно је одговорило 84,8% СР.
Од тога 89,5% мушкараца и 81,9% жена. Најмањи проценат тачних одго-
вора су дали СР узраста 18–19 година, 63,6% а највише 88,5% узраста 20–24
године. Сексуалне раднице узраста 18–19 година су у мањем проценту
(45,5%) дале тачан одговор у односу на мушкарце (81,8%).

Табела 12. Проценат СР који су тачно одговорили на питање: „Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?”

		Проценат СР које су тачно одговориле/и на питање број 3				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	12	12,6	83	87,4	95	100,0
	женски	27	17,4	128	82,6	155	100,0
Укупно		39	15,6	211	84,4	250	100,0
Старосне групе	18–24	20	24,1	63	75,9	83	100,0
	25+	19	11,4	148	88,6	167	100,0
Укупно		39	15,6	211	84,4	250	100,0
Старосне групе	18–19	5	22,7	17	77,3	22	100,0
	18–24	15	24,6	46	75,4	61	100,0
	25+	19	11,4	148	88,6	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	1	9,1	10	90,9	11	100,0
	18–24	5	17,2	24	82,8	29	100,0
	25+	6	10,9	49	89,1	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	4	36,4	7	63,6	11	100,0
	18–24	10	31,3	22	68,7	32	100,0
	25+	13	11,6	99	88,4	112	100,0
Укупно		39	15,6	211	84,4	250	100,0

На питање: „Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?” тачно је одговорило 84,4% СР. Од тога 87,4% мушкараца и 82,6% жена. Најмањи проценат тачних одговора су дали СР узраста 18–19 година, 77,3%, а највише 88,6% узраста 25+ година. Сексуалне раднице узраста 18–19 година су у мањем проценту (63,6%) дале тачан одговор у односу на мушкарце истог узраста (90,9%) (табела 12).

Табела 13. Проценат СР који су тачно одговорили на питање: „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом?”

		Проценат СР које су тачно одговориле/и на питање број 4				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	25	26,3	70	73,7	95	100,0
	женски	49	31,6	106	68,4	155	100,0
Укупно		74	29,6	176	70,4	250	100,0
Старосне групе	18–24	28	33,7	55	66,3	83	100,0
	25 +	46	27,5	121	72,5	167	100,0
Укупно		74	29,6	176	70,4	250	100,0
Старосне групе	18–19	7	31,8	15	68,2	22	100,0
	18–24	21	34,4	40	65,6	61	100,0
	25 +	46	27,5	121	72,5	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	3	27,3	8	72,7	11	100,0
	18–24	8	27,6	21	72,4	29	100,0
	25 +	14	25,5	41	74,5	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	4	36,4	7	63,6	11	100,0
	18–24	13	40,6	19	59,4	32	100,0
	25 +	32	28,6	80	71,4	112	100,0
Укупно		74	29,6	176	70,4	250	100,0

На питање: „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом?” тачно је одговорило 70,4% СР. Од тога 87,4% мушкараца и 82,6% жена. Најмањи проценат тачних одговора су дали СР узраста 20–24 година, 65,6%, а највише – 72,5% узраста 25+ година. Сексуалне раднице узраста 20–24 година у мањем проценту (59,4%) су дале тачан одговор у односу на мушкарце истог узраста (72,4%) (табела 13).

Табела 14. Проценат СР који су тачно одговорили на питање: „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом?”

		Проценат СР које су тачно одговориле/и на питање број 5				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	36	37,9	59	62,1	95	100,0
	женски	63	40,6	92	59,4	155	100,0
Укупно		99	39,6	151	60,4	250	100,0
Старосне групе	18–24	35	42,2	48	57,8	83	100,0
	25 +	64	38,3	103	61,7	167	100,0
Укупно		99	39,6	151	60,4	250	100,0
Старосне групе	18–19	12	54,5	10	45,5	22	100,0
	18–24	23	37,7	38	62,3	61	100,0
	25 +	64	38,3	103	61,7	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	6	54,5	5	45,5	11	100,0
	18–24	12	41,4	17	58,6	29	100,0
	25 +	18	32,7	37	67,3	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	6	54,5	5	45,5	11	100,0
	18–24	11	34,4	21	65,6	32	100,0
	25 +	46	41,1	66	58,9	112	100,0
Укупно		99	39,6	151	60,4	250	100,0

На питање: „Да ли се особа може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом?” тачно је одговорило 60,4% СР. Од тога 62,1% мушкараца и 59,4% жена. Најмањи проценат тачних одговора су дали СР узраста 18–19 година, 45,5% а највише, 62,3%, узраста 20–24 године. Сексуални радници узраста 18–19 година (и мушкарци и жене) су у мањем проценту (45,5%) дали тачан одговор у односу на СР оба пола узраста од 20–24 године (65,6% жене и 58,6% мушкарци) (табела 14).

4.8. ТЕСТИРАЊЕ НА HIV

У оквиру испитивања везаног за знање о тестирању на HIV истраживан је и проценат СР које/који су не само чули за HIV тестирање, већ су се и саме тестирале и које/и знају резултат свог теста.

Табела 15. Проценат СР које/и правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV

	Проценат СР које/и правилно идентификују место где се може обавити ДПСТ	
Старосне групе	Пол	
	Мушкарци %	Жене %
18–19	27,3	45,5
18–24	62,1	81,3
25 +	61,8	83,9

Превентивним услугама, кроз поседовање праве информације где се може обавити ДПСТ обухваћено је 72,0% СР и то више жена 80,6% него мушкараца 57,9%. СР узраста 18–19 година у мањем проценту знају место где се може обавити ДПСТ, у свега 36,4%, у односу на СР узраста 20–24 године које знају право место за ДПСТ у дупло већем проценту (72,1%) или узраста 25+ година (76,6%) (табела 15).

У свим посматраним узрастним категоријама жене које се баве сексуалним радом су у већем проценту правилно информисане о месту где се може обавити ДПСТ у односу на мушкарце.

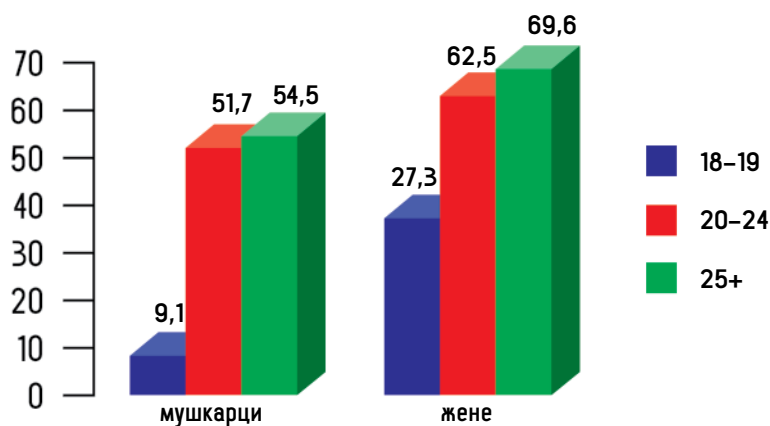
Табела 16. Проценат СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и које/и знају резултат последњег тестирања

		Проценат СР које су се тестирале на HIV у последњих 12 месеци и знају резултате последњег теста				Укупно	
		Не		Да		Број	%
		Број	%	Број	%		
Пол	мушки	49	51,6	46	48,4	95	100,0
	женски	54	34,8	101	65,2	155	100,0
Укупно		103	41,2	147	58,8	250	100,0
Старосне групе	18–24	44	53,0	39	47,0	83	100,0
	25 +	59	35,3	108	64,7	167	100,0
Укупно		103	41,2	147	58,8	250	100,0
Старосне групе	18–19	18	81,8	4	18,2	22	100,0
	18–24	26	42,6	35	57,4	61	100,0
	25 +	59	35,3	108	64,7	167	100,0
Старосне групе – мушкарци	18–19	10	90,9	1	9,1	11	100,0
	18–24	14	48,3	15	51,7	29	100,0
	25 +	25	45,5	30	54,5	55	100,0
Старосне групе – жене	18–19	8	72,7	3	27,3	11	100,0
	18–24	12	37,5	20	62,5	32	100,0
	25 +	34	30,4	78	69,6	112	100,0
Укупно		103	41,2	147	58,8	250	100,0

Проценат СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и које/и знају резултат последњег тестирања је 58,8% и то знатно више жена 65,2% него мушкараца 48,4%. СР узраста 18–19 година у мањем проценту су тестирани и знају резултат свог последњег теста, свега 18,2%, у односу на СР узраста 20–24 године (57,4%) или узраста 25+ година (64,7%) (табела 16).

У свим посматраним узрастним категоријама жене које се баве сексуалним радом су у већем проценту биле саветоване и тестиране на HIV и знале су резултат свог последњег HIV теста, него мушкарци.

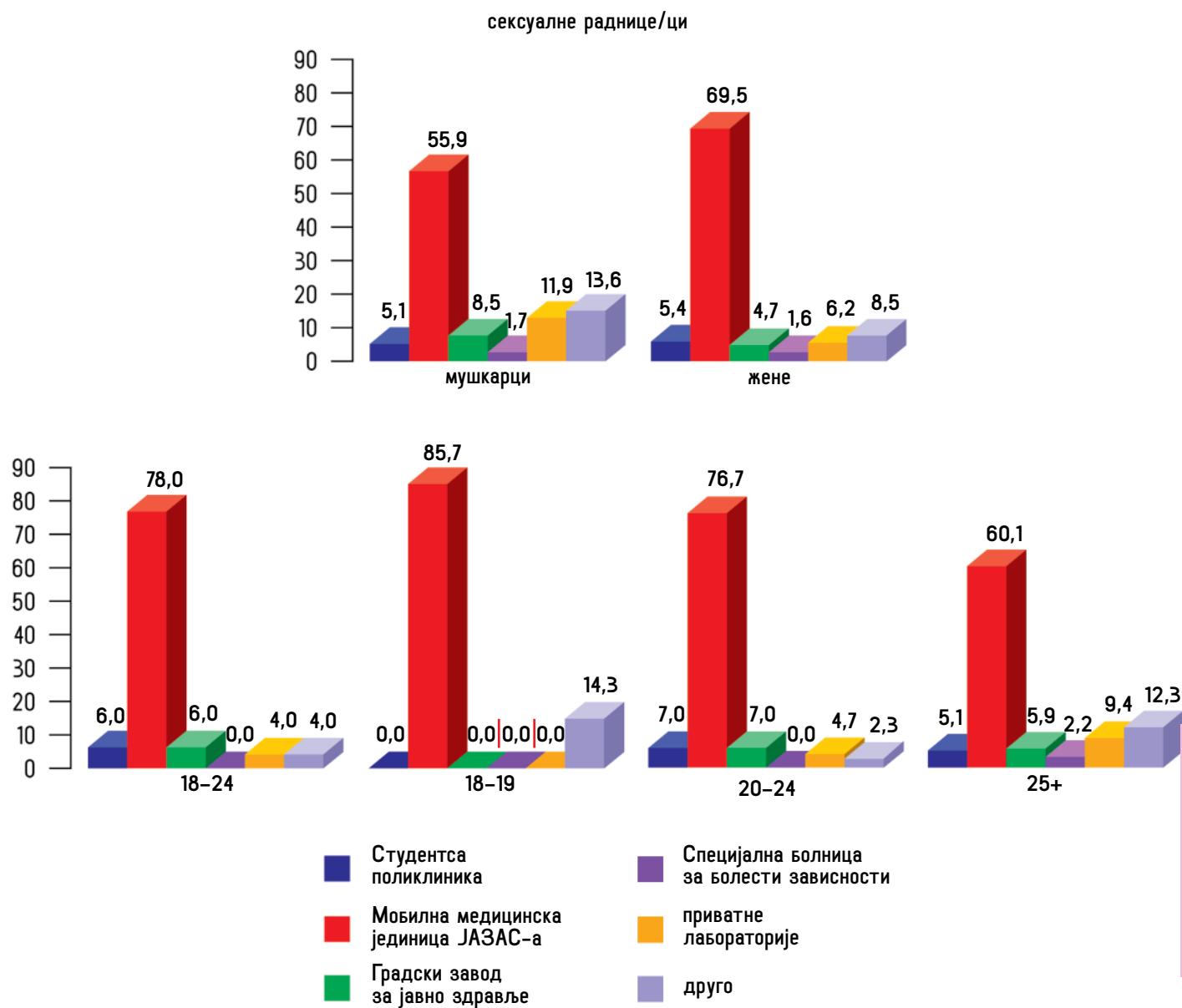
Графикон 6. Проценат СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и које знају резултат последњег тестирања



У истраживању рађеном 2008. године проценат СР које су се тестира-
ле на HIV у последњих 12 месеци и које/и знају резултат тестирања је
износио 45,3%, док је ово истраживање показало да је тај проценат већи
и износи 58,8%.

Од свих СР који/е су се тестирали/е на HIV у последњих 12 месе-
ци, око 2/3 се саветовало и тестирало у мобилној медицинској јединици
„ЈАЗАС”-а, око 5% у Студентској поликлиници, као и у Градском заводу
за јавно здравље и око 10% у приватним лабораторијама или на неком
другом месту (графикон 7). Нема разлике у избору места тестирања на
HIV у односу на узраст СР.

Графикон 7. Место тестирања на HIV у последњих 12 месеци



4.9 ОБУХВАТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА

Најчешће сусрете са активистима појединих НВО, било на терену или у „дроп ин“ центрима, СР су имали/е са НВО „ЈАЗАС“. СР жене су имале у већем проценту сусрете са представницима НВО „ЈАЗАС“ (75,8%) у односу на мушкарце (48,9%). Најмањи проценат СР које/и су били/е у контакту са НВО „ЈАЗАС“ су узроста 18 и 19 година (40%) (табела 17).

Од осталих НВО у контакту са НВО „Веза“ је било око 15% СР, док је контакт са неким другим НВО био занемарљив.

Табела 17. Обухваћеност СР превентивним програмима кроз сусрете са НВО

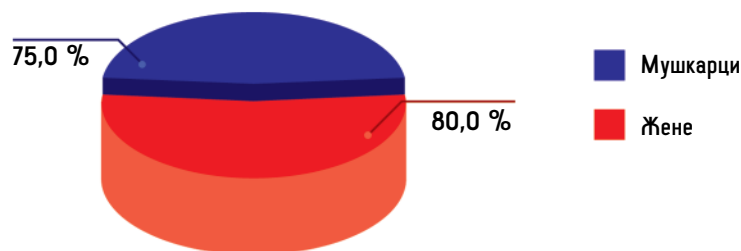
	ЈАЗАС	Сигуран пулс младих	Веза	Нека друга НВО
мушкарци	48,9	0,0	16,0	4,3
жене	75,8	0,7	15,0	2,6
18–24	62,5	0,0	18,8	5,0
18–19	40,0	0,0	10,0	10,0
20–24	70,0	0,0	21,7	3,3
25+	67,1	0,6	13,8	2,4

4.10 ПРЕПОЗНАВАЊЕ РИЗИКА ОД СТРАНЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/ РАДНИЦА ДА СЕ ИНФИЦИРАЈУ HIV-ОМ

Сексуалне раднице/радници су у високом проценту препознали/е код себе ризик да се инфицирају HIV-ом. У нешто већем проценту жене (80%) у односу на мушкарце (75%) (графикон 8).

У односу на узраст, националност, степен образовања и место рада није постојала разлика у препознавању сопственог ризика за HIV инфекцију.

Графикон 8. Проценат СР које су код себе препознале умерен или високи ризик за HIV инфекцију



4.10.1 УТИЦАЈ ПРЕВЕНТИВНИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА И АКТИВНОСТИ НА ПРОМЕНЕ ПОНАШАЊА СЕКСУАЛНИХ РАДИКА/РАДНИЦА

Ако се укупна изложеност дејству „превентивних активности” у нашем истраживању посматра као целина, дакле као укупан контакт са организацијама које те активности спроводе, добија се релативно висок обухват од 60%, који је код особа женског пола још већи и иде скоро до 70%.

Најмањи обухват постигнут је у групи младих сексуалних радника од 18 и 19 година, 31,8%, да би се већ са следећим старосним интервалом скоро удвостручио. Притом, превентивне интервенције садрже сплет основних активности које су у литератури описане да утичу на промене понашања као што су: промоција сигурног секса и расположивост кондома, промоција и расположивост ДПСТ-а и рад на терену [2, 15].

Када се укрсте информације које говоре о обухвату превентивним интервенцијама и променама у понашању, наши резултати потврђују у потпуности тврдње из литературе [17].

Наиме, особе обухваћене превентивним интервенцијама, статистички високо значајно него оне које нису (значајност на 0,000):

- користе кондом при последњем пенетрантном сексуалном контакту са комерцијалним партнером (92,5% односно 77,1%)
- тестирале су се на HIV у последњих 12 месеци (78,3% односно 13,3%).

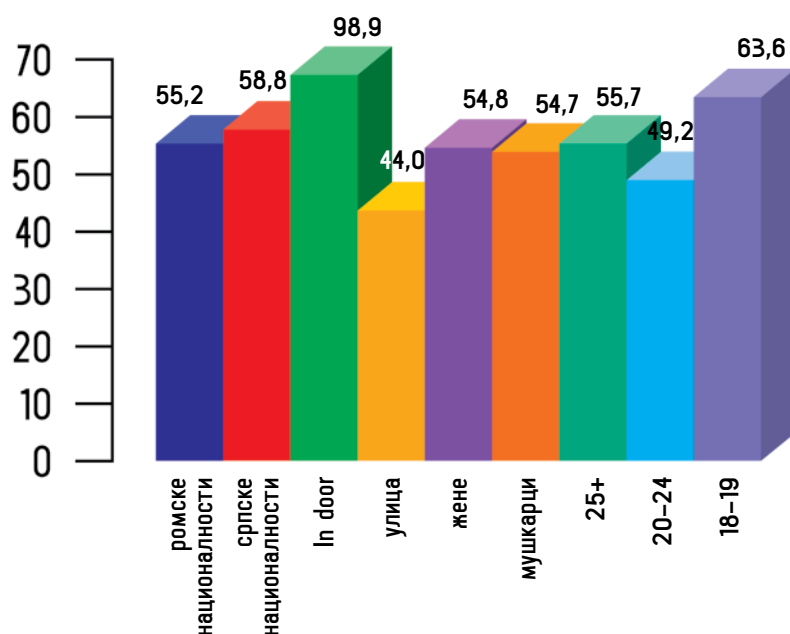
Такође, сходно теоријским разматрањима у литератури, разлике у знању међу овим групама нису нађене [18].

4.11 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

Оверену здравствену књижицу и тиме обезбеђену доступност државној здравственој заштити, има нешто више од половине СР и то 54,7% мушкараца и 54,8% жена. Нема разлике у поседовању оверене здравствене књижице између СР српске (58,8%) и СР ромске националности (55,2%).

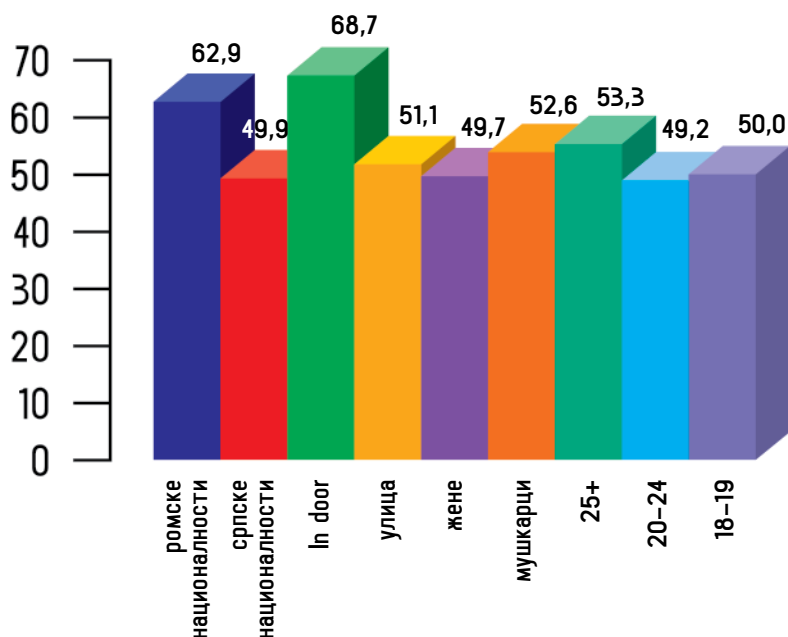
СР које раде на улици у нешто мањем проценту (44%) имају оверену здравствену књижицу у односу на оне које раде in door (68,9%). У односу на узраст најмањи проценат поседовања оверене здравствене легитимације (49,2%) имају СР узраста 20–24 година, док је оних СР које имају оверену здравствену књижицу највише у узрасту 18 и 19 година (графикон 9).

Графикон 9. Проценат СР које имају оверену здравствену књижицу



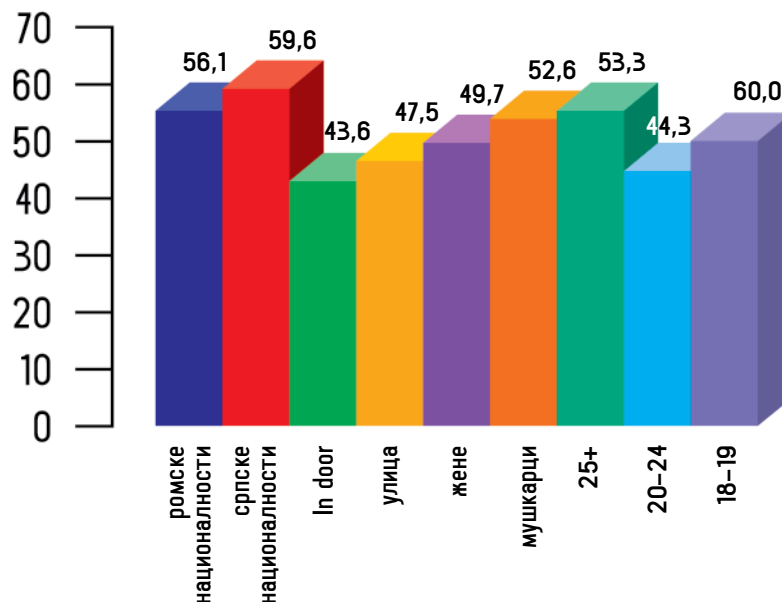
Око половине СР се за решавање својих здравствених проблема јављају лекару у ПЗЗ. Не постоји значајнија разлика између појединих категорија СР у обраћању здравственим радницима у ПЗЗ ради решавања својих проблема, у односу на посматране социодемографске карактеристике СР, (графикон 10).

Графикон 10. Проценат СР који се за решавање својих здравствених проблема обраћају лекаrima у ПЗЗ



Свог избраног лекара у дому здравља има нешто више од половине СР. Не постоје ни по једној од посматраних социодемографских карактеристика значајније разлике између посматраних СР у односу на то да ли имају или немају избраног лекара у дому здравља (графикон 11).

Графикон 11. Проценат СР који имају свог избраног лекара у дому здравља



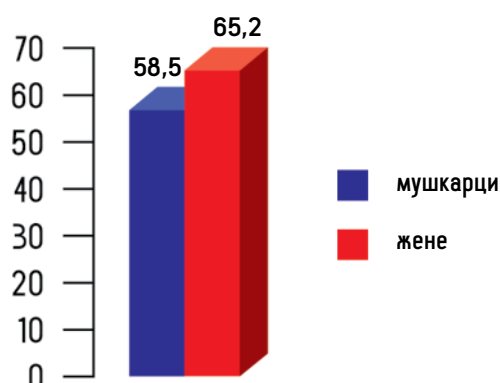
Више од половине СР (62,7%) је током претходних 12 месеци користило услуге неког лекара, нешто више жена 65,2% него мушкараца (58,5%), (графикон 12).

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

Није било испитаника који током свог живота није ниједном био код свог лекара.

Просечан број посета свом лекару оних који су у претходних 12 месеци били код свог лекара био је три посете, без значајнијих разлика у односу на посматране варијабле.

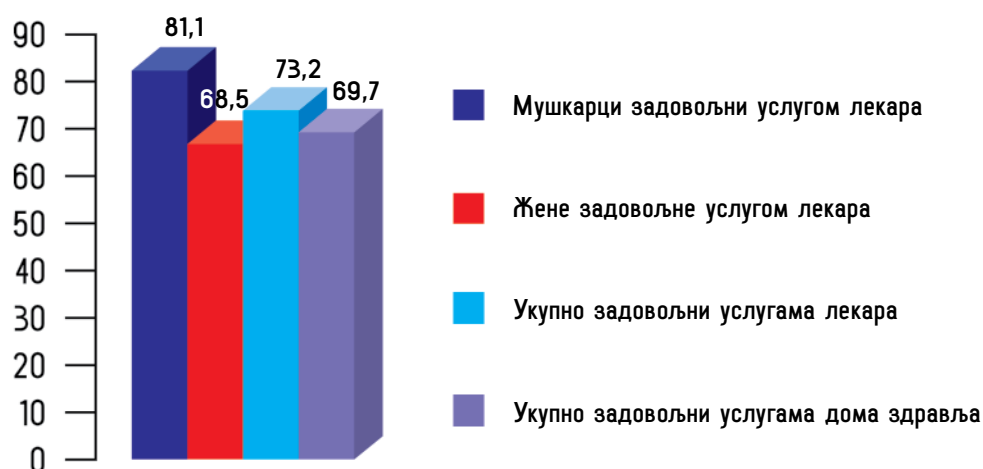
Графикон 12. Проценат СР које су у последњих 12 месеци били код свог лекара у дому здравља



СР који/е имају свог лекара у високом проценту су задовољни услугама које им они пружају (73,2%). Нешто више су задовољни мушкарци 81,1% у односу на жене (68,5%) (графикон 13).

У односу на друге посматране варијабле нема разлике у задовољству пруженим здравственим услугама.

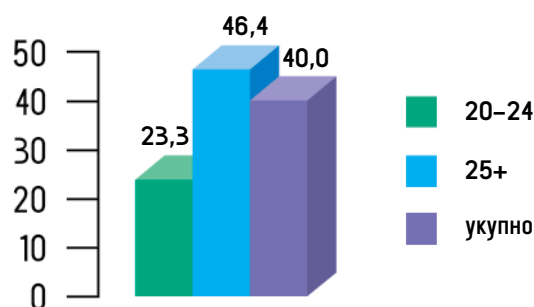
Графикон 13. Проценат СР које имају свог лекара у дому здравља и које/и су задовољни/е њиме



Услугама које добијају у дому здравља задовољно је око 70% СР, без разлике у односу на посматране варијабле. Услуге приватних лекара користи око 40% СР, нешто више жене (43,9%) него мушкарци (30,5%).

Свог изабраног гинеколога у дому здравља има 40% сексуалних радница. СР узраста 18 до 24 година у најмањем проценту имају свог изабраног гинеколога (23,3%), док близу половине СР старијег узраста имају свог изабраног гинеколога у дому здравља (графикон 14).

Графикон 14. Процент сексуалних радница које имају свог избраног гинеколога у дому здравља

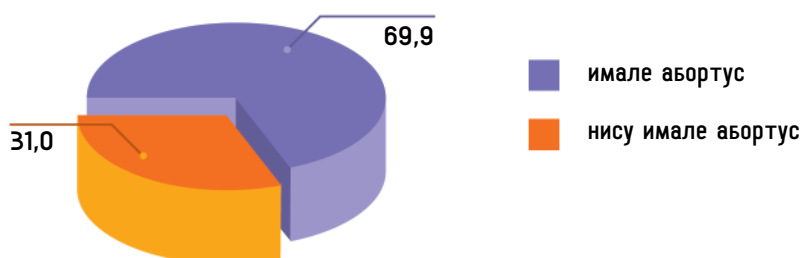


4.12 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА КОЈЕ СУ ОСТАЈАЛЕ У ДРУГОМ СТАЊУ

Од укупно 155 сексуалних радница њих 134 (83,5%) је остајало у другом стању, а своју децу има 67,1% СР. Свака пета СР је остајала по три пута у другом стању, свака трећа СР има једно дете, док двоје деце има близу 20% СР.

Прекид нежељене трудноће је имало 69% СР, у просеку највећи број је имао један прекид до тренутка извођења истраживања (графикон 15).

Графикон 15. Проценат СР које су имале прекид нежељене трудноће



4.13 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА НАСИЉЕ

Током последњих 12 месеци жртва физичког насиља је било 67,6% испитаника. СР женског пола су физички малтретиране у већем проценту (73,5%) него СР мушкарци (57,9%).

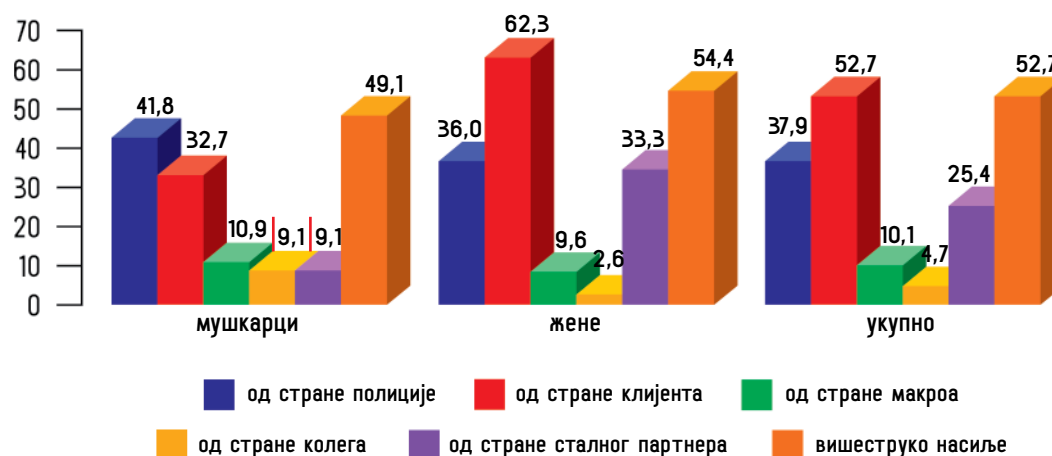
Нешто више од половине СР је трпело физичко насиље од клијената (52,7%) и то у већем проценту жене него мушкарци (графикон 16). Од стране сталног партнера, физичком насиљу је била изложена свака/и четврта СР и то у већем проценту жене него мушкарци.

Близу 40% СР је доживело физичко насиље од полиције.

Вишеструко насиље је имало нешто више од половине СР, без значајније разлике у односу на пол.

Наша истраживања потврђују налазе у литератури о врло високом насиљу коме су изложене сексуалне раднице. СЗО упозорава на значај овог проблема у успоравању напора HIV превенције [19].

Графикон 16. Заступљеност физичког насиља над СР



4.14 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА ПОЛИЦИЈУ И ЗАТВОР

Због бављења сексуалним радом сусрет са полицијом и опомињање од полиције је имао/ла сваки/а пети СР. У полицију је привођено 43% СР и то више жена (53,5%) у односу на СР мушкарце (27,4%).

Никада се са полицијом није имало никаквог контакта 36,8% СР.

Прекршајно, због бављења сексуалним радом, није кажњавано свега 26% СР, док су остали СР кажњавани најчешће два до три пута, од када се баве сексуалним радом.

4.15 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЈУ

Однос СР радника према особама које живе са HIV-ом је исказан кроз њихове изјаве у односу на особе које живе са HIV-ом.

Сваки/а трећи/а СР сматра да особе које живе са HIV-ом не треба да се, нигде, мешају са осталима, а близу половина СР сматра да су особе које су инфициране HIV-ом саме криве за то. Нема значајније разлике у ставовима СР у односу на посматране социодемографске варијабле.

Свака трећа СР се осећала непожељном на неком друштвеном скупу због посла којим се бави и изјавила је да се смањио број људи са којима може да се дружи.

Око 3% СР је доживело да им се ускрати нека услуга у здравственој установи или банци, пошти... због сазнања чиме се баве. Нешто више од 60% СР је било јавно оговарано од других због посла којим се баве, а њих око половине били су и јавно понижавани и вређани.

Око 7% СР је напустио партнер. Испод 1% је изјавило да их је због тога што се баве сексуалним радом полиција вређала и тукла. Свака/и пета/и СР је одустала/о од тражења здравствене услуге због страха да неко не сазна чиме се бави. Осећај стида због посла којим се бави имао око половине СР, кривицу и нелагодност осећа нешто више од 1/3 СР, док себе осуђује или има разне врсте страхова око 4% СР.

Да је у Србији донет Закон о забрани дискриминације зна око 60% СР, али да ће закон нешто променити у њиховом положају сматра тек свака/и пета/и СР.

Стигма и дискриминација идентификоване су у литератури не само као угрожавање људских права, већ и као значајна препрека превентивним напорима. Резултати наше студије, као и литература, сведоче о распрострањености ове појаве [20].

4.16 РЕЗУЛТАТИ СЕРОПРЕВАЛЕНТНОГ ИСТРАЖИВАЊА ХЕПАТИТИСА Ц, HIV-а И СИФИЛИСА

4.16.1 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА КОЈИ СУ ИНФИЦИРАНИ ХЕПАТИТИСОМ Ц

Свих 250 анкетираних СР је и тестирано на хепатитис Ц, од тога 95 мушкараца и 155 жена. Укупно је хепатитисом Ц инфицирано 23,6% СР укључених у истраживање. Од тога је 23,2% мушкараца и 23,9% жена. У узрасту 18–19 година хепатитисом Ц је инфицирано 9,1% СР тог узраста, што чини 3,4% свих инфицираних хепатитисом Ц. Све инфициране СР овога узраста су жене и чине 18,2% свих жена СР овог узраста. У узрасту од 20 до 24 године инфицирано је 19,7% СР тог узраста. Од тога 17,2% су мушкарци и 21,9% су жене. Заступљеност ХЦВ инфекције је највећа у узрасту 25+ година, 26,9% свих СР тог узраста, што чини 76,3% од укупног броја свих инфицираних хепатитисом Ц. Од тог броја 30,9% су мушкарци и 25% жене.

Посматрано у групацији младих узраста од 18 до 24 година, хепатитисом Ц је инфицирано 16,9% СР тог узраста или 23,7% свих инфицираних хепатитисом Ц. Мушкарци чине 12,5% инфицираних а жене 20,9% у односу на укупан број инфицираних хепатитисом Ц у тој узрасној групи у односу на пол.

4.16.2 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА КОЈИ СУ ИНФИЦИРАНИ СИФИЛИСОМ

Свих 250 анкетираних СР је и тестирано на сифилис, од тога 95 мушкараца и 155 жена. Укупно је сифилисом инфицирано 4% свих СР укључених у истраживање, од тога је 3,2% мушкараца и 4,5% жена. У узрасту 18–19 година као ни у узрасту од 20 до 24 године, међу мушкарцима и женама који се баве сексуалним радом нема инфицираних сифилисом. Заступљеност инфекције сифилисом у узрасту 25+ година је 6,0% свих СР

тог узраста укључених у истраживање. Од тог броја 5,5% су мушкарци и 6,3% жене.

У групацији младих узраста од 18 до 24 године нема инфицираних сифилисом међу ипитаницима.

4.16.3 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА КОЈИ СУ ИНФИЦИРАНИ HIV-ом

Свих 250 анкетираних СР је и тестирано на HIV, од тога 95 мушкараца и 155 жена. Укупно је HIV-ом инфицирано 0,8% свих СР, од тога је 1,1% мушкараца и 0,6% жена. У узрасту 18–19 година међу мушкарцима који се баве сексуалним радом нема инфицираних HIV-ом. Један мушкарац узраста изнад 25 година је инфициран HIV-ом, што чини 1,1% свих мушкараца који се баве сексуалним радом.

Од свих тестираних жена које се баве сексуалним радом HIV-ом је инфицирана једна СР у узрадној групи од 20 до 24 године, што чини 0,6% од свих тестираних сексуалних радница.

Табела 18. Проценат СР које су инфициране хепатитисом Ц, HIV-ом и сифилисом по полу и узрасту

	Проценат инфицираних СР хепатитисом Ц, HIV-ом и сифилисом по полу и узрасту			
		ХЦВ %	HIV %	Сифилис %
Пол	Мушки	23,2	1,1	3,2
	Женски	23,9	0,6	4,5
	Укупно	23,6	0,8	4,0
Узраст	18–19	9,1	0	0
	20–24	19,7	1,6	0
	25+	26,9	0,6	6,0

5. ЗАКЉУЧЦИ

У истраживању спроведеном у Београду у периоду од јануара до јуна 2010. године, на узорку од 250 сексуалних радника/са са циљем да се процени преваленција HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса међу сексуалним радницима/радницама у Београду, као и процени знање, ставови и пракса ризичних понашања везаних за HIV и друге полно преносиве инфекције, дошло се до следећих закључака:

- Сексуалним радом у Србији се поред жена у значајном проценту баве и мушкарци као и трансродне особе, што указује на потребу за родно специфичним интервенцијама и програмима.

-
- Готово подједнако учешће припадника ромске и припадника српске националности међу СР истиче потребу за културално специфичним програмима превенције међу СР.
 - Висок проценат коришћења дувана, алкохола и дрога, посебно коришћење дрога на иглу од стране скоро 1/3 СР далеко превазилази проценат коришћења психоактивних супстанци на узорку укупне популације Србије.
 - Резултати овог истраживања указују да је током последње две године дошло до значајног повећања броја СР које су обухваћене неким превентивним програмом.
 - Истраживање је показало и значајно повећање нивоа знања СР о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције, као и одбацавања заблуда везаних за трансмисију HIV-а у односу на претходно истраживање које је рађено 2008. године.
 - Евидентна је и промена понашања СР који/е су имали контакт са неком НВО која спроводи програме превенције међу СР, што се огледа кроз две кључне превентивне праксе:
 - а) већем проценту коришћења кондома са комерцијаним сексуалним партнерима код оних СР који/е су имали контакте са НВО у односу на оне који нису имали,
 - б) већем броју СР који/е су се тестирали на HIV и који знају резултат свог теста.
 - Око половине СР поседује документа за регуларно коришћење здравствених служби. Здравствене услуге у дому здравља користи и има свог изабраног лекара око половина СР. Задовољство пруженим здравственим услугама у дому здравља је исказало око 70% СР.
 - Истраживање је показало да је висок проценат СР изложен вишеструком и сталном насиљу због посла којим се бави и да је то насиље посебно изражено од стране клијената, али и од стране сталних партнера па чак и од полиције.
 - СР у високом проценту имају осуђујући и дискриминаторни став према особама које живе са HIV-ом. Такође и они сами су имали искуства дискриминације од стране свог окружења, али и од стране здравствених радника или службеника јавних служби.
 - Осећај стида и кривице због посла којим се баве говори о постојању и велике аутостигме од стране СР.
 - Сумња да ће донети Закон о забрани дискриминације нешто променити говори о присутном великом неповерењу СР према државним институцијама које треба да им обезбеде поштовање елементарних људских права.
 - Билошко истраживање је указало на постојање удружених ризика код сексуалних радника, што показује и висок проценат СР инфицираних вирусом хепатитиса Ц. Преко 70% инфицираних хепатитисом Ц су и интравенски корисници дроге. Сифилисом је инфицирано 4% испитиваних сексуалних радника, док је HIV преваленца смањена са 2,2% на 0,8% у односу на претходно истраживање.

6. ПРЕПОРУКЕ

- Иако се о сексуалном раду најчешће говори као о „женском занимању”, ови резултати то демантују и указују на потребу планирања и реализације родно специфичних интервенција и програма.
- Посветити пажњу националној структури СР и у складу са тим планирати културално специфичне програме превенције међу СР.
- Значајно је учешће трансродних особа у укупном броју СР. Непостојање истраживања међу њима указује на потребу да се овој популационој групи посвети већа пажња кроз планирање и реализацију истраживања о социјалном статусу и другим карактеристикама трансродних особа, посебно ромске популације, и генерално припадницима вулнерабилне популације.
- Ризично понашање везано за наркоманију, заједно са ризиком несигурног секса дефинише укупни ризик сексуалног рада и зато је потребно посветити посебну пажњу удруженим ризицима за инфекцију HIV-ом, и хепатитисом Ц међу СР, посебно СР који су интравенски корисници дрога.
- Ризични облици понашања као и заступљеност превентивних програма у мањем проценту међу СР млађег узраста указује на потребу планирања и реализовања посебних истраживања међу младима који се баве сексуалним радом, а у циљу планирања посебних превентивних програма међу младим СР.
- Евидентан резултат превентивних програма реализованих међу СР у Београду, у претходне две године, јасно указује на потребу наставаљања програма превенције међу СР у континуитету.
- Изнаћи механизме за обезбеђивање могућности коришћења здравствене заштите за све СР, с обзиром на чињеницу да је већина њих без здравствене књижице.
- Висок степен насиља који је присутан у односу на особе које се баве сексуалним радом и њихов страх да то насиље пријаве због посла којим се баве, захтева покретање иницијативе и за другачију правну регулативу у односу на садашњу за особе које се баве сексуалним радом.

ЛИТЕРАТУРА

1. UNAIDS (1996): Task force for prostitution. Available from URL: www.unaids.org
2. UNAIDS (2002): Sex work and HIV/AIDS. Technical update Available from URL: www.unaids.org
3. Breslow K (1996): Prostitution and HIV/AIDS. Canadian HIV/AIDS legal network. Available from URL: www.aidslaw.ca
4. Central and Eastern European Harm Reduction network (2005): Sex work, HIV, AIDS and human rights in Central and Eastern Europe.
5. Радуловић Д (1986). Проституција у Југославији, Филип Вишњић, Београд
6. Цуцић В (1987): Проституција и ризик HIV инфекције. Зборник I Југословенског симпозијума о AIDS-у, Загреб 1987, стране 227–230
7. UNAIDS (2002): Брза процена стања и одговора на HIV/sidu у популацији младих људи у Србији–RAR.
8. Пејаковић Љ (2006): Оквир за дефинисање сцене уличне проституције у Београду, Социјална мисао 3, 2006, стране 95–109
9. Министарство здравља Србије (2005): Национална стратегија за борбу против HIV /AIDS-а 2005–2010. Доступно на: http://www.srbija.gov.rs/vesti/dokumenti_sekcija.php?id=45678
10. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање међу популацијом под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: <http://www.hivpodrska.org.rs/docs/istrazivanje2008/istrazivanje.pdf>
11. Министарство здравља Србије (2007): Истраживање здравственог стања становника Србије 2006, Финални извештај. Доступно на: http://www.batut.org.rs/activenews_view.asp?articleID=118
12. Day S (2004) Sex work, mobility and Health in Europe. London, Kenog Kaul
13. UNAIDS (2009). UNAIDS quidance note on sex work. Available from URL: www.unaids.org
14. UNAIDS (2009). Sex workers and clients. Available from URL: www.unaids.org
15. University of California (2008): What are sex workers HIV prevention needs. Available from URL: www.cap.ucsf.edu
16. Бјекић М (2008): О превенцији полно преносивих инфекција код сексуалних радница, Социјална мисао 3, 2008, стране 109–114
17. Network of sexworkers projects (2003) Making sex work safe. Available from URL: www.nswp.org
18. Family health international (2004)Behaviour change –a summary of four major theories. Available from URL: www.fhi.or
19. WHO (2005): Violence against sex workers and HIV prevention. Available from URL: www.who.int
20. Nicole Fick (2005): Coping with stigma, discrimination and violence: sex workers. Available from URL: www.sweat.org

314:616.9-053.6(=214.58)(497.11)(083.41)

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

Главни истраживач и аутор текста:

Асист. др Данијела Ђонић
Лабораторија за антропологију, Медицински факултет,
Универзитет у Београду

Консултант истраживања:

Др Дубравка Шарановић
Министарство здравља Републике Србије

Теренски координатори:

Оливера Вићентић, Београд
Милан Петровић, Ромско-српско пријатељство „Стабло”, Крагујевац

Кратак садржај:

Основни циљ истраживања је процена преваленце HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса и утврђивање степена знања младих ромске етничке припадности о ризику од HIV инфекције и ППИ. Испитивање је обављено на територији Београда и Крагујевца, међу младима ромске етничке припадности узраста од 15 до 24 године коришћењем комбиноване серопревалентне и бихевиоралне студије пресека. Обухваћено је укупно 411 особа (у Београду 270, у Крагујевцу 141). Узорак је одабран методологијом Respondent driven sampling. Од 159 особа у Београду и 81 особе у Крагујевцу које су биле укључене у серопревалентну компоненту истраживања само једна особа у Крагујевцу је показала реактивност на тесту за HIV, а по две особе из оба града су биле реактивне на вирус хепатитиса Ц. Ниједна особа није показала реактивност на тестовима за сифилис. Само је 22% младих Рома у Београду и 33% у Крагујевцу који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ниједна особа у Београду није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом, док је у Крагујевцу обухват био 2,5%. Да се у последњих 12 месеци тестирало на HIV изјавило је 1,9% Рома у Београду и 3,5% у Крагујевцу. Кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користило је 73,5% испитаника у Београду и 56,3% у Крагујевцу. Мало више од половине испитаних младих Рома у оба града је изјавило да је имало више од једног сексуалног партнера у последњих годину дана и од њих је око половине користило кондом приликом последњег сексуалног односа. Добијени резултати указују да је потребно даље јачање превентивних програма у овој популацији, као и поновљена истраживања који би проценила ефикасност спроведених превентивних програма.

Кључне речи: млади Роми, преваленца HIV-а, преваленца хепатитиса Ц, преваленција сифилиса, ризично понашање

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

Danijela Djonic¹

Abstract

The goal of the survey is the assessment of the prevalence of HIV, HCV and syphilis infection, and estimation of the knowledge level of young Roma on risk of HIV infection and sexually transmitted infections. Our target population was young Roma individuals of both sexes, aged between 15 and 24 residing in the location of the research (Belgrade/Kragujevac). A combined behavioral-biological (serological) cross-sectional survey was used. The sampling methodology used was RDS (Respondent driven sampling). A total of 411 individuals were included in the survey, 270 in Belgrade and 141 in Kragujevac. Of the total number of participants who were involved in the biological component of the survey (159 in Belgrade and 81 in Kragujevac), only 1 person in Kragujevac had a reactive test to HIV, 4 people from both locations tested positive for HCV and not one person was tested reactive to syphilis. Only 22% of young Roma in Belgrade and 33% in Kragujevac know the right ways of preventing sexual transmission of HIV and reject major misconceptions related to transmission of HIV. Not one person in Belgrade reported being included in a preventive program in the previous 12 months while in Kragujevac 2,5% participated in preventive programs. 1.9% of Roma in Belgrade and 3,5% in Kragujevac reported having been tested for HIV the last 12 months. 73.5% of the respondents in Belgrade and 56,3% in Kragujevac used a condom during their last sexual intercourse with a random partner. Half of the young Roma surveyed in both cities said that they had more than one sexual partner in the past year and half of them used a condom during their last sexual intercourse. The survey results indicate the need to further strengthen preventive programs targeting this population, as well as the need for further research studies to assess the effectiveness of implemented preventive programs.

Key words: young Roma, HIV prevalence, prevalence of hepatitis C, prevalence of syphilis.

¹University of Belgrade, Department of Medicine, Laboratory for Anthropology

1. УВОД

Роми као посебна етничка заједница са посебним демографским, социо-економским и културним особинама, спадају у једну од најнеразвијених и најсиромашнијих популационих група. Сиромаштво, неадекватни услови становања, недостатак личних докумената, неадекватан приступ здравственој служби, недовољно образовање и незапосленост у великој мери утичу на здравствено стање Рома. Иако не постоје званични подаци, сексуални рад, коришћење дрога и проблеми са законом често се удружују са горе наведеним факторима. Сви ови подаци говоре у прилог тврдњи да су млади Роми под посебним ризиком од ППИ-а и HIV-а.

Према последњем Попису становништва, током 2002. године на територији Републике Србије је живело укупно 108.193 Рома, што чини 1,44% укупног становништва. У Београду, 1,22% становништва чине Роми [1]. Међутим, према процени невладиних организација и Националног савета Рома, овај број је далеко већи – чак 450.000 Рома [2]. Могуће је да је овај број и већи, зато што се неки изјашњавају као Срби, Муслимани или Албанци, а неки вероватно нису ни пописани или имају пребивалиште у другим деловима земље. Око 32% Рома је узраста од 0 до 14 година, 63,4% је у старосној групи од 15 до 64 године (40,9% Рома је млађе од 20 година), а преко 65 година старости је свега 4,3% Рома. Просечна старост је 27,5 година [3]. Ови подаци указују да је ромска популација једна од најмлађих у Републици Србији, односно у читавој Европи. Однос жена и мушкараца припадника ромске етничке припадности је скоро 1:1 [3].

У истраживању које је обухватило 525 ромских домаћинстава спроведеном 2002. године од стране агенције „Аргумент“, показано је да око 80,9% Рома нема легално запослење, 27% је без сталних примања, а њих 43% додатна средства обезбеђује сакупљајући секундарне сировине [4]. Са незавршеном основном школом је укупно 62% Рома, а 32,5% Рома нема школско образовање или има завршена четири нижа разреда основношколског образовања. Код становника ромске националности стопа неписмености је висока у свим узрастима, а у узрасној групи од 10 до 25 година износи 14%, с тим што је удео неписмених Ромкиња скоро 2,5 пута већи него мушкараца.

Истраживање CARE канцеларије у Србији „Приступ здравственим услугама које третирају полно и репродуктивно здравље за жене и младе расељене Роме у јужној Србији” објављено је 2008. године и односи се на Роме (домицилне и интерно расељене) узраста од 14 до 25 година у градовима југа Србије: Врање, Лесковац, Бујановац [5]. Анкетирано је 523 испитаника и резултати говоре о непознавању ризика за репродуктивно здравље.

На основу званичних података Министарства здравља у 2009. години [6], добијених на основу извештаја 60 здравствених медијатора у 50

локалних самоуправа, од евидентираних 88.428 Рома: деце има 40,56%, жена 30,6%, а мушкараца 28,82%. Лична документа не поседује 5,06%, а здравствену књижицу нема 8,24% Рома. Редовну школу похађа 61,5% деце, специјалну школу 8,01%, а непотпуно се школује или није укључено у систем образовања 30,47% ромске деце. Изабраног лекара има 66,93% деце до 18. године, изабраног гинеколога има 53,6% жена, а лекара опште медицине 52,85% одраслих Рома. На основу изјава самих Рома болести зависности су присутне код 1684 или 3,2%. Младих Рома од 15 до 26 година је 7616 или 11,8%. У узрасту од 19 до 26 године студира 2,3%, незапослено је 81,25%, а у браку је 50,4%.

Активностима 60 здравствених медијаторки у 2009. години постигнуто је да Рома без здравствене књижице буде 4,97%, а без личних докумената 3,35% у евидентираној популацији од 88.428 Рома.

За сада не постоје званични подаци о преваленцији HIV-а/AIDS-а међу Ромима. Према UNICEF-овом истраживању из 2005. године [7], у коме је учествовала 101 Ромкиња из ромских насеља узраста 15–49 година, показало се да је изражен низак степен знања о заштити од HIV инфекције. Од укупног броја испитаница 72,2% је чуло за AIDS, док чак 50,5% не зна ниједан од три главна начина спречавања преношења HIV-а. Пре 15. године је њих 16% имало сексуални однос. Према РАР-у међу Ромима, само 17% испитаника је увек користило кондом током сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих шест месеци. Резултати истраживања спроведеног 2008. године [8] међу 200 Ромкиња старости између 15 и 25 године које су се лечиле у ГАК „Народни фронт” су показали да више од половине испитаница није чуло ни за једну ППИ, од оних које су знале само 3,5% је њих које су знале још неку ППИ осим HIV-а/AIDS-а. Такође, већина испитаница (81,5%) је изјавила да никад не користи кондом приликом сексуалних односа, док је само 2% изјавило да кондом користи увек.

Последњих година, у оквиру Стратегије за смањење сиромаштва Републике Србије, Акционог плана Декаде инклузије Рома, Националног акционог плана за побољшање позиције Ромкиња, Националног акционог плана запошљавања, нацрта Антидискриминационог закона, све више се ради на побољшању услова живота Рома у Србији.

Током 2008. године реализовано је прво бихевиорално надзорно истраживање [9] из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију. Ово истраживање је пружило почетне вредности на основу којих се може пратити тренд ризика од инфекције HIV-ом и других полно преносивих болести међу младим Ромима помоћу понављаних надзорних истраживања. Претходно истраживање је показало да: највећи број испитаника није користио кондом приликом сексуалног односа са сталним партнером, више од половине у Београду односно две

трећине испитаних у Брању није користила кондом са случајним партнером, око половине испитаних младих ромске етничке припадности не знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а, највећи број жена користи као метод контрацепције „прекинут сексуални однос”, док је само 11 особа од укупно 541 анкетираних особе ишло на тестирање на HIV.

Све ово указује да је потребно даље јачање превентивних програма у овој популацији, као и поновљена истраживања која би проценила ефикасност спроведених превентивних програма. Да бисмо могли боље да сагледамо у којој мери је ризично понашање у овој популацији довело до развоја HIV-а и других ППИ сматрамо да је потребно увести и серопревалентну компоненту истраживања која би омогућила да добијемо полазишне вредности преваленце за HIV инфекцију, вирусни Ц хепатитис и сифилис.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Процена преваленце HIV инфекције, хепатитиса Ц и сифилиса и утврђивање степена знања младих ромске етничке припадности о ризику од HIV инфекције и ППИ.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања су:

- проценити ниво знања и ставове у односу на HIV инфекцију и ППИ и ниво примењивања ових информација у свакодневном животу;
- идентификовати евентуалне специфичности и заступљеност ризика на HIV међу младима ромске етничке припадности у поређењу са општом популацијом младих и са резултатима претходног истраживања;
- утврдити степен доступности и коришћења здравствених служби међу младима ромске етничке припадности и идентификовати подстичуће/спутавајуће факторе који дејствују на доступност и коришћење ових служби;
- проценити задовољство постојећим здравственим услугама;
- утврдити преваленцу HIV инфекције и осталих инфекција (хепатитиса Ц и сифилиса);
- проценити заступљеност стигматизирајућих ставова према особама које живе са HIV-ом;
- проценити обухват постојећим превентивним програмима усмереним ка младима ромске етничке припадности (едукација, информисање, подела ИЕК материјала и кондома).

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Комбинована бихевиорална и серопревалентна студија пресека од којих бихевиорална студија подразумева испитивање ставова, знања и понашања у односу на HIV и ППИ међу младима ромске етничке припадности, док серопревалентна компонента истраживања обухвата утврђивање серопреваленције вируса HIV-а, хепатитиса Ц и сифилиса.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Истраживање је спроведено на територији града Београда и Крагујевца.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Теренски истраживачки рад је обављен у Београду у периоду од 23.3. до 4.4.2010. године, а у Крагујевцу од 18.3. до 8.4.2010. године.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Истраживана популација су млади ромске етничке припадности на територији града Београда и Крагујевца. У сврху истраживања, млади се дефинишу као особе оба пола старости од 15 до 24 године, што је у складу са дефиницијом предвиђеном Националним системом и планом мониторинга и евалуације одговора на HIV епидемију, усклађеном са стандардима Уједињених нација [10].

У сврху истраживања, особе ромске етничке припадности су дефинисане као оне које себе идентификују и бивају идентификоване од других као Роми и/или Цигани, а на основу чега се интерактивно дефинише и гради засебан етнички идентитет и етничка свест индивидуе, односно етничка категоризација индивидуа, што је у складу са постојећим теоријама о етницитету [11].

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Величина узорка је израчуната помоћу формуле:

$$n = D \frac{4 \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)}{w^2}$$

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

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (проценат младих ромске етничке припадности који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено

одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а – резултати истраживања спроведеног на популацији младих Рома 2007/2008. су показали да 14,7% препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а);

w – ширина интервала за границе грешке је 0,07;

D – коефицијент ефекта дизајна студије 1,5.

Величина узорка израчуната на овај начин је 380 ± 40 испитаника. У Београду је истраживање спроведено на 270, а у Крагујевцу на 141 испитанику (табела 1).

Табела 1. Демографске карактеристике испитиваних особа

		Београд		Крагујевац	
		п	%	п	%
Пол	Мушки	179	66,3	83	58,9
	Женски	91	33,7	58	41,1
Старосне групе	15–19	151	55,9	94	66,7
	20–24	119	44,1	47	33,3
Старосне групе – мушкарци	15–19	104	38,5	58	41,1
	20–24	75	27,7	25	17,7
Старосне групе – жене	15–19	47	17,4	36	25,5
	20–24	44	16,3	22	15,6
Укупно		270	100,0	141	100,0

Узорак је одабран методологијом Respondent driven sampling (узорковање вођено испитаницима, у даљем тексту RDS).

RDS методологија се примењује међу младима ромске етничке припадности из неколико разлога:

1. Млади ромске етничке припадности имају јаке и доста широке друштвене мреже;
2. Нема тачних података о величини популације младих ромске етничке припадности;
3. Нису позната сва места где се окупљају/живе, те би идентификација ових места захтевала значајан период мапирања;
4. Омогућава иницијално укључивање младих ромске етничке припадности који имају ризичније облике понашања (продају сексуалне услуге, инјектирају психоактивне супстанце);
5. Избегава се утицај одраслих припадника заједнице на избор испитаника;

-
6. Регрутовање од стране других учесника може да утиче на већу искреност у давању података, јер је обично потребан одређени период за стицање поверења у анкетаре да би се о интимним стварима говорило отворено;
 7. Омогућава се увид у друштвену повезаност и контакте младих ромске етничке припадности са различитих локација на територији градова.

Иницијални испитаници, „семе”, намерно су одабрани од стране истраживачког тима да би се обухватиле особе са различитим карактеристикама у оквиру испитиване популације. Почетни намерни узорак је био из Београда по четири особе од 15 до 19 година (две мушкарца и две жене) и четири од 20 до 24 година (две мушкарца и две жене) са различитих локација у граду, док смо у Крагујевцу изабрали по две особе из сваке посматране групе.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА У БИХЕВИОРАЛНО И СЕРОПРЕВАЛЕНТНО ИСТРАЖИВАЊЕ

У бихевиоралном истраживању могле су да учествују особе оба пола које:

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

Из бихевиоралног истраживања су искључивани они који:

- имају мање од 15 година или више од 24 године
- не идентификују се као припадници ромске групације
- не живе/раде/бораве минимум осам сати дневно у последњих месеца дана на локацији истраживања
- нису регрутовани да учествују у истраживању, односно немају валидан купон за учешће у истраживању
- већ су учествовали у текућем истраживању у Београду или Крагујевцу
- не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији

-
- у ментално су неподобном стању за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања и одговоре на њих).

У серопревалентном истраживању могле су да учествују особе оба пола које:

- имају 18 и више година, до 24 године
- идентификују се као припадници ромске групације
- живе/раде/бораве минимум осам сати дневно у последња три месеца на локацији истраживања
- регрутовани су да учествују у истраживању што доказују доношењем валидног купона за учешће у истраживању
- нису већ учествовали у текућем истраживању у Београду или Крагујевцу
- схватају и прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији
- потписали су сагласност за учествовање у истраживању
- у ментално су подобном стању за учешће у истраживању (у могућности да разумеју питања и одговоре на њих).

Из серопревалентног истраживања су искључивани они који:

- имају мање од 18 година или више од 24 године
- не идентификују се као припадници ромске групације
- не живе/раде/бораве минимум осам сати дневно у последњих месеца дана на локацији истраживања
- нису регрутовани да учествују у истраживању, односно немају валидан купон за учешће у истраживању
- већ су учествовали у текућем истраживању у Београду или Крагујевцу
- нису потписали сагласност за учествовање у истраживању
- не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији
- у ментално су неподобном стању за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања и одговоре на њих).

3.1.7 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Након информисања о истраживању, сваки учесник је давао пристанак да добровољно учествује у истраживању, што је верификовао својим потписом.

Особе старије од 18 година до 24 године (пунолетне) учествовале су у бихевиоралном и серопревалентном истраживању као једној целини и потписивање пристанка подразумевало је одлуку да учествују и у бихевиоралној компонети (интервју са анкетаром) и серопревалентној, која

подразумева утврђивање серопреваленце за вирус HIV-а, хепатитиса Ц и сифилиса, вађењем крви из прста.

Особе од 15 до 18 година (малолетне) учествовале су само у бихевиоралној студији и потписивање сагласности подразумевало је одлуку да учествују у бихевиоралној компоненти (интервју са анкетаром).

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

Сви подаци су добијени разговором са учесницима у истраживању. Разговоре су водили обучени анкетари. Разговор се водио помоћу структурираног упитника затвореног типа (демографски подаци, пракса у односу на сексуалне односе и инјектирање ПАС, знање, ставови, искуство и информисаност о HIV инфекцији и ППИ и доступност здравствених програма).

Истраживање је поред бихевиоралне компоненте подразумевало уједно и тестирање пунолетних учесника истраживања на HIV, хепатитис Ц и сифилис. За тестирање су се користили брзи тестови који се раде на основу узорка капиларне крви из прста. Узимање узорака крви, читавање и бележење резултата ових тестова на терену су вршили обучени лаборанти са искуством. Све тестиране особе су добиле савет од стране психолога/саветника за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање.

3.3 ОБРАДА

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

Сви подаци су се груписали према полу, узрасту испитаника и локацији, коришћењем метода дескриптивне и аналитичке статистике. Сви национални индикатори су се анализирали и представљени су у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију, а додатни у формату дефинисаном протоколом истраживања и дизајном истраживачких инструмената. За испитивање значајних разлика свих посматраних параметара између мушкараца и жена и између млађих (15–19 година) и старијих (20–24 године) испитиваних особа коришћен је χ^2 тест.

Анализа података је урађена коришћењем софтверског статистичког пакета SPSS 13.0 и резултати су посматрани за статистичку значајност мању од 0,05.

3.3.2 НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОРИ ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV

Национални индикатори су дефинисани Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију Републике Србије:

ИМП5 (MP) – % младих ромске етничке припадности који/е знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и

-
- који/е истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композициони индикатор)
- ИМП11 (МР) – % младих ромске етничке припадности обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци
- ИМП12 (МР) – % младих ромске етничке припадности који/е су се тестирали на HIV у протеклих 12 месеци и који/е знају резултат тестирања
- ИМП7А (МР) – % младих ромске етничке припадности који су пријавили употребу кондома током последњег сексуалног односа са нерегуларним сексуалним партнером у последњих 12 месеци
- ИМП8 (МР) – медијана узраста ступања у први пенетрантан сексуални однос међу младима ромске етничке припадности узраста од 15 до 24 године
- ИМП8б (МР) – % младих узраста 15 до 24 године који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15/18. године живота
- ИМП7Б (МР) – % младих ромске етничке припадности узраста 15–24 године који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци
- ИМП7Ц (МР) – % младих ромске етничке припадности узраста 15–24 године који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци и да су током последњег сексуалног односа користили кондом.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 ОПШТИ ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

У истраживању у Београду је учествовало 270 испитаника од којих је 179 (66,3%) мушкараца и 91 (33,7%) жена (табела 1). У Крагујевцу је учествовао 141 испитаника од којих је 83 (58,9%) мушкараца и 58 (41,1%) жена (табела 1). Све испитанике смо поделили у две старосне групе: од 15 до 19 година и од 20 до 24 године. Из табеле 1 видимо да је код оба пола приближно подједнака заступљеност млађих и старијих испитаника.

Од укупно испитаног узорка у Београду: 8,5% је било без образовања, 17,8% је са непотпуном основном школом, 37,8% је било са завршеном основном школом, 15,6% је са завршеном средњом школом, само 0,4% испитаника је са вишом школом, док 20% њих тренутно иде у школу. У испитиваној групи младих Рома у Крагујевцу највише их је било са завршеном средњом (40,4%) и основном школом (39,0%), док је најмање особа било без образовања (2,1%) и са непотпуном основном школом (13,5%). Од укупног броја узорка у Београду писмено је 85,6%, а у Крагујевцу 97,9%.

Поредећи са резултатима претходног истраживања [9] видимо да је и даље слична дистрибуција код младих Рома у степену образовања и да је и даље већи број него у општој популацији где је 19% без основне школе [12]. Међутим, примећује се и напредак у односу на истраживање из 2002. године [4] када је скоро шест пута више Рома било са незавршеном основном школом, а око три пута више је било без образовања.

Ако анализирамо испитанике према начину издржавања уочавамо да највећи број њих у Београду издржавају родитељи (51,1%) или раде повремено (40,0%), а најмањи број њих добија материјалну помоћ од центра за социјални рад (1,9%) или је стално запослена (7,0%). Најчешће повремено раде као физички радници (34,3%). У Крагујевцу далеко највећи број издржавају родитељи (83,0%), повремено раде (11,3%) и добијају помоћ од центра за социјални рад (7,8%), а најмање је оних који су стално запослени (2,1%). И начин издржавања је остао сличан као пре две године [9], једино што су тада изјавили да већином као привремени посао обављају скупљање секундарних сировина. Степен незапослености је доста велики у односу на српску популацију где износи око 9% [12] и није се пуно променио последњих десетак година, јер нам резултати претходних истраживања [4] показују јако сличну стопу незапослености.

4.2 ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV

Последњих година све више је присутна забринутост око осетљивости Рома за добијање HIV-а, ППИ и других репродуктивних обољења [13, 14]. Дугогодишњи снажни патријархални и традиционални породични односи су последњих година све слабије изражени међу младима [15]. Истраживања која су се изводила међу младим Ромима у Бугарској показала су висок степен незаштићених сексуалних односа, учесталост сексуалних односа са многобројним случајним партнерима и то код оба пола, низак степен употребе кондома и превенције ППИ [13–15]. И претходна истраживања изведена у Србији [7, 8, 9] показала су у високом степену ризично понашање за настанак HIV-а и ППИ међу младим Ромима.

Резултати истраживања су показали да је у Београду 22,2% испитаника који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а и утврђено је да је статистички значајно више њих међу старијима (табела 2). У претходном надзорном истраживању [9] било је нешто мање испитаника (14,7%) који знају праве начине сексуалне трансмисије HIV-а. У Крагујевцу је 33,3% младих Рома знало праве начине трансмисије HIV-а и нема разлике ни међу половима ни међу старосним групама. Уочавамо да је у оба града број младих Рома који имају основна знања о HIV-у нешто већи

него у општој популацији, јер према истраживању здравља становника Србије, 20,3% испитаника узраста 15–24 година правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препознају заблуде везане за трансмисију HIV-а [16]. Већина особа и у Београду (76,3%) и у Крагујевцу (83,7%) мисли да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик од преношења HIV-а (табела 4), док је најмање особа у Крагујевцу (21,3%) које не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако деле храну са особом која има HIV (табела 6), односно у Београду је најмање младих (47,4%) који не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако се дели животни или радни простор са особом зараженом HIV-ом (табела 7).

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

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	38	21,2	179	23	27,7	83
	Женски	22	24,2	91	24	41,4	58
Старосне групе	15–19	25	16,61¹	151	29	30,9	94
	20–24	35	29,4	119	18	38,3	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	15	14,4	104	15	25,9	58
	20–24	23	30,7	75	8	32,0	25
Старосне групе – жене	15–19	10	21,3	47	14	38,9	36
	20–24	12	27,3	44	10	45,5	22
Укупно		60	22,2	270	47	33,3	141
2008.		56	14,7	380	/	/	/

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

Табела 3. Проценат особа које мисле да упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	104	58,1	179	47	56,6	83
	Женски	58	63,7	91	34	58,6	58
Старосне групе	15-19	81	53,6	151	50	53,2	94
	20-24	81	68,1	119	31	66,0	47
Старосне групе – мушкарци	15-19	54	51,9	104	30	51,7	58
	20-24	50	66,7	75	17	68,0	25
Старосне групе – жене	15-19	27	57,4	47	20	55,6	36
	20-24	31	70,5	44	14	63,6	22
Укупно		162	60,0	270	81	57,4	141
2008.		219	57,6	380	/	/	/

Табела 4. Проценат особа које мисле да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик од преношења HIV-а

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	138	77,1	179	67	80,7	83
	Женски	68	74,7	91	51	87,9	58
Старосне групе	15-19	108	71,5	151	77	81,9	94
	20-24	98	82,4	119	41	87,2	47
Старосне групе – мушкарци	15-19	75	72,1	104	47	81,0	58
	20-24	63	84,0	75	20	80,0	25
Старосне групе – жене	15-19	33	70,2	47	30	83,3	36
	20-24	35	79,5	44	21	95,5	22
Укупно		206	76,3	270	118	83,7	141
2008.		271	71,3	380	/	/	/

Табела 5. Проценат особа које мисле да особа која изгледа здрава може бити заражена HIV-ом

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	130	72,6	179	61	73,5	83
	Женски	59	64,8	91	45	77,6	58
Старосне групе	15–19	104	68,9	151	72	76,6	94
	20–24	85	71,4	119	34	72,3	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	73	70,2	104	45	77,6	58
	20–24	57	76,0	75	16	64,0	25
Старосне групе – жене	15–19	31	66,0	47	27	75,0	36
	20–24	28	63,6	44	18	81,8	22
Укупно		189	70,0	270	106	75,2	141
2008.		250	65,8	380	/	/	/

Табела 6. Проценат особа које не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако деле храну са особом која има HIV

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	108	60,3	179	19	22,9	83
	Женски	48	52,7	91	11	18,9	58
Старосне групе	15–19	96	63,6	151	20	21,1	94
	20–24	60	50,4	119	10	21,1	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	68	65,4	104	12	20,7	58
	20–24	40	53,3	75	7	28	25
Старосне групе – жене	15–19	28	59,6	47	8	22,2	36
	20–24	20	45,5	44	3	13,6	22
Укупно		156	57,8	270	30	21,3	141
2008.		115	30,3	380	/	/	/

Табела 7. Проценат особа које не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако се дели животни или радни простор са особом зараженом HIV-ом

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	108	60,3	179	19	22,9	83
	Женски	48	52,7	91	11	18,9	58
Старосне групе	15–19	66	43,7	151	70	74,5	94
	20–24	62	52,1	119	37	78,7	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	41	39,4	104	40	69,0	58
	20–24	40	53,3	75	16	64,0	25
Старосне групе – жене	15–19	25	53,2	47	30	83,3	36
	20–24	22	50,0	44	21	95,5	22
Укупно		148	47,4	270	107	75,9	141
2008.		226	59,5	380	/	/	/

У Београду ниједна испитивана особа није изјавила да је у последњих годину дана била обухваћена превентивним програмима. У 2008. години у Београду је било обухваћено превентивним програмима 0,5% младих Рома [9]. У Крагујевцу је у последњих годину дана било обухваћено од 2,1% до 7,8% превентивним програмима (табела 8). Није уочена значајна разлика по полу, као ни по старосној дистрибуцији. Овако мала покривеност превентивним програмима је забрињавајућа, јер је истовремено последњих година међу ромским становништвом изведено око 144 пројеката и неки од њих су усмерени управо на младе и репродуктивно здравље [20].

Анализирајући појединачно параметре на основу којих је израчунат претходни композитни индикатор (број испитаника који је пријавио да је добио кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру, број испитаника који правилно идентификује место ДПСТ центара и број испитаника који је присуствовао предавању на тему HIV-а ван школског система) видимо да је у оба града највећи број испитаника који правилно идентификују место где се може добровољно саветовати и тестирати на HIV (табела 9). Најмање особа у Крагујевцу је присуствовало предавању на тему HIV-а ван школског система, док у Београду ниједна особа није изјавила да је у претходних 12 месеци добила кондом од теренских радника из НВО-а/ДПСТ-а (табела 9). Међутим, у сваком од посматраних параметара видљива је огромна разлика између младих у Београду и Крагујевцу. Место ДПСТ центара у Београду је тачно идентификовало

само 5,6% особа, док је у Крагујевцу скоро половина испитиваних младих знала који су ДПСТ центри. Пре две године далеко већи број младих Рома у Београду је знао место ДПСТ центара [9]. И код остала два показатеља (број испитаника који је пријавио да је добио кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру и број испитаника који је присуствовао предавању на тему HIV-а ван школског система) уочава се велика разлика између младих у Београду и младих у Крагујевцу (табела 10, 11).

Табела 8. Проценат младих Рома обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци

ИМП 11		Добили су кондом од теренских радника НВО/ДПСТ, правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV и присуствовали су предавању ван школског система			Добили су кондом од теренских радника НВО/ДПСТ и правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV			Добили су кондом од теренских радника НВО/ДПСТ и присуствовали су предавању ван школског система		
		п	%	N	п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	3	3,6	83	7	5,0	83	5	6,0	83
	Женски	0	0	58	4	2,8	58	1	1,7	58
Старосне групе	15–19	2	2,1	94	10	7,1	94	4	4,3	94
	20–24	1	2,1	47	1	0,7	47	2	4,3	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	2	3,4	58	6	10,3	58	4	6,9	58
	20–24	1	4,0	25	1	4,0	25	1	4,0	25
Старосне групе – жене	15–19	0	0	36	4	11,1	36	0	0	36
	20–24	0	0	22	0	0	22	1	4,5	22
Укупно		3	2,1	141	11	7,8	141	6	4,3	141

Табела 9. Број испитаника који правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	11	6,1	179	37	46,6	83
	Женски	4	4,4	91	31	53,5	58
Старосне групе	15–19	6	3,9	151	47	50,0	94
	20–24	9	7,6	119	21	44,7	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	4	3,8	104	28	48,3	58
	20–24	7	9,3	75	9	36,0	25
Старосне групе – жене	15–19	2	4,3	47	19	52,8	36
	20–24	2	4,5	44	12	54,5	22
Укупно		15	5,6	270	68	48,2	141
2008.		97	25,5	380	/	/	/

Табела 10. Број испитаника који је пријавио да је добио кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	0	/	179	13	15,6	83
	Женски	0	/	91	5	8,6	58
Старосне групе	15–19	0	/	151	15	15,9	94
	20–24	0	/	119	3	4,5	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	0	/	104	11	19,0	58
	20–24	0	/	75	2	8,0	25
Старосне групе – жене	15–19	0	/	47	4	11,1	36
	20–24	0	/	44	1	4,5	22
Укупно		0	/	270	18	18,0	100
2008.		4	0,8	380	/	/	/

Табела 11. Број испитаника који је присуствовао предавању на тему HIV-а ван школског система

ИМП 5		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	5	2,8	179	16	19,3	83
	Женски	3	3,3	91	6	10,3	58
Старосне групе	15-19	3	2,0	151	13	13,8	94
	20-24	5	4,2	119	9	19,1	47
Старосне групе – мушкарци	15-19	2	1,9	104	9	15,5	58
	20-24	3	4,0	75	7	28,0	25
Старосне групе – жене	15-19	1	2,1	47	4	11,1	36
	20-24	2	4,5	44	2	9,1	22
Укупно		8	3,0	270	22	15,6	141
2008.		4	1,1	380	/	/	/

У последњих годину дана приближно подједнак број младих у оба града се тестирао на HIV (табела 12). Уочава се незнатно повећање броја особа које су отишле на тестирање у односу на пре две године када је 1,5% особа у Београду изјавило да се тестирало на HIV [9].

Табела 12. Проценат младих Рома који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и знају резултат свог последњег теста

ИМП 12		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	3	1,7	179	3	3,6	83
	Женски	2	2,2	91	2	3,4	58
Старосне групе	15-19	2	1,3	151	3	3,2	94
	20-24	3	2,5	119	2	4,3	47
Старосне групе – мушкарци	15-19	1	1,0	104	3	3,4	58
	20-24	2	2,7	75	1	4,0	25
Старосне групе – жене	15-19	1	2,1	47	1	2,8	36
	20-24	1	2,3	44	1	4,5	22
Укупно		5	1,9	270	5	3,5	141
2008.		6	1,58	380	/	/	/

Просечна старост ступања у сексуалне односе је у оба града 15 година. У 2008. години просек у Београду био је 16 година. Мало више од половине младих у оба града (табела 13, 14) је ступило у сексуалне односе пре 15. године и уочено је да је статистички значајно више мушкараца у односу на жене. Међутим, двоструко више жена је у овом истраживању изјавило да је рано ступило у сексуалне односе у односу на истраживање УНИЦЕФ-а [7]. Пре 18. године живота је у сексуалне односе ступила већина и нема значајне разлике између мушкараца и жена. Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије [19]: 29% испитаника од 15 до 19 година је имало сексуални однос и просечна старост приликом ступања у први сексуални однос је 16 година. Скоро дуго више младих Рома узраста 15-19 година је ступило у сексуалне односе у односу на просек у Србији.

Табела 13. Проценат младих Рома који су ступили у први сексуални однос пре 15. године живота

ИМП 8Б		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	114	70,8	161	52	77,6	67
	Женски	24	36,4	66	12	36,4	33
Старосне групе	15-19	86	77,5	111	39	70,9	55
	20-24	52	44,8	116	25	55,6	45
Старосне групе – мушкарци	15-19	74	85,1	87	33	78,6	42
	20-24	40	54,1	74	19	76,0	25
Старосне групе – жене	15-19	12	50,0	24	6	46,2	13
	20-24	12	28,6	42	6	30,0	20
Укупно		138	60,8	227	64	64,0	100

Табела 14. Проценат младих Рома који су ступили у први сексуални однос пре 18. године живота

ИМП 8Б		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	68	91,9	74	25	100,0	25
	Женски	34	81,0	42	15	75,0	20
Старосне групе	15-19	/	/	/	/	/	/
	20-24	102	87,9	116	40	88,9	45
Старосне групе – мушкарци	15-19	/	/	/	/	/	/
	20-24	68	91,9	74	25	100,0	25
Старосне групе – жене	15-19	/	/	/	/	/	/
	20-24	34	81,0	42	15	75,0	20
Укупно		102	87,9	116	40	88,9	45

Број младих у Београду који су изјавили да су приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користили кондом се повећао у односу на 2008. годину (табела 16) и одговара резултатима Националног истраживања здравља становника Републике Србије, где је 78,4% младих у Србији изјавило да је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером [19]. Такође се повећао и број особа које су пријавиле да су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеца (табела 15) и као и у другим студијама постоји статистички значајна разлика између мушкараца и жена [17]. Само је половина испитиваних особа које су пријавиле да су имале више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци и да су током последњег сексуалног односа користиле кондом (табела 17).

Табела 15. Проценат младих Рома који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци

ИМП 7Б		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	116	72,0	161	50	74,6	67
	Женски	15	22,7	66	9	27,3	33
Старосне групе	15–19	71	64,0	111	35	63,6	55
	20–24	60	51,7	116	24	53,3	45
Старосне групе – мушкарци	15–19	64	73,6	87	29	69,0	42
	20–24	52	70,3	74	21	84,0	25
Старосне групе – жене	15–19	7	29,2	24	6	46,2	13
	20–24	8	19,0	42	3	15,0	20
Укупно		131	57,7	227	59	59,0	100
2008.		114	38,5	296	/	/	/

Табела 16. Проценат младих Рома који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са случајним сексуалним партнером

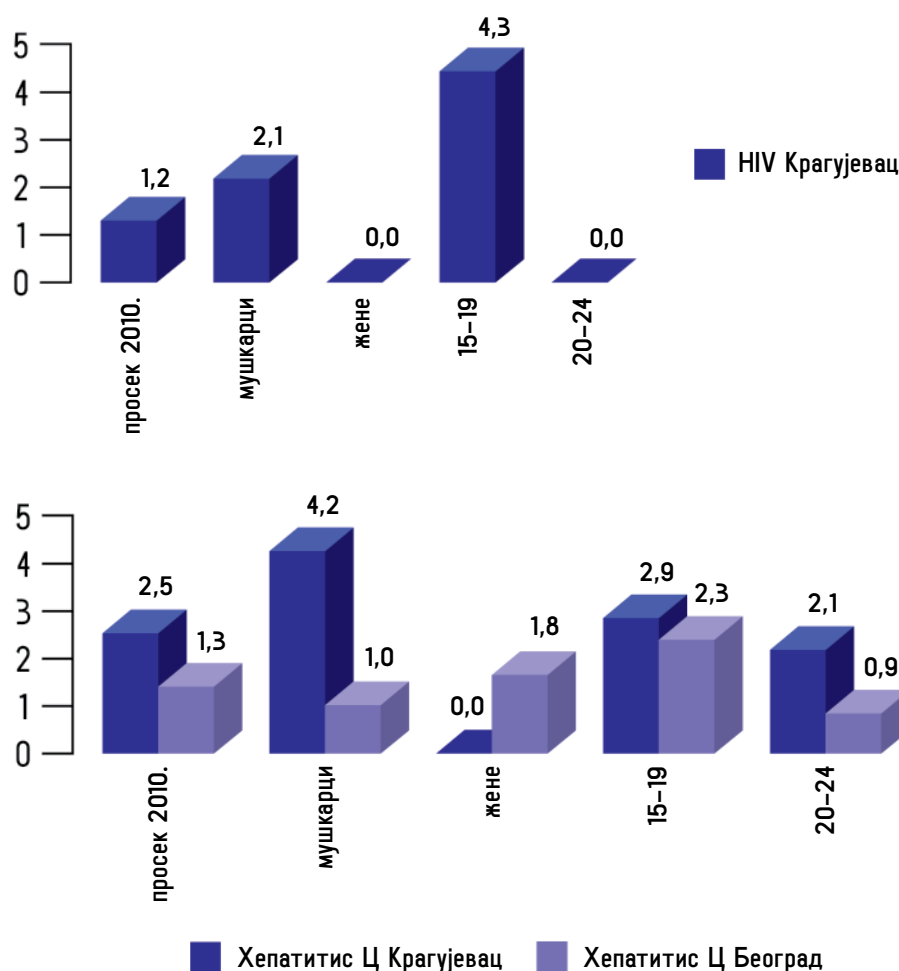
ИМП 7А		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	75	74,3	101	24	55,8	43
	Женски	11	68,8	16	3	60,0	5
Старосне групе	15–19	41	70,7	58	16	59,3	27
	20–24	45	76,3	59	11	52,4	21
Старосне групе – мушкарци	15–19	36	70,6	51	15	62,5	24
	20–24	39	78,0	50	9	47,4	19
Старосне групе – жене	15–19	5	71,4	7	1	33,3	3
	20–24	6	66,7	9	2	100,0	2
Укупно		86	73,5	117	27	56,3	48
2008.		68	59,6	114	/	/	/

Табела 17. Проценат младих Рома који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци и да су током последњег сексуалног односа користили кондом

ИМП 7Ц		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	68	58,6	116	22	44,0	50
	Женски	5	33,3	15	3	33,3	9
Старосне групе	15–19	40	56,3	71	16	45,7	35
	20–24	33	55,0	60	9	37,5	24
Старосне групе – мушкарци	15–19	38	59,4	64	15	51,7	29
	20–24	30	57,7	52	7	33,3	21
Старосне групе – жене	15–19	2	28,6	7	1	16,7	6
	20–24	3	37,5	8	2	66,7	3
Укупно		73	55,7	131	25	42,4	59

Због ретке употребе кондома као заштите од ППИ очекивало се да се међу Ромима пронађе висока преваленца HIV-а [21]. Међутим, две студије које су изведене у Шпанији, међу затвореницима и међу интравенским корисницима дрога, показале су сигнификантно нижи степен преваленце HIV-а међу Ромима у односу на неромске испитанике [22, 23]. За разлику од HIV-а више студија је показало значајно већу преваленцу хепатитиса међу ромским становништвом, нарочито хепатитиса А и Б, али и хепатитиса Ц [24–26]. У нашем истраживању у серопревалентну компоненту је укључено 159 особа у Београду и 81 особа у Крагујевцу. Од свих тестираних особа само једна особа у Крагујевцу (1,2%) је показала реактивност на тесту за HIV, а по две особе из оба града (Београд –1,3%, Крагујевац –2,5%) су биле реактивне на вирус хепатитиса Ц (графикон 1). Ниједна особа није показала реактивност на тестовима за сифилис.

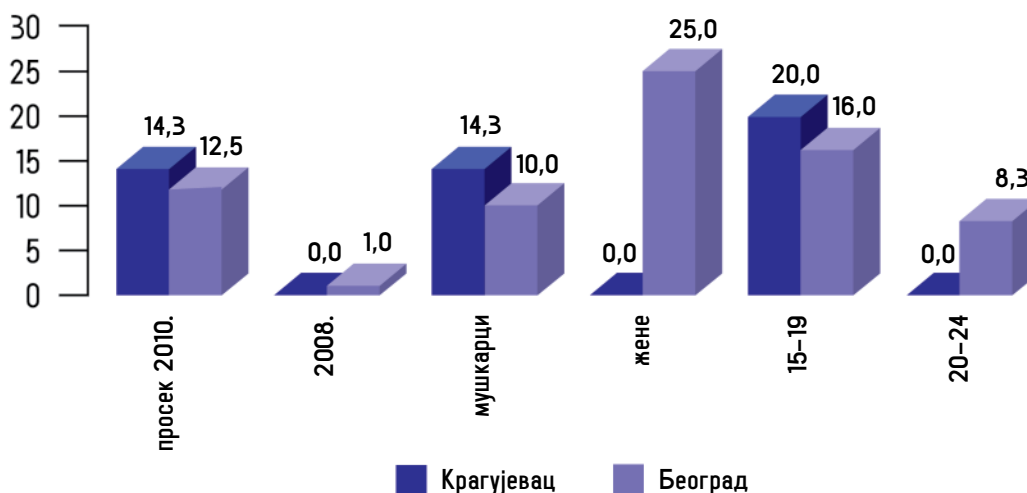
Графикон 1. Проценат младих Рома који су показали реактивност на HIV и хепатитис Ц



4.3 ВРЕДНОСТИ КЉУЧНИХ ИНДИКАТОРА

Већи број младих Рома је у овом истраживању пријавио да је користио дрогу убризгавањем (ИКД) у односу на 2008. годину [9] када је само једна особа пријавила интравенско коришћење наркотика (графикон 2). Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије 6,9% младих у Србији је злоупотребљавало неку од психоактивних супстанци [19]. 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. Ниједна особа која је актуелни ИКД није пријавила да је приликом последњег убризгавања користила стерилан прибор.

Графикон 2. Проценат младих Рома који су користили дрогу убризгавањем од оних који су пријавили употребу дрога



Приближно је сличан број младих Рома у оба града, као и у односу на претходно истраживање [9], који су пријавили да су имали анални сексуални однос са мушким партнером (табела 18). Анализом података добили смо статистички значајно више жена и у Београду и у Крагујевцу које су имале анални сексуални однос. При томе је само трећина испитаника у Београду, односно половина у Крагујевцу користила кондом, али је ипак нешто више особа које су изјавиле да су користиле кондом у односу на 2008. годину (табела 19).

Табела 18. Проценат младих Рома који су имали анални сексуални однос са мушким партнером

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	6	3,7	161	1	1,5	67
	Женски	10	15,2	66	5	15,2	33
Старосне групе	15–19	7	6,3	111	3	5,5	55
	20–24	9	7,8	116	3	6,7	45
Старосне групе – мушкарци	15–19	4	4,6	87	1	2,4	42
	20–24	2	2,7	74	0	/	25
Старосне групе – жене	15–19	3	12,5	24	2	15,4	13
	20–24	7	16,7	42	3	15,0	20
Укупно		16	7,0	227	6	6,0	100
2008.		18	6,1	296	/	/	/

Табела 19. Проценат младих Рома који су који су користили кондом при последњем аналном односу са мушкарцем

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	3	50,0	6	0	0,0	1
	Женски	3	30,0	10	3	60,0	5
Старосне групе	15–19	3	42,9	7	2	66,7	3
	20–24	3	33,3	9	1	33,3	3
Старосне групе – мушкарци	15–19	2	50,0	4	0	/	1
	20–24	1	50,0	2	0	/	0
Старосне групе – жене	15–19	1	33,3	2	2	100,0	2
	20–24	2	28,6	7	1	33,3	3
Укупно		6	37,5	16	3	50,0	6
2008.		5	27,8	18	/	/	/

Већина испитаника и у Београду (70%) и у Крагујевцу (63%) је изјавило да је у последњих годину дана имало сталног партнера. Од њих, само око 15% у оба града користи увек са сталним партнером кондом што је нешто мало више у односу на 2008. годину (табела 20). У Крагујевцу постоји статистички значајна разлика између мушкараца и жена (табела 20).

Половина испитиваних младих је у оба града пријавило да су имали случајне партнере (Београд – 51,5%; Крагујевац – 48%) и од њих је мало више од пола који су користили увек кондом (табела 21). Не постоји статистички значајна разлика између полова, као ни између старосних група. У претходном истраживању је 78,8% младих Рома у Београду изјавило да је увек са случајним партнером користило кондом [9].

Да је имало комерцијалног партнера у Београду пријавило је 12,2% младих у Београду и већина је увек користила кондом (69,7%). У Крагујевцу је комерцијалне партнере имало само 6,4% испитаних и само је трећина од њих увек користила кондом (табела 22).

Трећина је младих у оба града који су у последњих 12 месеци имали сексуалне односе са више од једног партнера и који не знају где могу да се набаве кондоми (табела 23). Значајно је више таквих жена него мушкараца, а у Крагујевцу је и знатно више старијих испитаника који не знају где се може набавити кондом него млађих (табела 23).

Табела 20. Проценат младих Рома који су увек користили кондом са сталним партнером

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	19	18,1	105	8	21,6	37
	Женски	5	9,3	54	1	3,8	26
Старосне групе	15–19	11	16,2	68	6	19,4	31
	20–24	13	14,3	91	3	9,4	32
Старосне групе – мушкарци	15–19	10	19,2	52	6	28,6	21
	20–24	9	17,0	53	2	12,5	16
Старосне групе – жене	15–19	1	6,3	16	0	/	10
	20–24	4	10,5	38	1	6,3	16
Укупно		24	15,1	159	9	14,3	63
2008.		29	12,5	232	/	/	/

Табела 21. Проценат младих Рома који су увек користили кондом са случајним партнером

		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	63	62,4	101	23	53,5	43
	Женски	11	68,8	16	3	60,0	5
Старосне групе	15–19	35	60,3	58	14	51,9	27
	20–24	39	66,1	59	12	57,1	21
Старосне групе – мушкарци	15–19	30	58,8	51	13	54,2	24
	20–24	33	66,0	50	10	52,6	19
Старосне групе – жене	15–19	5	71,4	7	1	33,3	3
	20–24	6	66,7	9	2	100,0	2
Укупно		74	63,2	117	26	54,2	48
2008.		41	78,8	52	/	/	/

Табела 22. Проценат младих Рома који су увек користили кондом са комерцијалним партнером

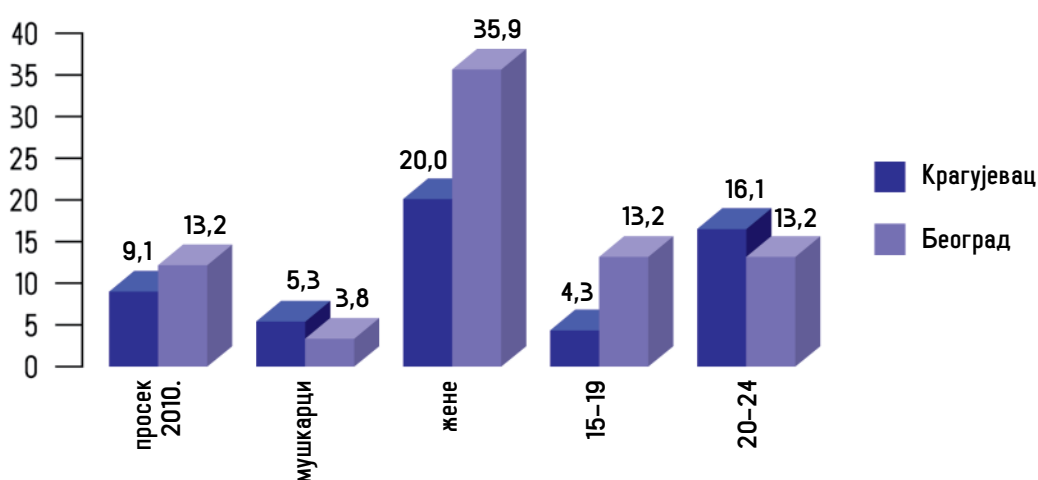
		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	23	74,2	31	2	25,0	8
	Женски	0	0,0	2	1	100,0	1
Старосне групе	15–19	9	75,0	12	0	0,0	4
	20–24	14	66,7	21	3	60,0	5
Старосне групе – мушкарци	15–19	9	81,8	11	0	/	4
	20–24	14	70,0	20	2	50,0	4
Старосне групе – жене	15–19	0	/	1	0	/	0
	20–24	0	/	1	1	100,0	1
Укупно		23	69,7	33	3	33,3	9

Табела 23. Проценат младих Рома који је у последњих 12 месеци имао сексуалне односе са више од једног партнера и који не зна где могу да се набаве кондоми

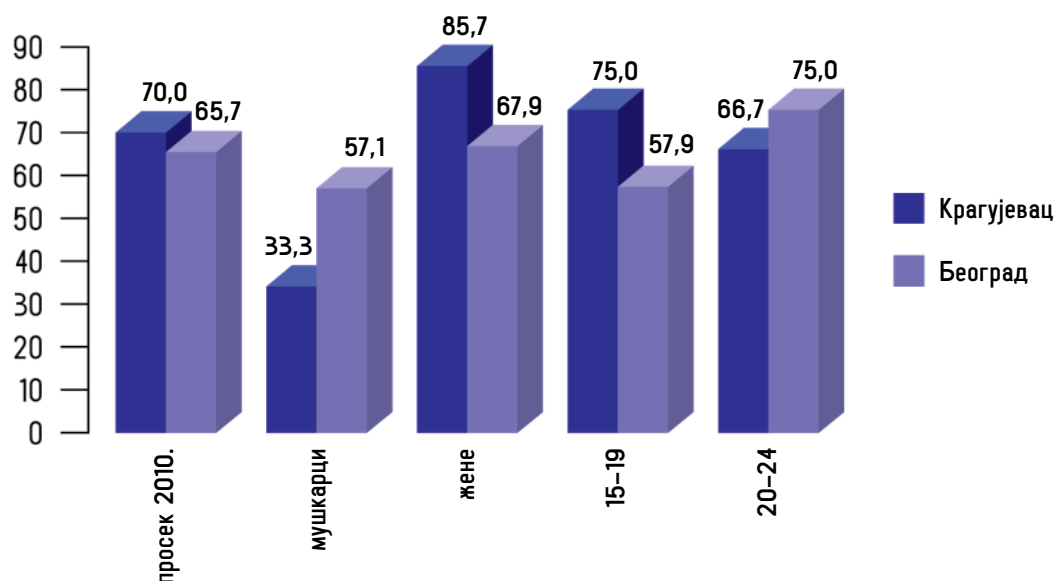
		Београд			Крагујевац		
		n	%	N	n	%	N
Пол	Мушки	35	22,4	156	12	21,1	57
	Женски	36	56,3	64	10	50,0	20
Старосне групе	15-19	29	27,4	106	9	19,6	46
	20-24	42	36,8	114	13	41,9	31
Старосне групе – мушкарци	15-19	18	21,7	83	5	14,3	35
	20-24	17	23,3	73	7	31,8	22
Старосне групе – жене	15-19	11	47,8	23	4	36,4	11
	20-24	25	61,0	41	6	66,7	9
Укупно		71	32,3	220	22	28,6	77

Промене на полним органима је имало 13,2% у Београду, односно 9,1% у Крагујевцу сексуално активних младих Рома (графикон 3). Значајно више је било жена у односу на мушкарце. Већина њих, у Београду 65,7% и у Крагујевцу 70% се обратила због тога здравственој служби (графикон 4). Нема статистички значајне разлике по половима и старосним групама у обраћању здравственој служби.

Графикон 3. Проценат младих Рома који је сексуално активан последњих годину дана и имао промене на полним органима

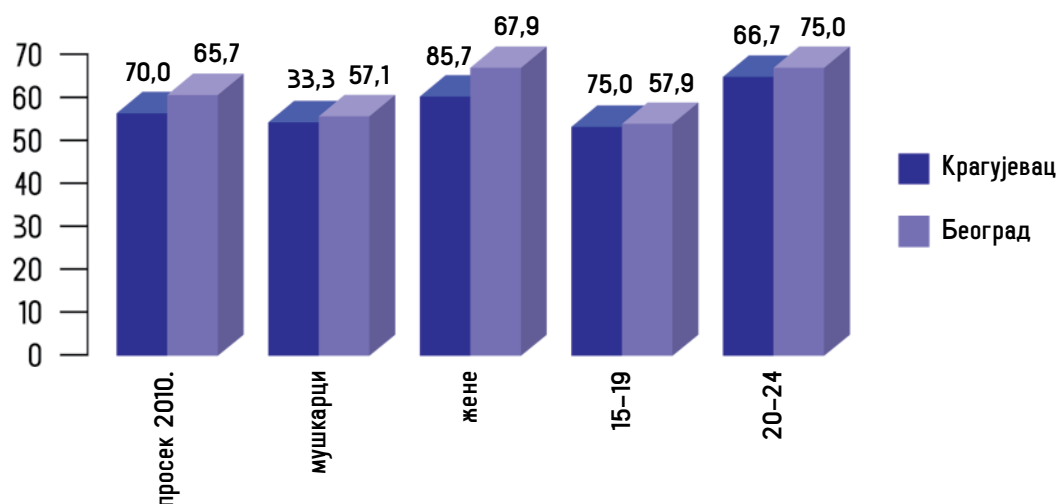


Графикон 4. Проценат младих Рома који се у случају ППИ обратио здравственој служби

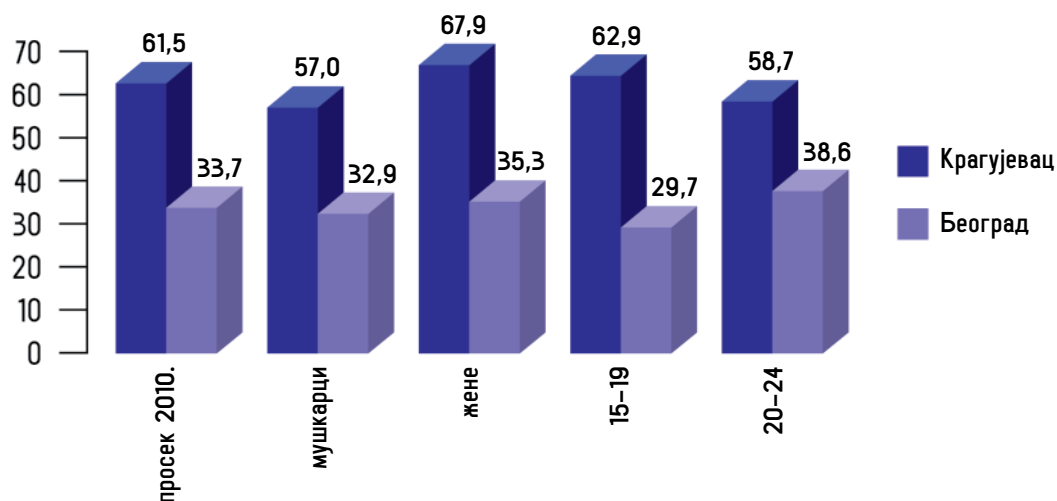


Преко половине младих у Београду (60,3%) правилно идентификује превенцију сексуалне трансмисије HIV-а, док само трећина (33,7%) одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (графикон 5, 6). У Крагујевцу 57% правилно идентификује превенцију сексуалне трансмисије HIV-а, а 61,5% одбацује главне заблуде. Ни код једне групе испитаника не постоји полна ни старосна разлика (графикон 5, 6).

Графикон 5. Проценат младих Рома који правилно идентификује превенцију сексуалне трансмисије HIV-а



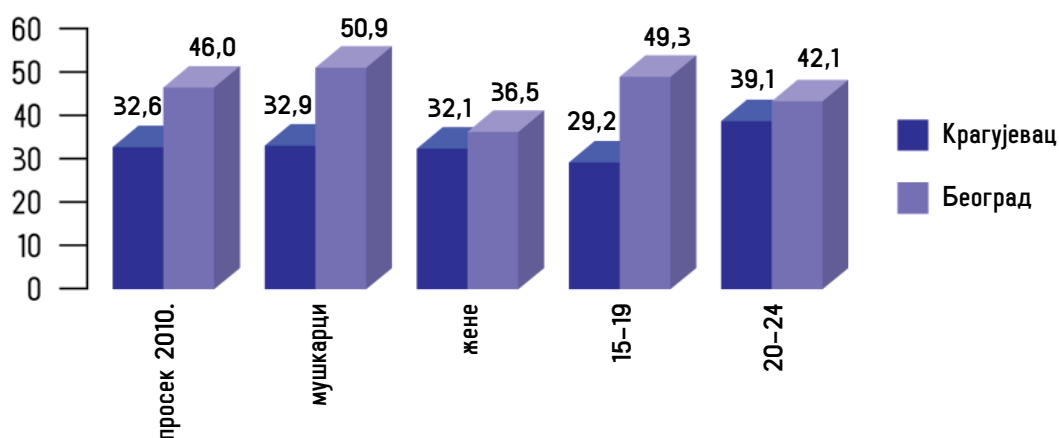
Графикон 6. Проценат младих Рома који одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а



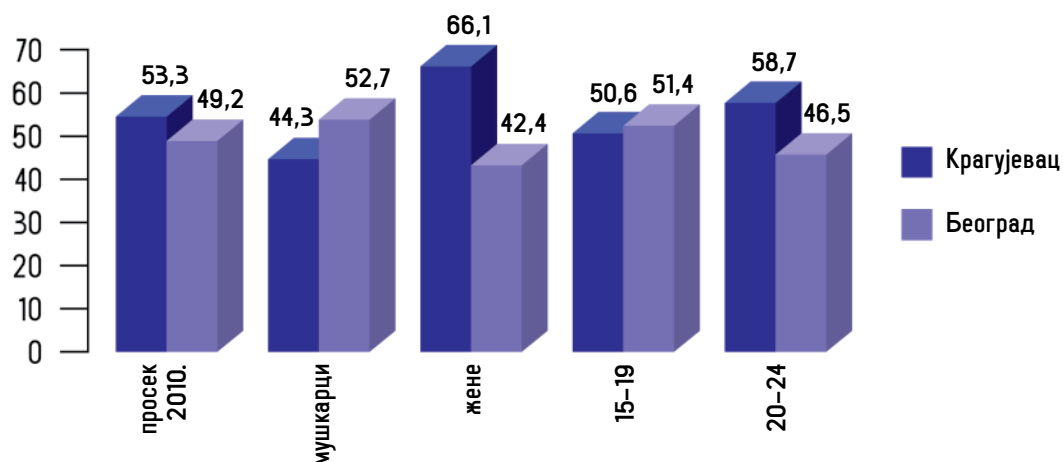
4.4 ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА ЗА СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЈУ

Да особе које су инфициране HIV-ом не треба да се мешају са другима сматра 46% испитаних Рома у Београду и 32,6% у Крагујевцу (графикон 7), док је око половине испитаника у оба града (Београд – 49,2%, Крагујевац – 53,3%) који сматрају да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то (графикон 8).

Графикон 7. Проценат младих Рома који сматрају да особе које су инфициране HIV-ом не треба да се мешају са другима



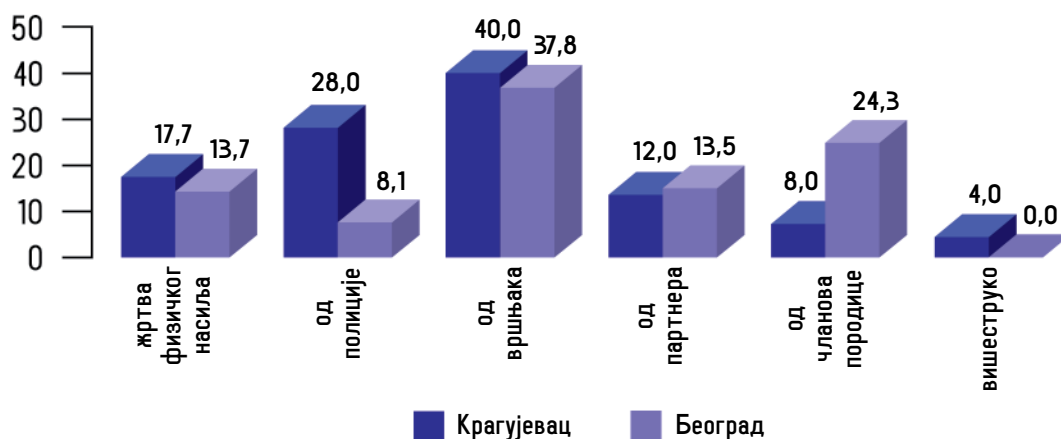
Графикон 8. Проценат младих Рома који сматрају да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то



4.5 ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА ЗА ФИЗИЧКО НАСИЉЕ

Испитивањем младих Рома за претрпљено насиље добили смо податак да је у Београду 13,7%, а у Крагујевцу 17,7% особа претрпело физичко насиље. У Крагујевцу је значајно више мушкараца него жена, док у Београду нема значајне разлике по полу. Највећи број и у Београду (37,8%) и у Крагујевцу (40%) је претрпео насиље од стране вршњака (графикон 9). Интересантно је да су све особе које су претрпеле насиље од стране полиције и вршњака мушког пола, док су само жене пријавиле насиље од стране партнера. Подједнака је дистрибуција особа по полу у Београду који су претрпели насиље од стране чланова породице, док су у Крагујевцу то поново све мушкарци. Вишеструко насиље је пријавио само један мушкарац из Крагујевца.

Графикон 9. Проценат младих Рома који су били жртва физичког насиља



4.6 ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА ЗА КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Однос Рома према званичном систему здравствене заштите у неким случајевима је под јаким културолошким факторима и за неке Роме је одлазак у болницу на неки начин повезан са смрћу [21, 27]. Због тога они често одбијају здравствену заштиту [27]. Иронично, али у преиндустриској ери Роми су играли значајну улогу у пружању здравствене заштите у Европи као народни лекари у одсуству школованих лекара [27].

У нашем истраживању већина младих Рома има оверену здравствену књижицу (табела 24), као и у претходном истраживању [9]. Две трећине испитаника у Београду када имају здравствени проблем прво се обраћају лекару у дому здравља и постоји статистички значајна разлика између млађих и старијих (графикон 10). У Крагујевцу се половина испитаних Рома обраћа лекару у дому здравља и значајно се више обраћају жене и испитаници из старије добне групе (графикон 10).

Скоро је подједнак број особа у оба града (Београд – 69,6%, Крагујевац –72,3%) који имају свог изабраног лекара у дому здравља и у оба града је значајно више таквих жена (графикон 11). Половина младих је посетила свог лекара у дому здравља и поново је значајније више жена које су биле код лекара (графикон 12). Просечан број посета код свих испитаних је био две.

Скоро сви испитани су изјавили да су задовољни и радом свог лекара опште медицине и услугама у дому здравља (табела 25, 26). Ови подаци су јако слични резултатима добијеним приликом Испитивања задовољства корисника у државним здравственим установама Републике Србије, када је 85,3% корисника изјавило да је веома задовољно изабраним лекаром у службама опште медицине и медицине рада [28].

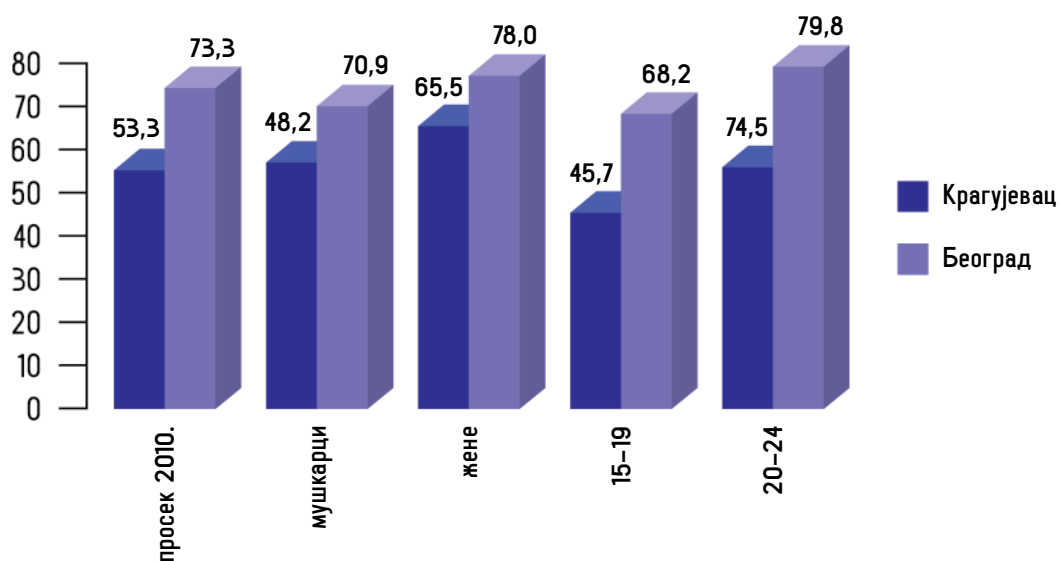
У Крагујевцу је само 7,1% особа, а у Београду 19,6% користило услуге приватне праксе (графикон 13). Већином су то биле посете приватном стоматологу.

Половина испитаних жена има свог изабраног гинеколога у дому здравља (табела 27). Према Националном истраживању здравља [19] 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, док је претходно истраживање међу младим Ромима показало да је 70% Ромкиња користило услуге гинеколога [9].

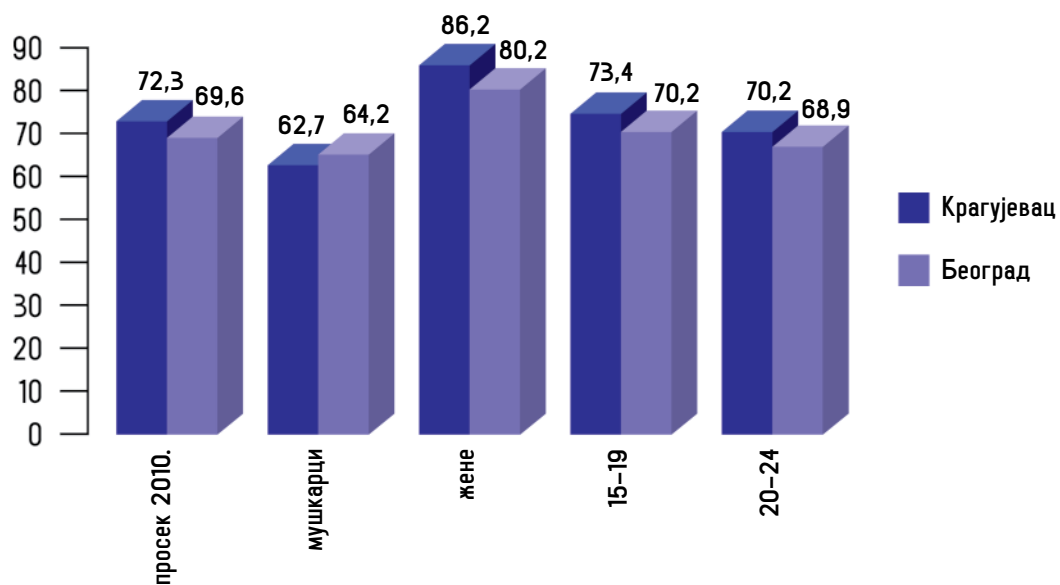
Табела 24. Проценат младих Рома који су имали оверену здравствену књижицу

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	132	73,7	179	80	96,4	83
	Женски	78	85,7	91	54	93,1	58
Старосне групе	15–19	116	76,8	151	88	93,6	94
	20–24	94	79,0	119	46	97,9	47
Старосне групе – мушкарци	15–19	76	73,1	104	56	96,6	58
	20–24	56	74,7	75	24	96,0	25
Старосне групе – жене	15–19	40	85,1	47	32	88,9	36
	20–24	38	86,4	44	22	100,0	22
Укупно		210	77,8	270	134	95,0	141
2008.		295	77,6	380	/	/	/

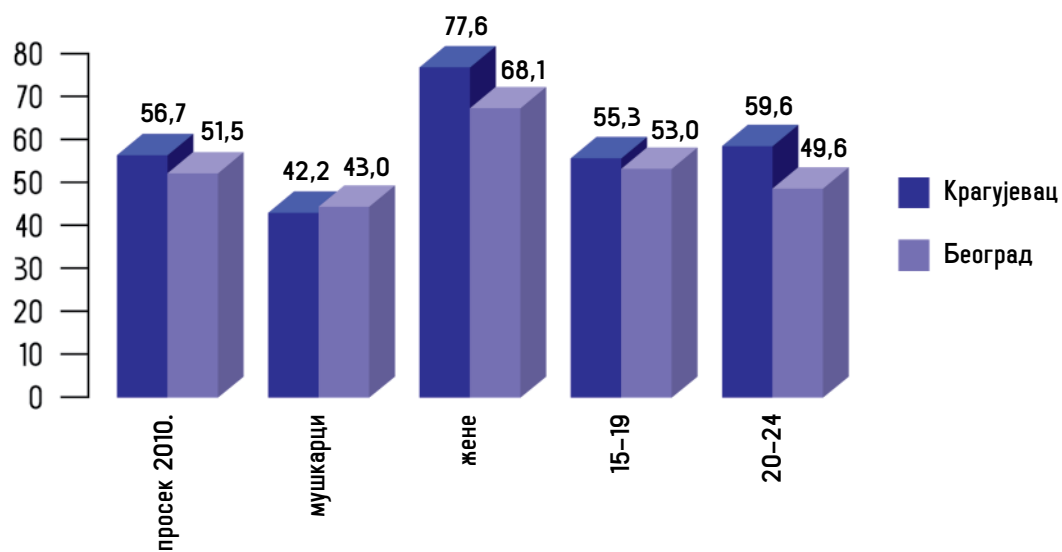
Графикон 10. Проценат младих Рома који се када имају здравствени проблем обраћају прво лекару у дому здравља



Графикон 11. Проценат младих Рома који имају изабраног лекара у дому здравља



Графикон 12. Проценат младих Рома који су посетили свог лекара у дому здравља



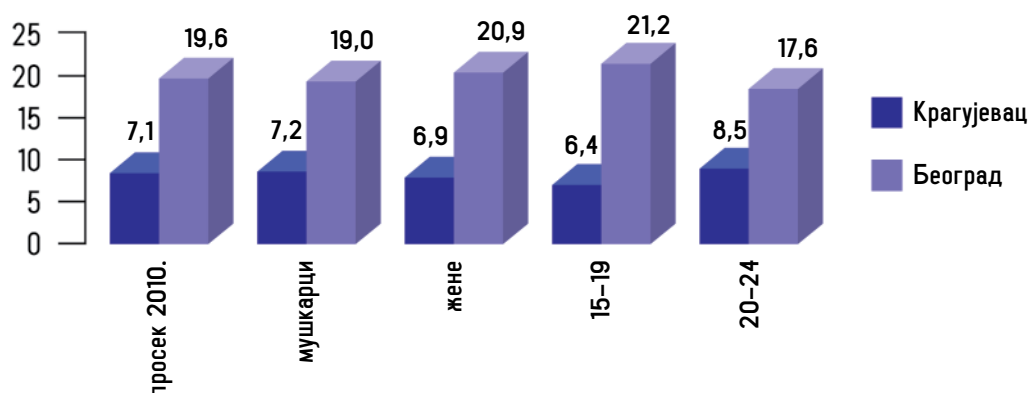
Табела 25. Проценат младих Рома који су задовољни радом свог лекара опште медицине/медицине рада

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	113	98,3	115	45	86,5	52
	Женски	71	97,3	73	50	100,0	50
Старосне групе	15–19	103	97,2	106	64	92,8	69
	20–24	81	98,8	82	31	93,9	33
Старосне групе – мушкарци	15–19	68	98,6	69	33	86,8	38
	20–24	45	97,8	46	12	85,7	14
Старосне групе – жене	15–19	35	94,6	37	31	100,0	31
	20–24	36	100,0	36	19	100,0	19
Укупно		184	97,9	188	95	93,1	102
2008.		312	84,8	380	/	/	/

Табела 26. Проценат младих Рома који су задовољни услугама у дому здравља

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Пол	Мушки	112	97,4	115	50	96,2	52
	Женски	70	95,9	73	48	96,0	50
Старосне групе	15–19	103	97,2	106	66	95,7	69
	20–24	79	96,3	82	32	97,0	33
Старосне групе – мушкарци	15–19	68	98,6	69	36	94,7	37
	20–24	44	95,7	46	14	100,0	14
Старосне групе – жене	15–19	35	94,6	37	30	96,8	31
	20–24	35	97,2	36	18	94,7	19
Укупно		182	96,8	188	98	96,1	102

Графикон 13. Проценат младих Рома који су користили услуге приватне праксе у последњих 12 месеци



Табела 27. Проценат особа женског пола укључених у истраживање које имају изабраног гинеколога у дому здравља

		Београд			Крагујевац		
		п	%	N	п	%	N
Старосне групе	15-19	17	36,2	106	8	22,2	36
	20-24	32	72,7	82	17	77,3	22
Укупно		49	53,8	188	25	43,1	58
2008.		104	70,3	380	/	/	/

5. ЗАКЉУЧЦИ

У надзорном истраживању „Ризичног облика понашања и фактора ризика за HIV и друге полно преносиве инфекције међу младим Роми-ма” које је организовано на територији града Београда и Крагујевца на узорку од 411 младих Рома између 15 и 24 године дошло се до следећих закључака:

- 159 особа у Београду и 81 особа у Крагујевцу су укључене у серопревалентну компоненту истраживања. Од свих тестираних особа само је једна особа у Крагујевцу показала реактивност на тесту за HIV, а по две особе из оба града су биле реактивне на вирус хепатитиса Ц. Ниједна особа није показала реактивност на тестовима за сифилис.
- Само 22% младих Рома у Београду и 33% у Крагујевцу знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а.

-
- Ниједна особа у Београду није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом, док је у Крагујевцу обухват био 2,5%.
 - Само 5,6% особа у Београду зна тачно да идентификује место где се може добровољно тестирати и саветовати на HIV, док 48,2% особа у Крагујевцу правилно идентификује ДПСТ центре.
 - Ниједна особа није пријавила да је добила кондом од теренских радника НВО-а или ДПСТ центара, док је у Крагујевцу таквих особа било 18%.
 - Само је 3% испитаника у Београду и 15,6% у Крагујевцу присуствовало предавању на тему HIV-а у ваншколском систему у последњих 12 месеци.
 - 1,9% Рома у Београду и 3,5% у Крагујевцу је изјавило да се у последњих 12 месеци тестирало на HIV.
 - 73,5% испитаника у Београду и 56,3% у Крагујевцу је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером.
 - 60,8% Рома у Београду и 64% у Крагујевцу је ступило у сексуалне односе пре 15. године живота, а 87,9% у Београду и 88,9% у Крагујевцу пре 18. године.
 - 57,7% особа у Београду и 59% у Крагујевцу је изјавило да је имало више од једног сексуалног партнера у последњих годину дана и од њих је 55,7% у Београду и 42,4% у Крагујевцу користило кондом приликом последњег сексуалног односа.
 - 15,1% младих Рома у Београду и 14,3% у Крагујевцу су увек користили кондом са сталним партнером, са случајним партнером увек је користило кондом 63,2% у Београду и 54,2% у Крагујевцу, а са комерцијалним партнером 69,7% у Београду и 33,3% у Крагујевцу.
 - 32,3% је младих Рома у Београду и 28,6% у Крагујевцу у последњих годину дана имало више од једног партнера и истовремено не зна ниједно место где се могу набавити кондоми.
 - 65,7% испитаника у Београду и 70% у Крагујевцу се у случају полно преносиве инфекције обраћају здравственој служби.
 - 46,0% младих Рома у Београду и 32,6% у Крагујевцу мисли да особе које су заражене HIV-ом не би требало да се мешају са другима, а 49,2% у Београду и 53,3% у Крагујевцу сматра да су особе које су заражене HIV-ом саме криве за то.
 - 77,8% испитаника у Београду и 95% у Крагујевцу има оверену здравствену књижицу.
 - 73,3% младих Рома у Београду и 55,3% у Крагујевцу се у случају здравственог проблема прво обраћа лекару у дому здравља.
 - Чак 97,9% испитаника у Београду и 93,1% у Крагујевцу је задовољно односом свог лекара у дому здравља.

6. ПРЕПОРУКЕ

Иако је велики број пројеката који се последњих година изводе међу младим Ромима, сви анализирани резултати само наглашавају и даљу потребу за превентивним деловањем и због тога би требало:

- Размотрити и ревидирати постојеће превентивне програме за младе Роме, јер истраживања показују да није најбоља покривеност корисника.
- Почети са едукацијом младих најкасније до 15. године живота, да би пре почињања сексуалне активности били правилно информисани.
- 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.
- Повећати доступност кондома на терену и континуирано радити на промоцији њихове употребе.
- 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.
- Едуковати особе у браку о расположивим контрацептивним средствима, њиховим предностима и манама и правилној употреби.
- Едуковати младе Роме о томе када се треба обратити здравственој служби везано за проблеме репродуктивног здравља.
- Спроводити понављана бихевиорално-билошка 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 узорка буде већа ради добијања прецизнијих популацијских процена. Серопревалентна компонента истраживања би требало да обухвати и утврђивање превалентце хепатитиса Б.

ЛИТЕРАТУРА

1. Републички завод за статистику Србије (2002): Попис становништва, домаћинства и станова у 2002. СТАНОВНИШТВО – вероисповест, матерњи језик и национална или етничка припадност према старости и полу. Београд. Доступно на: <http://webrzs.statserb.sr.gov.yu/axd/Zip/VJN3.pdf>
2. Rozalija Ilić, Dr Marija Babović, Dr Slobodan Cvejić (2007): Position of Roma in the employment market in Šumadija county, Kragujevac
3. Републички завод за статистику Србије, Институт друштвених наука, Центар за демографска истраживања Друштво демографа Србије (2007): Демографска статистика 2004, Београд
4. ARGUMENT (2002): Живот Рома у београдским насеобинама, Београд
5. CARE (2008): Приступ здравственим услугама које третирају полно и репродуктивно здравље за жене и младе расељене Роме у јужној Србији. Доступно на: <http://www.pxds.com/nusoap/samples/care/wp-content/uploads/2010/05/Socijalna-analiza.pdf>
6. Министарство здравља Србије (2009): Процена хигијенско-епидемиолошких услова у ромским насељима. Доступно на: www.dils.gov.rs/.../April%202010%20Obuka%20Novi%20Sad%20Programska%20zdravstven
7. UNICEF Belgrade. Serbia Multiple Indicator Cluster Survey (2005): Monitoring the situation of children and women, Belgrade.
8. CDKR Belgrade (2008): Reproductive and sexual health among Roma youth – field assessment, Belgrade.
9. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу мадима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
10. Министарство здравља Србије (2005): Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а 2005–2010. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
11. Путиња, Ф., Стреф-Фенар Ж. (1997): Теорије о етницитету. Београд: Чигота штампа.
12. Bjeloglav D, David H, Krstić G, Marković G. (2007): LSMS Project 2002-2003: life in Serbia through the survey data. Belgrade: Strategic Marketing
13. UNDP (2003): Social assessment of Roma and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. Bucharest, Romania: United Nations Development Program/Romania Country Office and Center for Health Policies and Services, 2003.
14. World Bank (2003): HIV/AIDS in Southeastern Europe: case studies from Bulgaria, Croatia, and Romania. Washington, DC: World Bank.
15. Tomova I. (1995): Gypsies of the transition period. Sofia, Bulgaria: IMIR Publications.

-
16. Kabakchieva E, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Vassileva S. (2002): High levels of sexual HIV/STD risk behavior among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample. *Int J STD AIDS*;13:184-91.
 17. Kabakchieva E, Vassileva S, Kelly JA, Amirkhanian YA, DiFranceisco WJ, McAuliffe TL, et al. (2006): HIV risk behavior patterns, predictors, and STD prevalence in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Sofia, Bulgaria. *Sex Trans Dis*;33:485-90.
 18. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al. (2004): Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsy) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care* 2004;16:231-45.
 19. Грозданов Ј, и др. (2007): Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006. година, основни резултати. Београд. Министарство здравља Републике Србије. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
 20. Шарановић-Рацић, Д. (2010): Програмска здравствена заштита. Министарство здравља Републике Србије. Доступно на: <http://www.dils.gov.rs/documents/files/mart2010/Nis,Programska%20zdravstvena%20zastita,%20dr%20Dubravka%20Saranovic%20Racic.pdf>
 21. Hajioff, S., McKee M. (2000): The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*;54:864-869
 22. Martin V, et al. (1998): Predicting factor of HIV infection drug users upon incarceration. *Eur J Epidemiol*; 14:327-31.
 23. Martin-Sanchez V, et al. (1997): Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. *Rev Esp Salud Publica*; 71:269-80.
 24. Cilla G, et al. (1995): Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gypsy children in northern Spain. *Epidemiol Infect*; 115:157-61.
 25. Rosario-Pac M, et al. (1996): Epidemic outbreak of hepatitis B from the tattoo in gypsy families. *Rev Esp Salud Publica*; 70:63-9.
 26. Grupo Noroeste para el estudio de la hepatitis C en el medio penitenciario (1998): Seroprevalence of infection by hepatitis C virus on entry to prison in the prison population in the north-east of Spain. *Rev Esp Salud Publica*; 72:43-51.
 27. Fonseca I. (1995): *Bury me standing: the gypsies and their journey*. London: Chatto and Windus.
 28. Шуловић М. Преглед најважнијих резултата испитивања задовољства корисника у државним здравственим установама Републике Србије 2007. године. Београд. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. 2008.

314:613.86-058.862(497.11)(083.41)

**СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ
СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ
БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ**

Главни истраживач и аутор текста:

Љубиша Јовановић, психолог

Центар за заштиту одојчади, деце и омладине „Звечанска”, Београд

Консултант истраживања:

Др сц. мед. Јасмина Грозданов

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Теренски координатори:

Јасминка Марковић, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине
„Звечанска”, Београд

Жељка Бургунд, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине
„Звечанска”, Београд

Кратак садржај:

У оквиру пројекта Министарства здравља „Јачање националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга”, у првој половини 2010. године је реализовано истраживање „Ставови, знање и ризично понашање младих смештених у институције за децу без родитељског старања у Србији”. Ово истраживање је упоредиво са оним реализованим 2008. године. Таква истраживања се имплементирају сваке две године. Основни циљ овог истраживања је правовремено идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања, како би се на време могле предузети превентивне мере и извршити процена успешности и обухваћености ове групе младих постојећим HIV превентивним програмима. Истраживање је обухватило 269 деце/младих узраста од 12 до 19 година која одрастају као деца без родитељског старања у 19 установа социјалне заштите у Србији. Узорак је подељен на два стратума: домови за децу без родитељског старања и заводи за васпитање деце и омладине, а дисагрегиран је по полу и узрасту (деца млађа од 14 и старија од 15 година). Коришћен је упитник, веома сличан ономе из 2008. године. Испитивање на терену су радили анкетари, тако што су читали питања деци и након добијених одговора попуњавали анкете у име испитаника. Најзначајнији резултати овог истраживања су да деца/млади у установама социјалне заштите испољавају израженије ризично понашање у односу на своје вршњаке, посебно у области сексуалног понашања и репродуктивног здравља: раније ступају у сексуалне односе, и то често са нерегуларним сексуалним партнерима. У односу на 2008. годину ризично понашање се донекле повећава или остаје непромењено. Деца/млади у заводима за васпитање и млађи од 14 година више испољавају ризично понашање. Мушкарци у значајно већем проценту (71%) ступају у сексуалне односе са два и више партнера него девојке (46%). Дечаци млађи од 14 година који су ступили у сексуалне односе не користе кондом, док девојке истог узраста то чине. Такође, мушкарци раније ступају у сексуалне односе (медијана – 14 година) од девојака (медијана – 15 година). Ови подаци одговарају онима из 2008. године. Двоје од троје деце у установама је учествовало у неком од превентивних едукативних програма или активности. Поређење са децом која нису прошла те програме или активности показује да превентивни програми значајно побољшавају протективно понашање деце/младих у установама социјалне заштите. Истраживање указује да се ефекти превентивних програма не показују одмах и да је потребно радити и са одраслим особама које брину о деци, како би ефекти били израженији и одрживи.

Кључне речи: деца без родитељског старања, HIV инфекција, ризично понашање, протективно понашање, превентивни едукативни програми о HIV

ATTITUDES, KNOWLEDGE AND HIV RISK BEHAVIOR OF YOUTH ACCOMMODATED IN INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE IN SERBIA

Ljubisa Jovanovic¹

Abstract

The survey Attitudes, Knowledge and Risky Behaviors of Youth Accommodated in Institutions for Children without Parental Care in Serbia was implemented in the first half of 2010 within the scope of the Ministry of Health's project entitled Strengthening of the National Response to HIV/AIDS by Decentralization of Key Health Services. This survey is comparable to the one conducted in 2008. Surveys of this kind are conducted every two years. The primary objective of this survey is the timely identification of risk factors and risky forms of behavior in order to take timely preventive actions and to assess the success and inclusion of this group of young people in existing prevention programs. The survey included 269 children/young people aged between 12 and 19 who are being raised as children without parental care in 19 institutions of social care in Serbia. The sample was divided into two strata: homes for children without parental care and reformatory institutions for children and youth, and was disaggregated based on gender and age (children younger than 14 and older than 15). A questionnaire was used that was very similar to the one used in the 2008 study. The survey was conducted in the field by interviewers who read questions to the children and filled in the questionnaire on behalf of the children. The most significant results of this survey are: Children/youth in institutions of social care exhibit more distinct risky behavior compared to their peers, particularly in the area of sexual behavior and reproductive health: they start having sex at a younger age, frequently with irregular sex partners. Compared to 2008, risky behavior has either increased to a certain extent or has remained the same. Children/youth in reformatory institutions and younger than 14 exhibit more risky behavior. Boys have sex with 2 and more partners in significantly higher percents (71%) than girls (46%). Boys younger than 14 who have started to engage in sexual intercourse do not use condoms, while girls of the same age do. Also, boys start having sex at a younger age (median – age of 14) than girls (median – age of 15). These data match the ones from 2008. Two out of three children in institutions have participated in some forms of preventive educational programs or activities. Compared to children who have not participated in such programs or activities, this survey shows that preventive programs significantly improve the protective behavior of children/youth in institutions of social care. This survey indicates that the effects of preventive programs are not shown immediately, and that it is also necessary to work with the adults who take care of children in order to achieve more distinct and feasible results.

Key words: Children without parental care, HIV infection, risky behavior, protective behavior, preventive educational HIV programs

¹Center for the Protection of Infants, Children and Youth

1. УВОД

Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а, као популација посебно осетљива на ризик од HIV-а препозната је општа популација младих (од 15 до 24 године). Према подацима из 2009. године [1], највише HIV позитивних особа у периоду од 1985. до 2008. године регистровано је у узрасној групи 25–39 година (57% укупног броја HIV позитивних особа), док је међу децом до 15 година HIV инфекција ретка (68 случајева, тј. 3%), а међу младима узраста 15–24 године 13% свих HIV инфекција.

Пракса и нека друга истраживања [2] у институцијама за смештај деце и омладине говоре да су ова деца и млади посебно осетљива група и то најмање по два основа: (1) преживљена траума напуштања, уз коју иду бројни губици (родитељска брига, чланови породице, место порекла, друштво из краја, драге ствари и др.) и (2) непримерени услови одрастања и развоја (живот у институцији/колективу, угрожене бројне потребе, већа изложеност спољним ризицима, већи изазови безбедности детета, бројне промене у животном аранжману, месту и људима са којима живи и сл).

Прво истраживање у оквиру овог пројекта [3], реализовано 2008. године, показало је да су ризици у овој популацији не само изражени, већ и често изразитији него у општој популацији деце и младих истог узраста. Тако на пример, медијана ступања у први сексуални (пенетрантни) однос у општој популацији младих је 17 година, док је код младих одраслих без родитељског старања на смештају у установи та иста мера – 15 година, а код младих смештених у заводима за васпитање медијана је 13 година. Слично је и када се ради о узрасту у коме млади први пут користе алкохол (11,2 година – млади у заводима, а 13,1 година – млади у домовима за децу без родитељског старања) и психоактивне супстанце (12,9 година у заводима, односно 14,8 година у домовима). Пре овог истраживања (2008), међу децом и младима адолесцентног узраста одраслим у институцији, нису рађена истраживања која се односе на ризично понашање везано за HIV инфекцију. Због тога је неопходно наставити планирана, компарабилна и стандардизована истраживања која би се понављала на две године што би омогућило праћење кретања епидемије HIV/AIDS-а и процену ефективности предузетих превентивних мера.

Кључна питања постављена у истраживању била су следећа:

- Који облици ризичног понашања су присутни међу младима на институционалном смештају, како у односу на пол, узраст, тако и у односу на тип институције у коју су смештени?
- Који облици протективног понашања су присутни међу младима на институционалном смештају, како у односу на пол, узраст, тако и у односу на тип институције у коју су смештени?

-
- Колико су млади на институционалном смештају обухваћени постојећим здравственим и едукативним услугама/превентивним програмима везаним за превенцију HIV-а?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ овог истраживања је правовремено идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања, како би се на време могле предузети превентивне мере и извршити процена успешности и обухваћености ове групе младих постојећим превентивним програмима.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања су:

- Испитати ставове, знања и понашање деца узраста 12–19 година смештене у институцијама за децу и омладину без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности.
- Анализирати разлике у ризичном понашању по питању сексуалне активности и коришћења психоактивних супстанци у односу на пол и узраст ове групе младих.
- Испитати да ли постоје разлике у ставовима, знању и понашању деце која су у заводима за васпитање у односу на другу децу смештену у институције без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности и коришћење психоактивних супстанци и доступности здравствених услуга.
- Предложити превентивни програм на основу резултата истраживања.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Студија „Ставови, знање и ризично понашање младих смештених у институције за децу без родитељског старања у Србији” је студија пресека.

Карактер студије је: бихевиорална студија уз коришћење (вишеетапне) кластер методологије узорковања.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Анкетно испитивање на терену реализовано је у оквиру установа социјалне заштите: а) домова за децу без родитељског старања и б) завода за васпитање деце и омладине у Србији.

Истраживачки тим је радио анкетно испитивање на следећим локацијама:

- а) 1. „Вера Благојевић” у Бањи Ковиљачи; 2. „Вера Радивојевић” у Белој Цркви; 3. „Душко Радовић” у Нишу; 4. „Споменак” у Панчеву; 5. „Мирослав Антић – Мика” у Сомбору; 6. „Петар Радовановић” у Ужицу; 7. Дечје село у Сремској Каменици; 8. Домско одељење ЦСР Ђуприја; 9. „Младост” у Крагујевцу; 10. „Христина Маркишић” у Алексинцу; 11. „Моша Пијаде” у Београду; 12. „Јован Јовановић Змај” у Београду; 13. „Дринка Павловић” у Београду; 14. Дом за средњошколску и студентску омладину;
- б) 1. Завод за васпитање деце и омладине у Нишу; 2. Завод за васпитање младежи у Књажевцу и 3. Завод за васпитање деце и омладине у Београду.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање на терену је реализовано у периоду од 9. марта до 21. априла 2010. године. Датуми реализације на појединим локацијама представљени су у делу који се односи на величину планираног и досегнутог узорка (потпоглавље 3.1.5).

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Као циљна група овог истраживања узета су деца и млади адолесцентног узраста који су смештени у установама социјалне заштите, прецизније у домовима за децу и омладину без родитељског старања и заводима за васпитање деце и омладине. За потребе овог истраживања, деца и млади адолесцентног узраста обухватају особе оба пола, узраста од 12 до 19 година, док су институционално смештена деца и млади особе које најмање месец дана бораве у институцијама за смештај деце/младих.

У Србији постоји 16 домова за смештај деце и омладине лишене родитељског старања овог циљног узраста који су у надлежности Министарства рада и социјалне политике Републике Србије. За потребе сачињавања протокола коришћени су подаци из „Свеобухватног плана резиденцијалних установа социјалне заштите за децу из 2009. годину” [4] и непосредно са терена.

На основу података за 2009/2010. годину у установе социјалне заштите за смештај деце без родитељског старања и заводе за васпитање деце и омладине укупно је смештено, дакле, 784 деце и младих, од чега је 579 деце и младих узраста од 12 до 19 година (информација о броју деце/

младих овог узраста је дата без података из Дома за децу и омладину „Јефимија” Крушевац због недоступности извора информација у периоду прелиминарног анкетирања о броју деце у установама). Пракса и годишњи извештаји [5] показују да је оквирно скоро у свим установама социјалне заштите у Србији око 30% деце и младих са психофизичким сметњама у развоју. Тренутно је око 6000 деце без родитељског старања, која су издвојена из породице и смештена, било у институцију или породични смештај.

Табела 1. Број деце у домовима за децу без родитељског старања и заводима за васпитање

Редни број	Назив установе	Укупан број деце	12 до 14 година	15 до 19 година	19 +
1.	Дом у Алексинцу	34	11	15	8
2.	Дом у Бањи Ковиљачи	41	9	19	0
3.	Дом у Белој Цркви	62	17	33	0
4.	Дом у Ћуприји	14	2	10	1
5.	Дом у Крагујевцу	20	5	11	1
6.	Дом у Крушевцу	44	/	/	/
7.	Дом у Неготину	23	10	8	2
8.	Дом у Нишу	31	6	16	7
9.	Дом у Панчеву	36	8	24	0
10.	Дечје село у Сремској Каменици	128	30	60	18
11.	Дом у Сомбору	42	13	21	3
12.	Дом у Ужицу	34	7	21	1
13.	Дом „Моша Пијаде” Београд	54	8	35	5
14.	Дом „Дринка Павловић” Београд	50	10	26	13
15.	Дом „Ј. Ј. Змај” Београд	39	10	21	7
16.	Дом за средњошколску и студентску омладину Београд	29	0	19	10
	Укупно домови за децу без родитељског старања	681	146	339	76
17.	Завод за васпитање Београд	45	8	35	2
18.	Завод за васпитање Књажевац	34	17	17	0
19.	Завод за васпитање Ниш	24	0	17	7
	Укупно заводи за васпитање	103	25	69	9
	Укупно домови и заводи	784	171	408	85
	Број деце од 12 до 19 година	579			

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Величина узорка рачуна се према следећој формули за бихевиорална истраживања: $N = 4(Z\alpha)^2 P(1-P) / w^2$

Процењена величина узорка према овом обрасцу била је до 320 испитаника.

Назив установе	Планирани узорак	Досегнути узорак	Датум реализације
I стратум – домови за децу и омладину			
„Вера Благојевић” у Бањи Ковиљачи	до 14	11	6.4.
„Вера Радивојевић” у Белој Цркви	до 24	24	17.3.
„Душко Радовић” у Нишу	до 11	11	23.3.
„Мирослав Антић – Мика” у Сомбору	до 15	15	9.3.
„Петар Радовановић” у Ужицу	до 16	16	15.4.
Дечје село у Сремској Каменици	до 1	14	1.4.
Домско одељење ЦСР Ђуприја	до 43	43	14.3.
„Младост” у Крагујевцу	до 6	6	11.4.
„Христина Маркишић” у Алексинцу	до 8	8	26.3.
„Моша Пијаде” у Београду	до 13	10	11.4.
„Јован Јовановић Змај” у Београду	до 21	21	15.3.
„Дринка Павловић” у Београду	до 15	15	16.3.
Дом за средњошколску и студентску омладину	до 17	19	11.3.
Укупно	до 9	9	18.3.
II стратум – заводи за васпитање деце и омладине	до 226	221	
Ниш	17	12	23.3.
Књажевац	34	19	11.4.
Београд	43	18	22.3.
Укупно	94	49	
Укупно у оба стратума	320	270	

Током обраде података један испитаник није ушао у статистички обрађени узорак, тако да је обрада рађена на укупном узорку од 269 испитаника, што чини 84% пројектованог узорка (до 320 испитаника).

У истраживање су укључена деца узраста 12–19 година која су смештена у наведеним установама социјалне заштите за смештај деце и омладине без родитељског старања, односно заводима за васпитање деце и омладине.

Испитаници су сврстани у два стратума:

I стратум – домови за децу и омладину и

II стратум – заводи за васпитање деце и омладине.

У припремној фази истраживања планирано је да буду укључене све установе социјалне заштите за смештај деце без родитељског старања и заводи за васпитање деце и омладине на територији Републике Србије који су у надлежности Министарства рада и социјалне политике. Како домови у Неготину и Крушевцу, због теже географске доступности, односно недостатка податка о броју корисника, нису ушли у узорак, популацију потенцијалних испитаника чинило је 467 деце из дома (I стратум) и 94 из завода (II стратум).

Број деце/младих за узорак из дома за децу и омладину без родитељског старања одређиван је према пропорцији $N:T = n:t$ (где је N – укупни планирани узорак, T – укупан број деце/младих узраста од 12 до 19 година на смештају у установи без Дома у Крушевцу, n – планирани узорак у конкретном дому и t – број деце деце/младих узраста од 12 до 19 година на смештају у установи). Имајући у виду да је укупни број деце/младих у заводима за васпитање деце и младе значајно мањи од броја деце у домовима, у узорак су узета сва деца/млади корисници завода за васпитање како би се обезбедило што релевантније поређење стратума. У овом стратуму је дошло до објективног смањења досегнутог узорка због тога што је један број деце/младих у бекству из установе, те се њихово учешће у истраживању није могло обезбедити у предвиђеном периоду.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

Инклузивни критеријуми

У истраживање су укључена деца оба пола која:

- имају 12–19 година;
- бораве у институцији за смештај деце и омладине минимум последњих месец дана;
- деца за коју се процени да им њихово ментално стање омогућава да схвате захтеве испитивања и да дају релевантне и ваљане податке (процена анкетара и овлашћеног лица које добро познаје дете/васпитача на лицу места).

Ексклузивни критеријуми

Из истраживања су била искључена деца оба пола која:

- имају мање од 12 или више од 19 година (пуних 20);
- бораве у институцији за смештај деце и омладине мање од месец дана;
- испољавају ментално стање које им онемогућава да схвате захтеве испитивања и да дају релевантне и ваљане податке (процена анкетара и овлашћеног лица које добро познаје дете/васпитача на лицу места).

3.1.7 УПИТНИЦИ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

У циљу прикупљања података коришћен је структурирани упитник затвореног типа. Основ за израду новог упитника у овом истраживању чинио је упитник истраживања из 2008. године. Упитник садржи 52 питања са следећим целинама: социодемографске карактеристике; употреба дувана, алкохола, дроге, сексуално понашање; обољења која се преносе сексуалним путем; набавка кондома; знања, мишљења, ставови о HIV/AIDS-у; тестирање на HIV; доступност, коришћење и задовољство здравственим услугама; стигма и дискриминација. Највећи број питања је остао потпуно исти, посебно она која се односе на националне индикаторе. Додате су групе питања везане за квалитет здравствене заштите и дискриминацију. Поједностављена су питања везана за употребу супстанци, а један део питања је стандардизован у свим истраживањима како би резултати могли да се пореде.

Претестирање упитника је спроведено у Дому за децу и омладину „Дринка Павловић” у Београду, на узорку од петоро деце. Након претестирања и анализе одговора, нова питања су била укључена у упитник. Анкетирани испитаници у овој фази истраживања су били једновременно и део узорачког оквира овогодишњег истраживања.

3.1.8 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Приватност. Анкетари су, уз помоћ теренских координатора и лица задужених за подршку истраживачком процесу у самој установи, обезбедили приватност током анкетирања (без присуства других лица у просторији где се обављало анкетирање).

Поштовање личности. Анкетари су приступили деци/младима уз пуно поштовање њихове личности.

Уважавање реалних могућности испитаника. Да би дете/млада особа била укључена у истраживање, анкетар је у сарадњи са задуженим лицем из установе направио процену да ли та особа може да схвати захтеве упитника и да поуздане одговоре.

Информисаност. Испитаник је морао бити у свакој фази анкетног процеса добро упознат са сврхом, процедуром и консеквенцама анкетирања (зашто, како и шта са тим).

Информисана сагласност. Анкетар је могао анкетирати дете/младу особу само ако је она дала сагласност за то, на основу потпуних информација које је добила о истраживању. Постојала је начелна сагласност Министарства рада и социјалне политике да се оваква врста анкете може радити у домовима директно са децом/младима. И поред тога, анкетар је био дужан да усмено, без присуства друге особе, упита свако дете/младу особу, која се упућује на анкетирање од стране задужене особе у установи, да ли жели да буде анкетирана.

Поверљивост. Анкетари су имали обавезу да сачувају потпуну поверљивост добијених података од испитаника. Увид у попуњени упит-

ник могли су имати само анкетари, теренски координатор и главни истраживач, док ниједна особа из саме установе није могла имати увид у одговоре испитаника. Испитаницима је то јасно речено. Испитаници су остали анонимни, чак и када су желели да се идентификују.

Коректност према одговорним лицима у установи. Анкетар је био дужан да пружи информације и документа овлашћеним особама у установи, која легитимишу истраживање, као и да уз себе има идентификациону картицу, као овлашћени анкетар. Овлашћена лица имала су право на увид у упитник, али не и у одговоре испитаника што је било разјашњено на почетку спровођења анкетирања.

Добробит деце/младих у установи. Цело истраживање се реализовало ради добробити деце/младих у установи и стога циљ није био да се само прикупе подаци, већ и да испитаници добију информације о томе где се и на који начин могу добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV и друге полне болести, као и да науче нешто ново о томе.

Суздржавање од вишка иницијативе. Анкетар на терену није улазио ни у какве посебне договоре са децом/младима, нити запосленима у установи, који нису били предвиђени процедурама истраживачког процеса.

Саставни део протокола истраживања чинили су општи етички принципи из Општег протокола, из кога овде издвајамо информације које је испитаник морао да добије:

- Сврха студије;
- Улога партиципанта – користи и евентуалне штете, могућности;
- Права партиципанта (анонимност, поверљивост, могућност да одустане, тражење додатних информација);
- Начин употребе података (за кога, од кога, чување);
- Контакт адресе и телефони:
 - за примедбе и жалбе на било које неправилности на терену,
 - за тражење додатне помоћи или информације у ресорним установама.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

Подаци су добијани директно од деце/младих испитаника овог истраживања у разговору који су насамом водили анкетари са њима, а према питањима упитника.

Упитник су попуњавали анкетари на основу прецизно утврђеног одговора испитаника. Анкетар је информисао испитанике да од њега могу тражити објашњење, уколико им неко питање није јасно. Обавеза анкетара је била да прегледа упитник после попуњавања и да замоли дете да заједно одговоре на сва питања на које није дало одговор. Попуњавање упитника је трајало од 15 до 30 минута по детету. Значајно је истаћи

да су анкетари изабрани по критеријуму искуства у реализацији анкетних испитивања и познавања основних вештина и техника саветодавног рада. То је значајно помагало при успостављању контакта, односа поверења и приближавања испитанику, као и у ситуацијама решавања одређених проблемских ситуација у разговору са испитаницима, посебно имајући у виду деликатност питања у упитнику.

3.2.2 ПРОБЛЕМИ И ПРЕПРЕКЕ У РАДУ

Анкетирање је реализовано без већих проблема и препрека, захваљујући доброј сарадњи координатора и одговорних особа у установама социјалне заштите, као и доброј техничкој припреми и сарадњи са оперативном јединицом у Институту за јавно здравље Србије. Све установе социјалне заштите, укључене у истраживање, спремно су прихватиле сарадњу и скоро све добро припремиле терен за анкетање деце. Анкетари су, углавном, најпре групи деце унапред окупљеној ради учешћа у анкетању, пружили основне – обавезне информације о истраживању (наведене у поглављу Етички принципи). Затим су деца позивана појединачно у просторију унапред одређену за анкетање, која омогућава поверљивост и мир. Деца су се изјашњавала о учешћу насамом са анкетаром, уз могућност да у сваком тренутку током анкетања одустану. Само је један момак изразио такву намеру, али је од ње одустао након што је позван да чује прва питања.

Други проблем се јавио у једном заводу, где су момци хтели да буду заједно у просторији за време анкетања. Анкетари су им предочили да то може да омета испитаника, али је сам испитаник инсистирао да не буде сам, па је процењено да би у његовом случају то допринело опуштању, наравно уз поштовани услов да нема уплитања од стране његових другова током анкетања. Ова ситуација није омела квалитет прикупљених података, а допринела је успешном спровођењу анкетања.

Само у једном дому се десило да није било задужене особе за сарадњу са анкетним тимом, јер одговорна особа из установе која је договарала анкетање није пренела адекватно информације о доласку анкетара. Неспоразум је успешно разрешен након интервенције главног истраживача.

Деца су углавном одговарала спремно и искрено на питања, изузев у једном од завода где постоји сумња да су употребу супстанци приказали мањом него што јесте (познавање испитаника од стране анкетара из других пројеката). Већина анкетираних је имала тешкоће да направи самопроцену ризика, те се ови подаци морају узети с резервом.

3.3 ОБРАДА

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

Статистичка обрада је заснована, пре свега, на утврђеним фреквенцијама одговора и процентима у односу на укупан број испитаника или друге именице дефинисане у табели индикатора.

Поједине варијабле су укрштене тако да се могу пратити појединачни доприноси некој појави мереној упитником, нпр. колико учешће у превентивним програмима повећава знање о HIV-у и начинима трансмисије вируса, протективно понашање – одустајање од ризичног понашања (сексуални односи са случајним или комерцијалним партнерима, интравенска употреба дроге), коришћење кондома при сексуалном односу, обраћање лекару због сумње на инфекцију, познавање места за саветовање и тестирање на HIV, одлазак на тестирање на HIV.

Посебно су упоређени стратуми и подгрупе дисагрегиране по полу и узрасту.

Истраживање дели узорак на следеће дисагрегације.

Табела 2. Стратуми и дисагрегације по типу установе, полу и узрасту

Врста поделе	Подељене групе
Тип установе (стратуми)	Домови за децу без родитељског старања
	Заводи за васпитање
Пол	Мушки
	Женски
Узраст	12–14 година
	15–19 година

3.3.2 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Исходишне варијабле су:

- Заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу (године старости при првом сексуалном контакту, недоследна употреба кондома са сексуалним партнерима истог или супротног пола).
- Заступљеност употребе различитих психоактивних супстанци (ПАС) (инциденција употребе супстанци, присутност ризичне интравенске праксе).
- Здравствено стање и доступност здравствених услуга (брига о сопственом здрављу, коришћење здравствених услуга).
- Знање и ставови деце о/према HIV инфекцији и инфицираним особама.
- Тестирање на HIV.

Предиктор варијабле су:

- Демографске карактеристике (пол, године, етничка припадност, дужина боравка у установи, образовање, радни статус).
- Сексуална пракса (први сексуални контакт, број, учесталост и тип партнера истог или супротног пола, доследност употребе кондома са различитим партнерима истог или супротног пола).
- Здравствена пракса (информисаност, искуство, брига о здрављу, ставови).
- Информисаност о HIV/сиди (едукације, знање, искуство, тестирање, ставови).

Обавезни **национални индикатори** су дефинисани Националним системом и планом за мониторинг и евалуацију одговора на HIV епидемију:

- ИМП5 (модификовано): Проценат младих узраста 12–19 година који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор),
- ИМП7Б (модификовано): проценат деце/младих у установи узраста 12–19 година који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци,
- ИМП7Ц (модификовано): проценат деце/младих у установи узраста 12–19 година који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци и да су током последњег сексуалног односа користили кондом,
- ИМП8 (модификовано): просечне године старости ступања у први пенетрантни сексуални однос међу младима у установи узраста 12–19 година,
- ИМП8А (модификовано): проценат деце/младих у установи узраста 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15/18 године живота,
- ИМП11 (модификовано): проценат деце/младих у установи узраста 12–19 година досегнутих превентивним програмима едукације о животним вештинама (ЕЖВ).

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 АНАЛИЗА СВИХ ПОДАТАКА

4.1.1 СТРУКТУРА УЗОРКА

Обухваћеност узорка у односу на дисагрегиране групе у процењеној популацији износила је око 50%.

Табела 3. Структура испитаника по типу установе, полу и узрасту

Врста поделе	Подељене групе	Број деце у подгрупи узорка	Број деце у подгрупи популације	Процент обухваћене деце у узорку
Тип установе (стратуми)	Домови за децу без родитељског старања	220	485	45%
	Заводи за васпитање	49	94	52%
Пол	Мушки	168	269 ²	62,5
	Женски	101	269	37,5
Узраст	12-14 година	80	171	47%
	15-19 година	189	408	46%
Укупно		269	579	46%

У групи мушке деце/младих, истраживањем је обухваћено више мушкараца старијих од 15 година, док је у групи женске деце/младих било више девојчица млађих од 14 година. Томе је допринела и полна структура у заводима за васпитање деце и омладине, где у великом броју преовладавају мушкарци старијег узраста. Исто се може рећи и за укупан однос полова – преовлађују мушкарци (62,5%) у односу на жене (37,5%).

Табела 4. Структура испитаника укрштено по полу и узрасту

Демографске карактеристике испитаника		Пол				Укупно	
		Мушки		Женски			
		Број	%	Број	%	Број	%
Узраст	до 14 година	45	56,3	35	43,8	80	100,0
	15+	123	65,1	66	34,9	189	100,0
Укупно		168	62,5	101	37,5	269	100,0

4.1.1.1 СТРУКТУРА УЗОРКА ПО НАЦИОНАЛНОЈ ПРИПАДНОСТИ

Преко две трећине деце и младих (70%) изјаснило се као припадници српске националности. Значајан проценат деце, око 13%, изјаснило се да припада ромској националности. Имајући у виду податке из годишњих извештаја установа социјалне заштите, који говоре да деце ромске наци-

² Укупан узорак овог истраживања

оналности има до близу трећине на домском смештају, могуће је да се један број деце/младих, посебно из мешовитих веза, изјаснио као припадник већинске групе из потребе за интеграцијом. Око 3% деце припадало је мађарској националности, а припадника свих осталих националности било је око 7%, док је чак више од 6% деце изјавило да не зна које је националности.

4.1.1.2 ДУЖИНА БОРАВКА У ДОМУ

Медијана дужине боравка у дому међу испитаницима овог истраживања износила је пет година. Чак 74% испитаника је на домском смештају између годину дана и 10 година.

Табела 5. Просечан број година дужине боравка у установи по полу и узрасту

Демографске карактеристике испитаника		Број година колико дуго живи у установи		Укупан број деце
		М	Медијана	
Пол	Мушки	4,9	4,0	168
	Женски	5,6	6,0	101
Група година	До 14	4,1	4,0	80
	15+	5,6	5,0	189
Укупно		5,2	5,0	269

И ово истраживање, као и нека ранија, показују да деца дуго остају у домској заштити, мада се бележи смањење дужине боравка у установи, посебно с обзиром на чињеницу да деца најмлађег узраста одлазе на смештај у хранитељску породицу, а да у дом у последњих неколико година долазе све више деца/млади адолесцентног узраста, па је самим тим и њихово задржавање у установи краће.

Међутим, долазак младих у дом у познијем узрасту можда доноси и више ризика због дужег живота у ризичном окружењу. Када се томе дода да се структура деце у домовима мења у смеру све веће заступљености деце ометене у развоју, са комбинованим сметњама, проблемима у понашању и озбиљним психичким сметњама, онда се може претпоставити да нове генерације домске деце носе веће ризике.

4.1.1.3 ПОХАЂАЊЕ ШКОЛЕ

Само 8,2% деце/младих у установи узраста од 12 до 19 година не похађа школу. Ипак, имајући у виду да је школовање нужан услов живота у дому, то је значајан проценат деце која су изван процеса професионалног оспособљавања, углавном привремено док се не пребаце у другу школу

или су завршили основну школу, похађају курс или чекају формални прекид смештаја. Основну школу похађа 52,2% деце у дому, док средњу школу похађа 47% деце. Само двоје испитаника студира вишу школу или факултет. Имајући у виду да се степен школовања поклапа са узрасним разликама, не можемо са сигурношћу рећи који од та два чиниоца боље објашњава наведени податак.

4.1.1.4 РАД ЗА НОВАЦ

За новац је радило три од четири мушкарца и тек свака пета девојка обухваћена истраживањем. Значајно више су радила деца старија од 15 година, мада је свако треће дете млађе од 14 година такође зарађивало новац неким радом. То је одлика живота у дому и потребе деце у установи да новцем компензују недостатак других видова подршке, пре свега породичне и емоционалне (овај податак из истраживања само поткрепљује сазнања из праксе).

Скоро свако десето дете у установи које је радило за новац је просило. Нарочито забрињава податак да је међу децом у установама која раде за новац свако пето дете млађе од 14 година. Ово може бити посредни чинилац који доприноси већој вулнерабилности ове деце, подложности ризичним социјалним контактима, који могу даље водити незаштићеном сексуалном односу. Да би се ово проверило, потребна су фокусирана истраживања корелативног типа.

Само једна девојка је до пара долазила путем сексуалних односа, док на питање о комерцијалним сексуалним партнерима, поред једне девојке, још четири момка се изјашњавају позитивно.

Чак свако четврто дете, претежно мушкарци, које је долазило до новца, то је чинило, између осталог, крађом што није изненађујући податак јер су многа деца управо због тога смештена у заводе за васпитање.

4.1.2 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ

4.1.2.1 АКТИВНА УПОТРЕБА ЦИГАРЕТА, АЛКОХОЛА И ДРОГЕ

Више од половине деце/младих у институцији су активни пушачи, значајно више адолесценти старији од 15 година, али са веома великим учешћем млађих адолесцената. Ово може бити почетни знак повишеног ризика од уласка у још ризичније видове зависности. Сам по себи представља забрињавајући податак везан за друге облике здравствених ризика.

Табела 6. Употреба различитих супстанци

Демографске карактеристике деце	Пушење цигарета		Употреба алкохола		Употреба дрога		Укупно
	Број	%	Број	%	Број	%	Број
Мушкарци	87	51,8	70	41,7	12	7,1	168
Девојке	56	55,4	34	33,7	1	1,0	101
Узраст до 14 година	32	40	14	17,5	1	1,3	80
Узраст 15+	111	58,7	90	47,6	12	6,3	189
Укупно	143	53,2	104	38,7	13	4,8	269

Више од трећине деце/младих у институцији активно пије алкохол, нешто више мушкарци него девојке и значајно више адолесценти старији од 15 година. Конзумирање алкохола, за које овде не знамо колико је ексцесивно, с обзиром на узраст и ниво стреса који ова деца носе у себи, може бити значајан фактор ризика због смањене способности самозаштитног понашања у ситуацијама ризичним за HIV инфекцију.

Близу 5% деце/младих у институцији активно користи неку дрогу и то више мушкарци и деца старија од 15 година. Међутим, већи број деце/младих изјављује да је користио дрогу раније, а сада не, што укупно гледано говори да свако седмо дете у установи користи или је користило неку дрогу. Имајући у виду да постоји вероватноћа да се ова појава у изјавама деце умањује, а тако нам говоре и запажања анкетара из неких установа, основано је претпоставити да је проблем израженији од описаног.

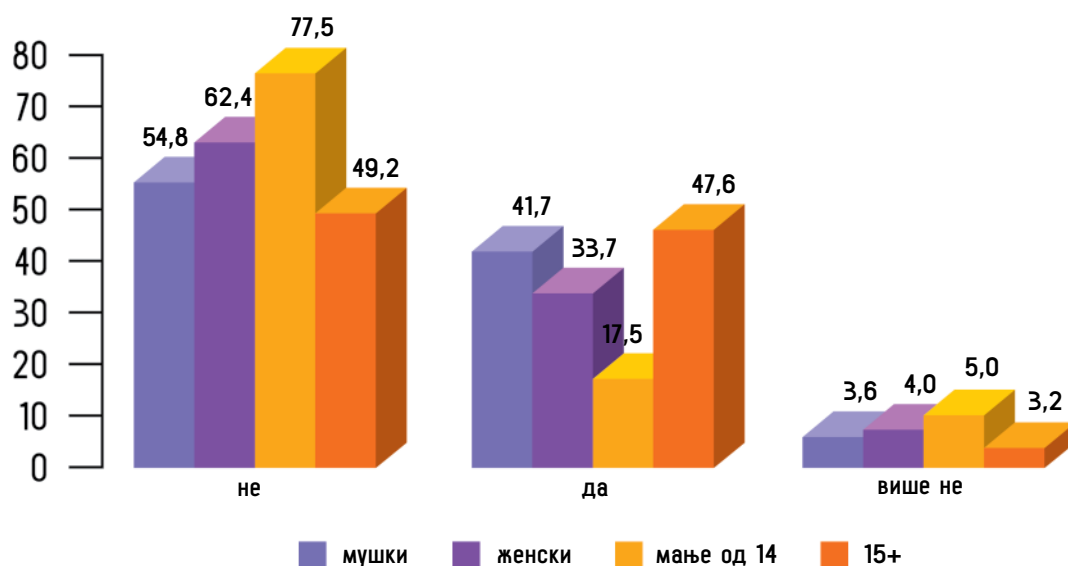
Како питања везана за употребу супстанци у упитнику из 2008. нису била иста као и у овом истраживању, следећа табела заједно приказује децу која активно користе супстанце и децу која су користила, а сада више не, да бисмо могли да поредимо резултате овог истраживања са оним из 2008. године.

Табела 7. Проценат деце у установама која користе или су користила цигарете, алкохол и дрогу било када у животу, 2008. и 2010. година

Година	Употреба цигарета	Употреба алкохола	Употреба дрога
2008.	65,8	75,6	13,5
2010.	58,4	42,4	13,4

Уколико се посматра употреба супстанци код деце било када у животу, види се да су деца саопштила да значајно мање користе алкохол, приметно мање, али не и статистички значајно, пуше цигарете, док различите врсте дроге према њиховим исказима користе једнако као и пре две године.

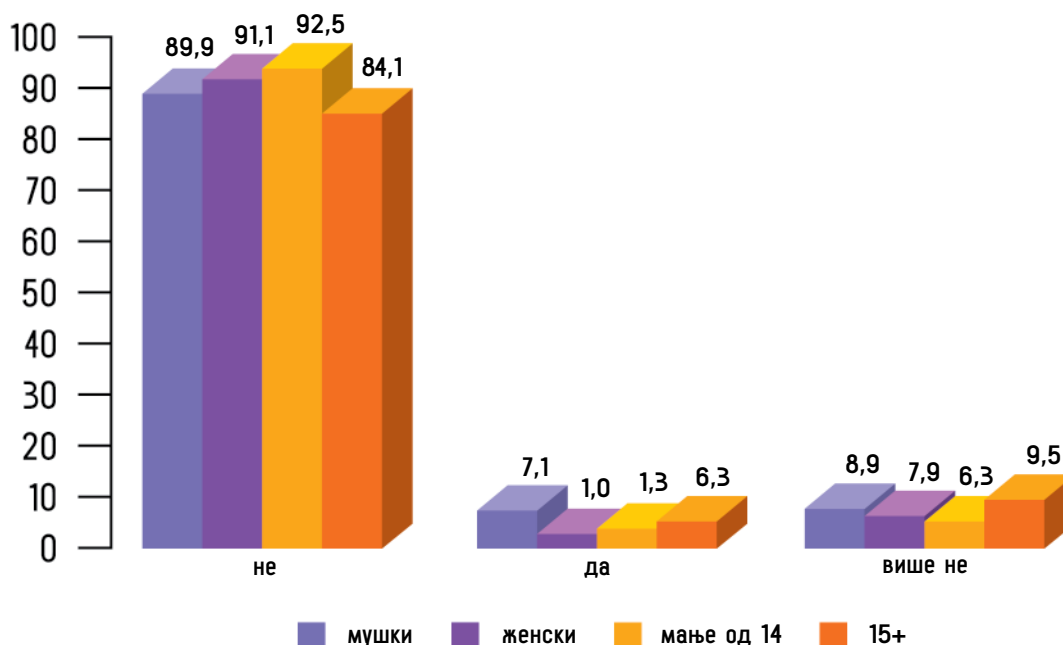
Графикон 1а. Проценат деце у установама која користе или су користила алкохол било када у животу



Занимљива је разлика у употреби алкохола и делује веома охрабрујуће (графикон 1а). Међутим, веома је могуће да се овде ради о несавршености инструмента, односно упитничког испитивања, које једноставно увек има интервенишуће варијабле које утичу на одговор (разумевање питања, начин формулације питања, начин на који питање провоцира испитаника, интеракција између питања и испитаниковог тренутног расположења или испитаникових црта личности, итд). Искуство може да превари, али нам у овом случају исувише јасно говори да до овако великог смањења употребе алкохола вероватно није могло доћи.

Такође, с обзиром на одсуство потпуне подударности у формулацији питања у два истраживања, добијени резултати захтевају додатан опрез при њиховом тумачењу.

Графикон 16. Проценат деце у установама која користе или су користила дрогу било када у животу



4.1.2.2 УПОТРЕБА ДРОГА УБРИЗГАВАЊЕМ У ВЕНУ

Ниједан испитаник у овом истраживању није одговорио да је наркотике користио убризгавањем у вену у последњих месец дана, док је само двоје у последњих годину дана и један испитаник пре више од годину дана то потврдио. Од њих троје сви изјављују да су користили у потпуности нов и некоришћен прибор. Према резултатима овог истраживања, ова врста ризичног понашања код институционално збринуте деце и омладине узраста од 12 до 19 година није изражена.

4.1.3 ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV ДИСАГРЕГИРАНЕ ПО ЛОКАЦИЈИ, ПОЛУ И УЗРАСТУ

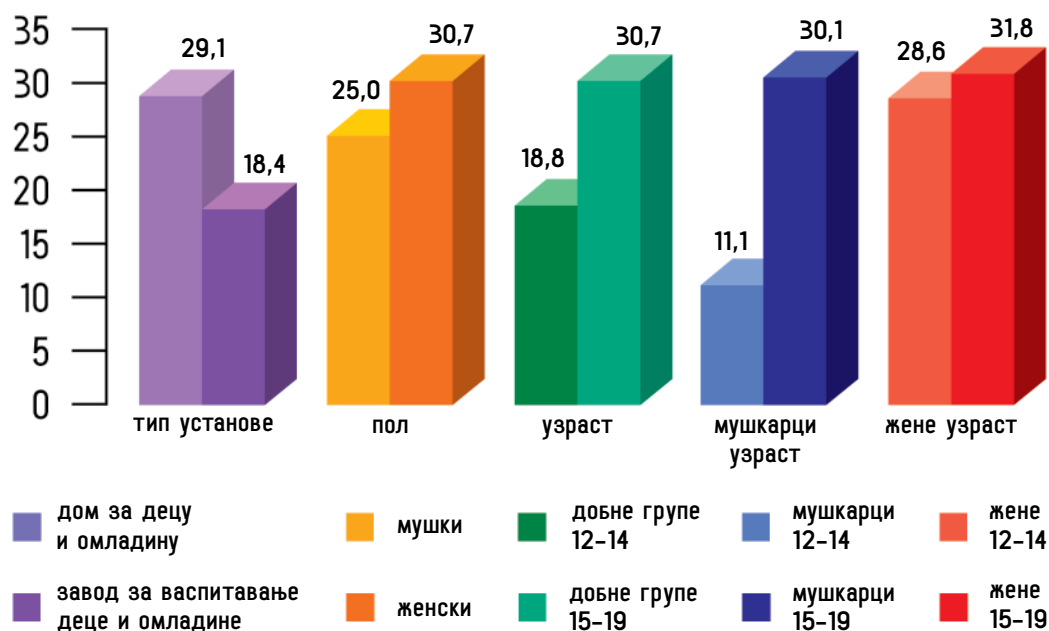
4.1.3.1 ЗНАЊЕ О HIV-у И НАЧИНИМА ПРЕНОСА ИНФЕКЦИЈЕ

Истраживање показује да је знање о HIV-у и начинима преноса инфекције у популацији деце на домском смештају остало на нивоу из 2008. године. Имајући у виду да је ово композитни индикатор (рачунају се само тачни одговори на свих пет питања), могуће је да је дошло до случајних варијација, али је до истих могло доћи и у истраживању 2008. године. Анализа одговора на појединачна питања говори о истом тренду, изузев код питања: „Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?“, где постоји приметна разлика у корист 2010. године (82,2:71,6%).

Деца/млади старији од 15 година значајно боље познају начине преноса (трансмисије) HIV-а, што може бити у корелацији и са степеном образовања (средња школа у односу на основну), као и са општим нивоом развоја, зрелости и искуства. Уочена је и приметна разлика у корист деце у домовима у односу на децу у заводима, али она није била и статистички значајна. На нивоу појединачних питања такође су присутне разлике, с тим што су код три од пет питања која улазе у композитни индикатор, и статистички значајне, а то напред поменутој приметној разлици ипак даје на значају.

Имајући у виду да су углавном облици ризичног понашања учесталији код деце из завода, а томе у прилог иду и подаци из 2008. године, можемо констатовати да су деца у заводима под већим ризиком за инфицирање HIV-ом.

Графикон 2. Проценат деце на институционалном смештају која правилно идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и која истовремено одбацују заблуде везане за трансмисију HIV-а (индикатор 1)

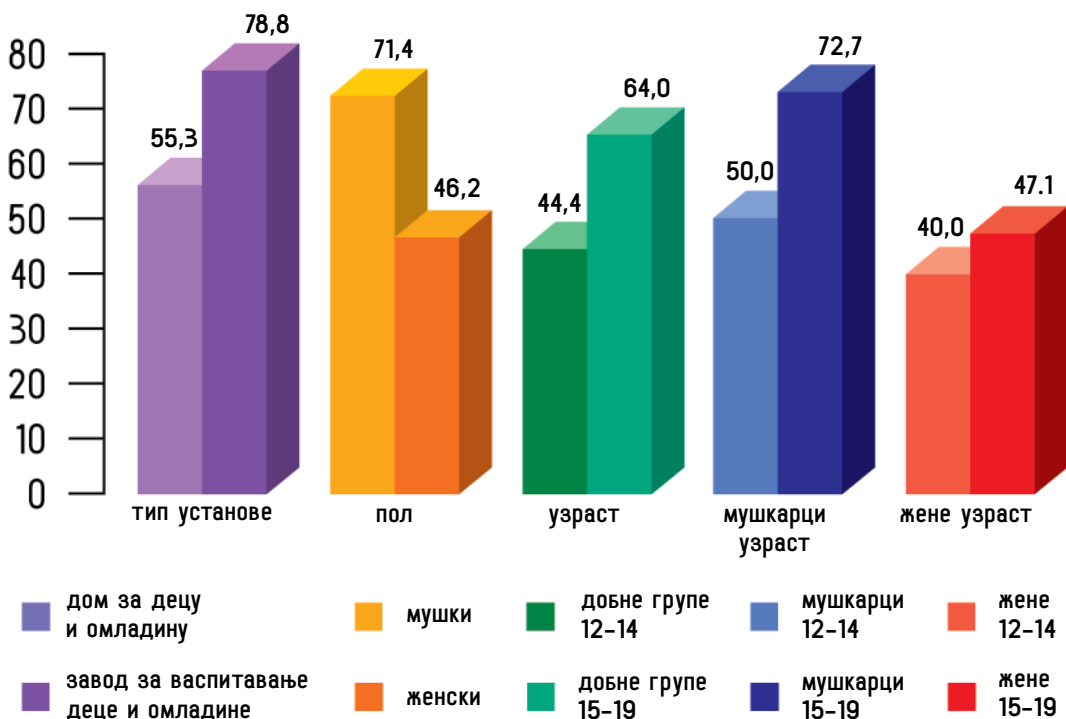


4.1.3.2 БРОЈ СЕКСУАЛНИХ ПАРТНЕРА

Свако пето дете између 12 и 19 година у установи, које је имало сексуалне односе било када у животу, имало је пет и више сексуалних партнера, а скоро 2/3 деце, која су имала сексуалне односе било када у животу, имало је два и више сексуалних партнера. У поређењу са 2008. годином,

то је повећање за 37,4%, што представља статистички значајно већи ризик.

Графикон 3. Проценат деце/младих у установи узраста 12–19 година који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци (индикатор 2)



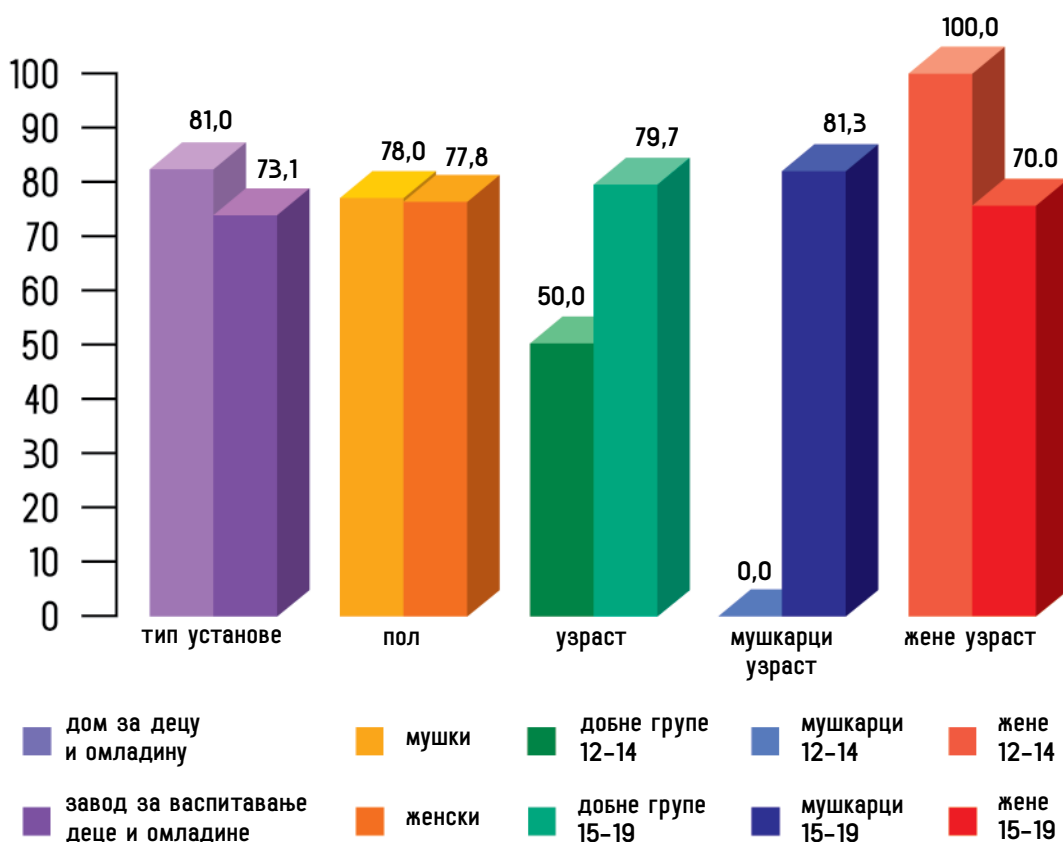
4.1.3.3 УПОТРЕБА КОНДОМА И ВЕЋИ БРОЈ СЕКСУАЛНИХ ПАРТНЕРА

Охрабрује податак да скоро 4/5 деце у установама социјалне заштите која су у последњих годину дана имала више од једног сексуалног партнера, користи кондом, премда то може бити и одговор у оквиру социјално пожељног понашања.

Овај податак нарочито добија на тежини када се упоређи са 2008. годином када је 70,8 користило кондом, у односу на актуелних 77,9%.

Но, сасвим другачије делује када се каже да свако пето дете из те групе не користи кондом.

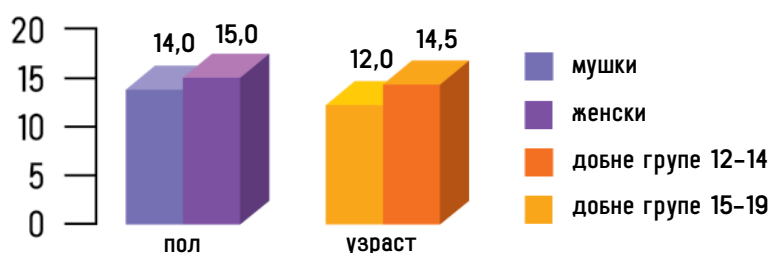
Графикон 4. Проценат деце/младих у установи узраста 12–19 година који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци и да су током последњег сексуалног односа користили кондом (индикатор 3)



4.1.3.4 ДОБА СТУПАЊА У ПРВИ СЕКСУАЛНИ ОДНОС

Деца у установама социјалне заштите раније ступају у сексуалне односе од деце из опште популације [2], што представља ризично понашање које може условити непосредније ризике. Имајући у виду да су по природи ствари млађа деца углавном мање образована, мање зрела и имају мање искуства, ступање у сексуалне односе у раном узрасту може да доведе и до мањег коришћења заштитних средстава, ступања у сексуалне односе са непровереним особама и/или у стањима измењене свести (уз употребу алкохола, дроге) и на начин који је посебно ризичан (нпр. анални однос без заштите и сл). Иначе, деца млађег узраста ступају у сексуалне односе око 12. године (графикон 5, односно табела 8).

Графикон 5. Медијана узраста ступања у први пенетрантни сексуални однос међу младима узраста од 12 до 19 (индикатор 4)



Табела 8. Медијана узраста ступања у први пенетрантни сексуални однос међу младима узраста од 12 до 19 (индикатор 4)

Обележја		Број деце/младих у установама узраста 12-19 година који су имали пенетрантни сексуални однос	Медијана узраста ступања у први пенетрантни сексуални однос међу младима узраста од 12 до 19	Број деце/младих у установама узраста 12-19 година
		n	%	N
Пол	Мушки	81	14,0	168
	Женски	42	15,0	101
Добне групе	12-14	11	12	80
	15-19	112	14,5	189
Укупно	ИМП 8	123	14,0	269
Вредност индикатора у 2008. години		15,0		

Момци ступају у сексуалне односе просечно годину дана раније од девојака, што је у складу са патријархалним системом вредности и већим социјалним поткрепљењем које има такво понашање.

У поређењу са 2008. годином, деца ступају још раније у прве сексуалне односе, тако да се у том смислу ризик повећава.

4.1.3.5 СЕКСУАЛНИ ОДНОС ПРЕ НАВРШЕНЕ 15. ГОДИНЕ ЖИВОТА

Свако друго дете у установи, које је ступило у сексуалне односе, то чини пре навршене 15. године живота (табела 9). То је веома висок проценат деце и представља зону израженог ризика и за полно преносиве инфекције.

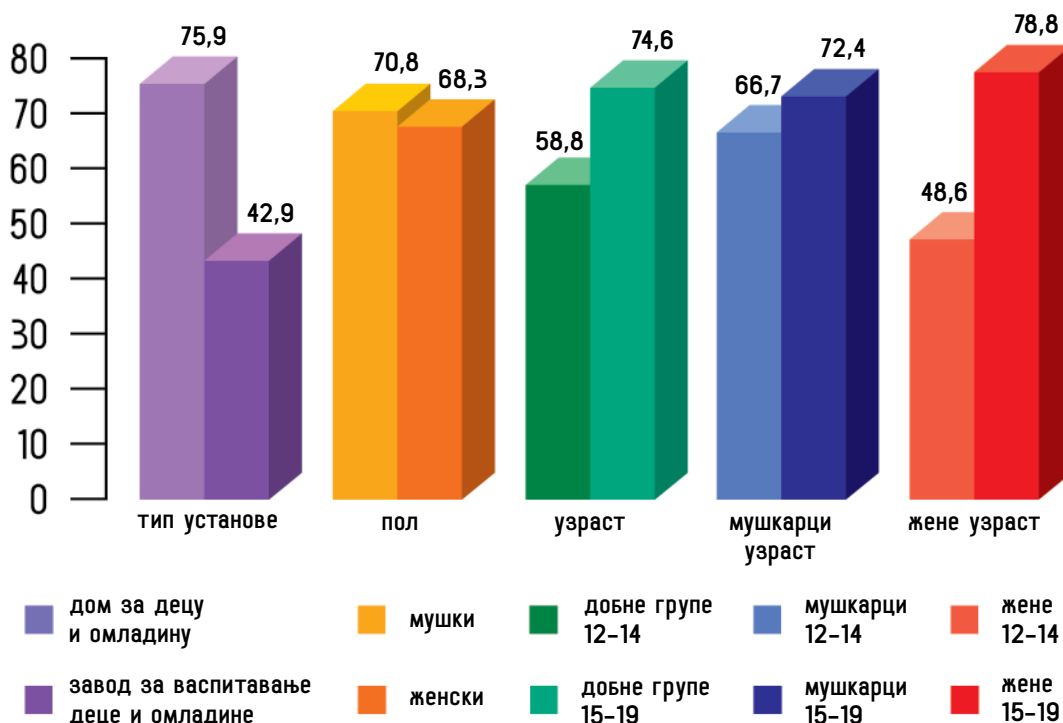
Табела 9. Проценат деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота (индикатор 5)

Обележја		Број деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота	Проценат деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота	Број деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година која су имала пенетрантни сексуални однос
		n	%	N
Тип установе	Дом за децу и омладину	45	51,1	88
	Завод за васпитање деце и омладине	22	62,9	35
Пол	Мушки	47	58,0	81
	Женски	20	47,6	42
Добне групе	12-14	11	100,0	11
	15-19	56	50,0	112
Добне групе -мушкарци	12-14	5	100,0	5
	15-19	42	55,3	76
Добне групе -жене	12-14	6	100,0	6
	15-19	14	38,9	36
Укупно		67	54,5	123

4.1.3.6 УЧЕШЋЕ У ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА

Упитник је омогућио деци да заокруже више могућности учешћа у различитим превентивним активностима везаним за полно преносиве болести и посебно HIV инфекцију. Намера је била да се региструје свака превентивна услуга која се пружа у овој области. У том смислу велики број деце у установи је учествовао у некој форми превентивних активности – чак седам од десеторо деце.

Графикон 6. Проценат деце/младих у установи узраста од 12 до 19 година досегнутих превентивним програмима (едукације о животним вештинама) у последњих 12 месеци (индикатор 6)



У 2008. години је било упола мање деце обухваћено HIV превентивним програмима. Овај податак је у складу са практичним искуством, које говори да све већи број организација, што државних, а још чешће невладиних, организује неку форму едукације о HIV инфекцији. Не могу се, ипак, изједначити једнократне активности, кампање, предавања и сл. са целовито заснованим едукативним програмима. Стога је потребно посебно сагледати ефекте превентивних едукативних програма од једнократних или краткотрајних превентивних едукативних активности.

Анализирани подаци о знању и учешћу у едукативним превентивним програмима показују да деца у установи која су учествовала у превентивним едукативним програмима и активностима значајно више знају о овој теми од вршњака који нису учествовали ни у једној таквој активности/програму. Чак 85% деце која су на свих пет питања одговорила тачно похађала су неки од превентивних програма, што је разлика у односу на децу која нису похађала ниједан програм статистички значајна на нивоу 0,003. Значајно више деце која су похађала превентивне програме одлази код лекара када уочи проблем секреције полних органа. Такође, ова деца значајно мање дискриминишу особе које живе са HIV-ом: 76% све деце која не изражавају дискриминишући став.

4.1.4 ЗНАЧАЈНИ ИНДИКАТОРИ

4.1.4.1 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ НА НЕРЕГУЛАРНИМ И/ИЛИ КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

Скоро свако друго дете/млада особа у установи, које је имало сексуалне односе у последњих годину дана, ступило је у сексуалне односе са нерегуларним и/или комерцијалним партнером, што представља свакако изражено присуство ризика. И у том аспекту дошло је до повећања у односу на 2008. годину. Иначе, ако узмемо у обзир укупан узорак, свако пето дете (20%) у установи узраста од 12 до 19 година ступа у сексуалне односе са нерегуларним партнером.

Значајно је да су деца из завода за васпитање склонија сексуалним односима са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима него деца из домова, што се уклапа у општу слику разлика између деце у ова два типа установа.

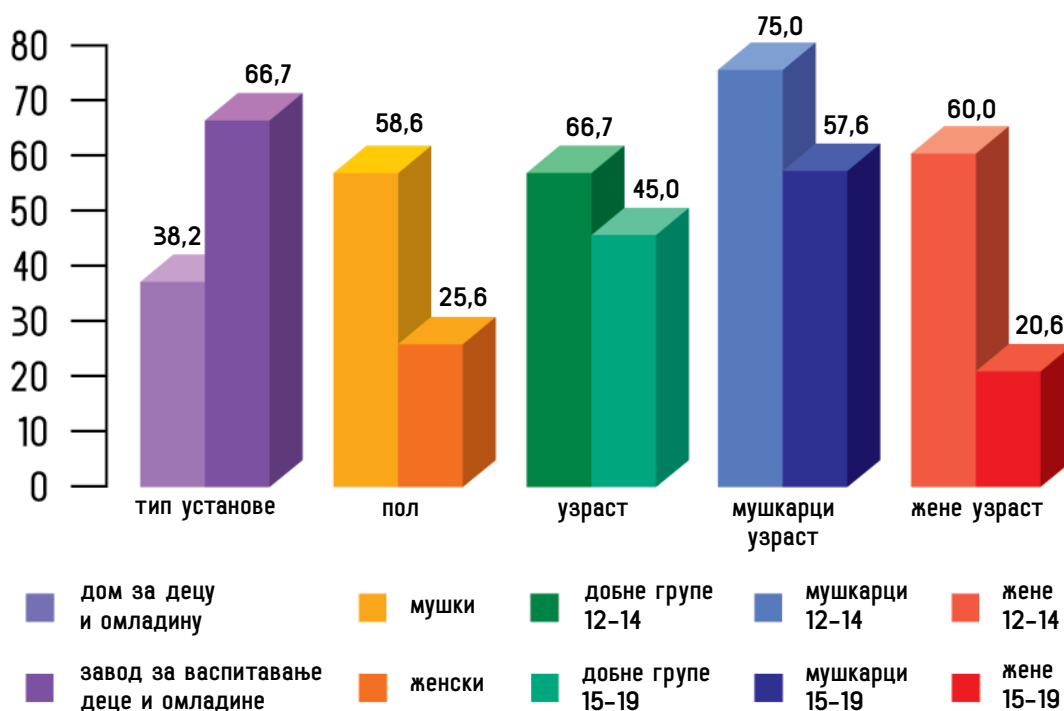
Занимљиво је да момци значајно више испољавају ову врсту ризичног понашања од девојака, што је такође комплементарно са другим индикаторима и подацима из 2008. године. То је разумљиво с аспекта друштвених вредности и патријархалног обрасца који још увек преовладава у Србији.

У односу на узраст деце, нема статистички значајне разлике (због малог броја испитаника у поткатегијама), али је тренд потпуно јасан и у складу са претходним подацима – да су деца млађа од 14 година склонија и овој врсти ризичног понашања. У прилог томе говори и статистички значајна разлика код млађих девојака, које значајно чешће улазе у овакве врсте ризичних односа од старијих девојака.

Ови подаци указују на потребу правовременог укључивања деце у превентивне програме. Занимљиво је да је у нашим установама, па и друштву уопште, реална политика либералнија у овом погледу, него у неким земљама западне Европе. Нпр. код нас нису законом или интерним процедурама установе децидно регулисани партнерски односи међу вршњацима млађим од 14 година. Што је још важније – нема инструмента којима би се та регулација остварила.³

³ У Италији, нпр, у домовима за децу и омладину до 18 година постоји јасна забрана и расположиви инструменти којима се она реализује (податак добијен од колега који раде у италијанским установама социјалне заштите).

Графикон 7. Проценат деце на институционалном смештају сексуално активних у последњих годину дана који су имали сексуални однос са нерегуларним и/или комерцијалним партнером у последњих 12 месеци

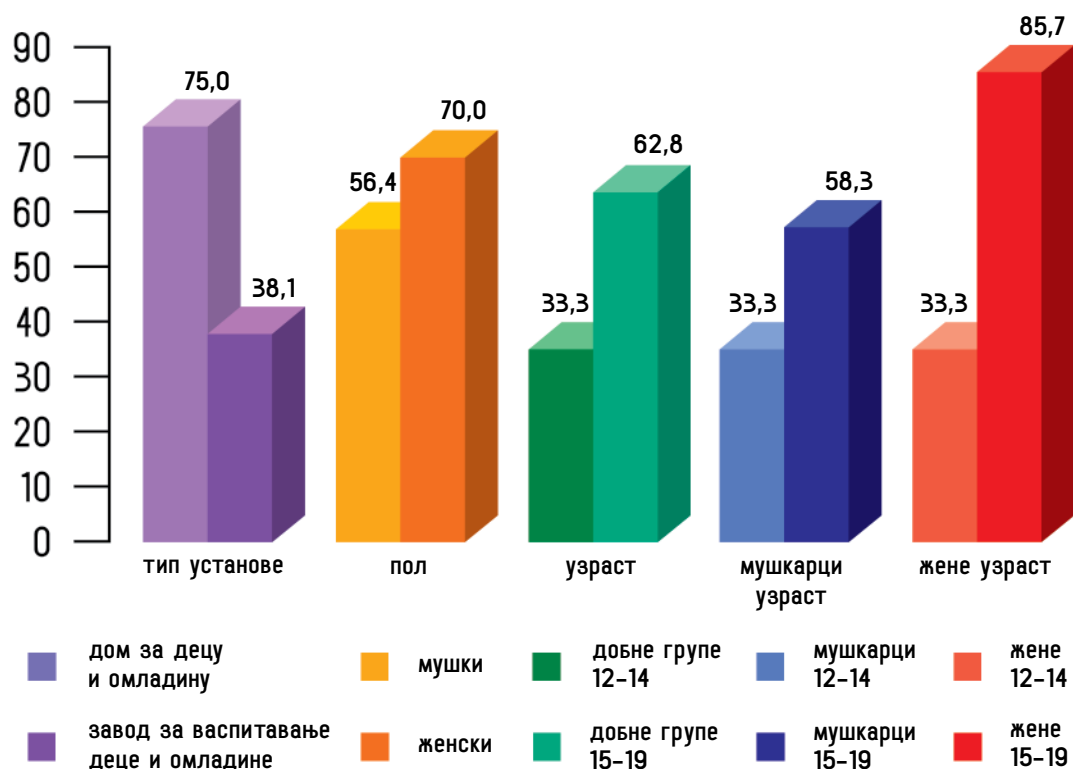


4.1.4.2 УПОТРЕБА КОНДОМА

Троје од петоро деце у установи стално користи кондом у сексуалном односу са нерегуларним партнером. Деца у заводима значајно мање (два пута мање) прибегавају овом заштитном понашању. Овај податак је кореспондентан многим другим подацима који говоре о израженијим ризицима код деце у заводима за васпитање. Посредно се можда може указати и на значај превентивних програма који се значајно више примењују у домовима за децу без родитељског старања (75,9 у домовима : 42,9% у заводима).

Истраживање из 2008. је показало да су деца више користила кондом у сексуалним односима са нерегуларним партнером него што то говоре актуелни подаци.

Графикон 8. Проценат деце на институционалном смештају који стално користе кондом у сексуалном контакту са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци

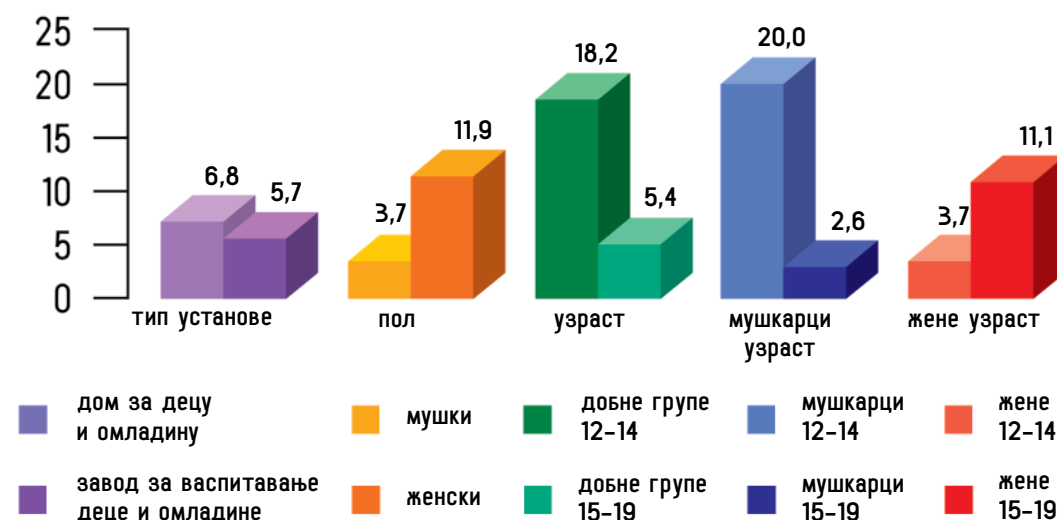


4.1.4.3 АНАЛНИ СЕКСУАЛНИ ОДНОС

И поред тога што релативно мали број деце ступа у веома ризичне аналне односе са партнером, с обзиром на израженост ризика, овај податак делује забрињавајуће, посебно када се узме у обзир да у упитничком испитивању може пре доћи до ублажавања појаве.

Додуше, поређење са 2008. није у потпуности коректно, јер је тада питање гласило: „Да ли сте имали сексуални однос са особом истог пола?“. Ипак, разлика указује на повећани ризик, јер су анални односи са мушкарцем свакако ризичнији за HIV инфекцију од сексуалних односа унутар истог пола, од којих неки могу бити и унутар женског пола, а други можда нису укључивали анални однос.

Графикон 9. Проценат деце на институционалном смештају који су имали анални сексуални однос са мушкарцем



4.1.4.4 НАБАВКА КОНДОМА

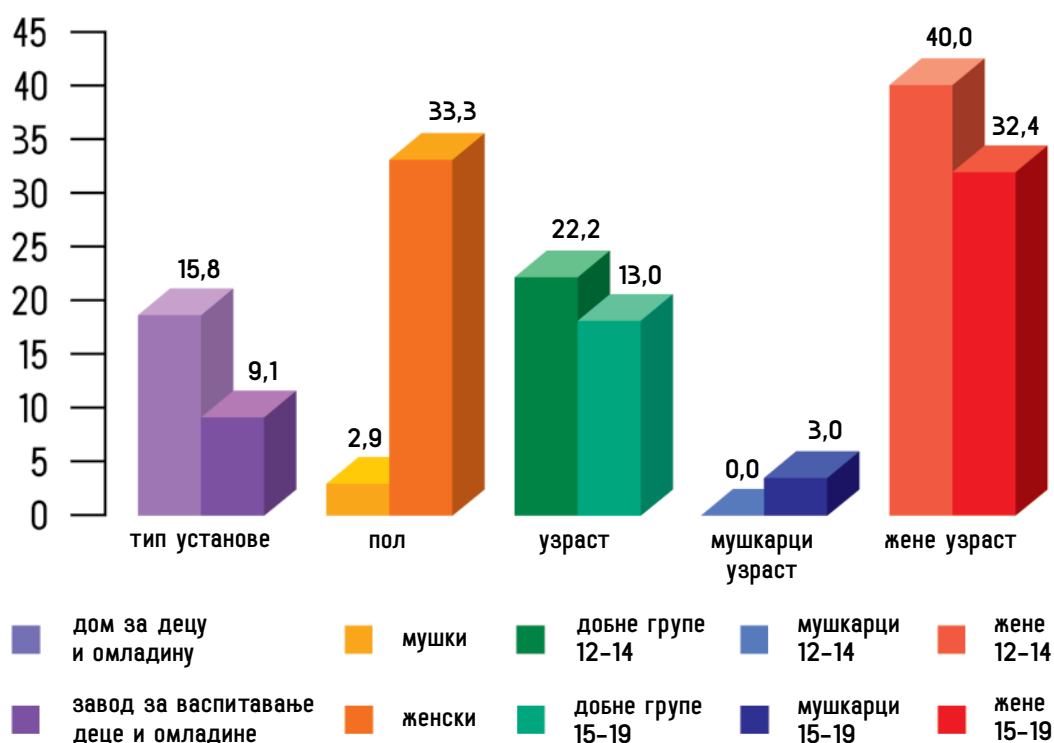
Кондоме не набавља 140 деце/младих у дому и заводу. Можда су то управо она деца која нису никад ступила у сексуалне односе. Наравно, у то не можемо бити сигурни. Свако седмо дете у установи које има сексуалне односе не набавља кондоме.

Сва деца/млади у установама социјалне заштите изјављују да знају где да набаве кондоме, што је веома охрабрујуће.

Имајући у виду да постоје програми поделе кондома у оквиру превентивних програма, занимљиво делује податак да само 11,2% деце у установи кондоме набавља код васпитача у дому.

Веома индикативан податак јесте да девојке које имају сексуалне односе значајно мање набављају кондоме. То указује на извесну већу вулнерабилност девојака које ступају у сексуалне односе.

Графикон 10. Проценат деце на институционалном смештају који имају сексуалне односе и не набављају кондоме



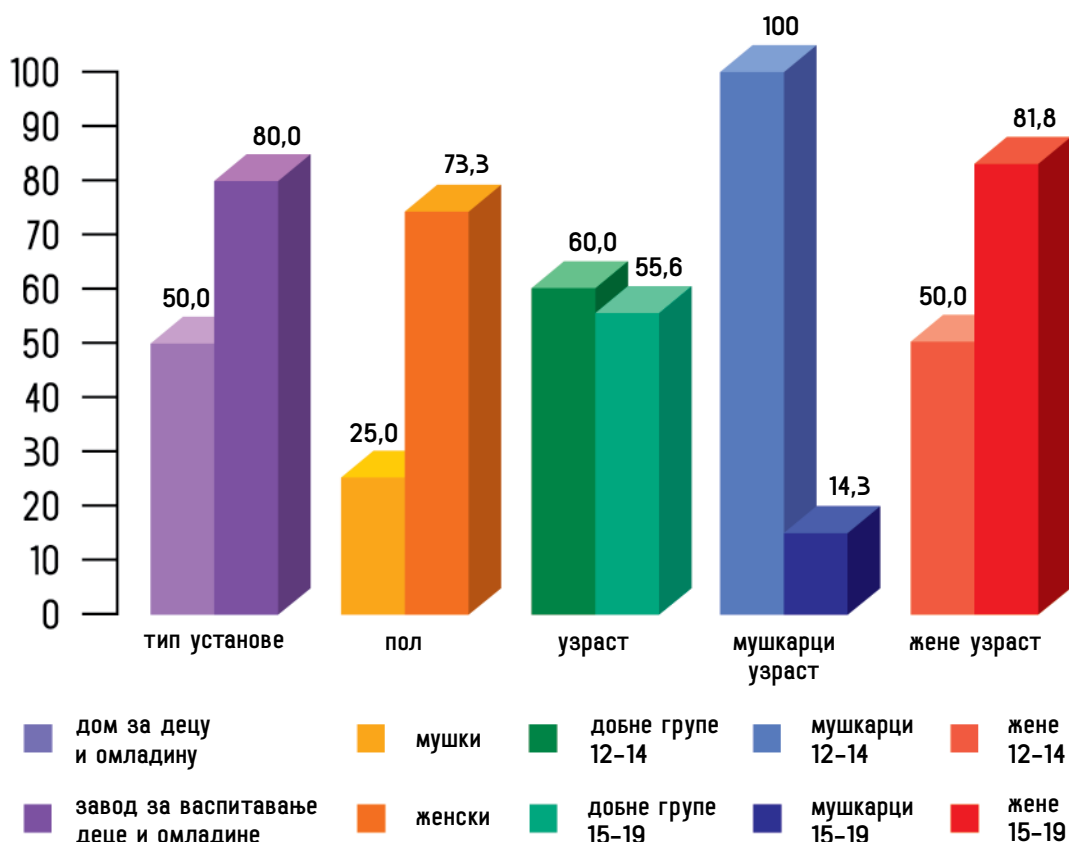
4.1.4.5 ОБРАЋАЊЕ ЛЕКАРУ ЗБОГ СЕКРЕЦИЈЕ ПОЛНИХ ОРГАНА

Најпре, број деце која су изјавила да су имала секрецију из полних органа је релативно мали, свега 8,5% (23), што само по себи не представља посебно алармантан податак. Нажалост, међу њима се чак половина деце не обраћа лекару, а многа међу њима се не обраћају никоме, што је изражен ризик, с обзиром да се ради о озбиљном симптому.

Као што се и могло претпоставити, девојке се знатно чешће обраћају лекару због ових промена, а да по овом индикатору нема значајних разлика у узрасту. Међутим, млађа деца се више обраћају одраслима у дому или рођацима, пријатељима, васпитачима, док то старија деца ретко чине (60:16,7%). Ово је очекивано и додатно поткрепљује потребу да се млађи адолесценти интензивније и непосредније прате и подржавају.

У 2008. години 6,8% деце је пријавило промене на полним органима. Међу њима свако друго дете се обратило лекару, што је за 10% више него ове године. И у том смислу бележи се извесно повећање ризика или бар тенденција ка томе.

Графикон 11. Проценат деце на институционалном смештају који су током последњих 12 месеци имали било какве промене или секрецију из полних органа, а који су се обратили лекару

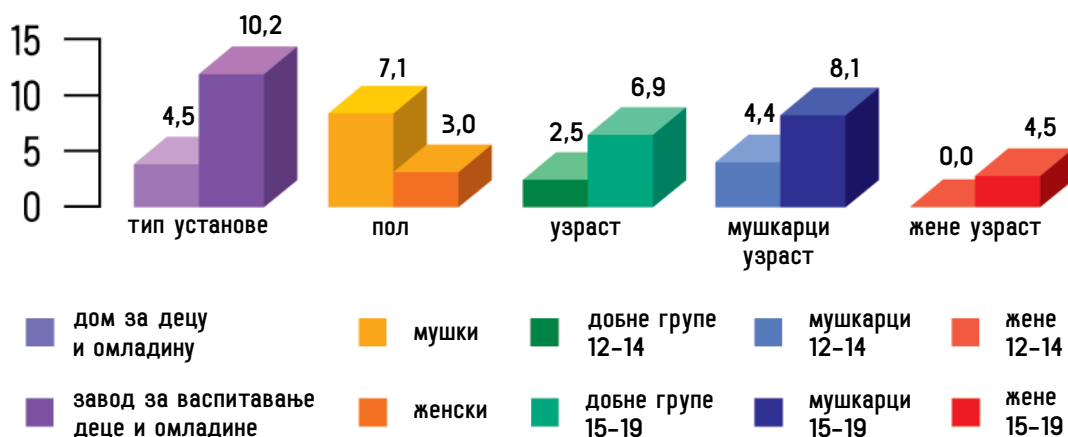


4.1.4.6 ЗНАЊЕ О ДОБРОВОЉНОМ И ПОВЕРЉИВОМ САВЕТОВАЊУ И ТЕСТИРАЊУ

Свако треће дете у установи сматра да зна где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV. Стога је свега 5,6% деце тачно навело где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV.

Следећи графикон (графикон 12) показује каква је повезаност између познавања ове информације и учешћа у превентивним програмима. Види се да једино вршњачки едукатори (деца из установа која су посебно едукована о HIV-у како би могли да та знања и вештине преносе својим вршњацима) значајно боље знају ову информацију. Код осталих група нема посебно значајних разлика, премда је занимљиво да деца која су о томе слушала у оквиру радионица ван школског програма значајно више од деце која нису ни на који начин едукована пријављују да знају где се могу добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV. Нажалост, у тачним одговорима та разлика је минимална.

Графикон 12. Проценат деце на институционалном смештају који тачно знају где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV

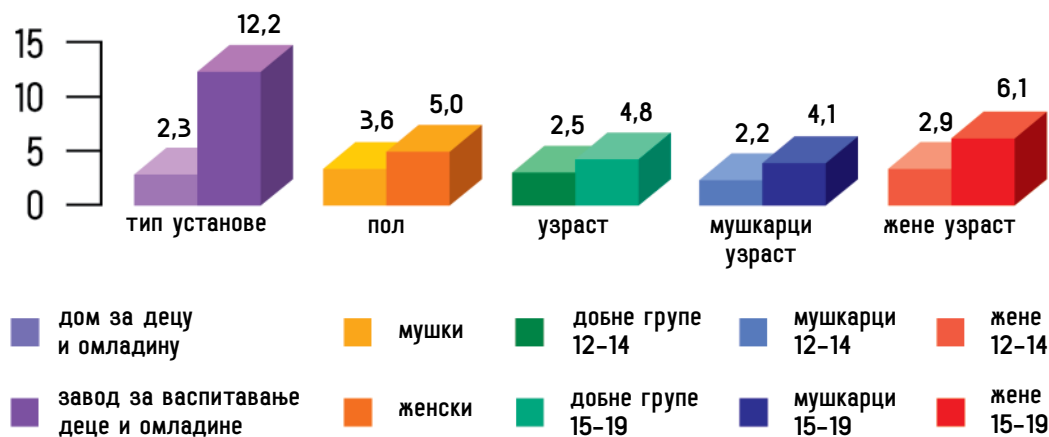


4.1.4.7 ТЕСТИРАЊЕ НА HIV

На HIV се тестирало било када у животу 4,1% деце у установама. То је већи проценат у односу на податке добијене 2008. године. У односу на учешће у превентивним програмима и активностима нема значајне разлике. Једина значајна разлика је између деце у домовима и заводима. Занимљиво је да су се деца у заводима значајно више тестирала, посебно знатно више него у 2008. години, када се тестирало само једно дете из завода. Могуће је да је и притисак околности (ризика) и социјалне средине довео до тога.

Сва деца која су се тестирала знају резултате, док двоје деце није тестирано по сопственој одлуци.

Графикон 13. Проценат деце на институционалном смештају тестираних на HIV било када у току живота

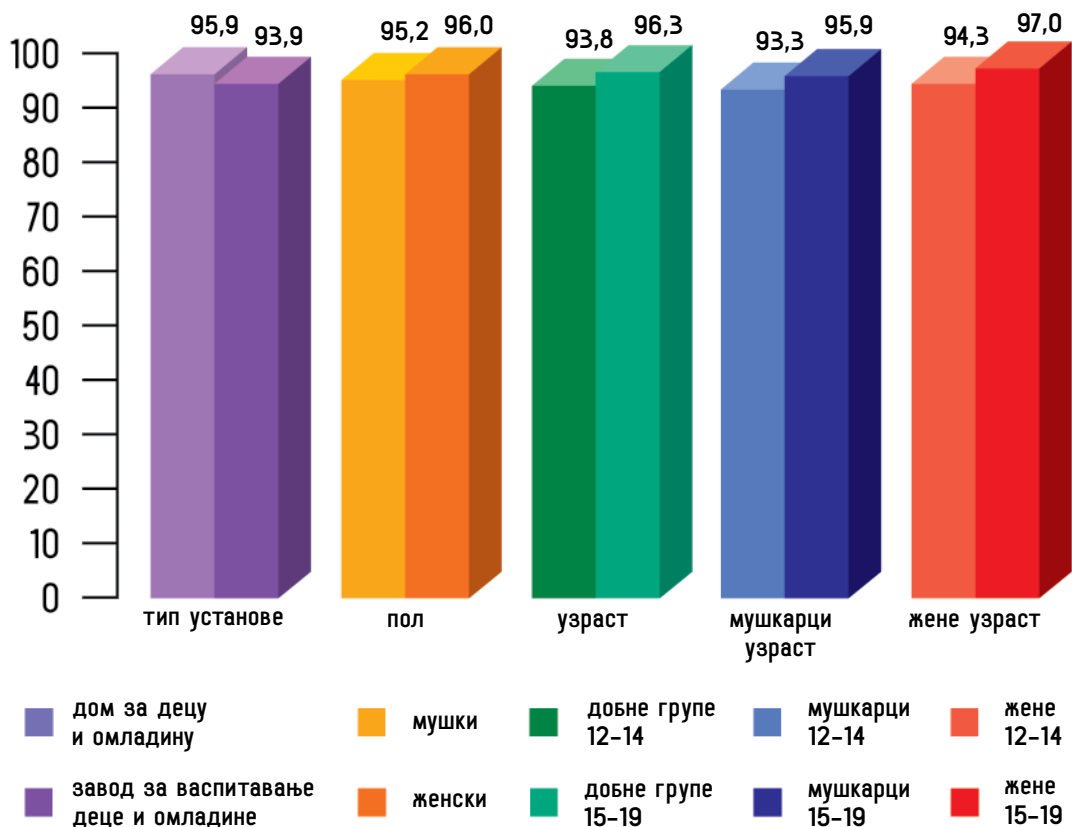


4.1.5 КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

4.1.5.1 ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Регулисано здравствено осигурање има 19 од 20 деце у установама. Значајних разлика између подгрупа нема.

Графикон 14. Проценат деце на институционалном смештају који имају обавезно здравствено осигурање

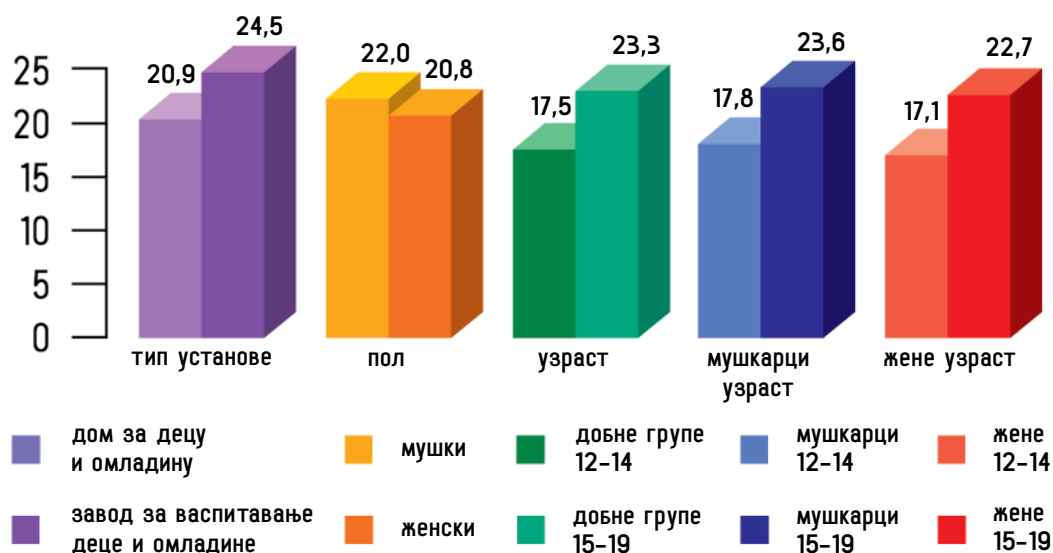


4.1.5.2 ОБРАЋАЊЕ ЛЕКАРИМА

Свако пето дете у установама, када има здравствени проблем, јавља се прво лекару опште медицине. Троје од четворо деце у установама се у тим ситуацијама најпре обраћа васпитачу или некој другој запосленој особи у дому (према подацима добијеним од анкетара, деца бирају одговор: „Неком другом (родитељи, родбина, пријатељи)”, али заправо мисле на васпитача и то јасно истичу. У неким установама раде и медицинске сестре, тако да су оне прве које добијају такву врсту информација, а често и саме примете да детету није добро.

Обраћање приватном лекару као прва опција је изузетно ретко, што је разумљиво, с обзиром на материјалне могућности ове деце.

Графикон 15. Проценат деце на институционалном смештају који се за решавање здравственог проблема прво обраћају лекарима

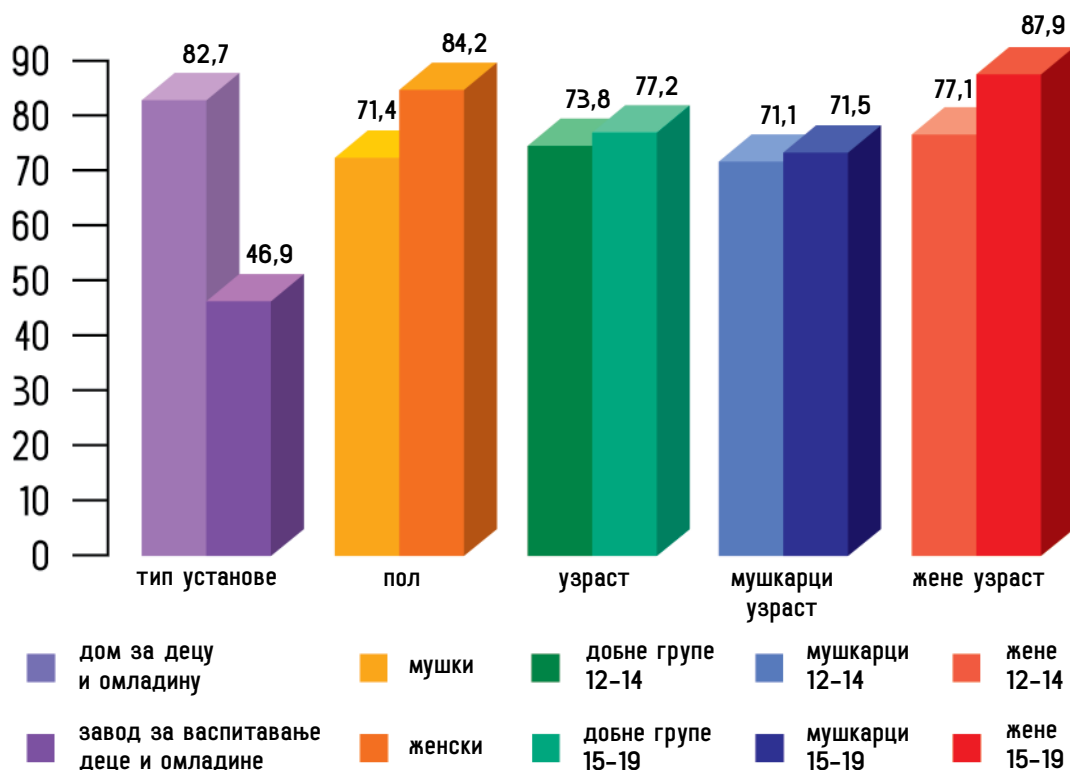


4.1.5.3 ИЗАБРАНИ ЛЕКАР У ДОМУ ЗДРАВЉА

Троје од четворо деце у установама има (изабраног) лекара опште медицине у дому здравља, значајно више у дому за децу без родитељског старања него у заводима за васпитање деце и омладине. Такође, значајно више девојке него мушкарци.

Сваком трећем детету у установама лекара опште медицине су доделили у самом дому здравља, а близак проценат деце је сам одабрао лекара или је то учинио неко из установе. Много чешће лекара саме бирају девојке и деца старија од 15 година.

Графикон 16. Проценат деце на институционалном смештају који имају свог (изабраног) лекара опште медицине/педијатра у дому здравља

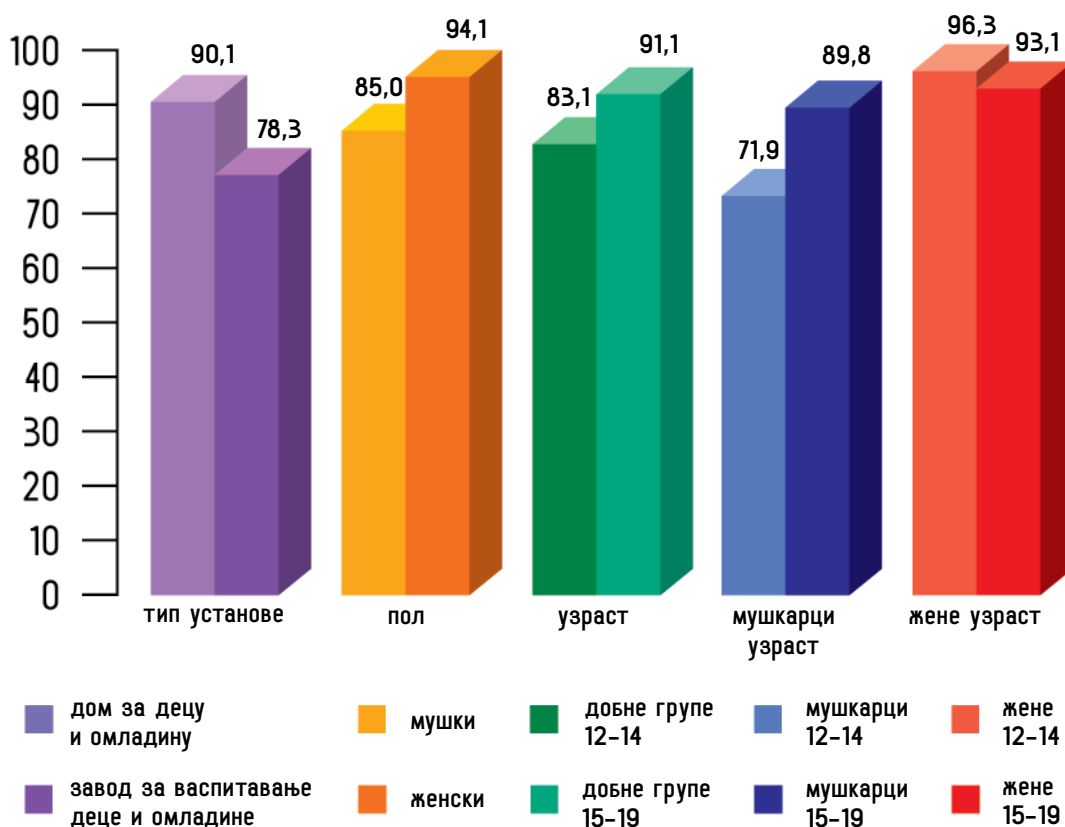


4.1.5.4 ПОСЕТА ИЗАБРАНОМ ЛЕКАРУ У ДОМУ ЗДРАВЉА

У години која је претходила истраживању, 9 од 10 деце из установа је посетило лекара опште медицине/педијатра, као и значајно више девојака него момака и значајно више мушкараца старијих од 15 година него оних млађих. И овај податак говори да се девојке и деца старија од 15 година понашају нешто одговорније према свом здрављу.

Просечан број посета лекару за годину дана код деце у установама се у свим групама креће од шест до седам.

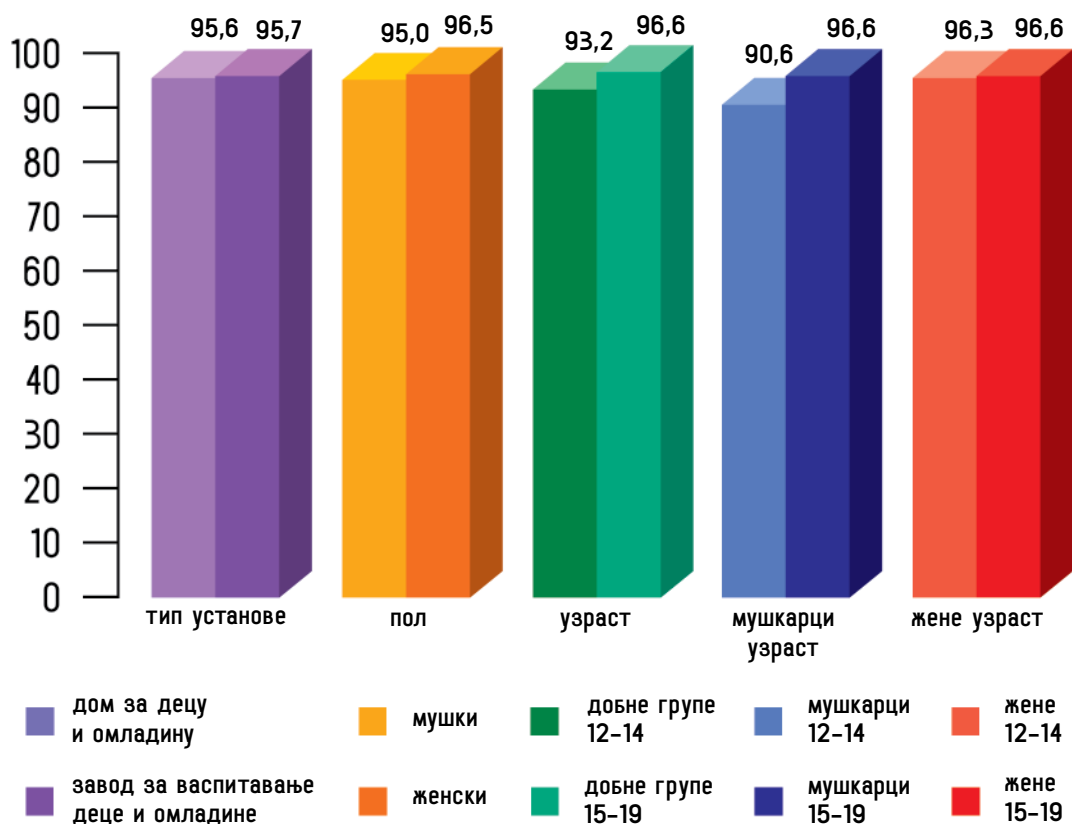
Графикон 17. Проценат деце на институционалном смештају који су у последњих годину дана посетили лекара опште медицине/педијатра



4.1.5.5 ЗАДОВОЉСТВО ЛЕКАРОМ И УСЛУГАМА У ДОМУ ЗДРАВЉА

Чак 19 од 20 деце у установама социјалне заштите задовољно је услугама лекара опште медицине, што делује као неочекивано висок проценат. Веома слични подаци су и када се ради о задовољству услугама у дому здравља. Ово очигледно није зона посебних очекивања деце у установама. Они то усмеравају, углавном, на запослене у дому. Пракса говори да замерке на друге службе деца у установи окрећу на васпитаче.

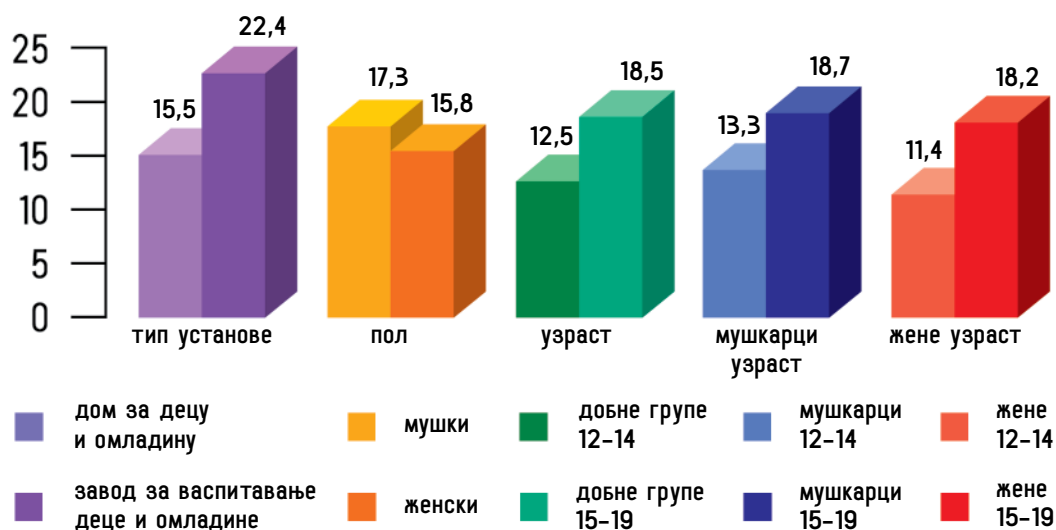
Графикон 18. Проценат деце/младих у установи који су задовољни радом свог лекара опште медицине/медицине рада



4.1.5.6 КОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА ПРИВАТНОГ ЛЕКАРА

Свако шесто дете у установи се обраћа за услуге приватном лекару, али далеко највише стоматологу, тако да је обраћање другим специјалистима у овом случају занемарљиво.

Графикон 19. Проценат деце/младих у установи који су користили услуге приватне праксе у последњих 12 месеци

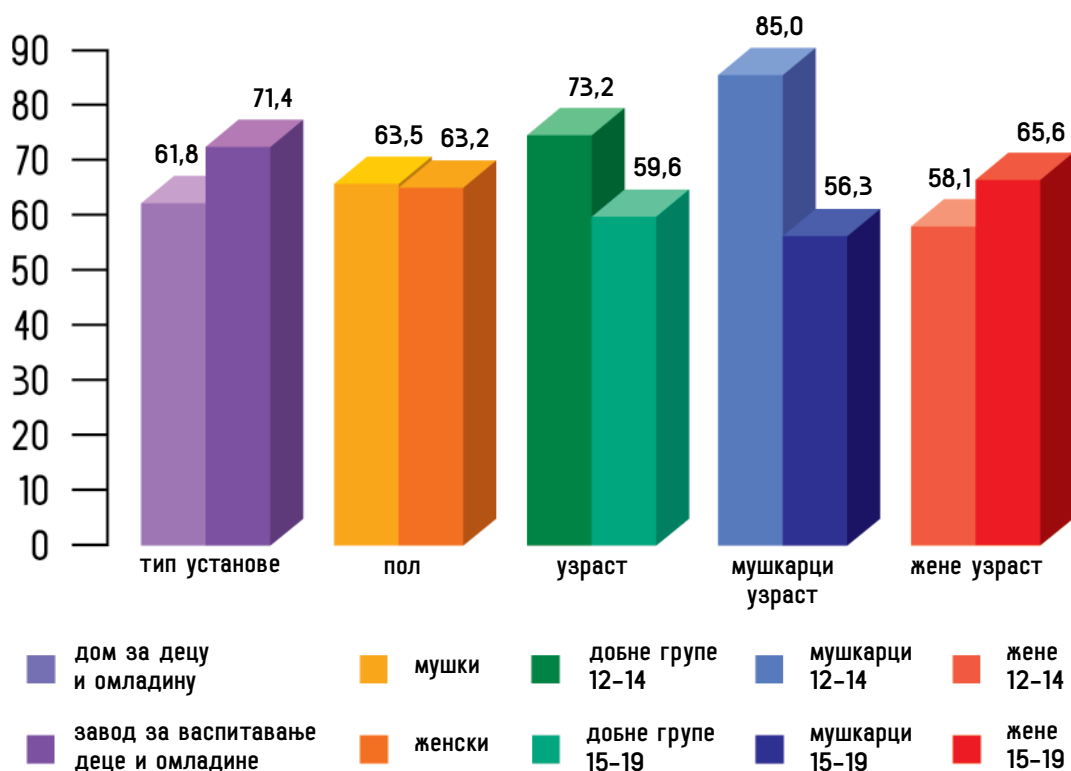


4.1.6 ДИСКРИМИНАЦИЈА

4.1.6.1 ИЗОЛАЦИЈА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом

Двоје од три детета у установама социјалне заштите сматра да особе инфициране HIV-ом не би требало да се мешају са осталима. И поред неких јасних тенденција, попут виших процената код деце у заводу него код оне у домовима за децу без родитељског старања, само једна разлика је статистички значајна. Наиме, деца млађа од 14 година значајно више дискриминишу особе инфициране HIV-ом.

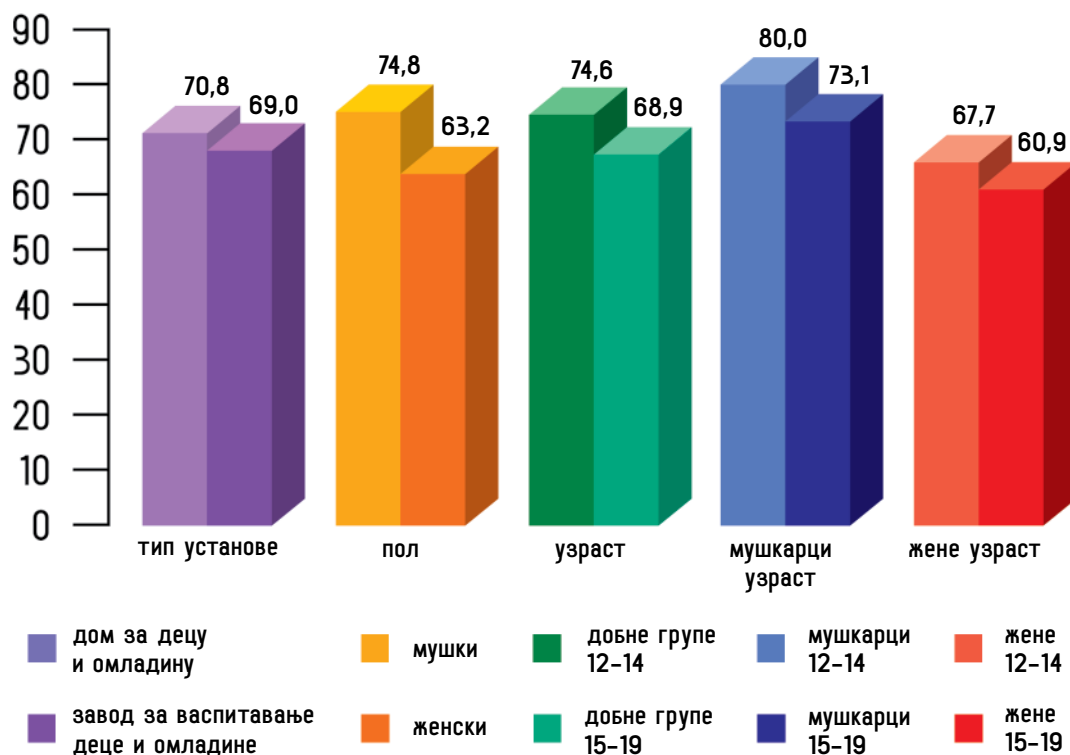
Графикон 20. Проценат деце/младих у установи који сматрају да особе инфициране HIV-ом не би требало да се мешају са осталима (изолација особа које живе са HIV-ом)



4.1.6.2 ВИКТИМИЗАЦИЈА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом

Да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то сматра 70% деце у установама социјалне заштите. Интересантно је да овога пута нема значајне разлике по узрасту, нити горе наведене тенденције по типу установе, већ се сада показује да су мушкарци значајно више оптужујући од девојака. Ово је занимљив податак за анализу, али нема довољно елемената за тумачење.

Графикон 21. Проценат деце/младих у установи који сматрају да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то (виктимизација особа које живе са HIV-ом)



Укупно гледано, деца у установама су склона дискриминишућем понашању у односу на особе које живе са HIV-ом.

Занимљиво је да за Закон против дискриминације зна око половине деце/младих испитаника у установи.

5. ЗАКЉУЧЦИ

- У многим аспектима, када се ради о ризичном сексуалном понашању, евидентно је повећање изражености ризика у односу на 2008. годину. Треба имати у виду да се структура деце у установама социјалне заштите, посебно у домовима за децу без родитељског старања, променила. Много више је деце ометене у развоју, са поремећајем понашања и израженим психичким сметњама, као и младих који су дошли на домски смештај након дужег периода живота у ризичним социјалним условима одрастања, што потенцијално доноси и веће ризике.
- Деца која су прошла едукативне програме показују значајно већи ниво знања од деце која нису прошла никакав програм нити превентивну активност. Евалуације едукативних превентивних програма, такође, недвосмислено показују да деца напредују у знању и протективном понашању, као и у смањењу ризичног понашања.
- Иако су и раније (2008. године) деца у установама предњачила у ступању у сексуални однос у поређењу са вршњацима из опште популације, за ове две претходне године бележи се још раније ступање у сексуалне односе. Имајући у виду да је узраст значајан чинилац који утиче на ризик од полно преносивих инфекција, овај податак говори о још једном виду повећања ризика.
- Генерално, деца у установама социјалне заштите се штите кондомом у свим врстама сексуалних односа/партнера чешће него 2008. године.
- Деца у заводима су под већим ризиком: имају мање знања, више дискриминишу и понашају се ризичније, чему у прилог говоре и подаци из 2008. године.
- Ризично сексуално понашање код деце млађе од 14 година је изражено у установама социјалне заштите.
- Девојке из установа социјалне заштите су одговорније према властитом здрављу од мушкараца.
- Употреба супстанци није можда драматична, бар према изјавама деце, али се примећују јасне тенденције ризичног понашања (пушење, алкохолизам, неинтравенска употреба дрога) које на посредан и одложен начин може довести до ескалације директних ризика за HIV инфекцију. Не треба сметнути с ума, и поред свега, да се ове појаве често скривају, да су друштвено прихватљиве, да постоји изражено викаријско учење (учење неког понашања од блиског одраслог, односно родитеља, рођака, хранитеља, просветног радника и васпитача, у функцији ефекта који то њихово понашање има на њих саме, да ли им доноси користи или штете).
- Живот у установи у многим аспектима, мада не увек и свим, носи

појачане ризике, најпре због оскудног и болног емоционалног искуства. Пратећи тренд збрињавања деце у хранитељске породице, никако не треба запоставити рад са том децом, јер су она исто тако лишена родитељског старања, са бројним траумама, иако нису била предмет овог истраживања.

- Из овог истраживања су искључена деца са интелектуалним дефицитом и озбиљним психичким сметњама због тешкоће да одговоре на захтеве упитничког испитивања/интервјуа. Међутим, јасно је да ова деца носе додатне ризике управо због своје смањене способности схватања и комуникације. Њихови уласци у ризичне односе све више ће бити предмет јавног освешћивања, упоредо са инклузивним процесима.

6. ПРЕПОРУКЕ

Истраживање из 2008. године је дало препоруке, које су за две године између претходног и овог истраживања реализоване у значајној мери, о чему говоре и резултати овог истраживања (2010. године):

- Организовани су адекватни превентивни програми у циљу смањења ризика од ширења HIV инфекције и других сексуално преносивих обољења. Према подацима овог истраживања, близу 70% деце/младих у установама социјалне заштите узраста од 12 до 19 година је обухваћено превентивно-едукативним програмима и активностима.
- Превентивни програми су реализовани највише у домовима за децу без родитељског старања, као и за децу у заводима за васпитање у Београду и Нишу. Није још увек начињен потпун обухват свих установа, што очигледно треба да се учини. Установе социјалне заштите за смештај особа ометених у развоју и особа са психичким сметњама, у којима су потпуно или делом збринута и деца/млади узраста 12 до 19 година, нису обухваћена овим програмима и то питање треба размотрити, јер постоје назнаке да су ту ризици једнаки или можда и већи од оних у домовима за децу без родитељског старања и заводима за васпитање.
- Незваничне анкете обављене током овог истраживања назначују да су у неке превентивне програме укључивана деца и млађег узраста од 12 година, али да се то није званично регистровало. У сваком случају, млађи адолесцентни узраст, као и узраст који претходи томе, има смисла укључивати у овакве програме.
- У многим установама деца која су одавно на смештају укључују се у превентивне програме о HIV и полно преносивим болестима.

-
- Према исказима деце и васпитача у установама социјалне заштите, укљученим у ово истраживање, нека деца су и више пута учествовала у превентивним програмима.

На основу резултата овогодишњег истраживања, можемо дати следеће препоруке:

- Едукативни превентивни програми морају бити континуирани, генерацијски и родно сензитивни. Потребно је да ти програми постану саставни део програма рада у установама социјалне заштите/школама.
- Неопходно је омогућити што више простора, кроз индивидуални саветодавни рад, групне дискусије и радионице, да деца и млади разговарају са одраслима и међусобно о сексуалности и репродуктивном здрављу. И поред тога, потребно је размислити у којој мери пуне сексуалне слободе јесу примерене адолесцентима млађим од 14 година и да ли едукативно-саветодавне активности у довољној мери умањују ризично понашање које је ово истраживање показало.
- Потребно је развити посебне видове подршке девојкама из установа социјалне заштите – непосреднији рад са девојкама у установи и подстицање посета гинекологу.
- Едукативни превентивни програми у вези HIV-а и других полно преносивих болести се већ три године примењују у установама социјалне заштите. Едукацији деце претходи обука васпитача и других стручних радника у установи, који затим са вршњачким едукаторима раде са осталом децом у дому. У складу са позитивним искуствима из установа социјалне заштите, препоручљиво је да се едукација реализује и са одраслима који о деци брину у оквиру природне или заменске породице. То ће помоћи одраслима да пренесу одговарајући модел понашања у вези заштите од полно преносивих болести деци/младима, а такође ће се ојачати за отворен разговор са децом на теме сексуалности и репродуктивног здравља.
- Организовати превентивне едукативне програме за децу која су у ризику да буду институционализована (децу злостављану и занемаривану у породици, децу из породица које живе на граници функционалности, из изразито сиромашних породица, децу са поремећајем понашања, па и ометену у развоју).
- Потребно је да се у оквиру едукативних програма или других облика едукације и информисања деце и јавности пружају конкретне информације о месту саветовања и тестирања које садрже директну демонстрацију: нпр. мапу, заједничку посету једном таквом саветовалишту. Исто тако, било би добро да се ова информација доследније и у више канала доставља деци, не само у оквиру специја-

лизованих програма и превентивним активностима него и у оквиру редовних програма и активности (домских, школских и др).

- Имајући у виду промену структуре деце у домовима, коју приказују Свеобухватни план [4] и годишњи извештаји установа социјалне заштите [5], неопходно је убудуће наћи начине да се истраже ризична и протективна понашања код деце ометене у развоју и код деце са израженим психичким сметњама, а такође и да се развију едукативно-превентивни програми који би на ефикасан начин могли да раде са овом децом.
- Такође, деца која живе у хранитељским породицама, као деца са сличним искуством као домска, а нека су и била пре породице на смештају, треба да буду укључена у оваква истраживања, јер постоји знатан број сличних ризика као и код деце у установама социјалне заштите, а често недостају превентивни програми какви постоје у установама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Центар за превенцију и контролу болести, „Епидемиолошка ситуација HIV/AIDS-а у Републици Србији у периоду 1985 – 20.11.2009. године”, Београд, 2009.
2. Институт за психологију Београд, Бора Кузмановић и сарадници, „Деца без родитељског старања”, Save the Children UK, Београд, 2002.
3. „Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом”, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2008.
4. „Свеобухватни план резиденцијалних установа социјалне заштите за децу”, радна група, Министарство рада и социјалне политике, Београд, 2009.
5. Годишњи извештаји Центра за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд, 2008, 2009, 2010.

314:[616.9:343.261-052(497.11)(083.41)

**ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА
И ФАКТОРА РИЗИКА НА НIV И ДРУГЕ
ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА
НА ИЗДРЖАВАЊУ ЗАВОДСКИХ САНКЦИЈА**

Главни истраживач и аутор текста:

Др Маја Крстић
магистар здравственог менаџмента
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Коаутори и теренски координатори:

Др сц. мед. Милена Васић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Др сц. мед. Зорица Терзић
Институт за социјалну медицину,
Медицински факултет Универзитета у Београду
Др Наташа Лочкић, магистар здравственог менаџмента
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Консултант истраживања:

Др Иван Ивановић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Кратак садржај:

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу затвореницима је KAP (Knowledge, Attitude and Practice) студија, која је спроведена са циљем да идентификује факторе ризика на HIV и ризичне облике понашања затвореника, утврди ниво знања затвореника о начину преноса и превенцији сексуалне трансмисије HIV-а, процени успешност и обухват постојећим превентивним програмима и доступност здравствене заштите за ову осетљиву популациону групу. Реализована је 2010. године, као поновљена студија пресека на репрезентативном узорку од 599 испитаника оба пола старости 18 година и више, у 16 затворских установа у Србији. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Подаци су прикупљени путем попуњавања упитника од стране испитаника. Резултати истраживања су показали да је пракса дељења шприца/игле распрострањена међу затвореницима који имају искуство са интравенским узимањем дроге (40,9%), као и мишљење да се дрога може набавити у затвору (38,4%). Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује 10,9% затвореника. Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима, присутније је код затвореника него код затвореница. Упркос бољем знању о HIV-у/AIDS-у, ризично сексуално понашање, у смислу нередовне употребе кондома са повременим партнерима, присутно је у значајно већем проценту ($p < 0,05$) код затвореница (50,0%) него код затвореника (22,7%). Знање о HIV-у/AIDS-у је задовољавајуће код 35,1% затвореника, што је више него у 2008. години (20,5%). И поред тога, дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је веома присутан у затворској популацији. Сваки шести затвореник (17%) у Србији се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци који су претходили истраживању и зна резултат тестирања. У популацији затвореника који се налазе на издржавању казне у затворима који су укључени у пројекат Министарства здравља Републике Србије „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима”, запажа се већи проценат оних који имају задовољавајући ниво знања о HIV-у/AIDS-у, као и оних затвореника који су се тестирали на HIV и који су обухваћени превентивним активностима. Знање затвореника о полним болестима је незадовољавајуће, затвореници не препознају појаву полних болести, а у ситуацијама када имају одређене симптоме и промене не јављају се лекару. Већина затвореника сматра да им је здравствена заштита доступна (лекар или гинеколог, медицинска сестра, стоматолог). Мање од трећине затвореника је задовољно односом здравствених радника према њима. Потребно је применити све водеће принципе HIV/AIDS стратегије који су усвојени на нивоу државе подједнако међу затвореницима као у општој популацији, уз дефинисање специфичних националних програма за превенцију HIV/AIDS-а у затворима.

Кључне речи: HIV, затвореници, фактори ризика, превентивни програми, здравствена заштита

SURVEY OF RISK BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG PRISONERS

Maja Krstic¹, Milena Vasic¹, Zorica Terzic², Natasa Lockic¹

Abstract:

This survey of risk behaviors and risk factors for HIV and other sexually transmitted infections among prisoners is a KAP (Knowledge, Attitude and Practice) study, which was conducted in order to identify risk factors for HIV and risky behaviors of prisoners, to determine the level of the prisoners' knowledge on ways of transmission and prevention of sexual transmission of HIV, to assess the effectiveness and scope of current prevention programs and access to health care for this vulnerable population group. It was implemented in 2010, as a repeated cross-sectional study on a representative sample of 599 respondents of both sexes aged 18 years and more, in 16 prison facilities in Serbia. The research instrument used was a specifically structured questionnaire with closed questions. Data were collected through self-administered questionnaires filled out by the respondents. The results showed that the practice of sharing a syringe/needle is prevalent among inmates who have experience with taking intravenous drugs (40.9%), as well as the opinion that the drugs can be acquired in prison (38.4%). The use of non-sterile tattoo equipment was reported by 10.9% of prisoners. Sexual intercourse with irregular partners is more common among male than female prisoners. Despite having better knowledge of HIV/AIDS, 50% of female prisoners engage in risky sexual behavior in terms of irregular use of condoms with occasional partners, which represents a significantly greater percentage ($p < 0.05$) than male prisoners (22.7%). Knowledge of HIV/AIDS is satisfactory for 35.1% of prisoners, which is higher than in 2008 (20.5%). Nevertheless, discriminatory attitudes towards HIV infected persons are present in the prison population. One sixth of prisoners (17%) in Serbia were tested for HIV in the last 12 months preceding the survey and they have been informed about their test results. Prisoners serving sentences in facilities that are involved in the HIV Prevention and Harm Reduction Services among Prisoners project implemented by the Serbian Ministry of Health have shown a higher percentage of satisfactory levels of knowledge on HIV/AIDS and a higher percentage of this population is covered by prevention activities, including testing and counselling. In general, the prisoners' knowledge about sexually transmitted diseases is unsatisfactory. The prisoners do not recognize the occurrence of sexually transmitted diseases, and in situations where they exhibit certain symptoms and manifestations, they do not visit a doctor. Most prisoners consider healthcare services (GP, gynecologist, nurse, and dentist) as accessible. Less than one third of prisoners are satisfied with the attitude of health workers towards them. It is necessary to apply all the leading principles of HIV/AIDS strategies that were adopted at the state level, both among inmates as well as in the general population, and to define specific national programs for HIV/AIDS prevention in prisons.

Key words: HIV, prisoners, risk factors, prevention programs, health care

¹ Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut

² Institute of Social Medicine, University of Belgrade, Department of Medicine

1. УВОД

HIV инфекција представља један од водећих узрока оболевања и умирања данас [1]. Са почетком XX века, системски одговор на HIV епидемију на националном нивоу постаје светски приоритет [2]. Друге полно преносиве инфекције (ППИ), првенствено хепатитис Б и Ц, генитална хламидијаза, сифилис и гонореја, имају троструки значај. Са једне стране, њихово присуство указује на учесталост незаштићеног сексуалног односа и тиме представља индиректан показатељ ризика за HIV инфекцију. Са друге стране, неке од њих су узрочници хроничних обољења са могућим леталним исходом (хепатитис Б и Ц), или релативно често доводе до компликација (генитална хламидијаза). Посебан значај HIV-а и других ППИ лежи у чињеници да неке од њих могу да се шире различитим путевима.

Национална стратегија за борбу против HIV-а/AIDS-а 2005–2010. године Владе Републике Србије (Национална стратегија) дефинисала је неколико субпопулација посебно осетљивих на HIV. Међу њима су и лица на издржавању заводских санкција (затвореници/е) [3].

Према Годишњем извештају Управе за извршење заводских санкција у Србији је у 2007. години међу лицима лишеним слободе било укупно регистровано: 27 HIV позитивних особа, 6580 наркомана и 1560 алкохоличара [4].

Студија која се бави ризиком на HIV међу затвореницима/ама је први пут рађена 2007/2008. године, као почетно (baseline) бихевиорално истраживање [5]. Општи циљеви овог истраживања били су: правовремено идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања, процена успешности и обухвата ових групација постојећим превентивним програмима, процена доступности здравствене заштите, као и квалитет постојећих програма подршке. Истраживање се такође бавило и социокултурним и политичко-економским контекстом у којем ове групације живе [6], са проценом нивоа стигматизације и дискриминације у односу на идентификоване групације становништва. Осим овог истраживања, до сада су у Србији спроведене две студије које су се бавиле сагледавањем затворских услова за омогућавање квалитетног живота затвореника [7, 8] и једна која се бавила испитивањем здравља, одређених фактора ризика и квалитета живота затвореника и запослених у затворима [9], али се ниједна од њих није бавила бихевиоралним аспектима HIV-а везаним за затворенике.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена фактора ризика који могу утицати на специфичну осетљивост на HIV и друге ППИ у популацији затвореника у Србији.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања су:

- добијање индикатора о знању начина преноса и превенције сексуалне трансмисије HIV-а,
- добијање индикатора о заступљености ризичног понашања,
- постављање основе за планирање конкретних мера и активности за израду одређених програма везаних за превенцију HIV-а и других ППИ у затворима,
- идентификовање приоритетних проблема и постављање основе за реализацију одговарајућих стратегија, мера и активности за унапређење здравља и здравствене заштите затвореника,
- изградња капацитета у јавноздравственим институцијама за спровођење друге генерације надзора над HIV инфекцијама.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

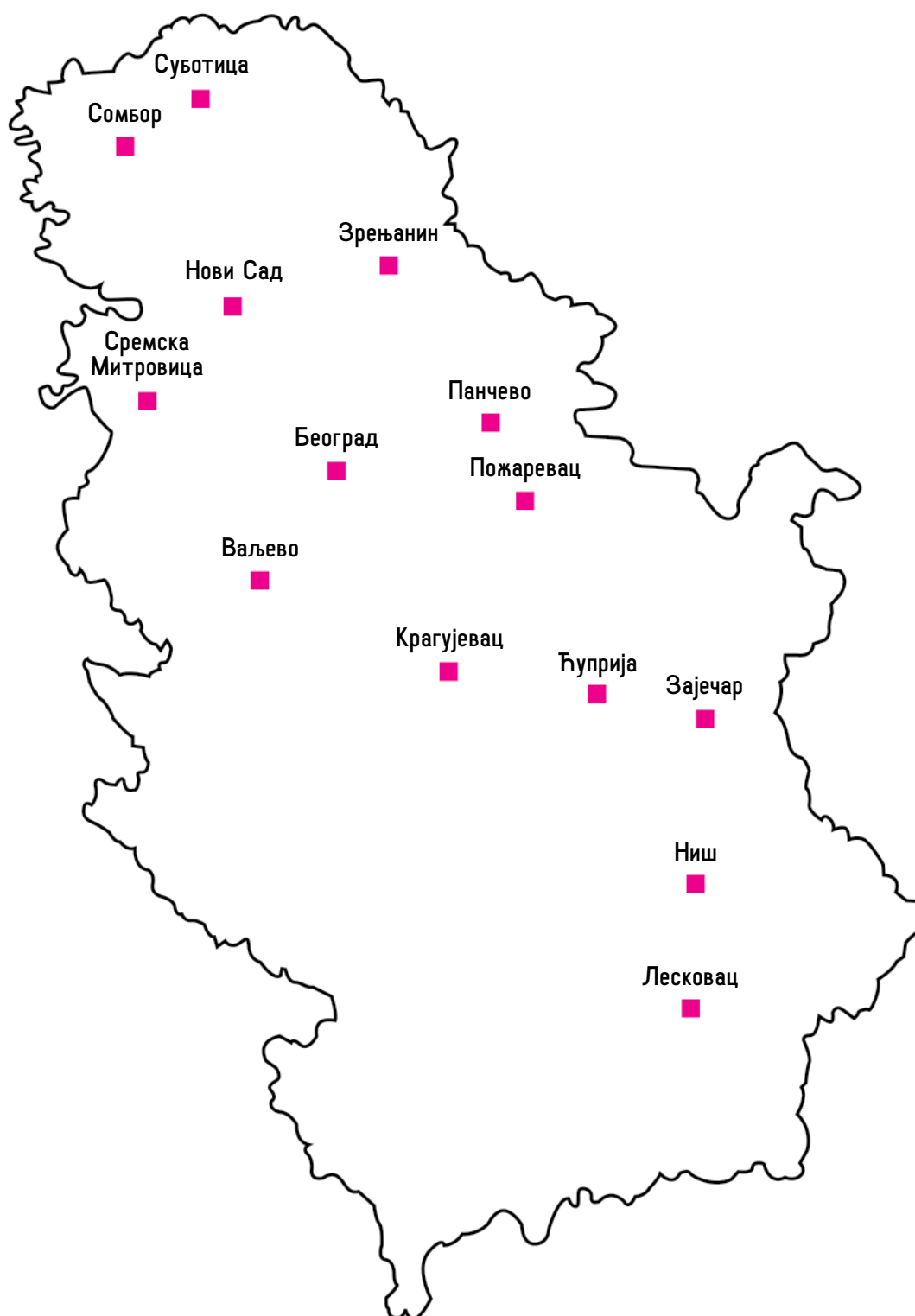
3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге ППИ међу особама на издржавању заводских санкција је студија пресека бихевиоралног карактера, спроведена на репрезентативном узорку затвореника/ца.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Истраживање је спроведено на укупно 14 географских локација (града, општина) на којима се налази 16 установа за извршење заводских санкција (мапа 1).

Мапа 1. Локације на којима је истраживање реализовано



3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у периоду од јануара до јуна 2010. године у три фазе: припремна фаза, фаза спровођења истраживања на терену и фаза евалуације.

Припремна фаза је трајала од 1. јануара до 10. марта 2010. године. Укључила је израду протокола студије, његово усвајање, избор чланова истраживачког тима, припрему, организацију и спровођење тренинга, неопходне интерне и екстерне консултативне састанке, одређивање оквира популације, селекцију испитаника, креирање упитника за затворенике и затворенице и штампање упитника.

Фаза спровођења истраживања на терену је трајала од 12. до 30. марта 2010. године. У оквиру фазе истраживања на терену континуирано је спровођен дневни, недељни и интервентни мониторинг, унос података и одржавани су консултативни састанци у циљу превазилажења потенцијалних проблема.

Фаза евалуације трајала је од 1. априла до 30. јуна 2010. године. У овој фази спроведена је завршна евалуација, контрола, обрада и анализа података, писање предфиналног извештаја, писање финалног извештаја и његова дисеминација.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Циљна популација су затвореници у установама за извршење заводских санкција.

Истраживањем су обухваћени затвореници оба пола, узраста 18 година и више који су последња три месеца провели у установама за извршење заводских санкција због изречене казне затвора.

Популација која је обухваћена истраживањем не покрива у потпуности циљну популацију. Следеће категорије су искључене:

- притворена лица, односно лица против којих је кривични поступак у току,
- прекршајно кажњена лица због кратког времена боравка у установама, и
- лица смештена у специјализоване установе због извршења мера безбедности обавезног лечења и чувања.

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

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.

Узорачки оквир чине све установе за извршење заводских санкција на територији Републике Србије.

Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена изабран је број испитаника који ће обезбедити потребну величину узорка израчунату применом формуле:

$$N = (4(Z\alpha)^2 P (1-P) / w^2)$$

где је

$Z\alpha$ – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења $Z\alpha$ износи 1,96);

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (проценат испитаника који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а – резултати истраживања спроведеног на популацији затвореника 2007/2008. су показали да 20,5% препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а);

w – ширина за границе грешке за узорак особа на издржавању затворске казне је +/- 3,5% тј. 0,07.

Приликом израчунавања величине узорка поред наведене формуле, узет је у обзир и претпостављени проценат неодржава до 15%.

Величина узорка израчуната на овај начин износи 562 особе које су на издржавању казне затвора, а просечна величина кластера за ово истраживање је процењена на 35 особа. Међутим, како је у стратумима казнено-поправни завод за жене и казнено-поправни завод за малолетнике само по једна установа, да би се добиле поуздане оцене индикатора за ниво ових стратума, урађено је преузорковање (oversampling). Овим је процењена минимална величина узорка од 70 испитаника по стратуму. Приликом одређивања величине узорка у обзир је узето и време које је потребно истраживачима да заврше анкетирање у једној установи у току једног дана. Тиме је финална величина планираног узорка износила 630, а укупан број испитаника досегнутих истраживањем је 599 (табела 1).

Табела 1. Величина планираног и досегнутог узорка према стратумима

Република Србија		Број установа	Број одабраних кластера у узорку	Број испитаника у стратуму	
				планиран	досегнут
Врста установе	КПЗ затвореног типа	3	3	105	111
	КПЗ отвореног типа	4	3	105	105
	Окружни затвор	17	8	280	245
	КПЗ за жене	1	1	70	69
	КПЗ за малолетнике	1	1	70	69
Укупно		26	16	630	599

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

Критеријуми за укључивање у истраживање испитаника на издржавању казне затвора су били:

- узраст (18 година и више) и
- дужина боравака 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.

3.1.7 УПИТНИЦИ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа, дизајниран на основу сличних истраживања спроведених код нас и у другим земљама. Креирана су два типа упитника, Упитник за мушкарце на издржавању казне затвора (54 питања) и Упитник за жене на издржавању казне затвора који је

укључио два додатна питања везана за репродуктивно здравље жена (56 питања).

Упитник је укључио питања неопходна за добијање индикатора 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 у вези са ризицима на HIV и друге ППИ.

3.1.8 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању је велика пажња посвећена етичким питањима. Ово је посебно значајно због тога што су субјекти истраживања особе које припадају вулнерабилној и посебно вулнерабилној популацији. Разумевање те популације као и фактора ризика са њом повезаних етичко је питање само за себе, које је захтевало пуни опрез и високи професионализам.

Пре укључивања у истраживање, сваки испитаник је добио усмено објашњење и писану информацију. Ова информација је садржала све податке од значаја за давање информисане сагласности за укључивање у истраживање (значај спровођења, разлози спровођења, поверљивост, анонимност анкете, могућност одустајања, као и начин и сврха коришћења добијених резултата). Сваки испитаник је дао усмену сагласност, коју је својим потписом гарантовао теренски истраживач.

Потпуна анонимност података је била наглашена, а имена учесника нису регистрована нигде током спровођења истраживања.

Учешће у истраживању је било добровољно за све испитанике и сваки испитаник је могао у било којој фази анкетирања да прекине учешће, за шта није сносио никакве последице. Сви подаци добијени током анкетирања користе се само за потребе истраживања. Чланови истраживачких тимова су едуковани о етичким аспектима истраживања и тренирани за адекватан приступ испитаницима.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

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 попуњавања 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. Попуњавање упитника трајало је 45 минута.

3.2.2 ПРОБЛЕМИ И ПРЕПРЕКЕ У РАДУ

У току истраживачког процеса на терену установљено је да је много ефикасније и примереније попуњавање упитника спроводити у више мањих група испитаника, било у исто време у различитим просторијама, или у различито време, односно редом једна група за другом. Спровођењем истраживања у једној групи у којој су се налазили сви испитаници било је тешко одржати тишину неопходну за концентрацију испитаника. У том случају је било потребно присуство већег броја теренских истраживача ради благовременог давања потребних објашњења.

3.3 ОБРАДА

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

За унос података израђена је посебна апликација са предвиђеним логичким 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 је био добијање чисте, уређене базе података. Циљ финалне обраде података је био да обезбеди анализу података и да направи табеле индикатора истраживања. Финална обрада података укључује следеће кораке: повезивање база података из свих кластера у једну базу података, преношење података у SPSS 12.0 софтвер, прекодирање променљивих варијабли ради упрошћавања анализе и припрему потребних табела за анализу резултата.

За статистичку анализу података коришћен је стандардни статистички пакет (SPSS 12.0). Подаци добијени бихевиоралним упитником анализирани су дисагрегацијом у односу на сваки тип установе за извршење заводских санкција, пол и старост испитаника. У делу извештаја који се односи на резултате анализе националних и кључних индикатора истраживања описани су само резултати код којих постоји статистички значајна разлика ($p < 0,05$) у оквиру различитих категорија/стандардних обележја. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења од 95%. Статистички значајна разлика за ниво поверења 95% значи да смо 95% сигурни да одступање које је уочено на узорку, постоји и у циљној популацији.

Сви индикатори истраживања представљени су и анализирани у формату који се захтева Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију Републике Србије [10].

3.3.2 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Варијабле које се односе на испитанике покривају следеће области: демографске карактеристике и социо-економски статус, процена здравља и знања о здрављу, навике и понашање (коришћење психоактивних

супстанци, сексуално понашање, знање о HIV-у/AIDS-у) и коришћење здравствене заштите у току издржавања казне затвора.

Исходишне варијабле су: заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу (сексуални односи у току издржавања казне затвора, тип партнера, доследност употребе кондома са различитим сексуалним партнерима); заступљеност употребе психоактивних супстанци и ризична пракса; здравствено стање и доступност здравствених услуга (брига о здрављу, оболевање, коришћење здравствене заштите).

Предиктор варијабле су: демографске карактеристике (пол, године, образовање); сексуална пракса (тип партнера, доследност употребе кондома са различитим партнерима); искуство са употребом психоактивних супстанци, доступност и употреба психоактивних супстанци у затвору; информисаност о HIV-у/AIDS-у (знање, искуство, тестирање, ставови); приступачност здравствених услуга и програма (информисаност, доступност).

Национални индикатори су дефинисани Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију Републике Србије [10]:

- ИМП5 (ЗАТ) – проценат особа на издржавању кривичних санкција који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор),
- ИМП11 (ЗАТ) – проценат особа на издржавању кривичних санкција обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци (композитни индикатор),
- ИМП12 (ЗАТ) – проценат особа на издржавању кривичних санкција које су се тестирале на HIV у протеклих 12 месеци и који знају резултат тестирања (композитни индикатор) и
- ИМП13 (ЗАТ) – проценат особа на издржавању кривичних санкција које су пријавиле да су користиле кондом приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

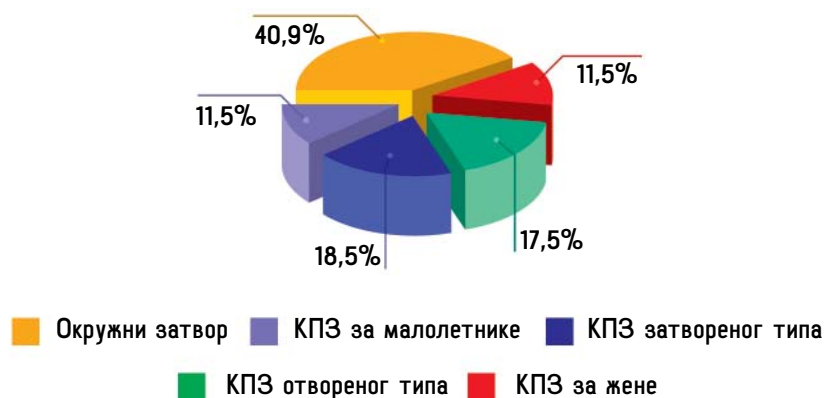
У овом делу који се односи на анализу националних и кључних индикатора истраживања посебно су наглашени резултати код којих постоји статистички значајна разлика ($p < 0,05$) у оквиру различитих категорија/стандардних обележја.

4.1 ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

У истраживању је укупно анкетирано 599 особа узраста 18 и више година (69 жена и 530 мушкараца) које се налазе на извршењу казне за-

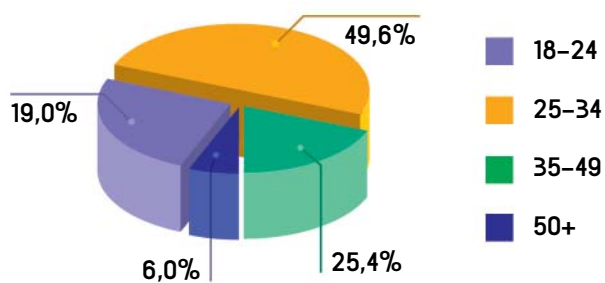
твора у Србији. Највиши проценат испитаника у истраживању био је на издржавању казне затвора у окружном затвору што је у складу са реалном ситуацијом на терену (графикон 1).

Графикон 1. Проценат испитаника према месту извршења затворске казне

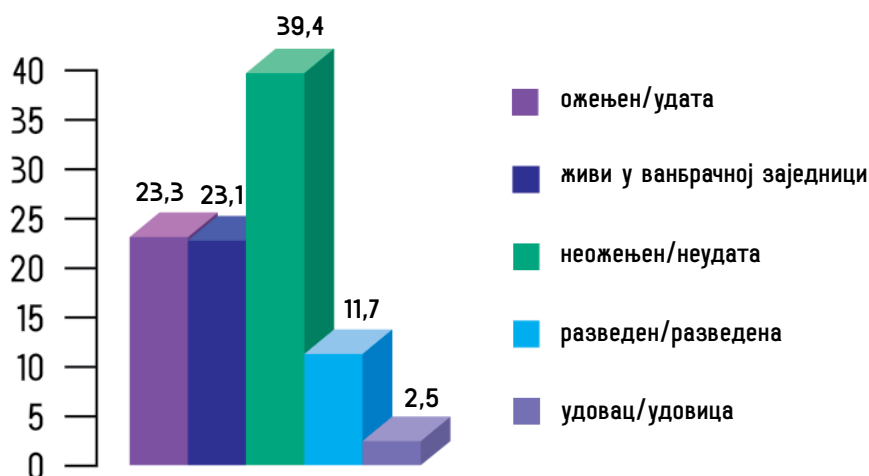


На основу социо-демографских карактеристика (графикони 2–4) профил испитаника у овом истраживању се може описати као: незапослен, неожењен мушкарац 32 године старости са завршеном средњом школом.

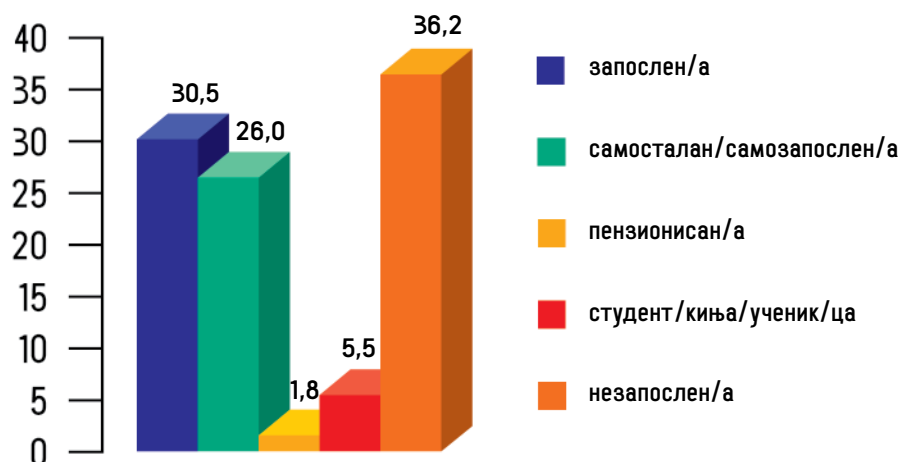
Графикон 2. Проценат испитаника према добним групама



Графикон 3. Проценат испитаника према брачном статусу



Графикон 4. Проценат испитаника према радном статусу пре доласка у затворску установу



Од укупног броја испитаника 86,1% су Срби, затим следе Роми (3,8%), Мађари (2,3%), док се 1,8% није изјаснило у вези националне припадности. Пре доласка у затворску установу 79,7% испитаника је живело у градској средини. Највише испитаника имало је завршену средњу школу (59,5%), док је у групи без образовања, односно са непотпуном основном или основном школом било 28,8%. Скоро сваки дванаести испитаник је имао вишу/високу школску спрему. Испитаници су осуђени у просеку на три године затвора, а највиши проценат испитаника је извршење казне затвора започео 2009. и 2008. године (79,5%).

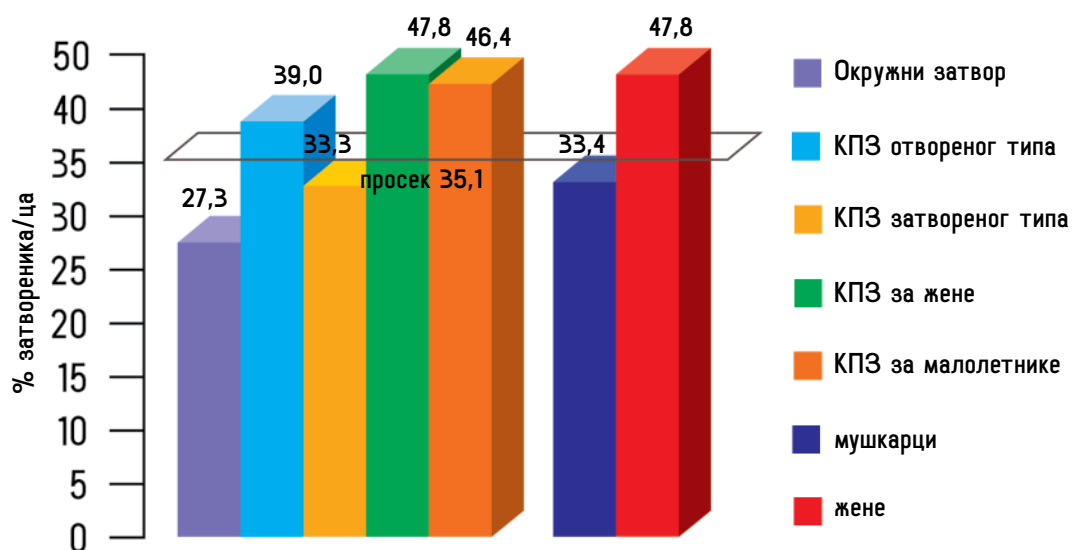
4.2 ЗНАЊЕ О HIV-у/AIDS-у

За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна 95,8% затворске популације у Србији, што је више него 2008. године када је то потврдило 90,6% испитаника. Знатно мањи проценат затвореника/ца (91,2%) који зна за постојање HIV вируса налази се у групи најмлађих (18-24 године).

Са друге стране, само 35,1% затворске популације има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да могу правилно да идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (знају да се могу заштитити од инфицирања HIV-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге partnere, као и правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа) и истовремено препознају заблуде везане за трансмисију HIV-а (знају да особа која изгледа здрава може бити носилац HIV-а, да се сида не може добити ако се дели храна са инфицираном особом, нити ако се живи или ради са инфицираном особом). Овај национални индикатор показује значајно вишу вредност у односу на 2008. годину када је износио 20,5%.

Запажа се да жене у значајно већем проценту (47,8%) имају довољно стеченог знања, као и осуђеници у КПЗ за малолетнике (46,4%) (графикон 5).

Графикон 5. Проценат затвореника/ца који правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а према типу затвора и полу

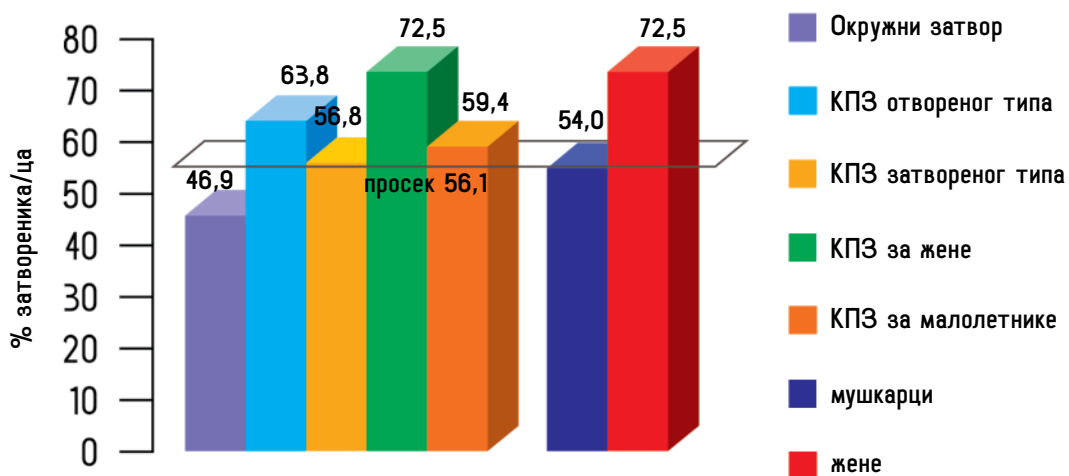


Ово истраживање је потврдило да превентивни програми, у смислу едукације затвореника на тему HIV-а/AIDS-а, резултују бољим знањем затвореника/ца. Наиме, значајно већи проценат затвореника/ца (51,1%)

који је показао да има довољно знања о HIV-у/AIDS-у налази се у групи оних који су у последњих 12 месеци који су претходили истраживању присуствовали неком од таквих предавања. Такође, посматрајући затворенике/це у односу на то да ли се налазе на издржавању затворске казне у затворима који су укључени у пројекат Министарства здравља „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11], запажа се да је баш код тих затвореника/ца проценат оних који имају довољно знања о HIV-у/AIDS-у значајно виши (38,2%).

Скоро три четвртине затворске популације (74,0%) зна да се може заштити од инфицирања HIV-ом ако има само једног сексуалног партнера који није заражен и нема друге партнере. Правилну употребу кондома као начин превенције ширења HIV инфекције препознаје 84,3% затвореника/ца и то значајно мањи проценат (76,3%) млађих затвореника (18–24 године) у односу на остале. Нешто мање од четири петине затворске популације (77,8%) зна да особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом. Да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом зна 56,1% затвореника/ца и то значајно мање мушкараца и осуђеника у окружним затворима (графикон 6).

Графикон 6. Проценат затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом, према типу затвора и полу



Сваки/а други/а затвореник/ца (52,6%) зна да се особа не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом. И овде се запажа да је проценат жена са адекватним знањем већи у односу на мушкараце (65,2% према 50,9%).

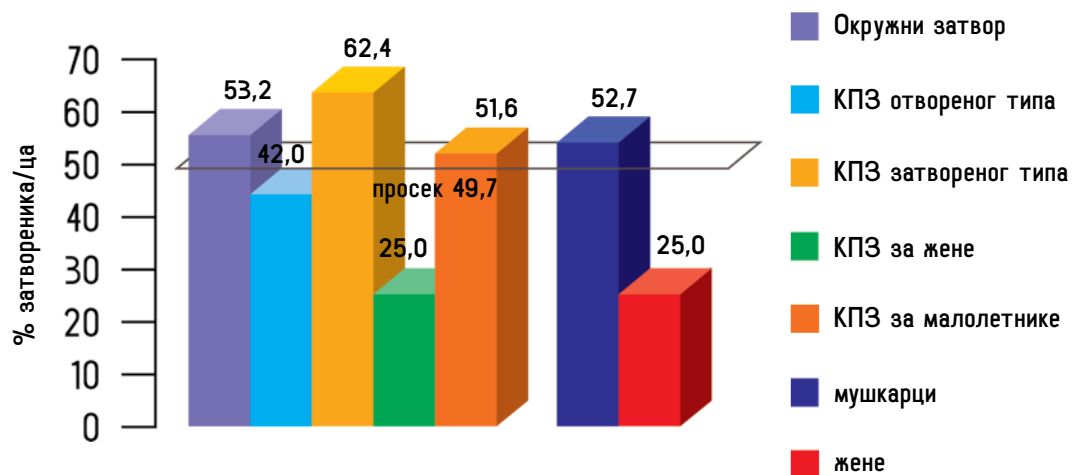
Разлике у знању испитаника у односу на резултате истраживања у 2008. години су приказане у табели 2, где се запажа пораст знања затвореника/ца.

Табела 2. Знање затвореника/ца о о HIV-у/AIDS-у, 2010. и 2008. година

ЗНАЊЕ	2010. година	2008. година
Упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	74,0%	60,3%
Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	76,3%	78,0%
Особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом	77,8%	71,5%
Особа се не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом	56,1%	50,2%
Особа се не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	52,6%	47,5%

Јасну дискриминаторну поруку шаље 49,7% затвореника/ца који изјављују да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, односно да не би требало нигде да се мешају са осталима. Мушкарци и затвореници у затворима затвореног типа у значајно већем проценту сматрају да је оправдана изолација особа које живе са HIV-ом (графикон 7).

Графикон 7. Проценат затвореника/ца који сматра да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, према типу затвора и полу

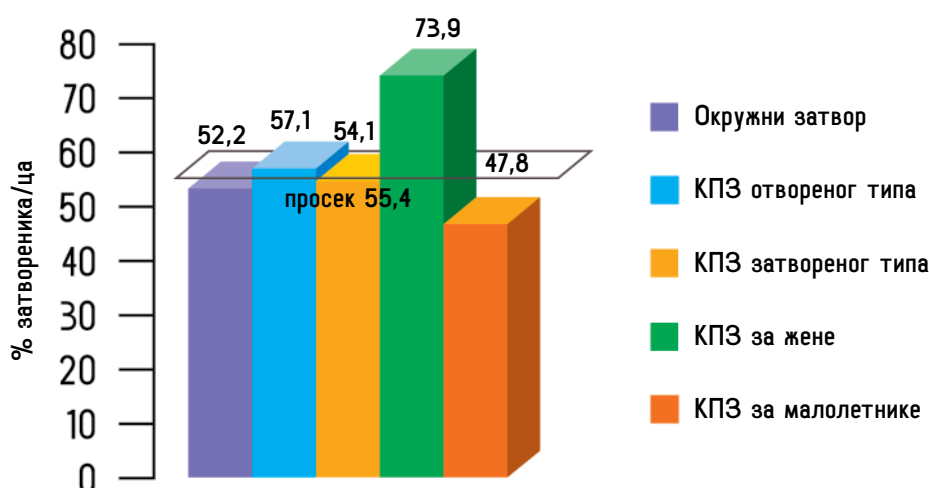


Став који говори у прилог виктимизације HIV позитивних особа испољава три петине затворске популације (59,6%) која сматра да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то.

Што се тиче места где се може саветовати и тестирати на HIV, за њихово постојање зна нешто више од половине затворске популације (55,4%). И у овом случају то знање је заступљеније код жена (73,9%), док је најмање заступљено код осуђеника у КПЗ за малолетнике (47,8%) (графикон 8).

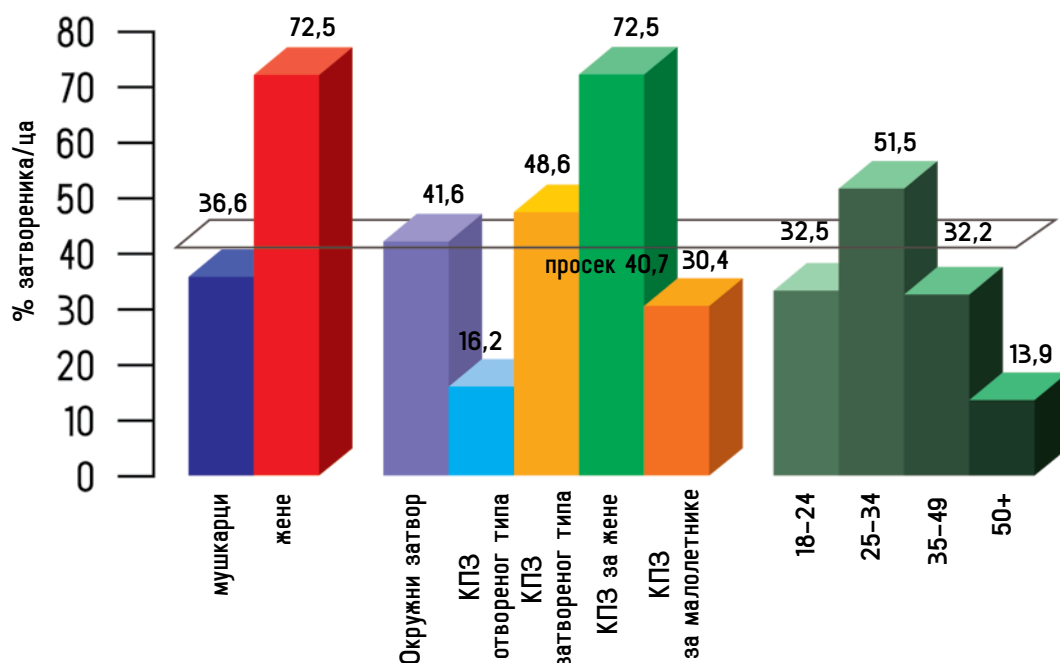
Проценат затвореника/ца који зна где се може тестирати на HIV мањи је у односу на 2008. годину када је износио 60,3%.

Графикон 8. Проценат затвореника/ца који зна где се може тестирати на HIV, према типу затвора



Две петине затворске популације у Србији (40,7%) се тестирало на HIV што је значајно више у односу на 2008. годину када је било укупно 29,0% тестираних затвореника/ца. Проценат тестираних на HIV значајно је већи код затвореника/ца доби од 25 до 34 године (51,5%). Такође се бележи значајно више тестираних у КПЗ за жене (72,5%), док је најмањи проценат тестираних у затворима отвореног типа (16,2%) (графикон 9).

Графикон 9. Проценат затвореника/ца који се тестирао на HIV, према полу, типу затвора, и добним групама

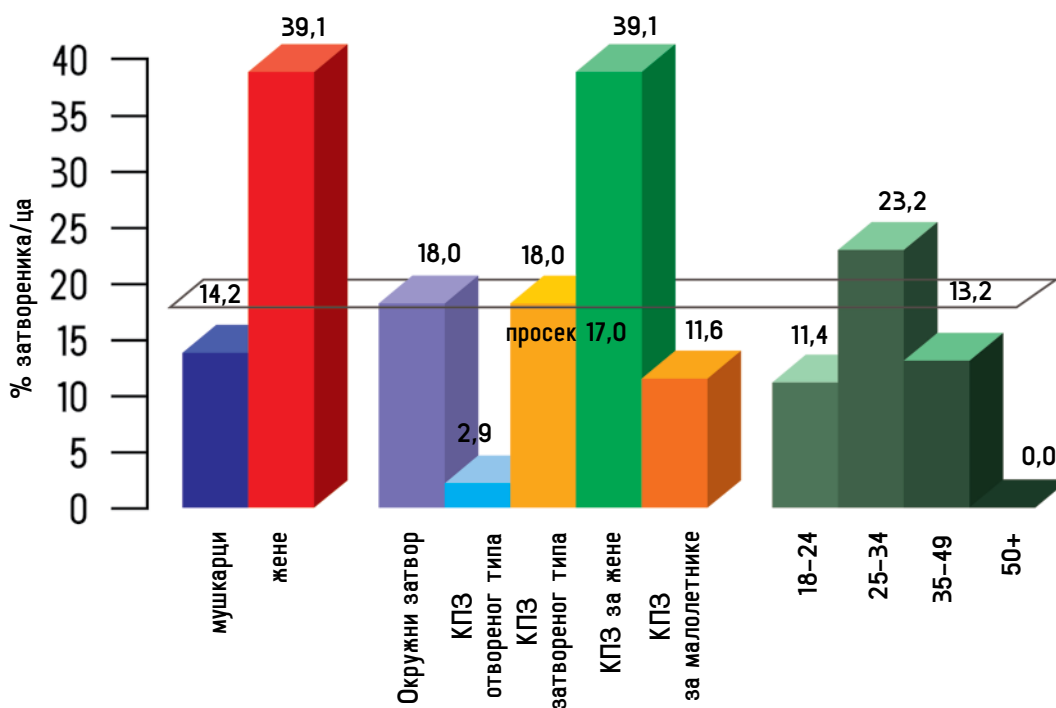


И овај показатељ јасно потврђује утицај превентивних активности на свест и понашање осуђеника. Наиме, већи број тестираних затвореника/ца (71,7%) је забележен у оним затворским установама у којима се спроводи пројекат „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11].

У протеклих 12 месеци који су претходили истраживању на HIV се тестирао и зна резултат тестирања сваки шести затвореник/ца (17,0%). Проценат тестираних на HIV у протеклих 12 месеци који знају резултат тестирања значајно је виши у женској популацији (39,1%), као и у добној групи 25-34 године (23,2%) (графикон 10). И у овом случају је вредност наведеног националног показатеља значајно већа код затвореника/ца који се налазе на извршењу заводских санкција у установама у којима се спроводи пројекат „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” (20,6%) [11].

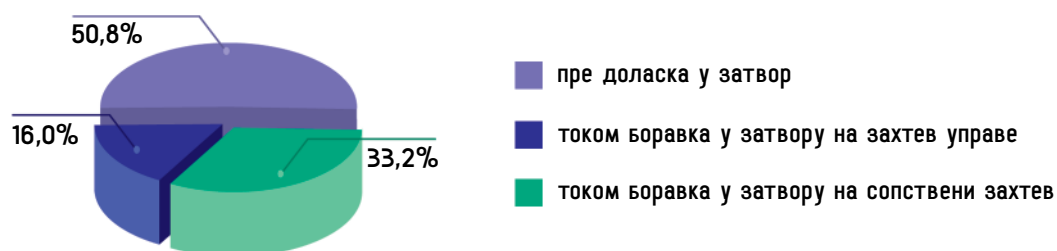
У односу на 2008. годину, када је проценат затвореника/ца који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултат тестирања износио 13,8%, запажа се пораст вредности овог показатеља.

Графикон 10. Проценат затвореника/ца који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултате тестирања, према полу, типу затвора, и добним групама



На пораст свести у односу на HIV ризике указује податак да је једна трећина (33,2%) затвореника/ца обавила тестирање на HIV на сопствени захтев током боравка у затвору (графикон 11).

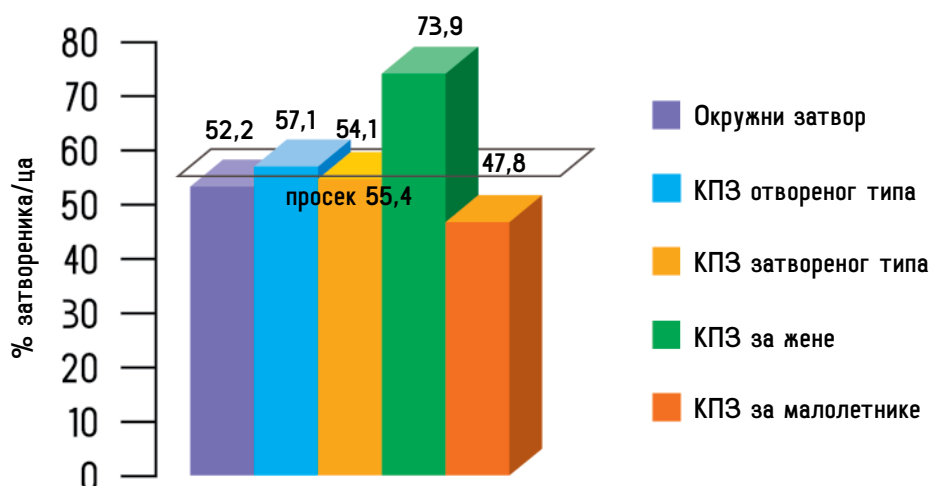
Графикон 11. Проценат затвореника/ца према месту последњег тестирања на HIV



Покривеност превентивним програмима је у овом истраживању мерена бројем затвореника/ца који знају где се могу саветовати и тестирати на HIV, који су у последњих 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV и бесплатно добили кондом од стране лекара или другог

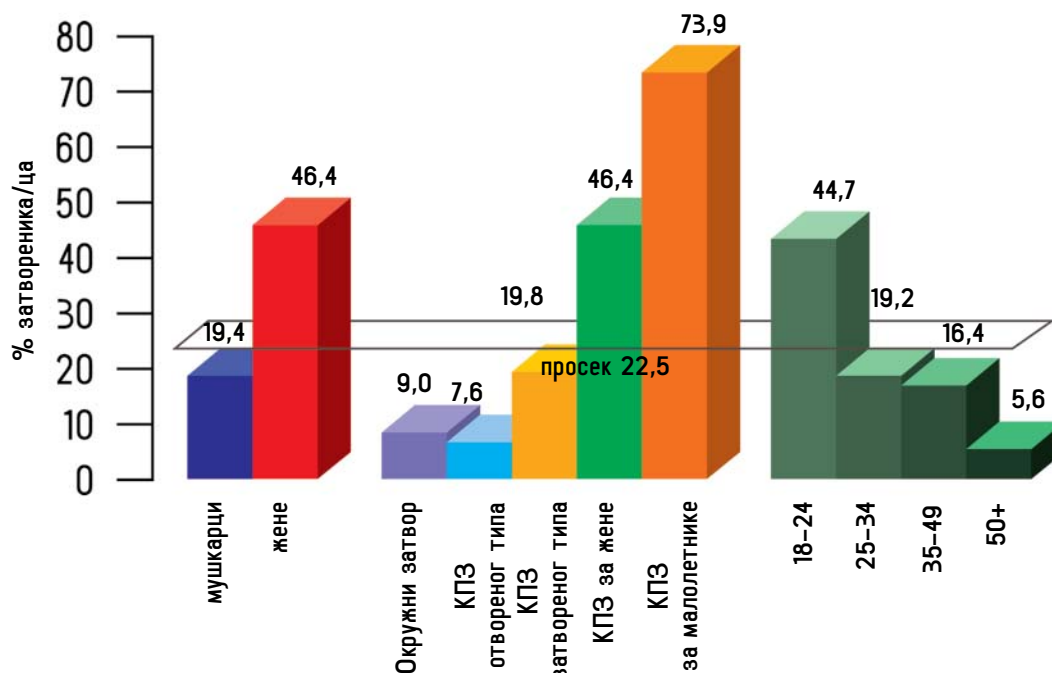
особља у затвору и износи свега 0,8%. Ипак, анализирајући посебно сваку од превентивних активности, добија се другачија слика. Више од половине (55,4%) затворске популације зна за место на коме се могу саветовати и тестирати на HIV, а тај проценат је значајно већи у КПЗ за жене (73,9%) (графикон 12).

Графикон 12. Проценат затвореника/ца који знају где се могу саветовати и тестирати на HIV, према типу затвора



Предавању везаном за HIV је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању присуствовало 22,5% затвореника/ца, значајно више (33,4%) у затворима у којима се спроводи пројекат „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11]. У исто време, предавањима везаним за HIV су значајно више присуствовале жене (46,4%), затвореници/це у добној групи 18–24 године (44,7%), као и они у КПЗ за малолетнике (73,9%) (графикон 13).

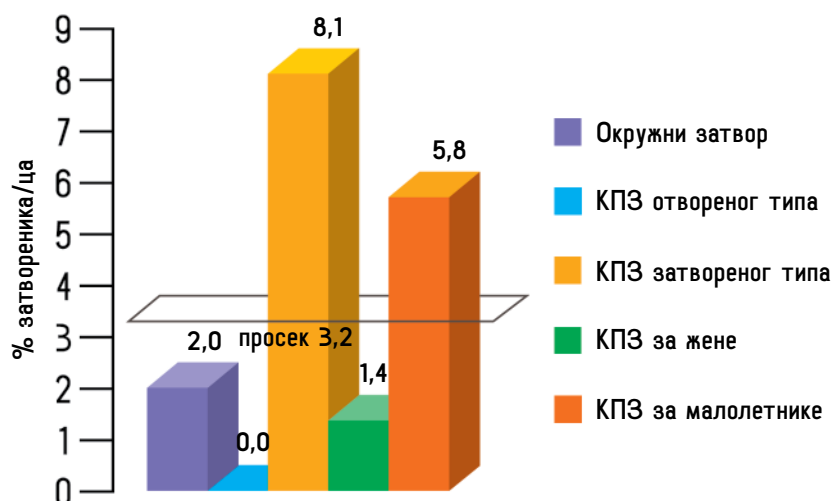
Графикон 13. Проценат затвореника/ца који су у последњих 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV према полу, типу затвора и добним групама



У последњих 12 месеци који су претходили истраживању 3,2% затворске популације је бесплатно добило кондом од стране лекара или другог особља у затвору. Сходно Закону о извршењу кривичних санкција [12], дистрибуција кодома у затворском окружењу је могућа само приликом слободних посета, одлазака на викенд (тамо где је то допуштено) и приликом напуштања затворске установе, тако да не изненађује овако низак обухват осуђеника добијен у истраживању. Највећи проценат затвореника који је бесплатно добио кондом бележи се у КПЗ затвореног типа (8,1%) (графикон 14).

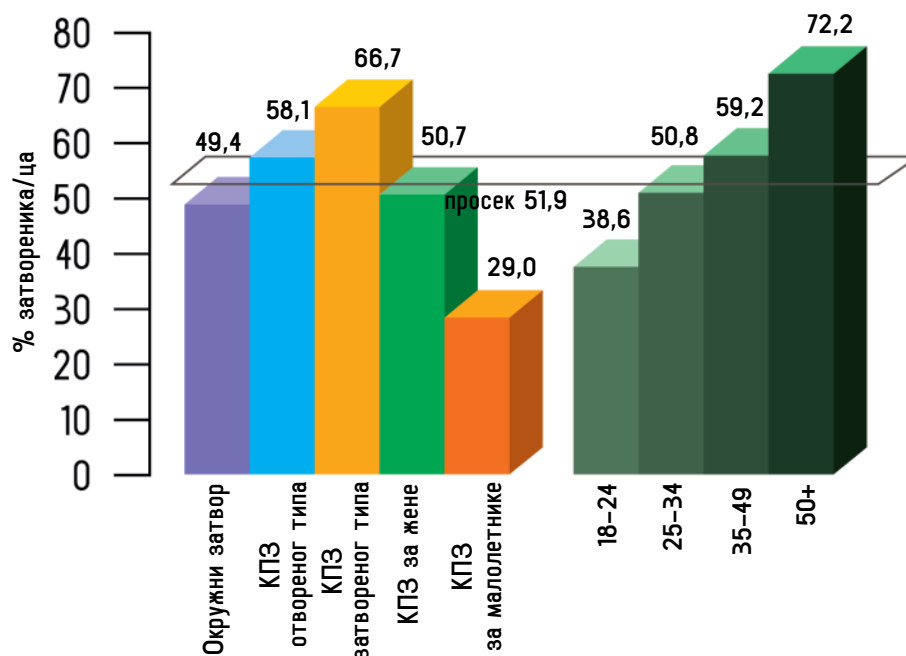
И у овом случају проценат затвореника/ца који су покривени наведеном превентивном активношћу је значајно виши (4,7%) у оним затворским установама у којима се спроводи пројекат „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11].

Графикон 14. Проценат затвореника/ца који су у последњих 12 месеци бесплатно добили кондом од стране лекара или другог особља у затвору, према типу затвора



Са постојањем Закона о забрани дискриминације [13] у Србији је упознато нешто више од половине (51,9%) затворске популације. Највећи проценат затвореника/ца који знају да је у Србији усвојен Закон о забрани дискриминације је у популацији старијих од 50 година (72,2%) и у КПЗ затвореног типа (66,7%) (графикон 15). Међутим, тек сваки седми затвореник/ца (14,0%) сматра да ће Закон о забрани доскриминације променити нешто у њиховом положају.

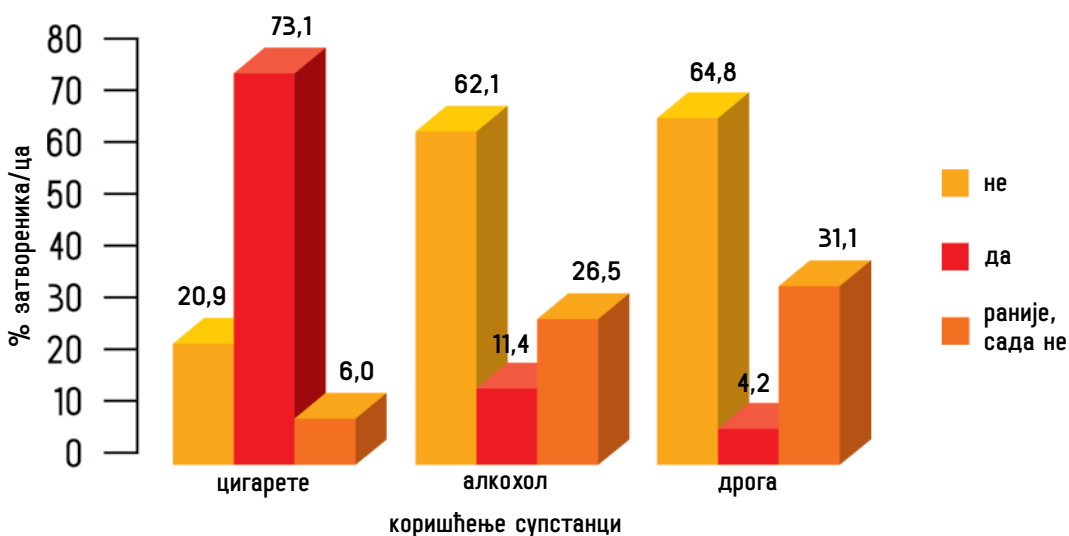
Графикон 15. Проценат затвореника/ца који знају да је донет Закон о забрани дискриминације, ппрема типу затвора и добним групама



4.3 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И ФАКТОРИ РИЗИКА

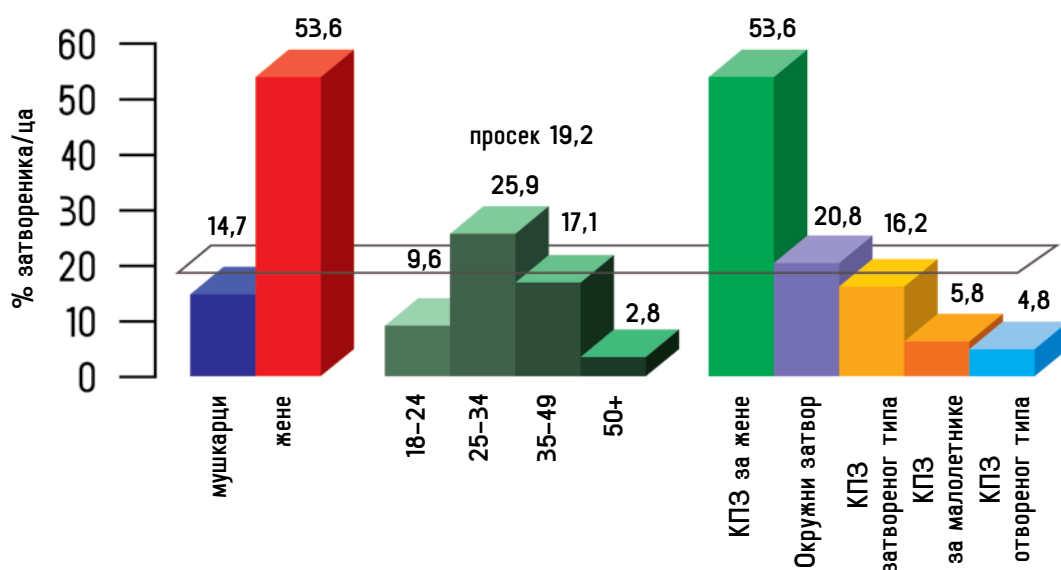
Од укупног броја затвореника у Србији 73,1% су пушачи, сваки десети конзумира алкохол, а једна трећина затвореника/ца (35,3%) изјављује да има искуства са употребом дрога (графикон 16).

Графикон 16. Коришћење цигарета, алкохола и дрога међу затвореницима/ама



Искуство са интравенским узимањем дроге, према сопственој изјави, има 19,2% затвореника/ца. Значајно више инјектирајућих корисника дрога (ИКД) је међу женама (53,6%) него мушкарцима (14,7%), као и у старосној групи 25–34 године (25,9%) (графикон 17). Проценат затвореника/ца који је изјавио да је интравенски узимао дрогу је виши у односу на 2008. годину (13,8%).

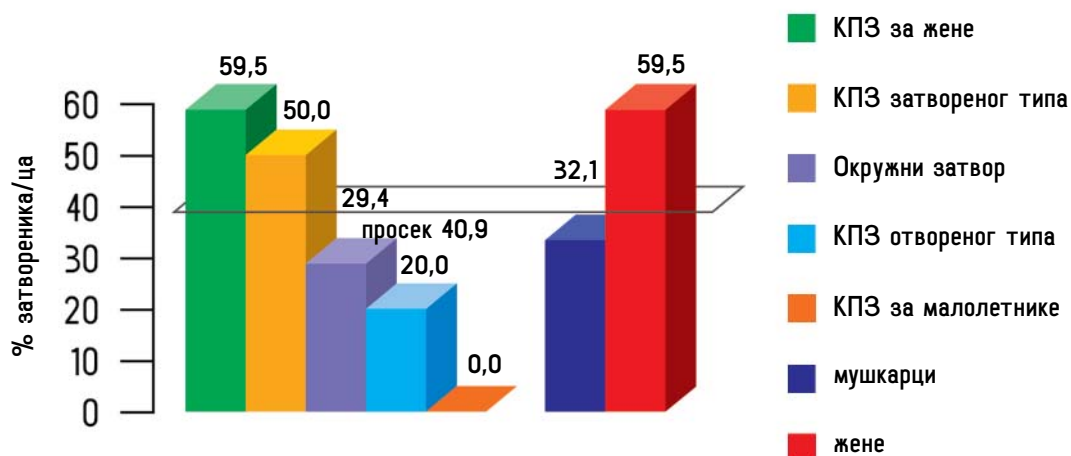
Графикон 17. Проценат затвореника/ца који је интравенски узимао дрогу, према полу, добним групама и типу затворске установе



Затвореници/е који имају искуство са интравенским коришћењем дрога су такво искуство стекли у просеку у 21. години живота (најраније са 13, а најкасније са 35), а њих 2,7% је први пут узело дрогу у затвору. У последњих годину дана дрогу је интравенски узело 15,8% ИКД.

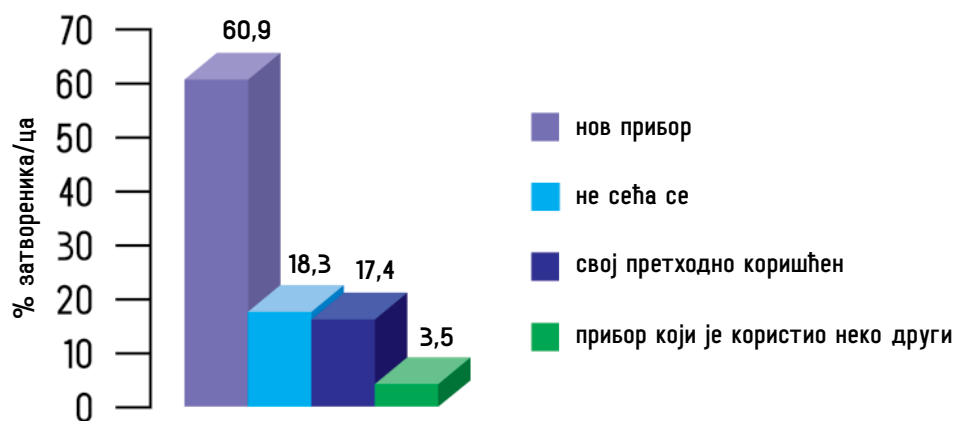
Ризично понашање у смислу дељења прибора за убризгавање дроге са још неким током доасадашњег интравенског коришћења дроге је пријавило 40,9% ИКД, значајно више жена (59,5%) него мушкараца (32,1%) (графикон 18).

Графикон 18. Проценат ИКД који је делио шприц/иглу, према типу затворске установе и полу



И поред тога што је мали број ИКД (3,5%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава чињеница да се скоро сваки пети ИКД (18,3%) не сећа какав је прибор користио (графикон 19).

Графикон 19. Прибор коришћен приликом последњег убризгавања дроге



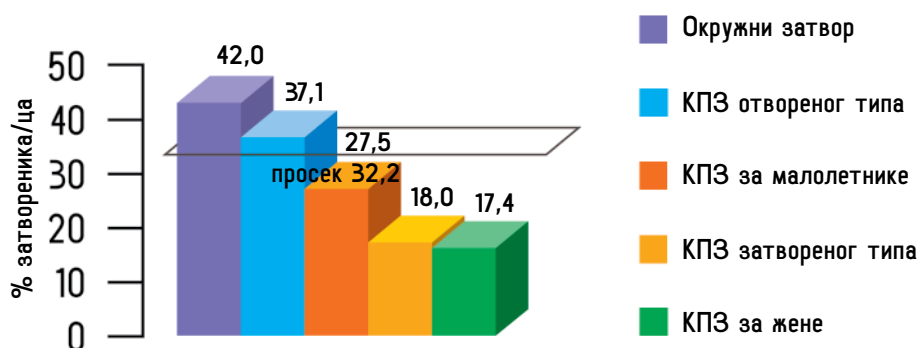
Могућност набавке дроге у затвору потврђује 38,4% затвореника/ца у Србији, што је скоро исти проценат као и 2008. године (41,6%).

Скоро сваки други затвореник/ца у Србији (49,1%) има тетоважу. Од укупног броја затвореника/ца који су се тетовирали, у затвору се тетовирало 21,4%. Код 10,9% тетовираних затвореника/ца приликом тетовирања није коришћена стерилна игла. Иако је тај проценат мањи него 2008. године (14,7%), не треба занемарити податак да се 10,6% затвореника/ца не сећа каква је игла коришћена приликом тетовирања.

Око три петине лица (61,8%) која се налазе на извршењу казне затвора има сталног партнера (особу ван затвора са којом живи у брачној/ ванбрачној заједници). Од тог броја 82,4% је имало сексуалне односе са сталним партнером у току 12 месеци који су претходили истраживању. Проценат је значајно већи код мушкараца (84,0%) и затвореника у КПЗ отвореног типа (92,6%). Приликом сексуалног односа са сталним партнером кондом је увек користило 8,9% затвореника/ца, повремено 25,7%, а никада 65,4%.

Са друге стране, скоро сваки трећи затвореник/ца (32,2%) је у току 12 месеци који су претходили истраживању имао сексуалне односе са повременим партнером. Тај проценат је значајно мањи код жена (17,4%), као и код затвореника у КПЗ затвореног типа (18,0%) (графикон 20).

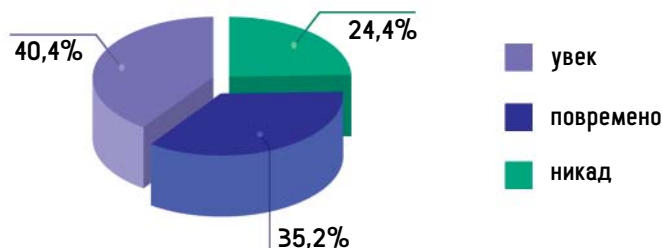
Графикон 20. Проценат затвореника/ца који је у последњих 12 месеци имао сексуалне односе са повременим партнером према типу затворске установе



Приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци кондом је увек користило две петине затвореника/ца, а једна четвртина га никад није користила (графикон 21). Упркос бољем знању о HIV-у/AIDS-у, ризично сексуално понашање је у значајно већем проценту присутно код затвореница (50,0%) него код затвореника (22,7%), што је још један пример неусклађености између знања и праксе.

Приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером кондом је користило више од половине затвореника/ца (53,9%).

Графикон 21. Коришћење кондома приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци



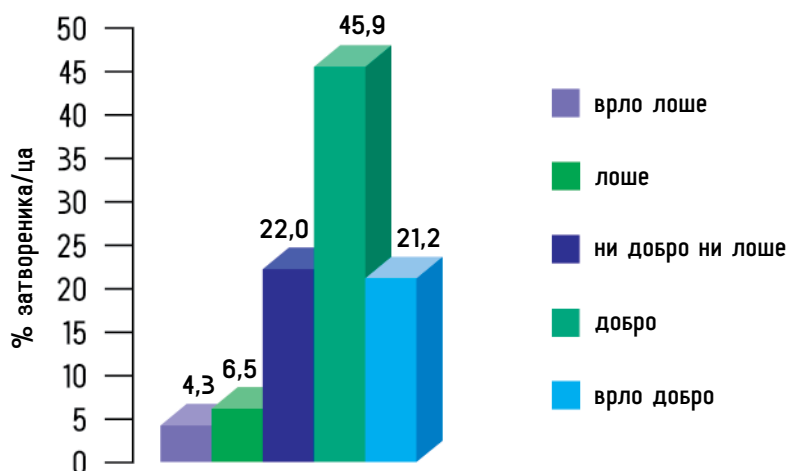
Најчешћи начин набавке кондома у последњих 12 месеци у популацији затвореника/ца је куповина у апотеци (44,9%), а затим куповина у самопослузи или киоску (35,1%) и набавка преко партнера (10,8%).

Врло мали проценат особа на извршењу казне затвора кондом набавља преко лекара или другог особља у затвору.

4.4 ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

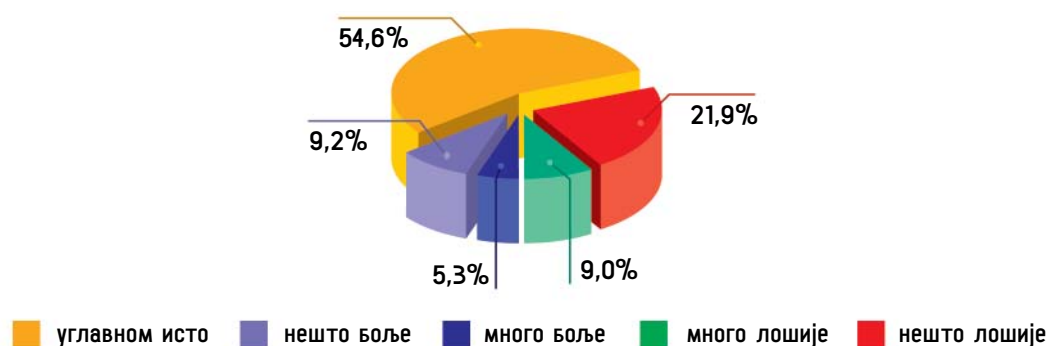
Истраживање је показало да 10,8% затвореника/ца сматра да њихово здравље није задовољавајуће, док 67,1% изјављује да је доброг здравља (графикон 22).

Графикон 22. Самопроцена општег здравља затвореника/ца



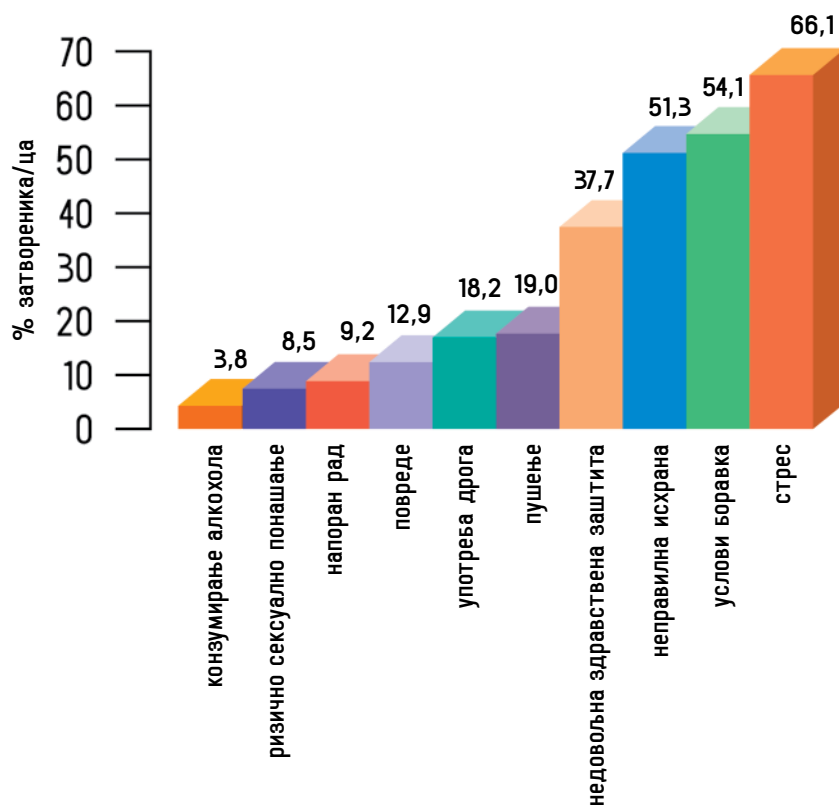
Скоро сваки трећи затвореник/ца у Србији (30,9%) оцењује своје садашње здравље као лошије у односу на здравље од пре 12 месеци (графикон 23), што је значајно мање у односу на 2008. годину када је тог става било 43,8% затвореника/ца.

Графикон 23. Самопроцена здравља затвореника/ца у односу на стање пре 12 месеци



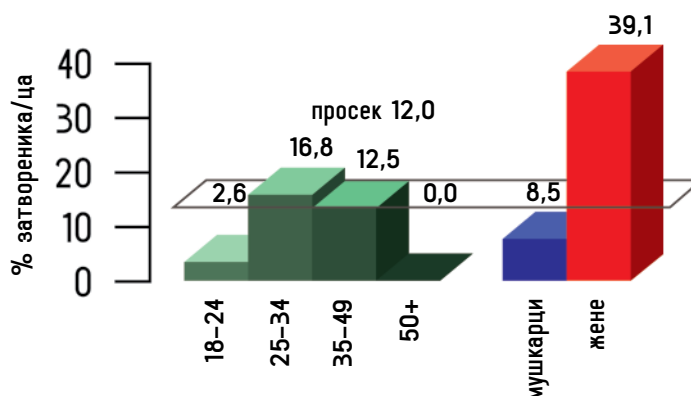
Према мишљењу затвореника/ца три најважнија разлога оболевања у затворима су стрес, услови боравка и неправилна исхрана (графикон 24).

Графикон 24. Мишљење затвореника/ца о најважнијим разлозима оболевања у затворима



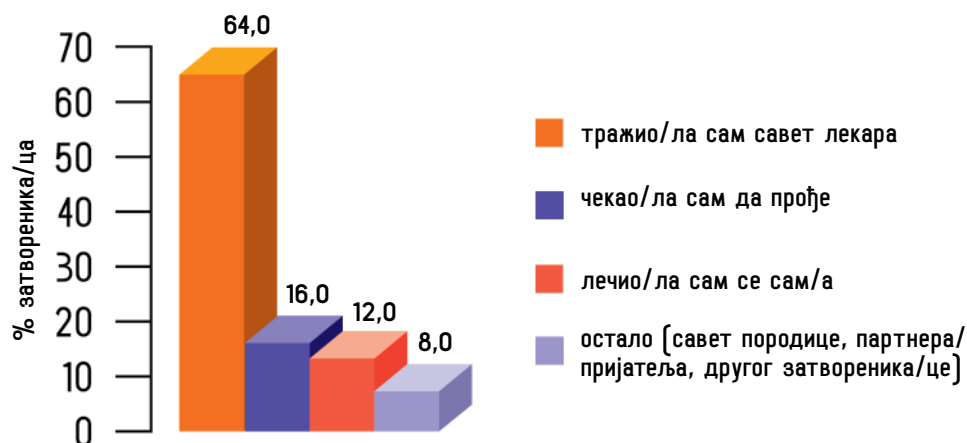
Од укупног броја затвореника/ца, њих 12,0% је изјавило да им је хепатитис Ц дијагностикован од стране лекара. То изјављује значајно виши проценат жена (39,1%) него мушкарца (8,5%). Истовремено, највећи проценат испитаника/ца који је изјавио да има хепатитис Ц налази се у добној групи 25–34 године (16,8%) (графикон 25).

Графикон 25. Проценат затвореника/ца који је икада имао хепатитис Ц, према полу и добним групама



Полне болести су (према сопственом исказу) биле присутне код 3,3% затвореника/ца. Међутим, на питање о појави инфекције или било каквих промена на полном органу у последњих 12 месеци, потврдно је одговорило 9,0% затвореника/ца што говори у прилог тврдњи да је знање о полним болестима у овој популацији оскудно. То потврђује и чињеница да се у таквим ситуацијама 36% оболелих није јавило лекару (графикон 26).

Графикон 26. Понашање у ситуацији појаве инфекције или промене на полном органу



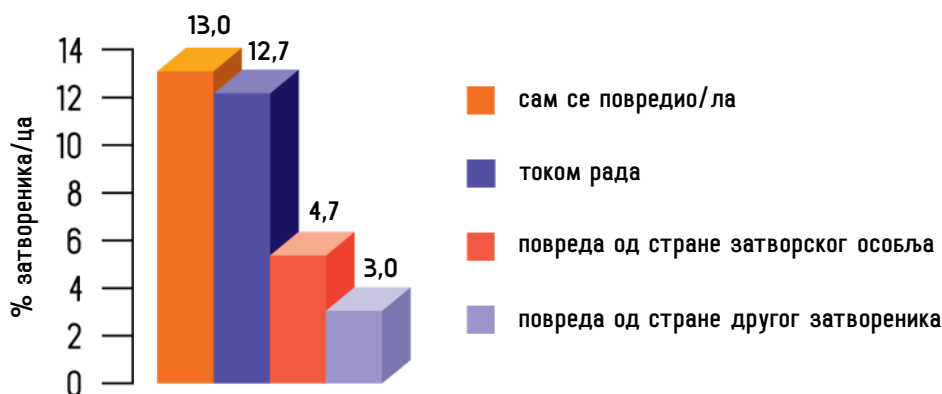
Повреду је током издржавања садашње казне затвора имало 28,7% затвореника/ца и тај проценат је нешто виши од вредности овог индикатора у 2008. години (24,2%). Највиши проценат затвореника повређивао се у КПЗ за малолетнике (графикон 27).

Графикон 27. Проценат затвореника/ца повређених у току издржавања садашње казне затвора, према типу затворске установе



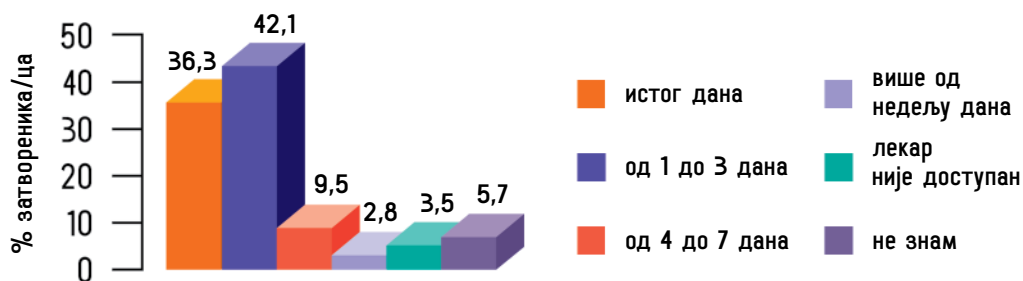
Међу затвореницима/ама који су задобили неку повреду током издржавања казне затвора највиши проценат је оних који се сам повредио (13,0%) и током рада (12,7%) (графикон 28).

Графикон 28. Начини задобијања повреда у току издржавања казне затвора



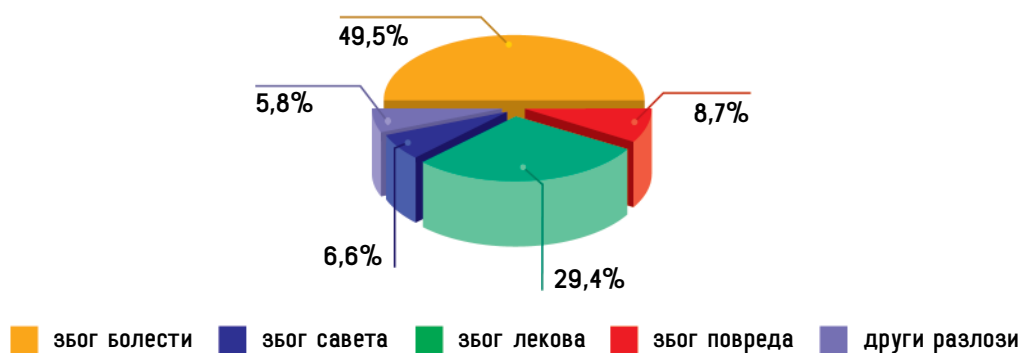
У затворима у Србији 89,3% затвореника/ца одговара потврдно на питање о доступности здравствене заштите што је скоро исти проценат као и 2008. године (88,4%). Највећи проценат затвореника/ца изјављује да се на пријем код лекара чека од 1 до 3 дана (42,1%), док сваки трећи затвореник/ца (36,3%) изјављује да обично буде примљен истог дана (графикон 29).

Графикон 29. Време чекања затвореника/ца на пријем код лекара



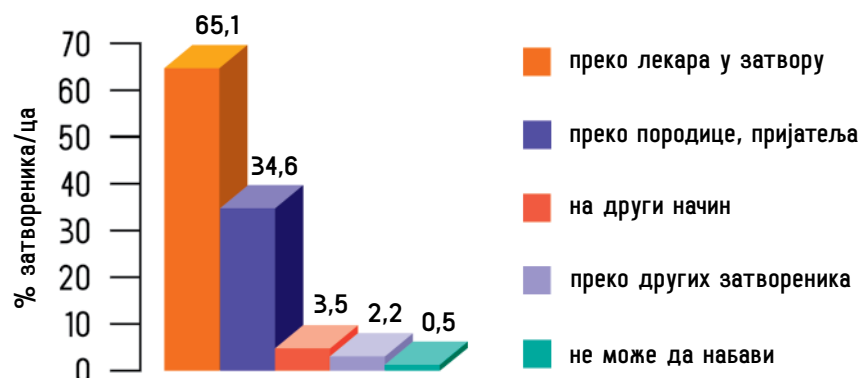
Што се тиче разлога посете лекару током издржавања казне затвора, у последњих 12 месеци је то најчешће била болест, док сваки четврти затвореник/ца посећује лекара због потребних лекова (графикон 30).

Графикон 30. Проценат затвореника/ца према најчешћем разлогу посете лекару



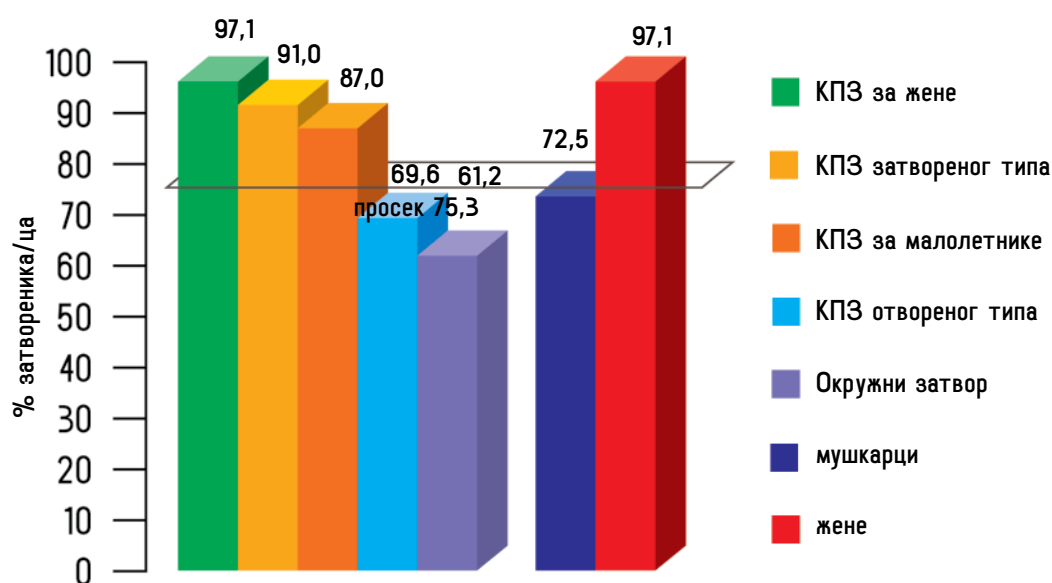
Две трећине затвореника/ца у Србији најчешће набављају потребне лекове преко лекара у затвору, а трећина то чини преко породице и пријатеља (34,6%) (графикон 31).

Графикон 31. Начини набављања лекова у популацији затвореника/ца



Три четвртине (75,5%) затвореника/ца тврди да им је стоматолог доступан. Тај број је значајно мањи у окружним затворима (графикон 32).

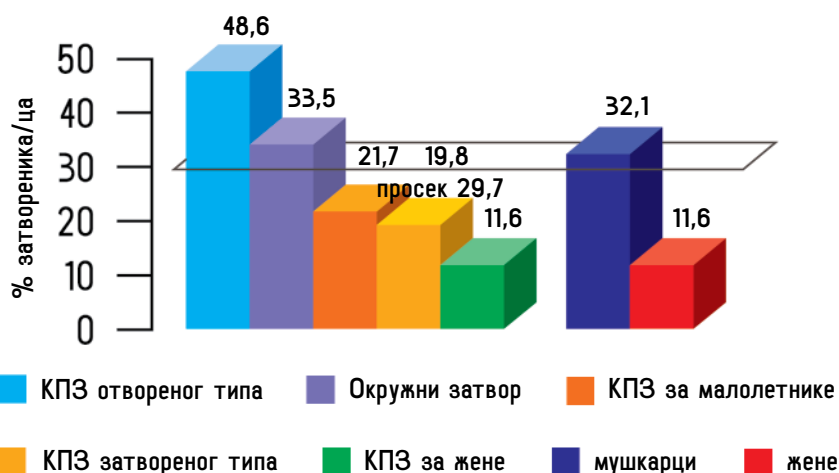
Графикон 32. Проценат затвореника/ца којима је доступан стоматолог, према полу и типу затворске установе



О доступности гинеколога потврдно се изјашњава 92,8% затвореника. Гинеколога је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању посетило 47,8% затвореница, што је нешто више него у 2008. години (42,1%).

Нешто мање од трећине затвореника/ца (29,7%) је задовољно односом здравствених радника према њима, што је мање него 2008. године (35,2%). Значајно мање затвореника/ца је задовољно односом здравствених радника у КПЗ затвореног типа и КПЗ за жене (графикон 33).

Графикон 33. Проценат затвореника/ца који је задовољан односом здравствених радника, према полу и типу затворске установе



5. ЗАКЉУЧЦИ

У истраживању спроведеном на 16 локација (установа за извршење заводских санкција) у периоду од јануара до јуна 2010. године, на узорку од 599 затвореника оба пола узраста 18 и више година, са циљем да се процени ниво осетљивости на HIV и друге ППИ, дошло се до следећих закључака:

- За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна велики проценат затворске популације у Србији. Сваки трећи затвореник/ца има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да може правилно да идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препозна заблуде везане за трансмисију HIV-а. Запажа се да жене у већем проценту (47,8%) имају довољно стеченог знања, као и осуђеници у КПЗ за малолетнике (46,4%). Овај национални индикатор показује вишу вредност у односу на 2008. годину када је износио 20,5%.
- Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је веома присутан у затворској популацији. Половина затвореника/ца сматра да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, док три петине затворске популације сматра да су особе које су инфициране HIV-ом саме криве за то.
- За постојање места где се може тестирати на HIV зна 55,4% популације затвореника/ца у Србији, док се 40,7% тестирало на HIV. Сваки шести затвореник/ца у Србији се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци који су претходили истраживању и зна резултат тестирања. Мањи проценат оних који су информисани о постојању

места на коме се може обавити HIV саветовање и тестирање, као и тестираних на HIV је међу мушкарцима и код затвореника/ца у старијој животној доби.

- У популацији затвореника који се налазе на издржавању казне у затворима који су укључени у пројекат Министарства здравља „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11], запажа се већи проценат оних који имају задовољавајући ниво знања о HIV-у/AIDS-у, који су се тестирали на HIV и који су обухваћени превентивним активностима.
- Више од половине затворске популације упознато је са постојањем Закона о забрани дискриминације у Србији, али тек сваки седми сматра да ће тај Закон допринети побољшању њиховог положаја.
- Интравенско узимање дроге присутно је код приближно петине затвореника/ца према њиховом исказу. Пракса дељења шприца/игле је распрострањена међу ИКД, као и мишљење да се дрога може набавити у затвору. И поред тога што је мали број ИКД (3,5%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава сазнање да се 18,3% ИКД не сећа какав је прибор користио/ла.
- Приближно половина затвореника/ца је тетовирано. Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује сваки десети тетовирани затвореник/ца, али не треба занемарити податак да се 10,6% затвореника/ца не сећа каква је игла коришћена приликом тетовирања.
- Око три петине лица која се налазе на извршењу казне затвора има сталног партнера, од чега је сексуалне односе са сталним партнером у последњих 12 месеци имало њих 82,4%. Већи проценат сексуално активних лица која се налазе на извршењу казне затвора је забележен код мушкараца и у КПЗ отвореног типа.
- Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима, присутније је код затвореника него код затвореница, као и код лица која се налазе на извршењу казне затвора у окружним затворима. Упркос бољем знању о HIV-у/AIDS-у, ризично сексуално понашање, у смислу нередовне употребе кондома са повременим партнерима, у значајно већем проценту је присутно код затвореница (50,0%) него код затвореника (22,7%), што је још један пример неусклађености између знања и праксе. Две трећине затворске популације никада не користи кондом са сталним партнером, док са нерегуларним партнером кондом никад не користи сваки четврти затвореник/ца.
- Најчешћи начини набавке кондома су куповина у апотеци и куповина у самопослузи или киоску, док га у врло малом проценту затвореници/е набављају преко затворског лекара.

-
- При самопроцени здравља сваки десети затвореник/ца сматра да његово здравље није задовољавајуће. У односу на здравље од пре 12 месеци, трећина испитаника/ца своје садашње здравље процењује као лошије.
 - Скоро сваки осми затвореник/ца изјавио је да им је дијагностикован хепатитис Ц од стране лекара, више жена и затвореника/ца у доброј групи 25–34 године.
 - Знање затвореника/ца о полним болестима је незадовољавајуће, на шта указује резултат истраживања по коме затвореници/е не препознају појаву полних болести и што се у ситуацијама када имају одређене симптоме и промене не јављају лекару.
 - Према мишљењу затвореника/ца три најчешћа разлога оболевања у затвору су: стрес, услови боравка и неправилна исхрана.
 - Већина затвореника/ца сматра да им је здравствена заштита доступна (лекар или гинеколог, медицинска сестра, стоматолог).
 - Највећи проценат затвореника/ца је чекао од 1 до 3 дана да буде примљен код лекара, а најчешћи разлог посете је била болест или потреба за лековима.
 - Мање од трећине затвореника/ца је задовољно односом здравствених радника према њима.

6. ПРЕПОРУКЕ

- Омогућити свим затвореницима остваривање права на здравствену заштиту, укључујући превентивне мере, еквивалентну оној која се спроводи у општој популацији, без дискриминације посебно у односу на правни статус или националност.
- Посветити специјалну пажњу здравственим потребама осетљивих популационих група, младих и жена на издржавању казне затвора.
- Узети у обзир здравствене потребе затвореника/ца приликом планирања здравствене заштите и обезбеђивања ресурса за ту популациону групу.
- Применити све водеће принципе HIV/AIDS стратегије који су усвојени на нивоу државе подједнако међу затвореницима као у општој популацији.
- Дефинисати на националном нивоу специфичне програме за превенцију HIV/AIDS-а у затворима у тесној сарадњи између здравственог и правосудног система, представника затворских установа, локалне заједнице и невладиног сектора.
- Обезбедити већи обухват затвореника/ца услугом добровољног тестирања на HIV, уз адекватно пре- и пост-саветовање.

-
- Обезбедити едукацију затвореника/ца 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 резултата свакодневних контаката међу затвореницима и особљем.
 - Обезбедити затвореницима доступност јасних информација (лифлети, часописи, постери) о ризичним сексуалним понашањима која могу довести до HIV-а и других ППИ.
 - Обезбедити едукацију затвореника/ца о штетности употребе дрога са посебним нагласком на ризике које носи дељење прибора за интравенско убризгавање дроге.
 - Оснаживати увођење програма за третман затвореника/смањење штете – ИКД.
 - Адаптирати програм едукације специфичним потребама младих затвореника у циљу оснаживања ставова и понашања који онемогућавају оболевање од полно преносивих болести, укључујући и HIV/AIDS.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ezzati M, Lopez A, Vander Hoorn S, Rodgers A, Murray CJL, Comparative Risk Assessment Collaborative Group. Selected major risk factors and global regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360(9343):1347-1360.
2. Piot P, Russell S, Larson H. Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS. *Am J Public Health* 2007; 97: 1934-1936.
3. Министарство здравља Републике Србије: Национална стратегија за борбу против HIV-а/AIDS-а 2005-2010. Београд, 2005.
4. Министарство правде Републике Србије, Управа за извршење заводских санкција: Годишњи извештај 2007. Београд, 2008
5. Кнежевић Т, Бассиони Стаменић Ф, Барош С, Илић Влатковић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV- ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2008.
6. Стамболовић В, Вуковић Д, Терзић З, Шантрић Милићевић М. Здравствена политика у затворима (тезе). Београд: Институт за социјалну медицину, Медицински факултет у Београду; 2006.
7. Јелић М, Киурски М, Новаковић Н, Обрадовић М. Како до европских стандарда. Затвори у Србији 2002-2003. Београд: Хелсиншки одбор за људска права у Србији; 2003.
8. Јелић М, Кузмановић И, Лукић Самарџија Г, Новаковић Н, Обрадовић М. Затвори у Србији, април 2004-април 2005. Београд: Хелсиншки одбор за људска права у Србији; 2005.

-
9. Стамболовић В, Вуковић Д, Маринковић Ј, Терзић З, Шантрић Ми-
лићевић М. Затвори и здравље. Београд: Институт за социјалну
медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду; 2005.
 10. Систем и план мониторинга и евалуације националног одговора
на HIV епидемију Републике Србије, 2006. (рукопис)
 11. Подршка у борби против ХИВ/сиде у Србији [страница на интерне-
ту]. Доступно на: [http://www.hivpodrska.org.rs/index.php?tt=default&td=](http://www.hivpodrska.org.rs/index.php?tt=default&td=default&tp=default&lbm=default&mct=oprojektu&mc=oprojektu)
[default&tp=default&lbm=default&mct=oprojektu&mc=oprojektu](http://www.hivpodrska.org.rs/index.php?tt=default&td=default&tp=default&lbm=default&mct=oprojektu&mc=oprojektu)
 12. Закон о извршењу кривичних санкција. Службени гласник РС
85/05, 72/09
 13. Закон о забрани дискриминације. Службени гласник РС 22/09

314: 613:[616.98:578.828(497.11)(083.41)

ПРОЦЕНА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ЉУДИ КОЈИ ЖИВЕ СА HIV/AIDS-ом

Главни истраживач:

Др Гордана Кртинић
Завод за јавно здравље Суботица

Консултант истраживања:

Проф. др Викторија Цуцић

Кратак садржај:

Национална стратегија Републике Србије за борбу против HIV/AIDS-а 2005–2010. године, дефинисала је негу, лечење и подршку особама које живе са HIV-ом као кључну компоненту у својим циљевима. Значајно продужење животног века уз примену антиретровиралне терапије, поставило је као императив подизање квалитета живота особа које живе са HIV-ом. Стигма и дискриминација још увек представљају огромну баријеру за ефикасну борбу против HIV епидемије и утичу на све аспекте живота ове популације. Основни циљ истраживања је био да се процени квалитет живота људи који живе са HIV-ом, и у којој мери постојеће здравствене и социјалне услуге одговарају њиховим потребама. Истраживање је поновљена бихевиорална студија пресека на простом узорку од 280 особа оба пола које живе са HIV-ом, старости 18–70 година, које познају свој HIV серопозитиван статус и користили су услуге клинике бар једном у последњих годину дана. Истраживање је спроведено у периоду од јануара до јуна 2010. године, на одељењима за HIV инфективних клиника у Београду и Новом Саду. Узорковање је вршено консекутивним укључивањем испитаника који долазе на амбулантну контролу и лечење или у хоспиталу. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурисан упитник дихотомног типа. Прикупљање података обављено је попуњавањем упитника од стране испитаника, уз помоћ посебно едукованих анкетара. Истраживањем је обухваћено 71,4% испитаника мушког и 28,6% испитаника женског пола. Највећи проценат испитаника је српске националности (81,1%). Образовна структура одступа од просека, 56% испитаника има завршену средњу и 35% завршену вишу школу. Половина испитаника има брачни статус нежењен/неудата. Значајан проценат анкетираних је незапослен (23,6%) и ниског социоекономског статуса. Просечан број година живота са HIV-ом износи седам, а најчешћи претпостављени начин инфекције је незаштићен сексуални однос са мушкарцем (48%). Више од половине испитаника пуши цигарете (56%), док је проценат коришћења дроге и алкохола нижи него у општој популацији. Кондом при последњем сексуалном односу са сталним партнером користило је 87% испитаника. Мали проценат познаје HIV статус свог сталног партнера (26%). Само 18% испитаника је некад присуствовао едукацији о антиретровиралној терапији, иако није утврђена значајна корелација са протективним понашањем. Две трећине испитаника не заборавља да узима лекове (68%) и придржава се препорученог начина узимања лекова. Половину испитаника терапија омета у свакодневном животу. Односом особља инфективне клинике задовољно је више од 95% испитаника. Истраживање је показало значајно повећање задовољства доступношћу тестова (CD4 i PCR) и ARV терапије у односу на претходно. Изабраног лекара у дому здравља има 93% испитаника, две трећине је задовољно услугом. Мали проценат испитаника користио је услуге центра за социјални рад (18%). Скоро трећина је доживела неки облик дискриминације у здравственој установи због HIV статуса, статистички значајно већи проценат жена. Испитаници су изразили задовољавајући квалитет живота и умерено задовољство здрављем. Резултати указују на неопходност циљаних едукативних програма за запослене у здравственим и социјалним установама, као и подизање нивоа знања о терапији у популацији људи који живе са HIV-ом.

Кључне речи: HIV инфекција, антиретровирална терапија, инфективна клиника, стигма и дискриминација, квалитет живота

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AMONG PEOPLE WHO LIVE WITH HIV/AIDS

Gordana Krtnic¹

Abstract

The National Strategy for the Fight against HIV/AIDS of the Republic of Serbia for the period of 2005- 2010 has defined care, treatment and support to people living with HIV as a key component in its objectives. The significant prolongation of lifetime expectancy through the use of antiretroviral therapy has made it imperative that the quality of life of people living with HIV be improved. Stigma and discrimination continue to pose a major barrier to an efficient fight against the HIV outbreak and are influencing all aspects of life of this population. The primary objective of this survey was to estimate the quality of life of people living with HIV, and to estimate to what extent existing health and social services meet their needs. This survey is a repeated behavioral cross-sectional study on a simple sample of 280 people of both genders living with HIV, ages 18-70 years, who know their HIV positive status and who used clinic services at least once in the last year. The survey was conducted in the period from January to June 2010 at the Infectious Diseases Clinics HIV departments in Belgrade and Novi Sad. Sampling was conducted by consecutive inclusion of respondents who come for ambulatory check-ups, treatment or hospitalization. A structured questionnaire was used as the main research tool. Data collection was conducted after the questionnaire was self-administered by the respondents with the assistance of specially trained interviewers. The survey included 71.4% male and 28.6% female respondents. The largest percentage of participants was of Serbian nationality (81.1%). Their educational structure differs from the average, 56% of participants having finished secondary school and 35% having finished higher education. The marital status of half of the respondents is single. A significant number of the participants is unemployed (23.6%) and of low socioeconomic status. The average number of years living with HIV is 7, and the most frequently assumed way of infection is unprotected sexual intercourse with a man (48%). Over half of the respondents are smokers (56%), while the percentage of narcotics and alcohol usage is lower than in the general population. Condoms were used by 87% of the participants during their last sexual intercourse with their regular partner. A small percentage of respondents know the HIV status of their regular partner (26%). Only 18% of participants had at some point attended education on antiretroviral therapy, but significant correlation with protective behavior has not been determined. Two thirds of participants do not forget to take their medication (68%) and comply with the recommended way of taking therapy. Half of the participants are impeded by therapy in their everyday lives. More than 95% of respondents are satisfied with the way clinic staff treat them. This survey shows a significant increase in respondents' satisfaction with availability of tests (CD4 i PCR) and ARV therapy in comparison to the previous survey. 93% of participants have their chosen general practitioner in health care centers, and two thirds are satisfied with the service. A small percentage of respondents have used services of the social welfare centers (18%). Almost one third of the participants have experienced some form of discrimination in health care institutions because of their HIV status, women at a significantly higher percentage. Participants report a satisfactory quality of life and moderate satisfaction with their health. Results indicate a need for targeted educational programs for employees in health and social institutions, and the need to raise the level of knowledge about therapy among the population of people living with HIV.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, infectious diseases clinic, stigma and discrimination, quality of life.

¹ Institute of Public Health of Subotica

1. УВОД

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ПРОБЛЕМА

Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а 2005–2010. године Владе Републике Србије, дефинисала је негу, лечење и подршку особама које живе са HIV-ом (PLHIV) као кључну стратешку компоненту у својим циљевима [1, 2]. Последњих година су учињени значајни помаци у квалитету неге и лечења особа које живе са HIV/AIDS-ом кроз децентрализацију кључних здравствених услуга. Међутим, и поред свих учињених напора, особе које живе са HIV/AIDS-ом у Србији и даље се суочавају са бројним здравственим, социјалним и економским проблемима [3, 4]. До сада су у нашој земљи, појединачно или кроз истраживања, регистровани готово сви видови дискриминације особа које живе са HIV/AIDS-ом [5, 6, 7].

Према доступним подацима Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”, у Србији је од почетка епидемије до краја 2009. године званично регистровано 2414 HIV позитивних особа, од којих су 1472 особе оболеле од AIDS-а (61%), 962 особе су умрле од AIDS-а (65% свих позитивних), а још 70 особа умрло је од болести и стања која нису специфична за AIDS. Званично, у Републици Србији крајем 2009. године са HIV-ом живи 1382 особе [8, 9]. Употребом софтверских програма за естимацију величине популације особа које живе са HIV-ом развијеним од стране WHO и UNAIDS-а (EPP 2009 Beta и SPECTRUM 3), процењено је да је крајем 2009. године у Републици Србији са HIV-ом живело 2560 особа. На основу ових процена, преваленција HIV-а у Србији износи 0,04% за укупну популацију.

Након континуираног пораста броја регистрованих са клинички манифестним AIDS-ом током деведесетих година, у последњих десет година бележи се опадајући тренд, са тенденцијом даљег пада и у наредном периоду. Од 1997. године евидентан је и континуирани пад броја умрлих од AIDS-а, највише као резултат примене комбиноване високо активне антиретровирусне терапије (HAART), која је од 1997. године доступна и бесплатна [8]. У том смислу, један од најважнијих параметара јесте квалитет живота људи који живе са HIV-ом.

У Србији су до сада обављена два квалитативна истраживања која процењују квалитет живота ове популације, доступност сервиса и посвећеност терапији: Квалитативна студија о задовољству третманом особа које живе са HIV-ом, од стране UNDP, Imperial College 2006–2007. године и студија везана за ментално здравље особа које живе са HIV-ом, од стране Експертског центра за ментално здравље и HIV/AIDS и невладине организације IAN, 2007. године. Оба истраживања су показала да несигурност и страх од дискриминације повећава степен осетљивости ових особа [5, 6]. Иако су бројне студије показале да је ова популација задо-

вољна третманом и односом особља са инфективних клиника, у највећој мери избегава да користи остале доступне медицинске и друге сервисе због високе стигме и дискриминације [6, 10, 11]. Студија која се бави проценом квалитета живота особа које живе са HIV-ом, први пут је рађена 2007/2008. године као почетно (baseline) бихевиорално истраживање. Њен основни циљ била је процена респонзивности система подршке и бриге за особе које живе са HIV-ом у Републици Србији [3].

Стигма и дискриминација у вези са HIV-ом још увек представљају огромну баријеру за ефикасну борбу против епидемије HIV/AIDS [11, 12, 13]. Све више студија у свету указује на значајну повезаност између стреса психосоцијалног порекла и прогресије HIV-а у AIDS, односно, лошију прогнозу и исход. Студије у којима се сагледавају сви аспекти ризика, задовољства, знања и потреба ове популације, највалиднија су мера ефикасности постојећих програма и најбољи путоказ како би се у условима ограничених ресурса имплементирали циљани ефикаснији програми намењени унапређењу квалитета живота људи који живе са HIV-ом [1, 17, 18].

Главна истраживачка питања је:

1. Какав је квалитет живота људи који живе са HIV/AIDS-ом у Србији?
2. Какав је одговор здравственог и социјалног система за подршку и бригу о људима који живе са HIV/AIDS-ом у Србији?

Кључна питања за истраживање међу особама које живе са HIV-ом су:

- У ком обиму је заступљено ризично понашање везано за сексуалну праксу и коришћење психоактивних супстанци особа које живе са HIV-ом?
- Колико су особе које живе са HIV-ом задовољне услугама лечења и третмана у центрима за HIV/AIDS?
- Колики је степен знања и придржавања HAART терапији особа које живе са HIV-ом?
- Колико су особе које живе са HIV-ом изложене стигми и дискриминацији и склоне аутостигми, према сопственој процени?
- Колико су особе које живе са HIV-ом информисане о здравственим сервисима, каква је њихова доступност, квалитет и задовољство пруженим услугама?
- Какав је квалитет живота особа које живе са HIV-ом везан за физичко и ментално здравље?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена квалитета живота људи који живе са HIV-ом, и у којој мери постојеће здравствене и социјалне услуге одговарају њиховим потребама.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

1. Процена учесталости одређених ризичних понашања особа које живе са HIV-ом преко испитивања:

- Ризика везаног за праксу коришћења психоактивних супстанци (ПАС)
- Ризика везаног за сексуално понашање.

2. Процена квалитета услуге лечења у центрима за HIV/AIDS преко испитивања:

- Знања и понашања особа које живе са HIV-ом везано за HAART
- Задовољства услугом лечења, доступношћу и квалитетом третмана
- Придржавања третману (адхеренца).

3. Процена квалитета пружене бриге и подршке особама које живе са HIV/AIDS-ом, преко испитивања:

- Знања особа које живе са HIV-ом о расположивим здравственим и социјалним услугама, и процента ове популације која постојеће услуге користи
- Задовољства особа које живе са HIV-ом постојећим здравственим и социјалним услугама
- Степена стигме, аутостигме и дискриминације коју доживљавају особе које живе са HIV-ом.

4. Процена квалитета живота особа које живе са HIV-ом повезана са физичким и менталним здрављем.

5. Утврђивање водећих проблема, посебних и додатних здравствених и социјалних потреба особа које живе са HIV-ом.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

За спровођење истраживања коришћена је дескриптивна епидемиолошка студија – студија пресека на консекутивном узорку особа које живе са HIV/AIDS-ом.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Истраживање је спроведено на две локације на којима је доступна антиретровирусна терапија – HAART:

- Одељење за HIV/AIDS Клинике за инфективне и тропске болести КЦС у Београду.
- Одељење за HIV/AIDS Клинике за инфективне болести КЦВ у Новом Саду.

Локације су одабране на основу фреквенције и броја пацијената који се лече у ове две установе.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у периоду од јануара до јуна 2010. године у три фазе: припремна, фаза реализације теренског истраживања и фаза евалуације. Дизајн студије са истраживачким протоколом, опремање простора, едукација теренског тима и припрема за теренски рад реализовани су у периоду 15. јануара до 1. марта. Теренско истраживање у Београду трајало је од 3. до 18. марта, а у Новом Саду од 5. марта до 23. априла 2010. године.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

За истраживање су одабране особе оба пола које живе са HIV-ом или AIDS-ом, старости од 18 до 70 година, без обзира на место сталног пребивалишта.

3.1.5 УЗОРАЧКИ ОКВИР, НАЧИН УЗОРКОВАЊА, ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Узорачки оквир одређен је на основу:

- Регистра HIV позитивних и оболелих, 2002–2009. године, званичног регистра Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.
- Дистрибуције регистрованог броја особа које живе са HIV-ом крајем 2009. године, изведене из података званичног регистра HIV позитивних особа 2002–2009. година, Института за јавно здравље Србије, дисагрегираних по полу и узрасту.
- Дистрибуције процењеног броја PLHIV добијене употребом софтверских пакета WHO и UNAIDS-а (SPECTRUM 3) за моделовање тока HIV епидемије.
- Процењене преваленције HIV инфекције у општој популацији узраста 15–49 година, а на основу последње процене Републичког завода за статистику за 2008. годину о величини опште популације (дисагрегирано по полу, узрасту и по региону – Војводина, централна Србија).

-
- Броја особа из PLHIV популације који су се јавили на контролу у одељења за HIV/AIDS у току једног месеца у Београду и Новом Саду.

Узорак је квотни, што подразумева да је избор испитаника био пригодан, уз дефинисан процес регрутовања испитаника у одељењима за HIV/AIDS и уз услов да испуњавају задате критеријуме за укључивање у студију. Узорковање је вршено консекутивним укључивањем испитаника који долазе на амбулантну контролу и лечење, или су хоспитализовани на одељењима Инфективне клинике у Београду и Новом Саду, према унапред дефинисаним критеријумима, до сатурнације. Избор испитаника обављао је теренски координатор на основу чек-листе, уз информисану сагласност испитаника.

Величина узорка је дефинисана у односу на очекивани обухват популације у којој долази до сатурнације података. Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих података изабран је број испитаника који ће обезбедити потребну величину узорка израчунату применом формуле:

$$N = (4(Z\alpha)^2 P (1-P) / w^2) \text{ где је:}$$

$Z\alpha$ – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења $Z\alpha$ износи 1,96);

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (проценат испитаника који је задовољан укупним квалитетом живота и здрављем – резултати истраживања спроведеног на PLHIV популацији 2007/2008. су показали да је 16,1% задовољно квалитетом живота и здрављем);

w – ширина за границе грешке за узорак особа је узета вредност $\pm 3,5\%$ тј. 0,07.

Приликом израчунавања величине узорка поред наведене формуле, узети су у обзир и емпиријски подаци о броју клијената на одељењима за HIV/AIDS током једног месеца, као и доступни подаци о броју пацијената на HAART-у.

Величина узорка израчуната на овај начин износила је 260 особа за обе локације извођења студије, које су на основу горе наведених критеријума подељене на следећи начин: 210 испитаника за Одељење за HIV/AIDS Инфективне клинике у Београду, и 50 испитаника за Одељење у Новом Саду. За израчунавање величине узорка, поред вредности кључних индикатора, узети су у обзир и емпиријски подаци за корекцију величине због тешке доступности популације.

Досегнута величина узорка је 280 испитаника, и то 230 у Београду и 50 у Новом Саду.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ/ИСКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

Критеријуми за укључивање испитаника

У истраживању су учествовале особе које живе са HIV/AIDS-ом оба пола које:

- имају између 18 и 70 година,
- имају и знају да имају потврђен HIV позитиван статус
- користили су бар једном неку од услуга центара за HIV/AIDS у последњих 12 месеци.

Критеријуми за искључивање испитаника

Из истраживања су искључене особе оба пола које:

- имају мање од 18 година
- немају потврђен HIV позитиван статус
- не знају за свој HIV позитиван статус
- нису користили неку од услуга центара за HIV/AIDS у последњих 12 месеци.

Из истраживања су искључене и особе које:

- не схватају и/или не прихватају етичке принципе и правила везана за учешће у студији
- су биле у привременом или трајном ментално неподобном стању за учешће у истраживању (у немогућности да разумеју питања, одговоре на њих и схвате основне етичке принципе)
- су биле хоспитализоване са тежом клиничком сликом болести.

3.1.7 УПИТНИЦИ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Прикупљање података је обављено помоћу упитника који је сачињен од дела социодемографских варијабли и компилације упитника за сваку од истраживачких варијабли. Упитник је структурисан са питањима дихотомног типа, сачињен на основу релевантних искустава и препорука из сличних истраживања других земаља, а на основу формулације проблема и дефинисаних кључних питања. Због могућности поређења са претходним истраживањем, за испитивање квалитета живота људи који живе са HIV-ом, коришћен је инструмент WHOQOL-HIV BREF, преузет од Светске здравствене организације, који је незнатно модификован прилагођавањем терминологије за потребе истраживања. Овај инструмент омогућава процену субјективне перцепције и евалуације квалитета живота и здравља људи који живе са HIV-ом.

Упитник покрива следећих девет области:

- Опште социодемографске карактеристике
- HIV статус
- Коришћење психоактивних супстанци
- Сексуална историја
- Антиретровирална терапија (ART)

-
- Задовољство инфективним клиникама и терапијом
 - Задовољство услугама здравствених установа, центара за социјални рад и невладиних организација
 - Стигма и дискриминација
 - Квалитет живота.

3.1.8 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Партиципација учесника била је искључиво на добровољној основи, на начин који осигурава поштовање, дигнитет и слободу избора за сваког појединца који учествује у истраживању. Акценат је стављен на добијање информисане сагласности испитаника, као и поверљивости података. Сваки испитаник је усменим и писменим путем информисан о сврси студије, начину на који ће добијени подаци бити коришћени, као и могућности да у сваком моменту може одустати од даљег испитивања, без сношења било каквих последица. Сваком испитанику је објашњено да га у случају одустајања од истраживања не следује симболична надокнада. Обезбеђена је потпуна анонимност података, имена учесника нигде нису регистрована током спровођења студије.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

У циљу квалитетне реализације истраживања, пре почетка теренског рада је:

- обезбеђена сарадња установа у којима се вршило регрутовање испитаника;
- обезбеђен је адекватан простор за анкетирање испитаника/попуњавање упитника, у сарадњи са представницима установа у којима су се регрутовали испитаници;
- обављена је обука теренског истраживачког тима;
- обезбеђена је потребна техничка опрема за теренски рад и праћење теренског рада (рачунар, интернет и телефонска комуникација).

Администрација упитника је обављана писмено уз присуство анкетара, који су обезбеђивали информисану сагласност испитаника, објашњавали начин попуњавања упитника и давали друга потребна објашњења. Испитаницима који су били подобни за учествовање у истраживању, али нису били у могућности да самостално попуне упитник, исти је администриран усмено. Иако је постојала бојазан у вези отворености у разговору са особама које живе са HIV-ом због високе стигме, искуство и професионалност анкетара омогућили су да се овај проблем успешно превазиђе.

Обезбеђена је и довољна количина информативног материјала о организацијама које се баве подршком и пружањем услуга особама које живе са HIV-ом (Реферал систем), како би истраживање било корисно и

за саме учеснике и допринело информисању и одговорном приступу за сопствено здравље. Током спровођења истраживања нису регистровани проблеми нити било какве непредвиђене околности.

3.3 ОБРАДЕ

3.3.1 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

За обраду података коришћен је посебан програм са предвиђеним контролама. Податке су уносили обучени оператери, упознати са циљем и садржајем истраживања, структуром упитника и логичком матрицом. Циљ финалне обраде података био је да обезбеди анализу података у смислу просте дистрибуције и табела индикатора истраживања. За статистичку анализу података коришћен је стандардни статистички пакет (SPSS 13.0), а подаци су обрађивани путем мултиваријантне анализе. Подаци добијени бихевиоралним упитником, дисагрегирани су по полу и узрасту испитаника, неким демографско и социоекономским карактеристикама, и у односу на облике понашања. Подаци су анализирани и у односу на резултате из претходних истраживања и спровођење циљаних програма Глобалног фонда. Сви индикатори су представљени и анализирани у формату који се захтева системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV/AIDS Републике Србије.

3.3.2 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Варијабле које се односе на испитанике покривају следеће области:

1. Демографске карактеристике и социоекономски статус
2. Навике и понашање (сексуална пракса и коришћење психоактивних супстанци)
3. Знање, доступност и задовољство третманом HAART
4. Задовољство сервисима
5. Изложеност стигми и дискриминацији
6. Самопроцена здравља

Исходишне варијабле:

- Заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу и психоактивне супстанце
- Знање о третману и HAART адхеренца
- Задовољство третманом (HAART)
- Задовољство здравственим услугама (невезано за HAART)
- Знање о расположивим сервисима
- Задовољство расположивим сервисима (социјална заштита, невладине организације)
- Коришћење расположивих сервиса
- Стигма и дискриминација
- Квалитет живота

Предиктор варијабле:

- Демографске и социоекономске карактеристике (пол, род, старост, националност, место пребивалишта, образовање, радни статус – запосленост, висина прихода, брачни статус)
- Сексуална пракса (знање о HIV статусу партнера, коришћење кондома)
- ПАС пракса (коришћење алкохола, дувана и психоактивних супстанци)
- HIV статус (време протекло од сазнавања HIV позитивног статуса, претпоставка о начину инфицирања HIV вирусом)
- Информисаност о HAART, коришћење и дужина коришћења HAART, задовољство третманом
- Задовољство здравственим услугама неvezано за HAART
- Перцепција стигме
- Перцепција здравственог стања.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

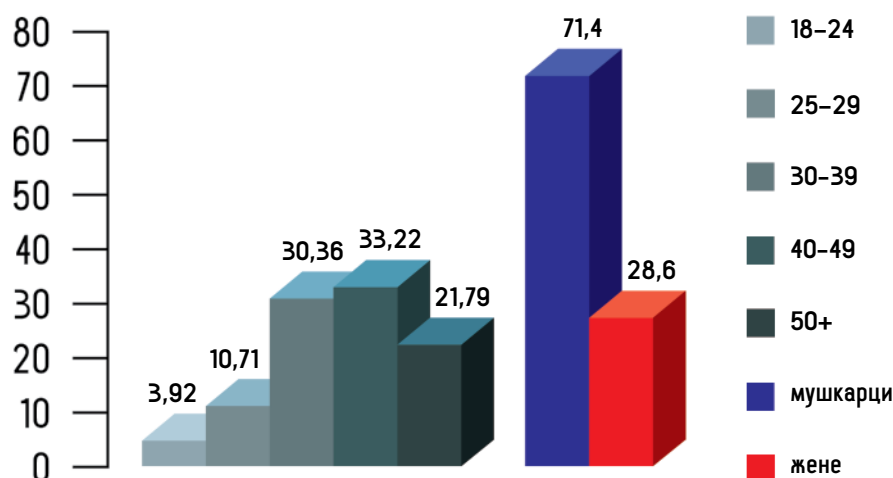
4.1 ДЕМОГРАФСКА СТРУКТУРА ЦИЉНЕ ГРУПЕ

Истраживањем је обухваћено 280 особа оба пола узраста 18 до 70 година, које познају свој HIV серопозитиван статус и користили су услуге клинике бар једном у последњих годину дана. Од тог броја, 230 испитаника (82%) је анкетирано на Одељењу за HIV/AIDS Инфективне клинике у Београду, док је 50 испитаника анкетирано на Инфективној клиници у Новом Саду. Разлику у величини узорка у два града условила је разлика у фреквенцији и броју клијената који се лече на овим клиникама.

Однос полова у укупном узорку је 2,5:1 у корист мушког пола. У истраживању је учествовало 200 испитаника мушког пола (71,4%), и 80 испитаница женског пола (28,6%). Однос је исти у родном изјашњавању, с тим да се једна особа мушког пола (0,5%) изјаснила као трансродна. Разлике по полу изражене су у односу на узраст испитаника. У старосној групи 18–24 године, однос полова је 9:1 у корист мушког пола, а разлика се смањује према старијем узрасту и најмање је изражена у групи 40–49 година, где износи 1,16:1.

Највећи број испитаника припада добној групи 40–49 година (33,2%) и 30–39 година (30,3%), са медијаном узраста 41 година. Најмање је заступљен узраст 18–24 године са 11 испитаника (3,9%) (графикон 1).

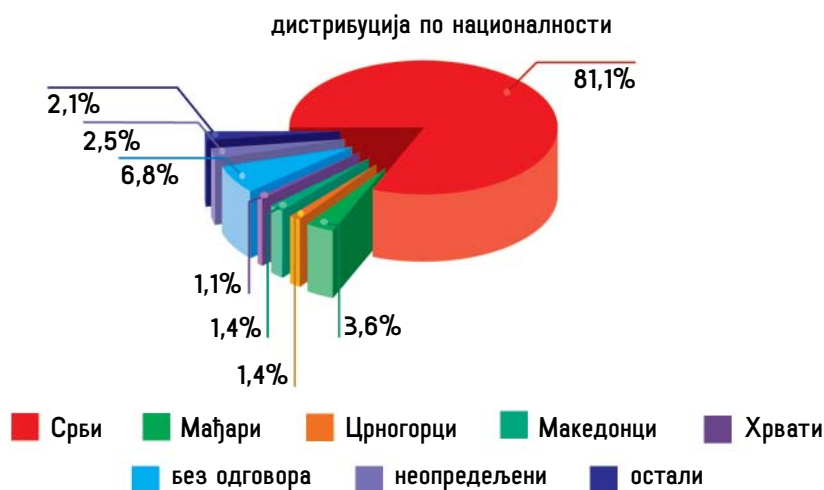
Графикон 1. Проценат испитаника по полу и старосним групама



Према месту рођења, највећи проценат испитаника (44,3%) рођен је у унутрашњости (Србија, Косово, Војводина), док је 38,6% рођено у Београду/Новом Саду. За разлику од места рођења, скоро 80% испитаника има тренутно пребивалиште у Београду/Новом Саду. Највећи проценат испитаника који тренутно живи у унутрашњости припада старосној групи 30–39 година. Просечан број година колико испитаници дуго живе у Београду/Новом Саду износи 30.

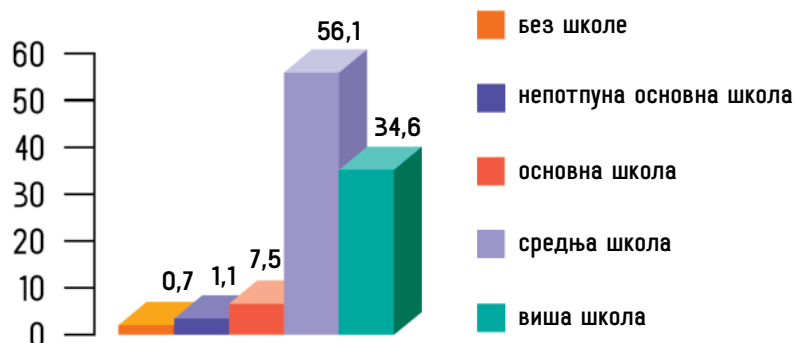
Највише испитаника (81,1%) изјашњавало се као Србин/Српкиња, затим су по националној припадности највише заступљени Мађари са 3,6%, неопредељени (2,5%), Црногорци и Македонци (1,4%), Хрвати и Роми са 1,1% заступљености. Мањи број испитаника (6,8%) није се желео изјаснити по овом питању (графикон 2).

Графикон 2. Проценат испитаника по националности



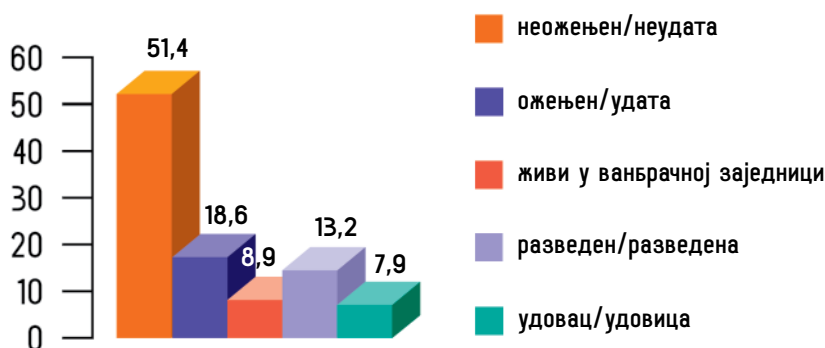
Више од половине испитаника (56,1%) има завршену средњу трогодишњу или четворогодишњу школу, са готово једнаком заступљеношћу оба пола. Око трећине испитаника (34,6%) има вишу школу, без статистички значајне разлике у односу на старост. Основну школу има 7,5%, а без школе или са непотпуном основном школом је 1,8% испитаника (графикон 3).

Графикон 3. Проценат испитаника по образовању



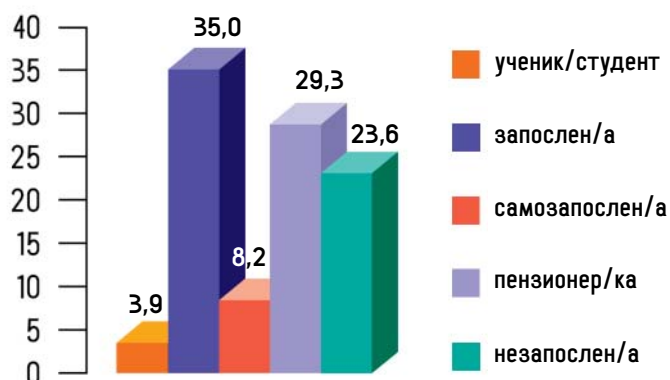
Више од половине испитаника (51,4%) има статус неожењен/неудата. У односу на пол, овај статус чешћи је код мушкараца (62,5%), а у односу на старост, равномерно опада са годинама. У брачној заједници живи 52 испитаника (18,6%), од чега процентуално више жена, док 25 испитаника (8,9%) живи у ванбрачној заједници. Разведено је 37 анкетираних (13,2%), највише у старосној групи 50+ година (графикон 4).

Графикон 4. Проценат испитаника према брачном статусу



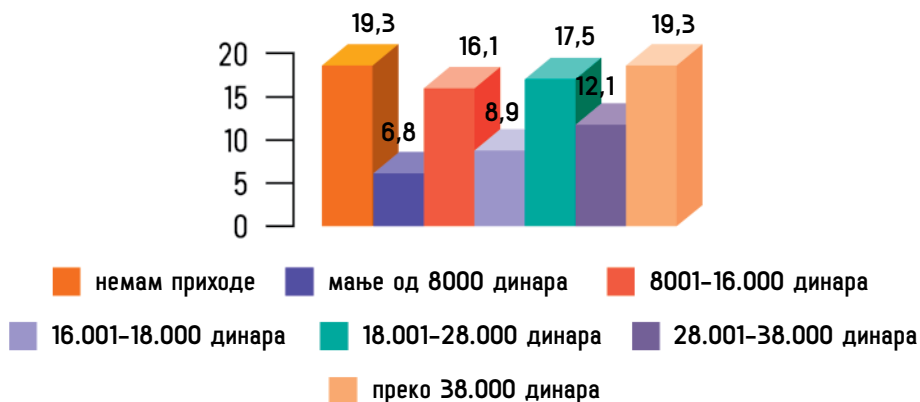
Око трећине испитаника (35%) има статус запосленог лица, без разлике у учешћу полова. Статус пензионера има 82 испитаника (29,3%), са статистички значајном разликом у односу на старост испитаника (68,9% у групи 50+ година). Значајан проценат анкетираних је незапослен (23,6%), највише у радноактивној старосној доби 25–39 година (графикон 5).

Графикон 5. Проценат испитаника према радном статусу



Највећи проценат анкетираних нема никакве изворе прихода (19,3%), исто толико испитаника има месечна примања преко 38.000 дин. Приходе између 18.000–28.000 дин. има 17,5% испитаника, а приближно толико испитаника (16,1%) прима 8000–16.000 дин. месечно. Ниског социоекономског статуса је више од две трећине испитаника (77,1%), без статистички значајне разлике у односу на пол (графикон 6).

Графикон 6. Проценат испитаника према висини месечних прихода



Анализа социодемографских карактеристика узорка је показала да нема значајних разлика у односу на учешће полова, старосну и образовну структуру, брачни, радни и социјални статус испитаника, у поређењу са узорком из претходног истраживања.

4.2 ЖИВОТ СА HIV-ом

У циљу бољег увида у бројне факторе који утичу на квалитет особа које живе са HIV-ом, регистроване су и варијабле повезане са различитим аспектима живота са HIV-ом.

4.2.1 ПРОСЕЧАН БРОЈ ГОДИНА КОЛИКО ЗНАЈУ ДА ИМАЈУ HIV

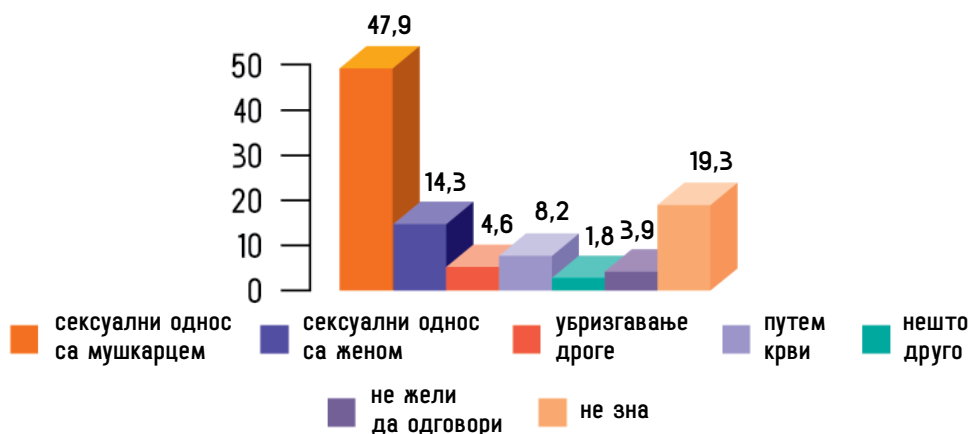
Просечна дужина живота са HIV-ом је седам година (медијана износи 5,5). Просек је нешто дужи код женског пола (9,7), него код мушког (5,9). Вредност индикатора је готово идентична у претходном истраживању.

4.2.2 ПРЕТПОСТАВЉЕНИ НАЧИН HIV ИНФЕКЦИЈЕ

Највећи проценат испитаника (47,9%), претпоставља да се инфицирао HIV вирусом путем незаштићеног сексуалног односа са мушкарцем, од чега 39,5% испитаника мушког и 68,8% испитаница женског пола, значајно више у односу на вредности из претходног истраживања (2008=35,2%). Једна петина испитаника одговорила је да не зна како се инфицирала (19,3%).

Нема статистички значајне разлике у претпостављеном начину инфицирања PLHIV у односу на пол, старост, образовање и социјални статус испитаника (графикон 7).

Графикон 7. Претпостављени начин инфекције HIV-ом



4.3 КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

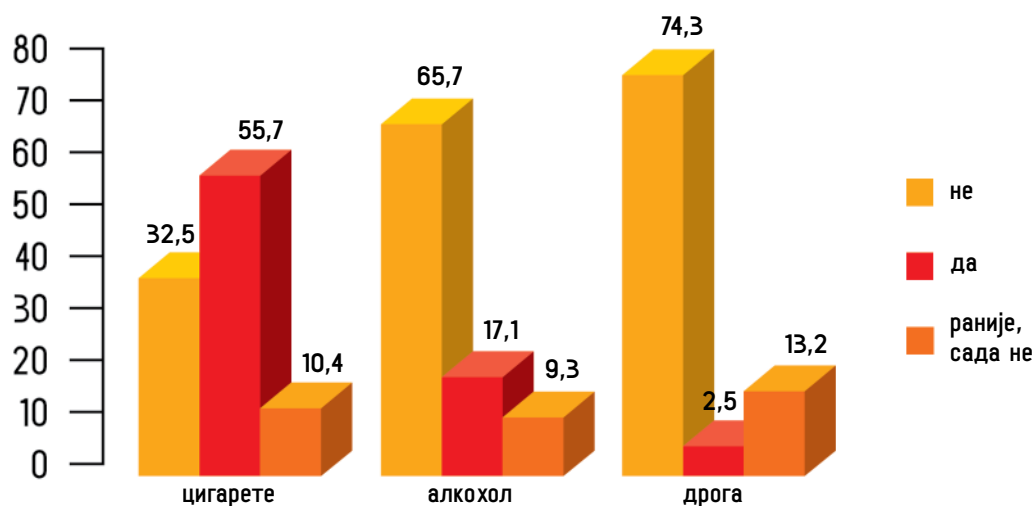
4.3.1 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ КОРИСТИ ЦИГАРЕТЕ, АЛКОХОЛ ИЛИ ДРОГУ

Коришћење психоактивних супстанци испитивано је кроз анализу коришћења цигарета, алкохола и дроге, посматрањем коришћења дроге убризгавањем, као и коришћења стерилног прибора за убризгавање дроге. Цигарете пуши половина испитаника (55,7%), без изражене разлике у односу на пол и узраст. Алкохол у свим посматраним социодемографским обележјима користи 20,5% мушкараца и 8,8% жена. Неку врсту дроге користи 2,5% испитаника, од чега дупло више мушкараца него жена.

Проценат коришћења алкохола и дрога је нижи него у општој популацији, поредећи податке са резултатима Студије здравственог стања у

Републици Србији коју је спровео Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” 2006. године [9]. Не постоји статистички значајна корелација понашања испитаника у коришћењу психоактивних супстанци у односу на едукацију о ARV терапији (графикон 8).

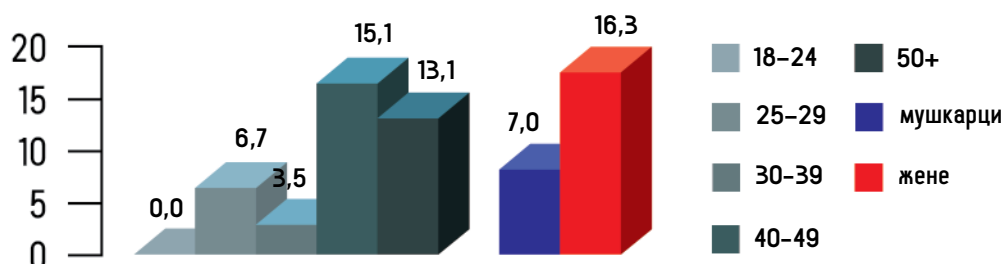
Графикон 8. Проценат испитаника који користи цигарете, алкохол или дрогу



4.3.2 ПРОЦЕНАТ ПЛHИВ КОЈИ ЈЕ БИЛО КАДА КОРИСТИО ДРОГУ УЗ ПОМОЋ ШПРИЦА И ИГЛЕ

Око 10% испитаника користио је дрогу било кад у животу уз помоћ шприца и игле, уз статистички значајну разлику у односу на пол испитаника ($\chi^2=5,611$; $df=1$; $p=0,018$). Више него двоструки проценат жена (16,3%) наводи да је користио дрогу путем шприца и игле у односу на мушки пол (7%). Разлика у односу на старост испитаника налази се на граници статистичке значајности ($\chi^2=9,094$; $df=1$; $p=0,059$), са највећим учешћем испитаника у старосној групи 40–49 година (15,1%). Нема статистички значајне разлике у односу на степен образовања, место пребивалишта и социјални статус испитаника (графикон 9).

Графикон 9. Проценат испитаника који је користио дрогу уз помоћ шприца и игле



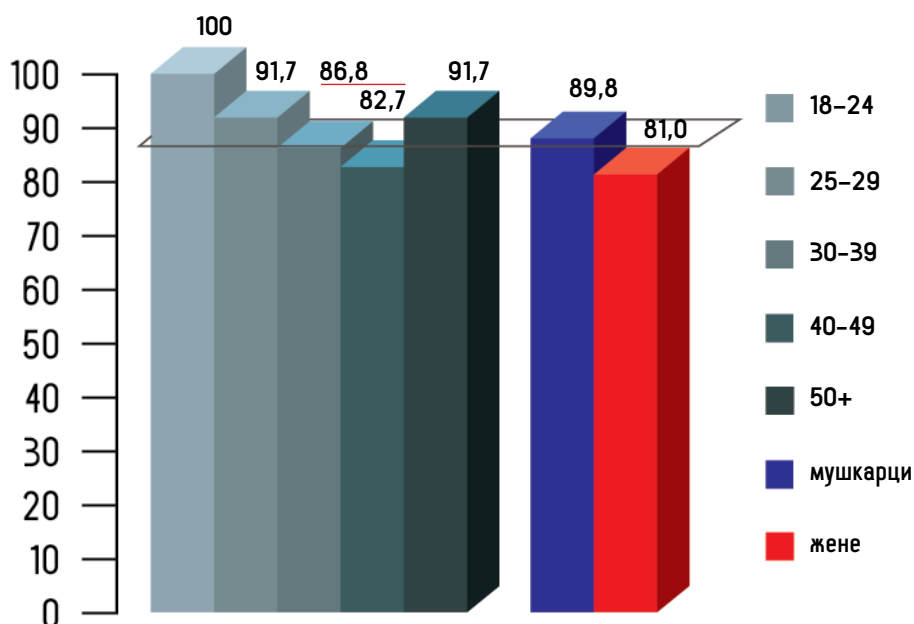
4.4 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И ПОНАШАЊЕ РЛНІВ ИСПИТАНИКА

4.4.1 ПРОЦЕНАТ РЛНІВ КОЈИ ЈЕ КОРИСТИО КОНДОМ ПРИЛИКОМ ПОСЛЕДЊЕГ ПЕНЕТРАНТНОГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА (ВАГИНАЛНОГ ИЛИ АНАЛНОГ) СА СТАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

Од 160 испитаника који су имали пенетрантни сексуални однос са сталним партнером, приликом последњег сексуалног односа кондом је користио 140 (87,5%) испитаника. Није постојала статистички значајна разлика у коришћењу кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером у односу на пол и старосну структуру испитаника ($\chi^2=2,232$; $df=1$; $p=0,135$) и ($\chi^2=2,885$; $df=4$; $p=0,577$). Ипак, незнатно већи проценат испитаника узраста до 29 година (93,6%) и преко 50 година (91,7%) је користио кондом, у односу на старосне групе 30–49 година, где је коришћење кондома при последњем сексуалном односу са сталним партнером у просеку износило 84,7% (графикон 10). Највећи проценат испитаника (43%) кондоме набавља у апотеци.

Овај индикатор није рађен у претходном истраживању, па поређење није могуће.

Графикон 10. Проценат PLHIV који је користио кондом приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са сталним партнером
Просечна вредност индикатора: **87,5**

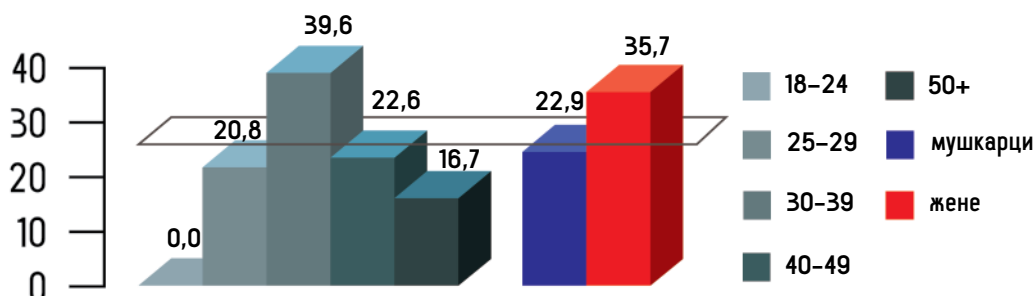


4.4.2 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗНАЛИ ЗА HIV ПОЗИТИВАН СТАТУС СТАЛНОГ ПАРТНЕРА ПРИЛИКОМ ПОСЛЕДЊЕГ ПЕНЕТРАНТНОГ СЕКСУАЛНОГ ОДНОСА

Од 160 испитаника који су у последњих 12 месеци имали пенетрантан сексуални однос са сталним партнером, 42 испитаника (26,3%) знало је за HIV позитиван статус свог сталног партнера. Није утврђена статистички значајна разлика у познавању HIV позитивног статуса сталног партнера у односу на пол и старосну структуру испитаника. Уочава се да знатно већи проценат испитаника старосне доби 30–39 година познаје HIV статус свог сталног партнера (39,6%). У односу на оба посматрана обележја, највећи проценат PLHIV женског пола узраста 25–39 година познаје позитиван статус свог партнера (58,8%) (графикон 11). Индикатор показује да још увек велика већина особа које живе са HIV-ом крије свој HIV серостатус.

Индикатор није рађен у претходном истраживању, па поређење није могуће.

Графикон 11. Проценат испитаника који је знао за HIV статус сталног партнера током последњег пенетрантног сексуалног односа
 Просечна вредност индикатора: **26,3**



4.5 АНТИРЕТРОВИРАЛНА ТЕРАПИЈА

4.5.1 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ИКАДА ПРИСУСТВОВАЛИ

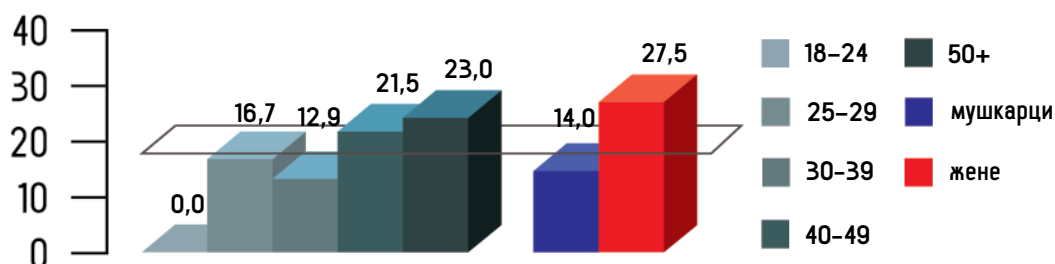
ПРЕДАВАЊУ/САВЕТОВАЊУ ЗА ОПИСМЕЊАВАЊЕ О ARV ТЕРАПИЈИ

Од укупног броја испитаника који користи услуге инфективне клинике, 50 је присуствовало некој врсти едукације о ARV терапији (17,9%). Утврђена је значајна статистичка разлика у односу на пол ($\chi^2=7,100$; $df=1$; $p=0,008$). Значајно већи проценат PLHIV женског пола (27,5%) имао је бар једном неки вид едукације о ARV терапији, у односу на PLHIV мушког пола, где је мање од петине испитаника (14,0%) добило ту врсту едукације. Не постоји статистички значајна разлика у односу на старосну категорију испитаника ($\chi^2=5,744$; $df=4$; $p=0,219$). Ипак се у односу на старост испитаника може уочити да проценат оних који су имали неки вид едукације расте идући према старијим добним групама (0–23%). У односу на оба посматрана обележја, не постоји статистички значајна разлика, али је значајно већи проценат PLHIV женског пола у старосној групи изнад 40 година имао едукацију на тему ARV терапије (32,2%) (графикон 12).

Индикатор показује да висок проценат испитаника у узорку (82,1%) никада није прошао ниједан вид едукације о ARV терапији. Такође је значајно нагласити да је укрштањем вредности овог индикатора са понашањем испитаника везаног за коришћење кондома и стерилног прибора за инјектирање дроге, утврђено да не постоји статистички значајна корелација протективног понашања испитаника и едукације, у односу на групу испитаника која није имала едукацију везану за ARV терапију ($p=0,063$) и ($p=0,068$). Исти индикатор није рађен у претходном истраживању.

Графикон 12. Проценат испитаника који су икада присуствовали предавању/саветовању везаним за описмењавање о антиретровиралној терапији

Просечна вредност индикатора: 17,9



4.5.2 ЗНАЊЕ PLHIV О HIV-у И АНТИРЕТРОВИРАЛНОЈ ТЕРАПИЈИ

Просечан број тачних одговора на девет питања којима се испитивало знање о HIV-у и ARV третману износи седам (медијана 7). Питања су обухватала знања о путевима преноса HIV инфекције, начину заштите, ARV терапији и показатељима здравственог стања особа које живе са HIV/AIDS-ом.

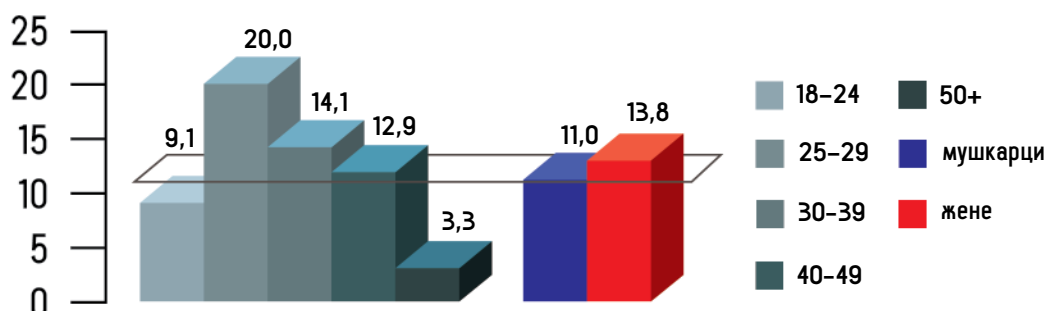
4.5.3 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ТАЧНО ОДГОВОРИЛИ НА СВА ПИТАЊА

Укупно 11,8% испитаника одговорило је тачно на сва постављена питања, од чега 13,8% женског и 11% мушког пола, без статистички изражене разлике у односу на сва посматрана обележја (пол, старост, образовање, социјални статус). Не постоји ни значајна корелација у степену знања у односу на то да ли су испитаници прошли едукацију о ARV терапији или не. У односу на резултате из претходног истраживања, нешто већи проценат испитаника дао је све тачне одговоре (инд. 2008=2%) (графикон 13).

Оба индикатора која процењују знање PLHIV о ARV терапији, показују недовољан степен знања о кључним елементима терапије (11,8% тачних одговора), а од којих зависи и ниво адхеренце, посебно када је у питању превазилажење проблема у вези нежељених ефеката терапије.

Графикон 13. Проценат испитаника који су тачно одговорили на сва питања

Просечна вредност индикатора: **11,8**

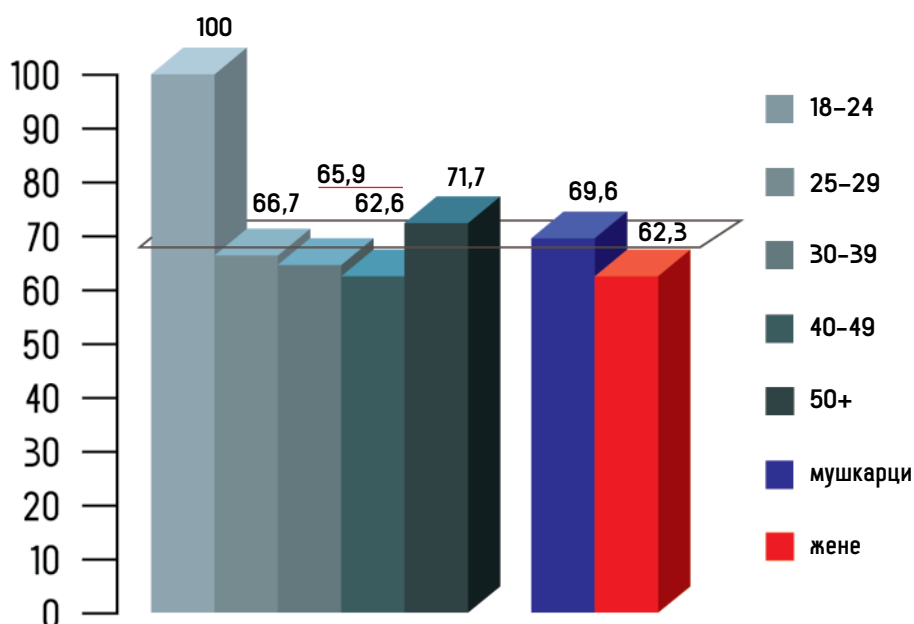


4.5.4 ПРОЦЕНАТ ПЛНИВ КОЈИ СЕ ПРИДРЖАВАЈУ ТРЕТМАНА ART

Две трећине испитаника који су на антиретровирусној терапији (67,5%), никад не заборавља да узима лекове, док нешто мање од једне трећине (31,4%) повремено заборави. Малом броју испитаника (1,1%) често се дешава да пропусти дозу. У односу на сва посматрана обележја (пол, старост, пребивалиште, степен образовања и социјални статус испитаника) није забележена статистички значајна разлика у придржавању третману ART. Нема значајне корелације између пропуштених терапија у односу на едукацију испитаника о ART-у (графикон 14).

Када се осећа боље, 95,2% испитаника не престаје са узимањем лекова, готово исти проценат испитаника (95,9%) никад не престаје са узимањем лекова ни када се осећа лошије због терапије.

Графикон 14. Проценат испитаника који се придржавају ART
Просечна вредност индикатора: 67,5

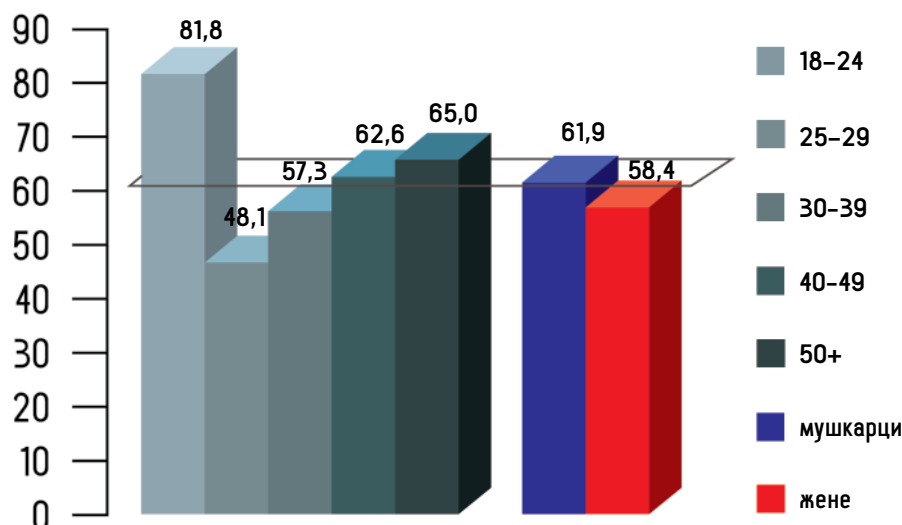


4.5.5 ПРОЦЕНАТ РСНІВ КОЈИ НИЈЕДНОМ НИЈЕ ПРОПУСТИО ДА УЗМЕ ТЕРАПИЈУ ТОКОМ ПОСЛЕДЊИХ НЕДЕЉУ ДАНА

Три петине испитаника (60,9%) није пропустило ниједну дозу терапије током последње недеље, сличне вредности добијене су и претходним истраживањем. Нема статистички значајне разлике у односу на пол, старост, пребивалиште, образовни и социјални статус испитаника. Највећи проценат анкетираних који ниједном није пропустио терапију у последњој испитиваној седмици је у узрасној групи 18–24 године (81,8%). Не постоји статистички значајна повезаност између едукације испитаника и адхеренце. Просечан број пропуштених доза терапије у последњих недељу дана износио је 0,4 (инд. 2008=0,6), што указује на нешто бољу комплијансу у односу на претходно истраживање (графикон 15).

Индикатор показује да је у неким старосним групама готово половина испитаника пропустила да узме терапију током последње испитиване недеље, иако број пропуштених доза није био забрињавајући. С обзиром на све специфичности терапије, непридржавање и пропуштање доза може имати значајне последице по самог пацијента, али и шири значај.

Графикон 15. Проценат PLHIV који ниједном није пропустио да узме терапију током последњих недељу дана
Просечна вредност индикатора: **60,9**



4.5.6 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СЕ ПРИДРЖАВАЈУ ПРЕПОРУЧЕНОГ НАЧИНА УЗИМАЊА ТЕРАПИЈЕ

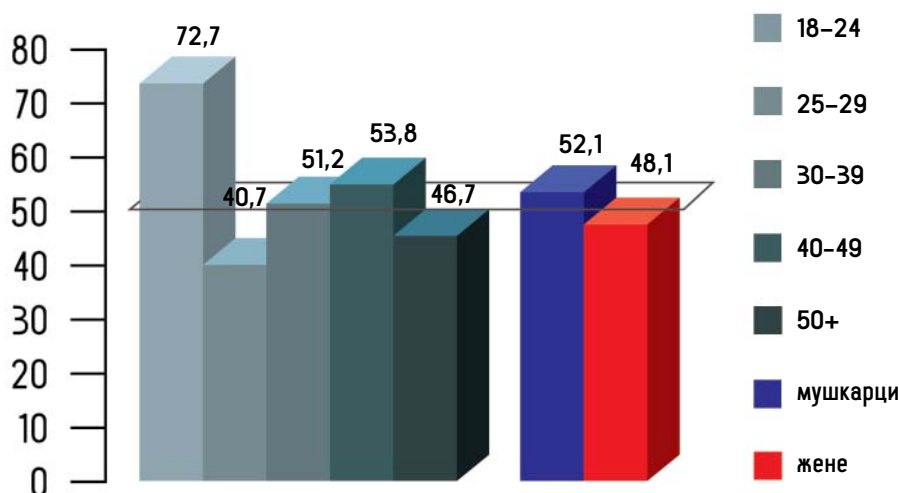
Више од две трећине испитаника (77,9%) увек се придржава препорученог начина узимања терапије везано за време, количину течности и потребни режим исхране (одговор под 3 – увек), што је ниже у односу на резултате из претходне студије (инд. 2008=93,3%). Нема статистички значајне разлике у односу на оба посматрана обележја – пол и старосна доб испитаника. Може се уочити нешто боље придржавање режиму у узрасту 18-24 године (90,9%) и старосној групи 50+ година (85,0%).

4.5.7 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈЕ НЕЖЕЉЕНИ ЕФЕКТИ ART-а НЕ ОМЕТАЈУ У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ

Од 271 испитаника који је одговорио на питање, 138 испитаника је навело одговор под 1 (уопште не), односно 50,9% испитаника је навело да их нежељени ефекти ART-а не ометају у свакодневном животу. Нема статистички значајне разлике у ометању у свакодневном животу када је у питању пол и старост испитаника, ($\chi^2=0,355$; $df=1$; $p=0,551$) и ($\chi^2=3,962$; $df=4$; $p=0,411$), иако се може уочити да испитаници најмлађе узрасне категорије боље подносе терапију (ометање у 27,3%), а највише ометане терапијом су жене узраста 50+ година (68,8%).

Индикатор показује да је скоро половина испитаника ометена у свакодневним активностима и животу узимањем терапије. Утолико већи значај има едукација о ефектима терапије и комплијанси, да не би дошло до одустајања због нежељених ефеката лекова или неког другог разлога и како би испитаници лакше пребродили све тешкоће (графикон 16).

Графикон 16. Проценат испитаника које нежељени ефекти антиретровирусне терапије не ометају у свакодневном животу
Просечна вредност индикатора: **50,9**



4.6 ЗАДОВОЉСТВО ИНФЕКТИВНИМ КЛИНИКАМА И ТЕРАПИЈОМ

4.6.1 ПРОЦЕНАТ РЛHIV КОЈИ ЈЕ ЗАДОВОЉАН ОДНОСОМ ИНФЕКТИВНЕ КЛИНИКЕ ПРЕМА ЊИМА

Индикатор је композитни, и састоји се од четири питања која процењују различите аспекте односа особља инфективне клинике према РЛHIV пацијентима, укључујући одговоре који мере задовољство под 3 (у највећој мери) и 2 (умерено). Чак 259 од 271 анкетираних испитаника задовољно је односом особља инфективне клинике према њима (95,6%). Нема статистички значајне разлике у односу на пол испитаника ($\chi^2=0,852$; $df=1$; $p=0,356$), али је РЛHIV женског пола нешто задовољнији услугом особља инфективне клинике (97,4%) у односу на мушки (94,8%). У односу на старост испитаника нема статистичке значајности ($\chi^2=1,253$; $df=4$; $p=0,869$).

Графикон 17 показује просечне оцене испитаника за сваки од појединачних аспеката композитног индикатора, који су процењени на скали од 1 до 3, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 3 да су у највећој мери задовољни. Из приложеног се види да су испитаници за поштовање и поверење у здравствене раднике клинике дали највише просечне оцене (2,9, а медијана износи 3). Нешто мања просечна оцена добијена је за могућност да се лекару поставе питања о терапији (2,8), а најмања за могућност да одлучују о свом лечењу (2,5 а медијана износи 25) (графикон 17).

У односу на вредности индикатора из претходног истраживања (инд. 2008=70,7%), задовољство испитаника односом инфективне клинике у овом истраживању је значајно веће. Иако су просечне оцене задовољства

у претходној студији мерене на скали Ликертовог типа од 1 до 5, највише оцене у оба истраживања испитаници су дали за поштовање и поверење у здравствене раднике клинике, а најниже за могућност да одлучују о свом лечењу.

Графикон 17. Просечне оцене различитих аспеката односа особља Одељења за HIV/AIDS Клинике за инфективне и тропске болести на скали од 1 до 3



4.6.2 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ДОСТУПНОШЋУ CD4 ТЕСТОВА НА ИНФЕКТИВНОЈ КЛИНИЦИ

Од 280 анкетираних испитаника, 228 је задовољно доступношћу CD4 тестова на инфективној клиници (81,4%). Нема статистички значајне разлике у односу на пол нити старост испитаника ($\chi^2=0,399$; $df=1$; $p=0,528$) и ($\chi^2=7,428$; $df=4$; $p=0,115$). Ипак, највеће задовољство доступношћу CD4 изразили су испитаници узраста 18–24 године (100,0%), а најмање испитаници узраста 24–29 година (66,7%). Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 3, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 3 да су у највећој мери задовољни, износи 2,2 (медијана 2,0).

У односу на претходно истраживање (инд. 2008=44,6%), задовољство испитаника доступношћу CD4 тестова двоструко је порасло.

4.6.3 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ ЈЕ ЗАДОВОЉАН ДОСТУПНОШЋУ PCR ТЕСТОВА НА ИНФЕКТИВНОЈ КЛИНИЦИ

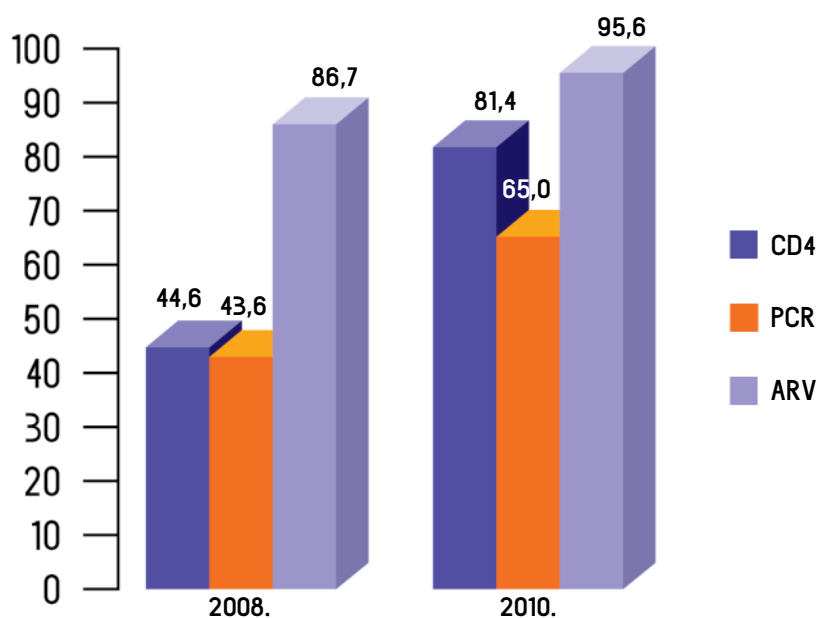
Скоро две трећине испитаника (65,0%) задовољно је могућношћу да уради PCR тест на инфективној клиници када лекар сматра да је потребно. Нема статистички значајне разлике у односу на пол и узраст испитаника ($\chi^2=0,692$; $df=1$; $p=0,405$) и ($\chi^2=7,806$; $df=4$; $p=0,099$). У односу на оба посматрана обележја, може се констатовати разлика на граници статистичке значајности код PLHIV мушког пола у односу на узраст ($p=0,057$). Значајно веће задовољство доступношћу PCR тестова постоји код најмлађих мушких пацијената 18–24 године (90,0%), а најмање је код узраста 25–29 година (44,0%). Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 3 износи 1,9 (медијана 2,0).

Задовољство доступношћу ове услуге у односу на претходно истраживање (инд. 2008= 43,6) је веће, иако још увек значајан проценат испитаника (35%) није задовољан квалитетом ове услуге.

4.6.4 ПРОЦЕНАТ РЛНІВ КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ДОСТУПНОШЋУ АРВ ТЕРАПИЈЕ

Могућношћу да у апотеци добије преписану АРВ терапију задовољно је 259 од 271 испитаника (95,6%), што је за 10% више у односу на претходно истраживање. Није утврђена статистички значајна разлика у односу на пол и старосне групе испитаника ($\chi^2=2,489$; $df=1$; $p=0,115$) и ($\chi^2=3,242$; $df=4$; $p=0,518$). Просечна оцена на скали задовољства од 1 до 3, при чему 1 значи да уопште нису задовољни, а 3 да су у највећој мери задовољни, износи 2,7 (медијана 3,0) (графикон 18).

Графикон 18. Задовољство испитаника доступношћу CD4, PCR тестова и АРВ терапије – упоредно 2008/2010.



4.7 КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА, ЦЕНТРА ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД И НЕВЛАДИНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА

4.7.1 ПРОЦЕНАТ РЛНІВ УКЉУЧЕНИХ У ИСТРАЖИВАЊЕ КОЈИ ИМАЈУ СВОГ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У ДОМУ ЗДРАВЉА

Од свих 280 испитаника укључених у истраживање, свог изабраног доктора у дому здравља има 260 (92,9%). Не постоји значајна статистичка разлика у односу на пол ($\chi^2=1,944$; $df=1$; $p=0,163$). У односу на добну групу испитаника, изабраног лекара у најмањем проценту има група испита-

ника 18–24 године (72,7%), док у групи 30–39 година 97,6% испитаника има свог лекара ($\chi^2=17,607$; $df=4$; $p=0,001$). У односу на оба посматрана обележја, разлика је израженија код испитаника мушког пола ($p=0,009$).

У последњих 12 месеци, свог изабраног лекара у дому здравља посетило је 90,9% испитаника, 8% испитаника истог је посетило пре више од годину дана, док се 1,1% испитаника никада није обратило свом лекару. Просечан број посета изабраном лекару у последњих 12 месеци износи 8,5 (медијана 8).

Две трећине испитаника (67,5%) сâмо је изабрало свог лекара у дому здравља, 18,2% изјавило је да им је лекар додељен, док је 4,6% испитаника за избор лекара прихватило препоруку лекара на инфективној клиници.

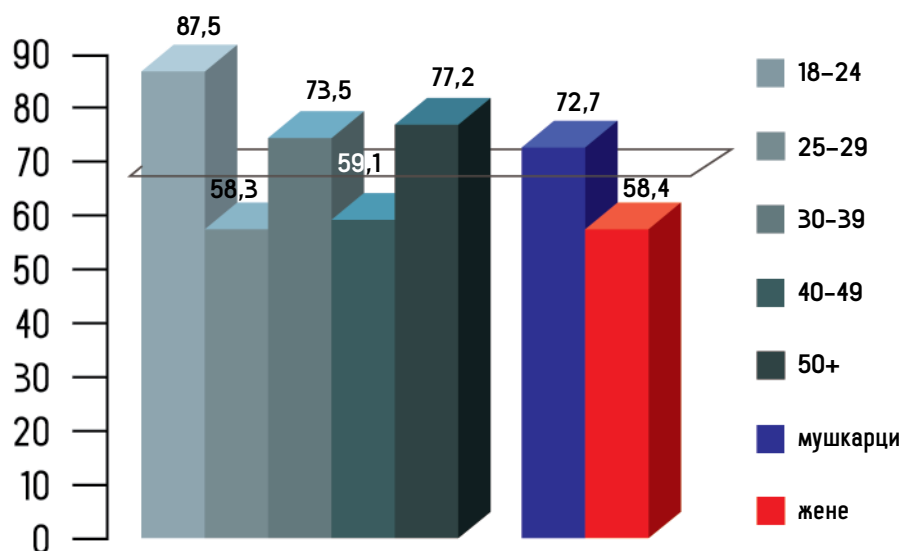
4.7.2 ПРОЦЕНАТ РЛНIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ СВОЈИМ ЛЕКАРОМ У ДОМУ ЗДРАВЉА

Од 260 испитаника који су навели да имају свог изабраног лекара у дому здравља, 178 (68,5%) се изјаснило да је задовољно њиховим услугама (одговор под 3 – у потпуности задовољан). Задовољство је веће међу РЛНIV мушког пола (72,7%) у односу на женски, где задовољство износи 58,4% ($\chi^2=5,087$; $df=1$; $p=0,024$). Не постоји статистички значајна разлика у односу на старост испитаника ($\chi^2=9,048$; $df=4$; $p=0,060$), иако су најмлађи испитаници 18–24 године најзадовољнији услугама (87,5%), док су најмање задовољни они у добној групи 25–29 година (58,3%). Индиферентно у односу на питање (одговор под 2 – нисам ни задовољан ни незадовољан) било је 23% испитаника (графикон 19).

У претходном истраживању, проценат задовољства услугама лекара опште медицине износио је 55,8%, што значи да је задовољство пруженим услугама из овог домена порасло. Индикатор међутим показује да још увек трећина испитаника није задовољна услугом изабраних лекара домова здравља. Висок проценат испитаника редовно посећује изабраног лекара, у просеку 8,5 пута годишње.

Графикон 19. Проценат PLHIV који су задовољни својим лекаром у дому здравља

Просечна вредност индикатора: **68,5**

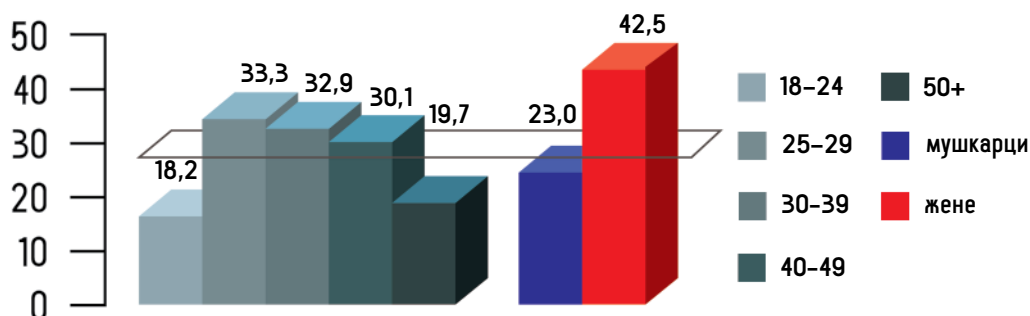


4.7.3 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ КОРИСТИЛИ УСЛУГЕ ЛЕКАРА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Од укупног броја анкетираних, услуге лекара приватне праксе у последњих годину дана затражило је 28,6% испитаника, од чега статистички значајно већи проценат жена (42,5%) него мушкараца (23%) ($\chi^2=10,647$; $df=1$; $p=0,001$). Према резултатима истраживања здравља становника Републике Србије које је спровео Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут” 2006. године [9], 19,4% испитаника опште популације и 23,4% женске популације је користило услуге лекара приватне праксе. Из поређења се види да су испитаници користили ову врсту услуга у већем проценту од опште популације (графикон 20).

Такође, значајно већи проценат испитаника са завршеном вишом школом (48,5%) и без школе (50%) користи здравствене услуге код приватника ($\chi^2=33,665$; $df=4$; $p=0,000$). Испитаници са пребивалиштем у Београду/Новом Саду у готово двоструко већем проценту користе услуге лекара приватника (31,4%) у односу на испитанике који живе у унутрашњости (17,5%) ($\chi^2=4,265$; $df=1$; $p=0,039$). Нема статистички значајне разлике у односу на старост и социјални статус испитаника. Просечан број посета у последњих 12 месеци приватном лекару износи 3,8 (медијана 3). Испитаници су најчешће тражили помоћ стоматолога (76,4%), а затим гинеколога (25%), што објашњава већу заступљеност жена из PLHIV популације у коришћењу услуга лекара приватне праксе.

Графикон 20. Проценат испитаника који су у последњих 12 месеци користили услуге лекара приватне праксе
Просечна вредност индикатора: **28,6**



4.7.4 КОМЕ СЕ ПРВИ ПРВО ОБРАЂАЈУ ЗА ПОМОЋ КАДА ИМАЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОБЛЕМА?

Више од половине учесника у студији (60,4%), када има здравствених проблема обраћа се директно инфективној клиници, што је у корелацији са поверењем и задовољством испитаника услугама инфективне клинике. Једна трећина испитаника (34,3%) се због здравствених тегоба обраћа лекару опште праксе дома здравља, док се мали проценат за помоћ обраћало хитној служби или приватном лекару (1,4%). Исти проценат испитаника (1,4%) се за помоћ обратило родитељима или пријатељима. И поред тога што су имали здравствених тегоба, 1,1% испитаника није се ником обратило за помоћ (графикон 21).

Графикон 21. Проценат испитаника коме се прво обраћа за помоћ када имају здравствених проблема

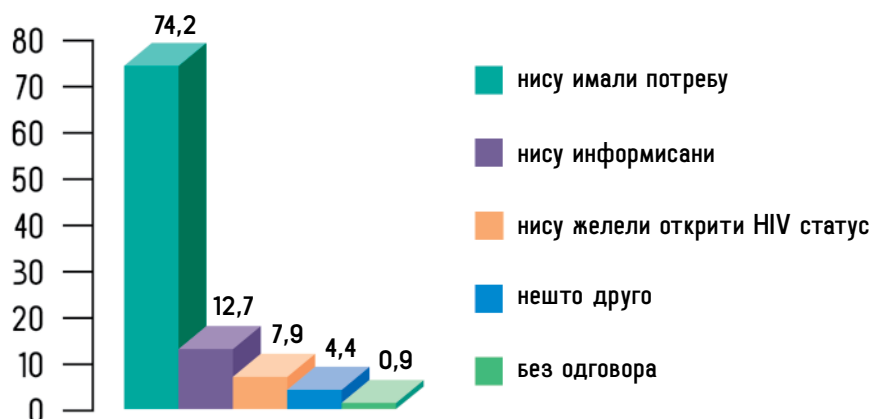


4.7.5 ПРОЦЕНАТ РЛHIV КОЈИ СУ СЕ У ПОСЛЕДЊЕ ДВЕ ГОДИНЕ ОБРАЋАЛИ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Од 280 испитаника, 51 (18,2%) се у последње две године обратио центру за социјални рад ради остваривања неке помоћи, значајно мањи проценат од оног добијеног у претходном истраживању (инд. 2008=31,5%). Нема статистички значајне разлике код обраћања центру за социјални рад у односу на пол испитаника ($\chi^2=2,304$; $df=1$; $p=0,129$), иако су се испитанице женског пола чешће обраћале за помоћ (23,8%), док се 16,0% испитаника мушког пола у последње две године обратио за помоћ центру. Не постоји статистички значајна разлика ни у односу на старосну доб, али је значајно истаћи да се испитаници узраста 18–24 године нису уопште обраћали за помоћ центру.

На питање који су разлози што се нису обратили за помоћ центру за социјални рад, највећи проценат испитаника (74,2%), навео је да није имао потребу, 12,7% испитаника није било информисано о услугама које центри пружају, док 7,9% није желело да им се открије HIV статус, те се стога нису обраћали за помоћ центру за социјални рад (графикон 22).

Графикон 22. Разлог зашто се испитаници нису обраћали центру за социјални рад



Индикатор показује да се врло мали проценат испитаника обраћа за помоћ овој установи. С обзиром на низак социоекономски статус великог процента испитаника, било би очекивано да се више испитаника обраћало за помоћ, али је скоро три четвртине изјавило да им помоћ није потребна.

4.7.6 ЗАДОВОЉСТВО РЛHIV УСЛУГАМА КОЈЕ СЕ ПРУЖАЈУ У ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Просечна оцена задовољства мерена на скали од 1 до 3, када је у питању однос особља центара за социјални рад према РЛHIV износи 1,7

(медијана 1,5), док су за могућност да добију информације потребне за остваривање права преко центра испитаници дали исту просечну оцeну 1,7 (медијана 1,0). Од укупног броја испитаника који користе услуге центра за социјални рад, готово половина је незадовољна истим (49%) (табела 1).

Табела 1. Просечна оцена задовољства PLHIV услугама које се пружају у центру за социјални рад (скала 1–3)

Пол и старосне групе	Колико сте задовољни односом особља центра за социјални рад према вама		Колико сте задовољни могућношћу да добијете информације потребне за остваривање права преко центра за социјални рад	
	Просечна оцена 1–3	Медијана	Просечна оцена 1–3	Медијана
мушки	1,7	2,0	1,7	1,5
женски	1,7	1,0	1,7	1,0
25–29	1,8	2,0	2,0	2,0
30–39	2,1	2,0	2,0	2,0
40–49	1,4	1,0	1,7	1,0
50+	1,8	1,5	1,3	1,0
Укупно	1,7	1,5	1,7	1,0

4.7.7 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ НИСУ КОРИСТИЛИ УСЛУГЕ НВО У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ

Више од две трећине испитаника који су учествовали у истраживању (73,2%) није користило услуге НВО у последњих 12 месеци. Није забележена статистички значајна разлика у односу на пол и старосну категорију испитаника ($\chi^2=0,526$; $df=1$; $p=0,468$) и ($\chi^2=0,945$; $df=4$; $p=0,918$).

4.7.8 ЗАДОВОЉСТВО PLHIV УСЛУГАМА КОЈЕ СЕ ПРУЖАЈУ У НВО

Када су у питању услуге које пружају невладине организације, испитаници су највишу просечну оцeну дали за пружање психосоцијалне помоћи (1,5), док су најниже просечне оцeне дате за услуге пружања материјалне помоћи и помоћи у кући (1,2), (табела 2).

Члан неког од удружења особа које живе са HIV-ом је 16,4% испитаника, што уз остале индикаторе може да указује на још увек недовољан степен поверења PLHIV, због високе стигме у друштву.

Табела 2. Задовољство PLHIV услугама које се пружају у НВО (скала 1–3)

Пол и старосн групе	Помоћ у остваривању права	Психо-социјална помоћ	Медицинска помоћ	Материјална помоћ	Помоћ у кући	Практична помоћ
мушки	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,3
женски	1,3	1,4	1,1	1,2	1,1	1,3
18–24	1,4	1,6	1,2	1,3	1,0	1,0
25–29	1,4	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3
30–39	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,5
40–49	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2	1,3
50+	1,3	1,4	1,3	1,2	1,1	1,2
Укупно	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,3

4.8 СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

4.8.1 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ СВОЈ HIV СТАТУС ЈАВНО ОБЈАВИЛИ

Од свих 280 испитаника који су учествовали у истраживању, само 11 испитаника (3,9%) је то јавно објавило. Не постоји статистички значајна разлика у односу на пол и добну структуру испитаника ($\chi^2=0,606$; $df=1$; $p=0,436$) и ($\chi^2=4,349$; $df=4$; $p=0,361$), иако је највећи проценат испитаника који је јавно објавио свој HIV статус мушког пола (4,5%) и у старосној групи 30–49 година.

4.8.2 ПРОЦЕНАТ PLHIV ЧИЈИ ЈЕ HIV СТАТУС САОПШТЕН НЕКОМ ДРУГОМ БЕЗ САГЛАСНОСТИ

Више од једне трећине од укупног броја испитаника који су учествовали у истраживању (36,8%), изјавило је да је њихов HIV статус саопштен неком другом без њихове претходне сагласности. Не постоји статистички значајна разлика када је у питању пол и старост испитаника ($\chi^2=0,186$; $df=1$; $p=0,666$) и ($\chi^2=0,745$; $df=4$; $p=0,946$).

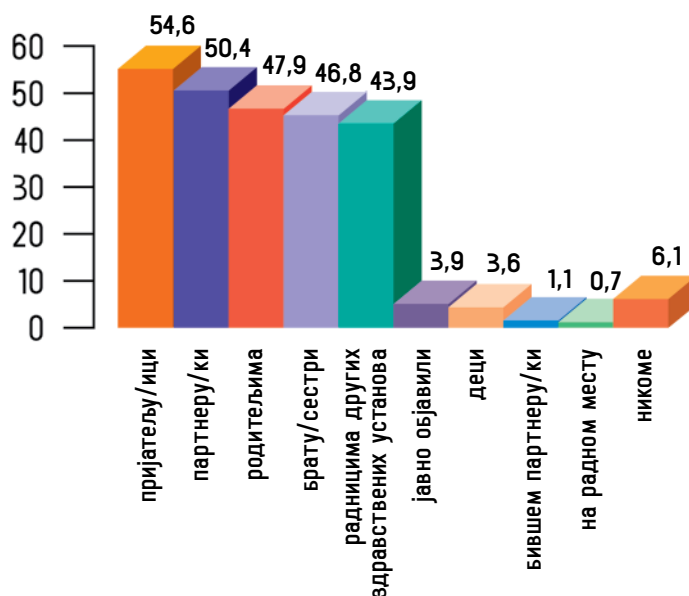
4.8.3 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ОСИМ ОРДИНИРАЈУЋОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ СВОЈ HIV СТАТУС САОПШТИЛИ НЕКОМ ДРУГОМ

Највише поверења да открију свој HIV статус испитаници су имали у своје пријатеље/пријатељице и тренутне партнере. Тако је више од половине анкетираних (54,6%) открило свој HIV статус пријатељу/пријатељици, док је 50,4% испитаника исто поверило партнеру/партнерки. Родитељима је свој статус открило 47,9%, а браћи или сестрама 46,8% испитаника. Значајан проценат анкетираних (43,9%), открило је свој HIV статус здравственим радницима из других здравствених установа. Мали

проценат испитаника је HIV статус саопштило својој деци (3,6%), још мањи проценат учинило је то када је у питању бивши партнер/партнерка (1,1%). Колегама или претпостављенима на радном месту, свој HIV статус открило је 0,7% испитаника, док је 6,1% изјавило да статус нису открили никоме (графикон 23).

Претходна три индикатора јасно указују на изражени проблем страха PLHIV од реакције околине, јер се мали број испитаника одважио да јавно саопшти свој статус. Са друге стране, значајном броју испитаника повређена су основна људска права саопштавањем њиховог HIV статуса другим особама, без претходне сагласности. Највећи страх и уједно најмање поверења испитаници имају у колеге и претпостављене на радном месту.

Графикон 23. Проценат PLHIV који су осим ординирајућој здравственој установи свој HIV статус саопштили неком другом

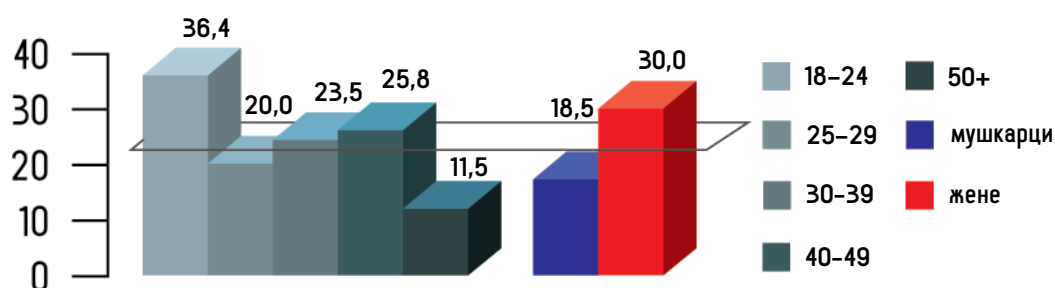


4.8.4 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ У ПОСЛЕДЊИХ 12 МЕСЕЦИ ИМАЛИ ИСКУСТВО СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИЈЕ У СВОЈОЈ СРЕДИНИ ЗБОГ HIV СТАТУСА

Једна петина анкетираних испитаника (21,8%) изјавила је да је имала неки облик стигме и дискриминације због HIV статуса у својој средини. Постоји значајна статистичка разлика у односу на пол када је у питању стигма и дискриминација, и она је два пута чешће заступљена код PLHIV женског пола (30,0%), у односу на мушки (18,5%) ($\chi^2=4,435$; $df=1$; $p=0,035$). Нема статистички значајне разлике у односу на старосну категорију ($\chi^2=6,268$; $df=4$; $p=0,180$), иако је процентуално виша у најмлађој добној групи (36,4%), у односу на најстарију (11,5%) (графикон 24).

Када су у питању различити облици стигме и дискриминације, искуства су најразличитија. Најчешће се наводи избегавање од стране других људи, задиркивање и оговарање, као и непружање услуга у некој институцији (6,8%), непријатности у породици (5,0%), друштвена изолација (3,9%), напуштање од стране партнера (3,6%), непријатности на послу (2,9%).

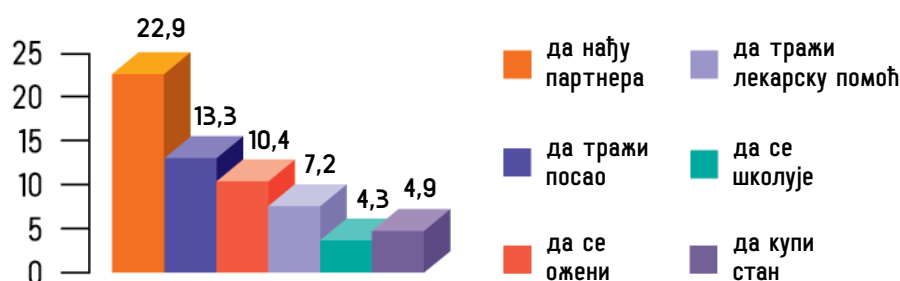
Графикон 24. Проценат PLHIV који су у последњих 12 месеци имали искуство стигме и дискриминације у својој средини због HIV статуса
Просечна вредност индикатора: **21,8**



Истраживањем да ли су због статуса одустали од неких својих потреба и намера, и којих, испитаници су овако одговорили.

Више од половине испитаника (53,4%) није одустало од потреба и намера које су имали пре сазнавања HIV статуса. Скоро четвртина испитаника (22,9%) одустала је од потребе да нађе партнера, 13,3% одустала је од тражења запослења, 10,4% испитаника одустало је од намере да се ожени/добе дете. Неки испитаници (7,2%) су избегавали да затраже лекарску помоћ када им је потребна, док је око 4% испитаника одустајало од школовања или куповине стана (графикон 25).

Графикон 25. Одустајање PLHIV од потреба или намера због HIV статуса

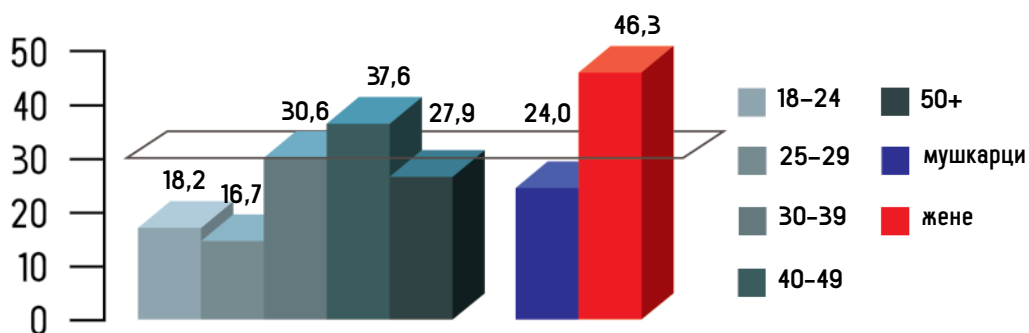


4.8.5 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗБОГ HIV СТАТУСА ДОЖИВЕЛИ НЕКИ ОБЛИК ДИСКРИМИНАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Скоро трећина учесника у истраживању (30,4%), доживела је неки облик дискриминације у здравственој установи због свог HIV статуса. И овде постоји значајна статистичка разлика када је у питању пол испитаника. Жене које живе са HIV-ом, два пута чешће него мушкарци (24,0%) наводиле су да су доживеле дискриминацију у здравственој установи (46,3%), ($\chi^2=13,381$; $df=1$; $p=0,000$). Не постоји статистички значајна разлика када је у питању добна старост испитаника, иако је процентуално највише заступљена у групи 40–49 година (графикон 26).

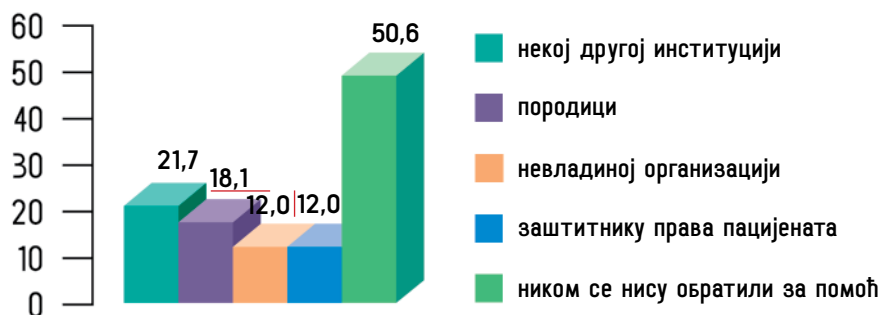
Графикон 26. Проценат PLHIV који су због HIV статуса доживели неки облик дискриминације у здравственој установи

Просечна вредност индикатора: **30,4**



Због дискриминације у здравственој установи никоме се није обратило за помоћ више од половине испитаника (50,6%), док се мали проценат за помоћ обратио некој другој институцији (21,7%), породици (18,1%), НВО и заштитнику права пацијената (12%) (графикон 27).

Графикон 27. Проценат PLHIV који су се обраћали за помоћ због дискриминације у здравственој установи

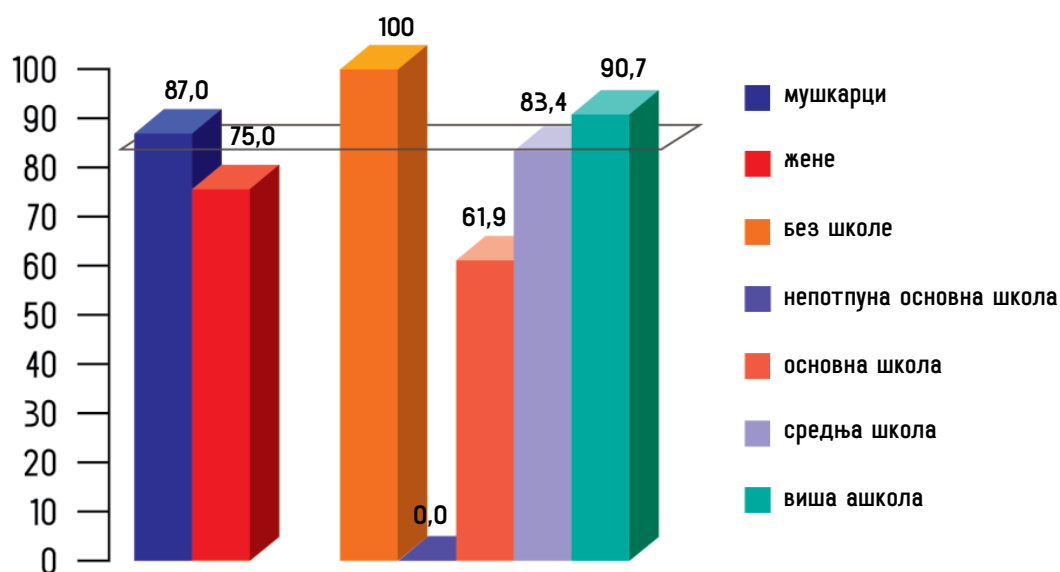


4.8.6 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ ЗНАЈУ ДА ЈЕ У СРБИЈИ ДОНЕТ ЗАКОН О ЗАБРАНИ ДИСКРИМИНАЦИЈЕ

Више од четири петине анкетираних (83,6%) знају да је у Србији ступио на снагу Закон о забрани дискриминације. Значајно већи проценат испитаника мушког пола (87%) зна за овај закон, у односу на женски (75%) ($\chi^2=5,993$; $df=1$; $p=0,014$). Степен информисаности испитаника о постојању закона расте што је степен образовања виши; 90,7% анкетираних са вишом школом знају да је донет овај закон ($\chi^2=26,448$; $df=4$; $p=0,000$). Одговор испитаника без школе не може се тумачити због малог узорка испитаника. Нема статистички значајне корелације када је у питању старост, пребивалиште, социјални статус испитаника, нити присуство едукацији о ARV терапији (графикон 28).

Графикон 28. Проценат PLHIV који знају да је у Србији донет Закон о забрани дискриминације

Просечна вредност индикатора: **83,6**



Мање од једне четвртине испитаника (20,7%) мисли да ће донесени закон имати утицаја на положај PLHIV у друштву, док 41,8% испитаника мисли да закон неће ништа променити. Више од трећине анкетираних (37,5%) је изјавило да не зна.

4.9 КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

4.9.1 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ОПШТИМ КВАЛИТЕТОМ ЖИВОТА И ЗДРАВЉЕМ

Од 280 анкетираних испитаника PLHIV, 41 је задовољно општим квалитетом живота и својим здрављем (14,6%). Приближно исти показатељ

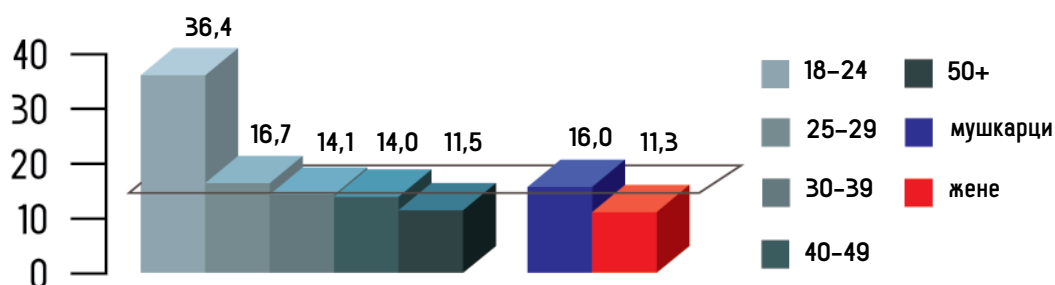
добијен је и претходним истраживањем (инд. 2008=16%). Не постоји статистички значајна разлика и повезаност у односу на пол и старост испитаника ($\chi^2=1,032$; $df=1$; $p=0,310$) и ($\chi^2=4,792$; $df=4$; $p=0,309$), иако је проценат задовољства незнатно већи код мушког пола (16,0%) у односу на жене (11,3%) (графикон 29).

На скали задовољства од 1 до 5, значајно већи проценат PLHIV се налази у категорији оних који квалитет живота процењују као прилично добар (44,6%) у односу на категорију врло добар (11,8%).

Када је у питању задовољство здрављем, однос је сличан; 51,8% испитаника навело је да је прилично задовољно својим здрављем, док је врло задовољно 11,4%.

Графикон 29. Проценат PLHIV који су задовољни општим квалитетом живота и здрављем

Просечна вредност индикатора: **14,6**

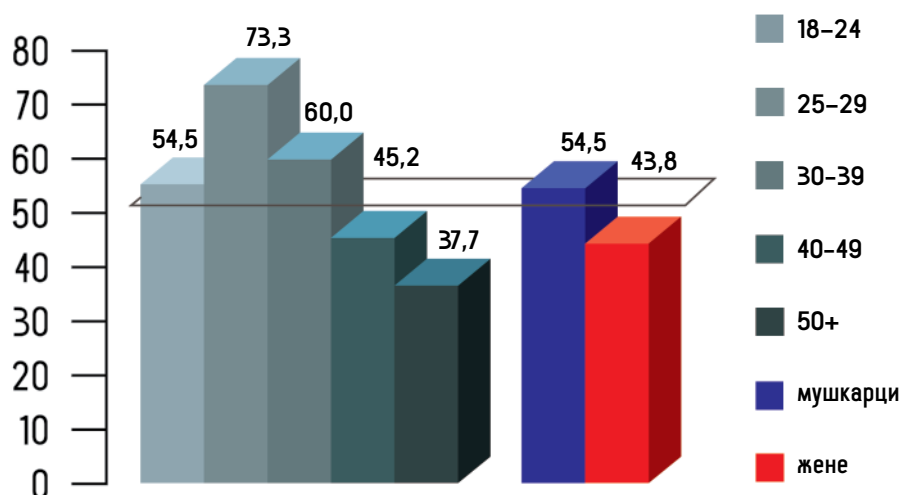


4.9.2 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ СОЦИЈАЛНИМ ОДНОСИМА, ДОБИЈЕНОМ ПОДРШКОМ И УКЉУЧЕНОШЋУ У ДРУШТВО

Више од половине анкетираних PLHIV (51,4%) задовољно је социјалним односима, добијеном подршком и укљученошћу у друштво. Нема статистички значајне разлике у односу на пол испитаника ($\chi^2=2,644$; $df=1$; $p=0,104$). Разлика је значајна када је у питању старост испитаника. Социјалним односима и укљученошћу највише је задовољна добна група 25–29 година (73,3%), док су најстарији испитаници у групи изнад 50 година том испитиваном категоријом најмање задовољни (37,7%) ($\chi^2=14,367$; $df=4$; $p=0,006$).

На скали задовољства мереног оценом од 1 до 5, испитаници су у највећој мери задовољни доменом социјалних односа (40%), (подршком пријатеља и блиских особа), док су најмање задовољни својим сексуалним животом (врло задовољно 11,6%). Задовољство испитаника овим аспектима живота нешто је веће у односу на резултат из претходне студије (инд. 2008=44,3%) (графикон 30).

Графикон 30. Проценат PLHIV који су задовољни социјалним односима, добијеном подршком и укљученошћу у друштво
Просечна вредност индикатора: **51,4**



4.9.3 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ СУ ЗАДОВОЉНИ ТИМЕ КОЛИКО ЈЕ ОКРУЖЕЊЕ У КОЈЕМ ЖИВЕ ЗДРАВО, ДОСТУПНОШЋУ ПОТРЕБНИХ СЕРВИСА И ИНФОРМАЦИЈА

Скоро трећина испитиваних (31,4%) задовољна је својим окружењем. Не постоји статистички значајна разлика у односу на пол испитаника ($\chi^2=0,373$; $df=1$; $p=0,541$). У односу на старосну категорију, окружењем су у највећем проценту задовољни најмлађи испитаници 18–24 године (63,6%), док су испитаници у старосној групи 40–49 година најмање задовољни (23%) ($\chi^2=10,479$; $df=4$; $p=0,033$).

Најнижа просечна вредност је добијена за задовољство својим финансијским ресурсима (у највећој мери задовољно 6,1% испитаника), затим следи задовољство могућностима за рекреацију (21,1%), осећањем физичке сигурности (22,1%), док су PLHIV најзадовољнији доступношћу информација у свакодневном животу (38,9%). Готово исте вредности добијене су претходном истраживањем.

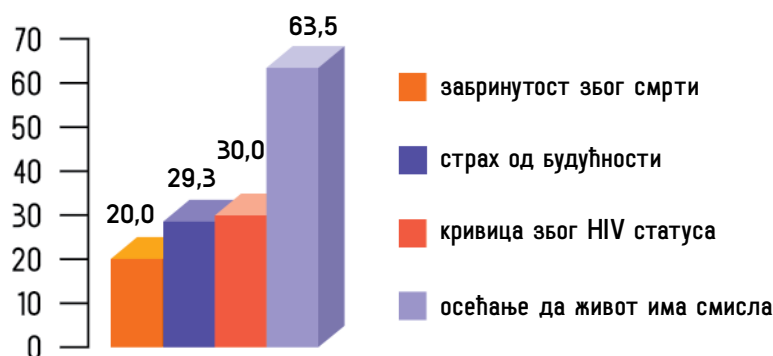
4.9.4 ПРОЦЕНАТ PLHIV КОЈИ МИСЛИ ДА ЖИВОТ ИМА СМИСЛА И ПРИХВАТА СВОЈ HIV СТАТУС

Ово је композитни индикатор, којим се процењују одговарајући аспекти везани за прихватање HIV статуса (одговори где је скор изнад 16) и то: осећање PLHIV испитаника да живот има смисла, забринутост у вези смрти, страх везан за будућност и страх PLHIV да ће их други кривити за HIV статус. Одговор са скором изнад 16 дало је 10,7% испитаника. Не постоји статистички значајна разлика у односу на пол испитаника, иако је тај проценат нешто већи код PLHIV мушког пола (11,5%) него код жен-

ског (8,8%). Статистичка разлика није значајна ни кад се посматра узраст испитаника ($\chi^2=3,198$; $df=4$; $p=0,525$). Ипак се може уочити да најмлађа група испитаника не види смисао живота и тешко прихвата свој HIV статус (0,0%), док испитаници старости 30–39 година нешто боље прихватају ту истину.

Просечне вредности задовољства процењиване на скали од 1 до 5 овог композитног индикатора показују да 63,5% испитаника има осећање да живот има смисла (оцена 5 – у највећој мери и 4 – у знатној мери). У вези смрти забринутост је 20% испитаника, док умерен страх у вези будућности има 29,3% испитаника. Када је у питању страх од тога да ће их други кривити за HIV статус, оценом 5 и 4 – у највећој и знатној мери, одговорило је 30% испитаника (графикон 31).

Графикон 31. Просечне вредности задовољства различитим аспектима у прихватању HIV статуса



Претходна четири индикатора који процењују квалитет живота особа које живе са HIV/AIDS-ом показују да је значајан проценат испитаника забринут због свог здравственог стања, посебно испитаници из старије узрастне категорије. Анкетирани су нешто задовољнији социјалним односима и подршком, али и даље забрињавајуће мали проценат испитаника има осећање да живот има смисла и прихвата свој HIV статус.

5. ДИСКУСИЈА

Ризично сексуално понашање је један од основних начина ширења HIV инфекције како је перципирано од стране испитаника. У контексту даљег ризика од ширења инфекције или HIV реинфекције, ниво протективног понашања испитаника не може се сматрати задовољавајућим. Када се томе дода изузетно мали проценат познавања HIV статуса сталног партнера, ризик је значајно већи. Истраживања показују да је изузетно мали број испитаника дао одговор да је икада присуствовао било каквом

виду предавања о ARV третману и терапији. У складу са овим податком, знање испитаника из ове области такође је било инсуфицијентно. Када се узме у обзир да скоро половину испитаника иста терапија омета у свакодневном животу, уз незадовољавајући ниво едукације, адхеренца може озбиљно бити угрожена. Недостатак адхеренце није погубан само са аспекта појединца, директно нарушавајући ефекте терапије, већ има шири епидемиолошки значај у смислу развоја мултирезистентних сојева.

Висок проценат испитаника задовољан је односом особља инфективне клинике, што се не може закључити за задовољство изабраним лекаима, где је ниво поверења још увек незадовољавајући.

Ситуација у којој се налазе HIV позитивне особе и оболеле од AIDS-а, тешко се може и покушати сместити у категорију задовољавајућих са становишта поштовања људских права, јер се испитаници у значајном проценту суочавају са нетолеранцијом у свом окружењу. Дискриминација је још израженија тамо где не би смела да постоји – у систему здравствене заштите. Скоро половина испитаница женског пола навела је да је доживела неки облик дискриминације у здравственој установи због свог HIV статуса. И поред тога што су директно доживели дискриминацију у здравственој установи, више од половине испитаника ником се није обратило за помоћ, највероватније из страха од даљег откривања HIV статуса и потребе да и даље услуге траже у истој здравственој установи.

Особама које живе са HIV/AIDS-ом неопходна је свеобухватна заштита и подршка. Осим лекова, потребан је и широк спектар медицинских, емоционалних, социјалних и економских видова подршке. У постојећем систему здравствене заштите, особе које живе са HIV/AIDS-ом добијају медицинске услуге, уз недовољно сагледавање њихових укупних социјално-здравствених потреба. Услуге кућне неге и лечења, као и палијативна нега нису обезбеђени у складу са потребама особа са HIV-ом. Међутим, истраживање показује да је и поред евидентних потреба за социјалном заштитом, због ниског социоекономског статуса испитаника, мали проценат заиста затражио овај вид помоћи, како од центара за социјални рад, тако и од невладиних организација. То говори о високо израженом страху и неповерењу испитаника од последица евентуалног откривања HIV статуса. Због тога би организована служба за правну и социјалну помоћ била од изузетног значаја.

6. ЗАКЉУЧЦИ

У истраживању спроведеном у Београду и Новом Саду у периоду од јануара до јуна 2010. године, на узорку од 280 особа које живе са HIV-ом, у циљу да се процени знање и пракса ризичних понашања PLHIV веза-

них за HIV инфекцију и реинфекцију, посвећеност терапији, задовољство здравственим услугама и другим сервисима, стигма и дискриминација и квалитет живота ове популације, дошло се до следећих закључака:

- Више од две трећине испитаника је ниског социоекономског статуса са високом стопом незапослених у радноактивној доби.
- Просечна дужина живота са HIV-ом код испитаника је седам година (код жена преко девет), што уз добар здравствени статус код већине говори о релативно доброј комплијанси.
- Скоро две трећине испитаника претпоставља да се инфицирало незаштићеним сексуалним односима (48% са мушкарцем, 14,3% са женом), што потврђује доминантни облик трансмисије HIV-а у Србији.
- Преко половине испитаника користи цигарете и даље, док су алкохол и дрога заступљени у nižем проценту него у општој популацији.
- Мали проценат испитаника (26,3%) познаје HIV статус свог сталног партнера.
- Неки вид едукације о ARV терапији имало је 18% испитаника. Укрштањем са индикаторима везаним за понашање (коришћење кондома и психоактивних супстанци) није уочена статистички значајна корелација. Мали проценат испитаника (11,8%) знао је све тачне одговоре на питања о ART-у.
- Антиретровирусна терапија омета у свакодневном животу половину испитаника. Ипак, две трећине испитаника никад не заборавља да узима лекове, а скоро 80% се придржава прописаног начина узимања терапије. Просечан број пропуштених доза (0,4) током последње испитиване недеље указује на нешто бољу комплијансу у односу на претходно истраживање (0,6).
- Уочен је висок степен задовољства испитаника односом особља инфективне клинике (96%). Највише оцене у оба истраживања испитаници су дали за поштовање и поверење у здравствене раднике клинике, а најниже за могућност да одлучују о свом лечењу.
- Задовољство доступношћу CD4, PCR тестовима и ARV терапијом значајно је више изражено у односу на резултате из претходног истраживања.
- Висок проценат испитаника (93%) има свог изабраног лекара у дому здравља. Задовољство својим лекаром изразило је близу 70% испитаника, што је значајно ниже у односу на задовољство особљем инфективне клинике. То указује на потребу даље изградње поверења лекара домова здравља и особа које живе са HIV-ом.
- Нешто више од четвртине испитаника користило је и услуге лекара приватне праксе, најчешће услуге стоматолога и гинеколога.
- И поред ниског социоекономског статуса, изразито мали проценат

испитаника користио је услуге центра за социјални рад (18%), као и услуге невладиних организација (27%). Овај податак упућује на још увек висок степен неповерења и страха од откривања HIV статуса код испитаника.

- Само 3,9% испитаника јавно је објавило свој HIV статус, док је једној трећини статус објављен без сагласности.
- Скоро трећина испитаника доживела је неки облик дискриминације у здравственој установи због HIV статуса, што указује на значајан степен нетолеранције и стигме, па и непоштовања законских норми од стране запослених у здравственим установама. Стигма и дискриминација у вези са HIV-ом још увек представљају огромну баријеру за ефикасну борбу против епидемије HIV/AIDS-а. Страх од дискриминације често спречава људе да траже лечење од AIDS-а или да јавно причају о свом HIV статусу.
- Испитаници су изразили релативно низак степен задовољства свеукупним квалитетом живота и умерено задовољство здрављем, приближно исто као и у претходном истраживању. Више од половине учесника у истраживању задовољно је социјалним односима, подршком и укљученошћу у друштво.

7. ПРЕПОРУКЕ

- Иако висок проценат испитаника користи кондом, због значаја ризика од инфекције и реинфекције, неопходно је повећати ниво знања особа које живе са HIV-ом о начину чувања сопственог и туђег здравља.
- Мали број испитаника прошао је неки вид едукације о ARV терапији. С обзиром да велику већину ARV терапија омета у свакодневним активностима, потребно је организовано и континуирано спроводити едукацију о значају посвећености терапији и непропуштању доза, које има и индивидуални и шири епидемиолошки значај.
- Инфективне клинике биле би најбоља места за организована индивидуална или групна предавања, због изузетно високог поверења PLHIV у особље клинике, нарочито што постоји значајан простор за информисање пацијената о различитим опцијама и аспектима лечења.
- У вези са претходном препоруком, важно је нагласити да би особље инфективне клинике могло бити важна спона у повезивању особа које живе са HIV-ом са невладиним организацијама које пружају услуге важне за побољшање квалитета живота PLHIV. Стога би клинике требале бити укључене и што више у току са свим пројектима усмереним на ову популацију.
- Посебну пажњу требало би посветити едукацији и подизању квали-

тета услуга у установама социјалног типа, а имајући у виду мали проценат PLHIV који користи услуге ових институција, висок степен неповерења и незадовољства пруженим услугама.

- Спроводити обавезне континуиране едукације усмерене на подизање специфичних знања о HIV-у, превенцији професионалног ризика и етичким аспектима HIV инфекције међу запосленим у здравственим установама. Ниво знања и ставови здравствених радника важни су за адекватан приступ у збрињавању HIV позитивних и оболелих пацијената. Подизање нивоа знања здравствених радника, реална процена професионалног ризика, добро познавање и примена препоручених мера предостожности, значајни су за смањење страха од случајне инфекције, разбијање предрасуда и одбацивање свих облика стигматизације и дискриминације. Планирана и континуирана едукација здравствених радника је активност којом се утиче на ниво знања здравствених радника, повећање личне безбедности у току обављања медицинских процедура и промену негативних ставова према HIV-ом инфицираним пацијентима.
- Обезбедити ефикасно процесуирање поступка у сваком појединачном случају повреде људских права и дискриминације PLHIV у здравственој установи.
- Едукацијом изабраних лекара радити на изградњи узајамног поверења лекара и пацијената, посебно едукацију о палијативној нези. У процес едукације неопходно је укључити и лекаре из приватне праксе, нарочито стоматологе и гинекологе.
- Постоји потреба за јаснијим информацијама о услугама које пружају невладине организације, као и бољем приступу и начину информисања PLHIV популације.
- Даље радити на укључивању особа које живе са HIV-ом у све друштвене активности и на социјализацији, како би се осећали корисним члановима друштва.
- Једна од стратегија борбе против стигматизације и дискриминације је и охрабрити људе инфициране HIV-ом да причају о себи. Наиме, подела искустава омогућава заједници да лакше разуме како HIV/AIDS утиче на људске животе. Особе које живе са HIV-ом морају бити укључене у све аспекте креирања и одлучивања када је у питању здравље и квалитет њиховог живота.
- Развијати партнерство кроз организоване едукативне програме намењене креаторима и доносиоцима одлука, медијима, инспекцијским службама и образовним институцијама.
- Обезбедити и прописати стандарде у квалитету пружања услуга PLHIV у свим видовима здравствене и социјалне заштите.
- Даље радити на оснаживању капацитета организација које пружају подршку људима који живе са HIV/AIDS-ом, посебно кроз по-

дизање компетенција и обезбеђивање одрживости квалитета услуга и након завршетка пројекта финансираних од стране Глобалног фонда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министарство здравља Србије (2005): Национална стратегија за борбу против HIV /AIDS-а 2005- 2010. Доступно на: URL www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
2. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: United nations General Assembly, Special Session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001.
3. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање међу популацијом под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Доступно на: http://www.batut.org.rs/activenews_view.asp?articleID=180
4. Слађана Барош, Бојан Жиких. Квалитативна истраживања у оквиру друге генерације надзора над HIV-ом, Социјална мисао, бр. 51, Београд; 2006.
5. Stojanovski J, Stojanović J, Prvulović M. Mental Health and HIV/AIDS Structure in Serbia, GIP Expert Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Serbia, Belgrade, 2007.
6. Stojanovski J, Stojanović J, Prvulović M. Mental Health and HIV/AIDS in Serbia, Rapid qualitative study on Mental Health problems of People living with HIV, GIP Expert Centre for Mental health and HIV/AIDS in Serbia, Belgrade, 2007.
7. Бурић, Илић, Шегуљев. Процена потреба особа које живе са HIV/AIDS-ом, Истраживање у оквиру Пројекта регије Emilija Romanja, Црвена линија и Новосадски хуманитарни центар Нови Сад, 2007.
8. Др Данијела Симић, Преглед најновије епидемиолошке ситуације у свету и Европи крајем 2008. и Србији до новембра 2009, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Београд, 2009.
9. Министарство здравља Србије (2007): Истраживање здравственог стања становника Србије 2006, Финални извештај. Доступно на: <http://sites.google.com/site/downloadmoh1/FinalniIzvestajIstrazivanjeZdravlja.pdf?attredirects=0>
10. Sarah Bernays, Tim Rhodes, Ana Prodanović. HIV treatment access, delivery and uncertainty: a qualitative study in Serbia and Montenegro. UNDP report, Belgrade; 2007.
11. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”: Перцепција ризика, ставова и знања здравствених радника Србије из области HIV-а и AIDS-а. II део. Београд: ИЗЈЗС; 2006.
12. Бурић П. Утицај програма унапређења превенције и контроле крвнотрансмитирајућих инфекција на смањење професионалног ризика рад-

-
- ника у здравству. Докторска дисертација. Универзитет у Новом Саду, 2008.
13. Ђурић П, Илић С. Место здравствених радника у одговору на HIV епидемију. Нови Сад: Екуменска хуманитарна организација; 2007.
 14. Tim Rhodes, Milena Simic, Transition and HIV Risk Environment, BMJ, vol. 331, July, 2005; 220-223.
 15. Закон о здравственој заштити Републике Србије; Доступно на: <http://www.zdravstvo.rs/srp/info.2/regulativa.64.html>
 16. Second General Surveillance for HIV, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, December, 2004.
 17. Technical Guidance for HIV/AIDS Surveillance Programs: Vol III: Security and Confidentiality Guidelines, CDC, 2006.
 18. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Guidelines On Construction Of Core Indicators, 2008 Reporting, UNAIDS, March 2007.
 19. Guidelines on Ethics for Medical Research: General Principles, MRC, 2005.
 20. Monitoring and Evaluation System Strengthening Tool, GAFTM, 2006.

КВАЛИТАТИВНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА:

СТУДИЈА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И ЖЕНАМА (МСМЖ) И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом

314:613.885-055.3(497.11)(083.41)

1. ФАКТОРИ РИЗИКА НА МОГУЋНОСТ ИНФИЦИРАЊА HIV-ом И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА И ЖЕНАМА (МСМЖ)

314:[616.988:578.828(497.11)(083.41)

2. КОНТЕКСТУАЛНИ ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА НЕКОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ИНФЕКТИВНИХ КЛИНИКА – ОДЕЉЕЊА ЗА HIV/AIDS МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом (PLHIV)

АУТОРИ:

Главни истраживач:

Слађана Барош
Национална канцеларија за HIV/AIDS/Институт за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Батут”

Консултант истраживања:

Проф. Бојан Жикић
Одељење за етнологију и антропологију
Филозофског факултета Универзитета у Београду

УВОД У КВАЛИТАТИВНЕ КОМПОНЕНТНЕ ПРОЈЕКТА

Основна идеја спровођења квалитативне компоненте Пројекта јесте прикупљање испитаничких исказа, који би били неспутани ограничавајућом природом анкетног листа. Свеобухватношћу постављених питања у односу на претпостављени општи циљ Пројекта анкетни лист оставља у другом плану разумевање разлога којима се испитаници руководе приликом одговора на питања о сегментима свог живота који су у непосредној вези са повећаном могућношћу инфицирања HIV-ом и одговарајућим ризичним понашањем, односно њиховом перцепцијом могућности и препрека при коришћењу постојећих здравствених услуга (примарно кад је реч о PLHIV).

Резултати квалитативне компоненте требало би да продубе информације које се добијају путем основне бихевиоралне (квантитативне) компоненте и да се боље сагледа како перцепција самих испитаника, тако и могућности за спровођење свеобухватнијих интервенција.

У оквиру ове компоненте Пројекта спроведене су две студије, и то међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима и женама и међу особама које живе са HIV-ом.

1. ФАКТОРИ РИЗИКА НА МОГУЋНОСТ ИНФИЦИРАЊА HIV-ом И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКС СА МУШКАРЦИМА И ЖЕНАМА (МСМЖ)

Кратак садржај:

Основни циљ квалитативног истраживања међу МСМЖ популацијом јесте да се сагледа присутна ризична пракса и процени степен ризичног понашања мушкараца који ступају у сексуалне односе са особама оба пола, обзиром да ова популација може да се посматра као потенцијални мост између МСМ популације и опште популације, примарно жена. Квалитативна студија је спроведена у оквиру бихевиоралне (квантитативне) студије, при чему се користио метод намерног узорковања. Међу учесницима квантитативне студије регрутовани су они испитаници који су пријавили постојање бисексуалне праксе у последњих годину дана. Испитанички искази су сакупљани путем дубинских интервјуа. Са 29 испитаника, колико их је регрутовано, дубински интервју је вођен помоћу тематског подсетника за разговор. Сви разговори су снимани и накнадно транскрибовани у вербатим формату. Подаци су тематски кодирани и анализирани индуктивним методом. Основни чиниоци повећаног ризика од инфицирања HIV-ом и ППИ су везани за употребу кондома која зависи од процене ризика у односу на врсту сексуалног односа, врсту и пол сексуалног партнера. Тако се орални сексуални однос без употребе кондома схвата као неризичан у односу на трансмисију HIV инфекције или ППИ, сексуални односи без употребе кондома са женама се схватају као мање ризични у односу на могућност инфицирања HIV-ом него сексуални односи са мушкарцима, а стални партнери/ке се схватају као сигурни у односу на могућност инфицирања, без обзира на постојање праксе повремених сексуалних односа са другим мање познатим партнерима. Ситуације незаштићеног сексуалног односа се јављају повремено и то углавном онда када се не очекује да ће до таквог односа доћи (после ноћних излазака, после журки и сл). У тим ситуацијама ослања се на сопствени општи утисак о партнеру/ки, односно колико је однос са њим/њом ризичан у односу на инфицирање HIV-ом/ППИ. Међутим, и као повремени, присутни обрасци ризичног понашања међу МСМЖ могу допринети лакшем преносу HIV-а међу припадницима саме те популације, а то даље имплицира да ова група може да послужи као премештајућа популација између МСМ и опште популације примарно жена, а затим и шире.

Кључне речи: квалитативна студија, HIV инфекција, полно преносиве инфекције, МСМ, МСМЖ (бисексуалци), кондом, ризично сексуално понашање

RISK FACTORS FOR HIV AND RISK BEHAVIORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND WOMEN (MSMW)

Sladjana Baros¹, Bojan Zikic²

Abstract:

The main research goal of this qualitative study among the population of men who have sex with men and women (MSMW) is to assess the risks of the practice and to assess the level of risk behavior of men who have sex with both genders, in view of the fact that this population can be seen as a potential bridge between the MSM population and the general population, primarily women. A qualitative study was conducted as part of a behavioral survey (quantitative survey) using purposive sampling. Respondents for the qualitative study were recruited among participants who reported having bisexual relations during the past year. In-depth interviews were used to gather respondents' statements. Thematic guides were used during the in-depth interviews with the 29 respondents who were recruited. All interviews were recorded and later transcribed in verbatim form. Data were coded by theme and analysed through inductive methods. Main results The primary factors for increased risk of HIV and sexually transmitted infections (STI) are linked to the use of condoms which is dependent on the risk assessment related to the type of sexual relations, the type and gender of the sex partner. Oral sex without the use of a condom is considered to be non-risky compared to the transmission of HIV or STI, sexual relations with women are considered less risky in terms of the possibility of HIV infection compared to sexual relations with men, and permanent partners are considered to be safe against the possibility of infection regardless of the practice of intermittent sexual relations with other less familiar partners. Situations of non-protected sexual relations occur occasionally, mostly when such relations are unplanned (after an evening out, after parties etc). In such situations, respondents rely on their general impression of their partners to estimate risk factors for HIV/STI infection that might result from having sexual relations with that person. Conclusions Risky behavior in the MSMW population in relation to sexually transmitted infections and HIV is occasional. However, even if they are just occasional risky behaviors, these models of risky behavior among MSMW can facilitate HIV transmission among that population which in turn implies that this group can serve as a bridging population between MSM and the general population of primarily women, and consequently even more broadly.

Key words: qualitative study HIV infection, sexually transmitted infections, MSM, MSMW (bisexuals), condom, risky sexual behavior

¹ National HIV/AIDS Office, Institute of Public Health of the Republic of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut

² Department of Ethnology and Anthropology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade

1. УВОД

Квалитативно истраживање чинилаца ризика од HIV инфекције и ризичног понашања међу мушкарцима који имају сексуалне односе са особама оба пола (у даљем тексту: МСМЖ) спроведено је као допунска компонента серопревалентне и бихевиоралне студије међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (у даљем тексту: МСМ), а који представљају једну од популација под повећаним ризиком од HIV инфекције [1, 2].

МСМ популација идентификована је у ранијим истраживањима о облицима ризика од инфицирања HIV-ом и ризичног понашања као једна од популација која је у повећаном ризику. Реч је о популацији која је стигматизована, а одатле у највећој мери и скривена у Србији и даље, што не представља предуслов побољшања њеног социјално-епидемиолошког статуса [3].

Узме ли се у обзир и то да ова популација укључује у себе и особе које одржавају сексуалне односе са особама оба пола, а не искључиво оне који практикују те односе само са истополним партнерима, појављује се претпоставка да, поред чињенице што се ради о популацији која је под повећаним ризиком од HIV инфекције, МСМ популација може да послужи, преко своје МСМЖ компоненте, као својеврсна премошћавајућа група према широј друштвеној популацији у погледу повећања ризика од инфицирања HIV-ом [4, 5].

Резултати квалитативног истраживања требало би да продубе информације које се добијају путем серопревалентне и бихевиоралне (квантитативне) студије у односу на МСМ популацију која уједно практикује и сексуалне односе са особама женског пола.

Основно истраживачко питање је који су облици ризичног понашања у односу на могућност инфицирања HIV-ом присутни међу мушкарцима који имају сексуални однос и са мушкарцима и са женама?

Одговор на ово питање подразумева разматрање следећих проблемских категорија:

- који су облици ризичне праксе у односу на могућност инфекције HIV-ом присутни међу мушкарцима који имају сексуалне односе са особама оба пола;
- да ли је присутна свест (знање и ставови) о ризику од инфекције HIV-ом и како се врши превенција ризика, односно управљање њиме;
- на који начин шире друштвено окружење може да делује на преузимање ризичних облика понашања од стране припадника ове популације?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни истраживачки циљ квалитативног истраживања међу МСМЖ популацијом јесте да се сагледа присутна ризична пракса и процени степен ризичног понашања мушкараца који ступају у сексуалне односе са особама оба пола, у смислу популације која представља мост између МСМ популације и хетеросексуално оријентисане популације у Србији. На основу добијених резултата биће могуће боље планирање превентивних услуга усмерених ка овој категорији МСМ популације, а надамо се и МСМ популацији уопште.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви, који произлазе из основног истраживачког циља, јесу следећи:

- процена присуства ризичне праксе и образаца ризичног понашања у односу на HIV инфекцију међу мушкарцима који имају сексуалне односе са особама оба пола;
- документовање искуства МСМЖ популације са личним ризичним понашањем у односу на инфекцију HIV-ом и искуством одговора здравствених институција на ризик од инфекције HIV-ом ради планирања HIV-превентивних програма заснованих на доказима.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Квалитативна антрополошка студија међу скривеном друштвеном групом МСМЖ, рађена путем дубинских интервјуа, а на основу тематског подсетника за вођење интервјуа.

3.1.2 ЛОКАЦИЈА

Истраживање је спроведено у Београду, у оквиру серопревалентне и бихевиоралне студије међу МСМ популацијом.

3.1.3 ВРЕМЕ ИСТРАЖИВАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА

Истраживање је пратило фазе реализације Пројекта. Реализовано је у три фазе. Прва фаза је била припремна, кренувши од почетка пројекта до 15. марта. Теренски рад реализован је у периоду од 16. марта до 29. априла 2010. године. Није се одвијао по фазама, већ је пратио темпо регрутације испитаника, које се одвијало на дневном нивоу. Последња фаза је

фаза анализе података и писање извештаја о резултатима истраживања у складу са роковима датим у оквиру Пројекта (предфинални извештај о резултатима истраживања реализован до 31. маја, а финални до 25. јуна).

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ

Циљна популација били су мушкарци узраста 18 и више година, који су поред сексуалног односа са мушкарцима имали и сексуалне односе са особама женског пола.

3.1.5 ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Број обухваћених учесника у оквиру квалитативне студије је 29 (табела 1).

Процењена величина узорка потребна за досезања сатурације у подацима била је минимум 25. Међутим, током теренског истраживачког рада одлучено је да се укључи већи број испитаника, како би се добили квалитетнији подаци.

Табела 1. Структура испитаника према узрасту

Узраст	N
18–19	1
20–24	12
25 +	16
Укупно	29
R	19–41

3.1.6 УЗОРКОВАЊЕ И УЗОРАЧКИ ОКВИР

За узорковање је коришћен метод намерног узорка. Узорак је циљани.

Регрутовање испитаника спроводило се у оквиру квантитативне биобихевиоралне студије међу MSM популацијом. Регрутовани су они испитаници који су пријавили да су поред мушких сексуалних партнера имали и женске партнере у последњих 12 месеци. Циљано регрутовање вршио је вођа теренског тима у сарадњи са интервјуером.

3.1.7 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ У СТУДИЈУ

Поред основног критеријума, да се ради о мушкарцима узраста 18 и више година, који упражњавају сексуалне односе са истополним партнерима, за укључивање у студију примењени су следећи критеријуми:

-
- испитаници су учествовали у серопревалентној и бихевиоралној (квантитативној) студији међу MSM, у коју су укључени према дефинисаним критеријумима учешћа у квантитативној студији;³
 - имали су сексуални однос са особом женског пола у последњих 12 месеци;
 - дали су информисани пристанак за учешће у истраживању.

3.1.8 ТЕМАТСКИ ПОДСЕТНИК ЗА РАЗГОВОР

Метод дубинских интервјуа у квалитативном истраживању заснива се на подсетнику, који не садржи питања са унапред претпостављеним одговорима, већ се састоји од тема, формулисаних у односу на циљ истраживања. Темe представљају предложаk за разговор са испитаницима да би се добили искази који рефлектују испитаничко мишљење, ставове, осећања и сл. у погледу тематски рашчлањених основног истраживачког циља и специфичних циљева, односно разлоге којима се испитаници руководе у својим поступцима и понашању који су од значаја за истраживачке циљеве. У том смислу, формулисане су следеће теме разговора, од којих се неке састоје од даљих подтема:

- основни социо-демографски подаци о испитанику;
- иницијација испитаника у сексуалну праксу (са женама, са мушкарцима);
- садашња сексуална пракса испитаника (учесталост сексуалних контаката са мушкарцима, односно са женама, затим употреба кондома, као и начин доласка до парнтера/партнерки);
- степен јавности практиковања сексуалних односа са мушкарцима и женама у светлу перцепције става јавности према таквој пракси (стигма, аутостигма и дискриминација);
- искуство и знање у односу на полно преносиве болести и HIV;
- ризична пракса у односу на HIV и перцепција тог ризика.

3.1.9 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Испитаници су регрутовани међу учесницима у серопревалентној и бихевиоралној студији међу MSM популацијом, а изабрани су они који су пријавили саветнику да су у последњих годину дана имали сексуални однос са особом женског пола. Саветник је таквог испитаника информисао о могућности учешћа у квалитативној компоненти истраживања.

Основне информације о начину учешћа у квалитативном истраживању давали су вођа теренског тима или интервјуер. Сам интервјуер, без обзира на информисање испитаника од стране вође теренског тима, да-

³ Види критеријуме за укључивање у истраживању В. Ракић „Студија процене преваленције HIV инфекције, вирусног хепатитиса Ц и сифилиса и учесталости ризичних облика понашања међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима у Београду и Новом Саду”, потпоглавље 3.1.6. ове публикације.

вао је сва додатна објашњења испитаницима везана за учешће у квалитативном истраживању. По информисању испитаника, тражио се њихов пристанак да учествују у квалитативном истраживању. Испитаници су давали писани пристанак, што су својим потписима верификовали и испитаник и интервјуер на обрасцу за давање пристанка за квалитативну компоненту Пројекта.

Разговори су снимани дигиталним диктафоном и транскрибовани, а након тога снимци су брисани. Поред интервјуера и особе која је обављала транскрипцију, приступ подацима имао је само главни истраживач. На овај начин добијени подаци се сматрају поверљивим и неће бити коришћени за било шта друго, осим за представљање резултата квалитативне компоненте истраживања овог Пројекта – путем овог Извештаја, односно путем научних радова, а на основу одобрења Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” – Националне канцеларије за HIV/AIDS и Министарства здравља – Јединице за имплементацију HIV Пројекта Глобалног фонда.

Лични подаци испитаника, или такви који би могли да открију њихов идентитет, уопште се не користе, а уколико је потребно означити испитаника у научној презентацији материјала на неки начин, то се чини тако да се заштити њихов идентитет, односно оне карактеристике које би могле довести до препознавања у њиховој микросоцијалној средини. Сва имена која су помињана током разговора замењена су бројевима или словима невезаним за називе које замењују.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

Подаци су прикупљени путем дубинских интервјуа, вођених на основу полуструктурираног упитника отвореног типа (тематског подсетника за разговор). Сви разговори снимани су дигиталним диктафоном и транскрибовани у вербатим формату. Основне теме кроз које се пролазило у разговорима са учесницима у истраживању односиле су се на елементарне социо-демографске податке о испитаницима, на њихова прва сексуална искуства – и то посебно са мушкарцима, а посебно са женама, а затим на њихову садашњу сексуалну праксу.

У оквиру те теме, посебна пажња посвећена је облицима дате праксе, односно учесталости сексуалних односа са истополним и разнополним пратнерима/партнеркама, а нагласак је стављен на употребу кондома у тим односима – на доследност и консеквентност те употребе, као и на ситуације у којима до ње не долази, уз образложења појединачног понашања у свим таквим случајевима.

Поред тих тема, са испитаницима је разговарано и о њиховом познавању могућих начина инфекције полно преносивим болестима и HIV-ом, понашања у том погледу у оквиру испитаничке сексуалне праксе, као и

евентуалним искуствима са решавањем здравствених проблема проистеклим одатле.

Од испитаника је тражено и да се одреде у погледу сопствених погледа на то шта треба сматрати ризичним у сопственој/нечијој сексуалној пракси када је у питању HIV, да наведу примере свог ризичног понашања и разлоге којима су се руководили у томе, те да изразе своје мишљење о томе како се друштво хвата у коштац са проблемом HIV-а, те шта би – гледано из њихове перспективе – требало учинити да тај одговор буде што ефикаснији.

Испитаници су говорили и о степену јавности своје сексуалне праксе, односно одржавања односа и са мушкарцима и са женама, понајвише са аспекта перцепције како шири јавност гледа на такву праксу, тачније на онај њен аспект који се односи на сексуалне односе са истополним партнерима.

Поред ових основних тема, а у складу са животним искуством испитаника и према процени главног истраживача у сарадњи са интервјуером, у разговор су увођене местимично нове теме, везане за културну интеракцију испитаника и културни контекст (социјални, материјални или духовни) коме припада, а за које се сматрало да могу помоћи у објашњењу специфичних мишљења и понашања испитаника у вези са ризиком од HIV инфекције.

Разговори са испитаницима вођени су на лицу места, најчешће, у просторијама у којима се изводи квантитативно истраживање. У мањем броју случајева, у договору са испитаником заказивао се посебан термин за поновни долазак испитаника пре отварања простора за истраживања, односно разговор се водио на неком другом месту, које је изабрао испитаник (углавном се радило о неком кафићу). Разлози због којих се излазило у сусрет појединим испитаницима били су да се задовољи њихов индивидуални доживљај анонимности, те да им се обезбеди пријатна атмосфера и одговарајући простор према њиховим жељама, како би се разговор могао обавити несметано.

За учешће у овој компоненти истраживања, испитаници су добијали материјалну надокнаду за изгубљено време и додатно ангажовање за поновни долазак на место истраживања. Разговори су трајали од 45 до 60 минута.

3.2.2 АНАЛИЗА И ОБРАДА ПОДАТАКА

Транскрибовани разговори су даље обрађивани путем кодирања података при чему се користио оквир за кодирање, а основни кључ за кодове развијен је унапред, у складу са темама разговора. Кодови су у мањој мери модификовани током процеса сакупљања података, у складу са оним што се добијало кроз разговоре са испитаницима. За анализу кодираног материјала користила се индуктивна метода, која омогућава већу

осетљивост за груписање података у односу на мање познате контекстуалне факторе (факторе окружења) који делују на одржавање/стварање/редукцију ризичних облика понашања.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Ово је било прво у потпуности квалитативно истраживање чиниоца ризика од инфицирања HIV-ом и ризичног понашања у том погледу међу МСМЖ популацијом, одакле његови резултати не могу бити поређени на меродаван начин са истраживањима спровођеним у Србији међу сличном популацијом (МСМ), на пример, али са превасходно квантитативним дизајном [3, 6]. По дизајну, теоријском залеђу и методолошким поступцима слична су му била истраживања обављена у Београду међу популацијама ИКД, СР, МСМ и младима ромске етничке припадности [6, 7, 8], али како се овде ради о сасвим специфичној популацији, која припаднике наведених популација није систематски укључивала и где се ова популација појављује (када се појављује) у изузетно малом обиму, резултати истраживања биће представљени у сопственом контексту.

4.1 КАРАКТЕРИСТИКЕ УЗОРКА

Основну карактеристику узорка у социокултурном смислу представља управо онај чинилац одговоран за његово формирање: то је врста сексуалне праксе испитаника, односно њена особина да је практикована са особама како мушког, тако и женског пола. Осим тога, остале социолошке, демографске, културне, економске итд. карактеристике испитаника, узоркованих тако да представљају београдску МСМЖ популацију, не показују тенденцију ка међусобној униформности, што је, уосталом, уобичајено за скривене популације, односно за популације које посматрамо на основу њихове социјалне и културне преференцијалности у односу на неко понашање, занимање и сл [9, 10].

Карактеристике узорка које показују тенденцију међусобног саобраћавања у извесном већинском смислу јесу следеће:

- испитаници су већином пореклом из урбаних подручја, а око половине њих је пореклом из Београда;
- већина испитаника завршила је средњу школу – махом средњу стручну школу, а неки од њих завршили су и вишу школу, док мањи број студира, углавном друштвено-хуманистичке науке;
- први сексуални однос имали су већином са особом женског пола, најчешће у периоду између шеснаесте и деветнаесте године живота, док је први сексуални однос са истополним партнером уследио неколико година касније.

Карактеристике узорка које показују тенденцију међусобног саобраћавања у извесном мањинском смислу јесу следеће:

- мање од седмине испитаника навело је да се баве сексуалним радом док су остали испитаници тврдили да никада нису користили услуге сексуалних радника/радница, или се сами ангажовали у комерцијалном сексу као сексуални радници;
- сви испитаници који су се изјаснили да се баве сексуалним радом, изјаснили су се и као трансвестити, а за њих важи да су имали минимално сексуално искуство са особама женског пола, некад и само једно, а та искуства уследила су након првог сексуалног искуства уопште, које је било са особом истог пола;
- испитаници који су се изјаснили да се баве сексуалним радом чине мањински јединствени део узорка и по томе што само они, међу свим испитаницима, имају завршену тек основну школу.

Од осталих карактеристика узорка, могу се издвојити још и следеће:

- само један испитаник навео је практиковање редовног конзумирања наркотика, док су остали тврдили да дрогу или нису користили никада, или им се десило да су је користили само једном (да су је „пробали”), али нико од испитаника није навео коришћење дроге инјектирањем;
- мањи број испитаника, негде између петине и шестине узорка, навео је да је имао неку од полно преносивих инфекција;
- нешто више од половине испитаника могло је да потврди свој HIV-негативни статус, на основу последњег тестирања, док се ниједан од њих није изјаснио као HIV-позитиван („чекају резултате”).

4.2 КЉУЧНИ НАЛАЗИ: СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ

У складу са основном карактеристиком узорка – да је у питању популација која ступа у сексуалне односе како са особама мушког пола, тако и са особама женског пола, те са основним истраживачким циљем – да се добије увид у ризичност такве сексуалне праксе у односу на инфицирање HIV-ом и да се процени степен одговарајућег ризичног понашања дате популације, квалитативно истраживање било је усредсређено на сексуално понашање испитаника, односно на њихове ставове у погледу тога, поступке које сматрају уобичајеним у том смислу – на оно што би могло да се назове њиховом сексуалном рутином, као и на искорак од онога што је уобичајено, а са аспекта претпоставке да услед социокултурног позиционирања [3, 5] МСМЖ популација представља популацију под повећаним ризиком од инфицирања HIV-ом.

Како су показала друга слична истраживања у свету, средишње место у проблематици везаној за испитивање сексуалног понашања у социјално епидемиолошком контексту, без обзира на то о каквој врсти популације се ради, представља коришћење кондома [11, 12]. Та пробле-

матика добила је на значају и у овом истраживању посебно због тога што је у питању таква популација чији припадници јесу позиционирани двоструко у социокултурном смислу: својом истополном сексуалном оријентацијом припадају једној од скривених друштвених популација, док другим делом своје сексуалне праксе могу бити сврстани у нормативну друштвену већину.

У епидемиолошком смислу, МСМЖ популација представља потенцијални мост у трансмисији HIV инфекције од МСМ популације ка општој популацији женског пола. Односно, они су потенцијални мост у ширењу ризика од инфицирања HIV-ом од особа под повећаним ризиком од HIV инфекције ка особама са ниским ризиком [13, 14, 15, 16].

Резултати истраживања казују да већина испитаника има јавни статус хетеросексуалне особе у свом микросоцијалном окружењу, док је њихова бисексуалност позната изузетно уском кругу поверљивих особа, или чак никоме од особа са којима долазе у свакодневни контакт у својој микросредини. Са друге стране, многи од њих имају статус хомосексуалне особе унутар круга својих истополних сексуалних партнера, који често нису упознати са постојањем њихових хетеросексуалних веза.

Таква ситуација узрокује да испитаници различито промишљају коришћење кондома у хомосексуалном и у хетеросексуалном односу, те да се и понашају различито у погледу употребе кондома у ситуацијама када имају полне односе са мушкарцима, односно са женама. Испитаничка процена евентуалне ризичности хомосексуалних и хетеросексуалних односа такође се разликује, а у складу с тим и поступци које предузимају или не предузимају у том смислу.

4.2.1 УПОТРЕБА КОНДОМА

Сумарно посматрано, основне карактеристике употребе кондома међу припадницима испитиване популације јесу следеће:

- постоје свест и знање о томе да кондом треба да се користи током пенетрантног сексуалног односа са особом било којег пола, као заштита од полно преносивих инфекција, HIV инфекције и нежељених трудноћа;
- када је у питању употреба кондома у сексуалној рутини испитаника, ту постоји уочљива недоследност у односу на постојећу свест и знање које испитаници имају о томе.

Међу испитаницима постоји уврежено схватање да кондом треба да се користи при пенетрантном сексуалном односу, без обзира на врсту односа (да ли је анални или вагинални) и на пол партнера. Таква сагласност не постоји, међутим, онда када се ради о оралном сексу.

Испитаници наводе да је коришћење кондома у било ком погледу условљено ситуационо, као и проценом ризичности партнера, а већина испитаника сматра себе безбедним или бар са ниским степеном ризика

од инфекције полно преносивим инфекцијама и/или HIV-ом без обзира на број партнера, јер (углавном) користе кондоме.

Па зајџо џџо овај, љросџо... Мислим, ја знам да џџо, као, јесџе и неогџоворно и све, али љросџо... Мислим, ја џенерално имам сџав да увек љџреба да се корисџи заџџиџи. И увек сам је корисџио код 'ајде да кажем неџознаџих особа, али код особа које љросџо знам, знам, знам њихов каракџер, знам куда се кређу, знам какав живоџ воде, онда, онда ми није оно, као, не доживљавам џџо уоџџџе као ризик.

Бр 22

... Нисам неџџо љуно међао, овај, љарџџнере. Значи можда у љросеку, ља не знам ни колики љросек мођу да рачунам. Зајџо џџо сам некад, не знам, љромеџио љџри љарџџнера за... месец, дана, а можда сам некад љромеџио љџри љарџџнера за љџри месеца. Тако да џџо је џџо, оџџџриликџе.

Бр 23

Веђина испитаника имала је прво сексуално искуство са женским партнером, док је сексуални однос са мушкарцем уследио након извесног времена. Готово по правилу (али не у 100% случајева, наравно), први хетеросексуални однос био је незаштиђен, а приликом првог пенетрантног односа са истополним партнером коришђен је кондом.

У неколико случајева испитаници су пријавили да је њихово прво сексуално искуство у ствари био присиљан сексуални однос у детињству или раној младости од стране старијег мушкарца, али да није утицало на њихово поимање ризика који могу проистеђи из њихове потође сексуалне праксе, с обзиром на то да се радило о облицима непенетрантног односа.

4.2.1.1 ПРВИ СЕКСУАЛНИ ОДНОС

Употреба кондома приликом првог сексуалног односа зависила је код испитаника у највеђој мери од претходног индивидуалног сексуалног знања, односно од васпитања у том погледу, затим од њихове претпоставке о постојеђим ризицима везаним за сексуално понашање, као и од сексуалног искуства партнера с којим се ступало у полни контакт.

Веђина испитаника рекла је да су били релативно слабо упознати са могуђим последицама ступања у незаштиђене сексуалне односе у време првог таквог односа уопште – сексуалног односа са особом женског пола, а да су на основу насумично стицаних знања – најчешђе кроз разговоре са вршњацима и родитељима – стекли слику о томе да највеђа опасност прети од нежељене трудноће.

Како део исте слике представља и преовлађивање мишљења о томе да кондоме приликом сексуалног односа треба да обезбеди особа која се сматра „угроженијом” у том односу, сматрали су да је на њиховим парт-

неркама да обезбеде коришћење заштите. Партнерке им често нису биле много искусније, или нису баратале претпоставкама о другим могућим ризицима, осим оног од нежељене трудноће, а сматрале су да постоје и други начини заштите од тога осим коришћења кондома, одакле је прво хетеросексуално искуство стицано углавном без икакве заштите.

Зашто нисте користили кондом? Нисмо имали. **Да ли сте причали о њој?** Па нисмо причали о њој, нисам ништа, а и то је било са четрнаест година, то је било деведесет и осме, ошкулд знам, обоје смо били млади, ја нисмо о њој ни размишљали сувише. Али сам довољно био свесан да не урадим ништа, оно... **Мислим, плашећи се трудноће, претпостављам?** Па, ја сам себи у глави, као, не, не треба да завршим то нешто у завршетку на другу страну.

Бр 14

Дакле, у случају првог сексуалног односа са особом женског пола, кондом се углавном користи као контрацептивно средство, тачније као заштита од нежељене трудноће, а да се при томе не сагледавају други могући ризични исходи тог полног односа.

Је ли сте користили заштитну? Јесмо. **На чију иницијативу?** Ам... на моју. Ја сам тада био, јесам тада био млад, и имам прилично образовање и родитеље, и пријатеље, и сестру ја... су ми сви говорили већ... Да треба да користим да, да, да може да заштити, да може да се пренесе некаква болестина... И онда сам ја био инсистирао на њој, да буде кондом.

Бр 1

Први хомосексуални однос долазио је извесно време након првог хетеросексуалног односа, а у том периоду почињала су да се формирају знања испитаника, како о различитим облицима ризика везаним за сексуалне односе уопште, тако и о сопственој сексуалности, те са њом у вези и о томе, да њено потпуно реализовање значи упуштање у сексуалну праксу, која се у нашој средини сматра ризичнијом од хетеросексуалне праксе.

Људи у хомосексуалном свету су јако подложни, овај, промискуитетну. Ја долазим од себе исто. Ја... и кад сам у вези, мени је све лепо... сам у тој вези сувер. Значи, боље ми је и лепо ми је и то све, али то је једноставно тако. Организам изражава неку промену. Увек мислиш наћи ће неко још бољи, лепоји, жебовнији и то је тако некако. Да ли је то проклетство али... шта ја знам шта је.

Бр 22

Већина испитаника имала је непенетрантни однос као прво сексуално искуство с истополним партнером, а у давању одговора на питање о коришћењу кондома приликом иницијације у хомосексуалне односе

подразумевали су да се ради о пенетрантном сексу. Тај податак је значајан за представљање ситуације у погледу коришћења кондома приликом првог сексуалног односа са истополним особама због тога што су сами испитаници свесни значаја времена проведеног у окружењу мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима, а које је протекло између првог реализовања те стране њихове сексуалности и првог пенетрантног секса, за упознавање разлога којима се воде припадници те популације онда када одлучују о коришћењу кондома.

Основни разлог којим се руководе у том смислу јесте перцепција своје (МСМ) популације као ризичне популације у односу на инфицирање HIV-ом.

Међутим, неки испитаници су пријавили да током првог сексуалног односа са мушким партнером нису користили кондом. Уобичајени разлози који су навођени за неупотребу кондома су: нисмо имали, нисмо мислили о томе и/или сматрали смо да нема потребе (партнери су се међусобно проценили као сигурни и здрави).

Реци ми јел' с'ће користи́ли заштити́ш? Тада не. Тада нисам размишљао ни о било каквом сипраховању... Нисмо ни йричали о йоме.

Бр 8

4.2.1.2 РАЗЛОЗИ „ЗА” И „ПРОТИВ” КОНДОМА

Испитаници су били недвосмислени у погледу тога да одлука о употреби кондома зависи од типа партнерског односа и од врсте сексуалног односа. Општи став испитаника јасан је у том смислу: период упознавања са партнером, први сексуални односи са њим/њом, изискују коришћење кондома, које постаје све ређе како се сматра да веза достиже стабилност, да би се у једном тренутку потпуно одустало од заштите приликом сексуалних односа, и то онда када се уврежи мишљење да су у стабилној вези, са сталним партнером.

Е, сад кад кренеш с неким... У йочейку, док не схвайиш да хоћеш да будеш с њим у вези, йо иде са кондомом. Касније, некако, йо се расйлине. Крене један секс без кондома, ил' је йук'о немамо више, ил' је несйало да узмем неки кондом усйуй... ил' је ово, оно и деси се секс без кондома и йо онда крене. Е, кад смо си-ноћ, щйа сад, 'ајмо и данас, йа ваљда не, и йако йо онда крене.

Бр 21

Слично томе, анални и вагинални односи доживљавају се као потенцијално ризични у односу на полно преносиве инфекције и HIV инфекцију, одакле представљају мотивацију за малопре представљене ставове испитаника о утицају сталности везе/партнера на одлуку о коришћењу кондома.

У сваком случају, може се рећи да се кондом обично користи:

-
- на почетку везе;
 - са недовољно познатим или са непознатим случајним партнерима;
 - приликом упражњавања пенетрантних сексуалних односа.

Разлози који се наводе као општи и уобичајени за употребу кондома јесу заштита од:

- полно преносивих инфекција и/или инфекције HIV-ом (са мушким и женским партнерима);
- нежељене трудноће (са женским партнерима).

Насупрот томе, кондом се обично не користи:

- после неког периодаведеног у вези са партнером/ком, тј. по развијању одређеног степена поверења међу партнерима;
- после тестирања оба партнера на HIV инфекцију, односно онда када се утврди да је статус оба партнера HIV негативан;
- приликом оралног сексуалног односа.

Разлози који се наводе за некоришћење кондома јесу:

- перцепција безбедности сексуалног односа (са партнерима оба пола);
- недостатак кондома (са партнерима оба пола);
- планирање породице (са женским партнерима).

4.2.1.3 РИЗИЧНА СЕКСУАЛНА ПРАКСА

Из разлога који руководе испитанике у погледу тога хоће ли са неким партнером/партнерком користити кондом и у којој ситуацији, произлазе и услови који се стичу у погледу одлуке о некоришћењу кондома. На изванстан начин, они такође зависе од типа партнерског односа и од врсте сексуалног односа, али укључују у себе и ситуационе факторе.

Дуготрајна партнерска веза („стална”) перципира се као довољно сигуран оквир за некоришћење кондома, нарочито онда када су партнери обавили тестирање на HIV и утврдили свој негативни статус у том смислу. Неки испитаници истакли су то да до поновљеног тестирања долази ретко, док је мањи број њих тврдио да они и њихови партнери имају редовна годишња тестирања. Тестирање на HIV инфекцију, као могућност престанка са употребом кондома, присутније је у истополној партнерској вези, док се у партнерској вези са супротним полом кондом током времена полако замењује праксом прекинутог сексуалног односа. Иако највећи број испитаника одржава дуготрајну везу са истополним партнером, одређен број њих има паралелне везе – од којих су постојаније оне са истополним партнером.

Не. Имали смо ми заштитићу, ал’ ми нисмо хћели да је користићимо. Нисће хћели? Да. Причали сте? Па, не, нисмо ћричали о ћоме ам... на... обоје смо јакo смо били свесни ам... ћоћа који су ризици и ћако даће. Једноствавно ћо нисмо желели. Јер смо с’ваћили ћо да ми, вероваћно да ми волимо један друћоћа. И

да је то за нас прихватљиво, и да постоји ризик, и да ми хоћемо свесно да га немамо.

Бр 26

Непенетрантни однос у хомосексуалној вези не сматра се „правим” полним односом, што значи да се не сматра ризичним у било ком погледу, иако је тек понеки испитаник направио разлику у том смислу што је истакао да не сматра ризичним сам орални истополни однос, већ ејакулирање у усну дупљу.

Једна сивар: код оралног задовољавања је бићно не ејакулирати у усну дупљу.

Бр 8

У сваком случају, међу испитаницима је распрострањено некоришћење кондома приликом оралног секса, на пример. Када је у питању та врста полног односа, врста партнерске везе не игра битнију улогу у погледу перцепције потребе за коришћењем кондома, што значи да су кондоми одсутни у том сегменту сексуалне праксе испитаника без обзира на то ради ли се о полном контакту са сталним или са случајним партнером.

Је л' сће онда користи́ли кондом некад? Никад у живоју нисам користи́о кондом (СБ: за орални секс), мислим ниј' сам... У сивари, ја кад сам чуо да се користи́ кондом за орални секс, ја сам био из фазона... Мени је то и́ако необично, али добро. Мислим... знам да постоји мо́ућност да се јрене али... збој и́ако неке мале мо́ућности... У осјалом, мис'им, не бих се ја уоји́ше смувао с неким ко ми делује некако... промискуи́ејно. Ал' ја то увек пове́зујем за ризичну тру́иацију... и́ако да, то је то.

Бр 23

Кондоми се не користе у сексуалним односима са истополним партнерима ни онда када се немају код себе, једноставно, односно – било тада када сексуални однос није планиран, већ до њега долази са случајним партнером, било због невођења рачуна о томе да приликом посеђивања места на којима се очекује упознавање партнера, ради сексуалног односа, треба носити кондоме са собом.

И ш́и, мало сће по́или? И експ́ази смо узимали, овај, и после кад смо, кад су ови, кад је и́ај део еки́е, кад смо осјали нас јро́е, и́у је било све, ш́и није било, е онда, овај... **И какав је то секс био, јесће имали орални...?** Значи све смо, и са девојком и са дечаком, овај, како се зове... **У којој си и́и улози био?** Са девојком сам био оно, х. **Ти си био аќиван?** Да, да, да. А универзалан са дечком. Е сад, додуше више пасиван. Јер он је некако био као доминан́ији и́у неш́и. А

ѿо је све некако било ѿод свим ѿим дејсѿвом свеѿа, ѿо је мени било, оно... Како да кажем? Нисам се ја ѿу неѿѿо уживео ѿреѿерано. У смислу да сам био некако свесѿан ѿоѿа ѿѿо радимо. И овај, и онда ѿосле ѿри месеца, баѿ је био онај Први децембар, баѿ на ѿај дан, ја скаѿирам да се не сеѿам да л' смо корисѿили кондом. И ѿу мене ухваѿи ѿаника, мислим, ја и дан-данас не знам да л' смо ми корисѿили кондом. Ту мене ухваѿи ѿаника, и овај, и онда сам иѿ'о на Сѿуденѿску ѿоликлинику, на ѿесѿирање. Овај, ѿако да сам ѿо, не знам еѿо, ѿросѿо ѿо се брзо десило. Можда смо... Ја се сѿварно не сеѿам.

Бр 22

Сумарно посматрано, ризично понашање у односу на трансмисију полно преносивих инфекција и/или HIV инфекције у сексуалној пракси испитаника огледа се у следећем:

- при оралном сексуалном односу не користи се кондом;
- перципирани ризик од сексуалног односа са женским партнером без кондома јесте примарно ризик од нежељене трудноће, а заштита од тога остварује се или уз употребу кондома или путем прекинутог сексуалног односа (*coitus interruptus*);
- са сталним партнерима (мушког или женског пола, свеједно) кондом се не користи после извесног времена проведеног у вези;
- незаштићен сексуални однос са женским партнерима перципира се као сигурнији, уопштено, него са мушким партнерима у односу на ризик од трансмисије полно преносивих инфекција и/или HIV инфекције;
- како нису ретке паралелне везе, испитаници су пријављивали да су поред сталног партнера имали и случајне партнере или паралелну везу са два стална партнера различитог пола;
- незаштићени сексуални однос са случајним партнерима углавном је ситуационог карактера, односно до њега долази онда када кондом није доступан, а ситуације у којима се то најчешће дешава су оне када до сексуалних односа са случајним партнерима долази на журкама или после њих, затим током ноћи проведене у клубу или после ње и сл.

Уколико кондом није доступан у одређеном моменту, одлука о томе да ли ће ипак дођи до аналног сексуалног односа формира се на основу брзе индивидуалне процене партнера („општег утиска о партнеру”) и закључивања о томе да ли је сигурно имати незаштићен сексуални однос са њим/њом. Процена је заснована на ономе што се до тада зна о особи, да ли је промискуитетна или не, како се понаша и наступа, шта други причају о њој итд.

4.2.1.4 РАЗЛИКА У ПОГЛЕДУ ПОЛА ПАРТНЕРА КАО ЧИНИЛАЦ КОЈИ УТИЧЕ НА КОРИШЋЕЊЕ ИЛИ НЕКОРИШЋЕЊЕ КОНДОМА

Већина испитаника тежи томе да има стабилне моногамне везе. Ипак, није неуобичајено да особа буде у вези са мушким партнером и има случајне партнере женског пола, и обратно, или да има паралелне везе са сталним партнерима и мушког и женског пола. Сексуална рутина испитаника разликује се у таквим случајевима у оним својим сегментима који се односе на пол партнера, односно партнерке. Како је то већ изнето, сексуални односи са женама доживљавају се као ризични махом у погледу могућности доласка до нежељене трудноће, док се представе о ризику у епидемиолошком смислу смештају у домен промишљања сексуалне рутине са истополним партнерима.

У којим ситуацијама не користиш кондом са женом? Па нема сад неко универзално правило са овом користиш, са овом не користиш. Не знам. Мало сам, овај, лежернији по пошвању, овај, секса са женама. Што не мора да значи да је пометно. Мање имам проблема у глави да могу да фасујем нешто, као од... од мушкараца.

Бр 21

Како је већ истакнуто, са женским партнерима кондом се користи као заштита од трудноће. Заштита од трудноће постиже се и применом прекинутог сексуалног односа. Испитаници перципирају као сигурнији незаштићен пенетрантни сексуални однос са женом него са мушкарцем. Наиме, припаднике МСМ групе и себе често виде као далеко промискуитетније него што су то припаднице женског пола, те отуд и процењују да су мушки партнери генерално далеко ризичнији него женски.

Како наводе испитаници, њихове партнерке обично нису у потпуности свесне сексуалне праксе својих партнера, посебно ако сматрају да су у сталној и стабилној вези са партнером.

А ко је више ушвацао на, на то да се проба без кондома, ти или она? Па, она мало више, што сам ја увек био против тога. Чак и кад је прошло неко дуже време оно, пошто практикујем кад сам са девојкама оно, док не остварим неку... неки већи, виши степен поверења да оно. А чак и кад до њега дођем, ледам да кондом увек буде ту... И увек има оних ситуација да она може да заштрудни у сваком тренутку. И онда штићим њу и штићим себе од трудноће. **А шта је она знала о својој сексуалној оријентацији?** Ништа оно... Ја сам поком своје везе повремено имао излете у... у односе са другим мушкарцима. **И колико често си ти, отприлике, практиковао те комбинације?** Ммм... ја, зависи (...). У принципу да не узмемо тај неки број већи од, за тих пет година укупно, од рецимо... Па, можда петнаестак.

Бр 24

Готово по правилу, кондом се не користи увек са сталним партнерима после неког временаведеног у вези, односно онда када се веза сматра стабилном.

Јесће шаг користио кондом? Јесмо, али било је више љућа у шоку ноћи и онда, шћа ја знам, за љрви љућ јесмо, дрући љућ нисмо, и љрећи, мислим оно, ећо шако смо, оћћриликe. Мало јесмо, мало нисмо... То је оно шћо мене мрзи да љо узмем, оћћриликe, ал' ећо. **А јесу љи се десиле некад ситџуације да кренеи са кондомом ља онда оно...?** У јесће, јесће, јесће, јесће. Јесће. То је мало оно безвезе, али, нишћа, љосле, касније, буде све у регу.

Бр 19

Са мушким партнерима кондом се обично користи као заштита од полно преносивих инфекција и/или HIV инфекције при аналном сексуалном односу. Употреба кондома при оралном сексуалном односу се углавном сматра непотребном. Орални сексуални однос перципира се као безбедан у односу могућност трансмисије полно преносивих инфекција и/или HIV-а. Чак и онда када постоји свест о томе да постоји одређен степен ризика од незаштићеног оралног сексуалног односа, тај ризик се не схвата као озбиљна здравствена претња.

Зависи само од врсће сексуалној односа, да ли је анал, да ли је анални, ваћинални ил' је само орални секс, љосћо је... иницигенцааа... љросћо обољевањааа... односно зз... заразе љри а... оралном сексу мноћо мања. И онда љо љросћо ам.. м..**Безбедније је?** Да. Ам... љросћо би било мм.. и оном друћом чудно да ја иницирам мм... коришћење кондома љри оралном сексу. Тако да...

Бр 15

Незаштићен анални сексуални однос са мушким партнерима више је ситуациони. Реч је обично о непланираном и неочекиваном сексуалном односу са случајним партнерима, који се упознају на журци или у клубу, а понекад су у таквим ситуацијама и партнер/и под утицајем алкохола или дроге. У таквим ситуацијама кондом се не користи, јер партнери немају кондом у моменту односа.

Међутим, чак и у тим ситуацијама, одређен степен „опрезности” је присутан. Пре самог сексуалног односа партнери настоје да процене степен ризика. Та процена је индивидуална. Обично се неки партнер процењује као мање ризичан јер је, како се објашњава, та особа (случајни партнер) већ неко време донекле позната особи било из виђења у клубу, било преко chat-а или са неког другог места.

На тај начин се стиче утисак да је особа довољно сигурна да би се с њом могло ступити у незаштићени сексуални однос. Посебну сигурност даје то што су за особу већ нешто чули пријатељи и познаници, који

знају (или су чули) да та особа није HIV позитивна, или да се није чуло за ту особу да је позитивна, односно да знају (или су чули) да та особа користи кондом са својим партнерима и сл.

Пресудна ставка у процени безбедности незаштићеног сексуалног односа јесте кратак разговор са потенцијалним партнером и укупан ути-сак о њему.

Да, овај, а са дечацима које ујознајем иако преко нећа увек користиш, а са дечацима које јознајем, неко време јознајем, од тога зависи оно, да л', да л', јрсио знам, овај, да ли је неко јромискуићан, да ли он користи заштитиу и иако даље. **Како знаш, он ти каже или се расићаш?** И једно и друго. Просио за, у том друштву, значи зна се, оно, као, иако се зна и с ким је био и када је био, какав је његов став о томе, томе, и томе, и јрсио јсиоје људи неки који су оно, као, јршерао одговорни, јако мало, како се зове, имају искуства, и онда не користиш заштитиу. А то чак не користиш зашто што нећу нећу јрсио, знаш оно, деси се да смо у кући, овај, и као нема кондома, и као, ето, мислим, није то, мало јесте неодговорно али оно... х.

Бр 22

Постоје и разлике међу партнерима који су активни и који су пасивни током сексуалног односа. Активни партнери уједно су и много „активнији” у преговарању око употребе кондома у одређеним ситуацијама. Према неким испитаницима, од активног партнера се очекује да са собом има кондом и да буде спреман да га употреби. На пасивним партнерима у неким случајевима стоји коначна одлука о томе да ли ће доћи до незаштићеног сексуалног односа уколико кондом није доступан.

Има једно неписано правило да пасиван обично обезбеђује лубрикант, а активан мора да има кондом. Зашто што лубрикант њему треба јрвенствено, а не мени. Значи има сад ти мало и етизма, знаш. А је л' ако ти је кондом, ако хоћеш да тицаш имаш кондом. Тако да је то ха, ха, ха неписано правило.

Бр 21

Коначно, одлука о незаштићеном сексуалном односу у случају да кондом није доступан зависи од степена сексуалне жеље и процене степена ризика везаног за особу с којом се жели ступити у однос.

Па, прич'о сам са њим ам... За оно, иић'о сам та да ли је, наравно јршходно сам исић'о да ли је јре, јре мене имао сексуални однос са овим без кондома, он ми је се заклео да је имао са... Мислим, добро, „заклео” иако тлућа реч, али оно, ошприлике, јараниовао ми је да, да... да је оно, увек користио кондом и да је овај, и да је, оно, чисти. На... наравно да сам јрво, оно, исић'оо ситуацију не би' срљао у то шек иако. Тако да, ето, исић'оо сам каква су била његова искуства и... то

је њо... Веровао сам му. Овај, јер сам кони'о да нема разлоа да ме лаже, овај, јер њо није сивар за, за и'р... и'рање. **А је л' он шебе испишивао? Не... Он је шеби веровао?** Да он је мени ск... њош'уно веровао. То... То је највећи њроблем, њио из-гледа људи њревише верују једни друћима. То, њо се њросио смаи'ра увредом када овај мм... њокажеш неко њејovereње. То је неки мој закључак, ња онда људи њо из-бећавају некако, али њо је доси'а њејромишљено. И нењио на чему ћу ја мораи'и да њорадим убудуће, овај, кад имам сексуалне односе. **И ваща веза је била без заш'иш'е?** Без заш'иш'е. Да. **За њо време да ли си њи имао неке екскурзије са с'иране?** Ааа... Па, њази не да сам им'о ескурзију не'о сам имао...

Бр 23

5. ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата студије може се сагледати у којој мери је присутна ризична сексуална пракса међу мушкарцима који ступају у сексуалне односе са особама оба пола, затим услови у којима се то дешава, као и начин на који њихово друштвено окружење може да утиче на одржавање или на спречавање ризичне сексуалне праксе. Поред тога, може се проценити које су главне заблуде присутне у МСМЖ популацији везане за начин трансмисије HIV инфекције, као и њихово знање и искуство у односу на полно преносиве инфекције и HIV инфекцију.

Испитаници су показали да поседују свест о могућим ризицима одређених видова своје праксе у односу на трансмисију полно преносивих инфекција и HIV инфекције, што се односи посебно на ставове о томе да је сваки незаштићени однос, поготово са случајним партнером или таквим којег недовољно познају, ризичан однос. Актуелна знања о трансмисији HIV инфекције у колизији су, међутим, са том свешћу утолико што се препознају основни епидемиолошки механизми трансмисије, али се то не повезује на прави начин са сопственом сексуалном рутином, или са сексуалном праксом присутном у МСМЖ популацији.

Управљање ризиком од инфицирања HIV-ом раздваја се од управљања ризиком од полно преносивих болести, с обзиром на одређене културне ставове, који су присутни у оквиру МСМЖ популације: ризик од инфицирања HIV-ом повезује се са сексуалним односима са истополним партнером, а ризик од полно преносивих болести повезује се са сексуалним односима са особама супротног пола; ризик од инфицирања HIV-ом повезује се само са одређеним врстама сексуалног односа, као и са одређеним типом партнера.

Средиште сваке индивидуалне безбедносне рутине, односно управљања ризиком од трансмисије полно преносивих инфекција и HIV инфекције, представља употреба кондома. Онда када се говори о ризичном сексуалном понашању припадника МСМЖ популације, говори се о одсуству коришћења кондома.

Као основни чиниоци генерисања повећаног ризика од инфицирања полно преносивим болестима и HIV-ом јављају се следећи:

- перцепција оралног односа као суштински другачије врсте сексуалног односа од аналног и/или вагиналног секса, на основу чега се орални однос не доживљава као потенцијално ризичан у односу на инфицирање полно преносивим инфекцијама и HIV-ом, па се ни не предузимају мере заштите током њега;
- перцепција сексуалних односа са особама женског пола било као мање ризичних уопште, било као мање ризичних у односу на инфицирање HIV-ом; зато се заштита примењује у односу на нежељену трудноћу, као на могућу негативну последицу таквог сексуалног односа, а кондом се не користи ни тада често, с обзиром на то да је релативно раширено присуство технике прекинутог сексуалног односа међу испитиваном популацијом;
- перцепција квалитета партнерске везе као критеријума за одлучивање о коришћењу или некоришћењу кондома у сексуалним односима са сталним партнером, при чему је раширено схватање међу испитаницима о томе да су дуготрајне везе довољно безбедан оквир за практиковање незаштићених сексуалних односа, без обзира на пол партнера и могућност сопственог или партнеровог/партнеркиног ангажовања у другим сексуалним везама;
- перцепција да реализовани сексуални односи са случајним партнерима нису носили значајан ризик од инфицирања HIV-ом, било по њих, било по њихове партнере/партнерке посредством њих.

Испоставља се, међутим, да знање о могућим последицама ризичног сексуалног понашања, а на основу знања о начинима трансмисије HIV инфекције и полно преносивих болести, није одлучујући фактор за одустајање од безбедносних мера у том погледу. Понашање којим се преузима ризик од инфицирања полно преносивим болестима и/или HIV-ом присутно је међу МСМЖ и поред знања о могућим последицама таквог понашања.

Основни облици таквог понашања јесу ситуациони, тј. односе се на недоследност примене безбедносне процедуре у сопственом сексуалном понашању, које није део сексуалне рутине. Другим речима, у зависности од социокултурних околности у којима долази до сексуалних контакта, испитаници се понашају различито од обрасца према којем се понашају уобичајено, или према којем тврде да се треба понашати, а који укључује коришћење кондома са сваким партнером/ком са којим нису у дужој вези.

До тога долази углавном:

- приликом посеђивања места за забаву, на којима се може упознати потенцијални сексуални партнер/ка;
- у околностима повећаног степена социјализације (журке, клубови и сл.), након конзумирања стимулативних или опојних средстава;

-
- одржавањем паралелних веза, односно сексуалних односа са другим особама, осим сталног партнера/ке, при чему су посебно критичне ситуације одржавања таквих односа са особама женског пола, уколико је стални партнер мушкарац, када долази до изражаја представа о мање ризичним врстама односа према полу партнера.

На основу свега изнетог, може се закључити да је ризично понашање МСМЖ популације у односу на инфицирање полно преносивим инфекцијама и HIV-ом повремено.

Представљени обрасци повременог ризичног понашања, међутим, довољно су разноврсни да се може тврдити да могу допринети лакшем преносу HIV-а међу припадницима саме те популације, а то даље имплицира да ова група може да послужи као премошћавајућа популација између МСМ и опште популације жена, а затим и шире социокултурне заједнице у Србији у трансмисији HIV инфекције.

6. ПРЕПОРУКЕ

Постојећи превентивни програми који су усмерени на мушкарце који имају сексуалне односе са мушкарцима, нису довољно осетљиви у односу на оне мушкарце који имају сексуалне односе и са женама, односно МСМЖ. Поред промоције употребе кондома, ови програми не акцентују ризике везане за бисексуалну праксу, односно за потенцијал који овакви односи имају у односу на стварање моста у трансмисији HIV инфекције од МСМ популације ка општој популацији жена које су саме под ниским ризиком од HIV инфекције.

Како резултати студије показују, посебно ако се има у виду заступљеност бисексуалне праксе у популацији МСМ, постојећа сексуална пракса доприноси повећању ризика од инфекције HIV-ом и ППИ и мушкараца и жена. Ради бољег превентивног одговора, потребно је посебну пажњу обратити и на праксу ступања у сексуалне односе са оба пола.

6.1 ОПШТЕ ПРЕПОРУКЕ

- Континуирана промоција доследне употребе кондома у општој популацији, са посебним акцентом на жене и њихово оснаживање за преговарање о употреби кондома.
- Повећање доступности кондома у клубовима, на приватним журкама и осталим местима упознавања и ступања у контакт кроз теренски рад.
- Интензивнији саветовалишни рад у који би била интегрисана и компонента ризика везаних за сексуалне односе са особама оба пола.
- У оквиру теренског рада (на терену, у drop-in центру и на интернету) промоција услуга ДПСТ и информативне препоруке да услугу

ДПСТ користе, поред особе која се информише, и његови како партнери, тако и партнерке.

- Повећање доступности услуге ДПСТ-а путем чешћег организовања саветовања и тестирања у послеподневним и вечерњим часовима (ноћно саветовање и тестирање).
- Рад на смањењу стигме везане за постојање МСМ и МСМЖ праксе.

6.2 ПОСЕБНЕ ПРЕПОРУКЕ

- Развијање комуникационе стратегије за промену понашања (тзв. Behavioral Change Communication, у даљем тексту: ВСС), усмерене ка субпопулацији МСМЖ, и стварање одговарајућих услова за њену пуну имплементацију кроз време до промене понашања. Програм треба да буде усмерен на:
 - подизање нивоа свести и знања везаних за облике ризика и самопроцену ризика (схватање да је мање ризичан секс са женским партнерима, ризици везани за недоследно коришћење кондома, ослањање на сопствене процене ризичности сексуалног односа са партнером/ком, засноване на личном утиску и површном познавању, односно причама познаника о потенцијалним сексуалним партнерима/кама, ризици које носе одређене сексуалне праксе, посебно они везани за орални сексуални однос са мушким и женским партнерима итд).
 - Развој, унапређење и оснаживање за примену вештина управљања ризиком (преговарање о употреби кондома; избегавање непланираних и случајних сексуалних односа са слабо познатим и непознатим партнерима/кама, посебно после приватних журки, излазака у клубове, виђења после разговора на chat-у, под дејством психоактивних супстанци и сл; одржавање стабилних веза и сл).
 - Оснаживање за прихватање промена у понашању током времена кроз различите облике групног и индивидуалног рада (различите врсте „терапијских сесија” до промене облика понашања).
- Едукација теренских радника за пружање адекватне подршке током свих фаза везаних за промену понашања корисника услуга.
- Планирање времена потребног за реализацију теренског рада/рада са корисницима при имплементацији програма ВСС.
- Коришћење интернет страна којима приступа МСМ популација, са форумима на којим би се постављале теме везане за ризичне праксе и дискусије о смањењу ризика, информисање о местима где се врши ДПСТ и када, о местима где се може саветовати и информисати о ППИ и сл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије. Национална стратегија за борбу против HIV/AIDS-а. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2005.
2. Барош С, Жикић Б. Квалитативна истраживања у оквиру „Друге генерације надзора над HIV-ом”. Библиотека Социјална мисао 51; 2006; 13 (3): 57-75.
3. Mešković D. Istraživanja znanja, stavova i ponašanja u vezi HIV/AIDS-a u sklopu bihevioralnog nadzora (BSS) među MSM populacijom u Srbiji 2006. Beograd: Ekonomski intitut; 2006.
4. Maksimović E. Etnički i seksualni identitet kod Roma: muškarci koji upražnjavaju seks sa muškarcima. Antropologija 7; 2009: 105-119.
5. Poundstone K. E, Strathdee S. A, Celentano D. D. The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemiologic Reviews 26; 2004: 22-35.
6. 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. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Институт за јавно здравље Србије; 2008.
7. Жикић Б. Антропологија AIDS-а. Ризично понашање интравенских корисника дрога. Београд: Филозофски факултет и Српски генеалошки центар; Етнолошка библиотека књ. 19; 2006.
8. Барош С. Дејство окружења на употребу кондома међу сексуалним радницима/радницама у Београду: квалитативно истраживање. Гласник Института за јавно здравље Србије; 2008; 80 (3): 13-18.
9. Žikić B. Qualitative Field Research in Anthropology. An Overview of Basic Research Methodology. Issues in Ethnology and Anthropology 2 (2); 2007: 123-135.
10. Жикић Б. Антрополошко проучавање маргиналних друштвених група: методологија теренског рада. Гласник етнографског музеја 71; 2007: 39-52.
11. Vitelone N. Condoms and the Making of “Testosterone Man”. A Cultural Analysis of the Male Sex Drive in AIDS Research on Safer Heterosex. Men and Masculinities, 3 (2); 2000: 152-167.
12. Davis M. HIV Prevention Rationalities and Serostatus in the Risk Narratives of Gay Men. Sexualities 5 (3); 2002: 281-299.
13. Khan J. G, Gurvey J, Pllack L. M, Binson D. et al. How many HIV infections cross the bisexual bridge? An estimate from the United States. AIDS Vol.11, No. 8; 1997: 1031-1037.

-
14. Gorbach P. M, Murphy R, Weiss R. E, Hucks-Ortiz C. et al. Bridging Sexual Boundaries: Men Who Have Sex With Men and Women in a Street-Based Sample in Los Angeles. *Journal of Urban Health* Vol. 86. No.1, 2009: 63–76.
 15. Prabhu R, Owen C. L, Folger K, McFarland W. The bisexual bridge: sexual risk behavior among men who have sex with men and women, San Francisco, 1993–2003. *AIDS* Vol. 18, No. 11, 2004: 1604–1606.
 16. Li A, Varangrat A, Wimonstate W, Chemnasiri T. Et al. Sexual Behavior and Risk Factors for HIV Infection Among Homosexual and Bisexual Men in Thailand. *AIDS Behavior*, 2008. Dostupno na: http://www.msmasia.org/tl_files/resources/MSM%20MSMW%20Thailand%202008%20.pdf

2. КОНТЕКСТУАЛНИ ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА НЕКОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ИНФЕКТИВНИХ КЛИНИКА – ОДЕЉЕЊА ЗА HIV/AIDS МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом (PLHIV)

Кратак садржај:

Основни истраживачки циљ квалитативне студије међу особама које живе са HIV-ом и избегавају коришћење услуга клиника за инфективне болести јесте да се представе чиниоци који делују на припаднике те популације приликом одлуке о коришћењу или некоришћењу постојећих услуга одељења за HIV/AIDS. Квалитативна студија спроведена је паралелно са бихевиоралном (квантитативном) студијом, при чему је у студију укључен узорак који није обухваћен квантитативним истраживањем. Узорак је био намерни и главни критеријуми за учешће односили су се на неупотребу услуга клиника за инфективне болести минимум шест месеци. Испитанички искази су сакупљани путем дубинских интервјуа. Са 16 испитаника, колико их је регрутовано, дубински интервју је вођен помоћу тематског подсетника за разговор. Сви разговори су снимани и накнадно транскрибовани у вербатим формату. Подаци су тематски кодирани и анализирани индуктивним методом. Испитаници су углавном задовољни радом и односом медицинског особља клиника за инфективне болести према њима. Међутим, коришћење услуга клиника за инфективне болести се види као ризично у односу на могућност разоткривања свог HIV статуса. Као главни извори тог ризика виде се постојеће административне процедуре за обезбеђивање периодичних здравствених упута за одлазак на клинику, као и својеврсан недостатак дискреције на самој клиници услед постојећег начина организације рада одељења, што је посебно истакнуто у Београду. Ови перципирани извори ризика су уједно и они фактори који утичу на перцепцију смањене доступности и приступачности здравствених услуга које клинике за инфективне болести пружају PLHIV. Разоткривање HIV-позитивног статуса се схвата као ризик од даље друштвене депривације у друштвеном, културном и економском смислу. У основи образложења које испитаници наводе у прилог некоришћењу здравствених услуга јесте нежељено јавно разоткривање њиховог HIV статуса, што са собом носи негативне последице за свакодневни живот индивидуе. Ове последице се односе примарно на стигматизацију и/или дискриминацију особа у оквиру њиховог социо-културног и/или економског окружења. Постојање сталног страха од разоткривања статуса и стварања друштвене стигме, постепено води ове особе и ка својеврсној самоизолацији и, посредно, избегавању коришћења услуга клиника за инфективне болести.

Кључне речи: квалитативна студија, HIV инфекција, PLHIV (особе које живе са HIV-ом), клинике за инфективне болести, квалитет здравствених услуга, стигматизација, дискриминација

CONTEXTUAL FACTORS AFFECTING NON-USAGE OF HEALTH SERVICES PROVIDED BY HIV/AIDS DEPARTMENTS OF INFECTIOUS CLINICS TO PERSONS LIVING WITH HIV/AIDS (PLHIV)

Sladjana Baros¹, Bojan Zikic²

Abstract

The main research goal of the qualitative study among people living with HIV who avoid using the services of clinics for infectious diseases is to present the factors affecting members of that population when deciding whether or not to use the available services of the Centers for HIV/AIDS. A qualitative study was implemented parallel to a behavioral (quantitative) study and it included a sampling that was not used in the quantitative survey. The sampling used was purposive and the main criteria for recruitment were related to the non-usage of services offered by clinics for infectious diseases for at least 6 months. In-depth interviews were used to gather respondents' statements. Thematic guides were used during the in-depth interviews with the 16 recruited respondents. All interviews were recorded and later transcribed in verbatim form. Data were coded by theme and analyzed through inductive methods. The respondents are mostly satisfied with the work and attitudes of the medical staff at the clinics for infectious diseases. However, using the services of the clinics for infectious diseases is seen as risky in terms of possibility to have their HIV status disclosed. Respondents considered the main sources of risk to be the existing administrative procedures involved in providing periodic referrals for visiting the clinics, and the lack of discretion at the clinics resulting from the way the departments are organized. This was especially considered to be the case in Belgrade. These perceived sources of risk are the same factors which influence the perception that accessibility and availability of health services offered by clinics for infectious diseases to people living with HIV is diminished. Revealing a person's HIV status is perceived as a risk of further societal deprivation in the social, cultural and economic sense. A major reason cited by the respondents for not using health services is the unwanted public disclosure of their HIV status which entails negative consequences for the individual's everyday life. These consequences primarily refer to stigmatization and/or discrimination against that person within their socio-cultural and/or economic environment. The constant fear of having their HIV status revealed and the ensuing social stigma gradually leads these individuals to a kind of self-imposed isolation, and indirectly, to avoid using the services offered by clinics for infectious diseases.

Key words: qualitative study, HIV infection, PLHIV (people living with HIV), clinics for infectious diseases, quality of health services, stigmatization, discrimination

¹ National HIV/AIDS Office, Institute of Public Health of the Republic of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut

² Department of Ethnology and Anthropology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade

1. УВОД

Квалитативно истраживање чинилаца који утичу на одлуке особа које живе са HIV-ом (PLHIV) у датим социокултурним условима да не користе здравствене услуге клиника за инфективне болести у Србији спроведено је као допунска компонента бихевиоралне студије међу припадницима дате популације.

Социокултурни положај PLHIV популације изузетно је тежак у нашој средини, обзиром да особе оболеле од AIDS-а, односно инфициране HIV-ом јесу изложене различитим облицима стигматизације, дискриминације и изолације, како у сопственој микросоцијалној средини, тако и од стране ширег друштва и његових установа, што се одражава на значајно смањење квалитета њиховог живота, могућност самосталног финансијског издржавања, коришћење система јавних услуга и остваривање права, која им припадају и по Повељи о људским правима и као грађанима ове државе [1, 2].

Такав положај PLHIV популације не утиче само на њихов друштвени живот, већ и на погоршање њиховог здравља, и то не само здравственог статуса који се тиче HIV/AIDS-а, него и оног који се тиче њиховог менталног здравља, како услед специфичних поремећаја због самог HIV-а, тако и због психолошких тешкоћа у борби са болешћу и услед свакодневних притисака које носи социокултурна стигма [2, 3, 4].

И поред тога што су учињени знатни напори од стране одређених друштвених установа – пре свега здравствених – у погледу предузимања конкретних акција побољшања реалног статуса и квалитета живота особа које живе са HIV-ом [5], проблемима укључивања припадника те популације у свакодневни живот, односно омогућавање његовог колико је год то могуће нормалног тока за њих, није могуће приступити на прави начин док се не сазнају њихови разлози и мотиви за одбијањем, или барем оклевањем коришћења неких услуга, пре свега здравствених.

Резултати квалитативног истраживања требало би да продубе информације које су добијене путем бихевиоралне (кванитативне) студије међу PLHIV који не користе услуге постојећих инфективних клиника.

Основно истраживачко питање је зашто особе које живе са HIV-ом престају са коришћењем или уопште не користе здравствене услуге клиника за инфективне болести – одељења за HIV/AIDS?

Одговор на ово питање подразумева разматрање следећих проблемских категорија:

- који фактори окружења делују на праксу некоришћења услуга одељења за HIV/AIDS клиника за инфективне болести;
- који фактори окружења делују стимулативно на праксу коришћења услуга одељења за HIV/AIDS клиника за инфективне болести;
- у ком контексту се јавља (ауто)стигма и на који начин делује на коришћење здравствених услуга;

-
- на који начин је могуће утицати на доступност и коришћење здравствених услуга и на задовољство њима?

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни истраживачки циљ квалитативног истраживања међу PLHIV популацијом јесте да се представе чиниоци који делују на припаднике те популације приликом одлуке о коришћењу или некоришћењу постојећих услуга одељења за HIV/AIDS клиника за инфективне болести у Србији.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви, који произлазе из основног истраживачког циља, јесу следећи:

- документовање искуства PLHIV у погледу здравствених услуга, а нарочито одељења за HIV/AIDS клиника за инфективне болести;
- коришћење добијених резултата за формулисање предлога платформе бољег планирања здравствених и других јавних услуга за PLHIV.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Квалитативна антрополошка студија међу скривеном друштвеном групом PLHIV, рађена је путем дубинских интервјуа, а на основу тематског подсетника за вођење интервјуа.

3.1.2 ЛОКАЦИЈА

Истраживање је спроведено у Београду и Новом Саду, у оквиру бихевиоралног истраживања међу PLHIV популацијом.

3.1.3 ВРЕМЕ ИСТРАЖИВАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА

Истраживање је реализовано у складу са фазама дефинисаним планом Пројекта. Сам теренски рад реализован је у периоду од 3. марта 2010. до 13. маја 2010. године. Није се одвијао по фазама, већ је пратио темпо регрутовања испитаника, које се одвијало у зависности од воље испитаника да узму учешће у истраживању.

3.1.4 ЦИЉНА ПОПУЛАЦИЈА

Циљна популација су биле особе које живе са HIV-ом, старије од 18 година, које не користе или настоје да не користе услуге клиника за инфективне болести – одељења за HIV/AIDS.

3.1.5 ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Број обухваћених учесника у оквиру квалитативне студије јесте 16 (табела 2).

Протоколом процењени број испитаника, који је било потребно укључити у узорак, износио је 20. Укључен је мањи број испитаника, с обзиром на то да је популација тешко доступна и да њени припадници не желе да говоре јавно о свом статусу чак ни у случају анонимног и поверљивог истраживања, те су из тих разлога неки од потенцијалних испитаника одбили да учествују у истраживању.

Табела 1. Структура узорка по узрасту

Узраст	N
18–24	2
25 +	14
Укупно	16
R	22–57

Међу испитаницима, њих двоје је користило услуге Клинике за инфективне болести у Новом Саду, а један у Крагујевцу. Остали испитаници су имали контакте са Клиником за инфективне болести у Београду. Међу испитаницима, било је 15 мушкараца и једна жена.

3.1.6 УЗОРКОВАЊЕ И УЗОРАЧКИ ОКВИР

За узорковање је коришћен метод намерног узорка, у комбинацији са узорковањем путем „грудве снега”, кад год је то било могуће. Узорак је био циљани. Како не постоје или нису познате друштвене мреже PLHIV који избегавају контакт са одељењима за HIV/AIDS клиника за инфективне болести, односно нема социјалног повезивања међу PLHIV на основу ове карактеристике избегавања контакта са инфективним клиникама, узорковање је реализовано преко контаката које су имали активисти НВО које спровode програме подршке PLHIV.

Регрутовање испитаника спроведено је у сарадњи примарно са НВО „Више од помоћи – Aid +”, Београд, која има изграђене контакте са циљном популацијом. Помоћ у регрутовању пружили су и Клиника за инфективне болести Нови Сад, као и НВО ЕХО „Центар Црвена линија”, из Новог Сада.

3.1.7 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ У СТУДИЈУ

Поред основног критеријума, да се ради о особама оба пола (мушкарци и жене) којима је познат и потврђен HIV-позитиван статус или AIDS статус, узраста 18 година и више, за укључивање у студију примењени су следећи критеријуми:

- нису користили услуге клиника за инфективне болести (Одељења за AIDS) у последњих шест месеци;
- нису учествовали у квантитативној студији међу PLHIV;
- дали су информисани пристанак за учешће у студији.

3.1.8 ТЕМАТСКИ ПОДСЕТНИК ЗА РАЗГОВОР

Метод дубинских интервјуа у квалитативном истраживању заснива се на подсетнику, као што је то наведено у представљању дела квалитативног истраживања које се односи на МСМЖ. За истраживање међу PLHIV формулисане су следеће теме разговора, од којих се неке састоје од даљих подтема:

- основни социо-демографски подаци о испитанику;
- друштвени контекст (сазнање и саопштавање свог HIV позитивног серостатуса, социјални и партнерски односи, промене у животу);
- културни контекст (постојање стигме и њена рефлексивност);
- економски контекст (искуство и ставови у односу на посао, потребе и егзистенција);
- контекст здравственог система (искуство са и ставови према здравственим установама).

3.1.9 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Осим у случају регрутовања испитаника (потпоглавље 3.1.6. овога рада), примењени су исти принципи као и у квалитативном истраживању међу МСМЖ, а који су наведени у потпоглављу 3.1.9. „Фактори ризика на могућност инфицирања HIV-ом и ризично понашање међу мушкарцима који имају секс са мушкарцима и женама” ове публикације.

3.2 РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.2.1 НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

Подаци су прикупљени путем дубинских интервјуа, вођених на основу полуструктурираног упитника отвореног типа (тематског подсетника за разговор). Сви разговори снимани су дигиталним диктафоном и транскрибовани у вербатим формату. Основне теме кроз које се пролазило у разговорима са учесницима у истраживању односиле су се на елементарне социо-демографске податке о испитаницима, као и на оне сегменте њиховог живота у којима се посебно испољавају стигматизација и аутостигматизација, дискриминација, изолација и аутоизолација у односу на систем јавних услуга, с нагласком на здравствену заштиту.

Питања су била усредсређена на искуство испитаника са здравственим установама уопште, са посебним акцентом на искуства са одељењима за AIDS клиника за инфективне болести у нашој земљи, примарно, као и на ставове испитаника према здравственим услугама на основу тог искуства, на основу чега је од испитаника тражено и да дају своје мишљење о томе на који начин би се могао унапредити систем јавних здравствених услуга, имајући у виду специфичне потребе проистекле из њиховог неповољног социокултурног статуса. Поред тога, са испитаницима је разговарано о њиховом доживљавању стигме, начину са којим се са тим носе онда када је у питању свакодневна егзистенција, испољена у контакту са другим људима, одржавању евентуалних партнерских веза, зарађивању за живот и вођењу самосталног живота уопште. Испитаници су говорили и о томе на који начин су се променили њихови животи по откривању њиховог HIV-позитивног статуса, као и о процесуалности те промене до данас.

За учешће у овој компоненти истраживања, испитаници су добијали симболичан поклон у виду ваучера за кредит за мобилни телефон у замену за њихово време, које су одвојили за учествовање у студији. Разговори су трајали од 45 до 60 минута.

3.2.2 ИЗАЗОВИ У РАДУ

Основни изазов у спровођењу квалитативне студије међу особама које живе са HIV-ом био је тешка доступност испитаника. Као што је то познато, ова популација спада у скривене друштвене групе, али за разлику од других сличних група, међу којима су спровођена и истраживања у оквиру овог Пројекта, не одликује се значајном друштвеном повезаности њених чланова. Контакти које имају припадници PLHIV популације са НВО које се баве одговарајућим програмима подршке најчешће су повремени и ниског интензитета, нарочито изван Београда, а и они PLHIV који су редовни корисници таквих програма, нерадо пристају на увођење трећег партнера у тај однос, макар и привремено, као што је то случај са интервјуерима.

Те околности отежавале су идентификовање потенцијалних испитаника, на првом месту, а нису погодиле ни регрутовању, с обзиром на то да неки од идентификованих потенцијалних испитаника нису имали поверења – не толико у степен поверљивости разговора с њима, односно истраживања – колико у сам концепт поверења: њихово животно и свакодневно искуство учи их томе да треба да остану сакривени и невидљиви у односу на свет изван њих, тј. на шире друштво, без обзира на то ко им се појављује као представник тог света и са каквим разлозима.

Због свега тога, у временском периоду предвиђеном за обављање истраживања, није било могуће досегнути до броја испитаника планираног у истраживачком Протоколу. Једном када су успостављени поуздани

контакти, међутим, те када би започели разговори са испитаницима, истраживачки поступак је текао према плану.

3.2.3 АНАЛИЗА И ОБРАДА ПОДАТАКА

Транскрибовани разговори са испитаницима су даље обрађивани путем кодирања података при чему се користио оквир за кодирање, а основни кључ за кодове развијен је унапред, у складу са темама разговора. Кодови су у мањој мери модификовани током процеса сакупљања података, у складу са оним што се добијало кроз разговоре са испитаницима. За анализу кодираног материјала користила се индуктивна метода, која омогућава већу осетљивост за груписање података у односу на мање познате контекстуалне факторе (факторе окружења) који делују на одржавање/стварање појавних образаца понашања.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Претходна квалитативна истраживања међу особама које живе са HIV-ом у Србији била су усмерена на две основне истраживачке парадигме које произлазе из здравственог статуса тих особа – на проблематику стигме, дискриминације и изолације, као и на квалитет њиховог живота [1, 2], поставивши тако основни тематски оквир за бављење оним питањима, за која се сматра да могу допринети унапређењу друштвеног и културног положаја PLHIV популације у нашој средини. Показано је да, поред чињенице да транзициони социокултурни оквир не погодује ефикасном супротстављању HIV епидемији из економских, институционалних и културолошких разлога, постоје и озбиљни проблеми који се јављају на нивоу индивидуалних корисника неких од тих одговора – у конкретном случају, особа које живе са HIV-ом и начина на који је организован сегмент здравственог система, који се односи на њихово здравствено стање [1, 2, 6]. Веза између квалитета живота и доступности терапије апострофирана је као основни проблем сваког разматрања положаја PLHIV популације у Србији (и било где, заправо), а идеја која је стајала иза овог истраживања била је рашчлањивање те везе на начин који омогућава уочавање што више препрека које одбијају PLHIV било од терапије уопште, било од њеног доследног коришћења.

Обзиром да кључ проблематике, како стигме, дискриминације и изолације, тако и квалитета живота дате популације, лежи у њиховом представљању јавности, тј. у односу који друштво заузима према њима, препреке у остваривању неопходног нивоа терапије и вођења оптималног начина живота у складу с тим испитиване су у њиховим појавним контекстима: у друштвеном, културном, економском, као и у контексту самог система здравства. На тај начин, чиниоци који утичу на одлуку о коришћењу или некоришћењу услуга инфективних клиника од стране

PLHIV популације у нашој земљи осветљени су са различитих аспеката, да би се показало да однос према терапији може зависити већ од самог начина откривања, односно саопштавања HIV-позитивног статуса, да се аутостигма развија некада и пре социокултурне стигме, да се живот мења на горе, а што се огледа у домену обављања професионалне активности, односно примарно способности самосталног издржавања, те да некада ни посвећеност и прегнуће здравствених радника на инфективним клиникама нису довољни као разлози који ће превагнути над другим разлозима у погледу доношења одлуке о (не)коришћењу пуног капацитета здравствених услуга, а да је основни чинилац одлуке о некоришћењу – страх од јавног разоткривања статуса и могуће последице разоткривања у свакодневном животу.

4.1 КАРАКТЕРИСТИКЕ УЗОРКА

Основну карактеристику узорка у социокултурном смислу, слично као у случају МСМЖ популације, представља управо онај чинилац који можемо сматрати одговорним за његово формирање, односно за означавање одређене групе људи термином популација: то је чињеница да болују од исте болести, односно да су инфицирани истом врстом њеног узрочника. Осим тога, остале социолошке, демографске, културне, економске итд. карактеристике испитаника узоркованих тако да представљају PLHIV популацију, не показују тенденцију ка међусобној униформности, што је уобичајено за скривене популације, како је већ то изнето раније (у потпоглављу 4.1 „Фактори ризика на могућност инфицирања HIV-ом и ризично понашање међу мушкарцима који имају секс са мушкарцима и женама” ове публикације).

Карактеристике узорка које показују тенденцију међусобног саобраћавања у извесном већинском смислу јесу следеће:

- тек нешто више од половине испитаника пореклом је из урбаних подручја, од чега су готово сви из Београда, док су рурална подручја, наведена као места порекла испитаника већином у Војводини;
- већина испитаника завршила је средњу школу – махом средњу стручну школу, а неки од њих завршили су и факултет, док један испитаник студира;
- већина испитаника је запослена;
- већина испитаника живи у сопственом или породичном стамбеном простору, мањи број изнајмљује тај простор, а један је бескућник.

Карактеристике узорка које показују тенденцију међусобног саобраћавања у извесном мањинском смислу јесу следеће:

- око четвртине испитаника било је или јесте у формалној или неформалној брачној заједници, али само један од њих и даље живи са особом са којом је у таквој заједници;

-
- половина испитаника који су живели у неком облику брачне заједнице има одраслу децу, која не живе с њима.

Од осталих карактеристика узорка, могу се издвојити још и следеће:

- само један од испитаника пријавио је да је користио дрогу, наводно ушмркавањем, а не инјектирањем;
- само један од испитаника волонитра у НВО која се бави пружањем подршке особама које живе са HIV/AIDS-ом.

Напокон, дужина живота са HIV/AIDS-ом код појединих испитаника јесте следећа:

- непознато = 1 испитаник;
- мање од 1 године = 1 испитаник;
- 1 година = 1 испитаник;
- 2 године = 2 испитаника;
- 3 године = 1 испитаник;
- 4 године = 3 испитаника;
- 5 година = 4 испитаника;
- 6 година = 1 испитаник;
- 12 година = 2 испитаника.

4.2 КЉУЧНИ НАЛАЗИ: КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ОДЕЉЕЊА ЗА AIDS КЛИНИКА ЗА ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ

Клиника за инфективне и тропске болести у Београду представља најстарију здравствену установу те врсте у нашој земљи. Поред ње, постоје и клинике за инфективне болести у Новом Саду, Нишу и Крагујевцу, које су почеле да раде интензивније у последње две године. Сви испитаници имали су контакт са неком од клиника за инфективне болести у претходном периоду – бар једном, односно макар приликом тестирања које је потврдило њихов HIV-позитиван статус. Већина испитаника, међу којима је спроведено квалитативно истраживање, користила је услуге Клинике за инфективне и тропске болести у Београду, а мањи број њих – услуге клинике у Новом Саду и Крагујевцу.

Уопштено посматрано – и најчешће, за разлику од осталих искустава са здравственим системом у Србији – испитаници јесу задовољни у великој мери радом и односом медицинског особља на инфективним клиникама, чије су услуге користили. Међутим, и поред тога контакт са клиникама за инфективне болести избегавају, пре свега јер сматрају да појављивање на клиникама представља поуздану могућност да њихов HIV-позитивни статус буде јавно разоткривен. Поред тога, сматрају да начин на који је организовано обезбеђивање терапије може допринети том разоткривању, што се односи, пре свега, на оне испитанике који су у радном односу, али и на оне испитанике који нису запослени. Наиме, испитаници процедуру обезбеђивања терапије и редовних прегледа, као

и издавање упута доживљавају као опасност од јавног обзнањивања њиховог HIV-статуса.

Сви разлози које испитаници наводе у погледу њиховог избегавања коришћења услуга одељења за AIDS клиника за инфективне болести повезани су са претњом разоткривања њиховог HIV-статуса и перципираних последица таквог разоткривања. Испитаници потврђују чињенице, представљене у ранијим истраживањима, о томе да немедицинске последице њиховог HIV-статуса могу имати далекосежније негативне последице по квалитет њиховог живота од медицински неизвесних прогноза везаних за развој њиховог здравственог статуса, на пример [1].

Прво стигматизација од стране микросоцијалне средине, а затим и дискриминација – тиха или отворена, на коју наилазе у друштвеним институцијама, утичу на развијање доживљавања стигме као доминантне компоненте сопствене личности, што у садејству са неадекватном бирократском процедуром везаном за организовање здравствених услуга неопходних оболелима од AIDS-а, односно инфицираним HIV-ом, гради такво социокултурно окружење у којем испитаници не желе да се појављују јавно, учествују у активностима и говоре о сопственим искуствима [6]. Ово је уједно представљало и отежавајућу околност и у спровођењу квалитативног истраживања међу PLHIV у оквиру овог Пројекта.

Кључни елемент стигматизације, као и дискриминације која произлази из стигматизације, представља распрострањено мишљење о HIV/AIDS-у, као о инфекцији/обољењу које погађа припаднике и припаднице друштвено острахованих група, какве су МСМ, ИКД или СР. Тако се свака инфицирана/оболела особа доводи у везу са праксом која се сматра својственом тим групама и постаје изразито негативно обележена у сопственој средини, у којој особа изазива страх – као потенцијални преносник заразе [2, 7].

Претња од јавног разоткривања HIV-позитивног статуса испитаника стоји донекле у равнотежи са њиховом перцепцијом сопственог здравственог стања. Докле год им је здравствено стање релативно стабилно, испитаници не користе услуге инфективних клиника. Онда када здравствено стање почне озбиљно да им се погоршава, испитаници приступају тражењу одговарајуће медицинске помоћи на клиникама за инфективне болести. Иако би лично здравствено стање, односно његова перцепција, требало да буде стимулишући фактор у погледу коришћења услуга клиника за инфективне болести, често то није случај. Наиме, перцепција личног здравственог стања као релативно доброг и задовољавајућег може да делује дестимулишуће у односу на коришћење услуга клиника за инфективне болести. Избегавање медицинске помоћи може имати фаталне исходе, а то је уједно и екстремни пример избегавања контакта са социокултурним окружењем, у сврху чувања свог HIV-статуса у тајности.

Главна препрека, значи да проверим само, да добијеш здравствено књижицу јесте дуго према држави? Па да. А, да ли ти имаш икакву могућност да на основу своје здравственој картице добијеш здравствено осигурање? Нисам осигуран, мислим да не би могло, али уколико би и могло ја би' морао на много месеца да обелоданам свој здравствени картица. Што је поново проблем. Јер свако неко негде зна, много је овде људи дошло са картице, али и много је људи који су ти већ генерацијама у Београду. Ја имам ти несрећу да немам село и да немам нико са села, да сам, њимај Бога, кол'ко колена већ у Београду и свако ко је ти дужи у Београду, ако не зна мене, зна кеву, ћалећа, бабу, деду, сестру, сестрица, свако има неко ко ради негде на неком шалтеру и час посла издадне срање. **А, је ли' могуће да преко тих неких, да кажемо, друштвених веза, је ли' да... урадиш књижицу регуларно а без тога да се сазна?** Па, мислим да нема шансе. Мислим да би то могло да се уради... под условом да се обелодани мој картица. А то може доса, овај... сад кол'ко мени, ал' на пример може сурузи доса да одмоћу... у живоју, а доса ћолажемо на њену личност.

Бр 9

4.2.1 РАЗЛОЗИ ЗА НЕКОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА КЛИНИКА ЗА ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ

Јавља се неколико разлога за избегавање коришћења услуга клиника за инфективне болести. Сви ти разлози повезани су са важећим здравственим процедурама, које се схватају као основни извори ризика од нежељеног разоткривања HIV-позитивног статуса. Таквим разоткривањем, према перцепцији испитаника, повећава се могућност развоја различитих проблема у свакодневном животу, од којих се потенцирају посебно они који су везани за њихова радна места, или за однос са ближњима и непосредним окружењем.

Када је у питању успостављање везе између разоткривања и постојеће процедуре у нашем систему здравствене заштите, разлози, које су наводили испитаници, могу се груписати у следеће категорије:

- пропис да се периодично тражи медицински упут за лечење;
- перцепција испитаника да недостаје дискреција на клиникама за инфективне болести.

4.2.1.1 МЕДИЦИНСКИ УПУТ

Званичан упут од стране лекара опште праксе неопходан је да би се остварила било каква медицинска услуга на клиникама за инфективне болести. Особа која издаје упут јесте изабрани лекар. То представља, уједно, и прву препреку за PLHIV, у погледу остваривања пуног капацитета здравствених услуга.

Уколико у време сазнавања свог HIV статуса немају изабраног лекара за кога сматрају да му могу рећи свој статус – а један део испитаника га нема, јер је та инстанца у здравственом систему уведена након њиховог

сазнавања сопственог HIV-позитивног статуса – први корак за испитанике јесте да пронађу таквог изабраног лекара, коме би могли, без већих непријатности и/или страха, саопштити, односно поверити свој статус.

Сада нишћу желим да идем да се поново шесћирам зашто шћо сам био, да кажем, сићуран да ми је и даље добро. Није ми се журило. Не шћеба ми шћераија... И, одложио сам шћо на месец-два, на поћешћу. Не желим да размишћам о шћоме. Не желим да идем. Не знам шћћа коме да кажем: Знате ја сам HIV позитиван, треба ми упут за Инфективну клинику. ... То ми сад исћо... (...) Јер ја једношћавно и даље не желим да кажем лекару ошћшће шћаксе моје сћнање јер смашћрам, мислим, не да смашћрам, нећо... Не долазим шћол'ко чешћо. Нисам нишћ' болесћан, нишћ' имам неке шћроблеме да ја чешћо идем и да кажем: То је мој лекар. Мој докћор. Ја моћу да се шћоверим.

Бр 2

Испитаници избегавају да свој статус открију било ком лекару из различитих разлога, односно скептични су према степену његове поверљивости:

- сматрају да лекар опште праксе није особа која би могла да разуме проблем који имају;
- плаше се могуће стигматизације од стране лекара опште праксе, обзиром да перципирају да се оваква стигматизујућа и/или дискриминишућа искуства са медицинским радницима могу десити у локалним домовима здравља, али не и на клиникама за инфективне болести.

У локалном социокултурном контексту, испитаници страхују од откривања свог HIV-статуса лекару опште праксе и из следећих разлога:

- лекар може да каже о таквом статусу некоме од чланова породице PLHIV које познаје, а којима сама особа инфицирана HIV-ом то није саопштила;
- између лекара и инфициране особе постоји нека врста посебног социјалног односа одраније и лекар ту особу види у сасвим другачијем светлу, у контексту који нема додирних тачака са понашањем ризичним у односу на инфицирање HIV-ом, одакле инфицирана особа унапред контемплира урушавање сопственог угледа у очима лекара, стигму и детериторизацију свог положаја у датој микросоцијалној средини.

Овакве врсте проблема превазилазе се на почетку обично саветима медицинског особља на клиникама за инфективне болести и активиста НВО које пружају подршку PLHIV о томе ком лекару опште праксе се PLHIV могу обратити као особи сигурној и од поверења, као и саветом

koji razlog nezvan za HIV infekciju mogu da navedu izabranom lekaru, kao razlog za upućivanje na Kliniku. Na taj način se problem može rešiti bar za prvi uput za odlazak na Kliniku za infektivne bolesti. Problem vezan za dobijanje uputa ovim se, ipak, ne reševa sasvim, posebno u slučajevima kada osoba nije osiguraničnik u Beogradu, Novom Sadu, Nišu i Kragujevcu, odnosno u mestima, u kojima postoje klinike za infektivne bolesti.

Како испитаници наводе, особа пролази кроз процедуру добијања здравственог упута минимум свака три месеца, ако је у питању само контрола CD4 лимфоцита. У случају да особа користи терапију, здравствени упут је потребан сваког месеца. Сама процедура захтева некад и до четири радна дана за обезбеђивање упута и одлазак на клинику. Поред административних захтева, проблем се јавља и што је дом здравља уједно и место где може доћи до разоткривања статуса и последичне стигматизације особе. Наиме, у процес добијања здравственог упута укључени су, поред изабраног лекара, још и медицинске сестре, те ако особа није осигураник у месту где се налази инфективна клиника, на локалном нивоу укључени су специјалиста за инфективне болести и чланови лекарске комисије, који одобравају упут. Уједно, како сматрају испитаници, током ове процедуре је непрестано присутан ризик да особа буде виђена од стране других пацијената у дому здравља (суграђана/ки), који је познају и који би могли да сазнају или наслуте разлог њеног доласка у дом здравља. При свему томе, постоји и стална стрепња да ће неко од оних који су укључени у читаву процедуру издавања здравственог упута, проследити даље информацију о њиховом HIV-статусу у локалну средину. Тај ризик PLHIV настоје да избегну по сваку цену.

Овако. Да бих дош'о до уйуша, прво морам да закажем преглед у здравственој установи, тј. код лекара ошћите праксе, под условом да се мој термин, који је негде двадесет један до тридесет дана од једног до другог уйуша, оклапа – да доктор ради, да није на годишњем одмору, или иако нешто (...) Те контакте (СБ: са лекаром) остварујете са медицинским сестрама које су, што се тиче ретоналних центара, јако непријатне. То је прва ствар. Кад устите да закажете преглед код лекара ошћите праксе, обично постављање питања је – Због чега стите дошли? Без обзира што испред себе држи мој картон у коме пише све или чак има компјутер у коме пише све, пита ме зашто сам дош'о. Наравно, мој одговор је увек – По уйуш за лекара инфектолога. Када кажем уйуш за лекара инфектолога, он ме пита: Која ти треба да буде дијагноза? После две године коришћења терапије и узимања уйуша и дан-данас не зна која треба дијагноза да буде. Када добијете нај уйуш, онда идите, тј. морате заказати прво, преглед код лекара субинјекцијалних инфективних болести, исто под условом да ваш доктор ради, а и поред тога, ако ваш доктор ради, требаће, овај, уапсисти време са остале три, тј. две докторке, да бисте добили попис. Јер, морате имати три пош-

йиса на уйуиу који иде у социјално. Без йири йоййиса не можейе йо йредайи за оверу. Када йо заврйиуе, йреба вам йрећи дан да сйиїнейе до одређеної времена. Значи, конкретйно за наш йрад је до једанаесй сйиї йредавање уйуиа у социјално. Значи, везани сйе за време. Када йредайе уйуи у социјалном, йод условом да је све йоййисано, онда долазиуе у йойодневним сйиима да йодиїнейе уйуи. Кад йодиїнейе уйуи, онда идейе на клинику (...) Како се све йо одражава на вас? Врло дейримирајуће. Изазива йакву нервозу и йакав сйрес, да у милион наврайи ми дође да више никад не дођем на клинику да узимам лекове уоййиуе. Да се йрейусйим живойу, йа шйа буде.

Бр 13

Такође, перцепција могућег недостатка приватности у дому здравља, заједно са административним процедурама, у комбинацији се личном проценом да је тренутно здравствено стање прихватљиво, производе одбијање коришћења услуга клиника за инфективне болести.

... Поцййо нисам се баш најбоље осећао, и онда сам кренуо са йерайијом. Био сам шесй месеци на йерайији и йосле сам је йрекинуо, јер било ми је врло найорно да долазим сваки йуи збої... Зайо шйо сам морао йревише йайира да сређујем у 123 да бих дощао до, до докйорке ХУ. Значи, морао сам да идем код свої лекара, йа онда на Инфекйивну клинику у 123 йа након, йрвосйейену комисију, йа да бих дощао йек до клинике, и онда ми је йо одузимало йуно времена. И малйрейирало ме је. Плащо сам се да неко не сазна. И йревише људи је укључено у све йо, овај, да бих дощао до докйора, зайраво који ме лечи. Мислим, йако да ми је йо, у сйвари, највише и смейало. Али, ейо, кажем, мор'о сам да кренем зайо цййо сам био лоше. Међуйим, како, веровайно йосле, уз йерайију, како ми се йобольщало сйање, онда сам одлучио да йресйанем, јер нисам мої'о више йај йемйо да издржим.

Бр 15

Услед временски захтевне процедуре добијања упута за одлазак на инфективну клинику, компликације за PLHIV се могу јавити и на радном месту, уколико је особа у некој врсти радног односа. Ово нарочито утиче на одлуку о одустајању од коришћења постојећих здравствених услуга, односно на одлуку о некоришћењу пуних здравствених капацитета који им могу бити на располагању, докле год сматрају да им је здравствено стање такво да им то дозвољава.

За набавку здравственог упута потребно је потрошити неколико дана. То представља посебан проблем оним PLHIV који су запослени, с обзиром на то да испитаници који су запослени углавном нису разоткрили свој статус послодавцу, плашећи се његове реакције, која би, поред стигматизовања, могла довести и до давања отказа. Са друге стране, периодично узимање слободних дана и одсуствовање са посла, без икаквог правно,

односно медицински заснованог оправдања, може, такође, довести до губитка посла, због чега је већина запослених испитаника временом одустала од терапије у потпуности, или је користи периодично и у неправилним временским размацама.

Јесу вам на послу правили проблем ако идете...? Да. Јесу. Зајмо што нисам никад... Чешири године никад нисам био болестан. Нисам им'о никакве изостанке, с посла, осим годишњег одмора и празника, нормално, нерадних дана. И овај, сад је он (СБ: послодавац) мени нешто рек'о као, као, да сам ја у прошекло време, као, шринаесет пућа изостао с посла, због њих здравствених, као, проблема, које неких имам, које имам. Не зна он што ја имам, као, одбиће ми то од годишњег одмора. Да. И сад исто последњи пут нисам био на клиници нешто су ми, овај, нешто су ми из организације отишли и догитли ми (СБ: терапију).

Бр 6

4.2.1.2 ПЕРЦЕПЦИЈА НЕДОСТАКА ДИСКРЕЦИЈЕ НА КЛИНИКАМА ЗА ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ

Испитаници углавном нису имали примедби на однос који према њима има медицинско особље на клиникама за инфективне болести, али су коментарисали перципирани ризик од откривања HIV-позитивног статуса на тим клиникама.

Испитаници сматрају да HIV-позитиван статус приликом доласка на инфективну клинику може бити разоткривен другим пацијентима клинике, као и онима који нису пацијенти, али се затекну тамо из различитих разлога, попут на пример студената, затворских чувара и сл.

Већина испитаника има страх да ће бити виђени од стране неког кога познају и ко може да пренесе даље информацију о њиховом статусу. Поред тога, испитаници перципирају да постоји ризик од откривања статуса и приликом процедуре прозивања пацијената који су на реду да уђу код лекара по имену и презимену, с обзиром на то да су чекаонице обично пуне – а што је примарно везано за Београд.

Управљање картонима пацијената на београдској клиници види се такође као место ризика, тачније – доживљава се као индискреција. Наиме, картони пацијената који чекају налазе се у амбуланти, у којој лекар прима пацијенте. Испитаници сматрају да, у ситуацијама већих гужви на одељењу, свако ко уђе у амбуланту може да види податке пацијената који чекају испред да буду примљени. Како би избегли овај недостатак дискреције на клиници, неки од пацијената развили су стратегију ранијег или каснијег доласка – међу првима или међу последњима, узимајући у обзир радно време клинике – не би ли избегли на тај начин могуће сусрете са другим пацијентима на клиници, а посебно сусрет са неким њима познатим.

Па, не знам проблем је ааа... Једно одељење једне клинике... се бави ааа проблемом... и болешћу коју има јако мноџо људи. Тај проблем је озбиљно ишћање... како им свима обезбедити приватност. Ја нећу... Ја џо схватим, ја нећу да исћаднем тлуј и да лујам разнo разне сћвари али... чињеница је да раде јако крајко радно време са ћацијенћима, чињеница је да они, да је ћима расћон, како кад сам оћишћ'о, али од 8, 9, 10 како-кад, до 12, један и... ћрећћосћављам да је заћо велика ћужва. Кад би се радило од раније, ја до касније... вероватћно би маће ћужве и маће би се људи срећали. Вероватћно ни нема особља. Пуно сћвари ћамо фали: објекатћ, особље, више радноћ времена. Значи, још више особља обученоћ. Прећћосћављам да неће свако ни да оде да ради на шесћо одељење.

Бр 9

Перципиране последице откривања HIV-позитивног статуса крећу се од непријатности и нелагодности, до социјалне изолације и губитка посла.

Нелагодност се осећа, најчешће, у односу на могуће откривање HIV-позитивног статуса члановима породице, којима особа није желела иначе то да саопшти.

Социјална изолација у заједници односи се на губитак друштвених контаката, тј. пријатеља, познаника, партнера, али и на губитак дотадашњег друштвеног статуса.

Губитак посла, уколико га особа има, представља могући кошмар за испитанике, не само из разлога социјалне и економске несигурности или депривације, већ и због тога што сматрају да би на тај начин били практично лишени било какве могућности самосталног издржавања у будућности, пошто верују да би им било готово немогуће да икад више пронађу посао, уколико би га изгубили на основу јавног сазнања о њиховом HIV-статусу.

Радећи на приватном једном месћу, значи, радећи приватно, добио сам информацију да ћреба да најусћим џо радно месћо, јер је колећиница саоћишћила једну врло ружну весћ о мени (СБ: да је инфициран HIV-ом). Ја сам џо и урадио. Прећћосћављам о којој особи се ради. Није бићно за име. Али, мислим да шћћо се ћиче шесћоћ одељења, одаћле неће ћроцурићи информација, а шћћо се ћиче околине јако брзо.

Бр 13

5. ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата студије, могу се сагледати чиниоци који утичу на одлуке особа које живе са HIV/AIDS-ом у погледу коришћења или некоришћења здравствених услуга клиника за инфективне болести у

Србији. Ти чиниоци укорени су у друштвеним и културним условима, који окружују PLHIV, а директна су последица тога како друштвено окружење гледа на њихово обољење.

На најопштијем нивоу, два су основна закључка, који делују контрадикторно, на први поглед:

- PLHIV су задовољни начином професионалног и личног опхођења према њима од стране медицинског особља на одељењима за AIDS наших клиника за инфективне болести;
- PLHIV не виде као у потпуности задовољавајуће приступачност и доступност пуног обима здравствених услуга намењених њима на клиникама за инфективне болести услед начина организовања рада на клиникама.

Ови ставови више су несамерљиви него опречни, обзиром да први од њих говори о перцепцији људске димензије пружања здравствене услуге и степена професионалности у томе, а да други говори о перцепцији система здравствене заштите у нашој земљи и законске регулативе, која стоји иза тог система. Оба става заснована су на искуству испитаника с пружањем здравствених услуга, а полазе од тога да њихово здравствено стање изискује специфичан третман, не толико због природе самог обољења, колико услед става који јавност има о том обољењу. Тај став мотивисан је предрасудама према одређеним маргинализованим друштвеним групама и непознавањем праве природе болести, пре свега начина њеног преношења, од стране широких слојева нашег друштва, а огледа се у:

- стигматизацији инфицираних HIV-ом њиховим изједначавањем са друштвено неприхватљивим праксама које се сматрају „својственим”, рецимо, инјектирајућем коришћењу дроге, ступању мушкарца у сексуалне односе са особама истог пола или сексуалном раду;
- дискриминацији инфицираних HIV-ом тј. њиховом изопштавању из друштвених мрежа, отпуштању с посла, понижавајућим третманом у јавним установама итд.

Све ово води изоловању PLHIV од остатка друштва.

Због свега тога, са сигурношћу се може рећи да је основни разлог за некоришћење здравствених услуга клиника за инфективне болести од стране испитаника мотивисан њиховим страхом од разоткривања њиховог HIV-позитивног статуса, прво у оквиру микросоцијалне средине у којој се одвија највећи део њиховог свакодневног живота, а онда и у јавности уопште. У том светлу некоришћење услуга клиника за инфективне болести је својеврсан начин управљања ризиком у циљу његове редукције од разоткривања HIV-позитивног статуса.

Последице тог разоткривања перцепиране су као детериторизација положаја испитаника у различитим доменима њиховог живота и то:

-
- у друштвеном смислу, с обзиром на то да их напуштају (или могу напустити) пријатељи, партнери, а у неким случајевима и чланови породице;
 - у културном смислу, с обзиром на то да свој живот почињу да промишљају готово у потпуности на начин рефлексije стигме коју за добијају и то као експлицитног културно негативно евалуативног става према њима као оболелима од одређене болести, тј. инфициранима одређеним вирусом;
 - у економском смислу, с обзиром на то да им постаје отежано или онемогућено обављање било оног занимања за које су се образовали, или било којег другог, чиме им се драстично погоршава могућност самосталног издржавања.

У сваком случају, PLHIV образлажу своје незадовољство сегментом система здравствених услуга, а који се односи на њихову ситуацију, примарно начином на који је устројен тај систем. Основни елементи тог незадовољства су, према схватању испитаника, следећи:

- административна процедура;
- институција изабраног лекара и људски ланац у процедуралном току од добијања упута до одласка на инфективну клинику;
- недовољна дискреција у погледу идентитета пацијената на клиникама за инфективне болести.

Препреке за добијање здравствених услуга на инфективним клиникама, а потом и за коришћење тих услуга, јесу захтевне и дугачке административне процедуре у оквиру здравственог система. Њих испитаници виде као претњу разоткривању њиховог HIV-статуса заједници, с обзиром на захтевану учесталост посећивања установа примарне здравствене заштите у погледу добијања упута за редовне контроле и упута за терапију.

Институција изабраног лекара се, пре свега, доживљава као психолошки проблем, због тога што изискује откривање сопственог HIV-позитивног статуса још једној особи, за коју PLHIV не сматрају да представља неопходну карику у процедуралном ланцу који води до инфективне клинике.

Мада PLHIV генерално верују својим клиничарима, односно медицинском особљу инфективних клиника, а мањи део њих и изабраним лекарима, перципирани ризик од преношења информације о њиховом статусу везује се за: а) друге професионалце, које срећу током процеса добијања здравствене услуге, као што су то: медицинске сестре, чланови лекарске комисије, запослени у дому здравља, итд, као и за б) друге пацијенте – било у дому здравља, или на клиникама за инфективне болести.

Перципирани недостатак дискреције на инфективним клиникама види се као ризик за откривање HIV-статуса заједници, услед, пре свега,

процедуре прозивања пацијената, великог броја пацијента у чекаоницама и других лица која су се затекла на клиници, као и услед начина управљања картонима пацијената.

Страх испитаника од јавног разоткривања њиховог HIV-позитивног статуса јесте страх од негативних последица обзнањивања тог статуса по њихов свакодневни живот – последице чега су разноврсне, као што је то изнето – а свима је извор у стигми везаној за HIV. Отуд све акције усмерене на побољшање друштвеног положаја PLHIV у нашој средини треба да буду усмерене ка даљем слабљењу услова формирања стигме везане за HIV/AIDS, како је то назначено и у ранијим студијама на тему живота са HIV-ом.

6. ПРЕПОРУКЕ

Резултати студије указују на главне препреке које перципирају PLHIV у односу на доступност и приступачност примарно услуга клиника за инфективне болести. Као допуна бихевиоралне студије међу оним PLHIV који користе услуге клиника за инфективне болести, добијени резултати омогућавају да се боље сагледају потребе оних који избегавају коришћење ових услуга и да се боље планирају услуге особама које живе са HIV-ом како на нивоу државних установа, тако и на нивоу невладиног сектора. Такође, може помоћи у планирању кампања за смањење стигме и дискриминације према PLHIV и њиховом бољем укључивању у систем здравствене заштите.

6.1 ОПШТЕ ПРЕПОРУКЕ

- Континуирана едукација здравствених радника, медицинских сестара и медицинског особља уопште не тему HIV/AIDS-а, посебно везано за живот са HIV-ом и пратећим проблемима.
- У оквиру едукација младих, које се планирају, увести и тему везану за живот са HIV-ом и стигматизацију са циљем деловања на смањење стигме везане за PLHIV.
- Планирање, организовање и спровођење кампања са циљем смањења стигматизације и дискриминације особа које живе са HIV-ом.
- Јаче повезивање ДПСТ саветовалишта са НВО које пружају програм подршке PLHIV ради лакшег укључивања новодијагностификованих PLHIV у здравствени систем.
- Развијање јасне политике запошљавања и рада особа које живе са HIV-ом у циљу омогућавања заснивања и остајања у радном односу PLHIV.
- Праћење случајева дискриминације и примена Закона о забрани дискриминације, као и едукација и јачање PLHIV за препознавање случајева дискриминације и за могуће начине реаговања на слу-

чајеве дискриминације на радном месту, у здравственом систему и шире.

- Континуирано информисање PLHIV (кроз ДПСТ саветовалишта, клинике за инфективне болести, НВО како оне које раде са PLHIV, тако и оне које раде са особама под ризиком од HIV-а) о постојећим програмима подршке и здравственим услугама и могућностима за њихово коришћење.
- Укључивање у програме подршке чланове породице PLHIV и других особа од поверења које пружају свакодневну подршку PLHIV.

6.2 ПОСЕБНЕ ПРЕПОРУКЕ

- Изналажење могућности кроз разговор са представницима клиника за инфективне болести, клиничких центара, Републичког завода за здравствено осигурање, Министарства здравља и представника НВО које раде са особама које живе са HIV-ом за:
 - поједностављење административних процедура за добијање упута за клинике за инфективне болести, AIDS одељења, у циљу скраћивања времена потребног за добијање потребних упута, учесталости процедуре за добијање упута, као и броја особа укључених у ову процедуру (нпр. преношења дела права изабраног лекара на инфектолога, омогућавање преписивања одговарајуће терапије од стране инфектолога на временски период дужи од месец дана);
 - боље организовање рада на самим клиникама на начин који би учинио да здравствене услуге оријентисане ка PLHIV буду боље прилагођене потребама PLHIV у циљу редукције постојеће перцепције да ове услуге нису у довољној мери доступне и приступачне њиховим корисницима (нпр. омогућавање добијања медицинских услуга на клиникама за инфективне болести у послеподневним часовима бар једном недељно; омогућавање да особе које живе са HIV-ом које не желе да буду прозване по имену и презимену на клиникама за инфективне болести могу бити прозване под одговарајућим редним бројем; омогућавање услуге заказивања прегледа на клиници за инфективне болести у циљу смањења евентуалног чекања и обезбеђивања веће дискреције; одређивање посебних дана/термина за обавезне посете студената и присуство затворских чувара који долазе као пратња особама које живе са HIV-ом на издржавању затворских кривичних санкција; систематичније управљање картонима пацијената и смањење њихове видљивости пацијентима у ситуацијама повећане гужве на одељењима за AIDS клиника за инфективне болести и сл).
- Унапређење сарадње и повезивања одељења за AIDS клиника за инфективне болести са различитим специјалистичким службама/

специјалистима и сензибилизација истих за рад са PLHIV у циљу повећања доступности и приступачности услуга специјалиста PLHIV.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernejs S, Rouds T, Prodanović A. Terapija za HIV: dostupnost, snabdevenost i nesigurnost. Kvalitativna studija u Srbiji i Crnoj Gori. Beograd: Program Ujedinjenih nacija za razvoj; 2007.
2. GIP ekspertski centar za mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji. Stigma i diskriminacija ljudi koji žive sa HIV-om. Beograd: GIP; 2007.
3. GIP Expert Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Serbia. Mental Health and HIV/AIDS in Serbia. Rapid qualitative study on Mental Health problems Of People living with HIV. Belgrade: GIP; 2007.
4. GIP Expert Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Serbia. Mental Health and HIV/AIDS Structure in Serbia. Belgrade: GIP; 2007.
5. Bassioni Stamenić F, Baroš S, Čakić Z, Šormaz D, Čehić D, Mančić S, et al. Živeti sa HIV-om. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2006.
6. Bernays S, Rhodes T. Experiencing uncertain HIV treatment delivery in a transitional setting: qualitative study. *AIDS Care*. 21 (3); 2009: 315-21.
7. Жиких Б. Антрополошка анализа HIV/HCV вулнерабилности и ризичног понашања у Београду. Свакодневна култура у постколонијалистичком периоду у Србији и Бугарској. Зборник радова Етнографског института САНУ 22; 2006: 299-313.

314:613.81-056.83(497.11)(083.41)
314:613.882-055.1/.2(497.11)(083.41)
314:613.885-055.3(497.11)(083.41)

**ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ
ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА,
МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ
СА МУШКАРЦИМА
И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА**

Главни истраживач и аутор текста:

Др Данијела Симић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Кратак садржај:

Познавање величине популације под повећаним ризиком за HIV је неопходно за планирање, имплементацију и евалуацију интервенција/програма и процену тока HIV епидемије. Доносиоцима одлука је ова информација врло важна због планирања одређених програма, као и обезбеђивања потребних материјалних и других ресурса, али и адекватног праћења обима пружених услуга и валидног поређења током времена како на локалном и националном нивоу, тако и на међународном нивоу. Циљ је био да се применом методе множиоца процени величина популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога (ИКД), мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ) и сексуалних радница (СР) у градовима где су спроведена серопревалентна и бихевиорална истраживања 2010. године. Метод множиоца (тзв. multiplier метод) заснива се на узимању података из два независна извора који се преклапају на познати начин. Процене величине популација од интереса су добијене укрштањем података из истраживања и релевантних програмских података. Процењена величина популације ИКД коришћењем метода множиоца се креће од 1222 ИКД узраста 20 и више година до 25.714 ИКД узраста 25–49 година у Београду, односно од 378 до 6473 ИКД узраста 18–49 година у Нишу. Процењена величина популације МСМ коришћењем метода множиоца се креће од 1262 МСМ узраста 18–49 година до 6522 МСМ узраста 18–59 година у Београду, односно од 352 МСМ узраста 18–49 година до 12.500 МСМ узраста 18–49 година у Новом Саду. Процењена величина популације сексуалних радница коришћењем метода множиоца се креће од 163 до 328 СР узраста 18–49 година у Београду. Због непотпуно испуњених кључних претпоставки/услова различите процене величине популације добијене методом множиоца нису у потпуности валидне, те морају бити засноване на низу поновљених мерења у циљу добијања што тачнијих процена. И на крају, у циљу добијања што валиднијих процена треба користити више различитих метода процене величине популационих група под повећаним ризиком за HIV, ради омогућавања провере и међусобне валидације добијених резултата. Консензусом релевантних актера треба донети одлуку о најбољој процени величине популације од интереса.

Кључне речи: процена величине популације, метод множиоца, популације под повећаним ризиком за HIV, инјектирајући корисници дрога, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, сексуалне раднице

POPULATION SIZE ESTIMATION AMONG INJECTING DRUG USERS, MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND SEX WORKERS

Danijela Simic¹

Abstract:

Knowing the size of a population most at risk for HIV is necessary for planning, implementation and evaluation of interventions/programs and the assessment of the HIV epidemic. This information is important for decision makers in terms of planning specific programs, securing necessary material and other resources, adequate monitoring of the scope of services provided, and valid data comparison on local, national and international levels. The goal was to estimate the population size, using the multiplier method, of groups especially vulnerable to HIV, specifically injecting drug users (IDUs), men who have sex with men (MSM) and sex workers (SW) in cities in which seroprevalent and behavioral research was conducted in 2010. The multiplier method is based on taking data from two independent sources which overlap in a known way. Population size estimations were obtained through crossing research data with relevant program data. Using the multiplier method, the injecting drug users population is estimated to be 1222 IDUs aged 20 and more to 25714 IDUs between 25-49 years of age in Belgrade, and 378 to 6473 IDUs between 18-49 years of age in Nis. The MSM population size in Belgrade is estimated to be 1262 aged 18-49 to 6522 aged 18-59, and 352 aged 18-49 to 12500 aged 18-49 in Novi Sad. The sex workers population size in Belgrade is estimated to be 163 and 328, aged 18-49. Due to incomplete key hypotheses/prerequisites, the different population size estimations obtained by using the multiplier method are not completely valid, and need to be based on a series of repeated measurements in order to obtain more accurate estimations. Finally, in order to obtain more valid estimations and validation of obtained results, it is necessary to use different kinds of population size estimation methods. A consensus among all relevant parties should be reached about the best methods for estimating the population size of MARPs.

Key words: population size estimation, multiplier method, MARPs (most at risk populations), injecting drug users, men who have sex with men, sex workers

¹ Institut of Public Health of Serbia *Dr Milan Jovanovic Batut*

1. УВОД

Популације под повећаним ризиком за HIV су од посебне важности за надзор [1]. У овим популационим групама које су „скривене” или „тешко доступне” због изражене стигме и осуде њиховог понашања од стране друштвене заједнице, региструје се виша преваленција HIV инфекције у односу на општу популацију превасходно због веће учесталости ризичног понашања. Такође, ове популационе групе су нека врста „мостова” за пренос HIV инфекције на општу популацију [2, 3].

Потреба за проценом величине одређене популације од интереса под повећаним ризиком за HIV произилази из више разлога/потреба:

1. Недостатак података о величини популације под повећаним ризиком за HIV (нпр. инјектирајући корисници дрога, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, сексуалне раднице) не допушта доносиоцима одлука адекватну процену и планирање материјалних и нематеријалних ресурса на националном и локалном нивоу које је потребно обезбедити за реализовање активности из области здравствене заштите (нпр. новчана средства, едукован кадар, доступност превентивних и других активности и сл).
2. Недостатак података о величини популације онемогућава приоритизацију и заговарање адекватног одговора, односно на потреби заснованог планирања и организовања пружања одређених услуга на локалном и националном нивоу [4].
3. Непознавање величине популације онемогућава правилно тумачење и адекватно праћење индикатора покривености (проценат популације од интереса обухваћен неким програмом/интервенцијом), који се у том случају заснивају само на апсолутним бројкама (нпр. број особа тестираних на HIV, број досегнутих особа теренским превентивним радом, терапијским програмима и сл).
4. Податак о величини популације од интереса је неопходан и за праћење напретка одређених циљаних програма/интервенција, као и ради процене будућег тока HIV епидемије [5].
5. У земљама са ниском преваленцијом HIV инфекције, односно концентрованој HIV епидемијом, податак о величини популације је неопходан ради процене броја особа инфицираних HIV-ом, тј. квантификовања оптерећења друштва болешћу, као и ради спознаје о дистрибуцији особа новоинфицираних HIV-ом [5, 6].

Епидемијски потенцијал је одређен комбинацијом тренутне преваленције HIV инфекције у популацији од интереса и величине те популације и заступљеног, квантификованог ризика [4].

Обзиром да у нашој земљи постоје врло хетерогени, неконзистентни подаци везани за величину популације ИКД, МСМ и СР добијени из разних извора [7, 8, 9], наметнула се потреба процене величине популација ИКД, МСМ и СР коришћењем одговарајуће методологије.

2. ЦИЉ

Применом методе множиоца проценити величину популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога, мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима и сексуалних радница у градовима где су спроведена серопревалентна и бихевиорална истраживања 2010. године.

3. МЕТОДОЛОГИЈА

За естимацију величине популације ИКД, МСМ и СР у градовима где су се спроводила биолошко-бихевиорална истраживања (Београд, Ниш, Нови Сад) коришћен је класични метод множиоца (тзв. multiplier метод) који се заснива на укрштању података из два независна извора који се преклапају на познати начин [1]. Основни принцип овог метода је да је број особа циљане популационе групе који је користио услуге одређене установе/организације током одређеног временског периода једнак укупној величини популације помножене са пропорцијом популације која је користила услуге те установе/организације [10]. Овај метод је пожељан када је узорачки оквир неадекватан или када је реч о тешко доступној популацији, јер је лако изводљив.

Процене величине популације од интереса су добијене укрштањем података из два извора, од којих су једни пореклом из спроведених истраживања (специфична питања интегрисана у упитнике за испитанике), док су други, програмски подаци добијени из релевантних, доступних извора (нпр. из база података клијената саветовалишта за ДПСТ), односно од Министарства унутрашњих послова и државних установа и невладиних организација које пружају одређене превентивне или терапијске услуге припадницима дефинисане популације под повећаним ризиком за HIV.

Ограничења везана за процене добијене овом методом проистичу из низа претпоставки/услова које ова метода процене величине популације од интереса захтева и које је тешко евалуирати [1, 6], а то су:

1. Две популације које служе као извор података су једнаке али независне (коришћење услуге неке установе/организације не утиче на могућност учешћа у истраживању и обрнуто).
2. Извори података се преклапају.
3. Популација која се броји мора имати вероватноћу да ће бити укључена у оба извора података.
4. Узорак испитаника у истраживању мора бити случајно одабран, тј. извор података из истраживања мора бити рандомизован, укључујући и групу корисника дефинисане услуге у установи/органи-

зацији, али не искључујући и остале припаднике популације од интереса (нпр. учесници у истраживању могу бити уличне СР и СР за забаву, иако одређене услуге користе само уличне СР).

5. Извор података из установе не мора бити рандомизован, али мора бити специфичан за популацију чија се величина процењује (подаци установе/организације морају идентификовати и разликовати популацију од интереса од других група) и мора бити усклађен са популацијом која је предмет истраживања (иста дефиниција популације од интереса, територијална локација и временски период).

Такође, неопходно је имати квалитетне програмске податке (добар и поуздан систем регистровања клијената од стране институције/организације), као и адекватно дефинисана и јасно и коректно постављена питања испитаницима укљученим у истраживање на терену у циљу редуковања пристрасности везане за мерење.

Нерепрезентативан узорак учесника укључених у истраживање који је повезан са самом методологијом узорковања условљава узорачку пристрасност (тзв. *selection bias*) мањег или већег степена, која пак значајно утиче на тачност процене (колико процена заснована на мерењу репрезентује стварну вредност) [11, 12].

3.1 ОГРАНИЧЕЊА ВЕЗАНА ЗА ПРИМЕЊЕНУ МЕТОДОЛОГИЈУ МНОЖИОЦА ЗА ПРОЦЕНУ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ОД ИНТЕРЕСА

Добијене процене су пре свега лимитиране селекционом пристрасношћу, везаном за методологију узорковања (нерандомизован узорак испитаника), јер су иницијални испитаници регрутовани од стране активиста невладиних организација који пружају превентивне услуге истраживањој популацији на терену, док су касније сами испитаници регрутовали следеће испитанике, а не истраживачки тим (методологија узорковања вођена испитаником или узорковање тзв. „грудвом снега“).

Такође, процене су лимитиране и дефинисаним критеријумима за укључивање испитаника у истраживање, те се односе само на особе које одговарају карактеристикама испитаника укључених у истраживање (инјектирајући корисници дрога оба пола узраста 18 и више година који су инјектирали дрогу у последњих месец дана и који имају стално/привремено пребивалиште на подручју Београда/Ниша не краће од три месеца, затим мушкарци узраста између 18 и 59 година, који су имали анали сексуални однос са мушкарцима у последњих шест месеци и који су навели да им је стално пребивалиште на подручју Београда/Новог Сада не краће од три месеца, као и особе оба пола узраста 18 и више година, које су имале пенетрантни сексуални однос за новац, дрогу или друго материјално добро током последњих 12 месеци и које наводе да живе или раде у Београду не краће од три месеца).

Због изражене стигматизације и присутне хомофобије, односно криминализације пружања сексуалних услуга за неку материјалну надокнаду, добијени резултати се односе на „видљивији” део популације МСМ и СР, тј. испитаници укључени у истраживање су у великој мери особе које су обелоданиле своје сексуално опредељење, односно понашање.

Такође, начин постављања питања и регистровања добијених одговора од стране анкетара, као и могућа пристрасност условљена сећањем самих испитаника приликом давања одговора, вероватно уносе додатна ограничења у добијене резултате. С друге стране, квалитет самих програмских података може условити прецењену или потцењену процену величине популације (нпр. региструју се контакти а не појединци, затим подаци не одговарају у потпуности дефиницији популације од интереса укљученој у истраживање и сл). Приликом прикупљања података из установа/организација важно је документовати који је сегмент популације под повећаним ризиком стварно репрезентован.

Додатно, два извора податка нису у потпуности независна, јер не можемо бити у потпуности сигурни да је сваки испитаник у истраживачком узорку заиста имао и информацију, као и приступ одговарајућој установи или услузи (нпр. не зна где се место пружања услуга налази или назив установе/организације, односно услуга није била територијално, садржајем или на друге начине приступачна кориснику). Тако нпр. процена величине популације ИКД добијена укрштањем програмских податка о броју ИКД који су у претходних годину дана били на метадонској супституционој терапији и одговарајућих података добијених истраживањем, највероватније даје прецењену процену величине популације ИКД, имајући у виду да успешан програм метадонског одржавања значајно редукује могућност инјектирања дроге, тј. укључивање одговарајућих испитаника у истраживање.

У Београду је додатно регистрован значајан степен преклапања испитаника из популације МСМ у два реализована круга надзорних истраживања, 2008. и 2010. године. Поред чињенице да су иницијални испитаници односно њихови први регрутовани контакти били исти појединци у оба круга истраживања, ово може указивати и на то да се социјалне мреже испитаника у Београду у значајној мери преклапају, тј. прожимају, за разлику од Новог Сада, где је величина популације највероватније значајно прецењена укрштањем података добијених из два круга надзорних истраживања.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА

За потребе процене величине популације ИКД у Београду и Нишу методом множиоца коришћени су подаци из база података Градског завода за јавно здравље у Београду, Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду, Специјалне болнице за болести зависности у Београду и Института за јавно здравље у Нишу (подаци о броју тестираних инјектирајућих корисника дроге у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање – ДПСТ), затим Специјалне болнице за болести зависности у Београду и Клинике за ментално здравље у Нишу (подаци о броју инјектирајућих корисника дрога укључених у програм детоксикације, односно програм метадонског одржавања), као и НВО „Веза” из Београда и НВО „Путоказ” из Ниша (подаци о броју досегнутих инјектирајућих корисника дрога програмом размене прибора за инјектирање) у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године. Процене величине популације ИКД која испуњава критеријуме из овог истраживања су добијене укрштањем ових, тзв. програмских извора података и одговарајућих података добијених истраживањем на ове две локације, при чему су испитаници питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама по локацији и да ли су се том приликом изјаснили да су ИКД, затим да ли су били на програму детоксикације, односно метадонске супституционе терапије у задатим установама у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године, као и да ли су у истом периоду добијали стерилне игле и шприцеве у мобилним јединицама или „дроп ин” центрима НВО „Веза” у Београду, односно НВО „Путоказ” у Нишу.

Додатно, за процену величине популације ИКД у Београду и Нишу коришћен је модификован метод множиоца употребом јединственог идентификатора тј. објекта (у овом случају картице одређене боје неопходне за укључивање у истраживање), при чему су укрштени подаци добијени овим истраживањем и подаци из истраживања реализованог 2008. године на истим локацијама.

4.1.1 БЕОГРАД

Према подацима Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду током 2009. године у тој установи је добровољно саветовано и тестирано на HIV 126 ИКД из Београда оба пола узраста 18–49 година. У истраживању је 3,04% испитаника оба пола узраста 18–49 година (11 од 362 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је ИКД том приликом је навело 90,9% испитаника. Укупан број ИКД који се тестирао на HIV у овом ДПСТ саветовалишту је стога

139. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 18–49 година у Београду $139 \cdot 100 / 3,04$, што износи 4572 ИКД.

Према подацима Градског завода за јавно здравље (ГЗЈЗ) у Београду током 2009. године у тој установи се добровољно саветовало и тестирало на НИВ 30 ИКД из Београда узраста 25–49 година. У истраживању је 3,3% испитаника узраста 25–49 година (10 од 305 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је ИКД том приликом је навело 80% испитаника. Укупан број ИКД који се тестирао на НИВ у ДПСТ саветовалишту ГЗЈЗ Београд је стога 38. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 25–49 година у Београду $38 \cdot 100 / 3,3$ што износи 1152 ИКД.

Према подацима Специјалне болнице за болести зависности (СББЗ) у Београду током 2009. године у тој установи је добровољно саветовано и тестирано на НИВ 467 ИКД из Београда узраста 18–49 година. У истраживању је 8,3% испитаника узраста 18–49 година (30 од 362 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је ИКД том приликом је навело 93,3% испитаника. Укупан број ИКД који се тестирао на НИВ у ДПСТ саветовалишту СББЗ је стога 501. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 18–49 година у Београду $501 \cdot 100 / 8,3$ што износи 6036 ИКД.

Према подацима Специјалне болнице за болести зависности у Београду током 2009. године у тој установи је на програму детоксикације било регистровано 1294 ИКД из Београда узраста 18–49 година. У истраживању је 10,2% испитаника узраста 18–49 година (37 од 362 испитаника) изјавило да је било на програму детоксикације у тој установи током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 18–49 година у Београду $1294 \cdot 100 / 10,2$ што износи 12.686 ИКД.

Према подацима Специјалне болнице за болести зависности у Београду током 2009. године у тој установи је на програму метадонског одржавања било регистровано 180 ИКД из Београда узраста 25–49 година. У истраживању је 0,7% испитаника узраста 25–49 година (2 од 305 испитаника) изјавило да је било на програму метадонског одржавања у тој установи током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 25–49 година у Београду $180 \cdot 100 / 0,7$ што износи 25.714 ИКД.

Према подацима НВО „Веза” током 2009. године програмом размене прибора за инјектирање је било обухваћено 638 ИКД из Београда узраста 20 и више година. У истраживању је 52,2% испитаника узраста 20 и више година (189 од 362 испитаника) изјавило да је добијало стерилан прибор за инјектирање од активиста те организације током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина попу-

лације ИКД узраста 20 и више година у Београду $638 \cdot 100 / 52,2$ што износи 1222 ИКД.

У овом истраживању је 13,2%, тј. 49 испитаника навело да је учествовало у истраживању међу ИКД реализованом 2008. године у Београду по истој методологији, при чему је услов за учешће у истраживању било поседовање специфичног плавог купона. Коришћењем модификованог метода множиоца, укрштањем овог податка са податком да је у истраживању 2008. године учествовало 317 ИКД узраста 18 и више година, добија се да је процењена величина популације $317 \cdot 100 / 13,2$ што износи 2401 ИКД.

4.1.2 НИШ

Према подацима Института за јавно здравље у Нишу (ИЗЈЗ Ниш) током 2009. године у тој установи је добровољно саветовано и тестирано на HIV 13 ИКД из Ниша узраста 18–49 година. У истраживању је 4,5% испитаника узраста 18–49 година (9 од 200 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је ИКД том приликом је навело 77,8% испитаника. Укупан број ИКД који се тестирао на HIV у ДПСТ саветовалишту ИЗЈЗ Ниш је стога 17. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 18–49 година у Нишу $17 \cdot 100 / 4,5$ што износи 378 ИКД.

Према подацима Клинике за заштиту менталног здравља у Нишу у току задатог временског периода у тој установи је на програму детоксикације било регистровано 356 ИКД из Ниша узраста 18–49 година. У истраживању је 5,5% испитаника узраста 18–49 година (11 од 200 испитаника) изјавило да је било на програму детоксикације у тој установи током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 18–49 година у Нишу $356 \cdot 100 / 5,5$ што износи 6473 ИКД.

Према подацима Клинике за заштиту менталног здравља у Нишу током 2009. године у тој установи је на програму метадонског одржавања било регистровано 157 ИКД из Ниша узраста 25–49 година. У истраживању је 3,6% испитаника узраста 25–49 година (6 од 166 испитаника) изјавило да је било на програму метадонског одржавања у тој установи током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД узраста 25–49 година у Нишу $157 \cdot 100 / 3,6$ што износи 4361 ИКД.

Према подацима НВО „Путоказ” током 2009. године програмом размене прибора за инјектирање је било обухваћено 218 ИКД из Ниша узраста 18 и више година. У истраживању је 50,5% испитаника узраста 18–49 година (101 од 200 испитаника) изјавило да је добијало стерилан прибор за инјектирање од активиста те организације током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације ИКД у Нишу $218 \cdot 100 / 50,5$ што износи 431 ИКД.

У овом истраживању је 27,5%, тј. 55 испитаника навело да је учествовало у истраживању међу ИКД реализованом 2008. године у Нишу по истој методологији, при чему је услов за учешће у истраживању било поседовање специфичног плавог купона. Коришћењем модификованог метода множиоца, укрштањем овог податка са податком да је у истраживању 2008. године учествовало 310 ИКД узраста 18 и више година, добија се да је процењена величина популације $310 \cdot 100 / 27,5$ што износи 1127 ИКД.

4.2 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

За потребе процене величине популације МСМ у Београду и Новом Саду методом множиоца коришћени су подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду и Института за јавно здравље Војводине (подаци о броју тестираних МСМ у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање – ДПСТ), као и НВО „Сигуран пулс младих” („SPY”) из Београда и НВО „Омладина ЈАЗАС”-а из Новог Сада (подаци о броју досегнутих МСМ који су добијали кондоме) у одређеном временском периоду. Процене величине популације МСМ која испуњава критеријуме из овог истраживања су добијене укрштањем ових, тзв. програмских извора података и одговарајућих података добијених истраживањем на ове две локације, односно испитаници су питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама по локацији и да ли су се том приликом изјаснили да су МСМ, као и да ли су у истом периоду добијали кондоме од теренских активиста или у „дроп ин” центрима НВО „SPY” у Београду, односно НВО „Омладина ЈАЗАС”-а у Новом Саду.

Додатно, за процену величине популације МСМ у Београду и Новом Саду коришћен је модификован метод множиоца употребом јединственог идентификатора тј. објекта (у овом случају картице одређене боје неопходне за укључивање у истраживање), при чему су укрштени подаци добијени овим истраживањем и подаци из истраживања реализованог 2008. године на истим локацијама.

4.2.1 БЕОГРАД

Према подацима Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду током 2009. године у тој установи је добровољно саветовано и тестирано на HIV 466 МСМ из Београда узраста 18–49 година. У истраживању је 28,2% испитаника узраста 18–49 година (78 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је МСМ том приликом је навело 73,4% испитаника. Укупан број МСМ који се тестирао на HIV у ДПСТ саветовалишту је стога 635. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације МСМ узраста 18–49 година у Београду $635 \cdot 100 / 28,2$ што износи 2252 МСМ.

Према подацима НВО „Сигуран пулс младих” (SPY) у току задатог временског периода превентивним програмом је било обухваћено око 2700 МСМ из Београда узраста 18–59 година. У истраживању је 41,4% испитаника узраста 18 и више година (116 од 280 испитаника) изјавило да је добијало кондоме од активиста те организације током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације МСМ узраста 18–59 година у Београду $2700 \cdot 100 / 41,4$ што износи 6522 МСМ.

У овом истраживању је 19,5%, тј. 54 испитаника узраста 18–49 година навело да је учествовало у истраживању међу МСМ реализованом 2008. године у Београду по истој методологији, при чему је услов за учешће у истраживању било поседовање специфичног купона розе боје. Коришћењем модификованог метода множиоца, укрштањем овог податка са податком да је у истраживању 2008. године учествовало 246 МСМ узраста 18–49 година, добија се да је процењена величина популације $246 \cdot 100 / 19,5$ што износи 1262 МСМ.

4.2.2 НОВИ САД

Према подацима Института за јавно здравље Војводине у Новом Саду током 2009. године у тој установи је добровољно саветовано и тестирано на HIV 35 МСМ из Новог Сада узраста 20–49 година. У истраживању је 21% испитаника узраста 18–49 година (42 од 200 испитаника) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године, а да је МСМ том приликом је навело 47,6% испитаника. Укупан број МСМ који се тестирао на HIV у ДПСТ саветовалишту је стога 74. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације МСМ узраста 18–49 година у Новом Саду $74 \cdot 100 / 21$, што износи 352 МСМ.

Према подацима НВО „Омладина ЈАЗАС”-а у току задатог временског периода превентивним програмом је било обухваћено 2515 МСМ из Новог Сада узраста 18 и више година. У истраживању је 34% испитаника узраста 18–49 година (68 од 200 испитаника) изјавило да је добијало кондоме од активиста те организације током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације МСМ узраста 18–49 година у Новом Саду $2515 \cdot 100 / 34$, што износи 7397 МСМ.

У овом истраживању је 2%, тј. 4 испитаника узраста 18–49 година навело да је учествовало у истраживању међу МСМ реализованом 2008. године у Новом Саду по истој методологији, при чему је услов за учешће у истраживању било поседовање специфичног купона розе боје. Коришћењем модификованог метода множиоца, укрштањем овог податка са податком да је у истраживању 2008. године учествовало 250 МСМ узраста 18–49 година, добија се да је процењена величина популације $250 \cdot 100 / 2$, што износи 12.500 МСМ узраста 18–49 година.

4.3 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА/КА У БЕОГРАДУ

За потребе процене величине популације СР у Београду методом множиоца коришћени су подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду (подаци о броју тестираних СР у саветовалишту за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање – ДПСТ, односно у мобилној медицинској јединици или „дроп ин” центру НВО „ЈАЗАС”), као и из НВО „ЈАЗАС” (подаци о броју досегнутих СР које су добијале кондоме) у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године. Процене величине популације СР која испуњава критеријуме из овог истраживања су добијене укрштањем ових, тзв. програмских извора података и одговарајућих података добијених истраживањем, односно испитанице/ци су питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2009. године добровољно тестирали на HIV на одговарајућим локацијама/установама, као и да ли су у истом периоду добијале/ли кондоме од теренских активиста или у „дроп ин” центру НВО „ЈАЗАС” у Београду. Такође, укрштени су и подаци добијени од Министарства унутрашњих послова и подаци из истраживања.

Према подацима Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду током 2009. године у тој установи, односно у мобилној медицинској јединици или „дроп ин” центру НВО „ЈАЗАС”, добровољно је саветовано и тестирано на HIV 174 СР из Београда узраста 18–49 година оба пола. У истраживању је 53% испитаница/ка узраста 18–49 година (129 од 243 испитанице/ка) изјавило да се тестирало у тој установи током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације СР узраста 18–49 година у Београду $174 \cdot 100 / 53$, што износи 328 СР оба пола.

Према подацима НВО „ЈАЗАС” током 2009. године превентивним програмом је било обухваћено 172 СР оба пола из Београда узраста 18–49 година. У истраживању је 63% испитаница/ка узраста 18–49 година (153 од 243 испитанице/ка) изјавило да је добијало кондоме од активиста те организације током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације СР узраста 18–49 година у Београду $172 \cdot 100 / 63$, што износи 273 СР оба пола.

Према подацима МУП-а Републике Србије током 2009. године је покренут прекршајни поступак против 249 СР из Београда. У истраживању је 43,6% испитаница/ка узраста 18 и више година (109 испитаница/ка) изјавило да је због своје делатности привођено у полицију/прекршајно кажњавано током 2009. године. Укрштањем ова два податка добијамо да је процењена величина популације СР у Београду $249 \cdot 100 / 43,6$ што износи 571 СР оба пола. Ако се узме у обзир да су испитанице/ци у просеку кажњаване 3,5 пута, онда коначна процењена величина популације СР оба пола узраста 18 и више година износи 163 СР (571/3,5).

5. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

- Процењена величина популације инјектирајућих корисника дрога коришћењем метода множиоца се креће од 1222 узраста 20 и више година до 25.714 ИКД узраста 25–49 година у Београду, односно од 378 до 6473 ИКД узраста 18–49 година у Нишу.
- Процењена величина популације мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима коришћењем метода множиоца се креће од 1262 МСМ узраста 18–49 година до 6522 МСМ узраста 18–59 година у Београду, односно од 352 МСМ узраста 18–49 година до 12.500 МСМ узраста 18–59 година у Новом Саду.
- Процењена величина популације сексуалних радница коришћењем метода множиоца се креће од 163 до 328 СР узраста 18–49 година у Београду.
- Због непотпуно испуњених кључних претпоставки/услова различите процене величине популације добијене методом множиоца нису у потпуности валидне, те морају бити засноване на низу поновљених мерења у циљу добијања што тачнијих процена.
- У циљу корекције потцењене величине популације МСМ у Београду потребно је знати колики је удео „невидљиве” субпопулације МСМ која није била укључена у истраживање, на основу резултата детаљног мапирања места окупљања субпопулације МСМ, квалитативних истраживања и разговора са кључним информантима у циљу што тачније процене броја тј. дистрибуције МСМ популације на тим локацијама (нпр. хотели, барови, сауне, теретане, места за масажу, паркови, јавни тоалети и сл).
- У циљу корекције потцењене величине популације СР у Београду потребно је знати колики је удео „невидљиве” популације СР која није била укључена у истраживање, на основу резултата детаљног мапирања врсте и броја места где исте ступају у контакт са потенцијаним клијентима, квалитативних истраживања и разговора са кључним информантима у циљу процене броја СР тј. дистрибуције популације СР на тим локацијама (нпр. бордели, хотели, барови, преко огласа, места за масажу и сл).
- И на крају, у циљу добијања што валиднијих процена треба користити више различитих метода процене величине тешко доступних популационих група под повећаним ризиком за HIV, ради омогућавања провере и међусобне валидације добијених резултата. Консензусом релевантних актера треба донети одлуку о најбољој процени величине популације од интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. UNAIDS, FHI. Estimating the Size of Populations at Risk for HIV: Issues and Methods; 2003.
2. Lyerla R, Gouws E, Garcia-Calleja JM. The quality of sero-surveillance in low-and middle-income countries: status and trends through 2007. Sexually Transmitted Infections; 2008 , 84 (Suppl 1).
3. Barcal K, Schumacher JE, Dumchev K, Moroz LV. A situational picture of HIV/AIDS and injection drug use in Vinnitsya, Ukraine. Harm Reduction Journal; 2005
4. UNAIDS. HIV/AIDS Estimates and Projections 2005–2010. Available at http://www.unaids.org.vn/resource/topic/epidemiology/e%20&%20p_english_final.pdf
5. Ramon JS, Alvarenga M, Walker N, et al. Estimating HIV/AIDS prevalence in countries with low-level and concentrated epidemics: the example of Honduras. AIDS ; 2002, 16 (Suppl 3)
6. WHO/UNAIDS. Estimating the size of populations most at risk to HIV. WHO/UNAIDS; 2010
7. Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становништва Републике Србије. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2007
8. Мешковић Д. Истраживање знања, ставова и понашања у вези HIV/AIDS-а у склопу бихевиралног надзора међу МСМ популацијом у Србији. Београд; 2006 (документ Економског института – непубликовано)
9. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља РС, Београд; 2008
10. Walker N, Stover J, Stanek K, et al. The WORKBOOK approach to making estimates and projectig future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics. Sex Transm Infect; 2004, 80 (Suppl 1)
11. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology (Third Edition). Lippincott Williams & Wilkins; 2008
12. Last JM. A Dictionary of Epidemiology (Fourth Edition). Oxford University Press, New York; 1998 (www.oup-usa.org).

616-036.22(497.11)

СЕРОПРЕВАЛЕНТНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА

Главни истраживач и аутор текста:

Проф. др Тања Јовановић
Институт за микробиологију и имунологију
Медицинског факултета Универзитета у Београду

Кратак садржај:

Серопреваленца сифилиса, HIV и HCV инфекције међу инјектирајућим корисницима дроге, сексуалним радницама/радницима, мушкарцима које имају сексуалне односе са мушкарцима и младима ромске етничке припадности, одређена је на основу присуства специфичних антитела у узорку периферне крви. Коришћени су брзи имунохроматографски тестови треће генерације, изузетно високе сензитивности и специфичности (HEXAGON HIV, HEXAGON HCV и HEXAGON Сифилис), произвођача Хуман, Немачка. Позитиван резултат серолошких анализа издавао се као реактиван, а негативан налаз као нереактиван узорак. Укупно је испитано 569 инјектирајућих корисника дроге. Од укупног броја, 18 узорака (3,2%) су били реактивни на HIV, 406 на HCV (71,4%) и три узорка (0,5%) на сифилис. У узорцима 250 сексуалних радница/радника, специфична антитела за HIV откривена су код два (0,8%), за HCV код 59 (23,6%), а за сифилис код 10 (4,0%) испитаника. Укупно је испитано 480 мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима. Код њих је HIV инфекција откривена код 15 (3,1%), HCV код 19 (4,0%), док је сифилис откривен код седам (0,7%) испитаника. Међу 411 младих ромске етничке припадности антитела за HIV откривена су само у једном узорку (0,2%), а антитела за HCV у четири узорка (1,0%). Ниједан узорак није био позитиван на сифилис. На основу добијених резултата, посебно забрињава висока серопреваленца за ХЦВ у свим испитиваним групама, посебно међу интравенским корисницима дроге и сексуалним радницима.

Кључне речи: серопреваленца, антитела, HIV, HCV, сифилис

SEROPREVALENT PROJECT COMPONENT

Tanja Jovanovic¹

Abstract

Syphilis, HIV and HCV infection seroprevalence among injecting drug users, sex workers, men who have sex with men and young ethnic Roma was determined based on the presence of specific antibodies in sample of peripheral blood, using rapid immunochromatography assays (Human Hexagon tests, Germany) with high sensitivity and specificity. Positive results were regarded as reactive, and negative as non-reactive samples. Overall, 569 intravenous drug users participated in the study, of which 18 (3.2%) tested positive for HIV, 406 tested positive for HCV (71.4%) and 3 for syphilis (0.5%). Of 250 sex worker, specific antibodies for HIV were detected in 2 (0.8%), for HCV in 59 (23.6%), and syphilis in 10 (4.0%) blood samples. Among the 480 men who have sex with men who were tested, specific antibodies for HIV were detected in 15 (3.1%), anti-HCV in 19 (4.0%) and anti-syphilis antibodies in seven (1.5%) samples. Among 411 young Roma people anti-HIV antibodies were detected only in one sample and anti- HCV antibodies in 4 samples (1.0%). None of the blood samples in this population have antibodies specific for syphilis. On the basis of the results obtained, the high prevalence of HCV antibodies in all groups, especially among intravenous drug users and sex workers is of high concern.

Key words: seroprevalence, antibodies, HIV, HCV, syphilis

¹ Institute of Microbiology and Immunology, School of Medicine, University of Belgrade

1. УВОД

Серопревалентна компонента пројекта заснива се на одређивању серопреваленце за HIV, HCV инфекцију и сифилис, међу:

- инјектирајућим корисницима дроге
- сексуалним радницама/радницима
- мушкарцима које имају сексуалне односе са мушкарцима, и
- младима ромске етничке припадности.

Серопреваленца се одређује на основу доказивања присуства специфичних антитела у крви испитаника узетој из јагодице прста. За ову врсту испитивања, испитаник даје и потписом потврђује информисани пристанак.

Са испитаницима су радили лаборанти, који су прошли специјалну едукацију и обуку за извођење брзих имунохроматографских тестова који су коришћени за ова испитивања.

Лаборанти су пре почетка истраживања били упознати са принципима добре лабораторијске праксе, које су поштовали у свим сегментима истраживања. Принципи добре лабораторијске праксе су од значаја за заштиту особља, институционог простора и околине од потенцијалног биолошког ризика.

Истраживање је реализовано у задатом времену, и није одступало од претходно дефинисаних термина.

2. ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Серолошко тестирање инјектирајућих корисника дроге извршено је у изнајмљеном, неинституционалном простору, у два града (Београд и Ниш). Серолошко тестирање сексуалних радница спроведено је на терену, уз помоћ мобилне јединице, само у Београду. За серолошко тестирање младих Рома коришћена је адаптирана кућица у дворишту Института за јавно здравље у Београду и простор невладине организације у Крагујевцу. За истраживања мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима, коришћен је адаптиран, неинституционални простор у два града, Београду и Новом Саду.

3. МЕТОДОЛОГИЈА РАДА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА

Коришћена је трећа генерација брзих имунохроматографских тестова за доказивање антитела за HIV, HCV и сифилис (HEXAGON HIV, HEXAGON HCV и HEXAGON Сифилис), произвођача Хуман, Немачка. Сензитивност и специфичност тестова је изузетно висока (сензитивност 100%, а специфичност 99,5%). Овим тестом квалитативно се одређује присуство специ-

фичних антитела IgG, IgA, IgM класа. Резултат се издаје као реактиван/нереактиван, на основу формирања црвено-љубичастих линија у тесту на месту реакције антитела из крви и рекомбинантних антигена теста. У оквиру сваког појединачног теста налази се контролни позитиван налаз, који представља контролу рада у току извођења теста. Реактивни серуми су даље испитивани у референтним центрима, конфирмационим тестовима.

Методологија теста је врло једноставна, и није захтевала коришћење скупе опреме и апарата.

3.1 ИНЈЕКТИРАЈУЋИ КОРИСНИЦИ ДРОГЕ

Укупно је испитано 569 инјектирајућих корисника дроге на присуство антитела за HIV-1 и HIV-2. Од укупног броја испитаних узорака, 18 (3,2%) је било реактивно на HIV, 406 на Хепатитис Ц (71,4%) и само три (0,5%) на сифилис.

Највећи број реактивних узорака за HIV је било међу испитаницима из Ниша, 4,5% (девет реактивних од 200 испитаних). Код испитаника из Београда позитиван HIV статус је одређен код девет од 371 испитаника (2,4%).

Серопреваленца за HCV је изузетно висока како код испитаника из Београда (77,4%), тако и испитаника са местом боравка у Нишу (60,5%).

Ниједан испитаник из Ниша није био реактиван за сифилис, док су специфична антитела за сифилис откривена код 0,8% испитаника из Београда.

3.2 СЕКСУАЛНЕ РАДНИЦЕ/РАДНИЦИ

У оквиру ове студије, испитивања су спроведена међу 250 сексуалних радница/радника. Специфична антитела за HIV откривена су код два (0,8%), за Хепатитис Ц код 59 испитаница (23,6%), а за сифилис код 10 (4,0%) испитаника.

3.3 МУШКАРЦИ КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ

СА МУШКАРЦИМА

Укупно је испитано 480 мушкараца, и то 280 испитаника из Београда и 200 испитаника из Новог Сада. HIV инфекција је откривена код 15 (3,1%), HCV код 19 (4,0%), док је сифилис откривен код седам (0,7%) испитаника. Код испитаника из Београда, антитела за HIV су доказана код 11 испитаника (3,9%), анти-HCV антитела код 19 (6,8%), док су антитела за сифилис откривена код два испитаника (0,7%). Код испитаника из Новог Сада антитела за HIV су откривена код четири (2,0%), антитела на сифилис код пет (2,5%), а специфична антитела за HCV нису откривена ни у једном узорку.

3.4 ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ

Међу младима ромске етничке припадности извршена су тестирања на HIV, HCV и сифилис у два града, Београд и Крагујевац. Укупно је испитано 411 Рома, 270 у Београду и 141 у Крагујевцу. Антитела за HIV су откривена само у једном узорку испитаника из Крагујевца (0,2%), антитела за HCV код четири (1,0%), и то код два из Београда (0,7%) и два из Крагујевца (1,4%). Ниједан узорак није био позитиван на сифилис.

3.5 ОДЛАГАЊЕ БИОЛОШКОГ ОТПАДА

Биолошки отпад је уништен аутоклавирањем у здравственим институцијама и то: у Београду на Институту за јавно здравље Србије, у Клиничком центру Крагујевац, Клиничком центру Ниш у сарадњи са Домом здравља Ниш који су радили превоз отпада, и на Институту за јавно здравље Нови Сад.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

314:616.97(497.11)"2009/2010"(083.41)(082)

ИСТРАЖИВАЊА међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом : основни резултати надзорних истраживања 2009-2010 / [спровели] Република Србија, Министарство здравља [и Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут"]. - Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2010 (Петроварадин : Симбол). - 403 стр. : граф. прикази, табеле ; 30 см

Тираж 800. - Стр. 6: Унапређење националног одговора на HIV/СИДУ / Томица Милосављевић. - Стр. 7: Предговор / Тања Кнежевић. - Напомене уз текст. - Библиографија уз сваки рад.

ISBN 978-86-83607-54-9

1. Србија. Министарство здравља 2. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" (Београд)

а) Инфективне болести - Србија - 2009-2010
- Статистика

COBISS.SR-ID 178977548