

RAPORT KOŃCOWY Z BADANIA

Analiza danych uzyskanych
z ankiet przeprowadzonych
w punktach konsultacyjno
– diagnostycznych w 2010 roku

2011

Warszawa

Prezentowane opracowanie stanowi raport końcowy z badania pn. *Podsumowanie i analiza ankiet z roku 2010, wypełnianych przez pacjentów i doradców w punktach konsultacyjno – diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie testy w kierunku HIV*, przeprowadzonego w okresie od 14 września – 15 listopada 2011 roku.

Realizatorem badania jest IBC GROUP Central Europe Holding S.A. na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół odpowiedzialny za realizację projektu oraz opracowanie raportu końcowego:

Dr Marcin Zarzecki - Ekspert ds. badań ilościowych

Łukasz Noiszewski – Koordynator projektu

Dr Rafał Wiśniewski – Członek zespołu badawczego

Anna Drelich – Członek zespołu badawczego

Katarzyna Puchalska – Członek zespołu badawczego

Magdalena Radziszewska – Asystent projektu

Projekt okładki – Magdalena Godleś

SPIS TREŚCI

Spis treści.....	3
Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie	5
2. Synteza metodologiczna.....	7
3. Dane uzyskane z zestawień Krajowego Centrum ds. AIDS.....	16
4. Analiza wyników ankiety przeprowadzonej w PKD w 2010 roku.....	20
5. Osoby zakażone HIV	33
6. Mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM)	41
7. Osoby przyjmujące środki psychoaktywne drogą iniekcji (IDU).....	47
8. Podsumowanie i wnioski	52

WYKAZ SKRÓTÓW

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
Desk Research	Analiza danych zastanych
IBC GROUP (Wykonawca)	IBC GROUP Central Europe Holding S.A.
KC ds. AIDS (Zamawiający)	Krajowe Centrum ds. AIDS
SIWZ	Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia
ARV	Leczenie antyretrowirusowe
PKD	Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
PZH	Państwowy Zakład Higieny
MSM	Mężczyźni mający seks z mężczyznami (<i>ang. Men who have sex with men</i>)
IDU	Osoby przyjmujące środki psychoaktywne drogą iniekcji (<i>ang. Injection drug users</i>)
Raport(y) OBOP	Raporty z analiz ankiet wypełnianych w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych w latach 2004-2009 autorstwa TNS OBOP

1. WPROWADZENIE

Analiza przeprowadzona w niniejszym raporcie objęła dane zebrane od osób zgłaszających się w 2010 roku do punktów konsultacyjno – diagnostycznych (PKD) w celu wykonania testu w kierunku HIV. Łącznie otrzymano dane pochodzące z 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych rozmieszczonych na terenie całego kraju.

Dane zostały zebrane za pomocą ankiety kwestionariuszowej przeprowadzonej wśród wszystkich klientów PKD. Narzędzie badawcze zostało skonstruowane w taki sposób, aby dostarczyć pełnych informacji w zakresie danych społeczno – demograficznych, jak również subiektywnych ocen dotyczących kondycji psycho–fizycznej osób zgłaszających się na test, ich zaplecza i statusu społecznego, a także podejmowanych przez nie zachowań seksualnych oraz zachowań ryzykownych mogących prowadzić do zakażenia wirusem HIV.

Szczegółowy opis sposobu gromadzenia oraz analizy uzyskanego materiału badawczego prezentuje rozdział 2 raportu.

Ogółem w 2010 r. do PKD zgłosiło się 26188 osób, testy wykonano 25402 osobom, z czego 285 miało wynik dodatni. Analizą objęto reprezentatywną próbę 1001 kwestionariuszy. Porównano także dane uzyskane z Głównego Urzędu Statystycznego (w przypadku struktury społeczno-demograficznej badanej populacji) oraz z analizy ankiet PKD w latach 2004 i 2007 (w przypadku struktury społeczno-demograficznej oraz niektórych zachowań ryzykownych). W stosunku do analiz prowadzonych w latach ubiegłych niniejszy raport został wzbogacony o pogłębioną analizę dwóch istotnych kategorii badanych, jakimi byli mężczyźni mający seks z mężczyznami oraz osoby zażywające narkotyki drogą iniekcji. Przyczyną, dla której rozszerzono zakres opisywanej analizy był odpowiednio: systematyczny wzrost częstości kontaktów seksualnych o charakterze MSM wśród klientów zgłaszających się do punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz spadek liczebności osób deklaruujących zażywanie narkotyków dożylnie w okresie od 2004 do 2010 roku.

1.1 Cele badania

Zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia celem analizy jest:

- » Charakterystyka społeczno-demograficzna zbadanej populacji. porównanie ze strukturą demograficzną dorosłych Polaków według danych GUS.
- » Szczegółowy opis badanej populacji klientów PKD z uwzględnieniem czynników sprzyjających zakażeniu. Przedstawienie cech charakterystycznych dla klienta który zgłasza się do PKD.
- » Charakterystyka poszczególnych PKD pod względem osób zgłaszających się na badanie.
- » Analiza związków między cechami społeczno-demograficznymi, a zachowaniami wiążącymi się z ryzykiem zakażenia HIV.
- » Charakterystyka demograficzna zakażonych HIV na tle reszty populacji klientów PKD.
- » Analiza związków zachowań/sytuacji, wiążących się z ryzykiem zakażenia HIV.

- » Charakterystyka społeczno-demograficzna populacji klientów PKD z wynikami dodatnimi. Porównanie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia PZH.
- » Pogłębiona analiza dla klienta PKD, u którego wykrywa się zakażenie.
- » Pogłębiona analiza dla klientów PKD (mężczyzn), którzy zadeklarowali kontakty seksualne z mężczyznami.
- » Pogłębiona analiza dla klientów PKD, którzy zadeklarowali przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (IDU).

2. SYNTEZA METODOLOGICZNA

W ramach prac nad realizacją projektu badawczego, na jego wstępie opracowano procedury DATA ENTRY, w tym preselekcji, kodowania i analizy danych statystycznych. W poniższym rozdziale umieszczono opis metodologii zawierający informacje istotne dla warunków estymacji i wnioskowania statystycznego.

2.1 Założenia

Metoda badania ilościowego bazuje na założeniu, iż powinna ona pozwolić na uzyskanie wieloczynnikowych charakterystyk statystycznych pozwalających na eksplorację, opis i wyjaśnienie problemu w parametryczno-wskaźnikowej analizie danych. Zatem zakłada się, że metoda i utworzone narzędzie będzie kompatybilne wskaźnikowo z porównywanymi zbiorami danych (z lat poprzedzających rok 2010) oraz stanowić będzie wskaźnikowo mocną metodę gromadzenia informacji (w sensie trafności i rzetelności wskaźników i miar). Formalnej podstawy dla rozwiązań w tej materii dostarcza metodologia stosowana w statystyce publicznej, której zasadniczym celem jest standaryzacja procedur badawczych na każdym poziomie realizacji badania. Przesłanki leżące u podstaw nowoczesnej statystyki publicznej wprowadzano w niniejszym badaniu. Dla każdego z obszarów eksploracji, wchodzących w skład niniejszego projektu badawczego zostało zaproponowane podejście badawcze, obejmujące specyficzne dla każdego obszaru wskaźniki i wartości. Jednocześnie zaproponowana metodologia miała na celu zapewnienie, że uzyskane wyniki badania będą wzajemnie spójne, komplementarne i pozwolą na uzyskanie jednorodnego, koherentnego obrazu jednostek obserwacji w przekroju międzywojewódzkim, oraz ich zależności, koincydencji i wzajemnego oddziaływania.

W realizowanym badaniu przyjęto klasyczny dla nauk społecznych nomotetyczno-indukcyjny model interpretacji. Zastosowane trzy kryteria nomotetycznej zależności przyczynowej:

1. zmienne muszą być skorelowane,
2. przyczyna występuje przed skutkiem
3. nie występuje pozorność współzależności badanych zjawisk.

Zastosowano odpowiednio testy: testy dla współczynnika korelacji, test równości wartości oczekiwanych: test t-Studenta i jego modyfikacje, analiza wariancji z porównaniami post hoc, test równości wariancji: test F-Fishera-Snedecora, testy zgodności rozkładów: U - Manna-Whitneya-Wilcoxon, Kruskala-Wallis, testy normalności: Lillieforsa, Shapiro-Wilka, Kołmogorowa-Smirnowa.

W procedurze krzyżowania zmiennych zastosowano poprawkę Bonferroniego. Poprawka Bonferroniego jest stosowana w celu "utrudnienia" uznania za statystycznie istotny wyniku pojedynczego testu, przy wielokrotnym przeprowadzaniu testów w oparciu o te same dane. Na przykład, przy przeglądaniu wielu współczynników korelacji tworzących macierz korelacji, akceptowanie i interpretacja istotności współczynników korelacji na konwencjonalnym poziomie 0,05 może nie być poprawna, biorąc pod uwagę przeprowadzanie wielu testów. W szczególności może się okazać, że poziom prawdopodobieństwa związany z błędnym przyjęciem zaobserwowanej wartości współczynnika korelacji jako nieistotnie różniącej się od zera (podczas gdy w rzeczywistości, tzn. w populacji jego wartość wynosi zero), może w tym przypadku znacznie przekraczać 0,05. Poprawka Bonferroniego była dokonywana przez podzielenie poziomu istotności alfa (przyjmowanego na poziomie 0,05) przez liczbę przeprowadzanych testów.

2.1.1 Identyfikacja operatu badania ilościowego

Wszystkie istotne dla potrzeb poprawności badania elementy postępowania badawczego – budowa operatu badania oraz schemat doboru próby podlegały weryfikacji, z punktu widzenia dwóch dopełniających się kryteriów. Po pierwsze, metodologicznej poprawności procesu METADATA oraz DATA ENTRY, gwarantującej jego adekwatność wobec założonych celów badania. Po drugie, organizacyjno-logistycznej charakterystyki zadań i wyboru najlepszej spośród alternatywnych wersji działań gwarantującej realizację doboru zgodnie z zaprojektowaną strategią postępowania. Wykonane w ramach procesu badawczego zadania stanowią podstawę *określenia efektywności implementacji schematu badania*. Oznacza to, iż wyniki poszczególnych procedur statystycznych oraz wyprowadzone z nich wnioski i rekomendacje w zakresie operatu badania – składają się na instrumentarium metodologiczne wymagane dla uzyskania danych dedykowanych do analitycznej składowej Raportu Końcowego.

Do zbioru podmiotów obserwacji zaliczono jednostki, których kwalifikacja potwierdzona została przynależnością do odpowiedniej bazy danych lub indywidualną deklaracją statusu. Ze zbioru wykluczono jako niemożliwe do zweryfikowania powyższego kryterium podmioty, których dane identyfikacyjne (NTS2-województwo, PKD) zawarte w bazie były nie przesłły pozytywnie selekcji w postaci filtrów logicznych (*logical filer*). Kryterium operacyjnym „populacji celowej” i podstawą zaliczenia danej jednostki do zbioru jednostek badania (JB) były atrybuty, jakie winna spełniać jednostka klasyfikowana zgodnie z koniunkcją kryteriów selekcyjnych zawartych w SIWZ. Ze względu na konieczność strukturalnej integracji baz danych dostarczonych w różnych formatach operat uzupełniano kodami filtrowymi umożliwiającymi identyfikację podzbiorów respondentów HIV, IDU, MSM. Badanie określonych w specyfikacji zamówienia grup docelowych ujawniło problem definicji operacyjnej populacji celowej, w tym, kompletnego określenia i weryfikacji jednostek należących do badanej populacji. Przyjmując za punkt wyjścia wskazania grup docelowych przez Zamawiającego w specyfikacji celów projektu, za jednostki analizy uznano wszystkie ankiety dostarczone przez Krajowe Centrum ds. AIDS pochodzące z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych. W sensie operacyjnym badaniu podlegali pacjenci reprezentujący poszczególne podzbiory badania.

2.1.2 Schemat doboru prób

Procedura wymagała zliczenia i preselekcji ankiet według wskazań SIWZ. Z przyczyn operacyjnych, w ramach doboru próbki losowej zastosowano sekwencyjny model losowania z prawdopodobieństwem proporcjonalnym do wielkości frakcji (PPS - *Probability Proportional to Size*) – „Statystyczna → technika doboru próby, w której prawdopodobieństwo wyboru → elementu populacji jest wprost proporcjonalne do jego wielkości (liczebności) frakcji. Zastosowanie techniki wymagało posiadania informacji o wielkości (liczebności) wszystkich elementów składających się na populację”¹. Interwałem losowania była wartość ilorazowa 22. Dla każdej frakcji wylosowano punkt startowy - liczbę losową za pomocą generatora liczb losowych (ang. *pseudorandom numbers generators* - PRNG) – Fibonacciego. Ciągi generowane przez PRNG charakteryzują się okresem, tzn. po pewnym czasie otrzymujemy liczby w kolejności, w której zostały wygenerowane wcześniej. Bierze się to stąd, że niemal wszystkie generatory obliczają kolejne liczby ze wzoru, w którym występuje działanie *modulo*. Oczywiście takie ciągi są jak najbardziej od siebie zależne, jednak dość często potrzebne ciągi

¹Glosariusz terminów dotyczących kontroli i audytu w administracji publicznej, NIK, Kancelaria Prezesa RM, MF, MSWiA, Warszawa, lipiec 2005.

liczb mają jedynie kilka istotnych cech ciągów liczb losowych (zazwyczaj zależy nam na ich właściwościach statystycznych), a użyty generator był w stanie nam te cechy zapewnić. Generator spełniał następujące kryteria podstawowe zapewniające losowość i reprezentatywność próby:

» **Rozkład**

Równomierny rozkład generowanych przez generator liczb. Prawdopodobieństwo wylosowania każdej z nich powinno być takie samo, a ilości wystąpień - w przybliżeniu równe. Generator powinien losować wszystkie liczby z danego przedziału, a nie jedynie część.

» **Niezależność**

Żadne dwa dowolnie wybrane ciągi wylosowanych liczb (w szczególności: ciągi jednoelementowe) nie powinny od siebie zależeć. Ponieważ w przypadku większości generatorów jest to niemożliwe, stąd zazwyczaj długość okresu traktujemy jako miarę niezależności.

» **Nieprzewidywalność**

Na podstawie ciągu liczb nie powinno dać się przewidzieć liczby następnej.

Przyjęta metoda doboru próby zapewniła rozkład zbliżony do rozkładu ze wszystkich podmiotów, co zweryfikowały wyniki testów t dla jednej próby dla zmiennych kryterialnych. Obliczony poziom istotności (dwustronnej) wykazał, czy próba odzwierciedla pod względem badanej cechy populację, założony poziom istotności do odrzucenia $H_0: \mu = X$, mniejszy od 0,05. Dla sprawdzenia poprawności losowania zastosowano parametryczny test istotności próby, weryfikujący hipotezę zerową precyzującą wartość parametru w ustalonym typie rozkładu populacji generalnej oraz nieparametryczny test istotności dla hipotezy zerowej precyzującej ogólny typ, postać rozkładu. W przypadku testu T jak i Kołmogorowa-Smirnowa, założono, że wylosowana próba, w przypadku podstawowych kryteriów będzie zgodna z populacją generalną (operatem bazowym) oraz zbliżona rozkładem do rozkładu normalnego. Z kolei w przypadku zbioru pełnego (IDU/MSM/HIV) filtrowanie z operatu bazowało na funkcji syntax:

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(PKDkryzys_idu = 1 | ADwwynik_potwierdzenia = 3 | PKDplec = 2 & PKDorient_seksualna = 2 | ADwynik_przesiewowe = 3 | ADwynik_szybkiego_test = 3 | PKDkontakt_MM = 1 | PKD_iniekcja = 1 | PKDpartnerzy_idu = 1 | PKDtest_wynik = 1 | PKDplec = 2

& PKDkontakt_MM = 1).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'PKDkryzys_idu = 1 | ADwwynik_potwierdzenia = 3 | PKDplec = 2 & PKDorient_seksualna = 2 | ADwynik_przesiewowe = 3 | ADwynik_szybkiego_test = 3 | PKDkontakt_MM = 1 | PKD_iniekcja = 1 | PKDpartnerzy_idu = 1 | PKDtest_wynik = 1 | '+'

'PKDplec = 2 & P... (FILTER)'.

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

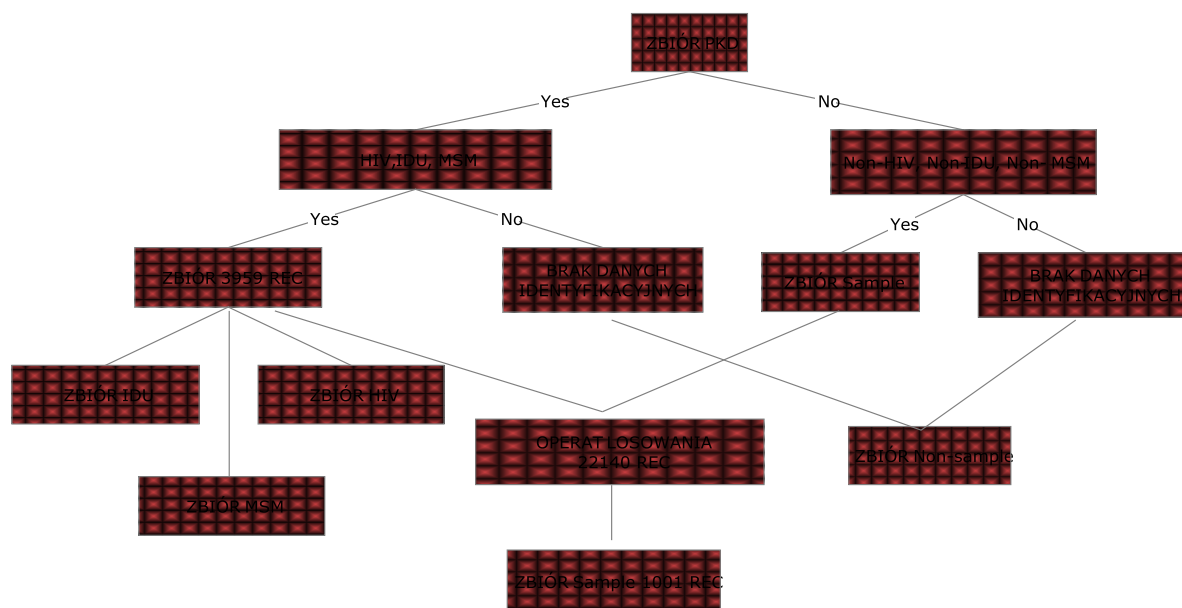
FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

Docelowo skonstruowano zatem 5 zbiorów danych:

1. Zbiór – operat n=22140 rekordów->Zbiór-sample n=1001 rekordów,
2. Zbiór – operat n=22140 rekordów->Zbiór-IDU/HIV/MSM n=3959 rekordów,
3. Zbiór-IDU/HIV/MSM n=3959 rekordów->Zbiór IDU,
4. Zbiór-IDU/HIV/MSM n=3959 rekordów->Zbiór HIV,
5. Zbiór-IDU/HIV/MSM n=3959 rekordów->Zbiór MSM.

Schemat 1. Algorytm doboru rekordów (ankiet)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP

2.1.3 Reguły kodowania ankiet do macierzy SPSS

Zgodnie z regułami kontroli poprawności danych w zbiorze i jego spójności zawartymi w standardzie Archiwum Danych Społecznych – ADS przeprowadzono procedurę instruktażu koderów oraz walidację zbioru uwzględniając następujące zasady:

- » Wszelkich przekodowań czy tworzenia zmiennych wtórnych dokonano wyłącznie za pomocą pakietów statystycznych SPSS. Pozwala to wyeliminować pomyłki i w razie sprzeczności logicznych czy programistycznych łatwo wprowadzać poprawki do procedury rekodującej.
- » "Dzkie kody" – tzw. "dzkie kody" są wartościami wykraczającymi poza założony przez badacza zakres zmienności danej zmiennej - kontrola.
- » "Outliers" – w rozkładzie zmiennej występują kody wprawdzie mieszczące się w założonej skali, jednak na tyle nieprawdopodobne, że takie odpowiedzi respondenta wymagają sprawdzenia i potwierdzenia zgodności zbioru z wypełnioną ankietą/kwestionariuszem wywiadu – kontrola.
- » Kontrola spójności logicznej polega na wychwytywaniu niespójnych logicznie odpowiedzi na dwa lub więcej pytań zadanych respondentowi.
- » Pytania filtrujące. Błędami logicznymi mającymi konsekwencje dla spójności i zgodności przeprowadzonego wywiadu z logiką kwestionariusza są też błędy wynikające z niezastosowania się ankietera do instrukcji umieszczanych przed niektórymi z pytań - kontrola.
- » Sprawdzenie spójności podawanych przez respondenta dat i przedziałów czasu.
- » Nazwy zmiennych (variable names). W nadawaniu nazw zmiennym stosowano następujące konwencje:
 - » Numerowanie proste. W tym systemie każda zmienna numerowana jest od 1 do n, gdzie n jest liczbą zmiennych w zbiorze danych. Zalecane jest także umieszczanie numeru pytania, do którego odnosi się dana zmienna w opisie zmiennej (tj. etykiecie zmiennej).
 - » Numerowanie według numerów pytań w kwestionariuszu.

- » Nadawanie zmiennym nazw mnemonicznych, ułatwiających zapamiętywanie. Nazwy mnemoniczne są skrótami mającymi odnosić użytkownika do faktycznej treści pytania i zawartości zmiennej.
- » Etykiety zmiennych (variable labels)
 - » numer pytania z kwestionariusza (o ile sama nazwa zmiennej nie zawiera tej informacji),
 - » jasną informację o zawartości zmiennej, treści pytania,
- » Wartości zmiennych (values)
 - » Kategorie kodowe powinny być wzajemnie rozłączne, wyczerpujące, i dokładnie zdefiniowane. Każda odpowiedź powinna posiadać tylko jedną wartość. Wszelkich kategoryzacji należy dokonywać już po przygotowaniu całego zbioru danych a nie w trakcie jego tworzenia.
 - » Kodowanie powinno zachować tak dużo szczegółów odpowiedzi respondenta jak to jest możliwe.
- » Etykiety wartości (value labels). Etykiety wartości powinny dostarczać informacji na temat:
 - » treści odpowiedzi, jaką dana wartość reprezentuje
 - » znaczenia wartości, w przypadku kodów specjalnych
 - » etykiety wartości należy nadać wszystkim wartościom wszystkich zmiennych występujących w zbiorze. Każda wartość zmiennej musi być opisana, poprzez nadanie jej etykiety.
- » Braki danych i kody specjalne (missing values)
 - » Zdecydowanie nie zaleca się stosowania nadawania wartości „0” lub wartości z wewnątrz przedziału zmienności zmiennej jakimkolwiek z kodów specjalnych.
 - » Niedopuszczalne jest pozostawianie w zbiorze danych pustych komórek, bez przypisania im kodów specjalnych (system missing).
 - » Braki danych oraz kody specjalne powinny być kodowane jako wartości liczbowe z poza przedziału zmienności danej zmiennej.

2.1.4 Poziom marginesu błędu dla próbkę losowej n=1001

Zbiór losowy (sample) n=1001:

Podstawę wyliczeń stanowi N będące sumą ankiet wszystkich PKD w przekroju wojewódzkim N=22140. Margines błędu przy poziomie ufności 95% , n=1001 oraz N=22140 wynosi **3,03%** i **nie przekracza wartości granicznej.**

$$x = Z \left(\frac{c}{100} \right)^2 r (100 - r)$$

$$n = \frac{Nx}{(N - 1) E^2 + x}$$

$$E = \sqrt{\frac{(N - n) x}{n (N - 1)}}$$

gdzie n - wielkość próby, E - margines błędu, N - wielkość populacji (domyślnie , r - frakcja odpowiedzi którymi jesteś zainteresowany(a), $Z(c/100)$ - wartość krytyczna dla poziomu ufności c . Obliczenia bazują na rozkładzie normalnym i zakładają próbę $n > 30$. Metodologicznym uzasadnieniem akceptacji

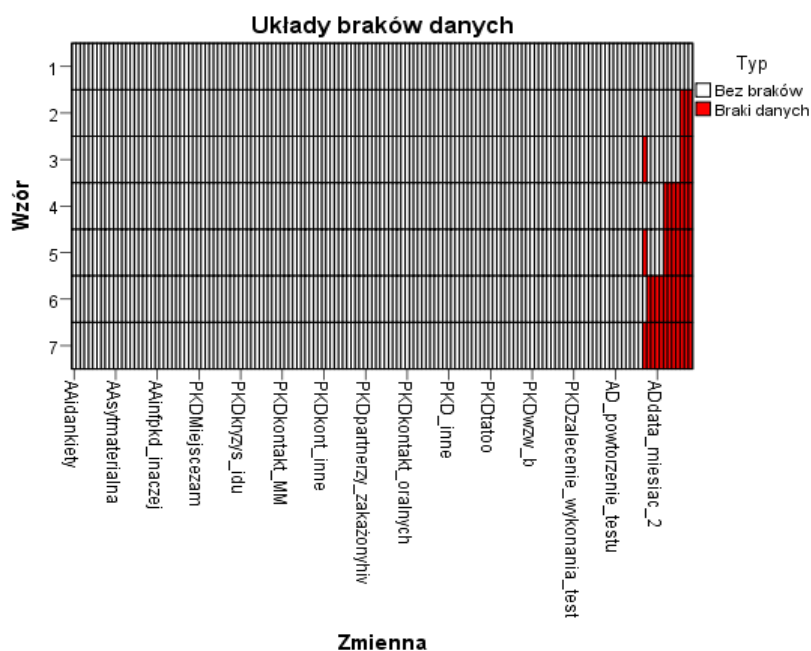
liczebności próby było zastosowanie scenariusza badania w analizie modułu SPSS/PASW SamplePower.

2.1.5 Procedury walidacji zbiorów

Problemem podstawowym wiarygodności wnioskowań z danych gromadzonych w ramach operatu badania jest jakość, w tym aktualność i dokładność operatu. Stanowi to element kontroli w fazie walidacji zbiorów danych. Zastosowany proces walidacji zbioru danych bazował na wyszukiwaniu w macierzy danych SPSS alogicznych obserwacji i wartości zmiennych, wzorów i trendów braków danych, a także na analizie rozkładów zmiennych. Do identyfikacji anomalii, czyli obserwacji odstających użyto techniki komputerowej analizy zbiorów. Dodatkowo przeprowadzono proceduralną analizę pokrycia, w celu określenia skali i przyczyn odpowiednio, *undercoverage* - kompletności operatu, tzn. jednostek spełniających kryteria wyodrębnione przez Zamawiającego (które powinny się znaleźć w operacie), ale nie zostały nim objęte, tworząc efekt „braku pokrycia” oraz *overcoverage* - wystarczalności operatu, tzn. jednostki, które nie powinny znaleźć się w operacie z punktu widzenia kryteriów kwalifikacji, ale jednak znalazły się w nim. W razie sytuacji niedoreprezentowania próby opracowano warianty dopasowania struktury próby zrealizowanej do struktury badanej zbiorowości ze względu na kilka cech społeczno-demograficznych celem redukcji obciążenia wynikającego z istnienia braków odpowiedzi. Statystyczne techniki dowożenia przez wyliczanie wartości wag dla każdej jednostki w zbiorze danych okazały się zbędne. Także procedura wielokrotnego uzupełniania (*multipleimputation*) polegająca na zastąpieniu brakujących danych konkretnymi wartościami w celu uzyskania kompletnego zbioru danych okazała się niepotrzebna.

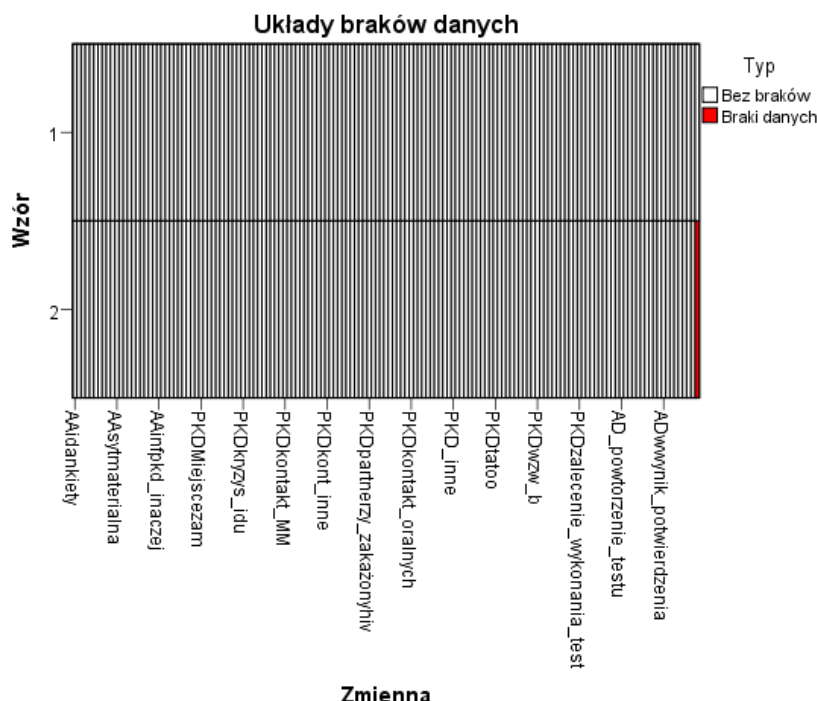
Analiza *itemnonresponse* została przeprowadzona w oparciu o MVA – *Missing Values Analysis* (Schemat 2 i 3).

Schemat 2. Układy braków danych próba losowa n=1001



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP

Schemat 3. Układy braków danych próba pełna n=3959



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP

Otrzymane układy danych pozwoliły na przedstawienie braków danych i obserwacji ekstremalnych dla wszystkich obserwacji i wszystkich zmiennych (z uwzględnieniem systemowych braków danych i zdefiniowanych braków danych), a także na uzyskanie wzorów brakujących wartości dla obserwacji, zestawień analogicznych układów braków danych oraz określenia stopnia powiązania braków danych jednej zmiennej z brakami danych innej zmiennej. Graficzne macierze „układu danych” opracowane dla zbioru losowego i zbioru pełnego pozwoliły oszacować zakres braków danych, typy braków danych i wartości odstające. Poziom *itemnonresponse* w analizowanych zbiorach danych charakteryzował się znaczną integralnością danych z identyfikacją układów braków danych będącą rezultatem konstrukcji formularza badawczego. Dodatkowo wszystkie systemowe braki danych zrekodowano jako braki odpowiedzi. System pytań filtrujących, stosowanie kafeterii rangowych oraz kafeterii wielokrotnego wyboru odzwierciedliły się w układach braków danych. W niewielkim stopniu rzutowało to na możliwości analizy statystycznej i merytorycznej zgromadzonego materiału statystycznego.

2.2 Techniki i narzędzia badawcze

Dane zostały zebrane przy użyciu dwóch narzędzi badawczych: kwestionariusza ankiety wypełnianego przez doradcę z PKD na podstawie wywiadu z klientem oraz kwestionariusza wypełnianego dobrowolnie przez klienta PKD. Pierwsze narzędzie obejmowało podstawowe dane demograficzne, a także szczegółowe pytania dotyczące poszczególnych zachowań ryzykownych osoby zgłaszającej się. W tym kwestionariuszu zaznaczano także wynik testu na HIV. Drugi kwestionariusz zawierał pytania dotyczące sytuacji zawodowej, statusu rodzinnego, a także oceny własnej sytuacji materialnej i stanu zdrowia.

2.3 Ograniczenia procesu badawczego

Opracowywanie oraz analiza danych prezentowanych w raporcie wiązały się z utrudnieniami, wynikającymi zarówno z konstrukcji narzędzi badawczych, sposobu zbierania danych, jak i zmian wprowadzanych w kwestionariuszach w stosunku do lat poprzednich:

- » Niejasne definicje lub brak definicji używanych w kwestionariuszu pojęć i kategorii odpowiedzi (np. rozróżnienie na stałego partnera i wielu partnerów może być traktowane swobodnie zarówno przez klienta PKD jak i doradcę; innym przykładem jest kafeteria w pytaniu dotyczącym sytuacji ryzykownych: brak precyzyjnego rozróżnienia na sytuacje „pozazawodowe” i „inne”);
- » Niekonsekwencje w konstrukcji kafeterii (np. skala czterostopniowa „zawsze/często/czasami/nigdy” w pytaniu o stosowanie prezerwatywy z partnerami i skala „tak/nie” w pytaniu o stosowanie prezerwatywy w poszczególnych formach kontaktów seksualnych);
- » Niespójne sposoby wypełniania kwestionariuszy, pomijanie wielu pytań, brak jednoznacznej instrukcji lub przeszkolenia doradców (zamienne zaznaczanie odpowiedzi „nie”, „nie dotyczy”, lub brak jakiegokolwiek zaznaczenia). Kwestionariusze prawdopodobnie są traktowane przez doradców jako instrument wspomagający prowadzenie wywiadu i udzielanie porady, a nie jako ustrukturyzowane narzędzie badawcze;
- » Pytania drażliwe, dotyczące zachowań ryzykownych (duża liczba braków danych, brak konsekwencji w zaznaczaniu odmowy odpowiedzi);
- » Brak numeracji pytań oraz przejść logicznych pomiędzy pytaniami, mało „przyjazny” układ graficzny (utrudnienie zarówno przy wypełnianiu jak i kodowaniu danych);
- » Okoliczności wypełniania kwestionariuszy (prawdopodobne): stres respondenta, ograniczenie czasowe, oczekujący kolejni klienci;
- » W poszczególnych latach kwestionariusze ulegały zmianom – usuwano lub dodawano pytania i kafeterie. W przypadku niektórych zmiennych utrudnia to lub uniemożliwia porównywanie danych z poprzednich edycji badania;

Odpowiednia konstrukcja kwestionariusza oraz kontrola procesu zbierania danych pozwoliłyby na zminimalizowanie przynajmniej części z opisanych ograniczeń, a co za tym idzie liczby braków danych i niespójności w wynikach. Na potrzeby niniejszego raportu braki odpowiedzi i „nie” traktowano jako jedną kategorię. W przypadku drażliwych pytań, np. o zachowania seksualne, brak odpowiedzi potraktowano jako osobną kategorię i włączano do analiz.

2.4 Źródła danych przedstawianych w raporcie

W raporcie prezentowane i analizowane są dane z różnych źródeł:

- » **Ankiety PKD** – analizowano trzy grupy ankiet, wyselekcjonowane zgodnie z procedurami opisanymi w rozdziale metodologicznym. Po ich zastosowaniu otrzymano zbiory o następujących liczebnościach: próbkę reprezentatywną klientów PKD (n=1001), grupę mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM, N=2910), grupę osób przyznających się do przyjmowania narkotyków drogą iniekcji (IDU, N=333), grupę zakażonych (HIV, N=241).

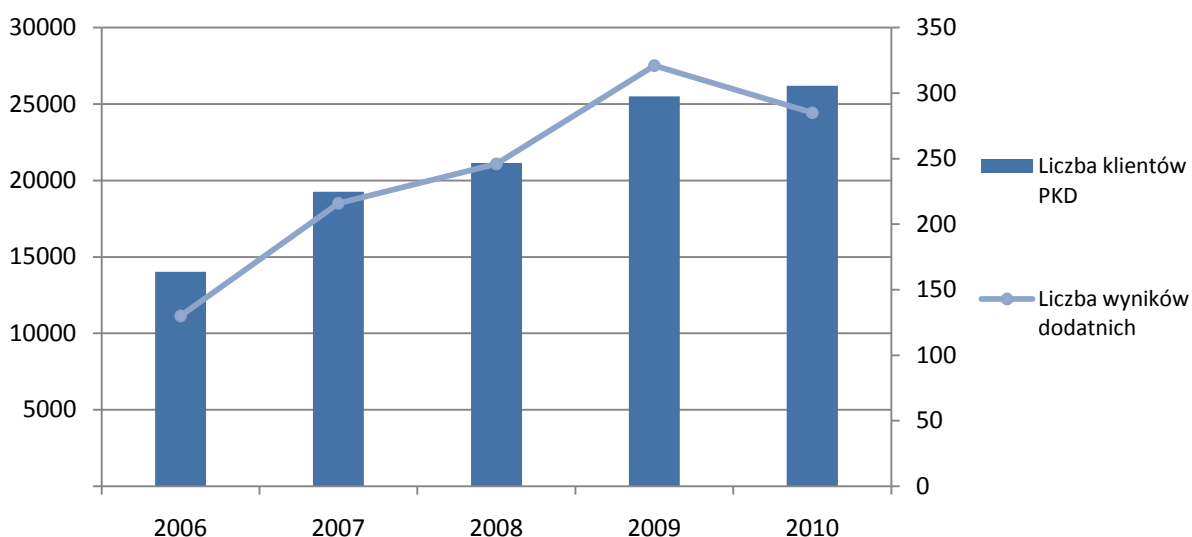
- » **Zestawienia KC ds. AIDS** – dane z zestawień pochodzą z miesięcznych sprawozdań PKD, które to sprawozdania Punkty są zobowiązane przesyłać. Dotyczą one populacji wszystkich osób, które wykonały test w PKD w 2010 r. (N=25402). Zawierają podstawowe informacje o klientach PKD: liczbę klientów, wyników dodatnich, płci, miesiącu wykonania testu, prawdopodobnej drodze zakażenia. Dane te wykorzystano w zestawieniach liczby klientów PKD i odsetka zakażonych, także w odniesieniu do lat ubiegłych.
- » **Dane z PZH** – dane epidemiologiczne gromadzone przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne i przesyłane do Państwowego Zakładu Higieny. Do zgłaszania przypadków zakażenia HIV i zachorowania na AIDS są zobowiązani lekarze i kierownicy laboratoriów. Dane PZH uwzględniają także przypadki zakażeń odnotowane w PKD. Z informacji uzyskanych z PZH wynika, że zgłoszenia z PKD są w większości niepełne (np. brak informacji o drodze transmisji). Te same dane przekazywane do KC ds. AIDS zawierają informacje o prawdopodobnej drodze zakażenia i są prezentowane w zestawieniach Krajowego Centrum. Dane z PZH charakteryzują się przede wszystkim dużym odsetkiem braków danych o prawdopodobnej drodze zakażenia.

W raporcie prezentowane są dane dotyczące przypadków HIV rozpoznanych w Polsce w 2010 r. Dane z PZH zostały wykorzystane do porównań z populacją zakażonych klientów PKD.
- » **GUS** – dane dotyczące ogólnopolskiej struktury społeczno-demograficznej, uzyskane z Rocznika Demograficznego 2010 (www.stat.gov.pl)
- » **Raporty OBOP** – raporty z poprzednich edycji analizy ankiet PKD. Do porównań wykorzystano dane z lat 2004 i 2007.

3. DANE UZYSKANE Z ZESTAWIEŃ KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS

Dane prezentowane w niniejszym rozdziale pochodzą z zestawień KC ds. AIDS, tworzonych na podstawie sprawozdań przesyłanych przez poszczególne PKD. Ogółem w 2010 r. do PKD zgłosiło się 26188 osób, testy wykonano 25402 osobom, z czego 285 miało wynik dodatni. Poniższy wykres oraz tabela przedstawiają liczbę zgłaszających się do PKD, a także liczbę i odsetek wyników dodatnich w latach 2006-2010.

Wykres 1. Liczba klientów PKD oraz wyników dodatnich w latach 2006-2010



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie zestawień KC ds. AIDS oraz raportów OBOP

W ostatnich latach systematycznie wzrastała liczba klientów PKD, a także wykrytych zakażeń wirusem HIV. W roku 2010 nastąpił spadek liczby wykrytych zakażeń, jednak odsetek wyników dodatnich wyniósł 1,22% - tyle, ile w roku 2009.

Tabela 1. Liczba klientów PKD, wyników dodatnich, oraz odsetek wyników dodatnich w latach 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba klientów PKD	14 023	19 261	21 155	25 512	26 188
Liczba wyników dodatnich	130	216	246	321	285
Odsetek wyników dodatnich	0,93%	1,12%	1,16%	1,22%	1,22%

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie zestawień KC ds. AIDS oraz raportów OBOP

Zestawienie liczby klientów oraz odsetka wyników dodatnich w podziale na poszczególne miasta, w których znajdują się PKD, ujawnia zróżnicowanie regionalne. Nie odnotowano wyników dodatnich w Lublinie, niskie odsetki wystąpiły także w Kielcach, Rzeszowie i Olsztynie. Najwięcej testów wykonano w Warszawie, gdzie działają aż trzy punkty, jednak odsetek wyników dodatnich był tam zbliżony do średniej ze wszystkich punktów (1,01%). Uwagę zwraca PKD w Chorzowie, gdzie od kilku

lat występują wysokie odsetki wyników dodatnich (2007: 2,88%; 2008: 3,01%; 2009: 2,38%; 2010: 2,63%). W roku 2010 wysoki odsetek wyników dodatnich odnotowano także w Krakowie i Gdańsku.

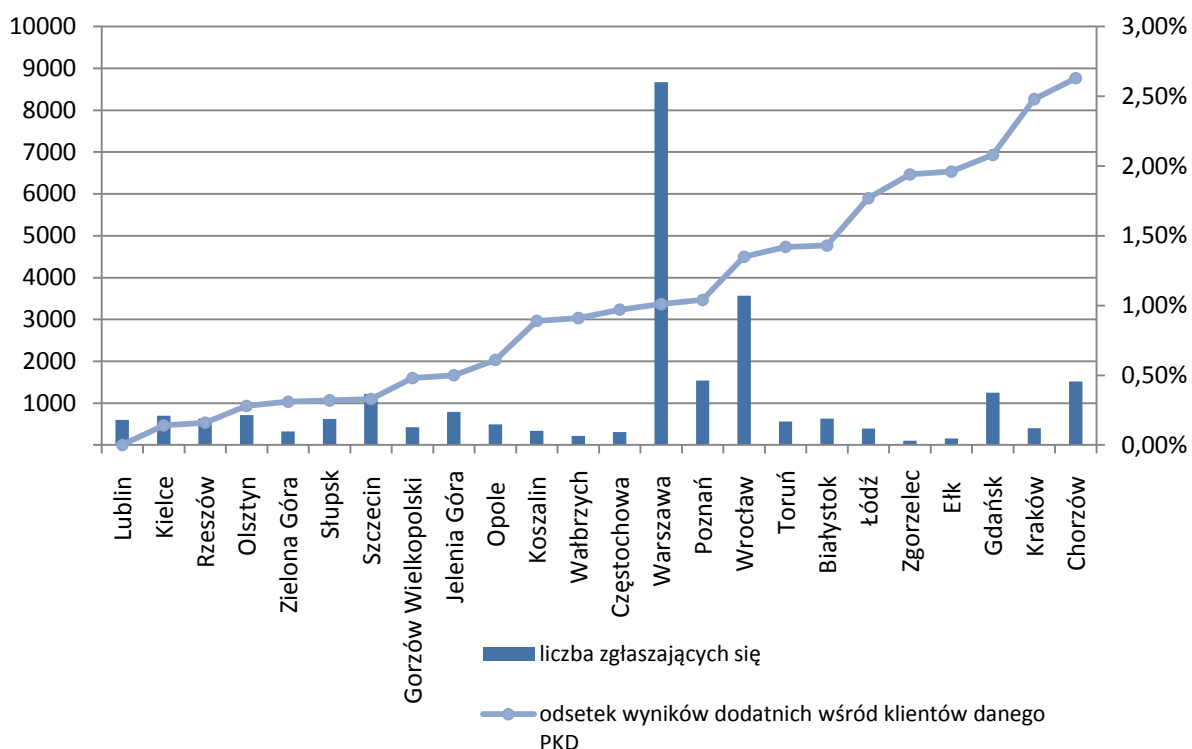
Tabela 2. Liczba klientów PKD, wyników dodatnich, oraz odsetek wyników dodatnich w podziale na miasta

Miasto	Liczba zgłaszających się	Liczba wyników dodatnich	Odsetek wyników dodatnich wśród klientów PKD w danym mieście
Chorzów	1522	40	2,63%
Kraków	403	10	2,48%
Gdańsk	1253	26	2,08%
Ełk	153	3	1,96%
Zgorzelec	103	2	1,94%
Łódź	395	7	1,77%
Białystok	631	9	1,43%
Toruń	563	8	1,42%
Wrocław	3566	48	1,35%
Poznań	1543	16	1,04%
Warszawa	8672	88	1,01%
Częstochowa	309	3	0,97%
Wałbrzych	219	2	0,91%
Koszalin	337	3	0,89%
Opole	490	3	0,61%
Jelenia Góra	794	4	0,50%
Gorzów Wielkopolski	421	2	0,48%
Szczecin	1219	4	0,33%
Słupsk	623	2	0,32%
Zielona Góra	327	1	0,31%
Olsztyn	712	2	0,28%
Rzeszów	627	1	0,16%
Kielce	703	1	0,14%
Lublin	603	0	0,00%

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie zestawień KC ds. AIDS

Wysokim odsetkiem wyników dodatnich uwagę zwracają także PKD w Ełku i Zgorzelcu, są to jednak punkty, w których pojawiło się najmniej klientów, co ogranicza możliwość wnioskowania.

Wykres 2. Liczba klientów i odsetek zakażonych w podziale na miasta



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie zestawień KC AIDS

Wśród wielu czynników, które mogą wpływać na prezentowane dane, można wymienić dostępność PKD – poniższa tabela przedstawia liczbę dni oraz godzin pracy PKD w poszczególnych miastach (dane z października 2011. W przypadku Warszawy i Wrocławia zsumowano liczbę godzin pracy wszystkich PKD). Jak widać, liczba klientów i wyników dodatnich przeważnie jest skorelowana z liczbą godzin pracy PKD.

Tabela 3. Liczba dni i godzin pracy PKD w poszczególnych miastach

Miasto	Liczba punktów	Liczba dni w tygodniu	Łączna liczba godzin/ tydzień
Warszawa	4	5 dni	55
Wrocław	2	5 dni	28
Chorzów	1	5 dni	13
Szczecin	1	3 dni	10
Kielce	1	2 dni	9
Kraków	1	2 dni	9
Poznań	1	2 dni	9
Gdańsk	1	2 dni	7
Opole	1	2 dni	7

Miasto	Liczba punktów	Liczba dni w tygodniu	Łączna liczba godzin/ tydzień
Toruń	1	2 dni	7
Częstochowa	1	2 dni	6
Olsztyn	1	2 dni	6
Słupsk	1	2 dni	5,5
Białystok	1	2 dni	5
Lublin	1	2 dni	5
Łódź	1	2 dni	5
Rzeszów	1	2 dni	5
Ełk	1	2 dni	3
Gorzów Wielkopolski	1	1 dzień	3
Jelenia Góra	1	1 dzień	3
Wałbrzych	1	1 dzień	3
Zielona Góra	1	1 dzień	3
Koszalin	1	1 dzień	2,5
Zgorzelec	1	1 dzień	2

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie www.aids.gov.pl

W celu dokonania precyzyjnej charakterystyki każdego PKD, a także regionalnego zróżnicowania liczby klientów PKD oraz odsetka wyników pozytywnych, należałoby uwzględnić np. jakość usług świadczonych przez PKD w ocenie klientów. Wykracza to jednak poza zakres niniejszego raportu.

4. ANALIZA WYNIKÓW ANKIETY PRZEPROWADZONEJ W PKD W 2010 ROKU

W niniejszym rozdziale przedstawiono dane uzyskane z kwestionariuszy wypełnianych przez doradców oraz klientów PKD w 2010 r. Analizą objęto reprezentatywną próbę 1001 kwestionariuszy. Porównano także dane uzyskane z Głównego Urzędu Statystycznego (w przypadku struktury społeczno-demograficznej badanej populacji) oraz z analizy ankiet PKD w latach 2004 i 2007 (w przypadku struktury społeczno-demograficznej oraz niektórych zachowań ryzykownych).

4.1 Struktura społeczno-demograficzna klientów PKD

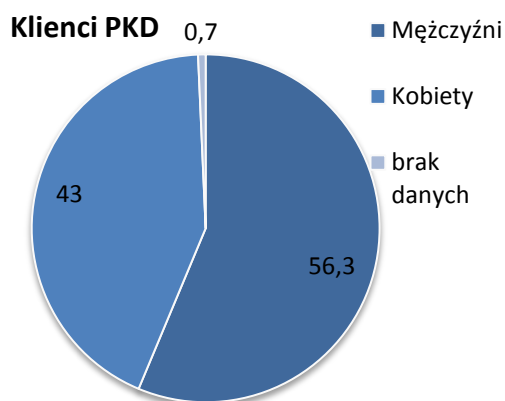
Obywatelstwo:

Można przyjąć, że badania dotyczyły struktury homogenicznej pod względem narodowości – w zdecydowanej większości polskiej (97,5 proc.).

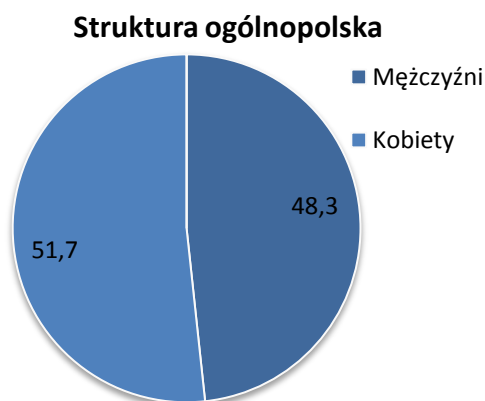
Płeć

Wśród klientów PKD w 2010 r. przeważali mężczyźni – stanowili wśród nich 56,3 %

Wykres 3. Rozkład płci wśród klientów PKD



Wykres 4. Rozkład płci w populacji ogólnopolskiej



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz GUS (www.stat.gov.pl)

Porównując dane z PKD i GUS z końca roku 2010, uzyskujemy informację, że liczba mężczyzn w PKD jest nadreprezentowana o 8 punktów procentowych w stosunku do danych ogólnopolskich. W przypadku kobiet występuje tendencja odwrotna – populacja kobiet w PKD była mniejsza prawie o 9 punktów procentowych w stosunku do danych przedstawionych przez GUS. Należy przy tym zauważyć, że analizując dane w przedziałach czasowych (tabela 1.): 2004, 2007, 2010 utrzymuje się stała tendencja podziału klientów PKD ze względu na płeć: odsetek kobiet na poziomie 43 proc. mężczyzn zaś na poziomie 56,3 proc.

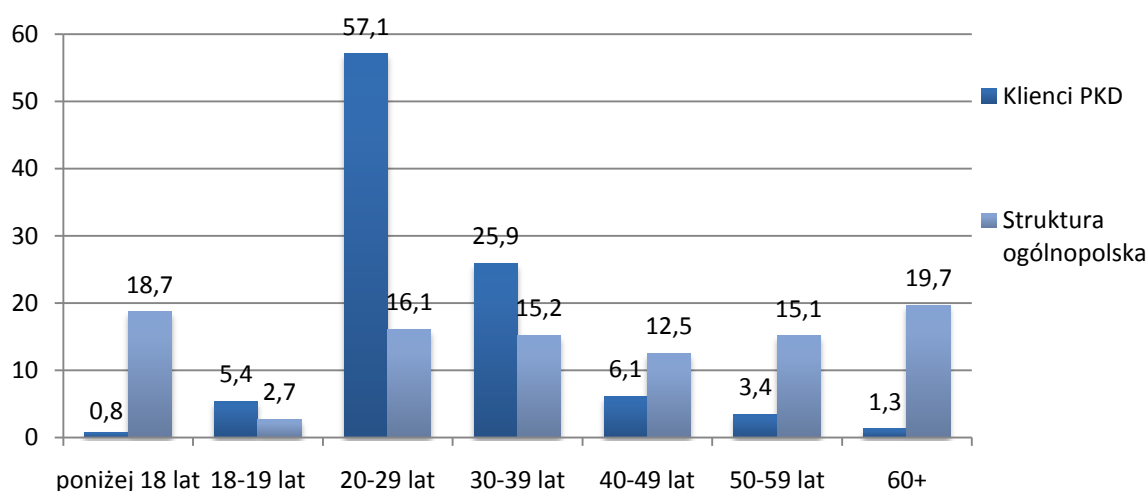
Tabela 4. Płeć osób zgłaszających się do PKD (rozkład w poszczególnych latach w proc.)

	2004	2007	2010
Kobiety	43,4	43	43
Mężczyźni	56,6	57	56,3

Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP

Wiek

Wykres 5. Populacja PKD a populacja ogólnopolska (rozkład według wieku w proc.)

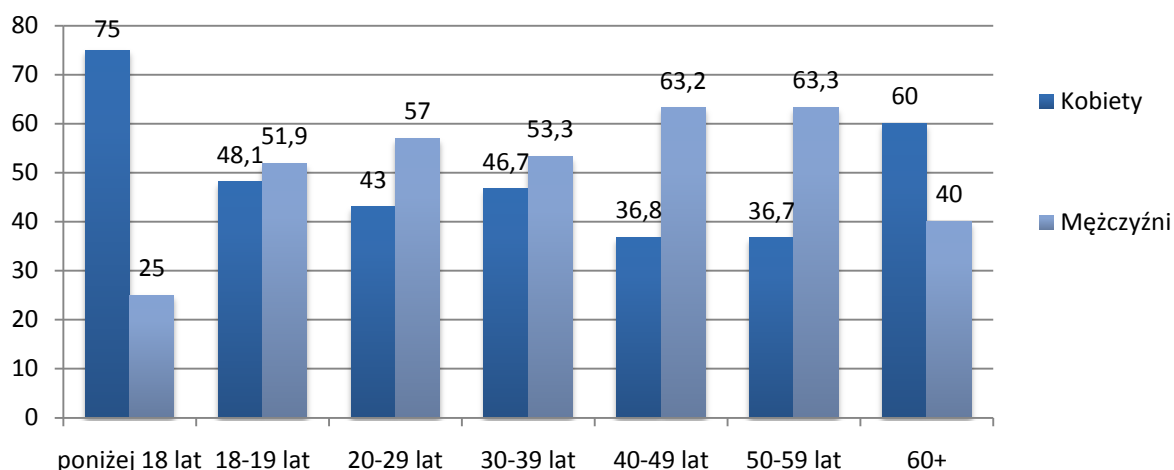


Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP

Ważną zmienną jest wiek. Z analizowanego materiału empirycznego wyłaniają się dwie linie trendu. Po pierwsze: osoby korzystające z PKD począwszy od przedziałów wiekowych 18 do 39 lat są nadreprezentowane w stosunku do danych przedstawianych przez GUS. W szczególności dotyczy to osób z kohorty wiekowej 20-29 lat, które są dość istotnie nadreprezentowane (aż o 41 proc.). Po drugie: zmniejsza się systematycznie odsetek klientów PKD w stosunku do populacji ogólnopolskiej począwszy od osób w przedziale wiekowym 40+.

Zestawiając dane dotyczące wieku i płci osób PKD (wykres 6.) warto również zauważyć, że mężczyźni prawie we wszystkich przedziałach wiekowych są częstszymi klientami PKD niż kobiety. Nie są to zbyt duże różnice, jednak dość wyraźne (szczególnie w kohortach 18-39 lat). Porównując wiek osób zgłaszających się do PKD w 2007 jak i 2010, dochodzi się do wniosku, że struktura wieku jest podobna w tych przedziałach czasowych.

Wykres 6. Populacja klientów PKD (rozkład według wieku i płci w proc.)



Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

Zestawiając płeć i wiek klientów PKD w przedziałach czasowych można zauważyć zmiany prawie we wszystkich kohortach wiekowych (tabela 2.). W porównaniu z lat 2004-2010 zmniejszył się odsetek kobiet w przedziale wiekowym 20-29, natomiast odsetek mężczyzn w analogicznym okresie zmniejszył się w przedziale począwszy od 30. roku życia. Zwiększył się odsetek kobiet w przedziale 30-39 lat oraz nieznacznie 40-49 lat, w przypadku mężczyzn 18-19 lat, zaś w innych przedziałach obserwujemy tendencję utrzymującą się na podobnym poziomie (należy pamiętać, że w przedziałach poniżej 18 lat i powyżej 50 lat występowały małe liczebności)

Tabela 5. Płeć i wiek osób zgłaszających się do PKD (rozkład w poszczególnych latach w proc.)

Wiek	Płeć	2004	2007	2010
poniżej 18 lat	kobieta	59,1	71	75
	mężczyzna	40,9	29	25
18-19 lat	kobieta	65,2	43	48,1
	mężczyzna	34,8	57	51,9
20-29 lat	kobieta	48,3	46	43
	mężczyzna	51,7	54	57
30-39 lat	kobieta	29,6	40	46,7
	mężczyzna	70,4	60	53,3
40-49 lat	kobieta	31,9	35	36,8
	mężczyzna	68,1	65	63,2

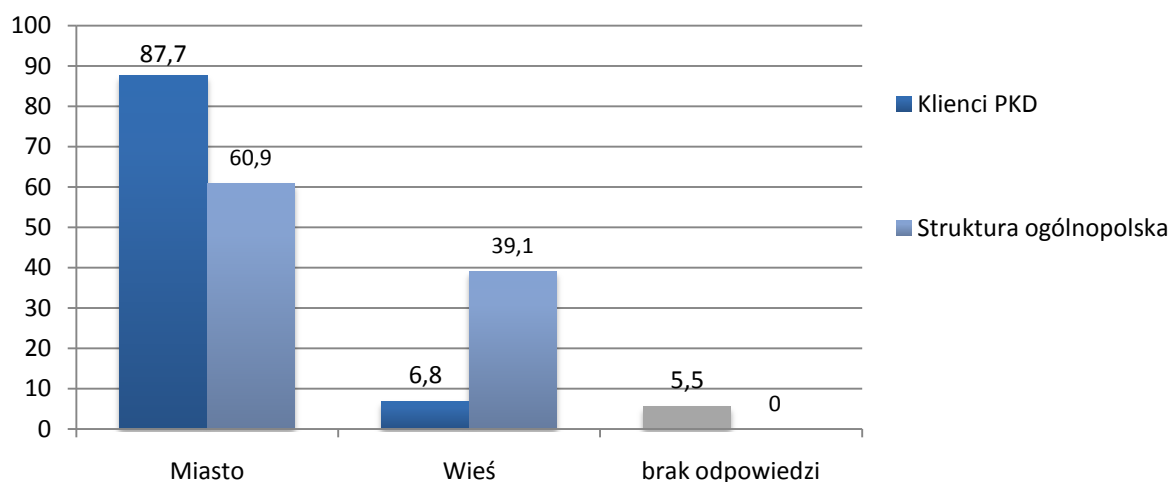
50-59 lat	kobieta	31,6	39	36,7
	mężczyzna	68,4	61	63,3
60+	kobieta	41,2	29	60
	mężczyzna	58,8	71	40

Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP (uwaga: w przedziałach poniżej 18 lat i powyżej 50 lat niskie liczebności)

Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania jak i wykształcenie ma istotny wpływ na odsetek klientów PKD. W przypadku miejsca zamieszkania zdecydowanie występuje nadreprezentacja klientów PKD z miast w stosunku do badań ogólnopolskich zrealizowanych przez GUS o +26,8 proc. Jak również niedoreprezentacja mieszkańców obszarów wiejskich (- 32,3 proc.). Analizując miejsce zamieszkania osób zgłaszających się do PKD w latach 2004, 2007 i 2010 w przypadku osób deklaruujących zamieszkanie na obszarach wiejskich, tendencja utrzymuje się na podobnym poziomie 7 proc., natomiast w przypadku osób z obszarów miejskich odsetek nieznacznie uległ zmianie i utrzymuje się na zbliżonym poziomie: 2004 - 81,4 proc., 2007 – 88,2 proc. i 2010 – 87,7 proc.

Wykres 7. Populacja klientów PKD a populacja ogólnopolska (rozkład według miejsca zamieszkania w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz GUS (www.stat.gov.pl)

Zdecydowanie największa liczebność badanych zamieszkuje w województwie mazowieckim 33 proc., dolnośląskim 12,7 proc. oraz w zachodniopomorskim, wielkopolskim, śląskim, oraz pomorskim (ok. 7 proc.).

Tabela 6. Województwa, w których zamieszkują osoby korzystające z PKD (w proc.)

Województwo	Częstość	Procent
dolnośląskie	127	12,7
kujawsko-pomorskie	27	2,7
lubelskie	25	2,5
lubuskie	33	3,3
łódzkie	19	1,9
małopolskie	20	2,0
mazowieckie	330	33,0
opolskie	17	1,7
podkarpackie	7	0,7
podlaskie	31	3,1
pomorskie	68	6,8
śląskie	66	6,6
świętokrzyskie	30	3,0
warmińsko-mazurskie	39	3,9
wielkopolskie	71	7,1
zachodniopomorskie	70	7,0
brak odpowiedzi	21	2,1

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

Potencjalnie istotnym zjawiskiem mogą być migracje osób do innego województwa w celu wykonania testu. Jak widać w tabeli 7. nie jest to powszechne zjawisko. Największy odsetek klientów PKD z innego województwa zanotowano w Opolu i Łodzi (odpowiednio 28,1% oraz 16,7%). Należy jednak pamiętać, że jednostki obserwacji z dwóch wskazanych PKD miały niskie liczebności w próbie badawczej: odpowiednio 20 i 18). Generalnie, zgłaszanie się na test przez osoby spoza danego województwa zdarza się najczęściej w dużych miastach.

Tabela 7. Odsetek klientów PKD spoza danego województwa

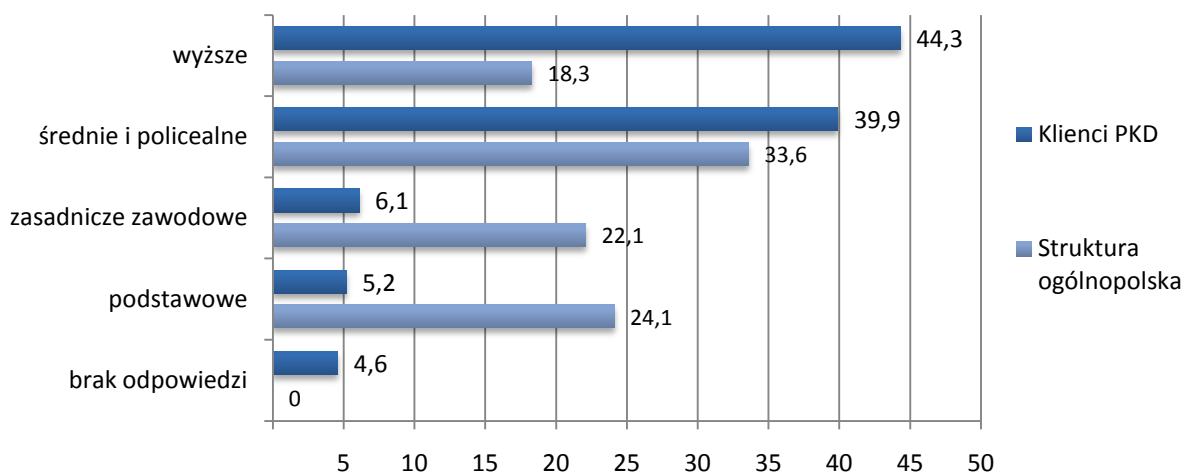
PKD	Odsetek klientów zamieszkałych poza województwem, w którym znajduje się PKD
Opole	28,1
Łódź	16,7
Toruń	12
Częstochowa	8,3
Warszawa (Chmielna)	7,1
Kielce	6,5
Warszawa (Nowogrodzka)	6,5
Gorzów Wlkp.	5,3
Wrocław (Wrocławskie Centrum Zdrowia)	5
Gdańsk	4,9
Poznań	4,1
Wrocław (TRR NZOZ)	3,8
Szczecin	3,8
Chorzów	1,9
Jelenia Góra	0
Wałbrzych	0
Zgorzelec	0
Lublin	0
Zielona Góra	0
Kraków	0
Warszawa (Żelazna)	0
Rzeszów	0
Białystok	0
Słupsk	0
Ełk	0
Olsztyn	0
Koszalin	0

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

Wykształcenie

Porównanie rozkładu wykształcenia (wykres 7.) wykazuje, że występuje nadreprezentacja klientów PKD w stosunku do danych ogólnopolskich z wykształceniem: wyższym (+26 proc.) oraz średnim (+6,3 proc.), zaś niedoreprezentacja osób legitymujących się wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. Zestawiając zaś dane PKD z roku 2004, 2007 i 2010 obserwuje się, że zwiększył się odsetek osób z wyższym wykształceniem z 31,6 proc. w 2004 do 44,3 proc. w 2010 oraz zmniejszył się odsetek osób z średnim wykształceniem z 56,3 proc. w 2004 do 39,9 proc. w 2010, zaś na tym samym poziomie utrzymuje się odsetek osób z podstawowym i zasadniczym zawodowym wykształceniem.

Wykres 8. Populacja klientów PKD a populacja ogólnopolska (rozkład według wykształcenia w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz GUS (www.stat.gov.pl)

Status rodzinny

Analiza danych związanych ze statusem rodzinnym osób zgłaszających się do PKD (tabela 3.) wykazuje, że zdecydowana większość z nich deklaruje się jako osoby stanu wolnego (kawaler/panna). Przy czym należy zaznaczyć, że w stosunku do ubiegłych lat odsetek ten uległ zmieszeniu o 16,4 proc. - z 69,2 proc. w 2004 roku do 52,8 proc. w 2010. Odnotowano nieznaczny wzrost liczby osób zamężnych/żonatyh będących klientami PKD w stosunku do lat ubiegłych. Jeszcze wyraźniejszą linię trendu obserwuje się wśród osób określających swój status rodzinny jako „nieformalny” z 5,8 proc. w latach 2004-2007 aż do 15 proc. w roku ubiegłym.

Tabela 8. Status rodzinny osób zgłaszających się do PKD (rozkład w poszczególnych latach w proc.)

Status rodzinny	2004	2007	2010
panna/kawaler	69,2	67,7	52,8
zamężna/żonaty	16,5	17,3	19,7
rozwiedziony/a	6,1	6,3	6,4
związek nieformalny	5,7	5,8	15
wdowiec/wdowa	0,3	0,8	0,8
brak informacji	2,2	2,1	5,3

Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP

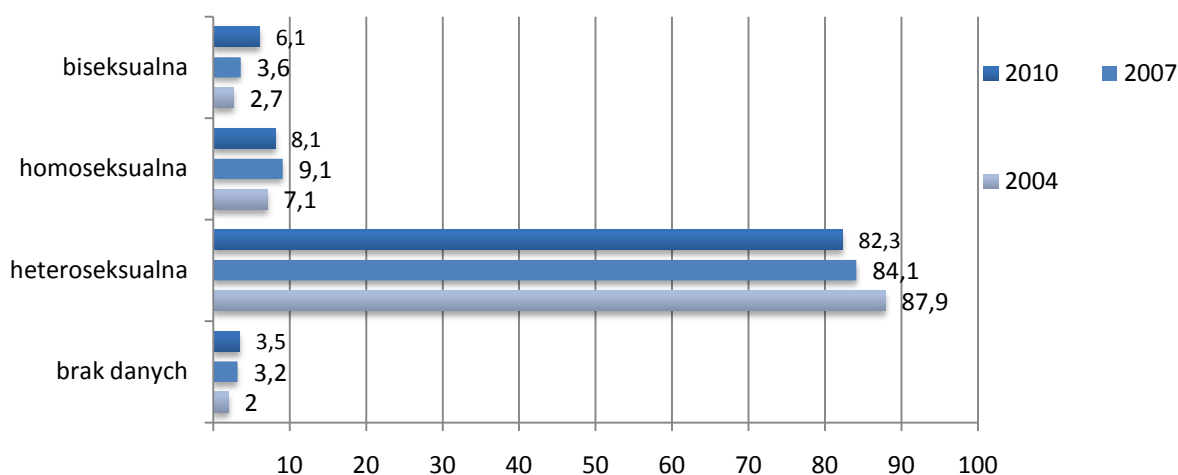
Obecna sytuacja zawodowa

Badani określają siebie częściej jako osoby obecnie zatrudnione. Sześciu na dziesięciu (62,4 proc.) badanych wskazuje, że pracuje, zaś co trzeci (31,7 proc.) nie posiada zatrudnienia. Osoby niepracujące to przeważnie studenci. Przy tym pytani uważają, że w swojej pracy zawodowej nie są narażani na niebezpieczeństwo zakażenia się wirusem HIV (88,3 proc.).

Orientacja seksualna

Osoby o orientacji seksualnej heteroseksualnej są najczęstszymi klientami PKD (pomimo nieznacznego zmniejszenia odsetka z 87,9 proc. w 2004 roku do 82,3 proc. w 2010). Należy zauważyć, że choć odsetek osób homoseksualnych nie zwiększył się w badanym okresie, to jednak następuje systematyczny wzrost osób o orientacji biseksualnej.

Wykres 9. Orientacja seksualna osób zgłaszających się do PKD (rozkład w 2004, 2007 i 2010 r. w proc.)

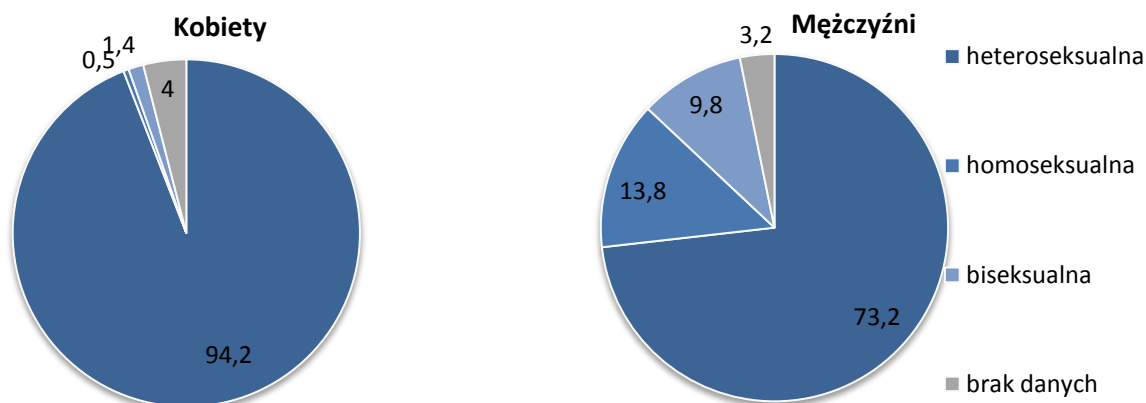


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

Zestawienie danych o orientacji seksualnej klientów PKD z płcią ujawnia istotne różnice w strukturze. Wśród kobiet zdecydowaną większość stanowią osoby heteroseksualne (94,2 proc.). W grupie klientów płci męskiej występują istotne odsetki osób deklarujących się jako homoseksualne (13,8 proc.) oraz biseksualne (9,8 proc.).

Wykres 10. Orientacja seksualna kobiet zgłaszających się do PKD w 2010 r.

Wykres 11. Orientacja seksualna mężczyzn zgłaszających się do PKD w 2010 r.



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

Porównując dane empiryczne PKD z GUS generalnie można przyjąć, że **wśród klientów PKD występuje nadreprezentacja mężczyzn, deklarujących swój stan cywilny jako kawalerowie, w przedziale wiekowym 20-29 lat, z obszarów miejskich, legitymujących się wyższym wykształceniem.**

Ocena własnej sytuacji materialnej

Swoją sytuację jako dobrą określa prawie połowa badanych (47,2 proc.), zadowolającą 34,7 proc., a bardzo dobrą 8,6 proc.

Ocena swojego stanu zdrowia

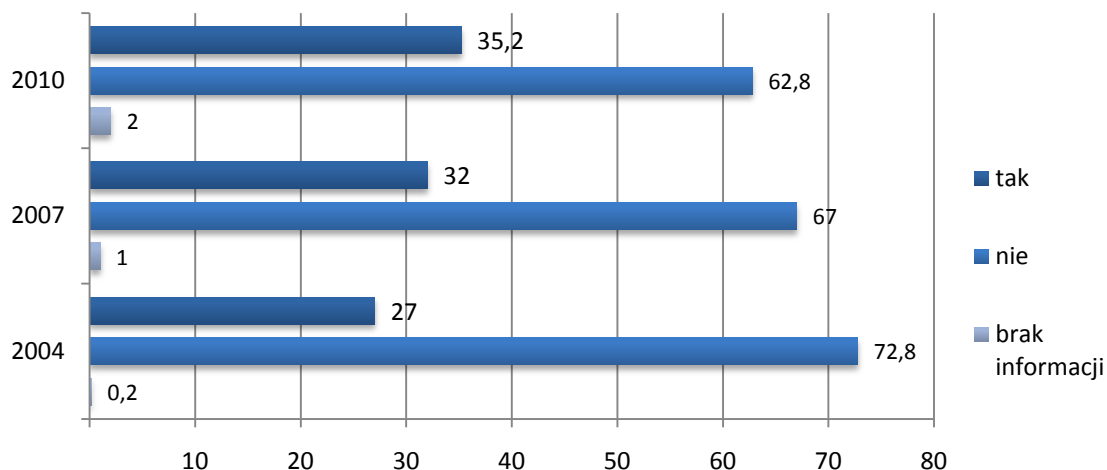
Osoby korzystające z usług PKD generalnie podkreślają, że cieszą się dobrym stanem zdrowotnym. 57,3 proc. ankietowanych ocenia swój stan zdrowia jako dobry, co czwarty badany wykazuje się bardzo dobrym stanem zdrowia 24,5 proc. Prawie czterech na dziesięciu badanych (37,2 proc.) odpowiada, że nie była leczona/diagnozowana szpitalnie w ciągu całego życia, 40,1 proc. respondentów odpowiedziało, że zdarzyło się to 1-2 w ciągu całego życia, 3-5 razy 12,2 proc. Niecałe 5 proc. Było hospitalizowanych więcej niż 6 razy.

Test w kierunku HIV w przeszłości

Większość badanych deklaruje, że w przeszłości nie wykonywali badań na obecność wirusa HIV (62,8 proc.) Jeśli takie badanie zostało wykonywane to w większości jednokrotnie - 19 proc. Dwukrotnie test wykonało 5,2 proc. zgłaszających się do PKD, zaś trzykrotnie i więcej – poniżej trzech procent. Co piąty partner osoby korzystającej z PKD również wykonywał test na obecność wirusa HIV.

Należy podnieść jeszcze jedną kwestię. Otóż obserwuje się systematyczny wzrost odsetka osób, które badały się już w przeszłości na obecność w organizmie wirusa HIV (wykres 12). W 2004 roku deklarowało tak 27 proc., w 2007 roku 32 proc., zaś w 2010 35,2 proc. Jedną z możliwych przyczyn tego trendu może być wzrost liczby osób podejmujących szeroko pojęte ryzykowne zachowania i chęć posiadania przez nich wiedzy, czy owo zachowanie nie spowodowało zakażenia się wirusem HIV.

Wykres 12. Wykonywanie w przeszłości testów w kierunku HIV (rozkład w poszczególnych latach w proc.)

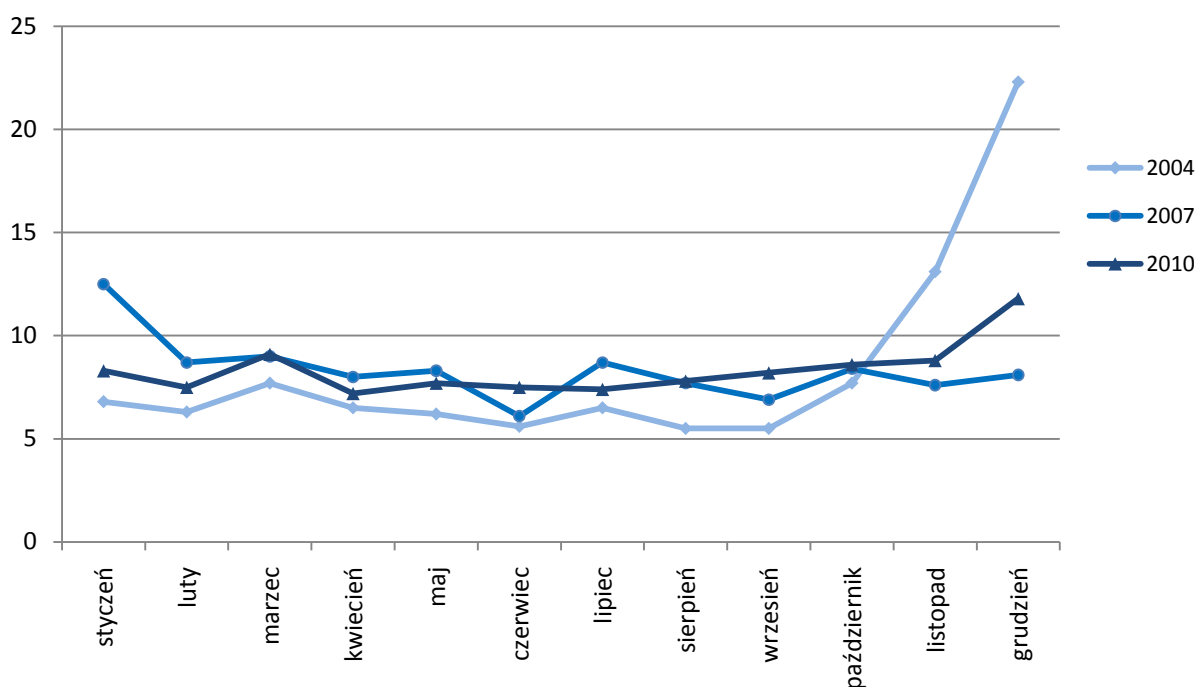


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP

Miesiąc wykonania testu

Na wykresie przedstawiającym odsetek testów wykonanych w miesiącach nie widać zdecydowanych różnic pomiędzy poszczególnymi miesiącami w roku 2010. Na uwagę zasługuje wyraźny wzrost liczby wykonanych testów w grudniu 2004 roku (w tym miesiącu wykonano 22,3% wszystkich testów przeprowadzonych w tym roku). Przyczyną takiego stanu może być Światowy Dzień AIDS przypadający 1 grudnia i wynikająca z tego wzmożona aktywność mediów w tym okresie. Wzrost zainteresowania możliwością wykonania testu może świadczyć o pozytywnym oddźwięku kampanii informacyjnych poświęconych problematyce AIDS. W roku 2010 opisywany trend był jednak zdecydowanie słabszy.

Wykres 13. Miesiąc wykonania testu (rozkład w poszczególnych latach w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie zestawień KC ds. AIDS

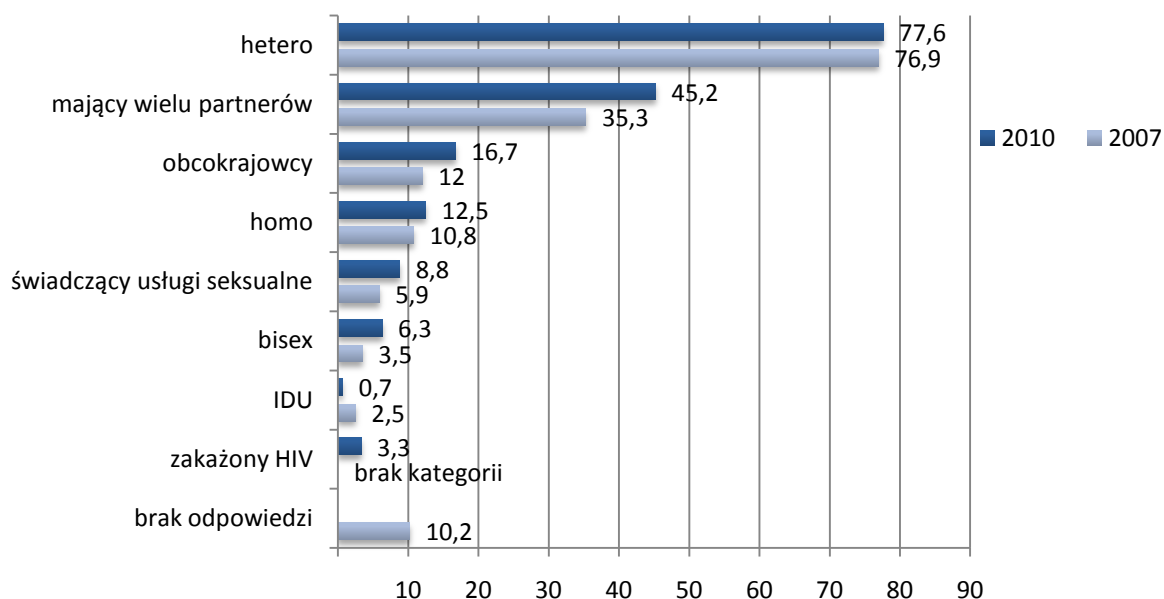
4.2 Zachowania seksualne i sytuacje ryzykowne

Najczęstszym typem sytuacji ryzykownych, które mogły prowadzić do zakażenia wirusem HIV były kontakty seksualne (87,7 proc.), następnie sytuacje ryzykowne związane z przyjmowaniem narkotyków drogą dożylną (0,9 proc. badanych) oraz sytuacje ryzykowne związane z wykonywaną pracą (1,1 proc.).

Najczęściej podejmowane przez badanych rodzaje kontaktów seksualnych to kontakty waginalne (83,3 proc.), następnie oralne pasywne (52 proc.), oralne aktywne (51,5 proc.), analne aktywne (20 proc.), analne pasywne (14,6 proc.) Respondenci wskazywali w większości, że w ciągu ostatniego roku mieli jednego stałego partnera (57,8 proc.), od 2-5 stałych partnerów miało 16 proc., osoby mające powyżej 5 partnerów nie przekraczały 1 proc. badanych.

Badanych twierdzących, że przez całe życie mieli jednego partnera było 9,3 proc., od 2-5 partnerów – 38 proc., 6-10 partnerów – 20,4 proc., w przedziale 11-20 – 10,5 proc., oraz 21-50 – 6,2 proc. W ocenie respondentów ich partnerzy to w zdecydowanej większości osoby heteroseksualne 77,6 proc., 12,5 proc. homoseksualne oraz 6,3 proc. biseksualne. Prawie co piąty (16,7 proc.) ankietowany wskazywał, że podczas swojego życia miał kontakty seksualne z obcokrajowcem.

Wykres 14. Partnerzy seksualni osób zgłaszających się do PKD (rozkład w 2007 i 2010 roku w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP (ze względu na różnice w kwestionariuszu i sposobie kodowania danych brak możliwości porównania względem 2004 roku. Odsetki nie sumują się do stu - możliwe było wskazanie kilku odpowiedzi)

Na wykresie 14. zestawiono dane z 2007 i 2010 dotyczące partnerów seksualnych osób zgłaszających się do PKD. Zauważono, że na przestrzeni trzech lat wzrósł zdecydowanie odsetek osób mających wielu partnerów o prawie 10 proc., obcokrajowców o 4,7 proc., a także osób świadczących usługi seksualne i biseksualnych o prawie 3 proc. oraz partnerów homoseksualnych o prawie 2 proc. Jednak zdecydowanie najwięcej wśród partnerów jest osób heteroseksualnych i w tym zakresie utrzymuje się stała tendencja.

W kontaktach seksualnych ze stałym partnerem prezerwatywy używa zawsze 12,6 proc. badanych, często – 20 proc., czasami – 21,7 proc., nigdy – 10 proc. badanych. Zdecydowanie większy jest odsetek deklarujących, że zawsze stosują prezerwatywy podczas kontaktów seksualnych z innymi partnerami (tabela 9.).

Tabela 9. Stosowanie prezerwatywy w ostatnim roku z partnerami stałymi i innymi (w proc.)

Jak często stosował Pan(i) prezerwatywę	Stosowanie prezerwatywy w kontaktach ze stałym partnerem	Stosowanie prezerwatywy w kontaktach z partnerami innymi niż stały
Zawsze	12,6	22,1
Często	20	19,2
Czasami	21,7	11,7
Nigdy	10	10,0
Brak odpowiedzi	23,5	37,1

Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r.

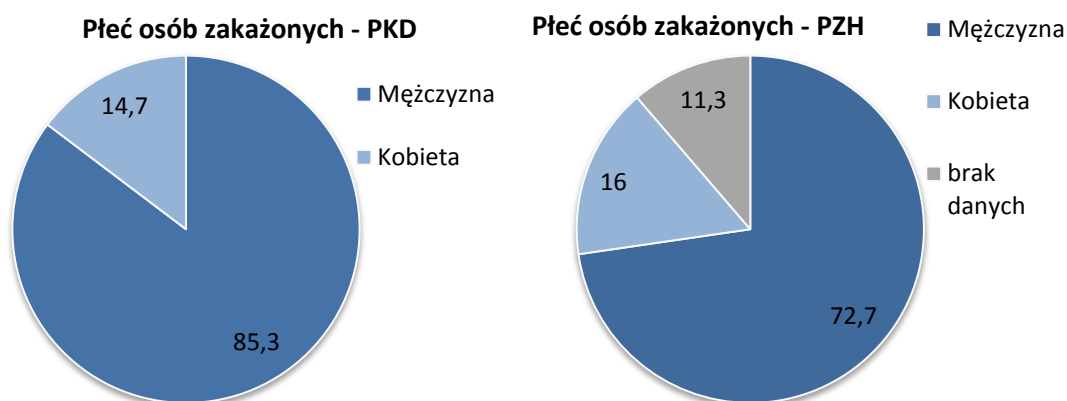
11,3 proc. badanych stwierdziło, że podczas kontaktów seksualnych doszło do uszkodzenia prezerwatywy. 35,8 proc. badanych wskazywało, że do praktyk seksualnych dochodziło po spożyciu alkoholu, a 11,7 proc. pod wpływem narkotyków. 14,8 proc. korzystających z usług PKD posiada tatuaż, 17 proc. piercing. Należy podkreślić, że 14 proc. badanych jest krwiodawcami.

5. OSOBY ZAKAŻONE HIV

Płeć różnicuje osoby zakażone HIV, w zdecydowanej większości to mężczyźni 76,8 proc. (kobiety 16,6 proc.). Z analizy porównawczej PHZ i PKD wynika, że w PKD występuje o 12,6 proc. więcej zakażonych mężczyzn niż w danych zebranych przez PHZ (wykres 15. i 16). Należy jednak zaznaczyć, że różnica może wynikać z kwestii metodologicznych – w PZH 11,3 proc. to braki odpowiedzi, których nie ma w badaniach PKD.

Wykres 15. Osoby zakażone HIV – PKD (rozkład ze względu na płeć w proc.)

Wykres 16. Osoby zakażone HIV – PZH (rozkład ze względu na płeć w proc.)

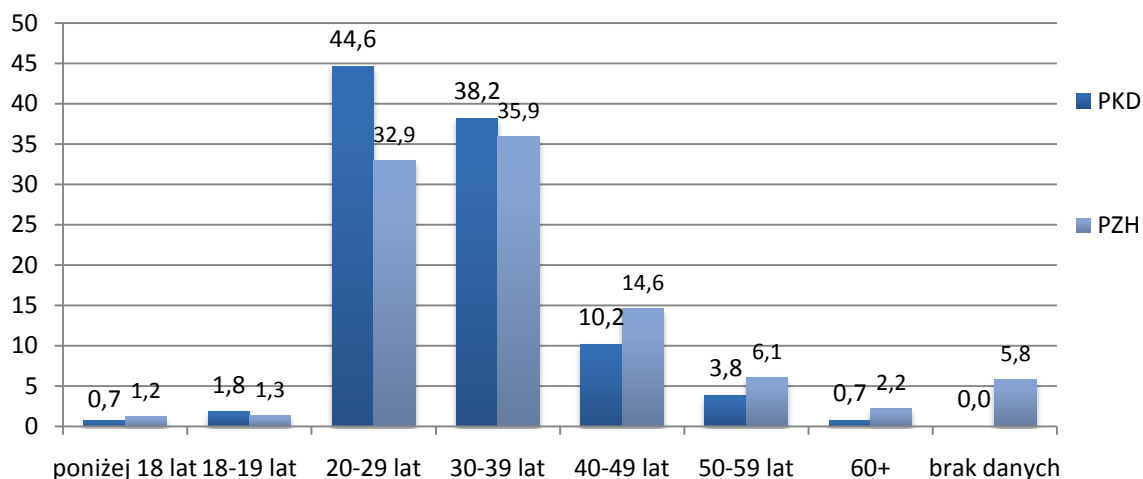


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241) oraz danych PZH (N=927)

Badani deklarują, że mieszkają na obszarach miejskich 89,2 proc., na obszarach wiejskich zaledwie 4,6 proc. Najwięcej badanych mieszka w województwach: mazowieckim 30,3 proc., warmińsko-mazurskim 12,4 proc. oraz pomorskim i śląskim (po 11,6 proc.).

Porównując rozkłady wieku PKD i PZH dostrzega się zasadniczą różnicę w przedziale wiekowym 20-29 lat (odsetek w PZH mniejszy o 11,7 proc.) oraz nieznaczne różnice w kohortach: 30-39 lat (4,4 proc. mniej w PZH), 40-49 lat oraz 50-59 lat (nieco większy odsetek w PZH).

Wykres 17. Populacja zakażonych HIV według PKD i PZH (rozkład ze względu na wiek w proc.).

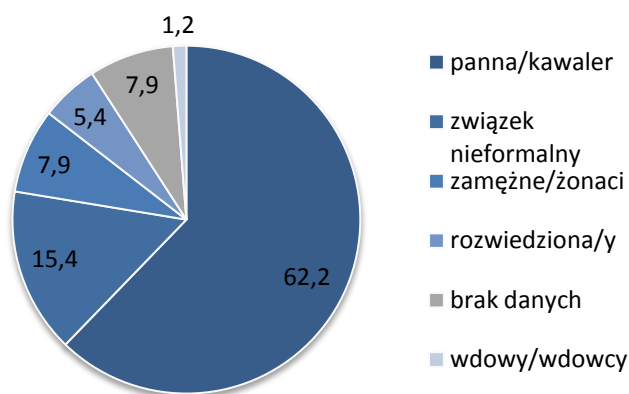


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241) oraz danych PZH (N=927)

Badani raczej niechętnie udzielali odpowiedzi dotyczącej swojego zawodu, stąd trudno jednoznacznie wskazać poszczególne zawody. Jednak określali swoją obecną sytuację zawodową jako dobrą (39 proc.) oraz zadowalającą (32,8 proc.) (bardzo dobrą tylko jeden na dziesięciu). Są to przede wszystkim osoby pracujące (63,9 proc.), 27 proc. określało swoją sytuację jako bezrobotni. Studenci stanowili 10,4 proc. populacji osób z wynikiem dodatnim.

Badani pytani o status rodzinny w większości deklarują, że są stanu wolnego 62,2 proc. W związkach nieformalnych żyje 15,4 proc., a osób zamężnych/żonatych jest prawie 8 proc.

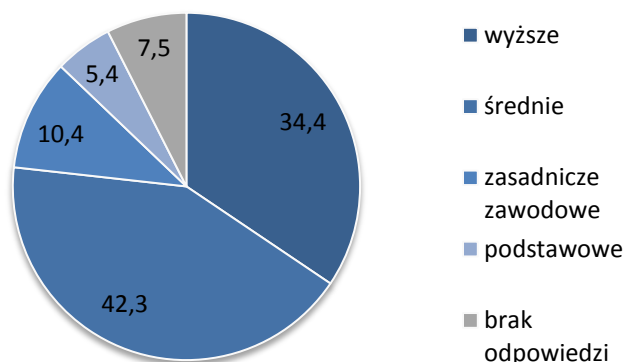
Wykres 18. Populacja zakażonych HIV (rozkład ze względu na status rodzinny w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241)

Struktura według wykształcenia różnicuje osoby zakażone HIV. Najwięcej osób zakażonych posiada średnie (42,3 proc.) oraz wyższe wykształcenie (34,4 proc.) (wykres 3.). Osoby posiadające niskie wykształcenie formalne stanowią łącznie 15,8 proc. wszystkich zakażonych (zasadnicze zawodowe 10,4 proc., podstawowe 5,4 proc.).

Wykres 19. Populacja zakażonych HIV (rozkład według wykształcenia w proc.).

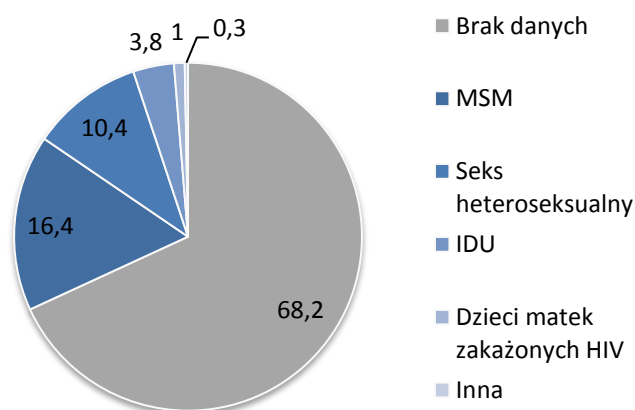


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241)

Ponad połowa badanych określa swój stan zdrowia jako dobry 52,3 proc., jako średni 20,3 proc. oraz jako bardzo dobry 15,4 proc. Przy czym zaledwie 5 proc. respondentów uważa, że ich stan zdrowia jest zły. Prawie trzech na dziesięciu było nie było hospitalizowanych w ciągu całego życia, 40,2 proc. było 1-2 razy, a 14,5 proc. od 3-5 razy. Najwięcej wyników dodatnich w całej badanej populacji wykryto w PKD przy Kosmetyczno-Lekarskiej Spółdzielni Pracy "IZIS" w Warszawie (22,4 proc.), PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej również w Warszawie (10 proc.), PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim (12,9 proc.), PKD przy NZOZ INVICTA w Gdańsku 10 proc. oraz PKD przy Górnośląskim Stowarzyszeniu "Wspólnota" w Chorzowie 7,1 proc.

Dużym ograniczeniem analizy danych PZH dotyczących prawdopodobnej drogi zakażenia jest bardzo wysoki odsetek braków danych, który w roku 2010 wyniósł 68,2 proc. (wykres 20.). W zestawieniu danych z PKD i PZH pominięto braki danych z PZH.

Wykres 20. Prawdopodobna droga zakażenia – PZH

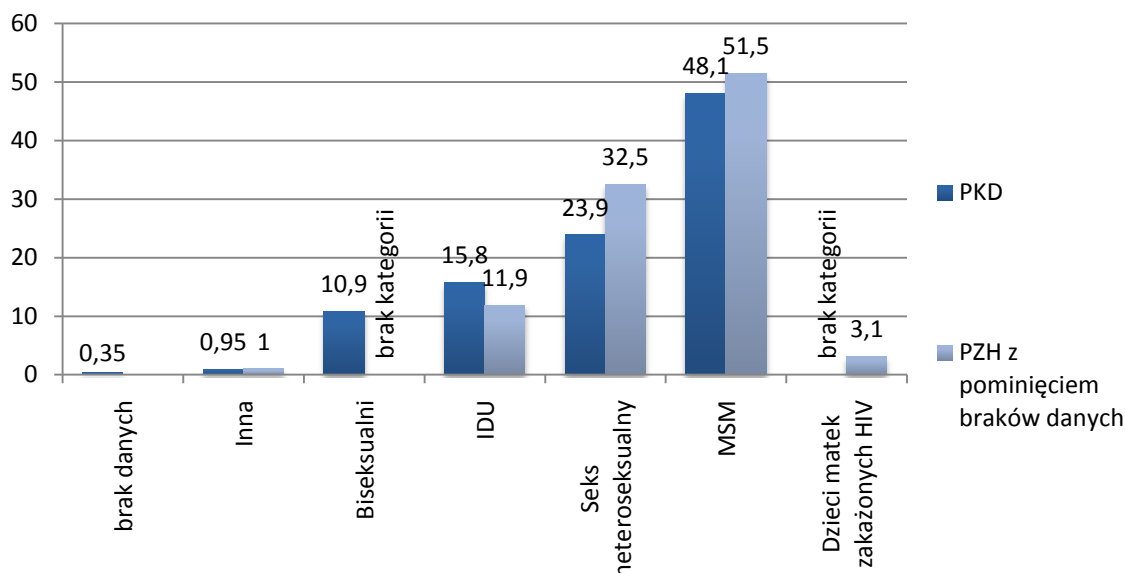


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych PZH (N=927)

Porównując prawdopodobną drogę zakażenia, dane PZH i PKD są dość zbliżone. Różnice większości kategorii nie przekraczają 4 proc. Jedynie kwestia związana z kontaktami seksualnymi z osobami

heteroseksualnymi nieznacznie różnicuje o 8,6 proc. Jako na najbardziej prawdopodobną drogę zakażenia wskazuje się MSM.

Wykres 21. Prawdopodobna droga zakażenia PKD a PZH (w proc.) z pominięciem braków danych PZH



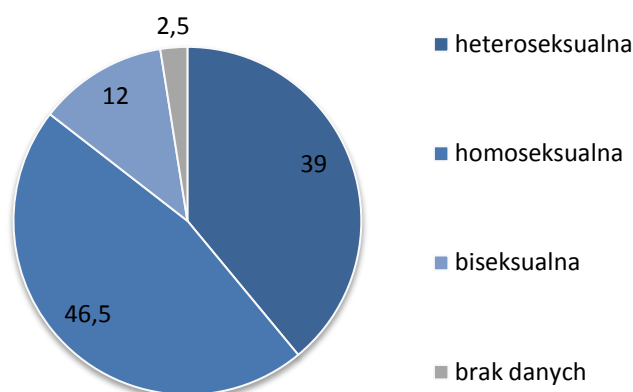
Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241) oraz danych PZH (N=295)

W populacji klientów PKD z wynikiem dodatnim 54,8 proc. osób wykonało już wcześniej test na obecność HIV. W większości było to jednorazowe działanie, tak wskazał co czwarty badany, który przeprowadził test w przeszłości (z tego 7,9 proc. miało wynik pozytywny). 32,4 proc. partnerów osób zakażonych wykonała test w kierunku HIV.

Badani najczęściej wskazują, że praktykowane przez nich zachowania ryzykowne mogące wpłynąć na zakażenie to przede wszystkim kontakty seksualne (88 proc.). Ryzykowne sytuacje związane z dożylnym stosowaniem narkotyków wskazało 9,5 proc. badanych, zaś ryzykowne sytuacje zawodowe – 2,1 proc. Należy jednak zaznaczyć, że 18,7 proc. posiada tatuaż, a 17 proc. piercing.

Rozkład orientacji seksualnej wśród osób zakażonych wykazuje, że w zdecydowanej większości są to osoby homoseksualne 46,5 proc. i heteroseksualne 39 proc., osoby biseksualne stanowiły 12 proc. wszystkich przypadków.

Wykres 22. Orientacja seksualna osób zakażonych (w proc.)

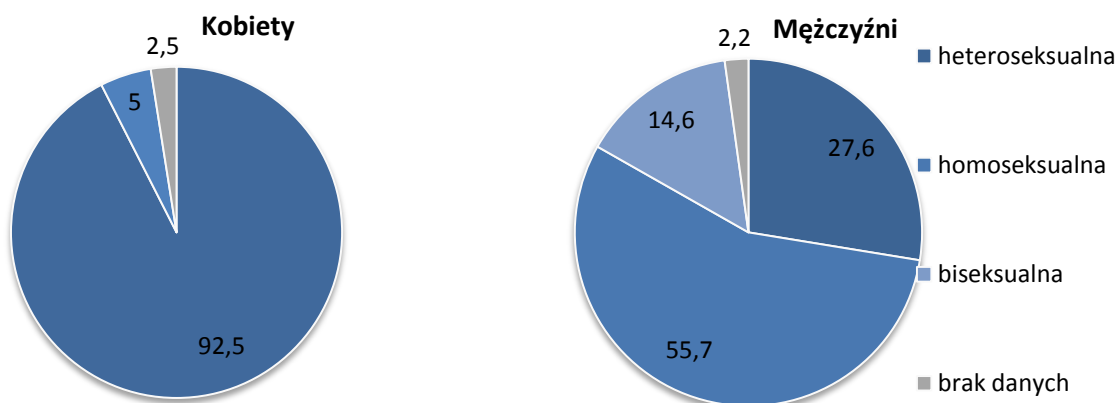


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241)

W podziale na płeć w przypadku kobiet struktura jest dość jednorodna, bowiem stanowiły ją osoby heteroseksualne 92,5 proc. W przypadku mężczyzn struktura jest zróżnicowana: najwięcej było mężczyzn o orientacji homoseksualnej 55,7 proc., następnie heteroseksualnej (27,6 proc.) i biseksualnej (14,6 proc.).

Wykres 23. Orientacja seksualna osób zakażonych PKD – kobiet (w proc.)

Wykres 24. Orientacja seksualna osób zakażonych PKD – mężczyzn (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=241)

Ankietowani wskazują, że najczęstsze rodzaje kontaktów seksualnych praktykowane przez nich to: oralne pasywne 71 proc., oralne aktywne 59,8 proc. oraz analne aktywne 55,2 proc.

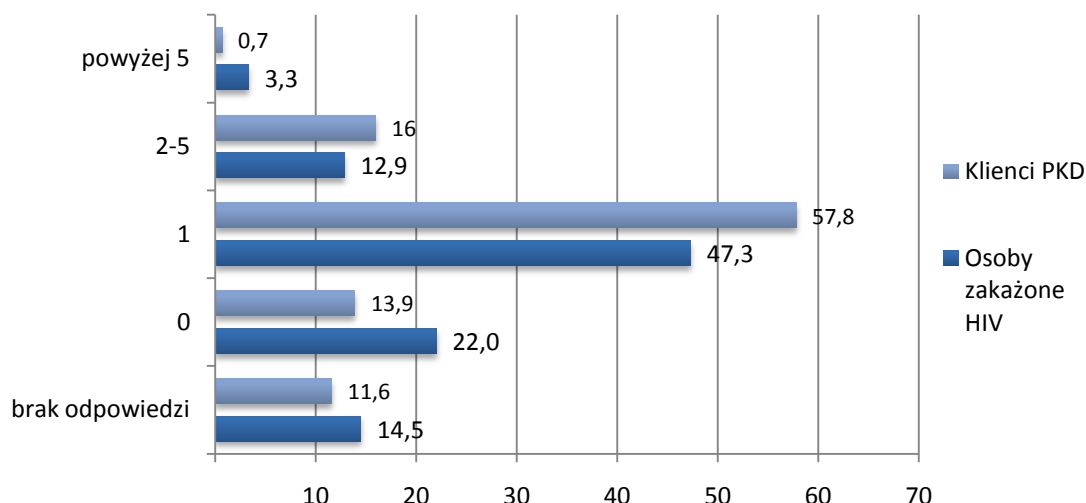
Ankietowani wskazywali, że ich partnerzy seksualni w ostatnim roku to przede wszystkim mężczyźni 57,7 proc., kobiety wskazywało 22 proc., zaś mężczyzn i kobiety – 11,2 proc.

Porównując dane z próby reprezentatywnej z PKD z kategorią osób zakażonych dotyczące liczby partnerów seksualnych, odnosi się wrażenie, że liczba partnerów nieznacznie różnicuje. W szczególności dotyczy to osób deklarujących posiadanie jednego stałego partnera seksualnego w ostatnim roku

(o 10,5 proc. mniej w przypadku osób zakażonych) oraz w przypadku braku stałego partnera (o 8,1 proc. więcej w przypadku zakażonych) W innych przypadkach różnica nie jest większa niż 4 proc.

Co trzeci (33,6 proc.) badany deklaruje, że uprawiał seks pod wpływem alkoholu, a pod wpływem narkotyków 12,4 proc.

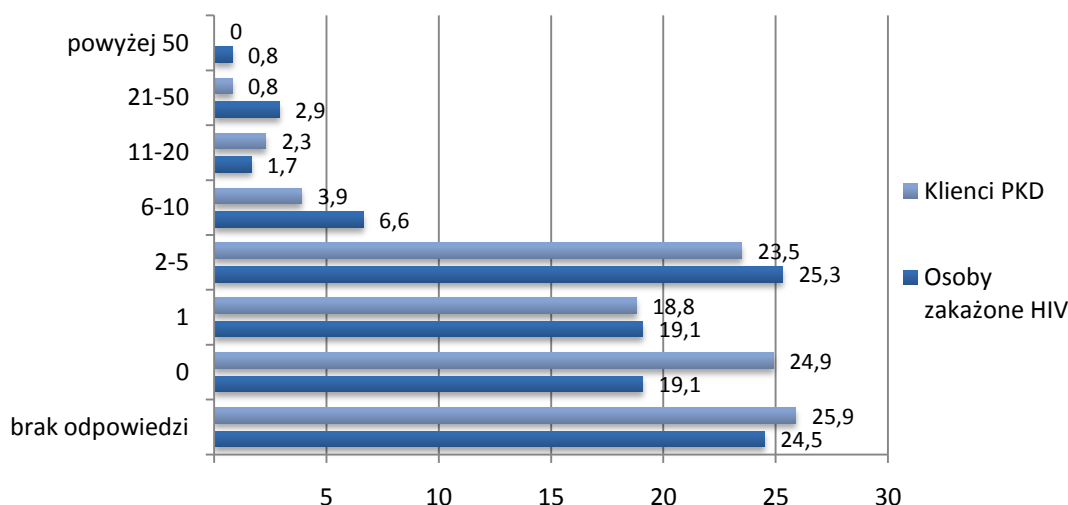
Wykres 25. Liczba stałych partnerów seksualnych w ostatnim roku – porównanie osób zakażonych z populacją klientów PKD (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=1001, N=241)

Porównując klientów PKD oraz osoby zakażone HIV pod względem liczby partnerów seksualnych innych niż stały partner nie zauważa się zasadniczych różnic pomiędzy tymi kategoriami. Jedynie osoby deklarujące, że nie miały żadnych partnerów seksualnych innych niż stały partner w ostatnim roku nieznacznie różnicują (o 5,8 proc. mniej w przypadku zakażonych HIV) oraz osoby mające od 6-10 partnerów (o 2,7 proc. więcej w przypadku zakażonych). Można przyjąć, że wyniki dość znacząco ze sobą korespondują.

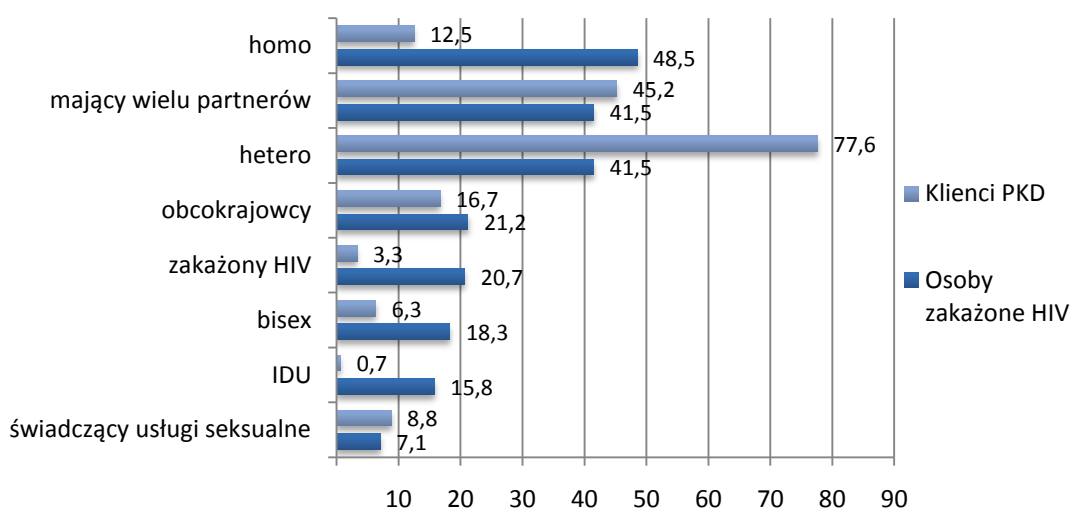
Wykres 26. Liczba partnerów seksualnych innych niż stały partner w ostatnim roku – porównanie osób zakażonych z populacją klientów PKD (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=1001, N=241)

Porównanie charakterystyki partnerów seksualnych osób zakażonych i ogółu klientów PKD wykazuje zasadnicze różnice w przypadku orientacji seksualnej partnerów osób badanych (nadreprezentacja osób homoseksualnych wśród partnerów osób zakażonych – o 36,5%). Osoby zakażone zauważalnie częściej podejmowały kontakty seksualne z: osobami przyjmującymi dożylnie narkotyki, osobami biseksualnymi, osobami zakażonymi, oraz obcokrajowcami.

Wykres 27. Partnerzy seksualni – charakterystyka. Porównanie osób zakażonych z populacją klientów PKD (w proc.)



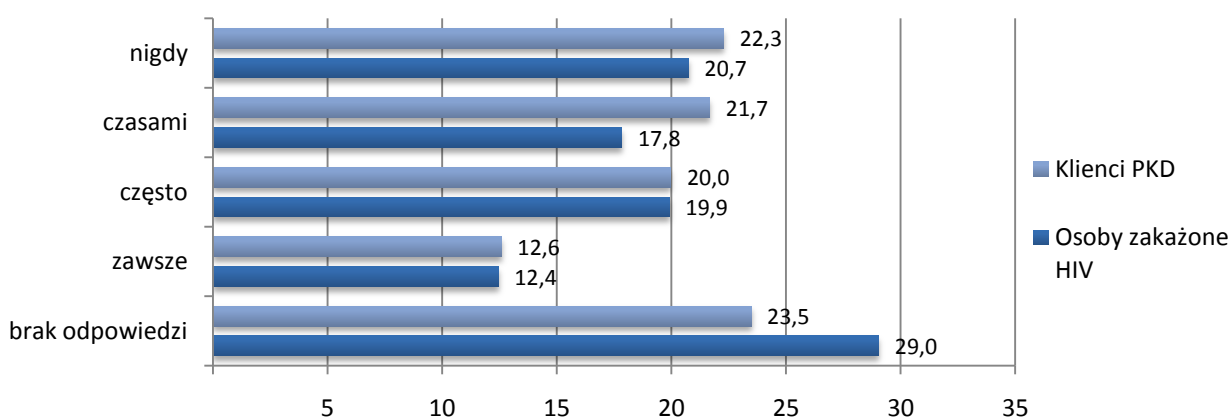
Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=1001, N=241)

Porównując dane dotyczące stosowania prezerwatywy w kontaktach ze stałym partnerem jak i z innymi partnerami w ostatnim roku nie zauważono zasadniczych różnic pomiędzy poszczególnymi

kategoriami (wykres 28. i 29.) Prezerwatywy są jednak stosowane częściej w kontaktach z partnerami innymi niż stały, w takich przypadkach zawsze stosuje je odpowiednio 22,1 proc. ogółu klientów PKD i 27,8 proc. zakażonych. Wśród osób zakażonych 12,4 proc. stosuje prezerwatywę podczas kontaktów seksualnych ze swoim stałym partnerem, co piąty (19,9 proc.) stosuje często, czasami 8,3 proc., a 5 proc. nigdy ich nie używa. Dwukrotnie zwiększa (27,8 proc.) się odsetek osób stosujących prezerwatywy w kontaktach seksualnych z innymi partnerami zawsze, często 25,3 proc., czasami 8,3 proc. zaś 5 proc. wcale.

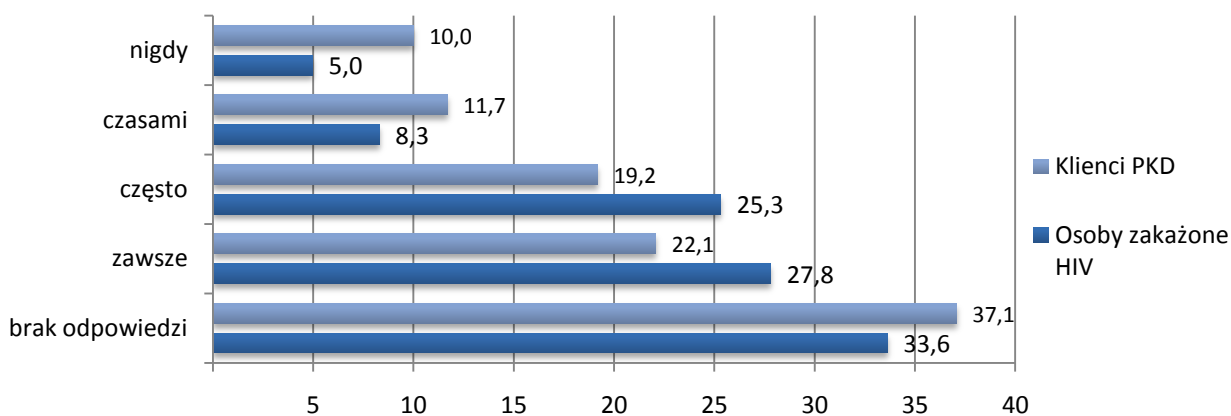
Prezerwatywy najczęściej stosuje się w kontaktach analnych, tak przyznaje 35,3 proc. badanych, 28,2 proc. w waginalnych. Przy czym jeden na dziesięciu badanych stwierdził, że zdarzyło mu się podczas kontaktów seksualnych uszkodzenie prezerwatywy.

Wykres 28. Stosowanie prezerwatywy w kontaktach ze stałym partnerem (ostatni rok) (w proc.).



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=1001, N=241)

Wykres 29. Stosowanie prezerwatywy w kontaktach z innymi partnerami (ostatni rok) (w proc.)

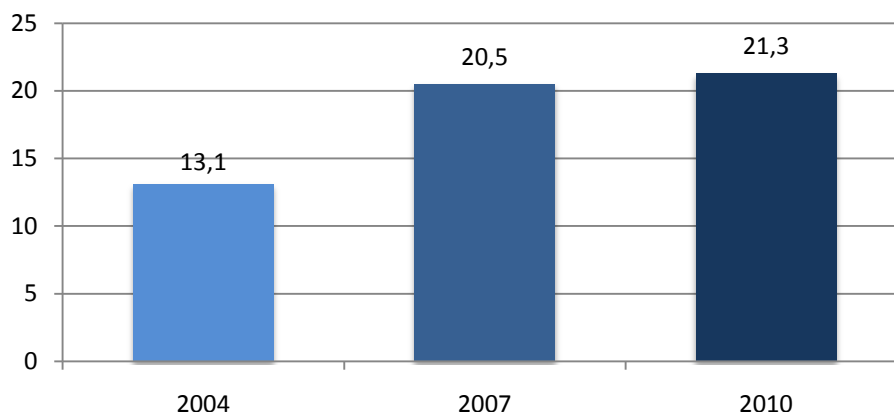


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=1001, N=241)

6. MĘŻCZYŹNI MAJĄCY SEKS Z MĘŻCZYZNAMI (MSM)

Analizując dane w okresie sześciu lat poczynawszy od 2004 roku, obserwuje się systematyczny wzrost odsetka mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), którzy są klientami PKD (wykres 30.). Szczególnie zauważalna jest dynamika (o 7,4 proc.) w przedziale czasowym 2004-2007, a obecnie wzrosła o następne 0,8 proc.

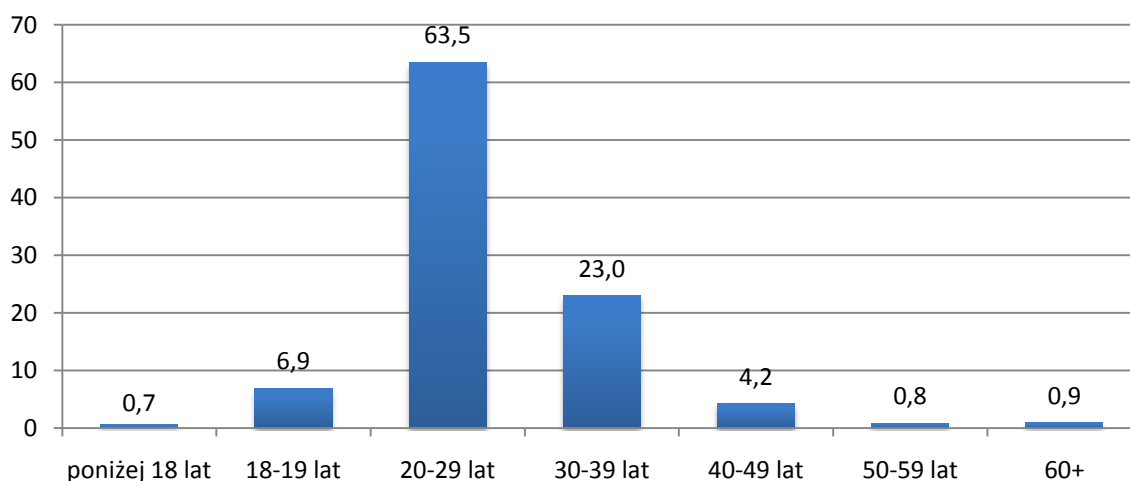
Wykres 30. Odsetek mężczyzn - klientów PKD, którzy mieli kontakty seksualne z mężczyznami (w proc.).



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910) oraz raportów OBOP

Na wykresie 31. zostały przedstawione rozkłady wieku MSM. Zdecydowana większość MSM to osoby w przedziale wieku 20-29 lat (ponad 60 proc.), a w następnych kohortach ten odsetek się systematycznie zmniejsza do 23 proc. (w przedziale 30-39 lat) i poniżej 5 proc. pośród osób w przedziale wieku 40 lat i więcej. Przy czym należy zaznaczyć, że MSM niemal nie występują w przedziałach poniżej 18. roku życia jak i powyżej 60 roku.

Wykres 31. Populacja MSM (rozkład według wieku w proc.)

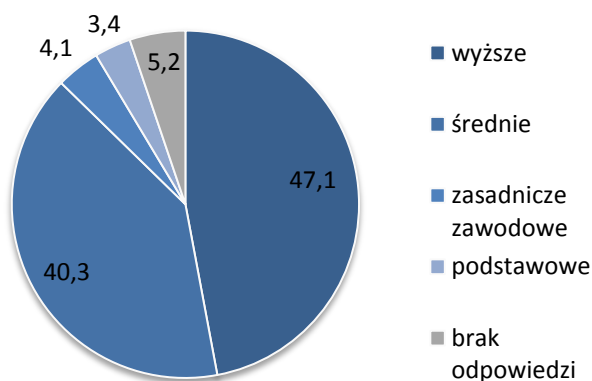


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910)

Wykształcenie jest zmienną różnicującą. MSM będący klientami PKD to generalnie osoby dobrze wykształcone: 47,1 proc. deklaruje, że posiada wyższe wykształcenie, 40,3 proc. zaś osoby z

zasadniczym zawodowym i podstawowym nie stanowią więcej niż po 5 proc. Wykształcenie jest powiązane z zawodami wykonywanymi przez MSM. Respondenci najczęściej wskazywali pracę jako tzw. „białe kołnierzyki”: bankowcy, ekonomiści, aktorzy, handlowcy, architekci, ale zdarzali się również fryzjerzy. W zdecydowanej większości są to osoby pracujące (65,4 proc.), a jeśli nie zajmują się pracą zarobkową, to przeważnie studiują (19,3 proc.). Określający swoją sytuację materialną jako: dobrą to 47,2 proc. a bardzo dobrą 11,7 proc.

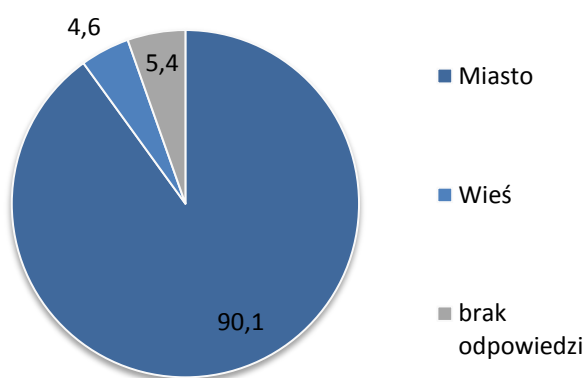
Wykres 32. Populacja MSM (rozkład według wykształcenia w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910)

Pod względem miejsca zamieszkania MSM będący klientami PKD to osoby zamieszkujące obszary miejskie – 90,1 proc (wykres 33). Również asymetryczne jest rozmieszczenie terytorialne pod względem województw, w których badani mieszkają: mazowieckie 49,6 proc., wielkopolskie 7,7 proc., pomorskie 7,3 proc. oraz dolnośląskie 6,3 proc. Trzeba podkreślić, że prawie co piąty badany nie wskazał swojego miejsca zamieszkania (17,7 proc.).

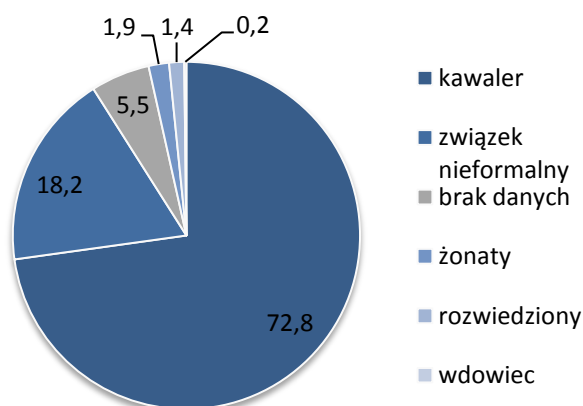
Wykres 33. Populacja MSM (rozkład według miejsca zamieszkania w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910)

Badani w większości są stanu wolnego 72,8 proc. lub są w związkach nieformalnych 18,2 proc. Inne formy statusu rodzinnego występują wśród MSM marginalnie.

Wykres 34. Populacja MSM (rozkład według statusu rodzinnego w proc.)



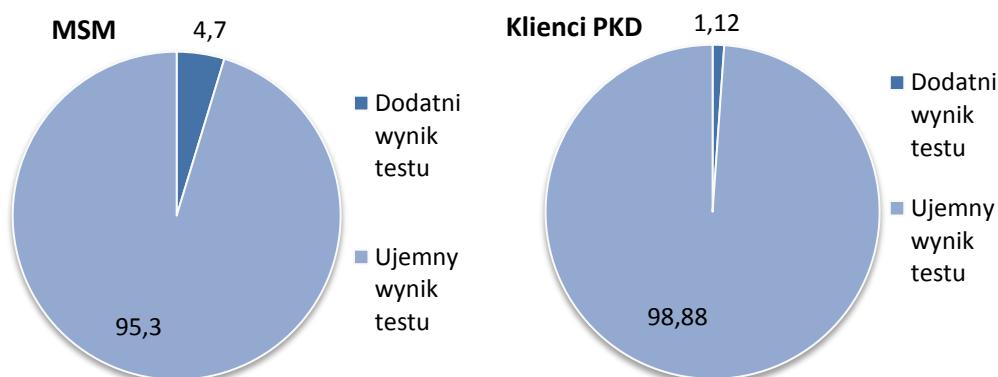
Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910)

Indagowani określili swój stan zdrowia zdecydowanie jako dobry 58,5 proc., co czwarty nawet jako bardzo dobry (24,5 proc.). MSM pytani, czy byli leczeni/diagnozowani szpitalnie w ciągu całego życia (dotyczy pobytu) wskazywali, że miało to miejsce 1-2 razy (42,3 proc.), od 3-5 razy – 11,9 proc. zaś wcale – 35,8 proc.

Porównanie odsetka wyników pozytywnych w całej populacji klientów PKD i w grupie MSM wykazuje różnicę – odsetek zakażonych wśród MSM jest wyższy i wynosi 4,7 proc.

Wykres 35. Odsetek wyników dodatnich w populacji MSM

Wykres 36. Odsetek wyników dodatnich w populacji klientów PKD

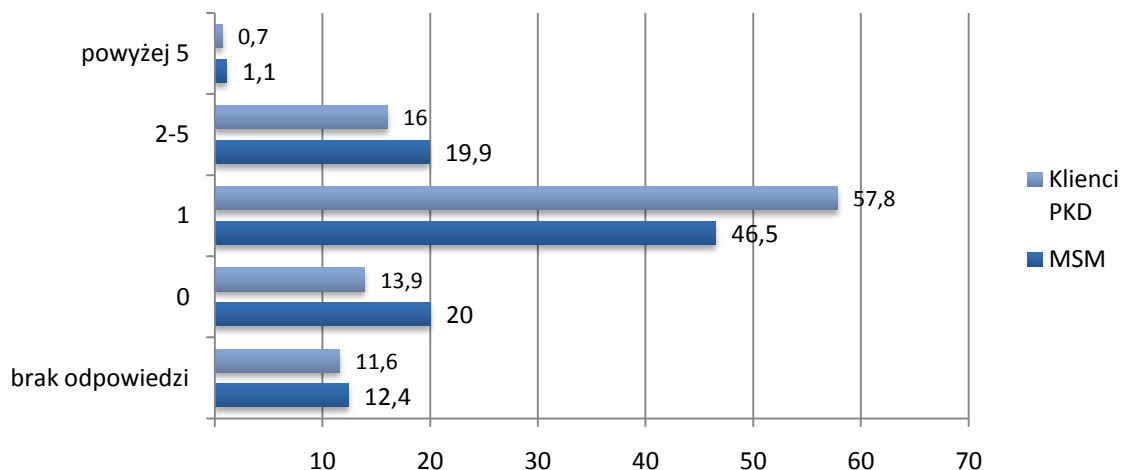


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

MSM najczęściej wskazują na następujące rodzaje kontaktów seksualnych, które uprawiają: oralne aktywne i pasywne po 85 proc., analne aktywne 77,7 proc., analne pasywne 70,7 proc. Porównując wszystkich klientów PKD i MSM, przeważają deklaracje posiadania jednego stałego

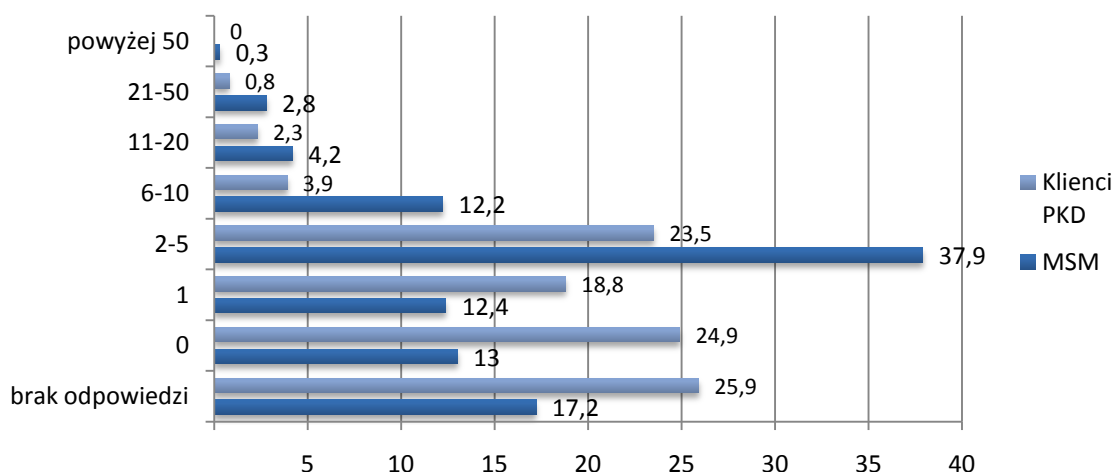
partnera(wykres 37.). Przy czym wśród MSM deklarujący, że mają stałych parterów w przedziale 2-5, odsetek jest większy o 3,3 proc. w stosunku do wszystkich klientów PKD.

Wykres 37. Stali partnerzy seksualni w ostatnim roku (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

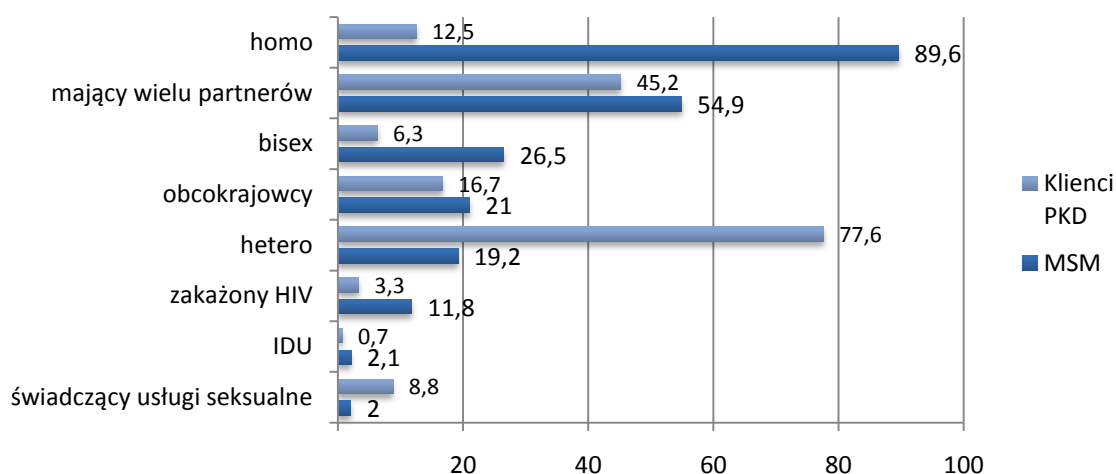
Wykres 38. Partnerzy seksualni inni niż stali partner w ostatnim roku (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

Porównując osoby deklarujące, że mają innych partnerów seksualnych poza stałymi, można zauważyć pewną zależność – podobnie jak w przypadku poprzedniego wykresu. Zdecydowanie większy jest odsetek MSM w stosunku do klientów PKD w liczbie partnerów, z którymi ankietowani utrzymują kontakty seksualne (w przedziale od 2 do 10 partnerów). Można przyjąć, że powyższe dane wskazują, że promiskuityzm jest zdecydowanym czynnikiem ryzyka wśród MSM. Także dobór partnerów seksualnych wśród MSM można uznać za istotną zmienną (wykres 39.).

Wykres 39. Charakterystyka partnerów seksualnych MSM i populacji klientów PKD (w proc.)

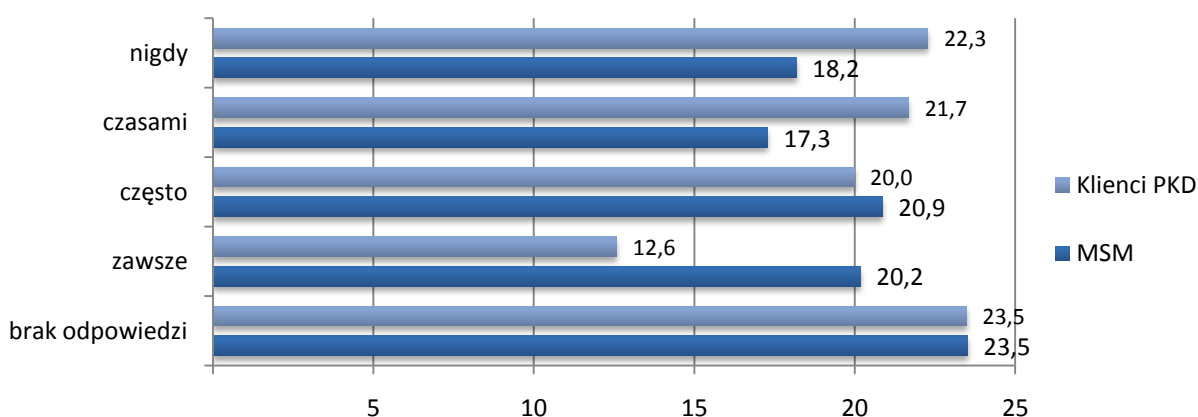


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

Wśród MSM poza kontaktami seksualnymi raczej nie wyróżnia się innych sytuacji ryzykownych jak na przykład: praca zawodowa, czy też przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (2,1 proc.). W przypadku wyboru partnerów seksualnych MSM częściej niż wszyscy klienci PKD wybierają osoby biseksualne (o ponad 20 proc.), czy też mające wielu partnerów (o prawie 10 proc.).

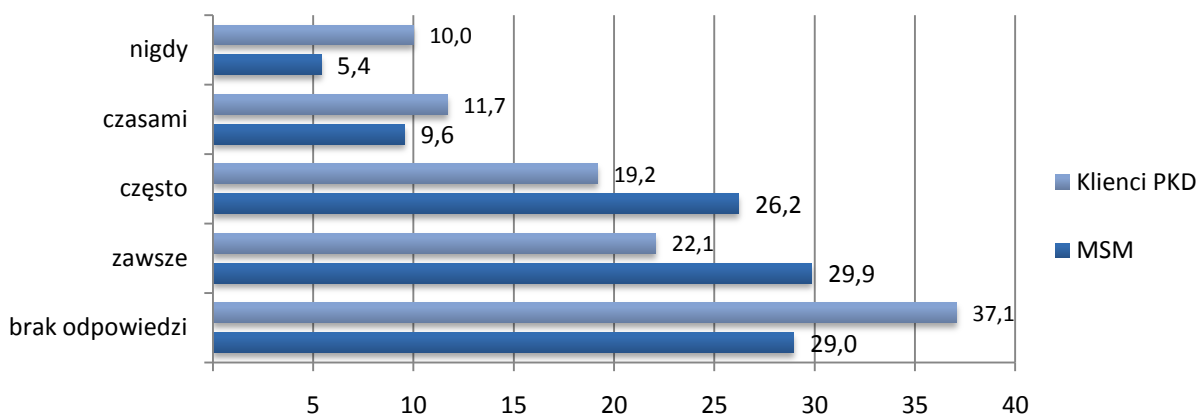
Prezerwatywy są stosowane przede wszystkim w kontaktach analnych: 60,3 proc. (w oralnych 9,9 proc.). Z analiz porównawczych wyłania się również obraz, że MSM częściej stosują prezerwatywy na tle wszystkich klientów PKD. W przypadku osób, które zawsze stosowały prezerwatywy w kontaktach ze stałym partnerem różnica wynosi 7,6 proc., i 7,8 proc. w kontaktach z innymi partnerami w ostatnim roku. Przy czym 11,1 proc. wskazuje na uszkodzenie prezerwatywy w trakcie kontaktów seksualnych.

Wykres 40. Stosowanie prezerwatywy w kontaktach ze stałym partnerem (w ostatnim roku w proc.)



Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

Wykres 41. Stosowanie prezerwatywy w kontaktach z innymi partnerami (w ostatnim roku w proc.)

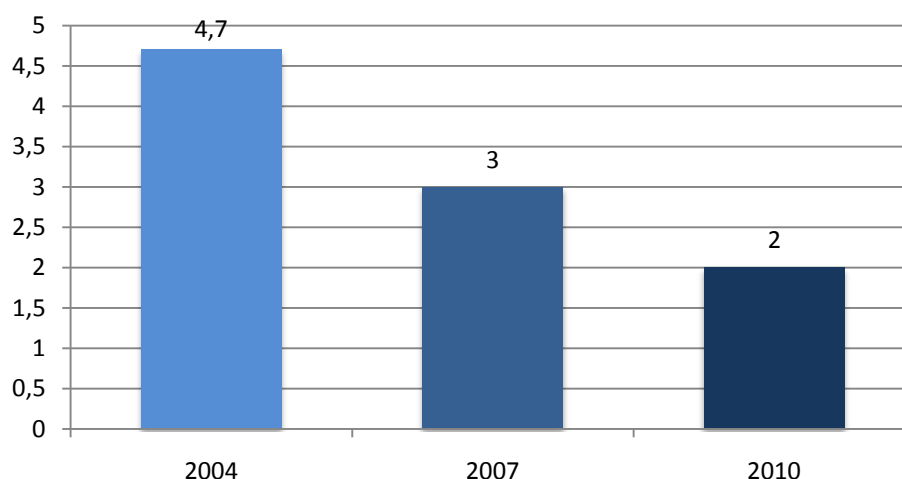


Źródło: Opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=2910, N=1001)

7. OSOBY PRZYJMUJĄCE ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE DROGĄ INIEKCJI (IDU)

Porównując dane z trzech interwałów czasowych (wykres 42.), okazuje się, że odsetek osób, które przyznały się do przyjmowania narkotyków dożylnie wynosi poniżej 5 proc. Warto odnotowania jest również, że ukazuje się spadkowa linia trendu dotycząca klientów PKD. W 2004 jako punkcie bazowym odnotowano 4,7 proc., zaś w następnych przedziałach czasowych wystąpił spadek rzędu 1,7 proc. w 2007 i 1 proc. pomiędzy rokiem 2007 i 2010.

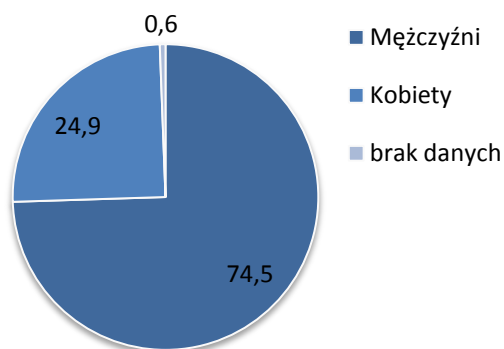
Wykres 42. Odsetek klientów PKD, którzy przyznali się do przyjmowania narkotyków dożylnie (w proc.)



Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. oraz raportów OBOP

Dane z roku 2010 wskazują wyraźnie, że płeć ankietowanych jest istotnym czynnikiem różnicującym, jeśli chodzi o zażywanie narkotyków. Osoby przyjmujące narkotyki dożylnie to w zdecydowanej większości mężczyźni 74,5 proc., zaledwie 24,9 proc. to kobiety.

Wykres 43. Populacja IDU (rozkład według płci w proc.)

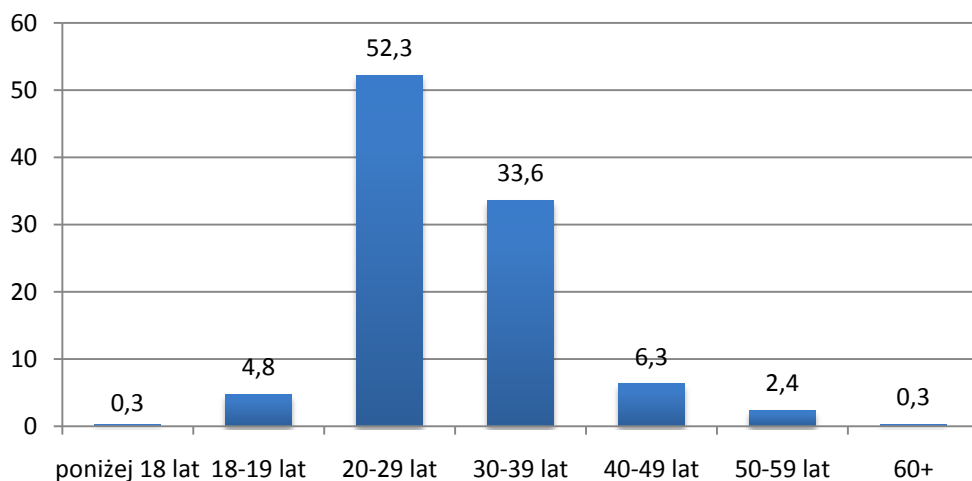


Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Analizując dane dotyczące rozkładu wieku IDU można zauważyć pewną tendencję (wykres 44.). Otóż IDU to przede wszystkim osoby w przedziale wieku 20-29 lat (to ponad połowa wszystkich zażywających narkotyki drogą iniekcji), a w następnych kohortach systematycznie zmniejsza się odsetek IDU. Duży spadek (o 18,7 proc.) – występuje w kolejnej kohorcie 30-39 lat, a największy, o

27,3 proc., w następnej, u osób w wieku 40-49 lat. U osób do osiemnastego, jak i powyżej sześćdziesiątego roku życia taka forma przyjmowania narkotyków nie jest praktykowana.

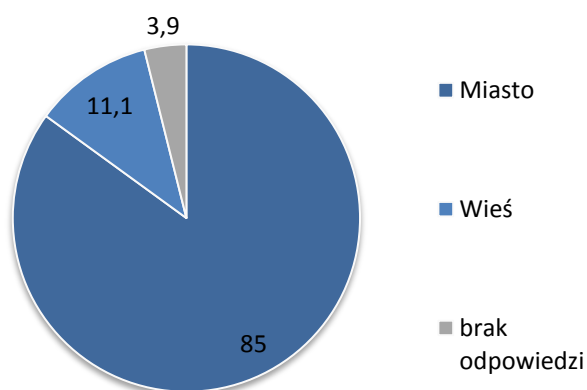
Wykres 44. Populacja IDU (rozkład według wieku w proc.)



Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Badani w większości nie wskazywali swojego zawodu (braki odpowiedzi 42,6 proc.). Jeśli pojawiały się informacje o zawodzie to w większości przypadków można przyjąć te należące do szeroko rozumianej branży usług, np. barmani, sprzedawcy, kucharze czy pracownicy biurowi. Warto odnotować, że co drugi badany był osobą bezrobotną (54,7 proc.). Przy czym studenci stanowili zaledwie 5,7 proc., a uczniowie szkół średnich 3 proc. Przyczyny braku pracy w grupie IDU są zdecydowanie odmienne niż w populacji wszystkich klientów PKD (jak wcześniej zostało wspomniane, w większości byli to studenci).

Wykres 45. Populacja IDU (rozkład według miejsca zamieszkania w proc.)

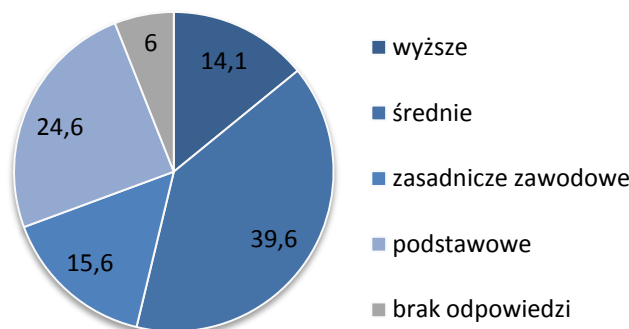


Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Z powyższego wykresu odczytujemy, że IDU zamieszkują obszary miejskie. Tak deklaruje 85 proc. badanych, a zaledwie jeden na dziesięciu mieszka w obszarach wiejskich. Przede wszystkim są to mieszkańcy województwa mazowieckiego 23,4 proc., śląskiego 21,6 proc. oraz dolnośląskiego 14,1

proc. z dwóch miast: Warszawy 21,3 proc. i Częstochowy 11,4 proc. IDU to w większości osoby legitymujące się średnim wykształceniem 39,6 proc., ale co ciekawe również posiadające zaledwie podstawowe wykształcenie 24,6 proc. (wykres 46.). Występuje również podobny odsetek osób z wykształceniem wyższym, jak i zasadniczym zawodowym.

Wykres 46. Populacja IDU (rozkład według wykształcenia w proc.)

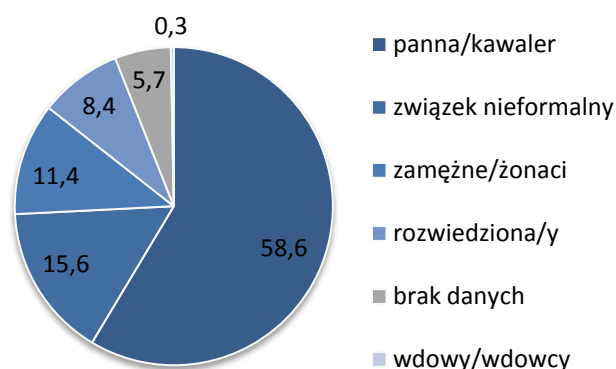


Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Należy również zauważyć, że na tle wszystkich klientów PKD w grupie IDU jest mniej osób z wyższym wykształceniem (o 30,2 proc.), natomiast więcej pośród osób z podstawowym (różnica o 19,4 proc.) oraz zasadniczym zawodowym wykształceniem (o 9,5 proc). W przypadku osób ze średnim wykształceniem wyniki ze sobą korespondują.

Status rodzinny IDU obrazuje wykres 47. IDU to przede wszystkim osoby stanu wolnego czyli kawalerowie bądź panny (58,6 proc.). Przy czym należy zaznaczyć, że w większości są to kawalerowie niż panny (por. rozkład płci, wykres 43). 15,6 proc. zaznacza, że żyje w związkach niezinstytucjonalizowanych, a 11,4 proc. jest obecnie zamężna lub żonata.

Wykres 47. Populacja IDU (rozkład według statusu rodzinnego w proc.)



Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Osoby z grupy IDU najczęściej określającą swoją sytuację materialną jako nienajlepszą: zadowolającą 39,3 proc., złą 23,4 proc. Odpowiedź „dobra” wskazało 22,5 proc., a „bardzo dobra” poniżej 5 proc. Nieznacznie lepiej wypada ocena własnego stanu zdrowia przez badanych: czterech na dziesięciu

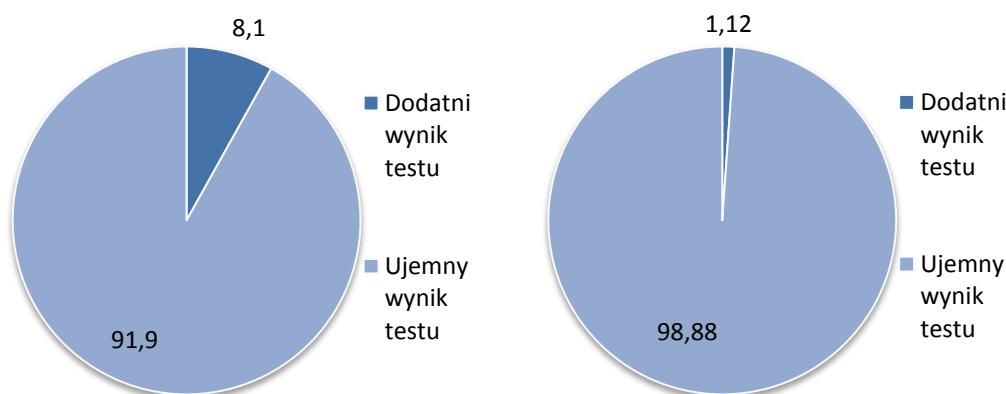
określa ją jako dobrą 43,2 proc., 30,6 proc. jako średnią, a 14,1 proc. jako bardzo dobrą. Tylko co piąty (20,1 proc.) respondent nie był leczony/diagnozowany szpitalnie w ciągu całego życia. 34,2 proc. wskazywało, że było leczone/diagnozowane 1-2-krotnie, prawie co piąty 3 i więcej razy.

Ponad połowa badanych (53,6 proc.) wykonywała test na obecność HIV w przeszłości. Zazwyczaj raz – tak deklarował co czwarty pytany (24,3 proc.), jeden na dziesięciu – dwa razy, trzy razy 5,4 proc., a więcej niż trzy poniżej 5 proc.

Porównanie odsetka dodatnich wyników testów w grupie IDU i wśród ogółu klientów PKD wykazuje różnicę w wysokości 6,98 pkt. proc. (wykres 48 i 49).

Wykres 48. Odsetek wyników dodatnich w populacji IDU

Wykres 49. Odsetek wyników dodatnich w populacji klientów PKD



Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333) oraz zestawień KC AIDS (N=25402)

27,6 proc. badanych deklaruje, że ich partner wykonał test w kierunku HIV.

Partnerzy seksualni IDU to przede wszystkim osoby heteroseksualne 88,9 proc. (poniżej 5 proc. to osoby o orientacji homo- i biseksualnej). Przeważają również osoby mające kontakty seksualne ze stałym parterem. 22,2 proc. deklarowało, że miało w ostatnim roku od 2 do 5 partnerów seksualnych.

Badani wskazują najczęściej następujące rodzaje kontaktów seksualnych: waginalne – prawie dziewięciu na dziesięciu, 57,4 proc., aktywne i pasywne kontakty oralne, 22,8 proc. analne aktywne, analne pasywne – jeden na dziesięciu. Indagowani deklarują, że stosują prezerwatywy: zawsze 10,2 proc., często 14,4 proc., czasami 20,7 proc., nigdy 12,6 proc. Prezerwatywy są stosowane przede wszystkim w waginalnych kontaktach seksualnych 50,8 proc. Co dziesiąty (12,3 proc.) uważał, że podczas kontaktów seksualnych doszło do uszkodzenia prezerwatywy. 67,3 proc. dopuszcza się kontaktów seksualnych pod wpływem: narkotyków, 63,7 proc. – alkoholu.

Tabela 10. Częstotliwość zażywania narkotyków przez IDU

Jak często zażywa Pan(i) narkotyki	Odsetek
Nigdy	4,5
Czasami	19,8
Często	9,3
Uzależnienie	60,7
Brak odpowiedzi	5,7

Źródło: opracowanie własne IBC GROUP na podstawie danych z ankiety PKD z 2010 r. (N=333)

Z odpowiedzi badanych wynika, że częstotliwość zażywania narkotyków jest warunkowana uzależnieniem od nich, taką odpowiedź wskazała ponad połowa badanych (tabela 10). Wśród narkotyków przyjmowanych w iniekcji najczęściej wskazywana jest heroina 24 proc., amfetamina 9,3 proc., kompot 5,4 proc. Ze wspólnych strzykawek/igieł korzysta 44,1 proc. badanych. 38,7 proc. respondentów IDU posiada tatuaż, 28,5 proc. piercing. Transfuzję krwi miało w przeszłości 6 proc. Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C występuje u co piątego badanego.

8. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

- » Rośnie ogólna liczba klientów PKD oraz wyników dodatnich. W latach 2009-2010 liczba wyników dodatnich spadła z 321 do 285.
- » W ostatnich latach odsetek wyników dodatnich wśród klientów PKD nieznacznie rośnie, w latach 2009 i 2010 utrzymał się na stałym poziomie 1,22%
- » Najwięcej klientów mają PKD w Warszawie i Wrocławiu, gdzie działają odpowiednio: 3 i 2 punkty. Łączna liczba klientów w Warszawie wyniosła 8672, we Wrocławiu – 3566.
- » Najwyższy odsetek wyników dodatnich, podobnie jak w ostatnich latach, zanotowano w PKD w Chorzowie – 2,63%.
- » W porównaniu ze strukturą ogólnopolską wśród klientów PKD przeważają: mężczyźni, ludzie młodzi (zdecydowana większość w przedziale 20-39 lat), mieszkańcy miast, osoby z wyższym i średnim wykształceniem.
- » Przeważająca większość kobiet – klientek PKD to osoby heteroseksualne. Wśród mężczyzn jest 13,8% homoseksualistów i 9,8% biseksualistów.
- » W porównaniu z poprzednimi latami zwiększa się odsetek osób, które już wykonywały test w przeszłości.
- » Prawie połowa (45,2%) klientów PKD utrzymuje kontakty seksualne z osobami mającymi wielu partnerów, 16,7% z obcokrajowcami, 12,5% z osobami homoseksualnymi, 3,3% z zakażonymi HIV.
- » Wśród osób zakażonych zdecydowaną większość stanowią mężczyźni (85,3%), zaś wśród mężczyzn ponad połowa to osoby homoseksualne.
- » Prawdopodobna droga zakażenia to w przypadku połowy osób z wynikiem dodatnim kontakty MSM, seks heteroseksualny to 23,9%, IDU – 15,8%.
- » Liczne braki danych w zestawieniach PZH dotyczące prawdopodobnej drogi zakażenia utrudniają analizę i porównania tej zmiennej.
- » W latach 2004-2010 odsetek MSM wśród populacji mężczyzn-klientów PKD wzrósł 13,1% do 21,3%.
- » Odsetek zakażonych w populacji MSM wyniósł 4,7%
- » Odsetek klientów PKD, którzy przyznali się do przyjmowania narkotyków dożylnie, spadł w latach 2004-2010 z 4,7% do 2%.
- » Trzy czwarte populacji IDU to mężczyźni.
- » Odsetek zakażonych w populacji IDU wyniósł 8,1%.