

RAPORT KOŃCOWY – Usługa wykonania analizy danych zbieranych w Punktach Konsultacyjno – Diagnostycznych (PKD)

PORÓWNANIE WYNIKÓW ZA LATA
2006-2015



RAPORT PRZYGOTOWANY DLA

Krajowego Centrum ds. AIDS

przez

Kantar Millward Brown

Warszawa, 16 grudnia 2016

SPIS TREŚCI

1. Streszczenie raportu i opis kluczowych wniosków	3
2. Wprowadzenie	5
3. Raport metodologiczny	10
3.1. Cel i przedmiot analiz	10
3.2. Uzasadnienie przyjętego schematu / zakresy analiz	11
3.3. Wykorzystane dane	12
3.4. Ocena porównywalności prób	17
4. Raport merytoryczny	19
4.1. Szczegółowa koncepcja analiz wraz z hipotezami	19
4.2. Prezentacja i interpretacja wyników badania w kontekście poszczególnych obszarów problemowych w perspektywie czasowej	21
4.2.1. Charakterystyka społeczno–demograficzna zbadanej populacji osób zgłaszających się do PKD na tle struktury demograficznej według danych GUS	31
4.2.2. Orientacja seksualna	35
4.2.3. Zachowania seksualne, w tym charakterystyka i analiza zachowań osób zakażonych HIV, MSM (mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami), IDU (osoby zażywające narkotyki drogą iniekcji)	50
4.2.4. Partnerzy seksualni	54
4.2.5. Wykonywanie testu w kierunku HIV	57
4.2.6. Specyfikacja powodu wykonania testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV	62
4.2.7. Wynik testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV	64
5. Wnioski z badania i prognozy dynamiki zjawisk	68
6. Aneks	68
6.1. Raport tabelaryczny z uwzględnieniem podstawowych charakterystyk społeczno demograficznych osób zgłaszających się do PKD	
6.2. Kosy SPSS	

I. STRESZCZENIE RAPORTU I OPIS KLUCZOWYCH WNIOSKÓW

Analiza danych zbieranych w PKD w okresie ostatnich 10 lat (2006-2015) pozwoliła scharakteryzować pacjentów odwiedzających PKD i jednocześnie opisać zmiany jakie dokonały się w tym czasie.

Obserwacje zmian demograficznych, kulturowych odwiedzających PKD wynikają z dwóch czynników.

Pierwszym z nich są zmiany demograficzne zachodzące w populacji Polaków.

Dane z ankiet zbieranych w PKD wykazały, że w naturalny sposób trendy te przeniosły się na odwiedzających PKD. W efekcie obserwujemy następujące zmiany w demografii pacjentów PKD:

- Kluczową grupę osób odwiedzających PKD stanowią osoby w wieku 20-39 lat. W czasie 10 lat wzrasta udział osób 30-39 lat kosztem osób młodszych, w wieku 20-29 lat. Jest to odpowiedź na trend wskazujący wyraźnie na starzenie się polskiego społeczeństwa
- Przesuwa się (podwyższa) wiek, w którym kobiety decydują się na urodzenie pierwszego dziecka. Znajdujemy odzwierciedlenie tego zjawiska także wśród osób zgłaszających się do PKD. Testy na obecność wirusa HIV realizuje coraz większa grupa kobiet w wieku 30-39 lat.
- Społeczeństwo polskie staje się coraz lepiej wykształcone. Odwiedzający PKD generalnie na tle populacji Polaków 18+ są osobami mającymi wyższy poziom wykształcenia. Dodatkowo w kolejnych latach objętych analizą (2006-2015) systematycznie rośnie udział osób z wyższym wykształceniem.
- Osoby z niskim poziomem wykształcenia są wyraźnie niedoreprezentowane wśród odwiedzających punkty PKD – dla tych osób (z pewnością również znajdujących się często w grupach ryzyka)

problem zakażenia wirusem HIV jest wciąż zbyt mało rozpoznawalny i nie jest postrzegany jako realne zagrożenie.

Drugim czynnikiem, który miał wpływ na zmiany w grupie osób odwiedzających rokrocznie PKD są **kampanie edukacyjne prowadzone przez Krajowe Centrum ds. AIDS**.

Każdorazowa kampania w istotny sposób wpływała na docelową grupę osób które przyszły do PKD aby wykonać test.

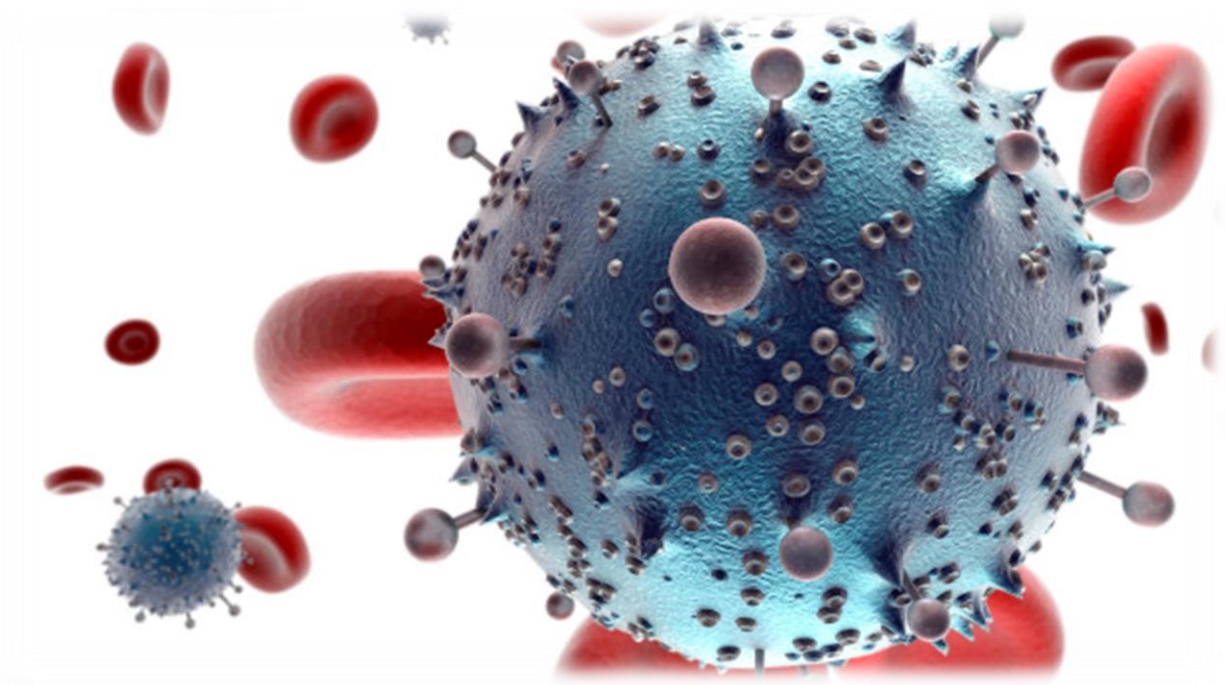
Najważniejsze obserwowane zmiany, które miały miejsce dzięki kampaniom realizowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS to:

- Wzrost liczby kobiet w ciąży, które przyszły na test. Największy pozytywny efekt miała kampania z roku 2009 – spowodowała że blisko 20% więcej kobiet przeprowadziło badanie na obecność wirusa HIV
- Wśród odwiedzających PKD wzrósł udział osób pozostających w związkach kosztem kawalerów/panien. Działania edukacyjne podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS przekonały wiele osób do brania odpowiedzialności za zdrowie swoje i partnera – przekonały je, że warto przyjść i zrobić badanie.
- Udało się wzbudzić zainteresowanie osób o odmiennych, niszowych orientacjach seksualnych, które jednocześnie znajdują się w największej grupie ryzyka zarażenia wirusem HIV. Kampania skierowana do mężczyzn MSM w roku 2010 odbiła się bardzo szerokim echem wśród docelowej grupy. Jednocześnie zapoczątkowała zmiany pod względem struktury orientacji seksualnych, partnerów, sposobów kontaktów seksualnych (na przykład wzrósł udział osób o orientacji homoseksualnej wśród ogółu odwiedzających PKD i w grupie MSM).
- Grupa MSM odnotowała największą wykrywalność zachorowań na HIV wśród wszystkich odwiedzających PKD. Zachęcenie tych osób do przychodzenia do PKD i systematyczne edukowanie przyniosło pozytywny efekt w postaci malejącego rokrocznie odsetka zakażeń HIV w tej grupie.

Analiza danych wykazała również na dużą potrzebę prowadzenia kampanii w okresach, w których w kraju odbywają się ważne imprezy i wydarzenia. Kampania Fair Play realizowana przy okazji Euro2012 uwrażliwiała Polaków na niebezpieczeństwo zakażenia i konieczność wykonania badania.

Generalnie działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS i PKD mają ogromne znaczenie w edukacji i profilaktyce zarażenia wirusem HIV wśród szerokiej populacji Polaków, w tym także w gronie osób znajdujących się w kluczowych grupach ryzyka, jak MSM czy IDU.

2. WPROWADZENIE



HIV czyli ludzki wirus niedoboru odporności. Atakuje limfocyty-T Pomocnicze, niszcząc układ immunologiczny organizmu.

Jeżeli choroba nie zostanie wykryta i prawidłowo leczona, nosiciel staje się bezbronny wobec infekcji i zakażeń, co w ostateczności prowadzi do śmierci.

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 października 2016 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) stwierdzono zakażenie HIV u 20.973 obywateli Polski i u osób innego obywatelstwa przebywających na terenie Polski.

Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej 6.273 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 1.568 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 2.983 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 3.425 zachorowań na AIDS; 1.354 chorych zmarło (źródło PZH).

W październiku 2016 r. zarejestrowano w Polsce 136 nowo wykrytych zakażeń HIV, 12 zachorowań na AIDS oraz 5 zgonów osób chorych na AIDS (źródło PZH).

Krajowe Centrum ds. AIDS to agenda działająca w imieniu Ministra Zdrowia od 1993 r.

Misja Krajowego Centrum ds. AIDS to koordynowanie zadań mających na celu zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS.

Jednym z ważniejszych narzędzi pozwalających na jej realizację było stworzenie a następnie wspieranie Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych.

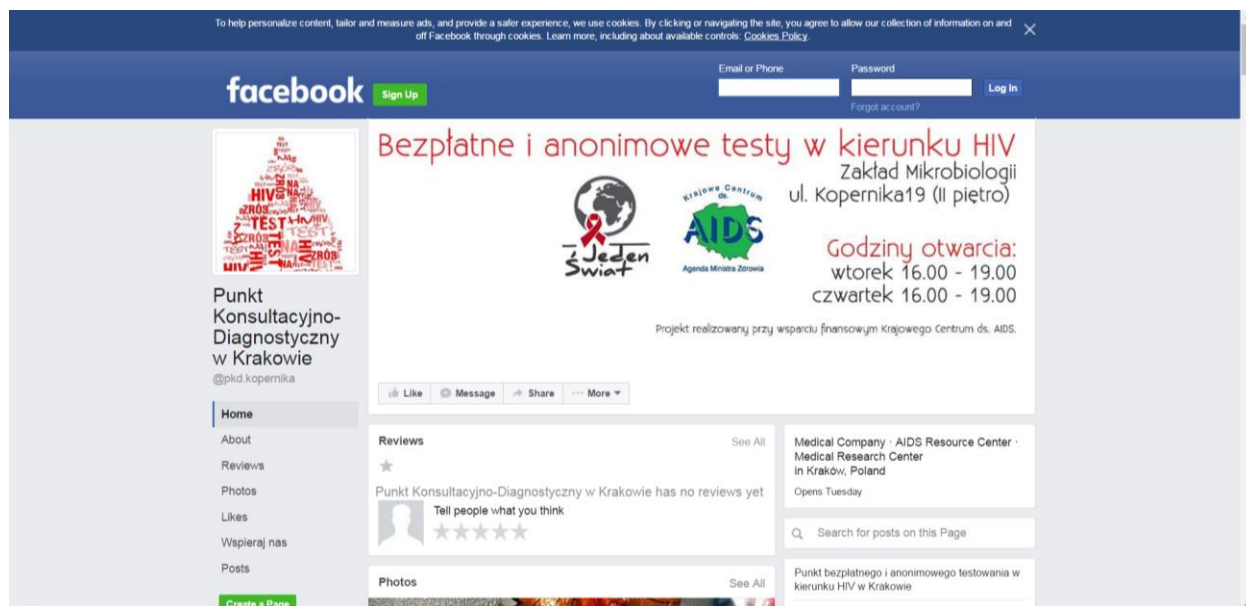
Osoby odwiedzające Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne w celu przeprowadzenia testu HIV są proszone o wypełnienie anonimowej ankiety, której wyniki pozwalają na dokładne opisanie profilu społeczno-demograficznego pacjentów.

Dzięki analizie wyników ankiet Krajowe Centrum ds. AIDS może śledzić trendy demograficzne aby jak najskuteczniej docierać z informacjami do osób z grup podwyższonego ryzyka.

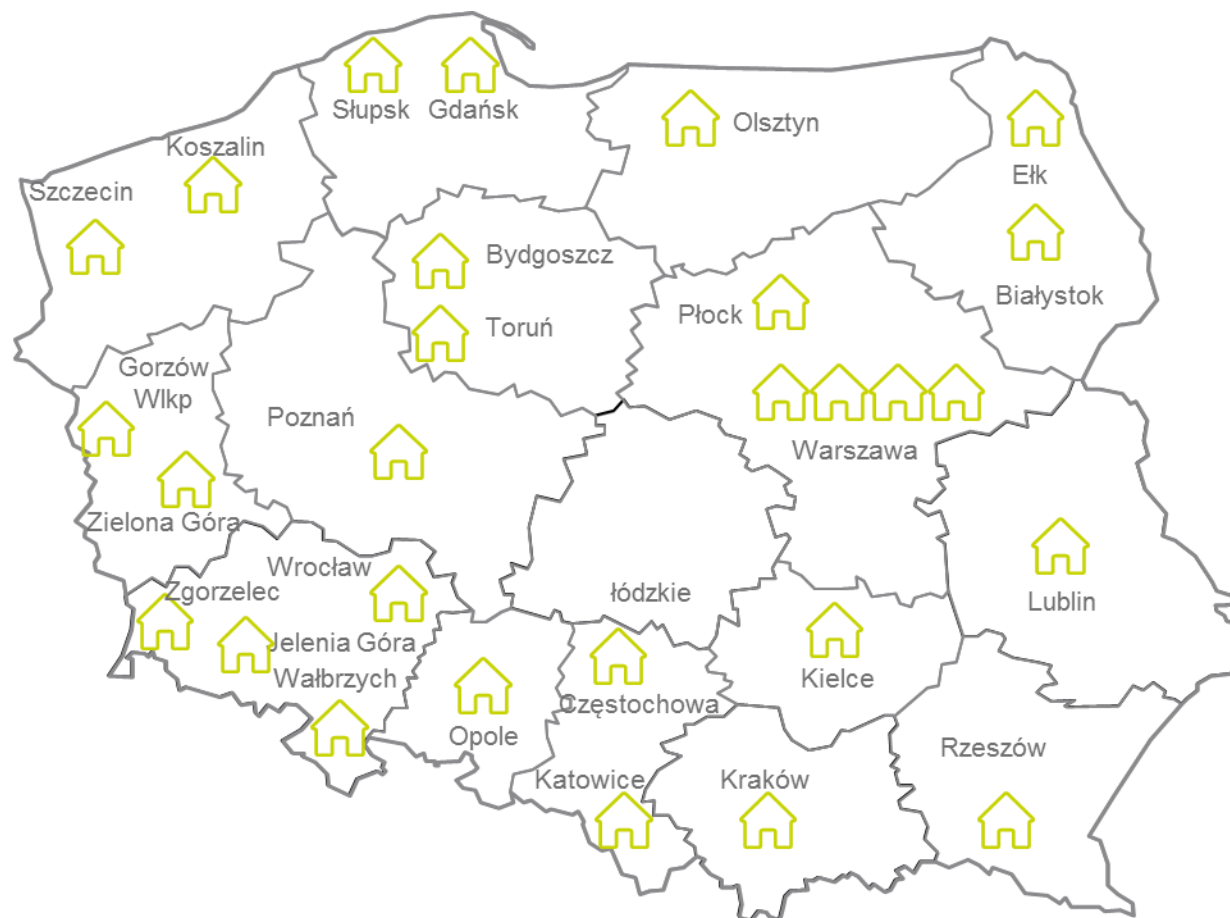
Jednocześnie Krajowe Centrum ds. AIDS dysponuje jak najbardziej dopasowanymi do profilu pacjentów narzędziami które pomagają

przygotować pomoc dla osób z wynikiem pozytywnym (pomoc w zakresie psychologicznym, medycznym oraz socjalnym).

Na terenie Polski obecnie funkcjonują 32 Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne. Poniżej pokazano przykładowe punkty PKD.







Mapa obrazuje rozmieszczenie Punktów Diagnostyczno-Konsultacyjnych na terenie Polski. Obecnie brak jest PKD w województwie łódzkim. W pozostałych województwach znajduje się przynajmniej 1 siedziba PKD.

3. RAPORT METODOLOGICZNY

3.1. CEL I PRZEDMIOT ANALIZ

Zasadniczym celem raportu jest analiza trendowa wyników z ankiet realizowanych w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych w latach 2006-2015.

Szczegółowe cele obejmują następujące obszary tematyczne:

1. Charakterystyka społeczno–demograficzna zbadanej populacji osób zgłaszających się do PKD na tle struktury demograficznej Polaków 18+ według danych GUS
2. Orientacja seksualna
3. Zachowania seksualne
4. Partnerzy seksualni
5. Wykonywanie testu w kierunku HIV
6. Specyfikacja powodu wykonania testu w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV
7. Wynik testu w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV

Analizy obejmą zróżnicowania ze względu na cechy społeczno – demograficzne ankietowanych.

Dodatkowe charakterystyki społeczno-demograficzne oraz analizy zachowań seksualnych zostaną przygotowane dla podgrup:

- Osoby zakażone HIV
- Mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM)
- Osoby przyjmujące środki psychoaktywne drogą iniekcji

Analizy powyższych podgrup będą uwzględniały charakterystyki społeczno-demograficzne, dane o liczbie partnerów seksualnych, rodzaju kontaktów seksualnych i stosowanych form zabezpieczeń, a także analizy dotyczące współużytkowania środków psychoaktywnych.

W zbiorach danych przekazanych do analizy porównawczej nie ma wyników dla nadreprezentacji osób HIV+. W związku z tym analizy dla tej podgrupy są ograniczone, ze względu na niską podstawę.

3.2. UZASADNIENIE PRZYJĘTEGO SCHEMATU ANALIZ

W poniższym raporcie znajdują się wyniki ankiet zbierane w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych i przekazywane do Krajowego Centrum ds. AIDS w czasie ostatnich 10 lat (analiza za lata 2006-2015).

Wyniki w części raportu porównywane są do danych GUS i danych Państwowej Inspekcji Higieny.

W kwestionariuszach znajduje się wiele braków danych (wywiad jest anonimowy). W celu uzyskania większej przejrzystości danych i łatwości śledzenia trendów wyniki zostały przeprocentowane tak, aby wykluczyć braki danych.

Porównywalność wyników w kolejnych latach w niektórych przypadkach nie jest możliwa z trzech powodów:

- braku danych w bazach przekazanych do łączenia zbiorów i dalszej analizy
- niskich liczebności (np. dla grup wiekowych 18-19)
- zmian dokonywanych w kwestionariuszach w kolejnych latach – liczba partnerów – do roku 2009 pytanie otwarte, następnie na skali/ prezerwatywa - do 2007 roku pytanie dotyczyło stosowania w ogóle. W 2007 rozdzielono na typ partnera (3 stopniowa skala). W 2008 zmieniona skala (4 stopniowa skala). W 2012 rozdzielono pytanie ze względu na rodzaj kontaktu (waginalny, oralny, analny). Zmiana kafeterii pytania o powód wykonania testu w roku 2015 uniemożliwia porównanie vs. lata pozostałe.

3.3. WYKORZYSTANE DANE I OPIS METODOLOGICZNY

Do analizy wykorzystano bazy danych przekazane przez klienta z lat 2006 oraz 2008 do 2015. Dane zawarte w oddzielnych bazach zostały zintegrowane przez wykonawcę w zakresie na jaki dane otrzymane pozwalały. Połączone dane zostały wykorzystane do analiz i raportu.

Jakość danych źródłowych stanowiła utrudnienie przy łączeniu poszczególnych baz. Już przy samej identyfikacji zbiorów do odpowiednich roczników przeprowadzonego badania wystąpiło wiele problemów. Nazewnictwo plików, brak zmiennej informującej o przynależności danej bazy do odpowiedniego rocznika utrudniło wstępne prace na zbiorach.

Dokonana walidacja zbiorów przeznaczonych do integracji wykazała duże różnice w zbiorach. W celu integracji poszczególnych zmiennych należy ujednolicić trzy płaszczyzny każdej zmiennej:

- Nazwę
- Format
- Opisy i kodowanie

Większość zmiennych wykazywała różnice na tych płaszczyznach. By dokonać integracji należało te zmienne ujednolicić. Przykładem jest tutaj zmienna PLEC (płeć respondenta). W przekroju wszystkich baz mieliśmy do czynienia ze zmienną o różnym nazewnictwie (PLEC, AAPLEC), o różnym formatowaniu (zmienna numeryczna lub tekstowa) i różnorodnym kodowaniu i opisie (tekstowe kodowanie „M” lub „K”, numeryczne 1-Kobieta, lub 2-kobieta).

Zidentyfikowano niekiedy błędy w opisach zmiennych. Na przykład zmienna Status rodzinny zawierała w niektórych rocznikach błąd w postaci

opisu wartości - zamiast związku nieformalnego istniał opis związek formalny.

Ogólny obraz ankiety na której przeprowadzany był wywiad z respondentem, lub respondent sam wypełniał daną ankietę, nie zmienił się. Natomiast sposób zadawania pytań, kształt niektórych kafeterii zmieniał się. Pojawiały się pytania i znikaly. Ten element wydaje się mieć niewielkie znaczenie. Jednakże metodologicznie nie należy porównywać pytań gdy zmienił się ich format, sposób zadawania czy wygląd kafeterii. Dane nie będą integralne. Analizy na tego typu danych są często utrudnione.

Zmiana sposobu kodowania, rozszerzenie lub pogłębienie danego pytania, powoduje powstanie zmiennych, które trudno integrować. Przykładem tutaj są zmienne o używanie prezerwatyw. Zmiana sposobu zadawania całego bloku pytań o prezerwatywy w 2015 roku, ich nieco odmienny sens utrudnia znacząco porównanie odpowiedzi z nich uzyskanych.

Różny sposób zadawania pytań oraz przygotowywanie zbiorów danych przez różne agencje badawcze spowodowały istotną różnorodność powstałych zmiennych w bazach (różne nazewnictwo i sposób kodowania zmiennych).

Po ocenie jakości zbiorów zaproponowany sposób przeprowadzenia integracji zbiorów został skorygowany.

Wykonawca proponował integrację zbiorów do ostatniego otrzymanego rocznika bazy (w tym przypadku baza za rok 2015). Analiza danych spowodowała jednak odstępianie od tego rozwiązania. Baza za rok 2015 znacząco różni się od baz z pozostałych lat – brakuje danych dla wielu pytań – na przykład pytania o wykształcenie, status rodziny, ocena sytuacji materialnej, ocena stanu zdrowia, zmiana kafeterii pytań – na przykład pytanie o powody wykonania testy na obecność HIV .

Kolejny etap analizy to odnalezienie najbardziej uniwersalnej bazy, którą wykonawca mógł potraktować jako strukturę bazy końcowej.

Wykonawca dążąc do jak najlepszego rozwiązania uznał, iż należy stworzyć strukturę ogólną, niezależną od danych otrzymanych. Konwersja danych na format którejkolwiek z otrzymanych baz obarczony był dużym ryzykiem niepowodzenia, oraz generował zbyt dużą ilość problemów.. Zmiana sposobu podejścia do baz znacząco poprawiła pracę nad zbiorami.

Wykonawca stworzył strukturę bazy podzieloną według bloków pytań, nadając zmiennym unikalne i identyfikujące nazwy. Wykonawca dodał opisy zmiennych i wartości zgodnie z zasadami języka polskiego. Do takiej struktury każda z baz została podłączona.

Wszystkie procesy prowadzące do integracji zbiorów ze strukturą zostały spisane w kodzie SPSS, tak aby wszelkie czynności stały się powtarzalne. Kody SPSS załączone są w aneksie.

Wszelkie różnice w ustawieniach zmiennych pomiędzy łączonymi plikami zostały zlikwidowane. Zmiana ustawień plików dotyczyła każdego zbioru przeznaczonego do podłączenia. Jeżeli w plikach dołączanych znajdowały się zmienne, które nie zostały zidentyfikowane zostały one odrzucone. Jakość tych zmiennych nie pozwalała na jasną interpretację zawartych w nich danych, co spowodowałoby nieuzasadniony wzrost ilości zmiennych.

W celu identyfikacji rekordów w połączonym zbiorze, nadany został unikan, uniwersalny numer identyfikacyjny. Numer identyfikacyjny został połączony z datą danej bazy (rok). Dzięki temu zabiegowi można identyfikować poszczególne rekordy zarówno na poziomie całej bazy jak i w poszczególnych rocznikach.

Znacząco odbiegający od siebie kształt baz, zmiennych, kolejność i układ w bazach ograniczył możliwość integracji zbiorów do wspólnego formatu. W niektórych elementach integracja ta była niemożliwa. Metodologicznie niemożliwe jest łączenie zmiennych, które różnią się między sobą w istotnych elementach (treść zadanego pytania, przeformatowane pytania na inny układ pomiędzy różnymi falami). Dlatego wiele zmiennych wymagało zastosowania analizy logicznej tak aby integracja tych zmiennych była możliwa.

Zmienne w bazach wielokrotnie opisane zostały w sposób niejednoznaczny (POWTORZ; KRWIODA). Wielość zmiennych o podobnym brzmieniu i różnych częstościach komplikowało analizę zmiennych.

Charakterystyka logiczna niektórych bloków pod względem filtrów nie była jednorodna. Przykładowo Baza z 2013 roku jako opis „nie dotyczy” uznawana była wartość 10, w bazie z 2010 roku wartość nie dotyczy przyjmuje kod 99, a w innej bazie z roku 2006 czy z 2008 brak jakiegokolwiek opisu.

Wykonawca w celu precyzyjnego połączenia baz stosował równoczesną analizę danych zawartych w dostarczonych przez Zamawiającego raportach. Dane w raportach często pozwalały na eliminację wątpliwości w zmiennych, których integracja nie była jednoznaczna.

Bazy zawierały zmienne istotne do szczegółowych analiz i przecięć pomiędzy poszczególnymi zmiennymi, które były tworzone oddzielnie dla każdego roku (różne nazwy, różne agencje, inny sposób zapisu i nazewnictwa). Każdy z wykonawców poszczególnych baz na pewno kierował się istotą badania i zmienne te były istotne dla procesu analitycznego danego wykonawcy. Wykonawca bazy zbiorczej nie mógł dokładnie odwzorować sposobu myślenia swoich poprzedników. Niemniej jednak dołożono wszelkich starań aby maksymalnie wykorzystać dane z każdego rocznika.

Należy również zwrócić uwagę, iż ankiety samowypełnialne, w formacie graficznym (boxy do zaznaczania) są najlepszą metodą uzyskania danych o cechach osobistych i intymnych respondenta, ale jednocześnie obarczone są dużą skalą błędów. Wielość etapów na drodze respondent – Zamawiający powoduje straty na poziomie danych (braki danych, nietypowe przeliczanie zmiennych, indywidualne decyzje twórców raportu poszczególnych baz).

Wykonawca rekomenduje dostosowanie przyszłych fal do zaproponowanej struktury danych, oraz bazowanie w przyszłości wyłącznie na zaproponowanych nazwach zmiennych. Zaleca się również kontrolowane modyfikowanie kwestionariusza w powiązaniu z zaproponowanym formatem danych i poprzednimi edycjami badania. Uniwersalność zaproponowanego formatu i jego powtarzalna aplikacja pozwoli w przyszłości kolejnym wykonawcom na sprawne przygotowanie lub dołączenie danych z kolejnej fali badania.

3.4. OCENA PORÓWNYWALNOŚCI PRÓB

Próby we wszystkich rocznikach baz były wylosowane według podobnego schematu. Wykonawcy poszczególnych raportów dobrali bazy w sposób losowy stosując tę samą definicję warstw.

Podstawą było wyróżnienie czterech istotnych warstw:

1. osoby, u których wykryto zakażenie HIV
2. mężczyźni, którzy zadeklarowali kontakty seksualne z mężczyznami
3. osoby, które stosowały środki psychoaktywne drogą iniekcji
4. osoby będące w przedziale wiekowym 50 lat i więcej

Dodatkowo wykonawcy dokonywali analizy respondentów, którzy dobrani zostali losowo spośród wszystkich, którzy wypełnili ankiety w PKD (dobór próby losowo-warstwowy), w tym także z czterech wyżej wymienionych grup respondentów.

Dane z rocznika 2015 wykonawca otrzymał nielosowane (pełna baza wszystkich ankiet we wszystkich PKD N= 29091). Reprezentatywna próba została wylosowania analogicznie jak w roku 2014.

Liczebności prób nie kształtowały się na tym samym poziomie. W poszczególnych latach wielkości prób wyniosły:

2006 r. – 1000 osób

2008 r. – 1000 osób

2009 r. – 1000 osób

2010 r. – 1001 osób

2011 r. – 1501 osób

2012 r. – 1500 osób

2013 r. – 1023 osoby

2014 r. – 1031 osób

2015 r. – 1000 osób

Wylosowane próby w 2011 i 2012 roku znacząco odbiegają od liczebności losowanych prób reprezentatywnych w innych latach. Z racji zastosowania usystematyzowanego warstwowania oraz losowania według struktury PKD przez wszystkie lata, różnica w liczebnościach tych dwóch roczników w stosunku do pozostałych nie miała wpływu na analizę danych.

Łączenie poszczególnych prób oraz identyfikacja ewentualnych rozbieżności została przeprowadzona bez większych problemów. Jak już wspomniano powyżej baza z roku 2015 wymagała wylosowania próby i odseparowania wylosowanych rekordów. Poszczególne bazy zawierały zmienne identyfikujące dobraną próbę, dzięki czemu wyselekcjonowanie prób zostało wykonane. Jedynie w jednym przypadku stwierdzono trudności w porównaniu bazy z pozostałymi danymi na poziomie losowanych prób. Baza z 2006 roku zawiera 1088 przypadków, a według raportu z 2006 roku, próba wynosiła 1000 sztuk. W wyniku pogłębionej analizy danych udało się ustalić, iż różnica rekordów to nadreprezentacja, która była niezbędna do dalszych analiz.

4. RAPORT MERYTORYCZNY

4.1. SZCZEGÓŁOWA KONCEPCJA ANALIZ WRAZ Z HIPOTEZAMI

Charakterystyka demograficzna osób zgłaszających się co roku do PKD różni się na tle ogółu populacji Polaków.

Jednocześnie wiemy na podstawie danych GUS, że polskie społeczeństwo zmienia się – przybywa osób starszych, lepiej wykształconych, rodzi się mniej dzieci, przesuwają się wieki w którym kobiety decydują się na urodzenie dziecka, etc.

Zakładamy jednak, że pomimo odmiennych cech demograficznych w grupie odwiedzających PKD znajdziemy odzwierciedlenie zmian jakie zachodzą wśród ogółu Polaków.

Szczegółowo sprawdzimy czy:

- zmienia się wiek odwiedzających PKD
- przesuwają się wieki kobiet w ciąży, które przychodzą do PKD
- wśród odwiedzających PKD rośnie udział osób z wyższym wykształceniem



Rokrocznie Krajowe Centrum ds. AIDS organizuje kampanie edukacyjne kierowane do różnych grup odbiorców.

Warto podkreślić, że odbiorcami nie są tylko osoby należące do głównych grup ryzyka jak IDU, MSM, homo, biseksualiści. Celem tych działań jest szerzenie wiedzy wśród jak największej liczby odbiorców.

W raporcie postaramy się ocenić skuteczność tych działań i jednocześnie wskażemy na potencjalnie atrakcyjne kierunki dla kolejnych kampanii.

Szczegółowo sprawdzimy czy:

- kampanie zachęcają kobiety w ciąży do przyścia do PKD i wykonania testu
- kampanie przekonują o tym, że warto dbać o siebie i partnera – wspólnie przyść do PKD i wykonać test
- kampanie otwierają osoby o odmiennej orientacji seksualnej do przyścia do PKD i wykonania testu
- kampanie są potrzebne w czasie szczególnych wydarzeń w kraju, jak na przykład Euro 2012



W raporcie sprawdzimy czy działania edukacyjne prowadzone przez Krajowe Centrum ds. AIDS wspólnie z oddziałami PKD mają wpływ na wybór partnerów, rodzaj kontaktów seksualnych.

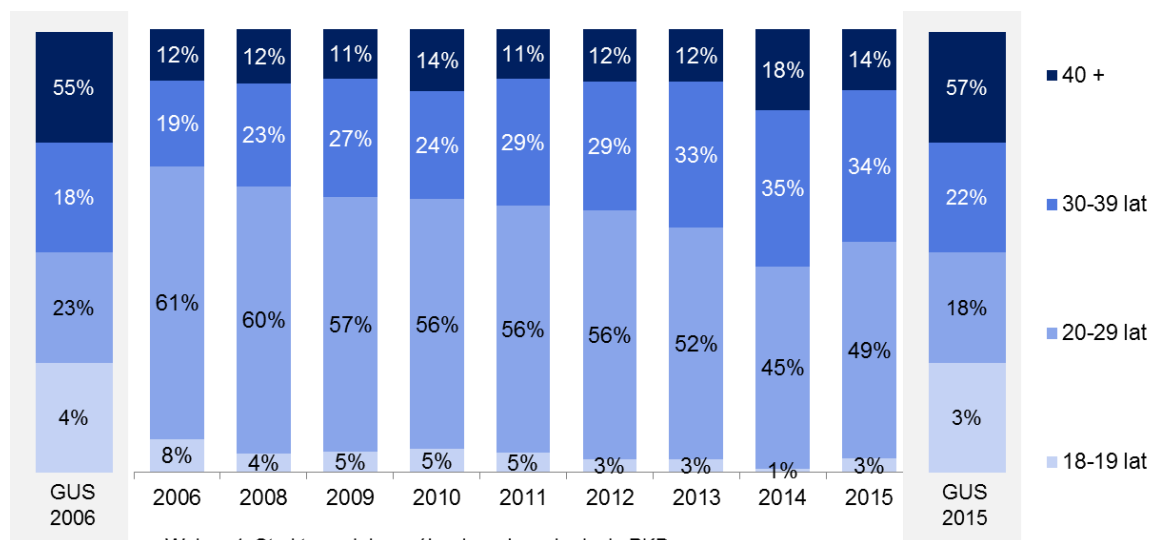
Wskażemy również jakie są zasadnicze różnice między poszczególnymi grupami ryzyka zakażenia HIV odwiedzającymi PKD, a także jakie są główne powody przeprowadzania testu przez poszczególne środowiska. Opis ten będzie wskazówką do przygotowania efektywnej i skutecznej komunikacji dla tych osób.



4.2. PREZENTACJA I INTERPRETACJA WYNIKÓW BADANIA W KONTEKŚCIE POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW PROBLEMOWYCH W PERSPEKTYWIE CZASOWEJ

4.2.1. Charakterystyka społeczno–demograficzna zbadanej populacji osób zgłaszających się do PKD na tle struktury demograficznej Polaków 18+ według danych GUS

Obserwowane zmiany w strukturze demograficznej osób zgłaszających się do PKD są spójne z trendami jakie zachodzą w polskim społeczeństwie – przesuwa się wiek w którym zakładane są rodziny i rodzą się dzieci, społeczeństwo jest coraz lepiej wykształcone:



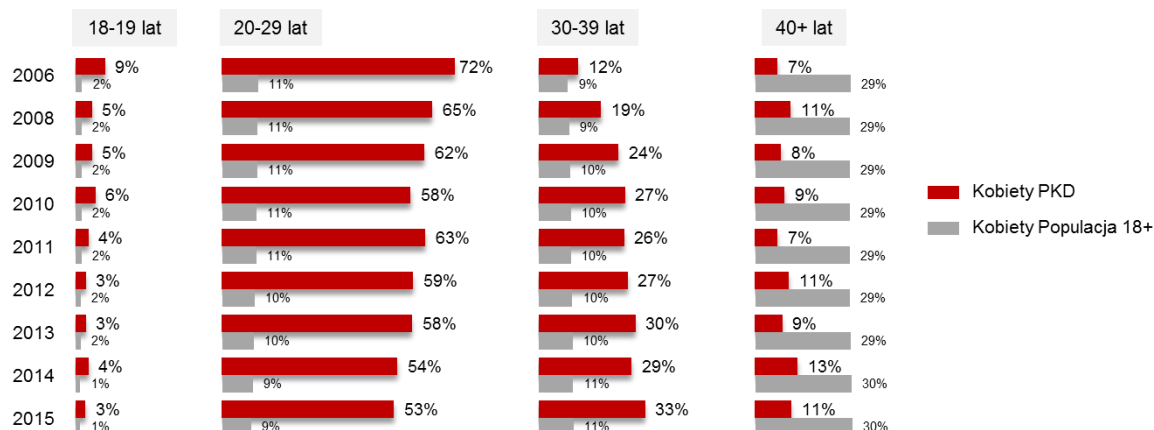
Wykres 1. Struktura wieku osób zgłaszających się do PKD

Do PKD zgłaszają się przede wszystkim osoby w wieku 20-39 lat – to blisko 80% pacjentów PKD w całej Polsce.

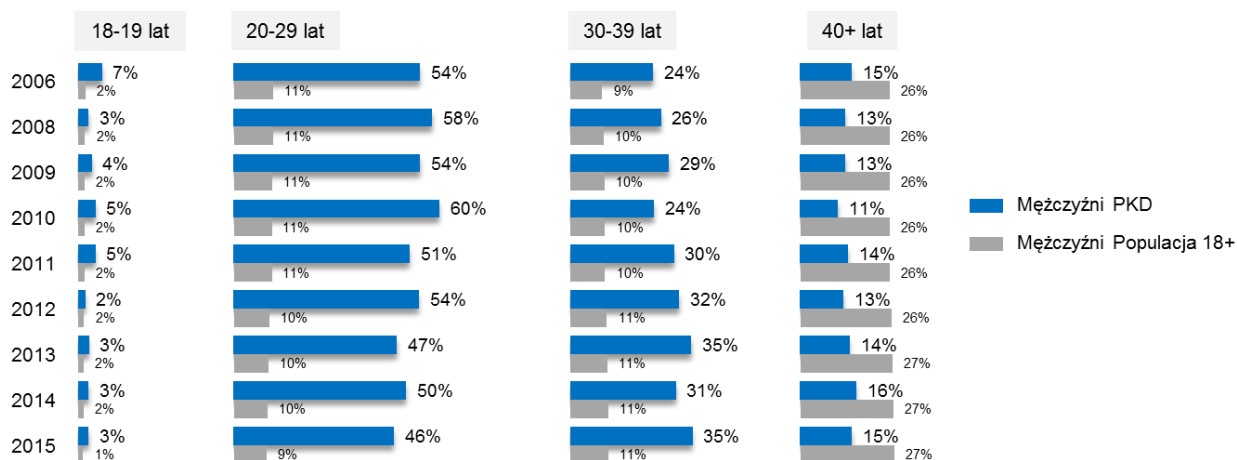
Na przestrzeni 10 lat zauważamy, że **coraz liczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 30-39 lat, a rzadziej do PKD zgłaszają się osoby młodsze**. Jednocześnie grupa najstarszych pacjentów w wieku 40+ utrzymuje się na stałym poziomie w kolejnych latach.

Udział osób 30-39 lat zgłaszających się do PKD rośnie, ponieważ przesuwa się (podwyższa) wiek w którym zakładane są rodziny i rodzą się dzieci.

Rosnący udział nieco bardziej dojrzałych pacjentów (30-39 lat) w strukturze osób odwiedzających PKD dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn (obserwujemy ten sam trend dla obydwu płci).



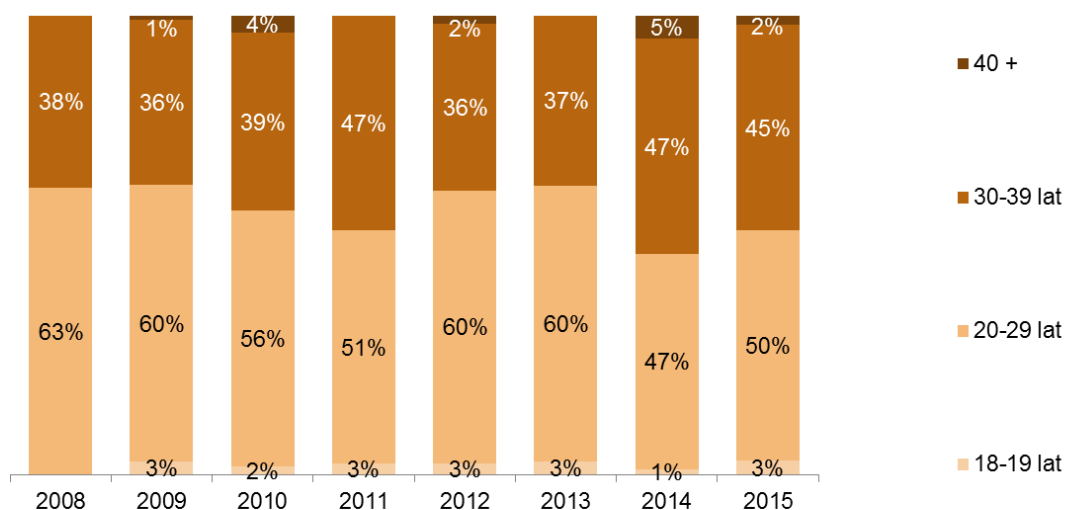
Wykres2. Struktura wieku kobiet zgłaszających się do PKD na tle populacji 18+ (GUS)



Wykres3. Struktura wieku mężczyzn zgłaszających się do PKD na tle populacji 18+ (GUS)

W związku z faktem, że w Polsce przesunął się wiek, w którym młodzi ludzie decydują się na posiadanie dziecka, nastąpił widoczny wzrost liczby kobiet w ciąży powyżej 30 lat zgłaszających się do PKD (szczególnie widoczny trend w ostatnich dwóch latach 2014-2015). Według GUS zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30-34 lata. **Wiek, w którym zakłada się rodzinę może wpływać na zwiększoną**

kontrolę swojego zdrowia, chęć wykluczenia chorób i posiadania pewności odnośnie swojego stanu zdrowia.



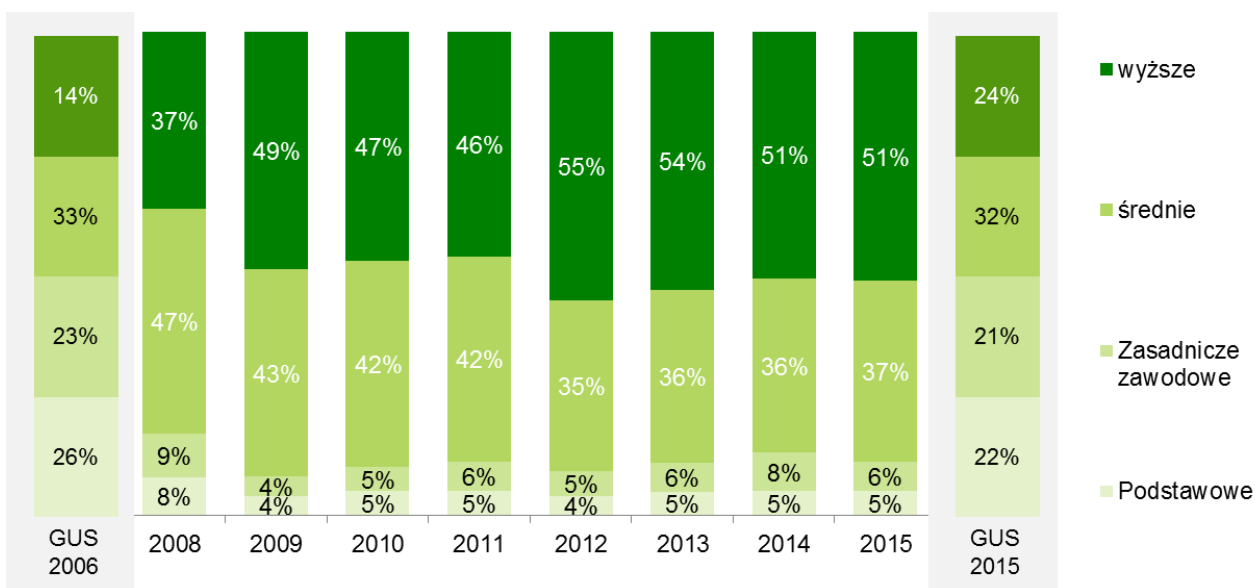
Wykres4. Struktura wieku kobiet w ciąży zgłaszających się do PKD

Osoby odwiedzające PKD są znacznie lepiej wykształcone niż populacja Polaków 18+. W kolejnych latach rośnie udział osób z wyższym wykształceniem, głównie kosztem mniejszej ilości osób mających wykształcenie średnie. Trend ten jest spójny z obserwowanymi w populacji Polaków zmianami demograficznymi.

Dość stabilny pozostaje udział osób z niższym wykształceniem. Względem populacji trend nie jest zachowany (w populacji maleje udział najniżej wykształconych), ale wynika to ogólnie z marginalnego udziału osób z niskim poziomem wykształcenia wśród odwiedzających PKD.

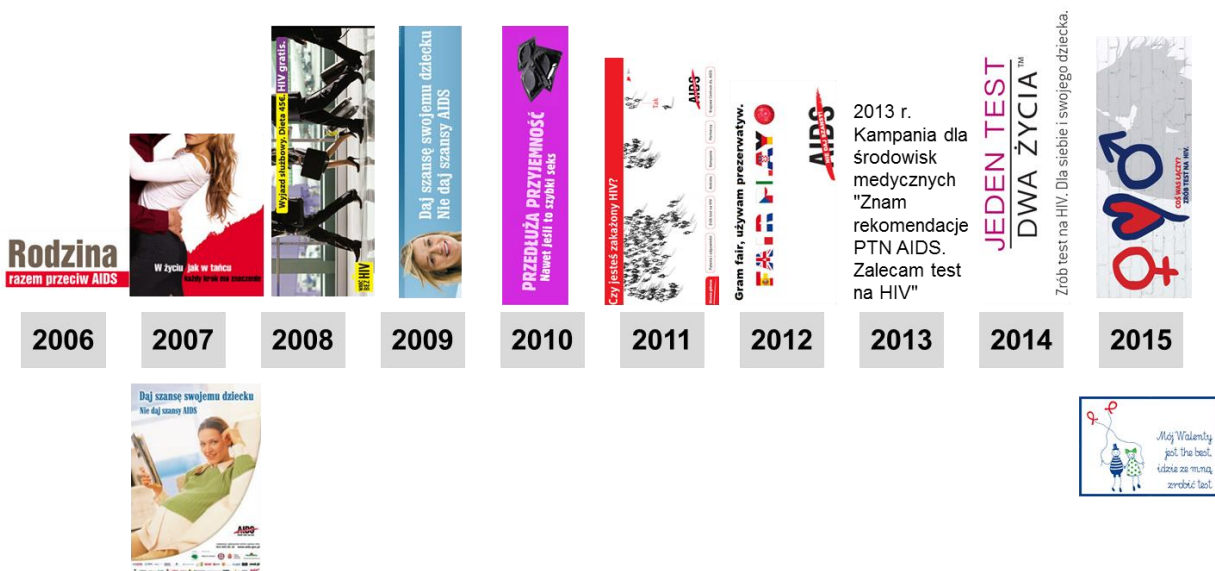
Wysoki poziom wykształcenia „klientów” PKD współistnieje jak można przypuszczać na podstawie innych badań (szczególnie badań „stylów życia”) z ogólnie prozdrowotnym nastawieniem tej grupy, promującym zdrowy styl życia, ruch, odżywiania się i profilaktykę w każdym zakresie (związaną jednocześnie z przyzwyczajeniem do

rutynowej „medykalizacji” życia – regularne odbywanie badań okresowych przesiewowych, przyjmowanie licznych suplementów diety etc.)



Wykres5. Struktura wykształcenie osób zgłaszających się do PKD

Kampanie organizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS są zauważane i skuteczne – zachęcają do odwiedzenia PKD osoby z komunikowanych w tych kampaniach grup ryzyka. Kampanie mają wpływ na strukturę demograficzną osób odwiedzających PKD.

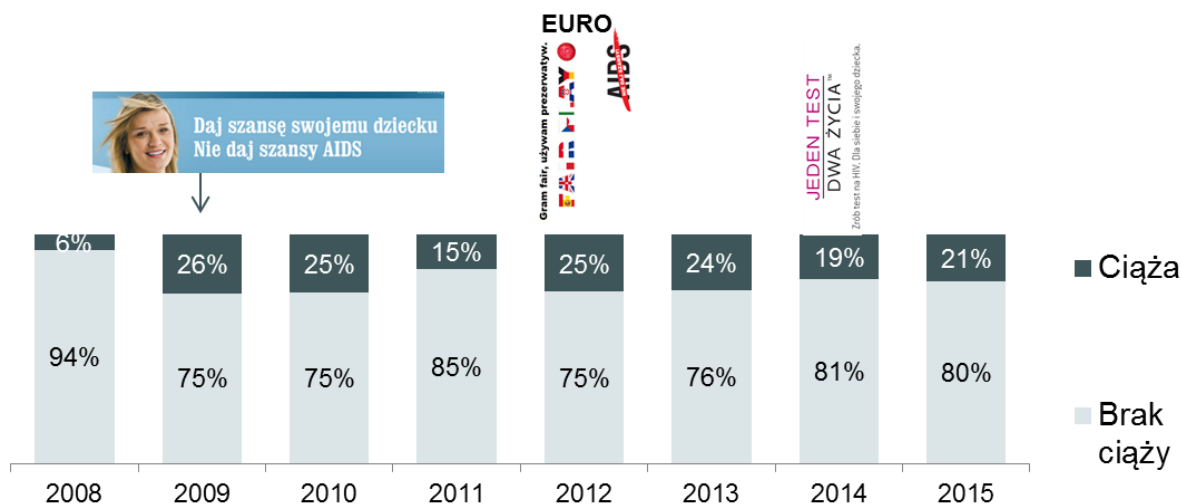


Wykres6. Kampanie organizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS

Zaobserwowano dużą wrażliwość kobiet w ciąży na kampanie promujące przeprowadzenie testu na HIV. Najbardziej spektakularna gdy chodzi o osiągnięte skutki była pierwsza z nich, realizowana w roku 2009 i częściowo w 2010 z udziałem siatkarki Małgorzaty Glinka.

Zaprzestanie działań promocyjnych w roku 2011 zostało odnotowane w adresowanej grupie odbiorców – istotnie zmniejszył się odsetek kobiet w ciąży, które odwiedziły PKD i przeprowadziły testy.

Podobnie brak kampanii wspierającej dla kobiet w ciąży w roku 2013 spowodował, że mniej kobiet udało się do PKD w kolejnym roku. Trend nie był tak silny jak w 2011, gdyż wstrzymała go kolejna, nowa kampania z 2014.

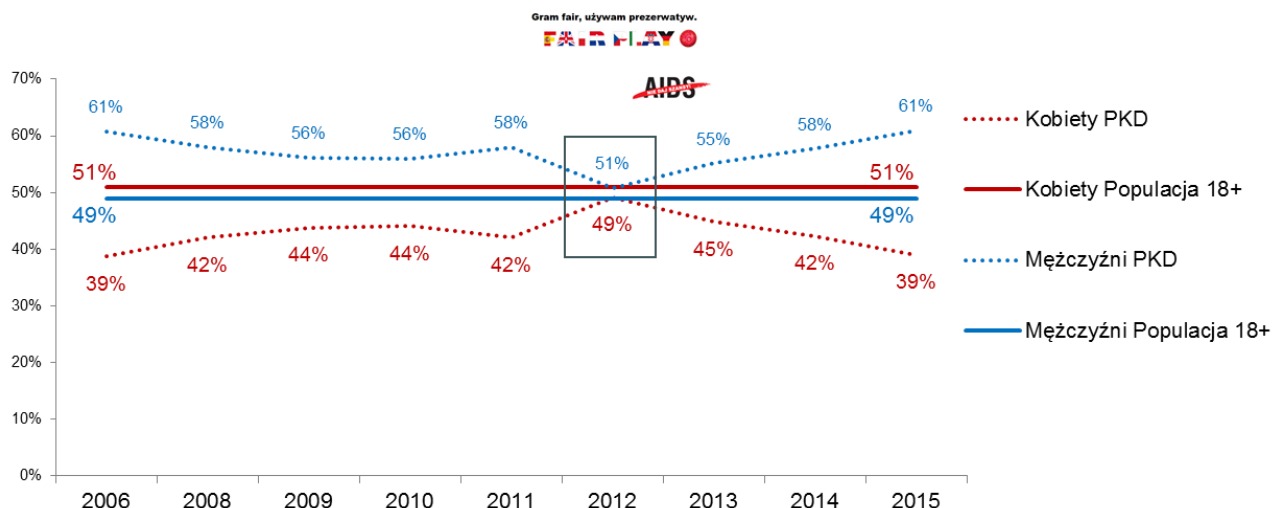


Wykres 7. Udział kobiet w ciąży zgłaszających się do PKD

W roku 2012 w Polsce odbyło się EURO. Kampania *Fair Play* realizowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS okazała się bardzo skuteczna – miała bardzo szeroki zasięg.

Po raz pierwszy udało się dzięki tej kampanii odzwierciedlić strukturę populacji Polaków 18+ względem odwiedzających PKD na poziomie płci. Na przestrzeni kolejnych lat (2006-2015 z wyłączeniem 2012) odwiedzającymi PKD byli głównie mężczyźni. W roku 2012 struktura demograficzna kobiet i mężczyzn którzy przeprowadzili testy w PKD była identyczna jak w populacji 18+ - efekt ten zawdzięczamy kampanii Fair Play, jej ogólnopolskiemu zasięgowi.

Kampania ta zwróciła również uwagę kobiet w ciąży i zachęciła je do odwiedzenia PKD.

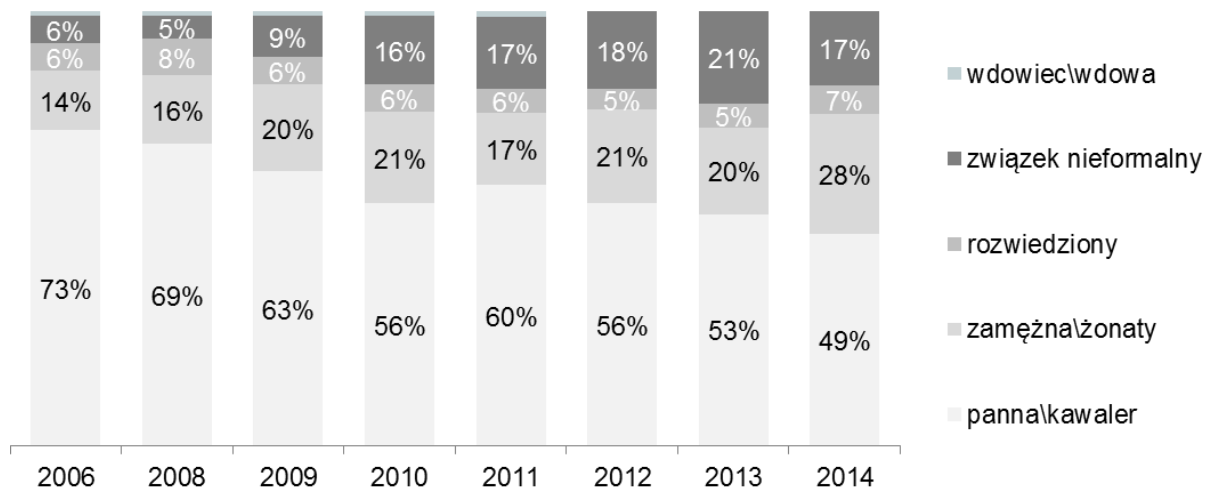


Wykres8. Struktura płci osób zgłaszających się do PKD na tle populacji 18+ (GUS)

Rośnie udział osób żyjących w związkach wśród odwiedzających PKD. Prowadzone przez wiele lat kampanie Krajowego Centrum ds. AIDS skutecznie zachęcają osoby, które pozostają w bliskich relacjach z inną osobą do zwiększonej dbałości o siebie i bliską osobę – skutkujące przyjsciem do PKD i przeprowadzeniem testu.

W czasie ostatnich 10 lat ponad dwukrotnie wzrosła liczba osób mających partnerów , które odwiedziły PKD. Zmiana ta odbywa się kosztem panien/kawalerów którzy obecnie znacznie rzadziej niż w 2006 roku przychodzą do PKD.

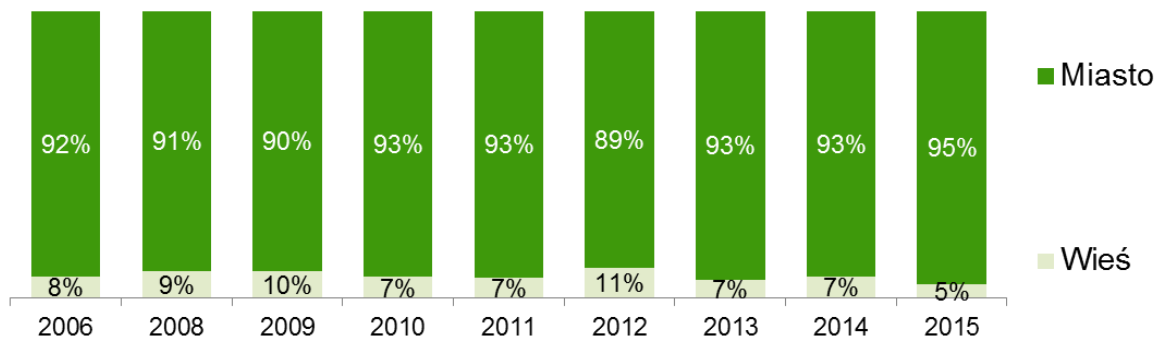
Niemniej, należy podkreślić, że obecnie wciąż połowa odwiedzających PKD to osoby deklarujące „stan wolny” i jest to nadal największa grupa wśród klientów PKD jeśli chodzi o status rodzinny. Jednakże przy utrzymaniu się trendu opisanego powyżej już w najbliższych latach udziały kawalerów (panien) oraz osób „w związkach” wśród odwiedzających PKD mogą się wyrównać.



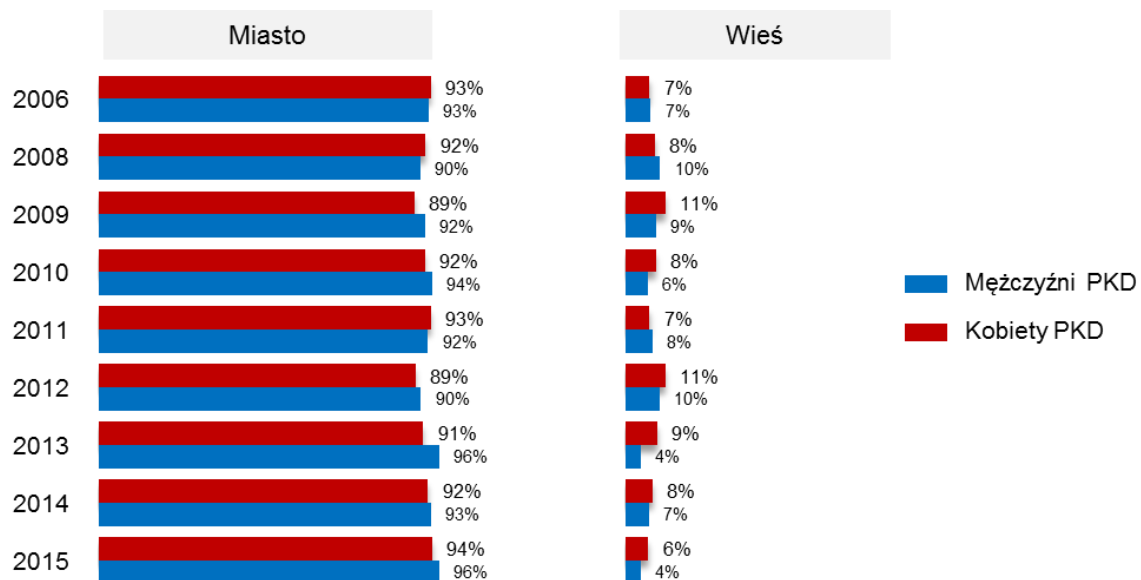
Wykres9. Status rodzinny osób zgłaszających się do PKD

Nieziennie od 10 lat do PKD zgłaszają się przede wszystkim mieszkańcy miast.

Płeć nie różnicuje tych zachowań w odniesieniu do miejsca zamieszkania respondentów badania – podobny odsetek kobiet i mężczyzn odwiedzających PKD pochodzi z miast i wsi. Trend ten jest stabilny w kolejnych latach.



Wykres10. Miejsce zamieszkania osób zgłaszających się do PKD



Wykres11. Struktura osób zgłaszających się do PKD z miast i wsi wg płci

4.2.2. Orientacja seksualna

Systematycznie od 10 lat dominującą grupę pacjentów PKD stanowią osoby heteroseksualne.

Kampanie informacyjne realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, promujące większą otwartość na osoby o odmiennych zachowaniach seksualnych powodują, że do punktów PKD coraz liczniej zgłaszają się homoseksualiści. Ich udział ustawicznie rośnie od czasu kampanii skierowanej do grupy MSM w roku 2010.

Jednocześnie obserwujemy spadek proporcji osób heteroseksualnych odwiedzających PKD (o ok 8-10% na przestrzeni uwzględnionych w badaniu ostatnich dziesięciu lat). Nie możemy tutaj jednoznacznie stwierdzić, czy jest to efekt zwiększonej odwiedzalności PKD przez osoby homoseksualne, czy też równolegle odzwierciedla to w jakimś stopniu spadek osób o orientacji wyrażnie heteroseksualnej w całej populacji 18 +.

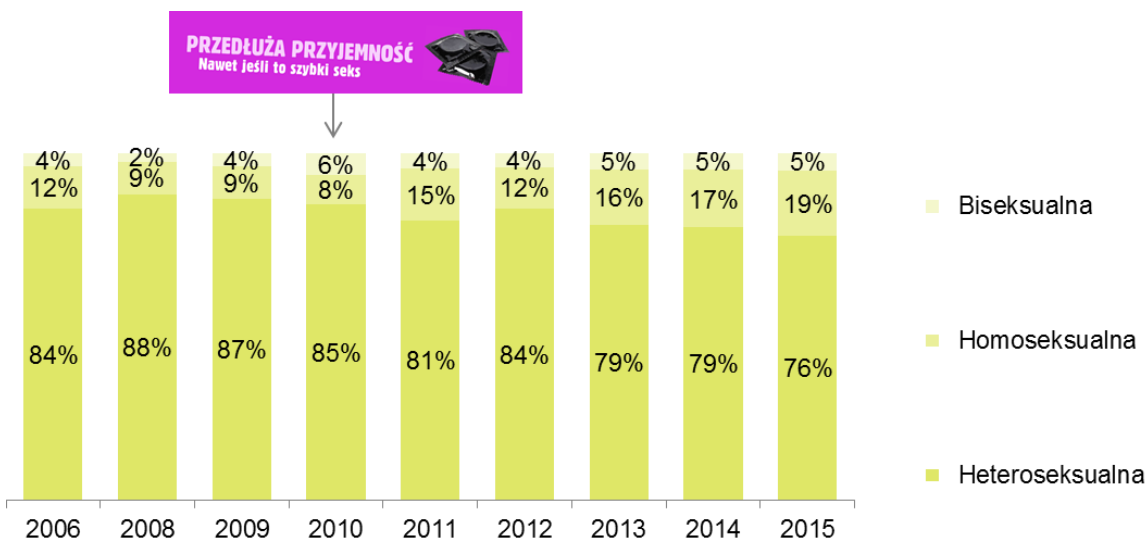
Jak pisze Dr psychologii i terapeuta Andrzej Margasiński...

<http://www.andrzejmargasinski.com/omnie.php>

W Polsce nie były prowadzone naprawdę szerokie współczesne badania przesiewowe dotyczące orientacji seksualnej ludności, pytania na ten temat nie są zadawane w trakcie spisu powszechnego, nie przygląda się temu zjawisku prof. Czapiński w swojej cyklicznej Diagnozie Społecznej, najszerszych tego typu badaniach nastawionych na analizę warunków i jakości życia Polaków. Można powiedzieć, że ilość homoseksualistów w Polsce to typowa „ciemna liczba”, nie obejmowana wiarygodnymi statystykami.

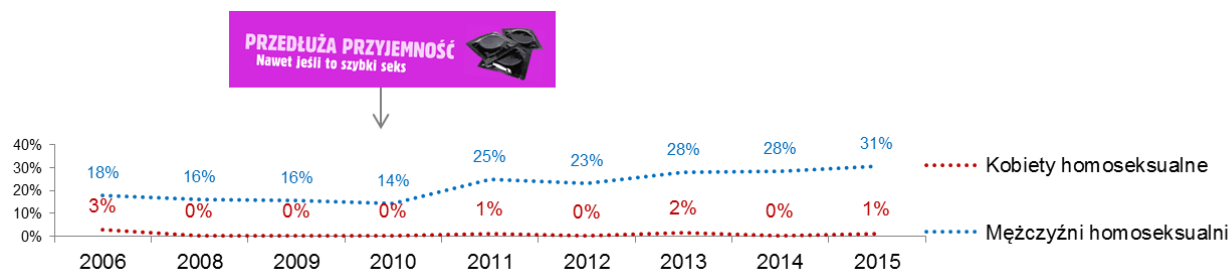
W związku z powyższym jest to hipoteza (o rosnącym udziale osób homoseksualnych w całej populacji, a więc i w PKD, a nie tylko po

kampanii), której nie jesteśmy jednak w stanie zweryfikować, bo nie ma na to dowodu dla ogółu w populacji.



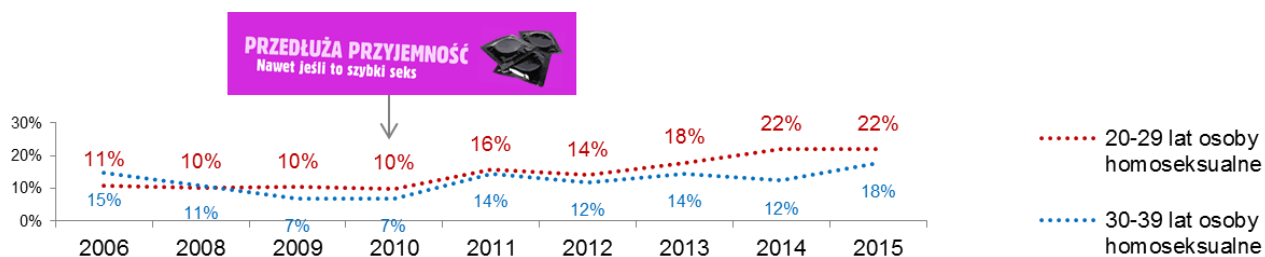
Wykres12. Orientacja seksualna osób zgłaszających się do PKD

Wzrasta przede wszystkim udział mężczyzn homoseksualnych wśród osób odwiedzających PKD. Początkiem większego otwarcia mężczyzn homoseksualnych na wizytę w PKD był rok 2011. Zwiększenie liczby mężczyzn MSM w punktach PKD potwierdza skuteczność kampanii realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.



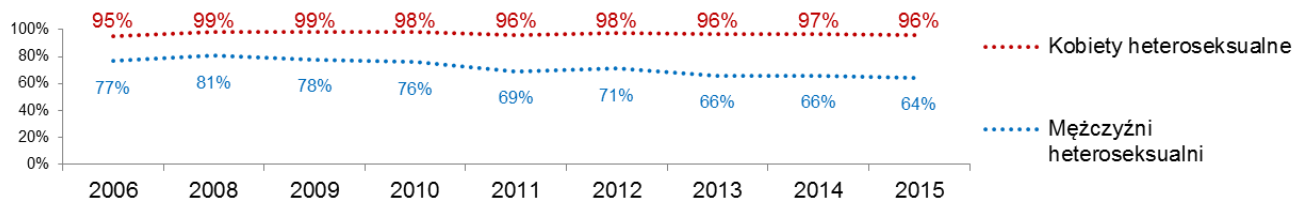
Wykres13. Osoby homoseksualne – płeć (osoby zgłaszające się do PKD) ???

Kampania skierowana do MSM w roku 2010 przekonała do przyścia do PKD i przeprowadzenia testu szerokie grono osób homoseksualnych w wieku 20-39 lat, a więc najliczniejszy target odwiedzających PKD. Analiza w pozostałych grupach wiekowych nie jest możliwa ze względu na niską podstawę.



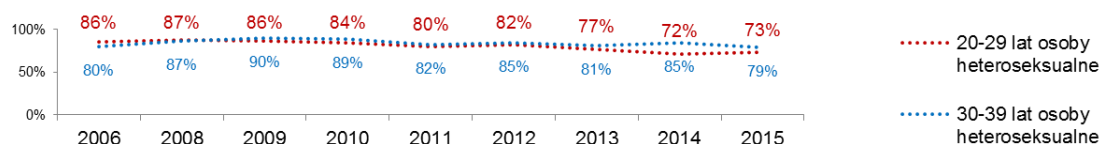
Wykres14. Osoby homoseksualne – wiek osoby zgłaszającej się do PKD

Udział kobiet heteroseksualnych odwiedzających punkty PKD w kolejnych latach utrzymuje się na stabilnym poziomie. Maleje z kolei odsetek mężczyzn deklarujących orientację heteroseksualną (do PKD zgłasza się coraz liczniejsza grupa MSM).



Wykres15. Osoby heteroseksualne – płeć osoby zgłaszającej się do PKD

Udział osób heteroseksualnych maleje głównie wśród młodszych osób, w wieku 20-29 lat. Natomiast obserwujemy stabilność deklaracji utrzymywania stosunków hetero wśród osób w wieku 30-39 lat. Pozostałych grup odwiedzających PKD nie można porównać ze względu na zbyt niską liczebność.



Wykres16. Osoby heteroseksualne – wiek osoby zgłaszającej się do PKD

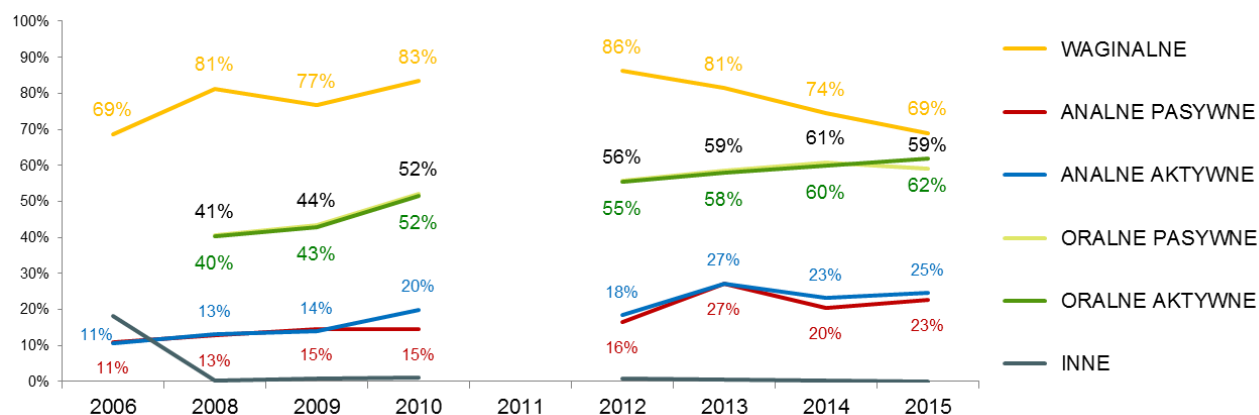
4.2.3. Zachowania seksualne

Analiza wśród ogółu pacjentów PKD

W wynikach analizy danych za lata 2006 – 2015 można zaobserwować stałą tendencję spadkową deklarowania stosunków waginalnych wśród respondentów badań w PKD. Zmiana odbywa się na rzecz kontaktów analnych i oralnych, zarówno pasywnych jak i aktywnych.

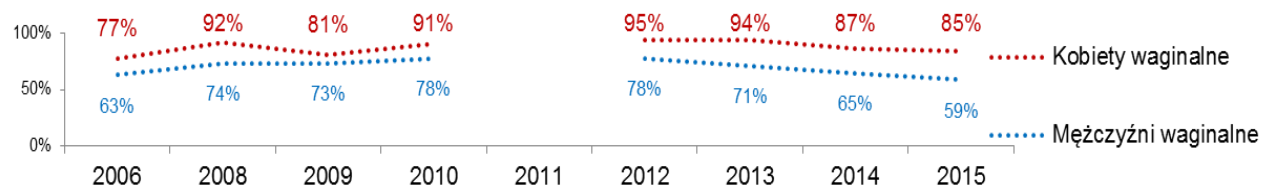
Bardziej popularne i jednocześnie coraz częstsze wśród pacjentów PKD są kontakty oralne (pasywne i aktywne).

W 2008 roku kontakty waginalne były blisko dwukrotnie częstsze w tej grupie niż kontakty oralne. Obecnie różnica w częstotliwości występowania tych dwóch rodzajów stosunków jest już relatywnie nieduża.



Wykres17. Rodzaj deklarowanych stosunków w grupie osób odwiedzających PKD

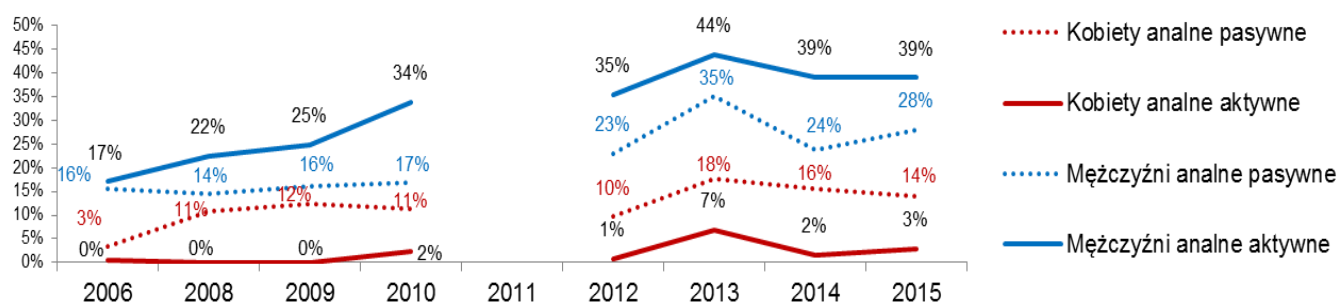
Malejący odsetek wskazań dla stosunków waginalnych obserwujemy wśród obydwu płci, choć trend jest nieco silniejszy w grupie mężczyzn.



Wykres18. Stosunki waginalne - płeć w grupie osób odwiedzających PKD

Kontakty analne są znacznie częstsze wśród mężczyzn i głównie są to stosunki aktywne. Kobiety sporadycznie mają kontakty analne aktywne.

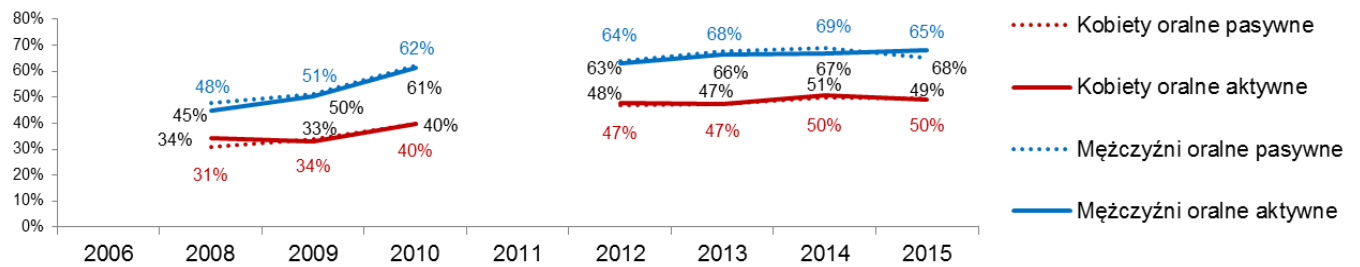
Udział osób deklarujących uprawianie stosunków analnych zwiększa się w kolejnych latach tak w grupie kobiet (stosunki pasywne) jak i mężczyzn (pasywne i aktywne).



Wykres19. Stosunki analne - płeć w grupie osób odwiedzających PKD

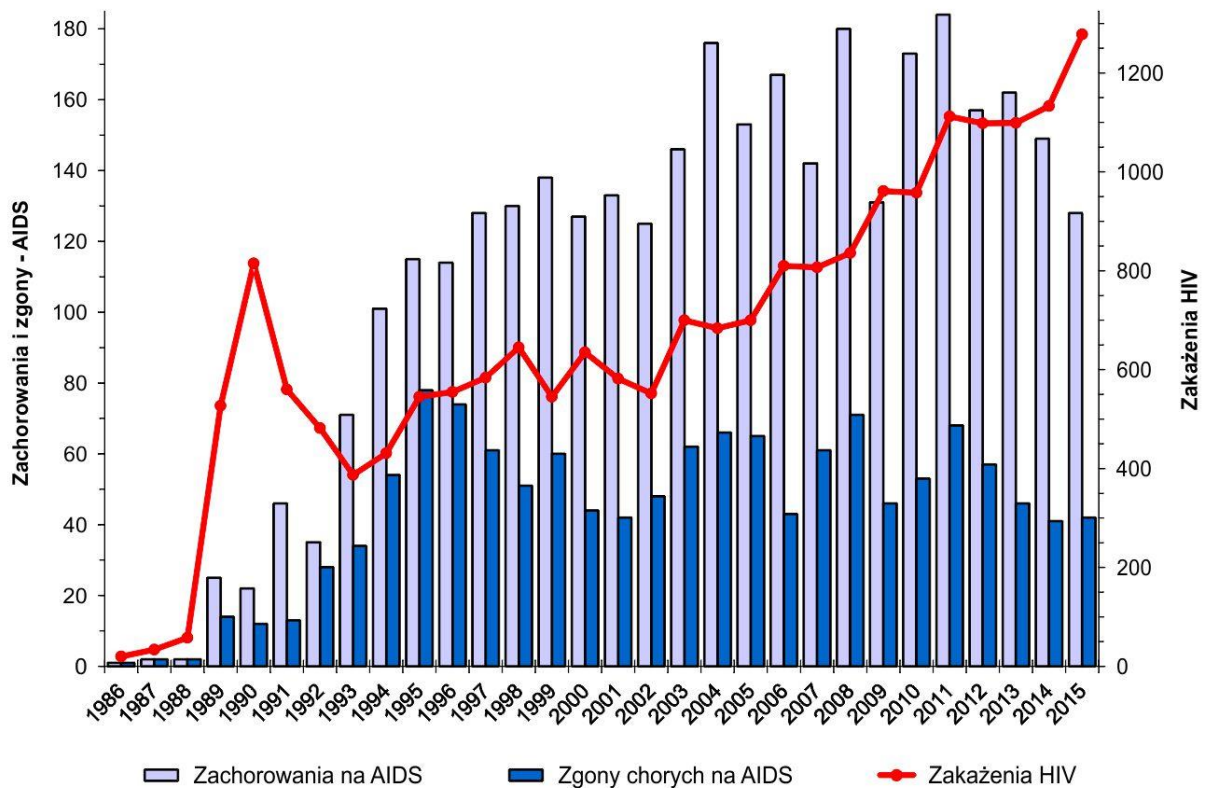
Kontakty oralne częściej podejmują mężczyźni.

Częstość kontaktów oralnych systematycznie rośnie w kolejnych latach zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. **Wynik ten wskazuje na pozytywny efekt kampanii prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, w których edukowano odbiorców o tym, że ten rodzaj kontaktów intymnych wiąże się z najmniejszym ryzykiem zakażenia HIV.**



Wykres20. Stosunki oralne - płeć w grupie osób odwiedzających PKD

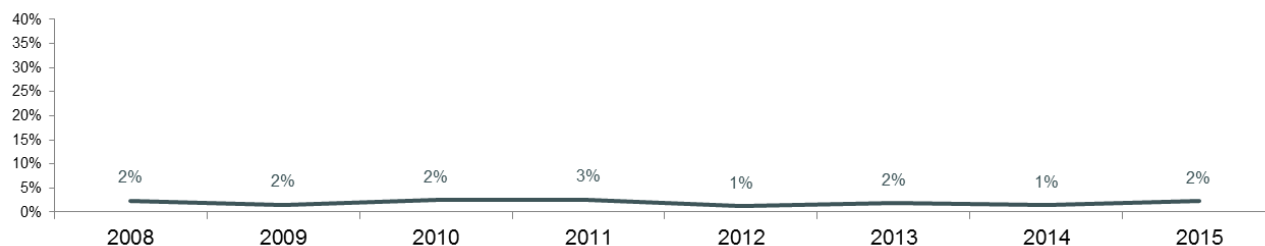
Analiza wśród osób u których stwierdzono zakażenie HIV



© NIZP-PZH

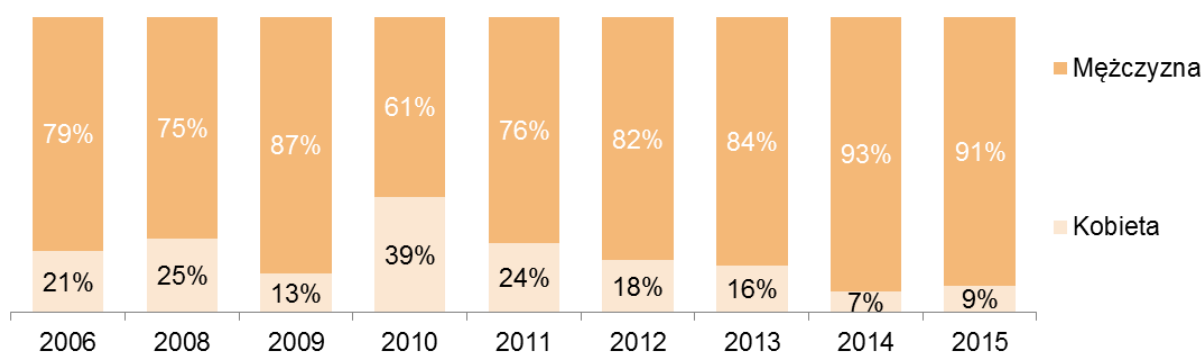
Wykres21. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986-2015, źródło PZH

Wśród ogółu osób odwiedzających PKD odsetek tych, u których stwierdzono HIV jest niewielki i stały w czasie. Podstawa do analiz jest niska (średnio 20 osób/rok), dlatego analiza trendów może być obciążona błędem. Bazy danych na podstawie których były przeprowadzone analizy nie zawierały danych dla nadreprezentacji osób HIV +.



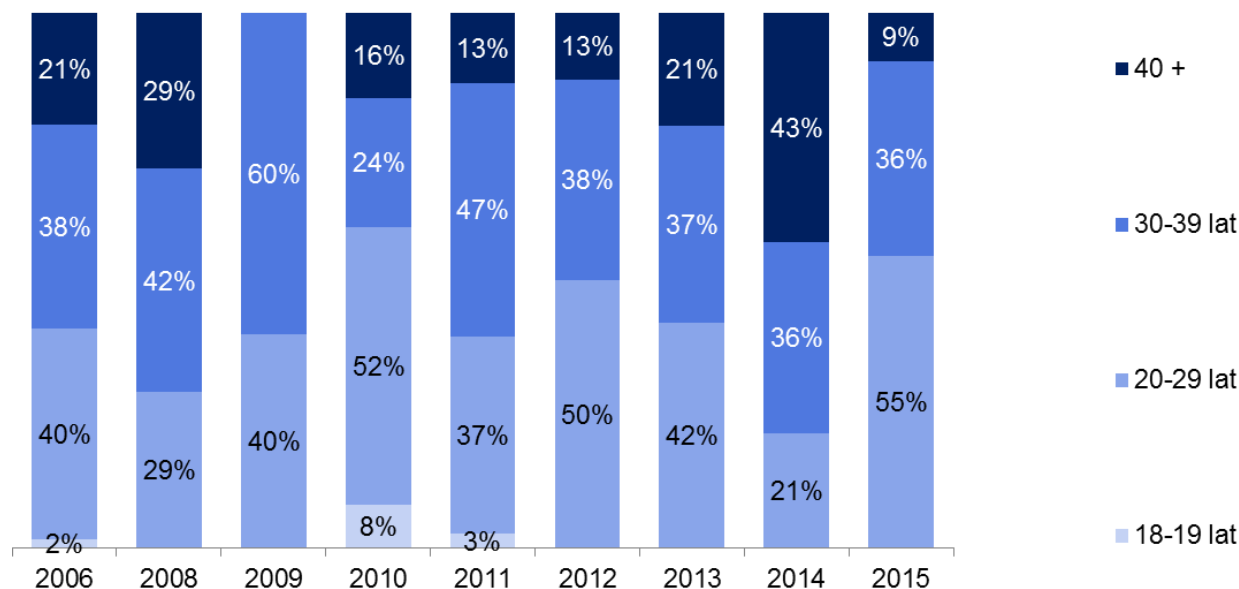
Wykres22. Odsetek osób zgłaszających się do PKD u których wykryto wirus HIV

Osoby u których wykryto HIV i zgłosiły się do PKD to w przeważającej większości mężczyźni. Ich udział jest większy w porównaniu do struktury płci wszystkich klientów PKD.



Wykres23. Struktura płci osób u których stwierdzono zakażenie HIV

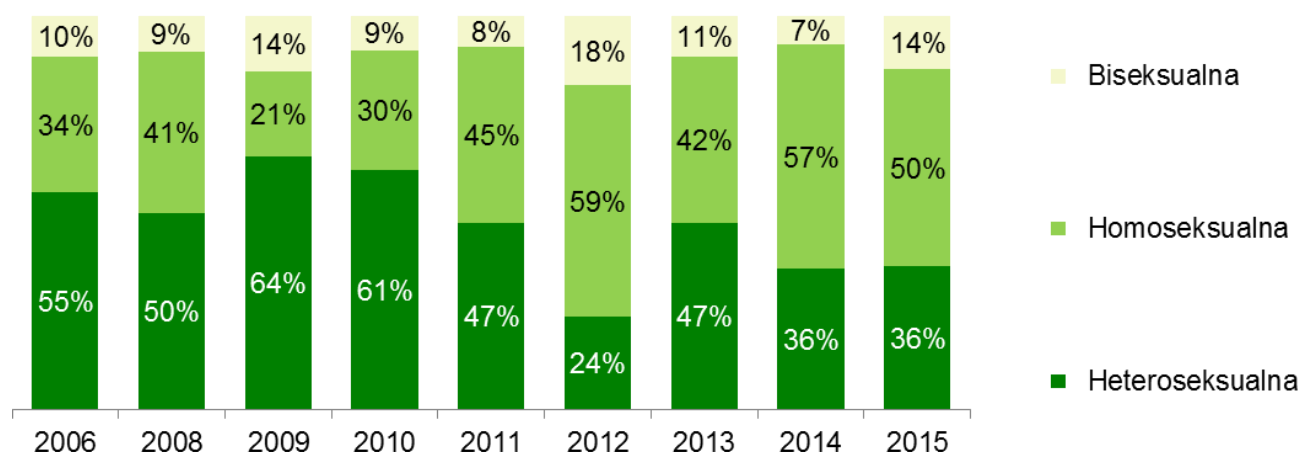
Pod względem wiekowym osoby z pozytywnym wynikiem testu na HIV nie różnią się istotnie od populacji odwiedzających PKD - również znajdują się w przedziale 20-39 lat. Nie zauważamy żadnych trendów pod względem ich struktury wiekowej w kolejnych latach. Nagły wzrost osób 40+ w roku 2014 nie jest istotny statystycznie ze względu na niską podstawę.



Wykres24. Struktura wieku osób u których stwierdzono zakażenie HIV

Zgodnie z trendem zaobserwowanym dla populacji zgłaszających się do PKD pacjentów, również osoby z pozytywnym wynikiem testu na HIV coraz rzadziej mają orientację heteroseksualną. Wzrasta udział homoseksualistów mających stwierdzone zakażenie wirusem HIV.

W roku 2012 widzimy, że udział homoseksualistów był większy niż w innych latach. Przypuszczalnie to wynik Euro2012 oraz kampanii Fair Play. W czasie Euro2012 w naszym kraju było wielu obcokrajowców, w tym prawdopodobnie wiele osób o orientacji homoseksualnej. Jednocześnie trwająca w czasie Euro2012 kampania Fair Play uwrażliwiała konsumentów na problem przypadkowych stosunków i konieczność przeprowadzenia testu.



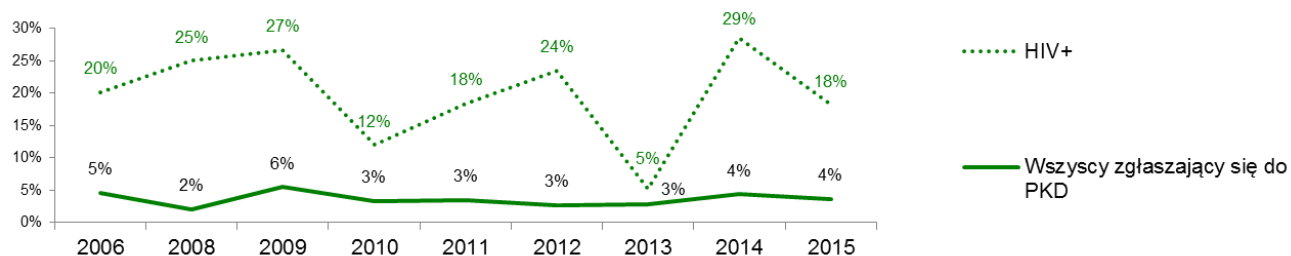
Wykres25. Orientacja seksualna osób zgłaszających się do PKD mających pozytywny wynik HIV

Również obserwowane zmiany co do rodzaju kontaktów są spójne dla badanego ogółu osób odwiedzających PKD jak i osób HIV+. Maleje wśród nich udział stosunków waginalnych. Wzrasta natomiast odsetek deklaracji coraz częstszych kontaktów oralnych i analnych.

Rodzaje kontaktów	2006	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015
waginalne	50%	50%	60%	44%	41%	63%	43%	32%
analne pasywne	30%	33%	27%	32%	65%	53%	57%	73%
analne aktywne	26%	33%	53%	32%	71%	58%	57%	73%
oralne pasywne	--	50%	73%	32%	76%	84%	64%	86%
oralne aktywne	--	54%	67%	40%	76%	84%	64%	86%

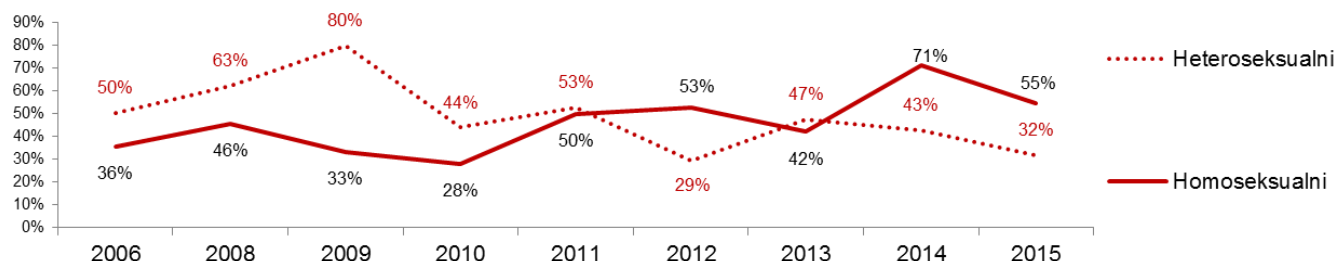
Tabela1. Rodzaje kontaktów osób zgłaszających się do PKD mających pozytywny wynik HIV

Osoby u których wykryto wirus HIV znacznie częściej niż ogół pacjentów zgłaszających się do PKD mają partnerów HIV+.



Wykres26. Posiadanie partnerów HIV dodatnich wśród klientów PKD i osób HIV +

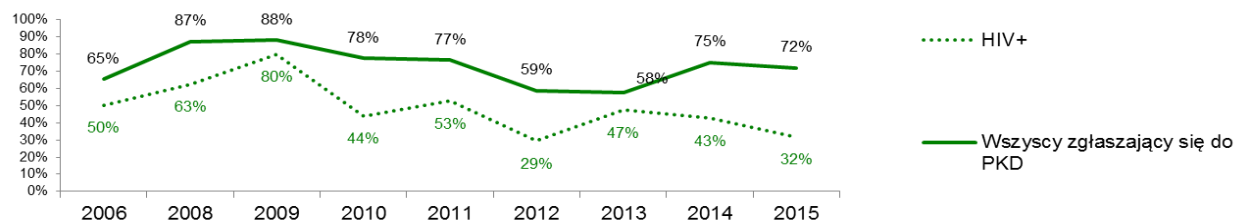
W kolejnych latach wzrasta udział osób z pozytywnym wynikiem HIV którzy mają partnerów homoseksualnych.



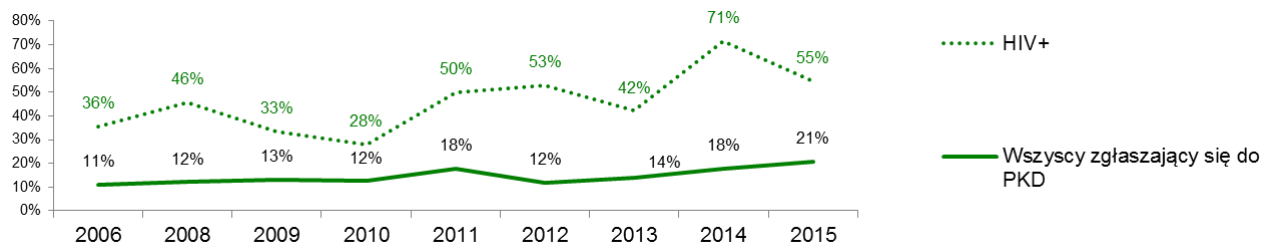
Wykres27. Partnerzy heteroseksualni i homoseksualni wśród osób HIV+

Jak pokazano powyżej osoby ze stwierdzonym zakażeniem HIV mają rzadziej partnerów o orientacji heteroseksualnej, a częściej są to homoseksualiści.

Wśród ogółu osób, które odwiedzają PKD trend jest natomiast odwrotny – w tej ostatniej grupie dominują wyraźnie partnerzy heteroseksualni, co zobrazowano na wykresach poniżej.



Wykres28. Posiadanie partnerów heteroseksualnych wśród klientów PKD i osób HIV +

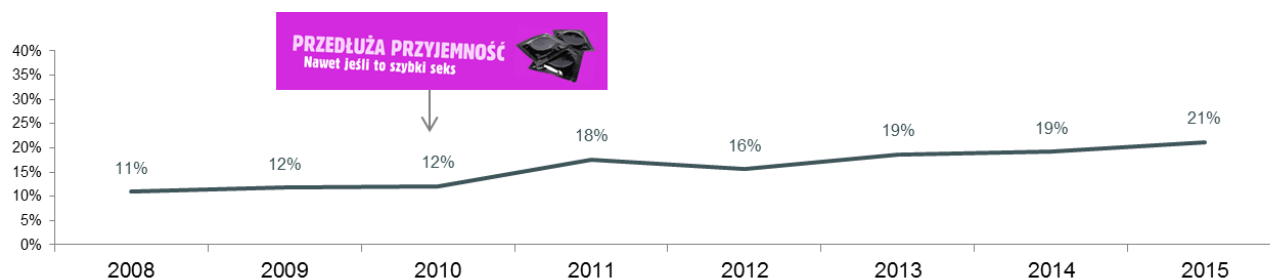


Wykres29. Posiadanie partnerów homoseksualnych wśród klientów PKD i osób HIV +

Analiza wśród grupy MSM (mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami)

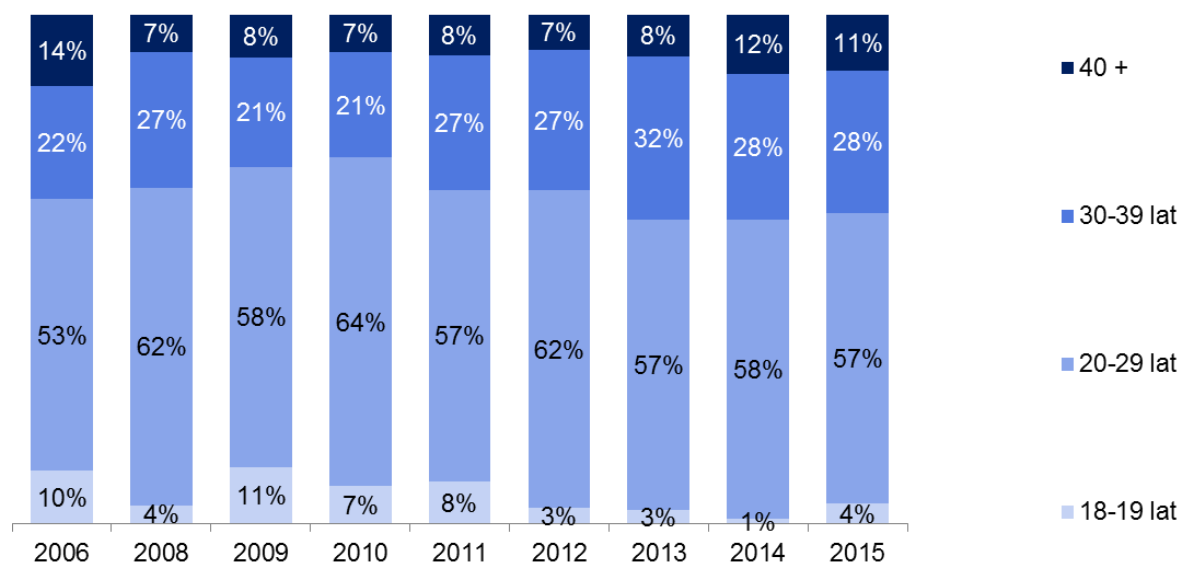
Kampania skierowana do MSM, realizowana w roku 2010, okazała się bardzo skuteczna. Kampania informacyjna z zakresu HIV/AIDS skierowana do MSM, miała na celu uświadomienie odbiorcom, że problem HIV istnieje, dostarczenie rzetelnych informacji na temat HIV i AIDS, sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia oraz w konsekwencji zakażenia siebie i innych. Kampania zachęcała do podejmowania bezpieczniejszych zachowań oraz do podejmowania kontaktów ze świadomością odpowiedzialności za zdrowie własne i partnera. Dostarczała informacji, jak poznać swój status serologiczny, czyli gdzie wykonać test w kierunku HIV. Ważny jest fakt, że kanały komunikacji wybrano, uwzględniając media skierowane tylko do MSM oraz kluby, sauny i inne miejsca spotkań, w tym Internet.

Dzięki tej kampanii systematycznie od 2011 roku wzrasta udział mężczyzn MSM, którzy odwiedzają PKD.



Wykres30. Odsetek mężczyzn z grupy MSM zgłaszających się do PKD

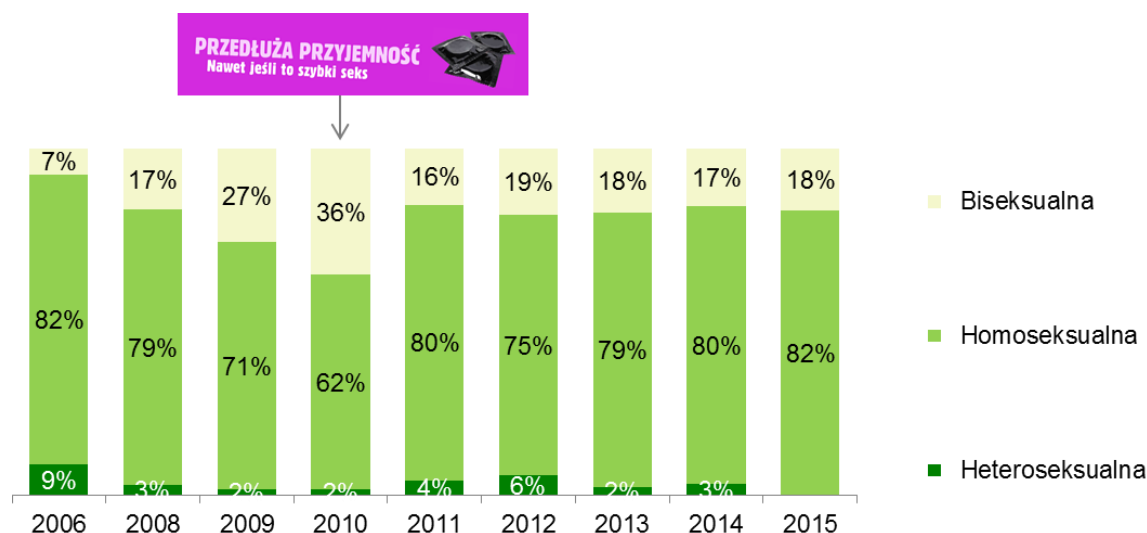
Na przestrzeni 10 lat lekko zmieniła się struktura wiekowa mężczyzn MSM. Wzrasta udział osób w wieku 30-39 lat, a lekko kurczy się odsetek młodszych pacjentów odwiedzających PKD.



Wykres31. Struktura wieku grupy MSM zgłaszających się do PKD

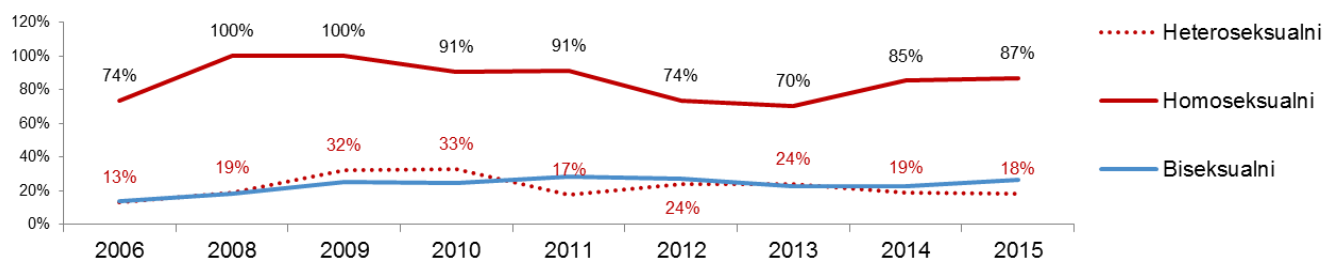
Do czasu kampanii dla grupy MSM (rok 2010) systematycznie malał odsetek mężczyzn o orientacji homoseksualnej na korzyść osób biseksualnych. Po kampanii, od roku 2011 wzrósł udział mężczyzn homoseksualnych. Może to również oznaczać, że w wyniku przeprowadzonej kampanii duża część mężczyzn do tej pory definiująca się jako osoby biseksualne zaczęły postrzegać siebie jako osoby zdecydowanie homoseksualne – być może kampania przyczyniła się do złagodzenia pejoratywnego stereotypu „homoseksualisty” i ułatwiła przyznawanie się do tej orientacji wśród mężczyzn.

Trudno bowiem inaczej wytłumaczyć tak nagłą zmianę wyników w odsetku biseksualistów oraz homoseksualistów jako klientów PKD, od roku 2011 włącznie, tym bardziej w kontekście poprzedzającej kampanii z roku 2010. Hipotezę tą potwierdza fakt, że udziały dla obu orientacji – jako odwiedzających PKD - są stabilne od roku 2011 i nie podlegają dalszym wahaniom.



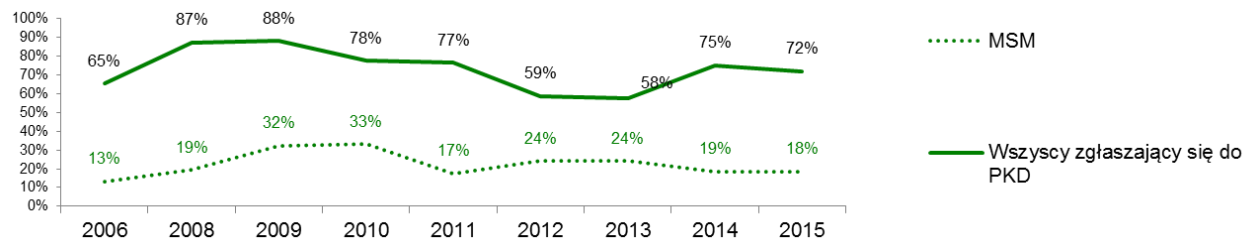
Wykres32. Orientacja seksualna osób z grupy MSM zgłaszających się do PKD

Partnerzy osób z MSM odzwierciedlają orientację seksualną tej grupy – w przeważającej większości są to homoseksualiści. Tendencja jest dość stabilna w czasie poza latami 2012 i 2013, kiedy obserwujemy spadek deklaracji kontaktów z homoseksualnymi mężczyznami. Być może to efekt Euro2012 – w tych latach wzrósł odsetek partnerów hetero w grupie MSM.

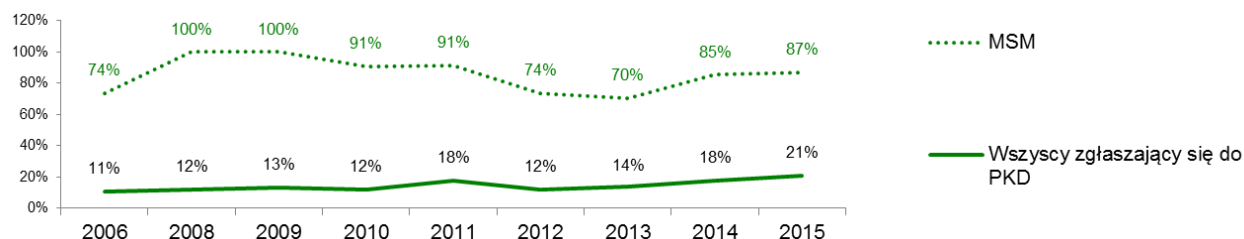


Wykres33. Partnerzy seksualni osób z grupy MSM zgłaszających się do PKD

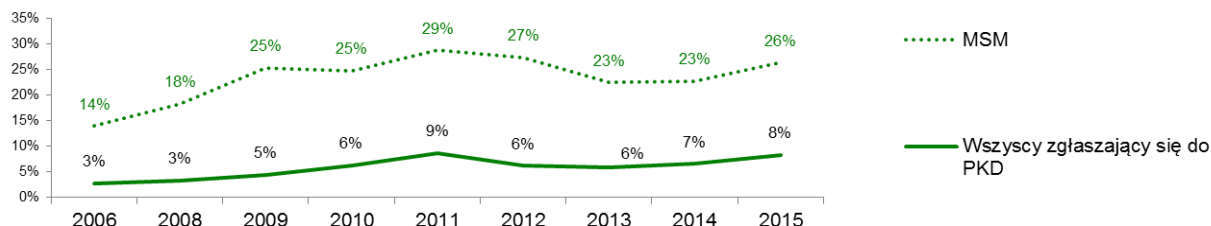
Na tle ogółu osób odwiedzających PKD mężczyźni należący do grupy MSM mają głównie mają partnerów homo i biseksualnych.



Wykres34. Posiadanie partnerów heteroseksualnych w grupie osób MSM vs. wszyscy klienci PKD

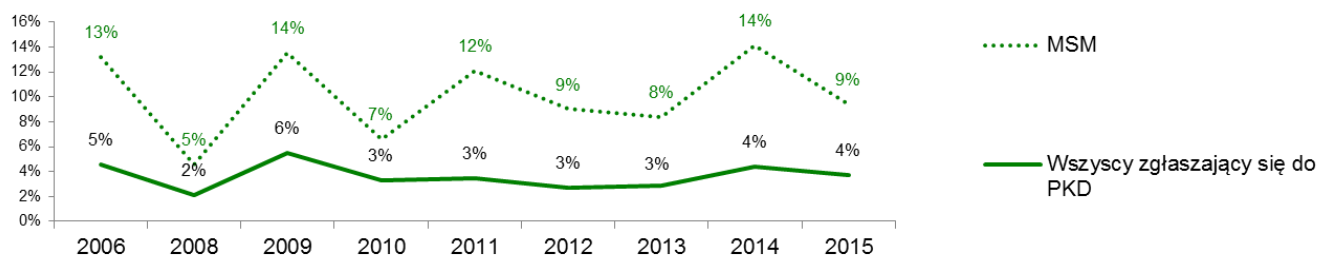


Wykres35. Posiadanie partnerów homoseksualnych w grupie osób MSM vs. wszyscy klienci PKD



Wykres36. Posiadanie partnerów biseksualnych w grupie osób MSM vs. wszyscy klienci PKD

Osoby z grupy MSM deklarują że częściej ich partnerzy mają wykryte zakażenie wirusem HIV. Nie zauważamy aby w kolejnych latach te proporcje się istotnie zmieniały – brak widocznego trendu.



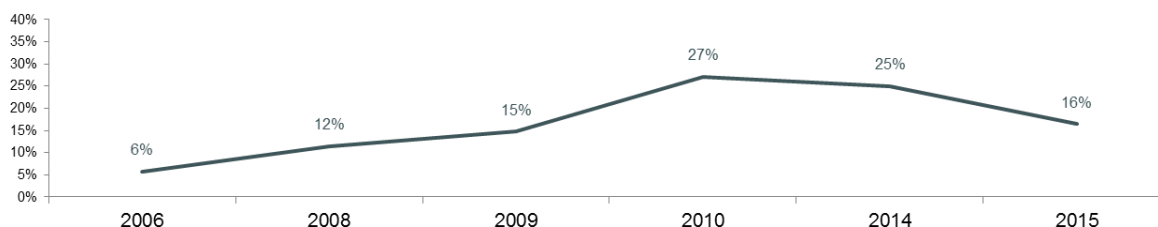
Wykres37. Partnerzy osób MSM u których stwierdzono HIV

Analiza wśród grupy IDU (osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji)

Zagrożenie zakażeniem wirusem HIV w szczególny sposób dotyczy osób przyjmujących nielegalne środki odurzające drogą iniekcji. Zakażenie często przenosi się wśród osób używających wspólnych igieł i strzykawek do podawania sobie narkotyków, jeśli w grupie znajduje się osoba zakażona HIV.

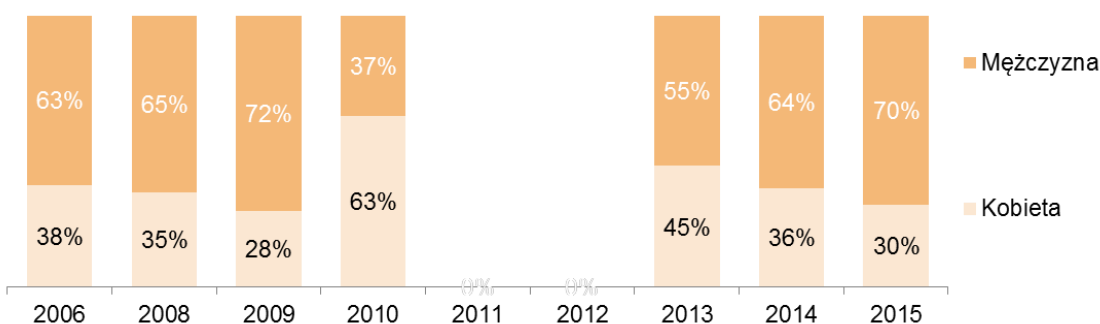
W Polsce pierwsze zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach rozpoznano w 1988 roku.

Do 2014 roku rocznie zwiększał się udział osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji które zgłaszały się do PKD. Dopiero w ostatnim roku grupa IDU odwiedzających PKD zmniejszyła się.



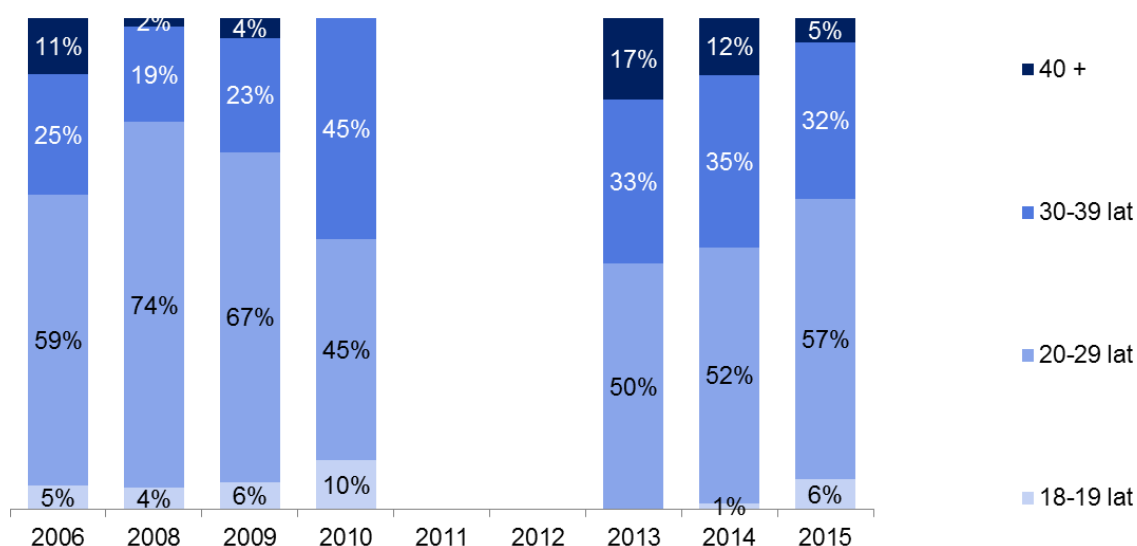
Wykres38. Odsetek osób IDU zgłaszających się do PKD

Struktura płci w grupie osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji jest zbliżona do struktury ogółu pacjentów zgłaszających się do PKD. W większości do grupy tej należą mężczyźni, choć odsetki kobiet ulegają znacznym wahaniom pomiędzy kolejnymi latami analizy. Konkludując można powiedzieć, że struktura płci w grupie osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji i jednocześnie będących klientami PKD jest relatywnie mało stabilna.



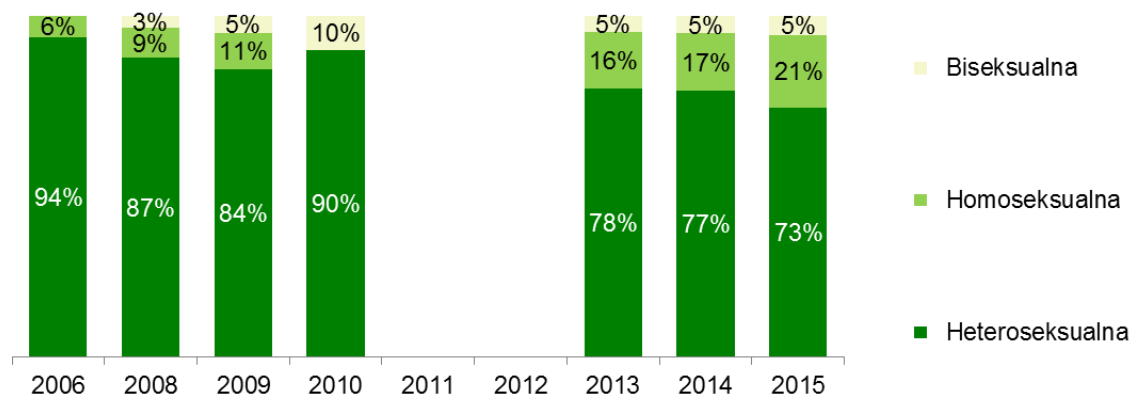
Wykres39. Struktura płci osób IDU zgłaszających się do PKD

Wiekowo w grupie IDU przeważają osoby między 20 a 29 rokiem życia. Jednocześnie w ostatnich latach rośnie udział osób starszych w wieku 30-39 lat. Jest to trend spójny z obserwowanym dla całej populacji odwiedzających PKD, a tym samym dla populacji Polaków 18+.



Wykres40. Struktura wieku osób IDU zgłaszających się do PKD

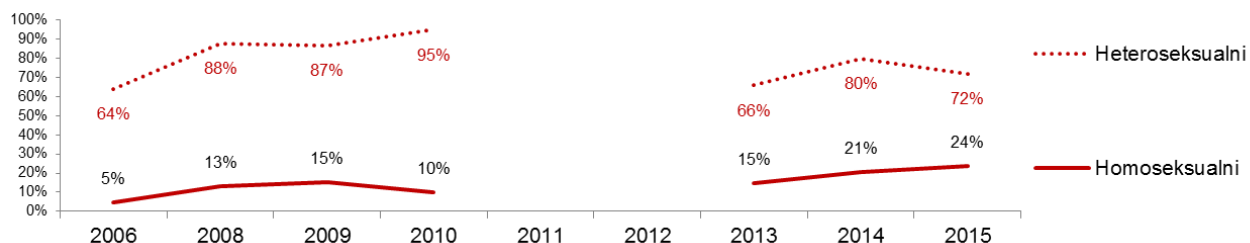
Osoby zażywające narkotyki drogą iniekcji są głównie orientacji heteroseksualnej. Spójnie z obserwowanym trendem dla wszystkich odwiedzających PKD, ich udział również spada, na rzecz osób homoseksualnych.



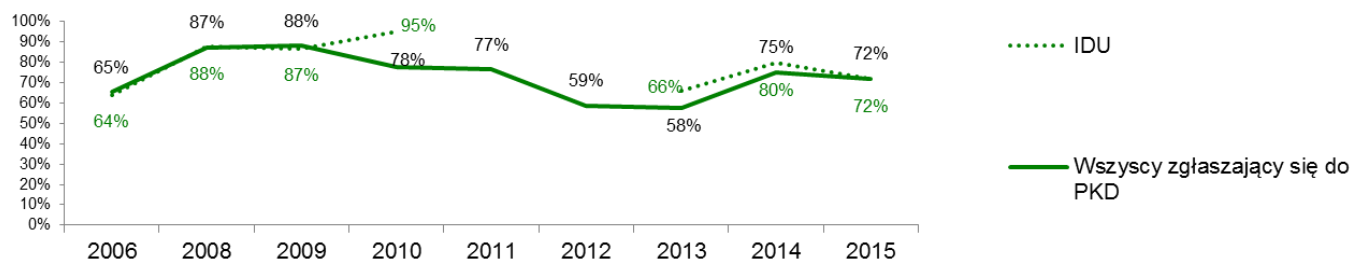
Wykres41. Orientacja seksualna osób IDU zgłaszających się do PKD

Orientacja seksualna i partnerzy seksualni osób z IDU są bardzo podobne jak wśród ogółu pacjentów odwiedzających PKD. Także trendy są spójne z obserwowanymi dla całej badanej populacji – rośnie udział partnerów o orientacji homoseksualnej; szczególnie po

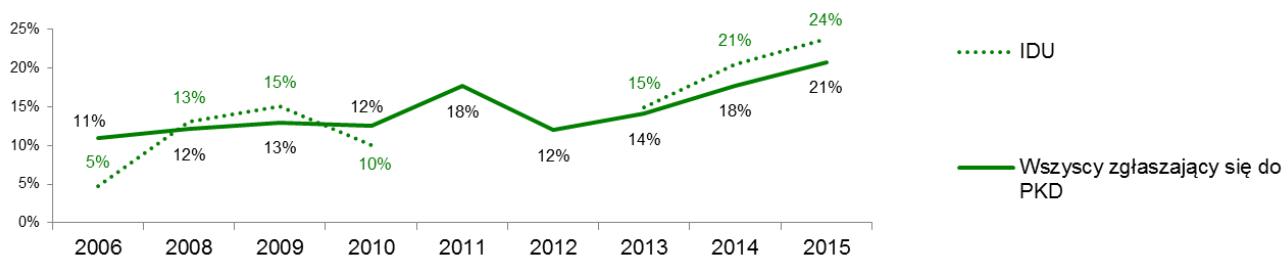
roku 2013, a więc w ostatnich kilku latach (wzrost jest nieco bardziej widoczny niż w całej próbie odwiedzających PKD).



Wykres42. Partnerzy wśród osób IDU zgłaszających się do PKD



Wykres43. Partnerzy heteroseksualni wśród osób IDU zgłaszających się do PKD

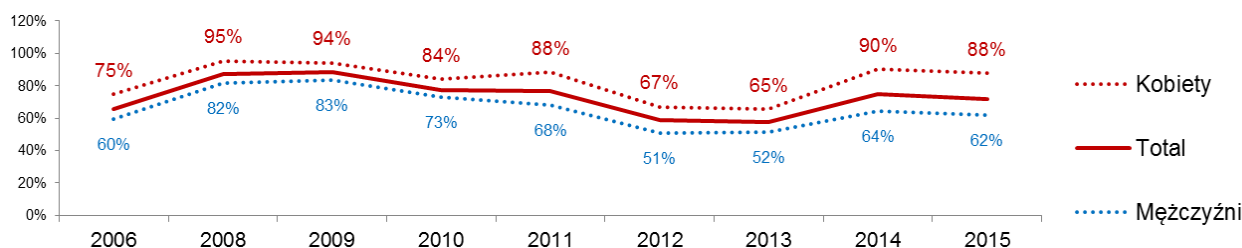


Wykres44. Partnerzy homoseksualni wśród osób IDU zgłaszających się do PKD

4.2.4. Partnerzy seksualni

Liczba partnerów heteroseksualnych systematycznie maleje, głównie w grupie mężczyzn.

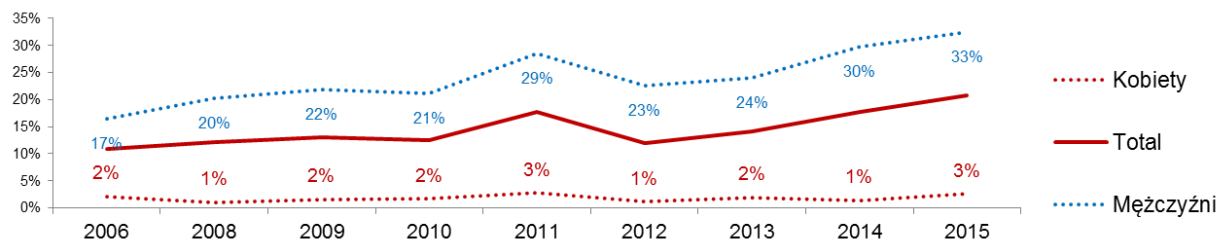
Odnotowany w latach 2012 i 2013 spadek deklaracji dla partnerów heteroseksualnych dotyczy każdej z płci i nie jest związany ze wzrostem liczby partnerów o innej orientacji seksualnej.



Wykres45. Posiadanie partnerów heteroseksualnych

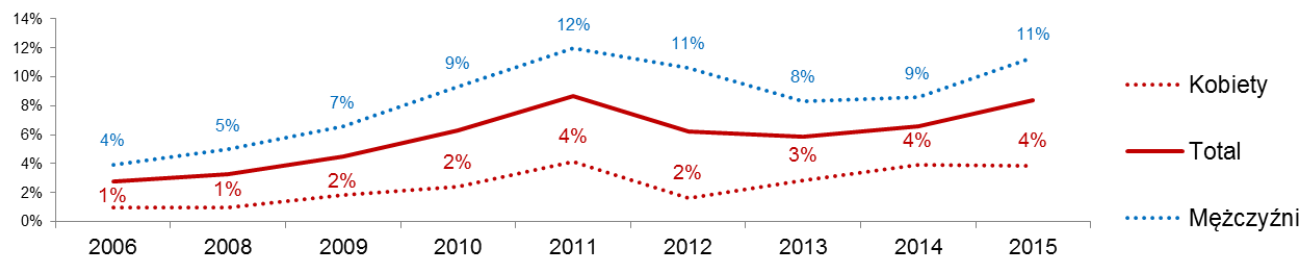
Współżycie z partnerami homoseksualnymi dotyczy przede wszystkim mężczyzn. Wśród kobiet odwiedzających PKD to marginalne zjawisko.

W 2011 roku, po kampanii skierowanej do MSM, widzimy że wzrósł udział mężczyzn deklarujących kontakty homoseksualne. Co ważne odsetek mężczyzn mających partnerów homoseksualnych systematycznie rośnie. To kolejny dowód potwierdzający skuteczność kampanii realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.



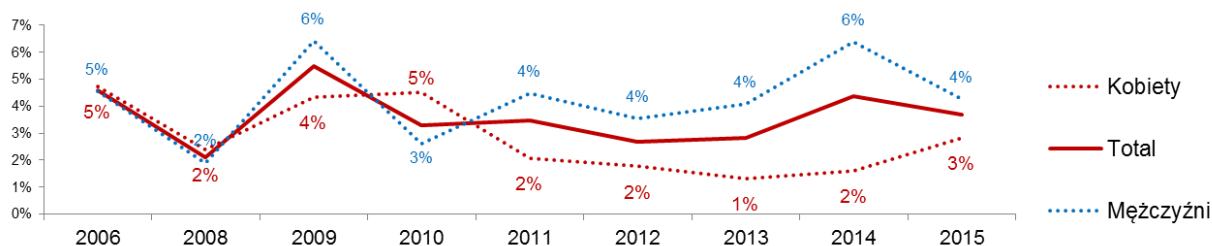
Wykres46. Posiadanie partnerów homoseksualnych

Kampania skierowana do MSM w roku 2010 otworzyła też drzwi dla osób mających partnerów biseksualnych – przekonała ich do odwiedzenia PKD.



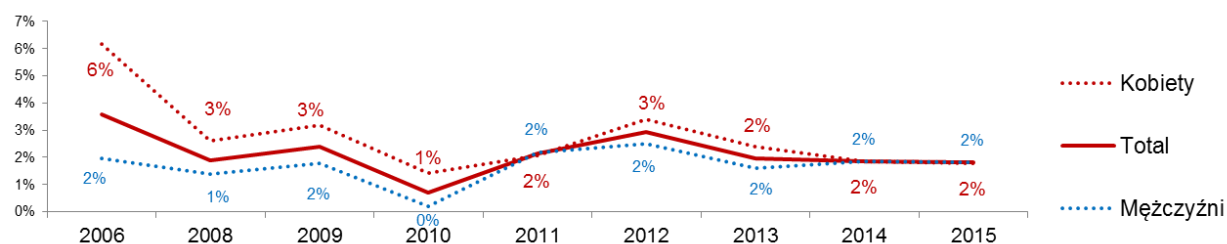
Wykres47. Posiadanie partnerów biseksualnych

Odsetek osób wśród wszystkich klientów PKD?, które deklarują współżycie z partnerami HIV dodatnimi jest nieduży. Szczególnie wśród kobiet to zjawisko jest marginalne. Udział mężczyzn podejmujących kontakty seksualne z osobami, u których stwierdzono zakażenie wirusem HIV jest mniej więcej stały przez okres ostatnich 10 lat i oscyluje wokół 5%, zaś wśród kobiet waha się w granicach od 1 punktu procentowego (2013) do 5 punktów procentowych (2006, 2010).



Wykres48. Partnerzy HIV dodatni wśród mężczyzn i kobiet oraz ogółu badanych w PKD

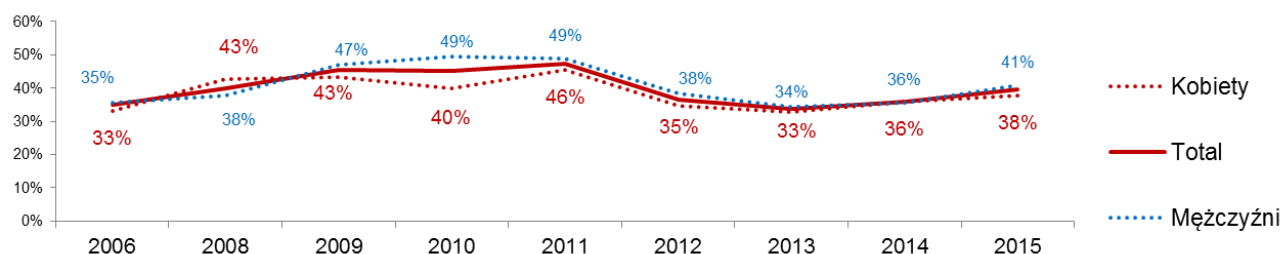
Niewiele osób odwiedzających PKD deklaruje, że utrzymuje kontakty seksualne z osobami, które zażywają narkotyki drogą iniekcji. Odsetek tych osób utrzymuje się na stabilnym, niskim poziomie od 2008 roku, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn.



Wykres49. Partnerzy IDU

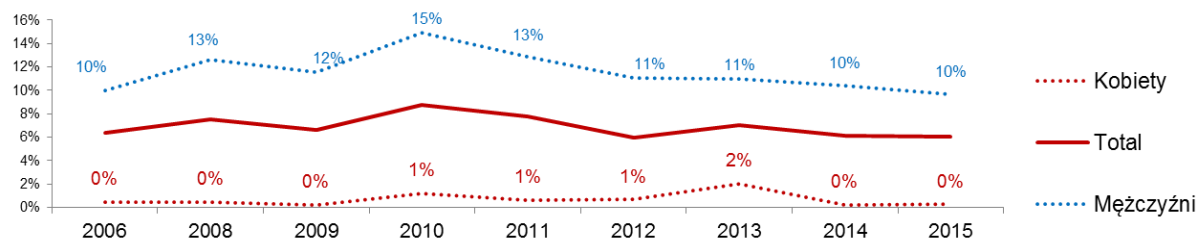
Stosunkowo duży jest udział osób, które współżyją z kilkoma partnerami wśród odwiedzających PKD. Od 2011 do 2014 roku obserwowaliśmy tendencję spadkową tego zjawiska, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. W roku 2015 odnotowujemy ponowny lekki wzrost odsetka deklaracji kontaktów z wieloma partnerami seksualnymi. Warto podkreślić, że wśród klientów PKD płeć nie różnicuje faktu posiadania kilku partnerów jednocześnie, tak jak można by się tego intuicyjnie spodziewać.

Wśród mężczyzn obserwujemy zaledwie kilkuprocentową przewagę osób mających kilku partnerów, ale już np. w 2013 czy 2014 odsetki te są pomiędzy kobietami i mężczyznami praktycznie identyczne.



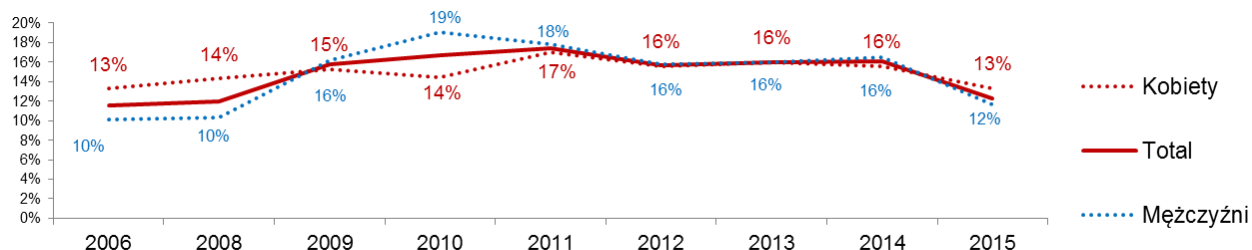
Wykres50. Osoby mające wielu partnerów (wśród odwiedzających PKD)

Mężczyźni przede wszystkim deklarują, że mają kontakty z osobami które świadczą usługi seksualne. Od 2012 roku udział osób odwiedzających PKD współżyjących z osobami zarobkowo uprawiającymi seks jest stabilny.



Wykres51. Posiadanie partnerów świadczących usługi seksualne

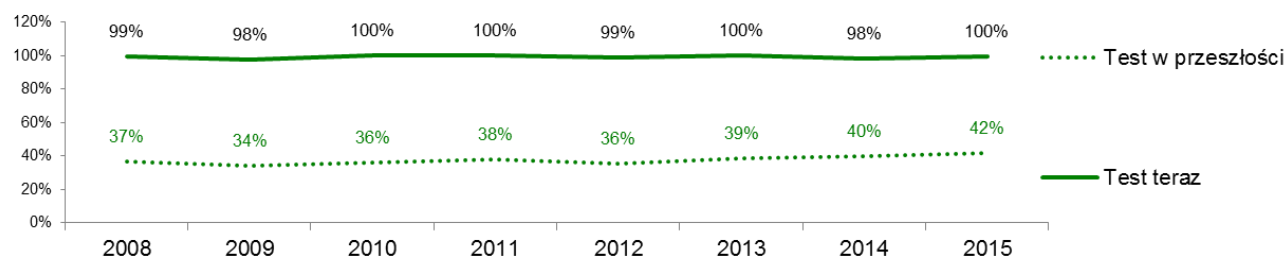
W latach 2008-2010 wzrastał odsetek mężczyzn, którzy deklarowali kontakty z obcokrajowcami (układ z Schengen). W latach 2011-2014 odsetek kobiet i mężczyzn którzy mają partnerów z zagranicy utrzymywał się bez zmian na poziomie ok 16 punktów procentowych (i był praktycznie taki sam dla kobiet i mężczyzn). W ostatnim roku obserwujemy spadek deklaracji utrzymywania kontaktów seksualnych z obcokrajowcami. Trudno jednak obecnie oszacować czy jest to stały trend.



Wykres52. Posiadanie partnerów obcokrajowców

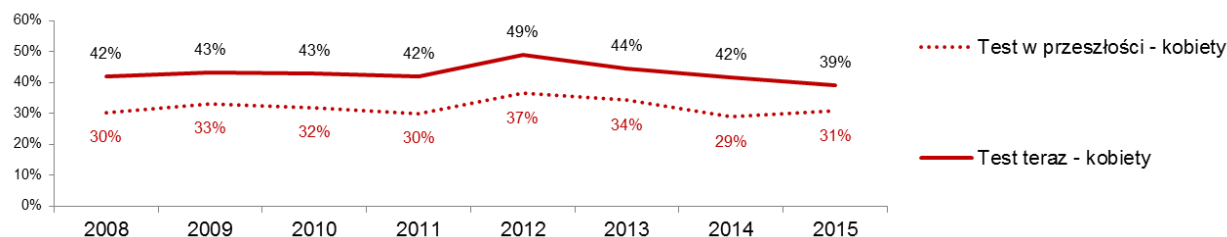
4.2.5. Wykonywanie testu w kierunku HIV

Średnio 40% osób zgłaszających się do PKD miało w przeszłości robiony test na obecność wirusa HIV. W kolejnych latach odsetek pacjentów którzy ponownie przeprowadzają badanie lekko wzrastał.

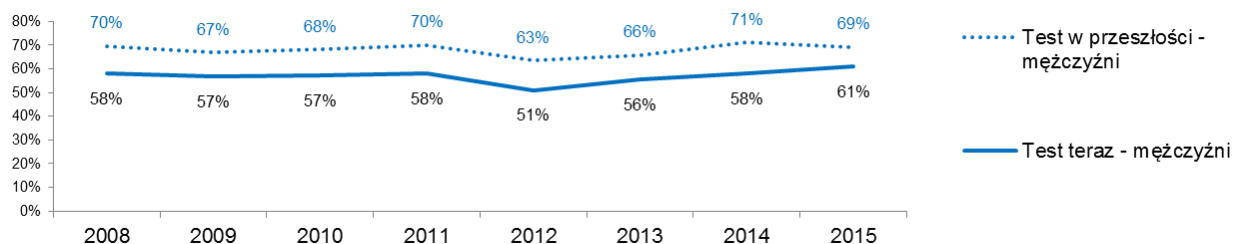


Wykres53. Przeprowadzanie testu na obecność wirusa HIV wśród klientów PKD

Obecnie testy na obecność wirusa HIV częściej przeprowadzają kobiety. W przeszłości to mężczyźni głównie wykonywali to badanie.



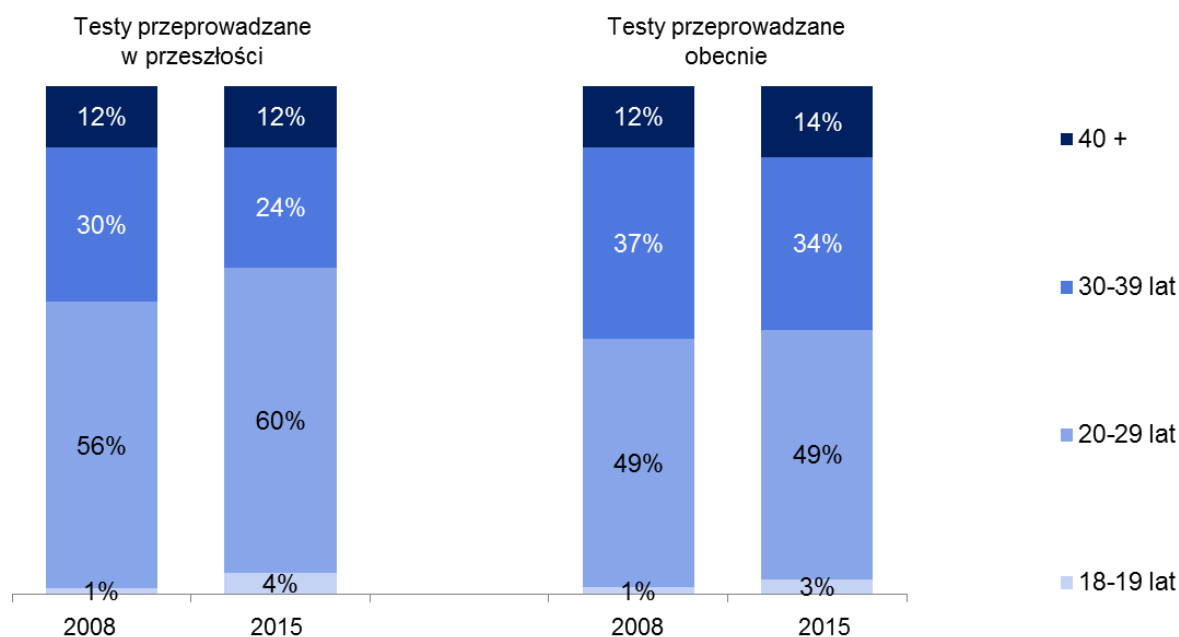
Wykres54. Przeprowadzanie testu - kobiety



Wykres55. Przeprowadzanie testu - mężczyźni

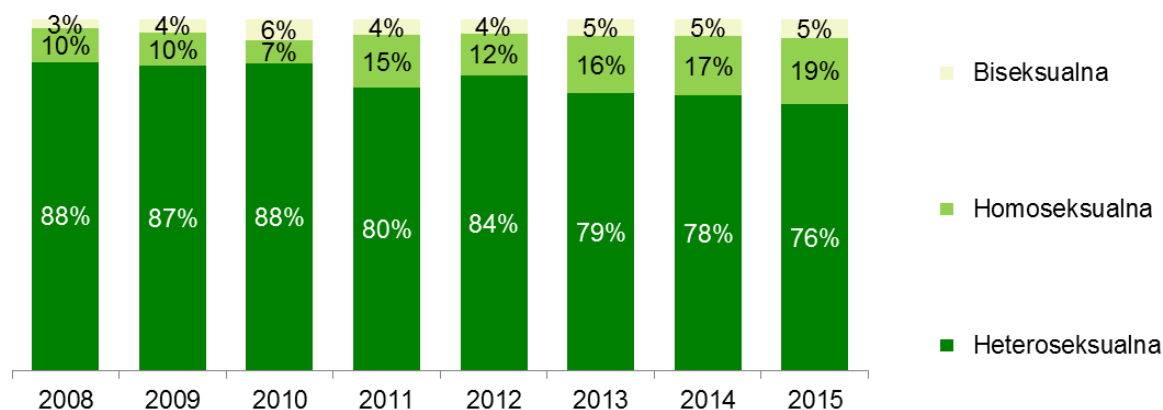
Struktura wieku wśród zgłaszających się do PKD na świeży (aktualny) test nie zmieniła się w czasie ostatnich lat.

Obecnie osoby które deklarują, że w przeszłości robiły test na HIV są nieco młodsze niż kilka lat temu.



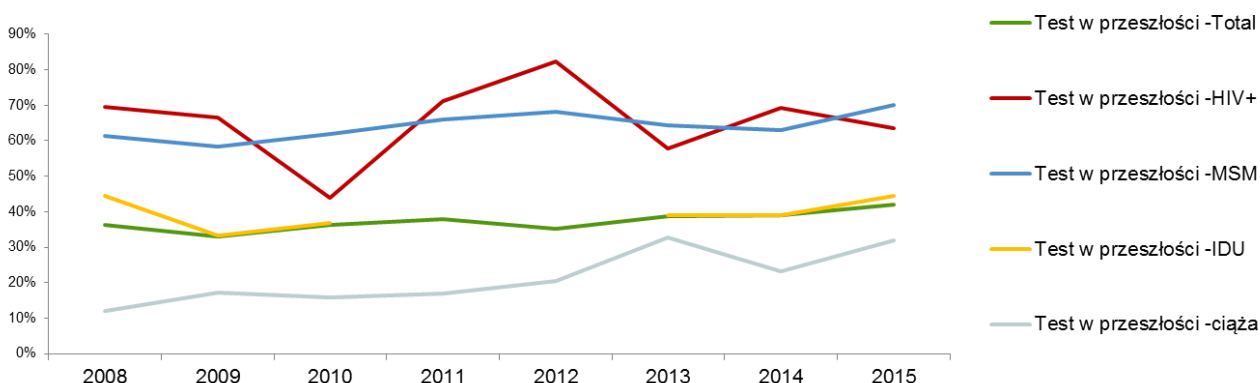
Wykres56. Struktura wieku osób która wykonała testy na HIV

Zmiana orientacji seksualnej osób wykonujących test na HIV jest spójna z trendem obserwowanym wśród ogółu pacjentów zgłaszających się do PKD – rośnie udział osób homoseksualnych.



Wykres57. Orientacja seksualna osób robiących test na HIV aktualnie

Osoby, które zgłaszając się do PKD deklarowały przeprowadzenie testu na obecność HIV w przeszłości to najczęściej pacjenci chorzy na HIV i osoby MSM. Najrzadziej w przeszłości testy miały robione kobiety w ciąży, ale rokrocznie wzrasta odsetek kobiet które deklarują, że miały już wcześniej przeprowadzone badanie.



Wykres58. Przeprowadzanie testu na HIV w przeszłości wśród różnych grup odwiedzających punkty PKD w kolejnych latach pomiaru

4.2.6. Specyfikacja powodu wykonania testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV

W roku 2015 została rozbudowana kategoria odpowiedzi na pytanie o powody wykonania testu na obecność HIV – dlatego analiza będzie oparta tylko na danych z tego roku.

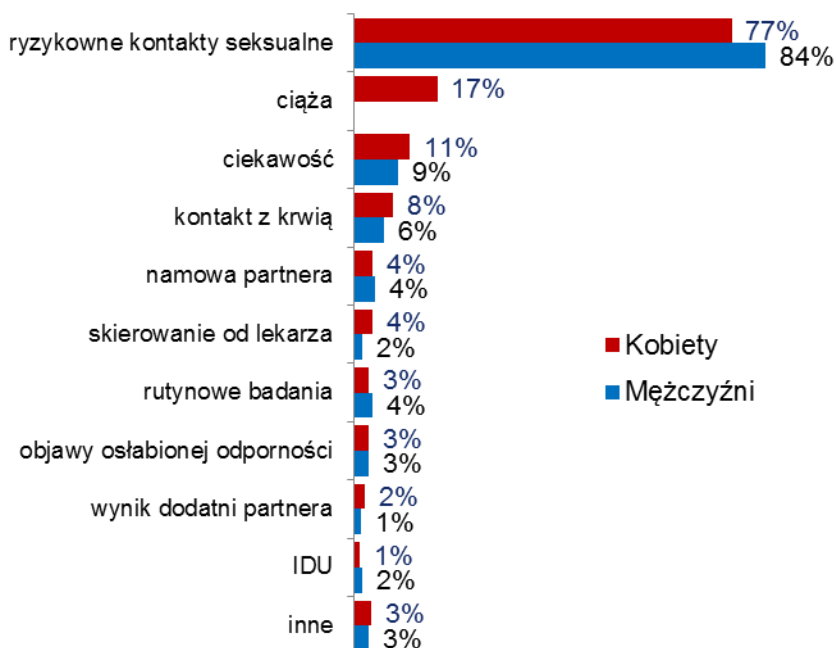
Wśród osób, które odwiedzają PKD najczęściej wskazywaną przyczyną wykonania testu są ryzykowne kontakty seksualne.

Pacjenci zgłaszają się na testy również z powodu ciekawości, ciąży czy kontaktu z krwią. Dość rzadko impulsem do przeprowadzenia testu jest standardowa profilaktyka.



Wykres59. Powody wykonania testu na obecność przeciwciał HIV (klienci PKD – rok 2015)

Kobiety rzadziej niż mężczyźni wykonują testy na obecność HIV z powodu niepewnych kontaktów seksualnych. Dla nich istotną motywacją do przeprowadzenia badania jest ciąża (na drugim miejscu, zaraz po ‘ryzykownych kontaktach seksualnych’).

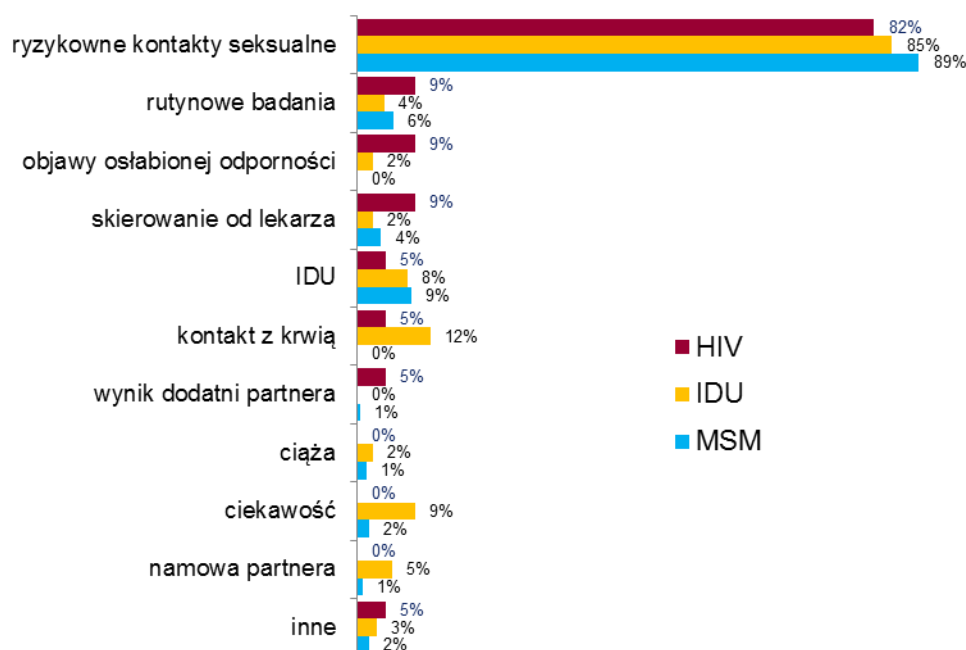


Wykres60. Powody wykonania testu na obecność przeciwciał HIV - płeć

Mężczyźni z grupy MSM oraz osoby IDU relatywnie częściej niż zakażeni HIV przeprowadzają testy ponieważ obawiają się o konsekwencje przypadkowych kontaktów seksualnych.

Zakażeni wirusem HIV wykonują testy, ponieważ dostają od lekarza skierowanie, odczuwają spadek odporności, realizują rutynowe badania.

Osoby z grupy IDU jako przyczynę wykonania testu w kierunku obecności wirusa HIV wskazują na kontakt z krwią, wspólne iniekcje, ale też ciekawość.

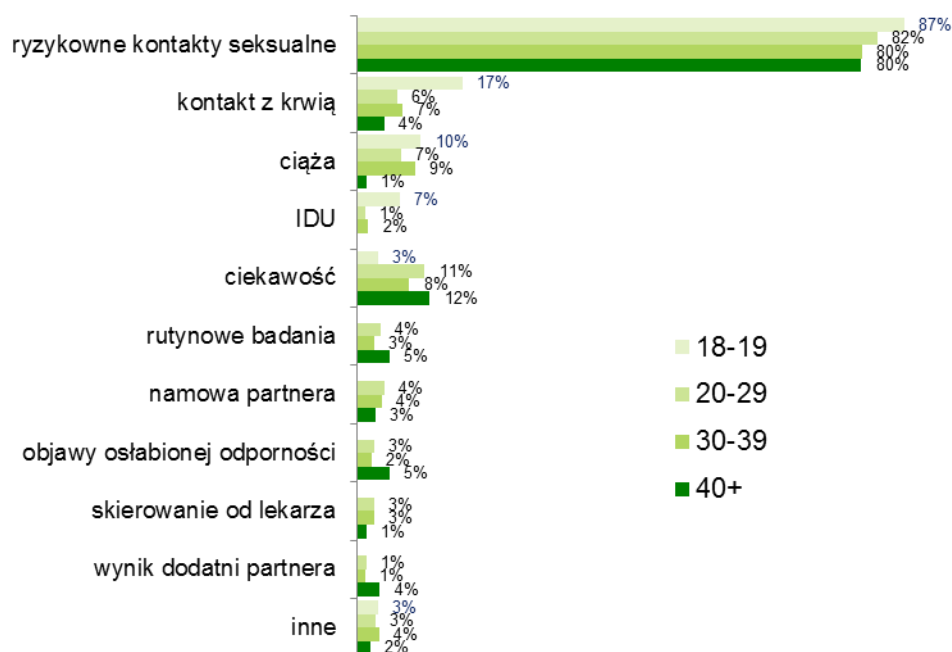


Wykres61. Powody wykonania testu na obecność przeciwciał HIV – grupy HIV +, IDU, MSM

Najmłodsze osoby odwiedzające PKD – w wieku 18-19 lat – najczęściej mają przypadkowe kontakty seksualne – dlatego też ryzykowny seks jest zdecydowanie najważniejszym powodem przeprowadzania przez nich testu w kierunku HIV.

Młodzież, w wieku 18-19 lat, także częściej zgłasza się na badanie z powodu kontaktu z krwią.

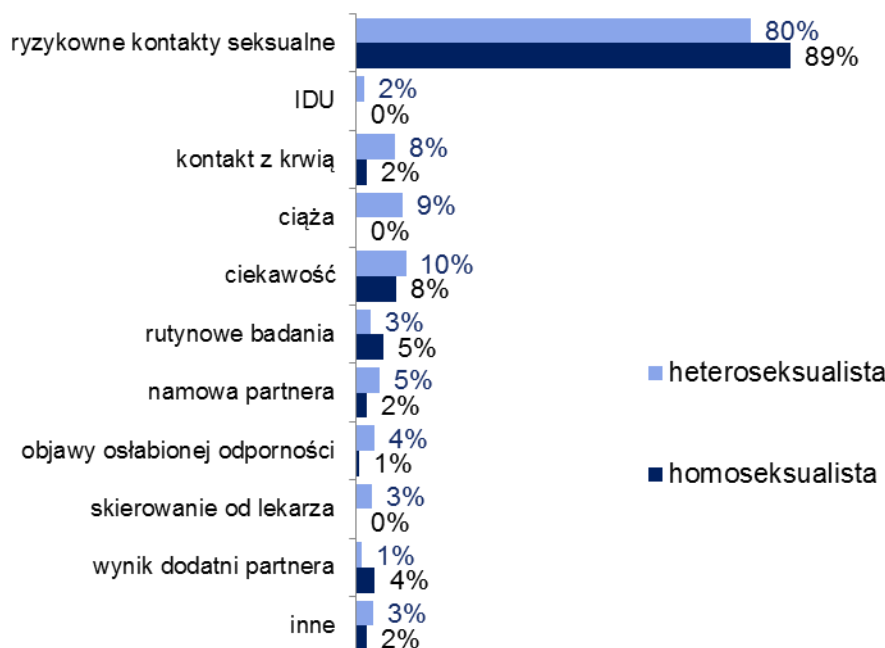
Z ciekawości częściej testy robią osoby powyżej 20 lat. Pozostałe powody nie różnią się w ramach różnych grup wiekowych.



Wykres62. Powody wykonania testu na obecność przeciwciał HIV - wiek

Homoseksualiści częściej niż osoby heteroseksualne zgłaszają się na badania na obecność HIV z powodu przypadkowych kontaktów seksualnych.

Osoby o orientacji heteroseksualnej często przychodzą do PKD na test gdyż są w ciąży lub są po prostu ciekawe wyniku.



Wykres63. Powody wykonania testu na obecność przeciwciał HIV – orientacja seksualna

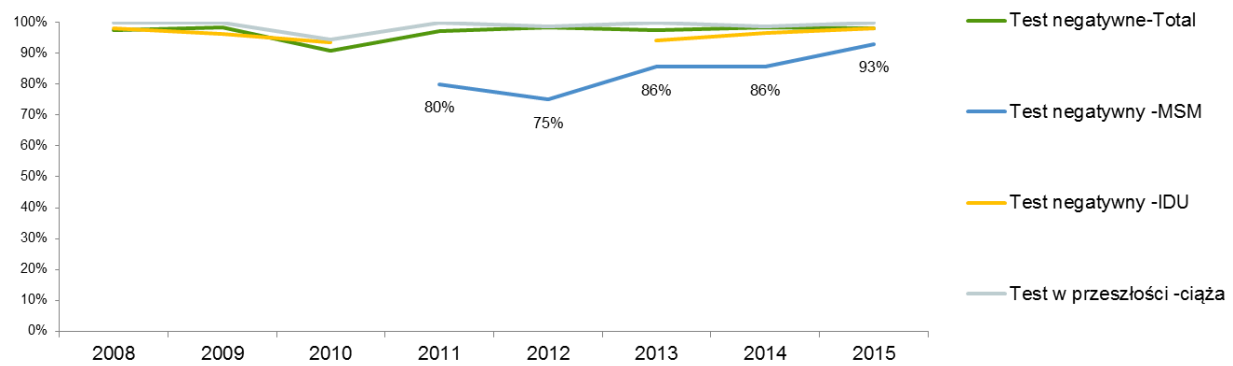
4.2.7. Wynik testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV

Poza grupą MSM wyniki testu osób odwiedzających PKD są prawie w 100% negatywne.

Najwięcej wykrywanych zakażeń wirusem HIV dotyczy mężczyzn MSM.

Istotny jest fakt, że każdego roku ilość zakażeń jest coraz mniejsza. Przypuszczamy że jest to związane z kampanią kierowaną do MSM w roku 2010, po której istotnie wzrósł udział tej grupy wśród odwiedzających PKD.

Działania edukacyjne prowadzone przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz PKD powodują, że wśród tej grupy osób świadomość nt. AIDS, sposobów zakażenia, profilaktyki jest znacznie większa, co skutkuje zmniejszeniem ilości zakażeń.



Wykres64. Wyniki testu wśród różnych grup odwiedzających PKD

5. WNIOSKI Z BADANIA I PROGNOZY DYNAMIKI ZJAWISK

Według danych przekazywanych przez GUS w Polsce następuje szereg zmian w zakresie zachowań demograficznych. Procesy zachodzące w Polsce związane są przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa (ujemnym przyrostem naturalnym, wydłużeniem długości życia), przesuwaniem wieku zakładania rodziny i rodzenia dzieci, większą liczbą rozwodów, zwiększoną popularnością życia w związkach nieformalnych, migracjami.

Demografia od lat jest tematem bardzo ważnym i często podejmowanym przez polityków. Nieustannie trwają prace rządu nad kierunkami działań w zakresie polityki społecznej.

Z punktu widzenia Krajowego Centrum ds. AIDS szczegółowa wiedza na temat zakresu zmian demograficznych odwiedzających PKD pacjentów również jest niezbędna aby jak najefektywniej móc planować i kierować działania edukacyjne dla pacjentów.

Analiza danych z okresu 10 lat wskazała, że większość obserwowanych zmian demograficznych osób odwiedzających PKD jest spójna z tymi jakie wskazuje GUS dla populacji Polaków.

Odwiedzający PKD to przede wszystkim osoby w wieku 20-39 lat. Na przestrzeni 10 lat wzrósł udział osób nieco starszych – w wieku 30-39 lat, kosztem młodszej grupy – 20-29 lat.

Prognozujemy, zgodnie z danymi GUS, dalsze ‘starzenie się’ pacjentów odwiedzających PKD. Udział najmłodszych osób nie powinien wzrastać, gdyż ich udział w społeczeństwie maleje i generalnie odsetek odwiedzających PKD jest znikomy.

Przesunął się również wiek kobiet w ciąży, które przychodzą do PKD przeprowadzić test. Jest to spójny trend z obserwacją populacji Polaków. Przychodzi więcej kobiet w wieku 30-39 lat.

Prognozujemy, że tendencja ta będzie się utrzymywała – będzie rósł udział kobiet w ciąży 30+, a malał wśród kobiet poniżej 30 lat.

Kampanie społeczne podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS mają na celu edukowanie różnych grup odbiorców, w tym też zwrócenie uwagi osób znajdujących się w sferze podwyższonego ryzyka (MSM, IDU).

Szczegółowa analiza kampanii społecznych realizowanych w latach 2006-2015 pozwala jednoznacznie stwierdzić, że **każde z działań zostało zauważone i miało wpływ na zmiany w strukturze osób odwiedzających PKD. Czyli każda z kampanii spełniła swój cel – zachęciła target do przeprowadzenia testu w kierunku HIV.**

Kampanie promujące przeprowadzenie testu na obecność HIV przez kobiety w ciąży odbiły się szerokim echem wśród docelowej grupy. Szczególnie efektywne były działania realizowane w roku 2009 z udziałem siatkarki Katarzyny Glinka. Dzięki kampanii udział kobiet w ciąży w punktach PKD wzrósł o 20%. Także każde kolejne uwrażliwianie kobiet w ciąży na potrzebę przeprowadzenia testu na HIV skutecznie zachęcało je do odwiedzenia PKD.

Działania promocyjne podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS zachęciły także osoby żyjące w związkach do odwiedzenia PKD i przeprowadzenia testu na obecność HIV. W kolejnych latach blisko dwukrotnie więcej par przyszło do PKD. Zmiana odbyła się kosztem kawalerów i panien, których ilość systematycznie maleje wśród pacjentów PKD.

Kampanie uczą i uwrażliwiają osoby żyjące w związkach na problem HIV – branie odpowiedzialności za zdrowie swoje i partnera.

Dzięki kampaniom realizowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS do PKD coraz liczniej zgłaszają się osoby znajdujące się wśród mniejszości seksualnych, jak na przykład MSM. Kampania dedykowana do tej grupy realizowana w roku 2010 spowodowała skuteczne ich otwarcie na przeprowadzanie testów w kierunku obecności HIV.

Począwszy od roku 2011 systematycznie rośnie udział grupy MSM wśród pacjentów odwiedzających PKD. Konsekwencją tego zachowania są także zmieniające się proporcje osób o orientacji homo i heteroseksualnej. Wzrasta udział homoseksualistów, maleje heteroseksualistów. Zmiana ta głównie dotyczy mężczyzn. Trend wśród kobiet jest znacznie słabszy.

Ważną zmianą, która jest efektem edukowania mężczyzn MSM przez Krajowe Centrum ds. AIDS i PKD, jest roczny spadek ilości wykrywanych zakażeń HIV wśród tej grupy. Natomiast wzrosła wśród nich świadomość na temat zakażenia i profilaktyki AIDS.

Akcje edukacyjne realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS miały też wpływ na zmiany w sposobie kontaktów seksualnych. Na przestrzeni 10 lat zauważamy, że maleje udział stosunków waginalnych, a wzrasta oralnych. Świadczy to o tym, że kampanie prowadzone przez wiele lat spopularyzowały ten rodzaj kontaktów ucząc, że jest on relatywnie najbardziej bezpieczny, niosący najmniejsze ryzyko zakażenia wirusem.

Na podstawie analizy wyników danych zebranych w PKD w latach 2006-2015 rekomendujemy potrzebę kontynuowania działań promocyjnych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Analizując wpływ kampanii z lat poprzednich **sugerujemy w przyszłości realizowanie jednocześnie dwóch działań.** Jedna z kampanii powinna być dedykowana grupie będącej w mniejszości (np. IDU), a druga miałaby znacznie szerszego potencjalnego odbiorcę – kobiety w ciąży, rodzinę/partnerów, młodzież etc.

Dzięki takiej synergii działań promocyjnych spodziewamy się bardzo szerokiego zasięgu działania – z jednej strony dotykamy problemu wśród ogółu społeczeństwa, a jednocześnie koncentrujemy się na mniejszościach

podwyższonego ryzyka. Wskazane byłoby by kampanie uzupełniały się merytorycznie (w zakresie propagowanych treści), co może wpłynąć na jeszcze wyższą skuteczność działań.

Pomiędzy pacjentami z trzech głównych grup ryzyka (HIV+, IDU, MSM) dostrzegamy wiele różnic związanych przede wszystkim z orientacją seksualną, partnerami. Wszystkie te osoby również z nieco innych powodów przychodzą na testy w kierunku HIV.

Grupą o najbardziej zbliżonym do populacji odwiedzających PKD profilu są osoby z IDU. Są to przede wszystkim osoby heteroseksualne, ich partnerzy najczęściej mają tę samą orientację. Udział partnerów homoseksualnych jest obecnie nieduży, ale wciąż wzrasta.

Osoby zarażone wirusem HIV oraz MSM znacznie częściej niż wszyscy odwiedzający PKD mają kontakty seksualne z innymi chorymi na HIV. W obydwu grupach nad reprezentowane są orientacje homoseksualne.

Wśród wszystkich powodów, dla których pacjenci kierują się do PKD i przeprowadzają testy na obecność HIV dominuje obawa o konsekwencje ryzykownych kontaktów seksualnych. Ten czynnik sprawia, że na testy zgłaszają się przede wszystkim osoby o orientacji homoseksualnej, MSM, IDU i osoby najmłodsze w wieku 18-19 lat.

Wśród innych czynników zachęcających do przeprowadzenia testu dość często wskazywano na ciekawość (co do wyniku), w bardzo różnych grupach klientów PKD. Oznacza to, że kampanie realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS zaszczepiają ziarno niepewności (i zapewne powiązanego z nią lęku o własne zdrowie, zdrowie partnera, przyszłego dziecka) i tym samym zachęcają do odwiedzenia PKD.

Analiza danych z ostatnich 10 lat jednoznacznie wskazuje, że wszelkie prace podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS wraz z punktami PKD są zauważane i są pomocne – promują profilaktykę, zachęcają do przeprowadzenia testu HIV wśród wielu różnych grup odbiorców.

6. ANEKS

6.1. Raport tabelaryczny z uwzględnieniem podstawowych charakterystyk społeczno demograficznych osób zgłaszających się do PKD

6.2. Kody SPSS