



Czynniki wpływające na zgłaszanie się pacjentów do poradni wenerologicznej i częstość rozpoznań zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród mieszkających w Londynie imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej

Alison R. Evans,¹ Catherine H. Mercer,¹ Violetta Parutis,² Graham J. Hart,¹ Richard Mole,² Christopher J. Gerry,² Fiona M. Burns¹

CELE

Rozszerzenie granic Unii Europejskiej spowodowało napływ do Wielkiej Brytanii licznej grupy imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej. W tym artykule poddano analizie czynniki wpływające na zgłaszanie się pacjentów do poradni wenerologicznych (genitourinary medicine, GUM) w Londynie i na częstość rozpoznań zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej.

METODY

Wśród imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej leczonych w dwóch poradniach wenerologicznych w centralnym Londynie ($n=299$) oraz tych zamieszkujących różne dzielnice Londynu ($n=2276$) przeprowadzono ankietę dotyczącą zachowań seksualnych. Przeanalizowano także dane rutynowo zbierane przez poradnie.

WYNIKI

Imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej stanowili 2,9% mężczyzn i 7,0% kobiet zgłaszających się do przychodni uczestniczących w badaniu. Połowa kobiet uczestniczących w sesjach dla osób uprawiających prostytutkę pochodziła z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, a wielu mężczyzn informowało o płaceniu za usługi seksualne. Prawdopodobieństwo zgłoszenia się do poradni wenerologicznej w Wielkiej Brytanii jest większe wśród kobiet niż mężczyzn (7,6 vs 4,5%, $p=0,002$). W porównaniu z respondentami zamieszkującymi różne dzielnice Londynu, pacjenci przychodni częściej mieli jednego lub więcej nowych partnerów seksualnych w minionym roku (kobiety 67,9 vs 28,3%, $p < 0,001$; mężczyźni 75,6 vs 45,1%, $p < 0,001$) oraz homoseksualnego partnera lub partnerów w ciągu ostatnich 5 lat (mężczyźni 54,3% vs 1,8%, $p < 0,001$), ale rzadziej zgłaszali w tym samym okresie heteroseksualne kontakty z rodakami (kobiety 25,9% vs 74,2%, $p < 0,001$; mężczyźni 56,5 vs 76,3%, $p < 0,001$).

¹Centre for Sexual Health and HIV Research, Research Department of Infection and Population Health, University College London, London, UK

²The School of Slavonic and East European Studies, University College London, London, UK

Adres do korespondencji:
Dr Fiona Burns, UCL
Centre for Sexual Health and HIV Research,
Mortimer Market Centre,
off Capper Street,
London WC1E 6JB,
Wielka Brytania;
f.burns@ucl.ac.uk

Sex Transm Infect (2011).
doi:10.1136/sti.2010.
04683

Dermatologia po Dyplomie
2011;2(2):62-72



WNIOSKI

Osoby z Europy Środkowo-Wschodniej stanowią znacznie mniejszą grupę wśród chorych leczonych w dwóch uczestniczących w badaniu londyńskich poradniach wenerologicznych. Pacjentów tych przychodni charakteryzuje większa liczba partnerów seksualnych, związków homoseksualnych i kontaktów seksualnych z osobami innych narodowości. Heteroseksualni mężczyźni z państw Europy Środkowo-Wschodniej informowali o zachowaniach seksualnych związanych z ryzykiem zakażenia HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), ale jak wynika z ankiet, zbyt rzadko zgłaszają się do poradni wenerologicznych.

Pierwszego maja 2004 roku Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry przystąpiły do Unii Europejskiej (akces 8 lub A8). Pierwszego stycznia 2007 r. dołączyła do niej Bułgaria i Rumunia (A2). Przyjęcie tych 10 państw Europy Środkowo-Wschodniej spowodowało napływ do Wielkiej Brytanii dużej liczby, głównie młodych, imigrantów. Mają oni prawo do korzystania z publicznej służby zdrowia (National Health Services, NHS), a Wielka Brytania odpowiada za zapewnienie im właściwej opieki medycznej.

W niedawnym badaniu przeprowadzonym z udziałem pacjentów dwóch poradni wenerologicznych (genitourinary medicine, GUM) w centralnych dzielnicach Londynu stwierdzono, że 2,2% mężczyzn i 6,6% kobiet pochodziło z krajów A8 i że te odsetki istotnie wzrosły w ciągu minionych 6 lat.¹ W tym badaniu nie uzyskano jednak żadnych danych dotyczących zachowań seksualnych, które zwiększyłyby zrozumienie potrzeb imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej związanych z leczeniem ZPDP. Chociaż zgodnie z danymi dotyczącymi populacji ogólnej Wielkiej Brytanii zgłaszanie się do GUM jest związane z takimi czynnikami jak: duża liczba partnerów seksualnych, związki homoseksualne, dożylnie używanie narkotyków i korzystanie z płatnych usług seksualnych,² to potrzeby co do opieki w zakresie zdrowia seksualnego imigrantów z krajów Europy Środkowo-Wschodniej pozostają nieznane. W tym artykule oceniono czynniki ryzyka związane z zachowaniami seksualnymi wśród mężczyzn i kobiet z krajów A8 i A2, którzy zgłaszają się do GUM w Londynie, począwszy od momentu przystąpienia do UE krajów A2. Jest to część projektu SALLEE (Sexual Attitudes and Lifestyles of London's East Europeans), badającego zachowania seksualne i styl życia imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej.

Metody

ANKIETOWE BADANIE PRZEKROJOWE SALLEE

Szczegółowy opis metodologii został opublikowany.³ Podsumowanie metod stosowanych w badaniu ankietowym

SALLEE opisano poniżej. W tym artykule wykorzystano dane uzyskane w dwóch grupach mężczyzn i kobiet – pacjentów GUM oraz respondentów rekrutowanych spośród mieszkających w Londynie imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej.

Uczestnicy i procedura

Do badania kwalifikowano pisemnie osoby w wieku 18 lat i starsze, które określały siebie jako imigrantów z jednego z 10 nowych państw UE i które urodziły się lub spędziły dzieciństwo i młodość w jednym z tych państw. Ze względu na płynną naturę migracji przy rekrutacji nie brano pod uwagę czasu przebywania w Wielkiej Brytanii. Grupę SALLEE GUM stanowili pacjenci dwóch poradni wenerologicznych w centralnym Londynie. Rekrutacja trwała 9 miesięcy (od 1 czerwca 2008 do 31 marca 2009 r.) i była prowadzona głównie przez dwóch członków grupy badawczej, których językami ojczystymi były polski i litewski. W tym samym czasie w różnych dzielnicach Londynu rekrutowano mieszkających tam imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej do grupy składającej się z osób niebędących pacjentami GUM. Dziewięciu badaczy biorących udział w tej rekrutacji posługiwało się sześcioma z języków używanych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

Dobór respondentów

W grupie SALLEE GUM dni i godziny rekrutacji zmieniały się w okresie obserwacji. W okresie rekrutacji osobom, które przy rejestracji w GUM oświadczyły, że urodziły się w jednym z 10 krajów Europy Środkowo-Wschodniej proponowano udział w badaniu. W przypadku grupy niebędącej pacjentami GUM miejsca rekrutacji były wybierane za pomocą szczegółowej mapy zamieszkiwania osób pochodzących z Europy Środkowo-Wschodniej w Londynie. Terminy rekrutacji były różne. Ankieterzy pytali respondentów, z jakiego kraju pochodzą, następnie proponowali

- Przystąpienie do UE 10 nowych państw spowodowało napływ dużej grupy imigrantów do Wielkiej Brytanii.
- Korzystanie ze świadczeń GUM w centralnym Londynie przez imigrantów ośmiu spośród dziesięciu państw Europy Środkowo-Wschodniej wzrastało stabilnie w ciągu kilku lat.
- Częstość zgłaszania się imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej do GUM jest większa wśród pacjentów posiadających nowych partnerów seksualnych, pozostających w związkach homoseksualnych, utrzymujących heteroseksualne kontakty z partnerami pochodzącymi spoza ich rodzinnego kraju.
- Imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej stanowią mniejszość pacjentów GUM w centralnym Londynie, ale wydaje się heteroseksualni mężczyźni z tej grupy zbyt rzadko zgłaszają się do tych przychodni.



udział w badaniu. Utworzona w ten sposób grupa odzwierciedla szeroki przekrój imigrantów z krajów Europy Środkowo-Wschodniej w Londynie.

Narzędzia

W badaniu posługiwano się kwestionariuszem wypełnianym samodzielnie przez badanego w komputerze podręcznym. Dostępny w 12 językach (10 języków Europy Środkowej i Wschodniej, angielski i rosyjski) kwestionariusz nie wymagał podawania informacji pozwalających na identyfikację respondenta. Z angielskiego przetłumaczono go na 11 języków i sprawdzono jego poprawność przez osoby, dla których były to języki ojczyste. Uczestnicy musieli wyrazić świadomą zgodę po zapoznaniu się z broszurą informacyjną dostępną w 12 językach. Każdemu z respondentów oferowano bon zakupowy o wartości 5 funtów.

Kwestionariusz koncentrował się na ryzykownych zachowaniach seksualnych i zawierał pytania o praktyki seksualne, liczbę partnerów, stosowanie prezerwatyw, korzystanie z płatnych usług seksualnych, występowanie zakażeń przenoszonych drogą płciową – w tym HIV – oraz korzystanie z opieki w zakresie zdrowia seksualnego. Respondenci byli pytani także o okazjonalne używanie

narkotyków. Jeśli było to możliwe, w celu zwiększenia wiarygodności wykorzystano pytania ze stworzonych wcześniej kwestionariuszy o potwierdzonej przydatności. Kwestionariusz został najpierw przetestowany przez 9 imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej, aby sprawdzić, czy jest przystępny, jak zostanie przyjęty przez respondentów i czy pytania zostaną właściwie zrozumiane. Wypełnienie ostatecznej wersji kwestionariusza zajmowało około 10 minut.

RETROSPEKTYWNA ANALIZA DANYCH ZBIERANYCH RUTYNOWO PRZEZ GUM

Przeanalizowano rutynowo zebrane informacje o wszystkich pacjentach z krajów z Europy Środkowo-Wschodniej, którzy zgłosili się do obu GUM w okresie rekrutacji (1 czerwca 2008 – 31 marca 2009 r.). Autorzy odwołują się do tych danych, aby porównać je z uzyskanymi w grupie respondentów SALLEE GUM, którzy brali udział w przekrojowym badaniu ankietowym. Informacje tutaj analizowane odnoszą się do nowych zgłoszeń. Pacjenci GUM, o których wiadomo było, że są nosicielami wirusa HIV, byli wykluczani z badania, chyba że rozpoznano u nich nowe ZPDP.

Tabela 1. Czynniki wpływające na częstość rozpoznania ZPDP^a u pochodzących z Europy Środkowo-Wschodniej pacjentów dwóch GUM w Londynie

	<i>n</i>	%	<i>p</i>	OR (95% PU)	<i>p</i>	Skorygowane OR ^b (95% PU)	<i>p</i>
Wszyscy	165	13,5	–	–	–	–	–
Płeć							
Kobiety	92	10,9		1,00		1,00	
Mężczyźni	73	19,2	<0,001	1,94 (1,39 do 2,71)	<0,001	2,06 (1,38 do 3,10)	<0,001
Wiek, lata							
25 i więcej	100	11,7		1,00		1,00	
<25	65	17,7	0,005	1,62 (1,16 do 2,28)	0,005	1,85 (1,30 do 2,63)	0,001
Pochodzenie							
A8	128	12,6		1,00		1,00	
A2	37	17,5	0,057	1,47 (0,99 do 2,20)	0,058	1,37 (0,91 do 2,06)	0,136
Osoby homo- lub biseksualne							
Osoby heteroseksualne	133	12,6		1,00		1,00	
Osoby homo- lub biseksualne	32	18,8	0,028	1,61 (1,05 do 2,46)	0,029	1,08 (0,65 do 1,79)	0,780

^aZPDP – zakażenia przenoszone drogą płciową, obejmujące kiłę, rzeżączkę, chłamydiozę, zakażenie wirusem *herpes simplex* (pierwszy epizod), brodawki płciowe (pierwszy epizod), rzeżystkowicę, niepowikłane niegonokokowe nieswoiste zapalenia cewki moczowej oraz powikłane nieswoiste zakażenia (niechłamydiowe, niegonokokowe), obejmujące zapalenie miednicy mniejszej i zapalenie najądrza.

^bskorygowane względem innych czynników wymienionych w tej tabeli.

**ANALIZA STATYSTYCZNA**

Związki między czynnikami były badane przy użyciu standardowych testów statystycznych, tj. χ^2 lub t-Studenta. Iloraz szans (OR) i skorygowany OR obliczono za pomocą analizy regresji logistycznej. Obliczenia przeprowadzono przy użyciu programu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) w wersji 12.0.

WYNIKI**RETROSPEKTYWNA ANALIZA DANYCH RUTYNOWO ZEBRANYCH PRZEZ PORADNIĘ WENEROLOGICZNA**

Przeanalizowano dane rutynowo zebrane przez GUM z tego samego czasu, w którym odbywała się rekrutacja do badania SALLEE (od 1 czerwca 2008 do 31 marca 2009 r.), które stanowią punkt odniesienia dla niniejszego badania ankietowego. W tym okresie przynajmniej raz do jednej z dwóch GUM zgłosiło się 29 770 pacjentów. Połowę z nich stanowili mężczyźni (48,7%). Kraj pochodzenia nie został odnotowany w przypadku 8,9% pacjentów. Spośród 27 131 chorych o znanej narodowości 1373 (5,1%) urodziło się w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, co stanowiło 2,9% mężczyzn i 7% kobiet.

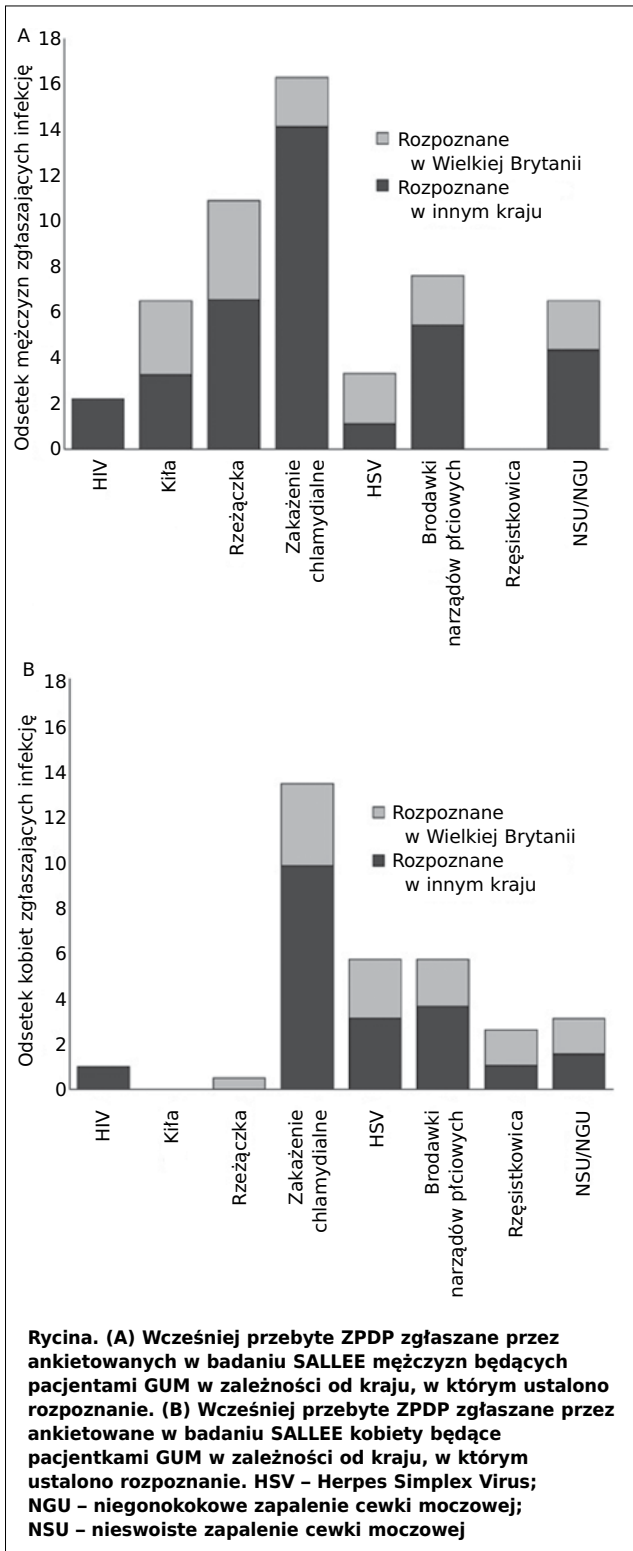
Jedna z GUM utworzyła grupy przeznaczone specjalnie dla kobiet świadczących usługi seksualne (female sex workers, FSW). Wśród 295 kobiet uczestniczących w tych sesjach 50,2% ($n=148$) pochodziło z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, dla porównania – ten odsetek w przypadku pozostałych sesji organizowanych w GUM wyniósł 6,1%. Większość uczestniczek grupy FSW z krajów Europy Środkowo-Wschodniej pochodziła z Rumunii (44,6%), Litwy (25,7%) i Polski (10,8%). Ponieważ te kobiety nie brały udziału w badaniu SALLEE, zostały wykluczone z pozostałych analiz.

Prawdopodobieństwo rozpoznania jednego lub więcej ZPDP, w tym zakażenia HIV, było większe u zgłaszających się do GUM mężczyzn niż u kobiet (18,5 vs 13,3%, $p < 0,001$). Nie stwierdzono istotnej różnicy w całkowitym prawdopodobieństwie rozpoznania ZPDP u mężczyzn z krajów Europy Środkowo-Wschodniej w porównaniu z mężczyznami z Wielkiej Brytanii lub innych krajów (20,5 vs 18,5%, $p=0,338$). U kobiet z państw Europy Środkowo-Wschodniej nieco rzadziej rozpoznawano ZPDP niż u Brytyjek lub imigrantek z innych krajów (11,0 vs 13,6%, $p=0,032$). Wśród mężczyzn z Europy Środkowo-Wschodniej odnotowano większy odsetek osób homo-i biseksualnych niż wśród osób z innych krajów (42,8 vs 33%, $p < 0,001$). Wśród osób z Europy Środkowo-Wschodniej

Tabela 2. Wywiad środowiskowy wśród uczestniczących w badaniu SALLEE pacjentów GUM i pozostałych osób z Europy Środkowo-Wschodniej zgłaszających się do GUM w okresie od 1 czerwca 2008 – 31 marca 2009 r.

	Uczestniczący w badaniu SALLEE pacjenci GUM, $n=299$		Pozostałe osoby z Europy Środkowo-Wschodniej zgłaszające się do GUM, $n=1225$		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Wiek w latach, średnia (SD)	27,0 (4,7)		27,4 (5,2)		0,218
Mężczyźni	95	31,8	381	31,1	0,823
Kraj pochodzenia					0,167
Bułgaria	24	8,1	82	6,7	
Czechy	15	5,1	107	8,7	
Estonia	3	1,0	26	2,1	
Litwa	36	12,1	111	9,1	
Łotwa	18	6,1	54	4,4	
Polska	126	42,4	487	39,8	
Rumunia	32	10,8	129	10,5	
Słowacja	22	7,4	118	9,6	
Słowenia	1	0,3	8	0,7	
Węgry	20	6,7	103	8,4	

SALLEE – Sexual Attitudes and Lifestyles of London's East Europeans.



będących pacjentami GUM ZPDP (z wyłączeniem HIV) były częściej rozpoznawane u mężczyzn, osób poniżej 25 r.ż., imigrantów z krajów A2 i osób homo- i biseksualnych

(tab. 1). W analizie wieloczynnikowej płeć i wiek pozostały istotne statystycznie. W czasie trwania tego badania u siedmiu pacjentów GUM z krajów Europy Środkowo-Wschodniej (0,06% wszystkich pacjentów z tej grupy) stwierdzono zakażenie HIV. Pięć z tych osób było homo- lub biseksualnych.

PRZEKROJOWE BADANIE ANKIETOWE SALLEE

Kwestionariusze badania SALLEE wypełniło 299 pacjentów GUM, którzy stanowili 24,4% (299/1225) wszystkich zgłaszających się tam imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej w okresie zbierania danych (z wyjątkiem grupy FSW). Wypełnienie ankiety zaproponowano 325 osobom, z których 26 odmówiło. Odsetek osób, które zgodziły się na udział, wyniósł 92%.

Wśród pacjentów GUM uczestniczących w badaniu kobiety stanowiły 68,2%. Większość mieszkała w Wielkiej Brytanii dłużej niż rok (dotyczyło to w większym stopniu osób z krajów A8 niż A2 (94,5 vs 74,5%, $p < 0,001$) i odwiedziła swój kraj przynajmniej dwukrotnie w ciągu roku poprzedzającego badanie (68,5%). Pacjenci GUM uczestniczący w badaniu SALLEE i pozostali pacjenci z Europy Środkowo-Wschodniej leczący się w GUM w okresie zbierania danych byli w podobnym wieku (27,0 vs 27,4, $p = 0,218$; tab. 2). W obu przypadkach podobny był odsetek mężczyzn (31,8 vs 31,1%, $p = 0,823$) i rozkład narodowości państw Europy Środkowo-Wschodniej ($p = 0,167$), w którym Polacy stanowili prawie 40%.

Wcześniejsze przebycie ZPDP zgłosiło 38,0% mężczyzn i 41,2% kobiet spośród pacjentów GUM uczestniczących w badaniu SALLEE ($p = 0,607$). Zakażenie HIV podało 2,2% mężczyzn (2/93) i 1,0% kobiet (2/195). Wszystkie przypadki zakażenia HIV zdiagnozowano w Wielkiej Brytanii, podobnie jak większość wcześniejszych ZPDP (ryc. 1A, 1B).

PORÓWNANIE PACJENTÓW GUM I MIESZKAJĄCYCH W LONDYNIE IMIGRANTÓW Z EUROPY ŚRODKOWO-WSCHODNIEJ UCZESTNICZĄCYCH W BADANIU SALLEE

Zbadano różnice między obiema grupami, aby określić czynniki, które wpływają na częstość zgłaszania się do GUM (tab. 3). Ankietowane kobiety z grupy niebędącej pacjentami GUM częściej niż ankietowani mężczyźni w przeszłości zgłaszały się do GUM (7,6 vs 4,5%, $p = 0,002$). W porównaniu do osób z tej grupy respondenci będący pacjentami GUM (zarówno kobiety, jak i mężczyźni) byli młodszy, lepiej wykształceni i dłużej mieszkali w Wielkiej Brytanii. Rzadziej natomiast pozostawali w związku małżeńskim lub nieformalnym. Pacjentki GUM częściej niż osoby z drugiej grupy były zatrudnione.

Pacjenci GUM dużo częściej nawiązywali kontakty seksualne z nowymi partnerami (przynajmniej jednym) w ciągu roku poprzedzającego badanie (kobiety – 67,9 vs 28,3%, $p < 0,001$; mężczyźni – 75,6 vs 45,1%, $p < 0,001$). Chociaż mężczyźni z grupy ankietowanych niebędących pacjentami

Tabela 3. Wywiad środowiskowy i ryzykowne zachowania seksualne wśród respondentów badania SALLEE, w zależności od płci i grupy

	Kobiety					Mężczyźni				
	Pacjentki GUM n=204		Osoby niebędące pacjentami GUM n=1173		p	Pacjenci GUM n=95		Osoby niebędące pacjentami GUM n=1103		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Wywiad środowiskowy										
Wiek w latach, średni (SD)	26,6 (4,6)		28,5 (8,5)		<0,001	27,8 (4,9)		29,8 (8,7)		<0,001
Zatrudnieni	161	78,9	755	64,8	<0,001	79	83,2	892	81,2	0,645
Mający wyższe wykształcenie	111	54,4	408	34,8	<0,001	47	50,0	260	23,6	<0,001
Zamężne/zonaci lub żyjący w stałym związku	85	41,7	700	60,2	<0,001	32	33,7	489	44,7	0,037
Przebywający w Wielkiej Brytanii dłużej niż rok	184	92,5	837	72,8	<0,001	83	87,4	727	68,2	<0,001
Urodzeni w krajach A2	34	16,8	260	22,3	0,082	22	23,2	325	29,6	0,183
Liczba partnerów										
≥1 nowy heteroseksualny partner (w roku poprzedzającym badanie)	123	65,4	289	27,7	<0,001	29	31,5	436	44,4	0,017
≥1 nowy homoseksualny partner + stosunki analne (w roku poprzedzającym badanie)	–	–	–	–	–	42	45,2	8	0,7	<0,001
≥1 nowy homoseksualny partner (w roku poprzedzającym badanie)*	127	67,9	294	28,3	<0,001	68	75,6	442	45,1	<0,001
Praktyki heteroseksualne w związkach										
Regularne używanie prezerwatyw (w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie)†	44	28,4	212	29,9	0,716	5	13,5	220	38,7	0,002
Kiedykolwiek korzystał z usług seksualnych świadczonych przez kobietę‡	–	–	–	–	–	17	24,3	342	35,2	0,063
Pochodzenie ostatniego partnera heteroseksualnego					<0,001					<0,001
Kraj pochodzenia	51	25,9	787	74,2		39	56,5	739	76,3	
Wielka Brytania	69	35,0	142	13,4		10	14,5	105	10,8	
Inny kraj	74	37,6	125	11,8		19	27,5	103	10,6	

Tabela 3 cd. Wywiad środowiskowy i ryzykowne zachowania seksualne wśród respondentów badania SALLEE, w zależności od płci i grupy

	Kobiety					Mężczyźni				
	Pacjentki GUM n=204		Osoby niebędące pacjentami GUM n=1173		p	Pacjenci GUM n=95		Osoby niebędące pacjentami GUM n=1103		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Praktyki homoseksualne w związkach										
≥1 nowy homoseksualny partner (w ciągu 5 lat poprzedzających badanie)	24	11,8	39	3,4	<0,001	51	54,3	20	1,8	<0,001
Homoseksualne stosunki analne w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie	–	–	–	–	–	32	34,0	7	0,6	<0,001
Skorzystanie kiedykolwiek z usług seksualnych świadczonych przez mężczyznę [§]	–	–	–	–	–	7	13,5	3	12,0	0,858
Pochodzenie ostatniego partnera homoseksualnego										<0,001
Kraj pochodzenia	–	–	–	–		5	9,6	14	58,3	
Wielka Brytania	–	–	–	–		20	38,5	6	25,0	
Inny kraj	–	–	–	–		24	46,2	2	8,3	
ZPDP, prostytutka i używanie narkotyków										
ZPDP w wywiadzie (z wyjątkiem zakażenia HIV i kandydozy)	80	41,2	118	11,4	<0,001	35	38,0	82	8,8	<0,001
Świadczenie usług seksualnych podczas pobytu w Wielkiej Brytanii	15	7,7	6	0,5	<0,001	8	8,5	15	1,4	<0,001
Okazjonalne używanie narkotyków (w roku poprzedzającym badanie)	63	31,2	124	10,8	<0,001	41	43,6	311	28,7	0,003
Dożylne używanie narkotyków w wywiadzie	5	2,5	26	2,2	0,841	4	4,3	57	5,3	0,672
Dożylne używanie narkotyków (w roku poprzedzającym badanie)	2	1,0	12	1,0	0,949	3	3,2	22	2,0	0,455

*wyłączając mężczyzn nieodbywających stosunków analnych z mężczyznami i włączając kobiety mające stosunki seksualne z kobietą.
[†]wśród mężczyzn i kobiet, którzy odbyli stosunek heteroseksualny w ciągu ostatnich 4 tygodni.
[‡]wśród mężczyzn, którzy mieli stosunki seksualne z kobietą.
[§]wśród mężczyzn, którzy mieli stosunki seksualne z mężczyzną.
SALLEE – Sexual Attitudes and Lifestyles of London's East Europeans, ZPDP – zakażenia przenoszone drogą płciową.



GUM częściej nawiązywali nowe kontakty heteroseksualne niż mężczyźni będący pacjentami (44,4 vs 31,5%, $p=0,017$), to wśród ankietowanych pacjentów GUM częściej były kontakty homoseksualne (jeden lub więcej partnerów) w ciągu 5 lat poprzedzających badanie – ta różnica była szczególnie wyraźnie widoczna wśród mężczyzn (54,3 vs 1,8%, $p < 0,001$).

Prezerwatyw w kontaktach heteroseksualnych częściej regularnie używali mężczyźni niebędący pacjentami GUM w porównaniu z ankietowanymi pacjentami (38,7 vs 13,5%, $p=0,002$), natomiast wśród kobiet z obu grup nie odnotowano podobnej różnicy (28,4 vs 29,9%, $p=0,716$). Mężczyźni niebędący pacjentami GUM częściej korzystali z płatnych usług seksualnych świadczonych przez kobiety (35,2 vs 24,3%, $p=0,063$). Natomiast nie odnotowano istotnych różnic w częstości płatnych kontaktów homoseksualnych wśród mężczyzn należących do obu grup (13,5 vs 12,0%, $p=0,858$). Trzy czwarte mężczyzn i kobiet niebędących pacjentami GUM przyznało, że utrzymuje kontakty heteroseksualne z rodakami. Dla porównania wśród pacjentów GUM ten odsetek wynosił 25,9% w przypadku kobiet i 56,5% wśród mężczyzn ($p < 0,001$ dla porównania kobiet i mężczyzn). Mężczyźni z grupy pacjentów GUM znacznie rzadziej niż mężczyźni niebędący pacjentami GUM podawali ostatni kontakt z partnerem tej samej płci, pochodzącym z ich rodzinnego kraju (9,6 vs 58,3%, $p < 0,001$).

Pacjenci GUM częściej niż pozostali ankietowani zgłaszali przebyte ZPDP przyznawali się świadczenia usług seksualnych w Wielkiej Brytanii i okazjonalnego przyjmowania narkotyków ($p < 0,01$). Nie zanotowano różnic między grupami w częstości dożylnego używania narkotyków.

W analizie regresji logistycznej uwzględniającej cechy środowiskowe (wiek, zatrudnienie, wykształcenie, związki, długość pobytu w Wielkiej Brytanii, kraj pochodzenia) zależności między grupami i zachowaniami seksualnymi wysokiego ryzyka, zawarte w tabeli 3, okazały się istotne ($p < 0,001$ wśród kobiet i $p < 0,01$ wśród mężczyzn). Jedyńm wyjątkiem było okazjonalne używanie narkotyków wśród mężczyzn. Skorygowany OR wyniósł 1,55 ($p=0,063$).

Omówienie

Imigranci z Europy Środkowej i Wschodniej stanowili zdecydowaną mniejszość wśród pacjentów dwóch GUM znajdujących się w centralnym Londynie. W badaniu prowadzonym między majem 2006 a kwietniem 2007 r. stwierdzono, że wśród pacjentów tych przychodni 2,2% mężczyzn i 6,6% kobiet pochodziło z krajów A8.¹ W tym artykule uwzględniono również dane pacjentów z dwóch państw, które przystąpiły do UE w styczniu 2007 roku. Imigranci z Europy Środkowej i Wschodniej uzyskali w Wielkiej Brytanii prawo do państwowej opieki medycz-

nej i stanowią obecnie 2,9% (mężczyźni) i 7% (kobiety) ogółu pacjentów.

Kluczowymi czynnikami wpływającymi na częstość nowych zachorowań na ZPDP wśród pacjentów z państw Europy Środkowej i Wschodniej były płeć i wiek. Analiza danych dotyczących ZPDP w całej populacji Wielkiej Brytanii również wykazała nieproporcjonalnie większy odsetek zachorowań u osób <25 r.ż.⁴ Zakażenia przenoszone drogą płciową występowały w przeszłości u 40% pacjentów GUM uczestniczących w badaniu SALLEE. Odsetek ten pokrywa się z danymi dotyczącymi wszystkich chorób leczonych w GUM w Wielkiej Brytanii. Jedna trzecia mężczyzn i 40% kobiet leczonych w tych przychodniach przyznała, że chorowała na ZPDP w przeszłości,² podobnie jak 41% pacjentów obu GUM biorących udział w tym badaniu.⁵

Półowa kobiet uczestniczących w sesjach FSW w GUM pochodziła z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, a prawie połowę z nich stanowiły Rumunki. Sesje FSW nie były brane pod uwagę w tym badaniu, jednak biorące w nich udział kobiety, poprzez zgłoszenie się do GUM, mogły wpływać na zwiększenie odsetka nowych rozpoznań ZPDP wśród imigrantów z krajów A2. Możliwe, że pacjenci z krajów A2, przebywający w Wielkiej Brytanii od niedawna, mogą zgłaszać się do GUM dopiero, gdy podejrzewają u siebie chorobę, natomiast osoby z krajów A8 są skłonne przychodzić do przychodni w celu kontroli stanu zdrowia. Weryfikacja powyższych hipotez jest niemożliwa, ponieważ dane dotyczące prostytucji i czasu przebywania w Wielkiej Brytanii nie są rutynowo zbierane.

Wydaje się, że prawdopodobieństwo zgłoszenia się do GUM jest większe w przypadku mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z innymi mężczyznami (men who have sex with men, MSM) niż wśród mężczyzn heteroseksualnych. W przypadku mężczyzn z krajów Europy Środkowo-Wschodniej będących pacjentami GUM prawdopodobieństwo kontaktów homo- i biseksualnych było większe niż w przypadku mężczyzn innych narodowości. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej homoseksualizm nie jest już uznawany za przestępstwo, nadal jednak łączy się tam ze stygmatyzacją i dyskryminacją,^{6,7} co może być powodem częstszej emigracji mężczyzn homo- i biseksualnych w porównaniu do populacji ogólnej tych krajów.

Z danych zebranych w badaniu SALLEE wynika, że pacjentów GUM cechuje większe ryzyko zachorowania ze względu na częste zmiany partnerów, większy odsetek związków homoseksualnych wśród mężczyzn oraz korzystanie z płatnych usług seksualnych. Pokrywa się to z danymi dotyczącymi całej Wielkiej Brytanii, z których wynika, że osoby mające większą liczbę partnerów seksualnych oraz osoby pozostające w związkach jedнопłciowych, częściej stawali się pacjentami GUM.² Mimo że w obu grupach odsetek kobiet regularnie używających prezerwatyw utrzymuje się na podobnym poziomie, to częstsza zmiana partnerów

seksualnych odnotowana wśród pacjentów GUM powoduje, że ryzyko zakażenia się i transmisji ZPDP jest u nich zwiększone. Okazjonalne używanie narkotyków, dotyczące w największym stopniu mężczyzn będących pacjentami GUM, było istotnie częstsze wśród mężczyzn orientacji homo- i biseksualnej w porównaniu do heteroseksualnych kobiet i mężczyzn przebadanych w przychodni zajmującej się diagnostyką HIV.⁸ Co ciekawe, mężczyźni z Europy Środkowo-Wschodniej będący pacjentami GUM rzadziej niż mężczyźni z grupy niebędącej pacjentami korzystali z płatnych usług seksualnych oferowanych przez kobiety, podczas gdy w populacji ogólnej korzystanie z takich usług jest jednym z czynników zwiększających zgłaszanie się do GUM. Świadczenia oferowane przez GUM mogą nie być znane wszystkim mężczyznom z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, u których ryzyko ZPDP jest zwiększone.

Zwraca uwagę, że wszystkie stwierdzone przypadki zakażenia HIV oraz większość wcześniejszych ZPDP wśród respondentów SALEE były rozpoznane w Wielkiej Brytanii. Nie można wykluczyć, że te zakażenia nie zostały rozpoznane w ich ojczystych krajach lub że w grupie młodych osób ryzykowne zachowania seksualne są związane z wiekiem i jest to niezależne od kwestii emigracji. Wydaje się jednak, że inne czynniki również mają w tym swój udział. Po pierwsze, migracja została zidentyfikowana jako niezależny czynnik ryzyka zakażenia HIV.⁹ Ci obywatele państw Europy Środkowo-Wschodniej podejmują ryzyko, przybywając do Wielkiej Brytanii. Uważa się, że ta skłonność do podejmowania ryzyka, może się ujawnić także w innych sferach ich życia.¹⁰ Po drugie, normy seksualne w UK mogą być bardziej swobodne niż w ich ojczystych krajach. Po trzecie, dane sugerują, że częstość występowania ZPDP może być większa w Wielkiej Brytanii w porównaniu z krajami Europy Środkowo-Wschodniej. Liczba zgłaszanych przypadków rzeżączki i chłamydiozy jest wyższa w Wielkiej Brytanii niż w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, a pod względem częstości nowych zakażeń HIV, Wielką Brytanię wyprzedzają tylko Estonia i Łotwa.¹¹ W Wielkiej Brytanii odnotowuje się również największą zachorowalność (nowe przypadki) HIV wśród MSM w Europie.¹² Pacjenci GUM byli bardziej skłonni do kontaktów seksualnych z osobami różnych narodowości niż pozostali imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej, co mogło zwiększyć ryzyko ZPDP.

Istotnym ograniczeniem powyższego badania jest to, że nie przeanalizowano zależności odpowiedzi zawartych w ankietach z dokumentacją przychodni, co oznacza, że nie można ocenić związku między danymi zachowaniami seksualnymi a zapadalnością na ZPDP. Udało się zapewnić anonimowość respondentom, dzięki czemu uzyskano duży odsetek odpowiedzi. W niektórych badaniach wykazano, że respondenci wyrażali zgodę na dołączenie do kwestionariuszy danych z ich dokumentacji medycz-

nej.¹³ Część danych nie zawierała informacji na temat narodowości pacjenta. Nie miało to jednak istotnego związku z tym, czy u chorego wykryto ZPDP. Imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej pochodzili z 10 różnych państw, lecz stosunkowo niewielka liczba osób biorących udział w badaniu nie jest wystarczająca, aby odzwierciedlić problem w skali całego kraju. Ograniczenia, jakie napotkano w doborze uczestników obu grup, zostały opublikowane.³ Bez wątpienia ankietowana grupa pacjentów GUM nie różni się od całej populacji pochodzącej z Europy Środkowo-Wschodniej pacjentów GUM pod względem wieku, płci czy narodowości. Podczas gdy dane HIV dodatknych nieankietowanych pacjentów GUM wyłączone z analizy, siedmiu ankietowanych pacjentów GUM potwierdziło, że są zakażeni HIV. Włączenie HIV dodatknych pacjentów GUM do badania SALLEE daje jednak lepsze wyobrażenie o dostępności opieki medycznej wśród imigrantów z Europy Środkowo-Wschodniej.

Uzyskane dane mają ważne następstwa dla transmisji zakażeń między państwami. Pokazują one, że utrzymywanie kontaktów seksualnych z Brytyjczykami i osobami innych narodowości jest jednym z czynników wpływających na częstość zgłaszania się do GUM oraz czynnikiem zwiększającym ryzyko ZPDP. Dodatkowo częste podróże do rodzinnego kraju zwiększają możliwość transmisji zakażenia między państwami. Bariera językowa, brak wiedzy na temat dostępu do GUM mogą oznaczać, że imigranci nie w pełni korzystają z publicznej opieki medycznej. Prowadzone są specjalne programy dla Bułgarów i Rumunów, ukierunkowane na rozpoznawanie ZPDP wśród pacjentów GUM, a także tworzone są specjalne sesje dla FSW pochodzących z Rumunii. Imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej są objęci publiczną opieką medyczną. Odpowiednie instytucje w Wielkiej Brytanii powinny uświadamiać ich, jak i gdzie mogą z niej korzystać.

Autorzy dziękują ekspertom i komisjom doradczym, a także pracownikom zbierającym dane za ciężką pracę i zaangażowanie. Pragną także podziękować personelowi i zarządowi Mortimer Market Centre oraz Archway Sexual Health Clinic; firmom udostępniającym pomieszczenia handlowe, socjalne i edukacyjne, w których odbywały się rekrutacje i zbieranie danych oraz wszystkim, którzy brali udział w tym badaniu.

Fundusze: Badanie było sponsorowane przez MRC Sexual Health, HIV Research Strategy Committee i North Central London Research Consortium (NoCloR) Grant Enhancement Fund. Sponsorzy nie mieli wpływu na projekt badania, zbieranie danych, analizę i interpretację danych i decyzję o publikacji. Poglądy wyrażone w tej pracy są poglądami jej autorów i niekoniecznie pokrywają się z wyrażanymi przez MRC, NoCloR czy Ministerstwo Zdrowia.

Konflikt interesów: brak

Zgody pacjentów: uzyskano

Aprobata komisji bioetycznej Badanie to było przeprowadzone za zgodą Camden and Islington Community Research Ethics Committee (07/H0722/110).

Współpracownicy w projektowaniu tego badania FMB, CHM, CJG, RM i GJH brali udział. ARE, VP and FMB byli odpowiedzialni za koordynację badania i zbieranie danych. ARE przeprowadził analizę statystyczną a także jest głównym autorem tej pracy. Wszyscy autorzy widzieli i zatwierdzili ostateczną wersję tego artykułu.

Praca recenzowana zewnętrznie.



Reproduced from Sex Transm Infect (2011). doi:10.1136/sti.2010.046839, Factors associated with genitourinary medicine clinic attendance and sexually transmitted infection diagnosis among central and east European migrants in London, Alison R Evans, Catherine H Mercer, Violetta Parutis, Graham J Hart, Richard Mole, Christopher J Gerry, Fiona M Burns, copyright Authors 2011, with permission from BMJ Publishing Group Ltd.

Piśmiennictwo

1. Burns FM, Mercer CH, Evans AR, et al. Increased attendances by people of Eastern European origin at sexual health services in London. Sex Transm Infect 2009;85:75e8. doi:10.1136/sti.2007.029546.
2. Fenton KA, Mercer CH, Johnson AM, et al. Reported sexually transmitted disease clinic attendance and sexually transmitted infections in Britain: prevalence, risk factors, and proportionate population burden. J Infect Dis 2005;191(Suppl 1):S127e38.
3. Evans AR, Parutis V, Hart G, et al. The sexual attitudes and lifestyles of London's Eastern Europeans (SALLEE Project): design and methods. BMC Public Health 2009;9:399. doi:10.1186/1471-2458-9-399.
4. Health Protection Agency. Sexually transmitted infections and young people in the United Kingdom: 2008 report. London: Health Protection Agency, 2008.
5. Hughes G, Catchpole M, Rogers PA, et al. Comparison of risk factors for four sexually transmitted infections: results from a study of attendees at three genitourinary medicine clinics in England. Sex Transm Infect 2000;76:262e7.
6. World Health Organisation. HIV and other STIs among MSM in the European region: World Health Organisation, 2008. <http://www.euro.who.int> (accessed 29 Jun 2010).
7. European Commission. Eurobarometer 66: public opinion in the European Union: European Commission, 2007. http://ec.europa.eu/public_opinion (accessed 29 Jun 2010).
8. Bolding G, Davis M, Hart G, et al. Heterosexual men and women who seek sex through the Internet. Int J STD AIDS 2006;17:530e4.
9. Brockerhoff M, Biddlecom AE. Migration, sexual behaviour and the risk of HIV in Kenya. Int Migr Rev 1999;4:833e56.
10. Duckett M. Organisation for Migration, Migrants' Right to Health. Geneva: UNAIDS 2001.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2009.
12. Likatavicius G, Klavs I, Devaux I, et al. An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000e6: implications for a European public health strategy. Sex Transm Infect 2008;84:499e505.
13. Mercer CH, Sutcliffe M, Johnson AM, et al. How much do delayed healthcare seeking, delayed care provision, and diversion from primary care contribute to the transmission of STIs? Sex Transm Infect 2007;83:400e5. doi:10.1136/sti.2006.024554.
14. Home Office UK Border Agency. Accession monitoring report. Crown copyright 2009. <http://www.ukba.homeoffice.gov.uk> (accessed Oct 2009).

KOMENTARZ



**Dr hab. n. med.
Agnieszka Serwin**

Katedra i Klinika Dermatologii
i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Migracje ludności od zawsze sprzyjały zwiększonemu ryzyku zakażeń przenoszonych drogą płciową. Początkowo wiązały się z ruchami wojsk podczas wypraw wojennych, podróżami odkrywców, w czasach nowożytnych zaczęła dominować migracja zarobkowa lub polityczna. Osobnym zagadnieniem jest turystyka seksualna.

Wpływ migracji na różne aspekty życia społeczeństwa jest przedmiotem licznych analiz. Według szacunków porządowej organizacji European Citizen Action Service, z ogólnej liczby około 1 120 000 Polaków, którzy wyemigrowali po akcesji naszego kraju do Unii Europejskiej, 246 000 za kraj docelowy wybrało Wielką Brytanię. Przeciętny polski emigrant, według polskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych (MSZ), to osoba młoda (18-37 lat), zwykle bezdzietna, pochodząca z województw mniej zurbanizowanych, częściej mężczyzna.¹

Osoby migrujące, w świetle licznych badań, są jedną z grup, w których występują ryzykowne zachowania sek-

sualne. W badaniach ośrodka białostockiego wykazano, że na złą sytuację epidemiologiczną w zakresie kiły i rzeżączki w województwach Polski wschodniej w latach 90. (po rozpadzie Związku Radzieckiego) w porównaniu z latami 80. znacząco wpłynął wzrost odsetka leczonych obcokrajowców (głównie z krajów byłego ZSRR) oraz obywateli Polskich, podających kontakty, zwykle przygodne, z obcokrajowcami.²

Autorzy artykułu przedstawiają wyniki dziewięćmiesięcznych badań (lipiec 2008 – marzec 2009 r.), nazwanych akronimem SALLEE (Sexual Attitudes and Lifestyles of London's East Europeans), przeprowadzonych wśród mieszkających w Londynie imigrantów z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, które dołączyły do Unii Europejskiej 01.05.2004 r. (w tym Polski), oraz Rumunii i Bułgarii, które akcesję otrzymały 01.01.2007 r. Badanie przeprowadzono w dwóch środowiskach: pierwsze stanowili pacjenci dwóch poradni wenerologicznych (genitourinary medicine, GUM) w centralnych dzielnicach Londynu a drugie – imigranci wybrani spośród ogólnej populacji metropolii. Materiałem badawczym był specjalnie przygotowany anonimowy kwestionariusz ankiety, stworzony w ojczystym języku badanych, którego wypełnienie zajmowało około 10 minut. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły ryzykownych zachowań seksualnych (m.in. liczby partnerów i ich pochodzenia, rodzaju kontaktów, stosowania prezerwatyw, przebytych zaka-



żeń przenoszonych drogą płciową). Ogółem badaniem objęto ponad 2500 osób.

Wśród pacjentów poradni GUM osoby z krajów Europy Środkowej i Wschodniej stanowiły jedynie 5,1% – ten odsetek zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn wzrósł nieznacznie w stosunku do analogicznego badania przeprowadzonego przed akcesją Rumunii i Bułgarii (maj 2006 – kwiecień 2007 r.). Chorzy z tych dwóch krajów stanowili łącznie około 18% pacjentów. Autorzy podkreślają, że proporcje osób poszczególnych narodowości objętym badaniem odzwierciedlają proporcje tych narodowości wśród ogółu pacjentów GUM, czyniąc tę grupę próbą reprezentatywną.

Na podkreślenie zasługuje to, że wśród pacjentów GUM, których objęto badaniem, najliczniejszą grupę narodowościową (42,2%) stanowili Polacy, kolejni pod tym względem Litwini już tylko 12,1%. Przyczyn tego zjawiska może być kilka. Po pierwsze, wśród imigrantów Londynu Polacy stanowią znaczną liczebną grupę. Jak podaje Home Office UK Border Agency, w 2009 r. wśród osób chcących podjąć legalne zatrudnienie w Wielkiej Brytanii (ang. applicants for working registration) było 55 840 Polaków, 15 210 Litwinów i 15 880 obywateli Łotwy. Po drugie, „profil charakterystyki” polskiego emigranta, według cytowanego opracowania MSZ, jednoznacznie odpowiada osobie o dużym ryzyku nabycia zakażenia przenoszonego drogą płciową. Nie można także wykluczyć, że wysoki odsetek Polaków wśród pacjentów GUM może świadczyć o ich dużej świadomości dotyczącej potrzeby i możliwości korzystania z dostępnych w krajach Unii świadczeń zdrowotnych oraz chęci uczestniczenia w badaniach ankietowych.

Z korzystaniem z porad poradni GUM wiązały się następujące czynniki: promiskuityzm, orientacja homoseksualna oraz kontakty seksualne z osobami pochodzącymi z innego kraju niż pacjent. Natomiast wśród pacjentów GUM dla rozpoznania zakażenia przenoszonego drogą płciową czynnikami ryzyka istotnymi statystycznie były płeć męska i wiek poniżej 25 lat. Autorzy podkreślają, że wśród osób objętych badaniem jedna trzecia mężczyzn i 40% kobiet przebyło już zakażenie przenoszone drogą płciową, z których większość (z wyjątkiem opryszczki narządów płciowych) u mężczyzn oraz większość przypadków chlamydialnego zakażenia dróg moczowo-płciowych, opryszczki narządów płciowych i kłykcin kończystych u kobiet rozpoznano właśnie w Wielkiej Brytanii. Tłumaczą to między innymi związaną z emigracją zmianą stylu życia młodych ludzi i ich skłonnością do ryzykownych zachowań seksualnych, ale także obserwowaną w ostatnich latach zwią-

szoną zapadalnością za choroby przenoszone drogą płciową w Wielkiej Brytanii.

Na uwagę zasługują dwie grupy osób – pacjentki poradni GUM i respondentki płci żeńskiej z ogólnej populacji imigrantów w Londynie oraz mężczyźni orientacji homo- i biseksualnej. Zakażenia przenoszone drogą płciową są pod względem epidemiologicznym i klinicznym dobrym przykładem „braku równouprawnienia”. Mężczyźni częściej są źródłem zakażenia partnerki niż odwrotnie, częściej szukają porady i terapii w niepublicznym sektorze usług medycznych, a te same zakażenia przebiegają u kobiet w sposób skapo- lub bezobjawowy, prowadząc, nieleczone, do powikłań. Wśród ankietowanych pacjentów GUM w Londynie kobiety stanowiły 68,23%. Nie różniły się od mężczyzn istotnie wiekiem, ale częściej były w stałych związkach, używały prezerwatyw, częściej przebywały ponad rok w Wielkiej Brytanii, nieco rzadziej miały co najmniej jednego nowego partnera w ciągu ostatniego roku, rzadziej stosowały środki odurzające.

Ponad połowa mężczyzn wśród pacjentów GUM podawała informacje o kontaktach homoseksualnych, a większość ich partnerów pochodziła z kraju innego niż ojczysty. Potwierdza to dotychczasowe obserwacje, że ta grupa osób jest bardzo aktywna w poszukiwaniu partnerów, korzystając z otwartych granic łatwo migruje, tworzy sieci towarzyskie ponad granicami i staje się środowiskiem znacząco przyczyniającym się do szerzenia zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV.

Podsumowując, chociaż pacjenci poradni GUM w centralnych dzielnicach Londynu, będący imigrantami z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, nie stanowią znacznego odsetka, to przedstawione wyniki badań nawiązują kilka zasadniczych problemów. Po pierwsze – dominującą pod względem liczebności grupę Polaków wśród pacjentów, po drugie – rzadsze zgłaszanie się do tych poradni mężczyzn niż kobiet, po trzecie – znaczący odsetek mężczyzn o orientacji homoseksualnej wśród pacjentów oraz typowe wśród pacjentów zachowania zwiększające ryzyko nabycia zakażenia przenoszonego drogą płciową. W świetle postępującej globalizacji i ciągłych migracji, uzasadnione byłoby podjęcie podobnych szczegółowych badań w innych krajach Unii Europejskiej, w tym w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Dostępne z: www.msz.gov.pl
2. Chodynicka B, Serwin A.B, Janczylo-Jankowska M, Waugh M, Epidemiology of syphilis and gonorrhoea in eastern Poland in the years 1988-97. *Int J STD AIDS* 1999; (10) 1: 680-684.