



**REPUBLIKA SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE  
DEPARTAMENTI I LENDEVE PARAKLINKE**



---

Adresa: Rr. e Dibrës, brënda QSU “Nënë Tereza”, Tiranë. Tel.&Fax: 2362 619; Tel. 2373835;

## **DISERTACION**

Për Marrjen e Gradës Shkencore

**DOKTOR**

**VLERËSIMI I SJELLJEVE TË RREZIKSHME TË LIDHURA ME  
HIV/AIDS DHE PROBLEME TË SHËNDETIT SEKSUAL TË  
PËRDORUESIT E DROGAVE ME INJEKTIM, MESHKUJ QË  
KRYEJNË SEKS ME MESHKUJ DHE POPULLATA ROME**

**UDHËHEQËS SHKENCOR: PROF. ASC. DR. ALBANA FICO**

**Kandidati: Roland Bani**



**REPUBLIKA SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE  
DEPARTAMENTI I LËNDËVE PARAKLINKE**



Adresa: Rr. e Dibrës, brënda QSU “Nënë Tereza”, Tiranë. Tel.&Fax: 2362 619; Tel. 2373835;

## **DISERTACION**

Për Marrjen e Gradës Shkencore

### **DOKTOR**

# **VLERËSIMI I SJELLJEVE TË RREZIKSHME TË LIDHURA ME HIV/AIDS DHE PROBLEME TË SHËNDETIT SEKSUAL TË PËRDORUESIT E DROGAVE ME INJEKTIM, MESHKUJ QË KRYEJNË SEKS ME MESHKUJ DHE POPULLATA ROME**

**UDHËHEQËS SHKENCOR: PROF. ASC. DR. ALBANA FICO**

**Kandidati: Roland Bani**

MBROHET MË DATË \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA JURISË

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Prof.Asc. Gerntian STRONI | KRYETAR           |
| 2. Prof.Asc. Ergys RAMOSAÇO  | ANËTAR ( Oponent) |
| 3. Prof.Asc. Dritan ULQINAKU | ANËTAR ( Oponent) |
| 4. Prof.Dr. Shpëtim QYRA     | ANËTAR            |
| 5. Prof.Dr. Eduard KAKARRIQI | ANËTAR            |

## **Parathënie**

*Për të adresuar një problem të shëndetit publik, së pari duhet që të jetë i disponueshëm informacioni i nevojshëm dhe i saktë. Studimet eurvejancës biologjike dhe të sjelljes kanë rezultuar të jenë mjete të paçmueshme për matjen dhe adresimin e problemeve të lidhura me infeksionin HIV, që mbetet një nga sfidat më të mëdha në botë e shëndetit publik. Fokusi kryesor është te popullatat kyç, të cilat shpesh janë të fshehura dhe të vështira për arritur si pjesë e studimeve të bazuara në popullatën e përgjithshme. Kjo është veçanërisht e rëndësishme sepse popullatat kyç janë në rrezik të lartë për marrjen e infeksionit HIV dhe mungesën e aksesit në shërbimet e trajtimit, parandalimit për HIV, si dhe në shërbime të tjera shëndetësore.*

*Njohja e prevalencës së infeksionit HIV, faktorëve të rrezikut dhe i mbulimit me shërbimet te parandalimit dhe trajtimit janë thelbësore për të luftuar epideminë e HIV-it. Kështu, studimet eurvejancës biologjike dhe të sjelljes (SSBS) që vlerësojnë këto parametra janë komponentë integralë të një strategjie kombëtare dhe të sistemit tëurvejancës për HIV. Shumë individë me rrezik të lartë për HIV janë të marginalizuar nga shoqëria dhe mund të mos e identifikojnë veten si të tillë kur marrin shërbime. Kjo e bën të vështirë gjurmimin e tyre dhe pengon përpjekjet për të vlerësuar efektivitetin e shërbimeve.*

*Ky punim përfaqëson një përpjekje serioze për sigurimin e një infomacioni ka për për qëllim njohjen dhe të kuptuarit më mirë të kontekstit social dhe epidemiologjik të sjelljeve të rrezikshme të lidhura me infeksionin HIV të popullatave kyç dhe rrjetit të tyre shoqëror. Ky informacion do të shërbejë si një udhëzues për politikëbërësit dhe drejtuesit e programeve në hartimin e politikave strategjike dhe programeve parandaluese të përshtatshme.*

*Mbledhja e të dhënave në mënyrë sistematike nga këto popullata, Përdoruesit e Drogave me Injektiv (PDI), Meshkujt që kryejnë Seks me Meshkuj (MSM), dhe nga Popullata Rome, do të bëjë të mundur sigurimin e një informacioni që do të kontribuojë për monitorimin e ndryshimit të prevalencës dhe sjelljeve në kohë. Gjithashtu, ky studim synon të kontribuojë në përmirësimin eurvejancës së sjelljeve të rrezikshme dhe infeksioneve të lidhura me to si një pjesë e rëndësishme e Planit Kombëtar të Monitorim-Vlerësimit të HIV/AIDS.*

## **Falenderime**

Realizimi i këtij punimi ka qenë një rrugëtim i gjatë e i vështirë, pjesë e të cilit janë bërë shumë miq e kolegë, që më kanë mbështetur dhe më kanë shtyrë drejt finales. Një falenderim i veçantë për udhëheqësen Prof. Asc. Dr. Albana Fico. Në sajë të karakterit të saj këmbëngulës shumëçka e pamundur u bë e mundur. Ne së bashku arritëm dhe bëmë të mundur rezultatet e këtij punimi.

Një falenderim të veçantë për kolegët e Programit Kombëtar të HIV/AIDS, dhe stafin e shoqatës “STOP AIDS” pa bashkëpunimin e të cilëve ky punim nuk do të ishte bërë i mundur.

## Abstrakt

Një nga sfidat me të cilat përballemi sot është ruajtja e një prevalencë të ulët të infeksionit HIV në Shqipëri dhe adresimi i problemeve të stigmës dhe diskriminimit, për të bërë të mundur që popullatat kryesore të kenë akses në shërbimet e parandalimit dhe trajtimit të HIV-it. Pavarësisht prevalencës relativisht të ulët të HIV-it dhe IST-ve të tjera midis popullatave kyçe në Shqipëri, të dhënat kanë treguar se ata angazhohen në sjellje që i vënë në rrezik për transmetimin e HIV dhe IST. Ky studim prezanton gjetjet nga Studimi e Mbikëqyrjes Biologjike të Sjelljes HIV (IBBS) të kryer te Përdoruesit e Drogave me Injektiv (PDI), Meshkujt që kryejnë Seks me Meshkuj dhe popullatën romë. U mat prevalenca e HIV, Hepatitit C dhe Sifilisit. Përveç kësaj, u mbledhën informacione në lidhje me praktikën e injektimit, sjelljet e rrezikshme seksuale, mbulimin me programe parandaluese, stigmën, njohuritë dhe testimin për HIV dhe simptomat e IST-ve.

Të dhënat u mbledhën duke përdorur metodologjinë e kampionimit të udhëhequr nga përgjigjedhësi (RDS) për të rekrutuar popullatat e MSM dhe PDI. Shumica dërrmuese e popullatës së PDI-ve raportojnë se kanë përdorur ndonjë drogë të paligjshme për më shumë se 5 vjet dhe tre të katërtat e tyre kanë injektuar për më shumë se pesë vjet. Shumica e tyre injektuan dy ose më shumë herë në ditë; droga e injektuar më shpesh në muajin e kaluar ishte heroina (99.2%). 25% e PDI-ve vlerësohet të kenë injektuar me agje ose shiringë të përdorur në injektimin e fundit dhe rreth 16% e tyre kanë injektuar gjithmonë ose shumicën e kohës drogë me agje të përdorura gjatë muajit të kaluar. Më shumë se gjysma (58%) e MSM-ve kryen seks anal me një partner seksual mashkull me pagesë. Një e katërta e atyre që kanë pasur marrëdhënie seksuale me një partner me pagesë kanë raportuar se kanë paguar një mashkull për të kryer seks anal gjatë gjashtë muajve të fundit. Shumica e tyre (86%) raportuan se kishin përdorur prezervativ herën e fundit që blenë seks anal nga një partner mashkull, dhe dy të tretat (67%) raportuan përdorimin e vazhdueshëm të prezervativit me këta partnerë. Nëntë në dhjetë MSM (89%) që kishin marrëdhënie seksuale me një partner treme pagesë, raportuan se ishin paguar nga një burrë për të kryer seks anal në 6 muajt e fundit. 80% e tyre raportuan se kishin përdorur prezervativ herën e fundit që i shitën seks anal një partneri mashkull, dhe më shumë se gjysma (54%) raportuan se kishin përdorur gjithmonë prezervativ, raportuan se kishin përdorur gjithmonë prezervativ kur u shisnin seks partnerëve meshkuj gjatë gjashtë muajve të fundit. .

Kombinimi i faktorëve të rrezikut të lidhur me HIV te popullata e MSM-ve e bën të domosdoshme që ky grup të synohet si pjesë e çdo strategjie parandaluese të HIV-i, si dhe ekziston nevoja për të përdorur qasje inovative për të rritur aksesin e MSM në shërbimet e parandalimit dhe testimit të HIV-it. Gjetjet te PDI nxjerrin në pah nevojën e forcimit të aktiviteteve të informacionit, edukimit dhe reduktimit të dëmit, të përshtatura për nevojat specifike të PDI-ve. Përveç kësaj, është e nevojshme të sigurohet që programet e reduktimit të dëmit të përfshijnë dhe të zhvillojnë më tej strategji për përmirësimin e sjelljeve mbrojtëse te PDI.

***Fjalë kyçe:** HIV, Shqipëria, PDI, MSM sjellja seksuale, përdorimi i drogës me injektiv, kampionim të udhëhequr nga përgjigjedhësi*

## Abstract

One of the challenges we face is to maintain a low prevalence of HIV infection in Albania and addressing the problems of stigma and discrimination, to make it possible for key populations, to access HIV prevention and treatment services. Despite the relatively low HIV and other STI prevalence among key populations in Albania, data have shown they are engaging in behaviors that put them at risk for HIV and STI transmission.

This study presents the findings from the HIV Biological Behavioral Surveillance Survey (IBBS) conducted among PWID, MSM and Roma population. The prevalence of HIV, Hepatitis C and Syphilis was measured. In addition, information was collected about their injection practices, sexual risk behaviors, HIV and other program coverage, stigma discrimination and violence, HIV knowledge and testing, and STI signs and symptoms.

Data were collected using respondent driven sampling methodology (RDS) to recruit and MSM PWID. The vast majority of PWID population report to have used any illicit drug for more than 5 years and three-quarters of them have injected for more than five years. Majority of them inject two or more times a day; the most commonly used injectable drugs in the past month was heroin (99.2%). 25% of PWID are estimated to have injected with a used needle or syringe at last injection and about 16% of them have always or most of the time injected drugs with used needles during the past month; and about 42% of respondents have shared needles/syringes in the past month. More than half (58%) of MSM had anal sex with a commercial male sex partner in the 6 months preceding the survey. One-fourth of those who had sex with a commercial partner reported paying a male to have anal sex in the past six months. The majority of them (86%) reported using a condom the last time they bought anal sex from a male partner, and two-third (67%) reported consistent condom use with these partners. Nine in ten MSM (89%) who had sex with a commercial partner, reported being paid by a man to have anal sex in the past 6 months. 80% of them reported using a condom the last time they did sell anal sex to a male partner, and more than half (54%) reported always using a condom reported always using a condom when selling sex to male partners in the past six months.

The combination of HIV related risk factors among MSM population makes it imperative that this group be targeted as part of any HIV prevention strategy, and there is a need to use innovative approaches to increase access of MSM to HIV prevention and testing services. These findings highlight the need of strengthening information, education and harm reduction activities, tailored to specific needs of PWID. In addition, there is need to ensure harm-reduction programs include and further develop strategies for improving protective behaviors among PWID.

**Keywords:** *HIV, Albania, PWID, MSM sexual behavior, injecting drug use, respondent-driven sampling*

## Tabela e permbajtjes

Parathënie .....	i
Falenderime .....	ii
Abstrakt .....	iii
Abstract.....	iv
Lista e figurave .....	ix
Lista e tabelave .....	ix
<b>KAPITULLI I. HYRJE .....</b>	<b>xiii</b>
1.1 Hyrje.....	xiii
1.2 Popullatët kyçe dhe grupet e vulnerabël.....	xiii
1.2.1 Popullatat kyç.....	xiii
1.2.2 Popullatat e cënueshme .....	xv
1.2.3 HIV në popullatat kyç .....	xv
1.3 Përdoruesit e drogave me injektim .....	xvi
1.3.1 Praktikrat e injektimit të drogës. Kohëzgjatja e injektimit .....	xvii
1.3.2 Seksi i pambrojtur .....	xviii
1.3.3 Programet e shkëmbimit të ageve dhe shiringave .....	xix
1.4 Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj .....	xx
1.4.1 Seksi me pagesë .....	xx
1.4.2 Prevalenca e IST te popullata MSM .....	xxi
1.4.3 Faktorët që lidhen me HIV .....	xxii
1.4.4 Seksi i pambrojtur. Numri i partnerëve seksualë .....	xxiii
1.4.5 Faktorët të lidhur me seksin të pambrojtur .....	xxiii
1.5 Punonjëset e seksit .....	xxiv
1.5.1 Sjelljet e rrezikshme seksuale .....	xxv
1.6 Survejanca te popullata kyç.....	xxv
1.6.1 Vlerësimi i prevalencës së HIV dhe sjelljes së rrezikut .....	xxv
1.6.2 Matja e madhësive të popullatave për MSM , PDI dhe PS .....	xxvi
1.7 Të dhënat epidemiologjike të HIV/AIDS Shqipëri .....	xxvii
1.8 Popullatat Kyç në Shqipëri .....	xxvii
1.8.1 Vlerësimi i madhësive se popullatave kyç .....	xxvii
1.8.2 Përdoruesit e Drogave me Injektim (PDI).....	xxviii
1.8.3 Meshkuj që kryejnë seks me meshkuj (MSM) .....	xxix
1.8.4 Punonjëset e seksit .....	xxx
1.8.5 Popullata rome .....	xxx
<b>KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT .....</b>	<b>1</b>
2.1 Qëllimi i studimit.....	1
2.2 Objektivat e studimit .....	1
2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1.....	1

2.2.1.1	Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1	1
2.2.2	Objektivi i përgjithshëm 2	2
2.2.2.1	Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 2	2
2.2.3	Objektivi i përgjithshëm 3	3
2.2.3.1	Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3	3
2.2.4	Objektivi i përgjithshëm 4	3
2.2.4.1	Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 4	3
2.2.5	Objektivi i përgjithshëm 5	4
2.2.5.1	Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 4	4
2.3	Hipotezat e studimit	4
	<b>KAPITULLI III. METODOLOGJIA</b>	6
3.1	Tipi i studimit	6
3.2	Kampionimi	6
3.3	Kriteret e pranimit dhe kriteret përjashtuese	7
3.4	Madhësia e kampionit	8
3.5	Procesi i rekrutimit	9
3.6	Pasqyra e rekrutimit	10
3.6	Mbledhja e të dhënave	15
3.7	Procedurat laboratorike	15
3.8	Analiza statistikore e të të dhënave	15
3.9	Konsiderata etike	17
	<b>KAPITULLI IV. REZULTATET</b>	17
4.1	Përdoruesit e Drogave me Injektivim	17
4.1.1.	Karakteristikat socio-demografike të PDI	17
4.1.2.	Përdorimi i alkoolit dhe drogës	18
4.1.2.1	Alkooli	18
4.1.2.2	Droga	19
4.1.2.2.1	Mosha në përdorimin dhe injektimin e parë të drogës	19
4.1.2.2.2	Kohëzgjatja e përdorimit dhe injektimit të drogës	19
4.1.2.3	Shpeshësia e injektimit të drogës në muajin e fundit	20
4.1.2.4	Llojet e drogës të përdorur dhe injektuar në muajin e fundit	21
4.1.2.5	Sjelljet e shkëmbimit të ageve dhe pajisjeve të injektimit	23
4.1.2.5.1	Injektimi me age/shiringë sterile në injektimin e fundit të drogës	23
4.1.2.5.2	Frekuenca e injektimit me age të përdorura në muajin e kaluar	23
4.1.2.5.3	Shkëmbimi i ageve/shiringave në muajin e fundit	24
4.1.2.5.4	Shpeshësia dhe mënyra e pastrimit të ageve/shiringave dhe injektimi me age të pastra gjatë muajit të fundit	26
4.1.2.5.5	Dhënia, huazimi, shitja ose marrja me qera e ageve dhe shiringave të përdorura	28
4.1.2.6	Shkëmbimi i pajisjeve të injektimit	30



4.1.2.6.1 Shpeshhtësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit.....	30
4.1.2.7 . Trajtimi i drogës .....	33
4.1.2.7.1 Llojet e trajtimit dhe ndihmës së marrë .....	34
4.1.3. Sjellja seksuale dhe përdorimi i prezervativit.....	35
4.1.3.1 Mosha në mardhënien e parë seksuale.....	35
4.1.3.2 Partnerët e rregullt .....	36
4.1.3.2.1 Përdorimi i prezervativit.....	36
4.1.3.2.2 Arsyet për të mospërdorimin e prezervativit në mardhënien e fundit seksuale me partnerin e rregullt.....	37
4.1.3.3 Partnerët seksualë me pagesë .....	38
4.1.3.3.1 Përdorimi i prezervativit.....	38
4.1.3.4 Partnerët seksualë jo të rregullt, pa pagesë.....	38
4.1.3.4.1 Përdorimi i prezervativit.....	38
4.1.3.4.2 Arsyet për mos përdorimin e prezervativit në seksin e fundit me partnerin seksual jo të rregullt, pa pagesë.....	39
4.1.3.5 Prezervativi mashkullor .....	40
4.1.3.5.1 Përdorimi i prezervativit në mardhënien e fundit me çdo lloj partneri .....	40
4.1.3.5.2 Njohuri se ku mund të sigurohet prezervativi .....	41
4.1.4. Njohuri për IST.....	42
4.1.4.1 Dëgjuar për IST .....	42
4.1.4.2 Historia e IST-ve dhe Sjelljet e Lidhura me Kërkimin e Mjekimit .....	43
4.1.5. Akses në shërbime.....	43
4.1.5.1 Koha e kontaktit me edukatorë bashkëmohatarë ose punonjës terreni.....	44
4.1.6. Njohuri për HIV/AIDS .....	45
4.1.7. Njohuritë dhe sjelljet për testimin HIV .....	46
4.1.8. Stigma dhe diskriminimi ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS (PJHIV) .....	48
4.1.9. Stigma dhe diskriminimi ndaj PDI-ve .....	49
4.1.9.1 Shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore në 12 muajt e fundit.....	50
4.1.9.2 Dhuna ndaj PDI-ve .....	51
4.1.9.3 Injektimi i drogës dhe ndarja e pajisjeve të injektimit në mjediset e burgut .....	51
4.1.10. Të dhëna biologjike.....	52
4.1.11. Sjelljet e rrezikshme të lidhura me injektimin, mardhëniet seksuale dhe aksesin në shërbime sipas grupmoshës .....	52
4.1.11.1 Karakteristikat socio-demografike sipas grupmoshës .....	52
4.1.11.2 Sjelljet e lidhura me injektimin drogës sipas grupmoshës.....	53
4.1.11.3 Aksesin në shërbime sipas grupmoshës .....	54
4.1.11.4 Përdorimi i prezervativit sipas grupmoshës.....	55
4.1.12.Sjelljet e rrezikshme të lidhura me injektimin, mardhëniet seksuale dhe aksesin në shërbime sipas statusit të Hepatitit C .....	56
4.1.12.1 Karakteristikat socio-demografike sipas statusit të Hepatitit C .....	56

4.1.12.2 Sjelljet e lidhura me injektimin drogës statusit të Hepatitit C .....	56
4.12.3 Aksesit në shërbime sipas statusit të Hepatitit C .....	57
4.1.13. Faktorët kryesorë të lidhur me shpeshësinë e injektimit, shkëmbimin e shiringave, ndarjen e pajisjeve të injektimit dhe Hepatitin C .....	58
4.1.13.1 Faktorët e lidhur me Hepatitin C .....	58
4.1.13.2 Faktoret e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave.....	59
4.1.13.3 Faktoret e lidhur me ndarjen e pajisjeve të injektimit.....	60
4.2 Meshkujt që kryejnë seks me Meshkuj.....	61
4.2.1. Karakteristikat socio-demografike të MSM-ve.....	61
4.2.2 Përdorimi i alkoolit dhe drogës .....	62
4.2.3 Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit.....	63
4.2.3.1 Seksi oral.....	63
4.2.3.2 Seksi anal .....	63
4.2.4 Sjelljet seksuale me lloje të ndryshme partnerësh .....	64
4.2.4.1 Partnerët seksualë meshkuj me pagesë.....	64
4.2.4.1.1 Partnerët seksualë meshkuj me pagesë (pjesëmarrësi ka paguar në këmbim të seksit).....	64
4.2.4.1.2 Pagesa e partnerëve seksualë meshkuj (pjesëmarrësi mori para në këmbim të seksit).....	64
4.2.4.2 Partnerët seksualë meshkuj të rregullt .....	65
4.2.4.3 Partnerë seksual jo të rregullt, pa pagesë.....	66
4.2.4.4 Partneret seksuale femra.....	67
4.2.5 Njohuri të përgjithshme dhe përdorimi i prezervativit dhe lubrifikantëve .....	67
4.2.6 Njohuri dhe qëndrimet për HIV/AIDS .....	68
4.2.7 Infeksionet e seksualisht të transmetueshëm (IST) .....	70
4.2.8 Këshillim dhe testimi për HIV .....	71
4.2.9 Perceptimet dhe qëndrimet ndaj njerëzve që jetojnë me HIV .....	71
4.2.10 Stigma dhe diskriminimi ndaj MSM.....	72
4.2.11 Profilaksia para dhe pas ekspozimit .....	73
4.2.12 Aksesit në shërbime.....	74
4.2.13 Të dhëna biologjike.....	74
4.2.14. Sjelljet e rrezikshme të lidhura me marrëdhëniet seksuale dhe aksesit në shërbime sipas grupmoshës.....	75
4.2.14.1 Karakteristikat socio-demografike grupmoshës .....	75
4.2.14.2 Aksesit në shërbime sipas grupmoshës .....	76
4.2.14.3 Përdorimi i prezervativit sipas grupmoshës .....	77
4.2 Popullata Rome .....	78
4.2.1 Karakteristikat socio-demografike.....	78
4.2.2 Përdorimi i alkoolit dhe drogës .....	79
4.2.3 Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit.....	80

<b>4.2.4 Njohuri për HIV/AIDS</b> .....	81
<b>4.2.5 Njohuritë dhe Sjelljet për Testimin e HIV</b> .....	82
<b>KAPITULLI V. DISKUTIMI</b> .....	83
<b>Përdoruesit e Drogave me Injektiv</b> .....	83
<b>Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj</b> .....	87
<b>Popullata Rome</b> .....	90
<b>KAPITULLI VI. PËRFUNDIME</b> .....	92
<b>KAPITULLI VII. REKOMANDIME</b> .....	94
<b>REFERENCAT</b> .....	96

## Lista e figurave

Figura 1. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Tiranë .....	11
Figura 2. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Durrës .....	12
Figura 3. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Elbasan .....	12
Figura 4. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Tiranë .....	13
Figura 5. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Durrës .....	13
Figura 6. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Elbasan .....	14
Figura 7. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Berat .....	14

## Lista e tabelave

Tabela 1: Përmbledhje e vlerësimeve rajonale dhe kombëtare për Personat që Injektojnë Drogë, Meshkujt që kryejnë seks me Meshkuj, dhe Punonjëseve Femra të Seksit .... xxviii	
Tabela 2. Madhësia e përlllogaritur e kampionit për MSM, PDI dhe popullatën rome. (ne kllapa madhësia e arritur).....	9
Tabela 3. Moshë, seksi dhe arsimimi i PDI .....	17
Tabela 4. Përdorimi i alkoolit .....	18
Tabela 5. Moshë në përdorimin dhe injektimin e parë të drogës .....	19
Tabela 6. Kohëzgjatja e përdorimit dhe injektimit të drogës .....	20
Tabela 7. Droga të përdorura dhe të injektuara në muajin e fundit .....	22
Tabela 8. Shpeshtësia e injektimit me agje të përdorura gjatë muajit të kaluar .....	23
Tabela 9. Shkëmbimi i ageve/shiringave në muajin e fundit .....	24
Tabela 10. Shpeshtësia dhe mënyra e pastrimit të ageve dhe injektimit me agje të pastra në muajin e fundit .....	27
Tabela 11. Shpeshtësia e huazimit, shitjes, marrjes me qera të ageve të përdorura në muajin e fundit .....	28

Tabela 12. Parambushja, pasmbushja, ndarja e dozës në muajin e fundit .....	30
Tabela 1. Shpeshësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit .....	30
Tabela 14. Aftësia për të siguruar age/shiringa të reja, të papërdorura kur nevojiten dhe njohja e vendeve/personave ku mund të sigurohen .....	31
Tabela 15. Në trajtim për shkak të përdorimit të drogës dhe lloji i trajtimit .....	33
Tabela 2. Mardhëniet seksuale dhe mosha në mardhënien e parë seksuale .....	35
Tabela 17. Partnerët e rregullt. Mardhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit.....	36
Tabela 18. Arsyet e mospërdorimit të prezervativit në mardhënien e fundit seksuale partnerë të rregullt.....	37
Tabela 19. Partnerët e seksit me pagesë. Mardhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit .....	38
Tabela 20. Partnerët e seksit jo të rregullt, pa pagesë. Mardhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit .....	39
Tabela 21. Sygjerimi për përdorimin e prezervativit me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë.....	39
Tabela 22. Arsyet e mospërdorimit të prezervativit në seksin e fundit me partner seksual jo të rregullt, pa pagese .....	40
Tabela 23. Përdorimi i prezervativit .....	40
Tabela 24. Njohuri se ku mund të sigurohet prezervativi.....	41
Tabela 25. Njohuri për infeksionet seksualisht të transmetueshme .....	42
Tabela 26. Historia e IST-ve dhe Sjelljet e Lidhura me Kërkimin e Mjekimit .....	43
Tabela 27. Shërbimet e ofruara për popullatën e PDI në gjashtë muajt e fundit .....	44
Tabela 28. Koha e kontaktit me edukatorë bashkëmohatarë ose punonjës terreni.....	44
Tabela 29. Njohuritë për HIV/AIDS.....	45
Tabela 3. Interpretime jo të gabuara mbi transmetimin e HIV .....	46
Tabela 4. Njohuritë dhe sjelljet e testimit për HIV .....	47
Tabela 32. Stigma dhe diskriminimi ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS.....	48
Tabela 33. Stigma ndaj PDI.....	49
Tabela 34. Shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore dhe testimit për HIV në 12 muajt e fundit .....	50
Tabela 36. Të ngacmuar, lënduar ose arrestuar për shkak të injektimit të drogës .....	51
Tabela 37. Injektimi i drogës ne mjediset e burgut.....	52
Tabela 38. Prevalenca e HIV-it, Hepatitit C dhe sifilizit.....	52
Tabela 39. Karakteristikat socio-demografike të PDI sipas grupmoshës .....	53
Tabela 40. Sjelljet e lidhura me injektimin drogës të PDI sipas grupmoshës.....	54
Tabela 41. Aksesit në shërbime sipas grupmoshës .....	55
Tabela 42. Përdorimi i prezervativit me partner të ndryshëm sipas grupmoshës .....	55
Tabela 43. Karakteristikat socio-demografike sipas statusit të Hepatitit C .....	56
Tabela 44. Sjelljet e lidhura me injektimin drogës sipas statusit të Hepatitit C .....	57
Tabela 45. Aksesit në shërbime sipas statusit të Hepatitit C .....	58

Tabela 46 Faktorët e lidhur me Hepatitin C te PDI .....	59
Tabela 47. Faktorët e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave .....	59
Tabela 48. Faktorët e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave .....	60
Tabela 49. Moshë, arsimimi.....	61
Tabela 50. Gjendja martesore .....	61
Tabela 51. Lëvizshmëria.....	62
Tabela 52. Përdorimi i alkoolit dhe drogës.....	62
Tabela 53. Historia seksuale: seksi oral dhe përdorimi i prezervativit .....	63
Tabela 54. Lloji i marrëdhënies seksuale me meshkuj .....	64
Tabela 55. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit me partnerë tregtarë seksi meshkuj. 65	
Tabela 56. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit me partnerë të rregullt meshkuj .....	66
Tabela 57. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit partnerë seksualë meshkuj jo të rregullt, pa pagesë .....	66
Tabela 58. Sjelljet seksuale me partnere seksuale femra.....	67
Tabela 59. Njohja dhe përdorimi i prezervativëve dhe lubrifikantëve .....	68
Tabela 60. Njohuritë dhe qëndrimet për HIV/AIDS.....	69
Tabela 61. Njohuritë e IST-së.....	70
Tabela 62. Këshillimi dhe testimi për HIV .....	71
Tabela 63. Qëndrimet ndaj personave që jetojnë me HIV .....	71
Tabela 62 . Stigma dhe diskriminimi ndaj MSM.....	72
Tabela 65. PrEP dhe PEP.....	73
Tabela 66. Aksesit në shërbime .....	74
Tabela 67. Prevalenca e HIV dhe Sifilizit .....	74
Tabela 68. Karakteristikat socio-demografike të MSM sipas grupmoshës .....	75
Tabela 69. Fenomenet e lidhura me stigmën te MSM sipas grupmoshës.....	75
Tabela 70. Aksesit në shërbime te MSM sipas grupmoshës.....	76
Tabela 71. Përdorimi i prezervativit me partner të ndryshëm te MSM sipas grupmoshës.....	77
Tabela 72. Karakteristikat socio-demografike.....	78
Tabela 73. Përdorimi i alkoolit dhe drogës .....	80
Tabela 74. Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit.....	80
Tabela 75. Njohuritë për HIV/AIDS.....	81
Tabela 76. Njohuritë për testimin HIV .....	82

## **Lista e grafikeve**

Grafiku 1. Shpeshësia e injektimit të drogës .....	20
Grafiku 2. Shpeshësia e injektimit të drogës sipas qyteteve.....	21
Grafiku 3. Prevalenca e drogave të përdorura dhe të injektuara gjatë muajit të fundit ...	21
Grafiku 4. Përdorimi i ages/shiringës sterile në injektimin e fundit të drogës .....	23

Grafiku 5. Numri i personave me të cilët kanë shkëmbyer age/shiringa në muajin e kaluar .....	25
Grafiku 6. Numri i personave me të cilët janë shkëmbyer age/shiringa në muajin e kaluar sipas qyteteve .....	26
Grafiku 7. Pastrimi i ageve/shiringave në muajin e fundit sipas grupmoshës dhe nivelit arsimor .....	28
Grafiku 8. Përdorimi i një shiringë të parambushur në muajin e fundit sipas qyteteve....	29
Grafiku 9. Burimet ku mund të sigurohen age/ shiringa të reja, të papërdorura kur është e nevojshme .....	32
Grafiku 10. Burimet për sigurimin ageve/shiringave të reja, të papërdorura kur nevojiten, sipas qyteteve .....	32
Grafiku 11. Përqindja e PDI në trajtim sipas grupmoshës dhe nivelit arsimor.....	34
Grafiku 12. Llojet e trajtimit dhe të ndihmës së marrë, sipas vendit të studimit .....	34
Grafiku 13. Llojet kryesore të trajtimit dhe ndihmës së marrë, sipas qytetit.....	35
Grafiku 14. Njohuritë lidhur me mënyrat e transmetimit të HIV .....	45
Grafik 15. Arsyet për të mos u testuar për HIV .....	48
Grafiku 16. Stigma dhe diskriminimi ndaj PJHIV.....	49

# KAPITULLI I. HYRJE

## 1.1 Hyrje

Të qënit PDI, MSM, TGJ ose PS nuk rrit rrezikun individual për marrjen ose transmetimin e HIV-it. Përkundrazi, rreziku rritet kur individët praktikojnë sjellje "të pasigurta" (p.sh. kryejnë marrëdhënie seksuale anale, vaginale të pambrojtura, apo ndajnë age/shiringa, pajisje injektimi josterile) me partnerë që kanë një status HIV të ndryshëm nga ta. Arsyeja kryesore që popullatat kyç janë në rrezik më të lartë për infektimin me virusin HIV është se prevalenca e HIV-it në rrjetet e tyre seksuale ose të shkëmbimit të ageve/shiringave është e lartë. Edhe pse anëtarët e popullatës së përgjithshme gjithashtu kryejnë seks të shpeshtë vaginal dhe anal të pambrojtur, gjasat e tyre për të pasur një partner të infektuar me HIV është shumë më e ulët se ajo e anëtarëve të popullatave kyç (1,2).

Politikat që kriminalizojnë sjelljet e popullatave kyç ose kufizojnë aksesin e tyre në shërbime mund të rrisin më tej rrezikun e tyre për marrjen dhe transmetimin e HIV-it. Në vendet ku sjelljet e PDI-ve, MSM-ve, TGJ-ve ose PS janë kriminalizuar, ndikimi negativ në aksesin në shërbime është edhe më i madh. Anasjelltas, ligjet që ndalojnë diskriminimin ndaj popullatave të caktuara ndërlidhen me akses më të mirë në shërbimet parandaluese nga këto popullata (3,4).

Faktorët socialë-strukturorë si stigma, ngacmimi, marginalizimi dhe mungesa e mbështetjes sociale mund të kontribuojnë në transmetimin më të lartë të HIV-it dhe infeksioneve të tjera. Kjo është veçanërisht e dukshme te popullatat e punonjëseve të seksit, pakicave seksuale dhe personave që injektojnë drogë (5,6). Margjinalizimi ose refuzimi social mund t'i shtyjë këta individë drejt izolimit, papunësisë, varfërisë dhe kushteve të paqëndrueshme të jetesës. Gjithashtu mund t'i ekspozojë ata ndaj dhunës fizike dhe seksuale, dhe mund të kufizojë aksesin e tyre në shërbimet parandaluese për HIV (7). Frika nga ngacmimi i policisë, arrestimi ose diskriminimi nga ofruesit e kujdesit shëndetësor mund të dekurajojë gjithashtu anëtarët e popullatave kyç që të kenë akses në shërbimet e parandalimit dhe trajtimit. Në një vlerësim të shërbimeve të parandalimit të HIV-it të disponueshme për MSM në 147 vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme, 55% nuk ishin në gjendje të dokumentonin as ofrimin e shërbimeve më elementare të lidhura me HIV-in (8).

## 1.2 Popullatët kyçe dhe të cënueshme

### 1.2.1 Popullatat kyç

Popullatat kyç janë grupe të përcaktuara që për shkak të sjelljeve specifike me rrezik më të lartë, janë në rrezik të shtuar për tu infektuar me virusin HIV, pavarësisht nga lloji i epidemisë ose konteksti lokal. Gjithashtu, ata shpesh kanë probleme ligjore dhe sociale që

lidhen me sjelljet e tyre dhe që rrisin cënueshmërinë e tyre ndaj HIV. Popullatat kyç janë të rëndësishme për dinamikën e transmetimit të HIV, dhe janë gjithashtu partnerë thelbësorë në një përgjigje efektive ndaj epidemisë së HIV/AIDS (9).

Sjelljet e rrezikshme dhe vulnerabiliteti i popullatave specifike dhe rrjeteve të tyre përcaktojnë dinamikën e epidemive të HIV-it. Grupet e popullatave kyç, pothuajse në të gjitha mjediset janë të prekura në mënyrë disproporcionale nga HIV.

Këto rreziqe jo proporcionale pasqyrojnë sjelljet e anëtarëve të këtyre popullatave dhe barrierat specifike ligjore dhe sociale që rrisin më tej vulnerabilitetin e tyre. Popullatat kyç ndikojnë në dinamikën e epidemisë dhe luajnë një rol kyç në përcaktimin e natyrës dhe efektivitetit të përgjigjes ndaj HIV-it. Njerëzit që jetojnë me HIV janë në qendër të përgjigjes ndaj HIV-it dhe, për rrjedhojë, konsiderohen gjithashtu si një popullatë kyçe (10, 11).

Në shumicën e vendeve, mbulimi jo adekuat dhe cilësia e dobët e shërbimeve për popullatat kyç ndikojnë negativisht në përgjigjen ndaj HIV-it. Të gjitha vendet duhet të marrin parasysh rëndësinë e kapjes dhe mbulimit me shërbime të këtyre popullatave kyçe, të kuptuarit e nevojave të tyre dhe ofrimit të shërbimeve të barabarta, të aksesueshme dhe të pranueshme. Për të arritur këtë, është thelbësore të punohet me grupet dhe rrjetet kryesore të këtyre popullatave si partnerë në zhvillimin dhe ofrimin e shërbimeve (12,13).

Pa adresuar nevojat e popullatave kyç, nuk mund të arrihet një përgjigje e qëndrueshme ndaj HIV-it. Megjithatë, deri më sot, në shumicën e vendeve me epidemi të gjeneralizuar të HIV-it, përgjigja është fokusuar pothuajse ekskluzivisht në popullatën e përgjithshme. Edhe vendet që pranojnë se epidemitë e HIV-it janë të përqendruara në popullatat kyç, shpesh hezitojnë të zbatojnë ndërhyrje adekuate që arrijnë tek ata që kanë më shumë nevojë (14).

Një përgjigje efektive kërkon më shumë sesa shërbime dhe programe mbështetëse për popullatat kryesore. Ajo kërkon ndryshime sistemike dhe mjedisore që mund të arrihen vetëm me veprime e bashkërenduara Për anëtarët e popullatave kyç dhe grupeve të cënueshme, shumë faktorë që ndikojnë në rrezikun e një personi janë kryesisht jashtë kontrollit të atij personi. Veçanërisht për popullatat kyç, faktorët socialë, ligjorë, strukturorë dhe faktorë të tjerë kontekstualë rrisin cënueshmërinë ndaj HIV-it dhe pengojnë aksesin në shërbimet parandaluese dhe ato të trajtimit për HIV. Faktorë të tillë përfshijnë legjislacionin ndëshkues dhe praktikën e policisë, stigmën dhe diskriminimin, varfërinë, dhunën dhe nivelet e larta të të pastrehëve në disa nën-popullata. Këta faktorë ndikojnë se sa mirë individët ose popullatat mund të mbrohen nga infeksioni HIV dhe të përballen me të; ato mund të kufizojnë aksesin në informacion, shërbime parandaluese, si dhe në kujdes e trajtim. Për më tepër, shërbime të tjera shëndetësore specifike për nevojat e popullatave kyç janë shpesh të pakta ose inekzistente – për shembull, trajtimi që konfirmon gjininë për



personat transgjnorë dhe shërbimet e reduktimit të dëmit për personat që injektojnë drogë. Vendosja gjeografike dhe konteksti social gjithashtu mund të ndikojnë në cënueshmërinë e një personi (15,16, 17).

Anëtarët e të gjitha popullatave kyçe vazhdojnë të përjetojnë stigmë dhe diskriminim intensiv, barriera dhe kufizime ligjore për aksesin në shërbime dhe shpesh nuk janë prioritet politikave i shëndetësore publike. Në shumë mjedise, organizatat komunitare ofrojnë shërbime të rëndësishme për popullatat kyçe. Partneritetet dhe lidhjet më të mira ndërmjet organizatave komunitare dhe strukturave publike shëndetësore janë thelbësore. Aksesin i barabartë dhe sigurimi i shërbimeve shëndetësore të lidhura me popullatat kyçe janë një prioritet i përgjigjes kombëtare të HIV, që kërkon financim adekuat të brendshëm dhe të jashtëm (18, 19, 20)

### **1.2.2 Popullatat e cënueshme**

Popullatat e cënueshme janë grupe njerëzish që janë veçanërisht të prekshëm ndaj infeksionit HIV në situata ose kontekste të caktuara, të tilla si adoleshentët, jetimët, fëmijët e rrugës, njerëzit me aftësi të kufizuara dhe punëtorët migrantë dhe ata sezonalë. Këto popullata nuk janë të prekura nga HIV në mënyrë të njëjtë në të gjitha vendet dhe epidemitë (21,22)

Në disa kontekste, grupe të tjera janë gjithashtu veçanërisht të prekshëm ndaj infeksionit HIV, për shembull, punëtorët migrantë, refugjatët, shoferët e kamionëve të distancave të gjata, personeli ushtarak, gratë e reja. Këto popullata nuk janë njësoj të cënueshme ose njësoj të prekura në vende të ndryshme dhe mjedise epidemike të ndryshëm. Duhet bërë përpjekje për të identifikuar këto popullata në mjediset e tyre specifike dhe të zhvillohen ndërhyrje dhe shërbime të përshtashme për to në përputhje me rrethanat (23).

Në përgjithësi, vendet duhet t'i japin përparësi përgjigjeve të tyre ndaj HIV-it për t'u fokusuar tek popullatat që janë më të cënueshme, që përjetojnë barrën më të madhe të HIV-it dhe që aktualisht nuk mbulohen me shërbime. Këto popullata do të përfshijnë si popullatat specifike të cënueshme, ashtu edhe, në të gjitha mjediset, popullata kryesore. OBSH ofron rekomandime për pesë popullatat kryesore të listuara më sipër (si të rriturit ashtu edhe adoleshentët), ndërkohë që vendet do të duhet të përshtatin përgjigjen e tyre dhe të adresojnë nevojat e popullatave vulnerabël (24, 25).

### **1.2.3 HIV në popullatat kyçe**

Të dhënat e situatës epidemiologjike mbështesin arsyetimin që programet e parandalimit të HIV të fokusohen në popullatat kyçe. Në shumë mjedise, incidenca e HIV-it në popullatën e përgjithshme është stabilizuar ose ka rënë. Megjithatë, globalisht, popullatat kyçe

vazhdojnë të përjetojnë barrë të konsiderueshme të HIV-it dhe kanë një ndikim në dinamikën e epidemive të HIV-it (26, 27, 28).

Në përgjithësi, të dhënat shëndetësore, duke përfshirë të dhënat e prevalencës së HIV-it, janë më pak të qëndrueshme për popullatat kyç sesa për popullatat e përgjithshme për shkak të kompleksitetit në përzgjedhjen e kampioneve (dhe mungesës së të dhënave për vlerësimin e madhësisë), problemeve ligjore dhe çështjeve të stigmës dhe diskriminimit. Ligjet që kriminalizojnë sjelljen e popullatave kyçe e bëjnë të vështirë mbledhjen e të dhënave përfaqësuese (29, 30).

### **1.3 Përdoruesit e drogave me injektim**

Personat që injektojnë drogë u referohet personave që injektojnë substanca psikotrope (ose psikoaktive) për qëllime jo mjekësore. Këto barna përfshijnë, por pa u kufizuar në, opioidet, stimuluesit e llojit amfetamine, kokainën, hipno-sedativët dhe halucinogjenët. Injektimi mund të bëhet me rrugë intravenoze, intramuskulare, nën-lëkurë ose rrugë të tjera injektuese. Njerëzit që vetë-injektojnë medikamente për qëllime mjekësore – të referuara si “injeksione terapeutik” – nuk përfshihen në këtë përkufizim. Përkufizimi gjithashtu nuk përfshin individë që vetë-injektojnë substanca jo psikotrope, të tilla si steroide ose hormone të tjera, për formësimin e trupit ose përmirësimin e performancës atletike (31, 32).

Përdorimi i drogës me injektim është një shqetësim i madh shëndetësor global, me 11 deri në 21 milionë njerëz që injektojnë drogë në mbarë botën. Në përgjithësi, ka rreth 4.8 milionë persona që injektojnë drogë (PDI) në rajonin evropian, me mbi 1.8 milionë prej tyre jetojnë në Federatën Ruse(33, 34).

Në Europë, prevalenca e injektimit të drogës në popullatën e përgjithshme ndryshon gjerësisht nga pothuajse zero në disa vende të Evropës Qendrore (për shembull Hungari) në më shumë se një në njëzet të rritur (për shembull në Azerbajxhan) (35). Viruset e transmetuara nëpërmjet gjakut, duke përfshirë HIV-in, kontribuojnë ndjeshëm në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e shtuar të PDI (36,37). HIV-i ka potencialin të përhapet me shpejtësi nëpërmjet shkëmbimit të ageve dhe shiringave të PDI, si dhe nëpërmjet seksit të pambrojtur midis PDI dhe partnerëve të tyre injektues dhe jo-injektues. Kontakti seksual midis PDI-ve dhe popullatave jo-injektuese mund të shpjegojë pjesërisht rritjen e rasteve të HIV në popullatën e heteroseksualëve jo-injektues në zonat ku përdorimi i drogës me injektim mendohej më parë të ishte rruga kryesore e transmetimit të HIV-it (38). Rreziku i infektimit me HIV pas injektimit me një age të kontaminuar është i lartë, vlerësohet të jetë rreth një në 125 injeksione, krahasuar me seksin e pambrojtur midis heteroseksualëve që mbart një rrezik transmetimi prej rreth një në 2000 – 5000 akte seksuale (39,40). Kjo shpjegon një farë mënyre barrën joproportionale të HIV në popullatën e PDI-ve në rajon.

Studimet sugjerojnë se tre herë më shumë meshkuj sesa femra injektojnë drogë në Evropë. Meshkujt përbëjnë një përqindje më të lartë të PDI-ve në Evropën Juglindore, Azinë Qendrore dhe Kaukaz. Të dhënat nga Gjeorgjia dhe Azerbajxhani tregojnë se mbi 95% e të anketuarve ishin meshkuj. (41,42,43,44,45) Shumica e kërkimeve të popullata e PDI-ve priren të rekrutojnë përmes shërbimeve ose në komunitet nëpërmjet rrjeteve të përdoruesve të drogës, kështu që ata pa akses në shërbime ose me lidhje të dobëta me rrjete të tilla mund të kenë më pak gjasa të përfshihen në një studim. Femrat përdoruese të drogave me injektim janë përgjithësisht më të vështira për t'u arritur se sa meshkujt dhe përdorin më pak shërbimet dhe kështu mund të nënperfaqësohen në studime. Në Gjeorgji, për shembull, vlerësohet se ka rreth 8,000 PDI femra, që është afërsisht 20% e përdoruesve problematikë të drogës, dhe megjithatë gratë përbëjnë vetëm rreth 8% të pjesëmarrësve të arritur nga programet e reduktimit të dëmit dhe 1% të arritur nga programet e metadonit (46).

### **1.3.1 Praktikë e injektimit të drogës. Kohëzgjatja e injektimit**

Kohëzgjatja e karrierës së injektimit ndryshon në të gjithë rajonin, dhe gjithashtu në nivel vendi, por dëshmitë sugjerojnë se PDI në Perëndim kanë injektuar mesatarisht për më shumë se 10 vjet dhe në Lindje nga dy deri në tetë vjet. Në Europën Qendrore, kohëzgjatja e injektimit varionte nga pesë deri në dhjetë vjet (47, 48, 49). Një rishikim i të dhënave spitalore në Izrael raportoi një kohëzgjatje mesatare të injektimit më pak se një vit në popullatën e PDI-ve (56). Në përgjithësi, studimet sugjerojnë se mesatarisht PDI femra kanë injektuar për një kohë më të shkurtër se homologët e tyre meshkuj, megjithëse një studim nga Shën Petersburg raportoi se si meshkujt ashtu edhe femrat kishin një karrierë mesatare injektuese prej pesë vitesh (18). Një studim në Mbretërinë e Bashkuar zbuloi se PDI që raportuan se merrnin shumicën e pajisjeve të tyre të injektimit përmes shpërndarjes dytësore kishin karrierë më të shkurtër injektimi (mesatarisht 6.4 vjet) sesa PDI që merrnin shumicën e pajisjeve të tyre nga farmacitë (mesatarisht 9.2 vjet) ose nga një shërbim me prag të ulët (mesatarisht 9.0 vjet) (50).

Në Perëndim, ndërmjet 5% dhe 32% e PDI-ve raportojnë se kanë shkëmbyer age shiringa në katër javët e fundit (51, 52) Frekuenca e shkëmbimit të ageve/shiringave në Lindje është më e larmishme, duke variuar nga 2% në 79% dhe vetëm në Federatën Ruse midis 8% dhe 79% (53, 54). Ndër studimet ruse, shpeshësia e shkëmbimit u rrit me moshën: shpeshësia më e ulët e raportuar ishte ajo nga një studim i kufizuar teka ata që kanë filluar të injektojnë së fundmi (injektimi për më pak se 3 vjet), të cilët ishin mesatarisht pesë vjet më të rinj se ata që raportuan shpeshësinë më të lartë të shkëmbimit të shiringave (19.6 vjet kundrejt 24.3 vjet) (55, 56). Duke përjashtuar këto rezultate ekstreme, shumica e studimeve nga Federata Ruse raportuan norma që varionin nga 12% deri në mbi 50%. Në Taxhikistan, 65% e PDI-ve raportuan se kishin injektuar me një age/shiringë të përdorur më parë në gjashtë muajt e fundit (57). Të dhënat nga Uzbekistani dhe Taxhikistani sugjerojnë se ndërsa vetëm 10% e të rinjve që injektojnë drogë kanë shkëmbyer age/shiringë në

injektimin e tyre të fundit, ndërkohë që ndarja e pajisjeve të injektimit konsiderohet një normë sociale (58).

Shumë studime kanë hulumtuar lidhjen midis HIV-it dhe injektimit me një age të përdorur, ose shkëmbimit të shiringave, por jo gjithmonë duke specifikuar nëse ato janë marrë apo dhënë për tu përdorur. Shumica e studimeve sugjerojnë rritje të rrezikut të HIV-it të lidhur me përdorimin e ages/shiringave të përbashkëta, po shumica e rezultateve janë jokonkluzive. Më definitivisht, injektimi me një age të përdorur më parë nga dikush që dihet se ka HIV ose hepatit C është treguar në shumicën e studimeve të jetë qartësisht i lidhur pozitivisht (59). Injektimi i përditshëm është gjetur gjithashtu të jetë i lidhur me rritjen e rrezikut të HIV-it. Për shembull, një studim në Volgograd, Federata Ruse zbuloi se personat që injektojnë përditë kanë 7 herë më shumë gjasa për HIV sesa ata që injektojnë më rrallë (95% IB 1.9 – 25.1) (60).

Të dhënat nga Federata Ruse, Serbia dhe Irlanda sugjerojnë se gjasat për të qenë HCV pozitiv rriten me moshën ose kohëzgjatjen e karrierës së injektimit. (61, 62) Faktorë të tjerë individualë të rrezikut për pozitivitetin e HCV përfshijnë injektimin e përditshëm ose të shpeshtë, dhe ndarjen e pajisjeve të injektimit. (63, 64, 65) Faktorët strukturorë janë gjetur gjithashtu të lidhur me rrezikun e HCV. Përvojat e burgimit ose e kontaktit me agjencitë e zbatimit të ligjit shfaqen si një faktor rreziku për pozitivitetin e HCV në disa mjedise. Në Serbi dhe Gjeorgji, rreziku i shtuar i HCV lidhej me të qenit ndonjëherë në burg, në Mal të Zi me arrestimin nga policia vitin e fundit, dhe në Tashikistan me arrestimin ndonjëherë (66, 67).

### **1.3.2 Seksi i pambrojtur**

Normat e raportuara të praktikave seksuale të rrezikshme (përgjithësisht të matura nga raportet seksuale vaginale ose anale të pambrojtura) në përgjithësi ishin shumë më të larta në mesin e PDI-ve në rajon sesa praktikat e pasigurta të injektimit. Megjithatë, PDI në të gjithë Evropën kishin më shumë gjasa të përdornin një prezervativ me partnerët e tyre të rastësishëm sesa me ato të rregullt. Në Perëndim niveli i përdorimit jo të vazhdueshëm të prezervativit ishte midis 72% dhe 83% me partnerët e rregullt dhe midis 28% dhe 44% me partnerët e rastësishëm. Në Lindje, këto nivele variojnë midis 28% dhe 94% raportuan përdorim jo të rregullt të prezervativit me partnerët e rregullt dhe 2% dhe 87% e bëjnë këtë me partnerë të rastësishëm. Në rajonin Qëndror Europian, një studim nga Sofja, Bullgari tregoi se meshkujt raportuan më pak përdorim jo të vazhdueshëm të prezervativit se femrat: 72% krahasuar me 90% me partnerë të rregullt dhe 44% krahasuar me 61% me partnerë të rastësishëm (68). Anasjelltas në Tashkent, Uzbekistan, 90% e meshkujve dhe 82% e femrave raportuan përdorim jo të rregullt të prezervativit me partnerët e tyre të rregullt dhe 80% e meshkujve dhe 60% e femrave me partnerin(ët) e tyre të rastësishëm (69,70).

### 1.3.3 Programet e shkëmbimit të ageve dhe shiringave

Te dhënat e disponueshme tregojnë se ka një variacion të konsiderueshëm në vlerësimin e mbulimit me programe të shkëmbimit të shiringave (PSHSH), ashtu si dhe dhe vetë mbulimi në vetëvete mund të matet në mënyra të ndryshme (71). Në shumë raste “mbulimi” përcaktohet si numri i ageve/shiringave të shpërndara për PDI në vit. Të dhënat nuk përfshijnë sigurimin e tyre në farmacitë të cilat mund të përbëjnë një pjesë të konsiderueshme të atyre në qarkullim, veçanërisht në rajonin e Europës Lindore. Rregullat e funksionimit të PSHSH-ve mund të ndryshojnë, disa ofrojnë shpërndarje të pakufizuar të ageve/shiringave, të tjera ofrojnë vetëm shkëmbim. Disa PSHSH kufizojnë numrin e ageve/shiringave që mund të shkëmben, duke rritur numrin e kontakteve që një person ka me një shërbim dhe duke i detyruar ata të mbajnë aget e përdorura për periudha më të gjata kohore sesa do të duheshin. Kjo mund të rrisë gjasat e ripërdorimit të ageve/shiringave si dhe të rrisë gjasat e ngacmimit nga ana e policisë në disa vende (72, 73, 74). Ai gjithashtu nuk merr parasysh shpërndarjen e mundshme dytësore dhe mund të nënvlerësojë numrin e PDI-ve që përfitojnë nga programet e shkëmbimit të shiringave. Së fundmi, numri i ageve/shiringave që i nevojiten një PDI për të bërë çdo injeksion me një age sterile do të varet nga përdorimi i tyre personal i drogës, i cili mund të përfshijë kohëzgjatjen e injektimit, llojet e drogave të injektuara si dhe nëse përdorin ose jo Terapi Zëvendësuese të Opioidëve (TZO). Duke pasur parasysh këto kufizime, krahasimet midis të dhënave të mbulimit duhet të interpretohen me kujdes (75,76,77).

Faktorët social-strukturorë mund të luajnë një rol të madh në arsyen pse kaq pak age dhe shiringa aksesohen nga PDI në disa pjesë të rajonit. Raportet nga Ukraina për ngacmime të pajustificuara policore jashtë PSHSH-ve dhe klinikave ku administrohet TZO mund të pengojnë shumë PDI që të rikthehen për të marrë age të pastra ose trajtim. Historitë e ndalimit, testimi të detyrueshëm për drogë dhe nënshtrimi të procedurave poshtëruese janë të zakonshme në disa qytete (78). Një studim me metoda të përziara në 3 qytete në Federatën Ruse që përfshin mbi 200 intervista dhe 1500 pyetësorë me PDI raportoi se 93% e injektuesve kishin akses në age/shiringa të pastra nga farmacitë dhe vetëm 7% kishin qenë ndonjëherë në kontakt me PSHSH-të e qytetit (79). Farmacitë u përshkruan si jashtëzakonisht të lehta për t'u aksesuar, ndryshe nga programet, qendrat që mund të jenë larg, dhe kostot e udhëtimit tejkalojnë përfitimin nga marrja falas e pajisjeve dhe rrisin gjasat e ndërhyrjes së policisë. Politikat e shkëmbimit një-për-një në PSHSH u panë gjithashtu si të pa arsyeshme pasi ruajtja dhe transportimi i shiringave të përdorura u përshkrua si i rrezikshëm për sa i përket zbulimit nga një i afërm ose policia si përdorues droge. PSHSH-të shiheshin si të dobishme për marrjen e përfitimeve shtesë si kujdesi shëndetësor dhe një mjedis mbështetës (80).

## **1.4 Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj**

Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj u referohet të gjithë meshkujve që përfshihen në marrëdhënie seksuale dhe/ose romantike me meshkuj të tjerë. Fjalët "mashkull" dhe "seks" interpretohen ndryshe në kultura dhe shoqëri të ndryshme dhe nga individët e përfshirë. Prandaj, ky term përfshin larminë e madhe të mjediseve dhe konteksteve në të cilat ndodh seksi mashkull me mashkull, pavarësisht nga motivimet e shumta për t'u angazhuar në seks, identitetet e vetëpërcaktuara seksuale dhe gjinore, dhe identifikimet e ndryshme me ndonjë komunitet apo grup të caktuar shoqëror (81).

Epidemitë e HIV-it tek meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj vazhdojnë të zgjerohen në shumicën e vendeve. Në zonat kryesore urbane, prevalenca e HIV-it tek meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkujt është mesatarisht 13 herë më e madhe se në popullatën e përgjithshme (82). Një arsye për prevalencën e lartë të HIV-it tek meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkujt mund të jetë se transmetimi i HIV-it përmes marrëdhënieve anale pa prezervativ është më efikas sesa përmes marrëdhënieve vaginale pa prezervativ, dhe rreziqet në nivel individual për marrjen e HIV-it tek meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkujt përfshijnë marrëdhëniet anale receptive të pambrojtura, numrin e madh të partnerëve meshkuj dhe përdorimin e njëkohshëm të drogës me injektim (83, 84,85).

Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj (MSM) janë veçanërisht në rrezik për infeksionin HIV përmes marrëdhënieve seksuale anale të pambrojtura (MAP). Rreziku i përlloritur i marrjes së infeksionit HIV për çdo kontakt nëpërmjet marrëdhënieve seksuale anale të pambrojtura receptive me një partner të njohur HIV pozitiv është 1 në 70 kontakte seksuale për një partner receptiv dhe 1 në 909 kontakte për partnerin insertiv (83). Rreziku i transmetimit për seksin oral është i ulët: një studim e përcaktoi atë të jetë zero; ndërsa një tjetër e llogariti të ishte 1 në 2500 (86).

### **1.4.1 Seksi me pagesë**

Pak të dhëna u gjetën në studimet nga Evropa Perëndimore mbi shpeshtësinë e punës së seksit, megjithatë një studim nga Katalonia, Spanjë zbuloi se 4.1% e të anketuarve kishin paguar për seks (83). Një tjetër studim spanjoll në Valencia, që përfshinte pjesëmarrës nga "apartamentet e punës së seksit", nuk u dha asnjë informacion mbi shpeshtësinë e kësaj praktike, ndërkohë që pjesëmarrësit në studim nga këto apartamente prireshin të ishin më të rinj, migrantë dhe më shumë gjasa të kishin bërë një test HIV sesa grupi i referencës i rekrutuar nga saunat. (84). Në Kroaci, 5% raportuan se kishin shitur ndonjëherë seks (87). Në Izrael, 11% raportuan se kishin paguar për seks (88). Puna e seksit ishte më e zakonshme në një studim në Turqi, 44% kishin shitur seks, si partner insertiv ashtu edhe receptiv, me më shumë se një partner; 37% raportuan se ishin vetëm receptivë dhe 16% atë insertivë (89). Tre studime në Evropën Lindore trajtuan çështjen e seksit me pagesë: 21%

raportuan se kishin shitur seks vitin e kaluar; 16% kishin paguar për seks në 12 muajt e fundit në Federatën Ruse; dhe 21% në Ukrainë në 6 muajt e fundit (90, 91). Marrëdhënia e një mashkulli me punën e seksit mund të ndryshojë me kalimin e kohës, me grupmoshat e reja që shkëmbejnë seksin me ata më të mëdhenj në moshë dhe më të pasur. Një studim cilësor sugjeron se marrja e pagesave në natyrë si pije, qera, akomodim apo dhurata nga partnerët e tyre është praktikë e zakonshme te MSM ballkanike (92). Ky studim zbuloi gjithashtu se aty ku seksi është zakonisht transaksional, praktikat e ndryshimit të partnerit priren të jenë më të larta, një tendencë e cila gjithashtu lidhet në mënyrë të kundërt me moshën në Bullgari, Kosovë, Maqedoninë e Veriu, Rumani, dhe nxori në pah se në raportet seksuale me pagesë mes meshkujve, është blerësi ai që do dikton kushtet e kontaktit seksual, duke përfshirë llojin e aktit seksual; që merr rolin aktiv ose pasiv, dhe përdorimin e prezervativit. Studime të tjera konfirmojnë se vendimet për përdorimin e prezervativit merren nga klientët në Rusi dhe Gjeorgji (93, 94).

#### **1.4.2 Prevalenca e IST te popullata MSM**

Infeksionet seksualisht të transmetueshëm në studime të ndryshme raportohen në mënyra të ndryshme: të marra si nga të dhënat biologjike ashtu edhe nga vetë-raportimi i infeksioneve të fundit dhe të vjetra. Rezultatet e vetë-raportimit mund të kenë probleme të lidhura me mbajtjen mend, ku disa pjesëmarrës kujtojnë detajet e infeksioneve të tyre më saktë se të tjerët, të cilat mund ose nuk mund të lidhen me serostatusin e tyre HIV. Disa IST mund të rrisin ndjeshmërinë e një individi ndaj transmetimit të HIV-it dhe nivelet e larta të IST-ve në një popullatë mund të tregojnë nivele më të larta të rrezikut seksual (përfshirë përdorimin më të ulët të prezervativit) (95). Një studim në Valencia, Spanjë zbuloi se prevalenca e sifilizit në vitin e fundit ishte 4% ndërsa në Katalonjë një studim i bazuar nga të dhënat e vetë-raportuara tregoi se prevalenca e sifilizit ishte 3.3%, gonorrea ishte 4.8% dhe klamidia ishte 2.5% (83,84). Një studim në Mbretërinë e Bashkuar që krahason rastet e reja të diagnostikuara me HIV me kontrollet (të diagnostikuara rishtasi HIV negativ) gjeti prevalencë të lartë të bashkë-infeksionit në rastet me HIV. Bashkë-infeksioni me gonorrenë ishte 27% te rastet dhe 9% në kontrollet, sifilizi ishte shumë më i lartë (7%) te rastet dhe 1% në kontrollet, por klamidia ishte më e ulët te rastet (10%) sesa te kontrollet (19%) (97). Një studim në Kroaci zbuloi se prevalenca e klamidias ishte 9%, sifilizi 10.6%, gonorrea 13.2% dhe HCV 3% (98,99). Në Turqi, një studim zbuloi se prevalenca e sifilisit ishte 10.8%, gonorrea 3%, dhe klamidia 1.8%. Në Lindje, në Azerbajxhan HCV ishte 14% dhe sifilizi 8%, megjithëse metodat e studimit ishin të paqarta (100). Në Gjeorgji, prevalenca e sifilizit ishte 31.4% (35.1% tek ata të moshës nën 25 vjeç dhe 28.9% tek ata mbi 25 vjeç) dhe prevalenca e HCV ishte 15.7% (14% në mesin e atyre nën 25 vjeç dhe 16.9% në grupmoshat më të mëdha) (101). Mbikëqyrja Sentinel në Kazakistan dhe Kirgistan zbuloi se prevalenca e sifilisit ishte përkatësisht 4.1% dhe 10.7%

dhe HCV 4.2% dhe 1.2% respektivisht (102). Një studim te MSM në Moskë, prevalenca e sifilisit ishte 12%, dhe antitruapat ndaj HCV 8% (103).

### **1.4.3 Faktorët që lidhen me HIV**

Janë publikuar një sërë studimesh për faktorët e rrezikut të lidhur me incidencën dhe prevalencën e HIV-it dhe IST-ve në Evropën Perëndimore. Këto studime në shumicën e rasteve janë kryer në zona me prevalencë të lartë të HIV-it te MSM të rekrutuar nga vendet ku ato mbledhen ose klinikat IST, duke kufizuar përgjithësimin e rezultateve në popullatën më të gjerë të MSM-ve. Megjithatë, rezultatet e këtyre studimeve mund të përgjithësohen për mjedise të ngjashme dhe për individë që frekuentojnë mjedise të ngjashme.

Faktorët individualë të rrezikut të lidhur me prevalencën e HIV-it përfshijnë moshën, numrin e partnerëve seksualë, përdorimin e prezervativit, përdorimin e drogës dhe IST. Një studim zviceran i kryer në pesë qytete zbuloi se prevalenca e HIV-it ishte më e ulët tek grupmosha 16-24 vjeç sesa te grupmoshat më të mëdha (25-34 dhe 35-44 vjeç). Një studim në Mbretërinë e Bashkuar që ekzaminoi prevalencën e HIV-it në dy qytete skoceze, zbuloi se moshja më e madhe lidhet me prevalencën e HIV-it. (104).

Studimet nga Holanda (të kryera në një sërë mjedisesh në Rotterdam dhe Amsterdam treguan lidhje jo të qëndrueshme midis incidencës së HIV-it dhe moshës. Studimet nga Amsterdami treguan të njëjtin rrezik në rritje midis grupmoshës 30 deri në 34 vjeç krahasuar me MSM më të rinj, por gjetjet janë të ndryshme për ata të moshës 35 vjeç e lart. Studimi i Roterdamit tregoi ulje të rrezikut në të dy grupmoshat më të mëdha krahasuar me të intervistuarit e moshës nën 30 vjeç. (105, 106)

Disa studime kanë ekzaminuar numrin e partnerëve seksualë si një faktor rreziku, si dhe përdorimin e prezervativit. Në Zvicër, të intervistuarit me 1 ose më pak ose 6 ose më shumë partnerë kishin gjasa më të larta të HIV-it krahasuar me ata që raportuan nga dy deri në pesë partnerë, dhe të paturit e një partneri të njohur HIV pozitiv ka dyfishin e gjasave për HIV. Historia për gonorre dhe në një masë më të vogël, sifiliz shoqërohej me gjasa më të larta të HIV-it (107).

Rreziku i HIV-it ishte më i ulët te MSM që përdornin gjithmonë prezervativë me partnerë të rastësishëm sesa ata që raportuan të kenë përdorur ndonjëherë ose asnjëherë, por rreziku ishte më i lartë krahasuar me ata që nuk raportuan partnerë të rastësishëm. Në Mbretërinë e Bashkuar, nuk u pa asnjë ndryshim midis atyre që kishin më shumë se 10 partnerë seksualë në 12 muajt e fundit dhe atyre që kishin më pak se 10. Numri i partnerëve për marrëdhëniet anale të pambrojtur nuk duket të jetë i lidhur me prevalencën e HIV-it, megjithatë të intervistuarit që raportuan një IST në vitin e kaluar kishin mbi tre herë gjasa për prevalencë të rritur të HIV-it sesa ata pa IST. Marrëdhëniet anale të pambrojtura me më shumë se një partner, partnerë të rastësishëm dhe partnerë me status të panjohur ose



diskordant ishin të gjitha të lidhura në mënyrë të pavarur me gjasa të larta të prevalencës së HIV-it. (104).

#### **1.4.4 Seksi i pambrojtur. Numri i partnerëve seksualë**

Shumë studime janë fokusuar në prevalencën e përdorimit të prezervativit gjatë mardhënieve seskuale anale midis meshkujve. Kjo është matur në mënyra të ndryshme, shpesh të disagreguara sipas një numri karakteristikash që i bëjnë krahasimet midis studimeve të ndryshme komplekse. Shumë studime, duke përfshirë EMIS, e masin përdorimin e prezervativit përmes përqindjes së MSM-ve që raportojnë përdorimin e prezervativit herën e fundit që kishin mardhënie seksuale anale me një mashkull tjetër (i kufizuar në gjashtë muajt e fundit), që korrespondon me një tregues të UNGASS. (108)

Studime të tjera zgjodhën të fokusohen tek pjesëmarrësit që raportnin nëse kishin ndonjë akt të mardhënieve seksuale të pambrojtura brenda një afati kohor të caktuar; në përgjithësi gjashtë muaj, por variojnë nga një deri në 24 muaj. Të dyja qasjet kanë avantazhe dhe disavantazhe: indikatorët që mbulojnë periudha më të gjata kohore mund të jenë më përfaqësuese të praktikave të përgjithshme të rrezikut të një individi, megjithatë kjo mund të jetë subjekt i gabimeve në raportim që lidhen me kujtesën, kështu që përdorimi i prezervativit herën e fundit të kryerjes së mardhënieve seksuale anale mund të jetë një tregues më i vlefshëm. Gjetjet e studimit EMIS tregojnë se përdorimi më i lartë i prezervativit haset në Perëndim, rreth 15% më shumë se përdorimi i raportuar në lindje të rajonit. Përqindja minimale e raportuar në Perëndim ishte 41% (Suedi), Europën Qëndrore 6% (Maqedoni e Veriut) dhe 37% në Lindje (Bjellorusi). Përqindjet më të larta të raportuara ishin 69% në Perëndim (Greqi), 60% në Qendër dhe 58% në Lindje (Ukrainë). Në përgjithësi, ka pak ndryshim në përdorimin e kondomit herën e fundit të kryerjes së mardhënieve seskuale anale me një mashkull tjetër midis atyre të moshës nën dhe mbi 25 vjeç, megjithëse në Qendër duket se MSM më të rinj kanë më pak gjasa të raportojnë përdorimin e prezervativit sesa homologët e tyre më të rritur. Shumë studime kanë mbledhur të dhëna për numrin e partnerëve seksualë. Ndërsa kornizat kohore prej gjashtë ose 12 muajsh përdoren përgjithësisht, ka shumë ndryshime në klasifikimin dhe kuantifikimin e partnerëve. Ndërsa kjo e bën krahasimin shumë të vështirë, është konstatuar se aty ku raportohen të dyja të dhënat, mesataret janë përgjithësisht më të larta se mesoret, duke treguar se ndërsa shumica e të intervistuarve mund të raportojnë një numër mjaft të vogël partnerësh, një pakicë raporton numra shumë të mëdhenj (109, 110).

#### **1.4.5 Faktorët të lidhur me seksin të pambrojtur**

Disa studime që shqyrtojnë faktorët e rrezikut të lidhur me marrëdhëniet seksuale të pambrojtura të matura nga përdorimi i raportuar i prezervativit në marrëdhënien e fundit

seksuale anale ose mardhëniet e pambrojtura anale të raportuara u identifikuan nga një rishikimi sistematik (111).

Faktorët individualë të rrezikut të lidhur me seksin anal të pambrojtur te MSM-ve në rajon përfshijnë: llojet dhe numrin e partnerëve; përdorimi i drogës; historia e testimit për HIV; disponueshmëria e prezervativit; dhe statusi HIV. Studimet nga Mbretëria e Bashkuar dhe Zvicra sugjerojnë se të personat HIV negativ dhe ata që nuk kanë kryer një test kanë më pak gjasa të raportojnë seks anal të pambrojtur sesa ata HIV pozitiv (113,114). Një studim spanjoll i fokusuar tek meshkujt me partnerë të rregullt zbuloi se çiftet serodiskordantë ose HIV pozitivë kishin më pak gjasa të praktikonin mardhënie seksuale anale të pambrojtura sesa çiftet HIV-negative (115).

Ndonëse të dhënat nga Izraeli treguan se meshkujt me partner të rastësishëm ose të qëndrueshëm dhe të rastësishëm kishin gjasa më të larta për të raportuar seks anal të pambrojtur, një studim francez te personat HIV pozitiv raportoi se ata që kishin marrëdhënie seksuale me një partner të rastësishëm gjatë një lidhjeje kishin gjasa më të ulëta të raportimit të seksit anal të pambrojtur. Edhe pse lidhja midis numrit të partnerëve dhe seksit anal të pambrojtur është e paqartë, studimet që tregojnë modele të veçanta sipas serostatusit tregojnë se të intervistuarit HIV pozitiv me një numër më të madh partnerësh kanë gjasa më të larta për të raportuar mardhënie të pambrojtura sesa ata HIV negativ me numra të ngjashëm partnerësh (116).

## **1.5 Punonjëset e seksit**

Në shumë vende të botës, prevalenca e infeksionit HIV është dokumentuar të jetë më e lartë në në popullatën e punonjëseve të seksit (PS) sesa në në pjesën tjetër të popullatës. Kjo vërehet tek punonjësit e seksit meshkuj dhe transgjinorë. Te gratë vërehet një numër gjithnjë në rritje i infeksioneve me HIV në nivel global (117). Një shqetësim i veçantë mbetet rritja e numrit të rasteve me HIV tek femrat e reja. Faktorët e njohur për rritjen e vulnerabilitetit të punonjëseve të seksit femra ndaj infeksionit HIV janë mungesa e politikave dhe legjislacionit mbrojtës, informacioni i kufizuar, mungesa e aksesit në shërbime si dhe faktorët e stilit të jetesës (118).

Në të gjithë rajonin europian, femrat që punojnë në industrinë e seksit janë kryesisht të moshës ndërmjet 20 dhe 30 vjeç. Moshë mesatare ose mediane e punonjëseve të seksit në Londër, Milano, Katalonjë dhe Izrael varion nga 20 deri në 30 vjeç (119,120,121,122,123). Të dhënat nga Lindja sugjerojnë se punonjëset e seksit femra që uhtrojnë aktivitetin e tyre ne rruge janë më të reja, me një moshë mesatare që varion nga 21 deri në 27 vjeç (114,125).

Ka një numër në rritje të provave që demonstrojnë lidhjen midis rrezikut për HIV dhe ekspozimin ndaj dhunës të punonjëseve të seksit (126,127). Ndërveprimi i dhunës dhe HIV-it midis punonjëseve të seksit ka faktorë të drejtpërdrejtë si seksi i detyruar i

pambrojtur, si dhe indirektë si ulja e vetëvlerësimit dhe aftësia për të negociuar praktika më të sigurta nga frika e dhunës së mëtejshme; rritja e përdorimit të drogës ose zhvendosja e detyruar e punës së seksit në zona më pak të njohura ose të sigurta. (128,129,130) Të dhënat nga Evropa tregojnë se nivelet e dhunës seksuale dhe fizike midis punonjëseve të seksit femra ishin të larta, e në mënyrë të veçantë te popullata rome dhe transvestitët (131). Të dhënat cilësore nga Evropa Perëndimore sugjerojnë se dhuna ndaj punonjëseve të seksit është e pranishme kudo dhe e ndërthurur me përdorimin e drogës dhe stigmën e lidhur me punën e seksit (131,132, 133).

### **1.5.1 Sjelljet e rrezikshme seksuale**

Disa studime dëshmojnë rritje të rrezikut të lidhura me sjelljet seksuale gjatë punës së seksit. Në Spanjë rreziku i klamidias dhe gonorresë ishte më i lartë te PS që kryen mardhënie seksuale të pambrojtura me klientët (28) dhe rreziku i infeksionit me gonorre, klamidia ose sifiliz aktiv ose bashkë-infeksionit ishte më i lartë te ato që raportonin më shumë se 30 klientë në javë dhe që nuk përdornin rregullisht prezervativ gjatë mardhënieve seksuale (134).

Të dhënat sugjerojnë ndërveprimin midis përdorimit të drogës dhe punës së seksit në përdorimin e prezervativëve: punonjëset e seksit që përdorin drogë kanë më pak gjasa të përdorin prezervativë sesa ato që nuk injektojnë. Përdoruesit e drogës me injektim që shesin seks kanë më pak gjasa të përdorin prezervativë sesa ato që nuk janë të angazhuar në punën e seksit (135,136).

## **1.6 Survejanca te popullata kyç**

### **1.6.1 Vlerësimi i prevalencës së HIV dhe sjelljes së rrezikut**

Për të kuptuar dinamikën e epidemive të HIV-it në popullatat kyç, duke përfshirë infeksionet e padiagnostikuara, është e rëndësishme të vlerësohet drejtpërdrejt prevalenca e HIV-it dhe niveli i sjelljeve të rrezikshme. Sipas udhëzimeve të OBSH-së për survejancën e gjeneratës së dytë të HIV-it, studimet për të vlerësuar drejtpërdrejt prevalencën dhe rrezikun e HIV-it duhet të ndërmerren periodikisht në të gjitha vendet dhe rregullisht në vendet me epidemi të përqendruara (137).

Në mungesë të një kornize përfaqësuese të kampionimit, një faktor kryesor kur vlerësohet prevalenca e HIV-it në popullatat kyç është strategjia e rekrutimit dhe kampionimit. Strategjitë e kampionimit që rekrutojnë nga zona dhe rrjete të ndryshme do të minimizojnë gabimet sistematike të lidhura me shpërndarjen gjeografike dhe rrjetin e anëtarëve të popullatave kyç. Nga ana tjetër, studimet që rekrutojnë pjesmarrës nga një numër i madh vendndodhjesh mund të pretendojnë një përgjithësim të rezultateve të tyre krahasuar me ato që rekrutojnë vetëm nga një ose dy vendndodhje (138,139). Në studime të veçanta ku

pjesmarrësit rekrutohen vetëm nga mjediset klinike, kampioni i përzgjedhur anon nga individët me rrezik më të lartë ose atyre që kanë akses dhe të përdorin shërbimet e testimit ose trajtimit. Provat sugjerojnë se përdoruesit e drogës në trajtim ndryshojnë sistematikisht nga ata që nuk trajtohen aktualisht. (140,141,142) Marrja e mostrave të PDI nga shërbimet e TZO, nuk përfshijnë grupe të tjera injektuesish me karakteristika dhe rreziqe të ndryshme (143).

Studimet e survejancës së shëndetit publik zakonisht përdorin qasje pragmatike për të siguruar përdorim efikas të burimeve të disponueshme, për të lejuar që të dhënat të mbledhen dhe të vihen në dispozicion relativisht shpejt dhe për të siguruar qëndrueshmërinë e tyre me kalimin e kohës. Kështu, studimet duhet të balancojnë besueshmërinë (d.m.th., përfaqësimin dhe mbulimin gjeografik) kundrejt përdorimit efikas të burimeve, afatit kohor dhe qëndrueshmërisë, si dhe duke marrë parasysh kontekstin e popullatës në studim. Kjo nevojë për një qasje pragmatike shpesh çon në studime që përdorin qendrat sentinel dhe nëngrupe të aksesueshme të popullatës për të prodhuar të dhëna që mund të japin një panoramë nivel kombëtar kur kombinohen me të dhëna të tjera të disponueshme (p.sh. numrin e rasteve të HIV-it, të dhënat për testimin për HIV, të dhënat e përdorimit të shërbimeve, dhe vlerësimet e madhësisë së popullatave kyc (144,145).

### **1.6.2 Matja e madhësisë së popullatave për MSM , PDI dhe PS**

Njohja e madhësisë së popullatave kyç është e rëndësishme për planifikimin e shërbimeve të parandalimit dhe kujdesit ndaj HIV-it, si dhe për vlerësimin e dëmit që lidhet me popullatat ose sjelljet e rrezikshme. Pa një emërues është e vështirë të vlerësohet nëse prevalenca e HIV-it po rritet dhe/ose nëse madhësia e grupit të popullatës po rritet. Ndërsa pothuajse të gjitha vendet kanë të dhëna për madhësinë e popullsisë së të përgjithshme, matja e madhësisë së grupeve me rrezik të lartë nuk është një aktivitet demografik rutinë pjesërisht për shkak të sfidave të lidhura arritjen e këtyre popullatave. Për shkak të natyrës së paligjshme dhe të margjinalizuar të përdorimit të drogës me injektim dhe punës seksit, dhe diskriminimit të zakonshëm ndaj MSM-ve, madhësia e këtyre grupeve është e vështirë të vlerësohet. Në rastin e punonjëseve të seksit, problemet e vlerësimit ndërlikohen më tej nga natyra e lëvizshme e grupit. Vlerësimet e madhësisë së popullsisë së këtyre grupeve zakonisht përdorin metoda të tërthorta të vlerësimit, si metodat e kapjes-rikapjes dhe të efektit shumëzues. Një numër vendesh janë përpjekur të bëjnë një vlerësim të tillë nëpërmjet matjes së sjelljeve në popullatën e përgjithshme, megjithatë, besueshmëria e kësaj metode është e paqartë (146,147)

Vlerësimet e PDI-ve dhe punonjëseve të seksit zakonisht kanë të bëjnë me individë që kanë injektuar drogë ose kanë shitur seks së fundmi (p.sh., injektuar në muajin e kaluar, ose të shitur seks vitin e kaluar). Vlerësimet e MSM-ve mund të lidhen me sjelljen seksuale,

(p.sh., ka pasur marrëdhënie seksuale me një mashkull tjetër në vitin e fundit), ose identitetin (p.sh., identifikimi si homoseksual ose biseksual) (148)

## **1.7 Të dhënat epidemiologjike të HIV/AIDS Shqipëri**

Të dhënat ekzistuese dëshmojnë se në Shqipëri nuk ka epidemi të gjeneralizuar apo të përqendruar të infeksionit HIV. Ndërsa numri vjetor i rasteve të raportuara mbeti nën 50 raste deri në vitin 2010, midis vitit 2010 dhe 2022 numri vjetor i rasteve të raportuara me HIV u rrit më shumë se 2 herë nga 48 raste (2008) në 127 raste (4.5 raste/100.000 që ishte niveli më i lartë) në 2016. Numri i rasteve të reja të diagnostikuara në 2022 është 80, ndërsa referuar të dhënave kumulative, gjatë periudhës 1993-2022, numri total i rasteve të raportuara me HIV/AIDS është 1586. Në fund të Tetorit 2022, prevalenca e infeksionit vlerësohet të jetë me 0,06%, ndërsa incidenca (rastet e reja në 2022) 2.9 për 100,000 banorë. Gjatë periudhës së parë të infeksionit HIV në Shqipëri (1993-2000) numri mesatar i rasteve të raportuar ishte 6-7 persona në vit ; në vitet 2001- 2003 vihet re një dyfishim i numrit të rasteve, mesatarisht 20 raste të reja të diagnostikuara në vit ; në periudhën 2004-2010 kjo shifër ka kaluar numrin 30; pas vitit 2010 shifra e rasteve të reja pothuajse është dyfishuar (149).

Rruga seksuale e transmetimit të virusit HIV vazhdon të dominojë në vendin tonë, e cila konstatohet në afërsisht 96% të rasteve. Sipas të dhënave kumulative (deri në Tetor 2022) transmetimi heteroseksual përbën 83.7% të rasteve, ndërkohë që mënyra e transmetimit nëpërmjet marrëdhënieve seksuale midis meshkujve haset në 12.2 % të rasteve. Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar me HIV te fëmija përbën 2.5 % të totalit (39 raste) 0.7% i perkasin rasteve te transmetimit nepermjet gjakut apo nenprodukteve te tij; 0.5% e rasteve i perkasin grupit të Personave që Injektojnë Drogë dhe në 0.4 % të numrit total të rasteve pozitive, rruga e transmetimit mbetet e papërcaktuar (149).

## **1.8 Popullatat Kyç në Shqipëri**

### **1.8.1 Vlerësimi i madhësisë së popullatave kyç**

Përdoruesit e drogave me injektim (PDI) dhe meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj (MSM) janë popullatat kryesore më të mëdha të vlerësuara në Shqipëri me rreth 7,000 individë të shpërndarë në të gjitha prefekturat. MSM janë një popullatë kyçe shumë e fshehur për shkak të stigmës dhe diskriminimit të përgjithshëm. Të dy, MSM dhe punonjëset e seksit (PS) janë më të dukshëm në Tiranë (151). Shifrat e vlerësuara të popullatave kyçe të ndryshme janë paraqitur në më poshtë (Tabela 1).

**Tabela 1: Përmbledhje e vlerësimeve rajonale dhe kombëtare për Personat që Injektojnë Drogë, Meshkujt që kryejnë seks me Meshkuj, dhe Punonjëseve Femra të Seksit**

Rrethi	Vlerësimi	Vlerësimi	Vlerësimi
Elbasan	630	720	170
Berat	550	360	90
Durrës	710	360	280
Tirana	940	2,270	810
Dibër	480	340	50
Kukës	480	200	40
Lezhë	480	330	100
Shkodër	510	500	140
Fier	520	780	180
Gjirokastrë	480	190	50
Korçë	580	570	130
Vlorë	610	440	160
<b>Shqipëri</b>	<b>6,970</b>	<b>7,060</b>	<b>2,200</b>

Vlerësimi i madhësisë për MSM-ve në Shqipëri rezultoi në një përqindje më të ulët të popullsisë së rritur (<0,5%). Në shumicën e vendeve evropiane, madhësia e popullsisë MSM është vlerësuar midis 1-3% të popullsisë së rritur.

Raportimi i ulët i preferencave seksuale është pasojë e nivelit të lartë të stigmës dhe diskriminimit në komunitet. Faktorët socialë, kulturorë, politikë dhe ekonomikë siç janë nivelet e larta të diskriminimit shoqëror dhe dukshmëria e popullatës së MSM-ve i parandalojnë njerëzit që të lidhen me njëri-tjetrin dhe zvogëlojnë mundësinë e tyre për t'u përfshirë në këto vlerësime. Si efekt kolateral negativ, padukshmëria e MSM-ve dhe komuniteteve të tjera të popullatave kyç bëhet pengesë për një përgjigje efektive ndaj epidemisë së HIV. Prandaj, është urgjente të trajtohet stigmatizimi, diskriminimi dhe homofobia në mënyrë që të rritet aksesimi për atë grup të MSM-ve që mund të shmangin sistemin shëndetësor (151).

### **1.8.2 Përdoruesit e Drogave me Injektiv (PDI)**

Një hartëzim programatik i popullatave kyç tregoi se PDI janë popullata më e madhe në Shqipëri. Përqindja më e lartë e PDI-ve e injektojnë drogën zakonisht në vendet/shtëpitë e braktisura, hapësirat e hapura, rrugët, parqet etj. Kjo më së shumti ndodh gjatë kohës kur këto vende nuk frekuentohen dhe prandaj PDI nuk janë një grup i dukshëm. Injektivet zakonisht merren gjatë orëve të para të mëngjesit 05:00 - 11:00 dhe pasdite sa ka dritë. Një pjesë e vogël e PDI e bëjnë injektimin e drogës nëpër shtëpitë e tyre dhe më shpesh nëpër vende të fshehta (151).

Nje studimi biologjik dhe i sjelljes i kryer në Tirane në vitin 2011, zbuloi nje rast me HIV në këtë popullatë, ndërkohë që prevalenca e Hepatitit C rezultoi 29%. Përsa i përket sjelljeve te rrezikshme te PDI-ve, gjatë muajit te kaluar, pjesa më e madhe e tyre (43.5%) kanë injektuar drogë disa herë në dite, ku heroina përmendet si droga më shpesh e injektuar. Pavarësisht nga njohuritë se përdorimi i shiringave të përdorura më parë mund të transmetojë HIV-in dhe se shiringat e pastra janë te disponueshme në farmaci, 40.5% e PDI-ve kanë ndarë shiringat dhe akoma më shume prej tyre kanë ndarë pajisjet per injektimin e drogës. Përveç sjelljeve të riskut të shoqëruara me injektimin, popullata e PDI-ve përfshihet gjithashtu në sjellje risku të shoqëruara me praktikat seksuale që ata aplikojnë. Më shume sesa gjysma e tyre te cilët janë seksualisht aktiv, kanë patur dy ose më shumë partnerw vitin e kaluar. Partneret ishin kryesisht të rregullt ose jo të rregullt (jo me pagesë) dhe përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit ishte i ulët, vetëm 8.5% me partner të rregullt dhe 12.6 % me partner jo të rregullt. Ndërkohe që PDI janë të ndërgjegjshëm për infeksionet që transmetohen seksualisht, pak ishin të aftë te përshkruanin simptomat e IST-ve. Këto sjellje risku te lidhura me prevalencën e lartë të Hepatitit C, ilustronje vulnerabilitetin e PDI-ve ndaj HIV-it (152)

### **1.8.3 Meshkuj që kryejnë seks me meshkuj (MSM)**

Një raport i fundit për shëndetin në Evropë raportoi se meshkujt janë rreth tre herë më shumë të predispozuar të diagnostikohen me HIV sesa gratë. Rreth 40% e transmetimit të ri të HIV-it bëhet nëpërmjet meshkujve që kryejnë seks me meshkuj dhe 32% nëpërmjet kontaktit heteroseksual, ndërsa 4% e rasteve të reja nëpërmjet injektimit të drogës (153). Në Shqipëri, ndërsa shumica e rasteve të HIV-it supozohet se janë marrë në rrugë heteroseksuale - siç u përmend më lart - raporti më shumë se 2-me-1 i diagnozave ndërmjet mashkujve dhe femrave tregon se mund të ketë nën-raportim të konsiderueshëm të infeksioneve të marra nëpërmjet marrëdhënieve seksuale ndërmjet meshkujve.

Hartëzimi programatik i popullatave kyç tregoi se meshkujt që kryejnë seks me meshkuj në Shqipëri janë popullata kyçe më shumë e fshehur, përveç Tiranës, kështu që aktivitetet e MSM-ve në Shqipëri në përgjithësi nuk janë shumë të dukshme për shkak të stigmës dhe diskriminimit të përgjithshëm që përjeton kjo popullatë kyçe. Shumë më pak MSM operojnë në pika gjeografike të njohura, për shkak të stigmës dhe diskriminimit të madh ndaj marrëdhënieve të të njëjtit seks dhe si rezultat i dëshirës së komunitetit për të mbajtur të fshehta veprimet dhe aktivitetet e tyre seksuale, një pjesë më e madhe e aktivitetit të MSM-ve ndodh virtualisht. Ky është informacion i rëndësishëm, i cili duhet të përdoret nga programet e parandalimit pasi një numër më i madh MSM veprojnë përmes rrjeteve të fshehura dhe kanë aktivitete të fshehta, dhe ndërhyrja e synuar për këtë komunitet specifik do të ketë nevojë për një qasje mjaft të ndryshme në krahasim me qasjet parandaluese për punonjësit e seksit ose PDI (151).

Një studimi vitit 2011 në Tiranë tregoi se në përgjithësi, kombinimi i faktorëve të riskut të MSM –ve – përfshirja në seks të pambrojtur me meshkuj dhe femra, dhe injektimi i drogave e bën thelbësore ndërhyrjen apo targetimin e këtij grupi si pjesë e një strategjie për parandalimin e HIV-it në Shqipëri. Nderkohë që nivelet e prevalencës së HIV-it ishin të ulta (0.5%), studimi nuk ka përfshirë informacionin rreth IST-ve akute, të cilat mund të siguronin veshtrim më të thellë në lidhjet që ekzistojnë ndërmjet sjelljeve të rrezikshme dhe shfaqjes së infeksioneve. Popullata e MSM-ve është e përfshirë në sjellje të ndryshme të rrezikshme me popullatën e ndryshme, duke i bërë ata një urë lidhëse të mundshme ndërmjet popullatës që është përdoruese e drogës dhe popullatës femerore, në lidhje me transmetimin e IST-ve (152)

#### **1.8.4 Punonjëset e seksit**

Punonjëset e seksit janë një nga grupet më të vështira për tu identifikuar dhe programet e parandalimit për këtë popullatë vazhdojnë të jenë të kufizuara. Në Shqipëri seksi me pagesë ndalohet me ligj, çka bën që ai të ushtrohet në mënyrë të paligjshme. Ekzistojnë pak të dhëna për punonjëset e seksit në Shqipëri. Është e qartë se ky grup i popullatës është në pozita të pambrojtura, sepse nuk dihet sjellja e tyre, mënyra si ushtrojnë aktivitetet, sa janë dhe çfarë gjendje shëndetësore kanë. Kjo i vë ato në një pozitë të lartë rrisht të infektimit me HIV. Gjithashtu klientët e tyre janë të rrezikuar.

Mund të dallohen dy tipe të punonjësve të seksit: ata që qëndrojnë në rrugë dhe ata në motel/hotel/apartament. Puna seksuale në rrugë është më e dukshme dhe përfaqësohet nga grupet më të pafavorizuara, të cilat përballen me dhunë, diskriminim dhe veprime policore, ndërkohë që nuk kanë qasje në shërbime të duhura sociale dhe shëndetësore (155).

Një ushtrim hartëzimi nga UNFPA në vitin 2009 identifikoi vështirësitë e punës me punonjësit e seksit: ata janë të stigmatizuar dhe të diskriminuar, është e vështirë të arrihen direkt, pasi ata punojnë nëpërmjet ndërmjetësve (tutorëve, shoferëve të taksisë, hoteleve/moteleve). Shumë përdorin telefona celularë ose internet për të gjetur klientë. Ekzistojnë dëshmi jozyrtare të studenteve që merren me punë seksi gjatë kohës së tyre në universitet. Shitja e seksit është shumë e stigmatizuar dhe grupi i punonjësve të seksit që njohin dhe mbështesin njëri-tjetrin është shumë i vogël, në rreth tre, gjë që e bën ndikimin e ndërhyrjes të kufizuar (153).

Rezultatet e studimit tëurvejancës së integruar të bio-sjelljes të vitit 2011 (IBBS) zbuluan se rreth një e treta e të anketuarve kishin filluar të angazhohen në punë seksuale rreth moshës 18 vjeç. Ndërsa shumica e tyre deklaruan se përdorin prezervativ, përdorimi i rregullt i prezervativit ishte i kufizuar; afërsisht një e katërta e të anketuarave deklaroi se nuk kishin përdorur prezervativ gjatë marrëdhënies seksuale të fundit me një klient. Një e katërta e punonjësve të seksit raportuan se përdornin drogë, me gati 8% që kishin marrë



drogë me injektim të paktën një herë në 12 muajt e fundit; më shumë se gjysma e këtyre grave janë me origjinë rome (152).

Hartëzimi i fundit (2019) i përmendur më lart zbuloi një informacion më të thelluar cilësor mbi strukturën, tipologjinë dhe dinamikën operative të punës së seksit. Ka disa tipologji të përfshira, secila ka dinamikën e vet funksionale dhe nevojat e parandalimit. Puna seksuale në Shqipëri është e organizuar me rreth pesë lloje të ndryshme vendesh, ku punonjëset seksuale femra mblidhen, gjejnë partnerë seksualë ose përfshihen në aktivitete seksuale. Më shumë se një e treta frekuentojnë vende të hapura/stacione autobusi dhe parqe. Shërbimet seksuale nuk ofrohen vetëm në këto vende. Ekzistojnë dëshmi se shumë të rinj, ose të ashtuquajtur punonjës seksi "të klasës së mesme" si studentë dhe nxënës të shkollës së mesme janë aktive në rrjetet sociale, të cilat nuk janë të dukshme, por tejet të fshehura (151).

### **1.8.5 Popullata rome**

Niveli i ulët i njohurive dhe i perceptimit të rrezikut ndaj HIV/AIDS është i shpeshtë në popullatën Rome. Kjo lidhet me përqindjen e lartë të braktisjes së shkollës nga femijet dhe të rinjtë Romë, si dhe me shkaqet që hasen dhe në grupet e tjera të popullatës. Niveli i ulët i sjelljeve seksuale të sigurta lidhet me mungesën e njohurive dhe informacionit. Burimet kryesore të informacionit për HIV/AIDS, ashtu si dhe në grupet e tjera me rrezik, mbeten media dhe bashkëmoshataret, ndërsa shkolla dhe familja konsiderohen si burime më pak të rëndësishme. Sidoqoftë, faktorët socio-ekonomikë dhe kulturorë e bëjnë komunitetin rom më të cenueshëm prej sëmundjeve seksuale dhe infeksioni HIV. Një studim i vitit 2008 në Tiranë vlerëson se marrëdhëniet e para seksuale në popullsinë rome kryhen midis moshës 10-14 vjeç (24% ) dhe 84% deklarojnë të kenë kryer marrëdhënien e parë seksuale para moshës 18 vjeç. Fillimi i hershëm i marrëdhënieve seksuale dhe rreziku pasues më i lartë për HIV dhe IST-të lidhet me mosvijimin e shkollës dhe mosekspozimin ndaj programeve të parandalimit në shkollë. Femrat janë më të predispozuar të bëjnë seks në moshë të re dhe një në pesë gra rome (21,3%) detyrohet nga partneri të kryejë marrëdhënie kundër dëshirës (152).

## **KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT**

### **2.1 Qëllimi i studimit**

Qëllimi i përgjithshëm i këtij studimi është vlerësimi i prevalencës së sjelljeve të rrezikshme të lidhura me infeksionin HIV, vulnerabilitetin ndaj HIV-it, mbulimin me shërbime parandaluese të popullatave kyç, dhe fuqizimi i sistemit kombëtar të survejancës të gjeneratës së dytë për monitorimin e prevalencës dhe sjelljeve të lidhura me infeksionin HIV.

### **2.2 Objektivat e studimit**

#### **2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1**

Të përcaktohet prevalenca e sjelljeve të rrezikshme të lidhura me infeksionin HIV të popullatave kyç.

##### **2.2.1.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1**

- Të përcaktohet moshë mesatare dhe kohëzgjatja mesatare e përdorimit dhe injektimit të drogave të PDI
- Të përcaktohen drogat më shpesh të përdorura dhe injektuara të PDI
- Të llogaritet shpeshtësia e injektimit të drogës të PDI
- Të përcaktohet përdorimi i ageve/shiringave të përdoruar në injektimin e fundit të drogës të PDI
- Të përcaktohet shkëmbimi i ageve/shiringave në muajin e fundit të PDI
- Të përcaktohet shpeshtësia dhe mënyra e pastrimit të ageve/shiringave të PDI
- Të përcaktohet shpeshtësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit të PDI
- Të përcaktohet përdorimi i alkoolit dhe drogës të MSM
- Të përshkruhet sjellja seksuale dhe përcaktohet përdorimi i prezervativit me partnerët me pagesë të MSM
- Të përshkruhet sjellja seksuale dhe përcaktohet përdorimi i prezervativit me partnerët jo të rregullt, pa pagesë të MSM
- Të përshkruhet sjellja seksuale dhe përcaktohet përdorimi i prezervativit me partnerët të rregullt të MSM

- Të përcaktohet sjellja seksuale dhe përdorimi i prezervativit me partneret seksuale femra te MSM
- Të përcaktohet sjellja seksuale dhe përdorimi i prezervativit te popullata rome

## **2.2.2 Objektivi i përgjithshëm 2**

Të vlerësohet aksesimi dhe përdorimi i shërbimeve të trajtimit dhe parandalimit te popullatat kyç.

### **2.2.2.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 2**

- Të përcaktohet përdorimi i shërbimeve të trajtimit për drogën te PDI
- Të përcaktohen lloji i trajtimit dhe ndihmës së marrë te PDI
- Të përcaktohet aksesimi në programet e shkëmbimit të shiringave te PDI
- Të përcaktohet ofrimi i këshillimit për përdorimin e prezervativit dhe seksin e sigurtë në 6 muajt e fundit (nëpërmjet një shërbimi në terren, qendër drop-in) te PDI
- Të përcaktohet kontakti me edukator bashkëmoshatar ose punonjës terreni te PDI
- Të përcaktohet aksesimi në shërbimet e testimit për infeksione seksualisht të transmetueshme te PDI
- Të përcaktohet niveli i testimit për HIV te PDI
- Të përcaktohet ofrimi i këshillimit për përdorimin e prezervativit dhe seksin e sigurtë në 6 muajt e fundit (nëpërmjet një shërbimi në terren, qendër drop-in) te MSM
- Të përcaktohet kontakti me edukator bashkëmoshatar ose punonjës terreni te MSM
- Të përcaktohet aksesimi në shërbimet e testimit për infeksione seksualisht të transmetueshme te MSM
- Të përcaktohet niveli i testimit për HIV te MSM

### **2.2.3 Objektivi i përgjithshëm 3**

Të vlerësohet niveli i njohurive për HIV dhe IST te popullatat kyç

#### **2.2.3.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 3**

- Të përcaktohet niveli i njohurive lidhur me mënyrat e transmetimit të HIV te PDI
- Të përcaktohet niveli i keqkuptimeve të lidhura me transmetimin e HIV te PDI
- Të përcaktohen njohuritë dhe sjelljet e testimit për HIV te PDI
- Të përcaktohet niveli i njohurive lidhur me mënyrat e transmetimit të HIV te MSM
- Të përcaktohet niveli i keqkuptimeve të lidhura me transmetimin e HIV te MSM
- Të përcaktohen njohuritë dhe sjelljet e testimit për HIV te MSM
- Të përcaktohet niveli i njohurive lidhur me mënyrat e transmetimit të HIV te popullata rome
- Të përcaktohet niveli i keqkuptimeve të lidhura me transmetimin e HIV te popullata rome
- Të përcaktohen njohuritë dhe sjelljet e testimit për HIV te popullata rome

### **2.2.4 Objektivi i përgjithshëm 4**

Të vlerësohet niveli i stigmës dhe diskriminimit te popullatat kyç

#### **2.2.4.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 4**

- Të përcaktohet niveli i stigmës dhe diskriminimit ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS te PDI
- Të përcaktohet shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore dhe testimit për HIV te PDI
- Të përcaktohet shmangia e kërkimit të testimit për HIV te PDI
- Të përcaktohet niveli i fenomeneve të ngacimit, lëndimit apo arrestimit për shkak të injektimit të drogës te PDI
- Të përcaktohet niveli i stigmës dhe diskriminimit ndaj personave që jetojnë me HIV te MSM

- Të përcaktohet shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore dhe testimit për HIV te MSM
- Të përcaktohet shmangia e kërkimit të testimit për HIV te MSM
- Të përcaktohet niveli i fenomeneve të ngacmimit, lëndimit apo arrestimit për shkak të të qënit MSM
- Të përcaktohet niveli i stigmës dhe diskriminimit ndaj personave që jetojnë me HIV te popullata rome

## **2.2.5 Objektivi i përgjithshëm 5**

Të përcaktohet prevalenca e infeksionit HIV, Hepatitit C dhe Sifilizit popullatat kyç

### **2.2.5.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 4**

- Të përcaktohet prevalenca e HIV te PDI
- Të përcaktohet prevalenca e Hepatitit C te PDI
- Të përcaktohet prevalenca e sifilizit te PDI
- Të përcaktohet prevalenca e HIV te MSM
- Të përcaktohet prevalenca e Hepatitit C te MSM
- Të përcaktohet prevalenca e sifilizit te MSM
- Të përcaktohet prevalenca e HIV te popullata rome
- Të përcaktohet prevalenca e sifilizit te popullata rome

## **2.3 Hipotezat e studimit**

Hipotezat e zeros së studimit aktual renditen në vijim:

1. Nuk ka lidhje midis kohëzgjatjes së injektimit të drogës dhe grupmohës të PDI-ve
2. Nuk ka lidhje midis injektimit me age/shiringë të përdorur në muajin e fundit dhe grupmohës të PDI-ve

3. Nuk ka lidhje midis shkëmbimit të shiringave në muajin e fundit dhe grupmoshës të PDI-ve
4. Nuk ka lidhje midis ndarjes së enëve të përgatitjes, pajisjeve të injektimit dhe grupmoshës të PDI-ve
5. Nuk ka lidhje midis marrjes së drogës nga një enë e përbashkët në muajin e fundit dhe grupmoshës të PDI-ve
6. Nuk ka lidhje midis trajtimit për droga dhe grupmoshës të PDI-ve
7. Nuk ka lidhje midis marrjes së ageve/shiringave të pastra nga OJQ dhe grupmoshës të PDI-ve
8. Nuk ka lidhje midis informacionit të marrë nga një punonjës terreni në lidhje me infeksionin HIV dhe grupmoshës të PDI-ve
9. Nuk ka lidhje midis informacionit për IST dhe grupmoshës të PDI-ve
10. Nuk ka lidhje midis testimit për HIV dhe grupmoshës të PDI-ve
11. Nuk ka lidhje midis Hepatitit C dhe karakteristikave socio-demografike të PDI-ve
12. Nuk ka lidhje midis Hepatitit C dhe sjelljeve të lidhura me injektimin drogës të PDI-ve
13. Nuk ka lidhje midis Hepatitit C dhe aksesit në shërbime të PDI-ve
14. Nuk ka lidhje midis shkëmbimit të shiringave në muajin e fundit dhe karakteristikave socio-demografike të PDI-ve
15. Nuk ka lidhje midis shkëmbimit të shiringave në muajin e fundit dhe trajtimit për problemet e drogës te PDI
16. Nuk ka lidhje midis shkëmbimit të shiringave në muajin e fundit dhe aksesit në shërbime të PDI-ve
17. Nuk ka lidhje midis informacionit të marrë nga një punonjës terreni në lidhje me infeksionin HIV dhe grupmoshës të MSM-ve
18. Nuk ka lidhje midis informacionit për IST dhe grupmoshës të MSM-ve
19. Nuk ka lidhje midis testimit për HIV dhe grupmoshës të MSM-ve
20. Nuk ka lidhje midis përdorimit të prezervativit me lloje të ndryshme partnerësh dhe grupmoshës të MSM-ve

21. Nuk ka lidhje midis shmangies së shërbimeve shëndetësore dhe stigmës te MSM
22. Nuk ka lidhje midis shmangies së testimit për HIV dhe stigmës te MSM
23. Nuk ka lidhje midis dhunes fizike dhe stigmës ndaj MSM-ve

## **KAPITULLI III. METODOLOGJIA**

### **3.1 Tipi i studimit**

Studimi është i tipit kros-seksional, dhe në popullatën e MSM-ve dhe PDI-ve u krye në qytetet kryesore në Shqipëri (viti 2019), përkatësisht në tre qytete për popullatën MSM (Tiranë, Durrës, Elbasan), dhe në katër qytete për PDI (Tiranë, Durrës, Elbasan dhe Berat). Gjithashtu, arsye tjetër që këto qytete u identifikuan për realizimin e studimit është prania e OJQ-ve që ofrojnë shërbime parandaluese për popullatën e MSM-ve dhe PDI-ve. Studimi në popullatën romë u krye në qytetin e Tiranës (viti 2011).

### **3.2 Kampionimi**

Për të rekrutuar pjesmarrësit në studim për Përdoruesit e drogave me injektim (PDI) dhe Meshkujt që kryejnë seks me Meshkuj (MSM) u përdor kampionimi i udhëhequr nga përgjigjedhësi (RDS). RDS është një variant i një metode të referimit të kampionimit të referimit zinxhir, e cila kur zbatohet dhe analizohet siç duhet, jep të dhëna përfaqësuese të popullatave në studim. Rekrutimi fillon me një numër anëtarësh të përzgjedhur në mënyrë të qëllimshme nga popullata në studim të referuar si "fara". Pas përfshirjes në studim dhe përfundimit të të gjitha etapave të studimit, çdo fare i jepet një sasi fikse (zakonisht jo më shumë se tre) kuponësh me numër unik me të cilët do të rekrutojë anëtarë të tjerë të popullatës në studim që plotësojnë kriteret. Këta persona të rekrutuar, të cilët gjithashtu përfshihen dhe plotësojnë etapat përkatëse të studimit, konsiderohen si vala e parë e pjesmarrësve. Secilit pjesmarrës në valën e parë që përfundon etapat e studimit i jepet më pas një numër fikse kuponësh (tre kupona) me të cilët do të rekrutojë pjesmarrës të tjerë. Valët e njëpasnjëshme të rekrutimit, që në mënyrë ideale rezultojnë në zinxhirë të gjatë rekrutimi të të anketuarve, vazhdojnë derisa të arrihet madhësia e kampionit (158,159).

Secilit pjesmarrës në studim pyetet për madhësinë e rrjetit të tij shoqëror, i cili lidhet drejtpërdrejt me kriteret e pjesmarrjes në studim dhe përcakton probabilitetin e përzgjedhjes së secilit pjesmarrës në studim. Madhësitë e rrjeteve sociale të vetë-raportuara konsiderohen si korniza e kampionimit që përdoret për të përlllogaritur peshimin për

nxjerrjen e vlerësimeve. Peshimi aplikohet në mënyrë të anasjelltë, ku atyre me madhësi më të mëdha të rrjetit shoqëror (aftësia për të rekrutuar më shumë pjesëmarrës dhe zakonisht të mbipërfaqësuar në një metodë standarde të kampionimit të topit të borës) u jepet relativisht më pak peshë dhe atyre me madhësi më të vogël të rrjetit shoqëror u sigurohet një peshë relativisht më e madhe. Për më tepër, të dhënat analizohen me modelimin matematikor të procesit të rekrutimit (lidhjet e rrjetit shoqëror të rekrutëve-rekrutuesve) për të gjeneruar probabilitetet relative të përfshirjes dhe për të matur nivelin e përpjekjes për rekrutim dhe homofili (rekrutimi jo i rastësishëm i personave me karakteristika të ngjashme me personin që rekruton). Procesi i rekrutimit, kush pjesmarrës ka rekrutuar kë, monitorohet nëpërmjet numrave unik në kuponin që zotëron secili prej pjesëmarrësve. Numrat unik të kuponit sigurojnë gjithashtu anonimitetin e pjesmarrësve në studim duke lidhur secilin të anketuar me pyetësin e tyre dhe rezultatet e testeve biologjike, duke shmangur kështu nevojën për të mbledhur emra, adresa ose informacione të tjera personale. Kur plotësohen të gjitha kërkesat metodologjike dhe teorike, RDS jep vlerësime të parametrave të popullatës mbi të cilat mund të bëhen konkluzione rreth karakteristikave dhe sjelljeve të popullatës së kampionuar (160,161).

Kampionimi për Popullatën Rome bë duke përdorur teknikat standarte të kampionimit në grupe të njëjsteve shtëpiake. Së pari, u rishikua dhe u verifikua hartëzimi i vendbanimeve Rome në Tiranë (162). Pas verifikimit të hartave, nga 11 vendbanime Rome të hartëzuara u përzgjedhën në mënyrë rastësore 3 prej tyre (secila prej tyre përfaqëson një grup). Së dyti, një metodë kampionimi rastësor u përdor për të përzgjedhur njësi shtëpiake të veçanta në tre grupet e përzgjedhura. Një mashkull dhe një femër, të moshës 18-49 vjeç, u përzgjedhën në mënyrë të rastësishme në çdo njësi shtëpiake për të marrë pjesë në studim. Të gjithë personat e përzgjedhur u ftuan të realizonin komponentët e studimit.

### **3.3 Kriteret e pranimit dhe kriteret përjashtuese**

#### **Popullata MSM**

Kriteret e pranimit:

- Mashkull që kanë pasur marrëdhënie anale me një mashkull tjetër gjatë vitit të fundit
- Mosha  $\geq 18$  vjeç
- Zotëron një kupon të vlefshëm rekrutimi
- Ka jetuar në zonën e studimit për të paktën tre muaj përpara studimit
- I aftë dhe i gatshëm për të dhënë pëlqimin e informuar me shkrim ose verbal për të marrë pjesë në studim

Kriteret e përjashtimit:

- Pjesëmarrja e mëparshme në studimin në të njëjtën ose në qendër tjetër të studimit
- Pamundësia për të dhënë pëlqim të informuar
- Nuk dëshiron të plotësojë një pyetësor të sjelljes



- Nuk dëshiron të japë gjak për testet për infeksione

### **Popullata PDI**

Kriteret e pranimit:

- Person qe ka injektuar drogë për qëllime jo-mjeksore ne muajin e fundit
- Mosha  $\geq 18$  vjeç
- Zotëron një kupon të vlefshëm rekrutimi
- Ka jetuar në zonën e studimit për të paktën tre muaj përpara studimit
- I aftë dhe i gatshëm për të dhënë pëlqimin e informuar me shkrim ose verbal për të marrë pjesë në studim

Kriteret e përjashtimit:

- Pjesëmarrja e mëparshme në studim në të njëjtën ose në qendër tjetër të studimit
- Pamundësia për të dhënë pëlqim të informuar
- Nuk dëshiron të plotësojë një pyetësor të sjelljes
- Nuk dëshiron të japë gjak për testet për infeksione

### **Popullata Rome**

Kriteret e pranimit:

- Person mashkull ose femër që e identifikon veten si Rome
- Mosha 18-49 vjeç
- I/e aftë dhe i gatshëm për të dhënë pëlqimin e informuar me shkrim ose verbal për të marrë pjesë në studim

Kriteret e përjashtimit:

- Pjesëmarrja e mëparshme në studim në të njëjtën ose në qendër tjetër të studimit
- Pamundësia për të dhënë pëlqim të informuar
- Nuk dëshiron të plotësojë një pyetësor të sjelljes

## **3.4 Madhësia e kampionit**

Formula e mëposhtme u perdor për përlllogaritjen e madhësisë së kampionit për MSM dhe PDI

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

Ku:

D= efekti i skicimit

$P_1$  = perqindja e vleresuar në kohën e vëzhgimit të parë

$P_2 - P_1$  = madhesia e ndryshimit qe kerkohet te zbulohet

$$P = (P_1 + P_2) / 2;$$

$Z_{1-\alpha}$  = i korespondon mundësisë për tq arritur në përfundimin se ndryshimi i vëzhguar ( $P_2 - P_1$ ) nuk do të kishte ndodhur rastësisht; dhe

$Z_{1-\beta}$  = i korespondon shkallës së besueshmërisë së dëshirueshme për të qenë të sigurt për zbulimin e madhësisë së ndryshimit ( $P_2 - P_1$ ) nëse ajo ka ndodhur

$$\alpha = 0.05 \quad (Z_{1-\alpha} = 1.65) \quad \beta = 0.20 \quad (Z_{1-\beta} = 0.84)$$

Për popullatën rome efekti i skicimit të kampionit u vlerësua 2. Niveli i saktësisë u vendos në 0.05 për testin e njëanshëm me fuqi 80%. Duke marrë në konsideratë mundësinë e mospërgjigjes madhësitë e kampionit u rritën me 10-15%

Bazuar në llogaritjet sipas formulës së mësipërme madhesia e dëshirueshme e kampionit sipas qyteteve paraqitet në tabelën e mëposhtme:

**Tabela 2. Madhesia e përllogaritur e kampionit për MSM, PDI dhe popullatën rome. (ne kllapa madhësia e arritur)**

	Tirana	Elbasan	Durres	Berat	Gjithsej arritur
MSM	300 (279)	150 (136)	150 (139)	-	554
PDI	300 (305)	150 (150)	150 (150)	150	755
Popullata Rome	415 (415)				

Duke marrë në konsideratë faktin që popullata e MSM dhe PDI është më e madhe në kryeqytet, dhe se shumë prej anëtarëve të këtyre komuniteteve, veçanërisht ata që janë më të hapur homoseksualë dhe më të rinj, vijnë të jetojnë në Tiranë për shkak të një mjedisi më pranues ndaj MSM-ve, madhësia e kampionit të studimit në Tiranë ishte më e madhe në krahasim me qytetet e tjera.

### 3.5 Procesi i rekrutimit

Fillimisht, për të dyja popullatat në studim, MSM dhe PDI katër fara u përzgjedhën për qytetin e Tiranës dhe dy për qytetet e tjera. Farat u zgjedhën me rrjete të mëdha shoqërore dhe bazuar në karakteristika të ndryshme; nga zona të ndryshme gjeografike të qyteteve, të martuar dhe të pamartuar, me vetë-identitete të ndryshme dhe me nivele të ndryshme socio-ekonomike (163). Megjithatë, bazuar në ecurinë e rekrutimit dhe faktin që disa fara nuk mundësuan rekrutimin e personave të tjerë, apo që zinxhirët e rekrutimit ndaluan së prodhuari, u shtuan më shumë fara në të gjitha qytetet. Farat u identifikuan përmes stafit të

organizatave që punojnë më komunitetin e MSM-ve dhe që ofrojnë shërbime parandaluese në këto qytete. Farave të identifikuara për popullatën e studimit iu dhanë secilit nga tre kuponë të koduar në mënyrë unike, të cilët u përdorën për rekrutimin e pjesëmarrësve të tjerë në studim. Kuponët numëroheshin në atë mënyrë që rekrutuesi origjinal (d.m.th. fara) të mund të njihej dhe që zinxhirët dhe numri i valëve të mund të gjurmoheshin (163). Fluksi i pjesëmarrësve, rritja e zinxhirit dhe marrja e kuponit u monitoruan në mënyrë elektronike, nga një bazë të dhënash e menaxhimit të kuponëve në Excel.

Personat që paraqitën një kupon të vlefshëm rekrutimi në qendrën e studimit u kontrolluan nëse plotësonin kriteret e pjesëmarrjes në studim, dhanë pëlqimin e informuar për një intervistë ballë për ballë, këshillim dhe testim për HIV, Sifiliz dhe Hepatit C. Çdo intervistë zgjati afërsisht 50 minuta. Pas intervistës, çdo të anketuari iu dha një numër i caktuar kuponësh (jo më shumë se tre kuponë) për t'i përdorur në rekrutimin e personave të tjerë. Nuk u mblodh asnjë informacion personal identifikues. Për të siguruar konfidencialitetin, pyetësorët e të anketuarve dhe testet biologjike u identifikuan duke përdorur një numër unik identifikimi të studimit të dhënë në kuponët e rekrutimit.

Për Popullatën Rome, u realizua kontakti i parë në shtëpi duke i ftuar personat e zgjedhur të vinin në vendin e studimit. Intervistues të trainuar plotësuan pyetësorin pas marrjes së pëlqimit me shkrim nga të intervistuarit (pjesëmarrësit u jepej mundësia për dhënien e pëlqimit me gojë në praninë e një dëshmitari nëse nuk dëshironin ta bënin me shkrim). Intervistuesit e kryenin plotësimin e pyetësorit vetëm për vetëm me të intervistuarin në një mjedis të veçantë.

### **3.6 Pasqyra e rekrutimit**

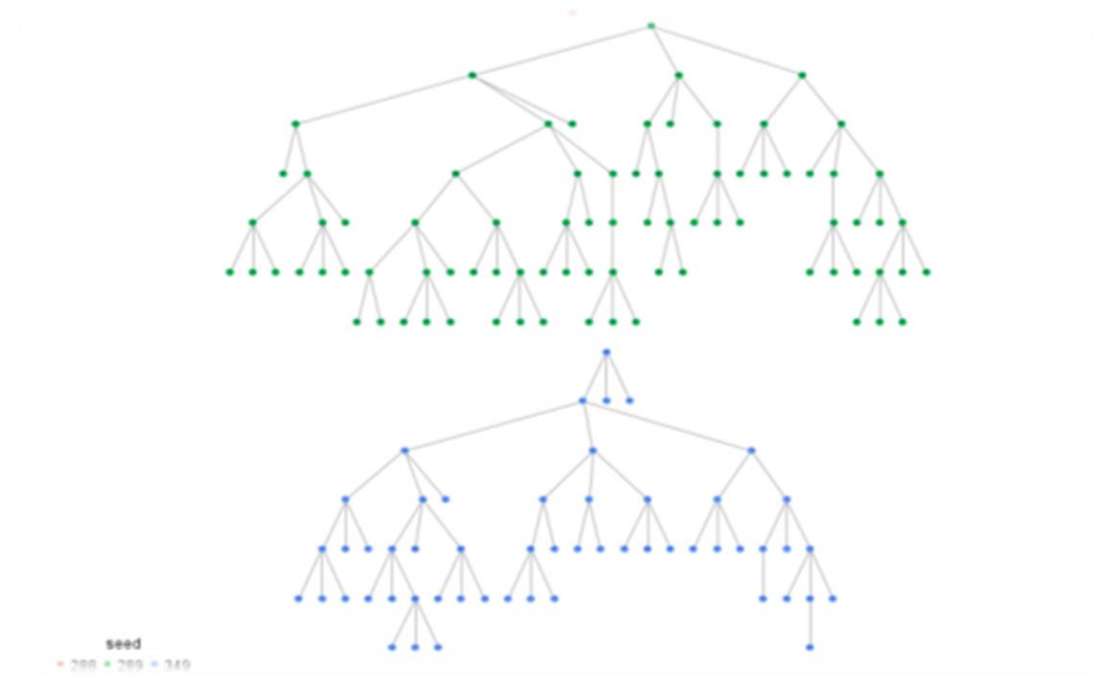
Për popullatën MSM Tirana kishte madhësinë më të madhe të kampionit të arritur me 279 pjesëmarrës në studim. Numri maksimal i valëve ishte në Elbasan (8 valë). Të kesh gjashtë ose më shumë valë rekrutimi konsiderohet adekuate për studimet RDS. Procesi i rekrutimit ishte i ngadaltë në të tre qytetet, duke rezultuar në shtimin e farave, dy në Tiranë dhe një për dy qytetet të tjera. Megjithatë, madhësia e planifikuar e kampionit pothuajse u arrit. Kjo mund të pasqyrojë nivelin e lartë stigmës ndaj komunitetit të MSM, gjë e cila sjell si pasojë fshehjen dhe moslidhjen e mirë në rrjete të kësaj popullate. Megjithatë, madhësia e kampionit të arritur për të gjitha qytetet u konsiderua si adekuate për analizën e studimit.

Për popullatën e PDI, Tirana kishte madhësinë më të madhe të kampionit të arritur me 305 pjesëmarrës në studim. Numri maksimal i valëve ishte në Tiranë (10 valë). Procesi i rekrutimit shkoi mirë në të gjitha vendet dhe nuk kishte nevojë për të shtuar më shumë fara për të arritur madhësinë e mostrës.

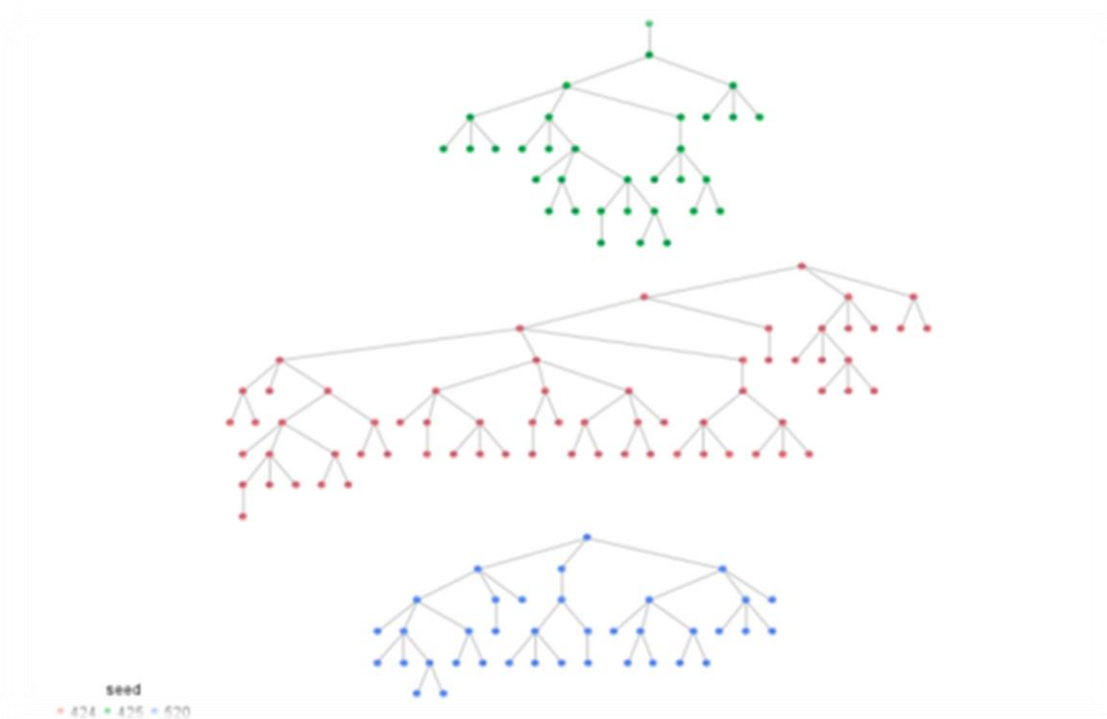
Grafikët e rekrutimit u krijuan për çdo qendër të krytjes së studimit për të zbuluar çdo gabim në numërimin e kuponit dhe për të vlerësuar numrin dhe përbërjen e zinxhirëve. Farërat janë në krye të çdo zinxhiri.



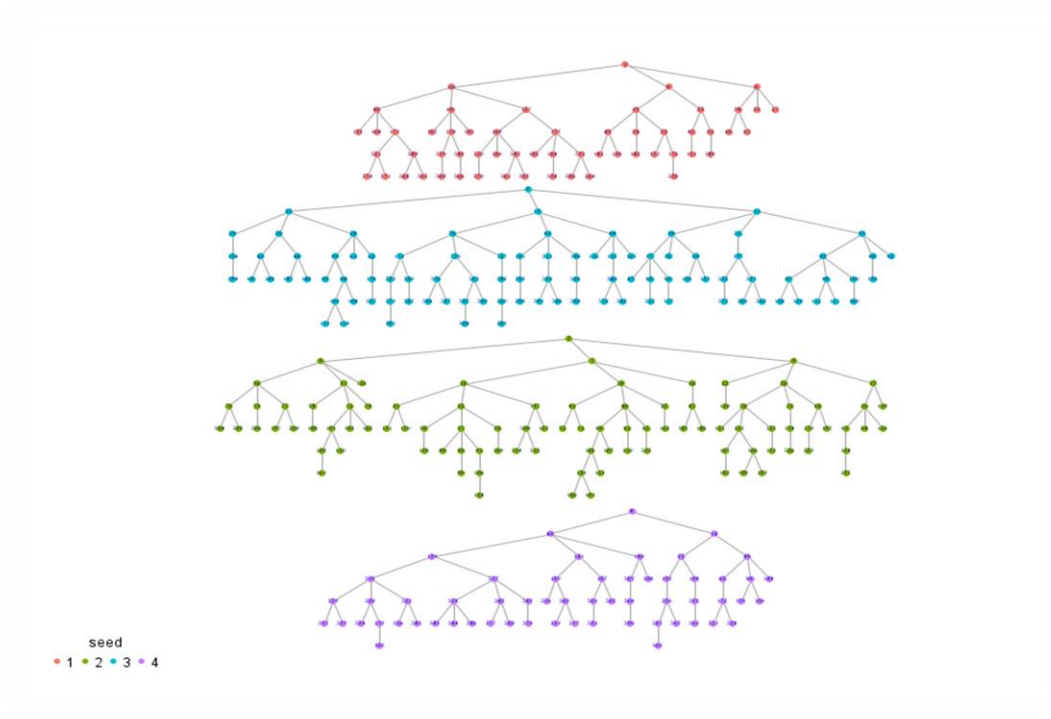
**Figura 1. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Tiranë**



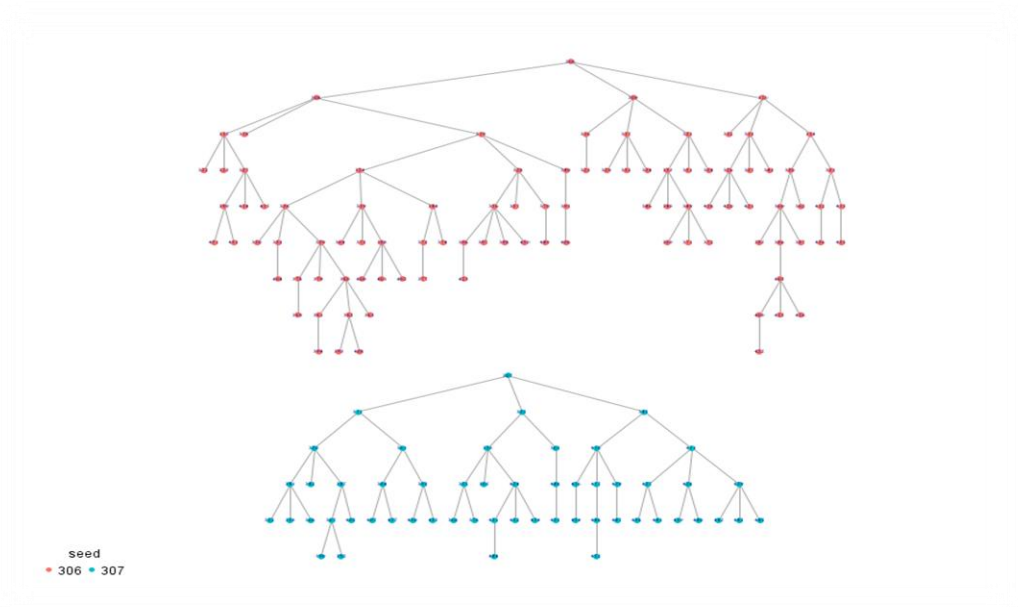
**Figura 2. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Durrës**



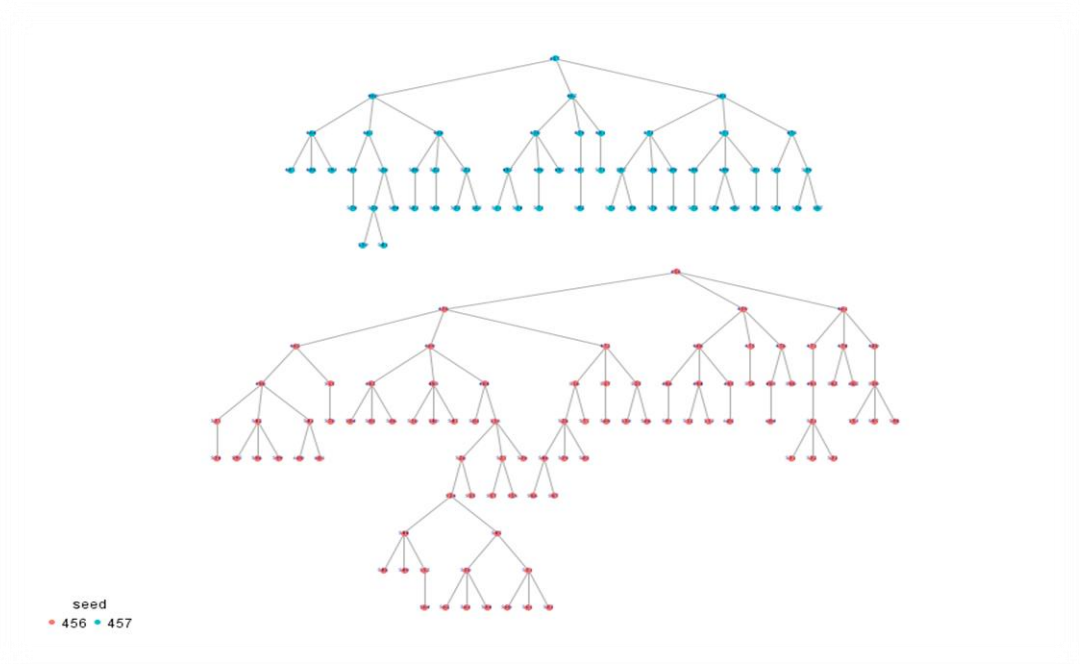
**Figura 3. Zinxhiri i rekrutimit të MSM-ve, Elbasan**



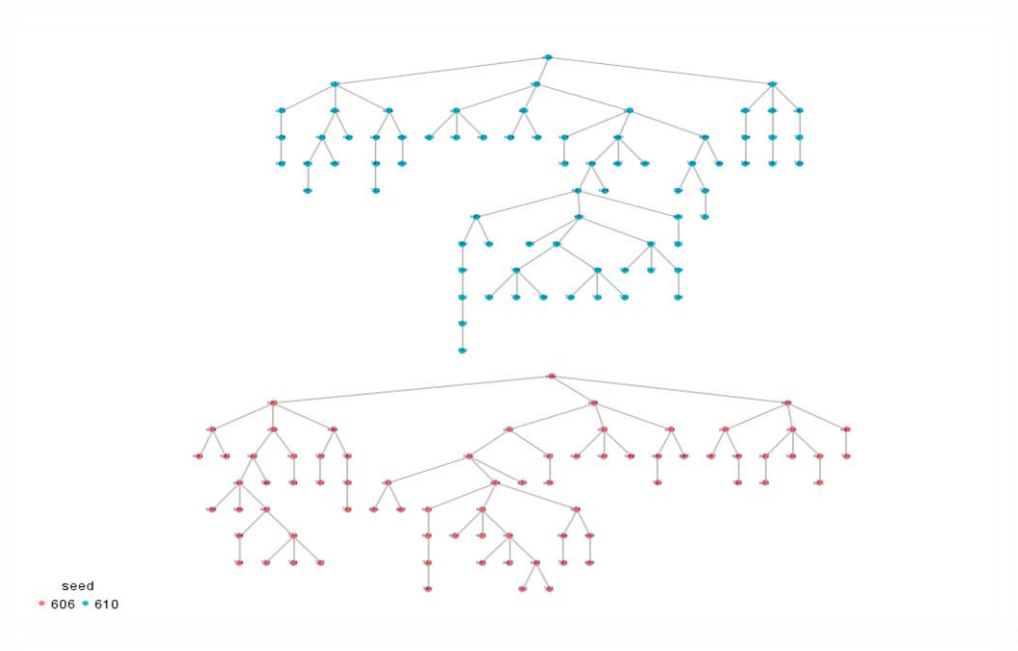
**Figura 4. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Tiranë**



**Figura 5. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Durrës**



**Figura 6. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Elbasan**



**Figura 7. Zinxhiri i rekrutimit të PDI-ve, Berat**

### **3.6 Mbledhja e të dhënave**

Për realizimin e studimit është përdorur një pyetësor i standardizuar i sjelljes i bazuar në udhëzuesin e OBSH për studimet biologjike dhe të sjelljes te popullatat kyç. Pyetësorët përfshijnë pyetje mbi: karakteristikat social-demografike, historinë seksuale dhe llojet e partnerëve, sjelljet e lidhura me injektimin e drogës, përdorimin e prezervativit, njohuritë për IST, simptomat e IST, njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet mbi HIV/AIDS, testimin për HIV, stigmën dhe diskriminimin të lidhur me HIV/AIDS, gjendjen shëndetësore dhe sjelljet e lidhura me shëndetin.

Vendndodhjet e kryerjes së studimit u përzgjedhën në mënyrë që të ishin të aksesueshme lehtësisht për pjesëmarrësit në studim dhe të sigurta. Para fillimit të intervistës u kontrollua kuponi i paraqitur nga pjesëmarrësi potencial për datën, origjinalitetin, për të konfirmuar nëse pjesëmarrësi i mundshëm nuk ishte regjistruar më parë. Përshtatshmëria e pjesëmarrësit të mundshëm u vlerësua përmes një interviste të shkurtër personale për të kontrolluar përshtatshmërinë duke plotësuar kriteret e pranueshmërisë të listuara më sipër. Pyetësorët u administruan pasi kishin marrë pëlqimin me shkrim të pjesëmarrësve. Çdo intervistë zgjati afërsisht 50 minuta.

### **3.7 Procedurat laboratorike**

Pas përfundimit të pyetësorit të sjelljes, pjesëmarrësit iu nënshtruan pjesës biologjike të studimit, e cila përbëhej nga sa vijon: këshillim para testit, teste të shpejta duke përdorur gjak të plotë të marrë me gisht, këshillim pas testit dhe referim për rezultate pozitive të IST. Rezultatet e testit u lidhën duke përdorur kodet unike të identifikimit të pjesëmarrësve. Në rast të një rezultati reaktiv, një mostër gjaku venoz u mor nga pjesëmarrësi për teste të mëtejshme konfirmuese. Testimi konfirmues u krye në Laboratorin Kombëtar të Referencës, në Institutin e Shëndetit Publik, duke përdorur analizën imunosorbente të lidhur me enzimën (ELISA) dhe Western Blot HIV1/2. Të gjithë pjesëmarrësit që kishin një test pozitiv të konfirmuar për HIV u referuan për ndjekje dhe kujdes të vazhdueshëm në QSUT.

### **3.8 Analiza statistikore e të të dhënave**

Një bazë të dhënash e hartuar paraprakisht në softuerin SPSS version 24, mundesoi hedhjen e të dhënave të mbledhura nga të gjitha qendrat e kryerjes së studimit. U përdorën frekuenca dhe tabela të kryqëzuara për të kontrolluar vlefshmërinë dhe logjikën e të gjitha variablave në grupet e të dhënave. Për PDI dhe MSM, të dhënat u transferuan nga programi SPSS në një program të veçantë për analizën e të dhënave të RDS (RDS Analyst) (164). Bazuar në të dhënat për rrjetin të mbledhura nga pjesëmarrësit në studimit, RDS Analyst bën të mundur vlerësimin e karakteristikave të një rrjeti më të gjerë të PDI dhe MSM.



Analiza përdori vlerësuesin e kampionimit të njëpasnjëshëm Giles. Vlerësuesi i kampionimit të njëpasnjëshëm përdor informacion në lidhje me madhësinë e popullatës së fshehur për të prodhuar vlerësime (165).

Parametra të tjerë të përdorur në analizën e univariate përfshijnë identifikimin e numrit unik të pjesëmarrësit në studim, numrin e kuponit të pjesëmarrësit dhe numrat e kuponit të rekrutimit që i jepen secilit pjesëmarrës dhe numrin maksimal të kuponëve. Të dhënat e madhësisë së rrjetit iu kërkuan të gjithë pjesëmarrësve për të përcaktuar numrin e personave që çdo pjesëmarrës njih dhe që plotëson kriteret e pranueshmërisë në studim. Ata me madhësi të rrjeteve më të mëdha marrin më pak peshë pasi probabiliteti i tyre për t'u përfshirë në studim është më i madh dhe ata me madhësi më të vogël të rrjetit marrin më shumë peshë pasi probabiliteti i tyre për t'u përfshirë është më i vogël.

Për analizën e agreguar, peshat e rrjetit u llogaritën nga RDS Analyst për çdo qytet të veçantë (çdo kampion u pa si një komponent i pavarur i rrjetit) dhe më pas u shtuan në bazën e të dhënave të përbërë nga të gjitha qytetet e kampionuara. Më pas u përlllogarit një peshë e popullsisë që merr në konsideratë ndryshimet në madhësinë e popullsisë për çdo qytet. Peshat e rrjetit dhe peshat e popullsisë u shumëzuan për të krijuar një peshë totale. Këto të dhëna u analizuan në SPSS me gabime standarde të llogaritura duke përdorur bootstrapping.

Disa teste statistikore u përdorën për të analizuar, përshkruar dhe vlerësuar të dhënat e këtij studimi. Ato u përzgjedhën në varësi të natyrës së variabëlve. Numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse u paraqitën për variablat kategorikë, ndërsa për variablat numerikë u përshkruan madhësitë e prirjes qendrore (vlera mesatare) dhe madhësitë e dispersionit (deviacioni standard).

Në paraqitjen e prevalencës të indikatorëve të ndryshëm u përlllogarit dhe intervali i besimit 95% përkatës, duke mundësuar një paraqitje më të qartë të prevalencës së vërtetë e fenomenit të matur në popullatë.

Për vlerësimin e lidhjeve statistikore midis variabëlve kategorike u përdor testi statistikor hi katror. Në rast se të dy variablet kategorikë kishin nga dy kategori secili, u përdor testi ekzakt i Fisherit (Fisher's exact test) i cili është superior dhe më e saktë se sa testi hi katror.

Në analizën e agreguar për të gjitha qytetet, për të përcaktuar faktorët e lidhur apo faktorët të cilët parashikojnë gjasat e pranisë së faktorëve të varur në studim u përdor Regresioni Logjistik Binar. Për të kontrolluar efektin e variabëlve të ndryshëm konfundues, u përdorën modelet të Regresionit Logjistik Binar të kontrolluar për variabla të caktuara. Për të testuar përshtatshmërinë e modeleve të regresionit logjistik, u përdor testi Hosmer-Lemeshow dhe domethënia statistikore e tij.

### 3.9 Konsiderata etike

Pjesëmarrja në studim ishte tërësisht në baza vullnetare. Çdo pjesëmarrës u informua për objektivat e studimit dhe u informua për opsionin për të mos iu përgjigjur asnjë pyetjeje të cilës nuk dëshironte t'i përgjigjej dhe për t'u tërhequr nga studimi në çdo kohë. Pas shpjegimit të kujdesshëm të studimit, secilit pjesëmarrës iu dha formulari i pëlqimit për të lexuar ose, nëse ishte e nevojshme, formulari i pëlqimit iu lexua të pjesëmarrësit nga një anëtar i stafit. Të gjithë pjesëmarrësit në studim ose nënshkruan ose deklaruan verbalisht se ata i kuptonin dhe ishin dakord me të gjitha pikat e përfshira në formularin e pëlqimit përpara se të regjistroheshin në studim. Megjithatë pjesëmarrësit dhanë pëlqimin e informuar, u ndërmorën disa procedura për të minimizuar rrezikun e zbulimit të të dhënave

- Emrat ose informacione të tjera identifikuese nuk janë shkruar në pyetësor
- Të gjitha materialet (pyetësor, formularë të tjerë) pas mbarimit të etapave të studimit u ruajtën në zarfa të mbyllyr.
- Stafi nuk kërkoi identifikim nga asnjë pjesëmarrës.

## KAPITULLI IV. REZULTATET

### 4.1 Përdoruesit e Drogave me Injektiv

#### 4.1.1. Karakteristikat socio-demografike të PDI

Më shumë se nëntë nga dhjetë pjesëmarrësit në studim ishin meshkuj, një trend i ruajtur pothuajse në të gjitha rrethet ku u krye studimi. Për shkak të numrit të vogël të femrave në kampionin e PDI-ve, gjetjet e studimit nuk janë ndarë sipas gjinisë. Moshë mesatare e PDI-ve pjesëmarrës ishte 32.8 vjeç. PDI ishin më të rinj në Elbasan dhe më të mëdhenj në Durrës. Në total, një në shtatë PDI ishin më të rinj se 24 vjeç, ndërkohë që në Berat dhe Elbasan një në pesë PDI i përkasin kësaj grupmoshe. Rreth 9% e PDI janë pa arsim (më e ulta në Elbasan 2%, dhe më e larta në Durrës, 12%) dhe pak më pak se 1/3 e tyre (29.2%) raportojnë të kenë mbaruar arsimin e mesëm (duke variuar nga 22.1 % në Berat në 35.9 Durrës) (Tabela 3)

**Tabela 3. Moshë, seksi dhe arsimimi i PDI**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Seksi</b>										

Mashkull	295	97 (95.3,98.7)	143	86.4 (77.2,96.1)	149	99.4 (98.7,100.0)	146	96.8 (94.3,99.4)	92.8	83.1,97.1
Femër	10	3 (1.3, 4.8)	7	13.6 (3.8,22.7)	1	0.5 (0.1,1.2)	4	3.1 (0.5,5.6)	7.2	2.8,16.8
<b>Mosha</b>										
Mesatarja	33.4		33.7		31.1		32.3		32.8	
Mesorja	33		33		30		32		32	
<b>Grupmosha</b>										
≤24 vjeç	39	12.9 (8.6,17.2)	20	16.9 (8.2,25.5)	28	19.7 (11.6,27.7)	31	19.9 (14.38,25.4)	14.3	6.5,22.4
>24 vjeç	266	87 (82.9,91.5)	130	83.1 (74.4,91.7)	122	80.3 (72.2,88.3)	119	80.1 (74.6,85.6)	85.7	72.8,96.2
<b>Arsimi</b>										
Pa shkollë	28	9.1 (5.6,12.7)	12	12.1 (0.6,22.9)	4	2 (0.2,3.8)	12	8.3 (4.3,12.6)	8.6	2.7,16.9
Niveli më i lartë i arsimit										
I ulët (9 vjet ose më pak)	207	66.8 (45.8,57.9)	104	55.6 (49.4,62.4)	104	67.9 (60.2,73.1)	117	77.2 (70.6,84.8)	65.9	56.8,71.2
I mesëm	81	28.7 (23.0,34.3)	38	35.9 (22.9,49.7)	40	29.1 (21.2,37.1)	32	22.1 (16.0, 28.2)	29.2	18.6,39.2
Universitet	17	4.5 (2.8,7.3)	8	8.5 (2.1,15)	6	3 (1.5-6.4)	1	0.7 (0.6, 2.1)	4.9	1.8,12.2

Më shumë se një e treta e popullatës të PDI (39%) ka qenë ndonjëherë i/e martuar (duke filluar nga 32% në Elbasan në 46% në Berat ) dhe më shumë se 90% janë martuar në moshën 18 vjeç e lart. Në kohën e studimit rreth dy të tretat e popullsisë PDI (68%) nuk ishin të martuar dhe nuk jetonin me një partner seksual, duke filluar nga 50% në Durrës deri në 73% në Elbasan. Rreth 17% e të gjithë PDI pjesëmarrës kanë shpenzuar një muaj ose më shumë larg shtëpisë në vitin e kaluar me variacione të konsiderueshme sipas qyteteve: 50% në Durrës, 39% në Elbasan dhe rreth 20% në Tiranë dhe Berat.

## 4.1.2. Përdorimi i alkoolit dhe drogës

### 4.1.2.1 Alkooli

PDI nuk kanë raportuar nivele të larta të përdorimit të alkoolit. Vlerësimet e popullatës, tregojnë se vetëm 7% e tyre konsumojnë alkool çdo ditë, ndërsa 34% konsumojnë alkool të paktën një herë në javë. Më shumë se gjysma e PDI-ve (62%) besohet se konsumojnë alkool më pak se një herë në javë ose kurrë (Tabela 4)

**Tabela 4. Përdorimi i alkoolit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shpeshësia e përdorimit të alkoolit (N=209)</b>										
Asnjëherë	226	75.0 (70.5,79.5)	84	55.2 (43.1,67.2)	77	53.8 (46.4,61.3)	125	83.8 (78.2,89.5)	52.6	39.0,65.8
Një herë në muaj	29	10.0 (6.4,13.3)	6	4.1 (0.3,8.1)	1	0.6 (0.2,1.5)	10	6.7 (3.2,10.2)	13.8	6.4,27.1

2-3 herë në javë	16	4.0 (2.1,6.0)	18	12 (5.4,18.9)	46	28.8 (21.3,36.2)	4	2.3 (0.3,4.4)	11.4	5.6,21.8
2-4 herë në javë	21	6.7 (4.0, 9.3)	28	22.3 (10.5,33.7)	16	10.2 (5,15.5)	7	4.96 (1.7,8.1)	15.9	7.1,31.8
4 ose më shumë herë në javë	13	4.4 (2.0,7.0)	14	6.1 (2.8,9.4)	10	6.3 (2.1,10.5)	4	2.0 (0.1,4.0)	6.1	2.4,14.7

## 4.1.2.2 Droga

### 4.1.2.2.1 Mosha në përdorimin dhe injektimin e parë të drogës

Rreth 42% e PDI-ve kanë përdorur për herë të parë drogë në moshën 18 vjeç ose më herët (duke filluar nga 39% në Berat në 71% në Durrës) ndërsa 7% kanë injektuar drogë për herë të parë në këtë moshë (nga 10% në Tiranë në 14% në Durrës). Përdorimi i hershëm i drogës (në moshën më pak se 14 vjeç) ishte më i lartë në Durrës (30%) dhe më i ulët në Tiranë (9%) dhe akoma më i ulët në rrethet e tjera (Tabela 5).

**Tabela 5. Mosha në përdorimin dhe injektimin e parë të drogës**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Mosha në përdorimin e parë të drogës</b>										
≤14 vjeç	30	9.0 (6.1,12.0)	41	29.8 (18,41.6)	6	5.4 (1.6,9.3)	7	4.4 (1.8,7.3)	8.1	3.4,18.3
15-18 vjeç	106	35.2 (29.5,40.9)	57	40.9 (30.0,52.1)	53	34.7 (26.7,42.6)	51	34.2 (27.3,41.0)	33.9	22.9,47.3
19-24 vjeç	118	40.5 (34.4,46.5)	36	20.5 (12.3,28.5)	67	45.5 (37.8,53.1)	54	36.9 (30.5,43.3)	30.5	17.0,41.0
≥ 25 vjeç	51	15.2 (10.7,19.8)	16	8.6 (3.3, 13.9)	24	14.3 (8.2,20.4)	38	24.3 (18.1,30.6)	27.4	17.0,41.0
<b>Mosha në injektimin e parë të drogës</b>										
≤14 vjeç	3	0.7 (0.1,1.4)	1	0.4 (0.3, 1.2)	0		1	0.6 (0.3, 1.7)	1.8	0.2,11.6
15-18 vjeç	27	9.6 (5.5,13.7)	22	13.3 (7.1,19.6)	5	3.6 (0.5,6.8)	3	2.1 (0.2,4.0)	5.5	1.6,16.8
19-24 vjeç	143	47.5 (41.7,53.4)	53	42.7 (31.7,53.6)	74	52.3 (43.3,61.1)	61	39.5 (33.1,46.0)	32.4	21.5,45.7
≥ 25 vjeç	132	42.2 (36.6,47.7)	74	43.4 (33.1,53.7)	71	44 (34.8,53.3)	85	57.6 (51.1,64.1)	60.3	46.7,72.4

### 4.1.2.2.2 Kohëzgjatja e përdorimit dhe injektimit të drogës

Rezultatet e agreguara për të gjitha qendrat e studimit tregojnë se 85% e PDI-ve kanë përdorur ndonjë drogë të paligjshme për më shumë se 5 vjet (duke filluar nga 74% në Elbasan deri në 93% në Durrës). Tre të katërtat e pjesëmarrësve në studim kanë injektuar drogë për më shumë se 5 vjet dhe një numër i vogël i PDI-ve (2.6%) kanë injektuar për 12 muaj ose më pak. Përqindja e PDI-ve që kanë injektuar drogë për më shumë se 5 vjet është më e lartë në Tiranë (61%) dhe më e ulët në Berat (31%) (Tabela 6).

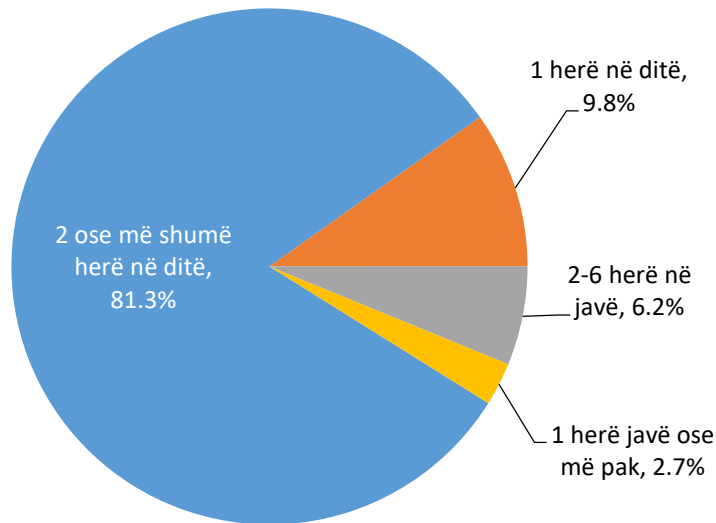
**Tabela 6. Kohëzgjatja e përdorimit dhe injektimit të drogës**

	Tiranë N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Kohëzgjatja e përdorimit të drogës</b>										
≤ 1 vit	0		0		2	1.1 (0,2,3.0)	0		0.1	NP*
2-5 vjet	43	13.4 (9.6,17.2)	8	7.1 (1.46,12.9)	35	24.7 (16.4,32.9)	35	23.7 (17.5,30.0)	14.6	8.0, 23.2
> 5 vjet	262	86.7 (82.8,90.4)	142	92.8 (87,98.5)	113	74 (65.6,82.6)	115	76.3 (70.0,82.5)	85.4	76.3,92.4
<b>Kohëzgjatja e injektimit të drogës</b>										
≤ 1 vit	19	6.2 (3.4,9.0)	6	4.7 (0.5,8.7)	24	18.7 (11.6,25.7)	18	12.3 (7.8,16.7)	2.6	0.6,9.8
2-5 vjet	99	33.3 (27.9,38.6)	54	46.6 (34.9,58)	58	40.3 (32.5,48.1)	85	57.1 (50.0,64.0)	21.8	12.9,34.5
> 5 vjet	187	60.5 (55.2,65.9)	90	48.6 (37.3,60.3)	62	40.9 (32.4,49.4)	46	30.7 (24.0,37.3)	75.1	62.7,84.9

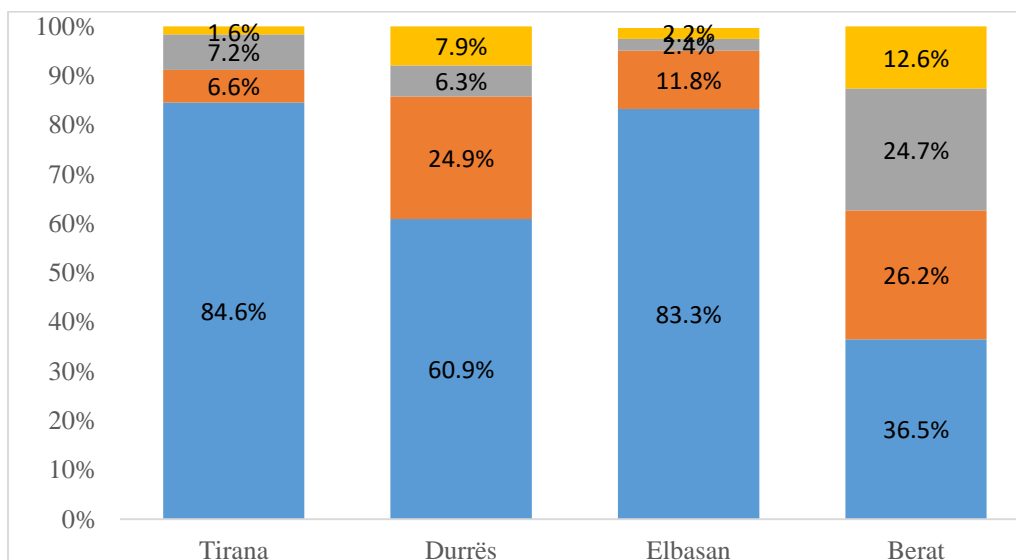
\*Nuk përlloraritet

#### 4.1.2.3 Shpeshtësia e injektimit të drogës në muajin e fundit

Për sa i përket shpeshtësisë së injektimit të drogës në muajin e fundit, më shumë se 4 në 5 PDI (81%) kanë injektuar 2 ose më shumë herë në ditë gjatë muajit të kaluar (Grafiku 1). Vërehen variacione të mëdha sipas qyteteve në studimi, që shkojnë nga 37% në Berat, në 83% në Elbasan, dhe 85% në Tiranë (Grafiku 2).



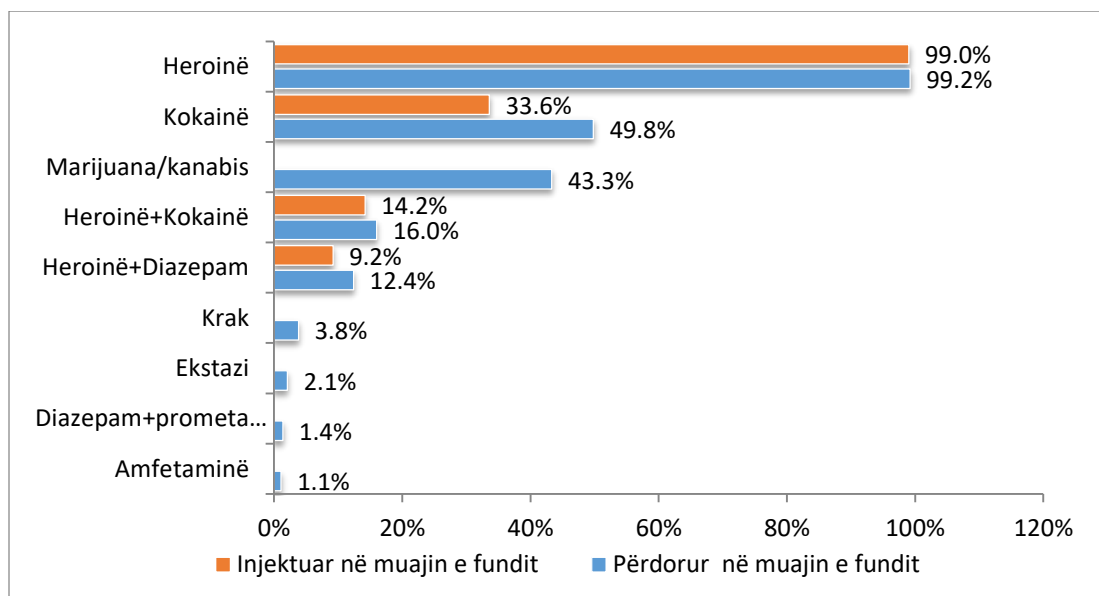
**Grafiku 1. Shpeshtësia e injektimit të drogës**



**Grafiku 2. Shpeshësia e injektimit të drogës sipas qyteteve**

#### 4.1.2.4 Llojet e drogës të përdorur dhe injektuar në muajin e fundit

Në përgjithësi, droga më e përdorur gjatë muajit të fundit ishte heroina (99%) e ndjekur nga kokaina (50%) dhe marihuana/kanabisi (43%) ndërsa amfetaminat u përdorën nga vetëm 1% e popullatës të PDI-ve. Pothuajse të gjithë PDI (99%) kanë injektuar heroinë gjatë muajit të kaluar, rreth një e treta (34%) kanë injektuar kokainë dhe 16% kanë injektuar heroinë dhe kokainë (Grafiku 3).



**Grafiku 3. Prevalenca e drogave të përdorura dhe të injektuara gjatë muajit të fundit**

Për sa i përket vendndodhjes së studimit, heroina është përdorur nga pothuajse e gjithë popullata e PDI-ve në Tiranë, Durrës dhe Elbasan dhe nga më shumë se nëntë të dhjetat e popullatës të PDI-ve në Berat. Përdorimi i kokainës muajin e kaluar ishte veçanërisht i lartë në Elbasan (69%) dhe Durrës (62%), prevalenca e përdorimit të marihuanës ishte më e lartë në Elbasan (79%) ndërsa prevalenca e përdorimit të heroinës dhe diazepamit ishte më e lartë në Berat (43%). Prevalenca e injektimit të heroinës ndjek nga afër prevalencën e përdorimit të heroinës në rajon. Është interesante se prevalenca e injektimit të kokainës dhe kokainës së bashku me heroinën ishte më e larta në Tiranë (përkatësisht 39% dhe 17%) dhe Durrës (përkatësisht 30% dhe 13%), ndërsa injektimi i heroinës së bashku me diazepam u raportua nga 43% PDI-ve në Berat dhe 27.4% e PDI-ve në Durrës (Tabela 7).

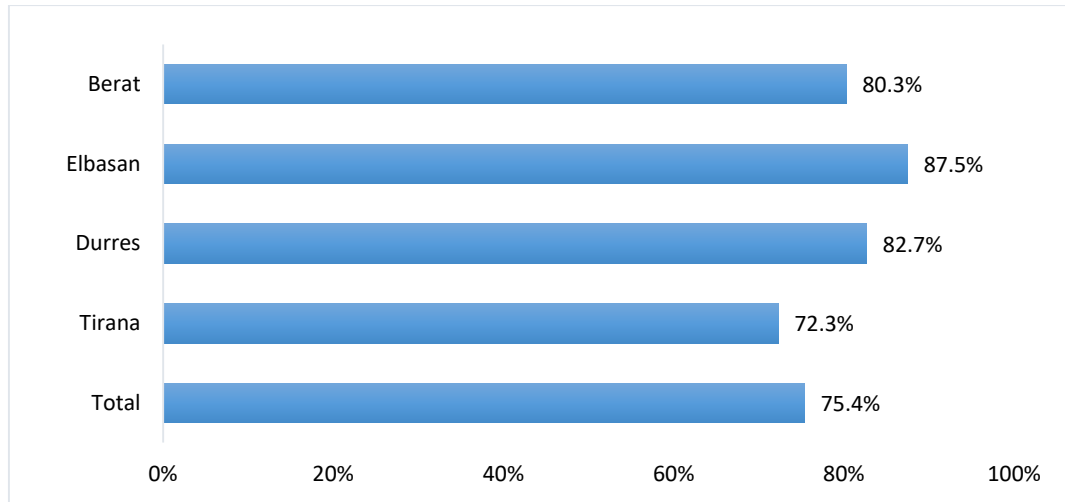
**Tabela 7. Droga të përdorura dhe të injektuara në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Drogat e përdorura në muajin e fundit</b>										
Heroinë	305	100	145	96.7 (93.3,99.0)	145	97.1 (95.3,98.9)	137	91.9 (88.4,95.4)	99.2	98.2,99.9
Kokainë	150	46.5 (40.3,52.3)	99	61.8 (50.2,73.3)	107	68.5 (6.3,76.5)	35	23.5 (17.5,29.3)	49.8	37.2,60.6
Heroinë +kokain	53	16.4 (12.5, 20.2)	34	19.5 (11.8,27.9)	21	14.8 (8.5, 20.9)	3	1.9 (0.2, 3.6)	16	9.6,28.3
Heroinë +valium	26	8.1 (5.1,11.2)	47	27.6 (18.1,36.8)	26	16.9 (10.5,23.3)	62	43 (35.0,50.0)	12.4	3.7, 24.4
Krak	4	0.8 (0.2,1.3)	9	3.5 (1.4,5.8)	38	23.3 (15.7,30.8)	7	4.3 (106,7.1)	3.8	0.1,8.2
Amfetam ina	1	0.3 (0.12, 0.8)	1	1.4 (1.3,4.3)	8	5.5 (1.8,9.3)	1	0.5 (0.3, 1.4)	1.1	0.1,4.3
Valium +prometa zinë	4	1.8 (0.3,2.0)	6	2.6 (0.3, 5.1)	2	1.8 (0.7,4.3)	0		1.4	0.1,9.6
Ekstazi	7	2.1 (0.3,4.0)	2	0.8 (0.3,2.0)	6	3.5 (0.9,6.2)	1	0.5 (0.3, 1.4)	2.1	0.3,12.5
Marihua na/kanab is	118	35.7 (29.9,41.4)	72	51.3 (39,63.6)	120	79.1 (73.1,85.1)	94	63.4 (56.4,70.3)	43.3	33.5,55.4
<b>Drogat e injektuara në muajin e fundit</b>										
Heroina	305	100	141	95.6 (92.1,99.1)	147	98 (96.2,99.9)	137	91.8 (88.5,95.2)	99.0	98,99.8
Kokaina	127	39.3 (33.3,45.1)	62	29.9 (21,39.1)	10	8.1 (2.7,13.4)	12	8.1 (4.3, 11.8)	33.6	24.6,44.5
Heroinë + kokainë	55	17.3 (13.1, 21.1)	28	12.9 (8.2,17.5)	0		1	0,6 (0.2,1.5)	14.2	5.2, 22.3
Heroinë +valium	20	6.2 (3.3,9.1)	46	27.4 (18.4,36.4)	1	1.2 (1,3.6.0)	61	42.1 (35.0,49.2)	9.2	3.5,19.2

#### 4.1.2.5 Sjelljet e shkëmbimit të ageve dhe pajisjeve të injektimit

##### 4.1.2.5.1 Injektimi me age/shiringë sterile në injektimin e fundit të drogës

Në përgjithësi, rreth tre të katërtat (75%) e popullatës të PDI-ve përdorën age/shiringë sterile herën e fundit që kanë injektuar drogë; kjo shifër ishte më e larta te PDI në Elbasan (88%) dhe më e ulëta në Tiranë (72%) (Grafiku 4).



**Grafiku 4. Përdorimi i ages/shiringës sterile në injektimin e fundit të drogës**

##### 4.1.2.5.2 Frekuenca e injektimit me age të përdorura në muajin e kaluar

Gjatë muajit të fundit rreth 42% e popullatës së PDI-ve ka injektuar drogë të paktën 1 herë me age të përdorura; 17% e popullatës të PDI kanë injektuar me age të përdorura të paktën gjysmën e kohës gjatë muajit të kaluar.

Prevalenca e injektimit me age të përdorura të paktën një herë në muajin e kaluar ishte më e lartë në Tiranë (48%). Gjithashtu përqindje më të larta të PDI në Tiranë (19%) raportojnë të kenë patur sjellje të tilla të rrezikshme shumë shpesh (gjithmonë ose shumicën e kohës) gjatë muajit të kaluar krahasuar me qytetet e tjera në studim (Tabela 8).

**Tabela 8. Shpeshësia e injektimit me age të përdorura gjatë muajit të kaluar**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Frekuenca e injektimit me gjilpëra të përdorura gjatë 1 muajit të fundit</b>										
Rreth gjysmë e kohës	2	0.3 (0.1,0.6)	8	4.4 (0.9,7.9)	1	0,6 (0,5,1,8)	3	2.2 (0.1,4.7)	0.8	0.1, 3.0



Kurrë	158	51.9 (45.9,57.6)	127	79.3 (68.8,90.0)	113	78.4 (71.9,84.9)	107	71.71 (64.5,78.9)	58.4	46.1,70.5
Ndonje here	86	29 (23.6,34.8)	13	12.6 (2.8,21.4)	19	12.1 (6.9,17.3)	20	13.0 (8.3,17.6)	24.9	15.3,38.3
Shumicën e herëve	31	9.9 (6.4,13.3)	2	3.6 (1.5,8.6)	17	8.7 (5,12.3)	11	7.25 (3.3, 11.0)	9.0	3.1,16.5
Gjithmonë	28	8.9 (5.7,12.1)	0		0		9	5.7 (2.4,9.1)	6.8	1.5,15.3

#### 4.1.2.5.3 Shkëmbimi i ageve/shiringave në muajin e fundit

Prevalenca më e lartë e sjelljeve të rrezikshme të lidhura me injektimin në Tiranë mbështetet edhe nga konstatimi se 48% e popullatës së PDI-ve në Tiranë shkëmbyen age/shiringa në muajin e kaluar, shifra më e lartë krahasuar me vendet e tjera të studimit (Tabela 9).

Nga ana tjetër, 88% e atyre që shkëmbyen age/shiringa e bënë këtë me një shok, 18% me një shpërndarës droge, 6% shkëmbyen me dikë në vendin e injektimit dhe partneren e rregullt seksuale.

Fenomeni i shkëmbimit të ageve/shiringave me një shok në muajin e fundit ishte më i përhapur në Elbasan (98%) dhe pak i pranishëm në Durrës (64%); shkëmbimi me një shpërndarës droge ishte shumë i rrallë në Durrës (2%) dhe Elbasan (2%), por shumë më i zakonshëm në Tiranë (20%) dhe Berat (17%).

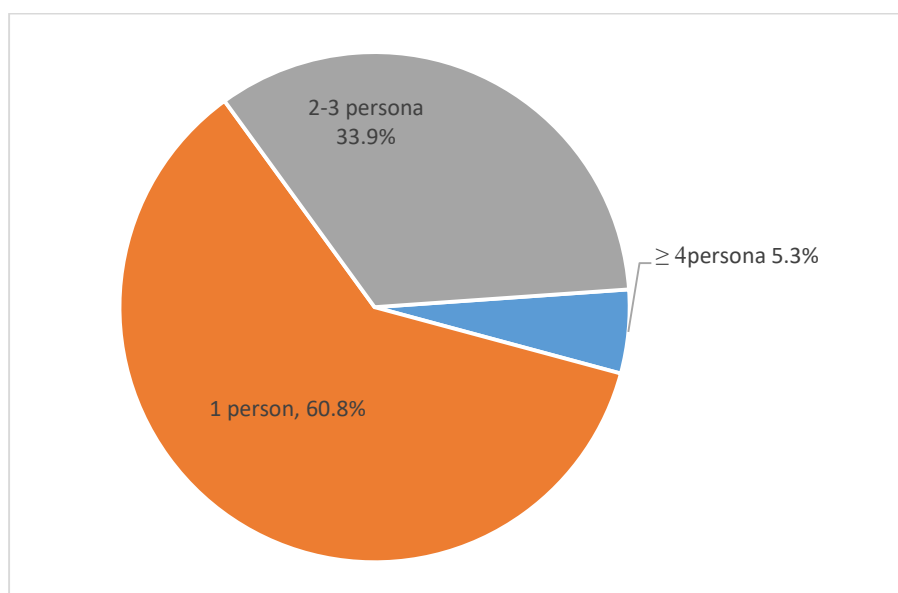
Më shumë se një e katërta e PDI-ve në Berat që kanë shkëmbyer age/shiringa në muajin e fundit e bënë këtë me dikë në vendin e injektimit (26%), 15% e ndanë me një injektues profesionist; në Durrës 28% shkëmbyen age/shiringa me partneren/in e tyre të rregullt seksual (Tabela 9).

**Tabela 9. Shkëmbimi i ageve/shiringave në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shkëmbyer age/shiringa në muajin e fundit</b>										
	147	48.2 (43.0,53.8)	23	15.3 (9.3,21.3)	38	22.2 (15.7,28.5)	43	28.2 (21.4,34.1)	41.6	30.0,54.3
<b>Llojet e njerëzve me të cilët i intervistuari ka shkëmbyer age/shiringa në muajin e fundit (nga ata që kanë shkëmbyer)</b>										
Partneri i rregullt seksual	9	4.9 (0.1,9.7)	3	28.4 (9,50.8)	0		0		6.3	2.5,15.0
Partner seksual që nuk e njihnit	1	0.6 (0.1,1.5)	0		0		1	1.9 (2.0, 5.8)	1.7	0.2,10.6
Shok	129	89.0 (83.8,94.2)	16	63.9 (37.1,89.8)	37	98.4 (95.5,99.8)	37	86.9 (79.1,94.7)	88.2	71.4,93.2
Shpërndarës droge	28	19.6 (11.7,27.7)	1	2.2 (10,14.3)	1	1.5 (3.3,6.2)	8	17.3 (5.4,28.7)	17.5	9.5, 27.0

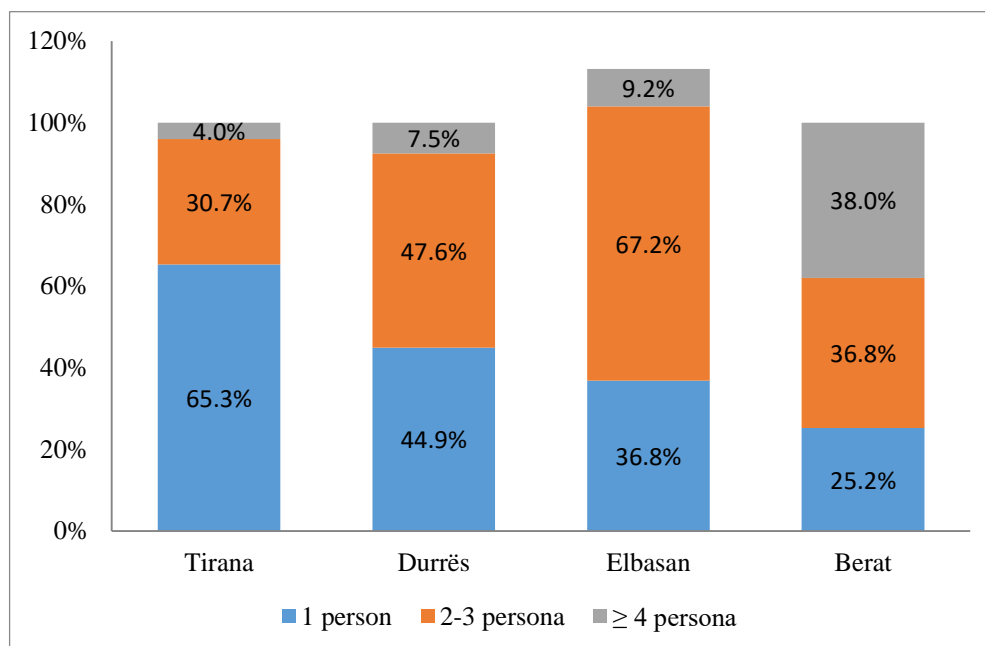
Injektues profesionist	6	4.1 (0.1,10.0)	1	0.9 (1.6, 2.9)	0		7	15.4 (3.6,27.1)	4	0.1,12.5
Dikë në vendin e injektimit	8	5.4 (0.1,11.5)	3	10.7 (11.3,32.0)	4	8.3 (4.5,20.8)	11	25.7 (12.6,38.9)	6.3	1.8,16.6
<b>Numri i persoanve me të cilët i intervistuari ka shkëmbyer age/shiringa në muajin e fundit</b>										
1 person	91	65.3 (55.9,74.5)	11	44.8 (33.7,56.1)	7	23.6 (5.7,42.4)	12	25.2 (12.7,36.7)	60.8	50.5, 73.4
2-3 persona	49	30.7 (21.3,39.8)	10	47.5 (47.9,47.9)	26	67.1 (44.4,89.6)	15	36.7 (22.4,51.7)	33.9	22,1,44.6
≥4 persona	7	4.0 (1.3,6.6)	2	7.5 (4.1,33.7)	5	9.2 (0.8,16.7)	16	38.0 (26.6,49.6)	5.3	2.0,12.5

Në përgjithësi, 61% e PDI-ve që shkëmbyen age/shiringa e bënë këtë me 1 person në muajin e fundit dhe 34% shkëmbyen me 2-3 persona (Grafiku 5).



**Grafiku 5. Numri i personave me të cilët kanë shkëmbyer age/shiringa në muajin e kaluar**

Sipas qyteteve shkëmbimi me një person haset shumë më shpesh në Tiranë (65%), ndërsa shkëmbimi me 2-3 persona ishte më i zakonshme në Elbasan (67%). Në Berat më shumë se një e treta e PDI që shkëmbyen age/shiringa e bënë këtë me të paktën 4 persona të tjerë (Grafiku 6).



**Grafiku 6. Numri i personave me të cilët janë shkëmbyer age/shiringa në muajin e kaluar sipas qyteteve**

#### **4.1.2.5.4 Shpeshësia dhe mënyra e pastrimit të ageve/shiringave dhe injektimi me age të pastra gjatë muajit të fundit**

Tre të katërtat e PDI-ve që kanë shkëmbyer age/shiringa i kanë pastruar çdo herë ose shumicën e kohës që kanë injektuar gjatë muajit të fundit, por një e katërta raportojnë ta kenë bërë këtë vetëm ndonjëherë. Pastrimi i ageve të përdorura çdo herë në muajin e fundit ishte veçanërisht i ulët në Elbasan (7%) dhe më i lartë në Tiranë (61%) ndërsa pastrimi vetëm ndonjëherë ishte më i lartë në Berat (30%) dhe Tiranë (26%) (Tabela 10).

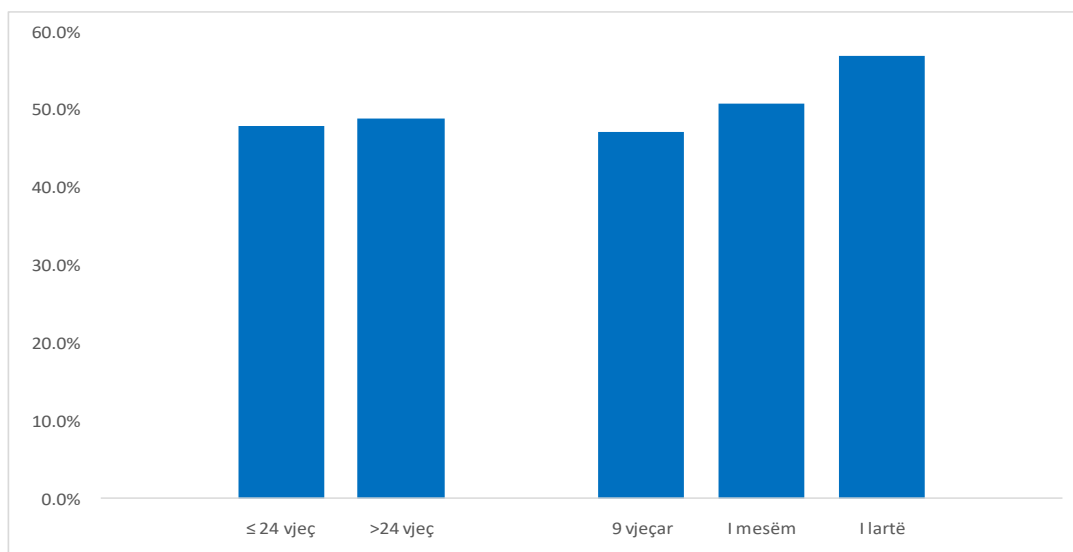
Metoda më e zakonshme për pastrimin e ageve ishte me ujë të ftohtë që raportohet nga 75% e PD-ve që kanë shkëmbyer pajisjet e injektimit, e ndjekur nga uji i nxehtë (21%). Përdorimi i ujit të ftohtë si agjent pastrimi ishte veçanërisht i lartë në Durrës (84%), uji i nxehtë ishte metoda e dytë më e përdorur e pastrimit të PDI në Tiranë (22%) dhe Elbasani kishte përqindjen më të lartë të PDI (31%) që përdorin zierjen si një metodë për pastrimin e ageve (Tabela 10).

**Tabela 10. Shpeshësia dhe mënyra e pastrimit të ageve dhe injektimit me age të pastra në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shpeshësia e pastrimit të ageve të përdorura në muajin e fundit</b>										
Kurrë	0		0		1	1.9 (0,1,3.8)	0		0.1	-
Ndonjëhere	36	25.8 (18.3,33.6)	2	22.1 (0.3,44.6)	3	10.6 (3.9,25.4)	13	30.2 (17.6,42.7)	24.9	16.8,36.3
Shumicen e kohes	19	13.0 (7.5,18.5)	6	22.7 (7.6,37.2)	31	80.7 (66.8,94.4)	18	42.4 (30.6,54.2)	18.2	10.4-21.2
Gjithmonë	92	61.2 (53.1,69.0)	15	55.3 (33.4,76.5)	2	6.6 (0.4,14)	12	27.4 (15.4,39.1)	56.7	44.2,67.4
<b>Metoda e pastrimit të ageve (n=306)</b>										
Alkooli	1	1.1 (1.0,1.3)	3	7.4 (12.4, 27.3)	0		5	10.3 (2.2,18.0)	1.7	0.1,7.7
Duke zier	3	2.0 (0.1,4.8)	2	5.2 (5.2,5.2)	21	31.1 (20.3,42.3)	0		1.4	0.1,8.3
Ujë të ftohtë	110	74.8 (67.3,82.3)	37	83.9 (58.8,98.2)	52	68.9 (57.6,79.6)	30	71.7 (59.6,84.2)	75.1	62.0,87.1
Ujë i nxehtë	32	21.7 (15.0,29.3)	2	2.5 (14.7,19.5)	0		8	18.0 (7.4,28.2)	21.4	12.1,33.4
Zbardhues	1	0.4 (0.1,1.5)	0		0		0		0.3	-
<b>Shpeshësia e injektimit me age të pastra gjatë muajit të fundit</b>										
Kurrë	2	0.3 (0.1,0.7)	0		0		0		0.3	NP*
Ndonjëhere	60	17.9 (13.6, 22.2)	11	15.2 (4,26.3)	18	9.3 (5.3, 13.2)	23	15.3 (9.8, 20.7)	16.6	9.7,26.2
Pothuajse çdo herë	85	29.9 (24.6,35.3)	12	5.2 (2.3,8.1)	20	12.6 (7.4, 17.7)	20	13.0 (8.5,17.4)	24.8	14.9,36.5
Gjithmon	158	51.7 (45.9,57.7)	127	79.5 (68.2,90.8)	112	78 (71.0,85.0)	107	71.7 (64.6,78.7)	58.4	46.8,70.3

\*Nuk përllogaritet

Gjatë muajit të fundit rreth 58% e PDI-ve kanë injektuar drogë me age të pastra çdo herë që janë injektuar (duke filluar nga 52% në Tiranë në 80% në Durrës). Injektimi vetëm disa herë me age të pastra u praktikua nga 17% e PDI-ve, shifër kjo më e lartë në Tiranë (18%) dhe më e ulta në Elbasan (9%). PDI më të arsimuar dhe më te mëdhenj në moshë raportojnë ti kenë pastruar më shpesh aget/shiringat në muajin e fundit (Grafiku 7).



**Grafiku 7. Pastrimi i ageve/shiringave në muajin e fundit sipas grupmoshës dhe nivelit arsimor**

#### 4.1.2.5.5 Dhënia, huazimi, shitja ose marrja me qera e ageve dhe shiringave të përdorura

Në përgjithësi, rreth 37% e popullatës të PDI ka dhënë, shitur ose marrë me qera age dhe shiringa të përdorura, çdo herë ose pothuajse çdo herë që kanë injektuar, tregues ky më i lartë në Durrës (57%). Gjatë muajit të fundit, rreth 91% e PDI e kanë bërë këtë me një shok, 17% me një shpërndarës droge, dhe rreth 8% me partnerin e rregullt seksual (Tabela 11). Huazimi, shitja ose dhënia me qera e ageve të përdorura te një shok ishte më e përhapur në Tiranë (93%) dhe Berat (89%).

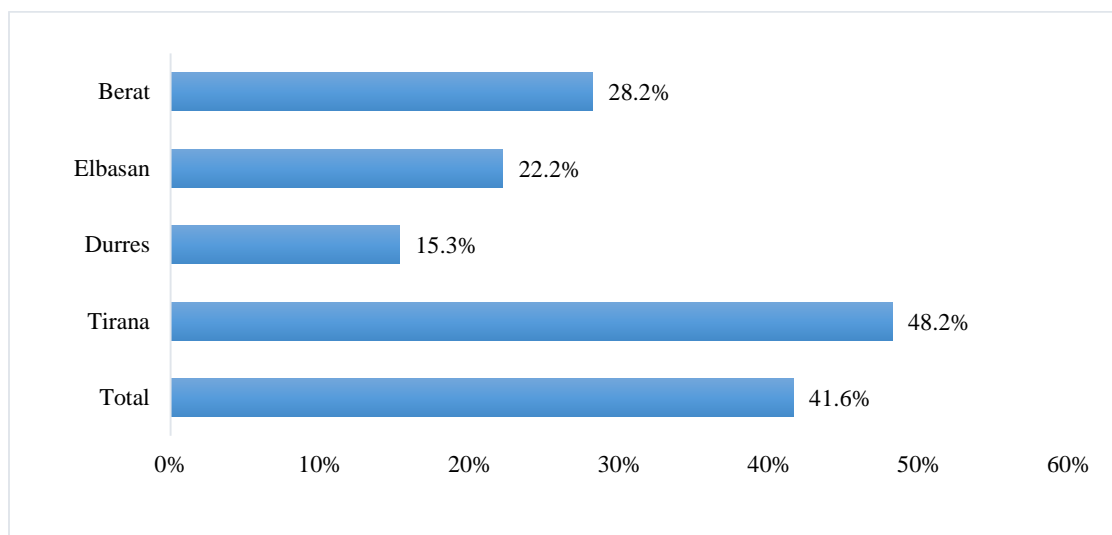
**Tabela 11. Shpeshësia e huazimit, shitjes, marrjes me qera të ageve të përdorura në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shpeshësia e huazimit, shitjes, marrjes me qira të ageve të përdorura në muajin e fundit</b>										
Kurrë	4	2.8 (0.5,5.3)	1	3.1 (3,0)	3	7.5 (0.7,14.2)	4	9.1 (2.3, 15.9)	3.3	0.1, 9.5
Ndonjëhere	86	61.3 (53.7,69.6)	13	40.2 (11.5,66.1)	19	53 (41.9,65.7)	24	54.1 (38.7,69.0)	59.6	45.7,72.3
Pothuajse çdo herë	27	16.0 (10.0,21.7)	9	56.5 (30.4,85.3)	17	39.3 (27.1,50.20)	8	20.52 (7.0,34.2)	19.7	11.4,29.3
Gjithmonë	30	19.7 (14.1,25.2)	0		0		7	16.1 (7.6,24.8)	17.4	10.3,28.4

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
Nuk e di	0		0		0		0		0	
<b>Llojet e personave me të cilët i intervistuari ka dhënë hua, shitur, marrë me qera age të përdorura në muajin e fundit (jo kufizuar në një përgjigje)</b>										
Partneri juaj i zakonshëm seksual	12	7.1 (0.7,13.5)	4	21.2 (4.8,38.5)	0		0		7.6	2.5,15.0
Një partner seksual që nuk e njihnit	2	1.0 (0.1,2.5)	0		0		5	13.2 (0.0,26.4)	1.2	0.1, 7.6
Nje shok	140	93.1 (88.9,97.5)	26	58.6 (36,80.2)	0		35	88.9 (78.9,98.8)	91.2	83.9,98.4
Një tregtar	28	18.6 (11.5,25.9)	4	8.7 (7.0,24.2)	2	4.2 (5.8,14.1)	7	18.5 (6.2,31.0)	17.1	11.6,30.6
Dikush që nuk e njihje	6	3.2 (1.3,7.2)	1	2.2 (9.3, 13.9)	0		6	16 (2.8,29.2)	3.3	0.4,1.9
Dikush në rrugë	3	2.0 (0.1,4.5)	0		0		4	10.9 (0.7,22.9)	1.5	0.1,6.8
Ripërdorimi i pajisjeve tuaja	0		0		0		1	2.5 (- 4.0,9.1)	0.1	-

### Përdorimi i shiringës së mbushur paraprakisht në muajin e fundit

Në përgjithësi, rreth 42% e popullsisë të PDI-ve ka përdorur shiringë të pambushur në muajin e fundit me shifrën më të lartë të raportuar në Tiranë (48%) dhe më të ulët (15%) në Durrës (Grafiku 8).



**Grafiku 8. Përdorimi i një shiringë të pambushur në muajin e fundit sipas qyteteve**

Në përgjithësi, rreth 11% e popullatës të PDI-ve kanë injektuar drogë me një shiringë të mbushur më parë, të mbushur më pas, ose e kanë përdorur atë për të ndarë dozat e drogës në muajin e fundit (Tabela 12). Ky fenomen ishte më i përhapur në Tiranë (13%) dhe Berat (13%), më i ulët në Elbasan (8%) dhe shumë i ulët në Durrës (rreth 1%).

**Tabela 12. Parambushja, pasmbushja, ndarja e dozës në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej n=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Frekuenca e parambushjes, pasmbushjes dhe ndarjes së dozës në muajin e fundit</b>										
kurrë	182	59.4 (53.2,65.6)	109	73 (62.1,83.3)	64	44 (35.1,53.1)	113	75.5 (69.2,81.9)	59.6	47.3,72.0
Ndonjehere	82	27.5 (22.1,32.9)	39	26.4 (16.1,37.3)	73	47.7 (38.5,57.1)	17	11.6 (7.0, 16.0)	29.2	18.1,41.4
Pothuajse çdo herë	12	3.47 (1.5,5.4)	2	0,5 (0,1)	13	8.1 (4,12.1)	12	7.9 (4.1,11.6)	3.9	0,2,10,5
Gjithmon	29	9.6 (6.1,13.0)	0		0		8	4.9 (1.9,7.8)	7.4	2.3,17.8

#### 4.1.2.6 Shkëmbimi i pajisjeve të injektimit

##### 4.1.2.6.1 Shpeshtësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit

Rreth 47% e popullatës së PDI kanë shkëmbyer pajisjet e injektimit çdo herë ose pothuajse çdo herë në muajin e fundit. Prevalenca e kësaj sjellje të rrezikshme ishte më lartë në Elbasan (77%) dhe më e ulët në Berat (24%). Rreth 49% e popullatës së PDI-ve ka marre drogë nga një enë e përbashkët e përbashkët çdo herë ose pothuajse çdo herë në muajin e fundit (Tabela 13). Ky fenomen është shumë më i përhapur në Elbasan (76%) dhe haset më pak në Berat (24 %).

**Tabela 1. Shpeshtësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej n=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shpeshtësia e shkëmbimit të pajisjeve të injektimit në muajin e fundit</b>										
Kurrë	103	33.2 (28.6,38.4)	47	35.6 (25.4,45.3)	9	5.8 (2,9.6)	95	63.9 (57.0,70.6)	31.4	21.1,42.7
Ndonjehere	65	23.1 (18.0, 28.3)	44	20.5 (13.5,27.4)	29	16.7 (11.3, 22.2)	19	12.2 (7.7,16.8)	21.8	14.5,33.7
Pothuajse çdo herë	67	22.6 (17.6,27.3)	27	12 (6.6,17.4)	107	72.8 (65.4,80.1)	27	18.2 (12.7, 23.6)	27.1	18.7,39.2
Gjithmonë	70	21.1 (16.6, 25.5)	32	31.9 (18.2,45.8)	5	4.5 (1,8)	9	5.6 (2.6,8.5)	19.7	10.3,31.8
<b>Shpeshtësia e marrjes së drogës nga një enë e përbashkët në 1 muajin e fundit (n=315)</b>										
Kurrë	96	31.1 (26.1,35.9)	38	24.8 (16.1,33.1)	10	6.5 (2.4, 10.6)	94	63.1 (56.6,69.7)	28.7	23.0,33.4
Ndonjehere	70	24.7 (19.5,30.0)	35	20.6 (12.6,28.6)	31	17.9 (11.7, 24.1)	20	12.9 (8.3, 17.6)	23.1	18.9,28.0
Pothuajse çdo herë	68	22.6 (17.5,27.5)	27	11.7 (6.4,16.8)	105	71.8 (64.2,79.4)	27	18.1 (12.7, 23.5)	26.9	22.0,32.4
Gjithmonë	71	21.6 (17.0, 26.3)	50	31.8,54.2)	4	3.6 (0,7.2)	9	5.7 (2.5,8.8)	21.2	16.6,30.4

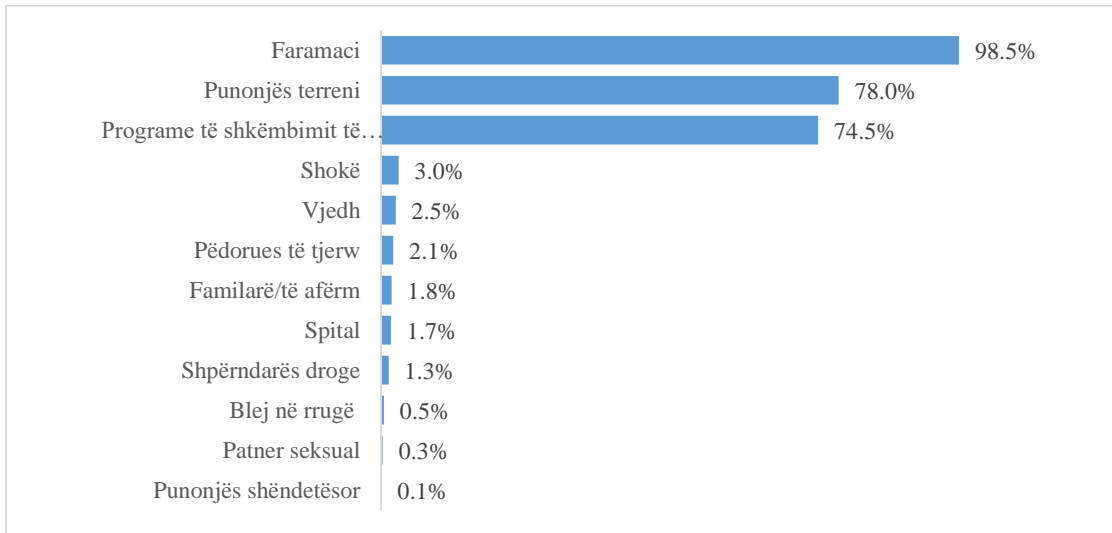
Në përgjithësi, pothuajse e gjithë popullata e PDI-ve është në gjendje të sigurojë shiringa të reja, të papërdorura kur nevojitet dhe pothuajse çdo PDI njih një vend/person për këtë (Tabela 14).

**Tabela 14. Aftësia për të siguruar age/shiringa të reja, të papërdorura kur nevojiten dhe njohja e vendeve/personave ku mund të sigurohen**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej n=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95%
<b>Mund të siguri një shiringa të reja, të papërdorura kur është e nevojshme</b>										
	305	100	150	100	150	100	148	98.6 (97.0,99.9)	99.9	
<b>Një një person/vend mund të marrë shiringa të reja, të papërdorura</b>										
	305	100	150	100	150	100	148	98.6 (97.0,99.9)	99.9	
Mund të sigurojë age/shiringa të reja të papërdorura nga:										
Farmaci	297	97.4 (95.4,99.0)	147	99.4 (98.8,99.7)	148	98.8 (97.4,100.2)	147	99.3 (98.8,99.7)	98.5	98.2,99.7
Punonjës shëndetësor	0		3	1 (0.2,1.0)	0		0		0.1	-
Spital	4	1.3 (0.1,2.6)	6	1.6 (0.7, 2.5)	9	5.5 (2.2,8.8)	2	1.3 (-0.2, 2.9)	1.7	0.5,3.7
Punonjës outreach	267	87.5 (82.9,91.1)	103	60 (46.7,72.5)	47	32.6 (25.5,39.6)	84	56.9 (51.2,62.8)	78	75.7, 82.4
Familja/të afërmit	7	2.3 (2.0,4.3)	3	1.5 (0.4, 2.6)	0		0		1.8	0.5,3.3
Partneri seksual	2	0.7 (0.1,2)	0		0		0		0.3	-
Shokë	9	3.0 (1.0,4.9)	5	1.37 (0.3,2.3)	2	1.8 (0.1,3.8)	2	1.2 (0.1, 2.3)	3	0.8,6.8
Përdorues e tjerë të drogës	5	1.6 (0.1,3.3)	9	5.3 (1.2,9.5)	1	1.2 (0.4, 2.9)	1	0.6 (0.4,1.7)	2.1	0.7, 4.2
Shpërndarës droge	4	1.3 (0.3,3.0)	4	1.5 (0.2, 2.8)	2	0.8 (0.1,5.0)	0		1.3	0.2, 3.0
Program i shkëmbimit të shiringave	233	76.4 (71.5,81.3)	96	56.3 (44.9,67.7)	86	57.3 (48.6,65.9)	100	68.6 (62.8,74.5)	74.5	71.0,81.4
Vjedh	5	1.6 (0.3,3.5)	21	15.3 (7.7,22.8)	1	0.5 (0.3, 1.4)	4	2.2 (0.5, 3.9)	2.5	0.1,3.7
Ble në rrugë	1	0.3 (0.1,1.7)	0		1	0.5 (0.1,1.2)	0		0.5	-

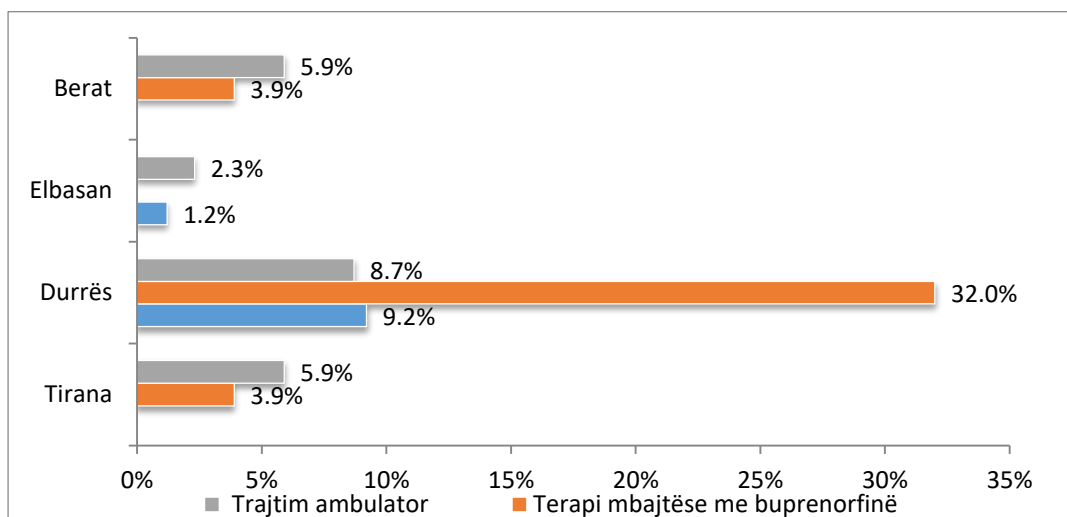
Në përgjithësi, 99% e popullatës të PDI e dinë mund të sigurojnë age/shiringa të reja, të papërdorura në farmaci, 78% përmendën punonjës outreach dhe 75% programin e shkëmbimit të shiringave si burim për gjetjen e ageve/shiringave të reja, të papërdorura (Grafiku 9).





**Grafiku 9. Burimet ku mund të sigurohen age/ shiringa të reja, të papërdorura kur është e nevojshme**

Farmacia është burimi kryesor për sigurimin e ageve/shiringave të reja, të papërdorura në çdo vend studimi (të dhënat mungojnë për Durrësin), duke filluar nga 97% në Tiranë në 99% në Berat, Punonjësit outreach dhe programet e shkëmbimit të shiringave si burim i tillë përmenden respektivisht nga 88% dhe 76% e popullatës të PDI në Tiranë, shifra dukshëm më të larta krahasuar me përqindjet përkatëse që përmendin këto burime në qytetet e tjera e tjera ku u krye studimi (Grafiku 10).



**Grafiku 10. Burimet për sigurimin ageve/shiringave të reja, të papërdorura kur nevojiten, sipas qyteteve**

#### 4.1.2.7 . Trajtimi i drogës

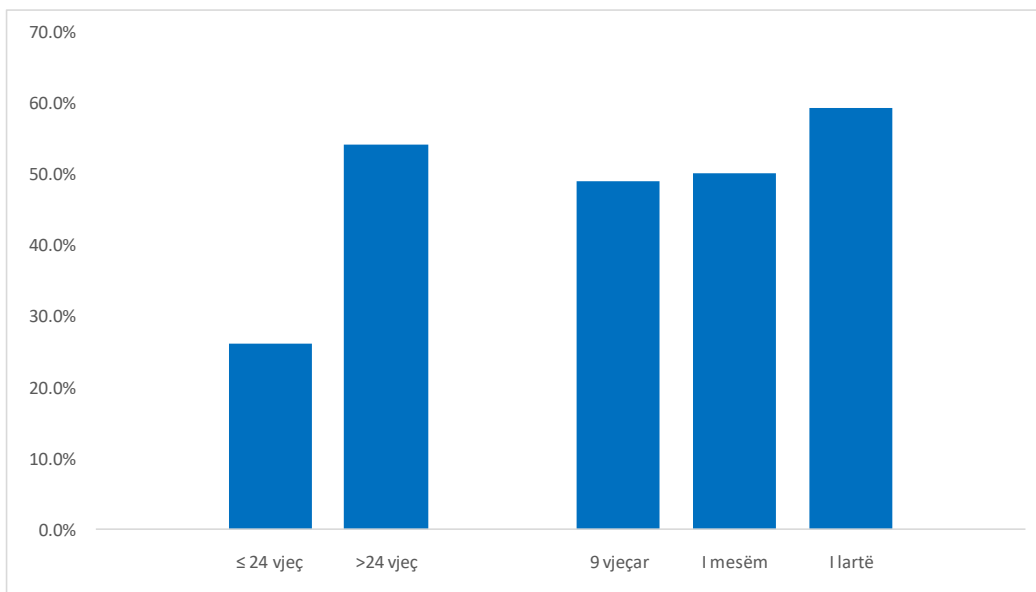
Vlerësimet në popullatë tregojnë se rreth dy të pestat (40%) e të gjithë PDI-ve nuk kanë marrë kurrë ndonjë trajtim për varësinë e tyre ndaj drogës, ndërkohë që pothuajse gjysma e tyre janë aktualisht nën trajtim (Tabela 15). Përqindja e PDI-ve që nuk kanë marrë ndonjëherë trajtim për varësinë nga droga vështë shumë më i lartë në Berat (63%) dhe Elbasan (48%) krahasuar me të gjithë popullatën e PDI-ve, ndërsa në Durrës është mjaft i ulët (20%). Nga ana tjetër, dy të tretat e popullatës të PDI-ve (67%) në Durrës ishin nën trajtim në momentin e studimit, që është më e lartë se përqindja e e popullatës totale korresponduese, ndërsa në Berat vetëm 1/3 (29%) e PDI ishin aktualisht nën trajtim.

Rreth 5% e popullatës të PDI ishte e regjistruar në një qendër publike trajtimi për shkak të përdorimit të drogës në kohën e studimit, shifra më e lartë ishte në Durrës (15%) dhe më e ulët në Elbasan (4%), ndërsa nuk ka të dhëna për Tiranën (Tabela 15).

**Tabela 15. Në trajtim për shkak të përdorimit të drogës dhe lloji i trajtimit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej n=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>I janë nënshtruar trajtimit/kanë marrë ndihmë për shkak të përdorimit të drogës</b>										
Aktualisht po i nënshtrohet trajtimit ose merr ndihmë	155	49 (43.6,54.2)	112	66.6 (52.8,80.1)	66	45.3 (35.6,54.9)	43	29.3 (22.8,35.7)	49.7	40.4,51.6
Ishte, por nuk po merr më trajtim apo ndihmë	34	10.8 (7.5,14.1)	16	13.9 (5.4,22.4)	12	7.1 (3.4, 10.8)	10	7.4 (3.5, 11.3)	10.6	4.0,15.3
Nuk kanë marrë kurrë trajtim apo ndihmë	116	40.2 (34.8,45.6)	22	19.5 (8.7,30.3)	72	47.5 (37.5,57.6)	97	63.2 (56.7,69.7)	39.7	30.1,49.5
<b>Llojet e trajtimit dhe ndihmës së marrë (n=326)</b>										
Trajtim ambulator	11	4.6 (0.3,8.7)	45	32 (20.3,42.6)	0		2	3.9 (1.7,10.5)	7.9	5.2,11.6
Detoksifikim me metadon	7	3.5 (1.2,6.7)	14	9.2 (3,15.3)	1	1.2 (0.5,4.1)	0		3.9	2.2,6.8
Terapi mbajtëse me metadon	174	92.1 (88.5,95.8)	111	86.6 (76.4,96.7)	76	98 (94.2,99.8)	52	96.7 (90.8,98.8)	92.1	88.1,94.8
Terapi mbajtëse me buprenorfinë	11	5.0 (2.9,9.6)	14	8.7 (3.0,14.4)	2	2.3 (0.4, 7.0)	3	5.9 (2.3, 14.4)	6.3	3.8,10.1
Detoksifikimi me barna të tjera	7	3.8 (1.6,6.8)	11	6.4 (1.2, 11.5)	7	10.9 (1.6,20.5)	2	3.2 (1.7,8.2)	4.6	2.7,7.4
Detoksifikimi pa drogë	3	1.6 (0.1,3.4)	2	1.1 (0.3, 3.3)	0		2	3.4 (1.6,8.4)	1.4	0.4,3.9
Rehabilitim rezidencial	6	3.2 (1.1,5.8)	5	2 (0.1,4.2)	0		3	5.3 (1.9,12.5)	2.4	1.1,5.1
Ndihmuar/detyruar të linte menjëherë	1	0.2 (0.1,1.6)	12	9.7 (2.1,17.2)	0		2	5.0 (2.9,14.2)	2.2	0.7,5.0
<b>I regjistruar qendër publike trajtimi për shkak të përdorimit të drogës</b>										
			11	14.7 (5.9,23.5)	2	4.0 (3.0, 11.2)	5.7	2.3,11.7	5.2	2.1,12.3

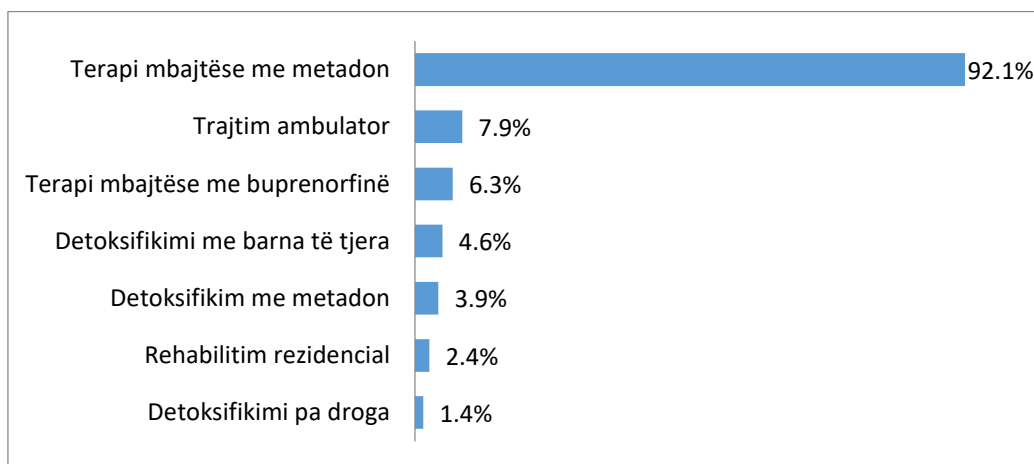
Përqindja e atyre që janë aktualisht në trajtim, ose kanë marrë ndonjëherë trajtim është më e lartë në te PDI e rritur krahasuar me ata më të rinj, dhe te ata me arsim të lartë



**Grafiku 11. Përqindja e PDI në trajtim sipas grupmoshës dhe nivelit arsimor**

#### 4.1.2.7.1 Llojet e trajtimit dhe ndihmës së marrë

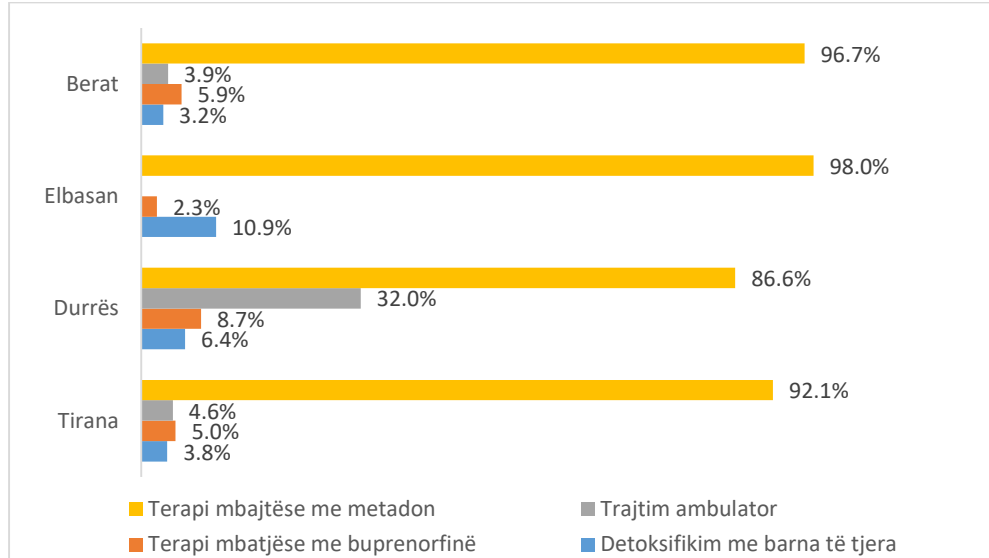
Nga personat që marrin trajtim, Terapi Mbjtëse me Metadon (MMT) ishte terapia më e zakonshme (92%), e ndjekur nga trajtimi ambulator (8%) dhe 6% raportojnë të jenë në terapi mbajtëse me buprenorfinë (Grafiku 12).



**Grafiku 12. Llojet e trajtimit dhe të ndihmës së marrë, sipas vendit të studimit**

Terapia Mbjtëse me Metadon është është trajtimi më i zakonshëm nga 98% e popullatës e PDI-ve në Elbasan (98%) në Durrës (87%). Këshillimi ambulator, detoksifikimi me

metadon dhe terapia mbajtëse me buprenorfinë janë më të përhapura në Durrës (Grafiku 13)



**Grafiku 13. Llojet kryesore të trajtimit dhe ndihmës së marrë, sipas qytetit**

### 4.1.3. Sjellja seksuale dhe përdorimi i prezervativit

Pothuajse e gjithë (99%) popullata e PDI-ve ka kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale dhe 83% e kanë kryer në gjashtë muajt e fundit (Tabela 16). Përqindja e popullatës të PDI-ve të përfshirë ndonjëherë në marrëdhënie seksuale ishte e ngjashme në të gjitha qytetet e përfshira në studim, por kryerja e marrëdhënieve seksuale në 6 muajt e fundit ishte më e ulët në popullatën e PDI në Berat (72%).

#### 4.1.3.1 Moshë në marrëdhënien e parë seksuale

Më shumë se nëntë në dhjetë (92%) të intervistuar raportojnë se marrëdhënien e parë seksuale e kanë kryer në moshën 18 vjeç ose më herët (Tabela 16). Kjo shifër është më e madhe në Durrës (95%) dhe Tiranë (92%), Në Durrës më shumë se një e katërta (30%) e të intervistuarve kanë kryer marrëdhënien e parë seksuale në moshën 14 vjeç ose më herët .

**Tabela 2. Marrëdhëniet seksuale dhe moshë në marrëdhënien e parë seksuale**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IBs
<b>Kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale</b>										

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IBs
	303	99.4 (98.9,100)	150	100	147	98 (96.6,99.5)	147	98.2 (96.5,99.9)	99.3	
<b>Kryer mardhënie seksuale në në 6 muajt e fundit</b>										
	257	83.8 (78.9,88.8)	123	83.7 (76.5,90.9)	124	83.5 (77,89.9)	107	71.9 (66.3,77.5)	83.4	74.7,90.0
<b>Mosha në seksin e parë</b>										
≤14 vjet	28	8.9 (5.8,12.0)	42	29.5 (19.3,38.0)	13	9.2 (4.8,13.5)	12	8.0 (3.9,12.7)	11.1	5.0,19.7
15-18 vjeç	249	83.5 (79.7,87.2)	97	65.6 (55.2,75.6)	115	76.5 (69.6,83.4)	116	78.3 (72.3,84.6)	80.6	70.9,89.5
> 18 vjet	26	7.6 (4.9,10.3)	11	4.7 (1.2,8.5)	19	14.2 (8,20.4)	19	13.4 (8.0,18.9)	8.3	3.6,16.0

### 4.1.3.2 Partnerët e rregullt

#### 4.1.3.2.1 Përdorimi i prezervativit

Rreth dy të tretat (64%) e të intervistuarve kanë patur marrëdhënie seksuale me partnerin e tyre të rregullt në 6 muajt e fundit, dhe më shumë se një e treta (37%) kanë përdorur prezervativ herën e fundit qe kanë patur seks me partnerin e rregullt, ndërsa 24% kanë përdorur kondom në mënyrë të vazhdueshme në të gjitha herët që kanë patur seks me partnerin e tyre të rregullt (Tabela 17). Prevalenca e përdorimit të prezervativit në seksin e fundit me partnerin e rregullt ishte më e lartë në Tiranë (42%) dhe më e ulët në Elbasan (26%). Përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit me partnerin e rregullt seksual në 6 muajt e fundit ishte më i larti në Tiranë (30%) dhe më i ulëti në Elbasan (2%) dhe Durrës (6%).

**Tabela 17. Partnerët e rregullt. Mardhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur marrëdhënie seksuale me partnerin e rregullt gjatë 6 muajve të fundit</b>										
	200	63.1 (57.1,69.2)	89	65.6 (56.1,74.9)	95	66.6 (59.8,73.4)	85	55.9 (48.2,63.5)	63.5	54.8,72.4
<b>Përdorur prezervativit në seksin e fundit me një partner të rregullt</b>										
	83	42.2 (34.2,50.2)	15	10.4 (5,15.1)	22	26.4 (17.5,35.8)	28	31.4 (20.9,41.3)	36.6	27.1,46.2
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnerin e rregullt</b>										
	61	30.0 (23.5,36.3)	8	5.9 (1.7,9.9)	2	1.7 (0.3, 3.6)	19	20.9 (13.9,27.4)	23.7	16.5,30.3
<b>Kush sugjeroi përdorimin e prezervativit</b>										
Partneri	1	0.8 (0.1,2.4)	1	9.4 (5.2,22.7)	2	7.8 (4.5,22.5,4)	3	10.9 (2.6,24.4)	1.9	0.4,8.1
I intervistuari	71	85.0 (73.5,96.7)	13	85.3 (62,92.2)	11	52.2 (31.8,73.8)	20	72.2 (59.4,85.1)	81.9	77.9,88.3
Vendim i përbashkët	11	14.1 (2.5,25.6)	1	5.2 (3.1,7.0)	9	39.8 (19.6,59.4)	5	16.9 (5.3,28.1)	16.1	7.1,27.4

Përdorimi i prezervativit gjatë seksit me partnerin e rregullt është sugjeruar nga vetë i intervistuari në rreth tre të katërtat e rasteve (72%), dhe në 17% të rasteve ishte një vendim i përbashkët (Tabela 17). Në Tiranë dhe Durrës, vetë i intervistuari ishte ai që vendosi përdorimin e prezervativit me partnerin e rregullt seksual në shumicën dërrmuese të rasteve (rreth 85%), ndërsa në Elbasan prevalenca e një vendimi të përbashkët për përdorimin e prezervativit ishte më e ulëta (40%).

#### 4.1.3.2.2 Arsyet për të mospërdorimin e prezervativit në mardhënien e fundit seksuale me partnerin e rregullt

Arsyeja më e zakonshme për mospërdorimin e prezervativit në seskin e fundit me partnerin e rregullt është “nuk mendova se ishte i nevojshëm” (89%), ndjekur nga "pakëson kënaqësinë" (58%) (Tabela 18). Arsye të tjera janë përmendur nga një numër shumë i vogël i të intervistuarve dhe asnjë prej tyre nuk e ka shmangur përdorimin e prezervativit për shkak të çmimit. "Nuk mendova se ishte i nevojshëm", ishte arsyeja më shpesh e përmendur në Elbasan (97%) dhe Berat (96%), shqetësimi për pakësimin e kënaqësisë gjatë seksit ishte më i lartë në Tiranë (69%) dhe më i ulëti në Durrës (19%), kundërshtimi i partnerit ishte relativisht i lartë në Durrës (10%) dhe Berat (9%) ndërsa turp për të blerë prezervativ ishte veçanërisht i lartë në Berat (15%).

**Tabela 18. Arsyet e mospërdorimit të prezervativit në mardhënien e fundit seksuale partnerë të rregullt**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Arsyet për të mospërdorimin e prezervativit në seksin e fundit me partnerin e rregullt</b>										
I padisponueshëm	0		0		0		2	3.4 (2.4,9.2)	0.7	0.1,2.0
Shumë e shtrenjtë	0		0		0		0		0	
Turp për të blerë	0		0		0		7	14.5 (2.6,26.9)	0.5	0.1, 1.8
Pakëson kënaqësinë	80	68.7 (60.2,77.1)	8	18.5 (1.6,36.3)	34	47.4 (37.1,58)	32	55.8 (45.7,66.0)	57.9	46.6,68.2
Me erdhi turp të pyes partnerin	1	0.8 (0.1, 2.6)	0		0		0		0.6	0.1, 2.2
Partneri kundërshtoi	3	2.8 (0.1, 9.0)	3	9.45 (6.3,25.7)	0		6	9.4 (0.0,18.5)	3.7	1.5,7.7
Nuk e mendova të nevojshme	105	89. (83.0,95.5)	67	79.1 (59.5,97.3)	71	97.4 (94.1,99.6)	54	95.6 (91.5,99.7)	89.0	81.8,94.5
Nuk e mendova	0		1	0.5 (0.1,1.0)	0		3	4.9 (2.1,12.0)	0.2	Nc

### 4.1.3.3 Partnerët seksualë me pagesë

#### 4.1.3.3.1 Përdorimi i prezervativit

Nga PDI që kanë kryer marrdhënie seksuale në 6 muajt e fundit, rreth 5% e tyre kanë pasur marrëdhënie seksuale me një partner seksual me pagesë. 74% e tyre kanë përdorur prezervativ herën e fundit që kanë kryer marrdhënie seksuale me një partner të tillë dhe 37% kanë përdorur vazhdimisht prezervativ gjatë 6 muajve të fundit (Tabela 19). Seksi me partner seksual me pagesë në gjashtë muajt e fundit ishte më i përhapur në Elbasan (11%) dhe Durrës (9%), përdorimi i prezervativit në seksin e fundit ishte më i ulëti në Berat (77%) ndërsa përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit ishte më i shpeshtë në Durrës (53%) dhe Tiranë (39%).

**Tabela 19. Partnerët e seksit me pagesë. Marrhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur marrëdhënie seksuale me partnerin me pagesë gjatë 6 muajve të fundit</b>										
	9	3.1 (1.9,5.0)	16	9.1 (3.8,14.4)	20	11.2 (7.3, 15.4)	8	5.3 (2.5,8.1)	4.7	1.5,14.3
<b>Përdorur prezervativit në seksin e fundit me një partner me pagesë</b>										
	6	78.1 (59.0,97.6)	13	79.0 (60.0,89.12)	17	85 (65.0, 98.8)	6	77.4 (61.4,90.0)	73.5	58.6,87.9)
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me pagesë në 6 muajt e fundit</b>										
	3	38.6 (8.5,68.7)	8	53.3 (26.7,80.0)	1	6.11 (6.2,6.2)	0		37.3	25.7, 51.5

### 4.1.3.4 Partnerët seksualë jo të rregullt, pa pagesë

#### 4.1.3.4.1 Përdorimi i prezervativit

Rreth një e katërta (26%) e të intervistuarve kanë pasur marrëdhënie seksuale me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë në 6 muajt e fundit. Më shumë se dy të tretat (68%) e tyre kanë përdorur prezervativ në marrhënien e fundit seksuale me partnerë të tillë, ndërsa rreth 39% ka përdorur prezervativ në mënyrë të vazhdueshme me partnerë të tillë (Tabela 20). Seksi me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë në 6 muajt e fundit ishte më prevalent në Durrës (33%) dhe raportohet më pak në Berat dhe Elbasan (19% secili). Prevalenca e përdorimit të prezervativit në seksin e fundit me partnerë seksualë pa pagesë është më e lartë në Tiranë (72%) dhe më e ulëta në Durrës (51%). Së fundmi, prevalenca e përdorimit të vazhdueshëm të prezervativit me partnerë të tillë ishte më e larta në Berat (43%) dhe më e ulëta në Elbasan (6%)

**Tabela 20. Partnerët e seksit jo të rregullt, pa pagesë. Mardhëniet seksuale dhe përdorimi i prezervativit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur marrëdhënie seksuale me partnerin jo të rregullt, pa pagesë gjatë 6 muajve të fundit</b>										
	77	25.7 (20.7,30.6)	48	33.4 (22.5,44.5)	32	19.3 (14.5,24.1)	30	19.3 (14.3,24.2)	25.6	17.7,36.2
<b>Përdorur prezervativit në seksin e fundit me një partner jo të rregullt, pa pagesë</b>										
	55	72.3 (63.6,81.0)	26	50.6 (39.3,63.6)	21	61.9 (56.0,76.8)	18	59.4 (44.9,72.7)	68.0	56.9, 79.7
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit jo të rregullt, pa pagesë në 6 muajt e fundit</b>										
	34	42 (30.8,52.9)	15	31.3 (18.8, 42.5)	2	6.0 (6.0,6.0)	13	43.3 (27.6,60)	38.4	28.0,50.9
<b>Kush sugjeroi përdorimin e prezervativit</b>										
Partneri	1	1.3 (0.1,8.4)	1	7.25 (- 11,25.5)	3	14.5 (- 9.1,38.2)	3	17.7 (3.5,32.2)	3.4	1.4,8.1
I intervistuari	40	74.9 (62.4,87.3)	23	65.5 (46.7,79.4)	9	47.5 (27.9,69.0)	15	82.3 (67.7,96.4)	72.0	60,8,81,4
Vendim i përbashkët	14	23.7 (10.8,36.3)	2	27.2 (17.4,41.6)	9	38.0 (19.7,54.1)	0		24.6	15.5,37.1

Përdorimi i prezervativit gjatë seksit me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë është sugjeruar nga vetë intervistuari në rreth tre të katërtat e rasteve (72%), dhe në 25% të rasteve ishte një vendim i përbashkët (Tabela 21). Në Berat dhe Tiranë, i intervistuari vendosi vetë për përdorimin e prezervativit me partnerë seksualë të tillë në shumicën dërrmuese të rasteve (përkatësisht 82% dhe 75%), ndërsa në Durrës prevalenca e një vendimi të përbashkët për përdorimin e prezervativit ishte më e larta (66%).

**Tabela 21. Sygjerimi për përdorimin e prezervativit me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Kush sugjeroi përdorimin e prezervativit</b>										
Partneri	1	1.3 (0.1,8.4)	1	7.25 (11,25.5)	3	14.5 (9.1,38.2)	3	17.7 (3.5,32.2)	3.4	1.4,8.1
I anketuari	40	74.9 (62.4,87.3)	23	65.5 (46.7,79.4)	9	47.5 (27.9,69.0)	15	82.3 (67.7,96.4)	72.0	60,8,81,4
Vendim i përbashkët	14	23.7 (10.8,36.3)	2	27.2 (17.4,41.6)	9	38.0 (19.7,54.1)	0		24.6	15.5,37.1

#### 4.1.3.4.2 Arsyet për mos përdorimin e prezervativit në seksin e fundit me partnerin seksual jo të rregullt, pa pagesë

Arsyeja më e zakonshme për mos përdorimin e prezervativit me me partnerë seksualë jo të rregullt, pa pagesë ishte se “ pakëson kënaqësinë” (67%) e ndjekur nga “nuk mendova se ishte i nevojshëm” (63%). Sipas qyteteve, shqetësimi për ndërhyrje në kënaqësinë e seksit ishte më i lartë në Tiranë (82%) dhe më i ulëti në Elbasan (20%), “ nuk mendova se ishte i



nevojshëm” ishte më prevalent në Tiranë (73%) dhe më pak në Durrës (38%), ndërsa dhe kundërshtimi i partnerit ishte relativisht i lartë në Berat (16%). Nga ana tjetër, rreth një e treta e të anketuarve në Berat (32%) dhe 6% në Elbasan përmendën “mosdisponueshmërinë” e prezervativëve si arsye për mospërdorimin e tyre (Tabela 22).

**Tabela 22. Arsyet e mospërdorimit të prezervativit në seksin e fundit me partner seksual jo të rregullt, pa pagese**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Arsyet për të mospërdorimin e prezervativit në seksin e fundit me partnerin jo të rregullt, pa pagesë</b>										
Pakëson kënaqësinë	16	82 (73.4,92.3)	5	48.1 (28.9,72.2)	3	20.2 (16.7,44.7)	2	16.1 (4.7,35.8)	66.5	52.1,79.7
Nuk e mendova se ishte i nevojshëm	16	73.2 (59.3,87.0)	13	38.1 (0,72.4)	6	51.1 (20.1,80.9)	8	68 (51.7,84.9)	63.0	51.8,77.7
Nuk e mendova	0		4	13.3 (21.4,48.1)	3	35.8 (14.1,57.6)	0		6.4	1.9,10.7
Partneri kundërshtoi	0		0		0		2	16.0 (6.0,38.0)	0.6	0.1, 2.9
I padisponueshem	0		0		1	5.5 (1.7,15.6)	4	32.1 (10.7,52.5)	2.1	0.3,5.2
Shumë e shtrenjtë	0		0		0		0		0	
Turp për të blerë	0		0		0		1	8.3 (12.6,29.4)	0.3	0.1, 2.6

#### 4.13.5 Prezervativi mashkullor

##### 4.1.3.5.1 Përdorimi i prezervativit në mardhënien e fundit me çdo lloj partneri

Katër në pesë PDI kanë përdorur ndonjëherë prezervativ, me prevalencën më të lartë në Durrës (94%) dhe më të ulët në Tiranë (75%) (Tabela 23). Më shumë se gjysma (55%) e popullatës të PDI përdori prezervativë në mardhënien e fundit seksuale me çdo lloj partneri, ku përqindja më më e lartë u raportua në Tiranë (61%) dhe më e ulëta në Durrës (29%).

**Tabela 23. Përdorimi i prezervativit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Përdorur ndonjëherë prezervativ mashkullor</b>										
	224	75.4 (70.4,80.5)	139	94.3 (88.8,99.8)	138	90.7 (84.9,96.4)	111	79.7 (74.4,85.1)	80.0	70.8,91.5
<b>Përdorimi i prezervativit në seksin të fundit me çdo lloj partneri</b>										

	139	61.2 (54.9,68.2)	39	29.2 (18.5,39.1)	55	42 (33.0,50.8)	49	42.1 (35.9,48.1)	54.5	42.1,57.3
--	-----	---------------------	----	---------------------	----	-------------------	----	---------------------	------	-----------

#### 4.1.3.5.2 Njohuri se ku mund të sigurohet prezervativi

Pothuajse e gjithë popullata e PDI-ve (98%) e dinte se ku mund të siguronte prezervativ. Në përgjithësi, 97% e popullatës së PDI-ve e dinin se mund të siguronin prezervativë në farmaci, 69% përmendën edukatorët bashkëmoshatarëve dhe 42% OJQ-të si burim për gjetjen e prezervativëve për meshkuj (Tabela 24). Interesant është fakti se qendra shëndetësore nuk është përmendur si burim i mundshëm për sigurimin e prezervativëve. Farmacia ishte burimi kryesor për gjetjen e prezervativëve në çdo qytet, duke filluar nga 97% në Durrës dhe Tiranë, në 96% në Berat. Edukatorët bashkëmoshatarë/punonjësit e terrenit u përmenden nga më shumë se tre të katërtat (77%) e popullatës të PDI-ve në Tiranë, ndërsa OJQ-të janë burim potencial nga më shumë se gjysma e popullsisë së PDI-ve në Durrës. Së fundmi, do të duhej të paktën një orë për pothuajse të gjithë popullatën e PDI-ve për të marrë një prezervativ, me dallime të pakta midis qyteteve.

**Tabela 24. Njohuri se ku mund të sigurohet prezervativi**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Totali N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
E dinë se ku mund të sigurohen prezervativë										
	293	98,8 (96,9,100)	145	98,5 (97,5,99,6)	142	96,2 (95,0,97,4)	134	95,2 (93,2,97,3)	98,4	96,1,99,3
Vendi ku të sigurohen prezervativë										
Farmaci	284	97,1 (94,4,99,8)	141	97,3 (96,8, 99,2)	140	96,5 (95,2,97,7)	128	95,6 (92,6,98,6)	97,0	94,1,99,3
Dyqan	7	1,95 (0,5,3,4)	3	0,9 (0,1,8)	4	2,3 (0,7,3,9)	2	1,6 (0,7,4,0)	1,9	0,3,3,4
Supermarketi	1	0,1 (0,1,0,5)	0		0		0	1,1 (0,1,3,6)	0,2	–
Qendër shëndetësore	0		0		0		0		0	
Spital	0		0		0		0		0	
Qendra e planifikimit familjar	7	1,8 (0,3,3,3)	2	0,4 (0,0,9)	0		0		1,4	0,3,3,0
Bar/motel/hotel	2	0,8 (0,1,2,4)	0		0		0		0,6	0,1, 1,8
Partneri seksual	14	7,3 (3,9,10,6)	8	3,5 (1,5,5,4)	2	1,1 (0,3, 1,09)	0		6	2,9, 9,3
Edukator bashkëmoshatar	212	76,5 (71,5,81,5)	63	41,9 (32,75,50)	71	48,3 (42,2,54,3)	66	47,9 (40,8,54,7)	68,7	56,6,79,0
Shok	37	10,6 (7,7,13,4)	9	4,3 (1,8,6,7)	5	3,7 (2,5,4,8)	3	2,0 (0,0, 4,0)	8,8	3,3,13,4
OJQ	135	44,5 (40,0,48,5)	90	53,6 (44,1,63)	38	23,4 (18,7,28,1)	42	30,7 (23,7,37,5)	42,4	31,8,54,1
Sa kohë do të duhet (nga shtëpia ose vendi i punës) për të siguruar një prezervativ										
< 1 orë	0		5	3,1	0		4	2,5 (0,5,4,6)	0,3	

				(0.4,5.8)						
≥ 1 orë	293	100	136	96.8 (94.1,99.5)	142	100	130	97.8 (95.4,100)	99.6	

#### 4.1.4. Njohuri për IST

##### 4.1.4.1 Dëgjuar për IST

Afërsisht katër të pestat (79%) e popullatës të PDI-ve kishin dëgjuar për infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST), shifër që ishte më e lartë në Durrës (95%) dhe më e ulët në Berat (72%). Të pyetur për njohuritë mbi simptomave të IST-ve të, simptoma më e përmendur te IST-ve te femrat ishte dhimbja e barkut (27%) ndërsa tek meshkujt ishte dhimbje/djegje gjatë urinimit (36%).

Sipas qyteteve, simptoma më shpesh e përmendur e IST tek femrat nga PDI në Tiranë ishte dhimbja barku (31%), tek në Berat sekrecione me erë të keqe (28%), në Elbasan ishte kruarja (32%) dhe në Durrës ishin sekrecione gjenitale. (21%). Përsa i përket simptomave të IST-ve te meshkujt, simptoma më e përmendur nga PDI në Tiranë dhe Berat ishte dhimbje/djegje gjatë urinimit (përkatësisht 43% dhe 37%), ndërkohë që te PDI në Elbasan dhe Durrës (përkatësisht 33% dhe 18%) ishte ulçera gjenitale (Tabela 25).

**Tabela 25. Njohuri për infeksionet seksualisht të transmetueshme**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Dëgjuar për IST</b>										
	233	76 (70.8,81.1)	142	95.3 (92.1,98.6)	132	89.4 (84.8,93.9)	107	71.6 (63.1,79.9)	79.4	67.7,90.1
<b>Njohuritë mbi simptomat e IST te femrat</b>										
Dhimbje barku	71	30.7 (24.5,36.8)	9	10.8 (0,21.7)	33	25.8 (19.1,32.3)	22	19.7 (12.5,26.4)	27.3	22.6,32.5
Rrjedhje gjenitale	41	15.8 (11.4,19.8)	29	20.6 (10.6,30.3)	4	3.5 (1.0,8.17)	23	21 (13.6,28.3)	15.0	11.5,19.1
Rrjedhje me erë të keqe	45	20.1 (15.3, 24.8)	14	11.4 (3.5,21.7)	2	1.3 (0.7,3.5)	30	27.6 (19.6,35.7)	16.8	12.9,21.6
Dhimbje/djegje gjatë urinimit	32	14.5 (9.0,20.1)	21	11 (6.7,15.1)	13	10.6 (5.1,16.0)	30	27.3 (19.3, 35.1)	14.0	10.5,18.4
Ulçera/plagë gjenitale	13	4.8 (1.0,8.6)	21	10.7 (6.3, 14.9)	25	18.4 (11.8,24.7)	11	9.9 (4.5,15.3)	7.5	5.3,10.3
Ënjtje në zonën e ijeve	8	2.3 (0.1,6.0)	7	2.5 (0.6,4.2)	2	1.3 (0.9,3.7)	6	4.5 (1.2,7.7)	2.7	1.4,4.9
Kruarje	17	5.4 (2.3,8.4)	18	7.6 (4.3,11)	41	31.8 (24.1,39.7)	16	15.3 (8.3,22.5)	9.5	7.3,12.8
Dhimbje gjatë seksit	4	1.7 (0.4,3.9)	12	5.4 (2.3,8.5)	9	7.8 (2.3, 13.5)	16	16.4 (8.4,24.5)	3.5	2.2,5.3
<b>Njohuritë mbi simptomat e IST te Meshkujt</b>										
Rrjedhje gjenitale	41	15.7 (10.1,20.4)	28	16.3 (10.6, 22.8)	18	14.1 (8.9,19.3)	17	14.8 (8.3, 21.1)	15.6	12.2,19.6
Dhimbje/djegje gjatë urinimit	95	43 (36.2,50.0)	30	13.3 (9.2,17)	19	17.1 (10.5, 23.8)	40	37 (28.3,45.7)	35.8	30.6,41.3

Ulçera/plagë gjenitale	17	9.7 (2.8,11.0)	29	17.5 (8.3,26.8)	44	32.8 (25.9,39.7)	17	15 (7.9,21.9)	11.9	9,15.5
Ënjtje në zonën e ijeve	21	9.5 (4.7,14.2)	13	5.4 (2.7,8.1)	19	15.3 (8.6,21.9)	20	17.7 (10.2,25.0)	10	7.2,13.6
Dhimbje gjatë seksit	20	10.1 (5.5,14.8)	18	9.0 (4.7, 13.1)	7	5.1 (1.0,9.2)	17	15.7 (9.0, 22.2)	9.5	6.5,12.0

#### 4.1.4.2 Historia e IST-ve dhe Sjelljet e Lidhura me Kërkimin e Mjekimit

Ulçera/plagë gjenitale dhe rrjedhje gjenitale gjatë 12 muajve të fundit u raportuan nga përkatësisht 3% dhe 4% e PDI-ve të intervistuar. Prevalenca e ulçerës/plagës gjenitale dhe rrjedhjes gjenitale në vitin e fundit ishte më e lartë në Durrës (përkatësisht 9% dhe 7%) dhe më e ulëta në Elbasan (1%, secila. Rreth dy të tretat (62%) e PDI-ve kontaktuan një ofrues të kujdesit shëndetësor për shkak të simptomave të IST gjatë 12 muajve të fundit, shifër kjo që ishte më e lartë në Berat (79%) dhe më e ulët në Tiranë (61%). (Tabela 26).

**Tabela 26. Historia e IST-ve dhe Sjelljet e Lidhura me Kërkimin e Mjekimit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka patur një rrjedhje gjenitale gjatë 12 muajve të fundit</b>										
	12	3.4 (1.6,5.2)	3	7 (4.2,18.6)	2	1.2 (0.3, 2.7)	10	6.5 (2.8, 10.2)	3.7	2.1,6.3
<b>Keni pasur një ulçerë/plagë gjenitale gjatë 12 muajve të fundit</b>										
	8	2.8 (0.8,4.6)	10	8.6 (0.6,16.7)	2	1.2 (0.3, 2.8)	10	6.8 (3.4, 10.2)	3.3	1.9,6.0
<b>Kërkuar këshillë/mjekim një ofruesi të kujdesit shëndetësor për shkak të këtyre problemeve</b>										
	9	60.7 (35.2,80.0)	10	57.8 (7.1,101.9)	0		10	78.9 (64.4,94.1)	61.6	36.7,79.3

#### 4.1.5. Aksesit në shërbime

Në 6 muajt e fundit, shërbimi më i zakonshëm i ofruar për popullatën PDI ishte shpërndarja e ageve/shiringave të reja, të pastra nëpërmjet shërbimeve në terren ose qendrat drop-in, të përmendur nga 84% e PDI, ndërsa shërbimi më pak i përdorur ishte testimi për IST (41%).

Ekzistojnë dallime të rëndësishme sipas qyteteve në shërbimet e ofruara për popullatën e PDI-ve në 6 muajt e fundit. Pothuajse të gjithë PDI në Tiranë (92%) biseduan për HIV me një edukator bashkëmohatar ose punonjës terreni krahasuar me 54% në Elbasan dhe 31% në Durrës që morën të njëjtin shërbim.

Gjithashtu, ofrimi i ageve/shiringave të reja iu është mundësuar pothuajse të gjithë popullatës të PDI-ve në Tiranë, por vetëm rreth gjysmës (53%) të popullsisë PDI në Durrës.

Përçindje më të larta të popullatës së PDI-v e në Tiranë u mbuluan nga shërbime të ndryshme gjatë 6 muajve të fundit, ndërsa e kundërta ishte e vërtetë për popullatat e PDI-ve në qytetet e tjera (Tabela 27).

**Tabela 27. Shërbimet e ofruara për popullatën e PDI në gjashtë muajt e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Marrë prezervativë dhe lubrifikantë në 6 muajt e fundit (nëpërmjet një shërbimi në terren, qendre drop-in)</b>										
	202	65.3 (59.6,70.8)	74	37.6 (27.2,47.8)	63	41.2 (31.9,50.5)	55	35.5 (28.1,42.9)	58.5	49.8,68.7
<b>Marrë këshillim për përdorimin e prezervativit dhe seksit e sigurt në 6 muajt e fundit (nëpërmjet një shërbimi në terren, qendre drop-in)</b>										
	208	70.7 (65.4,76.1)	61	26.8 (18.6,34.7)	58	35.8 (27.7,43.8)	52	33.8 (27.0,40.4)	60.8	50.1,71.2
<b>Testuar për infeksione seksuale të transmetueshme në 6 muajt e fundit</b>										
	128	42.8 (38.3,47.2)	68	38.9 (27.8,50)	53	36.1 (27.1,44.8)	40	26.6 (20.8,32.3)	41.1	33.5,49.7
<b>Marrë age ose shiringa të reja, të pastra në 6 muajt e fundit (nëpërmjet një shërbimi në terren, qendre drop-in)</b>										
	278	91.2 (88.7,92.3)	103	53 (40,65.8)	98	65.8 (55.1,76.4)	108	72.5 (66.0,78.9)	84.2	75.1,92.0
<b>Biseduar për HIV me edukator bashkëmohatar ose punonjësi në terren</b>										
	281	92.3 (87.2,97.3)	69	30.9 (21.5,40.2)	81	53.9 (44.1,63.6)	106	71 (64.7,77.1)	80.8	69.9,90.2

#### 4.1.5.1 Koha e kontaktit me edukatorë bashkëmohatarë ose punonjës terreni

Më shumë se gjysma (52%) e popullatës së PDI-ve bisedoi për HIV-in me një edukator bashkëmohatar ose punonjës terreni gjatë muajit të kaluar dhe më shumë se një e treta (35%) e bëri këtë në 3 muajt e fundit. Muajin e kaluar përçindja e PDI-ve që raportuan të kenë folur për HIV ishte më e lartë në Tiranë (56%) dhe Durrës (53%) dhe dukshëm më e ulët në Elbasan (10%), ku rreth tre të katërtat (74%) e popullsisë të PDI-ve kanë marrë një shërbim të tillë në tre muajt e fundit (Tabela 28).

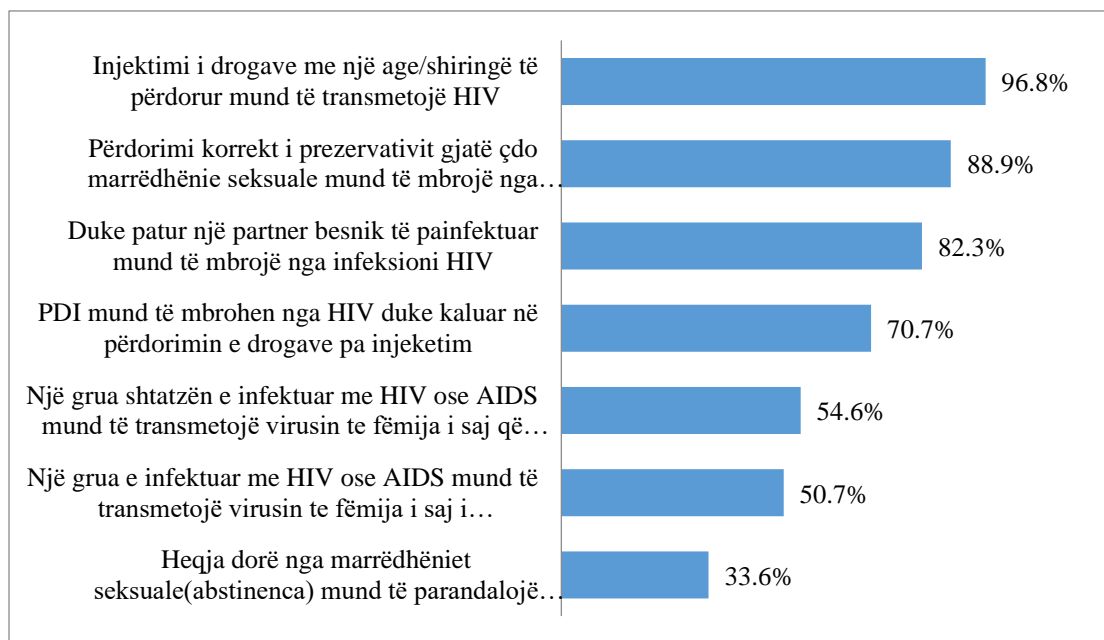
**Tabela 28. Koha e kontaktit me edukatorë bashkëmohatarë ose punonjës terreni**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Koha e bisedës për HIV me edukatorin bashkëmohatar ose punonjës në terrenit flasin</b>										
Muajin e kaluar	158	56.1 (49.8,62.2)	38	53.3 (42.9,67.1)	8	10.2 (3.4,17.0)	38	36.0 (25.1,46.8)	51.5	40.7,61.0
Në 3 muajt e fundit	89	31.5 (27.0,36.2)	21	31.0 (20.0,42.4)	58	73.8 (63.5,84.2)	46	42.8 (31.0,54.4)	35	24.3,46.2
Vitin e kaluar	29	10.4 (5.6,15.1)	8	11.4 (4.3,18.6)	14	14.8 (5.6, 23.9)	11	11.0 (6.4,15.9)	11.1	4.7,20.2
Më shumë se 1 vit	6	1.9 (0.4,3.4)	3	4.3 (0.5, 10.0)	1	1.0 (0.1,3.1)	9	7.4 (2.9, 11.6)	2.4	0.8,7.7

#### 4.1.6. Njohuri për HIV/AIDS

Pothuajse të gjithë (96%) PDI kishin dëgjuar për HIV/AIDS, pa dallime të konsiderueshme midis qyteteve në studim. Rreth një e katërta (25%) e PDI-ve njih dikë të infektuar me HIV ose që ka vdekur nga AIDS, shifer më e lartë është në Durrës (37%) dhe më e ulëta në Berat (12%).

Në lidhje me njohuritë për parandalimin e HIV/AIDS-it, pothuajse 90% e popullatës të PDI-ve e dinë se një person mund të parandalojë infeksionin HIV duke përdorur prezervativ në mënyre të vazhdueshme, ndërkohë që 97% e tyre pohojnë se injektimi me aje të përdorur mund ta transmetojnë HIV (Grafiku 14).



**Grafiku 14. Njohuritë lidhur me mënyrat e transmetimit të HIV**

Diferenca më e madhe midis qyteteve konstatohet në përqindjet e popullatës të PDI-ve që pohon efektin mbrojtës të kalimit nga droga injektuese në jo-injektuese. Vetëm 22% e PDI-ve në Durrës raportojnë një pohim të tillë, krahasuar me 65% në Elbasan, 78% në Tiranë dhe 88% në Berat. Dallime të tjera të mëdha lidhen me njohuritë e transmetimit të HIV nga nëna shtatzënë tek fëmija i saj i palindur, që variojnë nga 49% në Tiranë në 87% në Elbasan (Tabela 29).

**Tabela 29. Njohuritë për HIV/AIDS**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Përdorimi korrekt i prezervativit gjatë çdo marrëdhënie seksuale mund të mbrojë nga infeksioni HIV*</b>										

	255	89.7 (85.8,93.6)	130	90.6 (83.5,97.7)	121	82.0 (75.0,89.1)	132	90.9 (88.9,92.8)	88.9	86.6,91.0
<b>Duke patur një partner besnik të painfektuar mund të mbrojë nga infeksioni HIV*</b>										
	227	80.7 (75.8,85.2)	127	90.6 (83.4,97.8)	127	84 (77.1,90.9)	127	87.8 (83.3,92.4)	82.3	78.3,85.1
<b>Heqja dorë nga marrëdhëniet seksuale(abstinenca) mund të parandalojë infeksionin HIV*</b>										
	90	33.1 (28.5,37.7)	55	32.6 (24.5,41)	36	23.9 (19.0,28.7)	92	62.5 (56.5,68.4)	33.6	28.1,37.7
<b>Injektimi i drogave me një aje/shiringë të përdorur mund të transmetojë HIV*</b>										
	284	96.7 (65.1,98.3)	143	97.8 (94.5,101.2)	143	96.7 (94.8,98.6)	136	94.0 (91.9,96.1)	96.8	94.0,98.8
<b>PDI mund të mbrohen nga HIV duke kaluar në përdorimin e drogave pa injektim*</b>										
	223	77.6 (72.6,82.5)	47	21.8 (13.9,29.6)	96	65.2 (58.6,71.9)	128	87.8 (83.1,92.4)	70.7	66.2,74.7
<b>Një grua shtatzënë e infektuar me HIV ose AIDS mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i palindur*</b>										
	148	48.7 (43.3,53.9)	98	58.3 (47.8,68.9)	130	87.3 (81.4,93.3)	86	58.8 (51.8,65.4)	54.6	49.4,59.7
<b>Një grua me HIV ose AIDS mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i porsalindur përmes ushqyerjes me gjë*</b>										
	144	47.8 (42.6,52.9)	83	46.1 (34.2,57.2)	111	75.0 (68.7,82.3)	73	49.8 (43.1,56.4)	50.7	49.1,55.1

\*Pergjigja është Po

Rreth një e treta e PDI-ve (33%) e dinë se virusi HIV nuk mund të transmetohet nëpërmjet pickimit të mushkonjave dhe më pak se gjysma (45%) janë të vetëdijshëm se ndarja e ushqimit me një person HIV pozitiv nuk mund të transmetojë HIV (Tabela 30). Përqindja e PDI-ve që e dinë se HIV nuk mund të transmetohet nëpërmjet mushkonjave është më e lartë në Berat (37%) dhe më e ulët në Elbasan (30%).

Përqindja e PDI-ve që e dinë se ndarja e ushqimit me një person HIV pozitiv nuk mund të transmetojë virusin është më e lartë në Tiranë (48%) dhe më e ulët në Berat (21%).

**Tabela 3. Interpretime jo të gabuara mbi transmetimin e HIV**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan n=150		Berat n=150		Gjithsej n=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	%, (95% IB)
Mushkonjat nuk transmetojnë HIV	102	33.1 (27.1,39.0)	35	30.5 (18.8,42.4)	47	29.9 (22.7,37.3)	54	37.1 (29.9,44.4)	32.6	28.2,37.4
Ushqyerja nga e njëjta enë me një person të infektuar nuk e transmeton HIV	144	47.9 (42.3,53.5)	52	33.8 (22.7,44.6)	59	42.2 (35.4,48.8)	34	21.1 (15.5, 26.7)	44.9	39.1,49.0

#### 4.1.7. Njohuritë dhe sjelljet për testimin HIV

Në përgjithësi, 92% e popullatë PDI-ve e dinin se testimi konfidencial për HIV është i disponueshëm në qytetin e tyre. Të gjithë PDI në Elbasan janë në dijeni të shërbimve të testimit për HIV, nderkohë që pak më shumë se gjysma (59%) a atyre në Berat e dinë këtë. Rreth dy të tretat (66%) e popullatës së PDI-ve kanë kryer ndonjëherë një test HIV, përqindje kjo më e lartë në Tiranë (70%) dhe më e ulët në Elbasan (48%). Më shumë se

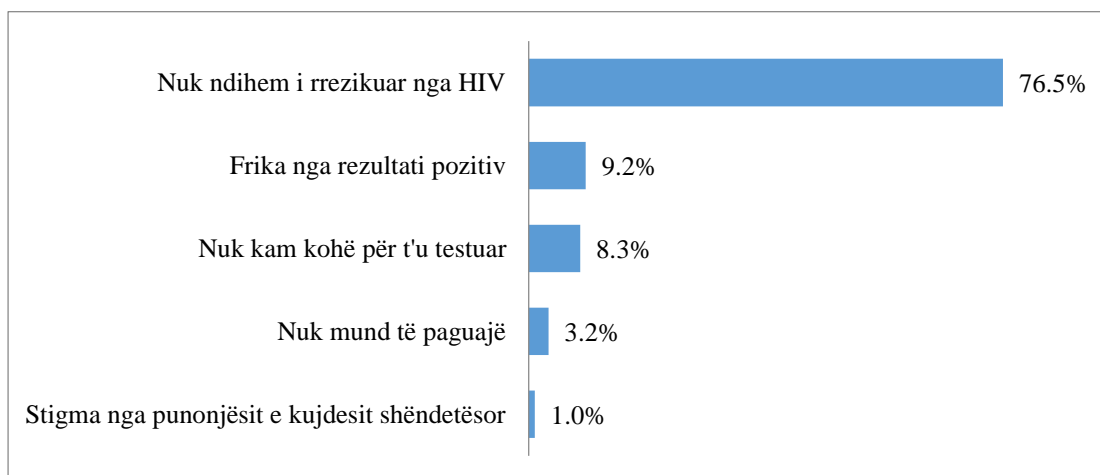
katër të pestat (86%) të atyre që janë testuar për HIV, e kanë kryer atë vullnetarisht, ku shifra ishte më e lartë në Tiranë (91%) dhe më e ulëta në Berat (53%). Pak më shumë se gjysma (53%) e popullatës së PDI-ve që është testuar për HIV, e ka bërë këtë në gjashtë muajt e fundit dhe 27% janë testuar 7-12 muaj më parë (Tabela 31).

**Tabela 4. Njohuritë dhe sjelljet e testimit për HIV**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>E dinë që testimi konfidencial për HIV është i disponueshëm në qytetin e tyre</b>										
	277	95.3 (92.7,97.9)	102	71.1 (62.3,80.4)	147	100	85	59.1 (53.6,64.6)	92.1	89.7,93.9
<b>I intervistuari e ka kryer ndonjëherë testin për HIV</b>										
	203	70.2 (65.3,75.0)	90	61.7 (51.3-69.2)	72	48.2 (42.1,54.4)	80	55.9 (50.1,61.6)	66.2	61.7,70.6
<b>Arsyet e mos testimit për HIV</b>										
Frika nga rezultati pozitiv	11	13.3 (5.6,21.2)	1	0.7 (0,1.8)	1	0.8 (0,2,1.8)	3	4.6 (0.9,8.3)	9.2	5.0,16.2
Nuk mund të paguajë	2	2.2 (0,1,5.7)	1	1.8 (-1.5,4)	4	6.9 (3.1,17.1)	4	6.8 (2.7,16.3)	3.2	1.4,6.9
Nuk ndihem i rrezikuar nga HIV	67	74.3 (64.6,84.2)	46	86.8 (66.7,107.6)	55	75.3 (65.9,85.3)	55	85.2 (74.6,95.8)	76.5	69.1,82.0
Nuk kam kohë për t'u testuar	7	6.6 (0.1, 13.2)	3	6.5 (13.8,26.8)	15	16.8 (8.3,24.8)	2	3.2 (1.9,8.4)	8.3	5.2,12.8
Stigma nga punonjësit e kujdesit shëndetësor	1	0.6 (0,1,2.4)	5	4.6 (0.8,7.9)	0		0		1.0	0.2,1.9
Nuk e di	3	2.7 (0,1,9.5)	0		0		0		1.8	0.5,5.4
<b>Ka kryer vullnetarisht testin për HIV</b>										
	182	90.6 (86.3,94.8)	71	67 (48.9,83.8)	55	78.6 (67.3,90.4)	44	53.1 (41.9,63.6)	86.1	81.2,89.7
<b>Koha e testit të fundit për HIV</b>										
6 muajt e fundit	105	54.7 (44.3,58.9)	52	52.2 (36.4,67)	47	68.8 (54.3,84.0)	35	42.9 (34.6,51.0)	52.9	46.6,59.2
7-12 muaj	61	30.7 (23.2,38.7)	17	15.4 (6.6,23.5)	5	7.1 (0.3, 14.7)	22	27.7 (18.8,36.7)	27.2	21.9,33.5
Më shumë se 1 vit	36	17.6 (11.7,23.3)	21	32.4 (14.8,51.5)	20	24.0 (12.7,34.4)	22	28.3 (20.6,36.0)	19.9	15.0,25.1

Të pyetur për arësyet se përse nuk e kanë kryer testin HIV, më shumë se tre të katërtat (77%) e popullatës së PDI-ve raportojnë se nuk mendojnë se janë të rrezikuar nga HIV, rreth një në dhjetë (9%) e tyre kishte frikë nga një rezultat pozitiv dhe 8.3% të tjerë nuk e kanë kohë për t'u testuar (Grafiku 15).





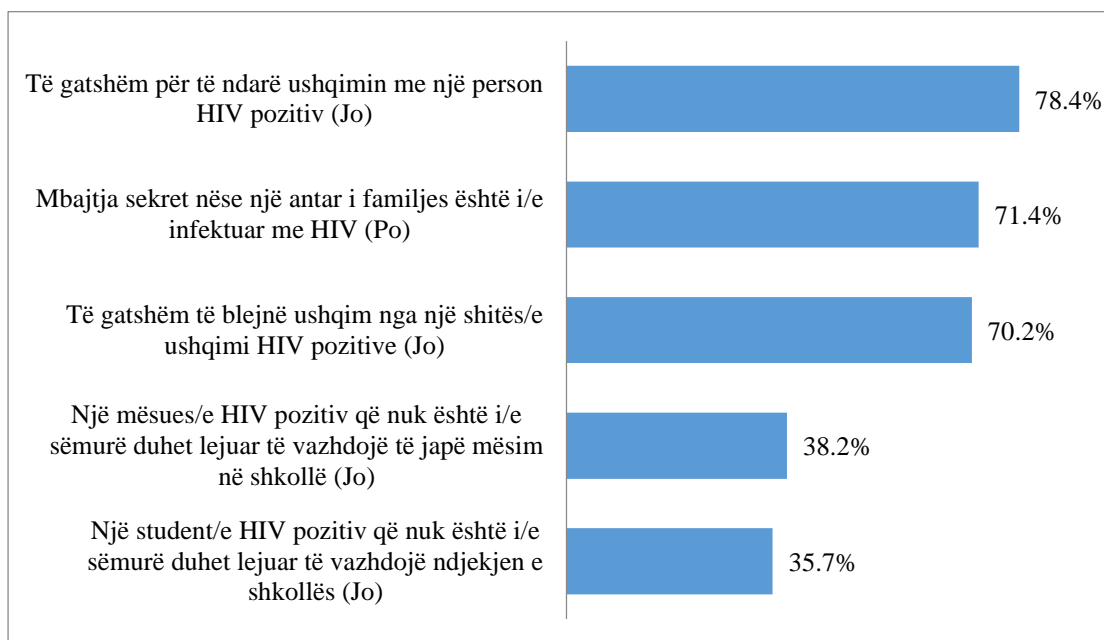
**Grafik 15. Arsyet për të mos u testuar për HIV**

#### 4.1.8. Stigma dhe diskriminimi ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS (PJHIV)

Më poshtë përshkruhen sjelljet që tregojnë një qëndrim pozitiv ose negativ kundrejt personave që jetojnë me HIV. Vetëm një pjesë e vogël e PDI-ve do të ishin të gatshëm të ndanin ushqimin me një person të infektuar me HIV ose të blejnë ushqim nga një shitës me HIV. Me pak se gjysma e PDI-ve pranojnë që se një student/e ose një mësues/e i infektuar me HIV, ose që nuk është i sëmurë duhet të lejohet të vazhdojë ndjekjen e shkollës. Pjesa më e madhe e PDI-ve kanë raportuar se ato do të dëshironin të mbanin sekret statusin HIV pozitiv me një anëtar të familjes (Tabela 32).

**Tabela 32. Stigma dhe diskriminimi ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Të gatshëm për të ndarë ushqimin me një person HIV pozitiv (Jo)</b>										
	236	79.1 (74.3,83.9)	117	81.7 (74.4,89)	128	83.6 (77.2,90.0)	135	89.2 (84.4,93.9)	78.4	73.0,82.9
<b>Një mësues/e HIV pozitiv që nuk është i/e sëmurë duhet lejuar të vazhdojë të japë mësim në shkollë (Jo)</b>										
	94	32.7 (56.9,38.4)	87	56.9 (45.1,68.5)	60	36.9 (29.1,44.6)	49	32.3 (25.7,38.8)	35.7	30.1,40.9
<b>Një nxënës/e HIV pozitiv që nuk është i/e sëmurë duhet lejuar të vazhdojë ndjekjen e shkollës (Jo)</b>										
	102	35.1 (30.2,40.2)	87	56 (45,67.1)	65	42.9 (35.1,50.7)	53	35.5 (28.3,42.6)	38.2	32.9,43.5
<b>Të gatshëm të blejnë ushqim nga një shitës/e ushqimi HIV pozitive (Jo)</b>										
	209	70.2 (64.7,75.6)	116	79.2 (71.4,86.8)	90	61.2 (53.7,68.6)	111	73.9 (66.1,81.7)	70.2	65.6,75.9
<b>Mbajtja sekret nëse një anëtar i familjes është i/e infektuar me HIV (Po)</b>										
	231	75.5 (70.6,80.4)	71	47.3 (36.5,58.3)	95	65.5 (58.6,72.3)	108	73.1 (67.0,79.2)	71.4	65.9,77.0



**Grafiku 16. Stigma dhe diskriminimi ndaj PJHIV**

#### 4.1.9. Stigma dhe diskriminimi ndaj PDI-ve

Më shumë se tre të katërtat (80%) e popullatës së PDI-ve kishin turp që ishin përdorues të drogës me injektim pasi ata ishin plotësisht dakord ose dakort me këtë deklaratë shifer kjo që ishte më e lartë në Tiranë (86%) dhe më e ulët në Durrës (61%). Në total, 7% e popullsisë të PDI-ve është ndjerë e përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të injektimit të drogës në 6 muajt e fundit, një shifër kjo më e lartë në Berat (18%) dhe më e ulëta në Tiranë (6%) dhe Durrës (6%). Në Durrës, 63% e popullsisë të PDI-ve deklaroi se ndihej e përjashtuar nga aktivitetet familjare më shumë se 6 muaj më parë (Tabela 33).

**Tabela 33. Stigma ndaj PDI**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Më vjen turp që jam përdorues droge me injektim</b>										
Plotësisht dakord	119	37.0 (30.1,43.2)	31	26.1 (14.8,37.2)	23	15.3 (10,21,3)	58	38.5 (32.0,44.9)	33.4	27.8,39.9
Dakord	138	48.5 (42.3,54.7)	51	35.3 (24.9,45.8)	77	47.5 (39.5,55.5)	44	30.7 (24.3,37.1)	46.4	41.2,52.3
Neutral	19	5.5 (3.1,8.0)	8	3 (0.9,5.2)	3	1.9 (0.0, 3.7)	24	15.5 (10.3, 20.7)	5.3	3.1,8.9
Nuk bie dakort	19	6.21 (3.4,8.9)	29	21.5 (11.4,30.3)	47	36.0 (27.2,44.4)	15	9.8 (5.6, 13.9)	11.3	8.1,15.6
Aspak dakort	10	2.5 (1.1,4.0)	31	14.4 (8.7,20.2)	0		8	4.6 (1.7,7.6)	3.6	2.1,6.8

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ndihesh i përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të të qenit PDI</b>										
Po, më shumë se 6 muajt më parë	31	9.8 (6.7,13.0)	41	62.6 (40.4,74.9)	31	20.2 (13.8,26.5)	12	7.3 (3.3, 11.2)	13.1	9.4,18.4
Po, në 6 muajt e fundit	19	5.9 (3.1,8.1)	10	6.3 (1.8,10.9)	16	10.7 (6.1,15.3)	27	18.2 (12.3, 23.9)	7	3.0,10.4

#### 4.1.9.1 Shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore në 12 muajt e fundit

Më shumë se një në dhjetë (12%) PDI ka shmangur kërkimin e shërbimeve shëndetësore dhe 5.3% ka shmangur testimin për HIV në 12 muajt e fundit për shkak të frikës nga stigma, ndërsa rreth 6% e kanë bërë këtë për shkak të frikës nga ngacmimi ose arrestimi nga policia. Shmangia e kërkimit të kujdesit shëndetësor dhe testimit të HIV-it në 12 muajt e fundit për shkak të stigmës është e lartë në të gjitha vendet e kryerjes së studimit me përjashtim të Tiranës. Në Berat 18% e popullsisë të PDI-ve shmangën shërbimet shëndetësore për shkak të frikës se dikush mund të mësojë se injekton drogë, 13% ishin të shqetësuar për dhunën dhe 10% kishin frikë nga ngacmimi i policisë. Përqindje të ngjashme raportohen edhe për sjelljen shmangëse të testimit të HIV (Tabela 34).

**Tabela 34. Shmangia e kërkimit të shërbimeve shëndetësore dhe testimit për HIV në 12 muajt e fundit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Shmangur kërkimin e shërbimeve shëndetësore në 12 muajt e fundit nga:</b>										
Frika/shqetësimi për stigmën	16	4.1 (2.3,6.1)	46	38.1 (28.4,47.8)	39	28.3 (20.0,36.6)	52	34.9 (28.1,41.5)	11.6	8.5,16.9
Frika/ shqetësimi që dikush mund të mësojë se ju injektoni drogë	6	1.8 (0.5,3.1)	0		0		25	17.5 (12.0, 23.2)	2	0.2,4.4
Frika ose shqetësimi për dhunën	11	3.3 (1.,5.2)	0		0		20	13.0 (8.7,17.2)	3	0.8, 5.7
Frika/shqetësimi nga ngacmimi ose arrestimi i policisë	24	7.4 (4.6,10.2)	1	0.6 (0,1.5)	0		15	9.5 (5.0,13.9)	6.1	4.1,12.0
<b>Shmangur kërkimin e testimit të HIV në 12 muajt e fundit nga:</b>										
Frika/shqetësimi për stigmën	0		16	6.76 (4,9.4)	29	22.3 (15.5,28.7)	27	17.2 (11.6, 22.5)	5.3	3.1,13.3
Frika/ shqetësimi që dikush mund të mësojë se ju injektoni drogë	0		0		1	0,6 (0,4,1,8)	12	7.5 (3.8, 11.3)	0.3	-
Frika ose shqetësimi për dhunën	0		0		0		18	11.1 (6.7,15.4)	1	0.1, 2.1
Frika/shqetësimi nga ngacmimi ose arrestimi i policisë	0		0		0		10	6.3 (2,9,9.8)	6.7	4.5,10.7

#### 4.1.9.2 Dhuna ndaj PDI-ve

Një e katërta (25%) e popullatës së PDI-ve është arrestuar ndonjëherë dhe rreth 17% janë ngacmuar/lënduar për shkak të sjelljes së tyre injektuese të drogës. Prevalenca e të arrestuarve është më e lartë në Durrës (45%) dhe më e ulët në Berat (20%) ndërsa prevalenca e fenomenit të ngacmimit është më e lartë në Durrës (40%) dhe më e ulët në Elbasan (8%).

Rreth gjysma (49%) e popullatës së PDI-ve ka qënë ndonjëherë në burg, shifër kjo më e lartë në Elbasan (59%) dhe më e ulët në Berat (14%). Rreth një në gjashtë (15%) PDI është ndaluar ndonjëherë, ku përqindja më e lartë raportohet në Berat (43%) dhe më e ulëta në Elbasan (9%). Mes të burgosurve ose të ndaluarve, rreth 8% janë burgosur, dhe 3% janë ndaluar në 12 muajt e fundit (Tabela 36)

**Tabela 36. Të ngacmuar, lënduar ose arrestuar për shkak të injektimit të drogës**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Të ngacmuar ose lënduar ndonjëherë fizikisht sepse injekton drogë</b>										
	29	15.8 (8.2,23.4)	50	39.7 (26.4,43.2)	14	7.5 (3.2,10.6)	26	17.0 (13.9,22.1)	16.6	11.0,22.1
<b>Arrestuar ndonjëherë për shkak të injektimit të drogës</b>										
	68	29.1 (18.5,45.1)	58	45.1 (38.2,52.3)	50	31.8 (21.9,35.7)	31	20.1 (16.0,28.6)	25.2	18.4,34.1
<b>Ndonjëherë i ndaluar apo i burgosur</b>										
I burgosur	141	52.4 (39.2,81.7)	91	55.6 (43.3,67.14)	91	58.7 (52.4,65.0)	21	14.1 (9.2, 19.0)	48,6	42.5,55.1
I ndaluar	45	24.7 (18.6,30.2)	21	14 (6.1,22.0)	13	8.8 (2.8,14.8)	66	42.7 (34.8,50.4)	15.4	10.1,21.4
<b>Ndaluar ose të burgosur në 12 muajt e fundit (nga ata që janë burgosur ose ndaluar ndonjëherë)</b>										
I burgosur	9	4.9 (2.1,10.5)	20	22.4 (6.4,39.2)	16	15.3 (7.8,22.8)	3	3.4 (0.0, 7.0)	7.7	4.8,13.3
I ndaluar	4	2.1(0.5,7.6)	12	5.9 (1.8,9.6)	5	4.3 (0.0,8.7)	13	13.0 (7.1,18.4)	2.7	1.1,4.6

#### 4.1.9.3 Injektimi i drogës dhe ndarja e pajisjeve të injektimit në mjediset e burgut

Mes të burgosurve, 22% raportojnë se kanë injektuar gjatë kohës që ishin në burg dhe 45% ndanin pajisjet e injektimit me të burgosurit e tjerë (Tabela 40). Prevalenca e injektimit në burg është më e larta në Elbasan (35%) dhe më e ulët në Tiranë (19%) dhe të njëjtat tendenca vërehen në lidhje me ndarjen e pajisjeve të injektimit gjatë qëndrimit në burg (Tabela 37).

**Tabela 37. Injektimi i drogës ne mjediset e burgut**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Sjellje e lidhur me injektimin gjatë qëndrimit në burg</b>										
Injektuar në burg	34	18.8 (12.6,24.0)	47	34.3 (23.8,45)	41	35.3 (24.8,45.4)	87	20 (12.0,27.5)	21.7	14.6,28.6
Ndarë pajisjet e injektimit me të tjerët në burg	16	35.6 (26.2,45.3)	28	55.4 (39.6,72.1)	32	71 (59.7,82.1)	10	50.6 (34.8,65.0)	45.3	36.0,56.3

#### 4.1.10. Të dhëna biologjike

Prevalenca e përgjithshme e infeksionit HIV, hepatitit C dhe sifilizit në popullatën e PDI-ve ishte përkatësisht 1.4%, 44.3% dhe 3.8% (Tabela 38). Prevalenca e HIV dhe hepatitit C ishte më e lartë në Tiranë (1.9% dhe 49.9%, respektivisht), ndërsa prevalenca e sifilizit ishte më e lartë në Durrës (7.6%).

**Tabela 38. Prevalenca e HIV-it, Hepatitit C dhe sifilizit**

	Tirane N=305		Durrës N=150		Elbasan N=150		Berat N=150		Gjithsej N=755	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
HIV	5	1.93 (0.3,3.8)	1	0.2 (0.8,0.5)	0		0		1.4	0.5, 4.0
Hepatiti C	161	49.9 (44.8,55.1)	46	19.8 (12.4,27.5)	58	41.6 (33.3,50.9)	22	14.9 (8.9,21.0)	44.3	39.5, 49.1
Sifilizi	10	3.8 (1.6,6.0)	11	7.6 (1.5,13.6)	0		2	1.3 (0.2,2.9)	3.8	1.2, 7.2

#### 4.1.11. Sjelljet e rrezikshme të lidhura me injektimin, mardhëniet seksuale dhe aksesit në shërbime sipas grupmoshës

##### 4.1.11.1 Karakteristikat socio-demografike sipas grupmoshës

Pjesa më e madhe e PDI-ve më të rinj ( $\leq 24$  vjeç) janë më të shkolluar dhe nuk kanë qënë kurrë të martuar. Te PDI të larguar nga shtëpia për më shumë se 1 muaj, nuk ka diferencë sipas grupmoshave (Tabela 39).

**Tabela 39. Karakteristikat socio-demografike të PDI sipas grupmoshës**

	<=24 vjec		>24 vjec		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Arsimi</b>							<b>&lt;0.001</b>
9 ose më pak	69	58.5	463	72.7	532	70.5	
Mesëm	48	40.7	143	22.4	191	25.3	
Universitet	1	0.8	31	4.9	32	4.2	
<b>Martuar</b>							
Jo	26	22	303	47.6	329	43.6	
Po	92	78	334	52.4	426	56.4	
<b>Vitin e fundit larg shtëpise</b>							0.986
Jo	84	71.2	452	71	536	71.0	
Po	34	28.8	185	29	219	29.0	

#### 4.1.11.2 Sjelljet e lidhura me injektimin drogës sipas grupmoshës

PDI më të mëdhenj në moshë (>24 vjeç) kishin më shumë gjasa të kenë injektuar për një periudhë më të gjatë kohe (3 ose më shumë vjet), ndërkohë që më pak se gjysma e atyre më të rinj raportojnë të kenë injektuar për 3 vjet ose më shumë. PDI e rritur kishin më shumë gjasa të kenë injektuar muajin e kaluar me një shiringë të përdorur (35%) krahasuar me PDI të moshës ≤ 24 vjeç (22.9%). PDI e rinj kishin më pak gjasa të kenë shkëmbyer age/shiringa muajin e fundit se sa ata më të rritur në moshë. Prevalenca e ndarjes së enëve të përgatitjes, pajisjeve të injektimit dhe marrja e drogës nga një enë e përbashkët është gjithashtu më e lartë në mënyrë domethënëse të PDI e rritur krahasuar me ata më të rinj (70.5% kundrejt 57.6%,  $p < 0.005$ ). Gjithashtu PDI e rinj kanë më shumë gjasa të kenë injektuar me një age të pastër në muajin e fundit krahasuar me ata të moshës >24 vjeç (Tabela 40).

**Tabela 40. Sjelljet e lidhura me injektimin drogës të PDI sipas grupmoshës**

	<=24 vjec		>24 vjec		Total		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Kohëzgjatja e injektimit të drogës</b>							<b>&lt;0.001</b>
<3 vjet	68	57.6	84	13.2	152	20.1	
>=3 vjet	50	42.4	553	86.8	603	79.9	
<b>Herën e fundit injektuar me age të përdorur</b>							0.608
Jo	96	81.4	506	79.4	602	79.7	
Po	22	18.6	131	20.6	153	20.3	
<b>Muajin e fundit injektuar me age/shiringë të përdorur</b>							<b>0.005</b>
Jo	91	77.1	414	65	505	66.9	
Po	27	22.9	223	35.0	250	33.1	
<b>Shkëmbyer shiringa në muajin e fundit</b>							<b>0.005</b>
Jo	91	77.1	413	64.8	504	66.8	
Po	27	22.9	224	35.2	251	33.2	
<b>Numri i personave që ka shkëmbyer age/shiringa</b>							0.231
1 person	16	57.1	107	47.8	123	48.8	
>1 person	12	42.9	117	52.2	129	51.2	
<b>Muajin e fundit injektuar me një shiringë të mbushur më parë</b>							0.163
Jo	101	85.9	509	79.9	610	80.8	
Po	17	14.4	128	20.1	145	19.2	
<b>Muajin e fundit injektuar me një shiringë pasi dikush ka futur drogë në të</b>							<b>0.004</b>
Jo	87	73.7	381	59.8	468	62.0	
Po	31	26.3	256	40.2	287	38.0	
<b>Muajin e fundit ndarë enën e përgatitjes, pajisjet e injektimit</b>							<b>0.002</b>
Jo	54	45.8	200	31.4	254	33.6	
Po	64	54.2	437	68.6	501	66.4	
<b>Muajin e fundit, marrë drogë nga një enë e përbashket</b>							<b>0.005</b>
Jo	50	42.4	188	29.5	238	31.5	
Po	68	57.6	449	70.5	517	69.5	
<b>Muajin e kaluar injektuar me age të paster çdo herë</b>							<b>0.005</b>
Jo	27	22.9	224	35.2	251	33.2	
Po	91	77.1	413	64.8	504	66.8	

#### 4.1.11.3 Aksesit në shërbime sipas grupmoshës

Përqindja e atyre që janë aktualisht në trajtim, ose kanë marre ndonjëherë trajtim është më e lartë në mënyrë domethënëse të PDI e rritur krahasuar me ata më të rinj (54.2% kundrejt 26.3%,  $p < 0.001$ ). Përqindja e pjesëmarrësve që raportuan se kishin marrë age/shiringa të pastra nga programet e shkëmbimit të shiringave në gjashtë muajt e fundit ishte dukshëm më e lartë të PDI e rritur krahasuar me ata të rinj. Gjthashtu popullata e PDI >24 vjeç ishte

më e ekspozuar ndaj informacionit për HIV të dhënë nga punonjësit në terren të NGO, kanë dëgjuar më shumë për IST dhe janë testuar më shumë për HIV (Tabela 41).

**Tabela 41. Aksesit në shërbime sipas grupmoshës**

	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Aktualisht në mjekim, ose ka marrë ndonjëherë mjekim</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	87	73.7	292	45.8	379	50.2	
Po	31	26.3	345	54.2	376	49.8	
<b>Në 6 muajt e fundit ka marrë agë/shiringa të pastra nga OJQ</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	43	36.4	125	19.6	168	22.3	
Po	75	63.6	512	80.4	587	77.7	
<b>Folur me punonjës terreni në lidhje me infektionin HIV</b>							<b>0.011</b>
Jo	46	39.0	171	26.9	217	28.8	
Po	72	61.0	465	73.1	537	71.2	
<b>Dëgjuar për IST</b>							<b>0.01</b>
Jo	32	27.1	109	17.1	141	18.7	
Po	86	72.9	528	82.9	614	81.3	
<b>E dinë që testimi për HIV është i disponueshëm në vendbanimin e tyre</b>							0.17
Jo	29	24.6	101	15.9	130	17.2	
Po	89	75.4	536	84.1	625	82.8	
<b>Testuar për HIV</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	75	63.6	226	39.9	301	39.9	
Po	43	36.4	411	64.5	454		

#### 4.1.11.4 Përdorimi i prezervativit sipas grupmoshës

PDI e të gjitha moshave raportuan nivele të ulëta të përdorimit të vazhdueshëm të prezervativit me lloje të ndryshme të partnerëve seksuale femra. Për të tre llojet e partnerëve seksuale përdorimi i prezervativit gjithmone gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale ishte më i lartë se PDI e rinj krahasuar me ata më të rritur, ndonëse jo në mënyrë domethënëse (Tabela 42)

**Tabela 42. Përdorimi i prezervativit me partner të ndryshëm sipas grupmoshës**

	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Marrëdhënie seksuale me partnerë të rregullt</b>							0.156
Jo	49	42.2	234	36.8	283	37.6	
Po	67	57.8	402	63.2	469	62.4	
<b>Përdorur cdo here prezervativ partnerin e rregullt në 6 muajt e fundit</b>							0.115
Jo	50	74.6	328	81.8	378	80.8	
Po	17	25.4	73	18.2	90	12.2	
<b>Marrëdhënie seksuale me partnerë me pagesë</b>							0.434
Jo	107	92.2	592	93.1	699	93.0	



	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
Po	9	7.8	44	6.9	53	7.0	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ partnerë me pagesë në 6 muajt e fundit</b>							0.501
Jo	5	55.6	26	61.9	31	60.8	
Po	4	44.4	16	38.1	20	39.2	
<b>Mardhënie seksuale me partnerë jo të rregullt, pa pagesë</b>							0.527
Jo	87	75	478	75.2	565	75.1	
Po	29	25.0	158	24.8	187	24.9	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ me partnerë jo të rregullt, pa pagesë ne 6 muajt e fundit</b>							0.249
Jo	17	58.6	106	67.1	123	65.8	
Po	12	41.4	52	32.9	64	34.2	

#### 4.1.12. Sjelljet e rrezikshme të lidhura me injektimin, mardhëniet seksuale dhe aksesin në shërbime sipas statusit të Hepatitit C

##### 4.1.12.1 Karakteristikat socio-demografike sipas statusit të Hepatitit C

Një përqindje më e larte e PDI-ve pozitiv për hepatit C ishte më e larte tek ata me arsim më ulët, beqar, ndonësë jo në mënyrë domethënëse (Tabela 43).

**Tabela 43. Karakteristikat socio-demografike sipas statusit të Hepatitit C**

	Negativ		Pozitiv		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Arsimi</b>							0.750
9 ose më pak	330	70.5	202	70.4	532	70.5	
Mesëm	120	25.6	71	24.7	191	25.3	
Universitet	18	3.8	14	4.9	32	4.2	
<b>Martuar</b>							0.05
Jo	193	41.2	136	47.4	329	43.6	
Po	275	58.8	151	52.6	426	56.4	
<b>Vitin e fundit larg shtëpise</b>							0.649
Jo	335	71.6	201	70.0	536	71.0	
Po	133	28.4	86	30.0	219	29.0	

##### 4.1.12.2 Sjelljet e lidhura me injektimin drogës sipas statusit të Hepatitit C

PDI pozitiv për Hepatit C, kishin më shumë gjasa të kenë injektuar për një periudhë më të gjatë kohe (3 ose më shumë vjet). Ata me Hepatit C kishin më shumë gjasa të kenë injektuar muajin e kaluar me një shiringë të përdorur krahasuar me ata Hep C negativ (42.6% kundrejt 27.31%,  $p < 0.001$ ). Gjithashtu ata pozitivë për Hep C në mënyrë domethënëse kishin më shumë gjasa të kenë injektuar çdo ditë, të kenë shkëmbyer

age/shiringa muajin e fundit, të kenë ndarë enët e përgatitjes, pajisjet e injektimit dhe të kenë marrë drogë nga një enë e përbashkët (Tabela 44).

**Tabela 44. Sjelljet e lidhura me injektimin drogës sipas statusit të Hepatitit C**

	Negativ		Pozitiv		Gjithsej		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Vite injektimi</b>							<b>0.017</b>
<3 vjet	106	22.6	16	16.0	152	20.1	
≥3 vjet	362	77.4	241	84.0	603	79.9	
<b>Grupmosha në injektimin e parë (vjet)</b>							<b>0.010</b>
≤14 vjeç	0	0.0	5	1.7	5	0.7	
15-18 vjeç	32	6.8	25	8.7	57	7.5	
19-24 vjeç	199	42.5	132	46.0	331	43.8	
≥25 vjeç	237	50.6	125	43.6	362	47.9	
<b>Muajin e fundit injektuar çdo dite</b>							<b>0.010</b>
Jo	82	17.5	27	9.4	109	14.4	
Po	386	82.5	260	90.6	646	85.6	
<b>Muajin e fundit injektuar me age/shiringë të përdorur</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	341	72.9	164	57.1	505	66.9	
Po	127	27.1	123	42.6	250	33.1	
<b>Shkëmbyer shiringa në muajin e fundit</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	340	72.6	164	57.1	504	66.8	
Po	128	27.4	123	42.9	251	33.2	
<b>Numri i personave që ka shkëmbyer age/shiringa</b>							0.349
1 person	65	50.4	58	47.2	123	48.8	
>1 person	64	49.6	65	52.8	129	51.2	
<b>Muajin e fundit injektuar me një shiringë të mbushur më parë</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	397	84.8	213	74.2	610	80.8	
Po	71	15.2	74	25.8	145	19.2	
<b>Muajin e fundit injektuar me një shiringë pasi dikush ka futur drogë në të</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	335	71.6	133	46.3	468	62.0	
Po	133	28.4	154	53.7	287	38.0	
<b>Muajin e fundit ndarë enën e përgatitjes, pajisjet e injektimit</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	190	40.6	64	22.3	254	33.6	
Po	278	59.4	223	77.7	501	66.4	
<b>Muajin e fundit, marre drogë nga një enë e përbashkët</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	179	38.2	59	20.6	238	31.5	
Po	289	61.8	228	79.4	517	68.5	

#### 4.12.3 Aksesit në shërbime sipas statusit të Hepatitit C

Përqindja e atyre që janë aktualisht në trajtim, ose kanë marre ndonjëherë trajtim është më e lartë në mënyrë domethënëse te PDI me Hepatit C (57.5 % kundrejt 45.1%, p<0.001). Përqindja e pjesëmarrësve që raportuan se kishin marrë age/shiringa të pastra nga

programet e shkëmbimit të shiringave në gjashtë muajt e fundit ishte më e lartë te ata pozitivë për Hep C krahasuar me ata negativë (85.4 % kundrejt 73.1.1%, p<0.001). Githashtu popullata e PDI pozitive për Hep C ishte më e ekspozuar ndaj informacionit për HIV dhe IST të dhënë nga punonjësit në terren dhe kanë dëgjuar më shumë për IST dhe janë testuar më shumë për HIV (Tabela 45).

**Tabela 45. Aksesi në shërbime sipas statusit të Hepatitis C**

	Negativ		Pozitiv		Total		Vlera P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Aktualisht në mjekim, ose ka marrë ndonjëherë mjekim</b>							<b>0.001</b>
Jo	257	54.9	122	42.5	379	50.2	
Po	211	45.1	165	57.5	376	49.8	
<b>Në 6 muajt e fundit ka marrë age/shiringa të pastra nga OJQ</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	126	26.9	42	14.6	168	22.3	
Po	342	73.1	245	85.4	587	77.7	
<b>Folur me punonjës terreni në lidhje me infeksionin HIV</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	166	35.5	51	17.8	217	28.8	
Po	302	64.5	235	82.2	537	71.2	
<b>Dëgjuar për IST</b>							0.494
Jo	88	18.8	53	18.5	141	18.7	
Po	380	81.2	234	81.5	614	81.3	
<b>E dinë që testimi për HIV është i disponueshëm në vendbanimin e tyre</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	104	22.2	26	9.1	130	17.2	
Po	364	77.8	261	90.9	625	82.8	
<b>Testuar për HIV</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	216	46.2	85	29.6	301	39.9	
Po	252	53.8	202	70.4	454	60.1	
<b>Ndonjëherë i burgosur osie para burgosur</b>							<b>0.01</b>
Jo	178	38.0	87	30.3	265	35.1	
Po	290	62.0	200	69.7	490	64.9	

#### **4.1.13. Faktorët kryesorë të lidhur me shpeshtësinë e injektimit, shkëmbimin e shiringave, ndarjen e pajisjeve të injektimit dhe Hepatitis C**

##### **4.1.13.1 Faktorët e lidhur me Hepatitis C**

Në modelin e kontrolluar të Regresionit Logjistik Binar për disa faktorë Hepatitis C lidhet në mënyrë domethënëse pozitivisht me injektimin çdo ditë, shkëmbimin e ageve/shiringave në muajin e fundit, dhe ndarjen e enës së përgatitjes dhe pajisjeve të injektimit (Tabela 46).

**Tabela 46 Faktorët e lidhur me Hepatitin C te PDI**

	OR*†	95% IB (kufiri poshtëm-kufiri i sipërm)	Vlera P
<b>Muajin e fundit injektuar çdo dite</b>			
Jo	referencë		
Po	1.84	1.15-3.0	<b>0.012</b>
<b>Shkëmbyer shiringa në muajin e fundit</b>			
Jo	referencë		
Po	1.5	1.10-2.10	<b>0.037</b>
<b>Muajin e fundit ndarë enën e përgatitjes, pajisjet e injektimit</b>			
Jo	referencë		<b>0.001</b>
Po	2.10	1.35-2.95	
<b>Muajin e fundit, marre drogë nga një enë e përbashket</b>			
Jo	referencë		0.716
Po	1.32	0.43-3.40	
<b>Vite injektimi</b>			
<3 vjet	referencë		0.074
>=3 vjet	1.43	0.97-2.20	

\*Raporti i gjasave Hepatit C pozitiv vs Hepatit C negativ.

†Modeli i kontrolluar në mënyrë simultane për të gjithë karakteristikat e paraqitura në tabelë

Vlera e p-së domethënëse <0.05

#### 4.1.13.2 Faktoret e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave

Shkëmbimi i ageve/shiringave lidhet në mënyrë domethënëse pozitivisht me injektimin çdo ditë dhe me të qënin ndonjëherë i burgosur apo në paraburgim (Tabela 47)

**Tabela 47. Faktorët e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave**

	OR**†	95% IB (kufiri poshtëm-kufiri i sipërm)	Vlera P
<b>Grumosha</b>			
<=24 vjec	referencë		<b>0.03</b>
>24 vjec	1.74	0.98-3.10	
<b>Frekuentuar shkollën</b>			
Jo	referencë		
Po	2.12	1.24-3.90	0.07
<b>Muajin e fundit injektuar çdo dite</b>			
Jo	referencë		
Po	1.28	0.78-2.03	<b>0.02</b>
<b>Aktualisht në mjekim, ose ka marrë ndonjëherë mjekim</b>			
Jo	referencë		
Po	1.33	0.96-1.85	0.083
<b>Në 6 muajt e fundit ka marrë age/shiringa të pastra nga OJQ</b>			
Jo	referencë		
Po	1.41	0.74-2.73	0.302

<b>Folur me punonjës terreni në lidhje me infektionin HIV</b>			
Jo	referencë		
Po	2.16	1.19-3.92	0.425
<b>Ndonjëherë i burgosur ose para burgosur</b>			
Jo	referencë		
Po	1.34	0.96-1.89	<b>0.05</b>

\*Raporti i gjasave shkëmbyer age/shiringa muajin e fundit vs nuk ka shkëmbyer age/shiringa muajin e fundit

†Modeli i kontrolluar në mënyrë simultane për të gjithë karakteristikat e paraqitura në tabelë  
Vlera e p-së domethënëse <0.05

#### 4.1.13.3 Faktoret e lidhur me ndarjen e pajisjeve të injektimit

Ndarja e enës së përgatitjes së drogës dhe pajisjeve të injektimit lidhet në mënyrë domethënëse pozitivisht me PDI > 24 vjeç, me injektimin çdo dite dhe të qënit ndonjëherë i burgosur apo në paraburgim (Tabela 48).

**Tabela 48. Faktorët e lidhur me shkëmbimin e ageve/shiringave**

	<b>OR*†</b>	<b>95% IB † (kufiri poshtëm-kufiri i sipërm)</b>	<b>Vlera P</b>
<b>Grumosha</b>			
<=24 vjec	referencë		
>24 vjec	2.32	1.34-3.91	<b>0.002</b>
<b>Frekuentuar shkollën</b>			
Jo	referencë		
Po	2.45	1.14-5.25	<b>0.02</b>
<b>Muajin e fundit injektuar çdo dite</b>			
Jo	referencë		
Po	2.31	1.56-3.12	<b>0.02</b>
<b>Aktualisht në mjekim, ose ka marrë ndonjëherë mjekim</b>			
Jo	referencë		
Po	1.04	0.84-1.45	0.423
<b>Në 6 muajt e fundit ka marrë age/shiringa të pastra nga OJQ</b>			
Jo	referencë		
Po	1.07	0.56-2.01	0.718
<b>Ndonjëherë i burgosur ose para burgosur</b>			
Jo	referencë		
Po	1.65	1.19-2.92	<b>0.03</b>

\*Raporti i gjasave ndarë pajisjet e injektimi vs nuk ka ndarë pajisjet e injektimit.

†Modeli i kontrolluar në mënyrë simultane për të gjithë karakteristikat e paraqitura në tabelë  
Vlera e p-së domethënëse <0.05

## 4.2 Meshkujt që kryejnë seks me Meshkuj

### 4.2.1. Karakteristikat socio-demografike të MSM-ve

Vlerësimet në popullatë tregojnë se shumica MSM-ve i përkasin grupmoshës 24 vjeç e lart. Gjysma e MSM-ve në Elbasan ishin më të rinj se 24 vjeç, ndërsa në Tiranë dhe Durrës ishin përkatësisht 27% dhe 32% (Grafiku 4). Moshë mesatare e MSM-ve që morën pjesë në studim ishte 26 vjeç (varion nga 18 deri në 60 vjeç); në Tiranë moshë mesatare ishte 27 (varion: 18 deri në 55 vjeç), në Durrës 28 (varion: 19 deri në 50 vjeç), dhe në Elbasan 24 (varion: 18 deri në 60 vjeç). Vlerësimet e popullsisë tregojnë se një në dhjetë MSM nuk ka marrë kurrë ndonjë arsim formal, duke variuar nga 5% në Elbasan, 9% në Tiranë, me përqindjen më të lartë (18%) në Durrës. Shumica e MSM-ve (41%) kanë përfunduar shkollën e mesme, dhe 20% e tyre kanë diplomë universitare (Tabela 49).

**Tabela 49. Moshë, arsimimi**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Moshë</b>								
Mesatarja	29.1		27.6		26.7		28.15	
Mediana	28		27		24		26	
< 24	82	26.6 (20.9,32.5)	42	32.2 (24.1,40.1)	71	49.6 (41.2,57.9)	30.3	26.1,36.0
≥ 24 vjeç	197	73.4 (67.7,79.9)	94	67.8 (59.8,75.8)	68	50.4 (42.1,58.8)	69.7	63.9,73.8
<b>Arsimi</b>								
Pa shkollë	23	8.6 (5.2,11.6)	19	17.8 (9.5,26.2)	6	5.0 (1.6,9.3)	9.2	6.4,12.8
<b>Arsimi më i lartë i kryer</b>								
Fillore (4 klasa)		8.9 (4.7,12.9)		9.2 (4.1,14.4)		13.3 (6.9,19.6)	9.5	6.7,13.2
I ulët (9 vjet ose më pak)	98	39.8 (30.3,46.1)	59	43.7 (38.1,48.2)	52	37.0 (31.6,43.4)	39.0	32.3-45.1
I mesëm	102	40.1 (34.9,45.5)	38	36.6 (28.5,45.1)	68	50.8 (44.1,57.5)	41.2	35.8,46.7
Unniversiteti	56	21.1 (15.3, 26.6)	20	19.7 (10.2,29.0)	13	12.2 (4.6,19.9)	19.8	15.7,24.5

Shumica e MSM-ve (81%) raportuan se ishin beqarë dhe nuk jetonin me një partner seksual femër. Rreth 27% kanë qenë ndonjëherë të martuar me një femër, dhe 8% kanë raportuar se janë të martuar aktualisht dhe jetojnë me bashkëshorte femër (Tabela 50).

**Tabela 50. Gjendja martesore**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Asnjëherë i martuar</b>								
	71	26 (20.3,31.5)	36	28.2 (19.9,36.4)	39	28.3 (21.5,35.0)	26.5	22.1,31.3
<b>Beqar, nuk jeton me partnerin seksual femër</b>								
	236	82 (77.3,88.6)	112	78.1 (70.5,85.7)	106	77.3 (71.3,83.4)	81	76.3,84.9
<b>Beqar, jeton me partnere seksuale femer</b>								
	13	6.7 (2.9,10.4)	3	2.4 (0.3,5.2)	8	5.5 (1.9,9.10)	6.1	3.6,10.1
<b>I martuar, jeton me bashkëshorte femër</b>								
	14	5.6 (2.9,8.2)	14	13.4 (6.3, 20.4)	23	15.3 (10.0, 20.6)	7.7	5.5,10.7
<b>I martuar, nuk jeton me bashkëshorte ose me ndonjë partner tjetër seksual</b>								
	11	3.8 (1.6,6.1)	1	0.6 (0.2,1.6)	0		3	1.5,5.6

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>I martuar, jeton me partner tjetër seksual</b>								
	1	0.1 (0.1,0.3)	1	0.4 (0.2,7)	0		0.2	0.1,01.2

Më shumë se një e treta (40%) e MSM-ve raportuan se kanë qenë larg shtëpisë për më shumë se një muaj vitin e kaluar, duke variuar nga 25% në Durrës në gjysmën (51%) e atyre në Elbasan. Lëvizshmëria e MSM-ve raportohet jo vetëm brenda vendit, por edhe jashtë vendit, ku pothuajse një e treta (30%) e tyre raportojnë se kanë kaluar 3 muaj ose më shumë, por më pak se një vit, jashtë vendit në vitin e kaluar (Tabela 51).

**Tabela 51. Lëvizshmëria**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Kaluar 1 muaj ose më shumë larg nga shtëpia në të kaluarën</b>								
	119	41.5 (35.4,47.5)	35	24.9 (17.3,32.4)	66	50.6 (43.5,57.5)	40.8	35.6,46.1
<b>Ka shpenzuar 3 muaj apo më shumë jashtë vendit vitin të kaluar</b>								
	82	29.4 (24.1,34.5)	33	23.1 (16.1,30.2)	53	42.1 (34.0,50.2)	30.4	25.6,35.4

#### 4.2.2 Përdorimi i alkoolit dhe drogës

Vlerësimet e popullsisë tregojnë se 70% e MSM-ve kanë konsumuar alkool në muajin e fundit, ku 20% raportojnë se kanë përdorur alkool katër ose më shumë herë në javë. Për sa i përket përdorimit të drogës, rreth 35% e MSM-ve kanë provuar ndonjëherë drogë (me injektim ose jo), dhe 9% kanë injektuar ndonjëherë, krahasuar me 21% që raportuan në një studim të vitit 2011. Moshë mesatare në injektimin e parë ishte 20 vjeç. Midis atyre të cilët kanë injektuar, 83% raportojnë se kanë injektuar në muajin e fundit. Në muajin e fundit, marihuana ishte droga më e përdorur (75%), ndërsa heroina ishte droga më shpesh e injektuar (61%) në mesin e MSM në Shqipëri (Tabela 52).

**Tabela 52. Përdorimi i alkoolit dhe drogës**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Përdorimi i alkoolit</b>								
<b>Frekuenca e përdorimit të alkoolit në muajin e fundit</b>								
2-3 herë në javë	66	22.7 (17.7,27.2)	37	22.3 (15.6, 29.5)	16	14.1 (8.5,19.8)	21.6	14.7,30.2
2-3 herë në muaj	54	20.1 (15.2,25.6)	49	39.6 (30.5,48.4)	12	9.2 (4.6,13.8)	21	13.3,29.4
≥ 4 herë në javë	54	21.6 (15.0, 27.2)	15	12.1 (6.2,18.1)	25	16.3 (10.5, 22.1)	19.6	12.5,27.1
Kurrë	78	27.2 (21.4,32.6)	28	19.4 (12.9,26.1)	70	52.2 (43.3,61.0)	29.5	20.7,38.1
Një here ne muaj	26	8.5 (5.9,11.2)	7	6.4 (2.0, 10.5)	12	8.0 (4.2,11.7)	8.2	3.6,16.1
<b>Përdorimi i drogës</b>								
Përdorur ndonjëherë drogë	105	40.9 (33.7,48.2)	21	12.4 (7.7,17.2)	29	21.9 (15.8,27.7)	35.4	26.4,43.9
Injektuar ndonjëherë drogë	29	11.5 (5.7,17.3)	6	2.8 (0.9,4.7)	16	17.9 (9.5,26.2)	9.3	3.0,16.4

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
Injektuar muajin e kaluar	25	84.1 (72.5,95.2)	5	87.1 (70.8,105.2)	11	71.4 (62.7,83.1)	83.6	68.2,94.0

### 4.2.3 Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit

Ky seksion paraqet të dhëna për sjelljet seksuale të MSM sipas llojit të seksit (oral ose anal) dhe sipas llojit të partnerit (partnerët seksualë meshkuj me pagesë ose pa-pagesë).

#### 4.2.3.1 Seksi oral

Në 6 muajt që i paraprinë studimit, vlerësimet tregojnë se 90% e MSM-ve kanë kryer seks oral me një mashkull. Mes atyre që raportuan seks oral, shumica (60%) kishin më shumë se 4 partnerë, krahasuar me vetëm një të katërtën në një studim të vitit 2011. Më shumë se dy të tretat (69%) e tyre përdorën kondom herën e fundit që kryen seks oral. Pothuajse gjysma (42.2%) e MSM-ve të intervistuar raportuan përdorim të vazhdueshëm të prezervativit, sa herë që kryejnë seks oral (tabela 53).

**Tabela 53. Historia seksuale: seksi oral dhe përdorimi i prezervativit**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur seks oral me një mashkull në gjashtë muajt e fundit</b>								
	241	84.1 (79.5,89.5)	108	81.1 (75.0,87.1)	126	91.0 (86.6,95.5)	89.9	83.4,95.8
<b>Numri i meshkijve që kanë pasur seks oral në gjashtë muajt e fundit (mes atyre që kanë raportuar seks oral)</b>								
1	39	16.6 (10.2, 25.3)	25	23.1 (18.5,28.6)	18	14.5 (9.6, 20.2)	18.5	13.1,23.5
2-4	54	23.1 (17.5, 29.1)	15	15.9 (9.6,19.2)	33	26.0 (21.5,31.3)	21.3	14.9,26.7
>4	148	60.3 (54.6,66.1)	68	60.8 (54.9,66.7)	75	59.3 (55.2,65.7)	60.2	54.2,65.8
<b>Përdorur prezervativ herën e fundit kur ka kryer seks oral</b>								
	172	68.5 (62.2,74.5)	62	57.5 (49.1,65.9)	101	80.5 (70.3,90.8)	69.0	63.8,74.1
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnerët gjatë seksit oral në 6 muajt e fundit</b>								
	108	41.1 (34.6,47.2)	36	34.4 (25.5,43.7)	68	55.0 (47.9,62.1)	42.4	37.0,48.1

#### 4.2.3.2 Seksi anal

Pyetësi përmbante pyetje në lidhje me tipin e marrëdhënies anale në të cilën ishte përfshirë i anketuari, aktiv apo pasiv dhe numrin e partnerëve që ata kanë pasur seks anal në 6 muajt e fundit. Numri mesatar i partnerëve kur i anketuari ishte partneri aktiv ishte pesë, dhe gjysma e tyre raportuan se kishin më shumë se katër partnerë (tabela 54).

Ndërkohë, numri mesatar i partnerëve kur i anketuari ishte partneri pasiv ishte katër, dhe 42% e tyre raportuan se kishin më shumë se katër partnerë.



**Tabela 54. Lloji i marrëdhënies seksuale me meshkuj**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Numri i meshkujve që kanë pasur marrëdhënie seksuale në gjashtë muajt e fundit i anketuari është aktiv</b>								
Mesatarja	5		4		5		5	
0	49	15.89 (11.7,19.9)	20	16.2 (8.3, 24.1)	19	12.7 (7.6,17.7)	15.5	12.0,19.6
1	28	10.8 (7.3, 14.2)	7	5.4 (1.8,9.1)	12	12.3 (5.9,18.3)	10.4	7.4,14.2
2-4	54	22.6 (19.9,28.4)	42	30.0 (22.1,37.9)	33	26.5 (17.9,35.1)	24	19.7,29.0
>4	148	50.7 (44.4,57.4)	67	48.1 (39.4,56.9)	75	48.6 (40.8,56.4)	50.1	44.8,55.4
<b>Numri i meshkujve që kanë kryer marrëdhënie seksuale në gjashtë muajt e fundit i anketuari është pasiv</b>								
Mesatarja	3		5		4		4	
0	94	38.1 (30.9,45.2)	28	19.2 (12.2, 26.1)	45	35.09 (26.7,43.3)	35.5	30.5,41.0
1	21	8.1 (4.6,11.3)	8	5.7 (2.0,9.5)	9	7.7 (2.4, 13.1)	7.9	5.3,11.4
2-4	37	13.6 (9.3,17.9)	28	19.2 (12.7,25.6)	19	14.2 (8.6,19.8)	14.4	11.0,18.2
>4	127	40.0 (34.0,46.1)	72	55.7 (47.1,64.5)	66	42.9 (34.9,50.9)	42.2	37.1,47.6

## 4.2.4 Sjelljet seksuale me lloje të ndryshme partnerësh

### 4.2.4.1 Partnerët seksualë meshkuj me pagesë

Më shumë se gjysma (58%) e MSM-ve kanë kryer seks anal me një partner seksual mashkull me pagesë në 6 muajt para studimit, duke filluar nga 54% në Tiranë në 76% në Elbasan.

#### 4.2.4.1.1 Partnerët seksualë meshkuj me pagesë (pjesëmarrësi ka paguar në këmbim të seksit)

Një e katërta e atyre që kanë pasur marrëdhënie seksuale me një partner me pagesë kanë raportuar se kanë paguar një mashkull për të kryer marrëdhënie seksuale anale gjatë gjashtë muajve të fundit; 28% e MSM-ve në Tiranë, 30% në Durrës dhe 14% në Elbasan. Shumica e tyre (86%) raportuan se kishin përdorur prezervativ herën e fundit që paguan për seks anal me një partner mashkull, dhe dy të tretat (67%) raportuan përdorimin e vazhdueshëm të prezervativit me këta partnerë. Në mesin e 14% të MSM-ve që nuk përdorën prezervativ, pothuajse gjysma (48%) përmendën si arsye se prezervativi nuk ishte "i disponueshëm", 38% "zvogëlimi i kënaqësisë" dhe 31% "nuk mendonin se ishte i nevojshëm" (Tabela 55).

#### 4.2.4.1.2 Pagesa e partnerëve seksualë meshkuj (pjesëmarrësi mori para në këmbim të seksit)

Nëntë në dhjetë MSM (89%) që kanë pasur marrëdhënie seksuale me një partner me pagesë, kanë raportuar se janë paguar nga një mashkull për të kryer marrëdhënie seksuale anale në 6 muajt e fundit; 88% e MSM-ve në Tiranë, 91% në Durrës dhe 95% në Elbasan.

80% e tyre raportuan se kishin përdorur prezervativ herën e fundit që i shitën seks anal një partneri mashkull, dhe më shumë se gjysma (54%) raportuan se kishin përdorur gjithmonë prezervativ, kur kanë shitur seks partnerëve meshkuj gjatë gjashtë muajve të fundit.

Ndër ata që nuk përdorën prezervativ, arsyeja kryesore e përmendur ishte “partneri kundërshtoi” (27%), i ndjekur nga “ulja e kënaqësisë” 25%, dhe “jo i disponueshëm” dhe “nuk e mendova” (23%). Gjysma e MSM-ve kanë diskutuar për rrezikun e HIV/AIDS-it dhe IST-ve të tjera me partnerët e tyre seksualë me pagesë (Tabela 55).

**Tabela 55. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit me partnerë tregtarë seks meshkuj**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur marrëdhënie seksuale me partnerin e seksit mashkull komercial gjatë 6 muajve të fundit</b>	157	53.6 (46.4,60.7)	94	65.8 (57.5,74.1)	110	75.8 (67.9,83.6)	57.8	52.3,63.0
<b>BLERË (dhënë para, dhurata) seks në 6 muajt e fundit</b>	45	27.5 (19.8,34.4)	33	29.9 (20.8,38.2)	16	13.8 (7.6,19.8)	27.5	21.2,30.8
<b>Përdorur prezervativit herën e fundit që bleu seks</b>	39	84.4 (72.8,96.7)	30	89.3 (84.3,95.7)	15	94.7 (91.7,97.7)	86.4	74.1,93.3
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit në 6 muajt e fundit me partnerë që ka blerë seks</b>	29	64.4 (50.6,78.3)	24	73.2 (59.9,87.0)	10	65.8 (42.6,90.7)	67.1	54.0,77.7
<b>SHITUR (ka marrë para, dhurata) seks në 6 muajt e fundit</b>	141	88.5 (82.5,92.8)	86	91.5 (85.0,98.3)	109	94.9 (90.5,99.2)	89.4	79.1,95.4
<b>Përdorur prezervativ herën e fundit që ka shitur seks</b>	114	79.5 (72.1,87.0)	76	98.7 (81.0,100.7)	76	69.7 (61.1,78.3)	79.3	70.2,87.5
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnerë që e shitur seks në 6 muajt e fundit</b>	79	51.7 (43.0,59.9)	57	71.3 (59.3,84.4)	56	53.8 (44.2,63.4)	57.1	51.7,62.3
<b>Diskutoi çështjet e HIV/AIDS me partnerët me pagesë</b>								
Po disa	46	24.4 (18.7,32.3)	22	25.4 (15.0,35.8)	14	13.0 (4.4,21.5)	20.8	16.8,25.5
Po, të gjitha	48	27.9 (19.2,36.5)	28	29.2 (18.9,39.5)	33	31.1 (22.2,39.6)	27.9	23.4,33.0

#### 4.2.4.2 Partnerët seksualë meshkuj të rregullt

Midis 40% të MSM në Durrës, Elbasan dhe 56% në Tiranë kanë pasur seks anal me një partner të rregullt në gjashtë muajt e fundit (Tabela 11).

Dy të tretat (67%) e tyre raportuan përdorimin e prezervativit herën e fundit që kanë kryer marrëdhënie seksuale anale me një partner të rregullt mashkull, duke filluar nga 48% në Durrës deri në 69% në Tiranë dhe Elbasan. 39% e MSM-ve në të gjitha qytetet, 39% në Tiranë, 22% në Durrës dhe 36% në Elbasan raportuan se kishin përdorur gjithmonë prezervativë gjatë seksit anal me partnerin e tyre të rregullt mashkull.

Arsyet më të zakonshme për mospërdorimin e prezervativit me partnerët e rregullt meshkuj raportohen të jenë “ul kënaqësinë” 33%, “nuk e mendonva se ishte e nevojshme” 30% dhe “partneri kundërshtoi” 29%. Dy të tretat e MSM-ve kanë diskutuar çështjet e HIV/AIDS me partnerët e tyre të rregullt seksual (Tabela 56).

**Tabela 56. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit me partnerë të rregullt meshkuj**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur marrëdhënie seksuale me partner të rregullt gjatë 6 muajve të fundit</b>								
	142	56.4 (48.5,64.3)	56	40.9 (32.1,49.6)	54	40.3 (33.1,47.4)	52.7	47.3,57.8
<b>Përdorimi i prezervativit herën e fundit ka pasur marrëdhënie seksuale me partnerin e rregullt mashkull</b>								
	97	68.6 (61.2,75.4)	23	47.7 (31.4,65.5)	36	68.8 (59.8,78.1)	66.9	59.1,73.7
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnerin e rregullt mashkull në 6 muajt e fundit</b>								
	57	39.4 (28.8,47.6)	10	22.0 (12.0,32.7)	20	36.4 (19.3,53.2)	38.6	30.8,46.2
<b>Diskutoi çështjet e HIV/AIDS me partnerin e rregullt mashkull</b>								
Po disa	48	30.5 (24.6,35.9)	34	63.0 (51.9,74.8)	11	23.1 (10.1,36.5)	32.6	26.7,38.6
Po, të gjitha	53	36.4 (28.3, 44.9)	11	15.3 (4.4,24.8)	14	28.0 (13.6,42.4)	34	26.9,41.6

#### 4.2.4.3 Partnerë seksual jo të rregullt, pa pagesë

Gjysma (53%) e MSM-ve raportuan se kanë patur partner seksual mashkull jo të rregullt, pa pagesë gjatë gjashtë muajve të fundit, dhe që varion nga gjysma (50%) në Tiranë, 55% në Elbasan dhe 64% në Durrës.

71% e tyre raportuan se kishin përdorur prezervativë herën e fundit që kanë kryer marrëdhënie seksuale anale me një partner jo të rregullt, pa pagesë, duke variuar nga 64% në Elbasan, 72% në Durrës dhe 73% në Tiranë. Pothuajse gjysma e atyre që kanë kryer marrëdhënie seksuale me një partner të tillë (48%, 44% dhe 50%) përkatësisht në Tiranë, Durrës dhe Elbasan, raportuan se kishin përdorur “gjithnjë” prezervativë gjatë seksit anal.

Ndër ata që nuk kanë përdorur prezervativë, arsyet më të zakonshme ishin “ul kënaqësinë” 38%, “nuk ishte i disponueshëm 28%” dhe “nuk mendova se ishte e nevojshme” 26%. Më shumë se gjysma e tyre (56%) kanë diskutuar çështjet e HIV/AIDS me partnerët e tyre jo të rregullt, pa pagesë (Tabela 57).

**Tabela 57. Seksi anal dhe përdorimi i prezervativit partnerë seksualë meshkuj jo të rregullt, pa pagesë**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Gjatë 6 muajve të fundit ka pasur marrëdhënie seksuale me partner mashkull jo të rregullt dhe pa pagesë</b>								
	153	50.5 (44.7,56.3)	84	64.4 (56.9,72.0)	75	54.8 (46.7,62.7)	52.6	44.6,60.3
<b>Përdorur prezervativ herën e fundit kryer seks me partner seksual mashkull jo të rregullt, pa pagesë</b>								
	115	71.8 (63.2,79.8)	63	73.1 (60.1,85.9)	45	63.8 (53.9,74.0)	70.9	58.9,74.0
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnerëve seksualë mashkull jo të rregullt, pa pagesë në 6 muajt e fundit</b>								
	81	48.4 (40.3,56.7)	36	44.3 (29.6,60.1)	33	49.7 (39.0,61.2)	48.4	41.5,55.4
<b>Diskutuar për çështjet e HIV/AIDS-it partner jo të rregullt, pa pagesë</b>								
Po disa	34	22.7 (14.7,30.6)	15	21.0 (9.4,32.9)	12	14.1 (4.4,23.3)	21.3	16.1,27.6
Po, të gjitha	58	36.6 (48.6,44.4)	26	27.1 (18.9,34.7)	19	31.5 (19.6,44.4)	34.6	28.2,41.5

#### 4.2.4.4 Partneret seksuale femra

Në total, 65% e MSM-ve kanë pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale me një femër (Tabela 13). Përqindja më e ulët e MSM-ve që raportuan se kanë pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale me një femër ishte në Elbasan (25%) dhe më e larta në Tiranë (64%) dhe Durrës (62%). Ndër ata që kanë raportuar se kanë pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale me një femër, 53% në Tiranë, 58% në Durrës dhe Elbasan kanë raportuar se kanë përdorur prezervativ gjatë marrëdhënies së tyre të fundit. Ndërkohë, 36% në Tiranë, 51% në Durrës dhe 47% në Elbasan raportuan se kanë përdorur gjithmonë prezervativ gjatë marrëdhënieve seksuale me një femër (Tabela 58).

**Tabela 58. Sjelljet seksuale me partnere seksuale femra**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale me një partnere femër</b>								
	171	63.6 (58.5,69.4)	79	62.0 (53.1,70.7)	104	24.4 (16.9,31.5)	65.2	60.2,70.0
<b>Numri i partnereve seksuale femra në 6 muajt e fundit</b>								
0	79	41.7 (32.6,50.4)	33	39.5 (28.9,50.0)	21	21.8 (14.2,29.3)	38.6	32.3,45.2
1	11	6.9 (2.8, 11.2)	9	11.3 (1.2, 21.0)	8	6.3 (2.0, 10.6)	7.3	4.5,11.6
2-4	49	30.5 (23.4,37.2)	22	28.3 (17.9,38.7)	42	39.5 (31.1,47.8)	31.6	25.4,38.1
>4	32	20.7 (12.6,29.0)	15	20.8 (9.3,32.6)	33	32.2 (23.9,40.5)	22.4	17.3,28.5
<b>Përdorur prezervativ herën e fundit ka kryer marrëdhënie seksuale me një partnere femër</b>								
	46	53.1 (44.9,61.3)	26	57.5 (41.4,73.4)	44	57.6 (50.0,65.8)	54.4	45.8,62.7
<b>Përdorimi i vazhdueshëm (100%) i prezervativit me partnere seksuale femër zgjat 6 muajve të fundit</b>								
	33	36.3 (25.5,47.1)	23	50.8 (32.1,70.4)	36	47.1 (37.2,57.7)	39.8	31.9,48.3

#### 4.2.5 Njohuri të përgjithshme dhe përdorimi i prezervativit dhe lubrifikantëve

Të pyetur nëse kishin përdorur ndonjëherë prezervativ gjatë marrëdhënieve seksuale, shumica (96%) e MSM-ve u përgjigjën pozitivisht. 74% e tyre kanë përdorur prezervativ herën e fundit që kanë kryer marrëdhënie seksuale anale me çdo lloj partneri mashkull, duke variuar nga 75% në Tiranë, 74% në Durrës dhe 68% në Elbasan.

Shumica e tyre e dinë se ku mund të gjejnë prezervativët, ku farmacite, OJQ dhe supermarketet citohen si burimet më shpesh të njohura, përkatësisht 92%, 29% dhe 24%

Lubrifikantët raportohen të përdoren nga 57% e MSM-ve. Ndër ata që përdornin lubrifikantë, më e përdorura ishte vazelina 54%, Aqua-lube 34% dhe vaji për fëmijë 20%. Mes atyre që nuk përdornin lubrifikantë, gjysma e tyre përmendin "nuk më pëlqen" si arsye kryesore. Vetëm një e treta e MSM-ve raportojnë se kanë përdorur gjithmonë lubrifikant gjatë marrëdhënieve seksuale në gjashtë muajt e fundit (Tabela 59).

**Tabela 59. Njohja dhe përdorimi i prezervativëve dhe lubrifikantëve**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Përdorur ndonjëherë prezervativ</b>								
	258	95.6 (93.0,97.7)	128	95.1 (92.0,98.2)	128	93.0 (90.5,95.5)	96.3	93.3,99.1
<b>Përdorur rezervativi në mardhënien e fundit seksuale anale (me çdo lloj partneri mashkull)</b>								
	194	75 (69.2,80.5)	90	73.7 (65.6,81.8)	85	68.4 (61.1,75.2)	74.0	68.9,78.5
<b>Vendet ku mund të sigurohen prezervativë</b>								
Dyqan	17	5.18 (2.9,7.3)	10	5.2 (2.5, 7.9)	12	9.4 (4.0,14.8)	5.7	3.9,8.4
Farmaci	240	94.3 (90.7,97.1)	116	92.4 (83.3,99.0)	100	80.7 (73.2,88.1)	92.4	89.2,94.5
Supermarket	67	23.6 (19.4,27.4)	45	33.5 (25.7,40.9)	19	17.7 (10.6, 24.9)	24.0	19.6,28.7
Klinika	16	5.3 (2.5,8.1)	16	14.9 (7.6, 22.1)	1	0.9 (0.6,2.5)	5.6	3.6,8.6
Spital	18	5.2 (30.7,4)	19	13.7 (8.2,19.1)	3	2.2 (0.2,4.7)	5.8	3.9,8.1
Planifikimi familjar	17	6.0 (3.3,8.6)	16	11.0 (6.0,15.8)	2	1.2 (0.6, 3.2)	5.7	3.7,8.6
Bar/motel/hoteli	20	8.6 (4.9,12.4)	16	11.3 (6.2, 16.1)	8	6.0 (2.2,9.9)	8.4	5.8,12.1
Punonjës terreni	6	1.5 (0.1,3.7)	7	3.5 (1.3,5.5)	5	3.5 (0.4,6.5)	2.0	1.0,3.6
OJQ	87	30.9 (25.8,35.7)	44	34.8 (25.6,43.8)	21	16.0 (10.1,21.9)	29.4	24.5,34.3
Shoku	47	17.7 (13.3,22.1)	9	8.3 (1.8,15.3)	23	19.9 (13.4,26.6)	17	12.8,21.4
<b>Përdorur lubrifikant gjatë seksit anal</b>								
	175	58.2 (51.96,64.4)	79	56.7 (47.4,66.0)	62	47.6 (37.9,57.1)	56.6	51.2,61.8
<b>Lloji i lubrifikantit të përdorur</b>								
Aqua-lube	64	36.3 (29.0, 44.4)	25	26.7 (15.4,37.0)	11	19.0 (6.6,31.9)	33.7	27.5,40.4
Vazelinë	92	48.9 (39.6,57.6)	55	69.8 (59.5,80.4)	46	78.5 (69.5,87.9)	54.4	47.4,61.1
Locion për duar	6	3.0 (0.3,6.3)	2	3.0 (1.4,10.1)	8	10.7 (1.5,19.4)	3.8	2.1,6.8
Xhel vaginal	24	15.1 (8.9,22.2)	8	7.6 (1.7,13.2)	3	3.4 (2.5,9.2)	13	8.7,18.8
Vaj për fëmijë	33	22.2 (15.0,29.8)	19	21.5 (11.0,31.5)	6	8.2 (0.6,15.5)	20.6	15.2,27.3
Gjalpë	2	2 (0.1,5.7)	0	--	1	1.1 (0.3, 2.5)	1.7	0.4,6.1
Vaj gatimi	8	4.2 (0.3,8.1)	1	0,6 (0,3,0,8)	3	4.3 (-3.8,12.4)	3.9	2.0,7.2
<b>Arsyeja e mospërdorimit të lubrifikantëve</b>								
Partneri kundërshtoi	18	16.7 (9.9,26.4)	1	13.8 (2.6,24.7)	15	19.6 (30.1, 1.6)	16.9	11.3,24.8
Frikë për të përdorur	4	2.7 (1.4,6.8)	4	7.1 (2.6,17.0)	5	7.0 (3.6,14.9)	3.9	2.0,7.2
Nuk e merr dot	8	8.7 (0.1,17.5)	8	14.0 (0.5,27.3)	1	1.2 (0.3, 2.8)	8.2	4.2,15.1
Nuk më pëlqen	58	53.1 (43.4,62.2)	26	46.3 (34.5,58.3)	29	39.5 (28.9,49.9)	50.2	41.8,58.5
<b>Përdorimi i vazhdueshëm i lubrifikantit në gjashtë muajt e fundit</b>								
	55	31.7 (24.5,38.2)	24	29.6 (8.6,50.3)	12	22.0 (11.9,32.7)	30.1	24.0,36.8

#### 4.2.6 Njohuri dhe qëndrimet për HIV/AIDS

Një seksion i pyetësorit i kushtojë eksplorimit të njohurive, opinioneve dhe përvojave të tyre në lidhje me HIV/AIDS dhe IST. Shumica e MSM (96%) raportojnë të kenë dëgjuar për HIV/AIDS.

Tetëdhjetë e një përqind e MSM-ve e dinin se përdorimi korrekt i prezervativit gjatë çdo akti seksual mund të mbrojë nga infeksioni HIV, duke variuar nga 53% e MSM-ve në Durrës në 82% në Elbasan. Gjashtëdhjetë e katër përqind e MSM e dinin se rreziku i marrjes së infeksionit HIV zvogëlohet duke kryer marrëdhënie seksuale me një partner besnik të pa infektuar.

Shumica e MSM-ve e dinin gjithashtu se HIV mund të transmetohet duke përdorur një age dhe/ose shiringë të përdorur tashmë nga dikush tjetër dhe se një person në dukje i shëndetshëm mund të jetë i infektuar me HIV. Megjithatë, rreth 40% e MSM-ve besojnë në mënyrë të pasaktë se dikush mund të infektohet me HIV duke ndarë ushqimin me dikë që është i infektuar me HIV dhe se HIV mund të transmetohet përmes pickimit të mushkonjave. Pothuajse dy të tretat e MSM raportuan se njihnin dikë që është i infektuar ose ka vdekur nga SIDA (Tabela 60).

**Tabela 60. Njohuritë dhe qëndrimet për HIV/AIDS**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka dëgjuar për HIV/AIDS</b>	269	96.0 (93.8,98.2)	126	92.8 (88.8,96.9)	133	96.1 (93.3,98.8)	95.7	92.3,98.8
<b>Njih dikë të infektuar me HIV ose ka vdekur nga AIDS</b>	105	36.3 (31.7,41.3)	20	16.5 (8.9,24.1)	32	23.5 (17.7,29.3)	32.7	27.7,38.0
<b>Ka shok/i afërm të ngushtë me HIV ose ka vdekur nga AIDS (nga ata që njohin dikë me HIV)</b>	46	44.1 (32.2,56.1)	9	19.1 (5.7,41.3)	6	14.8 (5.1,22.8)	39.1	30.4,48.7
<b>Njerëzit mund të mbrohen nga HIV duke shmangur seksin anal</b>	139	49.7 (44.3,55.6)	41	28.8 (22.1,35.7)	83	61.5 (54.8,68.0)	49.3	39.7,58.9
<b>Përdorimi i saktë i prezervativëve gjatë çdo akti seksual mund ta mbrojë njeriun nga infeksioni HIV</b>	212	77.6 (72.6,82.1)	66	52.9 (43.8,61.6)	112	82.3 (76.2,88.2)	84.1	77.2,89.1
<b>Të kesh një partner seksual besnik të pa infektuar mund ta mbrojë atë nga infeksioni HIV</b>	181	64.4 (59.1,69.5)	67	52.8 (44.9,60.5)	94	69.9 (62.5,76.6)	68.3	59.1,76.3
<b>Abstenenca mund të parandalojë infektimin me HIV</b>	129	45.1 (39.9,50.1)	41	29.8 (23.1,36.3)	64	47.2 (40.8,53.6)	37.5	28.4,47.7
<b>Injeksionet me age të përdorura mund të transmetojnë HIV</b>	250	91.6 (87.2,95.2)	101	81.0 (72.5,89.4)	120	92.2 (90.2,94.3)	93.8	85.1,97.6
<b>Një person me dukje i shëndetshëm mund të jetë i infektuar me HIV</b>	160	60.2 (53.2,66.6)	56	40.6 (33.6,47.5)	76	55.3 (48.4,62.1)	65.8	56.3,74.2
<b>Një grua shtatzënë e infektuar me HIV mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i palindur</b>	179	68.7 (62.8,74.6)	64	52.3 (40.9,63.6)	88	64.6 (57.1,71.9)	66.6	57.1,75.2
<b>Marrja e ilaçeve (ARV) mund të zvogëlojë rrezikun e transmetimit nga nëna tek fëmija i palindur</b>	54	29 (21.6,36.3)	19	23.1 (10.4,34.4)	33	35.1 (25.6,44.4)	29.4	23.4,36.0
<b>Një grua me HIV ose AIDS mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i porsalindur përmes ushqyerjes me gj</b>	140	52.4 (46.5,58.2)	61	48.9 (39.0,58.7)	66	48.2 (41.7,54.7)	61.4	54.2,67.1
<b>E di që mushkonja nuk mund të transmetojë HIV</b>	140	52.5 (46.3,58.2)	93	77.3 (70.2,84.5)	66	50.8 (42.4,59.1)	61.1	51.3,42.7
<b>E di se ndarja e ushqimeve me personin e infektuar nuk mund të transmetojë HIV</b>	164	59.9 (54.1,65.8)	78	59.0 (50.2,67.6)	55	40.1 (31.9,48.0)	62.3	54.4,71.3

## 4.2.7 Infeksionet e seksualisht të transmetueshëm (IST)

Shumica e MSM-ve (78%) kishin dëgjuar për infeksionet seksualisht të transmetueshëm. Ndër ata që njihnin simptomat e IST, më të përmendurat ishin ulçera/plagë gjenitale, kruajtje, rrjedhje me erë të keqe dhe dhimbje barku për simptomat te femrat. Për simptomat e IST-ve te meshkujt, më shpesh u përmendën dhimbje, djegies gjatë urinimit, enjtja në zonën e ijeve dhe sekrecionet gjenitale. Një numër i vogël i MSM-ve raportuan të kenë patur një ulçerë/rrjedhje gjenitale/anal në 12 muajt e fundit (Tabela 61).

**Tabela 61. Njohuritë e IST-së**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Dëgjuar për IST</b>	212	78.1 (73.2,83.6)	98	70.8 (62.8,78.7)	90	63.9 (56.1,71.6)	78.5	71.4,84.3
<b>Njohuri për simptomat e IST-ve te femrat</b>								
Dhimbje barku	16	8.3 (3.3,13.5)	20	15.8 (8.9,22.1)	15	15.6 (8.0, 22.8)	9.9	6.8,14.2
Rrjedhje gjenitale	8	3.4 (0.2,6.5)	5	3.7 (0.0,1.7,4)	9	9.5 (3.1,15.8)	4.1	2.4,6.9
Rrjedhje me erë të keqe	25	9.2 (4.9,13.2)	20	23.3 (15.3, 29.6)	21	24.5 (14.9,34.0)	10.5	7.6,14.3
Dhimbje/ djegie gjatë urinimit	16	7.3 (2.6, 11.5)	7	6.1 (0.1, 12.1)	21	23.8 (14.8,32.7)	8.8	6.0,12.8
Ulçera / plagë gjenitale	40	19 (13.6,24.7)	9	8.78 (1.7,15.6)	26	27.1 (17.4,36.5)	18.8	13.8,23.6
Enjtje në zonën e ijeve	8	3.2 (0.9, 7.4)	0	--	8	8.8 (1.9,15.8)	3.6	1.7,7.1
Kruarje	42	20.8 (14.7,28.2)	20	19.8 (14.8,24.4)	22	22.8 (14.8,30.4)	19.3	11.5,25.8
<b>Njohuri për simptomat e IST-ve te meshkujt</b>								
Rrjedhje gjenitale	23	9.2 (4.8,13.4)	16	15.7 (7.0, 23.9)	14	15.0 (7.5,22.3)	10.5	7.2,13.9
Dhimbje/djegie gjatë urinimit	64	28.1 (21.5,34.5)	38	36.0 (26.7,44.9)	37	41.8 (31.8,51.8)	30.4	25.2,36.4
Ulçera/plagë gjenitale	57	25.6 (19.5,31.2)	23	22.3 (12.9,31.6)	36	39.9 (27.3,52.2)	26.8	21.7,32.6
Enjtje në zonën e ijeve	30	13.1 (7.8,18.6)	10	7.0 (2.3, 11.4)	13	14.7 (6.6,22.8)	12.6	8.9,17.1
Nuk mund të tërhiqet lufsha	14	5.5 (2.2,8.9)	4	4.1 (-1.1,9.6)	16	18.0 (8.7,26.9)	6.8	4.1,9.6
Ulçera/plagë anale	19	7.3 (2.5, 11.9)	8	5.2 (1.5,8.7)	16	15.8 (8.2,22.8)	8.0	5.1,11.9
Shkarkimi anal	14	4.9 (1.2,8.5)	1	0.7 (0.1,1.4)	14	13.6 (6.7, 20.1)	5.5	3.4,8.6
Dhimbje anale	12	5.6 (2.8,8.7)	8	9.0 (1.5,16.5)	14	16.1 (7.4,24.4)	7.1	4.6,10.7
<b>Patur rrjedhje gjenitale gjatë 12 muajve të fundit</b>								
	15	5.7 (2.8,8.7)	3	1.1 (0.0, 2.3)	11	7.9 (3.1,12.8)	6.4	3.6,11.0
<b>Patur një ulçerë/plagë gjenitale gjatë 12 muajve të fundit</b>								
	10	1.1 (0.8,5.4)	1	0.2 (0.0,0.4)	10	7.4 (2.8, 11.9)	3.8	1.9,7.8
<b>Patur rrjedhje anale gjatë 12 muajve të fundit</b>								
	5	1.3 (0.1, 2.6)	0	--	5	3.0 (0.3,5.7)	1.3	0.1,10.2
<b>Patur ë ulçerë/plagë anale gjatë 12 muajve të fundit</b>								
	4	1.3 (0.1, 2.8)	0	--	4	2.8 (1.1,6.8)	1.4	0.1,12.3
<b>Kontaktuar një ofrues të kujdesit shëndetësor për shkak të këtyre problemeve</b>								
	8	66.5 (51.3,85.3)	1	17.3 (11.8,24.3)	6	42.6 (19.9,64.4)	59.8	51.6,68.2

## 4.2.8 Këshillim dhe testimi për HIV

Shumica e MSM-ve (82%) janë në dijeni se shërbime konfidenciale të testimit për HIV-it janë të disponueshëm në qytetin e tyre. Më shumë se gjysma e MSM-ve (52%) raportojnë se janë testuar ndonjëherë për HIV. Përqindja më e lartë e të testuarve është raportuar në Tiranë 57%, dhe më e ulëta në Elbasan 21% (Tabela 62).

**Tabela 62. Këshillimi dhe testimi për HIV**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>E dinë që testimi për HIV është i disponueshëm në zonën e tyre</b>								
	232	85.7 (80.3,91.6)	89	65.9 (57.5,74.0)	99	75.0 (68.4,81.7)	82.3	77.8,86.1
<b>Testuar ndonjëherë për HIV</b>								
	154	57 (51.8,61.9)	69	53.4 (44.1,62.5)	29	21.3 (15.8,27.7)	52.0	46.5,57.4
<b>Koha e testit të fundit për HIV</b>								
6 muajt e fundit	94	60.6 (51.2,69.4)	38	53.3 (41.8,64.5)	16	48.2 (18.7,76.0)	59.1	50.1,67.5
7-12 muaj	27	16.1 (9,22.8)	21	32.5 (20.8,44.5)	5	16.9 (-0.8,34.4)	17.9	12.3,25.5
Më shumë se 1 vit	33	23.4 (16.9,30.5)	10	14.2 (4.8,23.3)	8	34.9 (14.4,57.0)	22.9	16.1,30.6

Më shumë se gjysma (59%) e MSM-ve të testuar, raportuan se e kanë kryer testin në 6 muajt e fundit, dhe shumica 86% e kanë bërë atë vullnetarisht.

## 4.2.9 Perceptimet dhe qëndrimet ndaj njerëzve që jetojnë me HIV

Më shumë se gjysma e MSM-ve u përgjigjën negativisht kur u pyetën nëse do të ishin të gatshëm të ushqehen nga e njëjta enë me një person HIV pozitiv, ose të blinin ushqime nga një shitës që jeton me HIV.

Megjithatë, dy të tretat e MSM-ve janë dakort që nxënësit dhe mësuesit HIV pozitiv që nuk janë të sëmurë duhet të lejohen të vazhdojnë të ndjekin dhe të japin mësim në shkollë (Tabela 63).

**Tabela 63. Qëndrimet ndaj personave që jetojnë me HIV**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	(95% IB)
<b>Të gatshëm për tu ushqyer nga e njëjta enë me një person HIV pozitiv</b>								
	153	58.1 (52.2,63.4)	48	37.5 (29.1,45.9)	94	69.7 (62.9,76.5)	52.4	41.6,62.5
<b>Studenti HIV pozitiv që nuk është i sëmurë duhet të lejohet të vazhdojë të ndjekë shkollën</b>								
	84	31.3 (26,36.3)	34	27.5 (19.6,35.3)	70	52.7 (46.1,59.4)	33.7	22.4,46.2
<b>Mësuesi HIV pozitiv i cili nuk është i sëmurë duhet të lejohet të vazhdojë të japë mësim në shkollë</b>								
	86	31.5 (25.9,36.8)	34	27.4 (19.6, 35.1)	71	53.1 (46.1,59.9)	34.8	23.0,48.1
<b>I gatshëm për të blerë ushqim nga një shitës HIV pozitiv</b>								
	160	59.7 (53.0,65.1)	71	56.1 (45.2,64.3)	73	56.5 (47.3,68.4)	56.3	48.1,67.8



Dëshironi ta mbani sekret nëse një anëtar i familjes është i infektuar me HIV (Po)								
	194	71.5 (66.0,77.7)	80	66.5 (58.7,74.6)	44	34.0 (26.8,41.3)	58.0	39.3,74.2

#### 4.2.10 Stigma dhe diskriminimi ndaj MSM

Shtatë përqind e MSM-ve raportuan se kishin shmangur ndonjëherë të kërkojnë kujdes shëndetësor për shkak të stigmës. 9% në Tiranë, 7% në Durrës dhe 12% në Elbasan raportuan frikën apo shqetësimin se dikush mund të mësojë se kanë marrëdhënie seksuale me meshkuj si arsye për të shmangur kujdesin shëndetësor.

Më shumë se gjysma e MSM-ve (57%) nuk kishin turp të ishin MSM; në Tiranë 58%, Durrës 56%, dhe në Elbasan 52%. Pesëmbëdhjetë për qind e MSM-ve, ndiheshin të përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të të qenit MSM.

Arsyeja kryesore e raportuar për shmangies e testimit për HIV në 12 muajt e fundit ishte frika ose shqetësimi se dikush mund të mësojë se është MSM. Kjo është raportuar nga 12% e pjesëmarrësve në studim, dhe varion nga 7% në Durrës deri në 16% në Elbasan. Ndërkohë, stigma u përmend nga 9% në Tiranë, 2% në Durrës dhe 11% në Elbasan.

Tetë përqind e MSM-ve në Elbasan, 12% në Tiranë dhe 24% në Durrës janë ngacmuar ose lënduar ndonjëherë për shkak të të qenit MSM. Shtatë përqind e MSM raportojnë seks të detyruar kur nuk donin, 19% në Durrës dhe 9% në Tiranë dhe Elbasan. Midis tyre, një e treta mendon se përvojat e seksit të detyruar ishin të lidhura me faktin se ata janë MSM. Më pak se dy përqind e MSM-ve raportojnë të arrestuar ndonjëherë për shkak se janë MSM (Tabela 64).

**Tabela 62 . Stigma dhe diskriminimi ndaj MSM**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Me vjen turp qe jam MSM</b>								
Plotësisht dakord	16	4.7 (2.3, 7.9)	4	2.2 (0.3,4.0)	13	8.8 (3.8, 13.9)	5.0	3.2,7.6
Dakord	39	15.4 (11.1,19.6)	18	11.3 (5.4,17.1)	28	19.2 (13.3, 25.1)	15.5	11.9,19.5
Neutral	30	11.5 (7.1,15.7)	24	15.7 (10.0, 21.3)	10	6.0 (2.7,9.2)	11.3	8.2,15.3
Nuk bie dakort	97	35.4 (29.2,41.6)	57	39.3 (30.4,48.1)	23	15.0 (10.0,19.8)	33.3	28.2,38.4
Aspak dakort	70	22.9 (17.2,28.6)	20	16.7 (7.8,25.5)	49	37.0 (29.8,44.4)	24.0	19.7,28.6
Pa pergjigje	26	9.6 (5.8,13.4)	13	14.8 (5.0,24.6)	16	13.7 (7.4,20.1)	10.7	7.9,14.3
<b>Ndihej i përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të të qenit MSM</b>								
Po, në 6 muajt e fundit	16	4.9 (2.7,7.1)	6	4.1 (1.2,7.0)	9	5.5 (3.1, 7.9)	4.9	3.32,7.4
Po, > se 6 muaj më parë	29	10.4 (6.8, 13.9)	19	10.6 (5.9,15.4)	11	7.6 (4.0, 11.1)	10.0	7.3,13.6
<b>Shmangur kërkimin e shërbimeve shëndetësore në 12 muajt e fundit sepse:</b>								
Frika nga/shqetësimi për stigmën	25	6.6 (3.9,9.3)	3	1.8 (0.0, 2.9)	16	11.0 (7.1,16.2)	6.7	4.7,9.5

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
Frika/shqetësim i që dikush mund të mësojë se jeni MSM	29	9.4 (5.8,13.3)	13	6.6 (3.8,9.4)	17	11.8 (7.2,16.3)	9.4	6.8,12.7
Frika/shqetësim për dhunën	14	4.0 (2.0, 5.9)	4	1.9 (0.6, 3.2)	11	8.5 (3.9,13.8)	4.4	2.8,6.6
Frika nga/shqetësimi për ngacmimin ose arrestimin nga policisë	3	0,5 (0,09,1,5)	0	--	11	6.8 (3.2,10.4)	1.3	0.5,2.2
<b>Shmangur kërkimin e testimit për HIV në 12 muajt e fundit nga:</b>								
Frika/shqetësim i për stigmën	31	9 (5.7,12.3)	3	1.4 (0.1, 2.8)	16	11.7 (7.0, 16.3)	8.5	6.1,11.8
Frika/shqetësim që dikush mund të mësojë se jeni MSM	35	12.3 (9.0, 15.4)	13	6.7 (3.8,9.6)	23	15.9 (10.4, 21.4)	11.8	8.7,15.4
Frika/shqetësim për dhunën	10	3.4 (1.5,5.3)	1	0.3 (0.1,0.8)	9	6.4 (3.0,9.8)	3.5	1.8,6.3
Frika/shqetësim i për ngacmimin ose arrestimin e policisë ose përjetuar	10	3.5 (1.5,5.9)	1	0.3 (0.0,0.8)	10	6.8 (3.2,10.4)	3.6	1.9,6.4
<b>Ngacmuar ose lënduar ndonjëherë fizikisht për shkak të të qenit MSM</b>								
	41	12.0 (8.2,15.8)	33	24.1 (15.6,32.5)	10	7.9 (3.6, 12.2)	12.9	5.9,24.1
<b>Detyruar ndonjëherë të kryeni marrëdhënie seksuale kur nuk keni dashur</b>								
	29	8.6 (5.8, 11.4)	26	19.2 (12.7,25.8)	11	9.3 (4.5,14.1)	10.9	4.8,20.5
<b>Përvojat e seksit të detyruar lidheshin me faktin se ju jeni MSM</b>								
	14	39.1 (25.3,49.4)	4	12.9 (1.6,23.6)	3	35.0 (6.1,64.5)	33.1	21.0,48.2
<b>Arrestuar ndonjëherë për shkak të të qenit MSM</b>								
	4	1.1 (0.1, 2.7)	4	2.9 (0.1,5.7)	1	1.1 (0.5, 2.80)	1.8	0.5,10.8

#### 4.2.11 Profilaksia para dhe pas ekspozimit

Pesëmbëdhjetë përqind e MSM-ve raportuan se kishin dëgjuar për profilaksinë para ekspozimit, duke filluar nga 6% në Elbasan në 18% në Tiranë. Ndër ata, 11% raportojnë se kanë marrë ndonjëherë PrEP, dhe dy të tretat do të donin të merrnin PrEP. Ndërkohë, 13% kishin dëgjuar për profilaksinë pas ekspozimit dhe 6% e tyre kishin marrë PEP (Tabela 65).

**Tabela 65. PrEP dhe PEP**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139		Gjithsej N=554	
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>PrEP</b>								
Dëgjuar për PrEP	54	17.7 (13.6, 21.8)	16	10.9 (6.1,15.4)	10	6.2 (3.0,9.5)	15.5	8.7,27.2

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139			Gjithsej N=554
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
E marrë ndonjëherë PrEP	7	12.4 (4.5,18.8)	1	8.6 (3.4,31.8)	2	20.6 (0.1,41.8)	11.2	4.6,23.1
A do të merrni PrEP	33	62.5 (48.2,77.3)	11	75.9 (56.1,97.9)	5	45.3 (12.1,75.8)	66.7	52.0,78.8
<b>PEP</b>								
Dëgjuar për PEP	42	14.8 (10.7,19.2)	17	11.5 (6.7,16.0)	9	5.9 (2.8,9.1)	13.3	6.4,24.6
Marrë ndonjëherë PEP	3	4.35 (0.4,7.6)	1	8.3 (1.8,28.7)	2	21.9 (4.0,47.9)	5.7	1.8,13.1

#### 4.2.12 Aksesit në shërbime

Më shumë se një e treta (39%) e MSM-ve kanë marrë prezervativë falas në gjashtë muajt e fundit, duke filluar nga 34% në Durrës dhe Elbasan në 41% në Tiranë. 30% raportojnë se kanë marrë këshilla për përdorimin e prezervativit dhe seksin e sigurt, dhe 40% janë të ekspozuar ndaj materialeve informuese për HIV/AIDS. Tridhjetë e shtatë përqind raportojnë se kanë marrë edukim me bashkëmohatarët tyre, ku shumica (48%) janë ekspozuar në 3 muajt e fundit (Tabela 66).

**Tabela 66. Aksesit në shërbime**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139			Gjithsej N=554
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
<b>Ka marrë prezervativë falas në 6 muajt e fundit</b>								
	116	40.6 (35.7,45.7)	47	34.6 (26.8,42.3)	45	33.8 (24.9,42.7)	38.7	30.4,47.0
<b>Ka marrë këshilla për përdorimin e prezervativëve dhe seksin më të sigurt në 6 muajt e fundit</b>								
	92	32.2 (27.5,36.7)	35	25.3 (17.1,33.6)	33	24.6 (16.7,32.3)	30.1	24.8,32.3
<b>Ka marrë materiale informuese për HIV/AIDS në 6 muajt e fundit</b>								
	98	35.1 (22.4,42.0)	50	36.7 (25.1,46.6)	44	31.6 (21.8,39.7)	39.5	30.8,47.5
<b>Ka marrë shërbime të edukimit të bashkëmohatarëve</b>								
	132	37 (20.1,45.3)	41	31.2 (24.6,37.8)	54	39.9 (33.1,46.4)	37.2	31.4,44.6

#### 4.2.13 Të dhëna biologjike

Prevalenca e HIV-it tek MSM ishte 2%. Ajo varion nga 1% në Elbasan deri në 2% në Tiranë. Prevalenca e sifilizit ishte 1.9%.

**Tabela 67. Prevalenca e HIV dhe Sifilizit**

	Tirane N=279		Durrës N=136		Elbasan N=139			Gjithsej N=554
	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	N	%, (95% IB)	%	95% IB
HIV	6	2.0 (0.7,3.2)	2	1.8 (0.8, 3.9)	2	1.1 (0.1,2,4)	2.0	(0.9,4.0)
Sifilizi	5	1.9 (0.7,3.0)	3	2.4 (0.3,5.4)	2	1.2 (0.2,2,7)	1.9	(0.4,3.9)

## 4.2.14. Sjelljet e rrezikshme të lidhura me mardhëniet seksuale dhe aksesit në shërbime sipas grupmoshës

### 4.2.14.1 Karakteristikat socio-demografike grupmoshës

Pjesa më e madhe MSM më të rinj ( $\leq 24$  vjeç) janë më të shkolluar dhe nuk kanë qënë kurrë të martuar, dhe aktualisht nuk jetojnë me ndonjë partnere femër. Te MSM të larguar nga shtëpia për më shumë se 3 muaj në vitin e fundit, nuk ka diferencë domethënëse sipas grupmoshave (Tabela 68).

**Tabela 68. Karakteristikat socio-demografike të MSM sipas grupmoshës**

	$\leq 24$ vjeç		$>24$ vjeç		Gjithsej		Vlera p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Arsimi</b>							<b>0.01</b>
9 ose më pak	57	31.1	152	47.1	209	41.3	
Mesëm	82	44.8	126	39.0	208	41.1	
Univeristet	44	24.0	45	13.9	89	17.6	
<b>Ndonjëherë martuar</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	187	95.9	221	61.6	408	73.6	
Po	8	4.1	138	38.4	221	61.6	
<b>Aktualisht jeton me partnere femër</b>							<b>&lt;0.001</b>
Jo	183	93.8	293	81.6	476	85.9	
Po	12	6.2	66	18.4	78	14.1	
<b>Vitin e fundit larg shtëpise më shumë se 3 muaj</b>							0.272
Jo	142	72.8	242	67.4	384	69.3	
Po							

Në lidhje me fenomenet e stigmës MSM më të mëdhenj në moshë ( $>24$  vjeç) kishin më shumë gjasa të jenë përjashtuar nga aktivitetet familjare. Nuk vërehen diferenca domethënëse në shmangien e kërkimit të shërbimve shëndetësore, dhunën fizike dhe atë seksuale (Tabela 69).

**Tabela 69. Fenomenet e lidhura me stigmën te MSM sipas grupmoshës**

	$\leq 24$ vjeç		$>24$ vjeç		Total		Vlera p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Përjashtuar nga aktivitetet familjare</b>							<b>0.01</b>
Jo	147	75.4	232	64.6	379	68.4	
Po	24.6	48	127	35.4	175	31.6	
<b>Shmangur shërbimnet shëndetësore për shkak të stigmës</b>							0.870
Jo	16	8.2	28	7.8	44	7.9	

Po	179	91.8	331	92.2	510	92.1	
<b>Shmangur testimin për HIV për shkak të stigmës</b>							0.645
Jo	176	90.3	328	91.4	504	91.0	
Po	19	9.7	31	8.6	50	9.0	
<b>Dhunuar fizikisht sepse je MSM</b>							0.380
Jo	159	81.5	280	78.0	439	79.2	
Po	36	18.5	79	22.0	115	20.8	
<b>Detyruar të keyeni mardhënie seksuale</b>							0.841
Jo	171	87.7	317	88.3	488	88.1	
Po	24	12.3	42	11.7	66	11.9	

#### 4.2.14.2 Aksesi në shërbime sipas grupmoshës

Përqindja e pjesëmarrësve që raportuan se kishin dëgjuar për IST ishte në mënyrë domethënëse më e lartë te MSM e rritur krahasuar me ata të rinj. Nuk vërehen diferenca domethënëse midis grupmoshave në lidhje me ekspozimin ndaj shërbimeve parandaluese të ofruara nga OJQ dhe testimin për HIV (Tabela 70).

**Tabela 70. Aksesi në shërbime të MSM sipas grupmoshës**

	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		Vlera p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Dëgjuare për PreP</b>							0.527
Jo	164	84.1	310	86.4	474	85.6	
Po	31	15.9	49	13.6	80	14.4	
<b>Në 6 muajt e fundit ka marrë prezervativ, lubrifikantë nga OJQ</b>							0.522
Jo	122	62.6	224	62.4	346	37.5	
Po	73	37.4	135	37.6	208	37.5	
<b>Folur me punonjës terreni në lidhje me infektionin HIV</b>							0.319
Jo	83	42.6	144	40.1	227	41.0	
Po	112	57.4	215	59.9	327	59.0	
<b>Dëgjuar për IST</b>							<b>0.03</b>
Jo	65	33.3	89	24.8	154	27.8	
Po	130	66.7	270	75.2	400		
<b>E dinë që testimi për HIV është i disponueshëm në vendbanimin e tyre</b>							0.138
Jo	30	16.0	37	10.9	67	12.7	
Po	146	78.1	274	80.4	420	79.5	
<b>Testuar për HIV</b>							0.316
Jo	103	55.4	172	50.4	275	52.2	
Po	83	44.6	169	49.6	252	47.8	

#### 4.2.14.3 Përdorimi i prezervativit sipas grumoshës

MSM e të gjitha moshave raportuan nivele të ulëta të përdorimit të vazhdueshëm të prezervativit me lloje të ndryshme të partnereve seksuale. (Tabela 71)

**Tabela 71. Përdorimi i prezervativit me partner të ndryshëm te MSM sipas grumoshës**

	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		P value
	N	%	N	%	N	%	
<b>Mardhënie seksuale me partnerë me pagesë</b>							
Jo	55	28.2	138	38.4	193	34.8	<b>0.01</b>
Po	140	71.8	221	61.6	361	65.2	
<b>Dhënë para në kembim të seksit</b>							0.211
Jo	109	77.9	158	71.5	267	74.0	
Po	31	22.1	63	28.5	94	26.0	
<b>Përdorur herën e fundit bërë seks duke dhënë para</b>							0.337
Jo	6	19.4	7	10.6	13	13.4	
Po	25	80.6	59	89.4	84	86.6	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ në 6 muajt e fundit dhënë para në kembim të seksit</b>							0.164
Jo	14	43.8	17	27.4	31	33.0	
Po	18	56.2	45	72.6	63	67.0	
<b>Marrë para në kembim të seksit</b>							0.875
Jo	14	9.8	21	9.3	35	9.5	
Po	129	90.2	206	90.7	335	90.5	
<b>Përdorur herën e fundit bërë seks duke marrë para</b>							0.340
Jo	20	15.4	43	21.2	63	18.9	
Po	109	83.9	157	77.3	266	79.9	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ në 6 muajt e fundit marrë para në kembim të seksit</b>							0.735
Jo	54	41.5	90	43.7	144	42.9	
Po	76	58.5	116	56.3	192	57.1	
<b>Mardhënie seksuale me partnerë të rastësishëm</b>							0.152
Jo	77	39.5	165	46.0	242	43.7	
Po	118	60.5	194	54.0	312	56.3	
<b>Përdorur herën e fundit bërë seks</b>							<b>0.01</b>
Jo	44	37.3	45	23.2	89	28.5	
Po	74	62.7	149	76.8	223	71.5	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ në 6 muajt e fundit</b>							0.726
Jo	63	53.4	98	50.8	161	51.8	
Po	55	46.6	95	42.9	95	42.9	
<b>Mardhënie seksuale me partnerë të rregullt</b>							0.012
Jo	120	61.5	182	50.7	302	54.5	

	<=24 vjeç		>24 vjeç		Gjithsej		P value
	N	%	N	%	N	%	
Po	75	38.5	177	49.3	252	45.5	
<b>Përdorur herën e fundit bërë seks</b>							0.205
Jo	24	32.0	72	40.7	96	38.1	
Po	51	68.0	105	89.3	156	61.9	
<b>Përdorur cdo herë prezervativ në 6 muajt e fundit</b>							0.564
Jo	47	62	118	66.7	165	65.6	
Po	28	37.3	59	33.3	87	34.5	
<b>Përdorur herën e fundit bërë seks me një mashkull</b>							0.264
Jo	59	31.2	86	26.5	145	28.2	
Po	130	68.8	239	73.5	369	71.8	

## 4.2 Popullata Rome

### 4.2.1 Karakteristikat socio-demografike

Përbërja e popullatës rome në studim ishte e re, me pothuajse një të tretën (31%) të pjesëmarrësve që ishin më pak se 24 vjeç (mosha mesatare 31). Rreth 41% ishin martuar para moshës 16 vjeçare (mosha zyrtare ligjore për martesë është shtë 18 vjeç), dhe shumica që ishin martuar para moshës 16 vjeç ishin femra (53.3 %). Pothuajse 20% raportojnë se nuk janë të martuar, por jetojnë me partnerin seksual Për sa i përket arsimit, 28 % nuk kishin marrë arsim dhe një e katërta kishte përfunduar vetëm 4 vjet arsim (Tabela 72) .

**Tabela 72. Karakteristikat socio-demografike**

	Mashkull (n=210) %	Femër (n=205) %	Gjithsej (n=415) %
<b>Mosha</b>			
Mesore	30	32	31
Mesatare	32.1	32.86	32.48
≤ 24	33.6	28.3	31
<b>Arsimimi</b>			
Asnjë	25.2	30.4	28

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femnër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
Shkolla fillore (4 klasë)	27.5	23.9	25.8
8 vjeçare (8 klasë)	40.3	38.7	39.5
Shkolla e mesme (12 klasë)	6.5	6.8	6.7
Shkolla e lartë	0.2	0.2	0.2
<b>Stausi martesor</b>			
I/e martuar	70.1	83.4	76.8
Mosha në martesën e parë			
≤ 16	25	53.3	40.4
> 17	75	46.7	59.6
Statusi aktual civil			
I/e martuar, jeton me bashkëshorten/in	68.1	79.6	73.9
I/e martuar, jeton me një partner tjetër seksual	2.2	4.5	3.4
I/e martuar, nuk jeton me bashkëshorten/in ose me partner seksual	2.2	1.3	1.8
I/e pamartuar, jeton me një partnere/r seksual	25.8	13.6	19.7
I/e pamartuar, nuk jeton me një partnere/r seksual	0.6	0.5	0.5
<b>Ka kaluar një muaj larg vitin e fundit</b>	13.4	7.1	10.3

#### 4.2.2 Përdorimi i alkoolit dhe drogës

7 % e popullsisë rome raportoi se përdor alkool çdo ditë (referuar 4 javëve të fundit), më shpesh nga meshkujt (13.9%). Shumica e pjesëmarrësve (rreth 66.2%) konsumojnë alkool më pak se një herë në javë ose nuk pinë fare. Një e pesta e të anketuarve pinë të paktën një herë në javë.

Përdorimi i drogës tek romët duket të jetë i ulët. Marihuana ishte droga më e zakonshme e përdorur ndonjëherë në mesin e romëve (pothuajse 3 %). Vetëm 0,9 % e romëve kanë injektuar drogë në 12 muajt e fundit. (Tabela 73)



**Tabela 73. Përdromi i alkoolit dhe drogës**

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
<b>Frekuenca e përdorimit të alkoolit 4 javët e fundit</b>			
Çdo ditë	13.9	1.1	7
Të paktën një herë në javë	35.3	7.9	20.6
Më pak se një herë në javë ose kurrë	49.1	80.9	66.2
<b>Llojet e drogave të përdorura (përfshirë kategoritë e mëposhtme, intravenoze ose jointravenoze)</b>			
Heroinë	3	0.4	1.6
Kokainë	1.3	0	0.6
Heroinë dhe Kokainë	0.9	0	0.4
Marihuanë	5.2	0.6	2.7
Petidinë	0.6	0.2	0.4
Morfinë	0.6	0.2	0.4
Tramadol	0.6	0.2	0.4
Valium	1.1	1.5	1.3
Droga të injektuara gjatë 12 muajve të fundit	1.7	0.2	0.9
Note: Data është e rregulluar sipas probabilitetit të zgjedhjes.			

#### 4.2.3 Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit

92.2% e romëve raportuan se kishin pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale (të përcaktuara si marrëdhënie vaginale ose anale). Moshja mesatare në seksin e parë ishte 16 vjeç për romët. Shumica e romëve (rreth 77%) kryenin marrëdhënie seksuale para moshës 18 vjeç, me 21.6% që kishin kryer marrëdhënie për herë të parë midis moshës 10 dhe 14 vjeç. Kjo moshë e hershme e fillimit seksual është pothuajse e barabartë mes meshkujve dhe femrave romë. Sa i përket përdorimit të prezervativit, 23.2% e romëve kanë raportuar se kanë përdorur prezervativ (ndonjëherë), ndërsa 65% e atyre që kanë kryer marrëdhënie seksuale në 12 muajt e fundit, nuk kanë përdorur prezervativë (Tabela 74 )

**Tabela 74. Sjelljet seksuale dhe përdorimi i prezervativit**

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
Kanë kryer seks	90.6	93.8	92.2
Moshja mediane në marrëdhënien e parë seksuale	17	16	16
Moshja mesatare e herës së parë	18.2	17.3	17.7

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
<b>Mosha në mardhënien e parë</b>			
10-14	20.4	22.8	21.6
15-18	54.1	56.2	55.1
> 18	25.5	21.1	23.2
Ka kryer seks gjatë 12 muajve të fundit	88.8	85.3	87.1
Përdorur ndonjëherë prezervativ	33.7	13.4	23.2
Mardhënie seksual epa prezervativ në 12 muajt e fundit	62.9	67.2	65

#### 4.2.4 Njohuri për HIV/AIDS

Në popullatën rome, 69% kanë dëgjuar për HIV. Pothuajse 65% e popullsisë rome ranë dakord se përdorimi korrekt dhe i qëndrueshëm i prezervativit dhe të qenit besnik ishin dy metoda për parandalimin e transmetimit të HIV-it. Vetëm më pak se gjysma e kampionit (46.6%), megjithatë, ranë dakord se abstenimi nga marrëdhëniet seksuale ishte mbrojtëse. Njohuria për faktin se injeksionet me shiringa të përdorura mund të transmetojnë HIV është e lartë (83.1%) dhe pothuajse gjysma (48.1%) ranë dakord që një IDU mund ta mbronte veten nga infeksioni HIV duke kaluar në droga jo-injektuese (Tabela 75 ).

**Tabela 75. Njohuritë për HIV/AIDS**

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
<b>Njohuri për parandalimin e HIV</b>			
Përdorimi i saktë i prezervativëve gjatë çdo akti seksual mund ta mbrojë njeriun nga infeksioni HIV	68	61	64,6
Të kesh një partner seksual besnik të pa infektuar mund ta mbrojë atë nga infeksioni HIV	65.5	65.7	65.6
Abstenenca mund të parandalojë infektimin me HIV	46.3	46.9	46.6
Injektimi me shiringa të përdoruar mund të transmetojë HIV	85	81.1	83.1
Një PDI mund të parandalojë HIV dukem kaluar në droga jo injektuese	50.7	45.3	48.1
Një grua shtatzënë e infektuar me HIV mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i palindur	72.9	77	74.9
Marrja e ilaçeve (ARV) mund të zvogëlojë rrezikun e transmetimit nga nëna tek fëmija i palindur	54.6	61.3	58
Një grua me HIV ose AIDS mund ta transmetojë virusin tek fëmija i saj i porsalindur përmes ushqyerjes me gji	73.8	73.5	73.6

#### 4.2.5 Njohuritë dhe Sjelljet për Testimin e HIV

Vetëm një në tre të intervistuar raportuan se ishin të vetëdijshëm se një test konfidencial për HIV është i disponueshëm në vendndodhjen e tyre, Testimi aktual i HIV-it ishte i rrallë dhe shumë i ulët me vetëm 3,5 % që u përgjigjën që kishin bërë ndonjëherë një test HIV. Midis atyre që ishin testuar, 73.7% e romëve raportuan se e kishin bërë testin vullnetarisht, Pothuajse të gjithë të anketuarit që u testuan, mësuan vullnetarisht testin e tyre për HIV rezultatet. Gjithashtu, 32% e romëve që ishin testuar e kishin kryer testin gjatë vitit të kaluar (Tabela 76) .

**Tabela 76. Njohuritë për testimin HIV**

	<b>Mashkull</b> (n=210) %	<b>Femër</b> (n=205) %	<b>Gjithsej</b> (n=415) %
E dinë që testimi për HIV është i disponueshëm në zonën e tyre	27.4	28.1	27.8
Testuar ndonjëherë për HIV	5.1 (n=11)	2.0 (n=5)	3.5 (n=16)
<b>Koha e testimit të fundit</b>			
Vitin e fundit	32.3	31.6	32
1-2 vite më parë	45.2	10.5	32
Më shumë se 2 vite por < 4 vite	16.1	26.3	20
> 4 years ago	3.2	15.8	8

HIV nuk u gjet te popullata rome, ndërkohë që prevalenca e Sifilizit ishte e ulët 0.3%

## KAPITULLI V. DISKUTIMI

### Përdoruesit e Drogave me Injektivim

Popullata e PDI-ve është kryesisht mashkullore, e rritur, e arsimuar dhe beqare. Studimet sugjerojnë se tre herë më shumë burra sesa gra injektojnë drogë në Evropë. Meshkujt përbëjnë një përqindje më të lartë të PDI-ve në Evropën Juglindore, Azinë Qendrore dhe Kaukaz. Të dhënat nga Gjeorgjia dhe Azerbajxhani sugjerojnë se mbi 95% e të anketuarve ishin meshkuj (5,6,7). Në studim tonë shumica e PDI-ve ishin meshkuj (93%), më të mëdhenj se 25 vjeç (86%) dhe me një moshë mediane 32 vjeç, me të paktën arsim fillor (91%) dhe beqarë (61%). Popullata e PDI-ve në Elbasan ishte mesatarisht më e re (mosha mesatare 31.1 vjeç), më me pak PDI pa arsim (2%) dhe përqindje më të lartë të personave beqarë krahasuar me rrethet e tjera. Ndryshime të tilla socio-ekonomike janë të rëndësishme për planifikimin e programeve të synuara për parandalimin e drogës me injektivim, duke hartuar strategji të ndryshme dhe përshtatur programet e parandalimit sipas moshës dhe nivelit arsimor.

Përdorimi i moderuar i alkoolit. Më pak se gjysma e PDI-ve (47%) raportuan përdorimin e rregullt të alkoolit (të paktën një herë në muaj). Përqindja e përdorimit të rregullt të alkoolit në muajin e fundit ishte më e larta në Elbasan (46%) dhe më e ulëta në Berat (16%). Përdorimi i shpeshtë i alkoolit (2-4 herë në javë ose  $\geq 4$  herë në javë) varioonte nga pothuajse 7% në Berat në 28% në Durrës. Këto nivele shumë të ndryshme të abstencës së alkoolit gjatë gjithë jetës dhe përdoruesve të rregullt meritojnë kërkime të mëtejshme në të ardhmen për të kuptuar rrënjët e fenomeneve.

Fillimi i hershëm i përdorimit të drogës dhe injektivimit të drogës. Përdorimi për herë të parë i drogës ka ndodhur në moshën 18 vjeç ose më herët në rreth 42% të PD-ve (duke filluar nga 39% në Berat në 71% në Durrës) ndërsa 7% injektuan drogën e parë në këtë moshë (duke filluar nga 10% në Tiranë në 14% në Durrës). Rreth 8% përdorën drogën për herë të parë në moshën 14 vjeç ose më pak, duke filluar nga 30% në Durrës në 4% në Berat. Fillimi i hershëm i përdorimit dhe injektivimit të drogës tregon nevojën për forcimin e përpjekjeve dhe aktivitetëve promovuese, të përshtatura për kontekstet specifike të rrethit.

Kohëzgjatja e lartë e përdorimit të drogës dhe injektivimit të drogës. Kohëzgjatja e karrierës së injektivimit ndryshon në të gjithë rajonin, dhe gjithashtu në nivel vendi, por dëshmitë sugjerojnë se PDI në Perëndim kanë injektuar mesatarisht për më shumë se 10 vjet dhe në Lindje prej dy deri në tetë vjet. Në Qendër, kohëzgjatja e injektivimit varioonte nga pesë deri në dhjetë vjet. (41,42,56). Shumica dërrmuese e popullsisë të PDI-ve (85%) në studimin tonë se kishte përdorur ndonjë drogë të paligjshme për më shumë se 5 vjet, duke filluar nga 74% në Elbasan deri në 93% në Durrës. Tre të katërtat e PDI-ve (75%) kanë injektuar për më shumë se 5 vjet (duke variuar nga 61% në Tiranë në 31% në Berat), duke treguar një prevalencë në rritje gjatë viteve 2005-2019. Kuptimi i arsyeve, si dhe i dallimeve midis

qyteteve të përdorimit dhe injektimit të vazhdueshëm të drogës në popullatën PDI-ve mund të jetë i rëndësishëm në rritjen e efektivitetit të përpjekjeve për reduktimin e drogës.

Përdorimi dhe injektimi i shpeshtë i përditshëm i drogës. Frekuenca e injektimit varet nga faktorë të shumtë, duke përfshirë disponueshmërinë dhe cilësinë e drogave, çfarë droge injektohet dhe faza e karrierës së injektimit. Të dhënat nga rishikimi i literaturës sugjerojnë se injektimi i përditshëm ishte më i zakonshëm tek femrat PDI të përfshira në punë e seksit në krahasim me pjesën tjetër të popullatës së PDI-ve (103). Studimet në Hungari dhe Estoni raportojnë injektime më të shpeshta ditore të përdoruesit të heroinës ose opioideve sesa përdoruesit të amfetaminës (49,51). Në studimin tonë shumica e PDI-ve (81%) kanë injektuar 2 ose më shumë herë në ditë gjatë muajit të kaluar, duke filluar nga 37% në Berat në 83% në Elbasan dhe 85% në Tiranë. Heroina është përdorur dhe injektuar praktikisht nga të gjithë PDI (99%) gjatë muajit të kaluar. Rreth gjysma e PDI-ve përdorën marihuanë/kanabis (43.3%) dhe/ose kokainë (49.8%) gjatë muajit të kaluar, me 34% vetëm kokainë me injeksion (duke variuar nga 8% në Berat dhe Elbasan në 39% në Tiranë).

Praktikat e rrezikshme të injektimit dhe ndarjes. Përafërsisht 25% e PDI kanë injektuar me age ose shiringë të përdorur në injektimin e fundit (Tiranë 28%, Elbasan 12%). Pothuajse 42% e PDI injektuan me një age të përdorur gjatë muajit të kaluar (Tiranë 48%, Durrës 21%). Rreth 16% e PDI-ve kanë injektuar gjithmonë ose shumicën e rasteve drogë me age gjilpëra të përdorura gjatë muajit të kaluar (Tiranë 19%, Durrës 4%), duke shënuar një rritje të konsiderueshme krahasuar me të dhënat e vitit 2005 (10%). Rreth 42% e PDI kanë shkëmbyer age /shiringa gjatë muajit të fundit (Tiranë 48%, Durrës 15%); ndarja me një shok ndodhi në 88% të rasteve, 18% e ndanë me një shpërndarës droge, 6% e ndarë me dikë në vendin e injektimit dhe me partnerin e rregullt seksual, me dallime të konsiderueshme sipas qyteteve në studim. Në përgjithësi, 61% e PDI-ve që kanë injektuar me age të përbashkëta e kanë bërë këtë me 1 person (Tiranë 65%, Elbasani 25%) në muajin e fundit dhe 34% e kanë ndarë me 2-3 persona (Elbasan 67%, Tirana 31%). Këto dallime ndërmjet rretheve tregojnë nevojën për aktivitete të përshtatura për reduktimin e dëmit. Ekziston nevoja për mbështetje të vazhdueshme për ndërhyrjet për reduktimin e dëmit nëpërmjet OJQ-ve dhe programeve të shkëmbimit të shiringave

Pastrim jo i rregullt dhe i pasigurt i pajisjeve të injektimit. Një e katërta e PDI-ve që shkëmbejnë (25%) i pastronin aget ose shiringat e tyre të përdorura vetëm disa herë në muajin e fundit (Berati 30%, Elbasani 11%), me një trend të qëndrueshëm krahasuar me të dhënat e vitit 2005. Agjentët e pastrimit ishin kryesisht ujë i ftohtë (75%) ose ujë i nxehtë (21%), me një përqindje të ulët të PDI-ve që raportojnë të kenë përdorur alkool ose ujë valuar dhe 0.3% e pjesëmarrësve PDI që përdornin zbardhues. Injektimi me age të pastra çdo herë është raportuar nga 17% e PDI-ve (Tiranë 18%, Elbasan 9%).

Këto gjetje nxjerrin në pah nevojën e forcimit të aktiviteteve të informimit, edukimit dhe reduktimit të dëmit, të përshtatura për nevojat specifike të rretheve të ndryshme. Përveç

kësaj, është e nevojshme të sigurohet që programet e reduktimit të dëmit të përfshijnë dhe të zhvillojnë më tej strategji për përmirësimin e sjelljeve mbrojtëse të PDI-ve, të tilla si mësimi i aftësive për pastrimin e ajeve dhe promovimi i përdorimit të zbardhuesit.

Njohuri për personat dhe vendet ku mund të sigurohen shiringa të reja të papërdorura. Praktikisht e gjithë popullata e PDI-ve në të gjitha qytetet në studim ishte në gjendje të siguronte aje/ shiringa të reja, të papërdorura kur ishte e nevojshme dhe pothuajse çdo PDI nje një vend/person për këtë: 97% e dinin që shiringat e reja të papërdorura mund të blihen në farmaci, 78% përmendën punonjësit në terren (Tiranë 88%, Elbasani 33%). Ka një rritje dramatike të atyre që raportojnë se ajet/shiringat mund të merren nga programet e shkëmbimit të shiringave, ku pothuajse tre të katërtat (75%) e PDI-ve e përmendën atë në 2019 krahasuar me 37% në 2011. Tendencat kohore janë inkurajuese, por ka nevojë për rritjen e burimeve financiare dhe njerëzore për programet e shkëmbimit të shiringave për të siguruar qëndrueshmëri të ndërhyrjeve parandaluese. Kjo është e nevojshme në kontekstin kur më shumë PDI mbështeten në programe të tilla.

Rritja e numrit të PDI-ve në trajtim. Vlerësimet e popullatës tregojnë se më shumë se një e treta e PDI (40%) nuk kanë marrë kurrë asnjë trajtim për varësinë e tyre ndaj drogës krahasuar me 50% në 2005, ndërsa 50% ishin aktualisht nën trajtim, pothuajse katërfishi i përqindjes së atyre në 2005 (13%) dhe pothuajse dyfishi i përqindjes së atyre në 2011 (28%). Midis atyre në trajtim, terapia mbajtëse me meadon ishte terapia më e zakonshme (92%), një rritje e fortë krahasuar me 48% në 2005 dhe 85% në 2011, e ndjekur nga këshillimi/trajtimi ambulator (8%), një rënie e fortë krahasuar me 41% në vitin 2005. TMM ishte më e përhapur në Elbasan (98%) dhe më pak në Durrës (87%), ndërkohë që në Durrës përqindje më të larta të PDI-ve ishin duke përdorur këshillimin ambulator, detoksifikimin me meadon dhe terapinë mbajtëse me buprenorfinë krahasuar me rrethet e tjera.

Nivel i ulët e përdorimit të prezervativit. Përdorimi i prezervativit ndryshonte shumë sipas llojit të partnerit seksual, por nuk ishte e zakonshme as me partnerë seksualë të rregullt, as me partnerë jo të rregullt. Rreth 37% e popullatës të PDI-ve përdori prezervativ me partnerin e tyre të rregullt gjatë seksit të fundit (krahasuar me 29% në 2011) dhe më shumë se dy të tretat (68%) me partnerë jo të rregullt (krahasuar me 48% në 2011). Edhe më pak PDI përdorën prezervativin në mënyrë të vazhdueshme: 24% me partnerë të rregullt seksual dhe 13% me partnerë seksualë jo të rregullt. Arsyeja më e zakonshme për mospërdorimin e prezervativit me partnerë seksualë të rregullt dhe jokomercialë përfshinte uljen e kënaqësisë, dhe nuk u konsiderua i nevojshëm.

Nivele të larta të njohurive për IST dhe nivele të ulëta të përjetimit të simptomave të IST. Shumica e popullsisë të PDI-ve (79%) kishte dëgjuar për IST (duke filluar nga 95% në Durrës në 72% në Berat ) me 27% që përmendin dhimbjen e barkut si simptomën më të shpeshtë të IST-ve të femrave dhe dhimbjen e djegies gjatë urinimit si simptomat më të shpeshta të meshkujve. IST-të, me dallime të mëdha të vendeve të anketimit. Prevalenca e

IST-ve në popullatën e PDI-ve gjatë 12 muajve të fundit ishte relativisht e ulët, me rreth 4% që raportuan sekrecione gjenitale dhe 3% raportuan ulçerë/ plagë gjenitale. Nga ana tjetër, rreth dy të tretat (62%) e atyre që përjetuan simptoma të tilla kërkuan kujdes shëndetësor, kryesisht në një spital/klinik publik (61%), farmaci (30%) ose spital/klinik private (10%). Është e rëndësishme të vazhdohet me përpjekjet e informacionit dhe edukimit të popullatës PDI në lidhje me IST.

Nivele të larta të marrjes së ageve/shiringave të pastra përmes shërbimeve në terren. Rreth 84% e PDI-ve kanë raportuar se kanë marrë gjilpëra/shiringa të reja, të pastra përmes një shërbimi outreach ose qendre në 6 muajt e fundit, ndërsa shërbimi më i përdorur nga PDI ishte testimi për IST (41%). Ka dallime të mëdha rrethi në lidhje me shërbimet e ofruara. Rreth 92% e PDI-ve në Tiranë morën kontakt/informacion për HIV nga një edukator bashkëmohatar ose punonjës terreni krahasuar me 54% në Elbasan dhe 31% në Durrës.

Nivele të larta të njohurive për HIV. Pothuajse e gjithë popullata e PDI-ve (96%) kishte dëgjuar për HIV/AIDS; 97% e dinin se përdorimi i ageve/shiringave të përdorura mund të përhapte infeksionin HIV, rreth 90% e dinin se përdorimi korrekt dhe i vazhdueshëm i prezervativit mund të parandalonte infeksionin HIV/AIDS, 82% ishin të vetëdijshëm se një partner besnik i pa infektuar mund të mbronte nga infektimi, dhe 71% e dinin se kalimi në droga jo-injektuese mund të parandalojë transmetimin e HIV.

Nivele të larta të njohurive për testimin e HIV, por nivele të ulëta të testimit për HIV. Pothuajse e gjithë popullata e PDI-ve (92%) e dinte se testimi konfidencial për HIV ishte i disponueshëm në zonën e tyre përkatëse, duke shënuar një rritje të konsiderueshme krahasuar me 63% në 2005 dhe 72% në 2011. Megjithatë, rreth dy të tretat e PDI-ve (66%) raportojnë që kanë kryer ndonjëherë testin për HIV, shifra më e lartë ishte në Tiranë (70%) dhe më e ulëta në Elbasan (48%). Tek ata që u testuan, testimi ishte vullnetar në 86% të rasteve (Tiranë 91%, Berat 53%). Këto gjetje sugjerojnë se duhet bërë shumë më tepër për të informuar dhe edukuar popullatën PDI për rëndësinë e testimit për HIV. Tendencat kohore janë inkurajuese, por duhet të ruhet ritmi pozitiv.

Arsyet për të mos u testuar për HIV. Arsyeja kryesore e mosbërjes së testit për HIV ishte "nuk ndihet i rrezikuar" e raportuar nga 77% e PDI-ve (Durrës 87%, Tirana 74%), ndërsa arsyet e tjera ishin më pak të shpeshta. Kjo gjetje thekson edhe një herë se nevojiten më shumë përpjekje për informacion dhe edukim për të rritur ndërgjegjësimin e popullatës të PDI-ve në lidhje me "statusin e tyre me rrezik të lartë" dhe të gjitha masat parandaluese që duhet të ndërmarrin për të zvogëluar rrezikun e HIV dhe për të rritur shkallën e testimit të HIV te PDI.

Prevalencë e lartë e Hepatitit C. PDI kanë një rrezik të veçantë për infeksionin HIV dhe viruset e hepatitit C (HCV) dhe hepatitit B (HBV), për shkak të sjelljeve të tyre injektuese, të cilat përfshijnë shkëmbimin e ageve dhe shiringave me të tjerët, si dhe seks të pambrojtur me partnerë të shumtë. Aktualisht shërbimet kryesore që u ofrohen PDI-ve përfshijnë

programet e shkëmbimit të ageve dhe shiringave; Terapi mbajtëse me metadon (TMM); Testimi dhe këshillimi lidhur me HIV dhe IST të tjera. Kurdo që është e mundur, ndërhyrjet duhet të kombinohen për të arritur efektin e sinergjisë. Të dhënat sugjerojnë se reduktimi më i madh i niveleve të HIV, HCB dhe sjelljeve të rrezikshme të injektimit mund të arrihen duke ofruar njëkohësisht edhe me mbulueshmëri të lartë të programeve të shkëmbimit të shiringave, edhe trajtimin me zëvendësuesit e opioidëve.

Shumica e popullsisë të PDI-ve (80%) kishte turp që ishte përdorues droge me injektim, rreth 7% ndjeheshin të përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të injektimit të drogës në 6 muajt e fundit, rreth 12% shmangën kërkimin e shërbimeve shëndetësore, 5% shmangën testimin për HIV në 12 muajt e fundit për shkak të frikës nga stigma dhe rreth 6% e bënë këtë për shkak të frikës nga ngacmimi ose arrestimi i policisë. Shumica e sjelljeve të rrezikshme stigmatizuese dhe diskriminuese dominojnë në Tiranë, por edhe vende të tjera të anketimit kanë veçoritë e tyre.

Një e katërta (25%) e popullsisë të PDI-ve raporton të jetë arrestuar ndonjëherë, rreth 17% janë ngacmuar/lënduar për shkak të sjelljes së tyre injektuese të drogës dhe 49% janë burgosur ndonjëherë. Ndërsa përdorimi dhe injektimi i drogës mund të vazhdojnë në burg, qasja në burimet e reduktimit të dëmit zvogëlohet, me nivele të rrezikut rrjedhimisht më të larta. Një numër studimesh ndërkombëtare e lidhin burgosjen me një rrezik në rritje të transmetimit të HIV midis PDI-ve (21,102). Studimet në rajone të tjera sugjerojnë gjithashtu shkallë relativisht të larta të arrestimeve nga policia. Në Serbi dhe Mal të Zi (siç ishte), për shembull, 64% në Beograd dhe 58% në Podgoricë kishin përjetuar arrestimin e policisë në 12 muajt e fundit (47). Studimet cilësore në Federatën Ruse, si kudo tjetër, lidhin arrestimin policor dhe dhunën policore me kapacitetin e reduktuar për reduktimin e rrezikut, si dhe rritjen e sjelljes së rrezikut (54).

Është e rëndësishme të kuptohet ndikimi i stigmës dhe diskriminimit në aksesin e PID-ve në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Ekziston nevoja për të informuar dhe edukuar më mirë këtë grup popullsie me informacione të bazuara në prova për ndërveprimet me personat me HIV, në mënyrë që të shmanget stigma dhe diskriminimi i panevojshëm. Për më tepër, ka nevojë për përpjekje që mund të përmirësojnë perceptimet e komunitetit dhe autoriteteve për PDI.

## **Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj**

MSM janë të pjekur në moshë, të arsimuar dhe beqarë. Shumica e popullatës MSM janë mbi moshën se 24 vjeç (mosha mesatare 26 vjeç), raportuan se kishin të paktën arsim të mesëm dhe ishin beqarë. Në Perëndim, mosha mesatare e MSM që merrte pjesë në studime ishte midis 28 dhe 33 vjeç. Në Evropën Qendrore, mosha mesatare është pak më e ulët, midis 25 dhe 30 vjeç, me moshën mesatare



që varion midis 26 dhe 29 (109). Këto karakteristika socio-demografike të MSM janë të rëndësishme për planifikimin e programeve të synuara të parandalimit të HIV-it.

Nivele të larta të sjelljeve seksuale të rrezikshme dhe përdorimi jo i vazhdueshëm i prezervativit. Shumica e MSM-ve kanë partnerë të shumtë seksualë ose marrëdhënie të njëkohshme me lloje të ndryshme partnerësh, duke përfshirë partnerë "të rregullt", "rastësor" dhe "me pagesë". Përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit me partnerë të ndryshëm varionte nga më i ulëti (38%) me partnerët "të rregullt", 48% me partnerët "rastësor" dhe 57% me partnerët "me pagesë". Arsyet për mospërdorimin e prezervativit me partnerët e seksit meshkuj raportoht të jenë, ulja e kënaqësisë, mungesa e disponueshmërisë, konsiderohen të panevojshëm dhe mosmarrëveshje me partnerin (partneri kundërshtoi).

Mesazhet e përshtatura për parandalimin e HIV/AIDS-it duhet të theksojnë rëndësinë e përdorimit të vazhdueshëm të prezervativit me të gjithë partnerët, veçanërisht kur përfshihet njëkohshmëria e marrëdhënieve seksuale me disa lloje partnerësh. Këto programe duhet të ofrojnë trajnim mbi aftësitë e negociimit për përdorimin e prezervativit.

MSM raportojnë seks me pagesë dhe sjellje me rrezik të lartë.

Në Kroaci, 5% raportuan se kishin shitur ndonjëherë seks (48). Në Izrael, 11% raportuan se kishin paguar për seks (116). Puna e seksit ishte më e zakonshme në mesin e të anketuarve në Turqi, 44% kishin shitur seks, si partner insertiv ashtu edhe receptiv, me më shumë se një partner; 37% raportuan se kishin marrë vetëm rolin receptiv dhe 16% atë insertiv (89)

Në studimin tone, më shumë se gjysma (58%) e MSM-ve kryen marrëdhënie seksuale anale me një partner seksual mashkull me pagesë në 6 muajt para studimit, duke filluar nga 54% në Tiranë në 76% në Elbasan. Në mesin e tyre, nëntë në dhjetë MSM (89%) raportuan se ishin paguar nga një mashkull për të kryer seks anal në 6 muajt e fundit. Rreziqet janë veçanërisht të larta në Elbasan, ku 95% e MSM-ve merrnin para për seks dhe pothuajse gjysma e tyre (43%) nuk përdorën kurrë prezervativë gjatë këtyre takimeve. Për më tepër, nga ata që nuk përdornin prezervativ, arsyeja kryesore e përmendur ishte "kundërshtimi i partnerit". Ndërhyrjet për parandalimin e infeksionit HIV që synojnë sjelljet e rrezikshme seksuale që lidhen me seksin me pagesë duhet të angazhojnë si klientët ashtu edhe punonjësit e seksit dhe të inkurajojnë testimin rutinë për IST dhe përdorimin e vazhdueshëm të prezervativit. Mesazhet parandaluese duhet të përshtaten dhe të shpërndahen në vendet ku MSM takohen me klientët e tyre.

Seks i pambrojtur me femra

Gjashtëdhjetë e një përqind e MSM-ve raportuan se kishin marrëdhënie seksuale me femra, ndër të cilët më pak se gjysma (49%) raportuan përdorim të vazhdueshëm të prezervativit

në gjashtë muajt e fundit. Nuk dihet nëse partneret femra të MSM-ve janë të vetëdijshme se partnerët e tyre meshkuj kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj të tjerë. Gjithashtu, nuk dihet nëse MSM bëjnë seks me femra për të fshehur faktin që ata nuk janë heteroseksuale. Zhvillimi i ndërhyrjeve për parandalimin e HIV-it që synojnë meshkujt biseksualë duhet të fokusohet në rreziqet që lidhen me përdorimin jo të vazhdueshëm të prezervativit me partnerët seksualë meshkuj dhe femra. Duke qenë se MSM praktikojnë përdorim të ulët të prezervativëve me partneret femra, nevojiten strategji për të reduktuar transmetimin e HIV-it ndërmjet partnerëve intimë, duke përfshirë përshtetshmërinë e ndërhyrjeve për parandalimin e HIV-it për të theksuar rëndësinë e mbrojtjes së partnereve femra dhe meshkuj dhe kryerjen e kërkimeve të mëtejshme për të përmirësuar të kuptuarit e dinamikës së transmetimit të HIV-it mes partnerëve intimë.

**MSM kanë role aktive dhe pasive gjatë seksit me partnerë meshkuj**

MSM raportuan të kenë një numër të madh partnerësh ku ata kishin role aktive dhe pasive gjatë marrëdhënieve seksuale me partnerët meshkuj. Numri mesatar i partnerëve kur i intervistuari ishte partner aktiv ishte pesë, dhe gjysma e tyre raportuan se kishin më shumë se katër partnerë. Ndërkohë, numri mesatar i partnerëve kur i intervistuari ishte partneri pasiv ishte katër dhe 42% e tyre raportuan se kishin më shumë se katër partnerë.

Të jesh partner pasiv në marrëdhëniet seksuale anale ka rrezik më të lartë të transmetimit të HIV-it sesa të jesh partner aktiv. Ndërhyrjet që synojnë pakësimin e sjelljeve të rrezikshme seksuale të MSM duhet të përfshijnë edukimin rreth rreziqeve që lidhen me sjelljen seksuale anale receptive dhe insertive. Nevojitet akses i më madh në prezervativë dhe lubrifikantë dhe shërbime të reduktimit e dëmit.

**Përdorimi i alkoolit dhe drogës-përdorim i moderuar i drogës**

Pothuajse 40% e MSM raportuan se përdorin rregullisht alkool. Një në dhjetë MSM (9%) e MSM raportojnë se kanë injektuar ndonjëherë drogë, me 80% mes tyre që kanë injektuar në muajt e fundit. Mbivendosja e sjelljeve seksuale me rrezik të lartë dhe rrjetet e përdorimit të drogës duhet të monitorohen në vazhdimësi.

**MSM kanë akses në testimin për HIV**

Shumica e MSM (82%) e dinë se shërbimi konfidencial i testimit për HIV është i disponueshëm në zonën e tyre. Ka një rritje të numrit të MSM-ve të testuar për HIV, ku më shumë se gjysma e tyre (52%) raportojnë se kanë kryer ndonjëherë testin për HIV, krahasuar me vetëm 23.5% në vitin 2011. Përqindja më e lartë e atyre që janë testuar ndonjëherë është raportuar në Tiranë 57%, dhe më e ulëta në Elbasan 21%.

Stigma dhe diskriminimi mund t'i pengojnë MSM-të të kenë akses në shërbimet e testimit, edhe nëse ato janë të disponueshme. Përpjekjet për të kontrolluar përhapjen e infeksionit HIV në popullatën e MSM-ve duhet të përfshijnë fuqizimin e shërbimeve miqësore të testimit për HIV.

Shmangia e shërbimeve shëndetësore për shkak të stigmës dhe diskriminimit

Shtatë përqind e MSM-ve raportuan se kishin shmangur ndonjëherë të kërkojnë kujdes shëndetësor për shkak të stigmës. 9% në Tiranë, 7% në Durrës dhe 12% në Elbasan raportuan frikën apo shqetësimin se dikush mund të mësojë se kanë marrëdhënie seksuale me meshkuj si arsye për të shmangur kujdesin shëndetësor. Më shumë se gjysma e MSM-ve (57%) nuk kishin turp të ishin MSM; në Tiranë 58%, Durrës 56%, dhe në Elbasan 52%. Pesëmbëdhjetë për qind e MSM-së, ndiheshin të përjashtuar nga aktivitetet familjare për shkak të të qenit MSM.

Nevojiten kërkime të mëtejshme për të kuptuar shkallën e ndikimit të stigmës dhe diskriminimit në aksesin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Njohuri të paqëndrueshme për transmetimin e HIV-it

Rreth 40% e MSM menduan gabimisht se HIV mund të transmetohet duke u ushqyer nga e njëjta enë me dikë që është i infektuar me HIV, dhe nga pickimi i mushkonjave. Megjithatë, shumica e MSM-ve e dinin se përdorimi korrekt i prezervativit çdo herë gjatë seksit anal mund të mbrojë nga infektimi me HIV. Të kesh informacion të saktë rreth transmetimit të HIV-it është i rëndësishëm për mbrojtjen e MSM dhe partnerët e tyre nga transmetimi i HIV-it.

Duhet të prioritetizohen dhe zgjerohen programet gjithëpërfshirëse të edukimit për HIV/AIDS për të siguruar që të gjithë meshkujt të kenë akses në informacionin e saktë për parandalimin e HIV/AIDS.

Aksesi në prezervativë dhe shërbimet e edukimit të bashkëmoshatarëve

Shumica e MSM-ve raportuan se ata e dinin se ku mund të siguronin prezervativë kur ishte e nevojshme, dhe më shumë se një e treta (39%) e tyre morën prezervativë falas në gjashtë muajt e fundit. Tridhjetë e shtatë për qind raportojnë se kanë marrë informacion me edukatorët bashkëmoshatarë, ku shumica e tyre (48%) janë ekspozuar në 3 muajt e fundit. Kontakti me edukatorët bashkëmoshatarë është një metodë me kosto të ulët dhe shumë efektive për të edukuar dhe inkurajuar MSM-të që të përdorin prezervativë dhe të testohen për HIV. Shërbimet e edukimit nëpërmjet bashkëmoshatarëve duhet të forcohen dhe zgjerohen.

## **Popullata Rome**

Përbërja e popullatës rome në studim ishte e re, me pothuajse një të tretën (31%) të pjesëmarrësve që ishin më pak se 24 vjeç (mosha mesatare 31). Rreth 41% ishin martuar para moshës 16 vjeçare (mosha zyrtare ligjore për martesë është shtë 18 vjeç), dhe shumica që ishin martuar para moshës 16 vjeç ishin femra (53.3 %). Pothuajse 20% raportojnë se

nuk janë të martuar, por jetojnë me partnerin seksual Për sa i përket arsimit, 28 % nuk kishin marrë arsim dhe një e katërta kishte përfunduar vetëm 4 vjet arsim, 92.2% e romëve raportuan se kishin pasur ndonjëherë marrëdhënie seksuale (të përcaktuara si marrëdhënie vaginale ose anale). Moshë mesatare në seksin e parë ishte 16 vjeç për romët. Shumica e romëve (rreth 77%) kryenin marrëdhënie seksuale para moshës 18 vjeç, me 21.6% që kishin kryer marrëdhënie për herë të parë midis moshës 10 dhe 14 vjeç. Kjo moshë e hershme e fillimit seksual është pothuajse e barabartë mes meshkujve dhe femrave romë. Sa i përket përdorimit të prezervativit, 23.2% e romëve kanë raportuar se kanë përdorur prezervativ (ndonjëherë), ndërsa 65% e atyre që kanë kryer marrëdhënie seksuale në 12 muajt e fundit, nuk kanë përdorur prezervativë.

Vetëm një në tre të intervistuar raportuan se ishin të vetëdijshëm se një test konfidencial për HIV është i disponueshëm në vendndodhjen e tyre, Testimi aktual i HIV-it ishte i rrallë dhe shumë i ulët me vetëm 3,5 % që u përgjigjën që kishin bërë ndonjëherë një test HIV. Midis atyre që ishin testuar, 73.7% e romëve raportuan se e kishin bërë testin vullnetarisht, Pothuajse të gjithë të anketuarit që u testuan, mësuan vullnetarisht testin e tyre për HIV rezultatet. Gjithashtu, 32% e romëve që ishin testuar e kishin kryer testin gjatë vitit të kaluar

## KAPITULLI VI. PËRFUNDIME

- Prevalenca e infeksioneve biologjike midis popullatave është relativisht e ulët. Infeksioni HIV nuk është zbuluar te popullata rome, Te popullata e PDI-ve prevalenca e infeksionit HIV ishte 1.4%, ndërsa midis MSM-ve kjo prevalencë është vlerësuar se është 2.0%.
- Niveli i vlerësuar i prevalencës së sifilizit ishte më i lartë midis PDI-ve (3.8%); nivele më të ulta janë regjistruar midis MSM-ve (1.9%) dhe popullatës rome (0.3%).
- Mbetet shqetësues niveli i lartë i Hepatit C te popullata e PDI-ve. Sipas vlerësimeve pothuajse gjysma e PDI-ve është e infektuar me Hepatit C, duke treguar risk potencial për transmetimin e HIV-it. Niveli i lartë i prevalencës së Hepatitit C dhe implikimet që ky sjell për trajtimin duhet të merren në konsideratë gjatë hartimit dhe implementimit të programeve të parandalimit dhe të kujdesit ndaj HIV-it për popullatën e PDI-ve
- Midis të gjithë grupeve u pa se njohuritë e përgjithshme për HIV/IST-të dhe për prezervativët ishin të larta. Me shumë sesa 75% e të intervistuarve në çdo grup studimi kishin dëgjuar për HIV-in dhe më shumë sesa 80% ishin dakord se përdorimi i vazhdueshëm dhe korrekt i prezervativit mund të parandalojë infeksionin e HIV-it. Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve gjithashtu, ishin të ndërgjegjshëm se një nga masat mbrojtëse kundër HIV-it ishte pasja e një partneri të vetëm dhe njohuritë në lidhje me faktin nëse ai/ajo është i/e infektuar. Megjithatë, interesante ishte se më pak të intervistuar ishin dakord me pohimin se njerëzit mund të mbrojnë veteveten nga HIV-i duke mos kryer marrëdhënie seksuale (33% te PDI-ve, 46.6% e romëve, 37% e popullatës së e MSM-ve).
- Njohuritë rrallë reflektojnë sjellje të raportuara. Për shembull, megjithëse më shumë se 80% e të intervistuarve ishin të ndërgjegjshëm se përdorimi i vazhdueshëm dhe korrekt i prezervativit mund të parandalojë infeksionin e HIV-it (të përmendur më sipër), përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit mbetet i ulët. Te popullata e MSM-ve, përdorimi i vazhdueshëm i prezervativit me partnerë të ndryshëm varionte nga më i ulëti (38%) me partnerët "të rregullt", 48% me partnerët "rastësor" dhe 57% me partnerët "me pagesë".
- Praktikrat e rrezikshme të injektimit dhe ndarjes së pajisjeve të injektimit vazhdojnë të mbeten të pranishme. Rreth 42% e PDI-ve kanë shkëmbyer agë/shiringa gjatë muajit të fundit; ndarja me një shok ndodhi në 88% të rasteve, 18% e ndanë me një

shpërndarës droge, 6% e ndarë me dikë në vendin e injektimit dhe me partnerin e rregullt seksual, me dallime të konsiderueshme në sipas qyteteve në studim. Në përgjithësi, 61% e PDI-ve që kanë injektuar me agje të përbashkët e kanë bërë këtë me 1 person. Ekziston nevoja për mbështetje të vazhdueshme për ndërhyrjet për reduktimin e dëmit nëpërmjet OJQ-ve dhe programeve të shkëmbimit të shiringave

- Testimi për HIV-in, është një fushë tjetër ku njohuritë nuk janë tregues të sjelljes apo nuk reflektohen në sjelljet që grupet në studim adoptojnë. Më shumë sesa 80% e anëtarëve të popullatave të PDI-ve dhe MSM-ve e dinë se testimi konfidencial i HIV-it është i disponueshëm në qytetin e tyre. Ndërkohë vetëm një në tre të intervistuar të popullatave të romëve raportuan se e dinin që testimi konfidencial për HIV është i disponueshëm në Tiranë. Niveli më i lartë i testimit për HIV u has te popullata e PDI-ve, ndërkohë që më pak se gjysma e MSM-ve janë testuar ndonjëherë për HIV dhe vetëm 3.7 % e popullatës romëve.
- Grupimi/kombinimi i këtyre sjelljeve tregon një mjedis të karakterizuar nga stigma dhe diskriminimi. Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve nga të gjitha grupet e studimit raportuan se ato nuk do të ishin të gatshëm të ndanin ushqimin e tyre me një person me HIV ose të ishin të gatshëm të blinin ushqim nga një shitës HIV pozitiv.

## KAPITULLI VII. REKOMANDIME

- Të mundësohet rritja e burimeve financiare dhe njerëzore për programet e shkëmbimit të shiringave, për të siguruar ndërhyrjen gjithëpërfshirëse dhe të qëndrueshme
- Të promovohet trajtimi për drogat te popullata e PDI-ve
- Të zhvillohen materiale edukative rreth strategjive të reduktimit të dëmit dhe rreziqeve që lidhen me përdorimin e drogës, dhe shpërndarja nëpërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor, organizatave të komunitetit dhe kanaleve të mediave sociale.
- Të synohet rritja e kapaciteteve nëpërmjet trajnimeve të ofruesve të kujdesit shëndetësor, anëtarëve të komunitetit dhe personave që përdorin drogë për të rritur njohuritë dhe aftësitë në lidhje me reduktimin e dëmit.
- Të rishikohet kuadri ligjor për dekriminalizimin e përdorimit të drogës, zotërimin e drogës për përdorim personal dhe të aksesorëve të përdorimit të drogës.
- Të advokohet për ndryshimin e politikave që kanë për qëllim eliminimin e pengesave që ndikojnë në zbatimin me efektivitet të programeve të reduktimit të dëmit, në margjinalizimin, izolimin social dhe në ofrimin e një ndihme efikase për personat që përdorin droge.
- Të krijohen mekanizma institucionalë për aplikimin e trajtimit të të varurve nga droga si një alternativë ndaj dënimit për një krim të vogël droge.
- Të zhvillohen fushata ndërgjegjësuese te popullata e përgjithshme, ofruesit e kujdesit shëndetësor, social dhe agjensive të zbatimit të ligjit me fokus reduktimin e stigmës dhe diskriminimit ndaj personave që përdorin droga
- Të organizohen fushata për advokim dhe mobilizim të komunitetit për forcimin e partneriteteve vendore ndërmjet bashkive, ministrive dhe OJF-ve që ofrojnë shërbimet për përdoruesit e drogave me qëllim të lehtësimit të bashkëpunimit dhe kontraktimit social të këtyre OJF-ve nga bashkitë dhe/ose ministrinë
- Të mundësohet pjesëmarrja dhe përfshirja e shoqërisë civile, duke përfshirë organizatat joqeveritare, të rinjtë, pjestarë të popullatës së personave që përdorin drogë në zhvillimin dhe zbatimin e politikave të drogës.
- Planifikimi dhe kryerja e studimeve cilësore për të fituar një kuptim më të thellë të sjelljeve të riskut midis MSM-ve, veçanërisht në kontekstin e mohimit nga shoqëria, stigmës dhe diskriminimit.

- Zhvillimi i fushatave për përdorimin e prezervativëve dhe lubrifikantëve, duke synuar jo vetëm disponueshmërinë dhe aksesin ndaj tyre, por gjithashtu edhe përdorimin e vazhdueshëm të tyre te MSM-të
- Mbështetje e vazhdueshme për organizatat dhe grupet e MSM-ve përsa i përket forcimit të kapaciteteve, marrëdhënieve me publikun dhe avokatinë;
- Rritja e ndërhyrjeve nëpërmjet edukatorëve bashkëmoshatarë dhe punonjësve të tjerë në terren për të shpërndarë prezervativë dhe lubrifikantë për MSM.
- Sigurimi i testimit për HIV dhe IST të tjera në qendrat e shërbimit të testimit dhe këshillimit vullnetar për HIV.
- Zhvillimi dhe zgjerimi i shërbimeve të kujdesit riprodhues, i përshtatur me nevojat specifike të romëve, veçanërisht për të adresuar shërbimin riprodhues në kontekstin e fillimit të hershëm të marrëdhënieve seksuale;
- Targetimi i çështjeve gjinore dhe promovimi i balancës gjinore me ndërhyrje që fuqizojnë gratë në lidhje me çështje të tilla si shëndeti riprodhues, metodat kontraceptive, shëndeti seksual dhe përdorimi i prezervativit;
- Zbatimi i fushatave sensibilizuese dhe ndërhyrjeve për të përmirësuar sjelljet e Romëve në drejtim të kërkimit të kujdesit shëndetësor prej tyre në lidhje me IST-të dhe çështje të tjera të shëndetit riprodhues.



## REFERENCAT

1. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013  
([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids\\_global\\_report\\_2013](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013))
2. HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf)).
3. UNDP/The Global Fund/UNAIDS. Analysis of key human rights programmes in Global Fund-supported HIV programmes. New York: United Nations Development Programme (UNDP)/The Global Fund/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2011
4. PAHO. Improving access of key populations to comprehensive HIV health services: towards a Caribbean consensus. Washington D.C.: Pan American Health Organization (PAHO); 2011.
5. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet*. 2010;376(9738):367–387.
6. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Sci Med*. 2005;61(5):1026–1044.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR*. 2012;61(RR05):1–40  
(<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6105.pdf>)
8. UNAIDS. The Prevention Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2016.  
([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf))
9. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. Geneva, World Health Organization, 2011  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf),
10. HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf)).
11. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low-and middle-income countries: recommendations for a public health

- approach. Geneva, WHO, 2012  
([http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf)).
12. WHO and UNDP. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation. Geneva, Switzerland, WHO, 2009. [http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm\\_mreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf)
  13. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2012  
([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf)).
  14. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Med.* 2007;4(12): (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052602>).
  15. Baral SD, Potrat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214–222.
  16. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyaalertsak S, Wirtz AL et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012;380(9839):367–377.
  17. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet.* 2008;372(9651):1733–1745.
  18. Centers for Disease Control and Prevention. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR.* 2012;61(RR05):1–40  
(<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6105.pdf>).
  19. UNAIDS. The Prevention Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2016.  
([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf))
  20. Harm Reduction International (2016) ‘Global State of Harm Reduction
  21. Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers)  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf)).
  22. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989  
(<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).
  23. Carroll A. Testing the waters: LGBT people in the Europe & Eurasia region. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2013.

24. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf)).
25. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.
26. Improving access of key populations to comprehensive HIV health services: towards a Caribbean consensus. Washington, DC, Pan-American Health Organization, 2011 ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23644&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23644&Itemid)).
27. Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment. New York, United Nations Development Programme, 2011 ([http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/UNAIDS\\_UNDP\\_Enablers\\_and\\_Synergies\\_ENG.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_ENG.pdf)).
28. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306\\_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf)).
29. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations, Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748\\_eng.pdf?ua](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua)).
30. Rosmarin A, Eastwood N. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. London, Release, 2012.
31. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006 ([http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf)).
32. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/)).
33. Degenhardt L et al. The global epidemiology of methamphetamine injection: a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm. Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2007 ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The\\_global\\_Epidemiology\\_of\\_methamphetamine\\_injection.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_global_Epidemiology_of_methamphetamine_injection.pdf)).
34. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41(6-7):777– 813 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167>).

35. Mathers, B.M., et al., Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008. 372(9651): p. 1733 – 1745.
36. Bargagli, A.M., et al., Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 2006. 16(2): p. 198 – 202.
37. Degenhardt, L., W. Hall, and M. Warner-Smith, Using cohort studies to estimate mortality among injecting drug users that is not attributable to AIDS. *Sexually Transmitted Infections*, 2006. 82(suppl 3): p. iii56 – iii63.
38. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2009, 2010, European Centre for Disease Prevention and Control: Stockholm.
39. Baggaley, R.F., et al., Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2006. 20(6): p. 805 – 812. 10.1097/01.aids.0000218543.46963.6d.
40. Boily, M.-C., et al., Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet, Infectious Diseases*, 2009. 9(2): p. 118 – 129.
41. Stvilia, K., et al., Prevalence of Hepatitis C, HIV, and Risk Behaviors for Blood-Borne Infections: A Population-Based Survey of the Adult Population of T’bilisi, Republic of Georgia. *Journal of Urban Health*, 2006. 83(2): p. 289 – 298.
42. Kuniholm, M.H., et al., Not All Injection Drug Users Are Created Equal: Heterogeneity of HIV, Hepatitis C Virus, and Hepatitis B Virus Infection in Georgia. *Substance Use & Misuse*, 2008. 43(10): p. 1424 – 1437.
43. Gambashidze, N., Sikharulidze, Z., Piralishvili, G., Gvakharia, N., Evaluation of Pilot Methadone Maintenance Therapy in Georgia (Caucases). *Georgian Medical News*, 2008. 7 – 8: p. 160 – 161.
44. Shapatava E, N.K., Tsertsvadze T, del Rio C., Risk behaviors and HIV, hepatitis B, and hepatitis C seroprevalence among injection drug users in Georgia. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006. 82: p. S35 – S38.
45. Smolskaya, T.T., Yakovleva, A.A., Kasumov, V.K., Gheorgitsa, S.I. , HIV Sentinel Surveillance in High-Risk Groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and in the Russian Federation, 2004, World Health Organisation (WHO), Europe.
46. Ataiants, J., Rychkova, O., Janashia, N., Bidzinashvili, K., Usharidze, D. , Tailored harm reduction approaches bring healthcare and social support to women who use drugs in Georgia, in XVIII International AIDS Conference 2010: Vienna, Austria.
47. Judd, A., et al., Improving survey methods in sero-epidemiological studies of injecting drug users: a case example of two cross sectional surveys in Serbia and Montenegro. *BMC Infectious Diseases*, 2009. 9(1): p. 14.

48. Kolaric, B., et al., Seroprevalence of blood-borne infections and population sizes estimates in a population of injecting drug users in Croatia. *Central European Journal of Public Health*, 2010. 18(2): p. 104 – 9.
49. Gyarmathy, V. and A. Neaigus, Marginalized and Socially Integrated Groups of IDUs in Hungary: Potential bridges of HIV infection. *Journal of Urban Health*, 2005. 82(0): p. iv101 – iv112.
50. Craine, N., et al., Characteristics of injecting drug users accessing different types of needle and syringe programme or using secondary distribution. *Journal of Public Health*, 2010. 32(3): p. 328 – 335.
51. Expanding Network for Comprehensive and Coordinated Action on HIV/AIDS prevention among IDUs and Bridging Population (ENCAP), Prevalence of HIV and other infections and risk behaviour among Injecting Drug Users in Latvia, Lithuania and Estonia in 2007, 2009.
52. Kozlov, A.P., et al., HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 2006. 20(6): p. 901 – 906 10.1097/01.aids.0000218555.36661.9c.
53. Booth, R.E., et al., Stimulant Injectors in Ukraine: The Next Wave of the Epidemic? *AIDS and Behavior*, 2008. 12(4): p. 652 – 661.
54. Platt, L., et al., Changes in HIV Prevalence and Risk Among New Injecting Drug Users in a Russian City of High HIV Prevalence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008. 47(5): p. 623 – 631 10.1097/QAI.0b013e318165dbf7.
55. Gyarmathy, V.A., et al., Liquid Drugs and High Dead Space Syringes May Keep HIV and HCV Prevalence High—A Comparison of Hungary and Lithuania. *European Addiction Research*, 2010. 16(4): p. 220 – 228.
56. Rhodes, T., et al., Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 2006. 101(2): p. 252 – 266.
57. Beyrer, C., Patel, Z., Stachowiak, J.A., Tishkova, F.K., Stibich, M.A., Eyzaguirre, L.M., Carr, J.K., Mogilnii, V., Peryshkina, A., Latypov, A., Strathdee, S.A., Characterization of the Emerging HIV Type 1 and HCV Epidemics among Injecting Drug Users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Research and Human Retroviruses.*, 2009. 25(9): p. 853 – 860.
58. Longfield, K., Robinson, A., Gray, R., Jones, C., Youth Perspectives on Drug Use, Heroin, and Risk for HIV/AIDS in Tajikistan and Uzbekistan, Central Asia, 2005, Population Services International Research Division.
59. Dumchev, K.V., et al., HIV and hepatitis C virus infections among hanka injection drug users in central Ukraine: a cross-sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 2009. 6(1): p. 23.
60. Mathers BM, D.L., Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, Myers B, Ambekar A, Strathdee SA, HIV prevention, treatment, and care services for people who inject

- drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet*, 2010. 375: p. 1014 – 1028.
61. Todd, C.S., et al., Prevalence and correlates of risky sexual behaviors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan. *AIDS Care*, 2007. 19(1): p. 122 – 129.
  62. Grogan, L., et al., Bloodborne virus infections among drug users in Ireland: a retrospective cross-sectional survey of screening, prevalence, incidence and hepatitis B immunisation uptake. *Irish Journal of Medical Science*, 2005. 174(2): p. 14 – 20.
  63. Platt, L., et al., Measuring risk of HIV and HCV among injecting drug users in the Russian Federation. *The European Journal of Public Health*, 2009. 19(4): p. 428 – 433.
  64. Shapatava E, N.K., Tsertsvadze T, del Rio C., Risk behaviors and HIV, hepatitis B, and hepatitis C seroprevalence among injection drug users in Georgia. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006. 82: p. S35 – S38.
  65. Aceijas, C. and T. Rhodes, Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2007. 18(5): p. 352 – 358.
  66. Rhodes, T., et al., Trust, disruption and responsibility in accounts of injecting equipment sharing and hepatitis C risk. *Health, Risk & Society*, 2008. 10(3): p. 221 – 240. *Epidemiology of HIV in Vulnerable Populations*
  67. Beyrer, C., Patel, Z., Stachowiak, J.A., Tishkova, F.K., Stibich, M.A., Eyzaguirre, L.M., Carr, J.K., Mogilnii, V., Peryshkina, A., Latypov, A., Strathdee, S.A., Characterization of the Emerging HIV Type 1 and HCV Epidemics among Injecting Drug Users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Research and Human Retroviruses.*, 2009. 25(9): p. 853 – 860.
  68. Judd, A., et al., Improving survey methods in sero-epidemiological studies of injecting drug users: a case example of two cross sectional surveys in Serbia and Montenegro. *BMC Infectious Diseases*, 2009. 9(1): p. 14.
  69. Vassilev, Z.P., et al., Needle exchange use, sexual risk behaviour, and the prevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among Bulgarian injection drug users. *International Journal of STD & AIDS*, 2006. 17(9): p. 621 – 626. *Epidemiology of HIV in Vulnerable Populations*
  70. Longfield, K., Robinson, A., Gray, R., Jones, C., Youth Perspectives on Drug Use, Heroin, and Risk for HIV/AIDS in Tajikistan and Uzbekistan, Central Asia, 2005, Population Services International Research Division.
  71. Cooper, H., et al., The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 2005. 61(3): p. 673 – 684. [46] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Statistical bulletin 2010. 2010; Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats10>.
  72. Expanding Network for Comprehensive and Coordinated Action on HIV/AIDS prevention among IDUs and Bridging Population (ENCAP), Prevalence of HIV and

- other infections and risk behaviour among Injecting Drug Users in Latvia, Lithuania and Estonia in 2007, 2009.
73. Vassilev, Z.P., et al., Needle exchange use, sexual risk behaviour, and the prevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among Bulgarian injection drug users. *International Journal of STD & AIDS*, 2006. 17(9): p. 621 – 626.  
Epidemiology of HIV in Vulnerable Populations
  74. Kivela, P.S., et al., High prevalence of unprotected sex among Finnish HIV-positive and HIV-negative injecting drug users. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009. 37(4): p. 357 – 363.
  75. Craine, N., et al., Characteristics of injecting drug users accessing different types of needle and syringe programme or using secondary distribution. *Journal of Public Health*, 2010. 32(3): p. 328 – 335.
  76. Abdala, N., et al., Can home-made injectable opiates contribute to the HIV epidemic among injection drug users in the countries of the former Soviet Union? *Addiction*, 2006. 101(5): p. 731 – 737.
  77. World Health Organisation (WHO), WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009.
  78. Booth, R.E., et al., Individual and Network Interventions with Injection Drug Users in 5 Ukraine Cities. *American Journal of Public Health*, 2011. 101(2): p. 336 – 343.
  79. Abdala N., W.E., Toussova O.V., Krasnoselskikh T.V., Verevchkin S., Kozlov A.P., Heimer R., Comparing sexual risks and patterns of alcohol and drug use between injection drug users (IDUs) and non-IDUs who report sexual partnerships with IDUs in St. Petersburg, Russia. *BMC Public Health*, 2010. 10(pp 676).
  80. Rhodes, T., et al., Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Social Science & Medicine*, 2003. 57(1): p. 39 – 54.
  81. Adam, P.C.G., I. Teva, and J.B.F. de Wit, Balancing risk and pleasure: sexual self-control as a moderator of the influence of sexual desires on sexual risk-taking in men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 2008. 84(6): p. 463 – 467.
  82. Vittinghoff, E., et al., Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology*, 1999. 150(3): p. 306 – 311.
  83. Hurtado, I., Alastrue, I., Garcia de Olallo, P., Albiach, D., Martin, M., Perez-Hoyos, S., Intervencion preventiva en lugares de interaccion social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *Gaceta Sanitaria*, 2010. 24(1): p. 78 – 80.
  84. Fernández-Dávila, P., Zaragoza Lorca, K., [Internet and sexual risk in men who have sex with men]. *Gaceta Sanitaria*, 2009. 23(5): p. 380 – 7.

85. Folch C, M.R., Zaragoza K, Casabona J., Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain 2009, Saint-Maurice, FRANCE: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida.
86. del Romero, J., et al., Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS*, 2002. 16(9): p. 1296 – 7
87. Štulhofer, A., et al., HIV-related Sexual Risk Taking Among HIV-negative Men Who Have Sex with Men in Zagreb, Croatia. *AIDS and Behavior*, 2008. 12(3): p. 505 – 512.
88. Mor, Z., et al., Gay men who engage in substance use and sexual risk behaviour: a dual-risk group with unique characteristics. *International Journal of STD & AIDS*, 2008. 19(10): p.
89. ICON Institute for Public Health, Operational Research on key STIs and HIV in Turkey, 2007: Ankara. 698 – 703.
90. Macdonald, N., et al., Factors associated with HIV seroconversion in gay men in England at the start of the 21st century. *Sexually Transmitted Infections*, 2008. 84(1): p. 8 – 13.
91. Amirkhanian, Y.A., et al., HIV prevalence, risk behavior, and substance use patterns and predictors in russian and hungarian sociocentric social networks of men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 2009. 21(3): p. 266 – 279.
92. Kasianczuk, M.G., et al., Risk Factors Associated with Condom Use Among Men Who Have Sex with Men in Ukraine. *Journal of LGBT Health Research*, 2009. 5(1 – 2): p. 51 – 62.
93. Longfield, K., Astatke, H., Smith, R., McPeak, G., Ayers, J., Men who have sex with men in Southeastern Europe: Underground and at increased risk for HIV/STIs. *Culture, Health & Sexuality*, 2007. 9(5): p. 473
94. Meyer, et al., ‘We are ordinary men’: MSM identity categories in Tbilisi, Georgia. *Culture, Health and Sexuality*, 2010. 12(8):955-71.
95. Rottingen, J.-A., D.W. Cameron, and G.P. Garnett, A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV. How much really is known? *Sexually Transmitted Diseases*, 2001. 28(10): p. 579 – 597
96. Population Services International Research Division, Russian Federation (2006): HIV/AIDS TRaC Study among Injecting Drug Users in Samara and Saratov First Round, in Social Marketing Research Series 2007, PSI: Moscow.
97. Macdonald, N., et al., Factors associated with HIV seroconversion in gay men in England at the start of the 21st century. *Sexually Transmitted Infections*, 2008. 84(1): p. 8 – 13.
98. Bozicevic, I., et al., Prevalence of sexually transmitted infections among men who have sex with men in Zagreb, Croatia. *AIDS and Behavior*, 2009. 13(2): p. 303 – 309.



99. Gjenero-Margan, I., Kolari, B., *Epidemiology of HIV Infection and AIDS in Croatia—An Overview*. Collegium Antropologicum, 2006: p. 11 – 16.
100. UNGASS, *UNGASS Country Progress Report: Azerbaijan*. 2010.
101. Save The Children, T.-C.f.I.a.C.o.R.H., *Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center, Characteristics, High-Risk Behaviours and Knowledge of STI/HIV/AIDS, and Prevalence of HIV, Syphilis and Hepatitis Among MSM in Tbilisi, Georgia: 2007, 2008*, PATH, USAID
102. UNGASS, *UNGASS Country Progress Report: Republic of Moldova*, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Editor 2010: Chisinau.
103. Baral, S., et al., *Male sex workers in Moscow, Russia: a pilot study of demographics, substance use patterns, and prevalence of HIV-1 and sexually transmitted infections*. *AIDS Care*, 2010. 22(1): p. 112 – 118.
104. Williamson, L.M. and G.J. Hart, *HIV prevalence and undiagnosed infection among a community sample of gay men in Scotland*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007. 45(2): p. 224 – 230
105. Van der Bij, A.K., Stolte, I.G., Coutinho, R.A., Dukers, N.H.T.M., *Increase of sexually transmitted infections, but not HIV, among young homosexual men in Amsterdam: are STIs still reliable markers for HIV transmission?* *Sexually Transmitted Infections*, 2005. 81: p. 34 – 37.
106. Dukers, N.H.T.M., et al., *HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984 – 2005*. *AIDS*, 2007. 21(4): p. 491 – 9.
107. Prasad, L.R., et al., *Changing epidemiology of HIV anonymous testing in Switzerland for 1996 – 2006*. *Swiss Medical Weekly*, 2009. 139(17 – 18): p. 256 – 63. *Epidemiology of HIV in Vulnerable Populations*
108. UNAIDS, *An introduction to indicators: UNAIDS monitoring and evaluation fundamentals.*, 2010.
109. Schmidt, A.J., Benvenuti, S., Breveglieri, M., Ferrer, L., Folch, C., Hicksonm F., Hospers, H.J., Marcus, U., Mikolaychuk, M., Mirandola, M., Reid, D., Weatherburn, P., for the EMIS consortium, *The European MSM Internet Survey (EMIS) UNGASS indicators*, 2010
110. Schmidt, A.J., Marcus, U., Mikolaychuk, M., Sekuler, T., Ferrer, L., Folch, C., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P., Benvenuti, S., Breveglieri, M., Mirandola, M., Hospers, H.J, *EMIS Community Report 1*, 2010.
111. Costenbader, E., Otiashvili, D., Meyer, W., Zule, W., Orr, A., Kirtadze, I., *Secrecy and risk among MSM in Tbilisi, Georgia*. *AIDS Care*, 2009. 21: p. 591 – 597.
112. Balthasar, H., et al., *Intentional Risk Reduction Practices of Men in Switzerland Who Have Anal Intercourse With Casual Male Partners*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010. 54(5): p. 542 – 547 10.1097/QAI.0b013e3181e19a6b.

113. Evans, A.R., et al., Central and east European migrant men who have sex with men: an exploration of sexual risk in the United Kingdom. *Sexually Transmitted Infections*, 2011. 87(4): p. 325 – 330.
114. Leobon, A., et al., A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users. *AIDS Care*, 2011. 23(1): p. 25 – 34.
115. Folch, et al., Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. Vol. 18. 2006, New York, NY, ETATS-UNIS: Guilford.
116. Mor, Z., et al., High-risk behaviour in steady and in casual relationships among men who have sex with men in Israel. *Sexually Transmitted Infections*, 2011.
117. Donoghoe, M.C., Stengaard, A.R., Access to antiretroviral therapy (ART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002 – 2008, in XVIII International AIDS Conference 2010: Vienna, Austria.
118. UNAIDS, Sex work, HIV/AIDS: A technical update. 2012.
119. Platt, L., et al., Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. In press, 2011.
120. Nigro, L., et al., Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, eastern Sicily. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2006. 8(4): p. 319 – 323.
121. Wiessing, L., et al., EMCDDA annual report 2009: cocaine and heroin maintain firm hold on Europe's drug scene. *Eurosurveillance*, 2009. 14(46).
122. Cwikel, J.G., et al., Sexually transmissible infections among illegal female sex workers in Israel. *Sexual Health*, 2006. 3(4): p. 301 – 303.
123. Linhart, Y., et al., Sexually transmitted infections among brothel-based sex workers in Tel-Aviv area, Israel: High prevalence of pharyngeal gonorrhoea. *International Journal of STD and AIDS*, 2008. 19(10): p. 656 – 659
124. Smolskaya, T.T., et al., HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, the Republic of Moldova and the Russian Federation WHO Regional Office for Europe, Editor. 2004, WHO: Copenhagen.
125. Sergeyev, B. and A. Fedorova, Russian Federation (2006): HIV / AIDS TRaC study among health services and health providers targeting high-risk groups in St. Petersburg. First round. Social Marketing Research Series; PSI Dashboard. 2006: Washington, D.C., PSI, Research Division, 2006.
126. Watts, C., C. Zimmerman, and B. Roche, Violence against women and trafficking: a priority for HIV programmes? *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, ed. S. Matic, J.V. Lazarus, and M.C. Donoghoe. 2006, Geneva: World Health Organisation.

127. Watts, C. and C. Zimmerman, Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*, 2002. 359(6): p. 1232 – 37.
128. Rhodes, T., et al., Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ*, 2008. 337(7669).
129. Shannon, K., et al., Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ*, 2009. 339: p. b2939.
130. Shannon, K., et al., Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *American Journal of Public Health*, 2009. 99(4): p. 659 – 65.
131. Simic, M. and T. Rhodes, Violence, dignity and HIV vulnerability: street sex work in Serbia. *Sociology of Health & Illness*, 2009. 31(1): p. 1 – 16.
132. Jeal, N. and C. Salisbury, Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Bjog*, 2007. 114(7): p. 875 – 81. [26] Sexton, S., Over the Parapet: a short study into the needs and aspirations of sex workers in Edinbrugh, SCOT-PEP, Editor. 2009: Edinburgh.
133. Scambler, G., Sex work stigma: Opportunist migrants in London. *Sociology-the Journal of the British Sociological Association*, 2007. 41(6): p. 1079 – 1096.
134. Folch, C., et al., Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sexually Transmitted Diseases*, 2008. 35(2): p. 178 – 183.
135. Platt, L., et al., Impact of Gender and Sex Work on Sexual and Injecting Risk Behaviors and Their Association With HIV Positivity Among Injecting Drug Users in an HIV Epidemic in Togliatti City, Russian Federation. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005. 32(10): p. 605 – 612.
136. International Harm Reduction Development Program, Women, Harm Reduction, and HIV, in *Assessment in Action*. 2009, Open Society Institute.
137. UNAIDS/WHO, *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance: The Next Decade*, 2000: Geneva, Switzerland. p. 48
138. Semaan, S., J. Lauby, and J. Liebman, Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. *AIDS Reviews*, 2002. 4: p. 231 – 223.
139. Des Jarlais, D.C., Dehne K, and J. Casbona, HIV Surveillance among injecting drug users. *AIDS*, 2001. 14(suppl 3): p. S13 – S22.
140. Diaz, T., et al., Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City. *American Journal of Public Health*, 2001. 91(1): p. 23 – 30.
141. Griffiths, P., et al., Researching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction*, 1993. 88: p. 1617 – 1626.

142. Kuebler, D., D. Hausser, and J.-P. Gervasoni, the characteristics of ‘new users’ of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss Hidden Population Study. *Addiction*, 2000. 95(10): p. 1561 – 1571.
143. Watters, J.K. and P. Biernacki, Targeted sampling: options for the study of hidden populations. *Social Problems*, 1989. 46: p. 416 – 430.
144. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe, in ECDC TECHNICAL REPORT 2009: Stockholm.
145. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe, in ECDC TECHNICAL REPORT 2009: Stockholm.
146. EMCDDA, Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use at local level European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
147. UNAIDS and WHO, Guidelines on Estimating the size of populations most at risk, in UNAIDS Working Group on Global HIV/ AIDS and STI Surveillance, UNAIDS/WHO, Editor 2010.
148. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, HIV/AIDS surveillance in Europe 2009, 2010, European Centre for Disease Prevention and Control: Stockholm
149. 2022 -Annual Report of National Program of HIV/AIDS published at <http://www.ishp.gov.al/>
150. Iana Sazonova. “Key population size estimation. Albania, regional and national size estimation” 2019
151. Gexha Bunjaku, D. Programmatic Mapping Exercise of Key Population in Albania. Tirana” MOHSP.
152. 2015 -Annual Report of National Program of HIV/AIDS published at <http://www.ishp.gov.al/>
153. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, p. 102. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
154. Ministry of health and Social Protection. “Nation Action Plan on HIV/AIDS 2020-2025”, 2020
155. Anda Kivite, Antons Mozalevskis. “Assessment of HIV prevention services for key populations in Albania, 2018
156. Brown, A.; Bozicevic, I; Dvoriak, S. and V Delpech “HIV in Albania: An Epidemiological Review”, 2014
157. UNFPA Mapping exercise to sex worker in Albania: UNFPA, 2009
158. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44(2): 174-99.

159. 7. Gile KJ. Improved inference for respondent-driven sampling data with application to HIV prevalence estimation. *J Am Statist Assoc* 2011; 106(493): 135-46.
160. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *J Urban Health* 2006; 83
161. 9. Johnston LG, Hakim AJ, Dittrich S, Burnett J, Kim E, White RG. A Systematic Review of Published Respondent-Driven Sampling Surveys Collecting Behavioral and Biologic Data. *AIDS Behav* 2016; 20(8): 1754-76.
162. “Hartezimi i popullates rome ne lidhje me sherbimet e parndalimit te HIV” , Programi Kombetar HIV/AIDS, ISHP 2010
163. Malekinejad M, Johnston LG, Kendall C, Kerr LRFS, Rifkin MR, Rutherford GW. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. *AIDS Behav* 2008; 12(4 Suppl.): S105-30
164. Heckathorn DD. Extensions of Respondent Driven Sampling: Analyzing continuous variables and controlling for differential recruitment. *Sociol Methodol* 2007; 37(1): 151-207.
165. Gile KJ, Johnston LG, Salganik MJ. Diagnostics for respondent-driven sampling. *J Royal Statistical Soc* 2015; 178(1): 241-69