

Analiza ankiet wypełnianych w Punktach Konsultacyjno- Diagnostycznych w roku 2011



Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Metodologia	4
3. Sytuacja epidemiologiczna według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH	5
4. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób zgłaszających się do PKD	7
5. Charakterystyka osób zgłaszających się do PKD z uwzględnieniem czynników sprzyjających zakażeniu	11
6. Charakterystyka osób z wynikiem dodatnim	16
7. Charakterystyka kobiet z wynikiem dodatnim	24
8. Charakterystyka demograficzna osób IDU	30
9. Charakterystyka mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami	37

1. Wprowadzenie

W 1981 roku w Los Angeles u trzech pacjentów zdiagnozowano zaburzenia odporności komórkowej. Rok później choroba otrzymuje nazwę „acquired immune deficiency syndrome”, AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności). W Polsce pierwszy przypadek zakażenia HIV zanotowano w 1986 roku.

Krajowe Centrum ds. AIDS jest agendą działającą w imieniu Ministra Zdrowia od 1993 r. Jego misją jest koordynowanie zadań mających na celu zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS. Jednym z narzędzi wspierających realizację tego celu było stworzenie i wspieranie w bieżącej działalności Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych.

Analiza danych z ankiet wypełnionych przez osoby testujące się w kierunku HIV w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych pozwala na lepsze opisanie profilu społeczno-demograficznego tych osób, a tym samym skuteczniejsze docieranie z informacją i prewencją do grup podwyższonego ryzyka; jak również lepsze kształtowanie pomocy (w tym medycznej, psychologicznej, socjalnej) dla osób z pozytywnym wynikiem.

Informacje z PKD porównywano do ogólnej populacji mieszkańców Polski korzystając z danych Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny, innych badań realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, jak również z danych posiadanych przez TNS Polska.

W raporcie przedstawiono analizę danych pochodzących z ankiet / kwestionariuszy wywiadu przekazanych do Krajowe Centrum ds. AIDS przez Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne (ankiet nie przekazał punkt z Puław i Bydgoszczy) w tym:

- charakterystykę społeczno-demograficzną osób zgłaszających się do PKD (i jej porównanie do generalnej populacji);
- opis badanej populacji z uwzględnieniem czynników sprzyjających zakażeniu;
- analizę związków między cechami społeczno-demograficznymi, zachowań, sytuacji wiążącymi się z ryzykiem zakażenia HIV;
- pogłębioną analizę osób z wynikiem dodatnim (charakterystyka społeczno-demograficznych oraz zachowań osób zakażonych, porównanie jej do generalnej populacji badających się w PKD oraz mieszkańców Polski, analiza zakażonych kobiet);
- analizę mężczyzn homoseksualnych / deklarujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Analizy i opracowania ankiet z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych dokonała Katarzyna Furman-Kwiatkowska, Jędrzej Ochremiak i Konrad Kuźma z TNS Polska.

2. Metodologia

Analizie (statystycznej i socjologicznej) poddano informacje zebrane przez Punkty Konsultacyjno Diagnostyczne od osób zgłaszających się do PKD w 2011. Wyniki analiz zaprezentowano w rozdziałach 4-8.

2.1. Przygotowanie zbioru danych

Analizowane dane pochodzą z:

- arkusza oceny uzupełnionego przez pracownika PKD po przeprowadzeniu wystandaryzowanego wywiadu z każdą osobą zgłaszającą się do punktu;
- ankiety dobrowolnie i samodzielnie wypełnianej przez testującego się.

Przed przystąpieniem do analiz nastąpiło: wylosowanie, wybranie ankiet i ich wprowadzenie do elektronicznego zbioru według następujących kroków:

- połączenie arkusza wywiadu i ankiety;
- ułożenie i posortowanie zestawów ankiet (według PKD, chronologicznie w czasie);
- proporcjonalne losowanie proste 1500 zestawów (w warstwach: PKD, kwartał);
- wyszukanie i wybranie z pozostałych zestawów wszystkich z wynikiem dodatnim (również nieoznaczonym);
- wyszukanie i wybranie z pozostałych zestawów wszystkich zestawów mężczyzn posiadających kontakty seksualne z mężczyznami;
- wyszukanie i wybranie z pozostałych zestawów wszystkich , w których

powodem zlecenia testu była IDU (w tym dożylnego używania środków psychoaktywnych);

2.2. Kontrola logiczna danych

Sprawdzenie kompletności informacji oraz ich logiczności w arkuszu wywiadu oraz ankiecie.

Między innymi weryfikacja zgodności i związków między zmiennymi:

- płeć i wiek w arkuszu oceny oraz ankiecie;
- ciąża jako powód testu i płeć;
- płeć i kontakty seksualne;
- deklaracja braku kontaktu seksualnych z rodzajem kontaktów seksualnych, charakterem i liczbą partnerów seksualnych, stosowaniem prezerwatywy;
- posiadanie partnera seksualnego a liczba partnerów i wykonywanie testu na HIV przez partnera;
- liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku i całego życia;
- stosownie prezerwatywy ogółem i w poszczególnych typach kontaktów;
- seks pod wpływem narkotyków a stosowanie narkotyków ogółem;

W arkuszach wywiadu i ankietach pozostawiono kategorię „odmów odpowiedzi, brak danych” jako odrębną ze względu na skalę tego zjawiska.

3. Sytuacja epidemiologiczna według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2011 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych) stwierdzono zakażenie HIV u 15.196 obywateli Polski, ogółem odnotowano 2.704 zachorowania na AIDS, a 1.136 chorych zmarło.

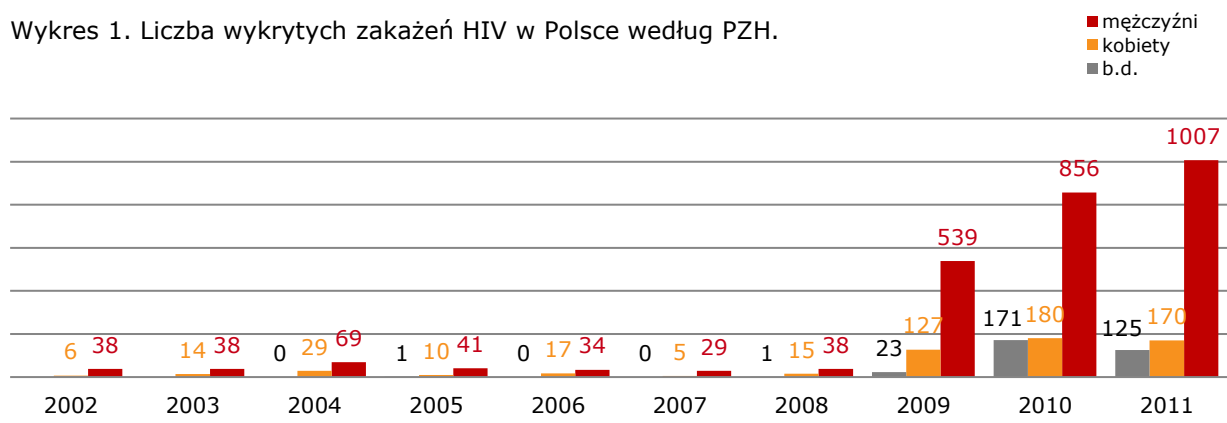
Szacuje się jednak, że w Polsce obecnie żyje od 30 do 35 tys. osób zakażonych i chorych na HIV (z czego ¼ przypadków stanowią kobiety).

W 2011 roku, do końca grudnia, zarejestrowano 1302 nowych zakażeń na HIV oraz 264 zachorowania na AIDS, 82 osoby chore na AIDS zmarły.

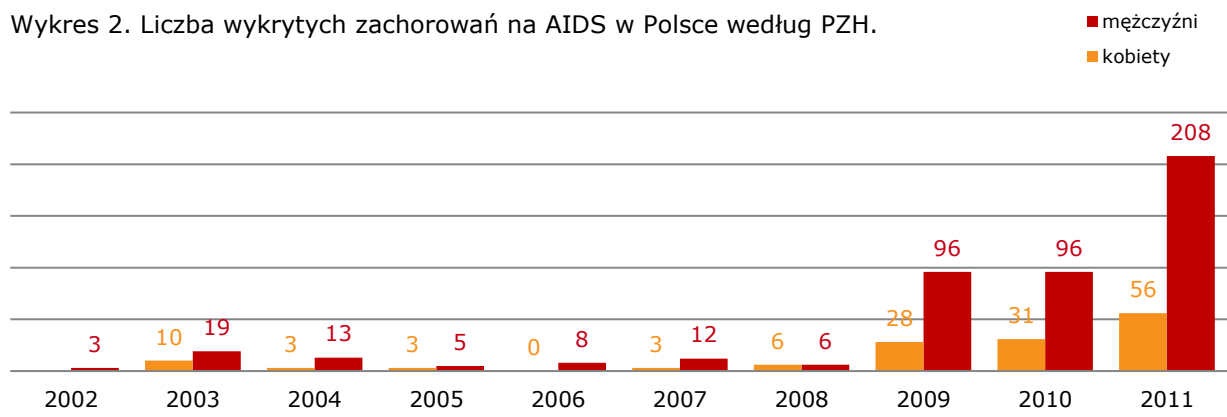
946 przypadków zakażeń HIV rozpoznano w roku 2011. Pozostałe przypadki w roku 2010 - 318 przypadków, w 2009 - 26, w 2008 - 8 i jeden przypadek w roku 2004.

Wśród zgłoszonych w 2011 roku 264 zachorowań na AIDS, 138 przypadków rozpoznano w roku 2011. Pozostałe zgłoszenia dotyczyły osób, u których AIDS rozpoznano w latach wcześniejszych: 2010 r. - 81 przypadków, 2009 r. - 20 przypadków, 2008 r. - 16 przypadków, 2007 r. - 4 przypadki oraz po jednym przypadku w latach: 2003, 2001, 2000 1996, 1990.

Wykres 1. Liczba wykrytych zakażeń HIV w Polsce według PZH.



Wykres 2. Liczba wykrytych zachorowań na AIDS w Polsce według PZH.



(ze względu na opóźnienia w przepływie informacji cyklicznie prowadzona weryfikacja obejmuje wykluczenie powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku oraz ustalenie spełnienia kryteriów definicji stosowanej do celów nadzoru epidemiologicznego).

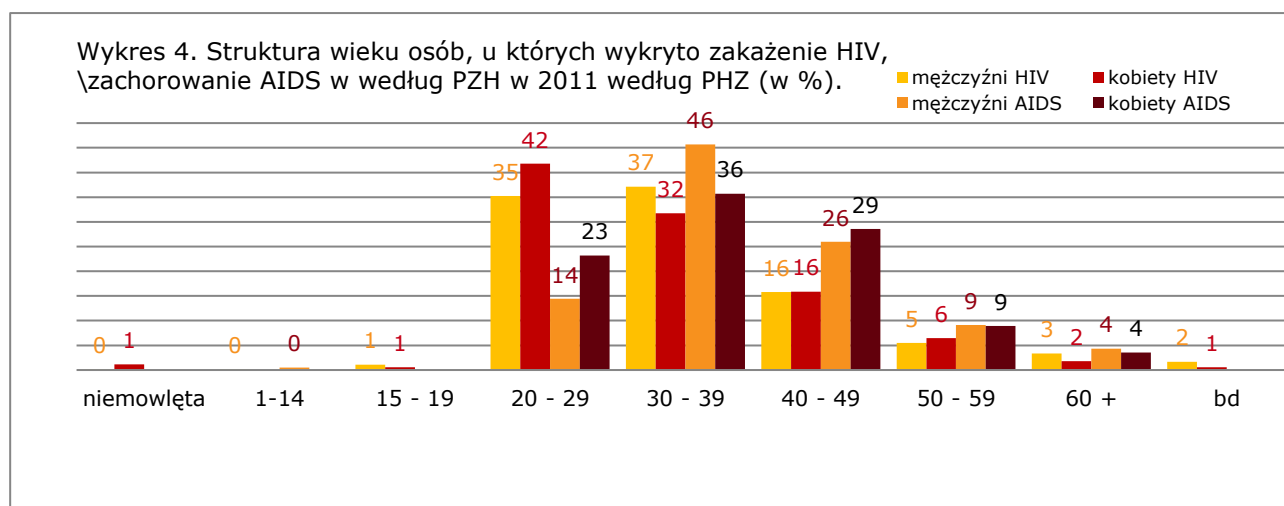
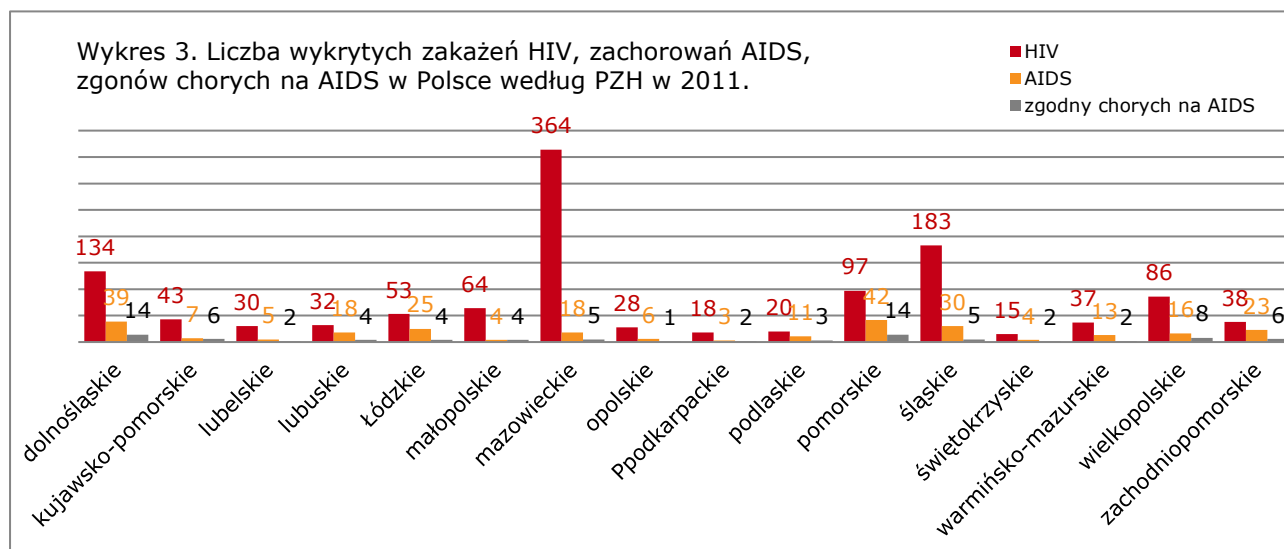
W prawie połowie ogółu zgłoszeń z lat 1985-2011 (44,8%), nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia (w 6.812 przypadkach zakażenia HIV).

Sumarycznie najwięcej osób zakażyło się HIV w wyniku iniekcji narkotyków i środków psychoaktywnych (5.875 osób). Na przestrzeni lat obserwowany jest jednak znaczący spadek zakażeń tą drogą (np. w 2011 w PKD stanowiły jedynie 11% wśród wykrytych przypadków) na rzecz wzrostu zakażeń przenoszonych drogą

płciową (zarówno w kontaktach heteroseksualnych, choć częściej homoseksualnych). Dotychczas 996 osób zakażyło się przez poprzez kontakt heteroseksualny, 1.281 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami.

Zdecydowanie najwięcej zakażeń HIV wykrywa się w województwie mazowieckim (364 przypadków w 2011 r., 28%).

Największą wykrywalność zakażeń i zachorowań HIV/AIDS odnotowuje się w grupie wiekowej 20-39 lat (stanowią 73% przypadków wszystkich zakażeń, 60% - zachorowań).

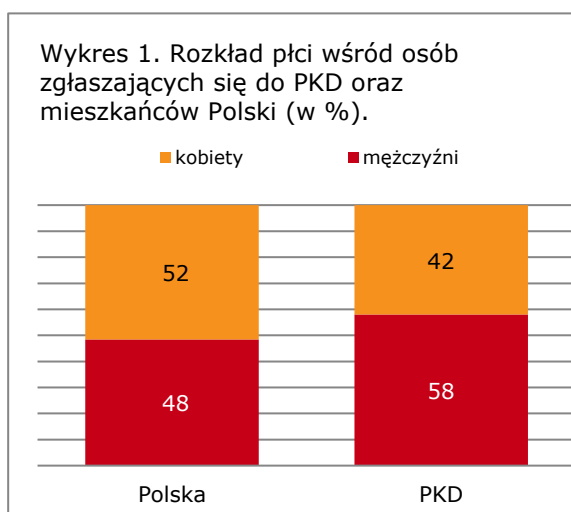


4. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób zgłaszających się do PKD

W 2011 roku do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych w celu wykonania testu HIV zgłosiło się 30 813 osób (prawie 5,5 tys. więcej niż w roku poprzednim).

4.1. płeć

58% osób zgłaszających się w 2011 do PKD w celu wykonania testu stanowili mężczyźni (to o 10% więcej niż w generalnej populacji, gdzie ich udział według GUS wynosi 48%).



4.2. wiek

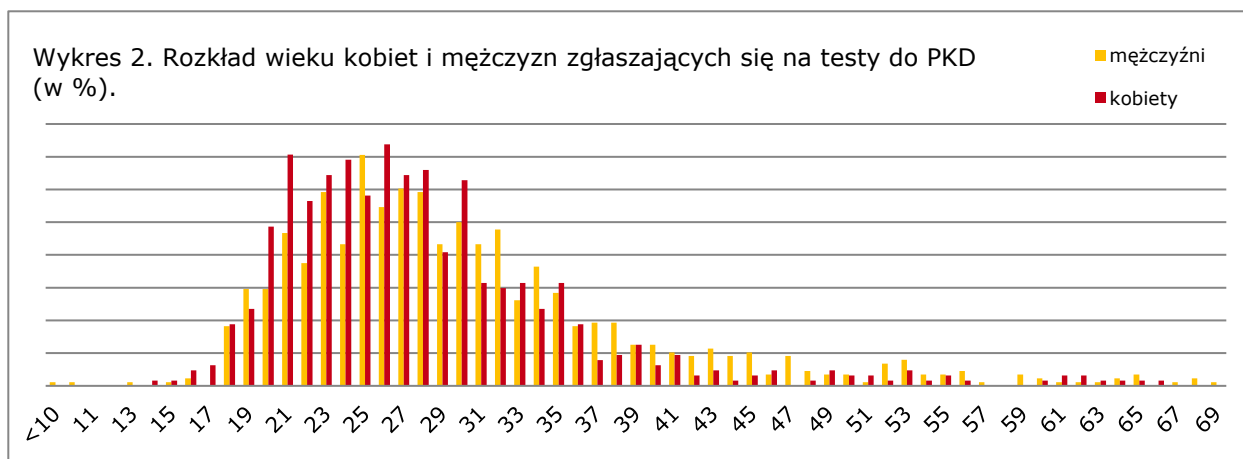
Do PKD zgłaszają się przede wszystkim osoby między 20 a 40 rokiem życia (80% wszystkich testujących się).

Przeciętny wiek zgłaszających się to 29 lat, ale najliczniejszą grupę stanowią 26cio latkowie.

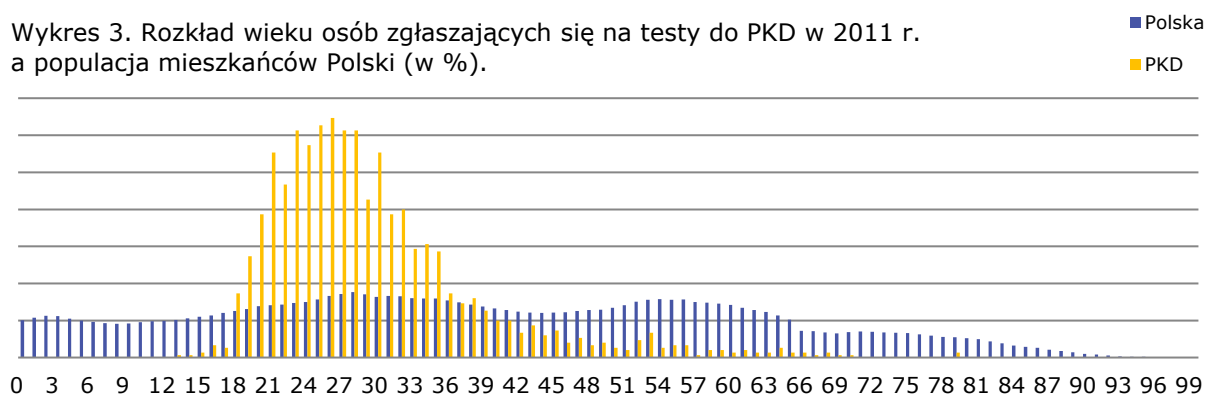
W wylosowanej populacji najmłodsza osoba, która zgłosiła się w 2011 roku na testy do PKD miała 6 lat, najstarsza 79.

Struktura wieku kobiet i mężczyzn testujących się w PKD jest do siebie zbliżona (Wykres 2). W grupie poniżej 20 roku życia nieznacznie (różnice nie przekraczają 3%) przeważają mężczyźni, zaś w grupie 20-39 kobiety.

Natomiast rozkład wieku osób zgłaszających się do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych znacznie odbiega od krzywej wieku mieszkańców Polski (Wykres 3). Największa zgodność struktur obserwowana jest w grupie wiekowej 36-40 lat, natomiast 20to latkowie są znacznie nadreprezentowani w PKD.



Wykres 3. Rozkład wieku osób zgłaszających się na testy do PKD w 2011 r. a populacja mieszkańców Polski (w %).



4.3. miejsce zamieszkania

Rozproszenie terytorialne Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych znacznie ułatwia chętnym wykonanie testu. Część osób jednak nie decyduje się na najbliższy PKD, prawdopodobnie chcąc wzmocnić swe poczucie bezpieczeństwa i anonimowości i wybiera się do punktu poza swym województwem zamieszkania. Z tego względu analiza danych przekazywanych przez punkty powinna być związana nie z geografą danego punktu, ale z miejscem zamieszkania osoby testującej się.

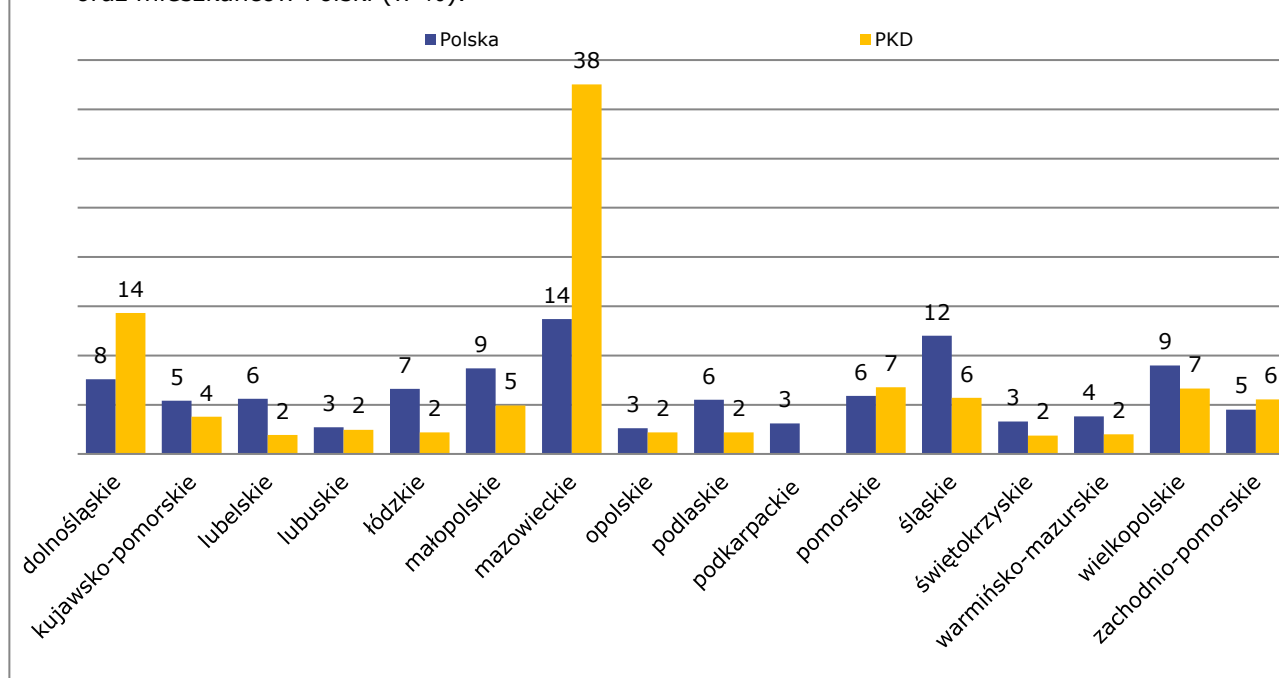
Co trzecia osoba przychodząca wykonać test do PKD mieszka w województwie mazowieckim.

Najmniej chętnie testują się mieszkańcy województwa świętokrzyskiego, lubelskiego i warmińsko mazurskiego.

3% testujących się mieszka obecnie poza granicami Polski, a 1% posiada inne obywatelstwo niż polskie.

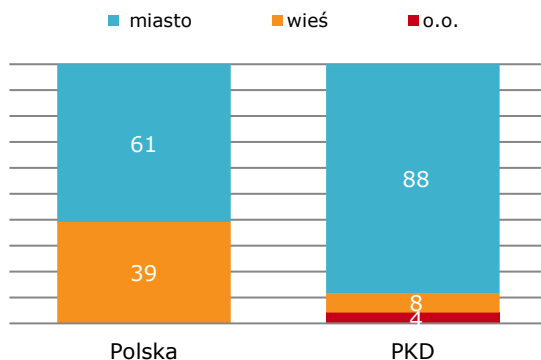
Porównując strukturę miejsca zamieszkania osób testujących się w PKD i ogólnopolską, widoczna jest nadreprezentacja mieszkańców województwa mazowieckiego i dolnośląskiego, a niedoreprezentowane jest województwo łódzkie. W wylosowanych ankietach brakuje przedstawicieli województwa podkarpackiego (nie dostarczono ankiet).

Wykres 4. Struktura miejsca zamieszkania osób zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) oraz mieszkańców Polski (w %).



Testujący się to przede wszystkim mieszkańcy miast (88%). Struktura ta znacznie odbiega od ogólnopolskiej. Na taki efekt ma wpływ zarówno dostępność PKD, jak również świadomość zagrożenia zakażeniem i skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych.

Wykres 5. Miejsce zamieszkania osób zgłaszających się do PKD oraz mieszkańców Polski.



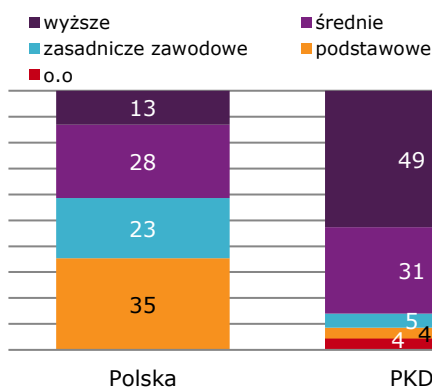
4.4. sytuacja / stan cywilny

Ponad połowa (57%) testujących się w PKD to osoby stanu wolnego. W grupie tej nieznacznie częściej spotkać można mężczyzn.

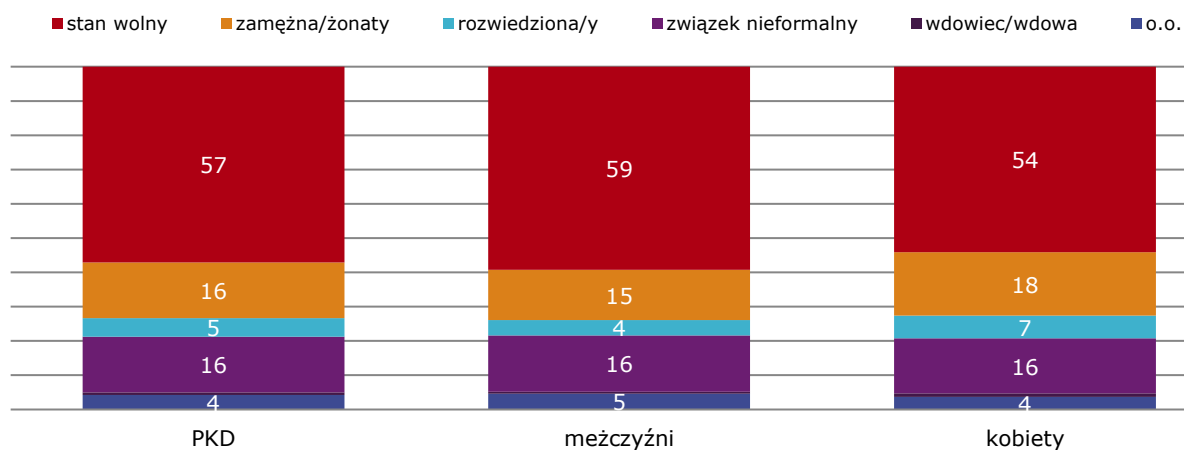
4.5. wykształcenie

Praktycznie co druga osoba, która zgłasza się w celu wykonania testu w PKD ma wykształcenie wyższe, zaś 31% wykształcenie średnie. To kolejna cecha społeczno-demograficzna, która wskazuje na odmiennność testującej się grupy od generalnej populacji Polaków.

Wykres 7. Wykształcenie osób zgłaszających się do PKD oraz mieszkańców Polski.



Wykres 6. Stan cywilny osób zgłaszających się do PKD ogółem i ze względu na płeć.



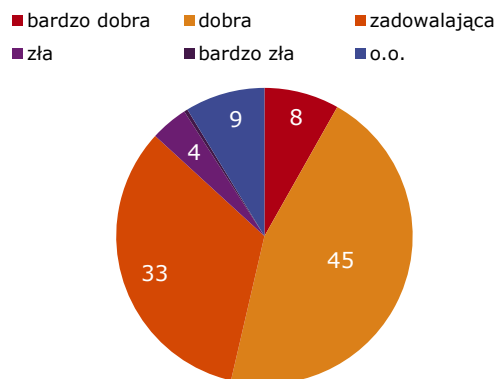
4.6. sytuacja zawodowa

60% zgłaszających się do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych pracuje zawodowo. Wśród nich znajdują się zarówno pracownicy umysłowi, jak i fizyczni; kadra zarządzania i wykwalifikowani specjaliści, jak również osoby, których zawód nie wymaga specjalistycznych kwalifikacji.

4.7. subiektywna ocena sytuacji materialnej

53% osób zgłaszających się do PKD ocenia swą sytuację materialną jako bardzo dobrą bądź dobrą. Taka percepcja jest zdecydowanie lepsza niż wśród mieszkańców Polski w wieku 15+, gdzie analogiczne odczucia ma 21% (badanie reprezentatywne dla 15+, listopad 2011, n=1000, TNS Polska).

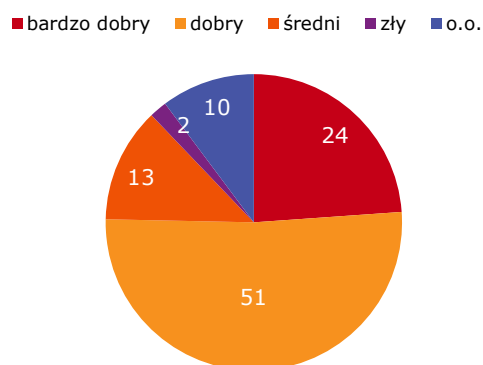
Wykres 8. Subiektywna ocena sytuacji materialnej osób zgłaszających się do PKD (w %).



4.8. subiektywna ocena sytuacji stanu zdrowia

Co druga osoba przychodząca do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych określiła swój stan zdrowia jako dobry, a jedna czwarta jako bardzo dobry. Tylko według 2% testujących się ich stan zdrowia jest zły.

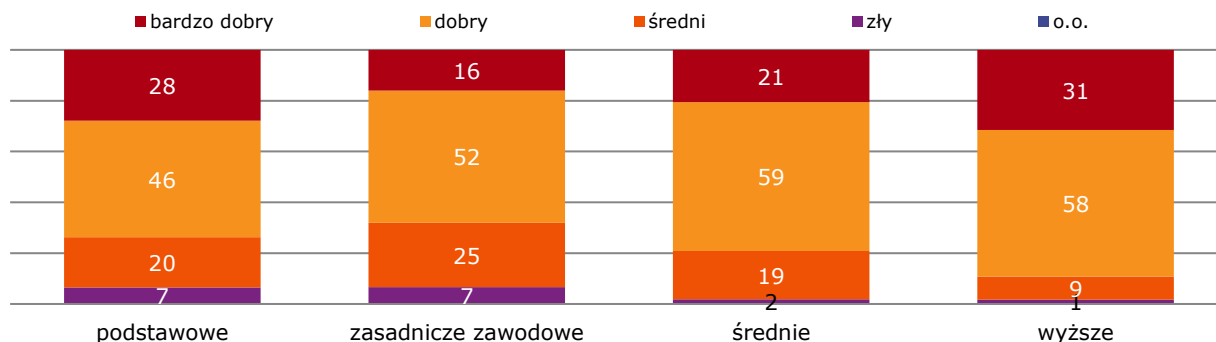
Wykres 9. Subiektywna ocena zdrowia osób zgłaszających się do PKD (w %).



Ocena swego zdrowia wśród kobiet i mężczyzn jest podobna. Ale już mieszkańcy miast lepiej oceniają swój stan zdrowia niż mieszkańcy wsi.

Kondycja zdrowotna i jego ocena jest skorelowana z poziomem wykształcenia. Im wyższe wykształcenie tym lepiej oceniany jest stan zdrowia.

Wykres 10. Subiektywna ocena zdrowia osób zgłaszających się do PKD ogółem i ze względu na poziom wykształcenia (w %).



5. Charakterystyka osób zgłaszających się do PKD z uwzględnieniem czynników sprzyjających zakażeniu

Niestety nadal powszechnie funkcjonuje świadomość istnienia grup ryzyka, gdzie do osób szczególnie narażonych na zakażenie zalicza się narkomanów, osoby o orientacji homoseksualnej czy też prostytutki.

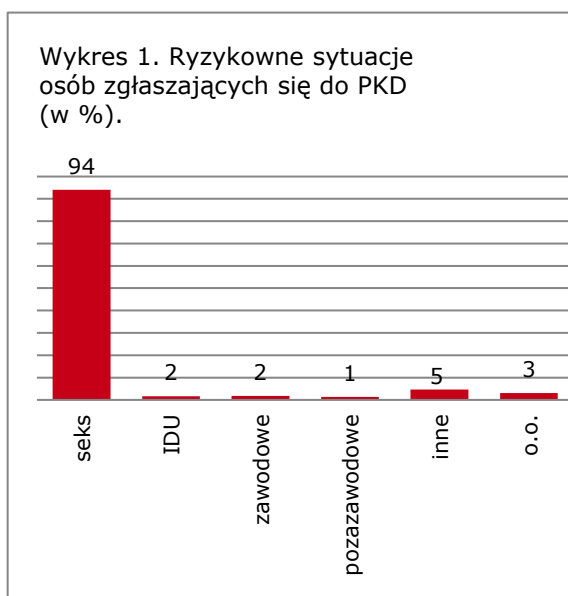
Faktycznie jednak na ryzyko zakażenia HIV narażona jest każda osoba.

Istnieją trzy drogi przenoszenia zakażenia HIV:

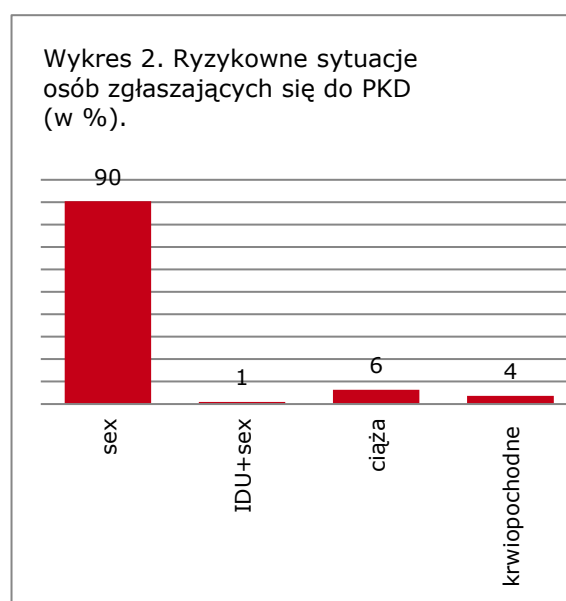
- poprzez krew
- poprzez kontakty seksualne
- oraz z zakażonej matki na dziecko.

5.1. ryzykowne sytuacje w ocenie doradcy PKD

Według pracowników (doradców) dla 94% zgłaszających się do PKD sytuacja ryzykowna jest związana z ich aktywnością seksualną. Tylko 2% badanych narażonych jest bardziej na zakażenie ze względu na przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (IDU).



Ostatecznie test zlecono 98% zgłaszającym się uzasadniając w 90% przypadków jego wykonanie ryzykiem związanym z aktywnością seksualną. 6% wykonanych testów wykonano kobietom w ciąży.



5.2. czynniki ryzyka związanego z aktywnością seksualną

Ryzyko zakażenia HIV dotyczy wszystkich osób niezależnie od ich orientacji seksualnej, czy też typu kontaktów seksualnych.

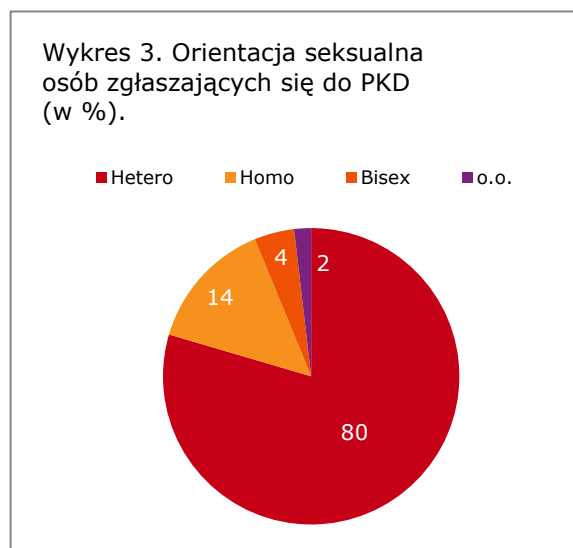
Praktyka jednak dowiodła, że w kontaktach heteroseksualnych istnieje wyższe prawdopodobieństwo zakażenia się HIV przez kobiety niż przez mężczyzn.

W kontaktach hetero- i homoseksualnych ryzyko zakażenia HIV zwiększa się wraz z liczbą nowych

partnerów seksualnych, kontaktów przygodnych, bez zabezpieczeń.

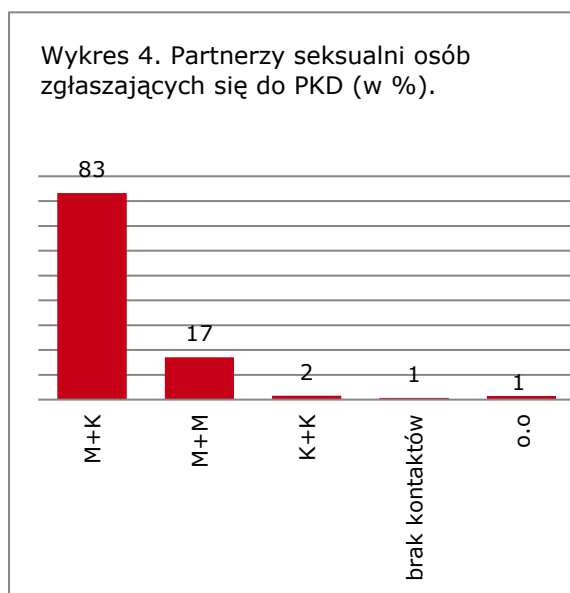
5.3. orientacja seksualna

80% badających się w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych to osoby heteroseksualne. 14% deklaruje swą orientację jako homoseksualną, zaś 4% jako biseksualną.



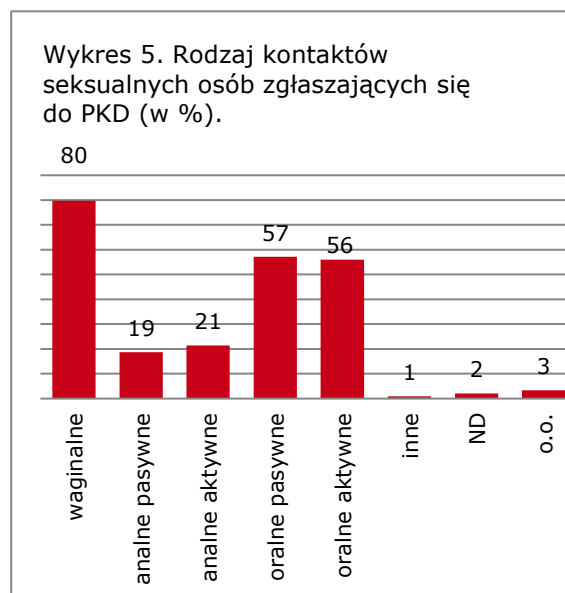
5.4. partnerzy seksualni

Orientacja seksualna w znacznym stopniu determinuje płciowość partnera badanych. Stąd największy odsetek osób zgłaszających się do punktów miało doświadczenia seksualne M+K (79%).



5.5. rodzaj kontaktów seksualnych

Osoby zgłaszające się do PKD preferują kontakty waginalne (80%). Częściej niż co druga osoba miała doświadczenia oralne (aktywne bądź pasywne).



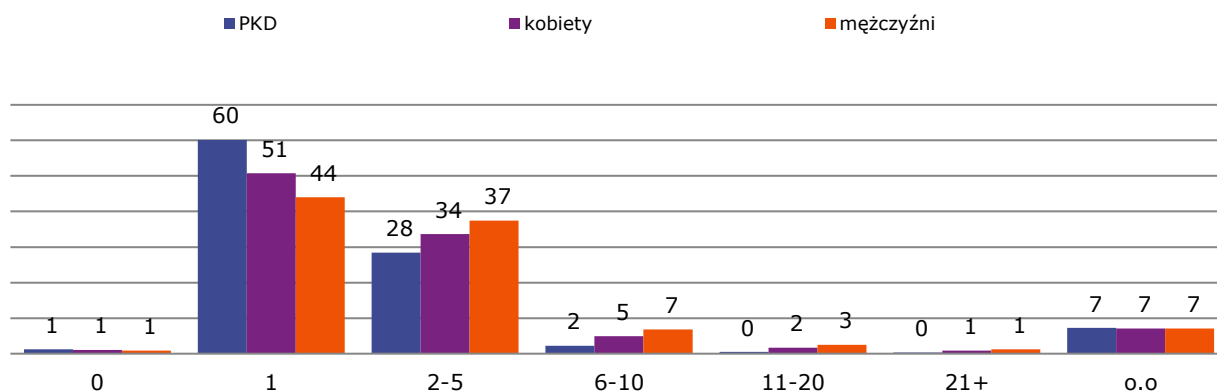
5.6. liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku

Brak stałego partnera seksualnego, zmiany partnerów, seks przygody i z nieznanymi zwiększają ryzyko zakażeń HIV (oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową).

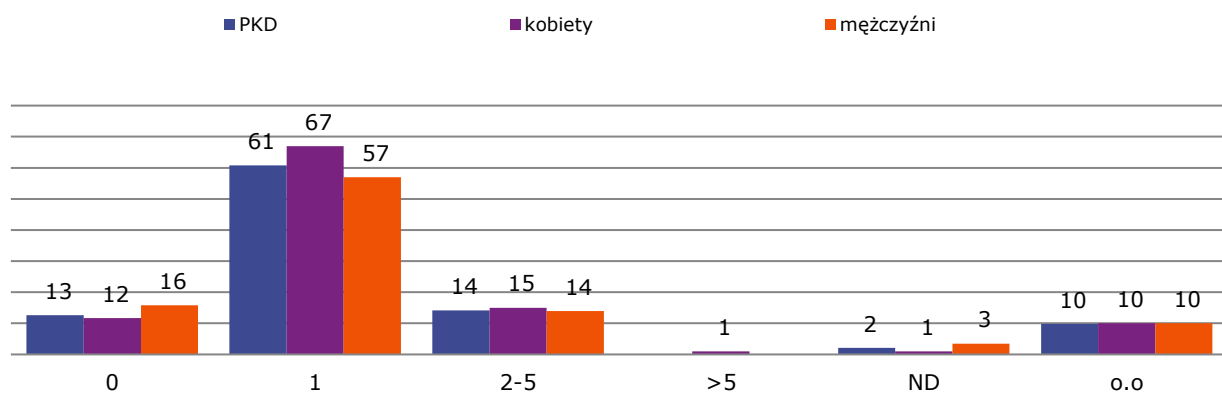
Co druga osoba zgłaszając się do PKD miała w ciągu ostatniego roku przynajmniej jednego partnera seksualnego. 75% było w stałych związkach partnerskich i jedna trzecia z nich nie miała poza tymi związkami żadnych innych kontaktów seksualnych.

Do większej liczby partnerów seksualnych w ciągu roku przyznają się mężczyźni. Natomiast liczba partnerów seksualnych nie jest skorelowana z wiekiem. Większą liczbę partnerów seksualnych w ciągu roku mają również osoby homoseksualne, niż heteroseksualne.

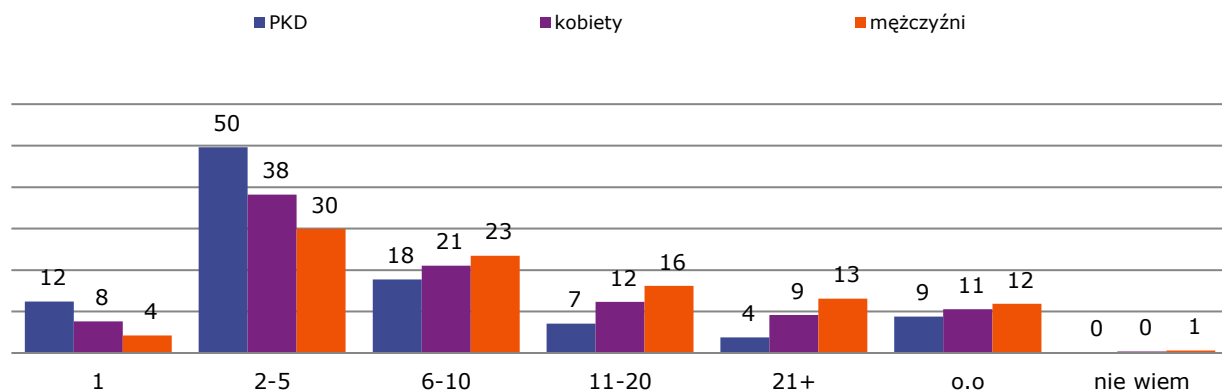
Wykres 6. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób zgłaszających się do PKD (w %).



Wykres 7. Liczba stałych partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób zgłaszających się do PKD (w %).



Wykres 8. Liczba stałych partnerów seksualnych w ciągu całego życia wśród osób zgłaszających się do PKD (w %).



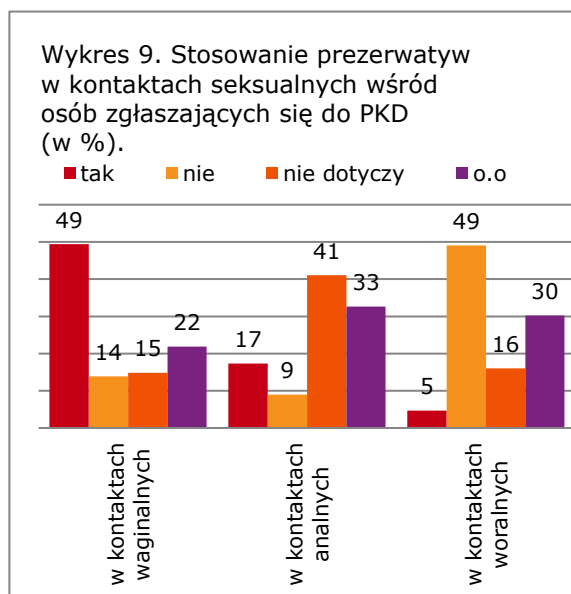
Na zwiększone ryzyko narażone są osoby, których partner jest nosicielem HIV lub ma wielu partnerów seksualnych.

Blisko co druga osoba (47%) była świadoma tego, że ich partnerzy w przeszłości mieli bogate życie seksualne; zaś 7% podjęło kontakty z osobami świadczącymi płatne usługi seksualne. 3% przychodzących do PKD ma partnera zakażonego HIV.

5.7. używanie prezerwatyw

Stosowanie prezerwatyw może zmniejszać ryzyko zakażenia HIV (pod warunkiem ich wysokiej jakości oraz poprawnego używania).

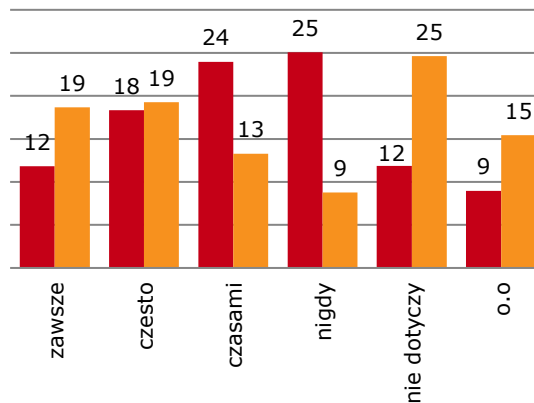
Przychodzący na testy do PKD mają tendencję ich stosowania częściej w kontaktach waginalnych niż oralnych, czy analnych (49% vs. 17%, 5%), jak również poza stałymi związkami.



60% badanych przyznało, że na pewno w czasie ich stosowania nie doszło do uszkodzenia prezerwatywy, co dziesiąta osoba przypomina sobie taką sytuację.

Wykres 10. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród osób zgłaszających się do PKD (w %).

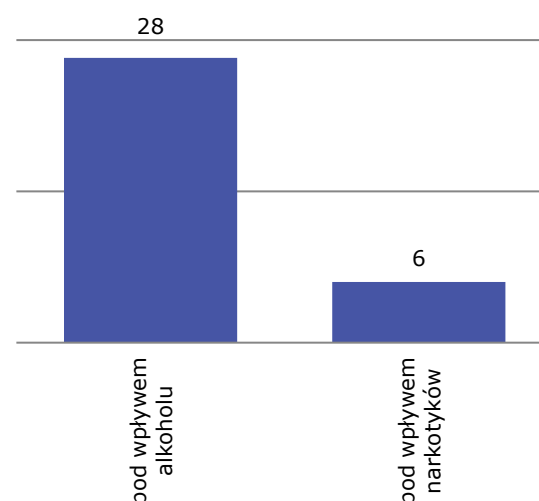
■ ze stałym partnerem ■ z innymi partnerami



5.8. seks pod wpływem środków psychoaktywnych

Środki psychoaktywne mogą zaburzać prawidłowe oszacowanie zagrożenia i ryzyka zakażenia HIV. Wśród badanych niepokojąco mały odsetek osób przyznał się do uprawiania seksu pod wpływem alkoholu, narkotyków czy też innych substancji.

Wykres 11. Seks pod wpływem środków psychoaktywnych osób zgłaszających się do PKD (w %).

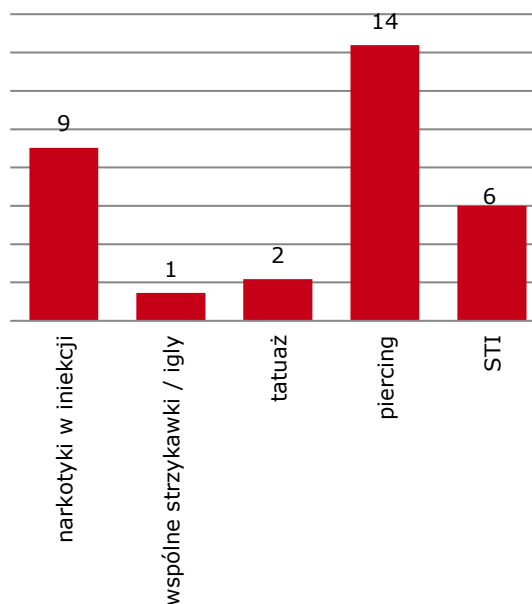


5.9. wkłucia, kontakt z krwią, choroby przenoszone drogą płciową

9% przychodzących do PKD przynajmniej raz w życiu wstrzykiwało sobie dożylnie narkotyki (w latach 80-tych było to główne źródło zakażeń w Polsce).

6% badających się w PKD doświadczało przenoszonej drogą płciową.

Wykres 12. Wkłucia, kontakt z krwią wśród osób zgłaszających się do PKD (w %).

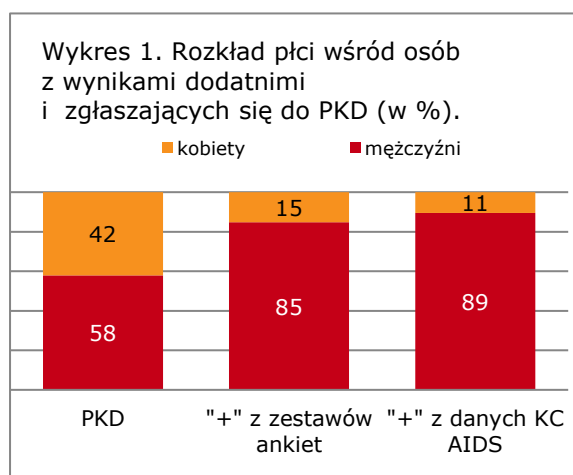


6. Charakterystyka osób z wynikiem dodatnim

W rozdziale analizie poddano wszystkie zestawy ankiet przekazane do PKD (329), oznaczając je na wykresach: „+” z zestawów ankiet. Rozdział uzupełniono o informacje z Krajowego Centrum ds. Aids – oznaczając je wówczas: „+” z danych KC AIDS. Różnica w liczebnościach jest efektem niekompletności zestawów ankiet przekazanych do KC AIDS przez Punkty.

6.1. płeć

W 2011 roku w w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych wykryto 369 nowych zakażeń HIV. To najwyższa liczba od momentu prowadzenia diagnostyki.



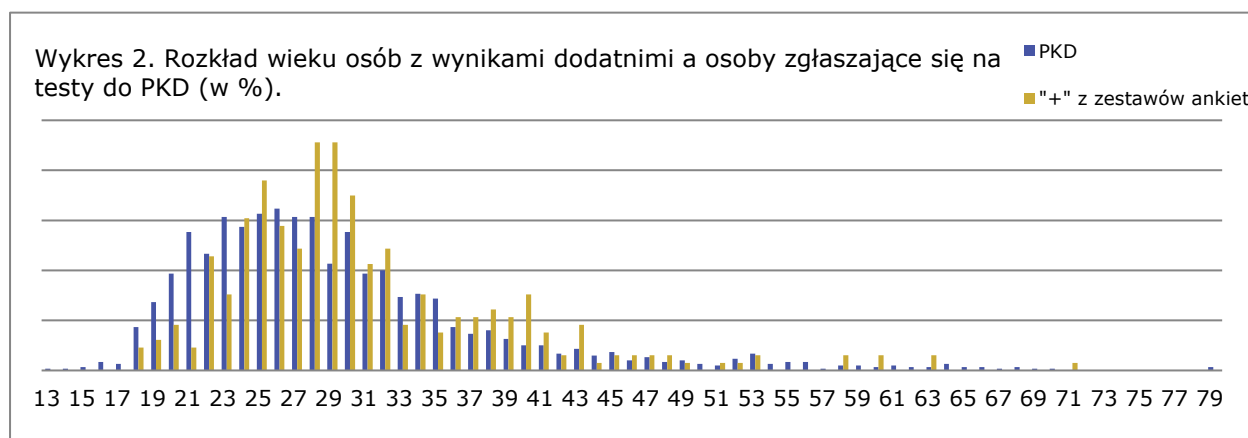
Zdecydowaną większość nowych zakażeń wyryto wśród mężczyzn.

6.2. wiek

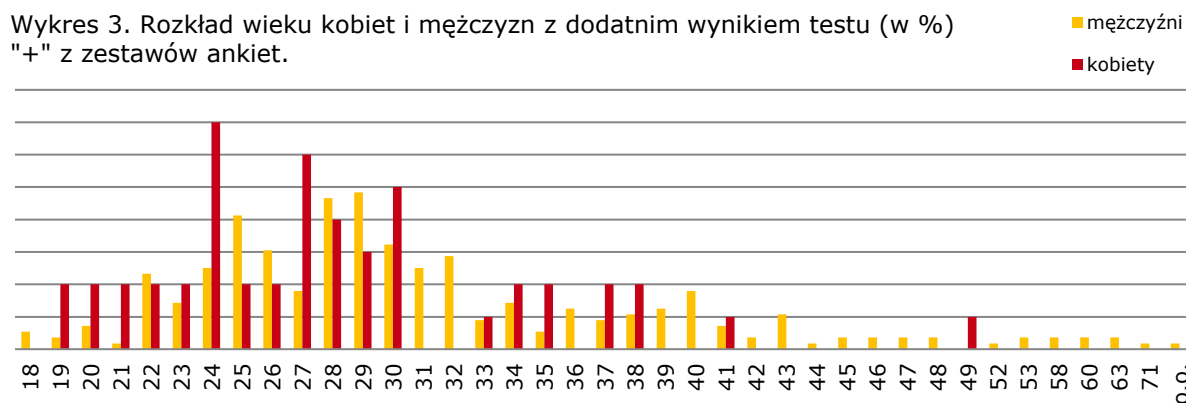
Rozkład osób z dodatnim wynikiem testu na HIV zbliżony jest do rozkładu osób testujących się. Dominują osoby młode – grupa wiekowa 20-30 lat stanowi 60% ogółu osób z wynikiem dodatnim, a osoby po 40 roku życia to zaledwie 11%.

Rozkład wieku osób z dodatnim wynikiem testu jest podobny w przypadku kobiet i mężczyzn, choć poniżej 20 roku życia nieco więcej dodatnich wyników wykryto o kobiet, zaś zakażenia u osób 40+ wykrywane są zdecydowanie częściej wśród mężczyzn.

Różnią się za to rozkłady wieku osób testujących się i osób z dodatnimi wynikami testów. W tej pierwszej grupie najwięcej osób jest w wieku 23-28 lat, w drugiej dominują osoby nieco starsze – w wieku 28-30 lat.



Wykres 3. Rozkład wieku kobiet i mężczyzn z dodatnim wynikiem testu (w %) "+" z zestawów ankiet.



6.3. Miejsce zamieszkania

Widoczna jest duża zbieżność rozkładów województw, w których wykonywano test

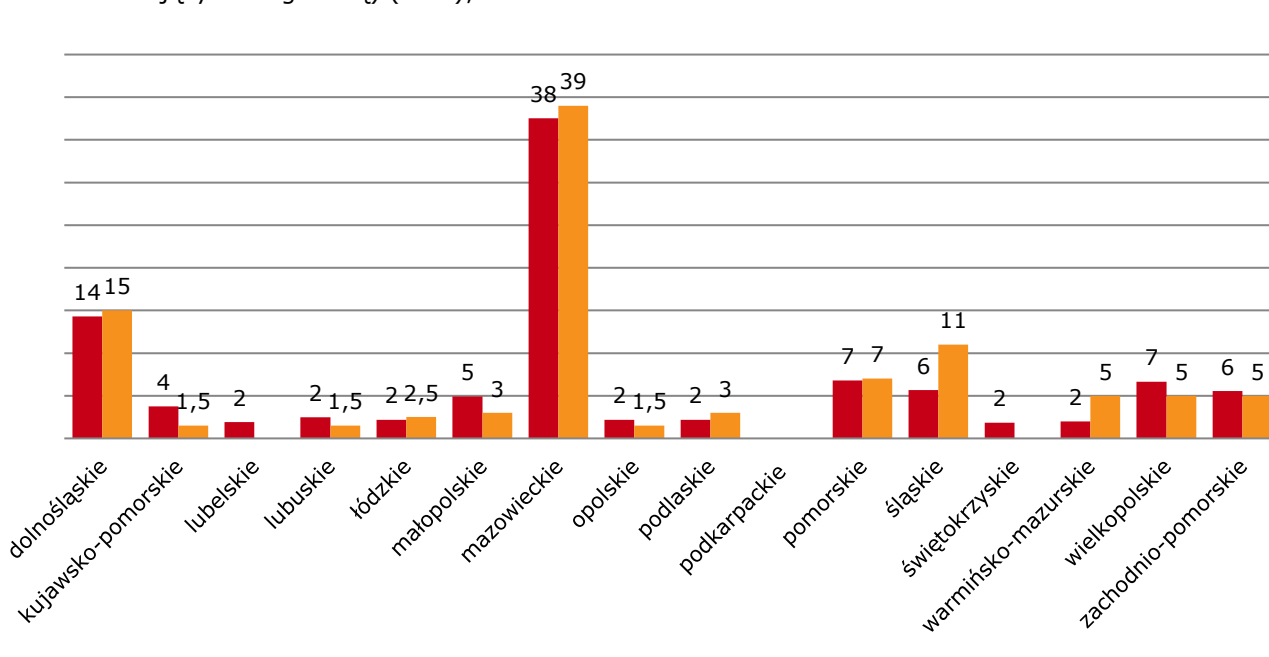
i odnotowanych wyników dodatnich. Niemal cztery na dziesięć testów w 2011 roku wykonywanych było w województwie mazowieckim, również cztery na dziesięć wyników dodatnich odnotowano w tym regionie.

Prawidłowość ta dotyczy większości województw, choć są wyjątki. Należy do nich województwo śląskie, w którym wykonano zaledwie 6% wszystkich testów z 2011 roku, ale wyniki

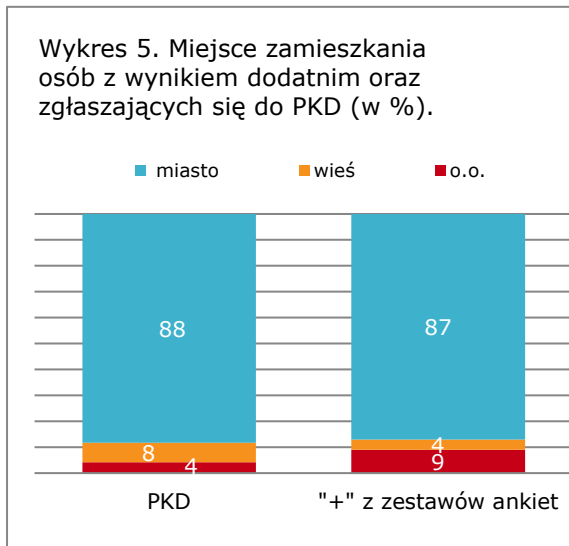
dodatknie z tego regionu stanowią aż 11% wszystkich odnotowanych w tym roku zakażonych. Podobna sytuacja jest w warmińsko-mazurskim (2% testów, a wyniki dodatnie stanowią 5% wszystkich zakażonych z 2011).

Z odwrotną sytuacją mamy do czynienia w małopolskim, gdzie wykonane testy stanowiły 5% wszystkich wykonanych w 2011 roku, a wyniki dodatnie stanowią tylko 3% ogółu takich wyników. Analogiczna sytuacja jest w kujawsko-pomorskim: 4% ogółu testów, a wyniki dodatnie z tego regionu stanowią tylko 1,5% takich wyników w skali kraju.

Wykres 4. Struktura miejsca zamieszkania osób z wynikami dodatnimi oraz zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) (w %);

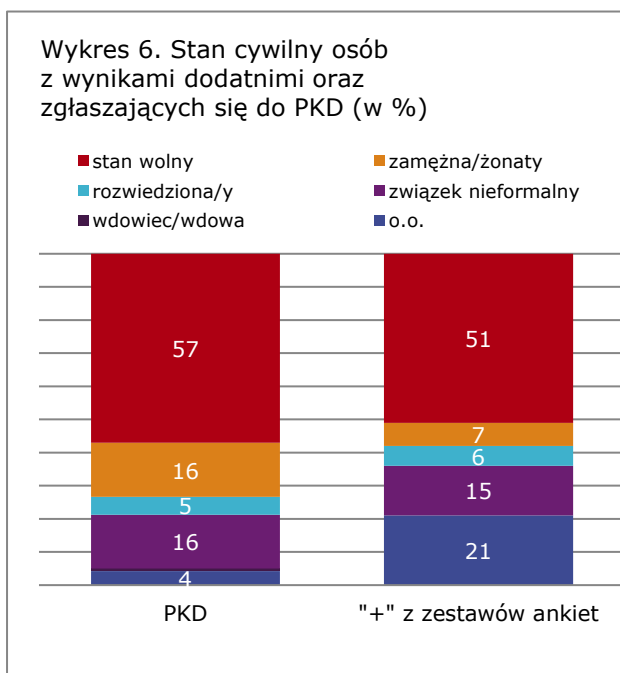


88% osób testujących się w kierunku HIV w 2011 roku to mieszkańcy miast. W przypadku osób z dodatnimi wynikami testu odsetek ten jest podobny, choć 9% odmówiło podania miejsca zamieszkania.



6.4. sytuacja / stan cywilny

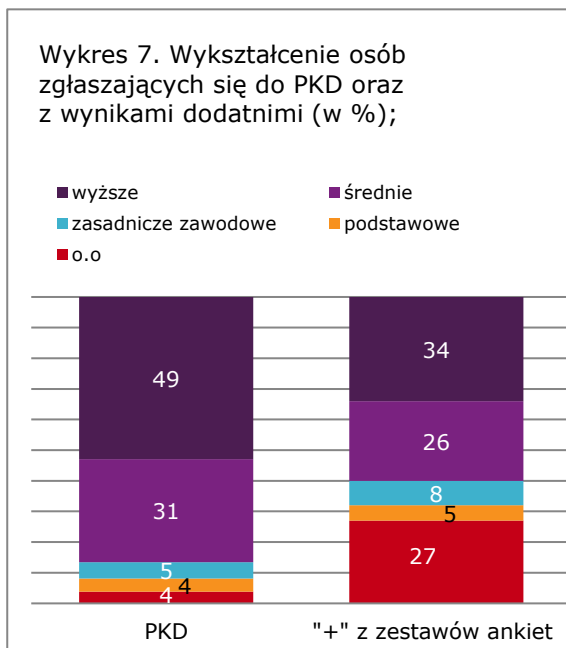
Ponad połowa (57%) osób testujących się w 2011 była stanu wolnego, 16% stanowiły osoby pozostające w związku formalnym i tyle samo osoby w związkach nieformalnych. W przypadku osób z wynikami dodatnimi odnotowano dużo



odmów odpowiedzi (21%), nadal jednak dominują osoby stanu wolnego (51%). Inne są za to proporcje osób pozostających w związkach formalnych i nieformalnych – tych pierwszych jest 7%, do drugiej kategorii należy 15% osób z wynikami dodatnimi.

6.5. wykształcenie

Blisko połowę (49%) klientów PKD z 2011 stanowią osoby z wykształceniem wyższym, 31% to osoby z wykształceniem średnim, zaledwie 4% osób odmówiło odpowiedzi na to pytanie. Wśród osób z pozytywnymi wynikami testu 27% odmówiło podania swojego wykształcenia. Nadal jednak dominują osoby z wykształceniem wyższym (34%) i średnim (26%).



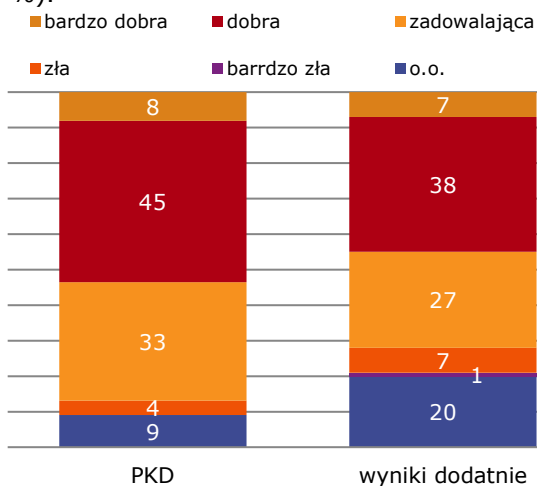
Widać różnicę w rozkładach wykształcenia dwóch analizowanych tu grup. Wśród osób z wynikami dodatnimi wyraźnie mniej jest osób z wykształceniem wyższym, a więcej z zasadniczym zawodowym. Wynika to przede wszystkim z faktu dużej nadreprezentacji osób z wykształceniem wyższym w zbiorowości osób testujących się w 2011.

6.6. subiektywna ocena sytuacji materialnej

Wśród osób testujących się na HIV w 2011 roku tylko 4% zdefiniowało swoją sytuację materialną jako złą, a co trzeci (33%) jako zadowalającą. Dominowała grupa oceniających swoją sytuację jako dobrą (45%).

Osoby z pozytywnym wynikiem testu oceniają swoją sytuację materialną gorzej. 27% zdefiniowało ją jako zadowalającą, 7% jako złą, a 1% jako bardzo złą. Co piąta osoba z tej grupy (20%) nie odpowiedziała na to pytanie.

Wykres 8. Subiektywna ocena sytuacji materialnej osób z wynikiem dodatnim oraz osób zgłaszających się do PKD (w %).

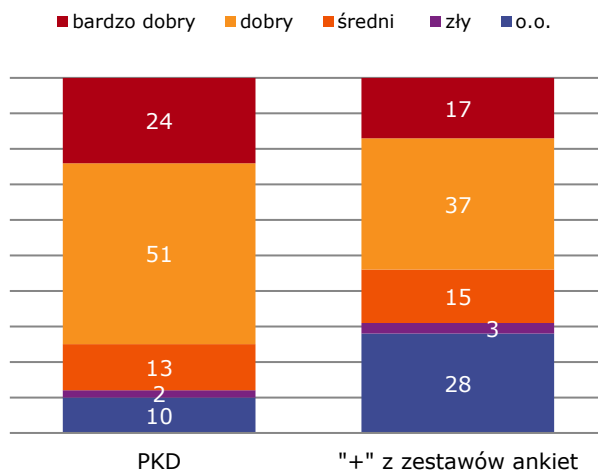


6.7. subiektywna ocena sytuacji stanu zdrowia

Połowa osób (51%), które wykonały w 2011 roku test w kierunku HIV ocenia swój stan zdrowia jako dobry, 24% twierdzi że jest on bardzo dobry, a zaledwie 2% wskazało że jest on zły.

Nieco gorzej oceniają swój stan zdrowia osoby z pozytywnym wynikiem testu. 3% zdefiniowało swój stan zdrowia jako zły, a 15% jako średni, 28% odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

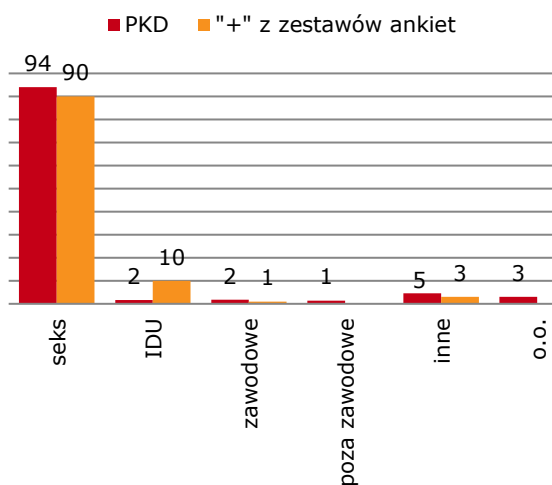
Wykres 9. Subiektywna ocena zdrowia osób z wynikiem dodatnim oraz osób zgłaszających się do PKD (w %).



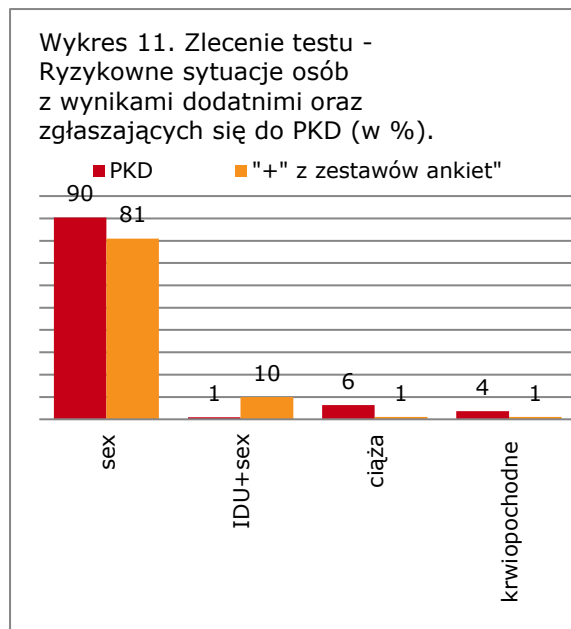
6.8. Ryzykowne sytuacje w ocenie doradcy PKD

Dla niemal wszystkich osób (94%) zgłaszających się na test do PKD w 2011 roku sytuacje ryzykowne wiązały się z kontaktami seksualnymi, było tak również w przypadku osób z wynikami dodatnimi (90%). W tej grupie co dziesiąta osoba narażona była na kontakt z wirusem poprzez iniekcje, inne sytuacje ryzykowne były marginalne.

Wykres 10. Ryzykowne sytuacje osób z wynikami dodatnimi oraz zgłaszających się do PKD (w %).



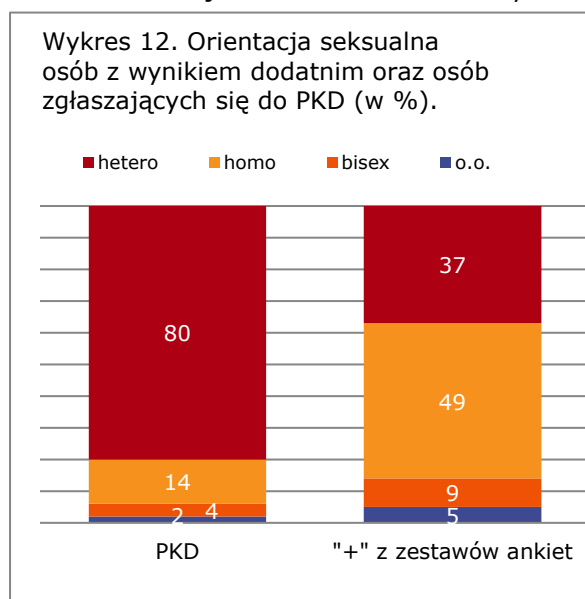
Również w przypadku zlecenia testu najczęściej jako sytuacje ryzykowne doradcy wskazywali kontakty seksualne, jednak w przypadku osób z wynikami dodatnimi istotną grupę (10%) stanowią osoby, które oprócz ryzykownych kontaktów seksualnych dokonywały także iniekcji.



Zaledwie po 1% osób z wynikami dodatnimi zostało skierowanych na test z powodu ciąży lub kontaktu z krwią.

6.9. orientacja seksualna

Zdecydowana większość osób (80%) testujących się w 2011 roku była orientacji heteroseksualnej. Zaledwie 14% stanowiły

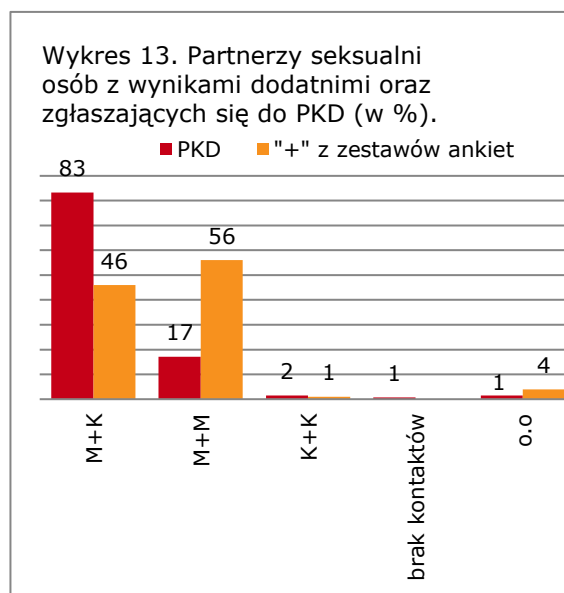


osoby homoseksualne, a 4% biseksualne.

W przypadku osób z wynikami dodatnimi osoby heteroseksualne stanowią mniejszość (37%). Największa grupa to homoseksualiści (49%), a 9% to osoby biseksualne.

6.10. partnerzy seksualni

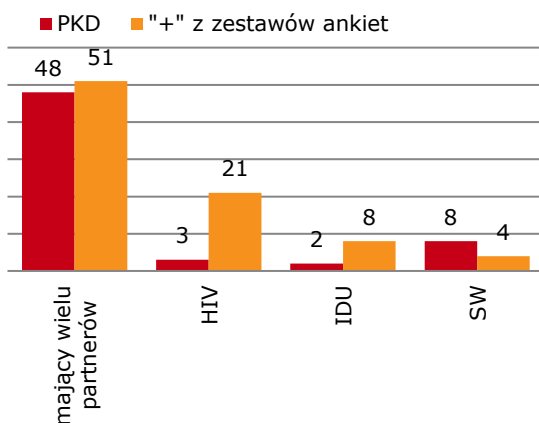
83% osób które wykonały test w 2011 miała kontakty heteroseksualne, tylko 17% testujących się miała kontakty M+M. Osoby z wynikami dodatnimi znacznie częściej miały kontakty homoseksualne – aż 56% osób z tej grupy ma za sobą kontakty M+M, nieco mniej (46%) M+K.



Niemal połowa osób zgłaszających się na testy miała kontakty z osobami, które miały wielu partnerów seksualnych (48%), 8% miało kontakt z osobami świadczącymi usługi seksualne, 3% z osobami zakażonymi HIV i 2% z osobami dokonującymi iniekcji.

W grupie osób z wynikami dodatnimi zdecydowanie większy odsetek miał kontakt z zakażonymi HIV (21%) i dokonującymi iniekcji (8%). Co ciekawe wyraźnie mniej osób korzystało z płatnych usług seksualnych (4%).

Wykres 14. Partnerzy seksualni osób z wynikami dodatnimi oraz zgłaszających się do PKD (w %).

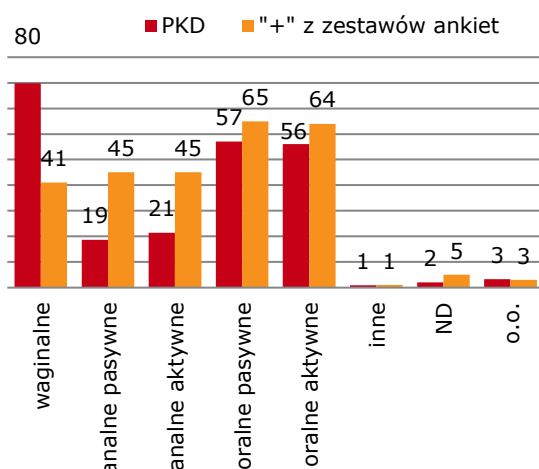


6.11. Rodzaj kontaktów seksualnych

Wśród osób, które zgłosiły się do PKD w 2011 roku dominowały osoby heteroseksualne, a co za tym idzie dominowały tu kontakty waginalne, mniej z tych osób odbywało kontakty oralne, a ledwie jedna piąta analne.

W grupie osób z dodatnimi wynikami testów dominują osoby homoseksualne, ponad połowa odbywała kontakty M+M dlatego też tylko 41% osób zakażonych odbyło kontakty waginalne. Nieco więcej (45%) odbywało kontakty analne,

Wykres 15. Rodzaj kontaktów seksualnych osób z wynikiem dodatnim oraz zgłaszających się do PKD (w %).

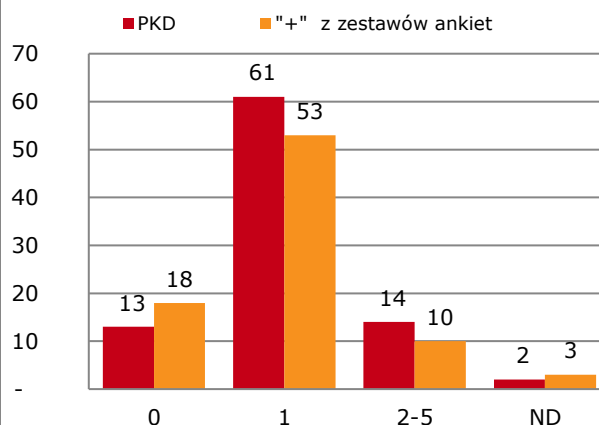


a dwie trzecie oralne (pasywne 65%, aktywne 64%).

6.12. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku

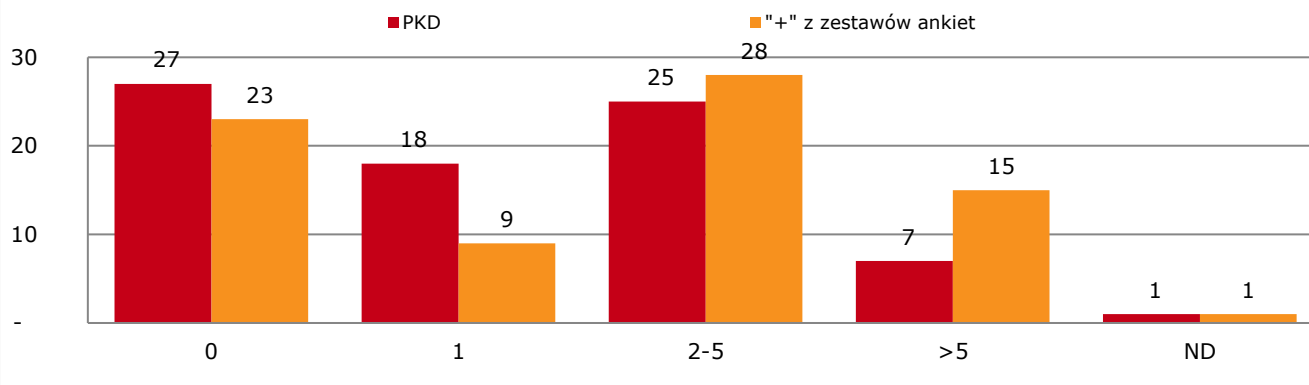
Osoby z wynikami dodatnimi nieco rzadziej posiadają stałych partnerów seksualnych – 18% w ostatnim roku nie miało stałego partnera, w grupie osób testujących się w 2011 było to 13%. 53% osób z wynikiem dodatnim posiadało w zeszłym roku jednego partnera seksualnego, w grupie testujących się było to 61%.

Wykres 16. Liczba stałych partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób z wynikiem dodatnim oraz zgłaszających się do PKD (w %).

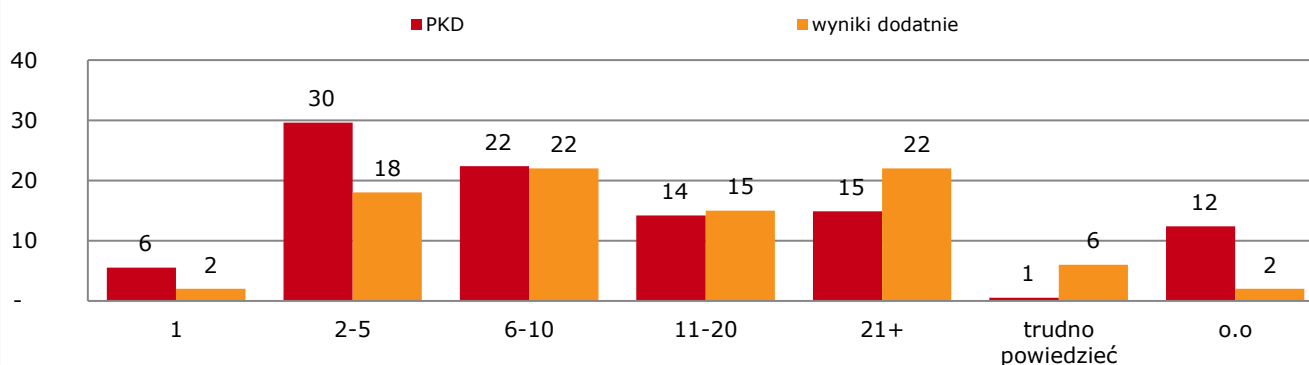


Osoby z dodatnim wynikiem testu częściej posiadają innych partnerów seksualnych (oprócz partnerów stałych lub nie posiadają partnerów stałych i nawiązują tylko przygodne kontakty). 15% osób z tej grupy posiadało w ciągu ostatniego roku więcej niż 5 takich partnerów – to dwa razy więcej niż wśród wszystkich, którzy zgłosili się do PKD w 2011 roku. 28% miało od 2 do 5 partnerów i znów jest to o 3 punkty procentowe więcej niż wśród ogółu testujących się.

Wykres 17. Liczba innych partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób z wynikiem dodatnim oraz zgłaszających się do PKD (w %).



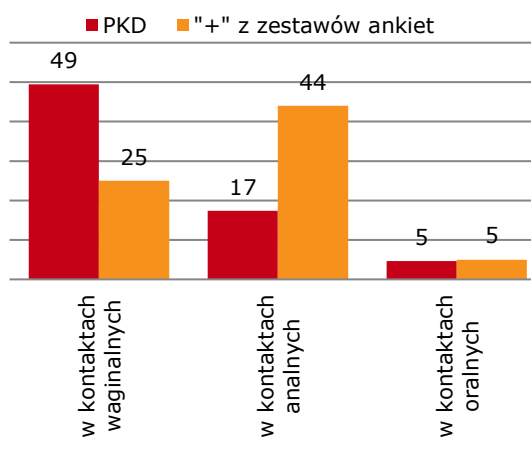
Wykres 18. Liczba partnerów seksualnych w ciągu całego życia wśród osób z wynikiem dodatnim oraz zgłaszających się do PKD (w %).



Wśród osób, które poddały się testowi w kierunku HIV w 2011 roku ponad połowa (58%) miała w życiu nie więcej niż 10 partnerów seksualnych, a najliczniejszą grupę stanowią osoby posiadające od 2 do 5 partnerów (30%). Osoby z wynikiem dodatnim mają więcej partnerów w toku całego życia – 42% miało nie więcej niż 10 partnerów, a aż 22% miało tych partnerów powyżej 20. Więcej osób z tej grupy w ogóle nie potrafi oszacować liczby partnerów.

Wynika to w znacznej mierze z faktu, że wśród osób z dodatnimi wynikami jest znacznie więcej homoseksualnych mężczyzn, znacznie większy odsetek deklaruje też kontakty seksualne M+M.

Wykres 19. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród osób z wynikami dodatnimi oraz zgłaszających się do PKD (%), odpowiedzi TAK.

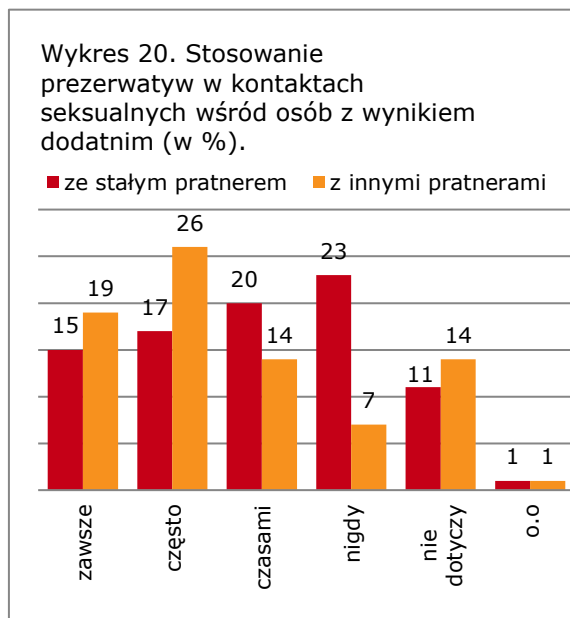


6.13. używanie prezerwatyw

Połowa osób, które testowały się w 2011 roku używa prezerwatyw w kontaktach waginalnych, 17% czyni tak podczas kontaktów analnych, a zaledwie 5% podczas seksu oralnego. Osoby z dodatnim wynikiem testu zdecydowanie częściej korzystają z prezerwatyw podczas kontaktów analnych (44%), a wyraźnie rzadziej podczas waginalnych (25%).

Osoby z dodatnimi wynikami testów deklarują rzadsze używanie prezerwatyw w kontaktach ze stałymi partnerami (12% zawsze, 18% często) niż z innymi partnerami (19% zawsze, 19% często).

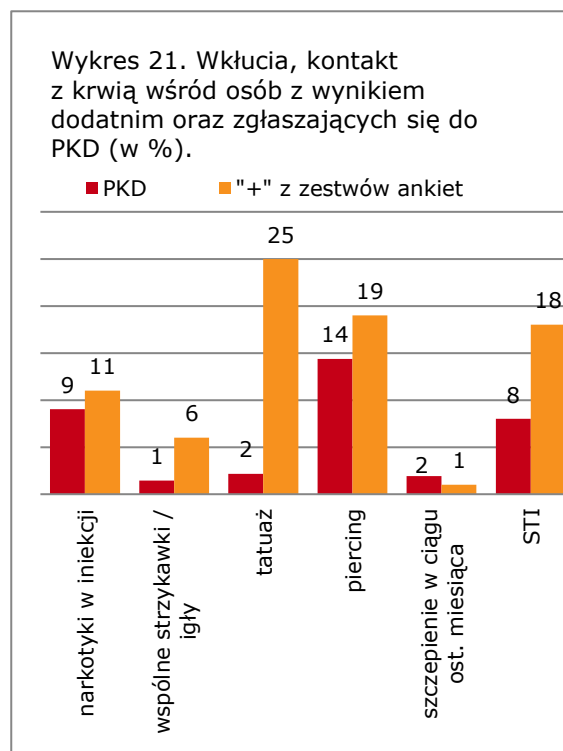
12% osób z tej grupy deklaruje, że w przeszłości zdarzyło im się pęknięcie prezerwatywy.



6.14. Wkłucia, kontakt z krwią; choroby przenoszone drogą płciową

Zdecydowanie więcej osób z dodatnimi wynikami testu (niż wszystkich testujących się) miało kontakt z narkotykami w iniekcji (18%). 6% używało wspólnych strzykawek, aż 25% tych osób ma tatuaż.

Aż 3 razy więcej (18%) osób z dodatnimi wynikami testów choruje na STI.



7. Charakterystyka kobiet z wynikiem dodatnim

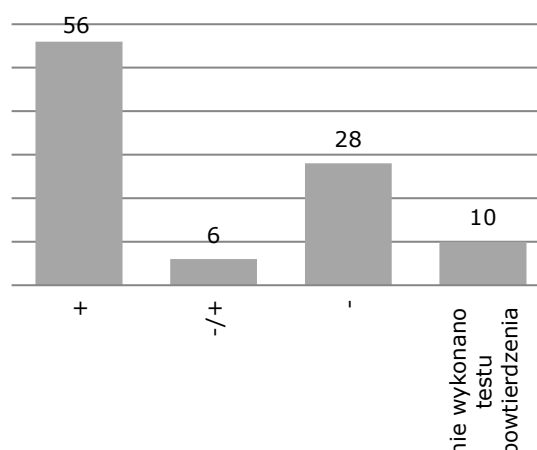
PKD przekazały informacje do KC AIDS o 36 przypadków zakażenia HIV w 2011 r, zaś PZH informuje o 170 przypadkach wyrzucia zakażenia HIV.

W materiałach przekazanych przez PKD odnaleziono 50 zestawów, w których przynajmniej jeden z testów wykonanych wśród kobiet (szybki, przesiewowy lub potwierdzenia) zakończył się wynikiem dodatnim. Wszystkie poddano dalszej analizie w niniejszym rozdziale z uwagi na podwyższone ryzyko zakażenia również wśród kobiet, których test potwierdzający okazał się nieoznaczony, jak również ujemny.

W 28 przypadkach (56%) pozytywny wynik szybkiego testu lub badania przesiewowego został potwierdzony, 14 (28%) przypadków uzyskało wynik ujemny, a 3 (6%) status wyniku nieoznaczony.

W zestawach (formularzu wywiadu i ankietach wypełnianych samodzielnie) kobiet z wynikiem dodatnim występuje duży odsetek odmów odpowiedzi / braków danych. Z tego względu są uwzględniane w analizie jako dodatkowa kategoria odpowiedzi.

Wykres 1. Wynik testu potwierdzenia wśród kobiet z wynikiem dodatnim (w %).

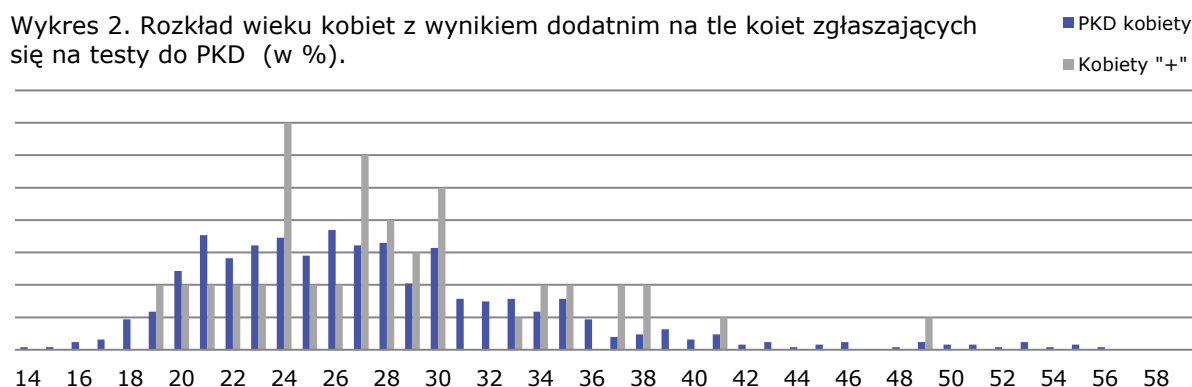


7.1. wiek

Najmłodsza kobieta, której test wyszedł dodatnio, miała 19 lat, najstarsza 49 lata.

Najczęściej wynik dodatni wykrywano w grupie 24, 29 i 30-latek.

Wykres 2. Rozkład wieku kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się na testy do PKD (w %).



7.2. miejsce zamieszkania

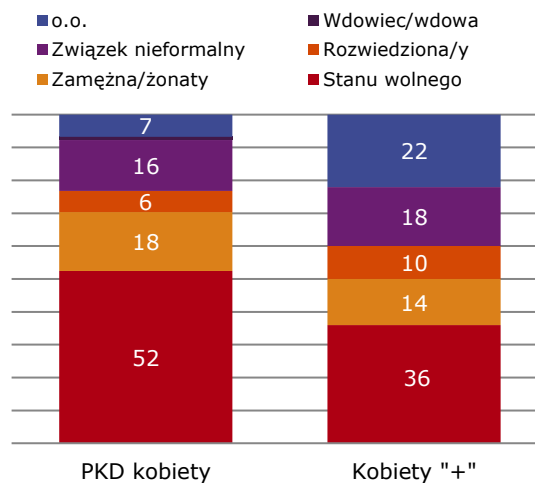
Kobiety z wynikiem dodatnim to przede wszystkim mieszkanki miast (84%). Pochodzą głównie z województwa mazowieckiego, dolnośląskiego.

W województwie śląskim wykryto zakażenie u kobiet stosunkowo częściej niż w innych województwach.

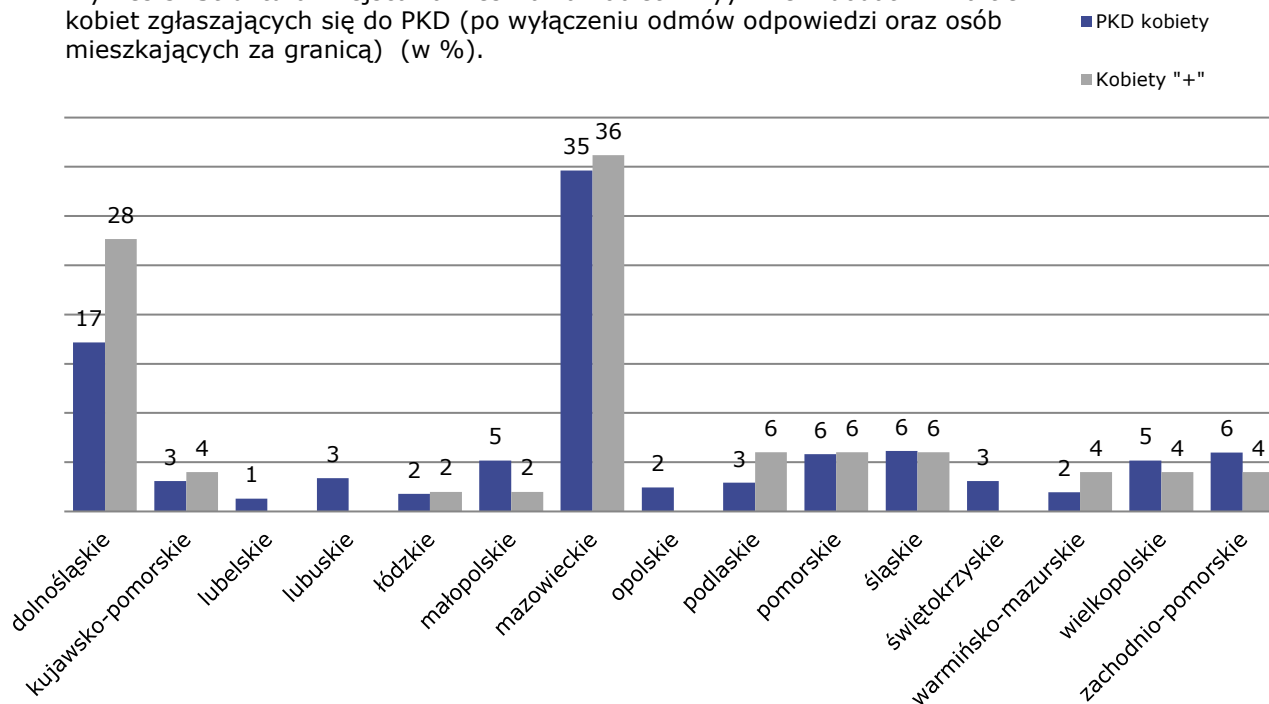
7.3. sytuacja / stan cywilny

Wśród kobiet z wynikiem dodatnim nieco mniej jest zamężnych oraz żyjących w związkach (choć przy 22% odmów odpowiedzi kobiet z wynikiem dodatnim nieco trudno jest porównywać struktury stanu cywilnego kobiet z wynikiem dodatnim i wszystkich kobiet przychodzących do PKD).

Wykres 4. Stan cywilny kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).

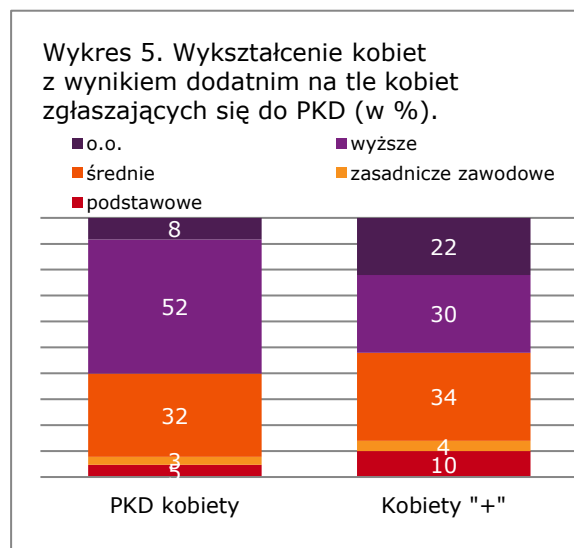


Wykres 3. Struktura miejsca zamieszkania kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) (w %).



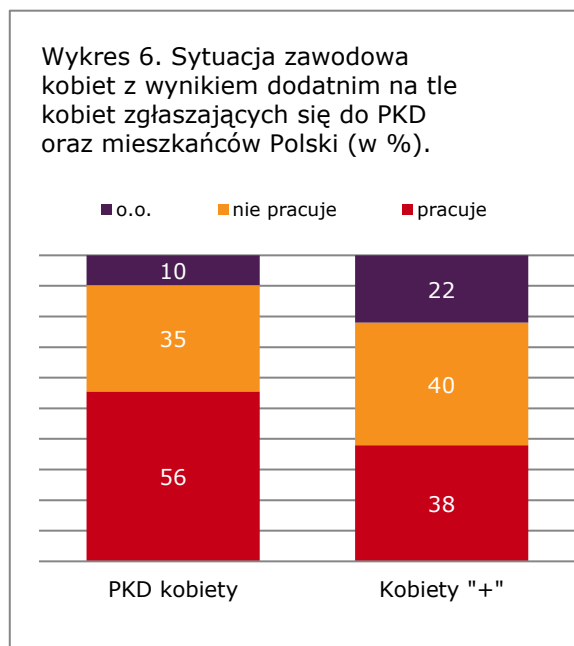
7.4. wykształcenie

Co piąta kobieta z wynikiem dodatnim odmówiła podania swego wykształcenia. Wydaje się jednak, że ich poziom edukacji jest niższy niż ogółu kobiet przychodzących na badania do PKD.

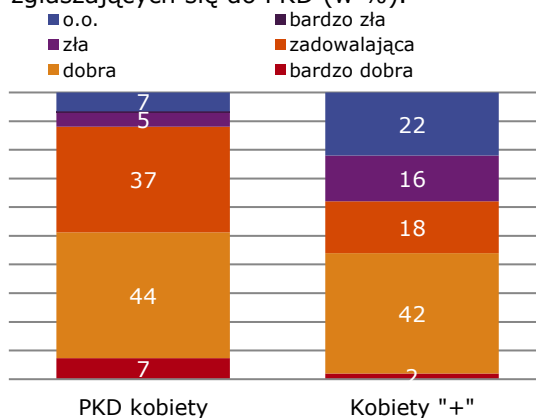


7.5. sytuacja zawodowa i subiektywna sytuacja materialna

W porównaniu do ogółu kobiet testujących się w PKD, kobiety z wynikiem dodatnim rzadziej pracują (56% vs. 38%) i gorzej również oceniają swoją sytuację materialną.



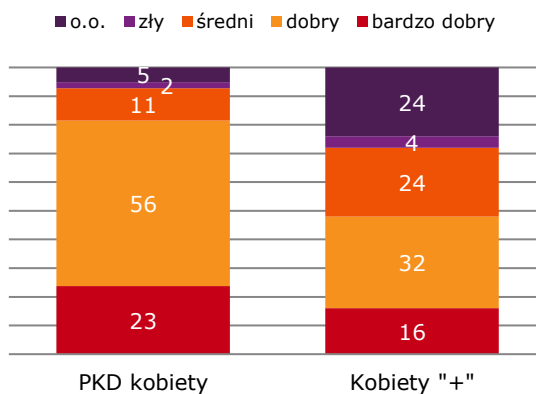
Wykres 7. Ocena sytuacji materialnej kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).



7.6. subiektywna ocena sytuacji stanu zdrowia

Kobiety z pozytywnym testem znacznie gorzej oceniają swą kondycję zdrowotną niż ogół kobiet przychodzących do PKD.

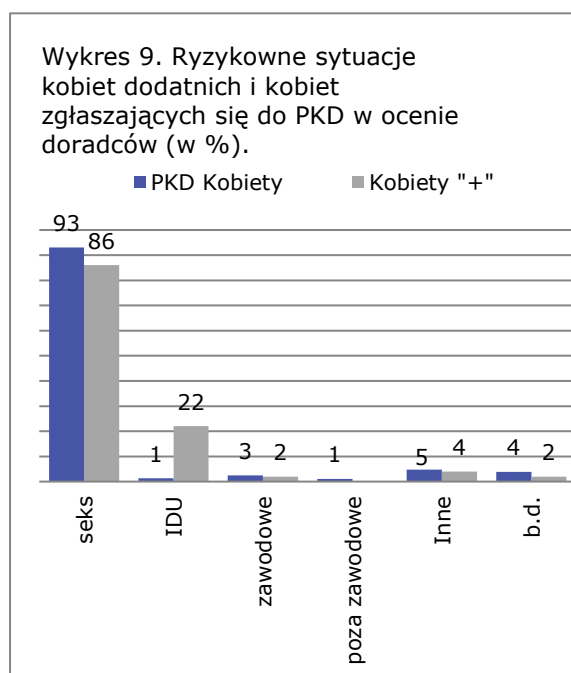
Wykres 8. Ocena zdrowia kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).



7.7. ryzykowne sytuacje w ocenie doradczy PKD i powód zlecenia testu

W ocenie doradców PKD najważniejszym czynnikiem podwyższonego ryzyka zakażenia HIV zarówno wśród ogółu kobiet testujących się, jak również kobiet z wynikiem dodatnim jest seks (ponad 93%/86%).

W grupie kobiet z dodatnim testem ujawnia się jeszcze jeden silny czynnik (w 22% przypadków) – przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji (IDU).

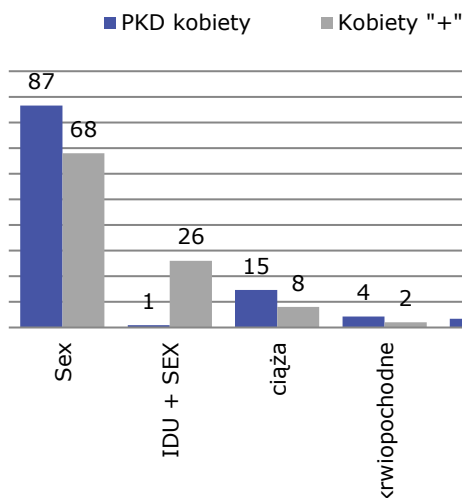


Te dwa powody (seks, IDU) były ostatecznie głównymi wskazaniem dla wykonania testu na obecność wirusa HIV w grupie kobiet, dla których test okazał się dodatni.

7.8. czynniki ryzyka związanego z aktywnością seksualną (orientacja seksualna i rodzaj kontaktów)

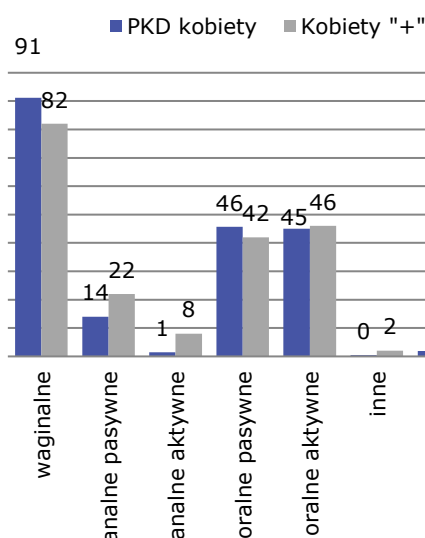
Analizując zachowania związane z życiem seksualnym kobiet z wynikiem dodatnim i porównując je do ogółu badających się kobiet nie zauważono istotnych różnic.

Wykres 10. Ryzykowne sytuacje kobiet dodatnich i kobiet zgłaszających się do PKD w ocenie doradców (w %).



84% kobiet „dodatnich” określa swą orientację jako heteroseksualną, a prawie wszystkie (99%) w ciągu ostatniego roku miały kontakt seksualny z mężczyzną. Kontakty seksualne mają głównie charakter waginalny lub oralny.

Wykres 11. Rodzaj kontaktów seksualnych kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).

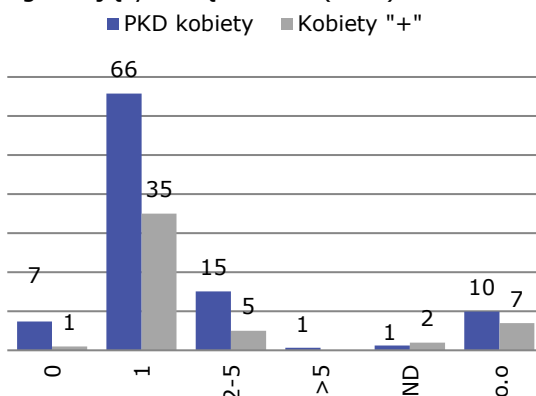


7.9. liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku

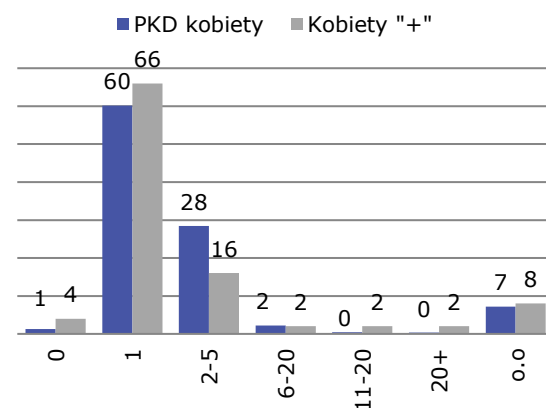
Dwie trzecie kobiet z wynikiem dodatnim w ciągu ostatniego roku miało stałego / stałych partnerów seksualnych..

Wydaje się, że wśród kobiet z wynikiem dodatnim, to nie liczba partnerów seksualnych stanowiła czynnik podwyższonego ryzyka ale fakt, że zdecydowanie częściej niż w ogólnej populacji kobiet badających się w PKD partnerzy byli nosicielami wirusa HIV, jak również przyjmowali środki psychoaktywne drogą iniekcji (IDU).

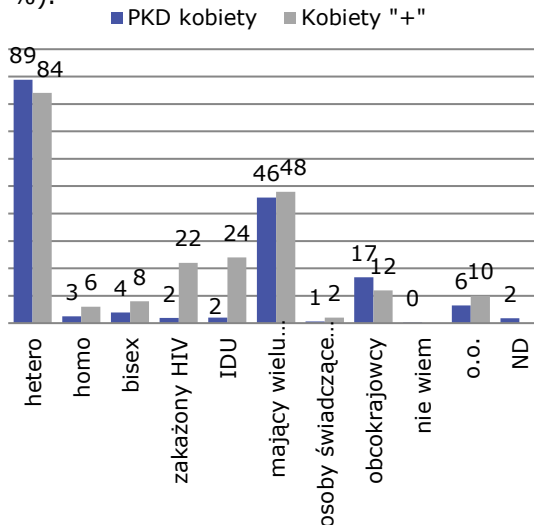
Wykres 12. Liczba partnerów stałych seksualnych w ciągu ostatniego roku kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).



Wykres 13. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).



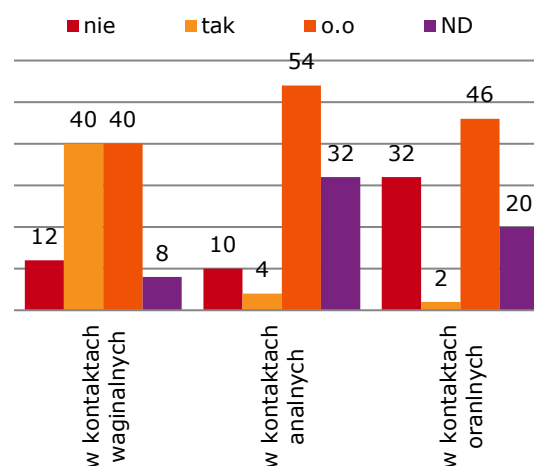
Wykres 14. Partnerzy seksualni kobiet z wynikiem dodatnim oraz kobiet zgłaszających się do PKD (w %).



7.10. używanie prezerwatyw

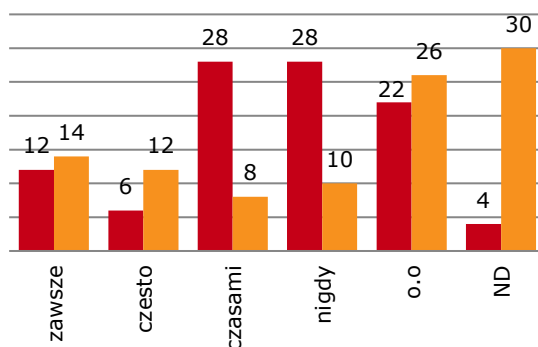
Kobiety z wynikiem dodatnim właściwie prezerwatywę stosują tylko w kontaktach waginalnych. Zdecydowanie częściej w kontaktach z „nie-stałymi” partnerami. W czasie stosowania prezerwatywy 10% kobiet z wynikiem dodatnim przyznało, że doszło do jej uszkodzenia.

Wykres 15. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród kobiet z wynikiem dodatnim (w %).



Wykres 16. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród kobiet z wynikiem dodatnim (w %).

■ ze stałym partnerem ■ z innymi partnerami

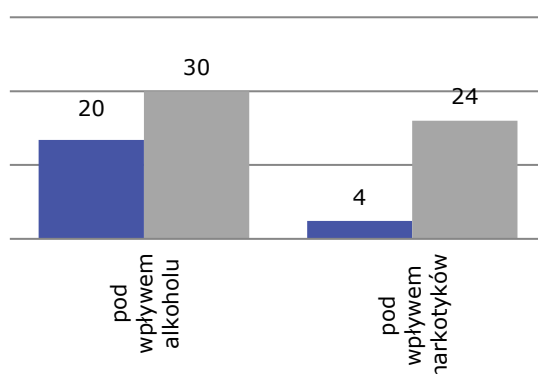


7.11. seks pod wpływem środków psychoaktywnych

Kobiety z wynikiem dodatnim częściej niż ogół kobiet testujących się w PKD przyznają się do uprawiania seksu pod wpływem alkoholu i narkotyków.

Wykres 17. Seks pod wpływem środków psychoaktywnych kobiet z wynikiem dodatnim na tle kobiet zgłaszających się do PKD (w %).

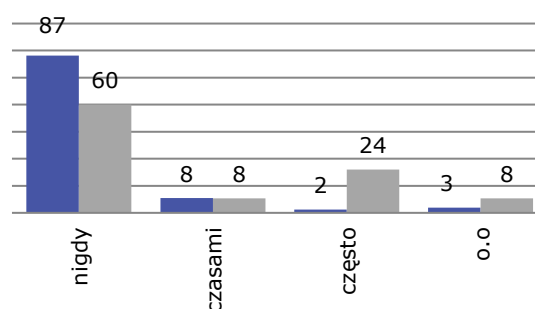
■ PKD kobiety ■ Kobiety "+"



Częstość zażywania narkotyków to zdecydowanie wyróżnik grupy kobiet z wynikiem dodatnim od ogółu kobiet testujących się. 24% przyjmuje je często, 22% przyjmuje narkotyki dożylnie.

Wykres 18. Częstość używania narkotyków / środków psychoaktywnych wśród kobiet z wynikiem dodatnim i kobiet zgłaszających się do PKD (w %).

■ PKD kobiety ■ Kobiety "+"

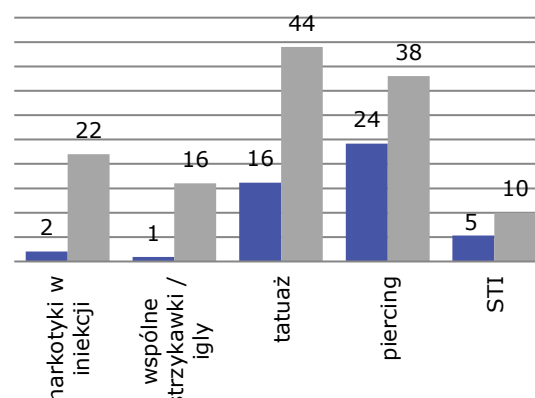


7.12. wkłucia, kontakt z krwią; choroby przenoszone drogą płciową

Kobiety z wynikiem dodatnim są w części miały styczność z wkłuciami (iniekcja narkotyków, w tym wspólne igły, tatuaże oraz piercing) niż generalna populacja kobiet testujących się w PKD. 10% kobiet z wynikiem dodatnim zostało zarażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Wykres 19. Wkłucia, kontakt z krwią, STI wśród kobiet z wynikiem dodatnim oraz kobiet zgłaszających się do PKD (w %).

■ PKD kobiety ■ Kobiety "+"



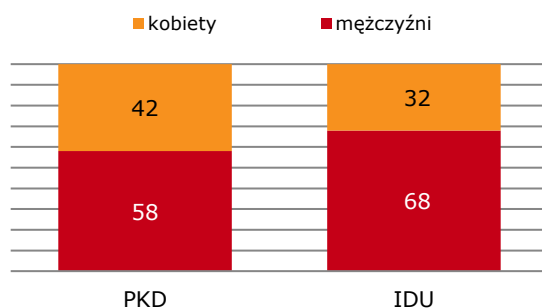
8. Charakterystyka demograficzna osób IDU

W materiałach przekazanych przez PKD odnaleziono 224 zestawy, w których znalazło się zagrożenie IDU. Wszystkie poddano dalszej analizie w niniejszym rozdziale z uwagi na podwyższone ryzyko zakażenia tych osób.

8.1. płeć

68% osób, które zgłosiły się w 2011 do PKD w celu wykonania testu i u których zalecono je ze względu na zagrożenie IDU stanowiły kobiety (jest ich relatywnie więcej niż w populacji osób zgłaszających się do PKD).

Wykres 1. Płeć osób skierowanych na testy ze względu na IDU i zgłaszających się do PKD (w %).



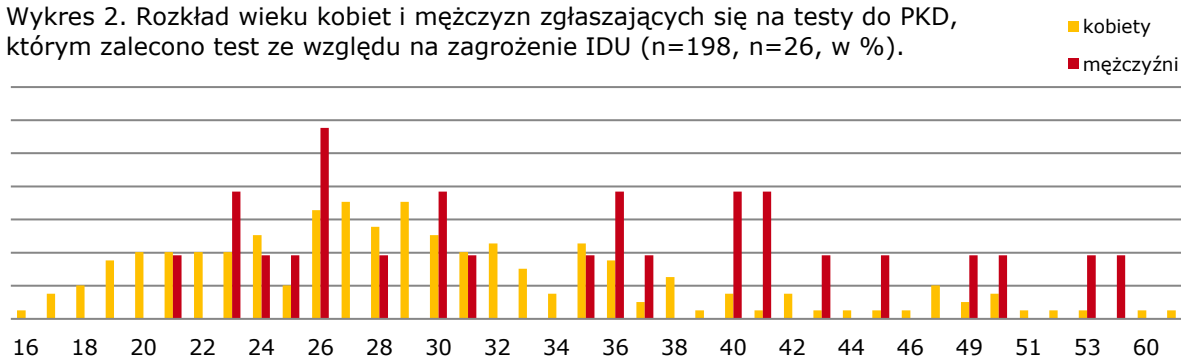
8.2. wiek

Osoby, którym zalecono test ze względu na zagrożenie IDU+SEX to przede wszystkim osoby w wieku 20 - 40 lat. Średni wiek tych osób to prawie 31 lat, ale najliczniejszą grupę stanowili 26 - latkowie. W populacji osób, które skierowano na ponowny test ze względu na zagrożenie IDU+SEX najmłodsza osoba miała 16 lat, najstarsza 66.

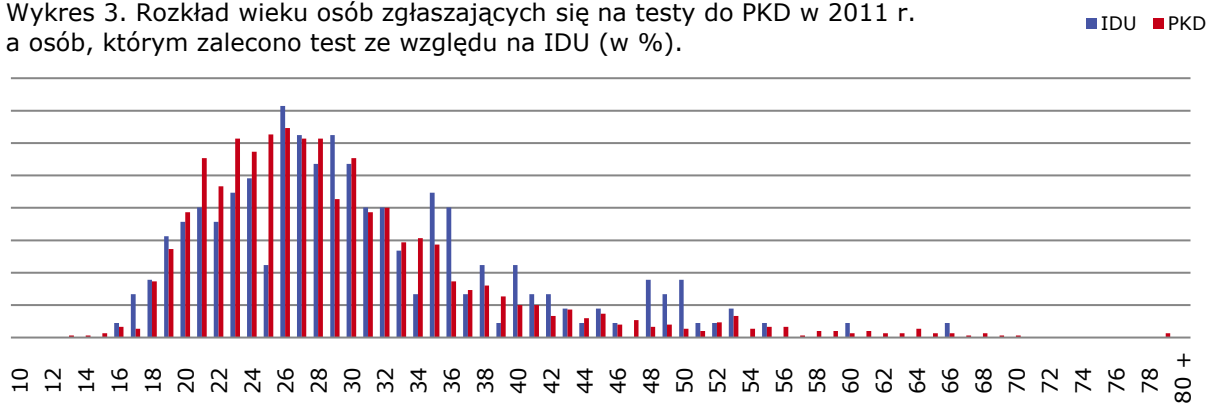
Struktura wieku kobiet i mężczyzn testujących się w PKD odbiega od siebie, wśród grupy osób starszych częściej są to mężczyźni (wykres 2).

Natomiast rozkład wieku osób zgłaszających się do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych oraz osób, które skierowano na ponowny test odbiega od siebie. Relatywnie częściej osoby IDU są w wieku 36 - 40 lat.

Wykres 2. Rozkład wieku kobiet i mężczyzn zgłaszających się na testy do PKD, którym zalecono test ze względu na zagrożenie IDU (n=198, n=26, w %).



Wykres 3. Rozkład wieku osób zgłaszających się na testy do PKD w 2011 r. a osób, którym zalecono test ze względu na IDU (w %).



dostępność PKD, jak również świadomość zagrożenia zakażeniem i skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych.

8.3. miejsce zamieszkania

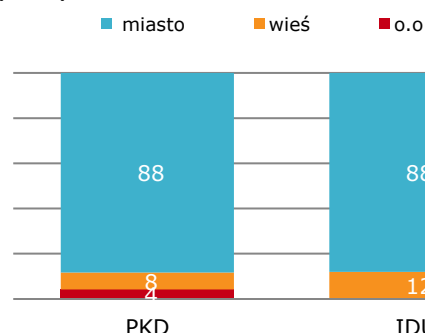
Ponad co czwarta osoba przychodząca wykonać test do PKD, której zalecono badania ze względu na zagrożenie IDU mieszka w województwie śląskim. Najmniej takich osób było w województwach: świętokrzyskim i łódzkim.

Porównując strukturę miejsca zamieszkania osób testujących się w PKD oraz osób, którym zalecono powtórzenie testu widoczna jest

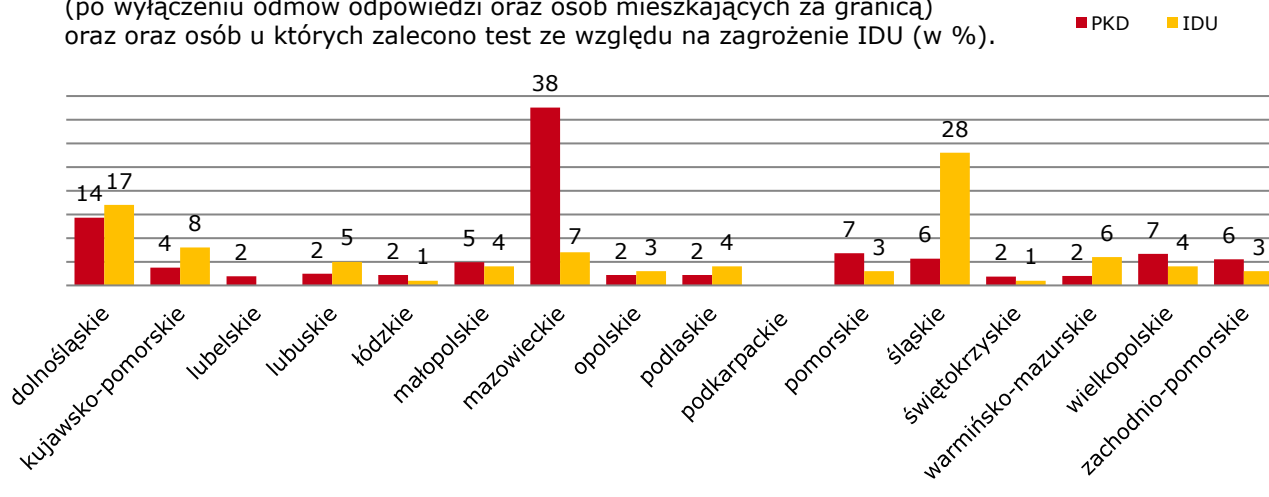
nadrepreszentacja mieszkańców województwa śląskiego, a niedoreprezentowane jest zaś województwo mazowieckie.

Zarówno wśród osób testujących się, jak i wśród osób, u których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU+SEX przeważają mieszkańcy miast (88%). Na taki efekt ma wpływ zarówno

Wykres 5. Miejsce zamieszkania osób zgłaszających się do PKD oraz osób u których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).



Wykres 4. Struktura miejsca zamieszkania osób zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) oraz osób u których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).



8.4. sytuacja / stan cywilny

Prawie dwie trzecie osób, w przypadku, których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU stanowią osoby pozostające w stanie wolnym.

Osób pozostających w związku (zarówno formalnym, jak i nieformalnym) jest o ponad połowę mniej. Mężczyźni nieznacznie przeważają pośród osób stanu wolnego.

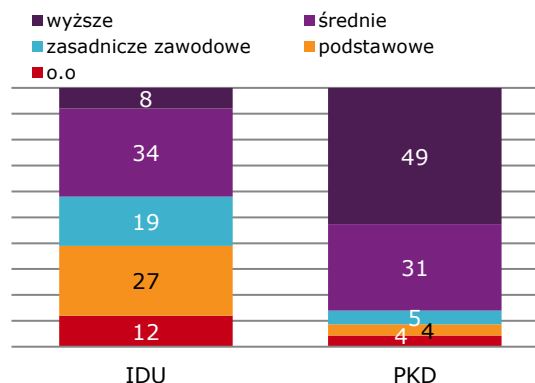
8.5. wykształcenie

Porównując wykształcenie osób, które zostały skierowane na test ze względu na zagrożenie IDU widać wyraźnie, iż są to głównie osoby z niższym wykształceniem.

Zdecydowanie więcej jest wśród nich osób z wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym, zaś prawie w ogóle nie ma wśród nich osób z wyższym wykształceniem.

Jest to cecha społeczno- demograficzna, która wskazuje na odmienność tej grupy zarówno od osób testujących się w ogólności, jak i generalnej populacji Polaków.

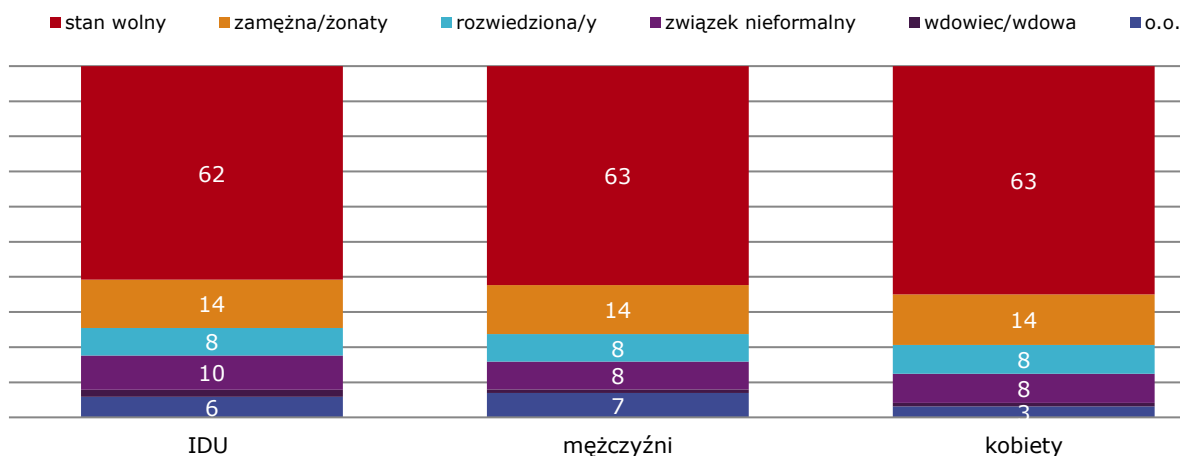
Wykres 7. Wykształcenie osób zgłaszających się do PKD oraz osób u których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).



8.6. sytuacja zawodowa

Zaledwie 25% osób zgłaszających się do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, których skierowano na badanie ze względu na zagrożenie IDU pracuje zawodowo. Wśród pozostałych osób jest bardzo dużo bezrobotnych oraz relatywnie duża liczba osób przechodzących leczenie odwykowe w którymś z ośrodków.

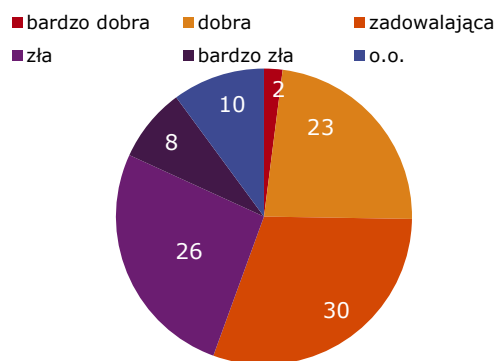
Wykres 6. Stan cywilny osób u których zalecono test ze względu na zagrożenie IDU ogółem i w podziale ze względu na płeć (w %).



8.7. subiektywna ocena sytuacji materialnej

Zaledwie 2% osób zgłaszających się do punktów PKD, których skierowano na test ze względu na zagrożenie IDU ocenia swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, zaś dalsze 23% jako dobrą. Jest to zdecydowanie gorsza percepcja niż w przypadku ogółu testujących, mogąca wynikać z braku pracy oraz przebywania w ośrodku odwykowym.

Wykres 8. Subiektywna ocena sytuacji materialnej osób, u których zlecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).

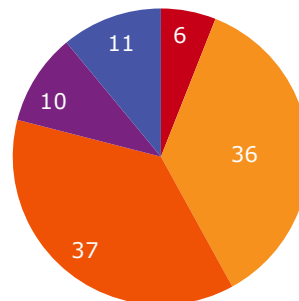


8.8. subiektywna ocena sytuacji stanu zdrowia

Zaledwie 6% osób, które zostały skierowane na test ze względu na zagrożenie IDU określiła swój stan zdrowia jako bardzo dobry, zaś ponad jedna trzecia jako dobry. Według 10% testujących się ich stan zdrowia jest zły.

Wykres 9. Subiektywna ocena zdrowia osób, u których zlecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).

■ bardzo dobry ■ dobry ■ średni ■ zły ■ o.o.



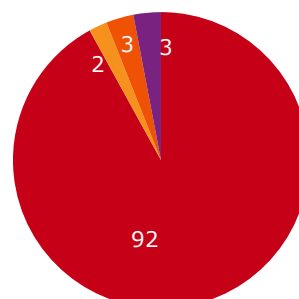
8.9. Orientacja seksualna

92% osób skierowanych na ponowny test ze względu na zagrożenie IDU to osoby heteroseksualne. 2% deklaruje swoją orientację jako homoseksualną, zaś 3% jako biseksualną.

W stosunku do ogółu osób testujących się w PKD widać wyraźną nadreprezentację osób heteroseksualnych oraz prawie zupełny brak osób o orientacji homoseksualnej.

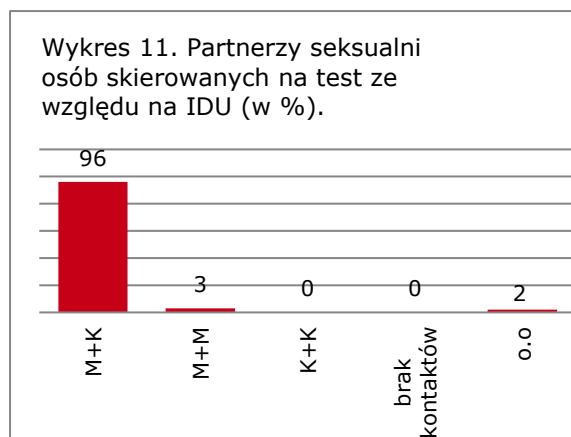
Wykres 10. Orientacja seksualna osób, u których zlecono test ze względu na zagrożenie IDU (w %).

■ Hetero ■ Homo ■ Bisex ■ o.o.

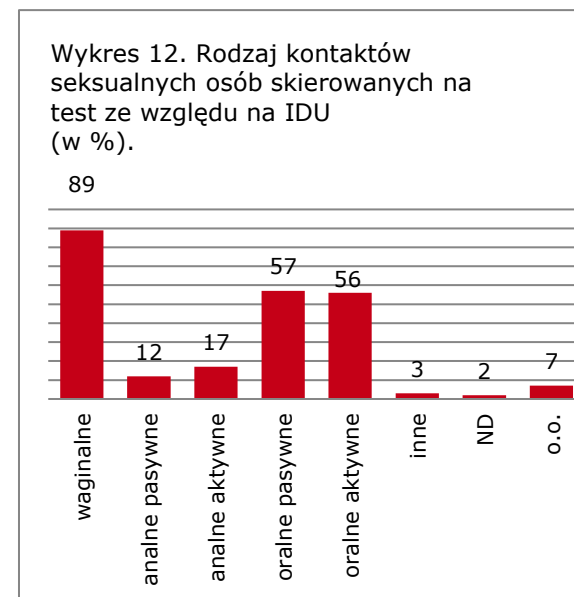


8.10. partnerzy seksualni

Orientacja seksualna w znacznym stopniu determinuje płciowość partnera badanych. Stąd największy odsetek osób miał doświadczenia seksualne M+K (96%).



waginalne (89%). Częściej, niż co druga osoba miała doświadczenia oralne (aktywne bądź pasywne).

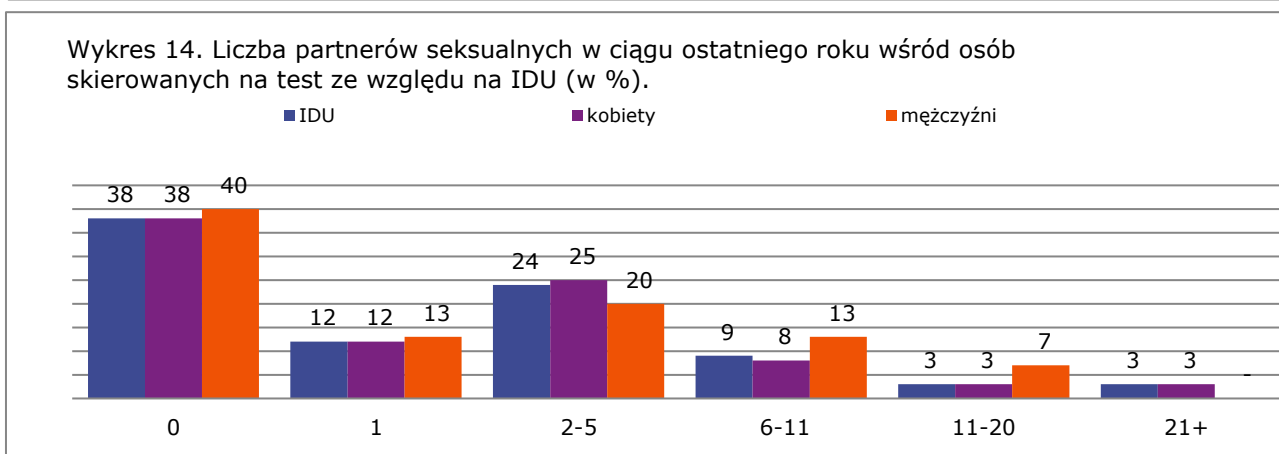
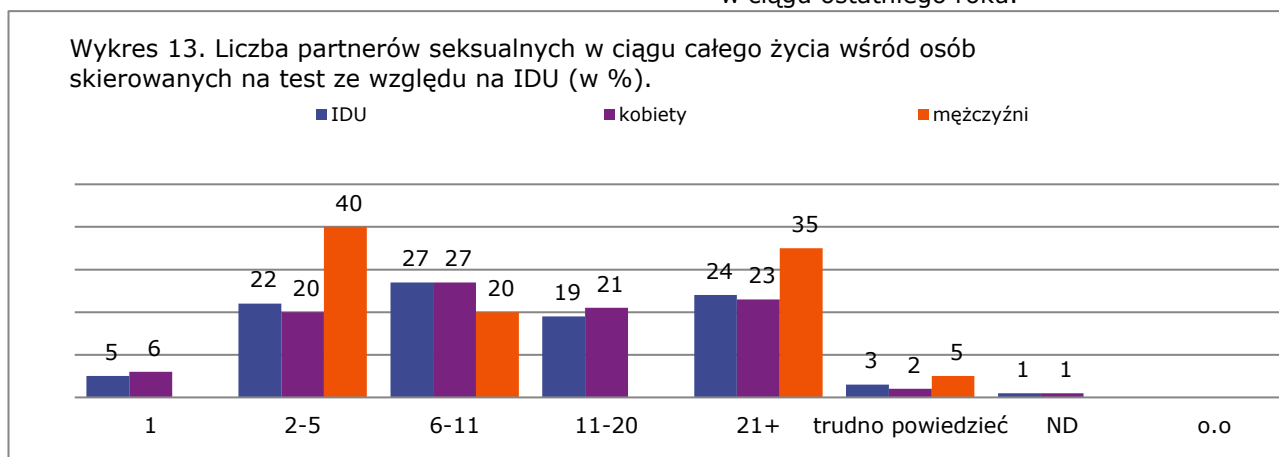


8.11. rodzaj kontaktów seksualnych

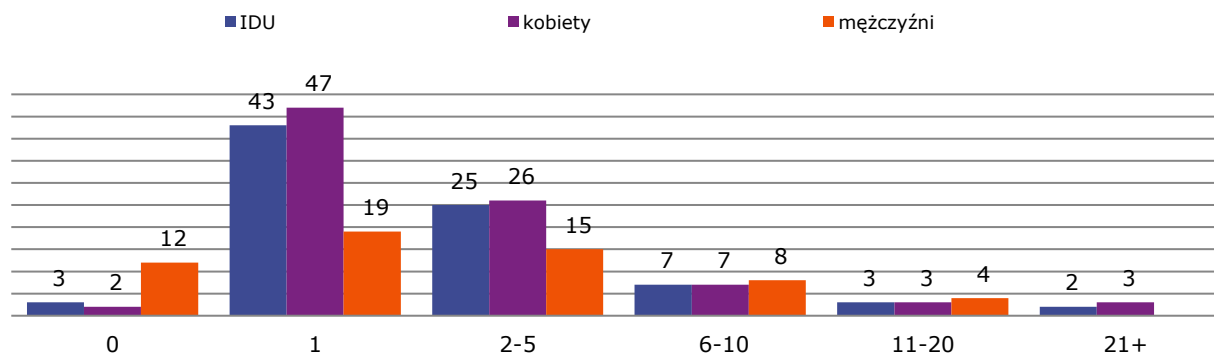
Osoby zgłaszające się do PKD preferują kontakty

8.12. liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku

Tylko 20% skierowanych na testy ze względu na IDU nie miało stałego partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku.



Wykres 15. Liczba stałych partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób skierowanych na test ze względu na IDU (w %).

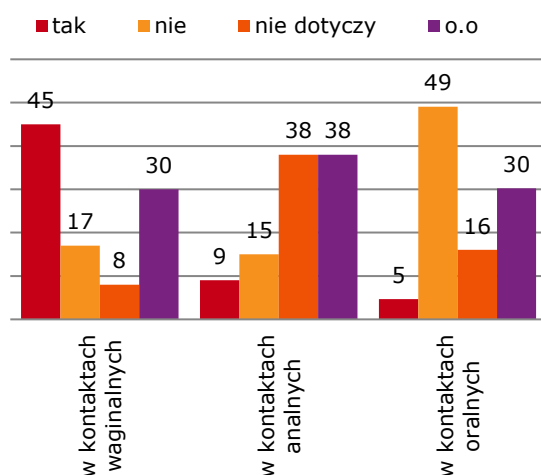


8.13. używanie prezerwatyw

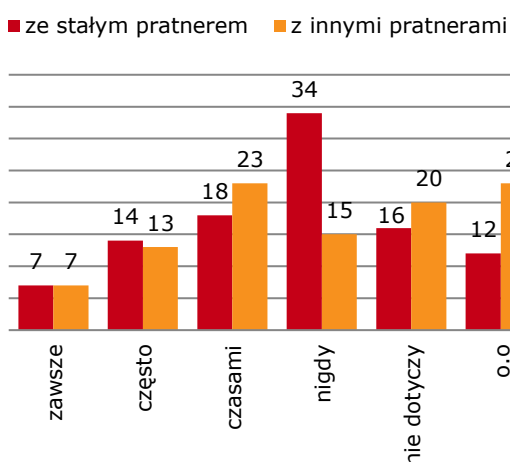
Osoby z grupy IDU mają tendencję stosowania prezerwatyw częściej w kontaktach waginalnych niż oralnych, czy analnych (45% vs. 5%, 9%), jak również poza stałymi związkami (analogicznie jak w generalnej populacji badających się w PKD).

40% badanych przyznało, że na pewno w czasie ich stosowania nie doszło do uszkodzenia prezerwatywy, zaś 15% osób przypomina sobie taką sytuację.

Wykres 16. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród osób skierowanych na test ze względu na IDU (w %).



Wykres 17. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród osób skierowanych na test ze względu na IDU (%).



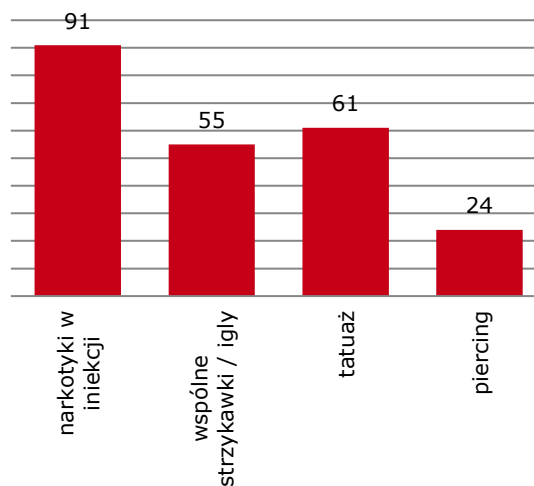
8.14. seks pod wpływem środków psychoaktywnych

Środki psychoaktywne mogą zaburzać prawidłowe oszacowanie zagrożenia i ryzyka zakażenia HIV. Inaczej niż wśród ogółu badanych do uprawiania seksu pod wpływem alkoholu, narkotyków czy też innych substancji przyznała się ponad połowa badanych.

8.15. wkłucia, kontakt z krwią, choroby przenoszone drogą płciową

Ze względu na przynależność do specyficznej grupy (zagrożenie IDU) odsetek osób, które korzystały kiedykolwiek z narkotyków w iniekcji oraz osób korzystających ze wspólnych strzykawek jest relatywnie wyższy niż w przypadku populacji generalnej osób testujących się w PKD i wynosi aż 55%.

Wykres 18. Wkłucia, kontakt z krwią wśród osób skierowanych na test ze względu na IDU (w %).



9. Charakterystyka mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami

W niniejszym rozdziale analizie poddano 3654 zestawów ankiet – wszystkich przekazanych przez Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne, w których na podstawie przeprowadzonego wywiadu stwierdzono, że testujący się mężczyzna miał kontakty seksualne z mężczyznami (niezależnie od zadeklarowanej orientacji seksualnej, choć 80% określa się mianem osób homoseksualnych; a 18% biseksualnych).

9.1. wiek

Rozkład wieku mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (M+M) jest przesunięty w kierunku grup młodszych w stosunku do rozkładu wieku wszystkich mężczyzn przychodzących do PKD. W grupie mężczyzn poniżej 25 roku życia widoczna jest przewaga się M+M, zaś powyżej 25 roku życia zmniejszona w stosunku do ogółu testujących się mężczyzn w PKD.

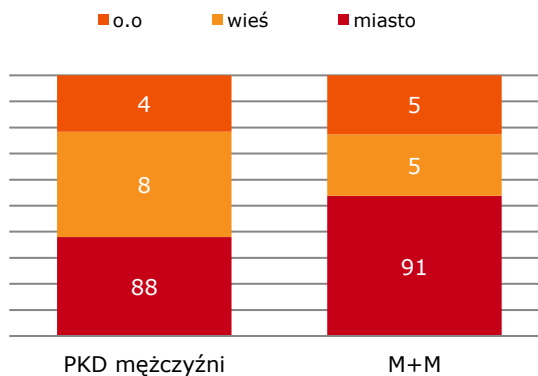
Przeciętny wiek testującego się mężczyzny M+M to prawie 28 lat. Najmłodszy testujący się M+M miał 15 lat, a najmłodszy chłopiec przychodzący do PKD – 6 lat), najstarszy 72 lata

9.2. miejsce zamieszkania

Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami to w zdecydowanej większości mieszkańcy miast (91%).

W przypadku województw rozkład jest zbliżony do rozkładu województw dla ogółu populacji mężczyzn testujących się w PKD. Różnicę (niewielką nadreprezentację) widać tylko w województwie mazowieckim.

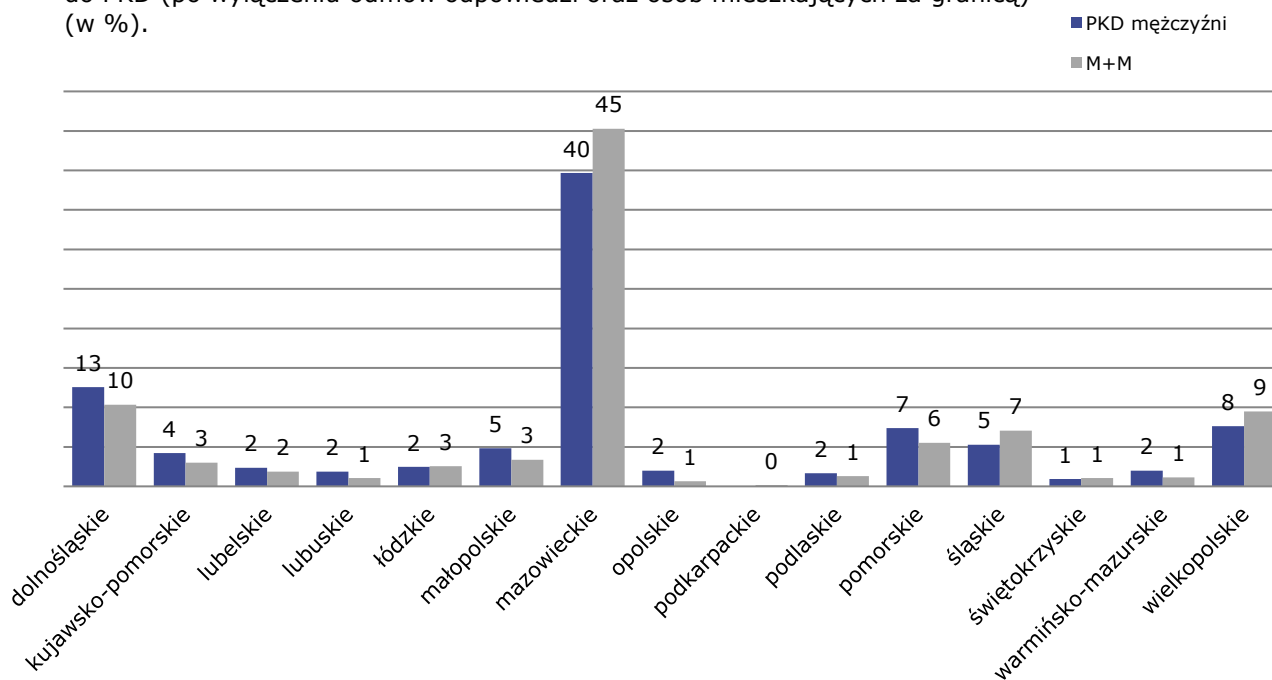
Wykres 1. Miejsce zamieszkania osób zgłaszających się do PKD oraz mieszkańców Polski.



Wykres 2. Rozkład wieku M+M na tle mężczyzn zgłaszających się na testy do PKD (w %).



Wykres 3. Struktura miejsca zamieszkania M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) (w %).

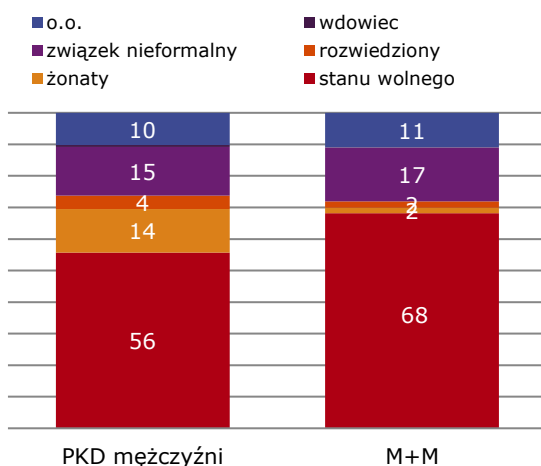


9.3. sytuacja / stan cywilny

Rozkład stanu cywilnego wśród ogółu mężczyzn testujących się w PKD i wśród M+M jest zbliżony. Wśród M+M jest nieco więcej osób pozostających w stanie wolnym.

W grupie M+M tylko 2% żyje obecnie w związku formalnym.

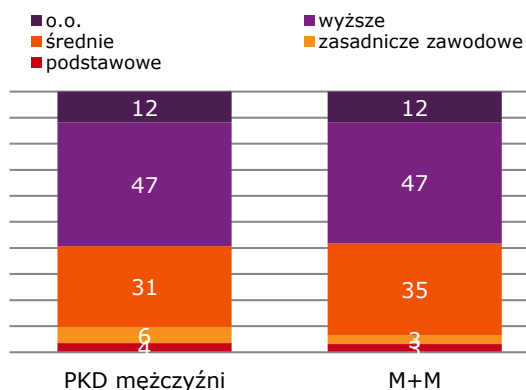
Wykres 4. Stan cywilny M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



9.4. wykształcenie

Struktura wykształcenie M+M jest taka sama jak wszystkich mężczyzn testujących się w PKD.

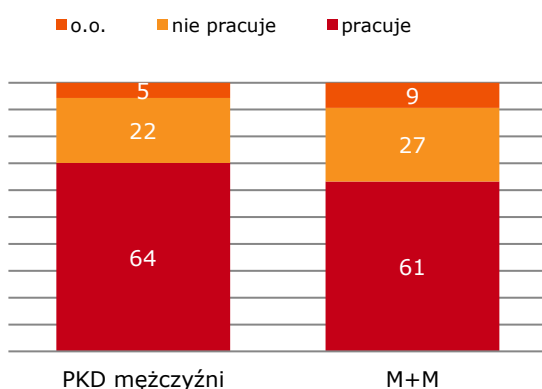
Wykres 5. Wykształcenie M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



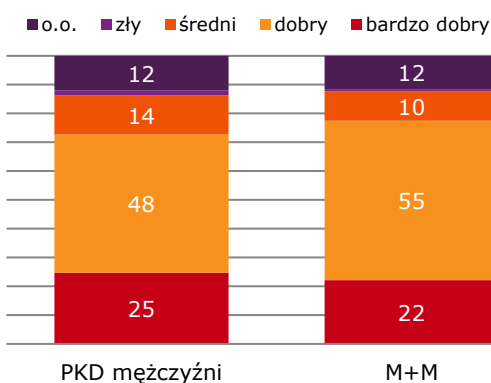
9.5. sytuacja zawodowa i subiektywna sytuacja materialna

Również sytuacja zawodowa M+M, jak również subiektywna percepcja własnej sytuacji materialnej jest analogiczna jak wśród ogółu mężczyzn testujących się w PKD.

Wykres 6. Sytuacja zawodowa M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD.



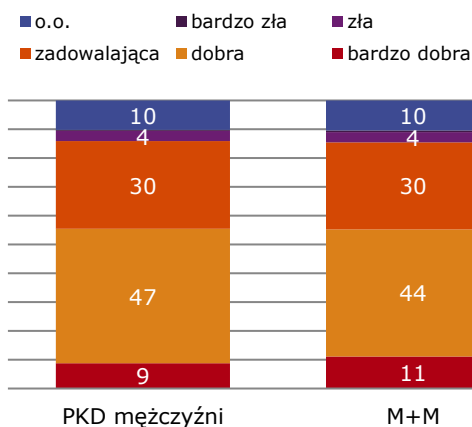
Wykres 7. Ocena zdrowia M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



9.6. subiektywna ocena sytuacji stanu zdrowia

M+M nieco gorzej oceniają swój stan zdrowia niż mężczyźni ogółem, nadal jednak jest „dobry”.

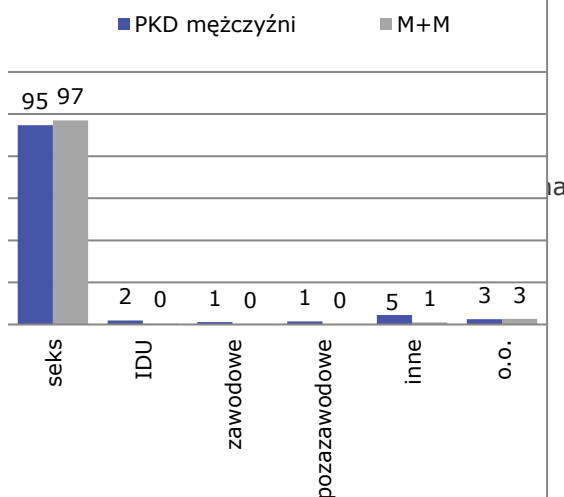
Wykres 8. Ocena sytuacji materialnej M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



9.7. Ryzykowne sytuacje w ocenie doradców PKD i powód zlecenia testu

W ocenie doradców PKD najważniejszym czynnikiem podwyższonego ryzyka zakażenia HIV zarówno wśród ogółu mężczyzn testujących się, jak również M+M jest seks (95%/97%).

Wykres 9. Ryzykowne sytuacje M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD w ocenie doradców (%).



partnerów seksualnych).

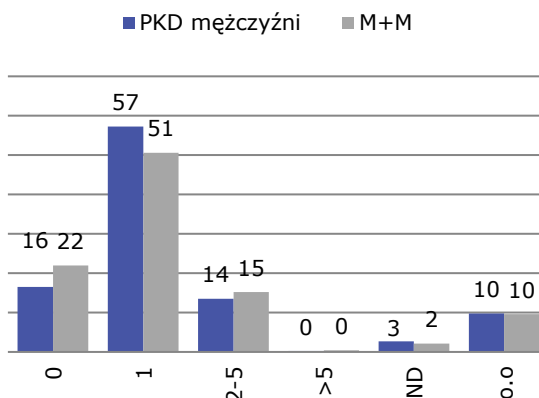
9.9. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku

Liczba stałych partnerów seksualnych mężczyzn testujących się w PKD i M+M w ciągu ostatniego roku jest zbliżona.

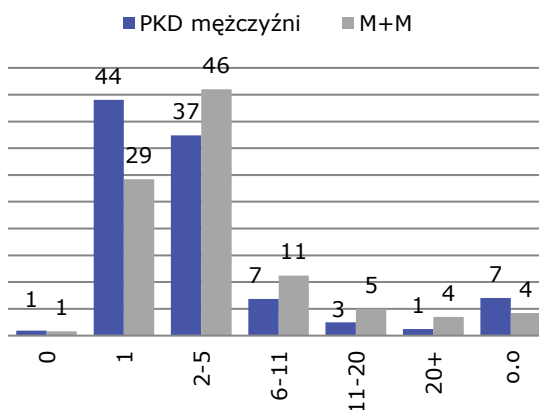
Jednak M+M posiadają ogólnie w ciągu roku (i w swym życiu) więcej partnerów seksualnych, niż „przeciętny” mężczyzna testujący się w PKD.

Wśród mężczyzn (niezależnie od ich orientacji) seks jest głównym źródłem zagrożenia zakażeniem HIV (wśród M+M jest on dodatkowo silniej związany z większą liczbą

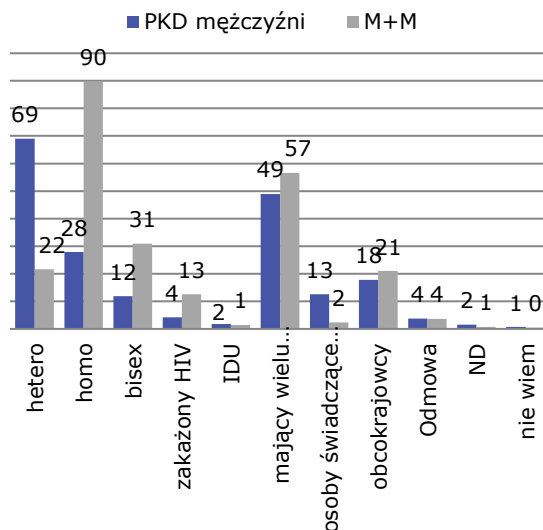
Wykres 10. Liczba partnerów stałych seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (%).



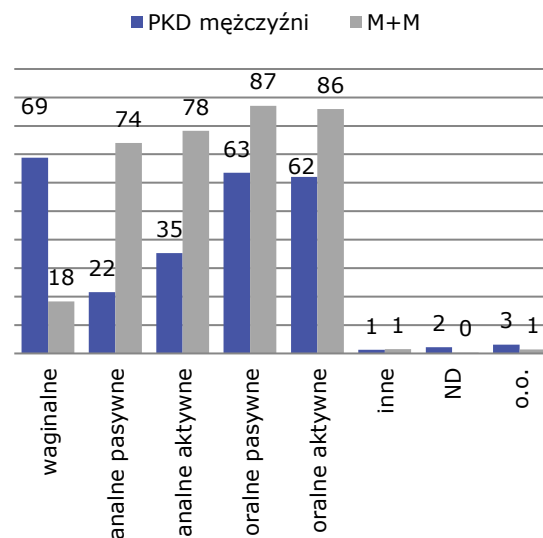
Wykres 11. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (%).



Wykres 12. Partnerzy seksualni wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (%).



Wykres 13. Rodzaj kontaktów seksualnych M+M na tle mężczyzn zgłaszających się do PKD (%).

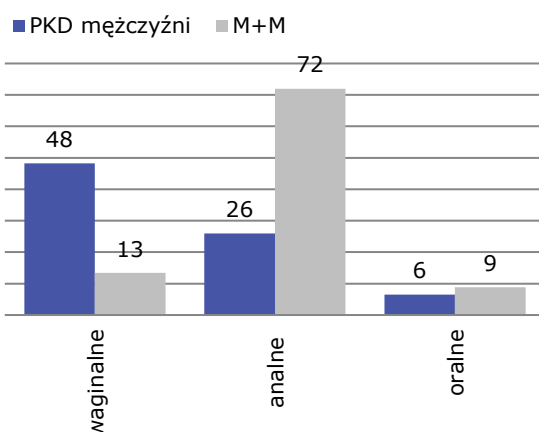


9.10. używanie prezerwatyw

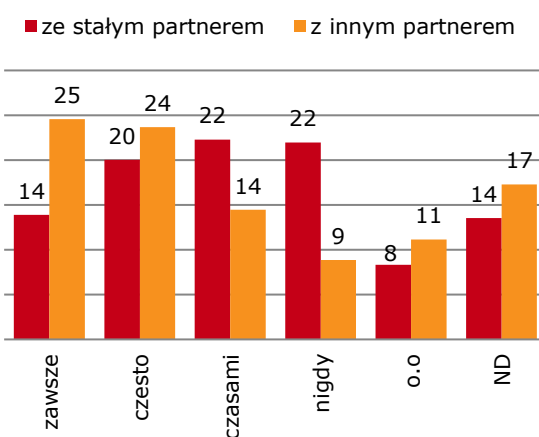
Używanie prezerwaty wśród M+M jest zdecydowanie wyższe niż wśród mężczyzn testujących się w PKD.

Analogicznie jak inne analizowane grupy w raporcie, prezerwatywę stosuje się rzadziej w kontaktach seksualnych ze stałym partnerem (niż „nie stałym”).

Wykres 14. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (%).



Wykres 15. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).

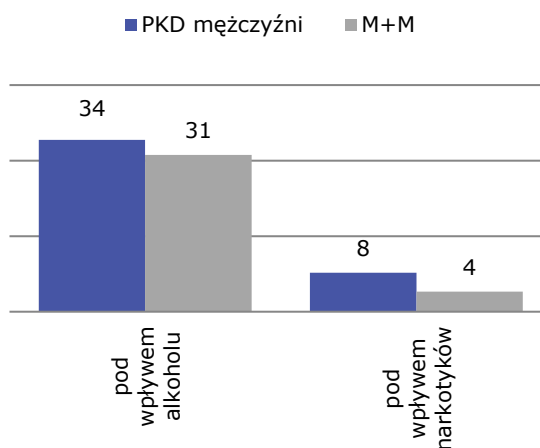


9.11. seks pod wpływem środków psychoaktywnych

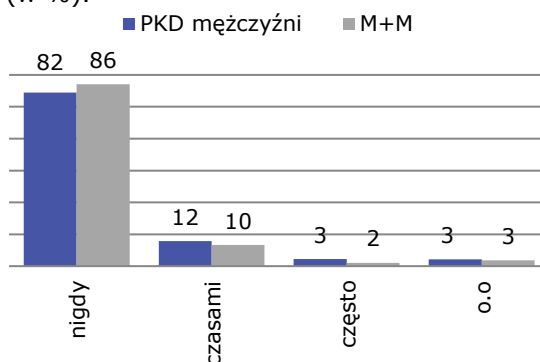
M+M rzadziej niż ogół mężczyzn testujących się w PKD przyznają się do uprawiania seksu pod wpływem alkoholu i narkotyków.

Generalnie też rzadziej zażywają narkotyki / środki psychoaktywne.

Wykres 16. Seks pod wpływem środków psychoaktywnych wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



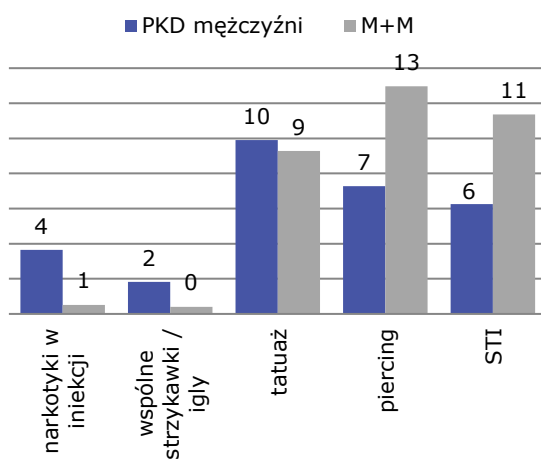
Wykres 17. Częstość używania narkotyków / środków psychoaktywnych wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



9.12. wkłucia, kontakt z krwią; choroby przenoszone drogą płciową

M+M zdecydowanie rzadziej wstrzykują narkotyki dożylnie (praktycznie nie istnieje tendencja do wspólnego używania igieł, strzykawek) niż przeciętni mężczyźni testujący się w PKD. Częściej natomiast są klientami wykonują piercing. Dwukrotnie częściej są również nosicielami chorób przenoszonych drogą płciową.

Wykres 18. Wkłucia, kontakt z krwią, STI wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).



9.13. testowanie się w kierunku HIV, zakażenia

68% M+M w przeszłości wykonywało sobie test na obecność wirusa HIV.

W zestawach przekazanych do KC AIDS przez PKD 199 mężczyzn, którzy mieli kontakty seksualne z mężczyznami, w jednym z testów uzyskało wynik dodatni (stanowi to 5% całej grupy M+M).

Wykres 19. Testowanie się w kierunku HIV w przeszłości wśród M+M i mężczyzn zgłaszających się do PKD (w %).

nie tak o.o.

