

**„Stan zdrowia osób przyjmujących środki odurzające
we wstrzyknięciach w zakresie chorób zakaźnych
przenoszonych poprzez naruszenie ciągłości tkanek
oraz kontakty seksualne. Rozpowszechnienie. Wiedza.
Zachowania.”**

Raport końcowy

Karolina Zakrzewska, Katarzyna Szmulik, Magdalena Rosińska

Badanie zostało zrealizowane w Zakładzie Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny we współpracy z Górnośląskim Stowarzyszeniem „Wspólnota” w Chorzowie, Poradnią Monar w Krakowie, Fundacją Polityki Społecznej „Prekursor” oraz Dolnośląskim Stowarzyszeniem Psychoprofilaktycznym „Return” we Wrocławiu.

Badanie w całości zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Warszawa 2018

Spis treści

Finansowanie.....	3
Podziękowania.....	3
Jak cytować:.....	3
Wprowadzenie	4
Cele badania:	5
Metodologia	6
Wyniki.....	8
Socjodemografia respondentów	8
Biografia używania substancji odurzających	14
Biografia używania substancji odurzających – ostatnie 30 dni	18
Wspólne używanie sprzętu do iniekcji	19
Leczenie w związku z używaniem substancji psychoaktywnych	20
Dostęp do profilaktyki	23
Szczepienia przeciw wzWB.....	23
Programy wymiany sprzętu do iniekcji.....	23
Stosowanie prezerwatyw	25
Charakter podejmowanych kontaktów seksualnych	26
Wyniki badań laboratoryjnych	28
Świadomość zakażenia HIV, HCV, HBV oraz kiłą	30
Koinfekcja zakażeń HIV HCV i HBV	32
Oszacowanie rozpowszechnienia przeciwciał anti-HIV i anti-HCV oraz antygenu HBs w populacji osób użytkujących środki odurzające w iniekcji	33
Dostęp do diagnostyki zakażeń	33
Wiedza na temat statusu zakażenia HAV oraz zachorowania na rzeżączkę i chłamydię	38
Dostęp do leczenia zakażeń.....	38
Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HIV	40
Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HCV	43
Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HBV	45
Podsumowanie	47
Wnioski	48

Finansowanie

Badanie zostało zrealizowane na zlecenie i w całości sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Podziękowania

Badanie nie zostałoby zrealizowane, gdyby nie zaangażowanie Realizatorów w terenie. Autorzy składają serdeczne podziękowania wszystkim Osobom zaangażowanym w realizację badania, a w szczególności: p. Iwonię Hildebrandt z Górnośląskiego Stowarzyszenia „Wspólnota” w Chorzowie, p. Bartoszowi Michalewskiemu z Monar w Krakowie, p. Aleksandrze Stańczak-Wiercioch, p. Beacie Stelmaszczyk i p. Oliwierowi Ścibor z Fundacji Polityki Społecznej „Prekursor” w Warszawie oraz p. Łukaszowi Golonka z Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoprofilaktycznego „Return” we Wrocławiu.

Jak cytować:

Zakrzewska K, Szmulik K, Rosińska M. Raport końcowy z badania: Stan zdrowia osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w zakresie chorób zakaźnych przenoszonych poprzez naruszenie ciągłości tkanek oraz kontakty seksualne. Rozpowszechnienie. Wiedza. Zachowania. Warszawa 2018

Wprowadzenie

Badania wskazują, iż rozpowszechnienie zakażeń przenoszonych poprzez krew: wirusem HIV oraz wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV, HCV) jest częstsze u osób użytkujących środki odurzające dożylnie, domięśniowo i/lub podskórnie niż w populacji ogólnej¹. Styl życia towarzyszący przyjmowaniu środków odurzających w formie iniekcji – brak świadomości zakażenia poprzez utrudniony dostęp do badań przesiewowych, wspólne użytkowanie sprzętu, odbywanie kontaktów seksualnych bez zabezpieczeń, świadczenie usług seksualnych, doświadczanie bezdomności, przebywanie w zakładach penitencjarnych – skutkuje szybszym rozprzestrzenianiem się zakażeń, zwłaszcza zakażeń przenoszonych drogą parenteralną (przez krew). Wyniki poprzednich badań² wskazały, iż w Polsce problem zakażeń HIV i HCV wśród osób wstrzykujących substancje odurzające jest nadal poważny. Pomimo zmieniających się form przyjmowania narkotyków, iniekcyjna forma jest wciąż popularna³. Niepokojące jest występowanie zakażeń wirusami HIV, HCV i HBV wśród młodych dorosłych użytkujących substancje odurzające – osób poniżej 25 roku życia^{4,5,6}; stanowi to dowód na ciągłą transmisję zakażeń. Wśród gimnazjalistów forma iniekcyjna przyjmowania narkotyków od 2003 do roku 2015 roku zwiększyła się prawie dwukrotnie⁷.

Profilaktyka tych zakażeń obejmuje głównie działania z obszaru redukcji szkód, które nakierowane są na zmniejszenie częstości podejmowania najbardziej ryzykownych form przyjmowania (wspólne używanie sprzętu do wstrzykiwania). Istotny jest również dostęp do testów laboratoryjnych i regularne z nich korzystanie, a w chwili wykrycia zakażenia – podjęcie leczenia. Kluczową rolę odgrywa również promowanie zasad bezpiecznych kontaktów seksualnych.

Choroby zakaźne i zakażenia występujące w populacji osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia osób użytkujących oraz ich partnerów (życiowych/seksualnych). Ze względu na indywidualne konsekwencje zdrowotne dla osób

¹ Degenhardt L et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017; 5(12):e1192-e1207. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30375-3;

² Raporty z badań. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dostępne na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>; dostęp: 02-09-2018r.

³ 64,2% respondentów przyjmowało substancje psychoaktywne w formie iniekcji w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. *Społeczny Komitet ds. AIDS. Program pilotażowy skierowany do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (IDU) dotyczący oszacowania rozpowszechnienia zakażeń HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków z Warszawy i okolic. Warszawa 2014.* Dostępny na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>; dostęp: 02-09-2018r.

⁴ Zakażenia HIV są wykrywane u iniekcyjnych użytkowników środków odurzających mających mniej niż 25 lat – w ramach nadzoru epidemiologicznego w 2017r. zareportowano 2 przypadki; w 2016r. – 3 przypadki; w 2015r. – 5 przypadków, w 2014r. – 2 przypadki; 'Dane z nadzoru epidemiologicznego (niepublikowane) NIZP-PZH.

⁵ HIV: 8,8% HCV: 49,5% HBV: 17,8%; Rosińska M. *Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie.* Warszawa, 2009. Dostępny na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>; dostęp: 02-09-2018r.

⁶ HIV: 3,2% HCV: 46,6% HBV: 22%; Rosińska M, Zieliński A. *Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód.* Warszawa, 2004. Dostępny na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>; dostęp: 02-09-2018r.

⁷ Dla uczniów klas trzecich z 1.2% w 2003r. do 3% w 2015r. W klasach drugich skala rozpowszechnienia przyjmowania narkotyków w drodze iniekcji jest nieco niższa i wynosiła 0.7% w 2003r. i 2% w 2015r. Analizując dane z ostatnich 12 lat zauważalny jest trend wzrostowy rozpowszechnienia używania narkotyków w zastrzykach wśród gimnazjalistów i mieści się w wąskim przedziale 2-3%. Sierosławski J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. ESPAD* Warszawa, 2015. Dostępny na stronie: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>; dostęp: 02-09-2018r.

zakażonych, ale również z punktu widzenia zdrowia publicznego, monitorowanie szerzenia się zakażeń wśród osób przyjmujących środki odurzające poprzez iniekcje, stanowi ważny element polityki przeciwdziałania narkomanii i jej konsekwencjom. Rekomendacje wskazują, że leczenie zakażenia HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest możliwe⁸, a nawet zaleca się by nie zwlekać z podejmowaniem leczenia aktywnych użytkowników⁹. Modelowanie zobrazowało, że leczenie aktywnych użytkowników, zakażonych HCV może efektywnie ograniczyć transmisję zakażeń¹⁰, a dostępna terapia o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA; refundowana w Polsce od 2015r.¹¹) zapewnia możliwość całkowitej eliminacji wirusa HCV¹². Natomiast wśród zakażonych HIV wykazano, że stosowanie terapii antyretrowirusowej zapobiega przeniesieniu zakażenia na partnerów seksualnych¹³. Istnieją zatem podstawy naukowe: przy skutecznym leczeniu infekcji HIV zakaźność obniża się, a zakażenie HCV można skutecznie wyeliminować.

Cele badania:

1. Oszacowanie częstości występowania zakażeń przenoszonych drogą naruszenia ciągłości tkanek oraz kontaktów seksualnych w populacji osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciu, w wybranych regionach w Polsce.
2. Ocena częstości podejmowania przez respondentów zachowań ryzykownych oraz oszacowania zależności pomiędzy czynnikami behawioralnymi a ryzykiem zakażeń.
3. Ocena częstości stosowania nowych substancji psychoaktywnych.
4. Ocena dostępu do diagnostyki zakażeń.
5. Ocena dostępu do działań prewencyjnych.
6. Ocena dostępu do leczenia osób wiedzących o swoim zakażeniu.

⁸ Grebely J et al. Recommendations for the Management of Hepatitis C Virus Infection among People Who Inject Drugs. The International Journal on Drug Policy, 2015; 26 (10):1028–38.

⁹ European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. Journal of Hepatology. 2017; 66 (1):153–94.

¹⁰ Martin NK et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among Injecting Drug User Populations? A modeling analysis of its prevention utility. Journal of Hepatology. 2011; 54 (6): 1137–44.

¹¹ Jednakże wciąż wśród kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu jest czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających. Ministerstwo Zdrowia. Programy Lekowe. <https://www.gov.pl/zdrowie/choroby-nieonkologiczne>. dostęp: 02-09-2018r.

¹² European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. Journal of Hepatology. 2017; 66 (1):153–94.

¹³ Nie odnotowano transmisji zakażenia HIV pomiędzy partnerami: jeden z partnerów o statusie HIV-pozytywny stosował terapię antywirusową, a stosunki seksualne przebiegały bez zabezpieczenia prezerwatywą (prospektywne badanie obserwacyjne, 1166 par homo- i heteroseksualnych z 14 europejskich krajów; 1,3 lat obserwacji na parę); Rodger AJ et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-Positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA 2016;316(2):171–81.

Metodologia

Schemat badania. Przeprowadzono badanie przekrojowe w czterech miejscach w Polsce: Chorzowie, Krakowie, Warszawie oraz Wrocławiu. Badanie obejmowało: 1) badanie serologiczne na obecność markerów zakażenia: wirusami HIV (przeciwciała anty-HIV), HBV (antygen HBsAg) i HCV (przeciwciała anty-HCV) i kiłą (odczyny niekrętkowe); oraz 2) wywiad kwestionariuszowy.

Badanie przekrojowe. Celem jest opis wybranego stanu/zjawiska w określonym czasie w określonej populacji. Metodologia polega zatem na jednoczesnej ocenie ekspozycji na czynnik oraz obecności stanów zdrowotnych wśród przedstawicieli populacji (w omawianym przypadku zakażeń HIV, HCV, HBV oraz kiłą), co często obrazowo porównywane jest do „zdjęcia” określonej populacji w określonym czasie. Należy podkreślić, iż przedstawione w raporcie zależności, między wynikami testów laboratoryjnych a omówionymi zmiennymi, nie mają charakteru związków przyczynowo skutkowych.

Miejsce badania. W ramach konkursów otwartych wyłoniono 4 realizatorów badania w terenie, którzy przeprowadzali rekrutację, pre- i post-counseling, wywiad kwestionariuszowy oraz kierowali na badania serologiczne:

1. Górnośląskie Stowarzyszenie „Wspólnota” w Chorzowie;
2. Monar w Krakowie;
3. Fundacja Polityki Społecznej „Prekursor” w Warszawie;
4. Dolnośląskie Stowarzyszenie Psychoprofilaktyczne „Return” we Wrocławiu.

Dobór próby. Rekrutację przeprowadzono za pomocą metody *Respondent Driven Sampling* (RDS)¹⁴ – metoda to nieprobabilistyczny dobór próby, możliwy do zastosowania w populacjach gdzie nie istnieje operat losowania (tzw. populacje ukryte). Rekrutacja odbywa się poprzez respondentów, bazuje na sieci kontaktów, ale w odróżnieniu od innych metod „łańcuchowych”, pozwala oszacować błąd próby.

Schemat rekrutacji. Początkowo w każdym z ośrodków do udziału w badaniu zaproszono po 2 osoby (ang. *seeds*, tzw. „zaczątki”, „elektrony”¹⁵). Elektrony zostały dobrane według rozeznania pracowników, by reprezentowały różne możliwe subpopulacje – uwzględniając płeć, wiek, głównie przyjmowany narkotyk, pozostawanie w leczeniu substytucyjnym. Każdemu z „elektronów” przekazano 3 kupony do rozdania wśród znajomych, spełniających kryteria włączenia. Kolejne zgłaszające się osoby otrzymywały kolejne max 3 kupony z prośbą o rekrutację kolejnych uczestników. W przypadku niezgłaszania się kolejnych osób do badania, włączano nowe osoby, które stawały się „elektronami”. Za poświęcony na badanie czas (1-1,5 godz.) oraz za rekrutację kolejnych osób, respondenci otrzymywali upominki.

Kryteria włączenia. Przyjęto następujące kryteria włączenia: 1) posiadanie ważnego kuponu oraz nieuczestniczenie wcześniej w badaniu; 2) ukończone 18 lat; 3) przyjęcie choć raz w życiu środków odurzających w iniekcji (dożylnie, domięśniowo i/lub podskórnio).

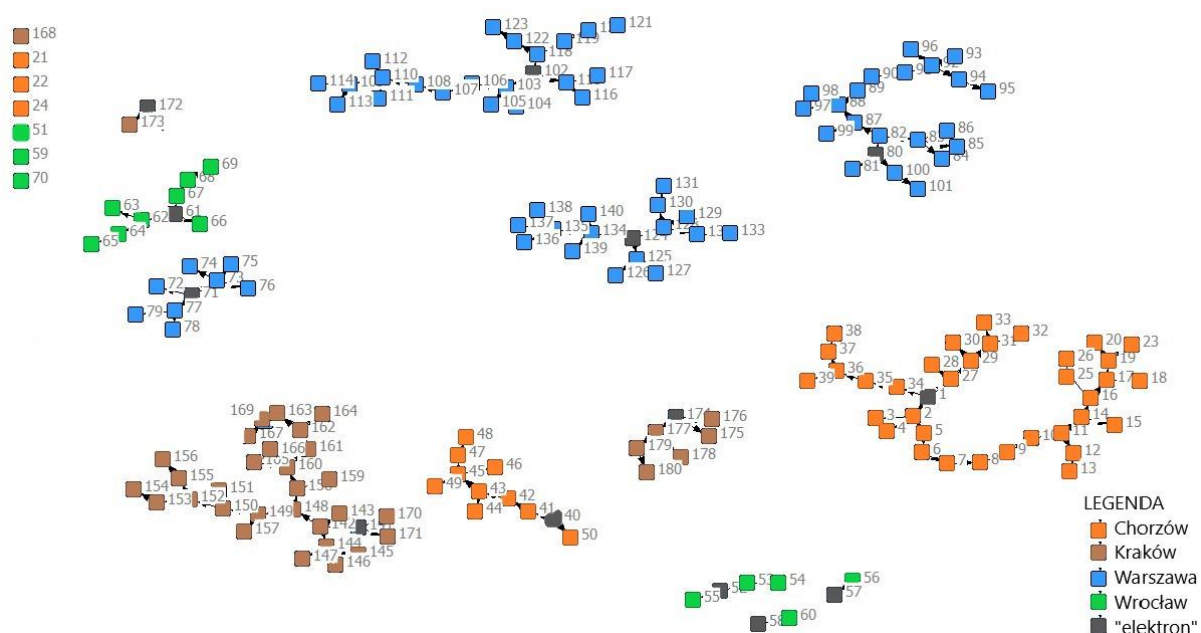
¹⁴ <http://www.respondentdrivensampling.org/> dostęp: 02-09-2018r.

¹⁵ termin „elektron” zapoczątkował p. Łukasz Golonka z Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoprofilaktycznego „Return” we Wrocławiu

Wywiad kwestionariuszowy. Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych z możliwością dopisania własnej odpowiedzi oraz otwartych (łącznie 69 pytań), bazował na poprzednio przeprowadzonych badaniach przekrojowych (w latach 2004, 2005, 2009 oraz 2014¹⁶). Wywiad kwestionariuszowy został przeprowadzony techniką PAPI (ang. *Pencil and Paper Interview*) przez wyspecjalizowanych pracowników, posiadających doświadczenie w pracy z klientami użytkującymi substancje odurzające.

Badania serologiczne. Badania serologiczne zostały wykonane w trzech laboratoriach (Chorzów – laboratorium Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, Kraków i Wrocław – laboratorium Synevo Sp. z o. o., Warszawa – laboratorium Diagnostyka Sp. z o. o.) przy użyciu zestawów komercyjnych. Badania w kierunku HIV wykonywano metodą immunoenzymatyczną, a wyniki dodatnie u osób, które nie wiedziały wcześniej o swoim zakażeniu były potwierdzane metodą Western-Blott lub PCR. Oznaczano przeciwciała przeciwko wzv C. Badanie w kierunku zakażenia HBV dotyczyło oznaczenia antygenu powierzchniowego (HBsAg), świadczącego o obecności wirusa w organizmie. Oznaczono również nieswoisty odczyn w kierunku kiły – VDRL.

Czas rekrutacji. Respondentów rekrutowano przez 3 miesiące: od września do listopada 2017 r.



Rysunek 1 Schemat rekrutacji w podziale na miejsce rekrutacji

Kwestie etyczne. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie (opinia nr 3/2017 z dn. 22.06.2017). Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny, a pozyskiwanie w trakcie badania dane (wyniki badań laboratoryjnych oraz wywiad kwestionariuszowy) zostały zanonimizowane (za pomocą unikalnego kodu kuponu, który pozwolił powiązać wywiad kwestionariuszowy z wynikami testów laboratoryjnych przy zachowaniu pełnej anonimowości). Każdy respondent – po uzyskaniu pełnej informacji, na czym badanie polega – wyrażał na nie zgodę w formie pisemnej.

¹⁶ Raporty z badań. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dostępne na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>; dostęp: 02-09-2018r.

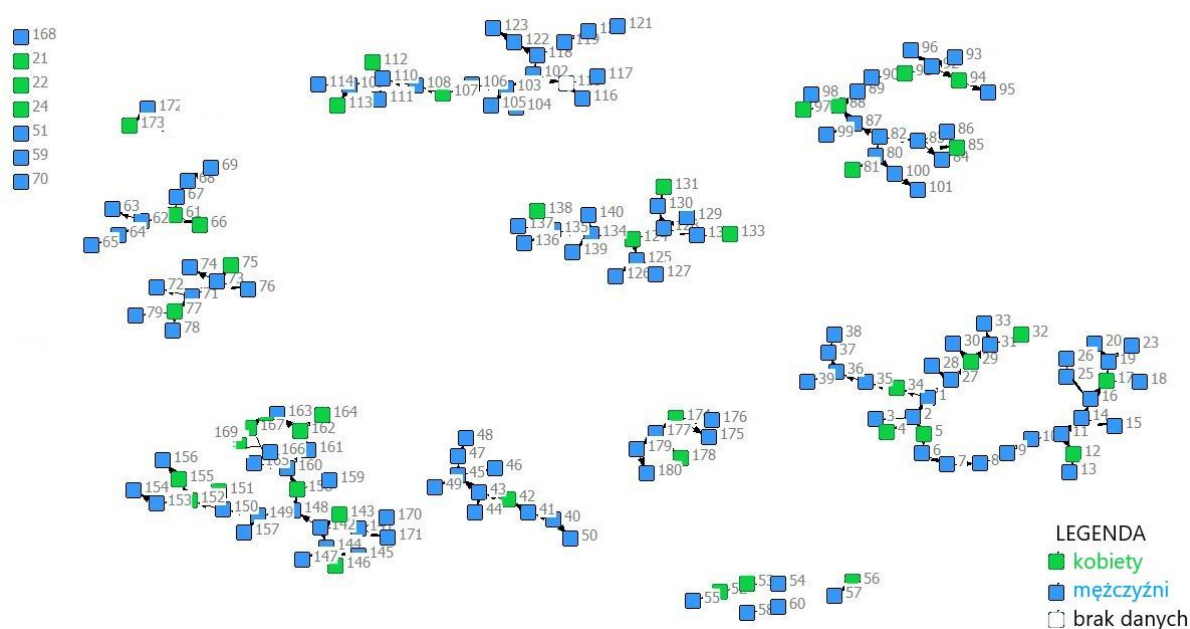
Analiza statystyczna. Do porównań zmiennych w zależności od ich charakteru i rozkładu stosowano testy t-Studenta, chi-kwadrat oraz regresję logistyczną. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizy przeprowadzono przy użyciu pakietu STATA wersja 14.0¹⁷ (na licencji NIZP-PZH) oraz narzędzia dedykowanego metodzie rekrutacji: RDSAT wersja 7.1.46¹⁸ (dostęp bezpłatny). Wykresy oraz tabele wykonano w arkuszu kalkulacyjnym MS Excel 2010¹⁹ (na licencji NIZP-PZH), a drzewka obrazujące rekrutację przy pomocy NetDraw wersja 2.160²⁰ (dostęp bezpłatny).

Wyniki

W badaniu zrekrutowano 180 osób w czterech miastach w Polsce: Warszawie, Wrocławiu, Chorzowie i Krakowie. W każdym z tych miejsc zrekrutowano odpowiednio: 70, 20, 50 i 40 osób.

Socjodemografia respondentów

W badanej próbie było 134 mężczyzn (74,4%) i 45 kobiet (25,0%), a w przypadku jednej osoby nie uzyskano informacji o płci.



Rysunek 2 Respondenci z uwzględnieniem płci

Średnia wieku wynosiła 34,5 lat dla całej próby (mediana 34 lata), zaś średnia wieku dla mężczyzn i dla kobiet była różna i wynosiła odpowiednio: 35 lat dla mężczyzn i prawie 33 lata dla kobiet.

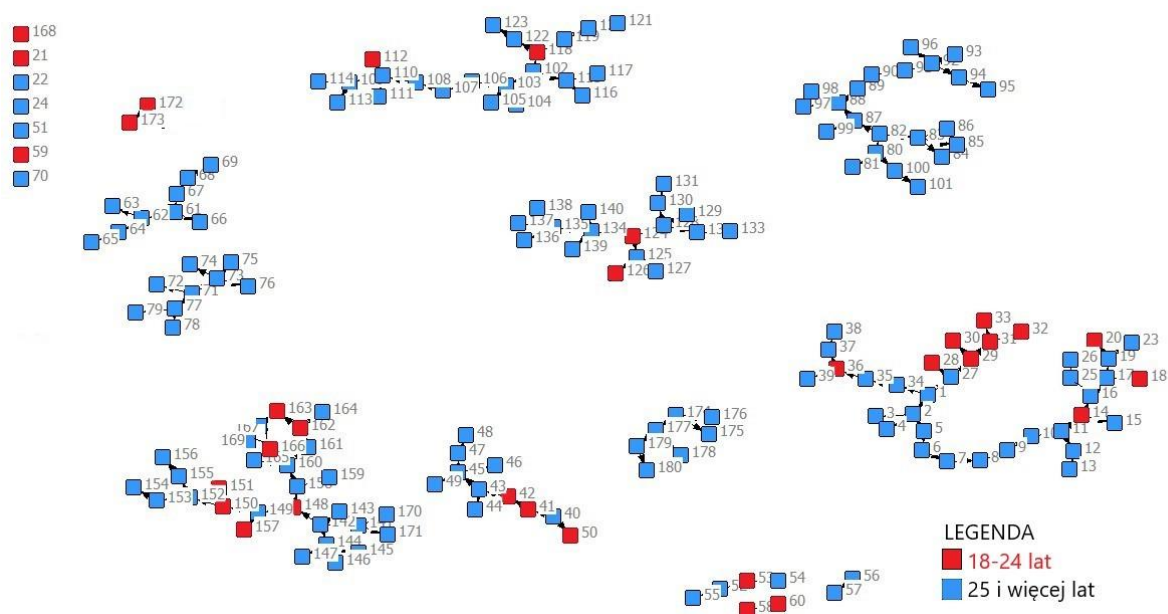
W Warszawie (57,1%; 40/70 osób), Wrocławiu (60,0%; 12/20 osób) i Chorzowie (38,0%; 19/50 osób) dominowały osoby w wieku 30-39 lat. Osoby poniżej 25 roku życia stanowiły najmniej liczną grupę w Warszawie (5,7%; 4/70 osób), zaś w pozostałych miejscach od 20% (4/20 osób) we Wrocławiu, w Krakowie 26% (10/40 osób), do 28% (14/50 osób) w Chorzowie.

¹⁷ StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP.

¹⁸ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. 2012. Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University.

¹⁹ Microsoft Corporation, Redmont, USA

²⁰ Borgatti, S.P., 2002. NetDraw Software for Network Visualization. Analytic Technologies: Lexington, KY



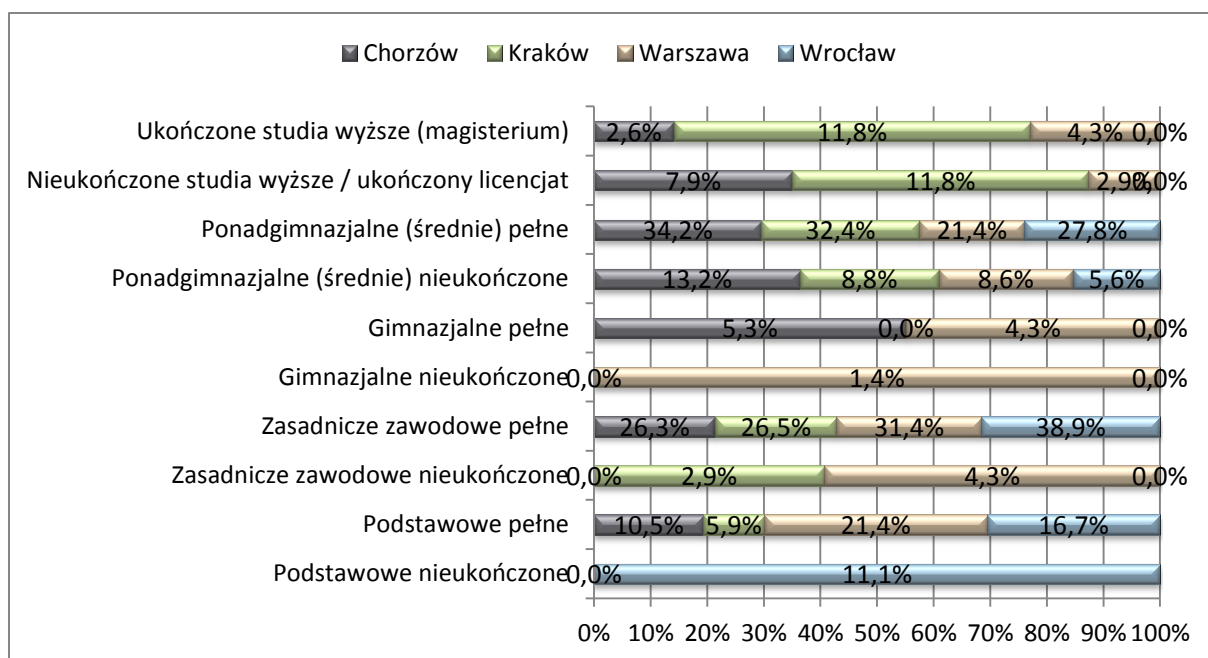
Rysunek 3 Respondenci z uwzględnieniem subpopulacji osób poniżej 25 roku życia

Największy odsetek osób po 50 roku życia odnotowano wśród zrekrutowanych w Warszawie – 11% (8/70 osób). Średnia wieku różniła się pomiędzy miejscami rekrutacji, największa była w Warszawie (36,8 lata) zaś najmniejsza we Wrocławiu (32,1 lata). Średnia wieku dla kobiet i mężczyzn była różna i jedynie w Warszawie była wyższa od średniej wieku mężczyzn. Szczegółowe dane przedstawia tabela 2 (str.9).

W populacji osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji mężczyźni stanowią 77,1% (66,5%-87,0%), zaś kobiety 22,9% (13,0%-33,5%). Użytkownicy mający mniej niż 25 lat stanowią 28,1% (14,3%-43,8%) populacji²¹.

Poziom wykształcenia respondentów różni się pomiędzy miejscami rekrutacji. W Chorzowie (34,2%; 13/38 osób) i Krakowie (32,4%; 11/34 osób) dominowały osoby o wykształceniu ponadgimnazjalnym, zaś w Warszawie (31,4%; 22/70 osób) i Wrocławiu (38,9%; 7/18 osób) przeważającym poziomem uzyskanego wykształcenia było zasadnicze zawodowe. Znaczny odsetek respondentów z Warszawy zakończył proces edukacji na poziomie szkoły podstawowej (21,4%; 15/70 osób) i ponadgimnazjalnej (21,4%; 15/70 osób). 20 osób deklaroowało, iż pozostaje w trakcie nauki w chwili badania.

²¹ Rekrutacja metodą RDS i narzędzie RDSAT umożliwia estymację częstości danego czynnika w populacji. W ramach kursywę przedstawiono oszacowanie danych dla populacji osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji



Wykres 1 Poziom wykształcenia wśród osób, które nie były w trakcie nauki w chwili badania

3/5 badanej próby nie pozostawało w stałym związku w chwili badania (105 osób), z czego znaczną większość stanowili mężczyźni – 85 osób.

Blisko połowa (45,3%; 81/179 osób) wszystkich respondentów mieszkała z osobami, z którymi wykazywali więzi rodzinne bądź partnerskie. Mieszkanie samemu deklarowało 18,4% respondentów (33/179 osób). Widoczne są różnice w poszczególnych miastach. Znacznie częściej respondenci z Krakowa (18,0%; 7/39 osób), niż w pozostałych miastach, mieszkali z przypadkowymi ludźmi, od 2% (1/50 osób) w Chorzowie do 5,0% (1/20 osób) we Wrocławiu. We Wrocławiu najrzadziej respondenci mieszkali z rodzicami, krewnymi i z przypadkowymi osobami – po 5,0% (1/20 osób).

Dużym problemem jest bezdomność, 1/3 osób (31,1%; 56/180 osób) zadeklarowała, iż byli bezdomni w ciągu 30 dni przed badaniem.

Tabela 1 Osoby, z którymi mieszkali respondenci

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sama/sam	9	18,0	4	10,3	15	21,4	5	25,0	33	18,4
z rodzicami/krewnymi	11	22,0	8	20,5	16	22,7	1	5,0	36	20,1
ze swoimi dziećmi	1	2,0	0	0,0	2	2,9	0	0,0	3	1,7
z mężem/żoną / partnerem/partnerką	19	38,0	6	15,4	10	14,3	7	35,0	42	23,5
ze znajomymi / przyjaciółmi	6	12,0	10	25,6	17	24,3	4	20,0	37	20,7
z przypadkowymi ludźmi	1	2,0	7	17,9	3	4,3	1	5,0	12	6,7
różne / inne	3	6,0	4	10,3	7	10,0	2	10,0	16	8,9

Tabela 2 Wiek respondentów wg. płci i ośrodków rekrutacji

	Warszawa			Chorzów			Kraków			Wrocław			cała próba		
	M	K	R	M	K	R	M	K	R	M	K	R	M	K	R
< 20 lat	0	0	0	2	1	3	1	0	1	1	0	1	4	1	5
	0%	0%	0%	5%	9%	6%	4%	0%	3%	7%	0%	5%	3%	2%	3%
20-24 lat	2	2	4	8	3	11	6	3	9	2	1	3	18	9	27
	4%	13.5%	6%	21%	27%	22%	23%	21%	23%	13%	20%	15%	13%	20%	15%
25-29 lat	5	2	7	5	2	7	2	6	8	1	1	2	13	11	24
	9%	13.5%	10%	13%	18%	14%	8%	43%	20%	7%	20%	10%	10%	24%	13%
30-39 lat	34	5	40*	15	4	19	5	1	6	9	3	12	63	13	77*
	63%	33%	57%	38%	36%	38%	19%	7%	15%	60%	60%	60%	47%	29%	43%
40-49 lat	8	3	11	6	1	7	10	2	12	2	0	2	26	6	32
	15%	20%	16%	15%	9%	14%	38%	14%	30%	13%	0%	10%	19%	13%	18%
50+ lat	5	3	8	3	0	3	1	2	3	0	0	0	9	5	14
	9%	20%	11%	8%	0%	6%	4%	14%	8%	0%	0%	0%	7%	11%	8%
suma	54	15	70	39	11	50	26	14	40	15	5	20	134	45	180
minimum	23	20	20	18	19	18	19	21	19	19	21	19	18	19	18
maximum	66	55	66	63	40	63	55	59	59	46	38	46	66	59	66
mediana	35	35	35	31	30	31	35	35	35	33,5	33,5	30,8	34	34	34
średnia	37,00	37,00	37,00	33,18	28,70	32,20	35,92	32,29	33,80	35,50	30,80	32,10	35,00	32,87	34,54

M - mężczyźni, K – kobiety, R – razem

* w przypadku jednej osoby brak danych odnośnie płci

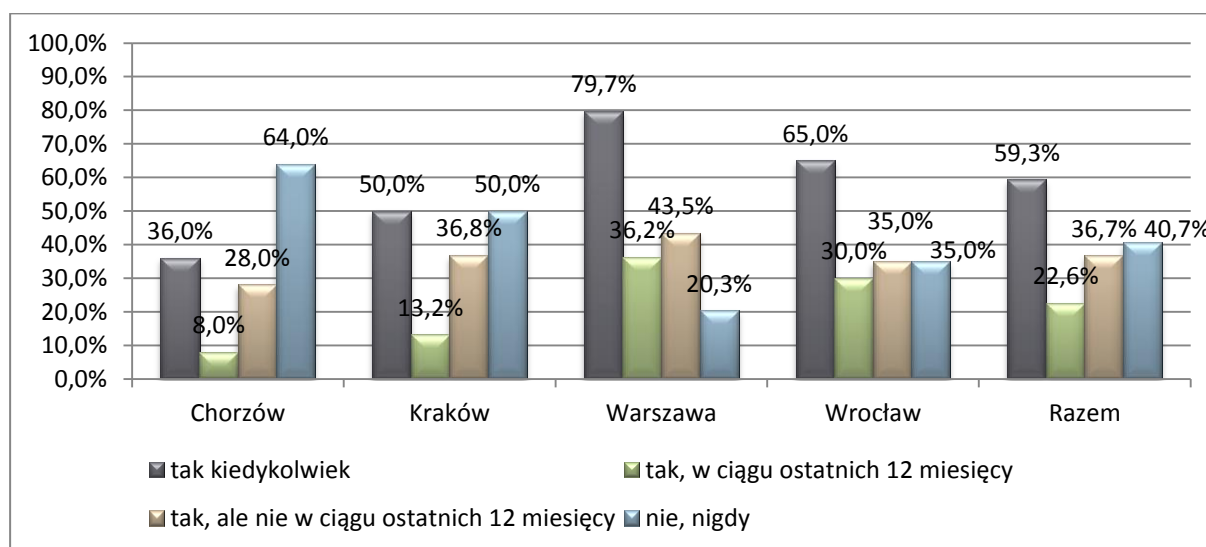
Oszczędności (własne, rodziny bądź przyjaciół) są głównym źródłem utrzymania dla blisko 40% wszystkich badanych. Częściej osoby z Chorzowa utrzymywały się z oszczędności (74%; 37/50 osób) niż w pozostałych miastach. Odsetek osób utrzymujących się z nielegalnych źródeł najmniejszy był wśród zrekrutowanych osób w Chorzowie (4,0%; 1/50 osób) zaś największy we Wrocławiu (40,0%; 8/20 osób). Na rencie bądź zasiłku pozostawało 19,4% (35/180 osób), z czego 19 osób pochodziło z Warszawy (27,1% wszystkich osób zrekrutowanych w Warszawie), a we Wrocławiu nie było osoby, której źródłem utrzymania byłaby renta bądź zasiłek.

Tabela 3 Źródło utrzymania wg miejsca rekrutacji

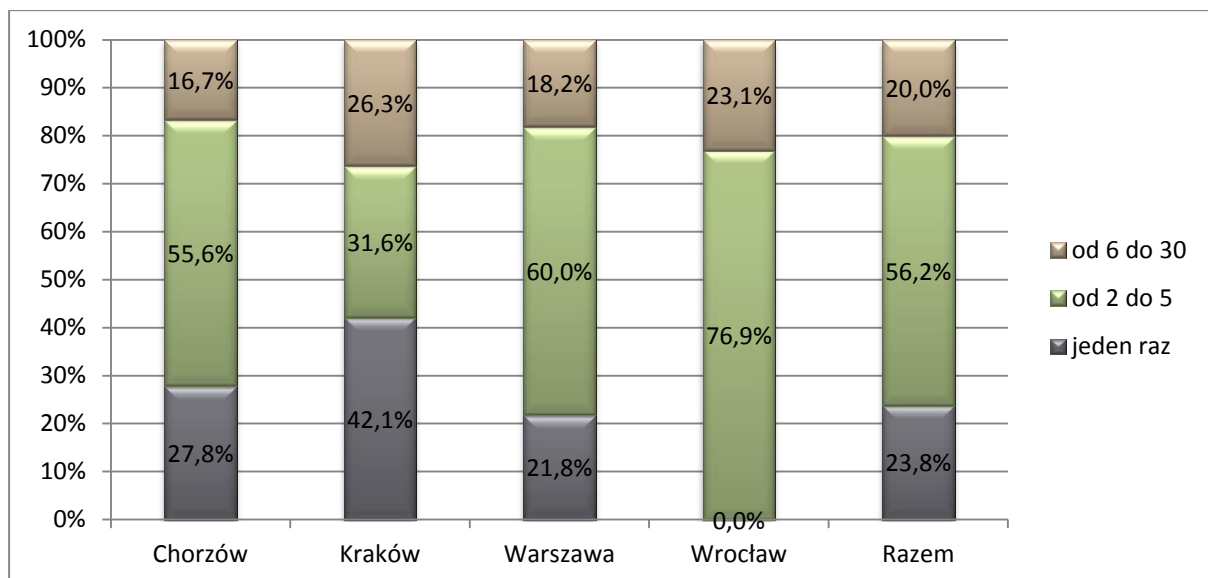
	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
oszczędności	37	74,0	14	35,0	15	21,4	5	25,0	71	39,4
inne różne	5	10,0	5	12,5	17	24,3	7	35,0	34	18,9
nielegalne	2	4,0	6	15,0	19	27,1	8	40,0	35	19,4
pomoc rodziny	1	2,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	5	2,8
renta/zasiłek	5	10,0	11	27,5	19	27,1	0	0,0	35	19,4

Szacunki wskazują, iż w populacji iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych 45,5% (31,3%-58,8%) jest aktywnych zawodowo, 42,4% (27,9%-57,9%) nie pracuje, natomiast 12,1% (3,2%-25,1%) uczy się.

59,3% respondentów (105/177 osób) zadeklarowało pobyt w więzieniu kiedykolwiek, w tym 38,1% (40/105 osób) w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Najwięcej osób pozbawionych wolności było wśród zrekrutowanych w Warszawie (blisko 80%; 55/69 osób; w tym 45,5%; 25/55 osób w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Najmniejszy odsetek osób deklarujących pobyt w placówce penitencjarnej było w Chorzowie (36,0%; 18/50 osób, w tym 22,2%; (4/18 osób) w ciągu ostatnich 12 miesięcy).



Wykres 2 Doświadczenie bezdomności wśród badanych wg. miejsca rekrutacji



Wykres 3 Liczba pobytów w zakładach karnych wg. miejsca rekrutacji

Różnice są widoczne w liczbie deklarowanych pobytów w zakładach penitencjarnych. Jedynie w Krakowie największy odsetek (42,1%; 8/19 osób) badanych osób deklarowało tylko jeden pobyt w zakładzie karnym, zaś w pozostałych miastach od 2 do 5 pobytów od 55,6% (10/18 osób) w Chorzowie do 76,9% (10/13 osób) we Wrocławiu. Najmniej respondentów deklarowało od 6 do 30 pobytów w zakładach karnych w każdym z badanych miast.

Bezdomność stanowi duży problem w badanej próbie, aż 61,7% respondentów (111/180 osób) była dotknięta bezdomnością kiedykolwiek. 31,1% (56/180 osób) było bezdomna w ciągu 30 dni od chwili badania. Spośród badanych miejsc najmniejszy odsetek osób deklarujących bezdomność kiedykolwiek był w Chorzowie (30,0%; 15/50 osób) zaś największy we Wrocławiu (80,0%; 16/20 osób). Odsetek osób dotkniętych bezdomnością w ciągu ostatnich 30 dni od chwili badania najmniejszy był w Chorzowie zaledwie 6,0% (3/50 osób) osób badanych w Chorzowie, zaś największy we Wrocławiu – 70,0% (14/20 osób).

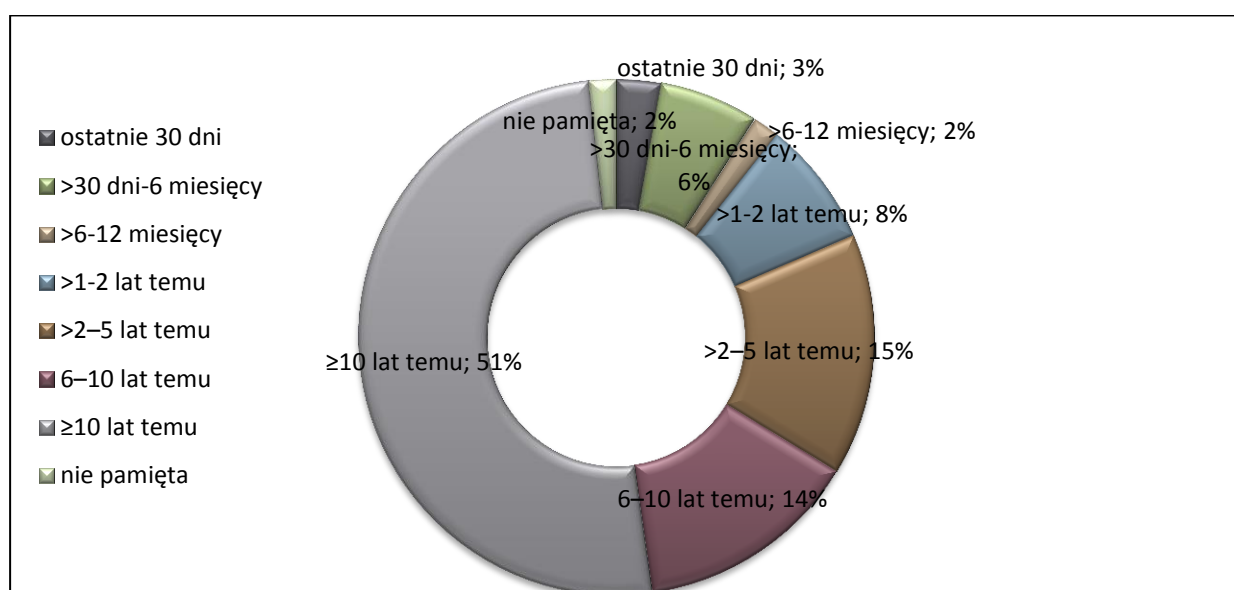
Tabela 4 Doświadczanie bezdomności przez respondentów wg. ośrodka rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak, ciągu ostatnich 30 dni	3	6,0	12	30,0	27	38,6	14	70,0	56	31,1
tak w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni	6	12,0	5	12,5	9	12,9	1	5,0	21	11,7
tak, ale ostatnio ponad 12 miesięcy temu	6	12,0	10	25,0	17	24,3	1	5,0	34	18,9
nie, nigdy	35	70,0	13	32,5	17	24,3	4	20,0	69	38,3
tak, kiedykolwiek doświadczył bezdomności	15	30,0	27	67,5	53	75,7	16	80,0	111	61,7
Razem	50		40		70		20		180	

W badanej populacji oszacowano, iż 42,9% (27,1%-58,8%) osób doświadczyło kiedykolwiek bezdomności. W placówkach penitencjarnych w populacji osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji przebywało 42,6% (28,3%-58,9%) osób, a 8,5% (3,6%-17,8%) przyjmowało substancje we wstrzyknięciach podczas pobytu w tychże placówkach.

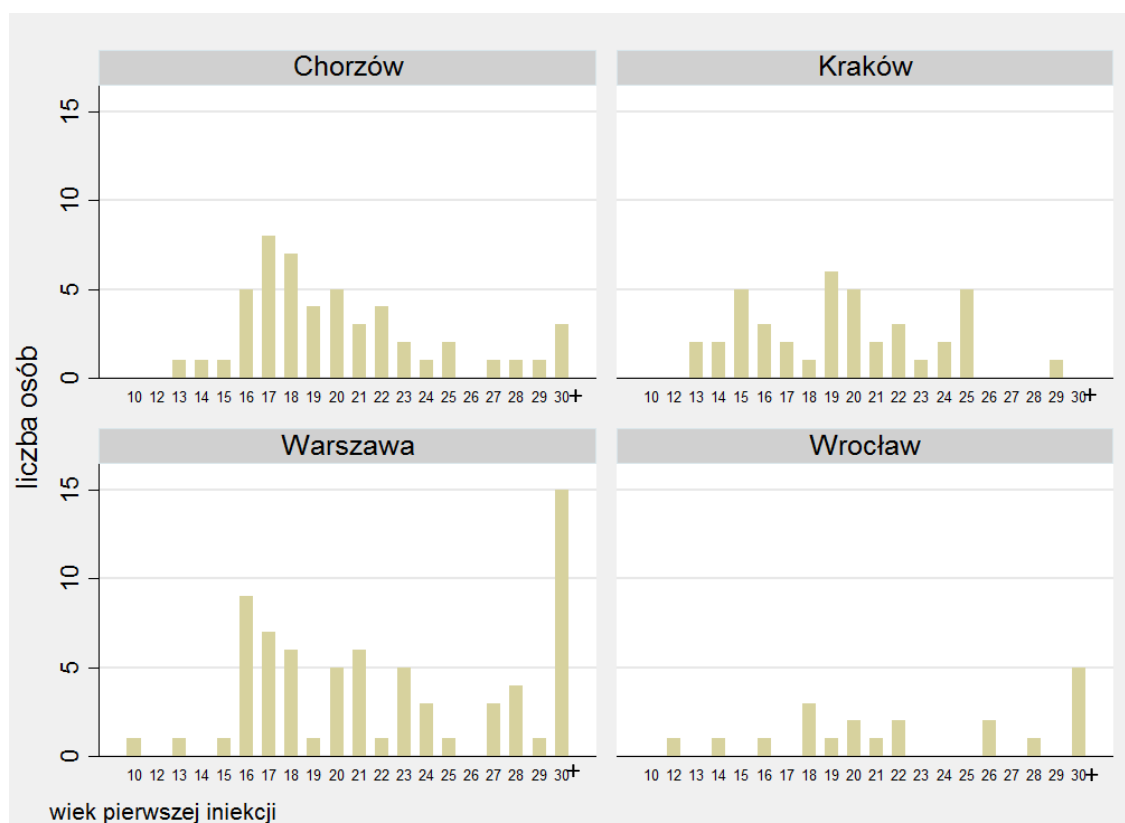
Biografia używania substancji odurzających

Ponad połowa respondentów (51%; 90/178 osób) po raz pierwszy przyjęła substancję odurzającą we wstrzyknięciu ponad 10 lat temu. Kolejne 37% respondentów odbyło iniekcijną inicjację w okresie od roku do 10 lat (66/168 osób). Nowi użytkownicy substancji odurzających w iniekcji, tzn. osoby, które po raz pierwszy dokonały wstrzyknięcia w ostatnim roku, stanowią 10% (19/178 osób). Szczegółowy zakres czasu, który upłynął od pierwszej iniekcji, przedstawiono na wykresie 4.



Wykres 4 Czas, który upłynął od pierwszej iniekcji środków odurzających

Średnia wieku przyjęcia po raz pierwszy środków odurzających we wstrzyknięciu przez respondentów wynosiła prawie 22 lata, mediana 20 lat. Biorąc pod uwagę miejsce rekrutacji oraz płeć respondentów, wartości średnich i median wieku pierwszej iniekcji kształtowały się na podobnym poziomie (Wykres 5, Tabela 5). Odnotowano znaczną liczbę respondentów zrekrutowanych w Warszawie, którzy po raz pierwszy iniekcjinie przyjęli środki odurzające po 30 roku życia.

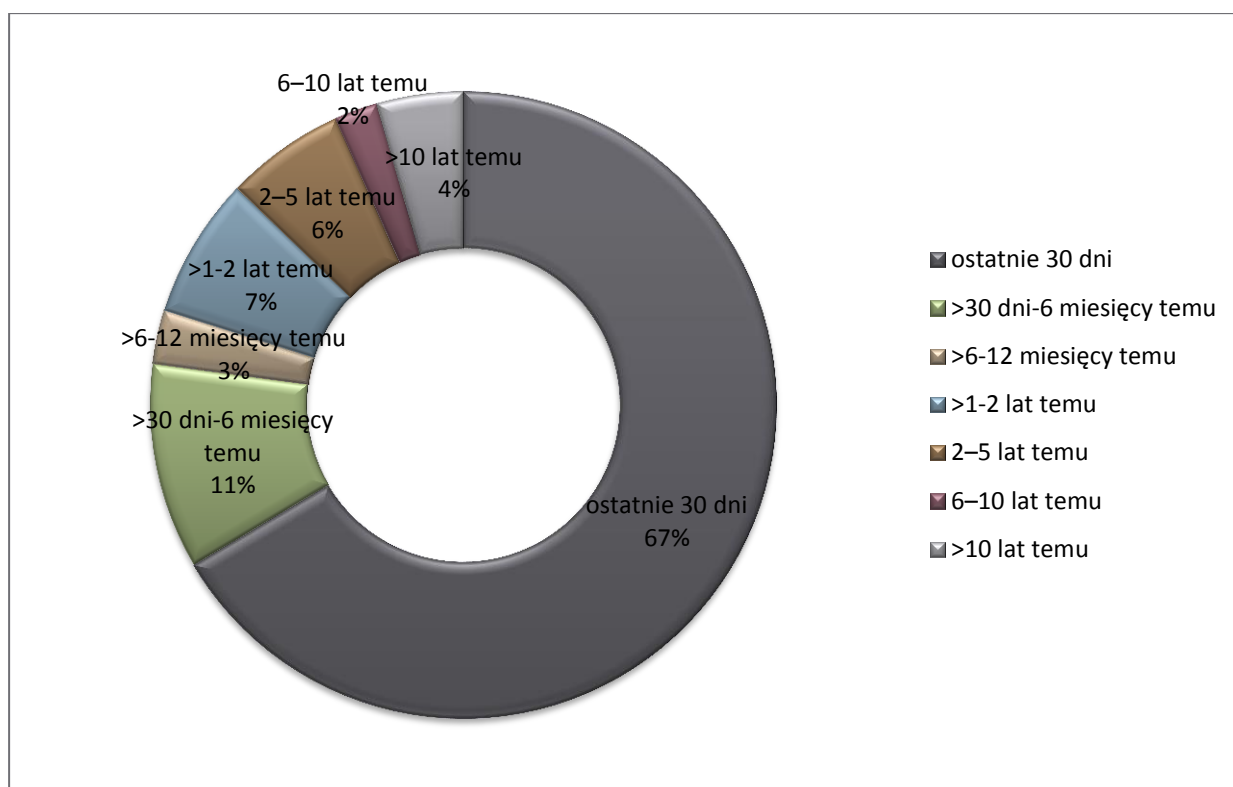


Wykres 5 Wiek przyjęcia po raz pierwszy środków odurzających w iniekcji wg miejsca rekrutacji

Tabela 5 Wiek pierwszej iniekcji wg miejsca rekrutacji oraz płci

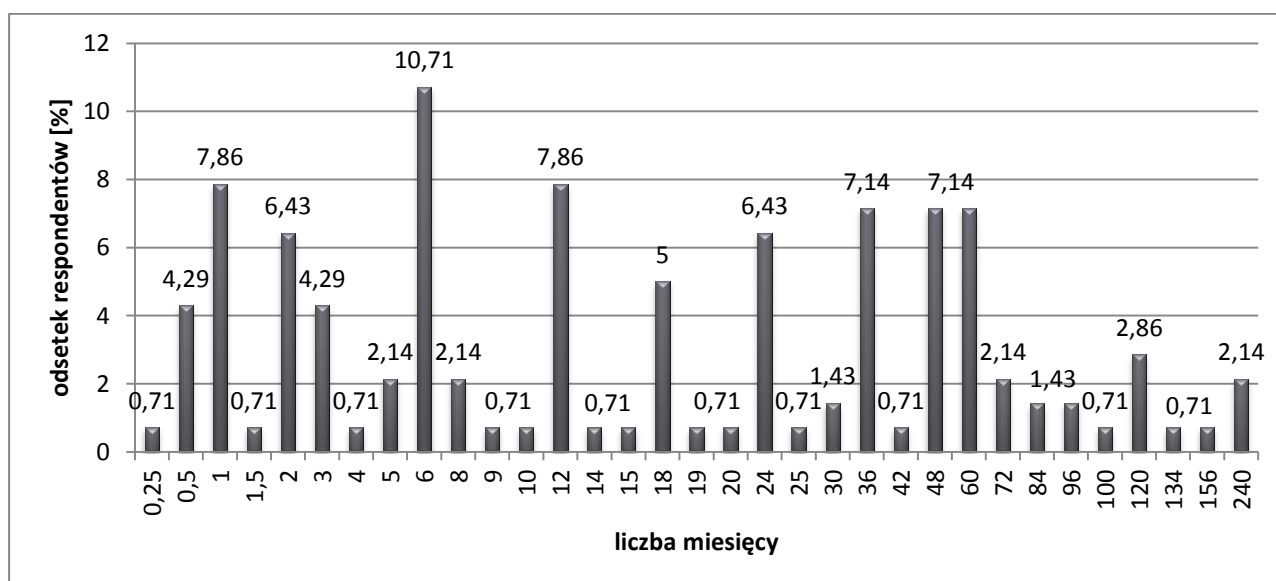
	średnia	odchylenie standardowe	mediana	min	max
Chorzów	20,36	4,97	19,0	13	37
Kraków	19,40	3,98	19,0	13	29
Warszawa	23,38	8,36	21,0	10	50
Wrocław	24,00	8,14	21,5	12	38
mężczyźni	21,86	6,98	20	10	50
kobiety	20,98	6,45	19	13	48
cała próba	21,71	6,88	20,0	10	50

Substancja odurzająca, która została przy pierwszej w życiu iniekcji przyjęta to przede wszystkim amfetamina (29,4%; 53/180 osób), heroina (25,0%; 45/180 osób) oraz kompot (13,9%; 25/180 osób). Amfetamina istotnie częściej była po raz pierwszy wstrzykiwana w Chorzowie (34,0%; 17/50 osób), Krakowie (30,0%; 12/40 osób), w Warszawie była popularną substancją (28,6%; 20/70 osób) jednakże więcej respondentów po raz pierwszy w iniekcji przyjęło heroinę (38,6%; 27/70 osób), a we Wrocławiu iniekcijni użytkownicy po raz pierwszy przyjęli amfetaminę (20,0%; 4/20 osób) i heroinę (20,0%; 4/20 osób) ($p=0,004$).

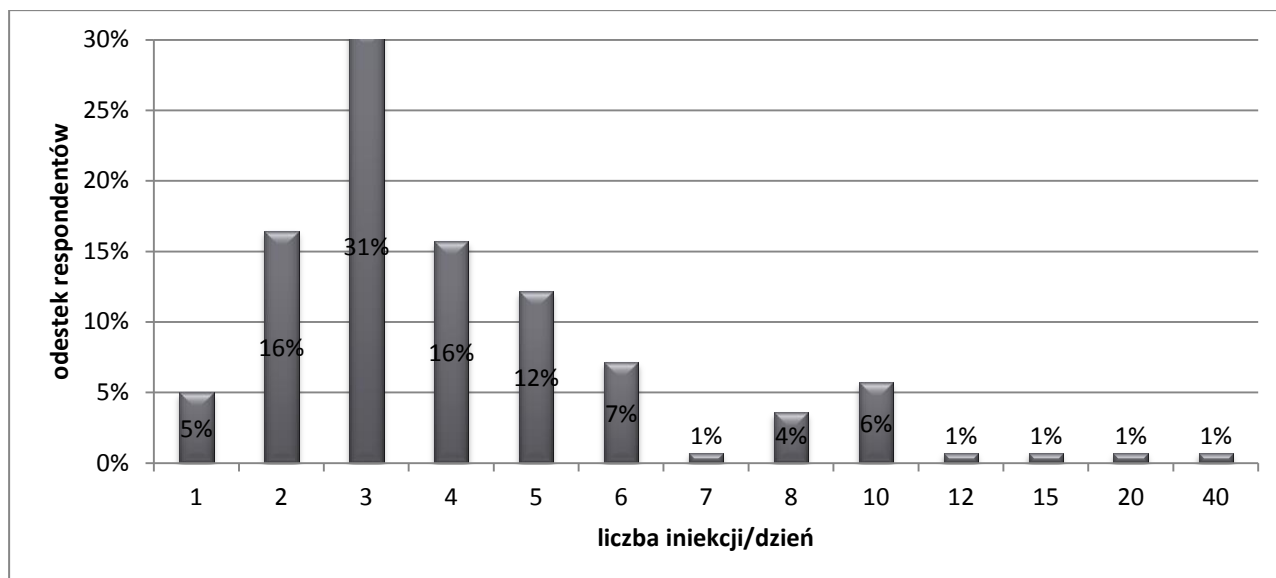


Wykres 6 Czas, który upłynął od ostatniej iniekcji środków odurzających

Większość respondentów (80,9%; 144/178 osób) doświadczyła okresów intensywnego/codziennego przyjmowania środków odurzających w iniekcji, u połowy respondentów trwających maksymalnie ponad rok (mediana: 14 miesięcy)(Wykres 7). W okresach codziennego wstrzykiwania substancji, co trzeci respondent wykonywał maksymalnie 3 iniekcje dziennie (30,7%; 43/143 osób)(Wykres 8).



Wykres 7 Maksymalna liczba miesięcy codziennego przyjmowania środków odurzających w iniekcji



Wykres 8 Maksymalna liczba dziennych iniekcji w okresie codziennego przyjmowania środków odurzających

Ponad połowa respondentów w swoim życiu w iniekcji przyjęła heroinę, amfetaminę, mefedron oraz kompot. Blisko połowa w iniekcji przyjmowała nowe substancje psychoaktywne, tzw. dopalacze (Tabela 6).

Tabela 6 Substancje przyjęte przez respondentów kiedykolwiek w iniekcji oraz innymi drogami

	W INIEKCJI			w ogóle	
	n	N	%	n	%
heroina	134	174	77,0	144	82,8
amfetamina	123	176	69,9	167	94,9
mefedron	109	172	63,4	141	82,0
kompot	87	173	50,3	94	54,3
nowe substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze)	84	177	47,5	119	67,2
metadon	70	174	40,2	115	66,1
inne syntetyczne katynony	68	171	39,8	86	50,3
metaamfetamina	65	170	38,2	102	60,0
benzodiazepiny	54	173	31,2	129	74,6
buprenorfina	46	172	26,7	76	44,2
kokaina	42	172	24,4	102	59,3
MDMA	36	174	20,7	118	67,8
fentanyl	28	171	16,4	44	25,7
barbiturany	22	168	13,1	59	35,1
ketamina	22	169	13,0	37	21,9
LSD	8	173	4,6	104	60,1
crack	6	166	3,6	57	34,3

	W INIEKCJI			w ogóle	
	n	N	%	n	%
GHB/GBL	4	170	2,4	38	22,4
grzyby halucynogenne	2	170	1,2	98	57,6
haszysz	1	171	0,6	143	83,6
marihuana	1	174	0,6	166	95,4

Oszacowanie osób, które przyjęły po raz pierwszy środek odurzający w iniekcji nie dawniej niż dwa lata przed badaniem wyniosło 21,4% (10,4%-32,7%). Według szacunków dla populacji 52,7% (35,5%-66,3%) przyjęło środki odurzające w iniekcji w ciągu 30 dni przed badaniem.

Biografia używania substancji odurzających – ostatnie 30 dni

Blisko połowa respondentów, którzy przyjęli substancję odurzającą w iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni, to osoby przyjmujące w iniekcji od ponad 10 lat (49,6%; 57/115 osób) (Tabela 7). Jednakże w Chorzowie i Wrocławiu wśród aktywnych użytkowników w iniekcji dominowały osoby, które przyjmują we wstrzyknięciu od niedawna (odpowiednio: 44,4%; 8/18 osób oraz 50,0%; 6/12 osób).

Tabela 7 Czas, który upłynął od pierwszej iniekcji środków odurzających u osób, które przyjęły substancje odurzające we wstrzyknięciu w ciągu ostatnich 30 dni

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
do 2 lat temu	8	44,4	7	24,1	7	12,5	6	50,0	28	24,4
2-10 lat temu	5	27,8	9	31,0	13	23,2	3	25,0	30	26,1
>10 lat	5	27,8	13	44,8	36	64,3	3	25,0	57	49,6

p= 0.015

Dwie trzecie respondentów (66,1%; 119/180 osób) przyjęło substancję odurzającą w iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Osoby zrekrutowane w Krakowie i Warszawie przyjmowały substancje odurzające we wstrzyknięciach najczęściej praktycznie codziennie (odpowiednio: 42,9%, 12/28 osób; 54,2% 32/59 osób) (Tabela 8). Natomiast respondenci z Chorzowa i Wrocławia iniekcyjnie używali środków odurzających kilka razy w tygodniu lub rzadziej.

Tabela 8 Częstość iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-4 razy/dzień	3	16,7	12	42,9	32	54,2	2	16,7	49	41,9
2-7 razy/tydzień	9	50,0	10	35,7	11	18,6	5	41,7	35	29,9
rzadziej	6	33,3	6	21,4	16	27,1	5	41,7	33	28,2

p= 0.030

Przyjęte substancje, określone jako podstawowe, różniły się pomiędzy regionami rekrutacji. Osoby zrekrutowane w Warszawie i Wrocławiu jako substancję podstawową przyjmowaną w iniekcji wskazały heroinę (odpowiednio: 46,3%, 25/54 osób; 44,4% 4/9 osób), dodatkowo w Warszawie wskazano również mefedron (24,1%; 13/54 osoby), metadon (13,0%; 7/54 osoby) oraz amfetaminę (9,3%; 5/54 osób). Respondenci włączeni do badania w Krakowie przyjmowali w ciągu ostatnich 30 dni w iniekcji głównie morfinę (46,2%; 12/26 osób) oraz heksen (19,2%; 5/26 osób). Osoby zrekrutowane w Chorzowie, iniekcynie jako podstawową substancję odurzającą przyjmowali tzw. dopalacze (23,1%; 3/13 osób) oraz morfinę (23,1%; 3/13 osób).

W ciągu 30 dni przed badaniem, wśród osób przyjmujących tzw. dopalacze, 92,4% respondentów (73/79 osób) przyjmowało je w iniekcji.

Wspólne używanie sprzętu do iniekcji

Blisko połowa respondentów (zrekrutowanych we Wrocławiu) lub ponad połowa (zrekrutowanych w Krakowie i Warszawie) dzieliła się igłami i strzykawkami podczas używania substancji odurzających w iniekcji (Tabela 9). Rzadziej sprzętem do iniekcji dzielili się respondenci włączeni do badania w Chorzowie (co piąty badany). Jedna trzecia respondentów, którzy zostali zrekrutowani w Krakowie i Wrocławiu, używała tych samych igieł i strzykawek z inną osobą w ostatnim roku, częściej miało to miejsce w Warszawie, rzadziej w Chorzowie. Zdarzało się, że respondenci wspólnie używali sprzętu z osobą HIV(+), osobą chorą na WZW oraz ze współwżniętymi.

Tabela 9 Dzielenie się sprzętem do iniekcji wg miejsca rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
N	50		40		70		20		180	
igły i strzykawki										
kiedykolwiek w życiu	11	22,0	24	60,0	43	61,4	9	45,0	87	48,3
w ostatnim roku	5	10,0	12	30,0	28	40,0	6	30,0	51	28,3
kiedykolwiek z osobą zakażoną HIV	3	6,0	6	15,0	21	30,0	3	15,0	33	18,3
kiedykolwiek z osobą z WZW	5	10,0	11	27,5	26	37,1	4	20,0	46	25,6
kiedykolwiek w zakładzie karnym	0	0,0	2	5,0	4	5,7	2	10,0	8	4,4

Respondenci w zdecydowanej większości deklarowali, że w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem nie wykorzystywali do iniekcji wcześniej używanego sprzętu, zarówno igieł/strzykawek, jak i filtrów, łyżek oraz wody ze wspólnego pojemnika (Tabela 10).

Tabela 10 Dzielenie się sprzętem do iniekcji wg miejsca rekrutacji – ostatnie 30 dni

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
osoby przyjmujące w iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni [N]	19		29		59		12		119	
igły i strzykawki – częstość iniekcji używanym sprzętem										
	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
częściej niż raz/tydzień	1	5,3	2	6,9	5	8,5	0	0,0	8	6,7
rzadziej niż raz/tydzień	1	5,3	3	10,3	6	10,2	3	25,0	13	10,9
ani razu	16	84,2	24	82,8	43	72,9	9	75,0	92	77,3
nie pamięta	0	0,0	0	0,0	5	8,5	0	0,0	5	4,2
własne igły i strzykawki + używanie wody ze wspólnego pojemnika, filtrów, tyżek z innymi osobami										
tak	1	5,3	11	37,9	34	57,6	9	75,0	55	46,2
zawsze swój sprzęt i woda	16	84,2	17	58,6	18	30,5	2	16,7	53	44,5
nie pamięta	1	5,3	1	3,4	6	10,2	1	8,3	9	7,6
używany sprzęt + dezynfekcja										
tak	0	0,0	1	3,4	3	5,1	0	0,0	4	3,4
nie	1	5,3	2	6,9	3	5,1	1	8,3	7	5,9
nie pamięta	1	5,3	1	3,4	6	10,2	1	8,3	9	7,6

Wykorzystywany do iniekcji używany sprzęt pochodził (lub był wspólnie używany) od osób znanych (stałych partnerów, przyjaciół, znajomych z bajzlu; igły/strzykawki: 84,0% 21/25 osób; inny sprzęt: 84,6% 55/65 osób).

W populacji osób użytkujących substancje odurzające we wstrzyknięciach 24,6% (14,9%-33,3%) dzieliło się igłami i strzykawkami. W ciągu 30 dni przed badaniem estymowano, iż 9,8% (4,7%-19,2%) osób stosowało do iniekcji używane igły i strzykawki, a 40,8% (30,0%-62,2%) mimo używania czystych igieł/strzykawek, stosowało używany pozostały sprzęt (tyżki, filtry, wodę z pojemnika).

Leczenie w związku z używaniem substancji psychoaktywnych

W badanej grupie znaczna część (61,1%; 107/175 osób) badanych kiedykolwiek leczyła się w związku z przyjmowaniem substancji odurzających. Niewielki odsetek respondentów (13,1%; 23/175 osób) pozostawał w trakcie leczenia w chwili badania, a więcej osób leczyło się w ciągu ostatniego roku (17,1%; 30/175 osób), ale w chwili badania nie byli oni w trakcie terapii. Blisko jedna trzecia respondentów (30,9%; 54/175 osób) poddała się leczeniu, ale wcześniej niż jeden rok od chwili badania, a ponad jedna trzecia (38,9%; 68 /175 osób) nigdy nie uczestniczyła w terapii.

W badanej populacji występują różnice w poszczególnych regionach pod względem odbytego leczenia. Respondentów, którzy nigdy nie poddali się leczeniu najwięcej było w Chorzowie (59,2%; 29/49 osób) i Wrocławiu (55,0%; 11/20 osób). Różnice widoczne są w odsetku respondentów będących kiedykolwiek poddanych leczeniu związanemu z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych: największy odsetek odnotowano w Warszawie (77,3%; 51/66 osób) i Krakowie (67,5%; 27/40 osób), zaś niewiele mniej we Wrocławiu (45,0%; 9/20 osób) i w Chorzowie (40,8%; 20/49 osób). Odsetek badanych osób różni się pod względem pozostawania w trakcie leczenia pomiędzy Krakowem (22,5%; 9/40 osób) i Warszawą (16,7%; 11/66 osób) a Chorzowem (4,1%; 2/49 osób) i Wrocławiem (5,0%; 1/20 osób).

Różnice w formie podejmowanego leczenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych można zaobserwować pomiędzy regionami. Najwięcej respondentów (52,9%; 27/51 osób) korzystało z programu metadonowego, bądź buprenorfinowego. Jedna osoba deklarowała udział w obydwu programach. Różnice można zaobserwować pomiędzy Chorzowem (88,9%; 8/9 osób) a Wrocławiem, gdzie nikt nie korzystał z tej formy leczenia. Znaczny odsetek badanych osób odbył leczenie na oddziale detoksykacyjnym w Chorzowie (55,6%; 5/9 osób), Warszawie (66,7%; 16/24 osób) i Wrocławiu (50,0%; 2/4 osoby).

Wiek pierwszego stacjonarnego leczenia osób, które poddały się leczeniu różnił się ze względu na rodzaj oddziału stacjonarnego na, którym odbywało się leczenie. Najliczniejszą grupą osób, która odbyła leczenie stacjonarne była w wieku 30-39 lat, zarówno odbywających je na oddziale detoksykacyjnym (46,0%; 40/87 osób), jak i rehabilitacyjnym (46,4%; 32/69 osób). Co czwarta osoba na oddziale detoksykacyjnym (26,4%; 23/87 osób), a co piąta na oddziale rehabilitacyjnym (21,7%; 15/69 osób) była w wieku 40-49 lata. Na oddziale detoksykacyjnym tylko jedna osoba odbyła swoje pierwsze leczenie będąc w wieku 19 lat. Pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w wieku 50+ było niewielu, zarówno na oddziale detoksykacyjnym (9,2%; 8/87 osób) jak i na oddziale rehabilitacyjnym (10,1%; 7/69 osób).

Tabela 11 leczenie związane z uzależnieniem od narkotyków wg ośrodków rekrutacji ostatnich 12 miesięcy.

		Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
leczenie uzależnień ogółem											
w trakcie leczenia		2	4,1	9	22,5	11	16,7	1	5,0	23	13,1
w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale obecnie nie		7	14,3	5	12,5	15	22,7	3	15,0	30	17,1
ostatnio ponad rok temu		11	22,5	13	32,5	25	37,9	5	25,0	54	30,9
nigdy		29	59,2	13	32,5	15	22,7	11	55,0	68	38,9
formy leczenia ostatnie 12 miesięcy											
oddział detoksykacyjny	tak	5	55,6	3	21,4	16	66,7	2	50,0	26	51,0
	nie	4	44,4	11	78,6	8	33,3	2	50,0	25	49,0
ośrodek rehabilitacyjny	tak	1	11,1	1	7,1	6	25,0	2	50,0	10	19,6
	nie	8	88,9	13	92,9	18	75,0	2	50,0	41	80,4
punkt konsultacyjny, poradnia	tak	2	22,2	4	28,6	3	12,5	2	50,0	11	21,6
	nie	7	77,8	10	71,4	21	87,5	2	50,0	40	78,4
program metadonowy + buprenorfina	tak	8	88,9	8	57,1	13	54,2	0	0,0	27	52,9
	nie	1	11,1	6	42,9	11	45,8	4	100,0	24	47,1
inne, jakie	tak	0	0,0	1	7,1	2	8,3	2	50,0	11	21,6
	nie	9	100,0	13	92,9	22	91,7	2	50,0	40	78,4
liczba odpowiedzi ośrodek		9		14		24		4		51	

*dwie osoby nie odpowiedziały na pytanie spośród osób deklarujących odbycie leczenia

Dostęp do profilaktyki

Szczepienia przeciw wzwb

Ponad jedna czwarta respondentów (26,8%; 48/179 osób) deklarowała zaszczepienie przeciw wzwb, zaś jedna trzecia deklarowała brak takiego szczepienia (36,9%; 66/179 osób), pozostali respondenci (36,3%; 65/179 osób) nie pamiętali, czy w przeszłości zostali poddani takiemu szczepieniu. Deklaracja wyszczepienie przeciw wzwb wśród respondentów była na zbliżonym poziomie w Chorzowie (24,0%; 12/50 osób), Warszawie (22,9%; 16/70 osób) i Wrocławiu (20,0%; 4/20 osób), zaś w Krakowie była znacznie większa (41,0%; 16/39 osób). Blisko dwie trzecie rekrutowanych osób (63,1%; 113/179 osób) urodzonych przed 1986 rokiem, nie było objętych populacyjnym programem szczepień ochronnych. Te osoby mogły otrzymać szczepienie z własnej inicjatywy lub przed zabiegiem operacyjnym (co uwzględniał kiedyś program szczepień ochronnych). Urodzeni w latach 1986-1996 powinni zostać zaszczepieni w 14 roku życia, a w latach 1994-1996 rozpoczęto wyszczepianie noworodków (co trwa po dziś dzień). Jednakże co czwarta osoba urodzona przed 1986 r. (25,7%; 29/113 osób) zadeklarowała, że takie szczepienie miała. Wśród badanej populacji osób urodzonych w latach 1986-1999, którzy powinni być objęci programem szczepień, co trzecia osoba (34,8%; 23/66 osób) zadeklarowała brak takiego szczepienia.

Tabela 12 Stan zaszczepienia przeciw WZW B w badanej populacji wg. ośrodków rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	12	24,0	16	41,0	16	22,9	4	20,0	48	26,8
nie	20	40,0	14	36,0	22	31,4	10	50,0	66	36,9
nie pamiętam	18	36,0	9	23,1	32	45,7	6	30,0	65	36,3

Programy wymiany sprzętu do iniekcji

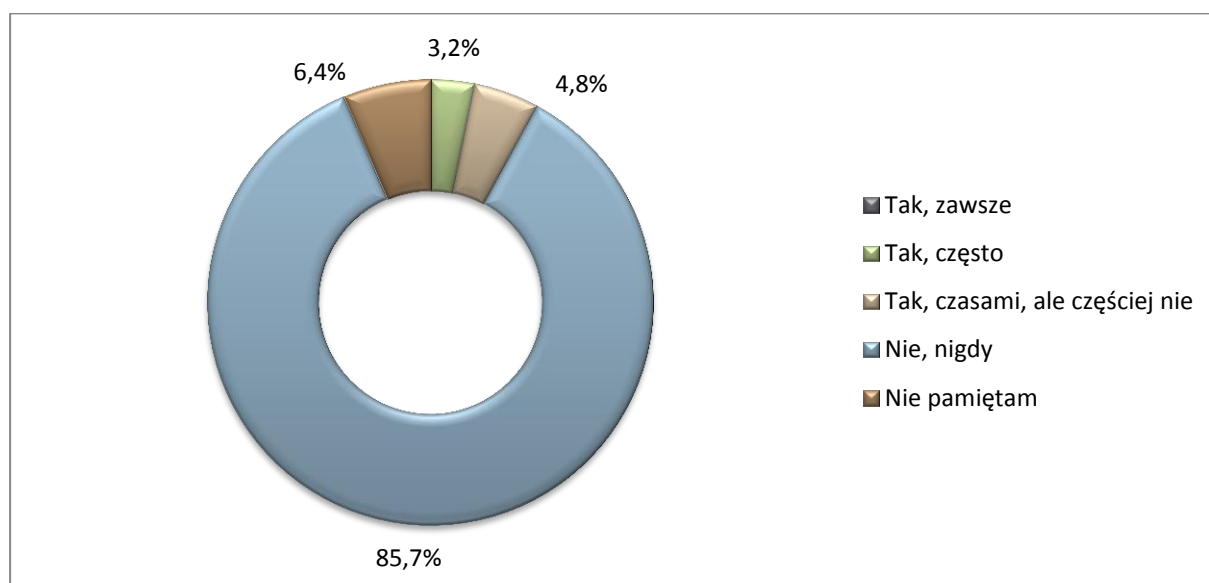
W tabeli 13 przedstawiono odpowiedzi respondentów dotyczące korzystania z programów wymiany igieł/strzykawek. Większość rekrutowanych osób z Krakowa (75,0%; 30/40 osób), Warszawy (76,5%; 52/68 osób) i Wrocławia (70,0%; 14/20 osób) korzystała w przeszłości z takich programów, jedynie w Chorzowie ponad dwie trzecie respondentów nigdy w przeszłości nie korzystało z programów wymiany sprzętu. W Warszawie, Wrocławiu i Krakowie ponad połowa respondentów korzystała z oferty ośrodków zajmujących się redukcją szkód w ciągu ostatnich 30 dni (Warszawa: 52,9%; 36/68 osoby, Wrocław: 60,0%; 12/20 osoby, Kraków: 52,5%; 21/40 osoby). Wyłącznie w Chorzowie osoby wymieniające igły/strzykawki kiedykolwiek w przeszłości były w mniejszości (32,7%; 16/49 osoby). Spośród rekrutowanych osób w Chorzowie, które wymieniały igły, większość (68,8%; 11/16 osoby) wymieniła je nie w ciągu ostatnich 30 dni.

Wykresy 9 i 10 przedstawiają liczbę wymienionych igieł i strzykawek wśród osób korzystających z programów wymiany sprzętu do iniekcji. Połowa osób wymieniała do 50 igieł (48,6%; 36/74 osoby) i do 50 strzykawek (50,0%; 37/74 osoby) w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem.

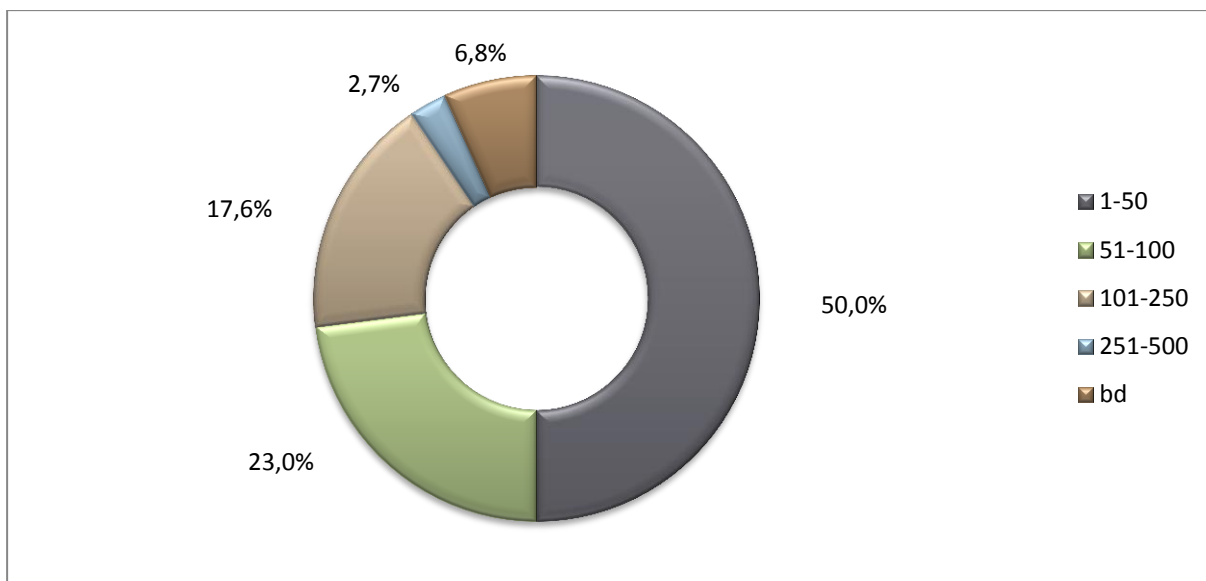
Tabela 13 Korzystanie z programów wymiany igieł/strzykawek wg. ośrodków rekrutacji.

	mężczyźni		kobiety		razem	
	n	%	n	%	n	%
tak, w ciągu ostatnich 30 dni	55	42,0	18	40,0	74	41,8
tak w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni	15	11,5	2	4,4	18	10,2
tak, ale ostatnio ponad 12 miesięcy temu	14	10,7	6	13,3	20	11,3
nie, nigdy	47	35,9	18	40,0	65	36,7
Nigdy nie korzystał w przeszłości	47	35,9	18	40,0	65	36,7
Korzystał w przeszłości	84	64,1	27	60,0	112	63,3
Razem	131		45		177	

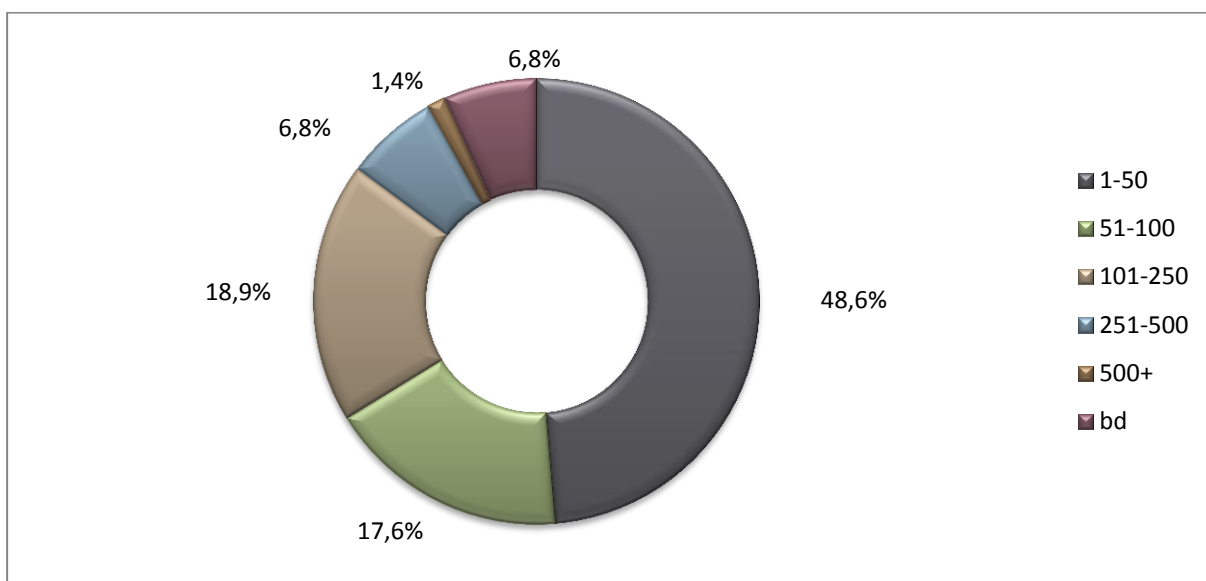
* w jednym przypadku brak płci



Wykres 9 Stosowanie środków dezynfekujących igły/strzykawki poprzednio używane przez inną osobę do wstrzykiwania środków odurzających podczas ostatnich 30 dni przez czynnych użytkowników substancji psychoaktywnych w iniekcji



Wykres 10 Liczba wymienionych strzykawek wśród osób korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek w ciągu ostatnich 30 dni



Wykres 11 Liczba wymienionych igieł wśród osób korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek w ciągu ostatnich 30 dni

Stosowanie prezerwatyw

Tabela 14 przedstawia szczegółowe dane dotyczące użycia prezerwatyw w zależności od partnera seksualnego. Prawie, co trzeci respondent z Krakowa (30,0%; 12/40 osób), Warszawy (30,3%; 20/66 osób) i Wrocławia (30,0%; 6/20 osób) nigdy nie używał prezerwatyw podczas seksu ze stałym partnerem/partnerką, jedynie w Chorzowie liczba ta, to ponad połowa zrekrutowanych osób. Co piąta osoba w Krakowie (20,0%; 8/40 osób) i Wrocławiu (20,0%; 4/20 osób) w kontaktach ze stałym partnerem/partnerką zawsze używa prezerwatyw. Odsetek osób, które nigdy nie używają prezerwatyw w kontaktach seksualnych z przypadkowym partnerem/partnerką tak samo, jak

w przypadku kontaktów seksualnych ze stałym partnerem jest największy w Chorzowie (20,0%; 5/25 osób) zaś najniższy we Wrocławiu (5,3%; 1/19 osób). Największy odsetek osób zabezpieczających się podczas przygodnego seksu jest we Wrocławiu (36,8%; 7/19 osoby), a w pozostałych badanych rejonach jest on o ponad połowę mniejszy.

Tabela 14 Użycie prezerwatyw wg ośrodków rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
stały partner / partnerka										
nigdy	25	54,4	12	30,0	20	30,3	6	30,0	63	36,6
czasami	5	10,9	6	15,0	14	21,2	4	20,0	29	16,9
często	8	17,4	4	10,0	3	4,6	1	5,0	16	9,3
zawsze	3	6,5	8	20,0	7	10,6	4	20,0	22	12,8
nie dotyczy	5	10,9	10	25,0	22	33,3	5	25,0	42	24,4
przygodny partner / partnerka										
nigdy	5	20,0	6	15,4	11	16,7	1	5,3	23	15,4
czasami	6	24,0	6	15,4	10	15,2	1	5,3	23	15,4
często	3	12,0	4	10,3	8	12,1	0	0,0	15	10,1
zawsze	4	16,0	5	12,8	7	10,6	7	36,8	23	15,4
nie dotyczy	7	28,0	18	46,2	30	45,5	10	52,6	65	43,6
seks za korzyści										
nigdy	0	0,0	1	2,6	2	3,5	1	5,3	4	3,1
czasami	0	0,0	1	2,6	3	5,3	0	0,0	4	3,1
często	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	0,8
zawsze	1	6,7	1	2,6	2	3,5	2	10,5	6	4,7
nie dotyczy	14	93,3	35	92,1	49	86,0	16	84,2	114	88,4

Charakter podejmowanych kontaktów seksualnych

Respondentów zapytano o podejmowanie kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci, z osobą przyjmującą środki odurzające w iniekcji oraz podejmowania kontaktów seksualnych w zamian za korzyści.

Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) stanowili nieznaczny odsetek wśród respondentów (9,0%; 12/133 osób). Największy odsetek mężczyzn, którzy deklarowali kontakty seksualne z innymi mężczyznami, odnotowano w Krakowie (15,4%; 4/26 osób), Wrocławiu (13,3%; 2/15 osób) i Chorzowie (10,3%; 4/39 osób), zaś najmniejszy w Warszawie (3,8%; 2/53 osób). Różnice pomiędzy regionami odnosiły się do czasu ostatniego stosunku. We Wrocławiu (13,3%; 2/15 osób) wszyscy zadeklarowali, iż miał on miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zaś w Krakowie (15,4%; 4/26 osób) ponad 12 miesięcy przed badaniem.

Trzy czwarte badanych (74,7%; 133/178 osób) odbywało kontakty seksualne z osobami, które przyjmowały substancje psychoaktywne w iniekcji, z czego blisko połowa respondentów (47,8%; 85/178 osób) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Największy odsetek deklarujących, że

nie podejmowało kontaktów seksualnych z innym użytkownikiem w iniekcji, odnotowano w Chorzowie (36,0%; 18/50 osoby), zaś najniższy we Wrocławiu (15,0%; 3/20 osób).

Większość osób (89,4%; 160/179 osób) w badanej próbie nigdy nie uprawiała seksu w zamian za korzyści. Niewielki odsetek (4,5%; 8/179 osób) deklarował podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Odsetek ten różnił się w zależności od regionu badania: w Krakowie żaden respondent nie deklarował kontaktów seksualnych w zamian za korzyści, zaś największy odsetek odnotowano we Wrocławiu (15,0%; 3/20 osoby). Częściej respondenci podejmowali kontakty seksualne w zamian za korzyści w okresie dłuższym niż 12 miesięcy przed badaniem w Chorzowie (4,0%; 2/50 osób), Krakowie (7,5%; 3/40 osób) i Warszawie (8,7%; 6/69 osób).

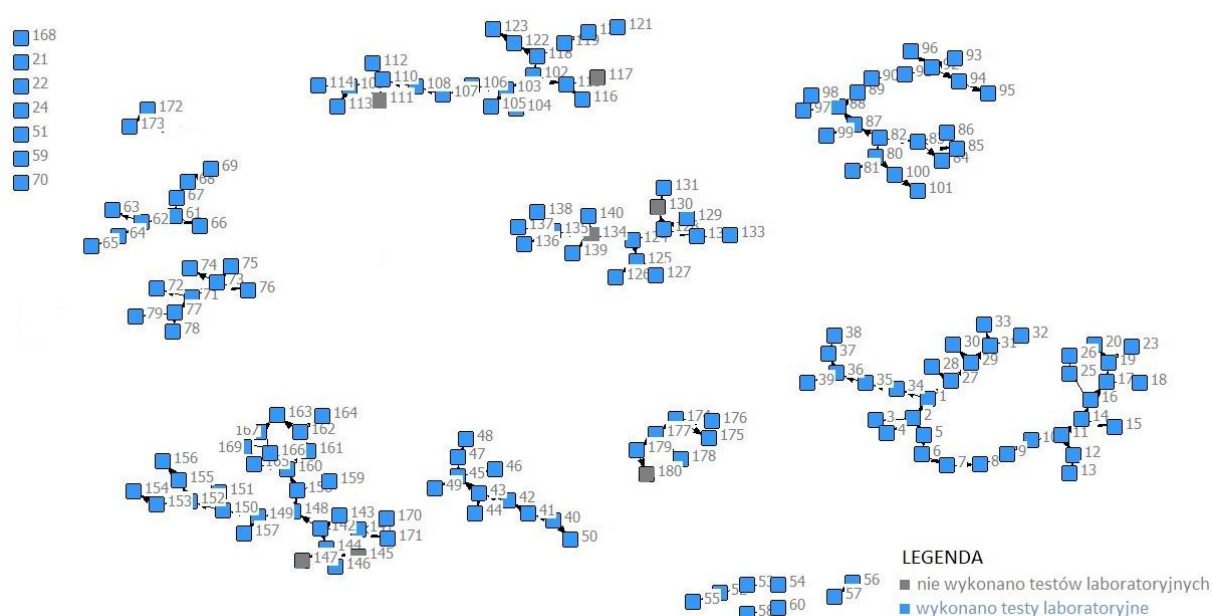
Tabela 15 Charakter podejmowanych kontaktów seksualny respondentów wg. miejsca rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
seks w zamian za korzyści										
tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	2,0	0	0,0	4	5,8	3	15,0	8	4,5
tak, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy	2	4,0	3	7,5	6	8,7	0	0,0	11	6,2
nie, nigdy	47	94,	37	92,5	59	85,5	17	85,0	160	89,4
Razem	50		40		69		20		179	
seks pomiędzy mężczyznami										
tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	3	7,7	0	0,0	1	1,9	2	13,3	6	4,5
tak, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	2,6	4	15,4	1	1,9	0	0,0	6	4,5
nie, nigdy	35	89,7	22	84,6	51	96,2	13	86,7	121	91,0
Razem	39		26		53		15		133	
seks z osobą, o której wiadomo było, że przyjmuje narkotyki w iniekcji										
tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	20	40,0	24	60,0	29	42,7	12	60,0	85	47,8
tak, ale nie w ciągu ostatnich 12 miesięcy	12	24,0	9	22,5	22	32,4	5	25,0	48	27,0
nie, nigdy	18	36,0	7	17,5	17	25,0	3	15,0	45	25,3
Razem	50		40		68		20		178	

Liczba partnerów seksualnych w ciągu całego życia w badanych regionach wahała się od 1 do 500, średnio 25,7 (mediana 10). Liczba partnerów seksualnych z ostatnich 12 miesięcy wahała się od 0 do 20, średnio 2,2 (mediana 1). Najwięcej osób (40,0%; 72/180 osób) zadeklarowało tylko jednego partnera. Ponad jedna czwarta (28,3%; 51/180 osób) w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała 2-3 partnerów, zaś 16,7% (30/180 osób) nie miała żadnego partnera seksualnego.

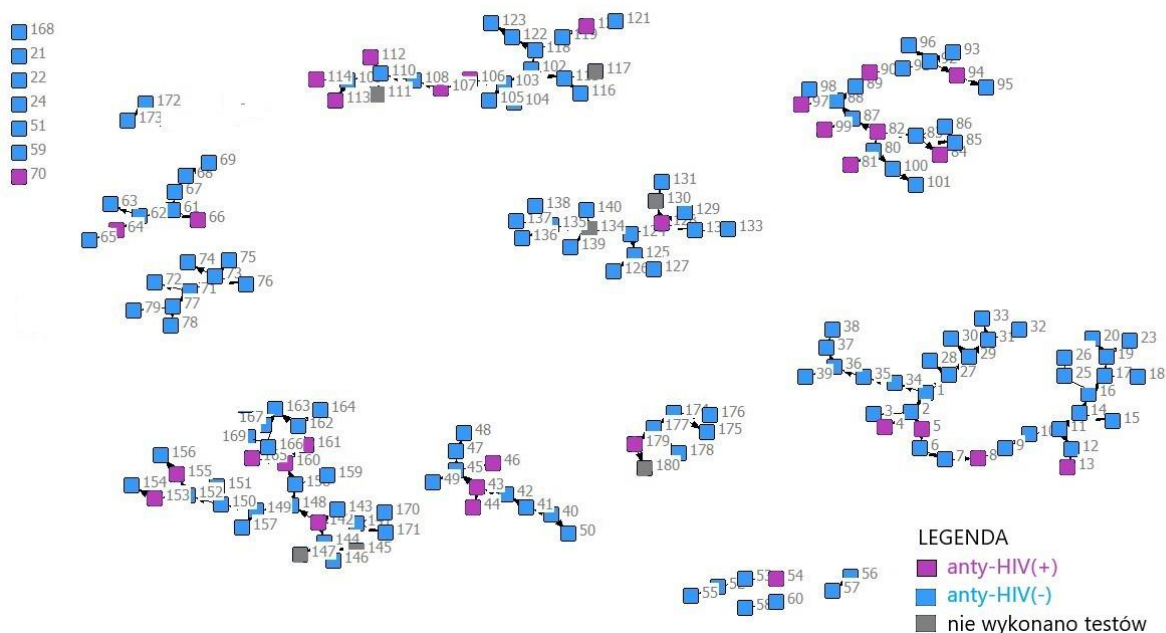
Wyniki badań laboratoryjnych

Badania laboratoryjne w kierunku zakażenia HIV, HBV oraz w kierunku kiły wykonano dla 173 respondentów, w przypadku badania w kierunku anty-HCV wynik uzyskano w 172 przypadkach, co stanowi odpowiednio 96,1% i 95,6% wszystkich zrekrutowanych respondentów (N=180).



Rysunek 4 Respondenci z uwzględnieniem statusu testów laboratoryjnych

Rozmieszczenie wyników dodatnich w badanej próbie uwzględniono na rysunku 6 dla badań w kierunku zakażenia HIV oraz na rysunku 7 dla testów w kierunku zakażenia HCV.



Rysunek 5 Respondenci z uwzględnieniem wyników testów anty-HIV



Rysunek 6 Respondenci z uwzględnieniem wyników testów anty-HCV

Tabela 16 Wyniki badań laboratoryjnych wg miejsca rekrutacji

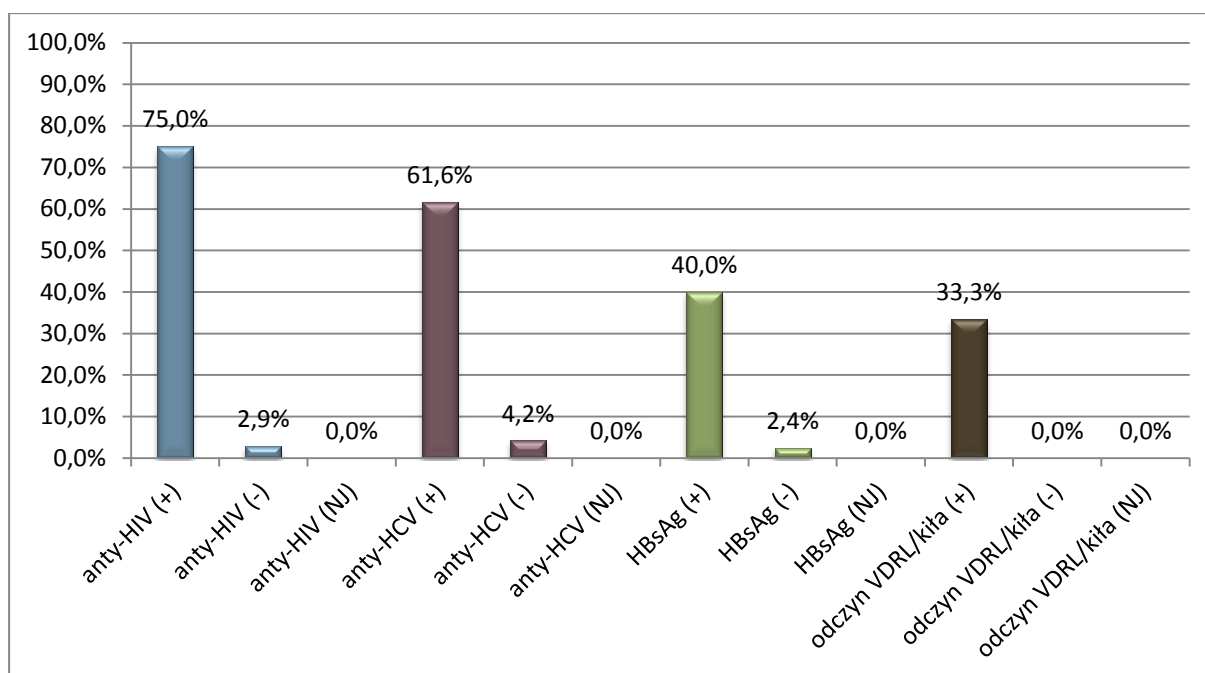
	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
anty-HIV (+)	7	14,0	7	18,9	14	21,2	4	20,0	32	18,5
anty-HIV (-)	43	86,0	30	81,1	52	78,8	15	75,0	140	80,9
anty-HIV (NJ ²²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	0,6
									173	100,0
anty-HCV (+)	19	38,0	22	61,1	50	75,8	8	40,0	99	57,6
anty-HCV (-)	31	62,0	14	38,9	16	24,2	11	55,0	72	41,9
anty-HCV (NJ ²²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	0,6
p<0.001									172	100,0
HBsAg (+)	1	2,0	2	5,4	2	3,0	0	0,0	5	2,9
HBsAg (-)	49	98,0	35	94,6	64	97,0	19	95,0	167	96,5
HBsAg (NJ ²²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	0,6
									173	100
odczyn VDRL/kiła/ (+)	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	3	1,7
odczyn VDRL/kiła/ (-)	49	98,0	37	100,0	66	100,0	17	85,0	169	97,7
odczyn VDRL/kiła/ (NJ ²²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	0,6
p=0.007									173	100,0

Zauważalne jest zróżnicowanie w dodatnich wynikach badań w zależności od miejsca rekrutacji respondentów (Tabela 16; wynik istotny statystycznie dla anty-HCV oraz odczynu VDRL). W przypadku badań anty-HIV wartości większe niż dla próby odnotowano w Warszawie, Wrocławiu i nieznacznie w Krakowie, mniejsze niż dla próby w Chorzowie. Badania w kierunku zakażenia HCV w Chorzowie i Wrocławiu osiągnęły niższe wartości od wartości dla próby, natomiast wyższe w Warszawie i Krakowie ($p<0.05$). Antygen HBs wykryto ogółem u 5 respondentów zrekrutowanych w Chorzowie, Krakowie i Warszawie. Dodatnie odczyny VDRL odnotowano łącznie w 3 przypadkach, u osób włączonych do badania w Chorzowie i Wrocławiu ($p<0.05$).

Świadomość zakażenia HIV, HCV, HBV oraz kiłą

Respondentów zapytano w dwóch miejscach kwestionariusza o rozpoznane dotychczas zakażenia/choroby zakaźne. Świadomość zakażenia zdefiniowano jako odpowiedź twierdzącą w obu pytaniach dla każdego zakażenia.

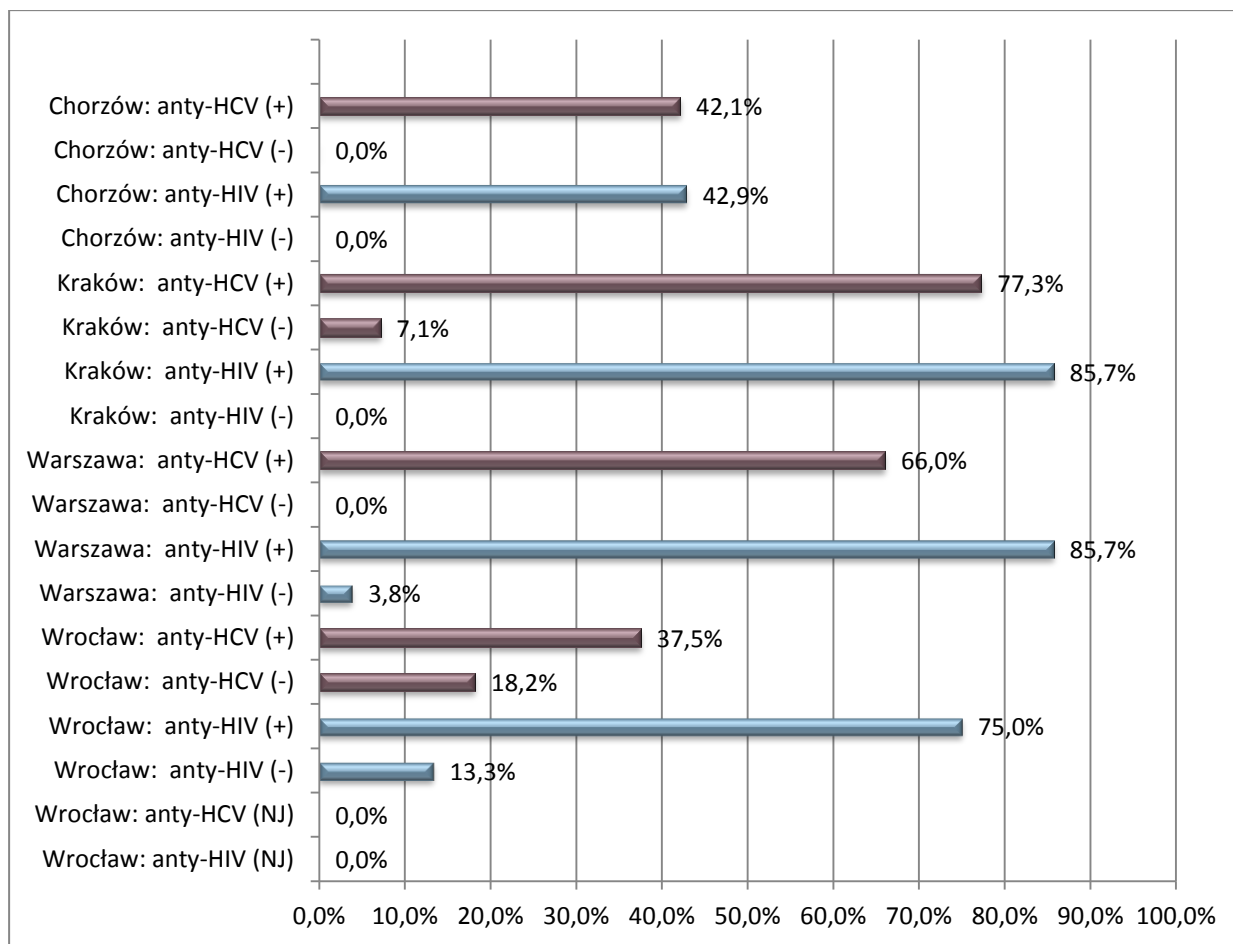
²² NJ-niejednoznaczny



Wykres 12 Świadomość zakażenia według wiedzy badanego oraz wynik badania laboratoryjnego.

Wśród osób z dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych, 75,0% respondentów było świadomych zakażenia HIV (24/32 osób), 61,6% było świadomych zakażenia HCV (61/99 osób) oraz 33,3% wiedziały o kile (1/3 osób). Wśród 5 respondentów, u których wykryto antygen HBsAg, 2 osoby były świadome zakażenia (40,0%; 2/5 osób): 1 osoba wskazała rozpoznanie ostrego wzwb, druga przewlekłego wzwb (Wykres 12). Zakażenie wirusem HIV zadeklarowały 4 osoby, u których nie wykryto przeciwciał anty-HIV. Zakażenie HCV wykazały 3 osoby, u których nie wykryto przeciwciał anty-HCV. Zachorowanie na ostre i przewlekłe wzwb zadeklarowało odpowiednio 1 i 3 osoby, u których badanie w kierunku antygeny HBs nie wykazało jego obecności.

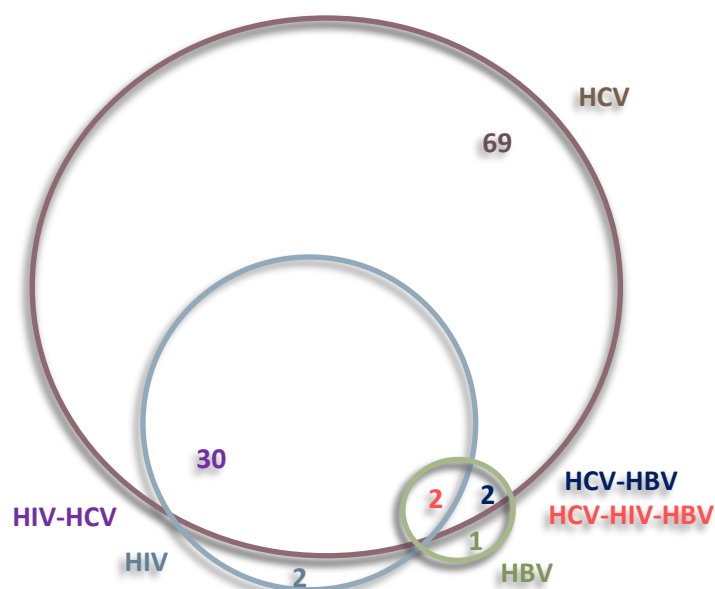
Wiedza respondentów dotycząca statusu zakażenia HIV i HCV różniła się w zależności od miejsca rekrutacji (Wykres 13). Najwięcej badanych z dodatnim wynikiem testów laboratoryjnych w kierunku zakażenia HIV znało swój status w Krakowie i Warszawie (85,7%, odpowiednio: 6/7 i 12/14 osób) oraz Wrocławiu (75,0%; 3/4 osoby). Świadomość zakażenia HCV wśród osób, u których wykazano obecność przeciwciał anty-HCV była niższa, osiągając wartości od 77,3% w Krakowie (17/22 osób) oraz 66,0% w Warszawie (33/50 osób) do 42,1% w Chorzowie (8/19 osób) i 37,5% we Wrocławiu (3/8 osób).



Wykres 13 Świadomość zakażenia HIV i HCV według wiedzy badanego zestawiona z wynikami badań laboratoryjnych w kierunku HIV i HCV w podziale na region rekrutacji.

Koinfekcja zakażeń HIV, HCV i HBV

Zakażenie jednocześnie trzema wirusami przenoszonymi drogą parenteralną: HIV-HCV-HBV wykazano u 2 osób (1,2% wszystkich badanych; 2/173 osób) (Wykres 14). U zdecydowanej większości zakażonych HIV, wykazano obecność przeciwciał anty-HCV (93,8%; 30/32 osób). Natomiast wśród osób z dodatnim testem anty-HCV co trzeci był jednocześnie zakażony wirusem HIV (30,3%; 30/99 osób).



Wykres 14 Koinfekcja zakażeń HCV, HIV i HBV [liczba osób]

Oszacowanie rozpowszechnienia przeciwciał anti-HIV i anti-HCV oraz antygeny HBs w populacji osób użytkujących środki odurzające w iniekcji

Rekrutacja metodą RDS i narzędzie RDSAT²³ umożliwia estymację rozpowszechnienia danego czynnika w populacji (algorytmy bazują m.in. na liczebności sieci znajomych, w naszym przypadku pomiędzy osobami zakażonymi i niezakażonymi). Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń przenoszonych drogą krwi przedstawia tabela 17.

Tabela 17 Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń HIV, HCV oraz HBV w populacji osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji

		współczynnik surowy w zrekrutowanej próbce [%]	oszacowane rozpowszechnienie w populacji [%]	95% przedział ufności [CI] [%]
anti-HIV (+)	ogółem	18,5	8,5	4,5 - 15,1
	mężczyźni	16,7	5,3	2,2 - 10,2
	kobiety	24,4	2,8	0,7 - 5,4
	18-24 lat	3,1	0,1	0,0 - 1,8
	≥25 lat	22,3	8,4	4,3 - 14,4
anti-HCV (+)	ogółem	57,6	30,7	18,1 - 43,0
	mężczyźni	57,9	20,6	11,5 - 30,3
	kobiety	56,8	8,6	3,3 - 14,7
	18-24 lat	19,4	2,1	0,1 - 4,2
	≥25 lat	66,9	27,8	16,5 - 40,7
HBsAg (+)	ogółem	2,9	5,9	0,8 - 12,8
	mężczyźni	2,4	3,0	0,0 - 10,0
	kobiety	4,4	3,0	0,0 - 8,2
	18-24 lat	6,3	1,4	0,0 - 6,3
	≥25 lat	2,2	4,2	0,0 - 10,3

Oszacowane wartości rozpowszechnienia przeciwciał anti-HIV oraz anti-HCV dla populacji osób wstrzykujących środki odurzające jest dużo niższe niż współczynniki surowe w próbce. W podziale na płeć, w badanej próbce respondentów więcej kobiet niż mężczyzn miało pozytywny wynik w teście w kierunku zakażenia HIV i HCV, jednakże szacunkowa częstość obecności przeciwciał w populacji osób wstrzykujących substancje odurzające była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet.

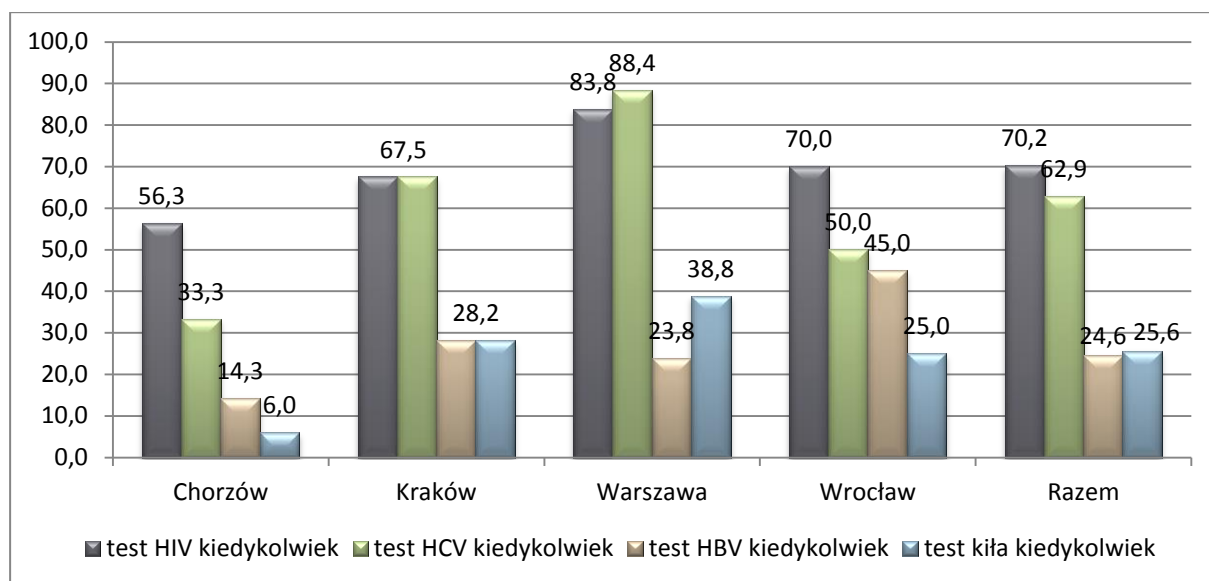
Przeprowadzona analiza wskazuje, iż rozpowszechnienie obecności antygeny HBs może być wyższe niż w badanej próbce – jednakże ze względu na małą liczbę wyników dodatnich w próbce (n=5), do wyniku należy podchodzić z ostrożnością, zważywszy, że istnieje skuteczna metoda zapobiegania zakażeniom HBV w postaci szczepień oraz prowadzone są populacyjne programy szczepień – osoby użytkujące w iniekcji mogą być już zaszczepione.

Dostęp do diagnostyki zakażeń

Większość respondentów wykonała chociaż raz w życiu badanie w kierunku zakażenia HIV (70,2%; 125/178 osób) oraz zakażenia HCV (62,9%; 112/178 osób). W kierunku zakażenia HBV oraz w kierunku kiły badany kiedykolwiek w życiu był co czwarty respondent, odpowiednio 24,6% (42/171

²³ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. 2012. Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University.

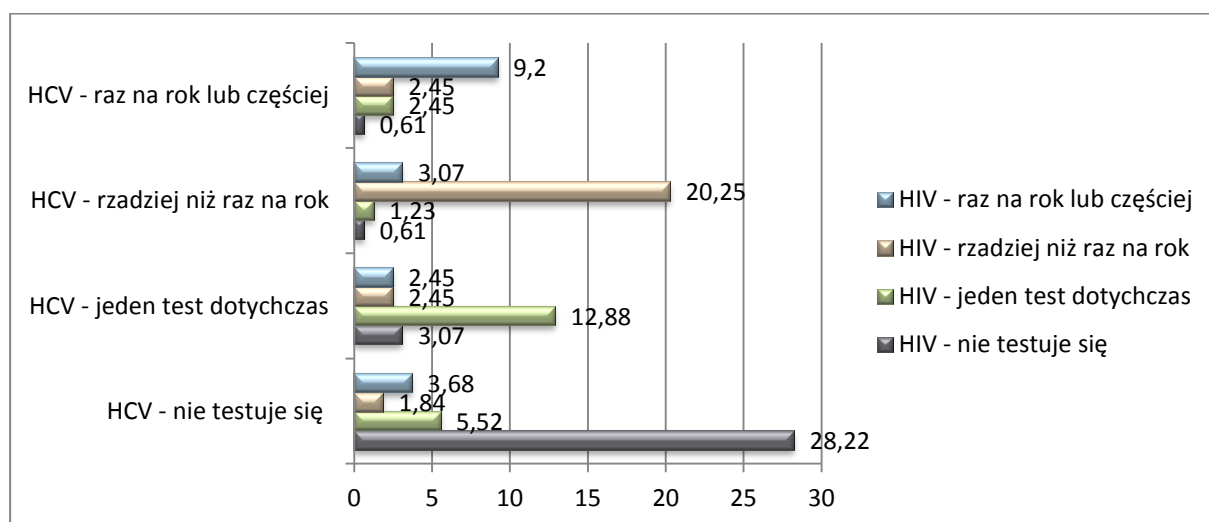
osób) oraz 25,6% (45/176 osób). W przypadku badań w kierunku HBV wysokie wartości odpowiedzi odnotowano w kategorii „nie pamiętam”, 28,7% (49/171 osób) dla HBV.



Wykres 15 Wykonanie testów diagnostycznych w kierunku HIV, HCV, HBV oraz kiły w podziale na region rekrutacji

Istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy miejscem rekrutacji a wykonywaniem poszczególnej diagnostyki (dla wszystkich badań $p < 0.05$) (Wykres 15).

Z danych pozyskanych od respondentów (rok pierwszego testu diagnostycznego, rok ostatnio wykonanego badania, ilość wykonanych testów) określono wzorce testowania dla zakażenia HIV i HCV.



Wykres 16 Zestawienie wzorców testowania w kierunku zakażeń HIV i HCV [wartości procentowe sumują się do całości, tj. $n=163=100\%$; $p \leq 0.001$]

Tabela 18 Zestawienie wzorców testowania w kierunku zakażeń HIV i HCV [liczba osób]

	HCV - nie testuje się	HCV - jeden test dotychczas	HCV - rzadziej niż raz na rok	HCV - raz na rok lub częściej	Razem
HIV - nie testuje się	46	5	1	1	53
HIV - jeden test dotychczas	9	21	2	4	36
HIV - rzadziej niż raz na rok	3	4	33	4	44
HIV - raz na rok lub częściej	6	4	5	15	30
razem	64	34	41	24	163

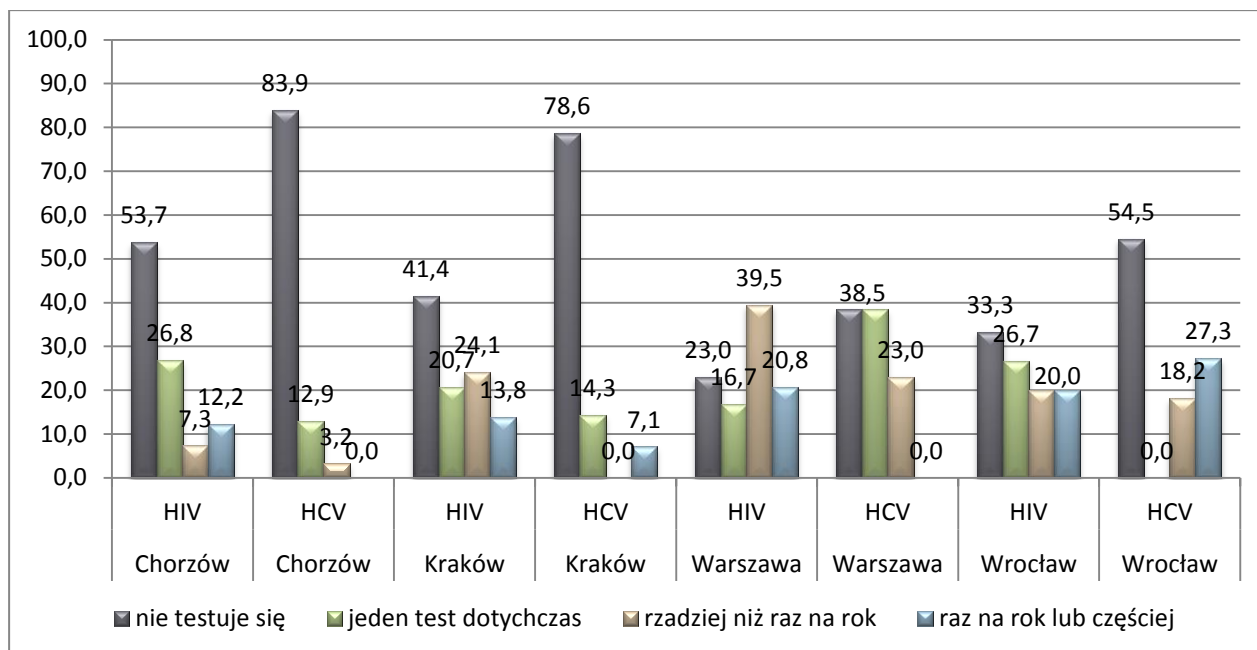
Jedynie pojedyncze osoby stosują różne wzorce testowania w zależności od rodzaju analizowanych zakażeń (HCV vs. HIV) (Wykres 16, Tabela 18). Generalnie jeśli respondent się nie testuje to w obu przypadkach, zarówno w kierunku HIV, jak i HCV. A jeśli wykonuje diagnostykę to w obu przypadkach z podobną częstotliwością. W odniesieniu do wszystkich wzorców, niewiele osób wykonuje badania regularnie.

Tabela 19 Wzorce wykonywania testów diagnostycznych wg regionu rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
testowanie HIV – kiedykolwiek*	27	55,1	27	67,5	57	82,6	14	70,0	125	70,2
testowanie HCV – kiedykolwiek*	16	32,7	25	64,1	61	87,1	10	50,0	112	62,9
testowanie HIV – w ostatnim roku*	16	59,3	10	37,0	35	63,6	4	28,6	65	52,9
testowanie HCV – w ostatnim roku*	7	41,2	10	40,0	34	59,7	1	10,0	52	47,7

*p<0.05

Prześledzono wzorce wykonywania testów diagnostycznych w kierunku HIV i HCV u osób, u których nie wykryto przeciwciał anti-HIV i anti-HCV (Wykres 17).



Wykres 17 Wzorce testowania u respondentów, u których nie wykryto obecności przeciwciał anty-HIV lub anty-HCV

Zauważalne jest zróżnicowanie we wzorcach testowania w zależności od rodzaju testu (HIV vs. HCV; w obu przypadkach $p < 0.05$). Większość respondentów, u których wyniki badań w kierunku przeciwciał HCV były ujemne, nie testuje się regularnie – odsetki sięgają od 38,5% (5/13 osób) w Warszawie, 54,5% (6/11 osób) we Wrocławiu, do 78,6% (11/14 osób) w Krakowie i 83,9% (26/31 osób) w Chorzowie – lub przed uczestnictwem w niniejszym badaniu wykonali jeden test w kierunku zakażenia HCV – 12,9% (4/31 osób) w Chorzowie, 14,3% (2/14 osób) w Krakowie oraz 38,5% (5/13 osób) w Warszawie. Osoby anty-HCV(-), które regularnie testują się w kierunku zakażenia HCV to 3 osoby z Wrocławia (27,3%; 3/11 osób) oraz 1 osoba z Krakowa (7,1%; 1/14 osób).

W przypadku zakażenia HIV odnotowano mniejsze odsetki osób nietestujących się, wśród respondentów z ujemnym wynikiem anty-HIV. Wartości te wynoszą od 53,7% (22/41 osób) w Chorzowie, 41,4% (12/29 osób) w Krakowie do 33,3% (5/15 osób) we Wrocławiu i 22,9% (11/48 osób) w Warszawie. Przynajmniej raz w roku test w kierunku zakażenia HIV wykonuje 20,8% (10/48 osób) w Warszawie, 20,0% (3/15 osób) we Wrocławiu, 13,8% (4/29 osób) w Krakowie oraz 12,2% (5/41 osób) w Chorzowie osób z ujemnym statusem HIV. Respondentów poproszono o wskazanie okoliczności wykonania ostatniego testu diagnostycznego w kierunku zakażeń HIV i HCV (Tabela 20 i Tabela 21).

Tabela 20 Okoliczności wykonania ostatniego testu diagnostycznego w kierunku zakażenia HIV

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny (PKD)	18	66,7	3	11,1	5	8,8	4	28,6	30	24,0
oddział detoksykacyjny	1	3,7	5	18,5	16	28,1	0	0,0	22	17,6
zakład karny	1	3,7	5	18,5	7	12,3	5	35,7	18	14,4
badania w szpitalu	5	18,5	2	7,4	8	14,0	1	7,1	16	12,8
zlecił lekarz ogólny	1	3,7	3	11,1	1	1,8	0	0,0	5	4,0
badania w poradni	0	0,0	1	3,7	4	7,0	0	0,0	5	4,0
ośrodek terapeutyczny	0	0,0	1	3,7	0	0,0	2	14,3	3	2,4
inne	1	3,7	7	25,9	16	28,1	2	14,3	26	20,8

Jedna czwarta respondentów swój ostatni test w kierunku HIV wykonała w PKD (24,0%; 30/125 osób), 17,6% (22/125 osób) podczas pobytu na oddziale detoksykacyjnym, 14,4% (18/125 osób) podczas pobytu w zakładzie karnym. Łącznie 20,8% (26/125 osób) respondentów miało wykonane badania w kierunku HIV w placówkach opieki medycznej. Wśród innych okoliczności badania, u osób zrekrutowanych w Warszawie dominowało wykonanie badania w kierunku HIV w mobilnym kamperze Fundacji Edukacji Społecznej (11,2%; 14/125 osób).

W zależności od regionu rekrutacji, różne są miejsca/okoliczności wykonania ostatniego badania w kierunku HIV. W Chorzowie dominowały PKD (66,7%; 18/27 osób). W Krakowie nie odnotowano dominującego miejsca wykonania ostatniej diagnostyki w kierunku HIV. W Warszawie najczęściej wykonano badania w ramach pobytu na oddziale detoksykacyjnym (16/57 osób) oraz w mobilnym kamperze Fundacji Edukacji Społecznej (24,6%; 14/57 osób). We Wrocławiu najwięcej badań w kierunku HIV zlecono podczas pobytu w zakładzie karnym (35,7%; 5/14 osób).

Tabela 21 Okoliczności wykonania ostatniego testu diagnostycznego w kierunku zakażenia HCV

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
badania w szpitalu	4	23,5	8	30,8	13	22,0	1	10,0	26	23,2
oddział detoksykacyjny	1	5,9	4	15,4	15	25,4	0	0,0	20	17,9
zakład karny	2	11,8	3	11,5	9	15,3	5	50,0	19	17,0
Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny (PKD)	1	5,9	2	7,7	6	10,2	1	10,0	10	8,9
badania w poradni	2	11,8	1	3,8	2	3,4	0	0,0	5	4,5
ośrodek terapeutyczny	1	5,9	2	7,7	0	0,0	1	10,0	4	3,6
zlecił lekarz ogólny	3	17,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,7
inne	3	17,7	6	23,1	14	23,7	2	20,0	25	22,3

Miejsce/okoliczność wykonania ostatniego testu w kierunku HCV różni się od testu dla HIV. Dominowały badania diagnostyczne wykonane podczas pobytu w szpitalu (23,2%; 26/112 osób) lub na oddziale detoksykacyjnym (17,9%; 20/112 osób), ale także podczas odbywania kary pozbawienia wolności (17,0%; 19/112 osób). Wśród innych powodów, tak jak i w przypadku testowania HIV, najwięcej badań odbyło się w mobilnym kamperze Fundacji Edukacji Społecznej (11,6%; 13/112 osób).

W Chorzowie i Krakowie okoliczności ostatniego badania w kierunku HCV rozkładają się dość równomiernie. W Warszawie najczęściej badania wykonywano na oddziale detoksykacyjnym (25,4%; 15/59 osób), w mobilnym kamperze Fundacji Edukacji Społecznej (22,0%; 13/59 osób) oraz w trakcie diagnostyki w szpitalu (22,0%; 13/59 osób). We Wrocławiu połowa respondentów wykonała test HCV w zakładzie karnym (50,0%; 5/10 osób).

Wiedza na temat statusu zakażenia HAV oraz zachorowania na rzeżączkę i chłamydię

Respondentów zapytano, czy kiedykolwiek rozpoznano u nich chłamydię i rzeżączkę oraz wzWA (zakażenie HAV). Rozpoznanie rzeżączki (kiedykolwiek) zadeklarowało 2 respondentów z Chorzowa oraz 1 osoba z Krakowa. Zakażenie chłamydią wykazała 1 osoba z Krakowa (1/18; 5,6%). Zakażenie HAV wg deklaracji respondentów rozpoznano u 10 osób (10/178; 5,6%) (Tabela 22).

Tabela 22 Deklaracja respondentów na temat rozpoznania wzWA

		Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zakażenie HAV	tak	1	2,0	2	5,1	6	8,7	1	5,0	10	5,6
	nie	48	96,0	35	89,7	60	87,0	19	95,0	162	91,0
	nie pamięta	1	2,0	2	5,1	3	4,4	0	0,0	6	3,4
										178	100,0

Dostęp do leczenia zakażeń

Co trzeci respondent z rozpoznaniem zakażeniem/chorobą zakaźną deklarował, iż nie zgłosił się do placówki ochrony zdrowia (34,2%; 28/82), natomiast co piąty zgłosił się, ale nie dla wszystkich rozpoznań (20,7%; 17/82).

Wśród osób z dodatnim wynikiem badań laboratoryjnych, które były świadome zakażenia HIV, 15,6% (5/32 osób) nigdy nie podjęła terapii. Wśród respondentów, którzy wiedzieli o zakażeniu, regularnie od roku dostęp do leków antyretrowirusowych ma 40,6% osób zakażonych (13/32 osób), z czego 10 osób (31,3%; 10/32 osób) regularnie od początku terapii. 1 osoba oczekuje na pierwszą wizytę.

Tabela 23 Dostęp do terapii zakażenia HIV u respondentów wiedzących o swoim zakażeniu wg miejsca rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
leczeni regularnie od początku terapii	1	33,3	3	50,0	5	41,7	1	33,3	10	41,7
leczeni, w ostatnim roku regularnie, ale wcześniej przerwy w leczeniu	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	3	12,5
leczeni, ale w ostatnim roku przerwy w terapii	2	66,7	1	16,7	1	8,3	2	66,7	6	25,0
nieleczeni	0	0,0	2	33,3	3	25,0	0	0,0	5	20,8
świadomi zakażenia HIV	3	100,0	6	100,0	12	100,0	3	100,0	24	100,0

41,4% respondentów anty-HCV(+), wiedzących o zakażeniu HCV, nie było objętych terapią (42/99 osób). 10,1% (10/99 osób) było w trakcie leczenia zakażenia HCV, dodatkowo u 7,1% terapia zakończyła się sukcesem (7/99 osób), a u 1 respondenta niepowodzeniem (1/99 osób). Prześladowano dostęp do terapii osób zakażonych HCV w podziale na region rekrutacji (Tabela 24).

Tabela 24 Dostęp do terapii zakażenia HCV u respondentów wiedzących o swoim zakażeniu wg miejsca rekrutacji

	Chorzów		Kraków		Warszawa		Wrocław		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
w trakcie leczenia	0	0,0	3	17,6	7	21,2	0	0,0	10	16,4
leczenie zakończyło się wyleczeniem	2	25,0	1	5,9	4	12,1	0	0,0	7	11,5
leczenie zakończyło się niepowodzeniem	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	1,6
nieleczeni	6	75,0	11	64,7	22	66,7	3	100,0	42	68,9
<i>brak danych</i>	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	1,6
świadomi zakażenia HCV	8	100,0	17	100,0	33	100,0	3	100,0	61	100,0

Osoby z wykrytym antygenem HBsAg, które wiedziały o zakażeniu HBV, nie zadeklarowały by były leczone (0/2 osoby).

Respondentów zapytano o powody niezgłoszenia się do opieki specjalistycznej w związku z rozpoznaniem zakażeń HIV, HCV i/lub HBV (Tabela 25). Respondenci mogli wskazać kilka powodów niezgłoszenia się do opieki specjalistycznej, również wskazać własne (w tabeli 25 poprzedzone zapisem „inny:...”). W tabeli 25 uwzględniono osoby, które miały dodatni wynik testu HIV, HCV i/lub HBV w niniejszym badaniu i jednocześnie widziały o swoim zakażeniu, a nie podjęły terapii (a w przypadku zakażenia HIV również przyjmujące leki antyretrowirusowe nieregularnie w ostatnim roku).

Tabela 25 Powody niezgłoszenia się do opieki specjalistycznej w związku z rozpoznaniem zakażeniem HIV/HCV/HBV u osób wiedzących o swoim zakażeniu, które nie podjęły terapii

	HIV		HCV		HBV	
	n=9	%	n=31	%	n=2	%
BARIERY INSTYTUCJONALNE	1	11%	3	10%	0	0%
przebywałam/przebywałem w areszcie/więzieniu	0	0%	0	0%	0	0%
nie mam ubezpieczenia	1	11%	3	10%	0	0%
poradnia jest czynna w niedogodnych godzinach	0	0%	0	0%	0	0%
BARIERY INFORMACYJNE	4	55%	10	31%	0	0%
nie wiem, jak się zapisać	0	0%	0	0%	0	0%
nie wiem, gdzie taka poradnia się znajduje	0	0%	0	0%	0	0%
nie wiem, czy potrzebne jest skierowanie	0	0%	0	0%	0	0%
boję się, że wymagana jest abstynencja	1	11%	2	6%	0	0%
nie wierzę w działanie terapii	1	11%	2	6%	0	0%
inni: obawa przed negatywnymi skutkami terapii	0	0%	2	6%	0	0%
czuję się dobrze, nie potrzebuję wizyt w poradni	3	33%	4	13%	0	0%
BARIERY PERSONALNE	9	100%	18	58%	2	100%
odkładałam zapisanie się na później	3	33%	7	23%	1	50%
zapominałam/zapomniałem o umówionej wizycie	2	22%	2	6%	0	0%
byłam/byłem w ciągu i nie dałam/nie dałem rady się zapisać lub pójść	3	33%	6	19%	0	0%
nie chcę ujawnić swojego zakażenia	0	0%	0	0%	0	0%
nie interesuje mnie taka opieka	0	0%	2	6%	1	50%
inni: nie dopuszczanie do świadomości faktu zakażenia	1	11%	1	3%	0	0%
inni: niedawno dodatni test	1	11%	3	10%	0	0%

/możliwość wielokrotnego wyboru, wartości nie sumują się do 100%/

Powody pozostawania bez medycznej opieki specjalistycznej osób zakażonych HIV, HCV i/lub HBV głównie dotyczą indywidualnych cech respondenta, również związanych z problemowym używaniem substancji psychoaktywnych. Znaczną część stanowiły również bariery związane z brakiem informacji w zakresie terapii oraz jej uzyskania.

Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HIV

W poniższej analizie uwzględniono jedynie osoby, dla których znany był wynik badania laboratoryjnego (n=172; wykluczono osoby, którym nie wykonano testów oraz osoby z wynikiem niejednoznacznym).

Tabela 26 Rozpowszechnienie i ryzyko (OR-iloraz szans) dodatniego wyniku testu w kierunku zakażenia HIV (anty-HIV+)

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]	p
TESTY DIAGNOSTYCZNE:						
anty-HCV(+)	30	99	30,3%	15,22	3,16 - 73,31	0,000
anty-HCV(-)	2	72	2,8%	1,00		
HBsAg (+)	2	5	40,0%	3,04	0,48 - 19,29	0,214

		n	N	%	iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]		p	
	HBsAg (-)	30	167	18,0%	1,00				
PŁEĆ :	męska	21	126	16,7%	0,62	0,25	- 1,58	0,251	
	żeńską	11	45	24,4%	1,00				
WIEK:	anty-HIV(+):	średnia= 38,22		mediana=38,5		min=20	max=55	0,009	p<0,05
	anty-HIV(-):	średnia= 33,29		mediana=33,0		min=18	max=66		
WIEK:	18-24 lat	1	32	3,1%	0,11	0,00	- 0,74	0,012	p<0,05
	25-66 lat	31	139	22,3%	1,00				
	mężczyźni 18-24 lat	0	22	0,0%	x	x	- x	x	
	mężczyźni 25-66 lat	21	103	20,4%	x				
	kobiety 18-24 lat	1	10	10,0%	0,28	0,01	- 2,57	0,228	
	kobiety 25-66 lat	10	35	28,6%	1,00				
REGION:	Chorzów	7	50	14,0%	1,00				
	Kraków	7	37	18,9%	1,43	0,45	- 4,55	0,539	
	Warszawa	14	66	21,2%	1,65	0,61	- 4,50	0,320	
	Wrocław	4	19	21,1%	1,64	0,41	- 6,49	0,478	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:									
	nieaktywni zawodowo	25	88	28,4%	4,10	1,49	- 12,97	0,002	p<0,05
	aktywni zawodowo	6	68	8,8%	1,00				
	jedynie uczący się	0	8	0,0%	x	x	- x	x	
BEZDOMNOŚĆ:									
	kiedykolkwiek	27	105	25,7%	4,29	1,50	- 15,00	0,003	p<0,05
	nigdy	5	67	7,5%	1,00				
ZAKŁAD KARNY:									
	kiedykolkwiek	24	99	24,2%	2,48	0,99	- 6,82	0,036	p<0,05
	nigdy	8	70	11,4%	1,00				
STAŻ INIEKCYJNEGO PRZYJMOWANIA:									
pierwsza iniekcja:									
	do 2 lat temu	2	32	6,3%	1,00				
	>= 2 i <10 lat temu	3	50	6,0%	0,96	0,15	- 6,14	0,963	
	10 i więcej lat temu	27	85	31,8%	6,98	1,46	- 33,37	0,005	p<0,05
ostatnia iniekcja:									
	ostatni miesiąc	20	113	17,7%	1,00				
	ponad 30 dni do 12 miesięcy temu	7	22	31,8%	2,17	0,77	- 6,09	0,131	
	2 lata i więcej temu	5	36	13,9%	0,75	0,26	- 2,18	0,595	

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]		p	
DZIELENIE SIĘ SPRZĘTEM DO INIEKCJI								
kiedykolwiek	21	87	24,1%	2,63	1,08	- 6,74	0,019	p<0,05
nigdy	10	85	11,8%	1,00				
kiedykolwiek z osobą HIV(+)	14	33	42,4%	4,71	1,44	- 16,10	0,003	p<0,05
nigdy	7	53	13,2%	1,00				
PROGRAMY WYMIANY:								
kiedykolwiek	30	105	28,6%	12,40	2,92	- 110,01	0,000	p<0,05
nigdy	2	64	3,1%	1,00				
LECZENIE UZALEŻNIENIA:								
kiedykolwiek	29	100	29,0%	8,99	2,57	- 47,74	0,000	p<0,05
nigdy	3	69	4,3%	1,00				
KONTAKTY SEKSUALNE:								
z iniekcyjnym użytkownikiem:								
kiedykolwiek	29	126	23,0%	4,19	1,19	- 22,49	0,016	p<0,05
nigdy	3	45	6,7%	1,00				
MSM [*] :								
kiedykolwiek	1	11	9,1%	0,47	0,01	- 3,68	0,474	
nigdy	20	114	17,5%	1,00				
za korzyści:								
kiedykolwiek	7	18	38,9%	3,26	0,96	- 10,22	0,020	p<0,05
nigdy	25	153	16,3%	1,00				

* MSM-mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami

Przeciwciała anty-HIV istotnie częściej występowały u osób, u których jednocześnie wykazano obecność przeciwciał anty-HCV (OR= 15,22; p<0,001), niepodejmujących pracy zarobkowej (OR=4,10; p=0,002), które doświadczyły bezdomności (OR=4,29; p=0,003) oraz pobytu w zakładzie karnym (OR=2,48; p=0,036). Rzadziej wynik testu w kierunku zakażenia HIV był dodatni wśród badanych poniżej 25 roku życia (ryzyko mniejsze o 89%). Wśród czynników związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem środków odurzających, obecność przeciwciał anty-HIV wykrywano częściej u respondentów z ponad 10-letnim stażem przyjmowania substancji we wstrzyknięciu (OR=6,98; p=0,005), używających sprzętu do iniekcji z innymi użytkownikami (OR=2,63; p=0,019), szczególnie użytkownikami o pozytywnym statusie HIV (OR=4,71, p=0,003), korzystających z programu wymiany sprzętu do iniekcji (OR=12,40; p<0,001), którzy podejmowali terapię w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (OR=8,99; p<0,001). Biorąc pod uwagę partnerów seksualnych, test anty-HIV(+) częściej występował u osób podejmujących kontakty seksualne z iniekcyjnymi użytkownikami substancji psychoaktywnych (OR=4,19; p=0,016) oraz w zamian za korzyści (OR=3,26; p=0,020).

Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HCV

W poniższej analizie uwzględniono jedynie osoby, dla których znany był wynik badania laboratoryjnego (n=171; wykluczono osoby, którym nie wykonano testów oraz osoby z wynikiem niejednoznacznym).

Tabela 27 Rozpowszechnienie i ryzyko (OR-iloraz szans) dodatniego wyniku testu w kierunku zakażenia HCV (anty-HCV+)

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p	
TESTY DIAGNOSTYCZNE:									
anty-HIV(+)	30	32	93,8%	15,22	3,16	-	73,31	0,000	p<0,05
anty-HIV(-)	69	139	49,6%	1,00					
HBsAg (+)	4	5	80,0%	2,99	0,32	-	27,69	0,311	
HBsAg (-)	95	166	57,2%	1,00					
PŁEĆ :									
męska	73	126	57,9%	1,05	0,49	-	2,21	0,897	
żeńska	25	44	56,8%	1,00					
WIEK:									
anty-HCV(+):	średnia= 38,10		mediana=37	min=20 max=66				0,000	p<0,05
anty-HCV(-):	średnia= 28,99		mediana=28	min=18 max=59					
WIEK:									
18-24 lat	6	31	19,4%	0,12	0,04	-	0,33	0,000	p<0,05
25-66 lat	93	139	66,9%	1,00					
mężczyźni 18-24 lat	4	22	18,2%	0,11	0,03	-	0,37	0,000	p<0,05
mężczyźni 25-66 lat	69	103	67,0%	1,00					
kobiety 18-24 lat	2	9	22,2%	0,15	0,01	-	0,99	0,019	p<0,05
kobiety 25-66 lat	23	35	65,7%	1,00					
REGION:									
Chorzów	19	50	38,0%	1,00					
Kraków	22	36	61,1%	2,56	1,03	-	6,37	0,035	p<0,05
Warszawa	50	66	75,8%	5,10	2,13	-	12,18	0,000	p<0,05
Wrocław	8	19	42,1%	1,19	0,40	-	3,51	0,757	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:									
nieaktywni zawodowo	64	88	72,7%	3,29	1,59	-	6,82	0,001	p<0,05
aktywni zawodowo	30	67	44,8%	1,00					
jedynie uczący się	0	8	0,0%	x	x	x	x		
BEZDOMNOŚĆ:									
kiedykolwiek	77	105	73,3%	5,50	2,67	-	11,38	0,000	p<0,05
nigdy	22	66	33,3%	1,00					

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p	
ZAKŁAD KARNY:									
kiedykolwiek	72	99	72,7%	4,15	2,05	-	8,43	0,000	p<0,05
nigdy	27	69	39,1%	1,00					
STAŻ INIEKCYJNEGO PRZYJMOWANIA:									
pierwsza iniekcja:									
do 2 lat temu	8	32	25,0%	1,00					p<0,05
>= 2 i <10 lat temu	16	49	32,7%	1,45	0,53	-	3,99	0,464	
10 i więcej lat temu	72	85	84,7%	16,62	4,91	-	56,17	0,000	
ostatnia iniekcja:									
ostatni miesiąc	71	112	63,4%	1,00					p<0,05
ponad 30 dni do 12 miesięcy temu	16	22	72,7%	1,54	0,56	-	4,27	0,403	
2 lata i więcej temu	12	36	33,3%	0,29	0,13	-	0,66	0,002	
DZIELENIE SIĘ SPRZĘTEM DO INIEKCJI:									
kiedykolwiek	62	87	71,3%	5,64	2,68	-	12,02	0,000	p<0,05
nigdy	33	85	38,8%	1,00					
kiedykolwiek z osobą z WZW	40	46	87,0%	8,12	1,93	-	47,37	0,001	p<0,05
nigdy	23	41	56,1%	1,00					
PROGRAMY WYMIANY:									
kiedykolwiek	81	104	77,9%	9,74	4,47	-	21,46	0,000	p<0,05
nigdy	17	64	26,6%	1,00					
LECZENIE UZALEŻNIENIA:									
kiedykolwiek	73	99	73,7%	5,26	2,57	-	10,86	0,000	p<0,05
nigdy	24	69	34,8%	1,00					
KONTAKTY SEKSUALNE: z iniekcyjnym użytkownikiem:									
kiedykolwiek	84	125	67,2%	4,10	1,88	-	9,09	0,000	p<0,05
nigdy	15	45	33,3%	1,00					
MSM* :									
kiedykolwiek	6	11	54,5%	0,84	0,20	-	3,71	0,786	
nigdy	67	114	58,8%	1,00					

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p	
za korzyści:									
kiedykolwiek	14	17	82,4%	3,73	0,98	-	20,94	0,034	p<0,05
nigdy	85	153	55,6%	1,00					

Istotnie częściej przeciwciała anty-HCV były obecne u respondentów z dodatnim wynikiem testu w kierunku zakażenia HIV (OR=15,22; p<0,001), czerpiących dochód z innych źródeł niż praca zarobkowa (OR=3,29; p<0,001), które były kiedykolwiek bezdomne (OR=5,50; p<0,001) oraz doświadczyły pozbawienia wolności (OR=4,15; p<0,001). Rzadziej przeciwciała anty-HCV występowały wśród osób poniżej 25 roku życia (ryzyko mniejsze o 88% niż w grupie osób w wieku 25 i więcej lat), również uwzględniając płeć respondentów. Ze względu na region rekrutacji, biorąc za wartość referencyjną Chorzów, częściej przeciwciała anty-HCV wykrywano u osób zrekrutowanych w Krakowie (OR=2,56; p=0,035) i Warszawie (OR=5,10; p<0,001). Istotnie częściej przeciwciała anty-HCV występowały u badanych, którzy po raz pierwszy iniekcyjnie przyjęli substancje odurzające ponad 10 lat temu (OR=16,62; p<0,001), dzielących się sprzętem do iniekcji (OR=5,64; p<0,001), szczególnie z osobą chorą na WZW (OR=8,12; p=0,001), które wymieniały sprzęt do wstrzykiwania w ramach programów redukcji szkód (OR=9,74; p<0,001) oraz, które leczyły się ze względu na uzależnienie od substancji psychoaktywnych (OR=5,26; p<0,001). Rzadziej dodatni test anty-HCV(+) odnotowano wśród osób, które ostatnio przyjęły substancje psychoaktywne we wstrzyknięciu ponad 2 lata temu (ryzyko mniejsze o 71% w porównaniu z przyjmującymi w iniekcji w ostatnim miesiącu). W aspekcie życia seksualnego, przeciwciała anty-HCV częściej występowały u respondentów mających kontakty seksualne z iniekcyjnymi użytkownikami substancji psychoaktywnych (OR=4,10; p<0,001) oraz w zamian za korzyści (OR=3,73; p=0,034).

Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia HBV

W poniższej analizie uwzględniono jedynie osoby, dla których znany był wynik badania laboratoryjnego (n=172; wykluczono osoby, którym nie wykonano testów oraz osoby z wynikiem niejednoznacznym).

Tabela 28 Rozpowszechnienie i ryzyko (OR-iloraz szans) dodatniego wyniku testu w kierunku zakażenia HBV (HBsAg+)

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p
TESTY DIAGNOSTYCZNE:								
anty-HIV(+)	2	32	6,3%	3,04	0,48	-	19,29	0,214
anty-HIV(-)	3	140	2,1%	1,00				
anty-HCV(+)	4	99	4,0%	2,99	0,32	-	27,69	0,311
anty-HCV(-)	1	72	1,4%					
PŁEĆ :								
męska	3	126	2,4%	0,52	0,06	-	6,50	0,481

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p	
żeńską	2	45	4,4%	1,00	-				
WIEK: anty-HBV(+):	średnia= 36,8		mediana=35	min=23	max=52				
anty-HBV(-):	średnia= 34,1		mediana=34	min=18	max=66	0,547			
WIEK: 18-24 lat	2	32	6,3%	3,02	0,24	-	27,37	0,216	
25-66 lat	3	139	2,2%						
mężczyźni 18-24 lat	2	22	9,1%	10,20	0,49	-	607,34	0,024	p<0,05
mężczyźni 25-66 lat	1	103	1,0%						
kobiety 18-24 lat	0	10	0,0%	x	x	x		x	
kobiety 25-66 lat	2	35	5,7%	x					
REGION: Chorzów	1	50	2,0%	1,00					
Kraków	2	37	5,4%	2,80	0,24	-	32,90	0,392	
Warszawa	2	66	3,0%	1,53	0,24	-	32,90	0,730	
Wrocław	0	19	0,0%	x	x	x		x	
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:									
nieaktywni zawodowo	3	88	3,4%	1,00					
aktywni zawodowo	1	68	1,5%	0,42	0,04	-	4,21	0,449	
jedynie uczący się	1	8	12,5%	4,05	0,36	-	45,64	0,220	
BEZDOMNOŚĆ:									
kiedykolwiek	3	105	2,9%	1,05	0,09	-	9,39	0,961	
nigdy	2	67	3,0%	1,00					
ZAKŁAD KARNY:									
kiedykolwiek	1	99	1,0%	0,37	0,01	-	3,88	0,362	
nigdy	4	70	5,7%	1,00					
pierwsza iniekcja:									
do 2 lat temu	1	32	3,1%	1,00					
>= 2 i <10 lat temu	2	50	4,0%	1,29	0,11	-	15,09	0,838	
10 i więcej lat temu	2	85	2,4%	0,75	0,06	-	8,63	0,815	
ostatnia iniekcja:									
ostatni miesiąc	2	113	1,8%	1,00					
ponad 30 dni do 12	1	22	4,5%	2,64	0,23	-	30,95	0,421	
miesięcy temu									
2 lata i więcej temu	2	36	5,6%	3,26	0,44	-	24,47	0,223	
DZIELENIE SIĘ SPRZĘTEM DO INIEKCJI:									
kiedykolwiek	1	87	1,1%	0,25	0,01	-	2,65	0,191	
nigdy	4	85	4,7%	1,00					

	n	N	%	Iloraz szans [OR]	95% przedział ufności [CI]			p
kiedykolwiek z osobą z WZW	1	46	2,2%	x	x	-	x	x
nigdy	0	41	0,0%					
PROGRAMY WYMIANY:								
kiedykolwiek	4	105	3,8%	2,50	0,24	-	124,78	0,403
nigdy	1	64	1,6%	1,00				
LECZENIE UZALEŻNIENIA:								
kiedykolwiek	3	100	3,0%	1,04	0,12	-	12,71	0,970
nigdy	2	69	2,9%	1,00				
KONTAKTY SEKSUALNE:								
z iniekcyjnym użytkownikiem:								
kiedykolwiek	4	126	3,2%	1,44	0,14	-	72,63	0,745
nigdy	1	45	2,2%	1,00				
MSM*:								
kiedykolwiek	0	11	0,0%	x	x	x		x
nigdy	3	114	2,6%					
za korzyści:								
kiedykolwiek	1	18	5,6%	2,19	0,04	-	23,75	0,484
nigdy	4	153	2,6%	1,00				

Ze względu na niewielką liczbę dodatnich wyników badania w kierunku zakażenia HBV (n=5) w analizach jedynie istotną statystycznie zależność wykazano u mężczyzn poniżej 25 roku życia – ryzyko obecności antygenu HBs wzrastało 10 krotnie w porównaniu do mężczyzn w wieku 25 i więcej lat. **Jednakże do wyniku należy podchodzić z ostrożnością.** W chwili badania (2017 r.) populacyjnym programem szczepień ochronnych przeciw wzwb, powinni być objęci wszyscy respondenci w wieku 21-31 lat (urodzeni w latach 1986-1996; zaszczepieni w 14 roku życia) oraz osoby w wieku 18-21 lat (zaszczepione jako noworodki). Analizowany przypadek mężczyzn poniżej 25 roku życia z HBsAg(+) (2/22) dotyczy respondentów, którzy nie zadeklarowali zaszczepienia przeciw wzwb (odpowiedzi: *nie* oraz *nie pamiętam*).

Podsumowanie

Odsetki osób zakażonych wirusami przenoszonymi drogą naruszenia ciągłości tkanek – HIV i HCV – w próbie pozostają na wysokim poziomie. Jednakże oszacowanie częstości występowania tych zakażeń w populacji osób, które przyjmują środki odurzające w iniekcji wskazuje, iż wartości są niższe. Zakażenie HBV odnotowano na niskim poziomie, co przełożyło się na oszacowanie w populacji. Zakażenie kiłą – chorobą przenoszoną drogą kontaktów seksualnych – dotyczy bardzo małego odsetka osób w badanej próbie.

Badanie przekrojowe nie pozwala ustalić co było przyczyną, a co skutkiem w zdefiniowanych zależnościach. Jednakże pozwala określić czynniki, które częściej występowały u osób z dodatnim wynikiem testów laboratoryjnych. I tak, osoby, u których wykryto przeciwciała anty-HIV i/lub anty-HCV to osoby gorzej funkcjonujące: nieaktywne zawodowo, doświadczające pobytu w placówkach penitencjarnych oraz bezdomności, które czynnie przyjmują substancje odurzające we wstrzyknięciach, a których staż iniekcyjnego brania wynosi ponad 10 lat, podejmujące terapię związaną z uzależnieniem od substancji, korzystające z programów wymiany sprzętu do iniekcji, które odbywały kontakty seksualne z innymi osobami przyjmującymi środki odurzające we wstrzyknięciu i/lub kontakty seksualne w zamian za korzyści.

Nowe substancje psychoaktywne w badanej próbie są bardzo popularnym środkiem psychoaktywnym, najczęściej przyjmowanym w iniekcji.

Diagnostyka zakażeń HCV dla respondentów nie była powszechnie dostępna, głównie towarzyszyła pobytom w placówkach opieki medycznej. Diagnostyka zakażeń HIV była bardziej dostępna, głównie za sprawą bezpłatnego testowania w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (tzw. PKD), jednakże niewielu respondentów wypracowało regularne wzorce testowania się (maksymalna częstość to raz na rok). Mimo różnic w dostępie do diagnostyki zakażeń HIV i HCV, generalnie jeśli respondent się nie testuje to w obu przypadkach, a jeśli wykonuje badania diagnostyczne to z podobną regularnością dla obu zakażeń.

Rekrutacja przez respondentów pozwoliła dotrzeć do grupy dotąd nieobjętych działaniami z zakresu redukcji szkód. Respondenci, mimo iż w większości kiedykolwiek korzystali z programów wymiany igieł i strzykawek, to blisko połowa osób czynnie przyjmujących substancje psychoaktywne w iniekcji nie korzystała w ciągu ostatnich 30 dni z programu wymiany.

W badanej próbie odnotowano niski poziom zaszczepienia przeciw wzWB.

Większość osób świadomych swojego zakażenia HIV i/lub HCV, u których wykryto przeciwciała w niniejszym badaniu, nie podejmowała terapii. Główne powody pozostawiania bez specjalistycznej opieki medycznej były związane z personalnymi cechami respondentów, w tym również będących konsekwencją problemowego używania środków psychoaktywnych. Jednakże nie tylko w indywidualnych cechach respondenta należy upatrywać braku podejmowania terapii. Kluczowe były również bariery związane z brakiem informacji o leczeniu i jego negatywnych skutkach, ale również bariery instytucjonalne (brak dostępu do opieki jako skutek braku ubezpieczenia zdrowotnego).

Wnioski

Istnieje konieczność intensyfikacji działań mających na celu powstrzymanie szerzenia się zakażeń przenoszonych drogą parenteralną (głównie zakażeń HIV i HCV) w populacji iniekcyjnych użytkowników substancji odurzających, szczególnie w aspekcie dostarczania czystego sprzętu do iniekcji oraz zapewnienia dostępu do opieki medycznej, w tym testowania i leczenia chorób zakaźnych.