

ИСТРАЖИВАЊА

међу популацијама под повећаним
ризиком од НИВ-а

2012



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Пројекат Министарства здравља Републике Србије
„Јачање националног одговора на HIV/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга”
финансиран средствима
Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД
ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД
HIV-а

Основни резултати, 2012.

Септембар, 2012.

Project of the Ministry of Health of the Republic of Serbia

Scaling up the National HIV/AIDS Response by Decentralizing Delivery of Key Services

Financed by

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

RESEARCH AMONG POPULATIONS MOST AT RISK TO HIV

Key findings, 2012

September, 2012

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 МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а (Истраживања)

Носилац потпројекта Истраживања
Министарство здравља Републике Србије

Реализатор потпројекта Истраживања
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Руководилац потпројекта Истраживања
Др сц. мед. Тања Кнежевић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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

Координација потпројекта Истраживања
Слађана Барош
Национална канцеларија за HIV/AIDS/Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Чланови Стручног саветодавног тела
Проф. др Викторија Цуцић, главни консултант, консултант за етичка питања и консултант за истраживање међу особама које се баве сексуалним радом

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

Др Дубравка Шарановић, консултант за успостављање система за даље упућивање испитаника током истраживања и консултант за истраживање међу младима ромске етничке припадности
Министарство здравља Републике Србије

Проф. др Дејана Вуковић, консултант за истраживање међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима
Медицински факултет Универзитета у Београду

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

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

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

Главни истраживачи:

Проф. др Тања Јовановић за биолошку компоненту Истраживања
Институт за микробиологију и имунологију Медицинског факултета Универзитета у Београду

Мр сц. мед. Наташа Мицковски за истраживање међу инјектирајућим корисницима дрога
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Др Гордана Кртинић за истраживање међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима
Завод за јавно здравље Суботица

Мр сц. прим. др Драган Илић за истраживање међу особама које се баве сексуалним радом
Асоцијација за борбу против сиде – ЈАЗАС, Београд

Доц. др Данијела Ђонић за истраживање међу младима ромске етничке припадности
Лабораторија за антропологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Јасминка Марковић за истраживање међу децом/младима на институционалном смештају
Центар за заштиту одојчади, деце и омладине „Звечанска“, Београд

Др Маја Крстић за истраживање међу особама на издржавању кривичних санкција
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Координатор за оперативну подршку:

Саша Милосављевић,
Центар друштвене иницијативе и креативног развоја, Београд

Тим за статистичку обраду података

Неда Стојановић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Тања Мутавцић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Мира Тасић
Нела Стојановић

ORGANISATION OF RESEARCH AMONG POPULATIONS MOST AT RISK TO HIV (Surveys)

Research Subproject Holder:

Ministry of Health of the Republic of Serbia

Research Subproject Implementer:

Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut“

Research Subproject Leader:

Tanja Knezevic, MD PhD

Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“

Research Subproject Supervision:

Ministry of Health, HIV Project Implementation Unit financed by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Research Subproject Coordinator:

Sladjana Baros

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

Expert Advisory Board members

Prof. Viktorija Cucic, MD PhD, Principal Consultant, Ethics Consultant and SW Survey Consultant

Prof. Tatjana Ille, MD PhD, Consultant and Statistics Coordinator

Medical School of the Belgrade University

Dubravka Saranovic, MD, Consultant for respondents’ referral system establishment, Roma Youth Survey Consultant

Medical School of the Belgrade University

Prof. Dejana Vukovic, MD PhD, MSM Survey Consultant

Medical School of the Belgrade University

Jasmina Grozdanov, MD PhD, Healthcare Quality Consultant and Institutionalised Children/Youth Survey Consultant

Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“

Ivan Ivanovic, MD, Prisoners Survey Consultant

Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“

Danijela Simic, MD, Consultant, Coordinator in charge of Population Size Estimation in the area of injecting drug users, men who have sex with other men, sex workers and IDU Survey Consultant
National HIV/AIDS Office / Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“

Principal Researchers:

Prof. Tanja Jovanovic, MD PhD, for seroprevalent project component
Institute of Microbiology and Immunology, School of Medicine, University of Belgrade

MSc. Med. Natasa Mickovski, MD, for survey among injecting drug users
Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”

Gordana Krtinic, MD, for survey among men who have sex with men
Institute of Public Health of Subotica

MSc. Prim. Dragan Ilic, MD, for survey among sex workers
Association against AIDS – JAZAS, Belgrade

Doc. Danijela Djonic, MD, for survey among Roma youth
University of Belgrade, School of Medicine, Laboratory for Anthropology

Jasminka Markovic for survey among institutionalized children
Centre for Protection of Infants, Children and Youth “Zvecanska”

Maja Krstic, MD, for survey among prisoners
Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“

Coordinator of Operative Support:

Sasa Milosavljevic,
Center of social initiative and creative development, Belgrade

Statistical Data Processing Team

Neda Stojanovic, Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“
Tanja Mutavdzic, Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“
Mira Tasic
Nela Stojanovic

УВОДНА РЕЧ

Министарство здравља Републике Србије је, захваљујући донацијама Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, успешно унапредило и увело значајне новине у националном одговору на HIV инфекцију, што подразумева напоре који се системски улажу у превенцију, као и активности на унапређењу терапије, неге и подршке.

Усвајањем друге Стратегије за HIV инфекцију и AIDS, као и Плана за мониторинг и евалуацију стратешког одговора Републике Србије за период од 2011. до 2015. године, побољшан је и систем за праћење националног одговора на HIV инфекцију.

Део тог система за праћење и надзор су и истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а, која се уз подршку Глобалног фонда, код нас спроводе на сваке две године. Резултати које смо добили кроз претходна истраживања су нам помогли да креирамо и унапређујемо, пре свега, превентивне програме, који су најбољи начин да помогнемо овим посебно осетљивим групама.

Слика коју смо добили трећим циклусом истраживања, показује нам да напори које улажемо дају одређене резултате, али да је потребно још пуно труда да се превентивним програмима обухвати већи број припадника ових маргинализованих популација и да се значајно унапреди знање и промени понашање у односу на HIV инфекцију.



Министарка здравља
Проф. др Славица Ђукић Дејановић

ПРЕДГОВОР

На почетку 21. века постаје јасно да рутински подаци добијени надзором над HIV инфекцијом нису довољни за квалитетно праћење тренда епидемије и развој одговарајућих превентивних и других програма. У циљу планирања адекватног одговора на HIV епидемију Светска здравствена организација (СЗО) и UNAIDS развијају смернице за спровођење Друге генерације надзора над HIV-ом, која подразумева да се поред рутинских података сакупљају и анализирају и подаци добијени циљаним биолошким и/или бихејвиоралним надзорним истраживањима. Препоруке везане за Другу генерацију надзора над HIV-ом у Републици Србији су интегрисане у све стратешке документе који се односе на одговор земље на HIУ инфекцију (од доношења прве Националне стратегије за борбу против HIV- а/AIDS-а, 2005. године до данас).

У земљама са ниском преваленцом HIV инфекције, као што је случај у Републици Србији, препорука је да се понављана надзорна (био)бихејвиоралних истраживања спроводе међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а, као и оним од епидемиолошког интереса за земљу.

Резултати ових истраживања, заједно са подацима добијеним рутинским надзором над HIV-ом, случајевима AIDS-а и полно преносивим инфекцијама (ППИ) и програмским подацима, доприносе бољем разумевању тренда епидемије и бржем препознавању потенцијалних ризика за њено ширење. На овај начин омогућава се правовремено планирање и увођење адекватних превентивних и других програма у циљу свеобухватног националног одговора на HIV инфекцију.

Надзорна (био)бихејвиорална истраживања се код нас спроводе од 2008. године, на сваке две године. Сва три циклуса ових истраживања спровео је Институт за јавно здравље Србије, као референтна установа која врши епидемиолошки надзор, мониторинг и евалуацију одговора на HIV инфекцију на националном нивоу. Ова истраживања су реализована у координацији Националне канцеларије за HIV/AIDS, а у сарадњи са бројним партнерским установама и удружењима.

Институт за јавно здравље Србије се захваљује Министарству здравља Републике Србије и Јединици Министарства здравља за имплементацију HIV пројекта Глобалног фонда на стручној подршци у току истраживања, Глобалном фонду за борбу против сиде, туберкулозе и маларије (GFATM) на финансијској помоћи и свим сарадницима који су учествовали у реализацији овог Истраживања. Посебно се захваљујемо свим испитаницима који су учествовали у Истраживању, јер су њихови одговори допринели да ближе упознамо низ сложених проблема везаних за постојеће ризично/протективно понашање, знање и ставове о HIV инфекцији. Уверени смо да ће публикација „Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а” испунити своју намену и циљ - унапређење националног одговора на HIV инфекцију и AIDS, информисање 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

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

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 – Комисије 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”

СР – 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

НСV – вирус хепатитиса Ц

HIV – вирус хумане имунодефицијенције

CDC – Centers for Disease Control

Садржај / Content:

ОРГАНИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а (ИСТРАЖИВАЊА)	4
<i>ORGANISATION OF RESEARCH AMONG POPULATIONS MOST AT RISK TO HIV (SURVEYS)</i>	6
УВОДНА РЕЧ.....	8
ПРЕДГОВОР	9
СКРАЋЕНИЦЕ	10
САДРЖАЈ / CONTENT:	11
ОПШТИ ДЕО / GENERAL INFORMATION	
Слађана Барош, Викторија Цуцић	13
СЕРОПРЕВАЛЕНТНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА / SEROPREVALENT PROJECT COMPONENT	
Тања Јовановић	35
ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ <i>HIV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT, RISK BEHAVIOR AND USE OF SERVICES IN THE POPULATION OF INJECTING DRUG USERS IN BELGRADE AND NOVI SAD</i>	
Наташа Мицковски	43
ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА И УЧЕСТАЛОСТИ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА МЕЂУ МУШКАРЦИМА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ <i>HIV AND SYPHILIS PREVALENCE ASSESSMENT AND RISK BEHAVIOR ASSESSMENT AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) IN BELGRADE AND NOVI SAD</i>	
Гордана Кртинић	67
ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/РАДНИЦИМА У БЕОГРАДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА <i>ASSESSMENT OF HIV AND SYPHILIS PREVALENCE AND OF RISK BEHAVIOR AMONG SEX WORKERS IN BELGRADE</i>	
Драган Илић, Богданка Чабак	91
ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ МЛАДИМА РОМСКЕ ЕТНИЧКЕ ПРИПАДНОСТИ <i>SURVEY OF RISK BEHAVIOURS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG THE ROMA YOUTH</i>	
Данијела Ђонић	113
СТАВОВИ, ЗНАЊЕ И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ МЛАДИХ СМЕШТЕНИХ У ИНСТИТУЦИЈЕ ЗА ДЕЦУ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА У СРБИЈИ <i>ATTITUDES, KNOWLEDGE AND RISK BEHAVIOUR OF YOUTH IN INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE IN SERBIA</i>	
Јасминка Марковић.....	133
ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ ЗАВОДСКИХ САНКЦИЈА <i>SURVEY OF RISK BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG PRISONERS</i>	
Маја Крстић	153
ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА <i>POPULATION SIZE ESTIMATION AMONG INJECTING DRUG USERS, MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND SEX WORKERS</i>	
Данијела Симић.....	179

ОПШТИ ДЕО

Аутори текста:

Слађана Барош,

Национална канцеларија за HIV/AIDS/Институт за јавно здравље Србије

„Др Милан Јовановић Батут”

Проф. др Викторија Цуцић

1. 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 шест истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а (у даљем тексту: Истраживања). Надзор над спровођењем Истраживања је спроводила Јединица Министарства здравља за имплементацију HIV пројеката GFATM (у даљем тексту: ЈМЗ). Истраживања су спроведена у периоду од 27. марта до 30. јула 2012. године.

Реализација Истраживања је одобрена од стране:

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

Истраживања су спроведена у сарадњи са:

- Министарством здравља Републике Србије и ЈМЗ,
- Медицинским факултетом Универзитета у Београду,
- Клиникама за инфективне болести у Београду и Новом Саду,
- Заводом за кожне и венеричне болести, Београд,
- Заводом за здравствену заштиту студената, Београд,
- Клиничким центром Војводине, Нови Сад,
- Институтом за јавно здравље Војводине, Институтом за јавно здравље Ниш, као и Заводом за јавно здравље Пожаревац, Чачак и Суботица,
- Центром за заштиту одојчади, деце и омладине „Звечанска”, Београд,
- Удружењем „ЈАЗАС”, Београд,
- Удружењем „Веза”, Београд,
- Удружењем „Сигуран пулс младих”, Београд,
- Удружењем „Омладина ЈАЗАС”-а, Нови Сад,
- Удружењем Асоцијација „Дуга”, Шабац,
- Удружењем „Превент”, Нови Сад,
- Удружењем „Центар друштвене иницијативе и креативног развоја”, Београд,
- Удружењем „РеГенерација”, Београд.

1. INTRODUCTION

Within the project of the Ministry of Health of the Republic of Serbia „Scaling up the National HIV/AIDS Response by Decentralizing the Delivery of Key Services” funded by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), the Institute of Public Health of Serbia, “Dr Milan Jovanovic Batut“(IPHS) organized, coordinated and conducted six surveys among populations most at risk to HIV (Research). Entire research was supervised by the HIV Project Implementation Unit financed by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (MHPIU). Research was conducted during the period 27 March through 30 July 2012.

The implementation of the research was approved by:

- Ministry of Labour and Social Policy of the Republic of Serbia,
- Ministry of Justice of the Republic of Serbia,
- Ministry of Interior of the Republic of Serbia,
- IPHS Ethical Board.

The surveys were conducted in collaboration with:

- Ministry of Health of the Republic of Serbia and MHPIU,
- Medical School of the Belgrade University,
- Infectious diseases Clinics in Belgrade and Novi Sad,
- Institute for Skin and Venereal Diseases, Belgrade,
- Students Polyclinic in Belgrade,
- Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad,
- Institute of Public Health of Vojvodina, Institute of Public Health in Nis, and Institutes of Public Health in Pozarevac, Cacak and Subotica,
- Centre for Protection of Infants, Children and Youth “Zvecanska“, Belgrade,
- JAZAS Association, Belgrade,
- Veza Association, Belgrade,
- Safe Pulse of Youth Association, Belgrade,
- Youth of JAZAS Association, Novi Sad,
- Duga Association, Sabac,
- Prevent Association, Novi Sad,
- Center of social initiative and creative development, Belgrade,
- ReGeneration Association, Belgrade.

2. ЦИЉЕВИ ПРОЈЕКТА И ФАЗЕ РЕАЛИЗАЦИЈЕ

У оквиру Стратегије о HIV инфекцији и AIDS-а 2011–2015. и Плана за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, 2011–2015. препозната је потреба за спровођењем понављаних серолошких и бихејвиоралних 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 сифилиса,
- мерење и праћење националних показатеља обухвата, исхода и утицаја везаних за HIV/AIDS и полно преносиве инфекције (у даљем тексту: ППИ),
- процена ефикасности, ефективности и адекватности постојећих програма превенције HIV-а и програма смањења штетности,
- процена присутности ставова који доприносе стигми и дискриминацији особа које живе са HIV-ом у популацијама под повећаним ризиком од HIV-а,
- процена заступљености искуства стигме, аутостигме и дискриминације међу дефинисаним популацијама под ризиком од HIV-а,
- праћење и процена доступности и приступачности здравствених услуга и задовољства њима,
- процена величина популација инјектирајућих корисника дрога (ИКД), особа које се баве сексуалним радом (СР) и мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ).

Компоненте Пројекта

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

1. Бихејвиорална (квантитативна) компонента – саставни део свих истраживања.
2. Компонента естимације величине популација – саставни део истраживања међу ИКД, МСМ и СР.
3. Серопревалентна компонента – саставни део истраживања међу ИКД, МСМ, СР и младима ромске етничке припадности.

Преглед реализованих истраживања

	Популација	Компоненте	Локације	Узорак	Узорак укупно
1	Инјектирајући корисници дроге (ИКД)	Бихејвиорална Серопревалентна (HIV, сифилис) Естимација	Београд	300	450
			Нови Сад	150	
2	Мушкарци који имају секс са мушкарцима (МСМ)	Бихејвиорална Квалитативна Серопревалентна (HIV, сифилис) Естимација	Београд	250	400
			Нови Сад	150	
3	Особе које се баве сексуалним радом (СР)	Бихејвиорална Серопревалентна (HIV, сифилис) Естимација	Београд	200	200
4	Млади ромске етничке припадности	Бихејвиорална Серолошка (HIV, сифилис)	Београд	400	400
5	Деца/млади на институционалном смештају	Бихејвиорална	10 градова у Србији	210	210
6	Особе на издржавању кривичних заводских санкција	Бихејвиорална	14 градова у Србији	613	613
УКУПНО ИСПИТАНИКА У ОКВИРУ ПРОЈЕКТА					2273

Фазе реализације Истраживања

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

1. Фаза припреме (април 2012 – почетак јуна 2012):

У оквиру прве фазе ревидирани су и дефинисани протоколи за појединачна истраживања, као и упитници и други истраживачки документи, добијене потребне сагласности и одобрења за реализацију теренског истраживачког рада, организована оперативна подршка теренског дела истраживања, успостављена сарадња са партнерским установама/удружењима, дефинисане теренске процедуре, додатни 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 (јун 2012):

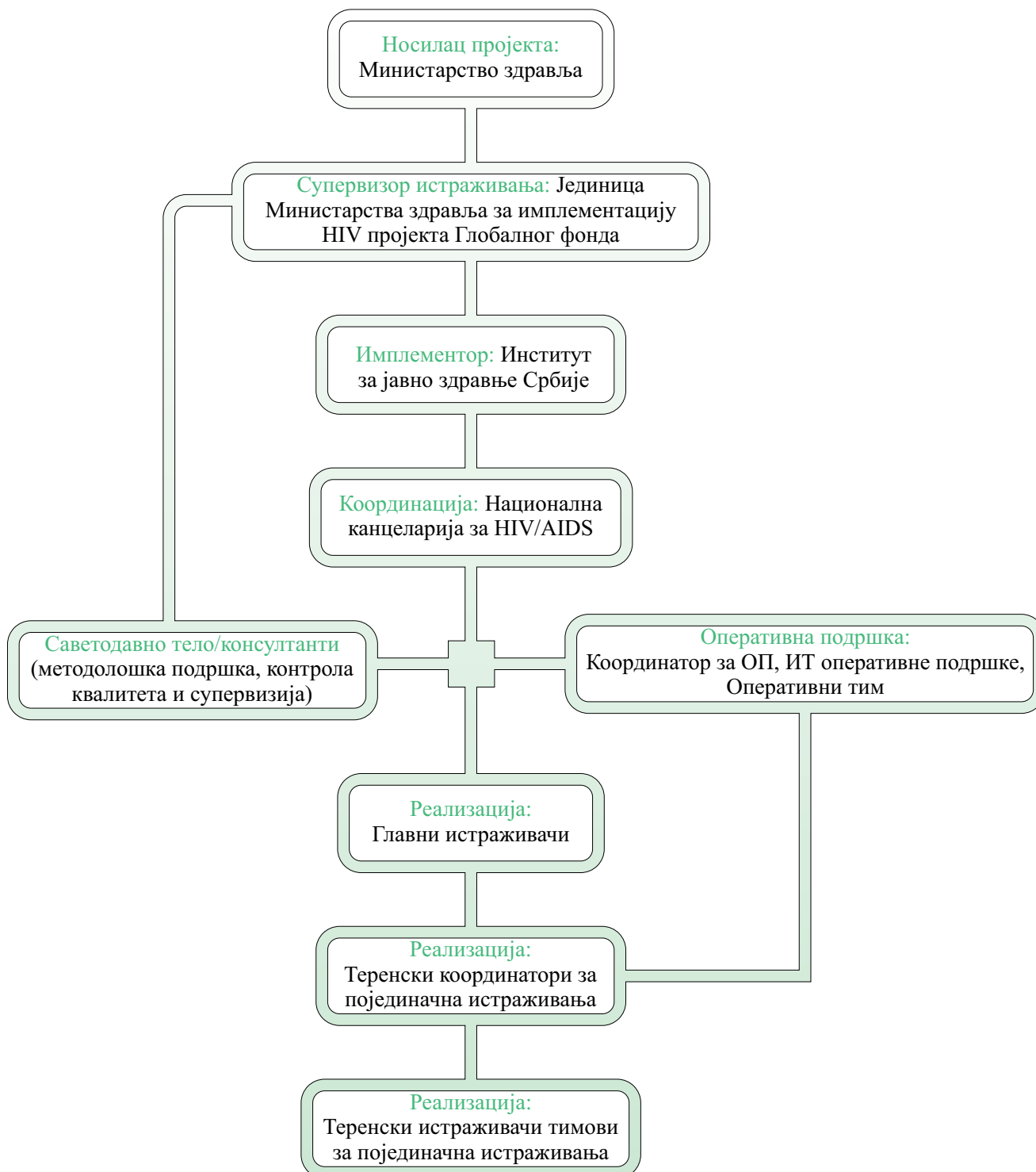
У другој фази Истраживања успостављен је функционалан систем за даље упућивање учесника у истраживању у установе на потврдно тестирање без обзира на поседовање здравствених докумената и реализован је теренски истраживачки рад, односно сакупљање података на терену. Ову фазу је пратило редовно повратно извештавање о току истраживања, ревизија и дефинисање истраживачких индикатора, планирање обраде података, формирање апликација за унос и обраду сакупљених података, пружање оперативне, техничке и логистичке подршке теренским истраживачким тимовима и сл.

3. Фаза финализације (јул 2012):

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

Организација и имплементација Истраживања

Током реализације Пројекта, примењена је следећа организациона шема:



Улоге и задаци у Истраживању

Улоге, задаци и одговорности свих учесника у Истраживању су биле јасно дефинисане. Носилац потпројекта Истраживања је Министарство здравља Републике Србије, а реализатор Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Супервизију реализације свих фаза Истраживања је вршила Јединица Министарства здравља за спровођење HIV пројекта Глобалног фонда, док је реализацију координирала Национална канцеларија за HIV/AIDS/ИЈЗС. 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. 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, 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 35 локација у 20 градова у Србији. У оквиру овог тима, ИТ асистент је развио базу за праћење тока теренског истраживачког рада на дневном нивоу и брзу размену информација о прогресу истраживања. Теренски координатори су координирали рад теренског истраживачког тима на сакупљању података (путем анкетирања и тестирања). Такође, били су одговорни за спровођење процедура безбедности тима и поштовање етичких принципа Истраживања. Сви подаци сакупљени на терену путем упитника и пратећих образаца су, након контроле потпуности и доследности одговора унетих у упитнике од стране главног истраживача, достављани Тиму за статистику на унос и даљу обраду. Тим за статистику је ове податке уносио у посебно развијене софтверске апликације. Током реализације пројекта за комуникацију са медијима била је задужена PR служба ЈМЗ и ИЈЗС.

2. PROJECT OBJECTIVES AND IMPLEMENTATION PHASES

The Strategy on HIV infection and AIDS 2011–2015, and the Strategic Plan for the Response to the HIV Epidemic in the Republic of Serbia, 2011–2015, both recognise the need for conducting repeated serological and behavioural surveys every two years among populations most at risk to HIV, whose aim is to enhance monitoring and evaluation of epidemiological trends, the scope of risk/protective behaviours, prevention programs coverage, and risk that could have impact on the course of epidemic. The survey results enable adequate planning of prevention programs, decision making and implementation of activities improving the national response to HIV epidemics.

Specific Project Objectives

Aiming to improve the national response to HIV epidemics and evidence-based decision making, the following are specific project objectives:

- Monitoring and evaluation of HIV epidemics trend,
- Monitoring and evaluation of syphilis epidemics trend,
- Measuring and monitoring of the national HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STI) related indicators in terms of coverage, outcome and impact,
- Evaluating efficiency, efficacy and adequacy of existing HIV prevention and harm reduction programs,
- Evaluating attitudes contributing to stigma and discrimination of people living with HIV in populations most at risk to HIV,
- Evaluating experience of stigma, auto-stigma and discrimination among defined populations at risk of HIV,
- Monitoring and evaluating availability and accessibility of healthcare services and satisfaction with these,
- Estimating the size of populations of injecting drug users (IDU), sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM).

Project Components

The research is of complex structure, composed of several components with separate survey designs. Main project components are:

1. Behavioural (quantitative) component - integral part of every survey.
2. Estimation of the population size component - integral part of surveys among IDU, MSM and SW.
3. Seroprevalent component – integral part of surveys among IDU, MSM and SW, as well as youth Roma.

Overview of conducted surveys

	Population	Components	Location	Sample	Total sample
1	Injecting drug users (IDU)	Behavioural, Seroprevalent (HIV, Syphilis), Estimation	Belgrade	300	450
			Novi Sad	150	
2	Men who have sex with men (MSM)	Behavioural, Seroprevalent (HIV, Syphilis), Estimation	Belgrade	250	400
			Novi Sad	150	
3	Sex workers (SW)	Behavioural Seroprevalent (HIV, Syphilis), Estimation	Belgrade	200	200
4	Roma youth	Behavioural Serological (HIV, Syphilis)	Belgrade	400	400
5	Institutionalized children/youth	Behavioural	10 towns in Serbia	210	210
6	Prisoners	Behavioural	14 towns in Serbia	613	613
TOTAL PROJECT RESPONDENTS					2273

Research Phases

Surveys were implemented in three phases: preparatory phase, field research phase and finalization phase.

1. Preparatory phase (April 2012 – early June 2012):

In the preparatory phase, survey protocols were revised and defined, including questionnaires and other research tools; consents and approvals were obtained for field research; operational support to field research was organized; cooperation with partner institutions/associations was established; field procedures and additional forms were defined, as well as a database for monitoring field research and implementation of feedback mechanisms; field research teams were identified and trainings for field data collection were organized; technical preparations for the implementation of field research were finalized, (materials and tools secured and distributed, space for the implementation of the research secured, etc).

2. Field research phase (June 2012):

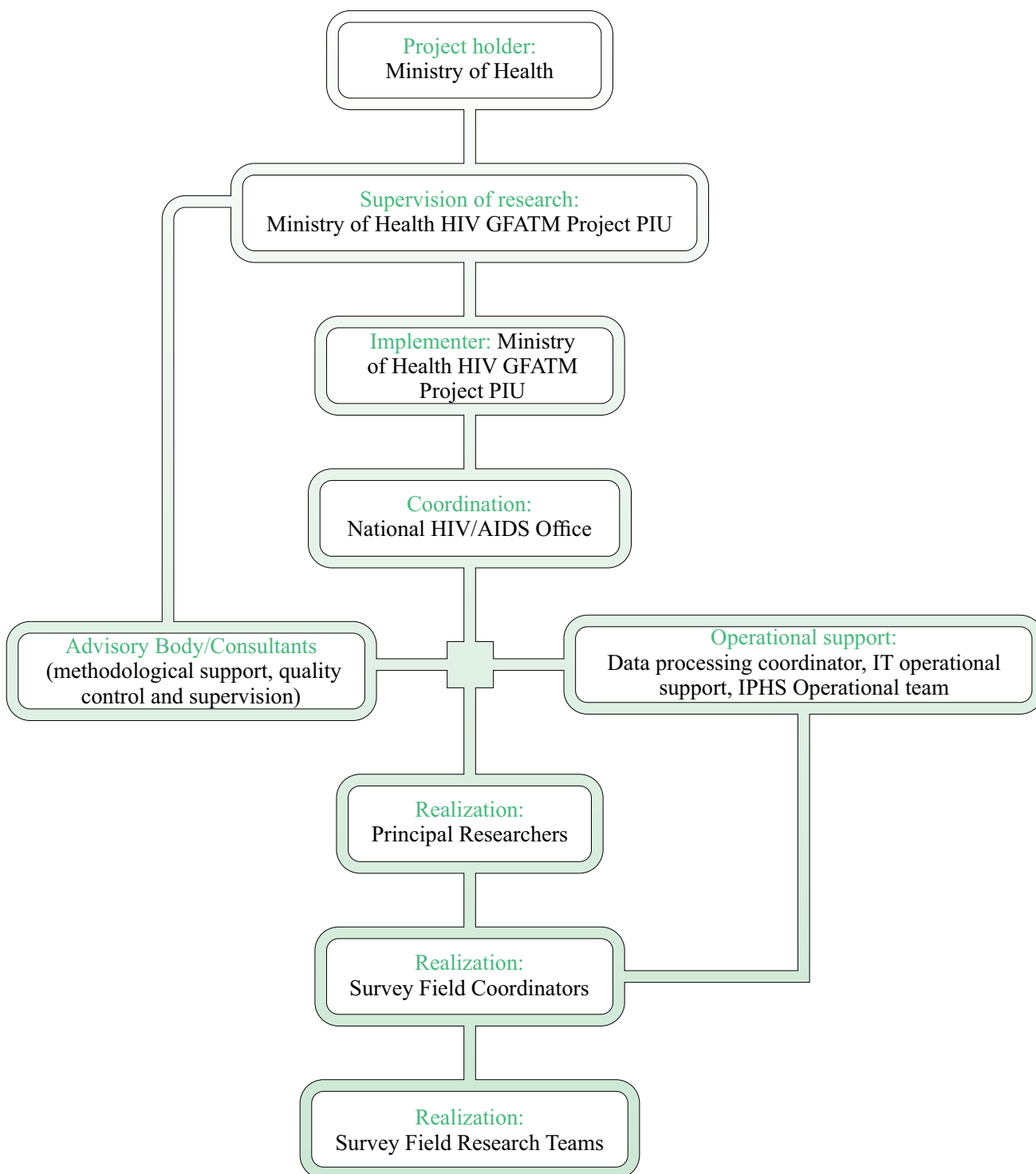
In the second phase of the research, a functional system for referral of positive testing of survey participants was established, regardless of whether they possess healthcare documents; field research was conducted, i.e. field data was collected. During this phase, regular feedback was provided on the course of the survey implementation; research indicators were revised and defined; data processing planned; an application for data entering and processing created; operational, technical and logistic support provided to field research teams, etc.

3. Final phase (July 2012):

Data processing and preparation of final reports was carried out during the third phase of the research.

Research organization and implementation

During the project implementation, the following organizational scheme was in place:



Research roles and responsibilities

Roles, tasks and responsibilities of research participants were clearly defined. Research subproject holder was the Ministry of Health of the Republic of Serbia, and the implementer was the Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”. Research phases were supervised by the Ministry of Health GFATM HIV Project Implementation Unit, while the research implementation was coordinated by the National HIV/AIDS Office of the IPHS.

For the purpose of successful implementation, special Expert Advisory Board was established. The board’s role was to provide expert support in developing research methodology, in planning and realizing data analysis, report preparation, including results from each survey, as well as monitoring the realization of the research as defined by protocols. Each research survey was led by a principal researcher. They formed field research teams which were led by field coordinators. A special body tasked with operational support was formed within the project, coordinated by the operational support coordinator. The team was composed of an IT assistant tasked with operational support, and IPHS operational team (drivers, administrative assistant, warehouse keeper, etc.). The operational support team was in charge of providing technical and logistical support during the implementation of the research in 35 locations in 20 towns/cities in Serbia. As part of the team, IT assistant developed a database for daily monitoring of field research and quick exchange of information on the research progress. Field coordinators coordinated the work of the field research team in collecting data (through surveying and testing). Also, they were responsible for respecting team security procedures and ethical principals of the research.

All data collected in the field through questionnaires and supporting forms was supplied to the Statistics team for entering and further processing, after they had been checked for completion and consistency of responses entered by key researchers. The statistics team entered the data into specially developed software applications.

During the research implementation, MHPIU PR Office together with IPHS was in charge of communication with the media.

3. ЕТИЧКИ ПРИЦИПИ ПРОЈЕКТА

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

1. Заштита добробити свих учесника у истраживању (како субјеката истраживања, тако и чланова теренских истраживачких тимова и локалних заједница у којима се реализује истраживање).
 2. Осигуран минималан ризик и максимална корист за субјекте. У том смислу било је потребно:
 - 1) превенирати ризик везан за опасност накнадне стигматизације и дискриминације истраживачких субјеката и утицај на повећање вулнерабилности. Главни начин заштите је био очување поверљивости свих активности пројекта, од избора субјеката преко анкетирања, чувања и даљег процесуирања информација/података;
 - 2) обезбедити корист за све субјекте укључене у истраживање на колективном и индивидуалном нивоу, и то:
 - На колективном нивоу омогућено је праћање, процена и правовремено реаговање на промене епидемиолошке ситуације, развој ефикаснијих, ефективнијих, циљаних превентивних програма, доношење одлука и дизајн интервенција на националном нивоу, заснованих на доказима, односно резултатима Истраживања;
 - На индивидуалном нивоу – омогућено је сваком учеснику у истраживању да добије релевантне информације у вези HIV инфекције, као и одговоре на питања која он сматра значајним, а односе се на истраживане проблеме, укључујући и информације (усмене и у писаном облику) о установама/удружењима у којима могу добити детаљније одговоре и/или добити одговарајућу превентивну/здравствену услугу. Поред тога, сваки учесник је могао добити кондоме и информативно-едукативни материјал.
- Током друге фазе Истраживања (теренског рада) функционисао је и систем за даље упућивање на основу дописа које је Министарство здравља у ту сврху послало релевантним установама у систему здравствене заштите. Наиме, учесници су у складу са процењеним ризиком били упућивани на додатно саветовање и тестирање у одговарајуће ДПСТ центре; сви учесници којима је резултат брзог теста био реактиван на HIV или 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). Јављање односно нејављање у одговарајућу установу била је ствар слободног избора учесника.
3. Поштовање базичних људских права субјеката у истраживању, група и чланова заједнице одакле субјекти потичу.
 4. Поштовање личности и интегритета субјеката у истраживању.
 5. Поштовање аутономије субјекта истраживања, тј. партиципанта. Ово подразумева да:
 - Партиципант може да не прихвати учешће или да одустане од учешћа кад год то пожели.
 - Чланови теренског тима не наговарају, не убеђују и не стимулишу материјалним средствима потенцијалне партиципанте да учествују у истраживању.
 6. Поверљивост и анонимност учествовања у истраживању. Овај принцип је обезбеђен кроз неуписивање имена нити других идентификујућих података, кроз коришћење кодова, неповезаност информација (из разних извора) са партиципантом, руковањем и чувањем информација од стране овлашћених лица и институција, као и кроз очување поверљивости разговора између партиципанта и одговарајућих чланова теренског истраживачког тима.

7. Добровољност учествовања, која се регулише на посебан формалан начин. Наиме, након информисања потенцијалног учесника о циљевима истраживања и начину учешћа, тражи се писани пристанак од партиципанта да хоће да учествује. За ово је формиран посебан образац на коме особа својим потписом, уз потпис особе која га је информисала, потврђује своју одлуку да учествује у истраживању. Овај образац није спајан ни на који начин са подацима које је испитаник давао приликом анкетања и учешћа у истраживању. Сви учесници су основне информације о истраживању и условима учешћа у истраживању добили како усмено, тако и у виду документа са основним подацима о истраживању и процесу учествовања.

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

3. PROJECT ETHICAL PRINCIPLES

In the research, particular attention was paid to ethical issues. The following are the key ethical principles observed:

1. Protection of wellbeing of all research participants (survey respondents and members of the field research teams alike, including local communities where research was conducted).
2. Ensuring minimum risk and maximum benefit for participants. To this end, it was necessary to:
 - 1) Prevent the risk related to subsequent stigmatization and discrimination of research participants and the impact on further increased vulnerability. The main vehicle of protection was to ensure confidentiality of all project activities, from selection of participants and surveying, to keeping and further processing of information/data;
 - 2) Ensure benefit for all research participants, on both collective and individual levels:
 - on the collective level, the project ensured monitoring, evaluation and timely response to changes in the epidemiological situation, developing more efficient and effective targeted prevention programs, evidence-based decision making and national-level design of interventions;
 - on the individual level it ensured that every research participant received information related to HIV infection, as well as responses they considered important, related to issues surveyed, including information (in written or verbal form) on institutions/associations where they could obtain detailed responses and/or adequate preventive/healthcare service. In addition, each participant was offered condoms and informational-educational material.

During the second phase of the research (field work), a referral system was established based on a memorandum from the Ministry of Health distributed to relevant institutions in the healthcare system. More precisely, participants were referred, according to the assessed risk, for further counselling and testing in VCCT centres; all participants with reactive HIV or syphilis quick tests were referred to further testing in relevant institutions (those with no healthcare insurance had the possibility to receive healthcare service in clinics/institutes holding a referral obtained in the survey, with no personal data in it). Visiting the institutions or not, was a matter of personal choice.

3. Respecting basic human rights of research participants, groups and members of the community to which participants belong.
4. Respecting the personality and integrity of research participants.
5. Respecting the research participants' autonomy. This means that:
 - Participant can decline to participate and can withdraw from the research at any time.
 - Field team members do not persuade, talk into or stimulate materially potential participants to take part in the research.
6. Confidentiality and anonymity of the participation in the research. This principle is ensured as no names or any other identifying data are inserted, as well as by coding, use of unrelated information (from various sources) from participants, information handling and keeping by authorized persons and institutions, as well as by safeguarding confidentiality of conversations between participants and relevant members of the field research teams.

7. Voluntariness of participation was regulated in a special formal way. Once potential participant is informed on research objectives and ways of participation, written participant consent is required confirming they are willing to participate. A special form was made, where a participant signs their confirmation to participate, next to the signature of a person who informed them. This form is in no way connected to the data respondents provided during surveys and their participation. All participants received basic information on the research and conditions for participation in written form, as well as in the form of documents with basic data on the survey and the participation process.

Within each survey, specific ethical principles were defined in accordance with population surveyed and survey work conditions.

4. ИНДИКАТОРИ ИСХОДА И УТИЦАЈА

У оквиру „Плана за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, 2011–2015”, дефинисани су и усвојени од стране Комисије за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије (у даљем тексту: КБХА) јединствени национални индикатори за праћење и процену успешности одговора на HIV инфекцију и AIDS. На овај начин су успешно обједињени индикатори који су коришћени на нивоу HIV GFATM пројекта који делом имплементира Министарство здравља Републике Србије и индикатори који прате национални одговор на HIV епидемију. За све дефинисане кључне индикаторе дате су циљне вредности за 2012. и 2015. годину, такође усвојене од стране КБХА. При одређивању циљних вредности кључних националних индикатора исхода и утицаја узете су у обзир вредности индикатора добијене кроз претходна два надзорна истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом, реализована 2008. и 2010. године, као и програмски подаци, како би циљне вредности биле реалистичне, а опет довољно амбициозне, али одступају и нешто су ниже од вредности дефинисаних кроз HIV GFATM пројекат.

Кроз надзорна Истраживања прати се укупно 37 кључних националних индикатора исхода и утицаја, с тим да су овогодишњим истраживањима добијене вредности за 33 индикатора, јер у оквиру серопревалентне компоненте истраживања није испитивана учесталост хепатитиса Ц у четири дефинисане популације међу којима се ова компонента Истраживања спроводи.

Од укупног броја кључних националних индикатора праћених Истраживањем (33), добијене вредности 1/3 индикатора (11) одговарају дефинисаним циљним вредностима ових индикатора за 2012. годину. Међутим, у оквиру 95% интервала поверења вредности одређеног броја индикатора налазе се циљне вредности истих за 2012. годину, те у том смислу постоји вероватноћа да су циљне вредности за 2012. годину досегнуте за највише 51,5% свих индикатора (17/33) (табела 1). У односу на истраживане популације, ниједна циљна вредност за 2012. годину није досежута за децу/младе на институционалном смештају и за особе на издржавању кривичних санкција. Вредности индикатора добијених истраживањем међу СР у највећој мери одговарају циљним вредностима одговарајућих националних индикатора – 71,4% (5/7).

У односу на област на коју се односе индикатори, циљне вредности су досежнуте у односу на преваленцију HIV инфекције за све испитиване групе, али када је реч о преваленцији сифилиса, она је нешто већа од очекиваних вредности за три (ИКД, МСМ, СР) од четири популационе групе међу којима се спроводила серопревалентна компонента истраживања. Међутим, добијена вредност серопреваленције сифилиса међу МСМ се мора узети са великом резервом.¹ Вредности композитног индикатора за мерење знања о HIV инфекцији су ниже од циљних вредности за 2012. годину код свих шест истраживаних популација. Вредности индикатора за мерење обухвата истраживаних популација HIV превентивним програмима одговарају циљним вредностима за две од шест истраживаних група (МСМ и СР). Вредности индикатора за праћење обухвата услугом саветовања и тестирања на HIV пет истраживаних група одговарају циљним вредностима за 2012. годину за СР, док су код осталих (ИКД, МСМ, младих ромске етничке припадности и особа на издржавању кривичних санкција) ниже. Код четири популације (ИКД, СР, МСМ, млади ромске етничке припадности) прате се одговарајући индикатори везани за праксу употребе кондома. Циљне вредности ових индикатора су досежнуте само у истраживању међу СР. Што се тиче деце/младих на институционалном смештају посебно се прати медијана узраста ступања у први сексуални однос, а истраживањем добијена вредност овог индикатора је нижа од дефинисане циљне вредности за 2012. годину. Истраживањем међу ИКД прати се пракса употребе стерилног прибора за инјектирање и циљна вредност овог индикатора је досежута.

¹ О томе зашто треба узети податке о преваленци сифилиса међу МСМ са великом резервом, више у делу: Тања Јовановић, Серопревалентна компонента Истраживања.

Међутим, циљна вредност композитног индикатора за праћење двоструке превентивне праксе (и употреба кондома и употреба стерилног прибора за инјектирање) међу истраживаним ИКД није досеegnута.

Одступање Истраживањем добијених вредности кључних националних индикатора од дефинисаних циљних вредности за 2012. годину указује на потребу за даљим унапређивањем квалитета HIV превентивних програма у циљу повећања знања о HIV инфекцији и редукације ризичног понашања, као и на потребу за повећањем доступности услуге саветовања и тестирања на HIV и других HIV превентивних програма/програма смањења штетности.

Табела 1. Кључни национални индикатори: вредности добијене Истраживањем и циљне вредности за 2012. годину

ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА И ЦИЉНЕ ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА ЗА 2012. ГОДИНУ	ИКД		МСМ		СР		Млади ромске етничке припадности		Деца/млади на институционалном смештају		Особе на издржавању кривичних санкција	
	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012	Био-БСС 2012	Циљна вредност 2012
ПРЕВАЛЕНЦА												
% инфицираних HIV-ом	1,7	< 5	4,4	< 5	2	< 5	0	< 0,5				
95% CI	0,2-3,1		1,4-6,4		0,04-3,9							
% инфицираних узрочником сифилиса	1,3	< 1	17,6	< 1	5,5	< 5	1	< 1				
95% CI	0,03-2,6		12,8-22,3		2,3-8,7		0,3-2,3					
ЗНАЊЕ												
% оних који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а	41,3	65	62,4	70	32	35	18,5	30	26,7	35	31,6	40
95% CI	35,7-46,9		56,3-68,4		25,5-38,5		14,7-22,3		20,6-32,7		27,9-35,3	
ОБУХВАТ												
% обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци	19,7	30	50,4	50	65,5	65	0	30	69,5	80	23,3	40
95% CI	15,1-24,2		44,2-56,6		58,8-72,1				63,2-75,8		20-26,7	
САВЕТОВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ НА HIV												
% оних који су се тестирали у последњих 12 месеци и знају резултате тестирања	25,3	35	43,6	45	65,5	65	1,8	5			15,2	20
95% CI	20,4-30,3		37,4-49,8		58,8-72,1		0,5-3				12,3-18	
ПОНАШАЊЕ												
% ИКД који/е су пријавили/е да нису користили/делили нестерилан прибор за инјектирање током последњих месец дана и који/е су користили кондом током последњег сексуалног односа	25,8	30										
95% CI	19,8-31,8											
% ИКД који/е су пријавили/е употребу кондома током последњег сексуалног односа у последњих месец дана	30,6	35										
95% CI	24,3-37											
% ИКД који/е су пријавили/е да су користили стерилан прибор за инјектирање током последњег убризгавања током последњих месец дана	84,7	80										
95% CI	80,6-88,8											
% МСМ који су пријавили употребу кондома током последњег аналног односа са мушким партнером у последњих шест месеци			58,4	75								
95% CI			52,2-64,5									
% СР које су пријавили/е употребу кондома током сексуалног односа са последњим клијентом у последњих 12 месеци					90,5	90						
95% CI					86,4-94,6							
% СР који/е су пријавили/е да су увек користили/е кондом са клијентима у последњих месец дана					73	70						
95% CI					66,8-79,2							
% младих ромске етничке припадности који су пријавили употребу кондома током последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци							58,7	75				
95% CI							50,6-66,9					
Медијана узраста ступања у први пенетрантни сексуални однос међу институционализованим децом/младима узраста од 12 до 19 година									14	15		

4. OUTCOME AND IMPACT INDICATORS

The Strategic Plan for the Response to the HIV Epidemic in the Republic of Serbia, 2011-2015 contains a set of unique national indicators for monitoring and evaluation of achievement of the response to HIV infection and AIDS that was defined and adopted by the Republican HIV/AIDS Commission (NAC). In this way, indicators used in HIV GFATM project partly implemented by the Ministry of Health of the Republic of Serbia are now coupled with those used to monitor the national response to HIV epidemics. All defined key indicators include targets for 2012 and 2015, which were also adopted by NAC. Target values for key national outcome and impact indicators were defined considering indicator values from the previous two surveillance surveys among populations most at risk to HIV and people living with HIV, conducted in 2008 and 2010, as well as taking into account the program data, so that target values are realistic yet sufficiently ambitious, but slightly lower than values defined through the HIV GFATM project. Through Bio-Behavioural Surveillance Surveys, 37 key national outcome and impact indicators are monitored; however this year's survey provides values for 33 indicators, as HCV prevalence was not done in the seroprevalent component among four defined populations in which the surveys were conducted.

Of the total number of key national indicators which are monitored in these surveys (33), values obtained for one third of them (11) correspond to defined target values of these indicators for 2012. However, 2012 target values are placed within the 95% confidence interval of values of a number of indicators, indicating the probability that 2012 target values are reached for as many as 51.5% of all indicators (17/33) (Table 1).

Table 1: Key national indicators: Values obtained through 2012 research and the National Targets for 2012

VALUES OF INDICATORS AND TARGETS FOR 2012	IDU		MSM		SW		Roma youth		Institutionalised children		Prisoners	
	Bio-BSS 2012	Target for 2012	Bio-BSS 2012	Target for 2012	Bio-BSS 2012	Target for 2012	Bio-BSS 2012	Target for 2012	Bio-BSS 2012	Target for 2012	Bio-BSS 2012	Target for 2012
PREVALENCE												
% of HIV infected persons	1.7	< 5	4.4	< 5	2	< 5	0	< 0.5				
95% CI	0.2-3.1		1.4-6.4		0.04-3.9							
% of syphilis infected persons	1.3	< 1	17.6	< 1	5.5	< 5	1	< 1				
95% CI	0.03-2.6		12.8-22.3		2.3-8.7		0.3-2.3					
KNOWLEDGE												
% of persons who both correctly identify ways of preventing sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission (composite indicator)	41.3	65	62.4	70	32	35	18.5	30	26.7	35	31.6	40
95% CI	35.7-46.9		56.3-68.4		25.5-38.5		14.7-22.3		20.6-32.7		27.9-35.3	
COVERAGE												
% of persons covered by preventive programs in the last 12 months	19.7	30	50.4	50	65.5	65	0	30	69.5	80	23.3	40
95% CI	15.1-24.2		44.2-56.6		58.8-72.1				63.2-75.8		20-26.7	
HIV COUNSELLING AND TESTING												
% of persons who were tested in the last 12 months and know their result	25.3	35	43.6	45	65.5	65	1.8	5			15.2	20
95% CI	20.4-30.3		37.4-49.8		58.8-72.1		0.5-3				12.3-18	
BEHAVIOR												
% of IDUs who reported that they didn't use non sterile injecting kits during the last injection in the last month and that they use condom during the last sexual intercourse	25.8	30										
95% CI	19.8-31.8											
% of IDUs who reported use of condom during the last sexual intercourse in the last month	30.6	35										
95% CI	24.3-37											
% of IDUs who reported use of sterile injecting kits during the last injection in the last month	84.7	80										
95% CI	80.6-88.8											
% of MSM who reported condom use during the last anal sexual intercourse with the last male partner in the last 6 months			58.4	75								
95% CI			52.2-64.5									
% of SWs who reported condom use during last sexual intercourse with last client in previous 12 months					90.5	90						
95% CI					86.4-94.6							
% of SWs who reported they always used condom with clients in the last month					73	70						
95% CI					66.8-79.2							
% of Roma Youth who reported condom use during the last sexual intercourse with non regular partner in the last 12 months							58.7	75				
95% CI							50.6-66.9					
Age median for first penetrative sexual intercourse among institutionalized children/youth age from 12 to 19									14	15		

СЕРОПРЕВАЛЕНТНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА

Главни истраживач и аутор текста:

Проф. др Тања Јовановић

Институт за микробиологију и имунологију Медицинског факултета

Универзитета у Београду

СЕРОПРЕВАЛЕНТНА КОМПОНЕНТА ПРОЈЕКТА

*Проф. др Тања Јовановић, Институт за микробиологију и имунологију Медицинског факултета
Универзитета у Београду*

Кратак садржај:

Серопреваленца HIV инфекције и сифилиса међу инјектирајућим корисницима дроге, сексуалним радницама/радницима, мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима и младима ромске етничке припадности, одређена је на основу присуства специфичних антитела у узорку периферне крви, узорковане из јагодице прста испитаника. Као скрининг тестови, коришћени су брзи имунохроматографски тестови треће генерације, изузетно високе сензитивности и специфичности. За откривање специфичних антитела за HIV, коришћен је HEXAGON HIV тест, произвођача Хуман, Немачка, а за откривање специфичних антитела за сифилис SYPH–CHECK-1 тест, произвођача Veda Lab, Француска. Позитиван резултат серолошких анализа издавао се као реактиван, а негативан налаз као нереактиван узорак. Испитаницима са позитивним резултатом на HIV и сифилис, саветовано је да ураде конфирмациони, дијагностички тест, ради евентуалног даљег третирања или лечења. Неочекивано високу серопреваленцу сифилиса у истраживачкој групи MSM у Београду треба пажљиво анализирати и утврдити разлоге.

Кључне речи: серопреваленца, антитела, HIV, сифилис

SEROPREVALENT PROJECT COMPONENT

Prof. Tanja Jovanovic, MD PhD, Institute of Microbiology and Immunology, School of Medicine, University of Belgrade

Abstract

Syphilis and HIV infection seroprevalence among injecting drug users (IDU), sex workers (SW), men who have sex with men (MSM) and young ethnic Roma was determined based on the presence of specific antibodies in sample of peripheral blood, using rapid immuno-chromatography assays Human Hexagon tests, Germany for HIV and SYPH-CHECK-1 test, Veda Lab, France. Both test have high sensitivity and specificity. Positive results were regarded as reactive, and negative as non-reactive samples. Persons with positive results were advised to confirm the serological status, using another confirmed test in reference laboratory, for additional treatment or therapy. Unexpectedly high seroprevalence of syphilis in MSM group in Belgrade should be carefully analyzed in order to determine the reasons.

Key words: seroprevalence, antibodies, HIV, syphilis

1. УВОД

Серопревалентна компонента пројекта заснива се на одређивању серопреваленце за HIV инфекцију и сифилис, међу:

- инјектирајућим корисницима дроге, ИКД
- сексуалним радницама/радницима, СР
- мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, МСМ 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 неинституционалном простору у Београду и Новом Саду, једном адаптираном простору у саставу Института за јавно здравље Србије, а другом уступљеном од удружења „Превент“, Нови Сад, које спроводи програм смањења штета међу ИКД. Серолошко тестирање сексуалних радница спроведено је на терену, уз помоћ мобилне јединице и у неинституционализованом простору уступљеном од удружења „ЈАЗАС“ које се бави превенцијом HIV инфекције међу сексуалним радницама, само у Београду. За серолошко тестирање младих Рома коришћен је изнајмљени и адаптиран простор у Београду. За истраживања мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима, коришћен је адаптиран, неинституционални простор у два града, Београду и Новом Саду, уступљен од стране удружења „Сигуран пулс младих“ у Београду и „Омладине ЈАЗАС“ Нови Сад, која се баве програмом превенције HIV инфекције међу МСМ популацијом.

3. МЕТОДОЛОГИЈА РАДА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА

Коришћена је трећа генерација брзих, серолошких, имунохроматографских тестова за доказивање антитела за HIV инфекцију и сифилис, HEXAGON HIV, произвођача Хуман, Немачка и SYPH–СНЕСК-1 тест, произвођача Veda Lab, Француска. Сензитивност и специфичност тестова је изузетно висока (сензитивност 100%, а специфичност 99,5%). Овим тестом квалитативно се одређује присуство специфичних 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. Препоручено је да се испитаници са реактивним узорком упуте на даљу дијагностику конфирмационим серолошким тестовима у референтним лабораторијама.

Методологија теста је врло једноставна, и није захтевала коришћење скупе опреме и апарата. У току рада јавили су се проблеми око читавања резултата теста на сифилис у истраживачкој групи MSM у Београду. Један број испитаника је имао неспецифичну бледу реакцију која је указивала на потенцијално позитиван резултат. Како би искључили лажно позитивне резултате, препоручено је да се у таквим ситуацијама уради поновни тест, и да се у случају поновне неспецифичне реакције, испитаник саветује да уради конфирмациони тест. С обзиром да је проблем регистрован само у једној истраживачкој групи у Београду, претпоставља се да је проблем био у тестовима који су дистрибуирани овој групи. Највероватније неадекватан транспорт или складиштење тестова, или евентуално други пропусти или услови рада, као што је изузетно висока температура, негативно су утицали на извођење реакције.

4. ПОУЗДАНОСТ СЕРОЛОШКИХ НАЛАЗА

Тестови који су коришћени за дефинисање серопреваленте на HIV инфекцију и сифилис, спадају у групу серолошких скрининг тестова. Ови тестови, иако имају врло високу осетљивост и специфичност, не користе се као дијагностички тестови, већ само као први, скрининг тестови, као и за сероепидемиолошка испитивања. Наиме, позитиван серолошки резултат, у циљу потпуне дијагностике, мора бити потврђен коришћењем неког од специфичних дијагностичких тестова.

Серолошки тестови уопште спадају у индиректне дијагностичке тестове, јер се њима доказује присуство антитела, то јест хуморални имунски одговор инфициране особе на инфекцију, али не и инфективни агенс. У одређеним ситуацијама јављају и лажно позитивни и лажно негативни резултати.

Лажно позитивни серолошки налаз може се јавити код:

1. Особа које имају неку другу актуелну инфекцију
2. Код трудница
3. Код особа са аутоимунским обољењима
4. Непосредно после трансфузије крви
5. Код вакцинисаних особа
6. Због присуства хетерофилних антитела.

Лажно негативни налаз може да се јави:

1. Код имунокомпромитованих особа, са урођеним и стеченим имунодефицијенцијама
2. Уколико се узорак испитује, рано, пре синтезе детектибилног нивоа антитела (серолошки период прозора)
3. Због присуства неспецифичних блокирајућих антитела.

И поред ових ограничења, брзи имунохроматографски тестови су идеални за серолошко тестирање у циљу брзог скрининга великог броја испитаника. Али је неопходно да се пре третмана и увођења терапије додатно провери серолошки статус пацијената дијагностичким тестовима.

Нешто већи број реактивних серума на сифилис од очекиваног, само у истраживачкој групи MSM у Београду, вероватно је последица оштећења тестова (денатурација антигена) који су дистрибуирани на истраживачко место у Београду. Пошто произвођач у упутству за читавање резултата наводи да интензитет црте која се јавља у тесту као резултат имунолошке реакције између антитела из узорка и антигена присутног у тесту, није валидан за квантитирање количине антитела и да се и слабо позитивни и јако позитивни узорци сматрају позитивним, морали смо спорне узорке додатно да испитујемо у још једној реакцији. У случају двоструке позитивности издавали смо их као позитивне са упућивањем испитаника на конфирмацију дијагностичким тестовима. Како смо од укупно ретестираних 19 испитаника позитиван налаз потврдили само код четири испитаника, сматрам да се добијени резултати у овој испитиваној групи

не могу сматрати валидним и захтевају пажљиву анализу фактора који су конкретно утицали на поменуте проблеме.

5. ОДЛАГАЊЕ БИОЛОШКОГ ОТПАДА

Према важећој процедури и протоколу за уништавање биолошког отпада, биолошки отпад из овог истраживања је уништен аутоклавирањем у здравственим институцијама и то: у Београду на Институту за јавно здравље Србије и на Институту за јавно здравље Војводине у Новом Саду.

**ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА,
РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У
ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У
БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ**

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:

Драган Стаматовић, УГ „РеГенерација”, Београд
Небојша Ђурасовић, УГ „Превент”, Нови Сад

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА, РИЗИЧНОГ ПОНАШАЊА И КОРИШЋЕЊА УСЛУГА У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА У БЕОГРАДУ И НОВОМ САДУ

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

Кратак садржај:

Процене указују да у свету има преко 13 милиона инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту ИКД), од којих готово 80% живи у земљама у развоју и транзицији. Инјектирајућа употреба хероина представља значајан фактор ризика за вирусне инфекције које се преносе крвљу (хепатитис Б, хепатитис Ц и HIV). Главни циљ овог истраживања је процена преваленције HIV-а и сифилиса, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији ИКД у Београду и Новом Саду. Истраживање представља серопревалентну и бихејвиоралну студију пресека. Теренско истраживање се спроводило у Београду и Новом Саду. Циљну популацију истраживања чинили су ИКД оба пола у Београду и Новом Саду, узраста 18 година и више, које су користиле повремено или редовно психоактивне супстанце инјектирањем током претходних месец дана. Узорак је добијен методом узорковања вођеног испитаником (енг. respondent-driven sampling – RDS). Прикупљање бихејвиоралних података вршено је помоћу стуктурираног упитника. Одређивање преваленције HIV инфекције и инфекције изазване 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 узорку ИКД била је ниска и износила је 1,7%. Сви испитаници код којих је резултат брзог теста на HIV био реактиван су били из Београда. Преваленција инфекције узрочником сифилиса износила је 1,3% у Београду и 2,0% у Новом Саду. 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, затим истовремена припадност ризичној групи сексуалних комерцијалних радница и мушкараца који имају секс са мушкарцима, као и сексуални односи са партнерима који не убризгавају дрогу, указује на значај ИКД популације у сексуалној трансмисији HIV инфекције и других ППИ. Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. Такође, обухват испитаника специфичним програмима смањења штете је био низак (19,7% у Београду и 20,0% у Новом Саду). Учешће испитаника у превентивним програмима смањења штете у Београду и Новом Саду корелирало је са протективним понашањем, које се односило на учесталију употребу стерилног прибора за инјектирање, кондома и тестирања на HIV.

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

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

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

Abstract

Estimates indicate that there are over 13 millions of injecting drug users (IDU) globally, of which almost 80% live in transition and developing countries. Injecting use of heroin is a significant risk factor for blood transmitted viral infections (HBV, HCV and HIV). The objective of the survey is to estimate HIV and syphilis prevalence, risk behavior and service use among IDU populations of Belgrade and Novi Sad. The survey constitutes seroprevalent and bibehavioral cross-sectional study. Field surveys were conducted in Belgrade and Novi Sad. Target population of this survey was IDUs of both sexes in Belgrade and Novi Sad, aged 18 and older, who injected psychoactive substances intermittently or regularly during the past one month. The sample was created by respondent-driven sampling (RDS). Behavioral data was collected through a structured questionnaire. The prevalence of HIV- and syphilis-caused infections was determined by using quick serological tests. Data was analyzed using descriptive statistical analysis methods, i.e. SPSS 17.0. Identified HIV infection prevalence in the sample of IDUs was low, accounting for 1.7%. All respondents with reactive quick HIV test came from Belgrade. Syphilis-caused infection prevalence was 1.3% in Belgrade and 2.0% in Novi Sad. Sex behavior characteristics of this population indicate a significant level of risk and vulnerability. Inconsistent condom use with different types of partners (higher number over a year, particularly among men), including multiple risks being sex workers and men who have sex with men, as well as sex contacts with non-IDU partners, all indicate the importance of IDU population in sexual transmission of HIV infection and other STI. All but few respondents took part in a treatment program in an addiction treatment institution over the past year. Likewise, harm reduction program coverage among respondents was low (19.7% in Belgrade and 20.0% in Novi Sad). The participation of respondents in prevention programs correlated with protective behavior, in terms of more frequent use of sterile injecting tools, condoms and HIV testing.

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

1. УВОД

Процене указују да у свету има преко 13 милиона инјектирајућих корисника дроге (у даљем тексту ИКД), од којих готово 80% живи у земљама у развоју и транзицији [1]. Хероин је једна од најчешћих инјектирајућих коришћених забрањених супстанци у свету [2, 3].

Епидемија HIV-ом међу ИКД се у нашој земљи мења, а разлози за то нису сасвим познати. Последњих година се запажа опадајући тренд преноса HIV-а међу ИКД (7% у 2011. години у односу на 13% током 2007. године, тј. 70% током 1990. године), а растући тренд сексуалне трансмисије HIV-а међу новодијагностикованим особама инфицираним HIV-ом [4].

Незаштитени сексуални односи и рецептивна пракса употребе прибора међу ИКД, стављају популацију ИКД, али и њихове сексуалне партнере под повећан ризик, не само за пренос HIV инфекције, већ и других полним путем и крвљу преносивих болести, посебно хепатитиса Ц и Б. Инфекција вирусом хепатитиса Ц (HCV) је, вероватно, најпревалентнија инфекција међу ИКД [5–11].

Из наведених разлога, основни циљ овог истраживања је процена преваленције HIV инфекције и сифилиса, ризичног понашања и коришћења услуга у популацији инјектирајућих корисника дрога у Београду и Новом Саду.

У специфичне циљеве истраживања спадају:

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

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1 ТИП СТУДИЈЕ

Истраживање представља комбиновану серопревалентну и бихејвиоралну студију пресека.

2.2 ЛОКАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Теренско истраживање се спроводило у Београду и Новом Саду.

2.3 ВРЕМЕ РЕАЛИЗАЦИЈЕ

Теренски део истраживања у Београду је почео 11. јуна, а завршио се 20. јуна. У Новом Саду је теренски део истраживања почео 14. јуна, а завршио се 21. јуна.

2.4 МЕТОДОЛОГИЈА УЗОРКОВАЊА

Узорак је добијен методом узорковања вођеног испитаником (енг. *Respondent-driven sampling* – RDS).

2.5 ДЕФИНИЦИЈА И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

За одређивање величине RDS узорка користи се доле наведена формула, путем које се добија узорак од 312 испитаника, као доња граница величине узорка у биолошко-бихејвиоралним истраживањима група под повећаним ризиком (12):

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

$$P = P_1 + P_2 / 2$$

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

Узимајући у обзир ограничавајуће услове, који су у вези са овим истраживањем, био је коришћен пригодан узорак од укупно 450 ± 100 јединица посматрања, и то 300 ± 50 у Београду и 150 ± 50 у Новом Саду.

2.6 ИНСТРУМЕНТАРИЈУМ

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

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

2.7 ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА

У сврху извођења истраживања остварена је сарадња са удружењима које раде превентивне програме са циљним популацијама (НВО Веза и УГ Ре Генерација у Београду и УГ Превент у Новом Саду). Да би се обезбедила репрезентативност узорка, почетни узорак (тзв. семена) био је намерно узоркован од стране истраживачког тима, односно те особе су регрутовали представници удружења које раде са циљном популационом групом на локацији истраживања. Иницијални испитаници су анкетирани, и уз њихову сагласност узет им је узорак крви за тестирање, уз претходно адекватно саветовање. После проласка свих делова студије, испитаницима је дата примарна надокнада, као компензација за изгубљено време и евентуалне трошкове које су имали. Након тога им је детаљно био објашњен процес регрутовања.

У циљу регрутовања припадника исте популационе групе оба пола из своје социјалне мреже, испитаници су добијали до три купона. Секундарна надокнада била је давана регрутатору за сваког од регрутованих учесника који обави анкетање и тестирање.

2.8 НАЧИН ОБРАДЕ ПОДАТАКА

У анализи бихејвиоралне компоненте истраживања коришћене су методе дескриптивне статистичке анализе. У анализи значајности разлике коришћен је Студентов т-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 Спирманова корелација. Вредности вероватноће приказиване су тамо где је установљена статистичка значајност разлике или корелације. Статистичка анализа рађена је употребом софтверског пакета SPSS 17.0. Подаци су описани, сагледани, дисагрегирани и анализирани по полу, узрасту и локацији испитаника. Сви индикатори су дати у формату који је дефинисан Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије у периоду 2011–2015. година [13].

3. СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ

У циљу заштите добробити свих који учествују у истраживању и минимизације ризика са максимизацијом користи за испитанике, који представљају веома специфичну циљану групу истраживања, посебна пажња је посвећена избору локације где се истраживање спроводи. Локације су биле доступне, добро обезбеђене, али и неупадљиве. Простори су били лоцирани у ширем центру града, односно у Новом Саду у просторијама *drop in* центра, а у Београду у помоћном објекту Института за јавно здравље Србије.

У циљу избегавања накнадне стигматизације и дискриминације испитаника и утицаја на повећање вулнерабилности, поштован је принцип поверљивости од стране свих учесника истраживања, укључујући и саме испитанике. Због тога је на одабраној локацији избегавано стварање гужве или окупљање у броју који је већи од предвиђеног, остављање отпада, прављење буке, укључујући и јавну расправу и коментаре, као и инјективно убризгавање дроге са остављањем употребљеног прибора.

4. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

4.1 СОЦИЈАЛНО-ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИКД

Просечан узраст испитаника у Београду је износио $31,91 \pm 7,35$ година. У Новом Саду је просечан узраст ИКД испитаника износио $30,30 \pm 4,86$ година. Однос испитаника мушког и женског пола и у Београду и у Новом Саду је 5:1.

Учешће испитаника од 18 до 19 година у Београду износило је 3,0%, док у Новом Саду у истраживању није учествовао ниједан испитаник те узрасне групе. У Београду је сваки 9. испитаник припадао доброј групи од 20 до 24 године. У Новом Саду је 8% испитаника припадало доброј групи од 20 до 24 године. Учешће испитаника узраста од 25+ година у Београду износило је 86,0%, а у Новом Саду 92,0%. Најстарији испитаник у Београду имао је 58, а у Новом Саду 44 године.

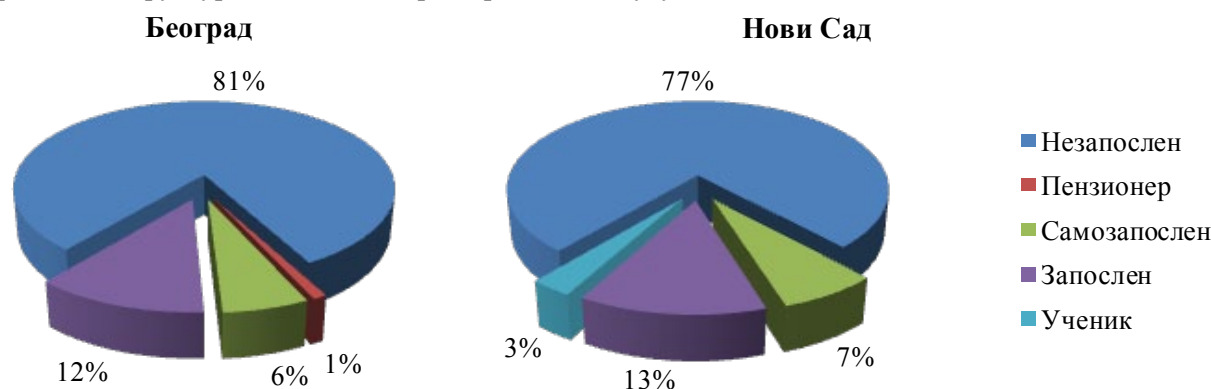
Међу испитаницима у Београду, 13% анкетираних чинили су Роми, а у Новом Саду 7%. Истовремена припадност ромској етничкој мањини и ИКД популацијоној групи истраживања, а често и сексуалним комерцијалним радницима/цама, ставља ову, иначе веома вулнерабилну групу, под вишеструки ризик настанка инфекција које се преносе крвљу и полним путем [14, 15].

Највећи број испитаника завршио је средњу школу (65% у Београду и 57% у Новом Саду). Основну школу завршило је 23% испитаника у Београду, а у Новом Саду је сваки трећи испитаник завршио основну школу. У Београду 2% испитаника није уопште ишло у школу, док у Новом Саду 1% није ишло у школу.

Обзиром на просечан узраст испитаника од 30 година, највише је оних који нису у брачној заједници. У Београду је, у односу на Нови Сад, нешто виши проценат испитаника у брачној заједници (14% vs 9%). Такође, у Београду је и више оних који су разведени (14% vs 11%), док је у Новом Саду више оних који живе у ванбрачној заједници у односу на Београд (13% vs 10%).

Веома битна социјална карактеристика ИКД популације је незапосленост, која је у Београду била присутна код 4/5 испитаника, а у Новом Саду код 3/4 испитаника. У радном или samozапосленом статусу налазио се готово исти проценат испитаника у Београду и Новом Саду (графикон 1).

Графикон 1. Структура испитаника према радном статусу



4.2 ПРАКСА ИНЈЕКТИРАЊА ДРОГЕ

И у Београду и у Новом Саду је половина испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге у 20. години ($med=20,0$ година), док је аритметичка средина узраста приликом првог инјектирања дроге износила 21,5 година (табела 1).

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 и више медијана је била 21 година.

У Новом Саду је половина испитаника узраста од 20 до 24 године започињала са инјективним коришћењем дроге у 19. години живота ($med=18,5$ година). У добној групи од 25 и више година, медијана започињања инјектирања износила је 20 година (табела 1).

Табела 1. Просечан узраст приликом првог инјектирања дроге

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	21,8	21	249	21,8	20	124
	женски	19,9	20	51	19,7	19	26
Добне групе	18–19	15,9	16	9	0	0	0
	20–24	17,8	18	33	18,2	18,5	12
	25 +	22,2	21	258	21,8	20	138
Укупно		21,5	20	300	21,5	20	150

У Београду је скоро 85% (95% CI= 80,6–88,8%) испитаника пријавило употребу стерилног прибора при последњем инјектирању, а у Новом Саду 72,2% (95% CI= 64,7–79,3%) (табела 2). Употреба стерилног прибора приликом последњег инјектирања учесталија је за 3% код испитаника мушког пола у односу на испитанице у Београду. У Новом Саду је употреба стерилног прибора код испитаника учесталија за 8% насупрот испитаницама. Запажа се виша вредност овог индикатора у Београду у односу на претходна два истраживања, за разлику од вредности овог индикатора у Новом Саду, где је регистрована нижа вредност.

Према дефинисаним циљевима датим у документу План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије за период 2011–2015. године, планирани циљ за 2012. годину за овај национални индикатор износи 80% [13]. У том смислу, циљна вредност овог индикатора регистрована је у Београду, али не и у Новом Саду.

Испитаници из Београда који нису користили стерилни прибор, покушали су у 78,3% случајева да очисте и шприц и иглу. Сваки 9. испитаник је чистио само шприц, иглу је покушало да очисти 4,3% испитаника, као што 4,3% испитаника уопште није покушало да очисти прибор.

Испитаници у Новом Саду су покушали да очисте већ коришћену иглу и шприц у готово 79% случајева, а сваки 5. испитаник је покушао да очисти већ коришћен шприц.

У Београду је 46,5% испитаника чистило хладном водом већ коришћен прибор. Исти проценат испитаника је врућом водом покушао да очисти прибор за инјектирање, кипућу воду је користило скоро 5% испитаника, а алкохол 2,3% испитаника.

У Новом Саду је 47,6% чистило прибор врућом водом, а хладну воду је користило 45,2% испитаника. Кипућу воду је користило готово 5% испитаника, а алкохол 2,4% испитаника.

Пракса рецептивног дељења прибора током последњих месец дана у Београду је била заступљена код готово петине испитаника (19,7%), а у Новом Саду код скоро четвртине испитаника (24,0%). У Београду су мушкарци чешће размењивали прибор, за разлику од Новог Сада, где је ова пракса била нешто заступљенија код жена. Најучесталија пракса размене прибора у Београду била је у добној групи испитаника од 20 до 24 године (24,2%), док су у Новом Саду забележене незнатне разлике међу добним групама (25% у добној групи од 20 до 24 године, 24% у добној групи од 25 и више година).

Табела 2. Употреба стерилног прибора приликом последњег инјектирања дроге у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	212	85,1	249	91	73,4	124
	женски	42	82,4	51	17	65,4	26
Добне групе	18–19	8	88,9	9	0	0	0
	20–24	29	87,9	33	9	75	12
	25 +	217	84,1	258	99	71,7	138
Добне групе – мушкарци	18–19	7	100	7	0	0	0
	20–24	22	91,7	24	5	83,3	6
	25 +	183	83,9	218	86	72,9	118
Добне групе – жене	18–19	1	50	2	0	0	0
	20–24	7	77,8	9	4	66,7	6
	25 +	34	85	40	13	65	20
Укупно	Индикатор 8	254	84,7 (80,6–88,8)	300	108	72 (64,7–79,3)	150

4.3 СЕКСУАЛНА ПРАКСА

Ступање у сексуалне односе (вагиналне и/или аналне) пре пунолетства представља уобичајену појаву и у Београду и у Новом Саду (табела 3).

Половина испитаника у Београду и Новом Саду 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 и у Новом Саду. У Београду мушкарци ступају у сексуалне односе у просеку годину дана раније од жена, док је у Новом Саду просек година при ступању у сексуалне односе исти и код мушкараца и код жена (табела 3).

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

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	15,1	15	249	15,2	15	124
	женски	16,3	16	51	15,4	16	26
Добне групе	18–19	13,7	13	9	0	0	0
	20–24	15,2	15	33	14,7	15	12
	25 +	15,4	15	258	15,3	15	138
Укупно		15,3	15	300	15,3	15	150

Процент ИКД који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа у последњих месец дана износио је 30,6% (95% CI= 24,3–36,9%) у Београду и 31,4% (95% CI= 22,2–40,5%) у Новом Саду. У Београду је вредност овог индикатора била виша код испитаника женског пола, за разлику од Новог Сада где су кондоме чешће употребљавали испитаници мушког пола. Планирана вредност овог индикатора за 2012. годину од 35%, према дефинисаним циљевима у Плану за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије за период 2011–2015. године [13] није остварена, али се циљна вредност налази унутар 95% интервала поверења вредности овог индикатора добијеног истраживањем у оба града (табела 4).

Процент 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 25,8% (95% CI= 19,6–31,8%) у Београду и 21,6% (95% CI= 13,5–29,7%) у Новом Саду. У Београду вредност овог индикатора опада са годинама живота ($p=0,025$), нарочито код испитаника мушког пола ($p=0,044$). Циљна вредност овог индикатора за 2012. годину износи 30% [13] и није достигнута, али се иста налази у оквиру 95% интервала поверења вредности овог индикатора добијеног истраживањем у Београду, али не и у Новом Саду (табела 5).

У Београду 22,0% сексуалних партнера испитаника оба пола такође убризгава дрогу, док сваки трећи не убризгава дрогу. У Новом Саду 18,7% сексуалних партнера испитаника оба пола убризгава дрогу, а сваки пети не убризгава дрогу. И у Београду и у Новом Саду, ИКД мушког пола укључени у истраживање чешће имају сталне партнерке које не убризгавају дрогу. У Београду трећина сталних партнерки испитаника не убризгава дрогу, а у Новом Саду скоро четвртина сталних партнерки испитаника не убризгава дрогу.

За разлику од испитаника, испитанице и у Београду и у Новом Саду у више од половине случајева имају сталне partnere који такође убризгавају дрогу.

Табела 4. Употреба кондома при последњем пенетрантном сексуалном односу у последњих месец дана међу ИКД у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	48	28,6	168	28	33,3	84
	женски	16	39	41	4	22,2	18
Добне групе	18–19	5	55,6	9	0	0	0
	20–24	11	42,3	26	2	20	10
	25 +	48	27,6	174	30	32,6	92
Добне групе – мушкарци	18–19	4	57,1	7	0	0	0
	20–24	6	33,3	18	0	0	4
	25 +	38	26,6	143	28	35	80
Добне групе – жене	18–19	1	50	2	0	0	0
	20–24	5	62,5	8	2	33,3	6
	25 +	10	32,3	31	2	16,7	12
Укупно	Индикатор 7	64	30,6 (24,3–36,9)	209	32	31,4 (22,2–40,5)	102

Табела 5. Процент ИКД који су пријавили да нису користили нестерилни прибор током последњих месец дана и који су користили кондом при последњем сексуалном односу у последњих месец дана у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	39	23,2	168	19	22,6	84
	женски	15	36,6	41	3	16,7	18
Добне групе	18–19	5	55,6	9	0	0	0
	20–24	10	38,5	26	1	10	10
	25 +	39	22,4	174	21	22,8	92
Добне групе – мушкарци	18–19	4	57,1	7	0	0	0
	20–24	6	33,3	18	0	0	4
	25 +	29	20,3	143	19	23,8	80
Добне групе – жене	18–19	1	50	2	0	0	0
	20–24	4	50	8	1	16,7	6
	25 +	10	32,3	31	2	16,7	12
Укупно	Индикатор 2	54	25,8 (19,6–31,8)	209	22	21,6 (13,5–29,7)	102

Медијана броја партнера са којима су ИКД укључени у истраживање имали пенетрантне сексуалне односе у последњих 12 месеци износила је три партнера и у Београду и у Новом Саду. Мушкарци су имали већи број сексуалних партнерки/ра у односу на жене и у Београду и Новом Саду. У Београду је медијана броја сексуалних партнера највиша у добној групи од 20 до 24 године (табела 6).

Табела 6. Просечан број партнера са којима су ИКД имали сексуални однос у последњих 12 месеци у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	3,8	3	249	4	3	124
	женски	12,9	2	51	21,4	1,5	26
Добне групе	18–19	10,3	3	9	0	0	12
	20–24	13,9	4	33	37	3	12
	25 +	4,1	2	258	4,4	3	138
Укупно		5,4	3	300	7	3	150

Учешће нешто већег броја комерцијалних сексуалних радница/ка, нарочито међу женама, који су истовремено и ИКД, допринела је високој вредности аритметичке средине броја сексуалних партнера у последњих 12 месеци (у Новом Саду 21,4 партнера, а у Београду 12,9 партнера). Највећи број сексуалних партнера међу испитаницама и у Новом Саду и у Београду забележен је у добној групи од 20 до 24 године. У овој добној групи испитаница је забележена и најучесталија употреба кондома (табела 4).

4.4 СЕКСУАЛНА ПРАКСА СА РАЗЛИЧИТИМ ВРСТАМА ПАРТНЕРА

У Београду је сексуални однос у претходних месец дана са сталним партнером имало 47,3% испитаника/ца, са случајним партнером 23,7%, а са комерцијалним партнером 6,7% испитаника/ца. У Новом Саду је сексуални однос у претходних месец дана са сталним партнером имало 36,0% испитаника/ца, са случајним партнером такође 36,0%, а са комерцијалним партнером 5,4% испитаника/ца.

Употреба кондома при сексуалним односима у последњих 12 месеци у оба града била је најучесталија са комерцијалним партнером, затим са случајним, а најређа са сталним партнером.

Употреба кондома при сексуалним односима са комерцијалним партнерима износила је 75,0% и у Београду и у Новом Саду. У Београду је употреба кондома са комерцијалним партнером у односу на резултате истраживања из 2010. године опала за 9%, док је у Новом Саду у односу на резултате истраживања из 2008. године порасла за 22%.

У Београду је кондом при сексуалном односу са случајним партнером у последњих 12 месеци користило скоро 60% (57,5%) испитаника. Иста вредност овог индикатора за Београд забележена је и у истраживању из 2010. године (60,0%), док је у 2008. години регистрована вредност од 44,9%. У Новом Саду 44,4% испитаника наводи да редовно користи кондом при сексуалном односу са случајним партнером. У односу на вредност овог индикатора из истраживања из 2008. године регистрован је пораст од 19%.

Само петина испитаника наводи да редовно користи кондом са сталним партнером (22% у Београду и 19,3% у Новом Саду). У Београду је у истраживању из 2010. године регистрована вредност од 20,6%, а у Новом Саду је у истраживању из 2008. године регистрована вредност од 15,4%.

Скоро 5% испитаника мушког пола у Београду наводи да је имало аналне сексуалне односе са особама истог пола, што је у складу са резултатима истраживања из 2010. године. У Новом Саду је 1,6% испитаника мушког пола навело да је имало аналне сексуалне односе са особама истог пола (табела 7), што је за скоро 1% више у односу на резултате истраживања из 2008. године.

Табела 7. Мушкарци који су имали анални сексуални однос са особама мушког пола међу ИКД

Социјално-демографске карактеристике		n	%	N	n	%	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	12	4,8	249	2	1,6	124
Добне групе	18–19	0	0	7	0	0	6
	20–24	1	4,2	24	0	0	6
	25 +	11	5	218	2	1,7	118
Укупно		12	4,8	249	2	1,6	124

4.5 ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ (ППИ)

Да је имало знаке ППИ у претходних 12 месеци наводи сваки девети испитаник/ца у Београду, као и у истраживању из 2010. године. У Новом Саду 12,7% испитаника наводи присуство знака ППИ у претходних 12 месеци што представља за 6,4% нижу вредност у односу на вредност овог индикатора добијену истраживањем из 2008. године.

Слично као и у истраживању из 2010. године, више од трећине испитаника у Београду наводи да није ништа предузело при регистрању знакова ППИ. Према резултатима истраживања из 2008. године чак 42,6% испитаника у Новом Саду наводи да није ништа предузело приликом појаве знакова ППИ. Резултати овог истраживања указују на савесније понашање испитаника у случају појаве знакова ППИ, обзиром да тек нешто више од петине испитаника у Новом Саду није ништа предузело у случају регистрања знакова ППИ.

4.6 ЗНАЊЕ И СТАВОВИ О HIV-у И AIDS-у

Процент ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а износио је само 41,3% (95% CI= 35,7–46,9%) у Београду, што у односу на резултате из претходна два истраживања представља забрињавајући пад за више од 20% (табела 8).

У Новом Саду се вредност овог композитног индикатора није променила и износила је 58,4% у истраживању из 2008. године, односно 58% (95% CI= 50,0–66,0%) према подацима овог истраживања.

Вредности овог композитног индикатора зависе од тачних одговора на пет одговарајућих питања, и као што се може видети на табели 8, знање је углавном расло са узрастом испитаника. Планирана вредност овог националног индикатора за 2012. годину износи 65% [13] и није достигнута (табела 8).

4.7 ТЕСТИРАЊЕ НА HIV И HCV

Процент ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања износио је 25,3% у Београду и 22,7% у Новом Саду. У Београду је вредност овог индикатора нижа за 7% у односу на резултате из претходна два истраживања. У Новом Саду је вредност овог индикатора, у односу на резултате истраживања из 2008. године виша за 8%. Из података приказаних у табели 9, може се запазити да су се испитаници супротних полова тестирали са готово истом учесталošћу. Такође се може запазити да су постојале разлике у учесталостима тестирања међу испитаницима различитих добних група, али оне нису биле статистички значајне. Циљна вредност овог националног индикатора за 2012. годину износи 35% [13], али она није достигнута ни у Београду ни у Новом Саду (табела 9).

Табела 8. Процент ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	102	41	249	70	56,5	124
	женски	22	43,1	51	17	65,4	26
Добне групе	18–19	2	22,2	9	0	0	0
	20–24	9	27,3	33	5	41,7	12
	25 +	113	43,8	258	82	59,4	138
Добне групе – мушкарци	18–19	2	28,6	7	0	0	0
	20–24	5	20,8	24	3	50	60
	25 +	95	43,6	218	6	56,8	118
Добне групе – жене	18–19	0	0	2	0	0	0
	20–24	4	44,4	9	2	33,3	6
	25 +	18	45	40	15	75	20
Укупно	Индикатор 3	124	41,3 (35,7–46,9)	300	87	58,0 (50,0–66,0)	150

Табела 9. Процент ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	63	25,3	249	28	22,6	124
	женски	13	25,5	51	6	23,1	26
Добне групе	18–19	2	22,2	9	0	0	0
	20–24	5	15,2	33	4	33,3	12
	25 +	69	26,7	258	30	21,7	138
Добне групе – мушкарци	18–19	2	28,6	7	0	0	0
	20–24	2	8,3	24	1	16,7	6
	25 +	59	27,1	218	27	22,9	118
Добне групе – жене	18–19	0	0	2	0	0	0
	20–24	3	33,3	9	3	50	6
	25 +	10	25	40	3	15	20
Укупно	Индикатор 5	76	25,3 (20,4–30,3)	300	34	22,7 (15,9–29,4)	150

На питање да ли сте се икада у животу тестирали на хепатитис Ц, потврдно је одговорило 73,3% испитаника у Београду, односно 78,0% у Новом Саду. У Београду су се жене стистички значајно чешће тестирале на хепатитис Ц (88,2%) у односу на мушкарце (70,3%) ($p=0,008$). Такође, учесталост тестирања била је највиша међу најстаријим испитаницима ($p=0,000$).

У Новом Саду није било статистички значајне разлике у учесталостима тестирања на хепатитис Ц, мада је учесталост тестирања расла са узрастом и код мушкараца и код жена.

Нажалост, 3/4 испитаника и у Београду и у Новом Саду није дошло на локацију истраживања по резултате брзог тестирања на HIV и сифилис, иако је велики број испитника наводио као разлог учествовања у истраживању управо тестирање на HIV.

4.8 ОБУХВАЋЕНОСТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА И ПОНАШАЊЕ

Процент ИКД укључених у истраживање који су обухваћени превентивним програмима износио је 19,7% (95% CI= 15,4–24,2%) у Београду и 20,0% (95% CI= 13,5–26,5%) у Новом Саду. Вредности овог композитног индикатора су нешто ниже у Београду у односу на резултате из претходна два истраживања (приближно за око 1%), док је вредност овог индикатора у Новом Саду виша за 18% у односу на 2008. годину. Ипак, у оба града није достигнута планирана вредност овог националног индикатора од 30%, у складу са дефинисаним националним циљевима за популацију ИКД [13].

Регистроване ниске вредности овог композитног индикатора у оба града последица су ниског и ограниченог обухвата испитаника ове популационе групе тзв. програмима смањења штете које спроводи веома мали број удружења, али и недовољне дистрибуције кондома корисницима, како у удружењима, тако и кроз услуге саветовалишта за НИВ и ППИ које раде и ДПСТ на НИВ.

Ипак, обухват испитаника превентивним програмима у Београду и Новом Саду резултирао је позитивном корелацијом која се односила како на учесталију употребу стерилног прибора при последњем инјектирању у Новом Саду, тако и на учесталију употребу кондома при последњем сексуалном односу у последњих месец дана и у Београду и у Новом Саду, али и на учесталије тестирање на НИВ у последњих 12 месеци у Београду (табела 10, 11 и 12).

Табела 10. Испитаници који су користили стерилни прибор током последњег инјектирања у односу на обухват превентивним програмима

Обухваћеност превентивним програмом	n	%	N	n	%	N
Град	Београд			Нови Сад		
Нису у програму	203	84,2	241	83	69,2	120
У програму	51	86,4	59	25	83,3	30
Укупно	254	84,7	300	108	72	150

Табела 11. Испитаници који су користили кондом током последњег сексуалног односа у последњих месец дана у односу на обухват превентивним програмима

Обухваћеност превентивним програмом	n	%	N	n	%	N
Град	Београд			Нови Сад		
Нису у програму	46	19,1	241	22	18,3	120
У програму	18	30,5	59	10	33,3	30
Укупно	64	21,3	300	32	21,3	150

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

Обухваћеност превентивним програмом	n	%	N	n	%	N
Град	Београд			Нови Сад		
Нису у програму	49	20,3	241	27	22,5	120
У програму	27	45,8	59	8	26,7	30
Укупно	76	25,3	300	35	23,3	150

4.9 КОНТАКТ СА ПОЛИЦИЈОМ/ЗАТВОРОМ/КАЗНЕНИМ УСТАНОВАМА

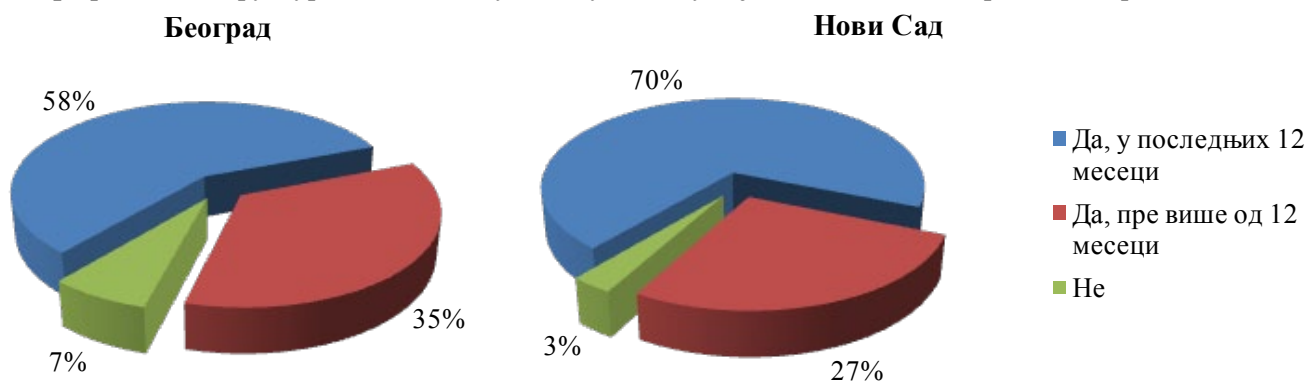
У Београду је 79 (26,3%) испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци и то најчешће једном (14,0%).

У Новом Саду је само 12 (8,0%) испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци, такође једном.

4.10 КОНТАКТ СА СЛУЖБАМА ЗА ЛЕЧЕЊЕ ЗАВИСНОСТИ

Испитаници који су у Београду у последњих 12 месеци покушали да смање коришћење дроге чинили су 58% свих испитаника, а они који су то покушали пре више од 12 месеци чинили су 35% свих испитаника. У Београду 7% испитаника никада није покушало да смањи коришћење дроге.

У Новом Саду је 70% испитаника покушало да смањи коришћење дроге у последњих 12 месеци, њих 27% пре више од 12 месеци, док 3% испитаника никада није покушало да смањи коришћење дроге (графикон 2).

Графикон 2. Структура испитаника у односу на покушај да икада смање коришћење дроге

На графикону 3 је приказана дистрибуција учесталости начина да се прекине са коришћењем дроге у Београду и Новом Саду у последњих 12 месеци.

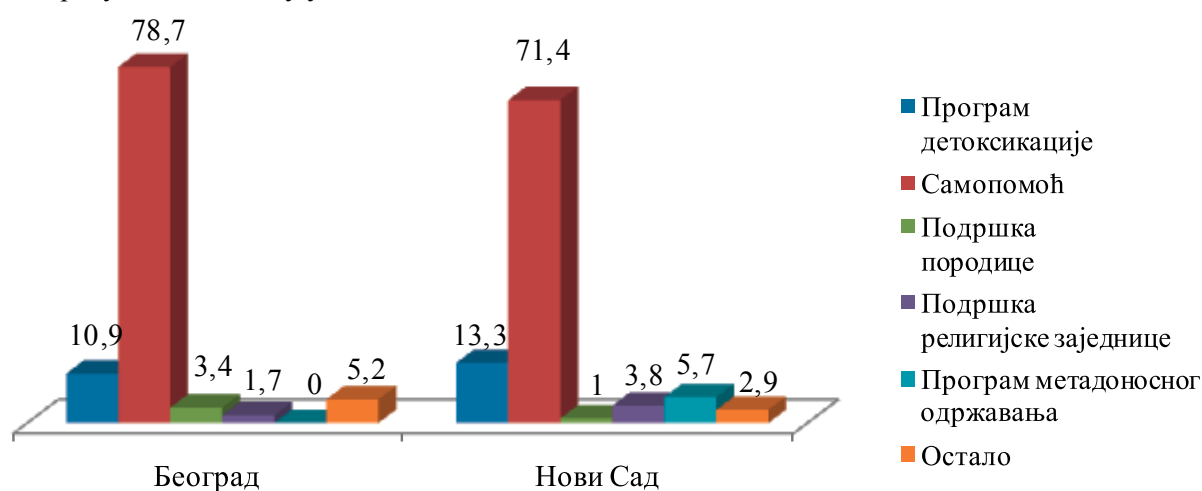
И у Београду и у Новом Саду у последњих годину дана, највећи број испитаника је практиковао самопомоћ као начин да се прекине са коришћењем дроге (више од 70%). Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. Програм детоксикације био је заступљенији од програма метадонског одржавања.

У последњих годину дана у програм детоксикације био је укључен сваки девети испитаник у Београду и нешто више од сваког осмог испитаника у Новом Саду. У последњих годину дана на програму метадонског одржавања није био ниједан испитаник из Београда, док је у Новом Саду 5,7% испитаника навело да је било на програму метадонског одржавања.

У Београду су покушаји са се смањи употреба дроге уз подршку породице били учесталији међу испитаницима него у Новом Саду, док је покушај смањења коришћења дроге уз подршку религијске заједнице био учесталији у Новом Саду (графикон 3).

У моменту истраживања у Новом Саду у програм метадонског одржавања било је укључено 16 испитаника, а у Београду само 6 испитаника.

Графикон 3. Дистрибуција испитаника према начину на који су покушали да смање коришћење дроге у Београду и Новом Саду у последњих 12 месеци



4.11 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

У Београду оверену здравствену књижицу има 71,3% испитаника, што је за скоро 20% више у односу на резултате истраживања из 2010. године. У Новом Саду готово 75% испитаника има оверену здравствену књижицу.

У Београду се 69% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима на примарном нивоу здравствене заштите (ПЗЗ), што је за 27% више у односу на резултате из претходног истраживања. У Новом Саду 46,7% испитаника се за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима у ПЗЗ.

У Београду 77,0% испитаника има свог изабраног лекара, што је више за 10% у односу на 2010. годину. У Новом Саду 68,0% испитаника има свог изабраног лекара у дому здравља.

У Београду је 66,2% испитаника посетило свог изабраног лекара у последњих годину дана, док је 2010. године тај проценат износио 63,5%. У Новом Саду је 73,5% испитаника посетило свог изабраног лекара у последњих годину дана.

Просечан број посета у последњих годину дана у Београду износио је 6,8 посета, док је медијана броја посета у последњих годину дана износила 4. Просечан број посета у последњих годину дана у Новом Саду износио је 7,5, а медијана 3,5 посета. У Новом Саду су испитанике оствариле нешто већи број посета у односу на испитанике (табела 13).

У Београду је 81,4% испитаника задовољно изабраним лекаром, што је за 6% више у односу на резултате истраживања спроведеног 2010. године. У Новом Саду је 78,4% испитаника задовољно изабраним лекаром.

У Београду је 16,0% испитаника користило услуге лекара у приватној пракси, док је 2010. године у Београду услуге лекара приватне праксе користило 20,2% испитаника. У Новом Саду је 22,7% анкетираних користило услуге приватне праксе. Испитаници женског пола у Новом Саду су статистички значајно чешће користили услуге лекара у приватној пракси ($p=0,034$) у односу на испитанике мушког пола.

У Београду је 77,1% испитаника задовољно услугама у дому здравља, за разлику од испитаника из Новог Сада који су задовољни у свега 54% случајева. Задовољство испитаника услугама у дому здравља у Београду више је за приближно 10% у односу на резултате добијене 2010. године.

У Београду скоро 70% жена које су ИКД има свог изабраног гинеколога, а у Новом Саду тек свака друга испитаница (табела 14).

Табела 13. Просечан број посета ИКД изабраном лекару у последњих годину дана у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		\bar{x}	Med	N	\bar{x}	Med	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	6,8	4	127	7,1	3	61
	женски	6,5	4,5	26	9,4	5	14
Добне групе	18–19	8,3	4	3	0	0	0
	20–24	2,5	2	9	14,3	3	3
	25 +	6,9	4	141	7,2	4	72
Укупно		6,8	4	153	7,5	3,5	75

Табела 14. Испитанице које имају свог изабраног гинеколога у дому здравља у Београду и Новом Саду

Социјално-демографске карактеристике		n	%	N	n	%	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	женски	35	68,6	51	13	50	26
Добне групе	18–19	1	50	2	3	50	6
	20–24	4	44,4	9	10	50	20
	25 +	30	75	40	13	50	26
Укупно		35	68,6	51	13	50	26

4.12 СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

У Београду је сваки трећи испитаник за изолацију особа које живе са HIV-ом, а у Новом Саду сваки пети испитаник сматра да особе са HIV-ом треба изоловати. Такво мишљење је значајно учесталије код млађих испитаника и у Београду ($p=0,036$) и у Новом Саду ($p=0,000$).

У Београду је 63,3% испитаника окривљује особе које живе са HIV-ом, што је за скоро 8% нижа вредност од оне забележене у истраживању из 2010. године. У Новом Саду 66,4% испитаника дели исто мишљење.

Сваки други испитаник у Београду био је жртва физичког насиља, а у Новом Саду више од 2/3 испитаника.

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

У Београду 79,3% испитаника оба пола зна да је донесен Закон о забрани дискриминације, али 43% испитаника сматра да овај Закон неће ништа променити у њиховом положају. У Новом Саду 64,7% испитаника зна да је донесен Закон о забрани дискриминације, али је више од половине испитаника изјавило да наведени Закон неће ништа променити у њиховом положају.

4.13 ПРЕВАЛЕНЦИЈА HIV ИНФЕКЦИЈЕ И ИНФЕКЦИЈЕ ИЗАЗВАНЕ УЗРОЧНИКОМ СИФИЛИСА

У Београду је међу испитаницима укљученим у истраживање серопреваленција HIV инфекције износила 1,7% (95% CI= 0,2–3,1%), док у Новом Саду међу испитаницима из популације ИКД није регистрован ниједан реактиван тест на HIV (табела 15). У том смислу је остварена циљна вредност овог кључног националног индикатора за 2012. годину, односно серопреваленција HIV инфекције мања од 5% [13].

У односу на резултате из претходна два истраживања у Београду је регистрована нижа преваленција HIV инфекције, обзиром да је серопреваленција HIV инфекције у узорку ИКД у Београду 2008. године износила 4,7%, односно 2,4% 2010. године. У Новом Саду је преваленција HIV инфекције у узорку ИКД укљученим у истраживање 2008. године износила 0,3%.

Од укупно пет особа инфицираних HIV-ом међу испитаницима у Београду, три су биле мушког, а две женског пола. Сви инфицирани испитаници мушког пола били су у добној групи 25 и више година, док су обе инфициране испитанице биле у добној групи од 20 до 24 године.

У Београду је међу испитаницима регистрована преваленција сифилиса од 1,3% (95% CI= 0,3–2,6%), што је за скоро 1% више у односу на резултате истраживања из 2010. године. У Новом Саду је преваленција сифилиса износила 2,0% (95% CI= 0,3–4,3%). У том смислу није регистрована циљна вредност овог националног индикатора за 2012. годину, односно регистрована серопреваленција сифилиса међу ИКД није мања од 1% [13].

Табела 15. Процент испитаника из популације ИКД који су инфицирани HIV-ом

Социјално-демографске карактеристике		n	% (95% CI)	N	n	% (95% CI)	N
Град		Београд			Нови Сад		
Пол	мушки	3	1,2	249	0	0	124
	женски	2	3,9	51	0	0	26
Добне групе	18–19	0	0	9	0	0	0
	20–24	2	6,1	33	0	0	12
	25 +	3	1,2	258	0	0	138
Добне групе – мушкарци	18–19	0	0	7	0	0	0
	20–24	0	0	24	0	0	6
	25 +	3	1,4	218	0	0	118
Добне групе – жене	18–19	0	0	2	0	0	0
	20–24	2	22,2	9	0	0	6
	25 +	0	0	40	0	0	20
Укупно	Индикатор 1	5	1,7 (0,2–3,1)	300	0	0	150

Од четири испитаника инфицираних узročником сифилиса у Београду, три су биле особе мушког, а једна особа женског пола из добне групе од 25 и више година. Један од инфицираних мушкараца био је у добној групи од 20 до 24 године, а два у добној групи од 25 и више година.

Од три испитаника инфицираних узročником сифилиса у Новом Саду, две особе су биле мушког пола. Сва три испитаника чији су тестови на сифилис били реактивни била су у добној групи од 25 и више година.

5. ЗАКЉУЧЦИ

- Сваки пети испитаник и у Београду и у Новом Саду био је мушког пола. Учешће испитаника од 18 до 19 година у Београду износило је 3,0%, док у Новом Саду у истраживању није учествовао ниједан испитаник те узрасне групе. Веома битна социјална карактеристика ИКД популације је незапосленост, која је у Београду присутна код 4/5 испитаника, а у Новом Саду код 3/4 испитаника.
- И у Београду и у Новом Саду је половина испитаника започињала са инјективним коришћењем дроге у 20. години ($med=20,0$ година). Постоји ризично понашање везано за употребу нестерилног прибора за инјектирање. Пракса рецептивног дељења прибора током последњих месец дана у Београду је била заступљена код готово петине испитаника (19,7%), а у Новом Саду код скоро четвртине испитаника (24,0%).
- Одлике сексуалног понашања у овој популационој групи указују на значајан степен ризика и угрожености. Ступање у сексуалне односе пре пунолетства представља уобичајену појаву међу испитаницима и у Београду и у Новом Саду. Недоследна употреба кондома са свим врстама партнера, којих је у просеку било више, посебно међу мушкарцима и млађим добним категоријама испитаника, истовремена припадност популацији сексуалних комерцијалних радница и мушкараца који имају секс са мушкарцима, затим велики број сексуалних партнера који не убризгавају дрогу, посебно међу испитаницима мушког пола, указује на значај ИКД популације у сексуалној трансмисији HIV инфекције и других ППИ. Због тога је и забрињавајућа чињеница да трећина испитаника у Београду и нешто више од петине испитаника у Новом Саду није ништа предузело у случају појаве знакова ППИ.
- Процент ИКД који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а има нижу вредност од очекиване и износио је само 41,3% у Београду, односно 58% у Новом Саду.
- Процент ИКД који је пријавио да се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и да зна резултат тестирања био је низак и износио је 25,3% у Београду и 22,7% у Новом Саду. Забележен је висок проценат испитаника из популације ИКД који су потврдно одговорили на питање да ли су се икада у животу тестирали на хепатитис Ц (73,3% испитаника у Београду, односно 78,0% у Новом Саду). Немотивисаност испитаника да сазнају резултат тестирања резултирала је чињеницом да 3/4 испитаника и у Београду и у Новом Саду није дошло на локацију овог истраживања по резултате брзог тестирања на HIV и сифилис.
- Регистрован је мали проценат испитаника који су обухваћени превентивним програмима (19,7% у Београду и 20,0% у Новом Саду). Међутим, учешће испитаника у превентивним програмима у Београду и Новом Саду корелирало је са протективним понашањем, које се односило на учесталију употребу стерилног прибора за инјектирање, кондома и тестирања на HIV.
- У Београду је 26,3% испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци, док је у Новом Саду само 8,0% испитаника кривично одговарало због поседовања дроге у последњих 12 месеци.
- И у Београду и у Новом Саду у последњих годину дана, највећи број испитаника је практиковао самопомоћ као начин да се прекине са коришћењем дроге (више од 70%). Мали број испитаника је у последњих годину дана био укључен у неки програм лечења у установи за лечење зависности. Програм детоксикације био је заступљенији од програма метадонског одржавања.

- У Београду оверену здравствену књижицу има 71,3% испитаника, а у Новом Саду готово 75% испитаника. У Београду се 69% испитаника за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима на примарном нивоу здравствене заштите (ПЗЗ), а у Новом Саду 46,7%. У Београду је 81,4% испитаника задовољно изабраним лекаром, а у Новом Саду 78,4% испитаника. У Београду је 77,1% испитаника задовољно услугама у дому здравља, за разлику од испитаника из Новог Сада који су задовољни у свега 54% случајева. У Београду скоро 70% жена има свог изабраног гинеколога, а у Новом Саду тек свака друга испитаница.
- Млађи испитаници из популације ИКД у Београду и Новом Саду сматрају да особе са HIV-ом треба да живе у изолацији. Скоро 2/3 испитаника у Београду и Новом Саду виктимизује особе са HIV-ом. Сваки други испитаник у Београду био је жртва физичког насиља, а у Новом Саду више од 2/3 испитаника.
- Преваленција HIV инфекције међу испитиваним ИКД у Београду је ниска и износила је 1,7%, док у Новом Саду међу испитаницима није регистрован ниједан реактиван тест на HIV. У Београду је преваленција сифилиса износила 1,3%, а у Новом Саду 2%. Не може се са сигурношћу извести закључак због чега је преваленција инфекције сифилисом виша од планираних 1% у циљевима за 2012. годину [13]. Једно од могућих објашњења је присуство инфективног сифилиса у сексуалним и социјалним мрежама међу испитиваном ИКД популацијом у Београду и Новом Саду.

6. ПРЕПОРУКЕ

- У следећем истраживању потребно је повећати обухват младих особа из популације ИКД, посебно оних узраста од 18 до 19 година. Њихов број у овом, као и у претходном истраживању, био је мањи од планираног, што је резултирало немогућношћу доношења адекватних закључака. Генерално, млади и адолесценти представљају посебно вулнерабилну субпопулацију ИКД, због незадовољавајућег нивоа знања, коришћења превентивних програма у мањем обиму, уз истовремено присуство ризичнијих облика понашања, посебно оних који се односе на сексуалну праксу. Такође, у серопревалентна и бихејвиорална истраживања, која ће се спроводити у будућности, потребно је укључити већи број особа женског пола, у циљу добијања веродостојних резултата и реалније процене ситуације у овој субпопулацији.
- Због позитивне корелације између превентивних програма и протективног понашања код ИКД, треба 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/УГ недовољно. 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 узроковане HIV-ом и других ППИ. У том смислу неопходна је континуирана едукација пружалаца услуга у различитим секторима, укључујући здравствене раднике, раднике запослене у апотекама, активисте невладиних организација/удружења, социјалне раднике, раднике у казнено-поправним институцијама итд, уз успостављање мултидисциплинарног приступа.

- Поред унапређења програма смањења штете усмереног на дрогу, неопходно је и истицање 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. Такође, због ниског квантума знања, неопходна је континуирана едукација ИКД о начинима трансмисије HIV-а и других ППИ, посебно хепатитиса Ц и Б у оквиру саветовалишног рада у институцијама и на терену. 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.
- Због изразито малог броја испитаника који је био укључен је у неки програм лечења, неопходно је повећати обухват ИКД одговарајућим терапијским програмима у установама за лечење болести зависности. У том смислу треба повећати доступност програма лечења, укључујући и опоидну супституциону терапију (ОСТ). Програми лечења и ОСТ требали би да буду у складу са савременим, дефинисаним доктринама, смерницама и протоколима лечења, уз истовремено доношење прописа у области лечења болести зависности, како у стационарним тако и у ванболничким установама, укључујући и здравствену службу у домовима здравља и установама за извршење заводских санкција.
- Успостављање мултисекторске сарадње са Министарством унутрашњих послова и Министарством правде подразумевало би развијање додатних специфичних програма намењених ИКД, уз ревизију постојеће законске регулативе у тој области, и истовремену дестигматизацију програма за смањење штете.
- Рехабилитација лечених ИКД је од великог значаја. Социјална интеграција лечених зависника обављала би се 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.

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. Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут”/Центар за превенцију и контролу заразних болести. Извештај о заразним болестима у 2011. години на територији Републике Србије, ИЈЗС, Београд, 2012.
5. Stimson GV. The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection. *Bulletin on Narcotics* 1993;45:3-17.
6. Des Jarlais DC, Friedman SR. HIV epidemiology and interventions among injecting drug users. *Int J STD AIDS* 1996;7: 157.161.
7. Ray Kim W. Global epidemiology and burden of hepatitis C. *Microbes and Infection* 2002;345: 41-52.
8. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine* 2001;345: 41-52.
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. 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.
13. Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Омладина ЈАЗАС-а, UN тематска група за HIV/AIDS у Србији. Унапређење националног система мониторинга и евалуације одговора на HIV инфекцију. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2011.
14. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2008.
15. Министарство здравља Републике Србије, Јединица за имплементацију пројекта Министарства здравља из донације Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Национална канцеларија за HIV/AIDS. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати. Министарство здравља Републике Србије, Београд; 2010.

ПРОЦЕНА ПРЕВАЛЕНЦИЈЕ HIV ИНФЕКЦИЈЕ 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:

Др Гордана Кртинић
Завод за јавно здравље Суботица

Консултант истраживања:

Проф. др Дејана Вуковић
Медицински факултет Универзитета у Београду

Теренски координатор:

Александар Прица, Асоцијација „Дуга”, Шабац

Вође теренских тимова:

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

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

Др Гордана Кртинић, Завод за јавно здравље Суботица

Кратак садржај:

Доминантан начин трансмисије HIV-а у Србији је незаштићен сексуални однос. Посматрајући кумулативно, број инфицираних је 3,5 пута већи код мушкараца у односу на жене, што указује на већу изложеност популације мушкараца HIV инфекцији и слаже се са подацима других земаља Европе и света. Основни циљ истраживања био је да се процени преваленција HIV инфекције и сифилиса међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ) у Београду и Новом Саду, као и осетљивост ове популације на HIV и друге полно преносиве инфекције. Истраживање је реализовано 2012. године, као поновљена био-бихејвиорална студија пресека на узорку од 400 МСМ испитаника у Београду и Новом Саду. Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Серопревалентна компонента рађена је анализом узетих узорака крви испитаника на HIV и сифилис брзим тестовима. Циљна популација су били мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима. Узорковање је вршено применом методе „грудве снега”. Истраживањем је било обухваћено 98,3% мушкараца и 1,7% трансродних особа. HIV преваленција износила је 4,4% у Београду и 2,67% у Новом Саду. Истраживање је указало на постојање удружених ризика код испитаника, што показује и преваленција сифилиса која је већа у односу на преваленцију у општој популацији. Процент саветованих и тестираних испитаника који су сазнали резултат тестирања износио је 43,6% у Београду и 44,7% у Новом Саду и значајно расте у односу на претходна истраживања. Током последње четири године дошло је и до значајног повећања броја МСМ које су обухваћени неким превентивним програмом. Праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције препознаје 62,4% испитаника у Београду и 68,7% испитаника у Новом Саду. Резултати студије су показали да трећина испитаника користи кондом при аналном сексу са сталним партнером, док у односима са повременим партнером исти користи две трећине испитаника. Евидентно је вишеструко повећање броја испитаника који су кондоме добијали од теренских радника, НВО и у ДПСТ центрима (57,6% у Београду и 47,3% у Новом Саду). Резултати указују на праксу честог мењања партнера: просечан број мушких полних партнера у последњих годину дана износио је 12,5 у Београду и 5,2 у Новом Саду. Здравствене услуге у дому здравља користи и има свог изабраног лекара више од три четвртине испитаника. Једна трећина испитаника задовољна је услугама које се пружају у дому здравља. Искуство стигме и дискриминације потврдило је 52% испитаника у Београду и 33,3% у Новом Саду, од којих су најчешћа вређање, понижавање и друштвена изолација. Истраживање је показало високу изложеност популације вишеструком насиљу и физичком насиљу од стране непознате особе. Потребно је обезбедити свеобухватну имплементацију циљаних програма из стратегије, уз дефинисање нових специфичних програма за смањење насиља, стигме и дискриминације. Посебна пажња мора бити усмерена на одрживост постојећих програма који су до сада дали резултате.

Кључне речи: преваленција, HIV, сифилис, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, стигма и дискриминација, здравствена служба, превентивни програми, ризично понашање.

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

Gordana Krtnic, MD, Institute of Public Health of Subotica

Abstract

Predominant way of HIV transmission in Serbia is unprotected sexual intercourse. From cumulative perspective the number of infected is 3.5 higher among men than women, which shows higher exposure of men population to HIV infection and is aligned with data from other countries in Europe and the world. The main objective of the survey was to estimate prevalence of HIV infection and syphilis among men who have sex with men (MSM) in Belgrade and Novi Sad, as well as to estimate the vulnerability of this population towards HIV and other sexual transmitted infections. The survey was conducted in 2012, as a repeated bio-behavioural cross-sectional study on a sample of 400 MSM respondents in Belgrade and Novi Sad. Specifically structured questionnaire with closed-ended questions was used as the research instrument. The biological component of the study was conducted through analysis by quick tests of respondents' blood samples on HIV and syphilis. Target population was men who have sex with men. Sampling was conducted through the "snowball" method. Research covered 98.3% of men and 1.7% of transgender persons. The prevalence of HIV was 4.4% in Belgrade and 2.67% in Novi Sad. The survey pointed out joint risks among respondents, also shown by prevalence of syphilis which is higher in relation to prevalence among general population. Percentage of counselled and tested respondents who learnt their test result was 43.6% in Belgrade and 44.7% in Novi Sad, showing significant increase compared to the previous surveys. During the last four years there was also a significant number of MSM covered by some of the prevention programs. The correct ways to prevent sexual transmission of HIV infection were recognized by 62.4% respondents in Belgrade and 68.7% in Novi Sad. Survey result showed that during anal sex with permanent partner condom is used by one third of respondents, while during intercourses with occasional partner condom is used by two thirds. There is an evident multiplied increase in number of respondents who obtained condoms from outreach workers, NGOs and in VCCT centres (57.6% in Belgrade and 47.3% in Novi Sad). Results indicate the practice of frequent changing of partners, as the average number of male sexual partners in the last year was 12.5 in Belgrade and 5.2 in Novi Sad. More than three quarters of respondents use medical services at healthcare centres and have their chosen doctors. One third of participants are satisfied with services provided by healthcare centres. Stigma and discrimination was experienced by 52% in Belgrade and 33.3% in Novi Sad, predominantly in the form of insults, humiliation and social isolation. The survey showed high exposure of population to multiple violence and physical violence from unknown persons. There is a need to assure comprehensive implementation of targeted programs from the strategy, while developing new specific programs for decreasing violence, stigma and discrimination. Special attention should be given to sustainability of existing programs which showed results so far.

Key words: prevalence, HIV, syphilis, men who have sex with men, stigma and discrimination, healthcare service, prevention programs, risk behaviour

1. УВОД

Према званичним подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, регистрована преваленција HIV-а у Србији износи 0,02%, што је сврстава у земље са ниском преваленцијом [1]. Доминантан начин трансмисије је незаштићен сексуални однос. Посматрајући кумулативно, број инфицираних HIV-ом у Србији 3,5 пута је већи код мушкараца у односу на жене, што указује на већу изложеност популације мушкараца HIV инфекцији и слаже се са подацима других земаља Европе и света [2]. У последње три године, дистрибуција по полу показује даљи пораст учешћа мушкараца у HIV инфекцији [1, 3, 4]. Само међу новооткривеним HIV инфекцијама у 2011. години, регистровано је 6,5 пута више мушкараца него жена, а више од половине свих новодијагностикованих HIV позитивних особа су мушкарци који су као ризик пријавили незаштићен сексуални контакт са мушкарцима (52%). У групама становништва под повећаним ризиком, тестираних већином добровољно у саветовалиштима током 2011. године, највиша серопреваленција регистрована је међу тестираним мушкарцима који наводе незаштићене сексуалне односе са другим мушкарцима као ризик (3,2%). Висока стигма и дискриминација, као и аутостигма, чини ову популацију тешко доступном, што додатно отежава спровођење превентивних мера [3, 4, 5].

У Србији су у складу са „Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију“ до сада организована и реализована два серопревалентна и бихејвиорална надзорна истраживања из оквира друге генерације надзора над HIV-ом, током 2008. и 2010. године [3, 4, 6]. Она су пружила почетне вредности индикатора на основу којих се може пратити тренд епидемије међу МСМ путем понављаних истраживања, како би се у условима ограничених ресурса имплементирали ефикасни циљани програми превенције у овој популацији [7, 8, 9,10].

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV 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 облика понашања.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ

Специфични циљеви истраживања су да се у испитиваној популацији у Београду и Новом Саду процени:

- Преваленција HIV инфекције и сифилиса
- Учесталост одређених ризичних и протективних облика понашања
- Ставови и знање везани за HIV и остале инфекције
- Приступачност и коришћење здравствених сервиса и програма, као и задовољство пруженим услугама у оквиру истих
- Заступљеност физичког насиља
- Степен стигме и дискриминације
- Заступљеност трансродних особа
- Учесталост тестирања и саветовања на HIV
- Величина популације мушкараца који су имали сексуалне односе са мушкарцима у Београду и Новом Саду.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1 ПЛАНИРАЊЕ ИСТРАЖИВАЊА

3.1.1 ТИП СТУДИЈЕ

Процена преваленције HIV инфекције и сифилиса и учесталости ризичних облика понашања међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима је дескриптивна епидемиолошка студија – студија пресека на дефинисаном узорку MSM популације која обухвата две компоненте: биолошку и бихејвиоралну.

3.1.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Студија је спроведена у два града, Београду и Новом Саду, због могућности поређења резултата истраживања из претходне две студије које су спроведене на истим локацијама.

3.1.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у периоду од априла до краја јуна 2012. године у три фазе: припремна фаза, фаза спровођења истраживања на терену и фаза обраде и анализе података.

Припремна фаза подразумевала је израду протокола истраживања, избор чланова истраживачког тима, припрему, организацију и спровођење тренинга, консултативне састанке, одређивање оквира популације, селекцију и интервју иницијалних испитаника, креирање и штампање упитника. Истраживање на терену је спроведено у периоду од 9. до 23. јуна 2012.

У трећој фази спроведена је завршна евалуација, контрола, обрада и анализа података, писање финалног извештаја и његова дисеминација.

3.1.4 ИЗБОР ПОПУЛАЦИЈЕ, МЕТОДОЛОГИЈА УЗОРКОВАЊА

Циљна популација су мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима. Због тешке доступности ове популације за истраживање (услед специфичности и присутне високе стигматизације), за узорковање се користила методологија *Snowball* (грудва снега), односно мрежно узорковање у циљу доласка до испитаника. Узорковању је претходило формирање оквира популације из кога су одабрани и иницијални испитаници. Сви испитаници који су испуњавали критеријуме дате у опису циљне групе, дефинисани су према месту доласка у контакт са потенцијалним сексуалним партнерима у четири групе: припадници популације који партнере налазе искључиво преко електронских медија (интернета, *chata*, огласа), испитаници који налазе партнере у клубовима, они који партнере проналазе у парковима и јавним тоалетима, и они који налазе партнере преко личних контаката и/или одласком на приватне журке. Иницијални испитаници су даље у истраживање укључивали своје контакте, а њихови контакти своје контакте, према унапред дефинисаним критеријумима до сатурнације тј. досезања задате величине узорка.

3.1.5 ПЛАНИРАНА И ДОСЕГНУТА ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Узорак за ово истраживање изабран је тако да обезбеди статистички поуздану процену индикатора.

Применом формуле:

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

где је D – коефицијент ефекта дизајна студије,

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

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (преваленција HIV међу испитаницима оба града добијена у истраживању 2010: Београд 3,9%, Нови сад 2%).

W – ширина интервала (ширина за границе грешке од $\pm 3\%$ је 0,06) одређена је величина узорка МСМ популације која ће бити укључена у студију).

Величина узорка израчуната на овај начин износи 400 испитаника за обе локације извођења студије, које су на основу горе наведених критеријума подељене на следећи начин: 250 +/- 30 испитаника за локацију у Београду, и 150 +/- 30 испитаника за локацију у Новом Саду. За дизајнирање величине узорка поред доступних података о МСМ популацији на основу теренских активности НВО у оба града и резултата преваленције истраживања из 2010. 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 и смањена за 20%. Досељена величина узорка износила је 400 испитаника: 150 испитаника у Новом Саду и 250 испитаника у Београду.

3.1.6 КРИТЕРИЈУМИ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ ИСПИТАНИКА

- 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.
- Дат информисан пристанак за учествовање у истраживању од стране испитаника, што је потврђено потписом испитаника.
- Нису претходно учествовали у истраживању међу МСМ у Београду или у Новом Саду.

3.1.7 ИНСТРУМЕНТАРИЈУМ

Као инструмент истраживања коришћен је посебно структурирани упитник са питањима затвореног типа. Упитник је дизајниран на основу сличних истраживања спроведених код нас и у другим земљама и омогућава добијање обавезних националних индикатора дефинисаних Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015, такође и могућност поређења са претходним истраживањима. Упитник покрива следеће области: социодемографске карактеристике испитаника; сексуалне навике; употребу психоактивних супстанци; продају сексуалних услуга; сексуалне односе са особама супротног пола; коришћење кондома; знање о ППИ; знање и ставове о HIV-у; питања везана за процену величине популације; приступачност, доступност и коришћење HIV превентивних услуга и програма унутар и ван система здравствене заштите, као и задовољство пруженим услугама у оквиру здравствених сервиса и програма; стигму и дискриминацију.

3.1.8 РЕАЛИЗАЦИЈА И НАЧИН ОБРАДЕ ПОДАТАКА

Теренска компонента истраживања спроведена је у *drop in* центрима у Београду и Новом Саду, уз претходни одабир, едукацију и припрему теренских тимова у оба града. Простор је испуњавао потребне критеријуме и располагао са физички одвојеним просторијама за селекцију испитаника, простором за анкетирање и саветовање и просторијом за тестирање. Пре почетка истраживања, у сваком граду је обављена припрема и интервју са иницијалним испитаницима из четири иницијалне групе. Учешће у студији било је добровољно за све испитанике.

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 по потреби помагали испитанику и давали допунска објашњења. Сви подаци из бихејвиоралне компоненте пролазили су дуплу контролу, како би се проверила логичка доследност и потпуност података. За обраду података коришћен је софтверски пакет SPSS. Подаци су обрађени путем дескриптивне и аналитичке статистике, дисагрегирани по узрасту испитаника и локацији. Ниво статистичке значајности је рачунат за ниво поверења од 95%.

3.1.9 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Варијабле које се односе на испитанике покривају следеће области: социодемографске карактеристике, навике и понашање, знање и ставове о HIV-у, доступност и коришћење HIV превентивних услуга и задовољство здравственим сервисима, стигму и дискриминацију и питања за процену величине испитиване популације.

Исходишне варијабле су: преваленција HIV-а и сифилиса; заступљеност ризичног понашања везаног за сексуалну праксу и психоактивне супстанце; продаја сексуалних услуга, сексуални односи са супротним полом, коришћење кондома; знање и извор информација о расположивим превентивним службама и програмима; доступност и коришћење расположивих превентивних служби и програма; задовољство здравственим услугама; стигма и дискриминација.

Предиктор варијабле су: социодемографске карактеристике; сексуална пракса; пракса употребе психоактивних супстанци (ПАС); информисаност о HIV-у и другим полнопреносивим инфекцијама (знања и ставови); информисаност, доступност и обухват превентивним сервисима и програмима.

Национални индикатори су дефинисани Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015:

Индикатор 18: Процент МСМ који су инфицирани HIV-ом.

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

Индикатор 20: Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (композитни индикатор).

Индикатор 21: Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци (композитни индикатор).

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

Индикатор 24: Процент МСМ инфицираних узрочником сифилиса.

3.1.10 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање се одвијало у складу са усвојеним етичким правилима која су била саставни део протокола. Пре укључивања у истраживање, сваки испитаник је добио усмено објашњење и писану информацију која је садржавала 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). Учешће у студији било је добровољно за све испитанике. Током истраживања, сви испитаници су добијали потпуне информације о местима где се може саветовати и тестирати на НИВ и ППИ, као и о установама и организацијама које пружају потребне здравствене услуге. Испитаницима је дељен информативно-едукативни материјал. Сви испитаници су током истраживања прошли кроз саветовање пре тестирања. Испитаници који су желели да сазнају резултате својих тестова, пролазили су саветовање после тестирања у оквиру којег су им саопштени резултати. У складу са резултатима тестова, испитаници су упућивани у друге релевантне установе и организације.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

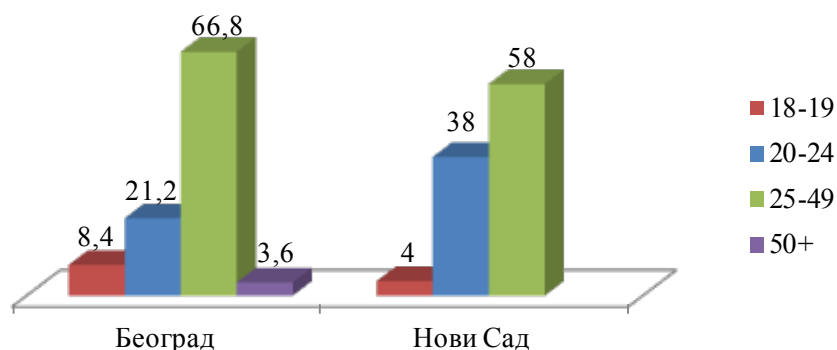
Резултати подразумевају дескриптивну статистичку обраду и биваријантну анализу националних и изабраних кључних индикатора за МСМ популацију. Статистичка значајност ($p < 0,05$) рачуната је за ниво поверења 95% у оквиру различитих стандардних обележја.

4.1 СОЦИОДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

У истраживању је анкетирано и тестирано 400 особа у оба града, узраста 18 и више година, од чега 250 у Београду и 150 у Новом Саду. Висок проценат испитаника у истраживању изјаснио се у мушком роду. Као трансродна особа изјаснило се 1,75% (7/400) испитаника, и то само у Београду, док се у Новом Саду свих 150 испитаника (100%) изјаснило у мушком роду. Величина узорка трансродних особа није била довољна за обраду и анализу, као и извлачење релевантних закључака.

Узраст испитаника: је био од 18 до 55 година живота у Београду, док је најстарији испитаник у Новом Саду имао 48 година. Највећи број испитаника се налазило у узрасној категорији 25–49 година са 66,8% (167/250) у Београду и 58% (87/150) у Новом Саду. У претходном истраживању, највећи број испитаника припадао је узрасту 25 година и више, док је у истраживању 2008. године највећи део обухваћених МСМ испитаника је био у узрасту од 15 до 34 године (графикон 1).

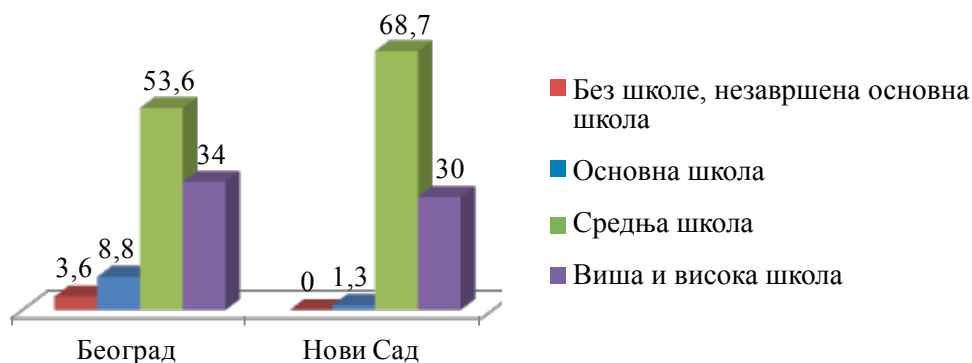
Графикон 1. Структура узорка према старосним категоријама



Место рођења и пребивалиште: Више од половине испитаних у Београду (128/250) рођено је у Београду (51,2%), док је 43,3% испитаних у Новом Саду рођено у Новом Саду (65/150). У унутрашњости (Србија, Војводина, Косово) је рођено 38,8% испитаника из Београда и 43,3% из Новог Сада. Испитаници у студији просечно живе 19,1 годину у Београду ($\bar{x}=18,2$; $med=19,5$; $SD=13,1$), и 14,7 година у Новом Саду ($\bar{x}=14,7$; $med=11,0$; $SD=12,5$).

Национална структура испитаника: Највише испитаника (69,2% у Београду, 60% у Новом Саду) изјаснило се као припадник српске националности. Као Муслиман изјаснило се 14% испитаника у Београду и 22,7% у Новом Саду. Следе Роми, Мађари, Црногорци, Хрвати и Југословени са 1,6–3,6% заступљености у узорку. Остале националности су у занемарљивим процентима. Око 2% испитаника у оба града било је неопредељено или се није желело изјаснити по националној припадности.

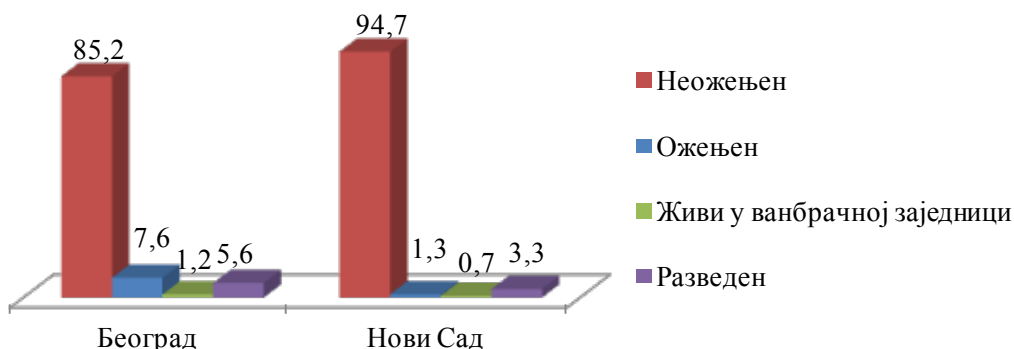
Графикон 2. Образовна структура испитаника



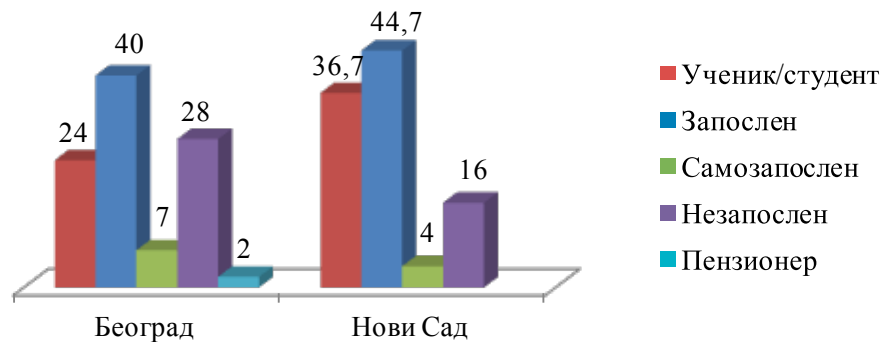
Структура узорка према образовању: Највећи број испитаника је завршио средњу школу (53,6% у Београду; 68,7% у Новом Саду), али значајан проценат има завршену вишу и високу школу. Структура узорка према образовању слична је и у претходна два истраживања (графикон 2).

Структура узорка према брачном статусу: Највећи број испитаника је неожењен (85,2% у Београду, 94,7% у Новом Саду). У брачној заједници живи 7,6% испитаника у Београду и 1,3% у Новом Саду, док је 5,6% у Београду и 3,3% испитаника у Новом Саду разведено (графикон 3). Претходна истраживања имала су сличну структуру узорка према брачном статусу.

Графикон 3. Брачни статус испитаника

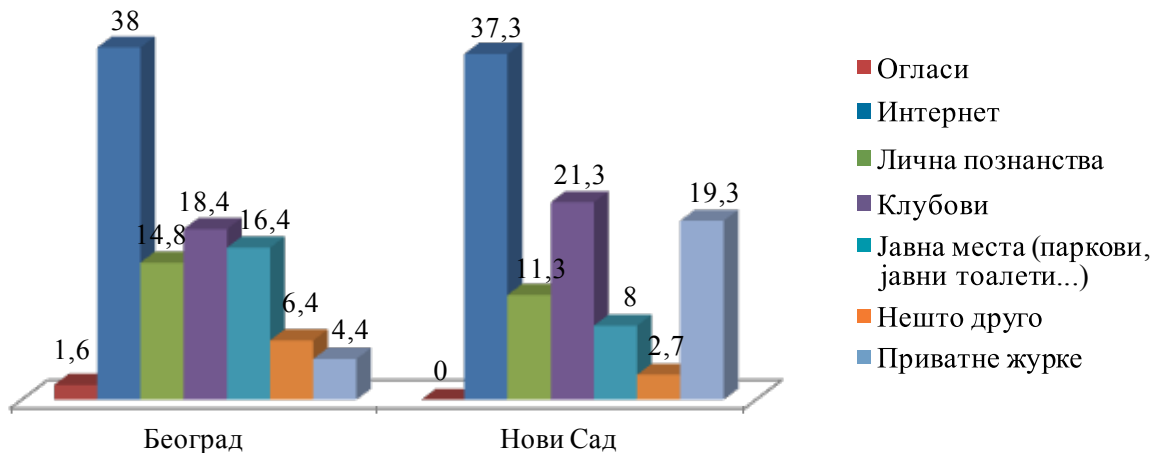


Структура узорка према радном статусу: У односу на радни статус, највећи број анкетираних чине ученици/студенти (24% у Београду, 36,7% у Новом Саду) и запослени (40% у Београду, 44,7% у Новом Саду). Значајан проценат испитаника је незапослен (27,6% у Београду, 15,3% у Новом Саду) (графикон 4). У претходном истраживању узорак је чинио нешто већи проценат ученика/студената, а проценат незапослених био је нижи.

Графикон 4. Структура узорка према радном статусу

Коришћење интернета: Само 1,25% испитаника није пријавило коришћење интернета. Остали испитаници редовно користе интернет. Просечан узраст корисника интернета је 28,9 у Београду и 22,7 у Новом Саду. Приметан је пораст коришћења интернета у односу на претходна два истраживања (2010: 8,3%, 2008: 30% није користило интернет).

Структура узорка према уобичајеном начину проналажења партнера: Највећи број испитаника у оба града је у последњу годину дана партнере проналазио преко интернет огласа и форума (38% у Београду, 37,3% у Новом Саду). Значајан проценат је налазио партнере у клубовима (18,4% Београд, 21,3% Нови Сад), путем личних познанстава и на приватним журкама, а у значајној мери су као места проналажења заступљена јавна места (јавни тоалети, паркови) (графикон 5). У односу на претходно истраживање, већи проценат испитаника партнере проналази у клубовима и на јавним местима.

Графикон 5. Структура узорка према уобичајеном начину налажења партнера

Процент МСМ који су били укључени у истраживање 2010. године: Од укупног броја испитаника укључених у студију, 23,5% испитаника из оба града учествовало је и у претходном истраживању 2010. године. У Београду је 16,4%, а у Новом Саду 35,3% испитаника учествовало у претходној студији.

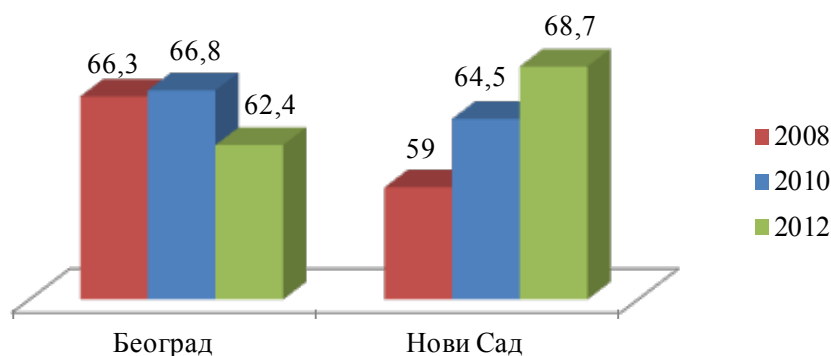
4.2 НАЦИОНАЛНИ ИНДИКАТОРИ

Индикатор 18: Процент МСМ који су инфицирани HIV-ом.: Од 250 тестираних испитаника у Београду, реактивно на HIV било је 11 испитаника (4,4%, са 95% CI 1,84–6,96). Преваленција је нешто већа у односу на претходно истраживање (2010:3,9%), а мања у односу на резултате прве студије (2008:6,1%). Највећи проценат HIV инфицираних регистрован је у узрасним групама 50+ и 25–49 година ($\chi^2=8,62$; $df=3$; $p=0,035$). Код испитаника из Новог Сада, антитела на HIV доказана су код 4 од 150 тестираних (2,67%, са 95% CI 0,6–5,27). Преваленција је нешто већа у односу на претходна два истраживања (2010:2,0%; 2008:2,4%). Нема статистички значајних разлика према узрасту испитаника.

Индикатор 19: Процент МСМ који су пријавили употребу кондома током последњег аналног сексуалног односа с мушким партнером у последњих шест месеци. У Београду је 58,4% (146/250) испитаника пријавило употребу кондома при последњем аналном односу са мушким партнером (95% CI 52,2–64,5), нешто мање у односу на претходно истраживање (2010:64,3%; 2008:67,1%). У Новом Саду је 64% (96/150) испитаника користило кондом (95% CI 56,2–71,7), значајно већи проценат у односу на претходне две студије (2010:53,0%; 2008:58,4%). Нема статистички значајних разлика у односу на добне групе испитаника, као и у односу на обухваћеност испитаника превентивним програмима.

Индикатор 20: Процент МСМ који препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV. Ово је композитни индикатор који од испитаника захтева тачне одговоре на пет узастопних питања о начинима трансмисије HIV-а и протективном понашању. У Београду је 62,4% испитаника испунило услове дефинисане индикатором (95% CI од 56,3–68,4), док је у Новом Саду тачно одговорило 68,7% испитаника (95% CI 61,1–76,2). Не постоје статистички значајна одступања у односу на старосне групе, иако је у оба града најнижи проценат тачних одговора у добној групи 18–19. Вредност индикатора је нижа у односу на вредности из претходне студије за Београд, док је у Новом Саду виша у односу на претходна истраживања. (2010:64,5%; 2008:59%) (графикон 6).

Графикон 6. Процент МСМ који препознају праве начине превенције трансмисије HIV и одбацују главне заблуде везане за трансмисију (вредности у три надзорна истраживања)

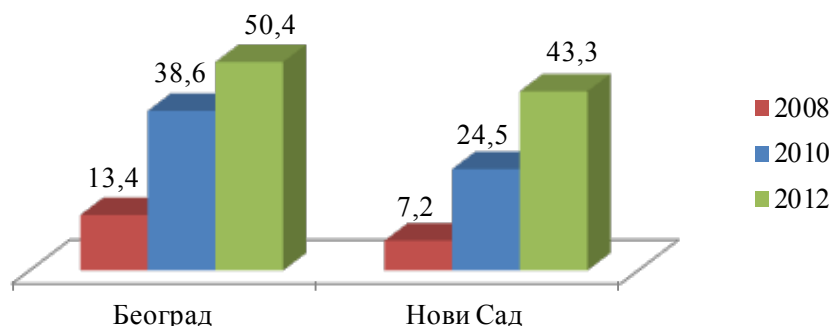


Испитаници из Београда који су били обухваћени превентивним програмима боље препознају праве начине превенције HIV-а и одбацују главне заблуде од испитаника који овим програмима нису били обухваћени ($\chi^2=7,34$; $df=1$; $p=0,007$).

Индикатор 21: Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у последњих 12 месеци. Овај композитни индикатор подразумева проценат испитаника који је добијао кондоме од теренских радника у НВО и ДПСТ центрима уз правилно идентификовање места где се може саветовати и тестирати на HIV. У Београду је 50,4% (95% CI 44,1–56,6) испитаника обухваћено превентивним програмом, док је у Новом Саду истим обухваћено 43,3% испитаника (95% CI 35,3–51,3), где постоји и статистички значајна разлика у односу на старосну доб испитаника. Превентивним програмом највише су обухваћени

испитаници 25–49 година са 29,3% ($\chi^2=7,42$; $df=2$; $p=0,02$). У односу на претходне две студије, јасно се уочава вишеструки пораст обухвата испитаника у оба града (графикон 7).

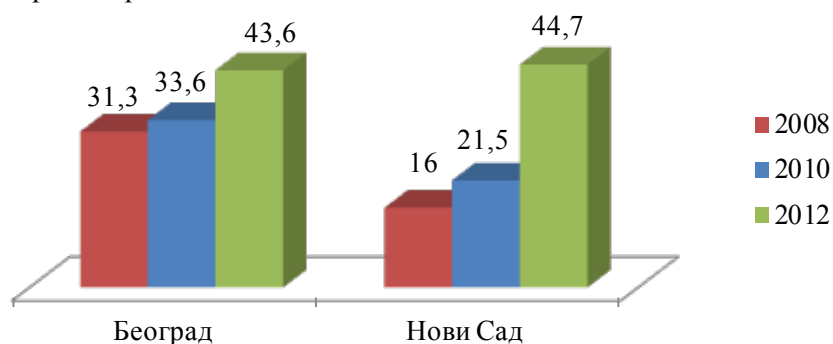
Графикон 7. Процент МСМ обухваћених превентивним програмима у три надзорна истраживања



Индикатор 22: Процент МСМ који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултате тестирања. У Београду је у последњих годину дана 43,6% испитаника обавило тестирање и сазнало резултате тестирања (95% CI 37,4–49,8), док је у Новом Саду то исто учинило 44,7% испитаника (95% CI 36,6–52,7), где је статистички значајно мањи број тестираних у узрасту 18–19 година ($\chi^2=6,39$; $df=2$; $p=0,04$). У односу на претходне студије, број тестираних је значајно већи (2008:31,3/16%; 2010:33,6/21,5%) (графикон 8).

Статистички значајно већи број тестираних испитаника је међу МСМ који су били обухваћени превентивним програмима ($\chi^2=68,34$; $df=1$; $p=0,000$).

Графикон 8. Процент МСМ који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултате тестирања у три надзорна истраживања



Индикатор 24: Процент МСМ инфицираних узрочником сифилиса. Према резултатима скрининга, сифилисом је у Београду инфицирано 17,6% испитиване популације, вишеструко већи проценат у односу на резултате претходне студије, док је у Новом Саду било реактивно 1,3% тестираних (95% CI 0,5–3,2), значајно мање него у претходној студији (2010:2,5%). Овако висок проценат и то само приликом тестирања првих истраживачких дана побудио је сумњу истраживача и покренуло захтеве за додатним анализама серолошке компоненте студије и дала је објашњење за нереално већи број реактивних серума у Београду. Према извештају о поузданости серолошких налаза, закључено је да је далеко већи број реактивних серума од очекиваног вероватно последица оштећења тестова (денатурација антигена) дистрибуираних на истраживачко место у Београду. Из тог разлога, сви реактивни испитаници упућивани су на додатну проверу серолошког статуса конфирмационим тестовима. Међутим, нису се сви испитаници одазвали тој провери. Тако је од 19 ретестираних испитаника, позитиван налаз потврђен код четири испитаника. На основу свега изнетог, резултати овог индикатора за Београд не могу се сматрати валидним.

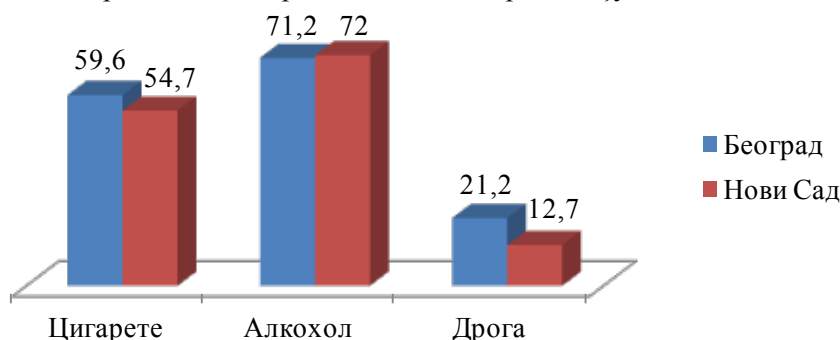
4.3 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И ФАКТОРИ РИЗИКА

Коришћење цигарета, алкохола и психоактивних супстанци (ПАС). Активно пушење је пријавило 57,7% (231/400) испитаника у оба града. У Београду 59,6%, а у Новом Саду 54,7% испитаника активно пуши цигарете, приближно исти проценат као у претходном истраживању. Коришћење алкохола је пријавило 71,5% (286/400) испитаника у оба града, нешто већи проценат у односу на истраживање 2010. године, када је 63% анкетираних пријавило коришћење алкохола. Није утврђена статистички значајна разлика у пушењу и коришћењу алкохола у односу на доб испитаника.

Дрогу користи 18% (72/400) испитаника у оба града, нешто већи проценат у односу на претходно истраживање. Коришћење ПАС заступљеније је међу анкетираним у Београду (21,2%), у односу на Нови Сад, где 12,7% испитаника користи исту. У односу на добне групе, постоји статистички значајна разлика са заступљенијим коришћењем дроге у млађим добним групама у Београду, где 38,1% младих узраста 18–19 година користе дрогу ($\chi^2=11,72$; $df=3$; $p=0,008$). У Новом Саду дрога је са 18,4% најзаступљенија у узрасту 25–49 година ($\chi^2=6,271$; $df=2$; $p=0,043$).

Процент МСМ који користи инјектирајуће ПАС. Дрогу убризгавањем узима 4% (16/400) испитаника у оба града, значајно већи проценат у Београду (5,6%) у односу на Нови Сад (1,3%). Готово исти проценат анкетираних у претходном истраживању навео је да узима дрогу убризгавањем (4,2%). Испитаници у оба града углавном користе потпуно нов и некорисћен, или само свој прибор за инјектирање. Само један испитаник из Београда навео је да је користио туђи прибор за инјектирање (0,25%) (графикон 9).

Графикон 9. Активно коришћење цигарета, алкохола и дрога међу МСМ



4.4 СЕКСУАЛНА ИСТОРИЈА ИСПИТАНИКА

Први пенетрантан анални однос са мушкарцем. Први пенетрантан анални однос са мушкарцем је код већине МСМ испитаника био око 19. године живота (Београд: $\bar{x}=19,0$; $med=18,0$; $SD=4,3$ Нови Сад: $\bar{x}=19,7$; $med=19,0$; $SD=3,6$). У претходна два истраживања добијене су готово исте вредности овог индикатора. Просечан број година колико су испитаници имали при првом аналном односу износио је 19 година у Београду ($med=18$) и 19,7 у Новом Саду ($med=19$).

Први пенетрантан анални однос са женом. Први пенетрантан анални однос са женом био је око 18. године живота код испитаника у Београду ($\bar{x}=18,1$; $med=17,0$; $SD=4,5$), а 17. у Новом Саду ($\bar{x}=17,1$; $med=17,0$; $SD=5,8$). Сличне вредности добијене су у претходном истраживању. Испитаници у ранијем узрасту ступају у пенетрантан анални однос са женом у односу на пенетрантан анални однос са мушкарцем.

Пенетрантан вагинални однос са женом. Од укупног броја анкетираних у студији, 55,2% (221/400) испитаника навело је да је имало вагиналне сексуалне односе са женом, док је просечан број година при првом односу био 17 у оба града. Идентичне вредности добијене су и у претходном истраживању.

Процент МСМ који су имали орални секс са мушкарцем у последњих 12 месеци. Орални секс са мушкарцем у претходних 12 месеци искусило је 98% испитаника у оба града, нешто већи проценат у односу на претходне две студије (2008:91%; 2010:94,8%). Орални секс најчешће су упражњавали испитаници старости 25–49 година у Београду, 99,4% ($\chi^2=11,55$; $df=3$; $p=0,009$), док међу анкетираним у Новом Саду није било статистички значајне разлике у односу на добне групе.

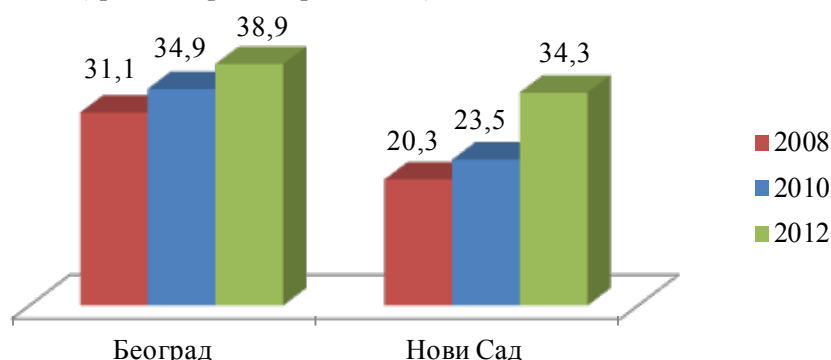
Процент МСМ који су користили кондом при оралном сексу са мушкарцима у последњих 12 месеци. Око 65% испитаника одговорило је да није користило кондом при оралном сексу у последњих 12 месеци у оба града, нешто већи проценат у односу на претходно истраживање (60%). У Београду се 54,7% анкетираних изјаснило да никад не користи кондом при оралном сексу. Само 6,1% испитаника у истом периоду користило је кондом увек при оралном сексу, док је приликом последњег оралног сексуалног односа исти користило 19,8% испитаника, мање него у претходне две студије (2008:23,2%; 2010:31,4%).

У Новом Саду 82,3% испитаника није користило кондом при оралном сексу у последњих 12 месеци, што је значајно више у односу на 68,0%, колико се изјаснило у претходном истраживању. Само 0,7% анкетираних у Новом Саду увек користи кондом при оралном сексу, док је приликом последњег оралног односа исти користило 23,1% испитаника, приближно исти проценат као у претходна два истраживања (2008: 20,6%; 2010:21,5%).

Као најчешћи разлог некоришћења кондома током оралног секса, испитаници у Београду наводе да нису сматрали неопходним (41,6%), као и однос са сталним партнером (24,7%). Испитаници у Новом Саду као најчешћи разлог наводе однос са сталним партнером (45%), док њих 40% сматра да није неопходан. Исти водећи разлози забележени су и у претходна два истраживања, где се орални сексуални контакт сматра безбеднијим у односу на друге сексуалне контакте.

Коришћење кондома при аналном сексу са сталним и повременим партнерима у последњих 12 месеци. Кондом са сталним партнером приликом аналног секса у последњих 12 месеци користило је 38,9% испитаника у Београду и 34,3% испитаника у Новом Саду, нешто већи проценат у односу на претходна истраживања (2008: Бг 31,1%; НС 20,3%; 2010: Бг 34,9%; НС 23,5%) (графикон 10). Нема статистички значајне разлике у коришћењу кондома са сталним партнером у односу на добне групе. Са повременим партнером приликом аналног односа кондом је увек користило 60,6% испитаника у Београду, 74,8% у Новом Саду, такође већи проценат него у претходним истраживањима.

Графикон 10. Процент коришћења кондома приликом аналног секса са сталним партнером у претходних 12 месеци (три надзорна истраживања)



Као најчешћи разлог некоришћења кондома приликом последњег аналног сексуалног односа, испитаници у оба града наводили су секс са сталним партнером (Београд 43,4%, Нови Сад 64,8%). Исти разлог са приближним вредностима испитаници су наводили у претходна два истраживања, што указује да се веза са сталним партнером узима као главни разлог за некоришћење кондома.

4.4.1 СЕКСУАЛНА ИСТОРИЈА – БРОЈ И ПАРТНЕРИ

Просечан број различитих полних партнера у претходних 12 месеци. Просечан број мушких партнера са којима су испитаници имали анални секс у последњих 12 месеци у Београду је износио 12,5 ($\bar{x}=12,48$; $med=5,0$; $SD=39,7$) и значајно је већи у односу на Нови Сад, где је просечан број износио 5,2 ($\bar{x}=5,25$; $med=3,0$; $SD=7,1$). Ово је значајно већи број партнера у односу на претходна истраживања (2008:8,5 Бг/ 3,2 НС; 2010: 5,7 Бг /4,1 НС). Просечан број партнера када су испитаници били пасивни у последњих 12 месеци износио је у Београду 7,2 ($\bar{x}=7,23$; $med=2,0$; $SD=38,9$), што је три пута више у односу на Нови Сад, где је просечан број партнера износио 2,4 ($\bar{x}=2,41$; $med=1,0$; $SD=3,6$). Вредности су такође веће у односу на претходне две студије.

Процент МСМ који су имали односе под утицајем алкохола. Сексуалне односе под утицајем алкохола у последњих 12 месеци пријавило је 41,7% испитаника у оба града, нешто мањи проценат него у претходном истраживању (2010:43,9%). Том приликом је 59,3% испитаника користило кондом (2010:62,0%). У Београду је 44,8% испитаника имало односе под утицајем алкохола, 59,1% њих је користило кондом. У Новом Саду је 36,9% испитаника имало односе под утицајем алкохола, а од њих је 61,8% користило кондом.

Процент МСМ који су имали односе са комерцијалним партнерима. Веома мали проценат испитаника у оба града плаћао је за услуге аналног сексуалног односа (2,8% у Београду, 1,3% у Новом Саду), и нижи је у односу на претходна два истраживања. Није идентификована статистичка значајност у плаћању услуга у односу на доб испитаника. Нешто већи проценат испитаника у односу на претходно истраживање био је плаћен за пружање услуга комерцијалног секса у последњих годину дана (10,8% Београд, 2,7% Нови Сад). При последњем аналном сексу са комерцијалним партнером, кондом је користило 71,1% испитаника из Београда и 53,3% испитаника из Новог Сада, значајно мање у односу на претходно истраживање, када је употребу кондома пријавило 95,5% испитаника.

Процент МСМ који су имали сексуални однос са женом у последњих 12 месеци. У последњих 12 месеци сексуални однос са женом пријавило је 16% испитаника из Београда и 54,7% испитаника из Новог Сада, значајно више у односу на претходне студије (2008:22,4/31,6%; 2010:18,7%). Највише испитаника у Новом Саду који су имали сексуални однос са женом унутар 12 месеци је у добној групи 25–49 година ($\chi^2=6,25$; $df=2$; $p=0,04$).

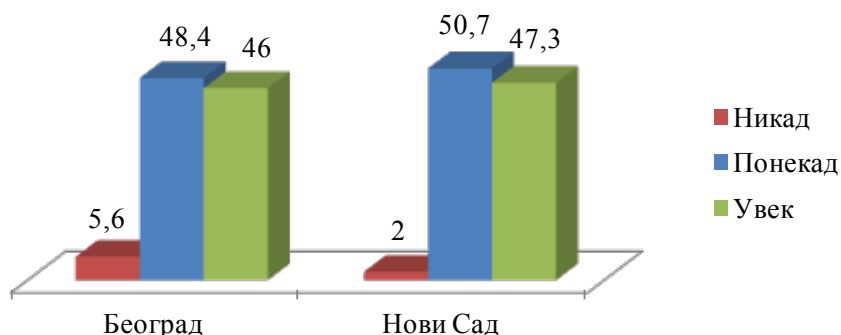
Са свим партнеркама, кондом је увек користило 37,6% испитаника у Београду и 51,2% у Новом Саду (2010:37,3%). Код последњег пенетрантног односа са женом, у Београду је 79,1% анкетираних користило кондом, 79,1% у Новом Саду (2008:60,0/55,7%; 2010: 72,6%).

4.4.2 ПРОТЕКТИВНО И РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И НАВИКЕ

Начини набављања кондома у последњих 12 месеци. У Београду је 57,6%, а у Новом Саду 47,3% испитаника кондоме добијало од теренских радника у НВО, drop in и ДПСТ центрима, вишеструко већи проценат у односу на претходне две студије (2008: 17,5/12,0%; 2010: 15,0/6,0%).

Процент МСМ који користе лубрикант приликом аналног сексуалног односа. У Београду 46% испитаника увек користи лубрикант код аналног односа, док 48,4% исти користи понекад. У Новом Саду 47,3% увек користи исти, а понекад 50,7%. У претходном истраживању 39,5% испитаника увек користи лубрикант, што говори у корист повећања броја МСМ који увек при аналном односу користе и лубрикант (графикон 11).

При последњем аналном односу лубрикант је користило 78,4% испитаника из Београда и 81,6% из Новог Сада. Од њих, лубрикант на бази воде користило је 83,5% анкетираних у Београду и 92,5% у Новом Саду.

Графикон 11. Процент учесталости коришћења лубриканата

4.5 СЕКСУАЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Секретију и/или друге промене на полном органу у последњих 12 месеци навело је 10,8% испитаника из Београда, од којих је помоћ у државној здравственој установи затражило 38,5%. У Новом Саду је 2,7% испитаника имало исти проблем, а помоћ у здравственој установи ради лечења затражило је 75,0% њих. У односу на претходну студију, у Београду се бележи повећање броја МСМ са полно преносивим инфекцијама (2010: 7,1%).

4.6 ЗНАЊЕ И СТАВОВИ О HIV ИНФЕКЦИЈИ

За постојање HIV/AIDS-а зна 99,2% испитаника у Београду и 98% у Новом Саду, приближно исти проценат добијен је у претходном истраживању. Праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а препознаје и заблуде одбацује 62,4% анкетираних у Београду, мање него у претходној студији, и 68,7% у Новом Саду. Разлике у знању испитаника по питањима из овог композитног индикатора приказане су у табели 1.

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

ЗНАЊЕ	2012.		2010.	
	Београд	Нови Сад	Београд	Нови Сад
Упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	78,4%	77,3%	81,8%	84%
Правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	93,6%	96%	97,1%	96%
Особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом	91,2%	96%	92,9%	95%
Особа се не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом	88,4%	93,3%	91,4%	94%
Особа се не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	83,2%	85,3%	84,6%	81,9%

Место где се може тестирати на HIV правилно идентификује 78,8% испитаника из Београда и 90,7% испитаника из Новог Сада. О својој сексуалној оријентацији се у Београду приликом тестирања изјаснило 71,2% испитаника, у Новом Саду 74,5%. У претходним истраживањима у Београду се изјаснио нешто већи проценат испитаника (2010:73,1%; 2008:67,2%), док је у Новом Саду то учинио мањи проценат (2010:47,6%; 2008:45,5%).

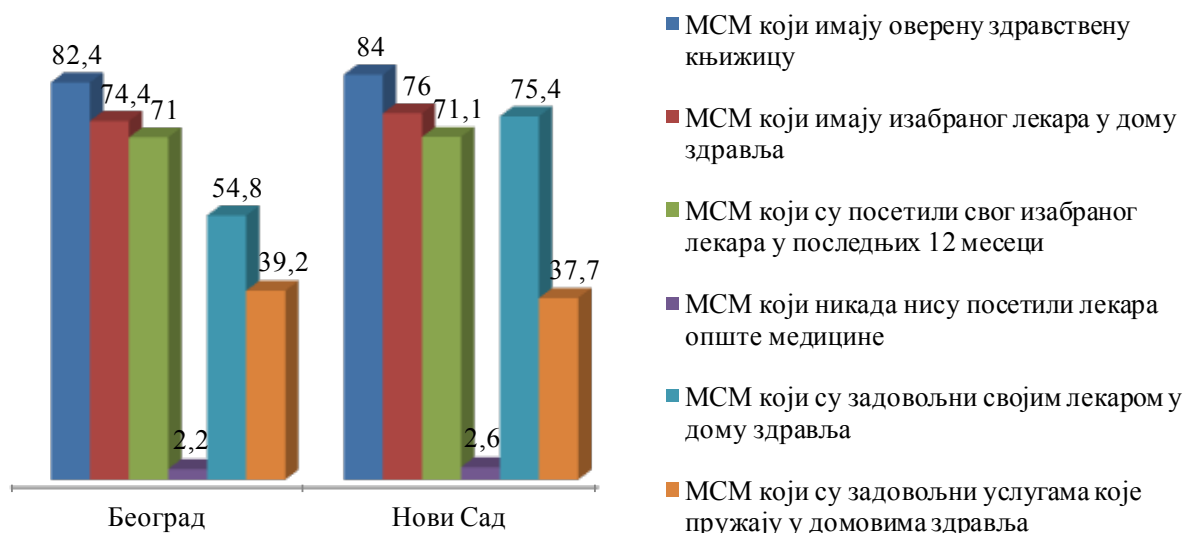
4.7 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

Процент МСМ који имају здравствено осигурање. Оверену здравствену књижицу има 82,4% испитаника из Београда и 84% испитаника из Новог Сада, приближно колико и у претходној студији. У односу на узраст, нема статистички значајне разлике у доступности здравственој заштити.

Процент МСМ који се за решавање здравственог проблема прво обраћа лекарима примарне здравствене заштите. У Београду се за решавање здравствених проблема лекарима домова здравља јавило 73,2% испитаника, док је у Новом Саду то исто учинило 67,3% испитаника. Сличне вредности добијене су у претходном истраживању (2010:69,3% Београд, 71,5% Нови Сад). Свог изабраног лекара у дому здравља има 74,4% испитаника из Београда и 76% из Новог Сада. У последњих 12 месеци изабраног доктора је посетило 71% испитаника у Београду и 71,1% у Новом Саду, значајно више у односу на претходно истраживање (2010:52,5% Београд, 43,5% Нови Сад). Само 2,2% анкетираних у Београду и 2,6% у Новом Саду никад није посетило лекара опште медицине. Просечан број посета изабраном лекару у Београду износи 4,4 (med=3,0; SD=4,5), у Новом Саду 3,5 (med=2,0; SD=3,4), колико и у претходном истраживању. Максималан број посета кретао се до 30. Услуге лекара приватне праксе користило је 38,4% анкетираних у Београду и 47,3% у Новом Саду, приближно колико и у претходној студији. Преко две трећине испитаника користило је услуге стоматолога (74,7% Београд, 66,1% Нови Сад), затим следе посете дерматологу и хирургу.

Процент МСМ који су задовољни радом свог лекара и услугама које се пружају у дому здравља. Радом свог изабраног лекара задовољно је 54,8% испитаника у Београду и 75,4% испитаника у Новом Саду. Резултати показују да је задовољство изабраним доктором значајно порасло у односу на претходно истраживање (2010: 40,4% Београд, 41% Нови Сад). Услугама које се пружају у домовима здравља задовољно је 39,2% испитаника у Београду и 37,7% испитаника у Новом Саду, што је приближно вредностима из претходне студије (2010: 37,5% Београд, 40,5% Нови Сад) (графикон 12).

Графикон 12. Доступност и задовољство здравственим услугама



4.8 СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

Изолација особа које живе са HIV-ом. У Београду 12,9%, а у Новом Саду 4,8% МСМ испитаника сматра да HIV позитивне особе не би требало да се мешају са осталима. У односу на претходну студију, овакво мишљење има нешто више испитаника из Београда (2010:9,7% Београд, 5,5% Нови Сад). Трећина испитаника у Новом Саду која заступа ово мишљење је узраста 18–19 година ($\chi^2=11,98$; $df=2$; $p=0,002$).

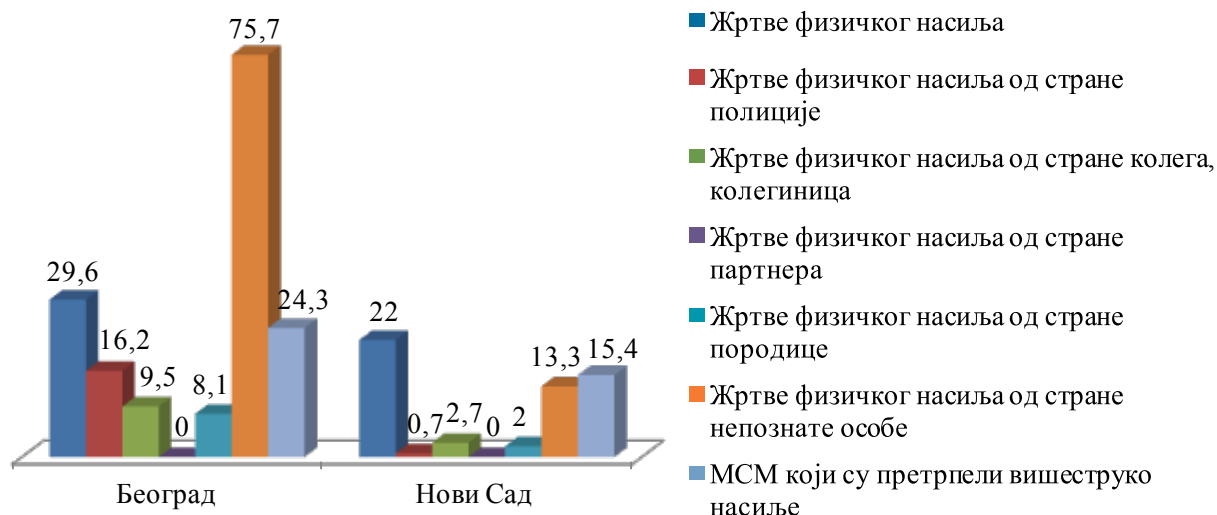
Да су особе са HIV-ом саме криве за свој статус сматра 64,1% испитаника из Београда и 52,4% испитаника из Новог Сада. Овакав став у односу на претходну студију има нешто већи проценат испитаника из Београда, а мањи у Новом Саду.

Искуство стигме и дискриминације. Половина анкетираних МСМ у Београду (52%) искусила је стигму и дискриминацију у последњих 12 месеци, слично као у претходном истраживању, док је исто искуство у Новом Саду имало 33,3% испитаника. Од оних који су искусили дискриминацију, 83,3% је у узрасту 18–19 година. Од укупног броја испитаника који су искусили стигму и дискриминацију, највећи проценат се односио на вређање и понижавање (43,2% Бг, 26% НС) и друштвену изолацију (23,6% Бг, 11,3% НС), слично као у претходном истраживању. Ускраћивање услуга због сексуалне оријентације доживело је 4% испитаника у Београду и 0,7% у Новом Саду, док је 4,8% у Београду и 2,7% у Новом Саду изјавило да их је напустио партнер.

Висок проценат испитаника у оба града се аутостигматизује (55,2% Бг, 42% НС), највише у средњој животној доби 25–49 година ($\chi^2=13,51$; $df=3$; $p=0,004$). Сличне вредности добијене су и у претходној студији.

Процент МСМ који знају да је донет Закон о забрани дискриминације. Са постојањем Закона о забрани дискриминације упознато је 83,6% испитаника у Београду и 86% у Новом Саду, највише у старосној групи 20–24 године (99,5%). У претходном истраживању је 88,1% испитаника изјавило да је упознато са Законом. Нешто више од четвртине испитаника у оба града верује да ће Закон променити њихов положај (29,6% Бг, 22% НС),

Процент МСМ који су били жртве физичког насиља. У Београду је 29,6%, а у Новом Саду 17,3% испитаника изјавило да су били жртве физичког насиља. У односу на претходно истраживање, проценат жртава физичког насиља значајно је порастао у Новом Саду (2010:9,5%). У односу на извршиоца, испитаници су физичко насиље најчешће трпели од непознатих особа (75,5% Бг, 13,3% НС). Насиље од стране полиције је значајно смањено у односу на резултате из претходног истраживања. У Београду је 16,2% анкетираних, а у Новом Саду 0,7% претрпело насиље од стране овог извршиоца (2010: 25,6% Бг, 5,3% НС). Вишеструко насиље претрпело је 24,3% испитаника у Београду и 15,4% у Новом Саду. У претходном истраживању исти проценат вишеструког насиља доживели су испитаници у Београду (24,4%), док је ниво насиља у Новом Саду 2010. био троструко нижи (5,3%) (графикон 13).

Графикон 13. Насиље према извршиоцу

5. ЗАКЉУЧЦИ

Истраживање спроведено у Београду и Новом Саду у периоду од маја до јуна 2012. године обухватило је узорак од 400 МСМ испитаника (250 у Београду и 150 у Новом Саду), узраста 18 до 59 година, са циљем да се процени преваленција и ризични облици понашања ове популације везано за HIV и друге ППИ. У погледу структуре узорка, истраживање је обухватило све четири критеријумима дефинисане субпопулације по начину проналажења партнера. Узорак испитаника који се изјашњавају као трансродне особе био је исувише мали да би се могла рачунати статистичка значајност и изводити релевантни закључци. На основу резултата истраживања може се закључити следеће:

- HIV инфекција је регистрована код 4,4% (11/250) у Београду и 2,67% (4/150) у Новом Саду. Преваленција је нешто виша у односу на претходну студију у оба града, док је у односу на истраживање из 2008. у Београду скоро двоструко нижа.
- Антитела на сифилис откривена су код 17,6% испитаника из Београда и из разлога наведених у резултатима студије налази овог индикатора не могу се сматрати валидним. У Новом Саду регистровано је 1,3% реактивних на сифилис, што је двоструко мање у односу на претходну студију.
- Готово две трећине испитаника у оба града (58,4% у Београду, 64% у Новом Саду) пријавило је употребу кондома при последњем аналном сексуалном односу са мушким партнером у последњих шест месеци. Вредност овог индикатора према резултатима из све три студије у Београду опада, док је у Новом Саду значајно порастао број МСМ који су користили заштиту.
- Праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а препознаје и одбацује главне заблуде 62,4% испитаника у Београду и 68,7% испитаника у Новом Саду. У односу на претходна истраживања, вредност овог индикатора је нижа у Београду, док се у Новом Саду уочава пораст броја испитаника који препознају праве начине превенције.
- Уочен је значајан пораст у обухвату МСМ популације превентивним програмима у односу на резултате из претходне две студије. У Београду је више од половине (50,4%), а у Новом Саду 43,3% испитаника обухваћено овим програмима, и то највише у узрасту од 25 до 49 година. Међу испитаницима из Београда постоји значајна статистичка повезаност између обухвата превентивним програмима и препознавања правих начина превенције.

- Процент саветованих и тестираних испитаника који знају резултат тестирања износио је 43,6% у Београду и 44,7% у Новом Саду и значајно је већи у односу на претходна два истраживања. Место где се може тестирати на HIV правилно идентификује 78,8% испитаника из Београда и 90,7% испитаника из Новог Сада.
- Приликом тестирања се о својој сексуалној оријентацији изјаснио већи проценат испитаника него у претходне две студије (71,2% испитаника у Београду и 74,5% испитаника у Новом Саду).
- Евидентно је вишеструко повећање броја испитаника који су кондоме добијали од теренских радника, у НВО, drop in и ДПСТ центрима у односу на претходне студије (57,6% у Београду и 47,3% у Новом Саду).
- Резултати указују на праксу честог мењања партнера, просечан број мушких полних партнера у последњих годину дана износио је 12,5 у Београду и 5,2 у Новом Саду, значајно већи број у односу на претходна истраживања.
- Истраживање је показало да нешто више од трећине испитаника користи кондом при аналном сексу са сталним партнером, док у односима са повременим партнером исти користи две трећине испитаника. У односу на претходне студије, проценат испитаника који су у аналним односима са сталним партнером користили кондом је нешто већи.
- Изабраног лекара има 74,4% испитаника у Београду и 76% у Новом Саду, а више од две трећине је задовољно истим. У последњих 12 месеци је свог лекара посетило више од 70% испитаника. Само око 2% испитаника никад није посетило изабраног доктора.
- Здравствене услуге у дому здравља користи 73,2% испитаника у Београду и 67,3% у Новом Саду, приближно колико и у претходном истраживању. Више од трећине испитаника задовољна је услугама које се пружају у дому здравља.
- Услуге приватне праксе користило је 38,4% испитаника у Београду и 47,3% у Новом Саду, од чега су преко две трећине услуге стоматолога.
- Искуство стигме и дискриминације потврдило је 52% испитаника у Београду и 33,3% у Новом Саду, слично као у претходној студији, од којих су најчешћа вређање и понижавање (43,2% у Београду, 26% у Новом Саду) и друштвена изолација (23,6%;11,3%).
- Висок проценат испитаника наводи осећање аутостигме (55,2% у Београду, 42% у Новом Саду), приближне вредности добијене су у претходној студији.
- Више од три четвртине испитаника упознато је са постојањем Закона о забрани дискриминације (83,6%;86%), али само око четвртине испитаника (29,6%;22%) верује да ће исти нешто променити.
- Истраживање је показало високу изложеност популације вишеструком насиљу и физичком насиљу од стране непознате особе. У односу на претходно истраживање, проценат жртава физичког насиља значајно је порастао у Новом Саду (2010:9,5%; 2012:17,3%).
- Вишеструко насиље доживело је 24,3% испитаника у Београду, колико и у претходној студији (2010:24,4%), док је то искуство у Новом Саду доживело три пута више испитаника него у претходној студији (2012:15,4%; 2010:5,3%).

6. ПРЕПОРУКЕ

- У складу са националном стратегијом, дефинисати циљане едукативне програме уз акценат на вршњачку едукацију, због лакшег приступа и бољег прихватања од стране MSM популације, који ће омогућити подизање нивоа знања о специфичним питањима везаним за сексуално понашање. Посебну пажњу усмерити на креирање и имплементацију едукативних програма за младе.
- Кроз партнерства организација и институција обезбедити бољу покривеност корисника превентивним програмима на терену, као и у здравственим установама.
- Уз повећану доступност кондома на терену, обезбедити и доступност лубрикантима.
- Даље радити на сензибилизацији и едукацији здравствених радника и других професионалаца за рад са овом популацијом, уз даље јачање и ширење мреже ДПСТ центара као доказано ефикасне мере превенције. Подизање нивоа знања и свести код лекара примарне и секундарне здравствене заштите о потреби препознавања ризика за HIV инфекцију код својих пацијената.
- Подизати капацитете НВО и других организација за бесплатно саветовање и тестирање поузданим брзим тестовима, који су доступнији овој популацији.
- У складу са резултатима студије, који су јасно показали да су стигма, дискриминација и насиље у MSM популацији један од кључних фактора осетљивости на HIV, потребно је јачање свих институционалних и ванинституционалних капацитета за поштовање, заштиту и промоцију људских права LGBT популације и стварање толерантног окружења, кроз јасну опредељеност да се сваки облик насиља због сексуалне оријентације јавно и транспарентно процесуира и санкционише.
- Обезбедити наставак праћења преваленције, осетљивости и понашања MSM популације кроз понављане серопревалентне студије, у складу са Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, ради доношења ефикаснијих програма и праћења успешности истих.
- Посебна пажња мора бити усмерена на одрживост постојећих програма који су до сада дали резултате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”/Центар за превенцију и контролу болести. Извештај о заразним болестима у 2011. години на територији Републике Србије, ИЈЗС, Београд, 2012.
2. AIDS epidemic update 2010. WHO, UNAIDS, Geneva:2010.
3. Студија процене преваленције HIV-а и учесталости понашања повезаног са ризиком за добијање HIV-а међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, у: Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом 2010. Министарство здравља Републике Србије, 2010.
4. Студија процене преваленције HIV-а и учесталости понашања повезаног са ризиком за добијање HIV-а међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима, у: Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом 2008. Министарство здравља Републике Србије, 2008.
5. Шуловић В, Цуцић В, Илић Д. Интервенције и програми за посебно вулнерабилне групе за сиду. Српска Академија наука и уметности, Асоцијација за борбу против сиде, Београд, 2005.
6. Министарство здравља Републике Србије. План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије 2011–2015, МЗ, Београд, 2011.
7. Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у 2011–2015 године. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2011.
8. Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys. WHO, UNAIDS, Geneva:2006.

ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ 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

Консултант истраживања:

Проф. др Викторија Цуцић

Коаутор и теренски координатор:

Др Богданка Чабак
Дом здравља Звездара, Београд

ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ ЈАВЉАЊА НИВ ИНФЕКЦИЈЕ И СИФИЛИСА МЕЂУ СЕКСУАЛНИМ РАДНИЦАМА/РАДНИЦИМА У БЕОГРАДУ И ЊИХОВИХ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА

Mr. ц. прим. др Драган Илић, Асоцијација за борбу против сиде – ЈАЗАС и др Богданка Чабак, Дом здравља Звездара, Београд

Кратак садржај:

Узимајући у обзир ток НИВ епидемије у Србији где је главни начин преноса инфекције сексуални, бројне НИВ превентивне активности су усмерене ка људима који се баве сексуалним радом и спровођење био-бихејвиоралних истраживања међу сексуалним радницама представља предуслов за даље планирање превентивних активности. Основни циљ овог истраживања био је да се процени преваленца НИВ инфекције и сифилиса, ниво знања и ставова и ризичне сексуалне праксе у односу на НИВ и друге полно преносне инфекције међу сексуалним радницама (СР) у Београду. Ова поновна био-бихејвиорална студија пресека је спроведена у јуну месецу 2012, у Београду на узорку од 200 сексуалних радника/радница. Као инструмент истраживања коришћен је структуриран упитник, затвореног типа. Податке су прикупљали посебно обучени анкетари. Биолошка компонента истраживања је спроведена путем анализе узорака крви испитаника, који су тестирани на НИВ и сифилис. Циљна популација су биле особе оба пола које се баве сексуалним радом у Београду, а које се идентификују као сексуални/е радници/раднице.

Узорковање је спроведено коришћењем методе „грудве снега”. Резултати истраживања показују да је студијом обухваћено 11% мушкараца, 71% жена и 18% транссексуалних особа. Скоро сваки/ка СР је користио/ла неке психоактивне супстанце (ПАС) током његовог/њеног живота. Интравенски је дрогу користило 35,5% испитаника. Око 91% од СР је користило кондом приликом свог последњег сексуалног односа са клијентом. Током последње две године, дошло је до значајног повећања броја СР који су укључени у неки од програма превенције. Истраживање такође показује значајан пораст у нивоу знања о НИВ превенцији и начинима преноса НИВ-а, као и одбацивања заблуда везаних за НИВ трансмисију, у односу на истраживања спроведена у 2008. и 2010. години. Такође је евидентно да постоје промене у понашању, ка смањењу ризика, међу оним СР који су имали контакт са невладиним организацијама које спроводе превентивне програме међу СР. Око половина испитаника користи здравствене услуге у здравственим установама и имају свог изабраног лекара.

Истраживање је показало да је висок проценат СР имао искуство вишеструког насиља, због посла којим се баве. Такође, висок проценат СР су имали искуство дискриминације, не само у свом окружењу, већ и од стране здравствених радника, као и у другим јавним институцијама. Преваленца НИВ међу СР је била 2%, а сифилиса 5,5%. Евидентни резултати превентивних програмима спроведених у последње две године у Београду јасно указују на потребу за наставак ових програма међу СР.

Кључне речи: НИВ/ АИДС, сексуалне раднице, здравствене услуге, стигма и дискриминација

ASSESSMENT OF HIV AND SYPHILIS PREVALENCE AND OF RISK BEHAVIOR AMONG SEX WORKERS IN BELGRADE

MSc. Prim. Dragan Ilic, Association against AIDS – JAZAS Belgrade and Bogdanka Cabak, MD, Public Health Center Zvezdara, Belgrade

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 objective of this survey was to estimate HIV 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 2012, with a sample of 200 sex workers in Belgrade. The main research tool was a structured questionnaire with close-ended questions. Data was gathered by specially trained interviewers. The biological component of the study was conducted through analysis of respondents' blood samples, which were tested for HIV 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 11% male, 71% female and 18% transsexual persons. Almost every SW used some psychoactive substance (PAS) during their life, while 35.5% of respondents used drugs intravenously. Around 91% of SW used condoms during their last sexual intercourse with a commercial partner. During the last two years, there was a significant increase of the number of sex workers 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 surveys conducted in 2008 and 2010. It is also evident that there are changes in behaviour among SW who had contact with NGOs which implement prevention programs among SW. Around half of the respondents use health services in health care centres and have their selected doctor. The survey shows that a high percentage of SW experience constant violence on multiple levels, due to their work. Also, a high percentage of SW report discrimination not only in their environment but also from healthcare workers and in public institutions. The HIV prevalence among SW is 2% and the syphilis prevalence is 5.5%. 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, sex workers, health services, stigma and discrimination

1. УВОД

Особе које се баве сексуалним радом, сексуални радници /раднице припадају групама у којима суперпозиција бихејвиоралног ризика и вулнерабилности повећава вероватноћу инфекције. Пре појаве HIV инфекције ретко су биле предметом епидемиолошких истраживања и КАРВ студија, док са појавом AIDS-а интересовање за њих расте [1].

Како је тешко утврдити колико људи у једној средини купује и продаје сексуалне услуге, ниједна средина не располаже са потпуним подацима о преваленци HIV инфекције међу сексуалним радницима [2]. Разлике које постоје у висини преваленце у истраживаним групама сексуалних радника/радница у зависности су од коришћења кондома, коришћења дроге на „иглу”, услова рада и слично [3, 4].

Истраживања која се односе на ову групацију, код нас, нису бројна. Прву студију објавио је Радуловић Д 1986 [5], следи Цуцић В 1987 [6], затим UNICEF-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], а истраживање је међу СР у Београду спровео 2007. и Илић Д [9].

Национална стратегија за борбу против сиде у Србији за период 2005–2010. као и нова стратегија за период 2010–2015. године, уврстила је сексуалне раднике/це у групе са посебном осетљивошћу на HIV [10]. Тако је ова група била обухваћена истраживањем 2008, као и 2010. године [11].

Према подацима из истраживања које је радио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” 2007/2008. године преваленција HIV инфекције међу испитаним СР у Београду је била 2,2%, док је у истраживању рађеном 2010. преваленција HIV инфекције међу испитаним СР у Београду била 0,8%.

Према процени величине популације СР у Београду, урађеној током 2011. максималан број особа које се баве сексуалним радом на улици и у клубовима (*in door*) износи 1343 за 2009. годину.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

ОСНОВНИ ЦИЉ

Основни циљ истраживања је процена преваленције HIV инфекције 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 и сифилиса међу сексуалним радницама/цима у Београду.
- Анализирати ризично понашање (сексуално и коришћење ПАС) сексуалних радница/ка које је повезано са HIV инфекцијом и сифилисом.
- Испитати да ли постоје разлике у ризичном понашању сексуалних радница у области сексуалног понашања и коришћења ПАС, и то 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).
- 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/радницима.
- 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.
- Проценити величину популације која се бави сексуалним радом у Београду.
- Урадити поређење вредности кључних индикатора добијених овим истраживањем са подацима добијеним у претходна два истраживања.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

У овом истраживању коришћена је дескриптивна студија, студија пресека.

Истраживање је реализовано у Београду на локацијама где СР раде, као и у Центру за дружење НВО „ЈАЗАС” *drop in* центру и имало је две компоненте: серопревалентну и бихејвиоралну.

Ова популациона група је веома тешко доступна за истраживање те је због тога прихваћена препорука Светске здравствене организације о коришћењу методологије „грудве снега”, односно мрежног узорковања у циљу доласка до испитаника. Одређен је оквир за узорак који је могуће досегнути истраживањем, до 200 сексуалних радница/радника. Критеријуми за укључивање у истраживање су били: жене, мушкарци трансродне особе старости 18 и више година живота, које/и су имале/и пенетрантан сексуални однос за новац, дрогу или друго материјално добро током последњих 12 месеци, да живе и/или раде на локацији истраживања најмање током претходна три месеца и да нису претходно учествовале/и у текућој студији.

Инструмент истраживања је представљао посебно структуриран упитник, затвореног типа.

Упитник су попуњавали обучени интервјуери (анкетари). За анкетаре су биране особе са искуством и сензибилисане за рад са циљном популацијом.

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

4. РЕАЛИЗАЦИЈА ИСТРАЖИВАЊА

4.1 ТЕРЕНСКИ РАД

Теренски рад се одвијао у периоду од 11. јуна до 27. јуна 2012. године. Теренски тим истраживања је сачињавао обучени тим у саставу анкетар, саветник за ДПСТ, лаборант, теренски координатор тима (на местима где се истраживање одвијало у теренским условима, изван *drop in* центара). У *drop in* центру „ЈАЗАС”-а обезбеђене су посебне просторије где се одвијало истраживање у адекватним условима.

4.2 НАЧИН ОБРАДЕ И ДИСАГРЕГАЦИЈА ПОДАТАКА

Пре уноса бихејвиоралних података у дефинисане 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.

База за обраду и анализу података је централизована и налази се у Институту за јавно здравље Србије. Податке су уносили претходно обучени оператери. Серолошки подаци су добијени на основу резултата анализа узорака крви и придружени су бихејвиоралним подацима и повезани са бихејвиоралном компонентом на основу кодова који се додељују учесницима у истраживању. Серолошки подаци су дисагрегирани по полу, роду и узрасту испитаника и укључени у формат индикатора тамо где је то предвиђено и у формату који је предвиђен Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије.

4.3 МЕРЕ И ВАРИЈАБЛЕ

Исходишне варијабле:

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

Предиктор варијабле:

- Демографске карактеристике (пол, род, 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
- Присутност стигме и дискриминације према особама које се баве сексуалним радом и према особама које живе са HIV-ом.

5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

5.1 ОСНОВНА СОЦИОДЕМОГРАФСКА И ДРУГА ОБЕЛЕЖЈА СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА/РАДНИКА

Овим истраживањем обухваћено је укупно 200 сексуалних радника/радница (СР).

Према полу и родном изјашњавању узорком је обухваћено 11% мушкараца, 71% жена и 18% транссексуалних особа. У поређењу са истраживањем рађеним 2010, овим узорком је обухваћено 9% више жена. Број мушкараца је дупло мањи, док је број транссексуалних особа у узорку био већи за 2%.

Медијана узраста испитаника у овом истраживању код мушкараца је била 28,5 година, а жена 31 година. У узрасту млађем од 20 година било је 5,5%, 20 до 24 година 19,5%, од 25 до 49 година било 71% и старијих од 50 година 4% испитаника СР.

СР српске националности било је 46,5%, ромске националности 43,5%, неке друге националности 8,5% и неопређених је било 1,5%. Таква национална структура се битно не разликује од резултата претходног истраживања. Од укупног броја СР ромске националности 42,5% су били мушкарци, док је међу СР српске националности било 17,7% мушкараца.

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

Табела 1. Дистрибуција сексуалних радника/ца по полу, узрасту и националности

Социјалне карактеристике		Српска %	Ромска %	Остали %	Неопређени %
Пол	Мушки	27,6	63,8	6,9	1,7
	Женски	54,2	35,2	9,2	1,4
Старосне групе	< 20	36,4	54,5	9,1	0
	20–24	33,3	59	5,1	2,6
	25–49	50	39,4	9,2	1,4
	>= 50	62,5	25	12,5	0
Укупно		46,5	43,5	8,5	1,5

Никада у школу није ишло или има непотпуну основну школу скоро свака/и четврти СР (24,5%), основну школу је завршило 47,5%, средњу школу је имало 26%, док је вишу школу или факултет имало 1,5% СР. Потпуно је неписмено 5% испитиваних СР. Без запослења је 86% СР.

Ни ови социодемографски показатељи се битније не разликују од резултата добијених у претходном истраживању.

Узорком је било обухваћено 66,5% испитаних СР који пружају сексуалне услуге на улици, у свом стану 22%, у клубу 6,5%, посебно изнајмљеном простору 4,5%, или на неком другом месту 0,5% СР.

5.2 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, испитивање коришћења дроге убризгавањем, као и начина коришћења прибора за убризгавање дроге.

Цигарете пуши 89,5% свих испитаника, алкохол у свим посматраним социодемографским обележјима користи око 72% мушкараца и око 45% жена СР. Око 36% СР користи неку врсту дроге.

Коришћење дувана, алкохола и психоактивних дрога у популацији сексуалних радника далеко превазилази ону регистровану на узорку укупне популације Србије [12].

Табела 2. Дистрибуција СР које/и убризгавају дрогу (по полу као и годинама старости) у односу на врсту прибора који је коришћен код последњег убризгавања

Прибор приликом последњег убризгавања									
Социјалне карактеристике		У потпуности нов и некоришћен		Свој прибор који сам претходно користио/ла		Прибор који је претходно користио неко други		Укупно Број	Укупно %
		Број	%	Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	15	68,2	4	18,2	3	13,6	22	100
	Женски	33	67,3	9	18,4	7	14,3	49	100
Старосне групе	< 20	3	100	0	0	0	0	3	100
	20–24	14	82,4	0	0	3	17,6	17	100
	25–49	31	60,8	13	25,5	7	13,7	51	100
Укупно		48	67,6	13	18,3	10	14,1	71	100

Од оних који су користили дрогу убризгавањем, 69% су жене и 31% мушкараци. Приликом последњег убризгавања дроге прибор који је претходно користио неко други је користило 13,6% мушкараца и 14,3% жена СР (табела 2), што је у односу на претходно истраживање значајно већи проценат (0% мушкараца и 8,3% жена је пријавило да је користило туђи, искоришћени шприц и иглу у истраживању 2010). Ризично понашање везано за коришћење психоактивних супстанци заједно са ризиком несигурног секса дефинише укупни ризик сексуалног рада у свакој средини [13].

5.3 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СА КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРИМА

Рани почетак сексуалних односа може да представља један од ризика за пренос HIV инфекције. Истраживање је показало да СР рано ступају у прве сексуалне односе. Мушкарци са 14 година у просеку, а жене годину дана касније, са 15 година. Поређења ради, медијана година старости код првог сексуалног односа укупне популације Србије, према истраживањима Министарства здравља, је 17 година [12]. 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 18 година, док су девојке комерцијалне услуге почеле да пружају у просеку са 20 година. СР ромске националности су у просеку у ранијем узрасту почињали/е са продајом сексуалних услуга (72% до 20 године живота) него СР српске или друге националности (40% до 20 године живота). СР транссексуалне оријентације такође су нешто раније ступале у комерцијалне сексуалне односе него СР мушкарци или жене. До 20. године живота транссексуалне особе су у 77,2% случајева имале комерцијалне сексуалне односе, док су мушкарци истог узраста у 54,3% случајева и жене у 52,9% имале комерцијалне сексуалне односе. Сексуалне раднице (жене) имале су просечно нешто више клијената у последњем дану када су радиле (3), него мушкарци (2). Нису постојале разлике у броју клијената у последњем дану када су СР радиле у односу на националност, године старости, место рада или родну опредељеност.

Кондом је увек користило, при сваком пенетрантном сексуалном односу са комерцијалним партнером, у последњих месец дана 73,0% СР без значајних разлика 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.

У истраживању рађеном 2008. године проценат СР које/и су пријавиле/и да су увек користили кондом са клијентом у последњих месец дана је био 71,2%, 2010. године износио је 66%, док је тај проценат у овом истраживању 73%. Иако промена не представља статистичку значајност, сигнализира потребу праћења.

Употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци пријавило је 91,4% мушкараца, који продају сексуалне услуге, и 90,1% жена. Мушкарци узраста 25 и више година користили су кондом са својим клијентом при последњем сексуалном односу у 93,2% случајева, 81,8% у узрасту испод 20 година, док је у узрасту од 20 до 24 година тај проценат 89,7% (табела 4).

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 у истраживању рађеном 2010. године нешто мањи и износио је 87,2%, а проценат СР које су пријавиле употребу кондома при последњем пенетрантном сексуалном односу са клијентом, у овом истраживању, износи 90,5%.

Значајне разлике у коришћењу кондома приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са клијентом не постоје у односу на националност (СР српске националности 91,4% и СР ромске националности 93%).

Табела 3. Процент СР које су пријавиле да су увек користиле кондом са клијентом у последњих месец дана (95% CI) (66,8–79,2)

Социјалне карактеристике		Не		Да		Укупно Број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	23	39,7	35	60,3	58	100
	Женски	31	21,8	111	78,2	142	100
Укупно		54	27	146	73	200	100
Старосне групе	< 20	4	36,4	7	63,6	11	100
	20–24	10	25,6	29	74,4	39	100
	25–49	40	28,2	102	71,8	142	100
	>= 50	0	0	8	100	8	100
Узраст мушкарци	< 20	1	100	0	0	1	100
	20–24	5	45,5	6	54,5	11	100
	25–49	17	38,6	27	61,4	44	100
	>= 50	0	0	2	100	2	100
Узраст жене	< 20	3	30	7	70	10	100
	20–24	5	17,9	23	82,1	28	100
	25–49	23	23,5	75	76,5	98	100
	>= 50	0	0	6	100	6	100

Табела 4. Употреба кондома приликом последњег пенетрантног сексуалног односа са клијентом (95% CI) (86,4–94,6)

Социјалне карактеристике		Да		Не		Укупан Број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	53	91,4	5	8,6	58	100
	Женски	128	90,1	14	9,9	142	100
Укупно		181	90,5	19	9,5	200	100
Старосне групе	< 20	9	81,8	2	18,2	11	100
	20–24	35	89,7	4	10,3	39	100
	25–49	129	90,8	13	9,2	142	100
	>= 50	8	100	0	0	8	100
Узраст мушкарци	< 20	1	100	0	0	1	100
	20–24	9	81,8	2	18,2	11	100
	25–49	41	93,2	3	6,8	44	100
	>= 50	2	100	0	0	2	100
Узраст жене	< 20	8	80	2	20	10	100
	20–24	26	92,9	2	7,1	28	100
	25–49	88	89,8	10	10,2	98	100
	>= 50	6	100	0	0	6	100

У односу на место пружања услуга постоји разлика у проценту СР које су користиле кондом са својим клијентом при последњем пенетрантном сексуалном односу, (93,2% на улици у односу на 83,6% које раде „иза затворених врата“). Нешто више од 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 1/4 СР наводи још и неки други 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 и на клијенте [14, 15].

Код око 70% СР је током сексуалног односа дошло до пуцања кондома.

У случају пуцања кондома током сексуалног односа, највећи проценат СР се испере водом (47%), обрише влажном марамицом (11,6%), испере неким дезинфекционим средством (8%) или уради нешто друго (мокри 20% или замени кондом 77%).

У времену обављања анкетања при себи су имале кондом у већем проценту жене СР (65,5%) него мушкарци СР (45,6%). Млади узраста 18 и 19 година су у мањем проценту при себи имали кондом (27,3%) него СР старијег узраста (око 74%).

5.4 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ И СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СА СТАЛНИМ ПАРТНЕРИМА

Током последњег сексуалног односа са својим сталним партнером кондом је користило свега 29,3% СР мушкараца и 16,9% СР жена. Најчешћи разлог некоришћења кондома са сталним сексуалним партнером је став СР да није потребно користити кондом са супругом или сталним партнером.

Ово представља повећање, мада не велико, процента коришћења кондома са сталним партнером у односу на истраживање рађено 2010. године (21% мушкараца и 12,3% жена је користило кондом са сталним партнером).

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 [16].

5.5 НАБАВКА КОНДОМА

Превентивним услугама, кроз дистрибуцију кондома од стране саветовалишта за HIV и ППИ и од стране теренских радника НВО „ЈАЗАС“ је обухваћено 70,5% СР. СР узраста 18–19 година су у мањем проценту добијали кондоме на овим местима и од представника НВО „ЈАЗАС“ у свега 27,3%, у односу на СР узраста 20–24 године (79,5%) или узраста 25 и више година (69,7%) (табела 5).

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

5.6 ЗНАЊЕ О HIV/AIDS-у

У веома високом проценту (99%) СР су чуле за HIV или AIDS, без разлике у знању у односу на узраст, пол, националност или место рада. Од укупно 200 испитаника само њих двоје није никада чуло за HIV или AIDS.

Праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и главне заблуде везане за трансмисију HIV-а зна око 1/3 СР (32%). У нешто већем проценту их препознају сексуалне раднице 32,4% него СР мушкарци, 31% (табела 6).

Табела 5. Процент СР које су у последњих 12 месеци добили/е кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру (95% CI) (64,1–76,9)

Социјалне карактеристике		Да		Не		Укупно број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	46	79,3	12	20,7	58	100
	Женски	95	66,9	59	29,5	142	100
Укупно		141	70,5	59	29,5	200	100
Старосне групе	< 20	3	27,3	8	72,7	11	100
	20–24	31	79,5	8	20,5	39	100
	25–49	99	69,7	43	30,3	142	100
	>= 50	8	100	0	0	8	100
Узраст мушкарци	< 20	1	100	0	0	1	100
	20–24	10	90,9	1	9,1	11	100
	25–49	33	75	11	25	44	100
	>= 50	2	100	0	0	2	100
Узраст жене	< 20	2	20	8	80	10	100
	20–24	21	75	7	25	28	100
	25–49	66	67,3	32	32,7	98	100
	>= 50	6	100	0	0	6	100

Табела 6. Процент СР који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (95% CI) (25,5–38,5)

Социјалне карактеристике		Да		Не		Укупан Број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	40	69	18	31	58	100
	Женски	96	67,6	46	32,4	142	100
Укупно		136	68	64	32	200	100
Старосне групе	< 20	10	90,9	1	9,1	11	100
	20–24	28	71,8	11	28,2	39	100
	25–49	94	66,2	48	33,8	142	100
	>= 50	4	50	4	50	8	100
Узраст мушкарци	< 20	1	100	0	0	1	100
	20–24	9	81,8	2	18,2	11	100
	25–49	30	68,2	14	31,8	44	100
	>= 50	0	0	2	100	2	100
Узраст жене	< 20	9	90	1	10	10	100
	20–24	19	67,9	9	32,1	28	100
	25–49	64	65,3	34	34,7	98	100
	>= 50	4	66,7	2	33,3	6	100

Најмање знају млади СР узраста испод 20 година, 9,1%, док сваки трећи СР узраста 25 и више година зна праве путеве преноса HIV-а и одбацује заблуде. Сексуални радници мушког пола узраста мање од 20 година и 20 до 24 године у мањем проценту препознају праве начине трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а (18,2%) него сексуалне раднице истог узраста (34,3%).

У истраживању рађеном 2008. године проценат СР које препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а износио је 14,7%. Тај проценат је 2010. године удвостручен и износио је 28,4%, док у овом истраживању износи 32%. Иако промена не представља статистичку значајност, сигнализира потребу праћења.

На питање: „*Да ли упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а?*” тачно је одговорило 65,0% сексуалних радника. Од тога 70,7% мушкараца и 62,7% жена.

На питање: „*Да ли правилна употреба кондома током сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а?*” тачно је одговорило 82,0% СР. Од тога 89,7% мушкараца и 78,9% жена.

На питање: „*Да ли особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом?*” тачно је одговорило 80,5% СР. Од тога 79,3% мушкараца и 81,0% жена. Нема разлике у знању у односу на узраст.

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 63,5% СР. Од тога 65,5% мушкараца и 62,7% жена.

На питање: „*Да ли се особа може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом?*” тачно је одговорило 60,5% СР. Од тога 60,3% мушкараца и 60,6% жена.

5.7 ТЕСТИРАЊЕ НА HIV

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

Превентивним услугама, кроз поседовање праве информације где се може обавити ДПСТ обухваћено је 84,0% СР и то 87,9% мушкараца и 82,4% жена. СР узраста <20 година у мањем проценту знају место где се може обавити ДПСТ, 54,5%, у односу на СР узраста 20–24 године које знају право место за ДПСТ (87,2%) или узраста 25 и више година (84,5%). У односу на истраживање урађено 2010. године бележи се значајано већи проценат обухвата СР овом превентивном услугом.

Процент СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и које/и знају резултат последњег тестирања је 65,5% и то нешто више жена 66,9% него мушкараца 62,1%. СР узраста <20 година у мањем проценту су тестирани и знају резултат свог последњег теста, 36,4%, у односу на СР узраста 20–24 године (76,9%) или узраста 25–49 година (64,1%) и више од 50 година 75% (табела 7).

У истраживању обављеном 2008. године проценат СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који знају резултат свог теста је био 45,3%, 2010. године 58,8% и 2012. године 65,5%.

Од свих СР који/е су се тестирали/е на HIV у последњих 12 месеци, 82,7% се саветовало и тестирало у мобилној медицинској јединици „ЈАЗАС”-а, око 5% у Студентској поликлиници, 3,6% у Градском заводу за јавно здравље.

Табела 7. Процент СР који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и које/и знају резултат последњег тестирања (95% CI)(58,8–72,2)

Социјалне карактеристике		Да		Не		Укупан Број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	22	37,9	36	62,1	58	100
	Женски	47	33,1	95	66,9	142	100
Укупно		69	34,5	131	65,5	200	100
Старосне групе	< 20	7	63,6	4	36,4	11	100
	20–24	9	23,1	30	76,9	39	100
	25–49	51	35,9	91	64,1	142	100
	>= 50	2	25	6	75	8	100
Узраст мушкарци	< 20	1	100,0	0	0	1	100
	20–24	3	27,3	8	72,7	11	100
	25–49	18	40,9	26	59,1	44	100
	>= 50	0	0	2	100	2	100
Узраст жене	< 20	6	60	4	40	10	100
	20–24	6	21,4	22	78,6	28	100
	25–49	33	33,7	65	63,3	98	100
	>= 50	2	33,3	4	66,7	6	100

5.8 ОБУХВАТ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА

Обухват превентивним програмима у последњих 12 месеци анализиран је као композитни индикатор посматран кроз обухват СР које/и су добијали кондоме од НВО или ДПСТ центра и знање где се може саветовати и тестирати на на HIV (табела 8).

Истраживање из 2008. године је показало да је превентивним програмом било обухваћено 31,7% СР, 2010. године дупло више, 63,2% и истраживањем 2012. године 65,5% СР.

5.9 ПРЕПОЗНАВАЊЕ СОПСТВЕНОГ РИЗИКА СР ДА МОГУ ДА СЕ ИНФИЦИРАЈУ HIV-ом

Сексуалне раднице/радници су у високом проценту препознали/е властити ризик да се инфицирају HIV-ом. Тај ризик процењује као умерен или висок 81,7% СР. У односу на узраст мању перцепцију ризика за HIV инфекцију имају млађи од 20 година (50%) у односу на старије СР (преко 80%) док у односу на пол националност, степен образовања и место рада није постојала значајна разлика у препознавању сопственог ризика за HIV инфекцију.

Табела 8. Процент СР које су обухваћене превентивним програмима у последњих 12 месеци (95% CI) (58,8–72,2)

Социјалне карактеристике		Да		Не		Укупан Број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Пол	Мушки	16	27,6	42	72,4	58	100
	Женски	53	37,3	89	62,7	142	100
Укупно		69	34,5	131	65,5	200	100
Старосне групе	< 20	8	72,7	3	27,3	11	100
	20–24	11	28,2	28	71,8	39	100
	25–49	50	35,2	92	64,8	142	100
	>= 50	0	0	8	100	8	100
Узраст мушкарци	< 20	0	0	1	100	1	100
	20–24	9	81,8	2	18,2	11	100
	25–49	14	31,8	30	68,2	44	100
	>= 50	0	0	2	100	2	100
Узраст жене	< 20	8	80	2	20	10	100
	20–24	9	32,1	19	67,9	28	100
	25–49	36	36,8	62	63,3	98	100
	>=50	0	0	6	100	6	100

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

Ако се укупна изложеност деловању „превентивних активности” у нашем истраживању посматра као целина, дакле као укупан контакт са организацијама које те активности спроводе, добија се релативно висок обухват од 65,5%, што је више од 5% него 2010. године. Притом, превентивне интервенције садрже сплет основних активности које су у литератури описане као оне које утичу на промене понашања као што су: промоција сигурног секса и расположивост кондома, промоција и расположивост ДПСТ-а и рад на терену [2, 16].

Када се укрсте информације које говоре о обухвату превентивним интервенцијама и променама у понашању, наши резултати потврђују у потпуности тврдње из литературе [18].

Наиме, особе обухваћене превентивним интервенцијама, у већем проценту него оне које нису:

- користе кондом при последњем пенетрантном сексуалном контакту са комерцијалним партнером (67,1% кондом користе оне/и СР које су биле/и у контакту са неком НВО односно 32,9% оне/и СР које нису биле у контакту са неком НВО).
- тестирале су се на HIV у последњих 12 месеци (80,9% оне/и СР које су биле/и у контакту са неком НВО односно 19,1% оне/и СР које нису биле у контакту са неком НВО).

Такође, сходно теоријским разматрањима у литератури, значајније разлике у знању међу овим групама нису нађене [19].

5.11 ДОСТУПНОСТ, КОРИШЋЕЊЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНИМ УСЛУГАМА

Оверену здравствену књижицу и тиме обезбеђену доступност државној здравственој заштити, има 62,5% СР и то 51,7% мушкараца и 66,9% жена. Нема значајне разлике у поседовању оверене здравствене књижице између СР српске (63,4%) и СР ромске националности (58,6%).

СР које раде на улици у нешто мањем проценту (57,9%) имају оверену здравствену књижицу у односу на оне које раде у стану (65,9%) или у клубу (92,3%). У односу на узраст најмањи проценат поседовања оверене здравствене легитимације (око 50%) имају СР узраста млађих од 20 година, док је оних СР које имају оверену здравствену књижицу највише у узрасту 25–49 година.

Око половине СР се за решавање својих здравствених проблема јављају лекару у ПЗЗ где и имају свог изабраног лекара. Близу 2/3 њих је у последњих 12 месеци посетило свог лекара у просеку три пута. Својим изабраним лекаром је задовољно 81% СР, док је генерално услугама у дому здравља задовољно око 66% СР које користе услуге дома здравља. Услуге и приватног лекара користи око 1/3 СР. Најчешће услуге које СР користе код приватних лекара су код гинеколога и стоматолога.

Нема битних разлика у доступности здравствене заштите за СР, посматрано кроз поседовање оверних здравствених књижица, у односу на место коришћења здравствене заштите (дом здравља или приватни лекар) као и задовољства услугама лекара или здравствених установа у целини, у односу на истраживање рађено 2010. године.

5.12 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА КОЈЕ СУ ОСТАЈАЛЕ У ДРУГОМ СТАЊУ

Од укупно 142 СР њих 98 или 69% је остајало у другом стању.

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

Нема приметних разлика у односу на резултате истраживања из 2010. године.

5.13 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА НАСИЉЕ

Током последњих 12 месеци жртвом физичког насиља је било 68,5% испитаника. СР женског пола су биле изложене физичком насиљу у већем проценту (70,4%) него СР мушкарци (63,8%).

Нешто више од 1/3 СР је трпело физичко насиље од клијената (37,2%) и то у већем проценту жене него мушкарци. Од стране сталног партнера, физичком насиљу је била изложена свака/и пета СР и то у већем проценту жене него мушкарци.

Свака четврта СР је доживела физичко насиље од полиције (24,1%).

Вишеструко насиље је трпела свака четврта СР (24,1%).

Бележи се смањење заступљености насиља од стране полиције са 40%, 2010. године на 24,1%, 2012. године, као и смањење вишеструког насиља са око 50% на 24,1%.

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 [20].

5.14 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА ПОЛИЦИЈУ И ЗАТВОР

Због бављења сексуалним радом сусрет са полицијом и опомињање од полиције је имао/ла 26% СР. У полицију је привођено 37% СР и то више жена (40%) у односу на СР мушкарце (27,6%).

Никада са полицијом није имало никаквог контакта 37% СР.

Прекршајно, због бављења сексуалним радом, није кажњавано свега 29,2% СР, док су остали СР (70%) кажњавани најчешће једном до два пута, од када се баве сексуалним радом. У односу на истраживање обављено 2010. године бележи се мање прекршајног кажњавања СР због бављења сексуалним радом, а више опомињања од стране полиције.

5.15 ПИТАЊА ВЕЗАНА ЗА СТИГМУ И ДИСКРИМИНАЦИЈУ

Посматране су две врсте релација. Једна се односи на став СР према особама које живе са HIV-ом, а друга на реаговање средине на СР.

Нешто више од 1/3 СР у потпуности или делимично сматра да особе које живе са HIV-ом не треба да се, нигде, мешају са осталима, а 67,5% СР сматра да су особе које су инфициране HIV-ом саме криве за то.

Негативне реакције средине бележе се на различите начине.

Да се осећала/о непожељном/им на неком друштвеном скупу због посла којим се бави изјавило је 15% СР, а такође се смањило и број људи са којима могу да се друже за 36% СР.

Свега 1,5% СР је доживело да им се ускрати нека услуга у здравственој установи или банци, пошти и слично, али је од страха да се не сазна чиме се баве од тражења здравствене услуге одустало 10% СР. Нешто више од 30% СР је било јавно оговорано од других због посла којим се баве, а њих 23,5% били су и јавно понижавани и вређани.

Око 6% СР је напустио партнер. Око 1,5% је изјавило да их је због тога што се баве сексуалним радом полиција вређала и тукла. Осећај стида због посла којим се бави има око половине СР, кривицу и нелагодност осећа 36% СР, док себе осуђује или има разне врсте страхова око 5% СР.

Да је у Србији донет Закон о забрани дискриминације зна око 60% СР, али да ће Закон нешто променити у њиховом положају сматра знатно мањи број (22% СР).

Ови резултати истраживања се, у односу на претходно истраживање рађено 2010. године, посебно не разликују.

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 [21].

5.16 ПРОЦЕНАТ СЕКСУАЛНИХ РАДНИКА/РАДНИЦА КОЈИ СУ ИНФИЦИРАНИ HIV-ом И СИФИЛИСОМ

Свих 200 анкетираних СР је и тестирано на HIV и узрочник сифилиса. Укупно је HIV-ом инфицирано 4 СР или 2% свих СР. Сви инфицирани HIV-ом су мушкараци. У узрасту млађем од 20 година међу мушкарцима који се баве сексуалним радом нема инфицираних HIV-ом. Један мушкарац узраста изнад 20–24 година је инфициран HIV-ом, и троје у узрасту 25–49 година, што чини 1,1% свих мушкараца који се баве сексуалним радом.

Сифилисом је укупно инфицирано 11 СР или 5,5%. Од тога је 5,2% мушкараца и 5,6% жена. Највећи број инфицираних сифилисом је узраста 25–49 година 9 или 6,3% (табела 9)

Табела 9. Процент СР које су инфициране HIV-ом и сифилисом по полу и узрасту (95% CI) (2,3–8,7 сифилис); (95% CI) (0,04–3,9 HIV)

Социјалне карактеристике		Сифилис		HIV	
		број	%	број	%
Пол	Мушки	3	5,2	4	6,9
	Женски	8	5,6	0	0
Укупно		11	5,5	4	2
Старосне групе	< 20	0	0	0	0
	20–24	0	0	1	2,6
	25–49	9	6,3	3	2,1
	>= 50	2	25	0	0

6. ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата истраживања, спроведеног у Београду у периоду од почетка јуна до краја јула 2012. године, на узорку од 200 сексуалних радника/са, дошло се до следећих закључака:

- Социодемографске карактеристике особа које се баве сексуалним радом се не разликују посебно од резултата добијених у истраживању обављеном 2010 године. Сексуалним радом у Србији се поред највећег процента жена, баве и трансродне особе и мушкараци, а разлике у њиховом понашању указују на потребу за родно специфичним интервенцијама и програмима.
- Готово подједнако учешће припадника ромске и припадника српске националности међу СР, као и разлике у њиховом понашању које носи ризик за HIV инфекцију, истичу потребу за културално сензитивним програмима превенције међу СР.
- Процент коришћења дувана, алкохола и дрога, посебно коришћење дрога на иглу од стране више од 1/3 СР далеко превазилази проценат коришћења психоактивних супстанци на узорку укупне популације Србије.
- Рани почетак активног сексуалног живота СР припадника ромске популације као и трансродних особа повезан је и са ранијим почетком продаје сексуалних услуга и доводи ову популацију у повећани ризик за инфекцију HIV-ом и другим полно преносивим инфекцијама.
- Резултати овог истраживања указују да је у периоду од 2008. године до 2012. године дошло до приметног повећања броја СР које су обухваћене неким превентивним програмом.
- Приметно је повећање броја СР, саветованих и тестираних на HIV, који знају резултат свог теста, у односу на претходна истраживања.
- Истраживање је показало и приметно и стално повећање нивоа знања СР о правим начинима превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције, као и одбацивања заблуда везаних за трансмисију HIV-а у односу на претходна истраживања која су рађена 2008. и 2010. 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 здравствене службе. Здравствене услуге у дому здравља користи и има свог изабраног лекара око половина СР. Задовољство пруженим здравственим услугама у дому здравља је исказало око 80% СР.
- Истраживање је показало да је висок проценат СР изложен сталном насиљу због посла којим се бави и да је то насиље посебно изражено од стране клијената. Смањен је проценат СР које су претрпеле насиље од стране полиције, као и оних које/који су трпеле вишеструко насиље.
- Смањен је и проценат СР које су прекршајно кажњаване, а повећан број оних које су само опоменуте од стране 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.
- 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.

- Биолошко истраживање је показало да је сифилисом инфицирано 5,5% испитиваних сексуалних радника/радница, док је HIV преваленца повећана са 0,8% на 2% у односу на претходно истраживање.

Упоредни преглед резултата истраживања обављених 2008, 2010. и 2012. године по утврђеним Националним индикаторима показује да су постигнути позитивни помаци у односу на све посматране индикаторе, осим код процента СР инфицираних сифилисом где је у 2012. години забележено повећање за 1,5% броја инфицираних сифилисом (табела 10).

Табела 10. Упоредни преглед резултата истраживања обављених 2008, 2010. и 2012. године

Национални индикатор Број индикатора	Резултат истраживања из 2008. године	Резултат истраживања из 2010. године	Резултат истраживања из 2012. године
Инд. бр. 10 Процент СР које су инфициране HIV-ом	2,2%	0,8%	2%
Инд.бр. 11 Процент СР које су пријавиле употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са клијентом у последњих 12 месеци	90,6%	87,2%	90,5%
Инд. бр. 12 Процент СР који препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацује главне заблуде везане за трансмисију HIV-а	14,7%	29,6%	32%
Инд. бр. 13 Процент СР које су обухваћене превентивним услугама у последњих 12 месеци	31,7%	63,2%	65,5%
Инд. бр. 14 Процент СР које су се тестирале на HIV у последњих 12 месеци и које знају резултат последњег тестирања	45,3%	58,8%	65,5%
Инд. бр. 15 Процент СР које су пријавиле да су увек користиле кондом са клијентом у последњих месец дана	71,2%	66%	73%
Инд. бр. 17 Процент СР које су инфициране сифилисом	Није рађено тестирање на сифилис	4%	5,5%

Већина циљева из Националног програма за мониторинг и евалуацију који се тичу нивоа исхода и утицаја за 2012. годину су успешно досегнути. Процент СР инфицираних HIV-ом је 2% (циљ мање од 5%), % СР који/е су пријавиле употребу кондома током сексуалног односа са последњим клијентом у последњих 12 месеци је 90,5% (циљ 90%), % СР који/е препознају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који/е истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а 32% (циљ 35%), % СР који/е су обухваћени превентивним програмима у последњих 12 месеци 65,5% (циљ 65%), % СР који/е су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци и који/е знају резултате тестирања 65,5% (циљ 65%), % СР који/е су пријавили/е да су увек користили/е кондом са клијентима у последњих месец дана 73% (циљ 70%) и % СР инфицираних узрочником сифилиса 5,5% (циљ мање од 5%).

7. 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.
- 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 претходним годинама, који се јасно виде кроз значајно повећање нивоа знања али и промене понашања СР ка, пре свега, безбедном сексуалном понашању, јасно указују на потребу настављања 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.
6. UNAIDS (2002): Брза процена стања и одговора на HIV/sidu у популацији младих људи у Србији–RAR.
7. Пејаковић Љ (2006): Оквир за дефинисање сцене уличне проституције у Београду, Социјална мисао 3, 2006, стране 95–109.
8. Илић Д (2010) : Risk of HIV Infection among indoor and street sex workers and their use of health services in Belgrade, Serbia, Srp Arh Celok Lek. 2010 Mar-Apr;138(3-4):219-224.
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/istrazivanja2008/istrazivanja.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

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

Главни истраживач и аутор текста:

Доц. др Данијела Ђонић

Лабораторија за антропологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Консултант истраживања:

Др Дубравка Шарановић

Министарство здравља Републике Србије

Теренски координатор:

Оливера Вићентић, Београд

Наташа Перенчевић

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

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

Кратак садржај:

Основни циљ истраживања је процена преваленце HIV инфекције и сифилиса и утврђивање нивоа знања младих ромске етничке припадности о ризику од HIV инфекције и полно преносивих инфекција (ППИ). Испитивање је обављено на територији Београда, међу младима ромске етничке припадности узраста од 15 до 24 године коришћењем комбиноване серопревалентне и бихејвиоралне студије пресека. Обухваћено је укупно 400 особа. Узорак је одабран методологијом узорковања вођеним испитаником. Од 207 особа које су биле укључене у серопревалентну компоненту истраживања само два мушкарца (1%) су показала реактивност на тесту за сифилис, а ниједна особа није показала реактивност на тестовима за вирус HIV-а. Само је 18,5% младих Рома у Београду који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а. Ниједна особа од испитиваних није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом. Да се у последњих 12 месеци тестирало на HIV изјавило је 1,8% младих Рома. Кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користило је 58,7% испитаника. Добијени резултати указују да је потребно даље јачање превентивних програма у овој популацији, као и поновљена истраживања која би проценила ефикасност спроведених превентивних програма.

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

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

Doc. Danijela Djonic, MD, University of Belgrade, School of Medicine, Laboratory for Anthropology

Abstract

The objective of the survey is to assess the prevalence of HIV and syphilis infection, and to estimate 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 Belgrade. A combined behavioral-biological (serological) cross-sectional survey was used. The sampling methodology used was RDS (*Respondent driven sampling*). A total of 400 individuals were included in the survey. Of the total number of participants who were involved in the biological component of the survey (207), only two persons (1%) had a reactive test to syphilis, and not one person was tested reactive to HIV. Only 18.5% of young Roma know the right ways of preventing sexual transmission of HIV and reject major misconceptions related to transmission of HIV. Not one person in survey reported being included in a preventive program in the previous 12 months. Some 1.8% of young Roma reported having been tested for HIV in the last 12 months. A total of 58.7% of the respondents in Belgrade used condom during their last sexual intercourse with random partners. The survey results indicate the need for further strengthening of 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 syphilis

1. УВОД

Иако је раније епидемија HIV-а у Србији била концентрисана углавном међу интравенским корисницима дрога (ИКД), недавни трендови указују на помак ка сексуалној трансмисији HIV инфекције [1]. За разлику од 27% у 2001. године, у 2009. години је чак 86% особа мислило да су инфицирани сексуалном трансмисијом [1].

Према подацима из литературе одређене популационе групе се због својих посебних демографских, социо-економских, културних и других услова у којима живе или раде, као и због високо ризичних облика понашања сматрају посебно осетљивим на HIV и полно преносиве инфекције (ППИ). Ова студија се и фокусира на једну такву популацију, младе Роме од 15 до 24 године.

Током 2008. и 2010. године реализована су у Београду прва два бихејвиорално-биолошка надзорна истраживања из оквира Друге генерације надзора над HIV-ом, у складу са Системом и планом мониторинга и евалуације националног одговора на HIV епидемију [2, 3]. Ова истраживања су пружила почетне вредности на основу којих се може пратити тренд ризика од инфекције HIV-ом и других полно преносивих болести међу младим Ромима помоћу понављаних надзорних истраживања. Резултати претходних истраживања су показали да:

- мали број испитаника (14,7% 2008. односно 22,2% 2010) препознаје праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а
- само 0,5% испитаника 2008. је изјавило да је у претходних 12 месеци било обухваћено неким превентивним програмом, док у истраживању 2010. ниједна испитана особа није била обухваћена превентивним програмом
- у 2010. години уочава се незнатно повећање броја особа (1,9%) које су отишле на тестирање на HIV у односу на 2008. годину када се тестирало 1,58% испитаника
- у 2010. години се повећао и број младих (73,5%) који су изјавили да су приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користили кондом у односу на 2008. (59,6%)
- 2010. се повећао и број особа које су пријавиле да су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци (57,7%) у односу на 2008. (38,5%)
- приближно је сличан број младих Рома у оба истраживања који су пријавили да су користили кондом приликом аналног сексуалног односа са мушким партнером (27,8% 2008. и 37,5% 2010)
- ниједна особа није показала реактивност на тестовима за HIV и сифилис, док су две особе биле реактивне на хепатитис Ц.

Све ово указује да је потребно даље јачање превентивних програма у овој популацији, као и поновљена истраживања који би проценила ефикасност спроведених превентивних програма.

ОСНОВНИ ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Основни циљ истраживања је процена преваленце HIV инфекције и сифилиса, као и утврђивање нивоа знања младих ромске етничке припадности о ризику од HIV инфекције и ППИ.

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

- 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 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).

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1 ТИП СТУДИЈЕ

Комбинована бихејвиорално-биолошка студија пресека од којих бихејвиорална студија подразумева испитивање ставова, знања и понашања у односу на HIV и ПППИ међу младима ромске етничке припадности, док биолошка компонента истраживања обухвата утврђивање серопреваленције HIV-а и сифилиса.

2.2 ЦИЉНА ПОПУЛАЦИЈА

Млади ромске етничке припадности на територији града Београда.

2.3 ЛОКАЦИЈЕ

Истраживање је спроведено у Београду током јуна месеца 2012. године.

2.4 УЗОРАК

Да би се постигла репрезентативност узорка, формирају се критеријуми за укључивање у студију, као и процес регрутовања током истраживања.

Користи се методологија *Respondent driven sampling* (узорковање вођено испитаницима, у даљем тексту RDS).

RDS методологија се примењује међу младима ромске етничке припадности из неколико разлога: млади ромске етничке припадности имају јаке и доста широке друштвене мреже, нема тачних података о величини популације младих ромске етничке припадности, нису позната сва места где се окупљају/живе, те би идентификација ових места захтевала значајан период мапирања, као и то што омогућава иницијално укључивање младих ромске етничке припадности који имају ризичније облике понашања (продају сексуалне услуге, инјектирају психоактивне супстанце), као и избегавање утицаја одраслих припадника заједнице на избор испитаника.

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

У биолошком истраживању учествовале су особе оба пола које имају 18 и више година до 24 године, укључујући и 24 и испуњавају све претходне критеријуме за бихејвиорално истраживање.

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 по четири особе од 15 до 19 година (два мушкарца и две жене) и четири од 20 до 24 година (два мушкарца и две жене) са различитих локација у граду.

Величина узорка је израчуната помоћу формуле:

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

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

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (процент младих ромске етничке припадности који знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и који истовремено одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-a – 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-a)

w – ширина интервала за границе грешке од $\pm 3.5\%$ је 0,07

D – коефицијент ефекта дизајна студије 1,5

Величина узорка израчуната на овај начин је 400 испитаника.

Истраживање је изведено у Београду. Имајући у виду досадашња искуства са терена, ограничени временски период за теренски рад је важан фактор који је додатно допринео на минимално смањење величине узорка.

2.5 ИЗВОР ПОДАТАКА И ИНСТРУМЕНТАРИЈУМ

Сви подаци за бихејвиорално истраживање се добијају вођеним разговорима са учесницима у истраживању. Разговоре воде обучени анкетари. Разговор се води помоћу структурираног упитника затвореног типа. У оквиру истраживања користе се три групе упитника: квантитативни упитник, упитник о мрежи, образац о неподобности испитаника и упитник о одбијању купона.

Сваки од упитника се користи у одређеној етапи истраживања са сваким испитаником.

Истраживање поред бихејвиоралне компоненте подразумева уједно и тестирање пунолетних учесника истраживања на HIV и сифилис. За тестирање се користе брзи тестови који се раде на основу узорка капиларне крви из прста. Узимање узорка крви, читавање и бележење резултата ових тестова на терену врше обучени лаборанти са искуством. Сви тестирани добијају савет од стране психолога/саветника за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање. Начин реализације ове компоненте истраживања је дефинисан посебним Лабораторијско-дијагностичким протоколом.

2.6 АНАЛИЗА ПОДАТАКА

Подаци се уносе и обрађују кроз софтверски пакет SPSS 17.0. Сви подаци се групишу према полу, узрасту испитаника и локацији коришћењем метода дескриптивне и аналитичке статистике. Сви обавезни индикатори се анализирају и представљају у формату који се захтева Планом мониторинга и евалуације стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, а додатни у формату дефинисаном протоколом истраживања и дизајном истраживачких инструмената.

3. ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ТОКОМ ИСТРАЖИВАЊА

Након информисања о истраживању сваки учесник који даје сагласност да суделује у истраживању, након што је добио информације о самом истраживању, потписује пристанак. Особе старије од 18 година до 24 године (пунолетне) учествују у бихејвиорално-биолошкој студији као једној целини и потписивање пристанка подразумева одлуку да учествују и у бихејвиоралној компоненти (интервју са анкетаром) и биолошкој, која подразумева утврђивање серопреваленте за вирус HIV-а и сифилиса, вађењем крви из прста.

Особе од 15 до 18 године (малолетне) учествују само у бихејвиоралној студији и потписивање сагласности подразумева одлуку да учествују у бихејвиоралној компоненти (интервју са анкетаром).

4. РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

4.1 ОПШТИ ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

У истраживању је учествовало 400 испитаника од којих је 263 (65,8%) мушкараца и 137 (34,3%) жена (табела 1). Све испитанике смо поделили у две старосне групе: од 15 до 19 година (64,25 %) и од 20 до 24 године (35,75%).

Табела 1. Структура испитаника/ца укључених у истраживање

Социјалне карактеристике		Пол				Укупно	
		Мушкарци		Жене		Н	%
		н	%	н	%		
Старосне групе	15 - 19	168	65,4	89	34,6	257	64,25
	20 - 24	95	66,4	48	33,6	143	35,75
Укупно		263	65,8	137	34,3	400	100

Од укупно испитаног узорка: 5,3% је било без образовања, 17,5% је са непотпуном основном школом, 37,3% је било са завршеном основном школом, 20,5% је са завршеном средњом школом, само 0,3% испитаника је са вишом школом, док 19,3% њих тренутно иде у школу. Од укупног броја узорка у Београду писмено је 86,5%. Поредеди са резултатима претходног истраживања [2, 3] видимо да је и даље слична дистрибуција код младих Рома у степену образовања и да је и даље већи број без образовања него у општој популацији [4]. Међутим, примећује се и напредак у односу на истраживање из 2002. године [5] када је са незавршеном основном школом било 62% Рома, а 32,5% Рома са непотпуном основном школом. Међутим, стопа неписмености се није значајније променила. Претходно истраживање је показало да је у узрасној групи од 10 до 25 година стопа неписмености била 14%, с тим што је удео неписмених Ромкиња био скоро 2,5 пута већи него мушкараца док је наше истраживање показало подједнаку дистрибуцију неписмених међу оба пола [5].

Ако анализирамо испитанике према начину издржавања учачамо да највећи број њих издржавају родитељи (59,9%) или раде повремено (28,2%), а најмањи број њих добија материјалну помоћ од центра за социјални рад (13,2%) или је стално запослена (11,4%). Најчешћи повремени посао им је скупљање секундарних сировина (33,3%). И начин издржавања је остао сличан као у претходним истраживањима [2, 3]. Степен незапослености је доста велики у односу на општу популацију [4] и није се пуно променио последњих десетак година, јер нам резултати претходних истраживања [5] показују јако сличну стопу незапослености. Истраживање спроведено 2002. године од стране агенције „Аргумент” обухватило је 525 ромских домаћинстава и показало је да око 80,9% Рома нема легално запослење, 27% је без сталних примања, а 43% њих додатна средства обезбеђује сакупљајући секундарне сировине [5].

4.2 ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV

За сада не постоје званични подаци о преваленцији HIV-а/AIDS-а међу Ромима. Према UNICEF-овом истраживању из 2005. године [6], 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 [7] 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. 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 [8–11]. И претходна истраживања изведена у Србији [2, 3, 6, 7] показала су у високом степену ризично понашање за настанак HIV-а и ППИ међу младим Ромима па је последњих година све више присутна забринутост око осетљивости Рома за добијање HIV-а, ППИ и других репродуктивних обољења [8, 9, 11].

Резултати истраживања су показали да је у Београду 18,5% 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 ($\chi^2=9,62$, $p<0,05$) њих међу старијим испитаницима (табела 2). Између полова нема статистички значајне разлике (табела 2). У претходним надзорним истраживањима [2, 3] био је сличан број испитаника који знају праве начине сексуалне трансмисије HIV-а (табела 2). Уочавамо да је број младих Рома који имају основна знања о HIV-у нешто мало мањи 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 [12]. Највише испитаника (65,8%) мисли да особа која изгледа здрава може бити заражена HIV-ом (табела 5). Већина особа (64,5%) мисли да правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа смањује ризик од преношења HIV-а (табела 4), мало више од половине испитаника (54,3%) мисле да упражњавање секса са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а (табела 3), док је најмање особа (35,0%) које не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако деле храну са особом која има HIV (табела 6), односно младих Рома (43,3%) који не мисле да могу да се заразе HIV-ом ако се дели животни или радни простор са особом зараженом HIV-ом (табела 7).

Тренд из претходног надзорног истраживања [3] наставља се и у нашој студији: 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 [2]. Овако мала покривеност превентивним програмима је забрињавајућа, јер је истовремено последњих година међу ромским становништвом изведен велики број пројеката и неки од њих су усмерени управо на младе и репродуктивно здравље [13].

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	46	17,5	263
	Женски	28	20,4	137
Старосне групе	15–19	36	14	257
	20–24	38	26,6	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	19	11,3	168
	20–24	27	28,4	95
Старосне групе – жене	15–19	17	19,1	89
	20–24	11	22,9	48
Укупно (95% CI)		74	18,5 (0,15–0,22)	400
2010		60	22,2	270
2008		56	14,7	380

¹ Болдирани износи представљају статистички значајне разлике ($p < 0,05$) добијене χ^2 тестом.

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	145	55,1	263
	Женски	72	52,6	137
Старосне групе	15–19	128	49,8	257
	20–24	89	62,2	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	82	48,8	168
	20–24	63	66,3	89
Старосне групе – жене	15–19	46	51,7	89
	20–24	26	54,2	48
Укупно (95% CI)		217	54,3 (0,49–0,59)	400
2010		162	60	270
2008		219	57,6	380

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	175	66,5	263
	Женски	83	60,6	137
Старосне групе	15–19	155	60,3	257
	20–24	103	72	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	102	60,7	168
	20–24	73	76,8	95
Старосне групе – жене	15–19	53	59,6	89
	20–24	30	62,5	48
Укупно (95% CI)		258	64,5 (0,60–0,69)	400
2010		206	76,3	270
2008		271	71,3	380

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	179	68,1	263
	Женски	84	61,3	137
Старосне групе	15–19	161	62,6	257
	20–24	102	71,3	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	109	64,9	168
	20–24	70	73,7	95
Старосне групе – жене	15–19	52	58,4	89
	20–24	32	66,7	48
Укупно (95% CI)		263	65,8 (0,61–0,70)	400
2010		189	70	270
2008		250	65,8	380

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	90	34,2	263
	Женски	50	36,5	137
Старосне групе	15–19	80	31,1	257
	20–24	60	42	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	47	28	168
	20–24	43	45,3	95
Старосне групе – жене	15–19	33	37,1	89
	20–24	17	35,4	48
Укупно (95% CI)		140	35,0 (0,30–0,40)	400
2010		156	57,8	270
2008		115	30,3	380

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

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	105	39,9	263
	Женски	68	49,6	137
Старосне групе	15–19	102	39,7	257
	20–24	71	49,7	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	58	34,5	168
	20–24	47	49,5	95
Старосне групе – жене	15–19	44	49,4	89
	20–24	24	50	48
Укупно (95% CI)		173	43,3 (0,38–0,48)	400
2010		148	47,4	270
2008		226	59,5	380

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 највећи број (2%) испитаника који правилно идентификују место где се може добровољно саветовати и тестирати на HIV (табела 8), док је присуствовало предавању на тему HIV-а ван школског система само 1,3% (табела 10), а само је једна особа (0,3%) изјавила да је у претходних 12 месеци добила кондом од теренских радника из НВО-а/ДПСТ-а (табела 9). Није уочена статистички значајна разлика ни између полова, нити између посматраних старосних категорија. У сваком од посматраних параметара видљив је тренд опадања у односу на претходна два истраживања [2, 3]. Наиме, тачно место ДПСТ центара је ове године идентификовао далеко мањи број испитаника, у

односу на 2010. и нарочито у односу на 2008. када је четвртина испитаних младих Рома знала да правилно идентификује место ДПСТ центара (табела 9).

Табела 8. Број испитаника који правилно идентификују место где се може саветовати и тестирати на HIV

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	4	1,5	263
	Женски	4	2,9	137
Старосне групе	15–19	6	2,3	257
	20–24	2	1,4	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	3	1,8	168
	20–24	1	1,1	95
Старосне групе – жене	15–19	3	3,4	89
	20–24	1	2,1	48
Укупно (95% CI)		8	2,0 (0,01–0,03)	400
2010		15	5,6	270
2008		97	25,5	380

Табела 9. Број испитаника који је пријавио да је добио кондом од теренских радника НВО или у ДПСТ центру

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	1	0,3	263
	Женски	/	/	137
Старосне групе	15–19	1	0,3	257
	20–24	/	/	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	1	0,3	168
	20–24	/	/	95
Старосне групе – жене	15–19	/	/	89
	20–24	/	/	48
Укупно (95% CI)		1	0,3 (0,002–0,007)	400
2010		/	/	270
2008		4	0,8	380

Табела 10. Број испитаника који је присуствовао предавању на тему HIV-а ван школског система

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	2	0,5	263
	Женски	3	0,8	137
Старосне групе	15–19	3	0,8	257
	20–24	2	0,5	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	2	1,2	168
	20–24	0	/	95
Старосне групе – жене	15–19	1	1,1	89
	20–24	2	4,2	48
Укупно (95% CI)		5	1,3 (0,002–0,023)	400
2010		8	3	270
2008		4	1,1	380

Као и у претходним истраживањима [2, 3] и ово истраживање је показало сличан број младих Рома (1,8%) који се тестирао на HIV (табела 11). Није уочена статистички значајна разлика ни између полова, нити између посматраних старосних категорија.

Табела 11. Процент младих Рома који су се тестирали на HIV у последњих 12 месеци живота и знају резултат свог последњег теста

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	5	1,9	263
	Женски	2	1,5	137
Старосне групе	15–19	4	1,6	257
	20–24	3	2,1	143
Старосне групе – мушкарци	15–19	3	1,8	168
	20–24	2	2,1	95
Старосне групе – жене	15–19	1	1,1	89
	20–24	1	2,1	48
Укупно (95% CI)		7	1,8 (0,004–0,030)	400
2010		5	1,9	270
2008		6	1,58	380

Број младих који су изјавили да су приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером користили кондом се смањило у односу на 2010. годину (табела 12) и сличан је броју младих из 2008. године [2, 3]. Значајно је више мушкараца од жена који су користили кондом ($\chi^2=5,61$, $p<0,05$). Између посматраних старосних категорија није уочена статистички значајна разлика. У поређењу са 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 видимо да мањи број младих Рома користи кондом са случајним партнером [12]. Као и у другим студијама и ми смо

уочили статистички значајну разлику између мушкараца и жена, док разлика између старосних категорија не постоји [14].

Табела 12. Процент младих Рома који су пријавили употребу кондома приликом последњег сексуалног односа са случајним сексуалним партнером

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	79	62,2	127
	Женски	5	31,3	16
Старосне групе	15–19	51	64,6	79
	20–24	33	51,6	64
Старосне групе – мушкарци	15–19	47	68,1	69
	20–24	32	55,2	58
Старосне групе – жене	15–19	4	40	10
	20–24	1	16,7	6
Укупно (95% CI)		84	58,7 (0,51–0,67)	143
2010		86	73,5	117
2008		68	59,6	114

Због ретке употребе кондома као заштите од ППИ очекивало се да се међу Ромима пронађе висока преваленца HIV-а [15]. 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 [16, 17]. У нашем истраживању у серопревалентну компоненту је укључено 207 особа. Од свих тестираних особа ниједна особа није показала реактивност на тестовима за вирус HIV-а, док су само две особе мушког пола (1%) биле реактивне на сифилис (табела 13).

Табела 13. Процент младих Рома који су показали реактивност на сифилис

Социјалне карактеристике		n	%	N
Пол	Мушки	2	1,5	134
	Женски	0	0	73
Старосне групе	15–19	0	0	65
	20–24	2	1,4	142
Старосне групе – мушкарци	15–19	0	0	40
	20–24	2	2,1	94
Укупно (95% CI)		2	1,0 (0,004–0,023)	207
2010		0	/	159

4.3 ВРЕДНОСТИ КЉУЧНИХ ИНДИКАТОРА

Просечна старост ступања у сексуалне односе је 15 година, као што је показано и у претходним истраживањима спроведеним међу младим Ромима [2, 3]. Пре 15. године ступило је у сексуалне односе 37,5% младих и уочено је да је статистички значајно више мушкараца у односу на жене, док је пре 18. године живота у сексуалне односе ступила већина (85,1%). Скоро дупло више младих Рома је у претходном истраживању [3] изјавило да је имало сексуалне односе пре 15. године живота. Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије [12]: 29% испитаника од 15 до 19 година је имало сексуални однос и просечна старост првог ступања у сексуални однос је 16 година.

Већина испитаника (69,1%) је изјавила да је у последњих годину дана имала сталног партнера. Од њих, скоро трећина испитаника (28,3%) користи увек са сталним партнером кондом што је дупло више у односу на 2008. и 2010. годину. Нешто мало мање од половине младих (45,1%) је изјавило да је у последњих годину дана имало сексуални однос са случајним партнером и половина њих (54,5%) је користила увек кондом приликом сексуалних односа.

Скоро половина испитиваних младих (48,3%) је пријавило да су у последњих 12 месеци имали више од једног партнера и од њих је мало више од половине (55,7%) који су приликом последњег сексуалног односа користили кондом. Само је 0,7% младих који су у последњих 12 месеци имали сексуалне односе са више од једног партнера и који не знају где могу да се набаве кондоми.

Да је имало комерцијалног партнера у Београду пријавило је 16,1% младих у Београду и већина је увек користила кондом (76,7%).

Приближно је сличан број младих Рома (8,2%), као и у претходним истраживањима [9] који су пријавили да су имали анални сексуални однос са мушким партнером и половина њих (57,7%) је приликом последњег аналног односа користила кондом што је значајно више особа у односу на претходна истраживања [9].

Много већи број младих Рома (25,9%) је у овом истраживању пријавио да је користио дрогу убризгавањем (ИКД) у односу на претходна истраживања [2, 3]. Према Националном истраживању здравља становника Републике Србије 6,9% младих у Србији је злоупотребљавало неку од психоактивних супстанци [12]. 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. Само једна особа (3,7%) која је актуелни ИКД је пријавила да је приликом последњег убризгавања користила стерилан прибор.

Сексуално активно у последњих годину дана је 10,9% младих који су имали промене на полним органима. Више од половине њих (64,1%) се због ППИ обратио одговарајућој здравственој служби.

Преко половине младих у Београду (57,4%) правилно идентификује превенцију сексуалне трансмисије HIV-а, док само трећина (31,2%) 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 више од половине (54,2%) испитаних Рома у Београду (табела 29), док је 63,3% испитаника 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 19,0% испитаника претрпело физичко насиље. Највећи број (39,5%) је претрпео насиље од стране вршњака, а најмање од стране партнера (5,3%). Вишеструко насиље је пријавило 6,6% особа.

4.6 ВРЕДНОСТИ ИНДИКАТОРА ЗА КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

У нашем истраживању већина младих Рома (85,5%) има оверену здравствену књижицу, као и у претходним истраживањима [2, 3]. Мало више од трећине испитаника (36,8%) у Београду када имају здравствени проблем прво се обраћају лекару у дому здравља, што је много мање у односу на резултат претходног истраживања [3]. Међутим, повећан је број особа који имају свог изабраног лекара у дому здравља (82%). Већина испитаних (84,5%) су изјавили да су задовољни радом свог лекара опште медицине и услугама у дому здравља. 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 [18].

У Београду је њих 22,5% користило услуге приватне праксе. Већином су то биле посете приватном стоматологу.

Скоро половина испитаних жена (47,4%) има свог изабраног гинеколога у дому здравља и као разлог одласка код гинеколога наводиле су: контролу здравља (44,4%), трудноћу (28,4%), тегобе (21,0%), нередовне менструације (13,6%) и абортус (6,2%). Према Националном истраживању здравља [12] 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 су претходна истраживања међу младим Ромкињама показала да је више од половине користило услуге гинеколога [2, 3].

5. ЗАКЉУЧЦИ

У надзорном истраживању „Ризичног облика понашања и фактора ризика за HIV и друге полно преносиве инфекције међу младим Ромима” које је организовано на територији града Београда на узорку од 400 младих Рома између 15 и 24 године дошло се до следећих закључака:

- 207 особа у Београду су укључене у серопревалентну компоненту истраживања. Од свих тестираних особа ниједна особа није показала реактивност на тесту за HIV, док су само две особе (1%) показале реактивност на тестовима за сифилис.
- Само 18,5% младих Рома знају праве начине превенције сексуалне трансмисије HIV инфекције и одбацују главне заблуде везане за трансмисију HIV-а.
- Ниједна испитивана особа у Београду није изјавила да је у претходних 12 месеци била обухваћена превентивним програмом.
- Само 2% особа зна тачно да идентификује место где се може добровољно тестирати и саветовати на HIV.
- Само једна особа је пријавила да је добила кондом од теренских радника НВО-а или ДПСТ центара.
- 1,3% испитаника је присуствовало предавању на тему HIV-а у ваншколском систему у последњих 12 месеци.
- 1,8% Рома је изјавило да се у последњих 12 месеци тестирало на HIV.
- 58,7% испитаника је користило кондом приликом последњег сексуалног односа са случајним партнером.
- Просечна старост ступања у сексуалне односе је 15 година као што је показано и у претходним истраживањима спроведеним међу младим Ромима.
- Повећао се број особа који увек користе кондом са сталним партнером као и приликом аналног односа са мушкарцем, али се смањио број особа који користе кондом са случајним партнером.
- Број особа које су користиле дрогу убризгавањем се повећао дупло у односу на претходно истраживање.

- Број особа који је сексуално активан последњих година дана и који је имао промене на полним органима је сличан резултату претходног надзорног истраживања.
- Вредности индикатора за стигму и дискриминацију, као и индикатора за физичко насиље показују сличан тренд као у претходном надзорном истраживању.
- Већина младих Рома има оверену здравствену књижицу, има свог изабраног лекара у дому здравља, у случају здравственог проблема обраћа се лекару и задовољно је радом свог лекара опште медицине и услугама 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 сва спроведена надзорна истраживања показују да није добра покривеност корисника.
- Повећати обим и доступност превентивних програма на терену кроз сарадњу владиног и невладиног сектора.
- Осмислити и промовисати значај добровољног и поверљивог саветовања и тестирања, као кључне превентивне активности, уз повећање покривености услугама саветовања и тестирања, а у складу са реалним потребама и могућностима.
- Повећати доступност кондома на терену и континуирано радити на промоцији њихове употребе.
- Почети са едукацијом младих најкасније до 15. године живота, да би пре почињања сексуалне активности били правилно информисани.
- Промовисати рад саветовалишта за младе при домовима здравља међу младим Ромима.
- 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 бихејвиорално-биолошка истраживања, у циљу праћења тренда промена у ризичном понашању, степену знања и коришћења превентивних и терапијских услуга, а ради правовременог и адекватног реаговања, и то минимум у Београду, при чему је потребно да величина узорака буде већа ради добијања прецизнијих популацијских процена.

ЛИТЕРАТУРА

1. United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. Republic of Serbia: National AIDS Commission, Ministry of Health, Institute of Public Health of Serbia 2009. Доступно на: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/serbia_2010_country_progress_report_en.pdf. Accessed on July 10, 2011.
2. Министарство здравља Србије (2008): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу младима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
3. Министарство здравља Србије (2010): Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу младима припадницима ромске етничке припадности. Доступно на: www.zdravstvo.rs/all/ministarstvo-zdravlja-srbija
4. Bjeloglav D, David H, Krstić G, Marković G. (2007): LSMS Project 2002-2003: life in Serbia through the survey data. Belgrade: Strategic Marketing
5. ARGUMENT (2002): Живот Рома у београдским насеобинама, Београд
6. UNICEF Belgrade. Serbia Multiple Indicator Cluster Survey (2005): Monitoring the situation of children and women, Belgrade.
7. CDKR Belgrade (2008): Reproductive and sexual health among Roma youth – field assessment, Belgrade.
8. 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.
9. World Bank (2003): HIV/AIDS in Southeastern Europe: case studies from Bulgaria, Croatia, and Romania. Washington, DC:World Bank.
10. Tomova I. (1995): Gypsies of the transition period. Sofia, Bulgaria: IMIR Publications.
11. Kabakchieva E, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Vassileva S. (2002): High levels of sexual HIV/STDr isk behavior among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample. *Int J STD AIDS*;13:184-91.
12. 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
13. Шарановић-Раџић, 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>
14. 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. Hajioff, S., McKee M. (2000): The health of the Roma people: a review
15. of the published literature. *J Epidemiol Community Health*;54:864-869
16. Martin V, et al. (1998): Predicting factor of HIV infection drug users upon incarceration. *Eur J Epidemiol*; 14:327-31.
17. 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.

18. 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.

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

Главни истраживач и аутор текста:

Јасминка Марковић, социолог
Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд

Консултант истраживања:

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

Теренски координатори:

Жељка Бургунд, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд
Бранислава Лапчевић, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд

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

Јасминка Марковић, социолог, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Београд

Кратак садржај:

Истраживање „Ставови, знање и ризично понашање младих смештених у институције за децу без родитељског старања у Србији” је треће у низу поновљених истраживања на две године са циљем да се у континуитету сагледају промене у карактеристикама и ризичним облицима понашања младих у институционалној заштити, њихов обухват превентивним програмима и информисаност. Истраживањем је обухваћено 210 деце/младих узраста 12–19 година која одрастају као деца без родитељског старања у 15 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 структурирани упитник затвореног типа.

Резултати истраживања указују да је 2012. години у односу на претходна истраживања реализована 2008. и 2010. године значајан пораст броја младих који имају искуство са употребом дроге што представља значајан ризик за HIV инфекцију и полно преносиве болести. Деца из домске заштите у већем проценту правилно идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (31,1%) у односу на децу из завода (15,5%), с обзиром на већи обухват деце из домске заштите превентивним програмима. Евидентно је ризично понашање: рано ступање у сексуалне односе (са 14 година), већи број сексуалних партнера на годишњем нивоу – просечно 3,2 у односу на 2,2 у истраживању 2008. године и недовољно коришћење заштите младих који имају више од једног сексуалног партнера у односу на претходна истраживања. Сексуални контакти са нерегуларним партнером су повећани у популацији из домске заштите са 38,2% у претходном истраживању на 44,8% у овом истраживању, док су смањени у популацији деце из завода са 66,7% на 36%. Употреба кондома је заступљена код 88% младих који су ступили у сексуалне односе, али изостаје у потребној мери код младих који имају сексуални однос са нерегуларним партнером 61%. Однос према особама са HIV-ом је у поређењу са претходним истраживањима промењен тако што је смањен проценат испитаника који су имали став изолације (са 63,4% на 55,1%), док је повећан проценат испитаника код којих је присутан став виктимизације (са 70,5% на 80,8%). Већина посматраних индикатора који се односе на ризично понашање деце и младих указује на негативне трендове у односу на претходна истраживања. У погледу знања, млади који су учествовали у неком облику едукације (37%) боље су информисани од укупно посматране популације и истраживању (26,7%).

Превентивне програме треба учесталије и континуирано реализовати посебно у свим заводским установама због кратког боравка деце, као и наставити рад са децом у домској заштити због пријема старије деце са структурираним поремећајем понашања. Постојећи превентивни програми побољшавају протективно понашање младих али не утичу на промену окривљујућег става младих према особама са HIV-ом, па је потребно ове програме допунити садржајима који ће приближити деци животне приче особа са HIV-ом.

Кључне речи: деца без родитељског старања, ризично понашање, превентивни програми

ATTITUDES, KNOWLEDGE AND RISK BEHAVIOUR OF YOUTH IN INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE IN SERBIA

Jasminka Markovic, Centre for Protection of Infants, Children and Youth "Zvecanska"

Abstract

The survey "Attitudes, Knowledge and Risk Behaviour of Youth in Institutions for Children without Parental Care in Serbia" is a third in the series of surveys repeated every two years whose aim is to obtain continuous insight into changes in characteristics and risk behaviours of institutionalized youth, their coverage with prevention programs and levels of information. The survey included 210 children/youth without parental care aged 12 – 19 accommodated in 15 social protection institutions in Serbia. The sample is divided into two strata: homes for children without parental care, and children and youth reformatories, disaggregated by sex and age (children under 14 and above 15). Structured, close-ended questionnaire was used. Survey findings indicate a significant increase in number of youth who experienced drug use, compared to two previously conducted surveys in 2008 and 2010, which constitutes a major risk to HIV and sexually transmitted infections.

There is a higher percentage of children residing in social protection institutions that identify correctly the ways of prevention of HIV sexual transmission (31.1%) compared to children in reformatories (15.5%), having in mind the larger coverage of institutionalized children in prevention programs. Risk behaviour is evident: sexual contacts at early age (14 years of age), higher number of sexual partners per year (an average of 3.2 compared to 2.2 in the 2008 survey), and insufficient level of protection in youth with more than one sexual partner compared to previous surveys. Sexual contacts with non-regular partners increased among institutionalised youth (44.8%) compared to previous survey (38.2%), while at the same time among youth in reformatories these have decreased (36%) compared to the findings of the previous surveys (66.7%). Condom use was reported among 88% of youth practicing sex, albeit insufficiently in youth practicing sex with non regular partners (61%). Attitudes towards people living with HIV changed compared to previous surveys, showing that the percentage of those respondents with isolation opinions decreased (from 63.4% to 55.1%), and of that with victimization opinions have increased (from 70.5% to 80.8%). Majority of observed indicators related to risk behaviour of children and youth indicate negative trends compared to previous surveys. When it comes to knowledge, youth who had some previous education on HIV are better informed (37%) than the general survey population (26.7%).

Preventive programs should be conducted more frequently and continuously, especially in reformatories, and due to average short stay of children, work with institutionalized children should be continued, in light of reception of older children with structural behaviour disorders. Existing preventive programs indeed enhance the protective behaviour of youth but do not affect the change in blaming attitudes of youth towards people living with HIV, thus requiring such programs to be extended in terms of content that would sensitize children to life stories of people living with HIV.

Key words: children without parental care, risk behaviour, prevention programs

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. Када је реч о регистрованим случајевима HIV позитивних у периоду 1985–2010. година, највише их је дијагностиковано у узрасту 25–39 година (1484 особа или 57% свих регистрованих особа са инфекцијом вирусом HIV-а). Међу децом до 15 година HIV инфекција је ретка (68 случајева – 3%), а међу младима узраста 15–24 године 13% свих HIV инфекција [1].

Према резултатима других истраживања у институцијама за смештај деце и омладине говори се 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)[2].

У документима UNICEF-а деца без родитељског старања су окарактерисана као изузетно вулнерабилна група угроженог психофизичког развоја и душевног здравља.

Претходна поновљена истраживања у оквиру овог пројекта реализована 2008. и 2010. године, указала су на већу израженост ризика у односу на општу популацију деце и младих истог узраста. Тако, 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 – 15 година у истраживању из 2008. године и 14 година у истраживању из 2010. године. Код младих смештених у заводима за васпитање медијана ступања у први сексуални однос је 13 година.

Кључна питања овог истраживања су била:

1. Који облици ризичног понашања везаног за сексуалну праксу и употребу различитих ПАС су присутни међу младима на институционалном смештају, како у односу на пол, узраст, тако и у односу на тип институције у коју су смештени?
2. Каква је информисаност младих о HIV/AIDS-у, здравственим сервисима и програмима, како у односу на пол, узраст, тако и у односу на тип институције у коју су смештени?
3. Колико су млади на институционалном смештају обухваћени постојећим здравственим и едукативним услугама везаним за превенцију HIV-а?

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:

1. Испитати ставове, знања и понашање деце узраста 12–19 година смештене у институцијама за децу и омладину без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности.
2. Анализирати разлике у ризичном понашању по питању сексуалне активности и коришћења психоактивних супстанци у односу на пол и узраст ове групе младих.
3. Испитати да ли постоје разлике у ставовима, знању и понашању деце која су у заводима за васпитање у односу на децу смештену у институције за децу без родитељског старања по питању ризичног понашања везаног за сексуалне активности, коришћење психоактивних супстанци и доступност здравствених

услуга.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1 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 бихејвиорална студија уз коришћење (вишеетапне) кластер методологије узорковања.

2.2 ЛОКАЦИЈЕ И ВРЕМЕ РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Анкетно истраживање 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 истраживање на 15 следећих локација:

а) 1. „Вера Благојевић” у Бањи Ковиљачи; 2. „Вера Радивојевић” у Белој Цркви; 3. „Душко Радовић” у Нишу; 4. „Споменак” у Панчеву; 5. „Петар Радовановић” у Ужицу; 6. Дечје село у Сремској Каменици; 7. „Христина Маркишић” у Алексинцу; 8. „Јефимија” у Крушевцу; 9. „Моша Пијаде” у Београду; 10. „Јован Јовановић Змај” у Београду; 11. „Дринка Павловић” у Београду; 12. 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.

Истраживање на терену је реализовано у периоду од 13. јуна до 2. јула 2012. године.

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

Циљна група овог истраживања 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.

У истраживање су укључена деца и млади оба пола, узраста од 12 до 19 година, која бораве у институцији најмање месец дана пре анкетирања и која немају менталне поремећаје.

Испитаници су груписани у два стратума:

- I стратум – домови за децу и омладину и
- II стратум – заводи за васпитање деце и омладине.

Величина узорка деце и младих без родитељског старања израчуната је на основу формуле

$$N = 4(Z\alpha)^2 P (1-P) / w^2$$

Процењена величина узорка према овом обрасцу била је до 149 деце из домова за децу и омладину. Истраживањем је обухваћено 151 дете, што чини 40% популације из одговарајуће подгрупе.

Анкетирана је целокупна популација деце у заводима за васпитање, како би, због значајно мањег броја деце у заводима, обезбедили релевантније поређење стратума. Анкетом је обухваћено 59-оро деце затечене у заводима.

2.4 ИНСТРУМЕНТАРИЈУМ

Прикупљање података је обављено коришћењем структурираног упитника затвореног типа који се састоји из 52 питања, груписана у следеће целине: социодемографске карактеристике; употреба дувана, алкохола, дроге, сексуално понашање; обољења која се преносе сексуалним путем; набавка кондома; знања, мишљења, ставови о HIV/AIDS; тестирање на HIV; доступност, коришћење и задовољство здравственим услугама; стигма и дискриминација. Упитник коришћен у овом истраживању је истоветан упитнику коришћеном у истраживању 2010. године, када је урађено и предтестирање.

3. СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

Након обезбеђене сагласности Министарства рада и социјалне политике анкетање је обављено уз стриктно поштовање и примену следећих етичких принципа: приватност, поштовање личности, уважавање реалних могућности испитаника, информисана сагласност, поверљивост, коректност према одговорним лицима у установи, добробит деце/младих у установи, суздржавање од вишка иницијативе.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

АНАЛИЗА СВИХ ПОДАТАКА

У истраживање је укључено 210 испитаника оба пола, узраста 12–19 година:

- 151 испитаник из домске заштите и
- 59 испитаника из завода за васпитање.

4.1 ДИСТРИБУЦИЈА ДЕЦЕ/МЛАДИХ ПО ПОЛУ И УЗРАСТУ

У укупној популацији је било више мушке (53,8%) него женске деце (46,2%). У односу на врсту установе, младих мушког пола је било више у заводима за васпитање деце и омладине (59,3%).

Као и у претходним истраживањима (2008. и 2010. године), највише испитаника припадало је узрасној групи 15–19 година – 75,7% што је резултат примене концепта система социјалне заштите који је заснован на томе да се деца млађег узраста усмере према породичној средини [5]. Медијана узраста деце у оба типа установа је 16 година.

Табела 1. Структура испитаника по полу према узрасту

Демографске карактеристике испитаника		Мушки пол		Женски пол		Укупно број	Укупно %
		Број	%	Број	%		
Узраст	До 14 година	32	62,7	19	37,3	51	100
	15 и више година	81	50,9	78	49,1	159	100
Укупно		113	53,8	97	46,2	210	100

4.2 СТРУКТУРА УЗОРКА ПО НАЦИОНАЛНОЈ ПРИПАДНОСТИ

Од укупног броја деце/младих, 19% су били Роми што је више него у оба претходна истраживања (13%). Припадност српској националности изразило је 64,3% деце, а некој другој 16,7%. Не постоје значајне разлике у односу на друга обележја осим што је више ромске деце у заводима за децу и омладину (25,4%) него у домовима (16,6%).

4.3 ДУЖИНА БОРАВКА У ДОМУ

Медијана дужине боравка међу испитаницима у установи износила је четири године – у домској заштити шест година, а у заводима за васпитање једну годину, што је условљено концепцијом и функцијом ових установа.

У узрасној групи до 14 година у 2012. години забележен је боравак у трајању просечно три године, што је краћи период од регистрованог 2010. године (просечно четири године), а последица је одређења система заштите за смештај деце у институционалну заштиту на старијем узрасту [5].

Деца и млади старији од 15 година бораве дуже у установи, јер је то коначан смештај пре осамостаљивања и професионалног оспособљавања. Смештај на старијем узрасту, касно издвајање из породице и претходно ризичних услова живота има за последицу проблеме у понашању и озбиљне психичке сметње у популацији ове деце [6].

Табела 2. 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	4,7	4	113
	Женски	5	4	97
Група година	До 14	3,7	3	51
	15 и више	5,2	5	159
Укупно		4,8	4	210

4.4 ПОХАЂАЊЕ ШКОЛЕ

У време анкетања чак 13,3% деце није похађало школу. Овако висок проценат је био резултат затеченог стања пошто је школовање нужан услов боравка у дому и може да значи привремен статус при промени школе због претходне едукативне занемарености и застоја у образовном процесу деце, као и професионалну оспособљеност и продужену заштиту пред отпуст. Основну школу похађало је 48,4% деце, а средњу школу њих 49,5%. Редован образовни процес је угрожен у обе посматране популације, на шта указује податак да основну школу похађа 32,1% деце старије од 15 година.

4.5 РАД ЗА НОВАЦ

Искуство рада за новац има 64,8% испитаника. Од укупне популације мушке деце ради 78,8%, а у женској популацији 48,%. Рад за новац присутан је не само у узрасној групи старијој од 15 година (67,3%), већ и у групи деце млађе од 14 година (56,9%) .

Од деце која су нешто радила за новац највише њих је обављало повремене послове чишћења, разношења ствари или прања шофершајбни (60,3%). Присутни облици поремећаја понашања у популацији деце из завода, али и домова, могу се сагледати кроз податак да је од укупног броја деце која су изјавила да су радила за новац, њих 28,7% крало, 12,5% просило и 4,4% пружало сексуалне услуге.

4.2 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ

4.2.1 АКТИВНА УПОТРЕБА ЦИГАРЕТА, АЛКОХОЛА И ДРОГЕ

Више од половине деце/младих у институцији су активни пушачи, значајно више адолесценти старији од 15 година, али једнако забрињавајући је и висок проценат млађих адолесцената. Ово може бити почетни знак повишеног ризика од уласка у још ризичније видове зависности (табела 3).

Више од половине деце/младих у институцији активно пије алкохол, нешто више мушкарци него девојке и значајно више адолесценти старији од 15 година. Конзумирање алкохола удружено са карактеристикама деце из заштите може бити значајан фактор ризика због смањене способности самозаштитног понашања у ситуацијама ризичним за HIV инфекцију.

Табела 3. Употреба различитих супстанци

Демографске карактеристике деце	Пушење цигарета		Употреба алкохола		Употреба дрога	
	Број	%	Број	%	Број	%
Мушкарци	67	59,3	65	57,5	11	9,7
Девојке	61	62,9	50	51,5	6	6,2
Узраст до 14 година	28	54,9	19	37,3	2	3,9
Узраст 15 и више година	100	62,9	96	60,4	15	9,4
Укупно	128	61	115	54,8	17	8,1

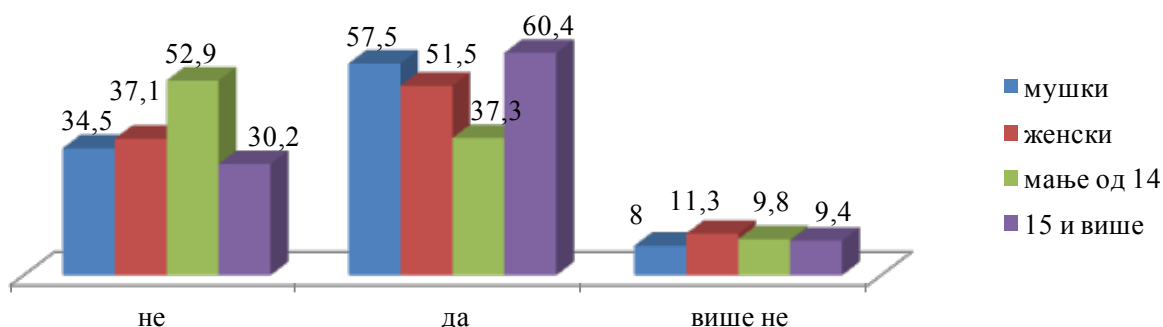
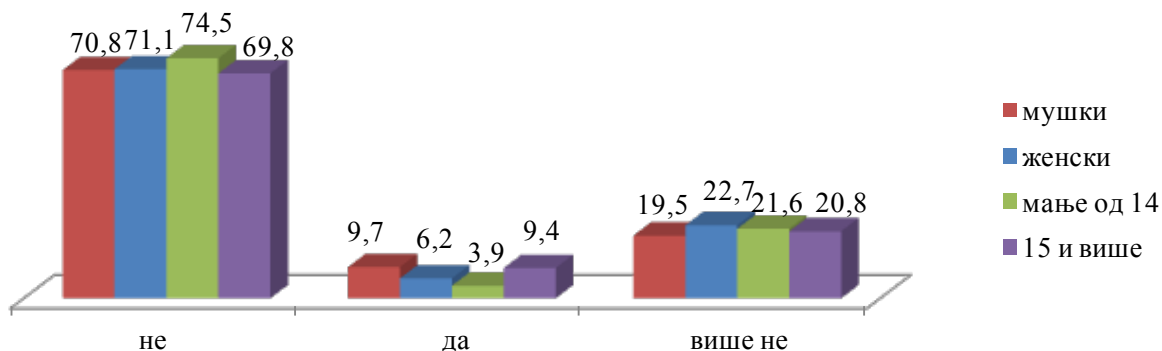
Изјашњавање о активном коришћењу дроге присутно је у 8,1% популације, више међу мушкарцима и децом старијом од 15 година. Чак сваки пети у овој популационој групи (21%) је изјавио да је раније користио дрогу. Статистички значајан пораст употребе дроге, у односу на претходна истраживања, посебно је присутан у популацији деце из завода за васпитање међу којом се 15,3% изјаснило да активно користи дрогу, а 30,5% да има претходно искуство са дрогом.

Табела 4. Процент деце у установама која користе или су користила цигарете, алкохол и дрогу било када у животу, 2008, 2010. и 2012. година

Година	Употреба цигарета	Употреба алкохола	Употреба дрога
2008	65,8	75,6	13,5
2010	58,4	42,4	13,4
2012	68,6	64,3	29

Искуство конзумирања алкохолних пића заступљено је у већем проценту међу особама мушког пола, као и међу младима старијим од 15 година (графикон 1 а).

У односу на претходна истраживања значајан је пораст активне употребе дроге, али и искуство претходног коришћења дроге (графикон 1б).

Графикон 1а. Процент деце у установама која користе или су користила алкохол било када у животу**Графикон 1б.** Процент деце у установама која користе или су користила дрогу било када у животу

4.2.2 УПОТРЕБА ДРОГА УБРИЗГАВАЊЕМ У ВЕНУ

Само троје младих је одговорило да је користило дрогу убризгавањем у вену – три особе женског пола старије од 15 година. Две су наркотике користиле у последњих годину дана, а једна пре више од годину дана. Две девојке су користиле потпуно нов и некористићен прибор, док је једна девојка користила свој прибор коришћен и раније. На основу добијених података може се закључити да код домске и заводске популације није изражена ова врста ризичног понашања.

4.3 ВРЕДНОСТИ НАЦИОНАЛНИХ ИНДИКАТОРА ЗА ПРАЋЕЊЕ ОДГОВОРА НА HIV ДИСАГРЕГИРАНЕ ПО ЛОКАЦИЈИ, ПОЛУ И УЗРАСТУ

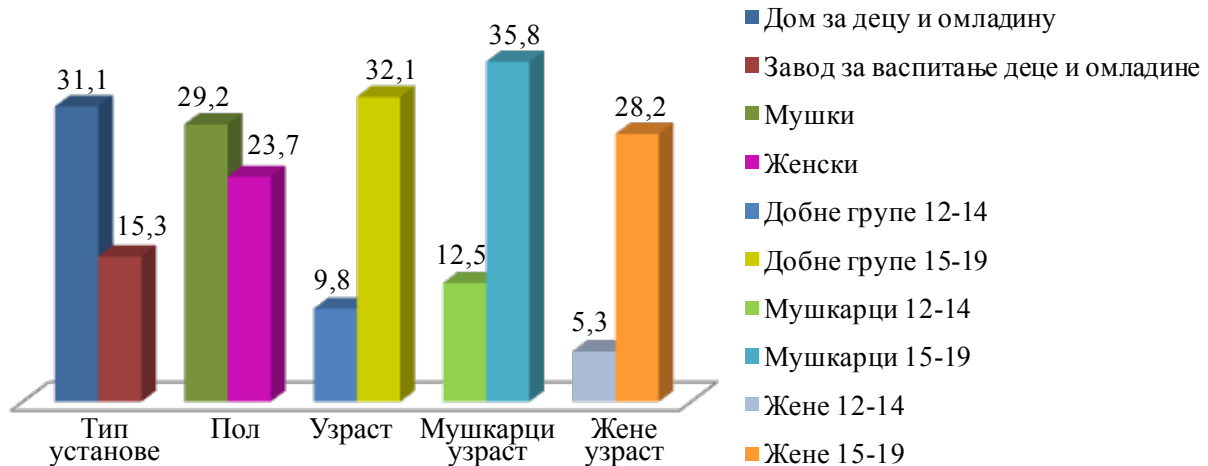
4.3.1 ЗНАЊА О HIV-У И НАЧИНИМА ПРЕНОСА ИНФЕКЦИЈЕ

Знања, мишљења и ставови о HIV-у добијени су коришћењем композитног индикатора, тако да је процена вршена у односу на тачне одговоре на пет питања. На свих пет питања у овом истраживању је тачно одговорило 26,7% (95% CI:20, 6–32,7) деце и младих, што је нижи проценат у односу на 2010. годину када је тачно одговорило 27,1% деце и младих и 2008. годину када је тај проценат био 28,8%.

Значајно је да је 37% младих који су учествовали у неком облику едукације у последњих годину дана имало потпуна знања о начинима превенције сексуалне трансмисије HIV-а. Деца/млади старији од 15 година значајно боље познају начине преноса HIV-а, што може бити у корелацији са општим нивоом развоја, зрелости и искуства. Евидентна је боља информисаност деце у домовима (31,1%) у односу на децу у заводима (15,3%) (графикон 2).

У односу на појединачна питања из композитног индикатора висок ниво знања деца и млади показују у односу на значење редовне и правилне употребе кондома, њих 89%, као и заштитну улогу кондома код секса са сталним партнером – 76,2% деце/младих.

Графикон 2. Процент 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)

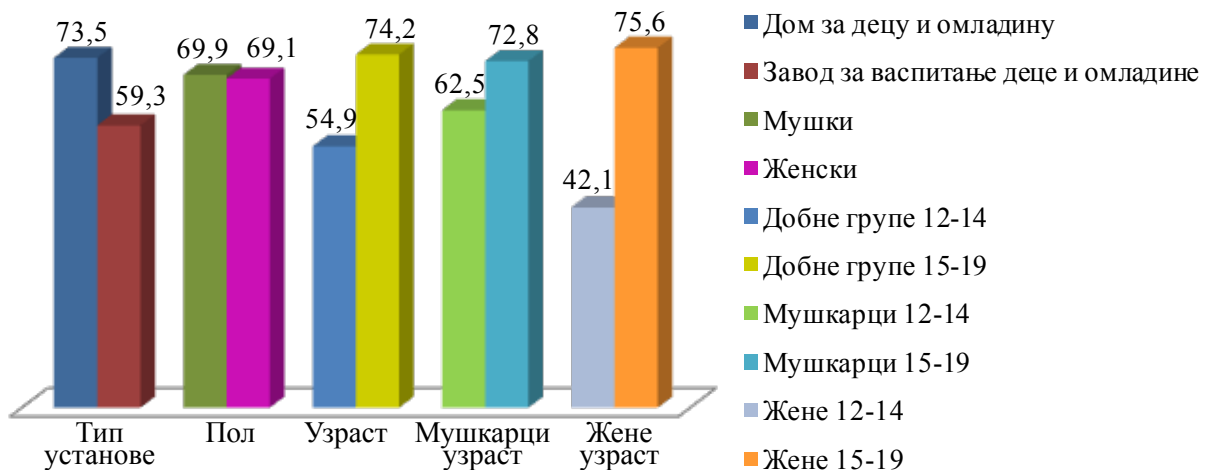


4.3.2 УЧЕШЋЕ У ПРЕВЕНТИВНИМ ПРОГРАМИМА

Од укупно анкетиране популације 69,5% младих је обухваћено неким обликом едукације: 73,5% младих из домске заштите и 59,3% из завода (графикон 3). 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. Превентивним програмима је обухваћено значајно више деце из домске заштите и старије узрасне групе као и 2010. године. Овај налаз се не разликује од добијеног у истраживању 2010. године.

У 2008. години је било упола мање деце обухваћене HIV превентивним програмима (35,2%) у односу на податке овог истраживања. Превентивна кампања је присутна последњих година кроз едукативне програме бројних организација, посебно у оквиру невладиног сектора. Непотпуна знања деце која су обухваћена разним врстама едукација указују на изостајање комплексног прилаза проблему. Актуелни подаци су слични са подацима из 2010. године и указују да је едукативним превентивним програмима обухваћено 69,5% (95% CI: 63, 25–75,80) младих, највише у радионицама ван школског програма. У домовима за децу је у овом истраживању евидентирано 5,5% вршњачких едукатора који су показали и висок ниво знања јер је њих 87,5% дало тачан одговор на свих пет питања. У заводској популацији нема вршњачких едукатора.

Графикон 3. Процент деце/младих у установи узраста од 12 до 19 година досегнутих превентивним програмима (едукације о животним вештинама) у последњих 12 месеци (индикатор 2)



4.3.3 ДОБА СТУПАЊА У ПРВИ СЕКСУАЛНИ ОДНОС

Свако друго дете између 12 и 19 година у установи је имало сексуалне односе било када у животу, значајно више деце/младих из заводске популације 88,1% у односу на 45,7% деце из домске заштите.

Деца у установама социјалне заштите, у односу на општу популацију, раније ступају у сексуалне односе [1], што представља ризично понашање имајући у виду искуство, зрелост и образовање.

Иначе, деца млађег узраста ступају у сексуалне односе око 12. године (табела 5).

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 (медијана 15), деца ступају још раније у прве сексуалне односе, тако да се у том смислу ризик повећава.

Табела 5. Медијана узраста ступања у први пенетрантни сексуални однос међу младима узраста од 12 до 19 (индикатор 3)

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
		n	медиана
Пол	Мушки	70	14
	Женски	51	15
Добне групе	12–14	17	12
	15–19	104	15
Укупно	2012	121	14
	2010	123	14
	2008	160	15

4.4 ДОДАТНИ ЗНАЧАЈНИ ИНДИКАТОРИ

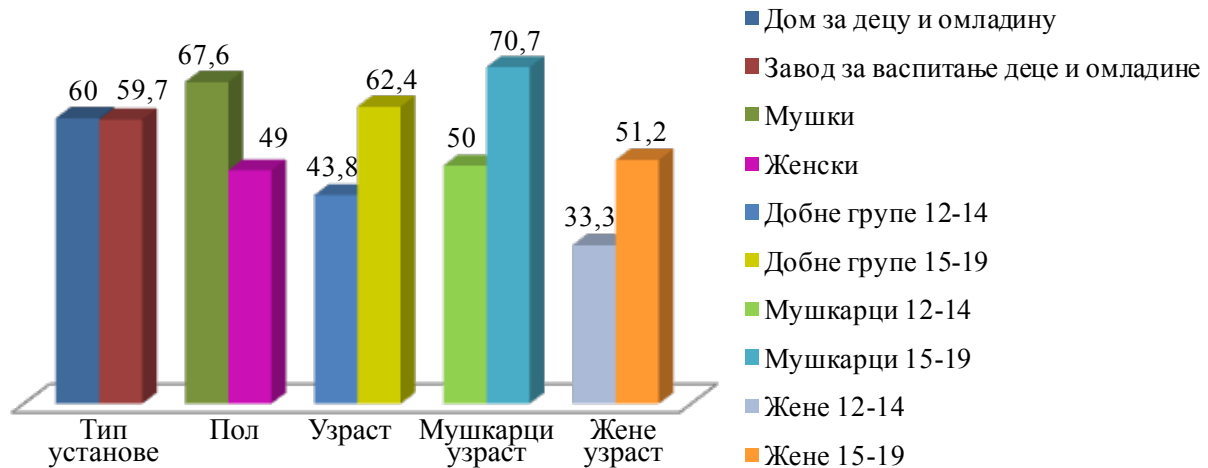
4.4.1 БРОЈ СЕКСУАЛНИХ ПАРТНЕРА

Свако четврто дете између 12 и 19 година у установи, које је имало сексуалне односе било када у животу, имало је четири и више сексуалних партнера, а 57,8% деце/младих имало је два и више сексуална партнера (графикон 4). Просечан број партнера је био током последњих 12 месеци 3,2 (медијана 2) у односу на 2008. годину – медијана 1. Више партнера су имали млади мушког пола старији од 15 година.

4.4.2 СЕКСУАЛНИ ОДНОС ПРЕ НАВРШЕНЕ 15. ГОДИНЕ ЖИВОТА

Деца старија од 15 година ступају у сексуалне односе пре петнаесте године, њих 47,1%, чиме је посебно угрожен мушки део популације јер то представља зону израженог ризика за полно преносиве инфекције (табела 6).

У групи сексуално активне деце/младих ступање у сексуалне односе пре 18. године присутно је у 97,5% испитиване популације.

Графикон 4. Процент деце/младих у установи узраста 12–19 година који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходних 12 месеци**Табела 6.** Процент деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота

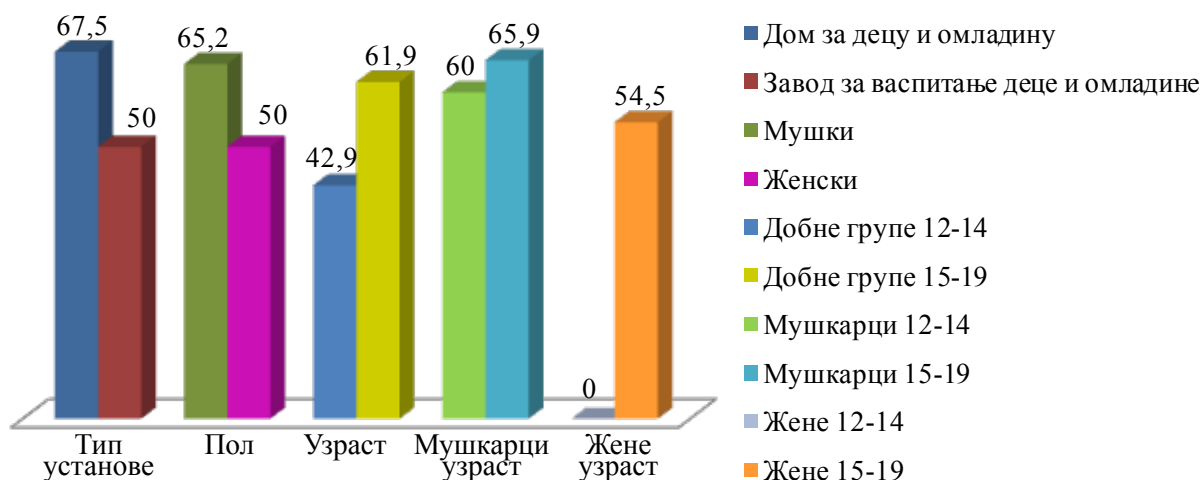
Обележја		Број деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота	Процент деце/младих у установама узраста од 12 до 19 година који су ступили у сексуалне односе пре навршене 15. године живота	Број деце/младих у установама узраста 12–19 година која су имала пенетрантни сексуални однос
		n	%	N
Тип установе	Дом за децу и омладину	36	52,2	69
	Завод за васпитање деце и омладине	30	57,7	52
Пол	Мушки	42	60	70
	Женски	24	47,1	51
Добне групе	12–14	17	100	17
	15–19	49	47,1	104
Добне групе – мушкарци	12–14	10	100	10
	15–19	32	53,3	60
Добне групе – жене	12–14	7	100	7
	15–19	17	38,6	44
Укупно		66	54,5	121

4.4.3 НАБАВКА, УПОТРЕБА КОНДОМА И ВЕЋИ БРОЈ СЕКСУАЛНИХ ПАРТНЕРА

Сва деца и млади који имају сексуалне односе знају где је могуће набавити кондоме. Највећи број младих који су у последњих 12 месеци сексуално активни изјављују да набављају кондоме (88%), као и особе женског пола и млади старији од 15 година. Више младих из домске заштите (91%) набавља кондоме од заводске популације (84%).

Сексуално активни млади кондоме набављају у апотеци (32,9%), куповином на киоску (21,4%), добијају од пријатеља или сексуалног партнера (20,5%) или од васпитача (16,2%). Кондом је при последњем сексуалном односу користило 60% младих који су у претходној години имали више од једног сексуалног партнера – више у домовима и мушкој популацији старијој од 15 година (графикон 5). Вредност овог показатеља у 2012. години је нижа у односу на вредности забележене 2008. године (70,8%) и 2010. године (77,9%)[3, 4].

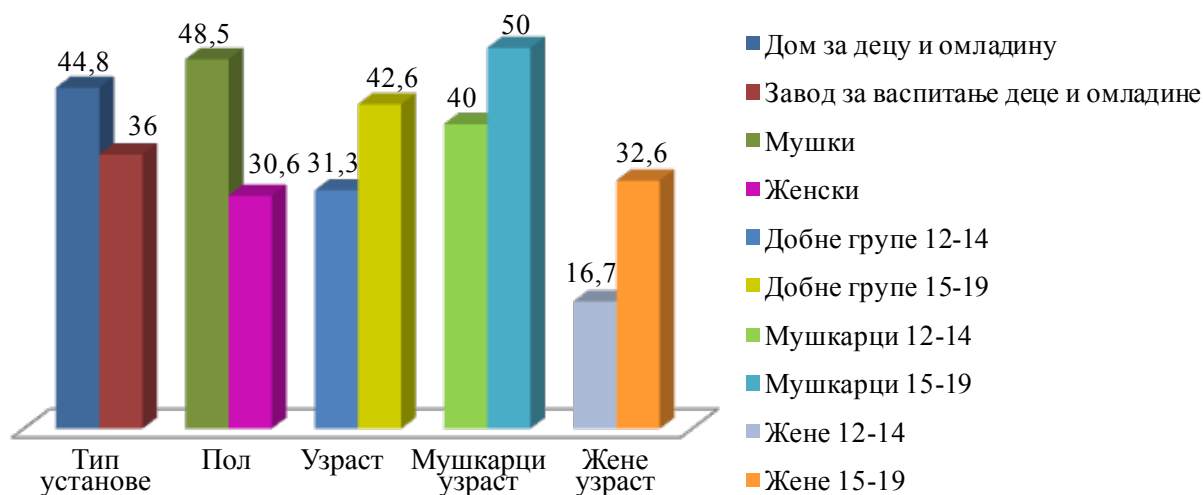
Графикон 5. Процент деце/младих који су пријавили да су имали више од једног сексуалног партнера у претходној години и да су током последњег сексуалног односа користили кондом



4.4.4 СЕКСУАЛНИ ОДНОСИ СА НЕРЕГУЛАРНИМ И/ИЛИ КОМЕРЦИЈАЛНИМ ПАРТНЕРОМ

У сексуални однос са нерегуларним/комерцијалним партнером у последњих годину дана, ступило је 41% полно активних младих. У односу на укупан узорак, свако пето дете (22%) у установи узраста од 12 до 19 година је ступило у сексуалне односе са нерегуларним партнером, што представља свакако изражено присуство ризика.

Графикон 6. Процент 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



Док претходна истраживања [3, 4] указују да су деца из завода за васпитање склонија сексуалним односима са нерегуларним и/или комерцијалним партнерима, ово истраживање указује да је више деце из домске заштите имало ову врсту односа (графикон 6). Смањено је протективно понашање младих из домске заштите који практикују сексуалне односе са нерегуларним партнером (44,8%) у односу на претходно истраживање (38,2%), а повећана заштита младих из завода (36%) у односу на налазе претходног истраживања (66,7%). Особе мушког пола значајно више испољавају ову врсту ризичног понашања од девојака, што је такође комплементарно са другим индикаторима и подацима из 2008. и 2010. године. То је разумљиво с аспекта друштвених вредности и патријархалног обрасца који још увек преовладава у Србији.

Редовна употреба кондома у сексуалном контакту са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци присутна је код 61% испитиване популације без значајних одступања у оквиру посматраних обележја. Учешће у едукативним превентивним програмима нема утицаја на већи степен самозаштите, тј. не постоје разлике у одговорном понашању младих који су ове програме похађали од оних који нису.

4.4.5 АНАЛНИ СЕКСУАЛНИ ОДНОС

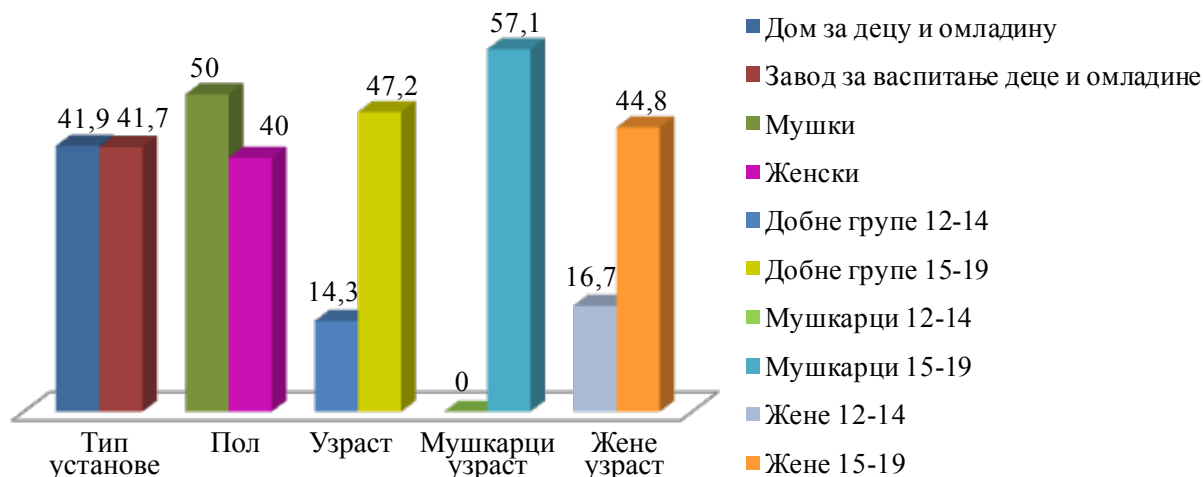
Истраживање бележи благи тренд раста заступљености аналног сексуалног односа. Ову врсту искуства има 9,1% деце од укупно сексуално активне популације. Анални сексуални однос значајно је присутан међу девојчицама, у узрасној групи млађој од 14 година.

4.4.6 ОБРАЋАЊЕ ЛЕКАРУ ЗБОГ СЕКРЕЦИЈЕ ПОЛНИХ ОРГАНА

У односу на претходна истраживања, више од два пута је повећан број младих који су изјавили да су у последњих 12 месеци имали промене или секрецију из полних органа – 20% укупно анкетираних. Забрињава податак да се само 41,9% деце обраћа лекару (графикон 7), док остали не предузимају ништа тим поводом или питају за савет старије и искусније. Присутан је тренд пада одговорног односа према свом здрављу у односу на 2008. годину када је евидентирано обраћање лекару у 66,7% и 2010. годину – 56,5%. Овај податак указује на изражен ризик ширења инфекције. Од укупног броја младих који се обраћају лекару, 89% чине млади који су учествовали у неком облику едукације.

У анкетираној популацији свако треће дете сматра да постоји висок ризик да се инфицирају HIV-ом или неком другом полно преносивом инфекцијом.

Графикон 7. Процент 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



4.4.7 ЗНАЊЕ О ДОБРОВОЉНОМ И ПОВЕРЉИВОМ САВЕТОВАЊУ И ТЕСТИРАЊУ

Свако пето дете у установи зна где се може добровољно и поверљиво саветовати и тестирати на HIV. Тачну информацију у већем проценту поседује мушки део популације и старији од 15 година.

4.4.8 ТЕСТИРАЊЕ НА HIV

На HIV се тестирао било када у животу 5,2% деце у установама. То је већи проценат у односу на податке добијене 2008. и 2010. године. Тестирано је више девојака и младих старијих од 15 година.

Тестирано је више деце из завода, по сопственој одлуци (81,8%) и сви су имали увид у резултате.

4.5 КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

4.5.1 ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

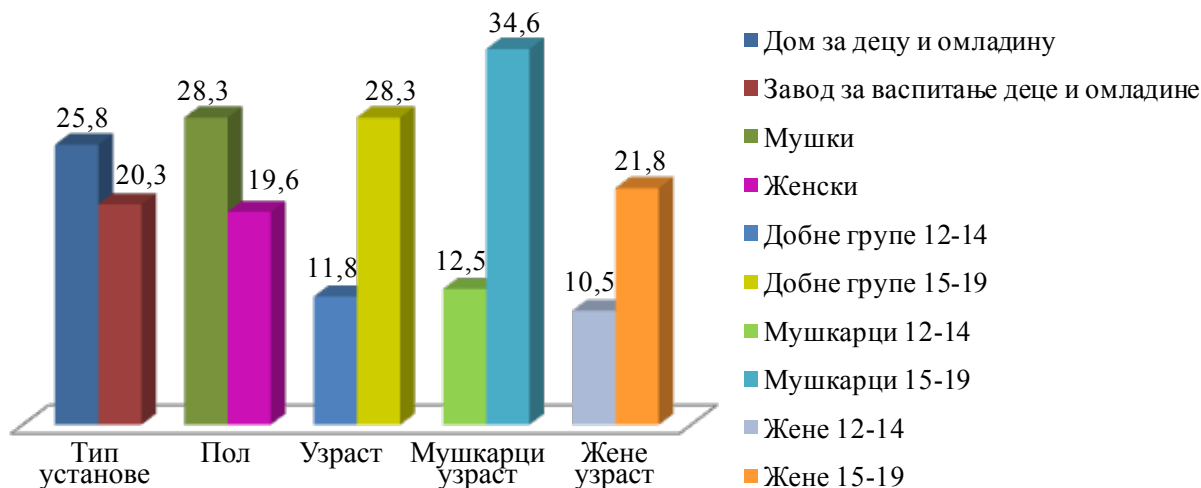
Сва деца у домовима и заводима након месец дана проведених у заштити имају регулисану здравствену заштиту.

4.5.2 ОБРАЋАЊЕ ЛЕКАРИМА

Свако четврто дете се, када има здравствени проблем, јавља прво лекару опште медицине/педијатру (графикон 8). 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 појединим установама раде и медицинске сестре, тако да су оне прве које добијају такву врсту информација, а често и саме примете да детету није добро.

Значајно више се лекару обраћају мушка и старија деца.

Графикон 8. Процент деце на институционалном смештају који се за решавање здравственог проблема прво обраћају лекарима



4.5.3 ИЗАБРАНИ ЛЕКАР У ДОМУ ЗДРАВЉА

Четворо од петоро деце у установама има (изабраног) лекара опште медицине/педијатра у дому здравља, значајно више у дому за децу без родитељског старања него у заводима за васпитање деце и омладине и више девојака од младића.

Свако пето дете/млада особа (20%) се изјашњава да је лекара изабрало само – више девојчице и млади из узрасне групе преко 15 година.

4.5.4 ПОСЕТА ИЗАБРАНОМ ЛЕКАРУ У ДОМУ ЗДРАВЉА

У години која је претходила истраживању, лекара опште медицине/педијатра је посетило 68,6% деце/младих, значајно више девојака и младих из домске заштите.

Просечан број посета лекару у току године дана која је претходила истраживању је био шест, без обзира на врсту установе и узраст деце.

4.5.5 ЗАДОВОЉСТВО ЛЕКАРОМ И УСЛУГАМА И ДОМУ ЗДРАВЉА

Као и у претходном истраживању, задовољство услугама лекара опште медицине је присутно у високом проценту, код 90,3% испитаника, а услугама у дому здравља код њих 75,1%. Могуће је да ово није зона посебних очекивања деце у установама. Они то усмеравају, углавном, на запослене у дому. Непосредно искуство указује да замерке на друге службе деца у установи окрећу према васпитачима.

4.5.6 КОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА ПРИВАТНОГ ЛЕКАРА

Обраћање приватном лекару као опција је ретко, што је разумљиво, с обзиром на материјалне могућности ове деце. Приватном лекару се у последњих годину дана обратило 14,8% испитиване популације, при чему је највише њих користило услуге стоматолога, тако да је обраћање другим специјалистима у овом случају занемарљиво.

4.6 ДИСКРИМИНАЦИЈА

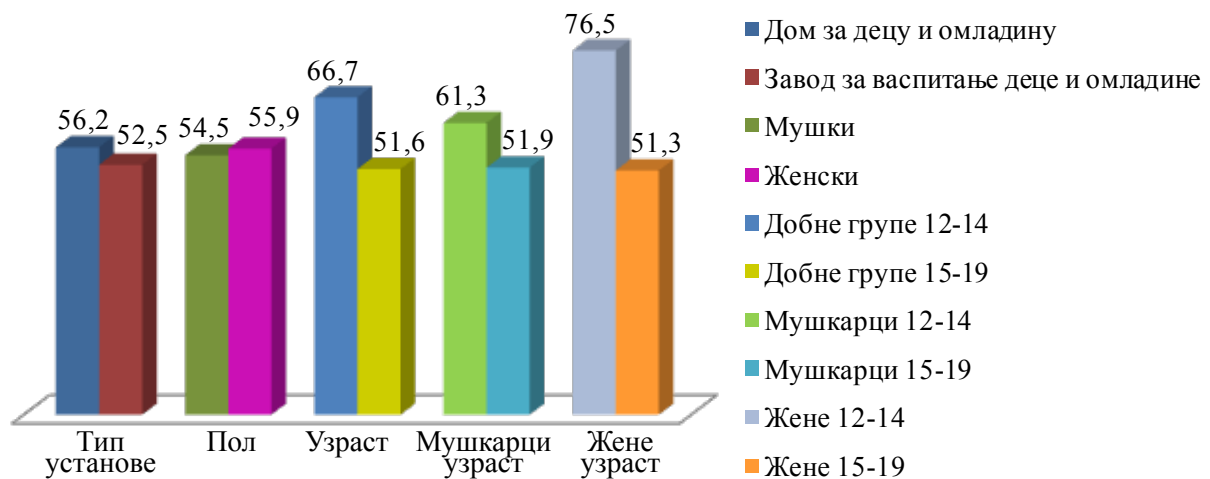
4.6.1 ИЗОЛАЦИЈА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ОМ

Став да особе инфициране HIV-ом не би требало да се мешају са осталима има 55,1% испитиване популације (графикон 9) и незнатно је ублажен у односу на истраживање 2010. године (63,4%). Претходне едукације у анкетираној популацији немају значајног утицаја на промену става јер је он и даље заступљен код 51,4% младих, али је знатно блажи него код младих који нису обухваћени овим програмима и где је став дискриминације заступљен код 62,5%.

У ранијим истраживањима став дискриминације је био заступљен у већем проценту: 2008. (60,2%) и 2010. године (63,4%).

Статистички је значајно да девојчице млађе од 14 година више дискриминишу особе инфициране HIV-ом.

Графикон 9. Процент 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)

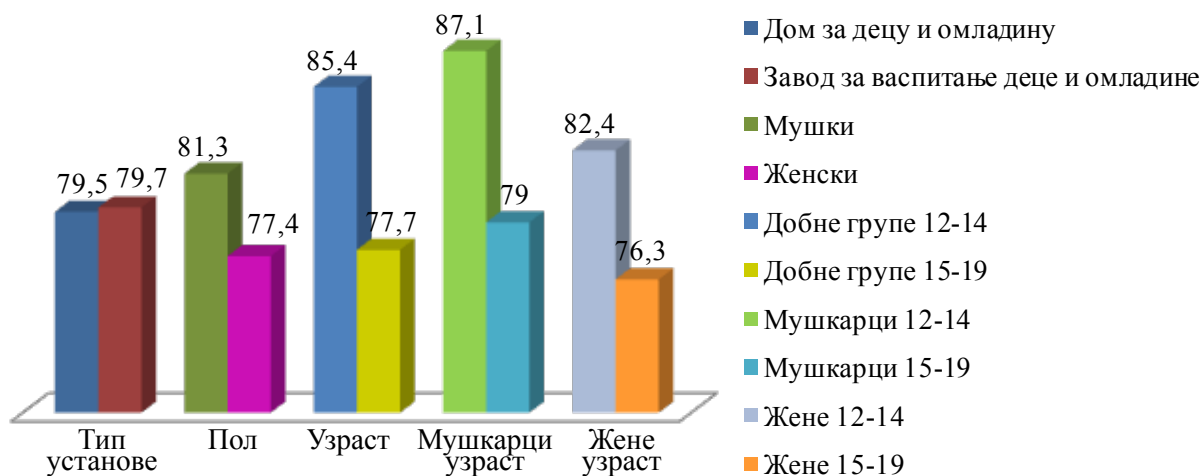


4.6.2 ВИКТИМИЗАЦИЈА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ОМ

Да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то сматра 80,8% деце у овом истраживању (графикон 10). У 2010. години став виктимизације је био блажи – заступљен у 70,5% испитаника. На став не утичу едукативни програми, што се може сагледати из податка да је код деце која нису прошла едукације став виктимизације заступљен у 71,9%, док је код деце која су прошла превентивне програме заступљен у 80,8%. Могуће је да едукативни програми који упућују младе на самозаштиту и одговорност управо потенцирају став виктимизације особа са HIV-ом. Став виктимизације у највећем проценту заступају дечаци у оквиру узрасне групе 12–14 година.

Укупно посматано, деца у установама су склона стигматизирајућем понашању у односу на особе које живе са HIV-ом, а укљученост у превентивне програме нема утицаја на промену става.

Графикон 10. Процент деце/младих у установи који сматрају да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то (виктимизација особа које живе са HIV-ом)



5. ЗАКЉУЧЦИ

- Мада је значајан број деце обухваћен неким обликом едукације (71%) већина индикатора указује на негативне трендове у односу на претходна истраживања.
- Поремећаји понашања у овој популацији су структурирани у претходном животном искуству и могу се сагледати у начинима стицања новца (крађе, прошња, сексуалне услуге), као и кроз претходно искуство употребе психоактивних супстанци (21%)
- Употреба психоактивних супстанци, посебно дроге је повећана (29%) у односу на претходно истраживање (13,4%).
- Двоструко је повећан проценат младих са променама или секрецијом полних органа у односу на претходна истраживања; смањен је и проценат деце која се због овог проблема обраћају лекару.
- Потпуна знања о начинима преноса HIV инфекције су нешто нижа у актуелном истраживању (26,7%) у односу на претходна истраживања због недовољне информисаности деце из завода (15,3%).
- Млади који су учествовали у неком облику едукације имају потпунија знања о начинима преноса HIV инфекције (37%).
- HIV превентивним програмима обухваћен је значајан број младих старијег узраста (74,2%) и деце из домске заштите (73,5%) која се чешће обраћају лекару и користе кондом приликом сексуалног односа.
- Изузетан ризик за полно преносиве болести и HIV инфекцију присутан је у обе популације због ступања у сексуалне односе са 14 година.
- У посебном ризику је, због већег броја партнера, 70,7% особа мушког пола старијих од 15 година.
- Ризик од инфекције повећан је у домској популацији у односу на претходно истраживање због раста броја младих који имају сексуални однос са нерегуларним партнером (38,2% у 2010. : 44,8% у 2012).
- Мада је став изолације ублажен у посматраном периоду, виктимизација особа које живе са HIV-ом је повећана.

6. ПРЕПОРУКЕ

- Релативно кратак боравак у институцијама социјалне заштите, поставља захтев за благовременим укључивањем у превентивни програм сваког детета које улази у заштиту.
- Осим институционалне заштите потребно је едукативне програме усмерити према деци улице која се у већем проценту од 2010. године смештају у домове и заводе.
- Како су реализовани програми различити у односу на реализатора програма и садржај, потребно их је уједначити у основним сазнајним елементима.
- Због значајног претходног искуства које деца имају са употребом ПАС потребна је реализација посебних програма превенције употребе психоактивних супстанци.
- Кратак боравак деце у заводима, недовољна информисаност и обухват едукативним програмима указује на потребу постојања програма сталне едукације у овим установама.
- Неопходно је дати препоруке установама да упућују младе на редовну контролу код гинеколога-уролога.
- Потребно је осмислити програм за децу ометену у развоју и са психичким сметњама, јер она представљају значајан број младих који нису обухваћени овим истраживањем.

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. Кузмановић Б. и сарадници. Деца без родитељског старања. Институт за психологију и Save the children УК, Београд; 2002.
3. 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.
4. Кнежевић Т, Барош С, Бассиони Стаменић Ф, Цуцић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2010.
5. Свеобухватни план резиденцијалних установа социјалне заштите за децу. Београд: Радна група Министарство рада и социјалне политике Републике Србије; 2009.
6. Годишњи извештаји Центра за заштиту одојчади, деце и омладине. Београд; 2009, 2010, 2011.

ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV 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”

Консултант истраживања:

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

Теренски координатори:

Др сц. мед. Милена Васић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Др Мирјана Живковић Шуловић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ИСТРАЖИВАЊЕ РИЗИЧНИХ ОБЛИКА ПОНАШАЊА И ФАКТОРА РИЗИКА НА HIV И ДРУГЕ ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ МЕЂУ ОСОБАМА НА ИЗДРЖАВАЊУ ЗАВОДСКИХ САНКЦИЈА

Др Маја Крстић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батум”

Кратак садржај:

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге полно преносиве инфекције међу затвореницима је КАР (*Knowledge, Attitude and Practice*) студија, која је спроведена са циљем да идентификује факторе ризика на HIV и ризичне облика понашања затвореника, утврди ниво знања затвореника о начину преноса и превенцији сексуалне трансмисије HIV-а, процени успешност и обухват постојећим превентивним програмима и доступност здравствене заштите за ову осетљиву популациону групу. Реализована је 2012. године, као поновљена студија пресека на репрезентативном узорку од 613 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 (38,2%), као и мишљење да се дрога може набавити у затвору (32,8%). Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује 13,1% затвореника. Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима, као и ризично сексуално понашање у смислу некоришћења или нередовног коришћења кондома је присутније код затвореника него код затвореница. Знање о HIV-у/AIDS-у је задовољавајуће код 31,6% затвореника, што је мање него у 2010. години (35,1%). Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је веома присутан у затворској популацији. Сваки седми затвореник (15,2%) 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 (35,8%), као и оних затвореника који су се тестирали на HIV (32,9%). 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). Процент затвореника задовољних односом здравствених радника према њима је значајно повећан у односу на 2010. годину (38,3% према 29,7%). У наредном периоду је потребно ревидирати и редефинисати активности на спровођењу специфичних програма за превенцију HIV/AIDS-а у затворима, а посебну пажњу посветити програмима превенције HIV-а осетљивих популационих група: младих, жена и интравенских корисника дрога на издржавању казне затвора.

Кључне речи: HIV, затвореници, фактори ризика, превентивни програми, здравствена заштита

SURVEY OF RISK BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR HIV AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG PRISONERS

Maja Krstic, MD, Institute of Public Health of Serbia, "Dr Milan Jovanovic Batut"

Abstract

A survey on risk behaviours and risks to HIV and other sexually transmitted infections among prisoners is a KAP study (*Knowledge, Attitude and Practice*), whose aim is to identify HIV risk factors and risk behaviour of prisoners, to identify levels of knowledge of prisoners on ways of transmission and prevention of HIV sexual transmission, to assess the successfulness and the coverage of existing prevention program, as well as the availability of healthcare protection for this vulnerable group. The survey was conducted in 2012, as a repeated cross-sectional study on a representative sample of 613 respondents of both sexes aged 18 and above, in 16 penitentiary institutions in Serbia. The research instrument was a specially structured questionnaire with close-ended questions. Data was collected through questionnaires completed by respondents. The survey findings showed that syringe/needle sharing practices are much more present among those prisoners who have had experience of intravenous drug use (38.2%), and who think drugs can be obtained inside a prison (32.8). Use of non-sterile tattooing tools was reported by 13.1% prisoners. Sexual contact with non-regular partners and risky behaviour in terms of non-use or irregular use of condoms is detected more often among male than female prisoners. Knowledge on HIV/AIDS is satisfactory among 31.6% prisoners, which is a lower percentage compared to 2010 (35.1%). Discriminatory attitudes towards HIV infected persons are very much present among prison population. One in seven prisoners (15.2%) in Serbia took HIV test during 12 months before the survey, and knows their result. Among the population of the prisons included in the Ministry of Health of the Republic of Serbia project "HIV Prevention/harm reduction among prisoners", a higher percentage of those with satisfactory level of knowledge on HIV/AIDS was detected (35.8%), as well as those tested for HIV (32.9%). Knowledge of prisoners related to sexually transmitted diseases is unsatisfactory, as prisoners do not recognize the symptoms, nor do they report to their physicians when they get them. Most prisoners consider healthcare protection available (physician or gynaecologist, nurse, dentist). The percentage of those prisoners who express satisfaction with how they are treated by healthcare professionals is considerably higher than in 2010 (38.3% compared to 29.7%). In the future period, it is necessary to revise and redefine program activities aimed at preventing HIV/AIDS in prisons, and pay specific attention to HIV prevention programs among vulnerable groups: youth, women and injecting drug users in prisons.

Key words: HIV, prisoners, risk factors, preventive programs, healthcare prevention

1. УВОД

Са почетком XX века, системски одговор на HIV епидемију на националном нивоу постаје светски приоритет [1]. Друге полно преносиве инфекције (ППИ), првенствено хепатитис Б и Ц, генитална хламидијаза, сифилис и гонореја, имају троструки значај. Са једне стране, њихово присуство указује на учесталост незаштићеног сексуалног односа и тиме представља индиректан показатељ ризика за HIV инфекцију. Са друге стране, неке од њих су узрочници хроничних обољења са могућим леталним исходном (хепатитис Б и Ц), или релативно често доводе до компликација (генитална хламидијаза). Преваленција HIV инфекције, као и већа концентрација интравенских корисника дрога у затворима, удружена са високим нивоом ризичног понашања, дефинише затворску средину као неизоставно поље за спровођење јавноздравствених мера и активности [2].

Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у Републике Србије за период 2011–2015. Владе Републике Србије (Национална стратегија) дефинисала је неколико субпопулација посебно осетљивих на HIV. Међу њима су и лица на издржавању заводских санкција (затвореници/е) [3].

Према Годишњем извештају Управе за извршење заводских санкција у Србији је у 2010. години међу лицима лишеним слободе било укупно регистровано: 46 HIV позитивних особа, 6211 наркомана и 2090 алкохоличара [4].

Студија која се бави ризиком на HIV међу затвореницима је први пут рађена 2007/2008. године, као почетно (*baseline*) бихејвиорално истраживање [5]. Општи циљ спровођења оваквог типа истраживања је правовремено идентификовање фактора ризика и ризичних облика понашања како би се на време могло превентивно деловати, процена успешности и обухвата ових групација постојећим превентивним програмима, процена доступности здравствене заштите, као и квалитет постојећих програма подршке. Истраживање се такође бави и социо-културним и политичко-економским контекстом у којем ове групације живе, са освртом на процену кретања стигматизације и дискриминације у односу на идентификоване групације становништва. Друго по реду, поновљено (*follow up*) истраживање је спроведено 2009/2010. године [6]. Осим ових истраживања, до сада су у Србији спроведене и 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 бихејвиоралним 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 вредности индикатора о знању начина преноса и превенције сексуалне трансмисије HIV-а,
- добијање вредности 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 ТИП СТУДИЈЕ

Истраживање ризичних облика понашања и фактора ризика на HIV и друге ППИ међу особама на издржавању заводских санкција је студија пресека бихејвиоралног карактера, спроведена на репрезентативном узорку затвореника/ца.

3.2 ЛОКАЦИЈЕ НА КОЈИМА ЈЕ ИСТРАЖИВАЊЕ РЕАЛИЗОВАНО

Истраживање је спроведено на укупно 14 географских локација (градова, општина) на којима се налази 16 установа за извршење заводских санкција (мапа 1).

Мапа 1. Локације на којима је истраживање вршено



3.3 ВРЕМЕ ТРАЈАЊА, ФАЗЕ И ДИНАМИКА РЕАЛИЗАЦИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у периоду од априла до јула 2012. године у три фазе: припремна фаза, фаза спровођења истраживања на терену и фаза евалуације.

Припремна фаза је укључила 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. У оквиру фазе истраживања на терену, која је спроведена у току јуна 2012. године, континуирано је спровођен дневни, недељни и интервентни мониторинг, унос података и одржавани су консултативни састанци у циљу превазилажења потенцијалних проблема. У последњој фази спроведена је завршна евалуација, контрола, обрада и анализа података и писање финалног извештаја.

3.4 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 установи, и
- лица смештена у специјализоване установе због извршења мера безбедности обавезног лечења и чувања.

3.5 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:

$$N = \frac{4(Z\alpha)^2 P (1-P)}{w^2}$$

где је

$Z\alpha$ – фактор који одговара жељеном интервалу поверења (за 95% интервал поверења $Z\alpha$ износи 1,96);

P – очекивана пропорција испитаника са најзначајнијим исходом (процент затвореника који су у претходних 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV – резултати истраживања спроведеног на популацији затвореника 2009/2010. године су показали да је 22,5% затвореника у претходних 12 месеци присуствовало предавању везаном за HIV);

w – ширина за границе грешке за узорак особа на издржавању затворске казне је узета вредност $\pm 3,5\%$ тј. 0,07.

Приликом израчунавања величине узорка поред наведене формуле, узет је у обзир и претпостављени проценат неодазива до 5% (резултат истраживања 2009/2010. године).

Величина узорка израчуната на овај начин износи 574 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. Тиме је финална величина планираног узорка износила 630, а укупан број испитаника досегнутих истраживањем је 613 (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	105
	КПЗ отвореног типа	4	3	105	110
	Окружни затвор	17	8	280	274
	КПЗ за жене	1	1	70	57
	КПЗ за малолетнике	1	1	70	70
Укупно		26	16	630	613

3.6 УПИТНИЦИ И НАЧИН ПРИКУПЉАЊА ПОДАТАКА

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 дефинисаних Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије [10], као и додатна питања везана за демографске карактеристике и социоекономски статус, процену здравља и знања о здрављу, коришћење здравствене службе, навике и понашање у вези са ризицима на HIV и друге ППИ.

Подаци су прикупљени путем попуњавања упитника од стране испитаника након уводног објашњења које је дао тим теренских истраживача. 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.

3.7 СПЕЦИФИЧНИ ЕТИЧКИ ПРИНЦИПИ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању је велика пажња посвећена етичким питањима због осетљивости саме популационе групе чији су представници субјекти истраживања. Разумевање затворске популације као и са њом повезаних фактора ризика 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. Враћање попуњеног упитника теренском истраживачу – анкетару, истовремено је представљало и сагласност испитаника за учешће у истраживању. Потпуна анонимност података је била наглашена, а имена учесника нису регистрована нигде током спровођења истраживања.

3.8 НАЧИН ОБРАДЕ ПОДАТАКА

За статистичку анализу података коришћен је стандардни статистички пакет (SPSS 13.0). Подаци добијени бихејвиоралним 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%.

Национални индикатори су дефинисани Планом за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије [10]:

- ИНД 35 – 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,
- ИНД 36 – проценат особа на издржавању кривичних санкција које су присуствовале едукацији на тему HIV/ AIDS -а у последњих 12 месеци,
- ИНД 37 – проценат особа на издржавању кривичних санкција које су се тестирале на HIV у протеклих 12 месеци и који знају резултат тестирања.

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.

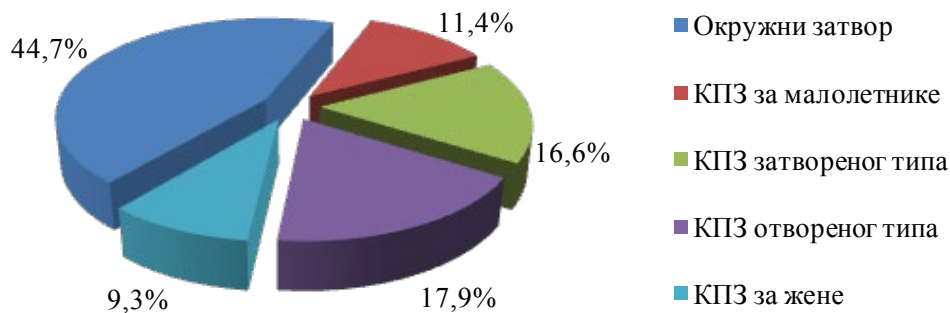
4.1 ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

У истраживању је укупно анкетирано 613 особа узраста 18 и више година (57 жена и 556 мушкараца) које се налазе на извршењу казне затвора у Србији. Највиши проценат испитаника у истраживању био је на издржавању казне затвора у окружном затвору што је у складу са реалном ситуацијом на терену (графикон 1).

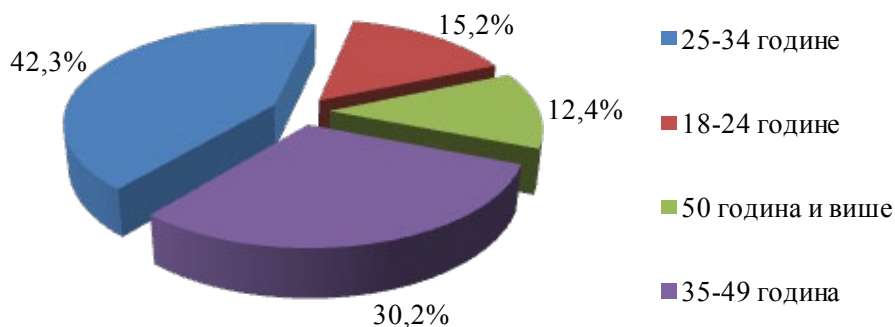
На основу социо-демографских карактеристика (графикони 2–4) профил испитаника у овом истраживању се може описати као: незапослен, неожењен мушкарац 35 година старости са завршеном средњом школом.

Пре доласка у затворску установу 74,9% испитаника је живело у градској средини. Највише испитаника имало је завршену средњу школу (57,6%), док је у групи без образовања, односно са непотпуном основном или основном школом било 28,2%. Сваки осми испитаник (12,8%) је имао вишу/високу школску спрему. Испитаници су осуђени у просеку на три године затвора, а највиши проценат испитаника је извршење казне затвора започео 2011. и 2012. године (70,3%).

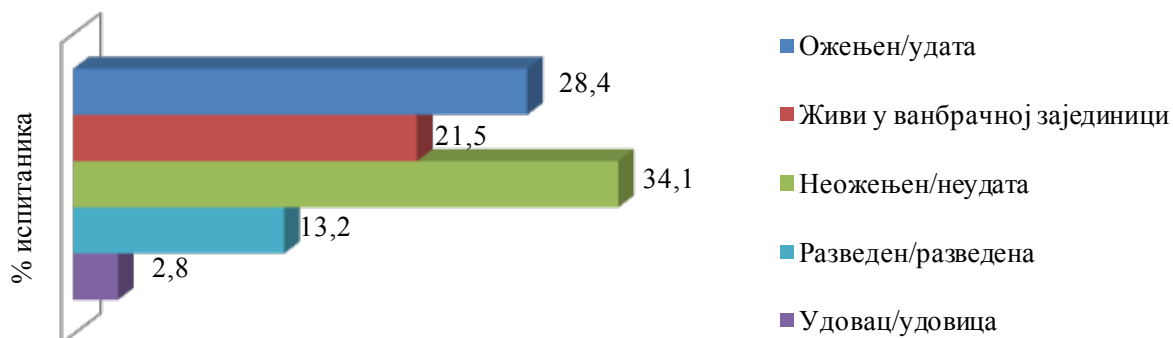
Графикон 1. Процент испитаника према месту извршења затворске казне



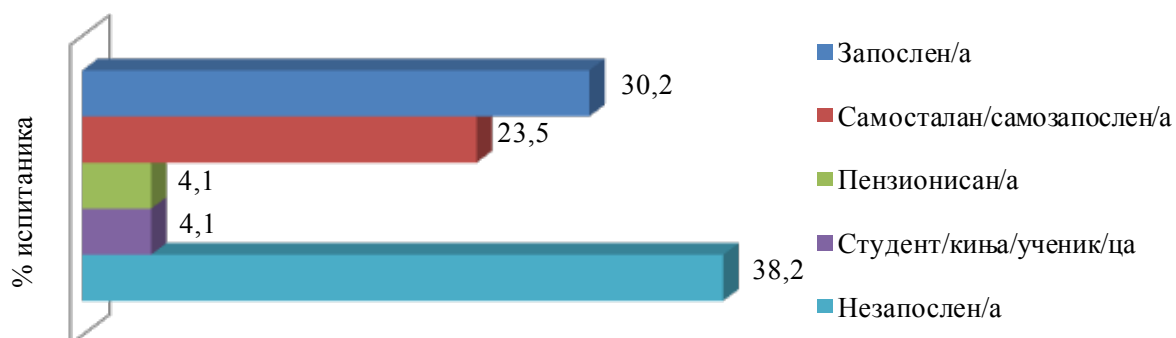
Графикон 2. Процент испитаника према добним групама



Графикон 3. Процент испитаника према брачном статусу



Графикон 4. Процент испитаника према радном статусу пре доласка у затворску установу



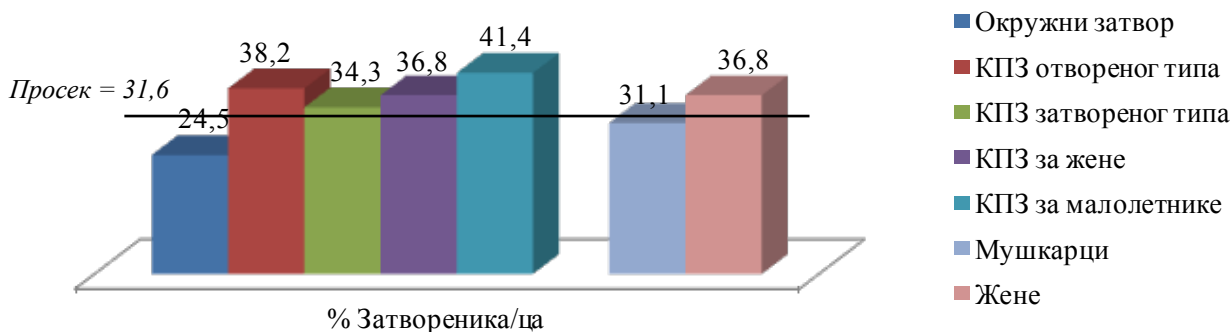
4.2 ЗНАЊЕ О HIV-у/AIDS-у

За постојање HIV вируса, односно болести сиде, зна 91,4% затворске популације у Србији, што је значајно мање него 2010. године године када је то потврдило 95,8% затвореника/ца. За разлику од претходних година, значајно већи проценат оних који знају за постојање HIV вируса (95,7%) налази се у групи најмлађих (18–24 године). Такође, значајно већи проценат жена зна за постојање HIV вируса (98,2) у односу на мушкарце (90,6).

Са друге стране, само 31,6% затворске популације има довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да могу правилно да препознају начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а (знају да се могу заштитити од инфицирања HIV-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге partnере, као и правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа) као и заблуде везане за трансмисију HIV-а (знају да особа која изгледа здрава може бити носилац HIV-а, да се sida не може добити ако се дели храна са инфицираном особом, нити ако се живи или ради са инфицираном особом). Овај национални индикатор показује значајно нижу вредност у односу на 2010. годину када је износио 35,1%. Запажа се да у значајно већем проценту (41,4%) довољно стеченог знања имају осуђеници у КПЗ за малолетнике (графикон 5) што би могло говорити у прилог успешном спровођењу програмских активности у тој институцији. Ипак, не може се рећи да је у погледу стицања знања о основним чињеницама о трансмисији HIV-а међу особама на издржавању кривичних санкција дошло до напретка.

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 (35,8%) који је показао да има довољно знања о HIV-у/AIDS-у налази се у групи оних који се налазе на издржавању затворске казне у затворима који су укључени у пројекат Министарства здравља „Превенција HIV-а/услуге смањења штете међу затвореницима” [11].

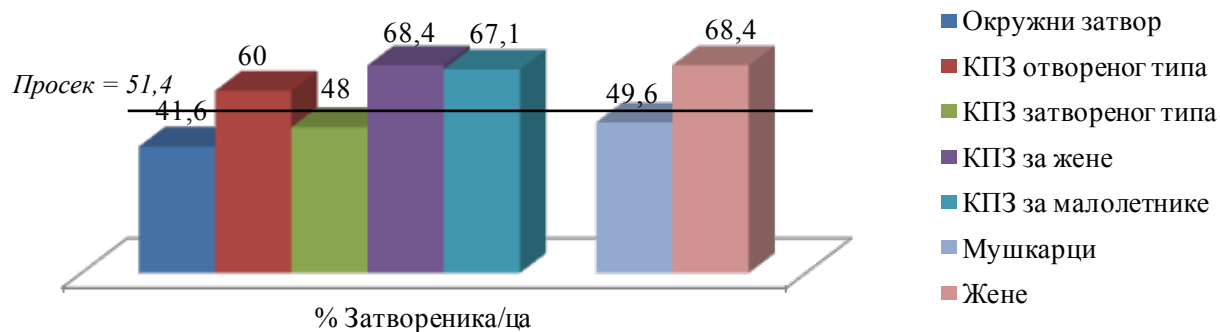
Графикон 5. Процент затвореника/ца који правилно препознаје начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а према типу затвора и полу



Скоро 70% затворске популације зна да се може заштити од инфицирања HIV-ом ако има само једног сексуалног партнера који није заражен и нема друге partnере. Правилну употребу кондома као начин превенције ширења HIV инфекције препознаје 75% затвореника/ца и то значајно мањи проценат (68,4%) старијих затвореника (50 година и старији) у односу на остале. Нешто мање од 70% затворске популације зна да особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом. Да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом зна 51,4% затвореника/ца и то значајно мање мушкараца и осуђеника у окружним затворима (графикон 6).

Скоро сваки/а други/а затвореник/ца (48,8%) 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 мушкарце (63,2% према 47,3%).

Графикон 6. Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном и радном простору са особом зараженом HIV-ом, према типу затвора и полу



Сви наведени резултати о знању затвореника/ца о HIV-у показују лошије вредности у односу на истраживање из 2010. године. Разлике у знању испитаника у односу на резултате истраживања у 2010. и 2008. години су приказане у табели 2.

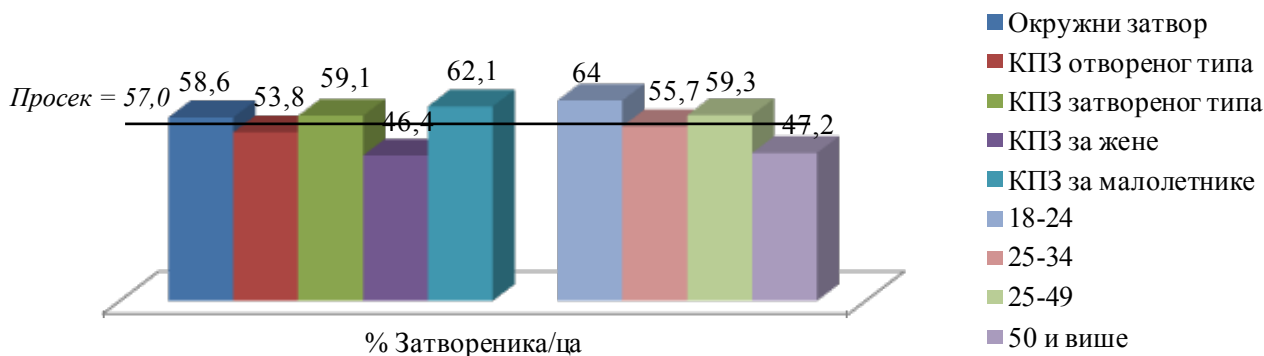
Табела 2. Знање затвореника/ца о о HIV-у/AIDS-у, резултати истраживања 2012, 2010. и 2008. године

ЗНАЊЕ	2012. година	2010. година	2008. година
Процент затвореника/ца који зна за постојање HIV вируса, односно болести сиде	91,4%	95,8%	90,6%
Процент затвореника/ца који правилно препознаје начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и који истовремено одбацује заблуде везане за трансмисију HIV-а	31,6%	35,1%	20,5%
Процент затвореника/ца који зна да упражњавање сексуалних односа са само једним, верним, незараженим партнером смањује ризик за преношење HIV-а	68,2%	74%	60,3%
Процент затвореника/ца који зна да правилна употреба кондома током сваког сексуалног односа смањује ризик за преношење HIV-а	75%	76,3%	78%
Процент затвореника/ца који зна да особа која изгледа здраво може бити заражена HIV-ом	69,7%	77,8%	71,5%
Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако борави у истом животном или радном простору са особом која је заражена HIV-ом	51,4%	56,1%	50,2%
Процент затвореника/ца који зна да се особа не може заразити HIV-ом ако дели храну са особом која је заражена HIV-ом	48,8%	52,6%	47,5%

Јасну дискриминаторну поруку шаље 57% затвореника/ца који изјављују да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, односно да не би требало нигде да се мешају са осталима. То је значајно већи проценат у односу на 2010. годину када је такав став имало 49,7% затвореника/ца. Млађи затвореници/це узраста 18–24 године у значајно већем проценту (64%) сматрају да је оправдана изолација особа које живе са HIV-ом, односно они који се на издржавању казне затвора налазе у КПЗ за малолетнике (62,1%) (графикон 7).

Став који говори у прилог виктимизације HIV позитивних особа испољава скоро три петине затворске популације (57,9%) која сматра да су особе инфициране HIV-ом саме криве за то.

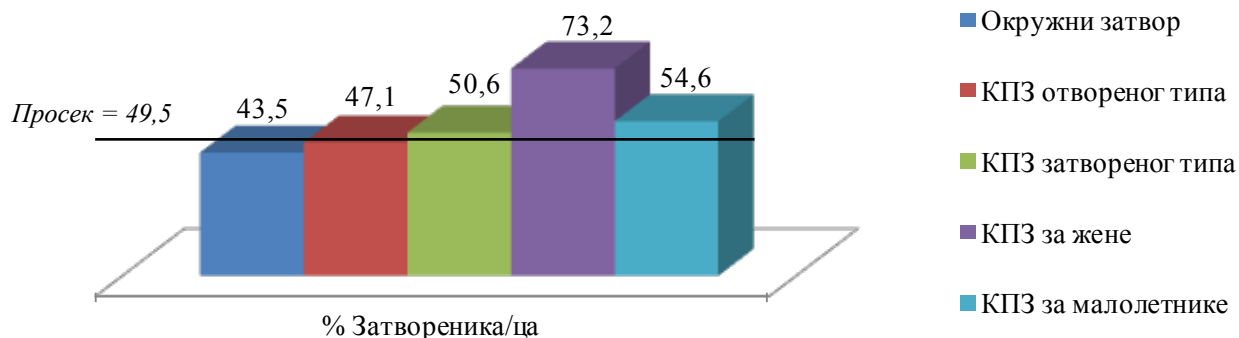
Графикон 7. Процент затвореника/ца који сматра да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, према типу затвора и полу



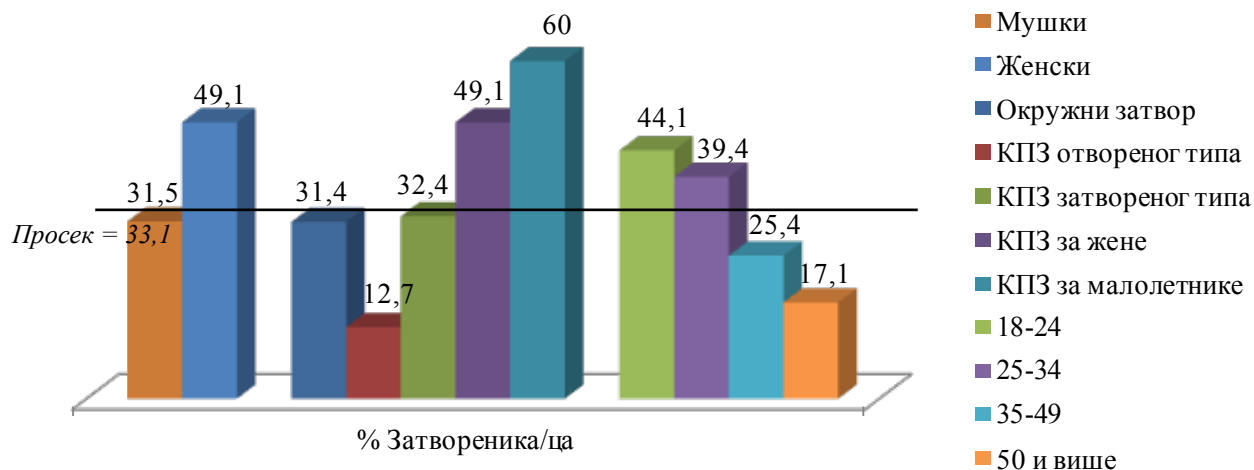
Што се тиче места где се може саветовати и тестирати на HIV, 49,6% затвореника/ца је изјавило да зна која су то места. И у овом случају то знање је заступљеније код жена (73,2%), док је најмање заступљено код осуђеника у окружним затворима (43,5%) (графикон 8). Највећи проценат затвореника/ца је као место на коме се може саветовати и тестирати на HIV наводио различите здравствене установе (64,4%), инфективну клинику (9%) и заводе за јавно здравље (8,6%). Ипак, приликом навођења установа само 6% је дало тачан одговор. Потенцијално објашњење за овакве резултате јесте да испитаници не увиђају разлику између институција у којима се обавља само тестирање на HIV од оних које пружају и саветовање и тестирање на HIV.

Процент затвореника/ца који изјављује да зна где се може тестирати на HIV мањи је у односу на 2010. годину када је износио 55,4%.

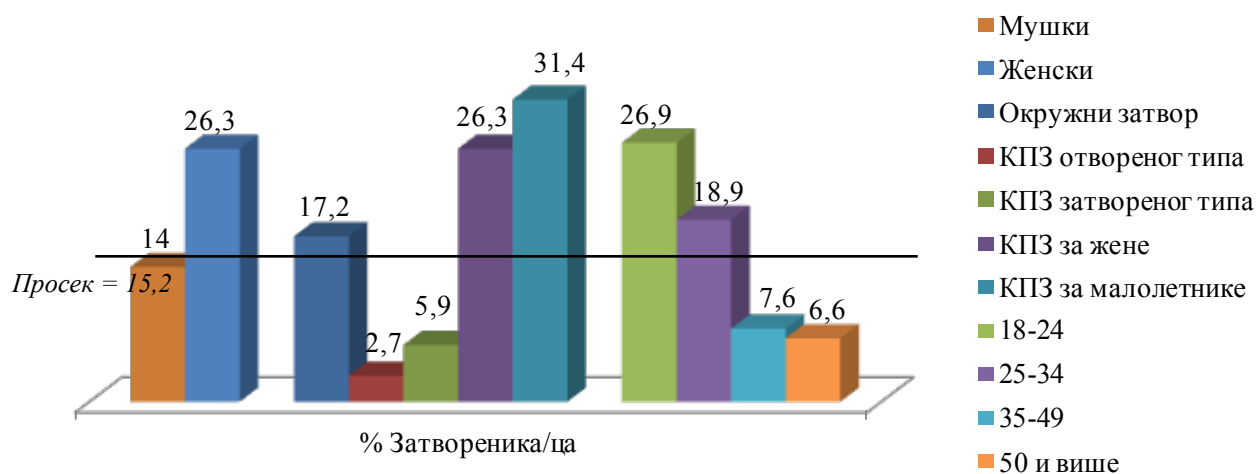
Графикон 8. Процент затвореника који зна где се може тестирати на HIV, према типу затвора



У 2012. години једна трећина затворске популације у Србији (33,1%) је изјавила да се тестирала на HIV што је значајно мање у односу на 2010. годину када је било укупно 40,7% тестираних затвореника/ца. Процент тестираних на HIV значајно је већи код затвореника/ца доби од 18 до 24 године (44,1%). Такође се бележи значајно више тестираних у КПЗ за жене (49,1%) и КПЗ за малолетнике (60%) (графикон 9).

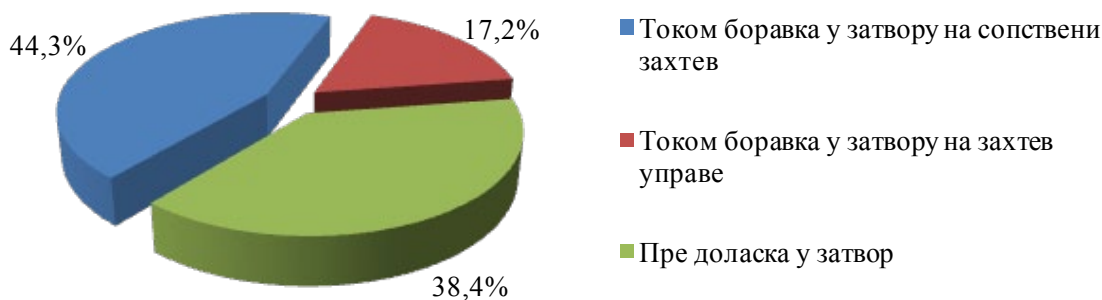
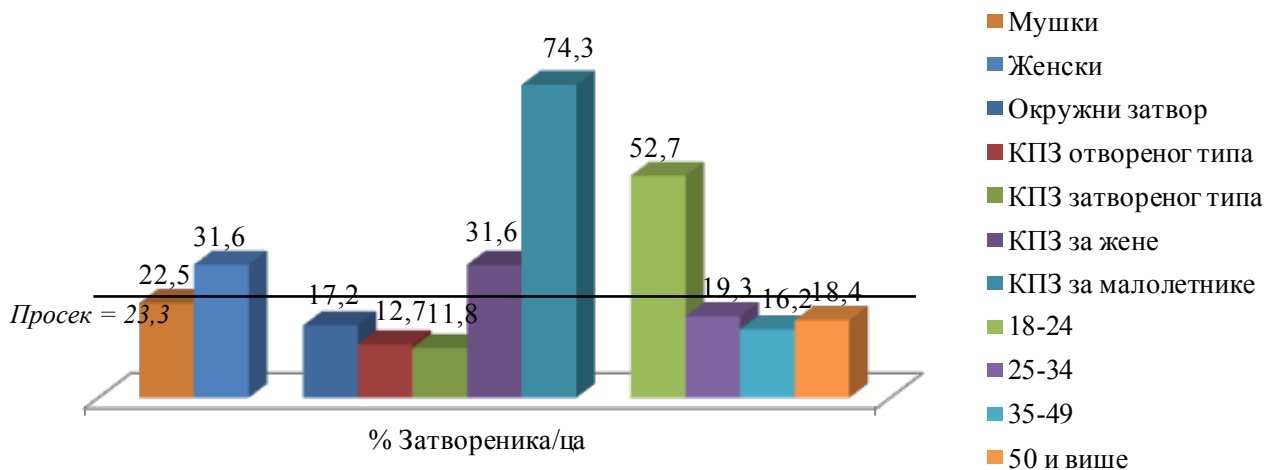
Графикон 9. Процент затвореника који се тестирао на HIV, према полу, типу затвора, и добним групама

У протеклих 12 месеци који су претходили истраживању на HIV се тестирао и зна резултат тестирања сваки седми затвореник/ца (15,2%) што је мање него у 2010. години (18%). Процент тестираних на HIV у протеклих 12 месеци који знају резултат тестирања значајно је виши у женској популацији (26,3%), као и у добној групи 18–24 године (26,9%) (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” (19,7%) [11].

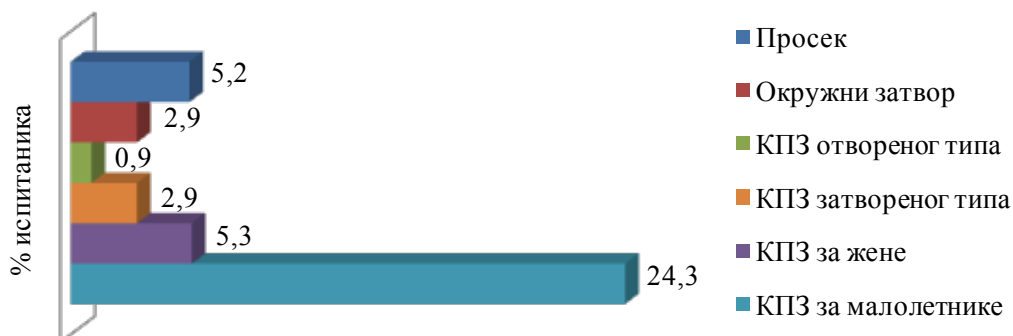
Графикон 10. Процент затвореника који се тестирао на HIV у протеклих 12 месеци и зна резултате тестирања, према полу, типу затвора, и добним групама

На пораст свести у односу на HIV ризике указује податак да је чак 44,3% тестираних затвореника/ца обавило тестирање на HIV на сопствени захтев током боравка у затвору (графикон 11). Истовремено је потврђена сврсисходност спровођења превентивних програмских активности, јер је значајно виши проценат затвореника/ца који су обавили тестирање у групи оних који су присуствовали предавању везаном за HIV.

Предавању везаном за HIV је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању присуствовало 22,3% затвореника/ца, значајно више (33,7%) 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 (31,6%), затвореници/це у добној групи 18–24 године (52,7%), односно они у КПЗ за малолетнике (74,3%) (графикон 12). Такође је забележено да је у групи затвореника/ца који су присуствовали предавањима значајно мањи проценат оних који се ризично понашају.

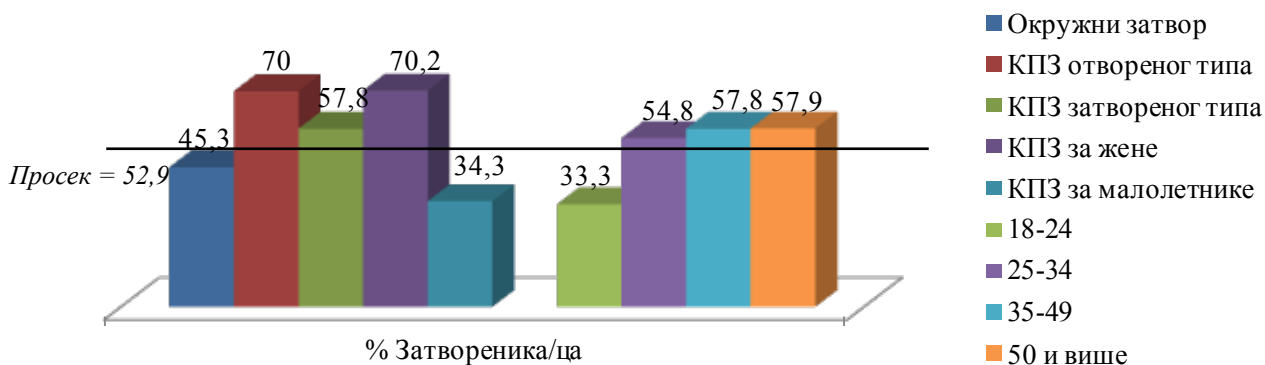
Графикон 11. Процент затвореника према месту последњег тестирања на HIV**Графикон 12.** Процент затвореника који су у последњих 12 месеци присуствовали предавању везаном за HIV према полу, типу затвора и добним групама

У последњих 12 месеци који су претходили истраживању 5,2% 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 за малолетнике (24,3%) (графикон 13).

Графикон 13. Процент затвореника 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 (52,9%) затворске популације. Највећи проценат затвореника/ца који знају да је у Србији усвојен Закон о забрани дискриминације је забележен у КПЗ отвореног типа (70%) и у КПЗ за жене (70,2%), као и код затвореника/ца старијих од 34 године (графикон 14). Међутим, тек сваки седми затвореник/ца (13,7%) сматра да ће Закон о забрани доскриминације променити нешто у њиховом положају.

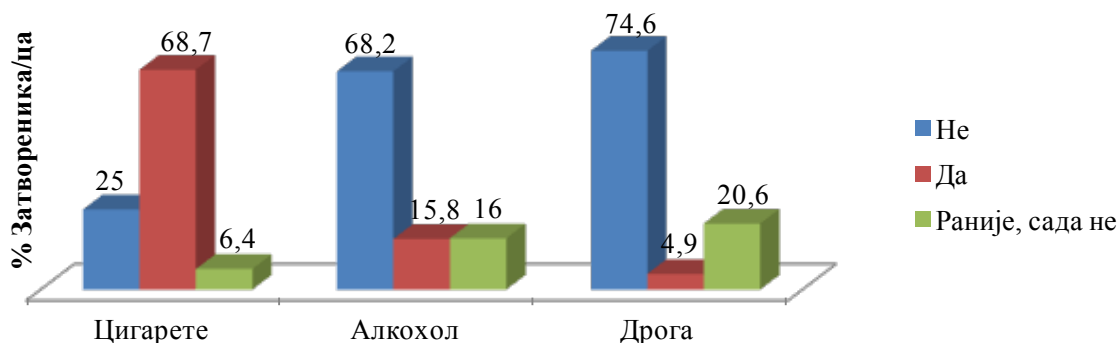
Графикон 14. Процент затвореника који знају да је донет Закон о забрани дискриминације према типу затвора и добним групама



4.3 РИЗИЧНО ПОНАШАЊЕ И ФАКТОРИ РИЗИКА

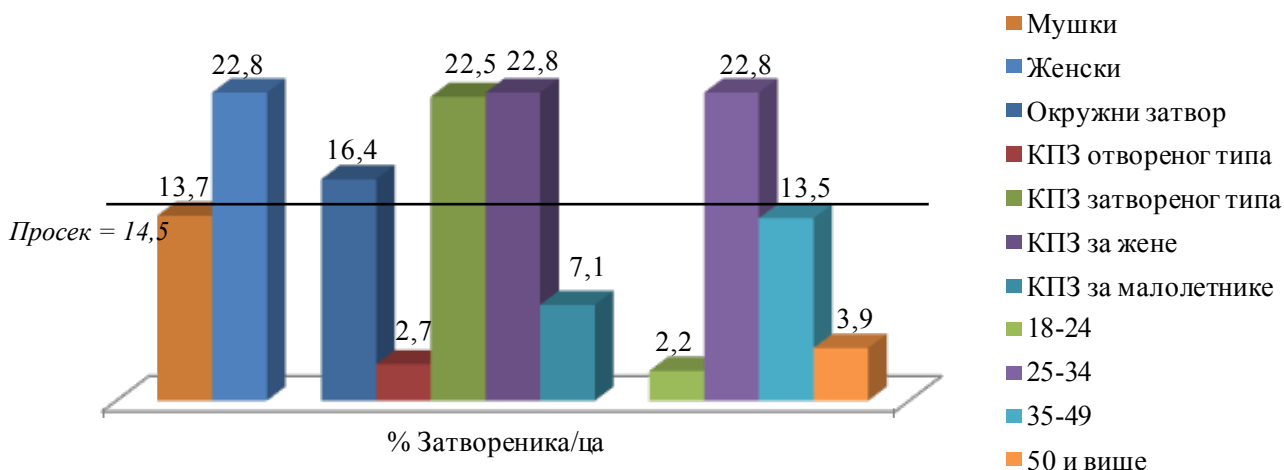
Од укупног броја затвореника у Србији 68,7% су пушачи, 15,8% конзумира алкохол, а сваки четврти затвореник/ца (25,5%) изјављује да има искуства са употребом дрога (графикон 15). Резултати показују да је забележен већи број лица који конзумирају алкохол а мањи број оних који употребљавају дроге, што је у складу са последњим извештајем Управе за извршење заводских санкција у којем се наводи да је, у односу на претходне године, број алкохоличара на издржавању казне затвора повећан, а број наркомана смањен [4].

Графикон 15. Коришћење цигарета, алкохола и дрога међу затвореницима/ама



Искуство са интравенским узимањем дроге, према сопственој изјави, има 14,5% затвореника/ца. Значајно више инјектирајућих корисника дрога (ИКД) је међу женама (22,8%) него мушкарцима (13,7%), као и у старосној групи 25–34 године (22,8%) (графикон 16). Процент затвореника/ца који је изјавио да је интравенски узимао дрогу је нижи у односу на 2010. годину (19,2%).

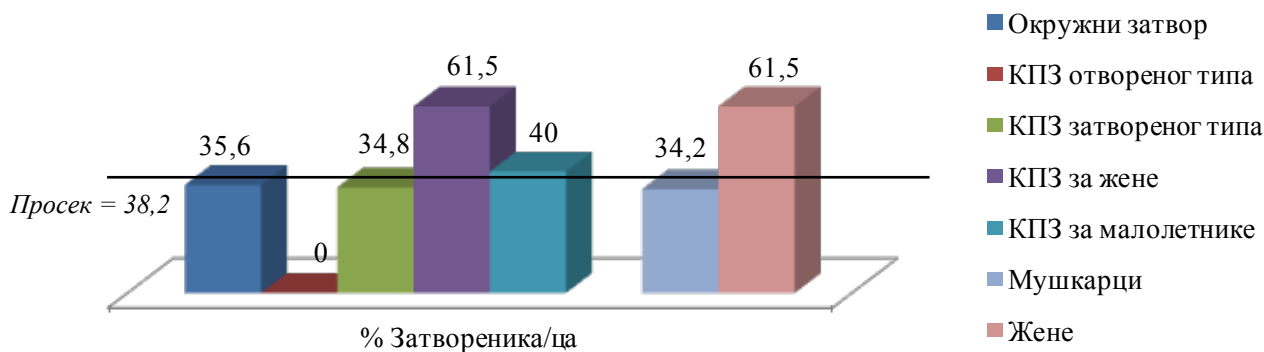
Графикон 16. Процент затвореника/ца који је интравенски узимао дрогу према полу, добним групама и типу затворске установе



Затвореници/е који имају искуство са интравенским коришћењем дрога су такво искуство стекли у просеку у 22. години живота (најраније са 13, а најкасније са 32), а њих 2,2% је први пут узело дрогу у затвору. У последњих годину дана дрогу је интравенски узело 5,6% ИКД.

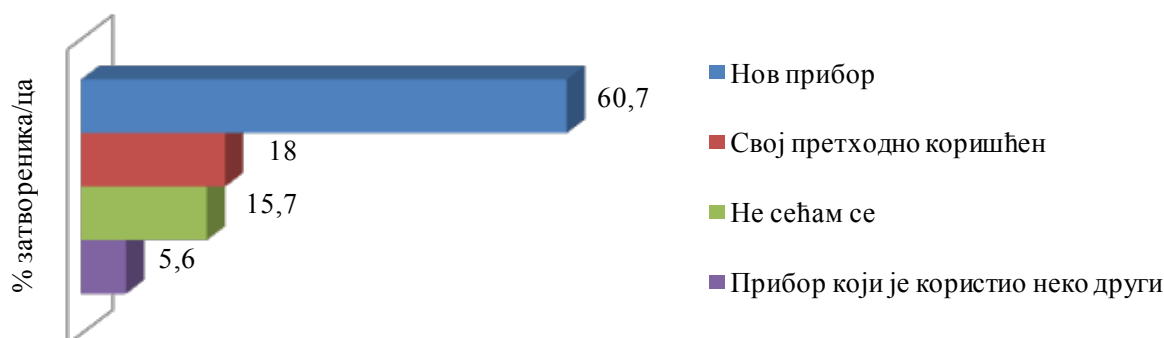
Ризично понашање у смислу дељења прибора за убризгавање дроге са још неким током доасадашњег интравенског коришћења дроге је пријавило 38,2% ИКД, значајно више жена (61,5%) него мушкараца (34,2%) (графикон 17).

Графикон 17. Процент затвореника/ца ИКД који је делио шприц/иглу



И поред тога што је мали број ИКД (5,6%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава чињеница да се 15,7% ИКД не сећа какав је прибор користио (графикон 18).

Графикон 18. Процент затвореника/ца ИКД према прибору коришћеном приликом последњег убризгавања дроге



Могућност набавке дроге у затвору потврђује 32,8% затвореника/ца у Србији, што је значајно мањи проценат него 2010. године (38,4%) и 2008. године (41,6%).

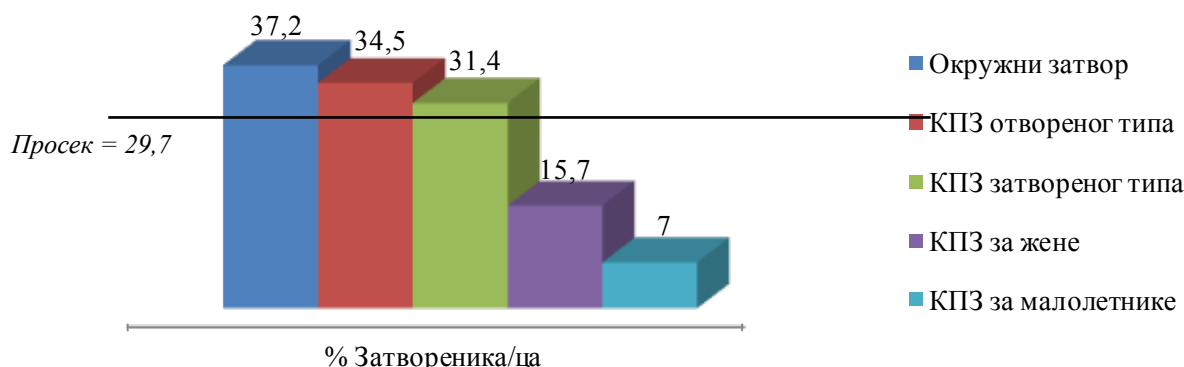
Скоро сваки други затвореник/ца у Србији (46%) има тетоважу. Од укупног броја затвореника/ца који су се тетовирали, у затвору се тетовирало 17,8%. Код 13,1% тетовираних затвореника/ца приликом тетовирања није коришћена стерилна игла, а 9,6% затвореника/ца се не сећа каква је игла коришћена приликом тетовирања.

Око три петине лица (60,5%) која се налазе на извршењу казне затвора има сталног партнера (особу ван затвора са којом живи у брачној/ванбрачној заједници). Од тог броја 77,8% је имало сексуалне односе са сталним партнером у току 12 месеци који су претходили истраживању. Приликом сексуалног односа са сталним партнером кондом је увек користило 4,9% затвореника/ца, повремено 27,2%, а никада 66,9%.

Са друге стране, скоро сваки трећи затвореник/ца (29,7%) је у току 12 месеци који су претходили истраживању имао сексуалне односе са повременим партнером. Тај проценат је значајно мањи код жена (7%), као и код затвореника у КПЗ затвореног типа (15,7%) (графикон 19).

Приликом сексуалног односа са повременим партнером у последњих 12 месеци кондом је увек користило 29,7% затвореника/ца, а више од једне трећине (35,7%) га никад није користила (графикон 20).

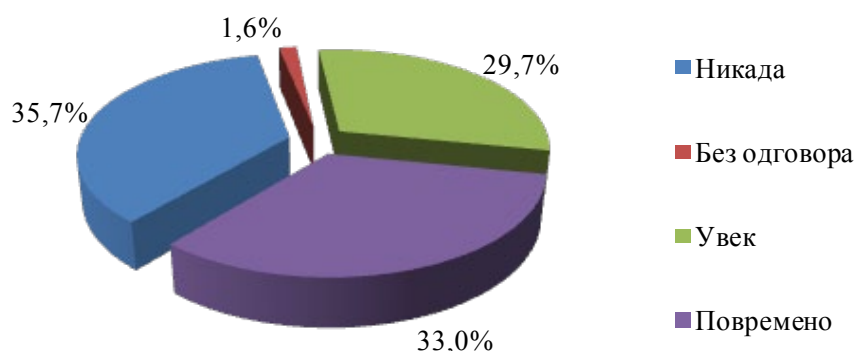
Графикон 19. Процент затвореника/ца који је у последњих 12 месеци имао сексуалне односе са повременим партнером према типу затворске установе



Приликом последњег сексуалног односа са нерегуларним партнером кондом је користило 41,2% затвореника/ца.

Најчешћи начин набавке кондома у последњих 12 месеци у популацији затвореника/ца је куповина у апотеци (37,2%), а затим куповина у самопослузи или киоску (30,6%) и преко лекара у затвору (11%).

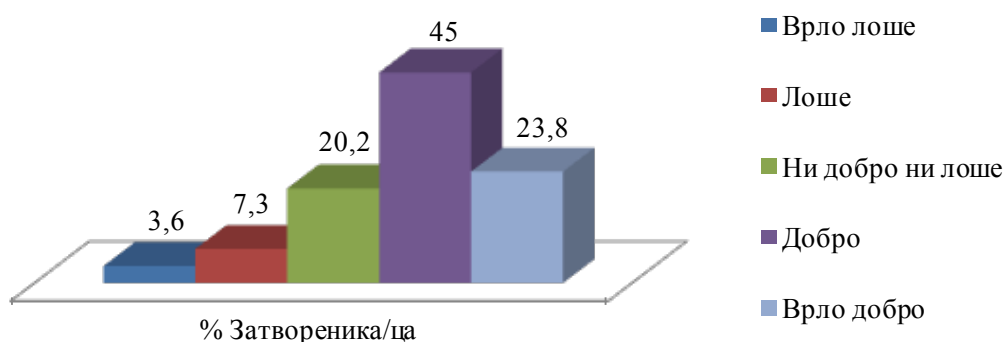
Графикон 20. Процент затвореника/ца према коришћењу кондома приликом сексуалног односа са нерегуларним партнером у последњих 12 месеци



4.4 ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

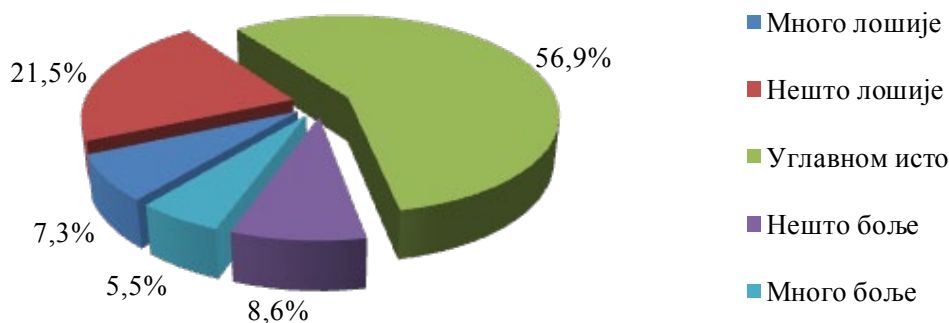
Истраживање је показало да 10,9% затвореника/ца сматра да њихово здравље није задовољавајуће, док 68,8% изјављује да је доброг здравља (графикон 21). Не уочавају се значајне разлике у односу на самопроцену здравља затвореника/ца из 2010. године.

Графикон 21. Процент затвореника/ца према самопроцени општег здравља



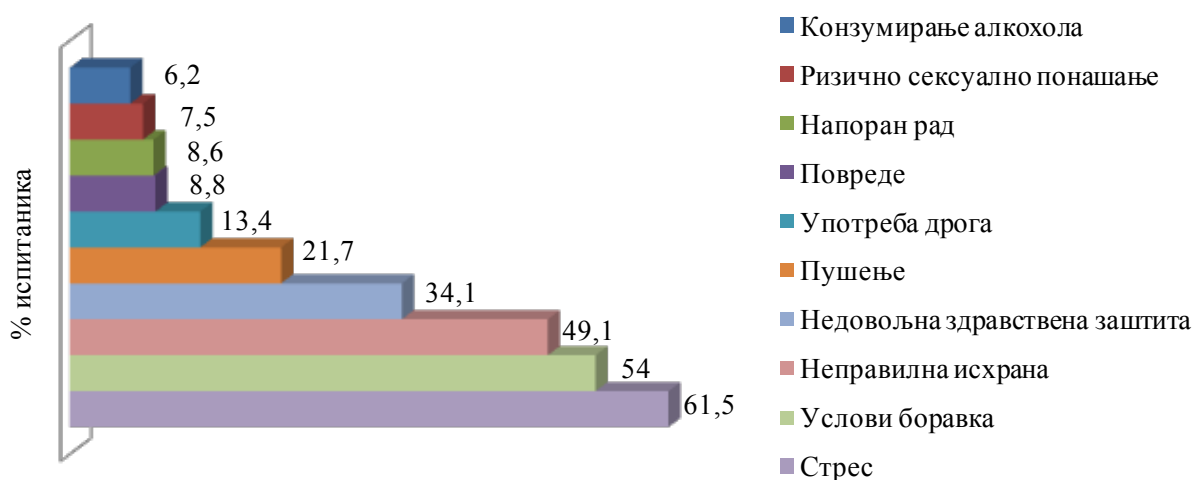
Скоро сваки трећи затвореник/ца у Србији (28,9%) оцењује своје садашње здравље као лошије у односу на здравље од пре 12 месеци (графикон 22).

Графикон 22. Процент затвореника/ца према самопроцени здравља у односу на стање пре 12 месеци



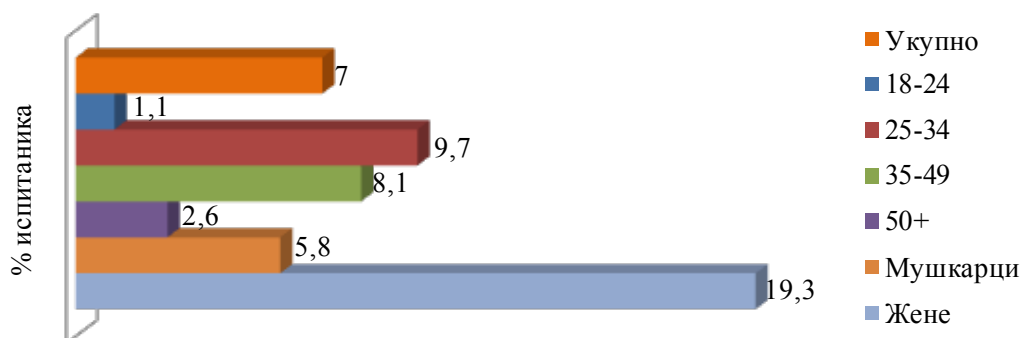
Према мишљењу затвореника/ца три најважнија разлога оболевања у затворима су стрес, услови боравка и неправилна исхрана (графикон 23), као што је наведено и 2010. године.

Графикон 23. Процент затвореника/ца према мишљењу о најважнијим разлозима оболевања у затворима



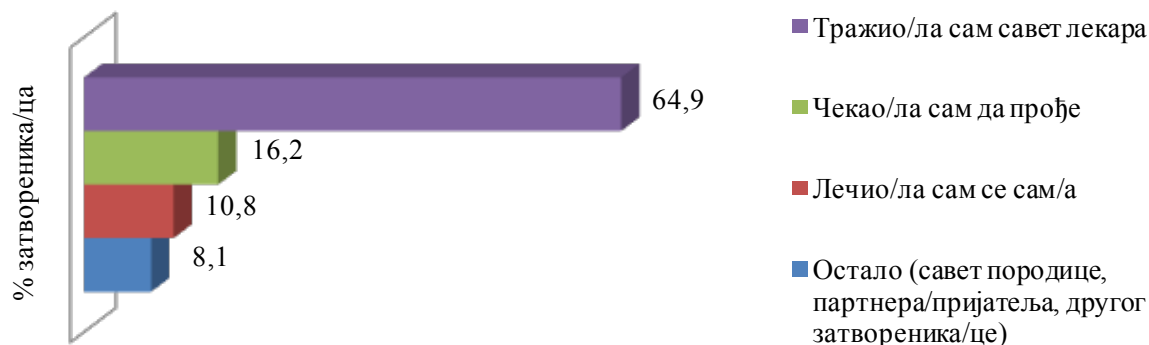
Од укупног броја затвореника/ца, њих 7,0% је изјавило да им је хепатитис Ц дијагностикован од стране лекара. То изјављује значајно виши проценат жена (19,3%) него мушкарца (5,8%). Истовремено, највећи проценат испитаника/ца који је изјавио да има хепатитис Ц налази се у добној групи 25–34 (9,7%) (графикон 24).

Графикон 24. Процент затвореника/ца који је икада имао хепатитис Ц према полу и добним групама



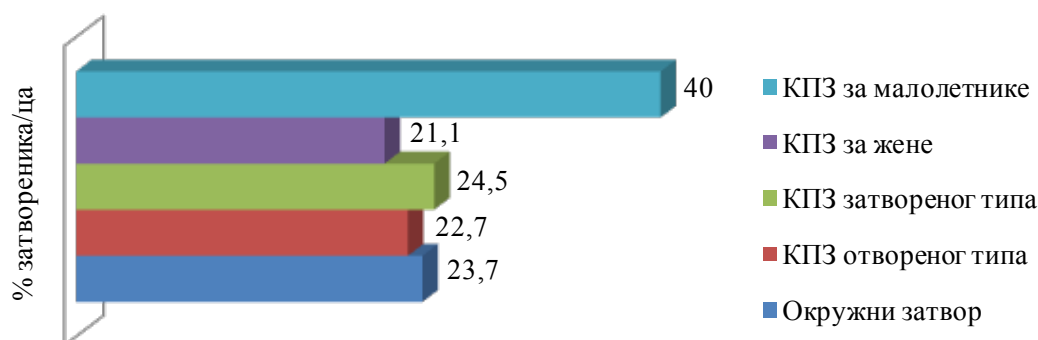
Историја сексуално преносивих болести такође је удружена са већим ризиком на HIV инфекцију. Полне болести су (према сопственом исказу) биле присутне код 3,4% затвореника/ца. Међутим, на питање о појави инфекције или било каквих промена на полном органу у последњих 12 месеци, потврдно је одговорило 6% затвореника/ца што говори у прилог тврдњи да је знање о полним болестима у овој популацији оскудно. То потврђује и чињеница да се у таквим ситуацијама 35,1% оболелих није јавило лекару (графикон 25).

Графикон 25. Процент затвореника према понашању у ситуацији појаве инфекције или промене на полном органу



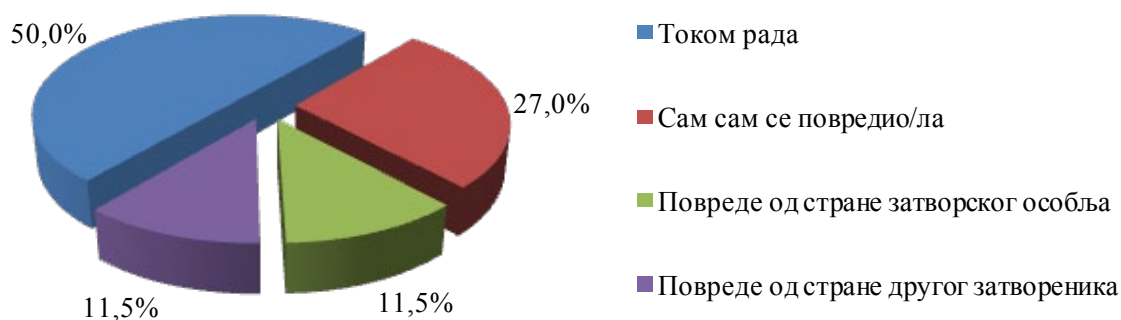
Повреду је током издржавања садашње казне затвора имало 25,3% затвореника/ца и тај проценат је нешто нижи од вредности овог индикатора у 2010. години (28,7%). Највиши проценат затвореника (40%) повређивао се у КПЗ за малолетнике (графикон 26).

Графикон 26. Процент затвореника/ца повређених у току издржавања садашње казне затвора према типу затвора

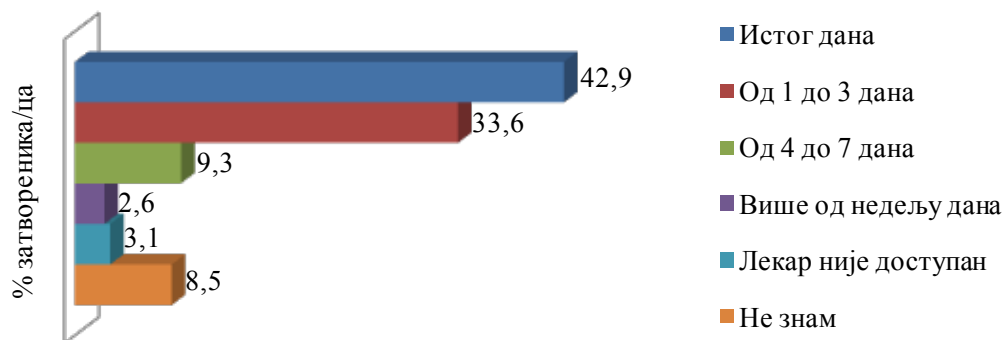


Међу затвореницима/ама који су задобили неку повреду током издржавања казне затвора највише је оних који су се повредили током рада (50%) или су се самоповређивали (27%) (графикон 27).

Графикон 27. Процент затвореника/ца према начину задобијања повреда у току издржавања казне затвора

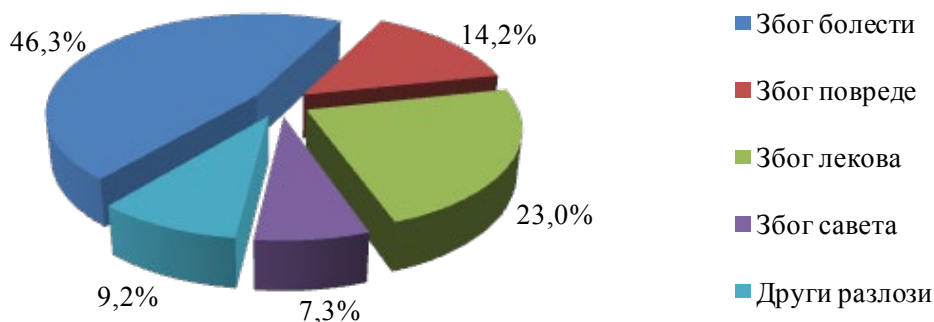


У затворима у Србији 88,1% затвореника/ца одговара потврдно на питање о доступности здравствене заштите што је скоро исти проценат као и 2010. године (89,3%). Највећи проценат затвореника/ца изјављује да на пријем код лекара не чека, односно да буде примљен истог дана (42,9%), док сваки трећи затвореника/ца (33,6%) изјављује да обично чека од 1 до 3 дана (графикон 28).

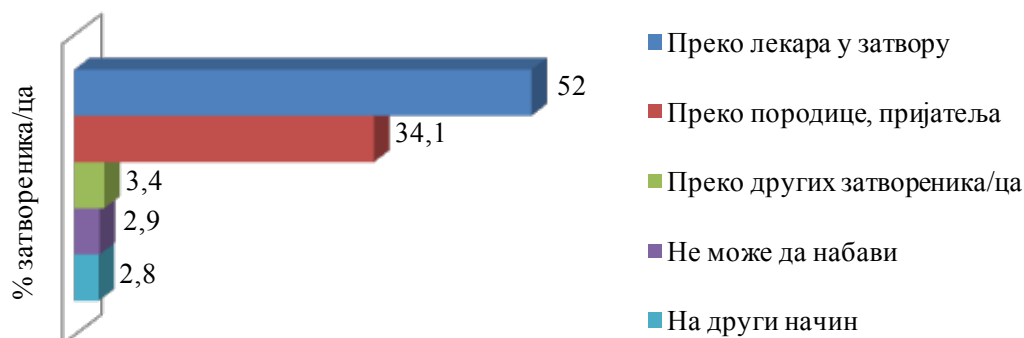
Графикон 28. Време чекања затвореника/ца на пријем код лекара

Лекара је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању посетило 85% затвореника/ца.

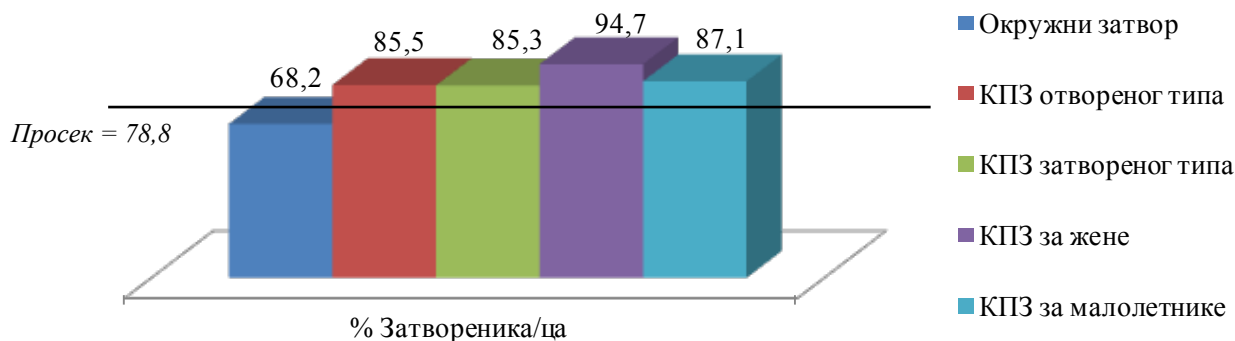
Што се тиче разлога посете лекару током издржавања казне затвора, у последњих 12 месеци је то најчешће била болест (46,3%), док скоро сваки четврти (23%) затвореник/ца посећује лекара због потребних лекова (графикон 29).

Графикон 29. Процент затвореника/ца према најчешћем разлогу посете лекару

Нешто више од половине броја затвореника/ца у Србији набављају потребне лекове преко лекара у затвору, а трећина то чини преко породице и пријатеља (графикон 30).

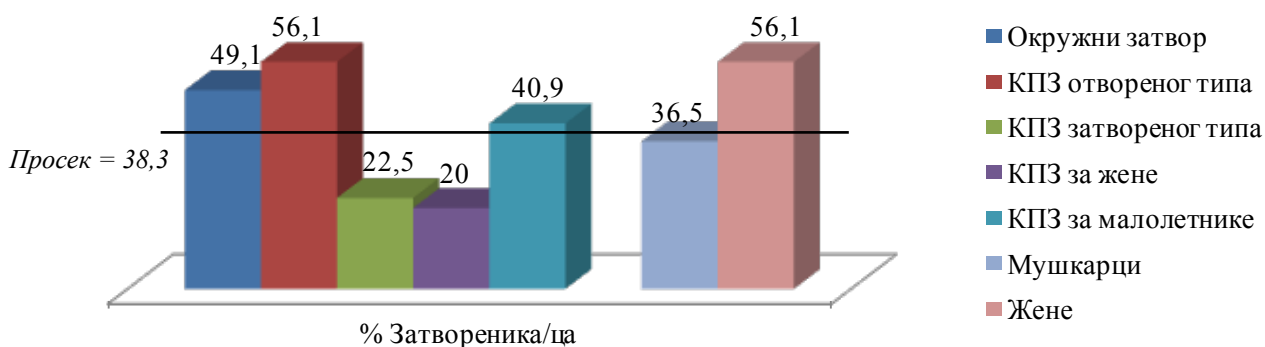
Графикон 30. Процент затвореника/ца према начину набављања лекова

Скоро четири петине затвореника/ца (78,8%) тврди им је стоматолог доступан. Тај број је значајно мањи у окружним затворима (графикон 31).

Графикон 31. Процент затвореника/ца којем је стоматолог доступан према типу затворске установе

О доступности гинеколога потврдно се изјашњава 100% затвореница. Гинеколога је у последњих 12 месеци који су претходили истраживању посетило 70,2% затвореница што је значајно више него што су показали резултати истраживања 2010. године (47,8%).

Нешто више од трећине затвореника/ца (38,3%) је задовољно односом здравствених радника према њима, што је значајно више него 2010. године (29,7%). Значајно мање затвореника/ца је задовољно односом здравствених радника у КПЗ затвореног типа и КПЗ за малолетнике (графикон 32).

Графикон 32. Процент затвореника 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 априла до јула 2012. године, на узорку од 613 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. Иако скоро 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, бележи се пад вредности овог показатеља у односу на резултате истраживања из 2010. године. Без обзира што резултати потврђују да спроведени превентивни програми резултују бољим знањем затвореника/ца, не може се са поузданошћу тврдити да је у овој популацији дошло до напретка у погледу стицања знања о основним чињеницама о трансмисији HIV-а у односу на претходни период.
- Дискриминаторни став према зараженим HIV-ом је и даље веома присутан у затворској популацији. Више од половине затвореника/ца сматра да особе које живе са HIV-ом треба изоловати, док скоро три петине затворске популације сматра да су особе које су инфициране HIV-ом саме криве за то.

- Значајно мањи проценат затвореника/ца него 2010. године је изјавио да зна за постојање места где се може тестирати на HIV (49,6%), што се односи и на проценат затвореника/ца тестираних на HIV (33,1%), као и оних који су то учинили у претходних 12 месеци и знају резултат тестирања (15,2%).
- 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.
- Генерално, сви резултати истраживања који указују на знање затвореника/ца о HIV-у/AIDS-у показују лошије вредности у односу на 2010. годину. Затвореници женског пола, као и они млађи од 25 година и даље представљају групе које су, и поред бољег знања, због ризичног понашања вулнерабилније на HIV инфекцију.
- Интравенско узимање дроге (према сопственом исказу) присутно је код 14,5% затвореника/ца. Пракса дељења шприца/игле је распрострањена међу ИКД. И поред тога што је мали број ИКД (5,6%) изјавио да су приликом последњег убризгавања дроге користили прибор који је претходно користио неко други, забрињава сазнање да се 15,7% ИКД не сећа какав је прибор користио/ла. Чињеница која охрабрује је да у односу на 2010. годину значајно мањи проценат затвореника/ца потврђује да се дрога може набавити у затвору.
- Приближно половина затвореника/ца је тетовирано. Коришћење прибора за тетовирање који није стерилан пријављује сваки седми тетовирани затвореник/ца, али не треба занемарити податак да се сваки десети 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 77,8%. Већи проценат сексуално активних лица која се налазе на извршењу казне затвора је забележен код мушкараца, у окружним затворима и КПЗ отвореног типа.
- Одржавање сексуалних односа са нерегуларним партнерима, присутније је код затвореника него код затвореница, као и код лица која се налазе на извршењу казне затвора у окружним затворима. Две трећине затворске популације никада не користи кондом са сталним партнером, док са нерегуларним партнером кондом никад не користи сваки трећи затвореник/ца.
- Најчешћи начини набавке кондома су куповина у апотеци и куповина у самопослузи или киоску, док га сваки десети затвореник/ца набавља преко затворског лекара.
- При самопроцени здравља сваки десети затвореник/ца сматра да његово здравље није задовољавајуће. У односу на здравље од пре 12 месеци, 28,9% испитаника/ца своје садашње здравље процењује као лошије.
- Да им је дијагностикован хепатитис Ц од стране лекара изјављује 7% затвореника/ца, више жена и оних у добној групи 25–34 године.
- Знање затвореника/ца о полним болестима је незадовољавајуће, на шта указује резултат истраживања по коме затвореници/це не препознају појаву полних болести и што се у ситуацијама када имају одређене симптоме и промене не јављају лекару.
- Према мишљењу затвореника/ца три најчешћа разлога оболевања у затвору су као и 2010. године: стрес, услови боравка и неправилна исхрана.
- Већина затвореника/ца сматра да им је здравствена заштита доступна (лекар или гинеколог, медицинска сестра, стоматолог).

- Највећи проценат затвореника/ца је изјавио да код лекара буде примљен истог дана што је значајан напредак у односу на резултате истраживања из 2010. године, када је највећи проценат затвореника/ца изјавио да обично на то чека од 1 до 3 дана. Такође, значајно већи проценат затвореника/ца у односу на 2010. годину је задовољан односом здравствених радника према њима.

6. ПРЕПОРУКЕ

- Спровести детаљну евалуацију програмских активности обављених у периоду 2010–2011. године у циљу процене да ли су оне заиста досегле групе затвореника/ца посебно осетљиве на HIV инфекцију.
- Ревидирати и редефинисати активности на спровођењу специфичних програма за превенцију HIV/AIDS-а у затворима у тесној сарадњи између здравственог и правосудног система, представника затворских установа и невладиног сектора.
- 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 понашањима која могу довести до HIV и других ППИ.
- Самим тим што је у затворској средини значајно већа заступљеност особа које су биле или јесу интравенски корисници дрога него у општој популацији, ова групација захтева посебну пажњу у вези са планирањем програма превенције HIV-а, поготово имајући у виду да је употреба дрога и упражњавање сексуалних односа присутно и у затворској средини. Упркос великом броју корисника дрога који се налазе на издржавању казне затвора, програми третмана нису увек и свуда доступни, што представља поље на коме треба и даље развијати програмске активности.
- Посветити посебну пажњу програмима превенције HIV-а осетљивих популационих група, младих и жена на издржавању казне затвора. Иако су млади генерално боље информисани о начинима трансмисије HIV-а, истовремено су и мање свесни неопходности промене ризичног понашања, односно примене стратегија за смањење ризика на HIV инфекцију. Стога је потребно адаптирати програм едукације специфичним потребама младих затвореника у циљу оснаживања ставова и понашања који онемогућавају оболевање од полно преносивих болести, укључујући и HIV/AIDS.
- И поред значајног напретка на пољу доступности здравствене заштите и задовољства корисника и даље подстицати остваривање права свих затвореника/ца на здравствену заштиту, са нагласком на спровођење превентивних мера, еквивалентних оним које се спроводе у општој популацији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Piot P, Russell S, Larson H. Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS. *Am J Public Health* 2007; 97: 1934-1936.
2. Polonsky S, Kerr S, Harris B, et al. HIV Prevention in Prisons and Jails: Obstacles and Opportunities. *Public Health Reports* 1994; 109: 615–623.
3. Министарство здравља Републике Србије: Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у, 2011–2015. Београд, 2011.
4. Министарство правде Републике Србије, Управа за извршење заводских санкција: Годишњи извештај 2010. Београд, 2011.
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. Кнежевић Т, Барош С, Бассиони Стаменић Ф, Цуцић В. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2010.
7. 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 Милићевић М. Затвори и здравље. Београд: Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду; 2005.
10. Министарство здравља Републике Србије: План за мониторинг и евалуацију стратешког одговора на HIV инфекцију и AIDS Републике Србије, 2011–2015. Београд, 2011.
11. Подршка у борби против HIV/AIDS-а [страница на интернету]. Доступно на: <http://www.hivpodrska.org.rs/menu/index/43>
12. Закон о извршењу кривичних санкција. Службени гласник РС 85/05, 72/09, 31/11.
13. Закон о забрани дискриминације. Службени гласник РС 22/09.

**ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ
КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ
ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА**

Главни истраживач и аутор текста:

Др Данијела Симић

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

ПРОЦЕНА ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА, МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА И СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА

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

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, тако и на међународном нивоу. У овој студији циљ је био да се применом методе множиоца процени величина популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога (ИКД), мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (МСМ) и сексуалних радница (СР), генерално узраста од 18 до 49 година, у градовима где су спроведена серопревалентна и бихејвиорална истраживања 2012. 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/множилаца из истраживања и референтних програмских података. Процењена преваленција ИКД за 2011. годину коришћењем метода множиоца се креће од 1558 до 16.698 ИКД узраста 18 до 49 година у Београду, односно од 899 до 1288 ИКД узраста 20–49 година у Новом Саду. Процењена преваленција МСМ коришћењем метода множиоца је 8058 МСМ узраста 18–49 година у Београду, односно 8721 МСМ узраста 18–49 у Новом Саду. Процењена преваленција сексуалних радница коришћењем метода множиоца се креће од 570 до 2038 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, тешко доступне популације под повећаним ризиком за HIV

POPULATION SIZE ESTIMATION AMONG INJECTING DRUG USERS, MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND SEX WORKERS

Danijela Simic, MD, Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut"

Abstract

Knowing the size of the population most at risk for HIV is necessary for planning, implementation and evaluation of interventions/programs and the assessment of the HIV epidemic course. Decision makers should need this information immensely for the purposes of program planning, ensuring material and other resources, but also for adequate monitoring of service provision and valid comparison over time, at local and national, as well as international levels. The objective of this study was to estimate the size of populations vulnerable to HIV by using multiplier method, more specifically injecting drug users (IDU), men who have sex with men (MSM), and sex workers (SW), generally of age 18 – 49, in those cities/towns where seroprevalent and behavioral surveys were conducted in 2012. Multiplier method is based on using data from two independent sources which overlap in a known way. The population size estimates were made by converging survey data/multipliers and relating/benchmark program data. By using multiplier method, IDU prevalence for 2011 is placed between 1,558 and 16,698 IDUs aged 18–49 in Belgrade, and 899 to 1,288 IDUs aged 20–49 in Novi Sad. Estimated MSM prevalence using the multiplier method is 8,058 MSM aged 18 – 49 in Belgrade and 8,721 MSM aged 18 – 49 in Novi Sad. Estimated prevalence of sex workers by using multiplier method is placed between 570 and 2,038 SWs aged 18 – 49 in Belgrade. Due to the fact that some key assumptions/conditions were not fully met, different population size estimates obtained by multiplier method are not fully valid, and should be based on a series of repeated measuring to obtain one as accurate as possible. Finally, in order to obtain the most valid data, several different methods should be used to estimate sizes of population most at risk to HIV, allowing for checking and inter-validation of obtained results. Relevant stakeholders should make a decision by consensus on the best estimates of the size of populations in question.

Key words: estimation of population size, multiplier method, hard to reach populations most at risk to HIV

1. УВОД

Популације под повећаним ризиком за HIV су од посебне важности за епидемиолошки надзор [1]. У овим популационим групама које су „скривене” или „тешко доступне” због изражене стигме и осуде њиховог понашања од стране друштвене заједнице, региструје се виша преваленција HIV инфекције у односу на општу популацију превасходно због веће учесталости ризичног понашања. Такође, ове популационе групе су нека врста „мостова” за пренос HIV инфекције на општу популацију [2, 3].

Потреба за проценом величине, тј. преваленције одређене популације од интереса под повећаним ризиком за HIV произилази из више разлога:

1. Недостатак података о величини популације под повећаним ризиком за HIV (нпр. инјектирајући корисници дрога, мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима, сексуалне раднице) не допушта доносиоцима одлука адекватну процену и планирање материјалних и других ресурса на националном и локалном нивоу које је потребно обезбедити за реализовање активности из области здравствене заштите (нпр. новчана средства, едукован кадар, доступност превентивних и других активности и сл).

2. Недостатак података о величини кључних популација под повећаним ризиком за HIV онемогућава приоритизацију и заговарање адекватног одговора, односно на-потреби-заснованог планирања и организовање пружања одређених услуга на локалном и националном нивоу [4].

3. Непознавање величине популације онемогућава правилно тумачење и адекватно праћење индикатора покривености (процент популације од интереса обухваћен неким програмом/интервенцијом), који се у том случају заснивају само на апсолутним бројкама (нпр. број особа тестираних на HIV, број особа досегнутих теренским превентивним радом, терапијским програмом и сл).

4. Податак о величини популације од интереса је неопходан и за праћење напретка одређених циљаних програма/интервенција, односно ради процене будућег тока HIV епидемије [5].

5. У земљама са ниском преваленцијом HIV инфекције или концентрованој HIV епидемијом, податак о величини кључних популација под повећаним ризиком је неопходан ради процене броја особа инфицираних HIV-ом, тј. квантификовања оптерећења друштва болешћу [5, 6].

Епидемијски потенцијал је одређен комбинацијом тренутне преваленције HIV инфекције у популацији од интереса, величине те популације и заступљеног, квантификованог ризика [4].

Обзиром да у нашој земљи постоје подаци везани за процењену преваленцију, тј. величину популације инјектирајућих корисника дрога (ИКД), мушкараца који имају сексуалне односе са другим мушкарцима (МСМ) и сексуалних радница/ка (СР) добијени из разних извора [7, 8, 9, 10, 11] наметнула се потреба израде нових процена величине популација ИКД, МСМ и СР и поређења истих са ранијим проценама из 2007, односно 2009. и 2009/2010. године коришћењем исте методологије.

2. ЦИЉ

Проценити величину кључних популација посебно осетљивих на HIV и то инјектирајућих корисника дрога, мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима и сексуалних радница/ка, генерално узраста од 18 до 49 година, у градовима где су спроведена серопревалентна и бихејвиорална истраживања 2012. године.

3. МЕТОДОЛОГИЈА

За процену преваленције популације ИКД, МСМ и СР у градовима где су се спроводила биолошко-бихејвиорална истраживања 2012. године (Београд и 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/удружења током дефинисаног временског периода једнак укупној величини популације помножене са пропорцијом популације која је користила услуге те установе/удружења [12]. Овај метод се користи када је узорачки оквир неадекватан или када је реч о тешко доступној популацији, јер је лако изводљив.

Процене величине популације од интереса су добијене укрштањем података из два извора, од којих су једни пореклом из спроведених истраживања на узорку испитиване популације (пропорција испитаника који наводе да су користили дефинисане услуге у одређеном времену и локацији, односно множилац или енг. *multiplier*) док су други, референтни програмски подаци (енг. *benchmark*) добијени из одговарајућих доступних извора (нпр. из база података саветовалишта за ДПСТ, базе података Јединице Министарства здравља која имплементира ГФ HIV пројекте), односно од здравствених установа које пружају одређене превентивне и/или терапијске услуге припадницима дефинисане популације под повећаним ризиком за HIV и од Министарства унутрашњих послова Републике Србије.

Ограничења везана за процене добијене овом методом проистичу из низа претпоставки/услова које ова метода процене величине популације од интереса захтева и које је тешко евалуирати [1, 6], а то су:

1. Две популације које служе као извор података су једнаке али независне (коришћење услуге неке установе/удружења не утиче на могућност учешћа у истраживању и обрнуто).
2. Извори података се преклапају.
3. Популација која се броји мора имати вероватноћу да ће бити укључена у оба извора података.
4. Узорак испитаника у истраживању мора бити случајно одабран, тј. извор података из истраживања мора бити рандомизован, укључујући и групу корисника дефинисане услуге у установи/удружењу, али не искључујући и остале припаднике популације од интереса (нпр. учесници у истраживању могу бити уличне СР и СР које услуге пружају на другим местима и/или на други начин, иако одређене услуге користе само уличне СР).
5. Извор података из установе/удружења не мора бити рандомизован, али мора бити специфичан за популацију чија се величина процењује (подаци морају идентификовати и разликовати популацију од интереса од других група) и мора бити усклађен са популацијом која је предмет истраживања (иста дефиниција популације од интереса, територијална локација и временски период).

Такође, неопходно је имати квалитетне програмске податке (добар и поуздан систем регистрација клијената од стране институције/установе/удружења), као и адекватно дефинисана, односно јасно и коректно постављена питања испитаницима укљученим у истраживање у теренским условима у циљу редуковања пристрасности везане за мерење.

Нерепрезентативан узорак учесника укључених у истраживање који је повезан са самом методологијом узорковања условљава узорачку пристрасност (тзв. *selection bias*) мањег или већег степена, која пак значајно утиче на тачност процене (колико процена заснована на мерењу репрезентује стварну вредност) [13, 14].

Процене преваленција популација од интереса засноване су на проценама узорака. Ако је студија поновљена користећи исту методологију узорковања, могу се добити другачије процене. Ова варијација се зове варијанса узорка, а величина ове варијансе утиче на прецизност процене. У овој студији, тренутне процене (процена једним бројем, процена на бази појединачне вредности) су добијене користећи индиректну технику процене, односно метод множиоца. Увек је корисно не само урадити процене на бази појединачне вредности, већ и интервале поузданости. Интервал поузданости је интервална процена за параметар неке популације са приписаном вероватноћом, нивоом поузданости. Обично је овај интервал поузданости 95%. У случају добијених локалних процена множилаца за МСМ, СР и ИКД, коришћена је стандардна методологија за процену интервала поузданости за пропорцију.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГА

За потребе процене преваленције ИКД у Београду и Новом Саду као референтне вредности коришћени су програмски подаци из базе Јединице Министарства здравља која имплементира HIV пројекте финансиране из донације Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије (подаци о броју досегнутих инјектирајућих корисника дрога програмом размене прибора за инјектирање на терену или у *drop in* центрима), затим Специјалне болнице за болести зависности у Београду и Института за јавно здравље Војводине у Новом Саду (подаци о броју тестираних инјектирајућих корисника дроге у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање – ДПСТ), као и Специјалне болнице за болести зависности у Београду и Клинике за болести зависности у Новом Саду (подаци о броју инјектирајућих корисника дрога укључених у програм детоксикације) за период од 1. јануара до 31. децембра 2011. године. Процене преваленције ИКД генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем на ове две локације, при чему су испитаници питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2011. 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 у одређеним установама у периоду од 1.1. до 31.12.2011. године и колико пута, као и да ли су у истом периоду добијали стерилне игле и шприцеве на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста Удружења Веза у Београду, односно Удружења Превент у Новом Саду.

Додатно, за процену величине популације ИКД 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 2010. године у Београду, односно 2008. године у Новом Саду.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (*IBBS*) спроведено у Београду и Новом Саду 2012. године имало је узорак од 450 инјектирајућих корисника дрога који су користили дрогу инјектирањем у последњих месец дана (300 испитаника у Београду и 150 у Новом Саду). У оба града учесници у узорку су били превасходно мушкарци (по 83% у Београду и Новом Саду). У односу на узраст већина инјектирајућих корисника дроге била је старости 20–49 година (94% испитаника у Београду и 100% испитаника у Новом Саду).

Уочава се да су нове процене преваленције ИКД у Београду и Новом Саду за 2011. годину добијене укрштањем података из истраживања са референтним програмским подацима у односу на добијање стерилног прибора за инјектирање значајно ниже у односу на претходне (1558 према 3243 у Београду, односно 997 према 2893 у Новом Саду), док су нове процене засноване на подацима о тестирању на

HIV значајно више за Београд (7043 према 4273), а ниже за Нови Сад (899 према 1690) у поређењу са претходним проценама за 2009, односно 2007. годину (табела 1).

Табела 1. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Инјектирајући корисници дрога

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2011	18–49	1558	(1389, 1702)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Београд	2011	18–49	7043	(5255, 10.843)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података СББЗ о тестирању на HIV
Београд	2011	18–49	16.698	(11.202, 31.607)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у СББЗ
Београд	2010/2012.	18–49	1549	(1254, 1915)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2010. и 2012)
Београд	2009/2010.	18–49	3243	(3121, 3376)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Београд	2009	18–49	4273	(3357, 5875)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података СББЗ о тестирању на HIV
Београд	2009	18–49	13.040	(10.867, 16.300)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у СББЗ
Нови Сад	2011	18–49	997	(817, 1275)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Нови Сад	2011	20–49	899	(672, 1356)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2011	20–49	1250	(581, 8333)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КБЗ
Нови Сад	2008/2012.	20–49	1288	(995, 1825)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2008. и 2012)
Нови Сад	2008/2010.	18–49	2893	(2382, 3682)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма замене игала
Нови Сад	2007	18–49	1690	(1127, 3380)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2007	18–49	1640	(845, 27.333)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података програма детоксикације у КБЗ

Примарни програм третмана за кориснике супстанци је детоксикација и као резултат тога добијене су боље процене користећи множилац добијен на основу програма детоксикације, посебно у Београду (16.698 ИКД у Београду и 1250 ИКД у Новом Саду).

Процена добијена применом модификованог метода множиоца је десетоструко нижа од највише процене преваленције ИКД у Београду за 2011. годину (1549 према 16.698), док је у Новом Саду нешто виша од процене где је коришћен множилац добијен на основу програма детоксикације, уз напомену да се референтна вредност добијена из Клинике за болести зависности у Новом Саду односи само на новорегистроване ИКД који су били на програму детоксикације у тој установи током 2011. године, а не на укупан број ИКД који су били укључени у програм детоксикације у посматраном временском периоду.

4.2 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ МУШКАРАЦА КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ СА МУШКАРЦИМА

За потребе процене преваленције МСМ у Београду и Новом Саду као референтне вредности коришћени су програмски подаци из базе Јединице Министарства здравља која имплементира HIV пројекте финансиране из донације Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије (подаци о броју МСМ који су добијали кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима) и подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената у Београду и Института за јавно здравље Војводине (број тестираних МСМ у саветовалиштима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање) за дефинисани временски период. Процене преваленције МСМ генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем на ове две локације, при чему су испитаници питани да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2011. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама по локацији, колико пута и да ли се том приликом изјаснили да су МСМ, као и да ли су током 2011. године добијали кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста из Удружења Сигуран пулс младих у Београду, односно из Удружења Омладина ЈАЗАС-а у Новом Саду.

Додатно, за процену преваленције МСМ у Београду и Новом Саду коришћен је модификован метод множиоца употребом јединственог идентификатора тј. објекта (у овом случају картице одређене боје неопходне за укључивање у истраживање), при чему су укрштени подаци добијени овим истраживањем и подаци из истраживања реализованог 2010. године у Београду и Новом Саду.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (*IBBS*) спроведено 2012. године у Београду и Новом Саду имало је узорак од 400 МСМ (250 испитаника у Београду и 150 у Новом Саду). Учесници истраживања су били узраста од 18 до 59 година, при чему је узрасна група испитаника од 20 до 49 година чинила већински део укупног узорка ове популације у оба града (88% у Београду и 96% у Новом Саду).

Запажа се да су процене преваленције МСМ у Београду и Новом Саду за 2011. годину добијене укрштањем података из истраживања са референтним програмским подацима у односу на добијање кондома и тестирање на HIV углавном нешто више у односу на претходне процене за 2009/2010. годину. Такође, може се уочити да су боље процене засноване на множиоцу о добијању кондома, премда је процена за Београд највероватније потцењена (8058 МСМ у Београду према 8721 МСМ у Новом Саду) (табела 2).

Процене добијене применом модификованог метода множиоца су значајно ниже од осталих процена, као и у односу на податке добијене из базе Јединице Министарства здравља о броју досегнутих јединствених МСМ циљаним превентивним програмима током 2011. године (2909 МСМ у Београду и 2154 МСМ у Новом Саду узраста 18 до 49 година), па се не могу сматрати релевантним. Слично је и са проценама добијеним коришћењем множиоца који се односи на тестирање на HIV (табела 2).

Табела 2. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2011	18–49	8058	(6861, 9569)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Београд	2011	18–49	2834	(2363, 3607)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ЗЗЗЗ студената о тестирању на HIV
Београд	2010/2012.	18–49	1628	(1309, 2302)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Београду (2010. и 2012)
Београд	2009/2010.	18–49	6797	(6574, 7035)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Београд	2009/2010.	18–49	2629	(2374, 2944)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ЗЗЗЗ студената о тестирању на HIV
Београд	2010	18–49	5990	(3700, 8280)	„Хватање и поновно хватање” са два узорка (период од шест месеци, март–септембар 2010)
Нови Сад	2011	18–49	8721	(6816, 12.170)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Нови Сад	2011	18–49	738	(595, 970)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2010/2012.	18–49	566	(462, 731)	Преклапање два круга IBBS истраживања у Новом Саду (2010. и 2012)
Нови Сад	2009/2010.	18–49	8335	(7872, 8856)	Множилац из IBBS истраживања на основу добијања кондома и програмски подаци
Нови Сад	2009/2010.	18–49	838	(731, 983)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података ИЗЈЗ Војводине о тестирању на HIV
Нови Сад	2010	18–49	3782	(1668, 5896)	„Хватање и поновно хватање” са два узорка (период од шест месеци, март–септембар 2010)

4.3 ПРОЦЕНЕ ВЕЛИЧИНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ СЕКСУАЛНИХ РАДНИЦА У БЕОГРАДУ

За потребе процене преваленције СР у Београду методом множиоца коришћени су подаци из база података Завода за здравствену заштиту здравља студената и подаци Удружења ЈАЗАС из Београда (број тестираних СР у саветовалишту за добровољно и поверљиво саветовње и тестирање и у мобилној медицинској јединици и/или *drop in* центру), као и податак о укупном броју досегнутих СР које су добијале кондоме кроз различите програме добијен из Удружења ЈАЗАС за период од 1.1. до 31.12.2011. године. Процене преваленције СР генерално узраста 18 до 49 година су добијене укрштањем референтних вредности, односно програмских података и одговарајућих узорачких пропорција добијених истраживањем, при чему су испитанице/и питане/и да ли су се у периоду од 1.1. до 31.12.2011. године добровољно тестирали на HIV у одговарајућим, наведеним установама и колико пута, као и да ли су током 2011. године добијале/и кондоме на терену или у тзв. *drop in* центрима од активиста из Удружења ЈАЗАС у Београду.

Такође, укрштени су и подаци добијени од Министарства унутрашњих послова Републике Србије који се односе на број прекршаја од стране особа женског пола на територији града Београда и податка из истраживања који се односи на пропорцију испитаница који су навеле да су привођене у полицију због посла којим се баве.

Интегрисано био-бихејвиорално истраживање (IBBS) спроведено 2012. године у Београду имало је узорак од 200 СР. Већину партиципаната у истраживању су чиниле жене, 71% (n=142). Што се година тиче, испитанице/и су били доби од 18 до 50 и више година, при чему је 71% укупног узорка припадало узрасној групи од 25 до 49 година старости. Свега 4% учесница/ка истраживања у Београду имало је 50 или више година.

Уочава се да су нове процене преваленције СР из 2011. године двоструко ниже у односу на претходну процену за 2009. годину (570 и 596 према 1343), како због нижих референтних вредности, тако и због узорачке пристрасности проистекле из методологије узорковања (70% испитаница/ка је навело да је користило услуге које пружају активисти Удружења ЈАЗАС тј. добијало кондоме и/или се тестирало на HIV) (табела 3).

Процена преваленције СР заснована на референтној вредности добијеној из МУП-а Републике Србије је највероватније прецењена (2308 СР), имајући у виду да се овај податак односи на број прекршаја од стране особа женског пола из Београда током 2010. године, при чему није доступна информација да ли је реч о прекршајима због продаје сексуалних услуга или су и други разлози пријављених прекршаја.

Табела 3. Популација под повећаним ризиком од HIV-а – Сексуалне раднице/и

Географска локација	Година	Узрасна група	Процењена преваленција	95% CI	Дефиниција процена
Београд	2011	18–49	570	(523, 628)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и подаци ЈАЗАС-а за референтну вредност
Београд	2011	18–49	596	(430, 1303)	Множилац из IBBS истраживања и референтна вредност из података 3333 студената и ЈАЗАС-а о тестирању на HIV
Београд	2010/2011.	18–49	2308	(1921, 2880)	Множилац из IBBS истраживања и података из МУП-а РС о прекршајима од стране особа женског пола у Београду
Београд	2009	18–49	1343	(1282, 1410)	Множилац из IBBS истраживања о добијању кондома и подаци ЈАЗАС-а за референтну вредност

5. ДИСКУСИЈА

Добијене процене су пре свега лимитиране селекционом пристрасношћу, везаном за методологију узорковања (нерандомизован узорак испитаника), јер су иницијални испитаници регрутовани од стране активиста удружења која пружају превентивне услуге истраживаној популацији на терену, док су касније сами испитаници регрутовали следеће испитанике, а не истраживачки тим (методологија узорковања вођена испитаником и узорковање тзв. снежном грудвом).

Такође, процене су лимитиране и дефинисаним критеријумима за укључивање испитаника у истраживање, те се односе само на особе које одговарају карактеристикама испитаника укључених у истраживање.

Због изражене стигматизације и присутне хомофобије, односно криминализације пружања сексуалних услуга за неку материјалну надокнаду, добијени резултати се односе на „видљивији” део популације МСМ и СР, тј. испитаници укључени у истраживање су у великој мери особе које су обелоданиле своје сексуално опредељење, односно „непожељно” понашање.

Такође, начин постављања питања и регистровања добијених одговора од стране анкетара, као и могућа пристрасност условљена сећањем самих испитаника приликом давања одговора, вероватно уносе додатна ограничења у добијене резултате. С друге стране, квалитет самих програмских, референтних података може условити прецењену или потцењену процену величине популације (нпр. референтна вредност за процену преваленције СР је била заснована на броју контакта са сексуалним радницама/радницима, а не на броју јединствених особа услед ограничења у коришћеним програмским подацима за Београд, затим дефиниција процене СР односила се на уску групу сексуалних радница/радника које/и раде на улици и у клубовима насупрот присутном „скривенијем” сексуалном раду у хотелима, путем огласа и у приватним клубовима, салонима, агенцијама и сл).

Када је реч о резултатима процене преваленције ИКД, треба истаћи два ограничења. Обухват програмима смањења штете за кориснике дроге у Србији веома је ограничен, референтне вредности за прва два множиоца су биле веома ниске и то се одражава на процену преваленције код ова два приступа. Примарни програм третмана за кориснике супстанци је детоксикација и као резултат тога добијене су боље процене користећи множилац добијен на основу програма детоксикације.

Додатно, два извора податка нису у потпуности независна, јер не можемо бити у потпуности сигурни да је сваки испитаник у истраживачком узорку заиста имао и информацију, као и приступ одговарајућој установи или услузи (нпр. не зна где се налази локација пружања услуга или назив установе/удружења, односно услуга није била територијално, садржајем или на друге начине приступачна кориснику).

Додатно је регистрован значајан степен преклапања испитаника из популација ИКД и МСМ у два реализована круга надзорних истраживања, 2008/2010. и 2010/2012. године у оба града (24% за ИКД и 16% за МСМ у Београду, односно 23% за ИКД и 35% за МСМ у Новом Саду), што поред самог начина одабира иницијаних испитаника може указивати и на то да се социјалне мреже испитаника у значајној мери преклапају, тј. прожимају.

6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

Процењена величина популације инјектирајућих корисника дрога из 2011. године коришћењем метода множиоца се креће од 1558 до 16.698 ИКД узраста 18–49 година у Београду, односно од 899 до 1288 ИКД узраста 20–49 година у Новом Саду.

Најпоузданија процена преваленције мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима из 2011. године применом метода множиоца је 8058 МСМ узраста 18–49 година у Београду, односно 8721 МСМ узраста 18–49 година у Новом Саду.

Процењена величина популације сексуалних радница из 2011. године коришћењем метода множиоца се креће од 570 до 2308 СР узраста 18–49 година у Београду.

На основу добијених процена и дискусије препоруке су следеће:

- Због непотпуно испуњених кључних претпоставки/услова различите процене величине популације добијене методом множиоца нису у потпуности валидне, те морају бити засноване на низу поновљених мерења у циљу добијања што тачнијих процена.

- У циљу корекције потцењене величине популације МСМ, посебно у Београду потребно је знати колики је удео „невидљиве” субпопулације МСМ која није била укључена у истраживање, на основу резултата детаљног мапирања места окупљања субпопулације МСМ, квалитативних истраживања и разговора са кључним информантима у циљу што тачније процене броја тј. дистрибуције МСМ популације на тим локацијама (нпр. хотели, барови, сауне, теретане, места за масажу, паркови, јавни тоалети и сл). Даље треба анализирати стратегију узорковања и методе регрутације које су коришћене у *IBBS* истраживањима како би се утврдило зашто је регрутовање скренуто ка постојећим клијентима дајући тако непоуздане множице.
- 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).
- Потребно је обезбедити постојање централне националне базе података за сексуалне раднице/ раднике са јединственим идентификаторима како би се отклонила ограничења која настају услед дуплог бројања у различитим програмима.
- Треба обезбедити да се сви релевантни програмски подаци континуирано прикупљају и прате и да су ажурирани и тачни како би се користили као референтне вредности.
- Како је детоксикација као начин третмана ИКД најприсутнији, зарад планирања будућих програма требало би користити процене добијене на основу овог метода.
- Потребно је понављање *IBBS* истраживања и проширивање истраживања на најмање још један нови град/регион за све три популације.
- 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 РС. Истраживање здравља становништва Републике Србије. Министарство здравља РС, Београд; 2007.
8. Мешковић Д. Истраживање знања, ставова и понашања у вези HIV/AIDS-а у склопу бихејвиралног надзора међу МСМ популацијом у Србији. Београд; 2006 (документ Економског института – непубликовано)
9. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља РС, Београд; 2008.
10. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом. Министарство здравља РС, Београд; 2010.
11. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије. Преваљенција популација под повећаним ризиком од HIV-а у Републици Србији. Институт за јавно здравље србије, Београд; 2011.
12. Walker N, Stover J, Stanecki 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)
13. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology (Third Edition)*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology (Fourth Edition)*. Oxford University Press, New York; 1998 (www.oup-usa.org).

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

Пројекат

Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а

Издавач

Министарство здравља Републике Србије

Руководилац пројекта

Др сц. мед. Тања Кнежевић

Уредништво

Тања Кнежевећ

Слађана Барош

Данијела Симић

Фарида Бассиони Стаменић

Катарина Митић

Лектура

Тамара Груден

Преводац

Марко Перовић

Дизајн и припрема за штампу

Момчило Величковић

Штампа

Ice Printing House, Београд

Тираж: 500 примерака

CIP - каталогизација у публикацији
народна библиотека Србије, Београд

314:616.97(497.11)"2012"(083.41)(082)

ИСТРАЖИВАЊА међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а : основни резултати, 2012. / [спровели] Република Србија, министарство здравља [и] Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут"; [уредништво Тања Кнежевић ... и др. ; преводац Марко Перовић]. - Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2012 (Београд : Ice Printing House). - 191 стр. : граф. прикази, табеле ; 29 cm

Делимично упоредо срп. текст и енгл. превод.
- Тираж 500. - Стр. 9: Предговор / Тања Кнежевић. - Abstracts. - Библиографија уз сваки рад.

ISBN 978-86-83607-77-8

1. Кнежевић, Тања [уредник] [аутор додатног текста] 2. Србија. Министарство здравља 3. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" (Београд)

а) инфективне болести - Србија - 2012 - Статистика

COBISS.SR-ID 193641228



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.
Истраживање је спровео Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”