



# NOWE ZAGROŻENIA UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – CHEMSEX

OPRACOWANIE ZBIOROWE NA PODSTAWIE WYNIKÓW PROJEKTU:  
CHEMSEX POLSKA – OGÓLNOPOLSKIE BADANIE DOTYCZĄCE ZJAWISKA  
CHEMSEX W POPULACJI MSM

Redakcja naukowa  
Magdalena Rosińska  
Karolina Zakrzewska

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH  
Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2022

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO PZH  
PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

© Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Narodowego  
Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Recenzja naukowa  
Prof. dr hab. Zbigniew Izdebski

Opracowanie graficzne i skład:  
Agata Mościcka / biały-ogród.pl

ISBN 978-83-65870-62-9  
Doi 10.32394/niph.005

Badanie „ChemSex Polska – ogólnopolskie badanie dotyczące zjawiska ChemSex w populacji MSM” w całości zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zadanie publiczne zostało zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Wydawca:  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200  
e-mail: [wydawnictwo@pzh.gov.pl](mailto:wydawnictwo@pzh.gov.pl)  
[www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)

## PODZIĘKOWANIA

Zespół projektu chciałby podziękować wszystkim mężczyznom, którzy wzięli udział w badaniu „ChemSex Polska” oraz wszystkim partnerom, zaangażowanym w realizację badania:

- ▶ Pracownia Badań Soma: Robert John i Monika Kwiecińska-Zdrenka;
- ▶ Stowarzyszenie Bears of Poland;
- ▶ Infondo Pracownia Badawcza Sp. z o.o. we współpracy z PKD Warszawa przy Specjalistycznej Przychodni Internistycznej oraz z PKD Szczecin przy Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych;
- ▶ Społeczny Komitet ds. AIDS oraz Psychoterapia Psychoanalityczna we współpracy z PKD Warszawa przy poradni Specjalistycznej Chmielna Express, Poradnią Monar w Krakowie oraz Krakowskim Centrum Równości DOMEQ;
- ▶ Stowarzyszenie Grupa Stonewall we współpracy z PKD Poznań; Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” we współpracy z PKD Wrocław przy Wrocławskim Centrum Zdrowia;
- ▶ Era Ewaluacji Sp. z o.o.: Agnieszka Borek

## ZESPÓŁ BADAWCZY

KIEROWNIK: dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska, profesor NIZP PZH-PIB

ZESPÓŁ BADAWCZY (opracowanie koncepcji badań i rekomendacji; kolejność alfabetyczna):

- ▶ dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Fundacja Edukacji Społecznej
- ▶ dr n. społ. Maria Brodzikowska, Instytut Nauk Społecznych, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie
- ▶ dr n. med. Robert Kowalczyk, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
- ▶ Michał Pawłęga, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
- ▶ Agata Stola, Instytut Studiów Społecznych im. Prof. Roberta Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego
- ▶ Katarzyna Szmulik-Misiurek, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
- ▶ dr n. hum. Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Uniwersytet Warszawski
- ▶ dr n. o zdr. Karolina Zakrzewska, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

ZESPÓŁ BADAWCZY CZĘŚCI JAKOŚCIOWEJ

- ▶ dr n. społ. Maria Brodzikowska
- ▶ dr n hum. Agnieszka Walendzik-Ostrowska
- ▶ Agata Stola

ZESPÓŁ BADAWCZY CZĘŚCI ILOŚCIOWEJ

- ▶ dr hab. n. o zdr Magdalena Rosińska
- ▶ Michał Pawłęga
- ▶ Katarzyna Szmulik-Misiurek
- ▶ dr n o zdr. Karolina Zakrzewska

# SPIS TREŚCI

|   |    |
|---|----|
| <b>Podziękowania</b> .....  | 3  |
| <b>Zespół badawczy</b> .....  | 4  |
| <b>Słownik skrótów</b> .....  | 9  |
| <b>Rozdział 1. Wprowadzenie</b> .....   | 11 |
| Magdalena Rosińska, Magdalena Ankiersztajn-Bartczak, Maria Brodzikowska,<br>Robert Kowalczyk, Michał Pawłęga, Katarzyna Szmulik-Misiurek,<br>Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Karolina Zakrzewska |    |
| 1.1. ChemSex w zdrowiu publicznym .....   | 11 |
| 1.1.1. ChemSex jako nowe zjawisko .....   | 11 |
| 1.1.2. Umiejscowienie problematyki ChemSex w systemie zdrowia publicznego .   | 13 |
| 1.1.3. Częstość występowania ChemSex.....   | 13 |
| 1.1.4. ChemSex a choroby zakaźne .....  | 14 |
| Bibliografia .....  | 15 |
| 1.2. Koncepcja projektu „Chemsex Polska” .....  | 16 |
| <b>Rozdział 2. Zjawisko ChemSex w literaturze światowej</b> .....   | 18 |
| Michał Pawłęga  |    |
| 2.1. Cele i metodyka przeglądu literatury.....  | 18 |
| 2.1.1. Materiał i metody.....   | 19 |
| 2.2. Wyniki przeprowadzonej analizy literatury.....   | 23 |
| 2.2.1. Definicja ChemSex.....   | 23 |
| 2.2.2. Substancje używane do ChemSex.....   | 25 |
| 2.2.3. Możliwe przyczyny występowania ChemSex.....  | 26 |
| 2.2.4. Zagrożenia i szkody związane z używaniem ChemSex.....  | 28 |
| 2.2.5. Profil użytkownika ChemSex.....  | 31 |
| 2.2.6. Strategie (interwencje) redukcji szkód i leczenia skierowane<br>do użytkowników ChemSex .....  | 32 |
| 2.2.7. Metody badawcze wykorzystywane w badaniu zjawiska ChemSex.....   | 33 |
| Bibliografia .....  | 37 |
| <b>Rozdział 3. Chemsex jako zjawisko rzadkie. Badania ankietowe wśród<br/>mężczyzn mających seks z mężczyznami</b> .....  | 39 |
| Karolina Zakrzewska   |    |

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Europejskie Badanie Internetowe Mężczyzn mających Seks z Mężczyznami (EMIS 2017)..... | 39 |
| 3.1.1. EMIS 2017 – szczegóły dotyczące badania.....  | 39 |
| 3.2. Cele i metodyka analizy wtórnej.....  | 41 |
| 3.2.1. Analiza wtórna.....   | 41 |
| 3.2.2. Zmienna Chemsex .....   | 41 |
| 3.2.3. Kryteria włączenia .....  | 42 |
| 3.2.4. Analiza statystyczna .....  | 43 |
| 3.2.5. Ograniczenia .....  | 43 |
| 3.3. Wyniki analizy.....   | 43 |
| 3.3.1. Łączenie kontaktów seksualnych i substancji psychoaktywnych .....                   | 43 |
| 3.3.2. Porównanie między grupami: ChemSex 12M(+), ChemSex 12M(-), ChemSex (nigdy).....     | 45 |
| 3.4. Podsumowanie i wnioski.....   | 66 |
| Bibliografia .....   | 68 |

#### **Rozdział 4. ChemSex w perspektywie użytkowników na podstawie badań jakościowych..... 69**

Maria Brodzikowska, Agnieszka Walendzik-Ostrowska

|  |    |
|--|----|
| 4.1. Założenia metodologiczne badania.....   | 69 |
| 4.1.1. Przyjęta strategia badania .....  | 69 |
| 4.1.2. Metoda badania .....  | 70 |
| 4.1.3. Przedmiot i cel badania oraz problemy badawcze .....                            | 70 |
| 4.1.4. Sposób gromadzenia danych .....   | 70 |
| 4.1.5. Narzędzie badawcze .....  | 71 |
| 4.1.6. Kryteria doboru (włączenia) i organizacja badania.....                          | 72 |
| 4.1.7. Strategia analizy zebranego materiału.....                                      | 73 |
| 4.2. Omówienie wyników .....   | 75 |
| 4.2.1. Charakterystyka badanych .....  | 75 |
| 4.2.2. Definiowanie ChemSex oraz znaczenie i rola nadawane mu przez badanych.....      | 75 |
| 4.2.3. Doświadczenia w praktykowaniu ChemSex.....                                      | 78 |
| 4.2.4. Użytkownicy ChemSex.....  | 82 |
| 4.2.5. Zyski i szkody związane z ChemSex.....  | 85 |
| 4.2.6. Potrzeby w zakresie pomocy i doświadczenia w jej poszukiwaniu .....             | 90 |
| 4.3. Wnioski i rekomendacje.....   | 94 |
| 4.3.1. ChemSex w percepcji badanych i jego rola .....                                  | 94 |
| 4.3.2. Motywy używania ChemSex i doświadczenia biograficzne użytkowników ChemSex ..... | 95 |
| 4.3.3. Zyski i szkody związane z ChemSex dostrzegane przez badanych .....              | 96 |
| 4.3.4. Doświadczenia w poszukiwaniu pomocy i jej charakterystyka .....                 | 96 |

---

|  |            |
|--|------------|
| 4.3.5. Rekomendacje .....  | 97         |
| Bibliografia .....   | 97         |
| <b>Rozdział 5. Pacjent z problemem ChemSex – perspektywa specjalistów .....</b>  | <b>98</b>  |
| Agata Stola  |            |
| 5.1. Cele i metodologia badania.....   | 98         |
| 5.1.1. Metodologia .....   | 98         |
| 5.2. Wyniki.....   | 100        |
| 5.2.1. Charakterystyka grupy badanej .....   | 100        |
| 5.2.2. Chronologia.....  | 101        |
| 5.2.3. Charakterystyka pacjentów z problemem ChemSex.....  | 101        |
| 5.2.4. Specyfika pracy z pacjentem ChemSex.....  | 103        |
| 5.2.5. Metody pracy z pacjentem ChemSex.....   | 104        |
| 5.2.6. Potrzeby specjalistów .....   | 106        |
| 5.3. Podsumowanie i rekomendacje .....   | 107        |
| Wnioski z badania .....  | 107        |
| Rekomendacje.....  | 107        |
| <b>Rozdział 6. Badanie bio-behavioralne wśród użytkowników ChemSex.....</b>  | <b>109</b> |
| Magdalena Rosińska, Karolina Zakrzewska, Katarzyna Szmulik-Misiurek, Michał Pawłęga  |            |
| 6.1. Cele i metodologia badania.....   | 109        |
| 6.1.1. Miejsce przeprowadzenia badania.....  | 109        |
| 6.1.2. Kryteria włączenia.....   | 110        |
| 6.1.3. Narzędzia badawcze .....  | 110        |
| 6.1.4. Sposób rekrutacji .....   | 111        |
| 6.1.5. Analiza statystyczna.....   | 113        |
| 6.1.6. Zagadnienia etyczne.....  | 113        |
| 6.2. Wyniki.....   | 114        |
| 6.2.1. Podsumowanie rekrutacji.....  | 114        |
| 6.2.2. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów .....  | 114        |
| 6.2.3. ChemSex podczas ostatnich 12 miesięcy.....  | 117        |
| 6.2.4. Ostatnia sytuacja z ChemSex.....  | 118        |
| 6.2.5. Choroby zakaźne – wcześniejsze rozpoznania i profilaktyka .....   | 125        |
| 6.2.6. Choroby zakaźne – wyniki badań laboratoryjnych i kaskada opieki .....   | 127        |
| 6.2.7. Wskaźniki problemowego używania.....  | 129        |
| 6.2.8. Potrzeby w zakresie oferty pomocowej.....   | 131        |
| 6.3. Wnioski .....   | 136        |
| Bibliografia .....   | 137        |
| <b>Rozdział 7. Rekomendacje działań systemowych i sposobów wdrożenia .....</b>   | <b>139</b> |
| Michał Pawłęga, Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Maria Brodzikowska, Agata Stola,<br>Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Robert Kowalczyk, Katarzyna Szmulik-Misiurek,<br>Karolina Zakrzewska, Magdalena Rosińska |            |





## SŁOWNIK SKRÓTÓW

- MSM – ang. men who have sex with men, mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami. Termin ten dotyczy zachowania, a nie orientacji
- EMCDDA – ang. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków I Narkomanii
- NPZ – Narodowy Program Zdrowia. Dokument określający priorytety w zakresie zdrowia publicznego w Polsce, dokument obejmujący lata 2016–2020 został przyjęty w 2016 r. Rozporządzeniem Rady Ministrów (Dz.U. 2016 poz. 1492)
- NSP – nowe substancje psychoaktywne
- STI – ang. sexually transmitted infection, infekcja przenoszona drogą płciową
- GHB/GBL – Gamma hydroxybutyrate/Gamma butyrolactone
- PEP – ang. post-exposure prophylaxis, profilaktyka poekspozycyjna HIV
- PreP – ang. pre-exposure prophylaxis, profilaktyka przedekspozycyjna HIV
- EMIS – ang. European MSM Internet Survey, Europejskie Badanie Internetowe wśród MSM
- SIALON – badanie „Budowanie doświadczeń w integracji ukierunkowanych działań prewencyjnych i racjonalnego nadzoru epidemiologicznego nad HIV wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM)”
- LGBTQ+ – ang. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer; Lesbijki, Geje, Osoby biseksualne, Osoby transpłciowe, Osoby queerowe



# ROZDZIAŁ 1. WPROWADZENIE

Magdalena Rosińska, Magdalena Ankiersztajn-Bartczak, Maria Brodzikowska,  
Robert Kowalczyk, Michał Pawłęga, Katarzyna Szmulik-Misiurek,  
Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Karolina Zakrzewska

ChemSex to zachowanie polegające na zaplanowanym przyjmowaniu substancji psychoaktywnych celem podejmowania pod ich wpływem kontaktów seksualnych. Użytkownicy (najczęściej należący do populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami – MSM) wykorzystują do tego substancje psychoaktywne, głównie – choć nie tylko – z grupy stymulantów, które jednocześnie zwiększają napięcie seksualne i przedłużają czas stosunku. W literaturze opisuje się stosowanie w tym celu katynonów (zwłaszcza mefedronu), GBH/GBL (tzw. pigułka gwałtu), ketaminy i metamfetaminy krystalicznej. Notowane jest także używanie podczas seksu innych, „tradycyjnych” substancji, takich jak amfetamina czy kokaina, jednak ich związek ze zjawiskiem używania ChemSex jest mniej oczywisty. Liczba badań przeprowadzonych jak dotąd w grupie praktykujących ChemSex na świecie jest niewielka.

Pomimo ogólnego zarysu problemu przytoczonego powyżej, zrozumienie w pełni zjawiska występowania ChemSex i podłoża jego powstania, a także jego znaczenia z punktu widzenia zdrowia publicznego, sposobów pracy z osobami używającymi ChemSex lub uzależnionymi od ChemSex i redukcji szkód z tym związanych, wymaga dalszych prac badawczych i rzeczywiście jest obecnie na świecie intensywnie analizowane.

## 1.1. CHEMSEX W ZDROWIU PUBLICZNYM

### 1.1.1. CHEMSEX JAKO NOWE ZJAWISKO

Łączenie substancji i seksu nie jest nowym zjawiskiem. Określenie ChemSex dotyczy wybranych sytuacji, w których używane są substancje (Maxwell et al, 2019; Stuart, 2019). Wyróżnikiem ChemSex jest m.in. katalogi substancji

('chems'), które przyjmuje się w tym kontekście: metamfetamina krystaliczna, mefedron, GHB/GBL oraz rzadziej ketamina, kokaina i inne substancje. Zjawisko ChemSex jest definiowane społecznie i stąd mogą występować różnice geograficzne w tym, które substancje są bardziej lub mniej popularne. Z drugiej strony częste jest stosowanie dodatkowych substancji poza tymi, które są identyfikowane jako 'chems'. Należą do nich alkohol, leki poprawiające erekcję, nitraty (poppersy). Substancje najczęściej związane z ChemSex mają szczególnie silne działanie odhamowujące, a także zwiększające intensywność doznań seksualnych oraz czas trwania stosunku. ChemSex jest zjawiskiem silnie związanym ze społecznością gejowską. Częstość używania alkoholu i innych substancji jest generalnie wyższa wśród osób LGBTQ+, co jest związane ze stresem mniejszościowym, stygmatyzacją, auto-stygmatyzacją i dyskryminacją. W odniesieniu do ChemSex – upraszczając – negatywne postawy środowiska, ale także trauma związana z epidemią HIV, wpływają m.in. na powstawanie poczucia winy i zahamowań związanych z podejmowaniem kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci, na które to problemy odpowiedzią mogą być substancje. Stąd ChemSex może wpisywać się w konstelację problemów zdrowia psychicznego (depresja, uzależnienia) i fizycznego, zwłaszcza związanych z zakażeniem HIV, tworzących tzw. syndemie, czyli współwystępowanie podobnie warunkowanych problemów zdrowotnych.

ChemSex jako nowe zjawisko został dostrzeżony około 1999-2000 r. w Londynie i był związany z przyjmowaniem metamfetaminy krystalicznej. Popularność ChemSex zwiększyła się w momencie popularyzacji mefedronu (ok. 2006 r.). Drugim czynnikiem, który wpisał się w zjawisko ChemSex było powstanie i upowszechnienie się geo-lokacyjnych aplikacji randkowych, umożliwiających łatwe i anonimowe poszukiwanie partnerów seksualnych.

Pierwszym szczegółowym badaniem opisującym zjawisko było badanie „The Chemsex Study” przeprowadzone w Londynie (Bourne et al, 2014), w którym scharakteryzowano zjawisko i motywacje podejmowania ChemSex, jednocześnie wskazując na zagrożenia z nim związane, takie jak: HIV i inne choroby przenoszone drogą płciową, uzależnienie, depresja, samobójstwa, przedawkowania, problemy z prawem, utrata pracy, związku. Autorzy podkreślają jednak, co potwierdziło się również w kolejnych badaniach, że nie każdy ChemSex jest problemowy.

Mefedron stał się dostępny na polskim rynku w 2009 r., został zdelegalizowany w 2010 r. W 2010 r. podjęto szereg działań mających na celu ograniczenie podaży nowych substancji psychoaktywnych (NSP) (likwidacja sieci sklepów), co przyczyniło się do spadku używania w 2011 r., po czym wystąpił kolejny wzrost. Badanie przeprowadzone w 2014 r. w placówkach leczenia uzależnień wskazuje, że ponad połowa klientów miała kontakt z NSP, głównie z grupy stymulantów

(Malczewski, Kidawa, 2018). Nie jest to jednak jednoznaczne z używaniem tych substancji w ramach ChemSex.

### 1.1.2. UMIEJSCOWIENIE PROBLEMATYKI CHEMSEX W SYSTEMIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Badacze oraz praktycy zajmujący się tematyką ChemSex są zdania, że – biorąc pod uwagę wpływ i zakres zjawiska – ma ono istotne znaczenie dla zdrowia publicznego. Zagadnieniem w tym kontekście zajęli się początkowo wspomniani wcześniej badacze brytyjscy. Wnioski płynące z przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazywały na pilną konieczność zajęcia się problemem właśnie w kontekście zdrowia (McCall et al., 2015; European ChemSex Forum, 2018).

W Wielkiej Brytanii problem został ujęty w krajowej strategii przeciwdziałania narkomanii już w 2017 r. (UK Drug Strategy, 2017), gdzie wskazano, że używanie ChemSex leży na styku działalności specjalistów różnych dyscyplin. Z jednej strony ChemSex jest związany z NSP. Zagrożenia ze strony NSP leżą w zakresie zainteresowań instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem uzależnieniom i redukcją negatywnych skutków przyjmowania substancji. Już w 2006 r. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) uznało, za jeden z obszarów priorytetowych swoich działań, zbieranie danych dotyczących nowopojawiających się zagrożeń i ocenę ryzyka związanego z używaniem NSP (EMCDDA founding regulation).

Znalazło to również odzwierciedlenie w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii w Polsce, który jest obecnie częścią Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) (Rozporządzenie Rady Ministrów, Dz.U. 2016 poz. 1492). Wśród celów operacyjnych NPZ znalazły się: „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”, w szczególności zaś zadania sformułowane w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, zarówno dotyczące monitorowania sytuacji, edukacji, profilaktyki oraz redukcji szkód (dotyczą również użytkowników NSP). W tym zakresie edycja Programu na lata 2016 – 2020 objęła również cel „opracowywanie i upowszechnianie standardów (programów redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej) dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym NSP”, do realizacji którego powinny posłużyć m.in. wyniki omówione w niniejszym opracowaniu.

### 1.1.3. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CHEMSEX

Używanie substancji w połączeniu z seksem było opisywane w wielu badaniach. Do zjawiska ChemSex odnosi się w szczególności kilka europejskich badań wielośrodkowych, w tym badania: EMIS 2010, SIALON II oraz EMIS 2017.

Badania EMIS to badania metodą sondażu diagnostycznego przy zastosowaniu ankiety internetowej, w których rekrutacja odbyła się głównie poprzez strony internetowe i aplikacje, oraz w mniejszym stopniu poprzez społeczności lokalne. W badaniu EMIS 2010 (Schmidt et al, 2016) uwzględniono używanie różnych substancji, ale ChemSex został zdefiniowany jako używanie co najmniej jednej z tzw. „4 – chems”, do których należał mefedron, metamfetamina, GHB/GBL i ketamina. W badaniu tym miasto zamieszkania było najsilniejszym predyktorem używania „4 – chems”. Zależnie od miasta użycie w ciągu ostatnich 4 tygodni deklarowało od 0,4% do 16,3% respondentów. W badaniu EMIS 2017, wykonanym podobną metodą, o ChemSex zapytano: kiedy ostatnio respondent przyjął substancję o działaniu pobudzającym żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej. Odsetki odpowiedzi były nadal dość zróżnicowane pomiędzy respondentami w różnych częściach Europy, w Europie zachodniej i centralnej przekraczając 4% (The EMIS Network, 2019). Należy zwrócić uwagę na różnice w definicji, choć autorzy podkreślają ich dużą porównywalność. Respondenci z Polski w tym badaniu znaleźli się na podobnym poziomie używania ChemSex jak inne kraje w Europie środkowej (Niemcy, Austria, Węgry). Duże zróżnicowanie terytorialne wskazuje jednakże na możliwość występowania odmienności pomiędzy regionami w ramach tego samego kraju. Może również oznaczać różnice w postrzeganiu i praktykowaniu ChemSex w różnych krajach, co motywuje podejmowanie kolejnych badań na różnych obszarach.

Z kolei w badaniu SIALON II częstość ChemSex była analizowana w odniesieniu do ostatniego kontaktu seksualnego. Ponad 3% respondentów zadeklarowało, że podczas ostatniego kontaktu seksualnego przyjęła jedną z 4 substancji psychoaktywnych uznawanych za bezpośrednio związanych z ChemSex (od 0,3% do 13,9% w zależności od miasta). Przy czym należy zauważyć, że seks pod wpływem substancji był dużo częstszym zjawiskiem i 55% użyło jakiegokolwiek substancji podczas ostatniego kontaktu seksualnego, a wykluczając alkohol było to 30% (Rosińska et al., 2018).

Dane ilościowe dotyczące częstości zjawiska na terenie Polski są w zasadzie dostępne tylko z badań ogólnoeuropejskich. Dane te jednak wskazują na konieczność szerszej analizy zjawiska w naszym kraju.

#### 1.1.4. CHEMSEX A CHOROBY ZAKAŻNE

Choroby zakaźne przenoszone drogą płciową lub przez krew stanowią dość dobrze zdefiniowane zagrożenie dla zdrowia wynikające z praktykowania ChemSex. Wyższe ryzyko wynika z większej niż w przypadku innych kontaktów seksualnych częstości niezabezpieczonych kontaktów i większej liczby partnerów. Dodatkowo u części użytkowników istnieje ryzyko związane z wstrzyknięciem substancji

psychoaktywnych, użytym już przez inną osobę sprzętem do iniekcji. Z drugiej strony niektóre z badań sugerują, że osoby zakażone HIV i znające swój status, częściej praktykują ChemSex (Maxwell et al, 2019). Może to dodatkowo zwiększać ryzyko zakażenia dla niezakażonych użytkowników ChemSex. Warto podkreślić, że zakażenie HIV sprzyja transmisji seksualnej wirusa zapalenia wątroby typu C – HCV (Nijmeijer et al, 2019), typowo związanej z transmisją krwiopochodną.

## BIBLIOGRAFIA

- Bourne A, et al. (2014) The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. <http://sigmaresearch.org.uk/tags/all/tag/Chemsex>  
EMCDDA. EMCDDA founding regulation. Dostępne na stronie: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index24218EN.html> (dostęp: 21.01.2020)
- European ChemSex Forum (2018). A call to action for effective responses to problematic ChemSex. A position paper from organisers and participants of the 2nd European Chemsex Forum Berlin, 22-24 March 2018
- Malczewski A, Kidawa M (2018). Nowe Substancje Psychoaktywne W Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018.
- Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019 Jan;63:74-89. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.11.014.
- McCall Hannah, Adams Naomi, Mason David, Willis Jamie. What is ChemSex and why does it matter? *BMJ* 2015; 351 :h5790
- Nijmeijer BM, Koopsen J, Schinkel J, Prins M, Geijtenbeek TB. Sexually transmitted hepatitis C virus infections: current trends, and recent advances in understanding the spread in men who have sex with men. *J Int AIDS Soc*. 2019 Aug;22 Suppl 6:e25348. doi: 10.1002/jia2.25348.
- Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Vanden Berghe W, Marcus U, Schink S, Sherriff N, Jones AM, Folch C, Dias S, Velicko I, Miranda M; Sialon II Network. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *Int J Drug Policy*. 2018 May;55:231-241. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.002
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, (Dz.U. 2016 poz. 1492)
- Schmidt AJ, et al. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016 Dec;38:4-12.
- Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*. 2019, 19: 3-10. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019
- UK Drug Strategy, 2017. <https://www.gov.uk/government/publications/drug-strategy-2017>

## 1.2. KONCEPCJA PROJEKTU „CHEMSEX POLSKA”

Celem ogólnym zadania było oszacowanie skali występowania zjawiska ChemSex w Polsce i rozpowszechnienia wśród jego użytkowników chorób przenoszonych drogą płciową oraz zidentyfikowanie potrzeb w zakresie metod prewencji chorób zakaźnych, leczenia uzależnień i interwencji profilaktycznych wraz z określeniem akceptowanych interwencji w tym zakresie.

Celami szczegółowymi zadania były:

- ▶ **Określenie kontekstu używania ChemSex w Polsce, roli ChemSex oraz konsekwencji zdrowotnych i społecznych jak również doświadczeń z serwisami pomocowymi.**

Realizacja tego zagadnienia odbyła się na podstawie badań jakościowych (wywiadów zogniskowanych oraz pogłębionych wywiadów indywidualnych) z użytkownikami ChemSex oraz osobami pracującymi z klientami / pacjentami ChemSex.

- ▶ **Określenie rozpowszechnienia chorób przenoszonych drogą płciową wśród użytkowników ChemSex w Polsce oraz związanych z nimi czynników.**

Realizacja tego zagadnienia odbyła się poprzez przeprowadzenie badania ilościowego, przekrojowego w 5 miastach w Polsce (Kraków, Poznań, Szczecin, Warszawa, Wrocław), metodą mieszaną: RDS (rekrutacja przez respondentów) oraz próby dogodnościowej poprzez rekrutację klubową i w mediach społecznościowych. Badanie składało się z wywiadu kwestionariuszowego oraz szybkich testów w kierunku HIV, HCV i kiły.

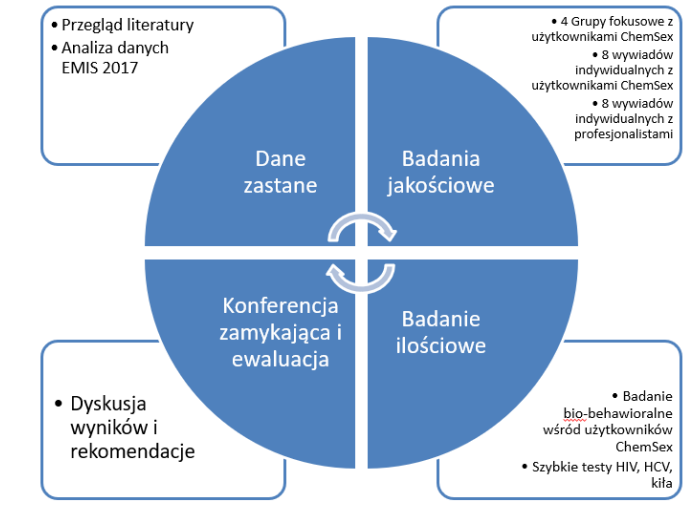
- ▶ **Określenie częstości wstępowania zjawiska ChemSex wśród MSM w Polsce na podstawie danych wtórnych.**

Realizacja objęła analizę wtórnych danych zebranych w ramach badania EMIS 2017.

Realizacja powyższych celów została poprzedzona niesystematycznym przeglądem literatury światowej dotyczącej tematyki ChemSex. Wyniki zostały przedstawione na Konferencji „Nowe zagrożenia używania substancji psychoaktywnych” w grudniu 2019 r. Dyskusja podczas konferencji stanowiła również przyczynek do pełniejszej interpretacji pozyskanych danych. Organizacja projektu została przedstawiona na poniższym schemacie (Ryc. 1.2).



# Struktura projektu



Projekt ChemSex Polska – ogólnopolskie badanie dotyczące zjawiska ChemSex w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami

Finansowanie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Zadanie publiczne zostało zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Okres realizacji: 2.01.2019 – 31.12.2019

Realizator główny: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Komisja Bioetyczna: Projekt badawczy został oceniony przez Komisję Bioetyczną działającą przy NIZP PZH – PIB. Projekt uzyskał opinię pozytywną (opinia nr 1/2019 z dnia 11.04.2019 r.)

Rycina. 1.2. Organizacja projektu ChemSex – Polska

# ROZDZIAŁ 2. ZJAWISKO CHEMSEX W LITERATURZE ŚWIATOWEJ

Michał Pawłęga

## 2.1. CELE I METODYKA PRZEGLĄDU LITERATURY

Celem przeprowadzonego przeglądu literatury było podsumowanie wyników istniejących badań i określenie aktualnego stanu wiedzy o zagadnieniu ChemSex. Jego rezultaty umożliwiły lepsze zrozumienie zjawiska i wykorzystanie uzyskanych wyników do zaplanowania badania polegającego na określeniu kontekstu używania ChemSex w Polsce, roli ChemSex, a także konsekwencji zdrowotnych i społecznych oraz doświadczeń z serwisami pomocowymi.

Cele badania zostały określone z wykorzystaniem wytycznych dotyczących redukcji szkód opracowanych przez Harm Reduction International (HRI, 2017). Wskazują one trzy kluczowe zagadnienia, które powinny być uwzględnione w procesie planowania i realizacji działań dotyczących redukcji szkód, tj.:

- ▶ Jakie są szczególne zagrożenia i szkody związane ze stosowaniem określonych substancji psychoaktywnych?
- ▶ Co powoduje te zagrożenia i szkody?
- ▶ Co można zrobić, aby zmniejszyć ryzyko i szkody?

Proces analizy przeprowadzono na trzech poziomach, dotyczących:

- ▶ ustalenia metod badawczych stosowanych w badaniach ilościowych i jakościowych,
- ▶ określenia istniejącej wiedzy na temat zjawiska,
- ▶ identyfikacji słabo poznanych lub kontrowersyjnych aspektów zjawiska.

Cele szczegółowe objęły:

- ▶ Określenie populacji oraz kontekstów (miejsca, lokalizacje, uwarunkowania), w których podejmowany jest ChemSex oraz zdefiniowanie zjawiska,
- ▶ Określenie motywacji jego użytkowników oraz roli ChemSex w ich życiu,
- ▶ Określenie negatywnych konsekwencji używania ChemSex,

- ▶ Identyfikację kluczowych zmiennych powiązanych z podejmowaniem ChemSex,
- ▶ Przegląd istniejących interwencji pomocowych i ich skuteczności,
- ▶ Ustalenie adekwatnej metodologii badawczej części ilościowej i jakościowej projektu, przeanalizowane zostały również metody badawcze wykorzystane we wcześniejszych badaniach.

### 2.1.1. MATERIAŁ I METODY

Przeglądy niesystematyczne (scoping review) dokonują przeglądu szerokiego – ale nie kompletnego – spektrum materiału, podczas gdy przeglądy systematyczne wykorzystują bardziej szczegółową i precyzyjną metodę wyszukania i oceny wybranej literatury, dążąc do objęcia przeglądem wszystkich publikacji spełniających założone kryteria. Wyczerpujący sposób, precyzyjna metodologia prowadzenia przeglądów systematycznych zmniejsza stroniczość autora, jednak taki przegląd jest działaniem bardzo czasochłonnym i przy szerokim spektrum zagadnień w realizowanym projekcie, wykracza poza zakres jego możliwości. Przygotowanie przeglądu niesystematycznego może w pewnym stopniu wykorzystywać metody stosowane w przeglądach systematycznych, co umożliwia wzmocnienie ich obiektywności i rzetelności. Dlatego protokół został opracowany w uwzględnieniu (tam, gdzie miało to zastosowanie w odniesieniu do metody scoping review) wytycznych Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher i in., 2009), tj. wskazówek dotyczących minimalnego zakresu pozycji do raportowania systematycznych przeglądów literatury i metaanaliz opartych na dowodach.

### PYTANIA BADAWCZE

Wybrane pytania badawcze opracowano biorąc pod uwagę zalecenia zawarte w modelu **PICOC**, tj. **Population, Intervention or Exposure, Comparison, Outcomes, Context** (Auger, 2006; Booth i in., 2012) w zakresie, który jest możliwy do uwzględnienia w badaniu literatury o wskazanym, szerokim kontekście analizowanych zagadnień.

Są one następujące:

- ▶ **Definicja:** W jaki sposób jest definiowany ChemSex? Jakie są główne kontrowersje związane z jego definiowaniem?
- ▶ **Użytkownicy:** W których subpopulacjach spośród MSM/ gejų/ biseksualistów występuje najwyższa częstość używania ChemSex i jaka jest ich charakterystyka?
- ▶ **Substancje:** Jakie substancje są powiązane z ChemSex i dlaczego? Jakie są główne kontrowersje związane z ich wyborem?

- ▶ **Motywacja użytkowników:** Jakie są powody związane z używaniem ChemSex?
- ▶ **Zagrożenia i szkody:** Jakie są potencjalne szkody fizyczne, psychiczne i społeczno-ekonomiczne związane z ChemSex?
- ▶ **Czynniki powiązane z ChemSex:** jakie czynniki opisują najczęstszych użytkowników ChemSex?
- ▶ **Serwisy pomocowe:** Jakie są istniejące strategie profilaktyki i redukcji szkód (realizowane przez użytkowników i inne podmioty) ChemSex oraz dostępne opcje leczenia? Jaka jest ich skuteczność oraz związane z nimi kontrowersje?
- ▶ **Metody badawcze:**
  - ▷ Jakie metody rekrutacji były wcześniej wykorzystywane do badań dotyczących rozumienia zjawiska ChemSex? Jakie są zalety i wady tych metod?
  - ▷ Jakie narzędzia badawcze były wcześniej wykorzystywane w tych badaniach (liczba pytań kwestionariuszowych, wypełniany samodzielnie / przez ankietę; testowanie, jakie testy etc.)
  - ▷ Jaki był odsetek odmów?
  - ▷ Jaki był czas trwania / efektywność rekrutacji?

## KRYTERIA WŁĄCZENIA I WYŁĄCZENIA

W przeglądzie zostały uwzględnione zarówno badania o różnej metodyce (ilościowe, jakościowe, biograficzne) jak i inna literatura (grey literature), nie mająca charakteru naukowego. Umożliwiło to zwiększenie trafności przeglądu i dokonanie analizy różnic w wynikach pomiędzy źródłami. Planowane do zastosowania kryteria włączenia i wyłączenia analizowanej literatury przedstawiono poniżej. Uwzględniono w nich także wyłączenia dotyczące nierzetelności autorów, związane z procesami uprzedzeń i stygmatyzacji oraz ich reklamowym charakterem (Bell, Salmon, 2012; Korhonen, 2018).

- ▶ Kryteria wstępne
  - ▷ opublikowane w ciągu ostatnich 5 lat, tj. 1 stycznia 2014 r. – 31.12.2019,
  - ▷ napisane w języku polskim lub języku angielskim.
- ▶ Kryteria dotyczące wiarygodności
  - ▷ brak uprzedzeń i stygmatyzacji, w tym odnoszących się do populacji MSM i użytkowników substancji psychoaktywnych,
  - ▷ wiarygodność autora (w odniesieniu do „grey literature”),
  - ▷ wiarygodność wydawcy (w odniesieniu do „grey literature”),
  - ▷ charakter nie reklamowy (w odniesieniu do „grey literature”),
  - ▷ weryfikowalna i aktualna data publikacji (w odniesieniu do „grey literature”).
- ▶ Kryteria dotyczące zgodności (z tematyką badania)
  - ▷ dotyczące podejmowania kontaktów seksualnych wyłącznie po intencjonalnym użyciu (przed lub w ich trakcie) substancji psychoaktywnych,

- ▷ w przypadku opisu interwencji – interwencje oparte na podstawach naukowych, w przypadku opisów zjawiska – przedstawienie konkretnych wyników (w odniesieniu do „grey literature”),
- ▷ literatura odnosząca się lub ukierunkowana na zmniejszenie istniejących zagrożeń lub szkód spowodowanych intencjonalnym używaniem substancji psychoaktywnych do podejmowania kontaktów seksualnych,
- ▷ niewystępowanie w analizowanej literaturze **wyłącznie** następujących substancji: alkohol, opiaty, kanabinoły, leki uspokajające i nasenne, substancje halucynogenne, wyroby tytoniowe, lotne rozpuszczalniki.

## SŁOWA KLUCZOWE

(ChemSex **LUB** sexualised drug use **LUB** PnP **LUB** party drugs **LUB** recreational drugs **LUB** psychoactive substances) **ORAZ**

(MSM **LUB** men who have sex with men **LUB** homosexual\* **LUB** gay **LUB** bisexual\* **LUB** LGBT)

## LISTA BAZ I STRON INTERNETOWYCH

PubMed  
Researchgate  
Google Scholar

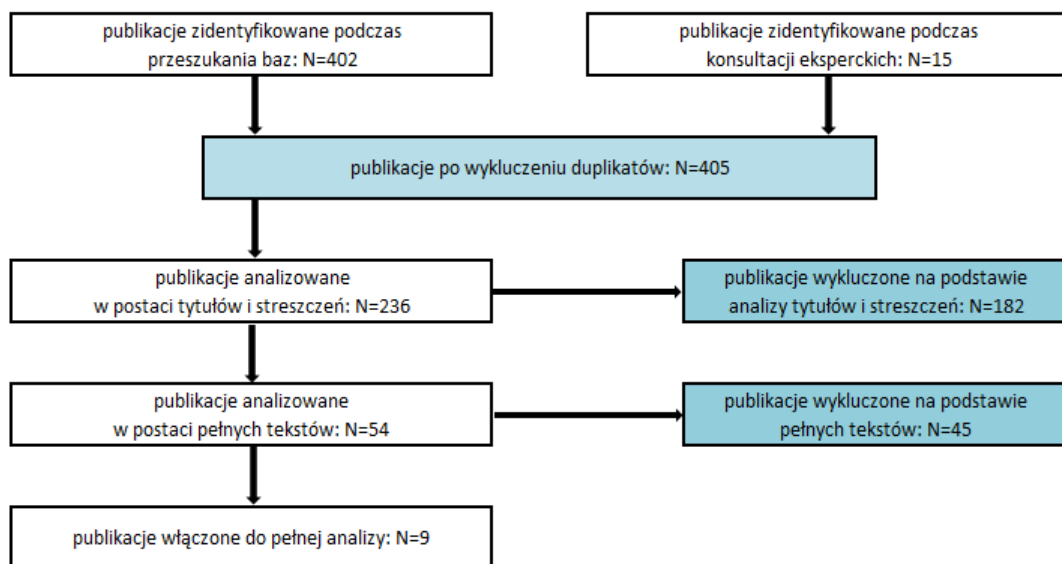
## STRATEGIE WYSZUKIWANIA

Wyszukiwanie literatury za pomocą opisanych metod zostało przeprowadzone w czterech fazach (Booth, 2012):

- ▶ **wyszukiwanie w bazach danych**, polegające na ich przeszukaniu z wykorzystaniem filtrów metodologicznych i uwzględnieniem zidentyfikowanych słów kluczowych za pomocą metody swobodnego wyszukiwania tekstu, metody słownika kontrolnego oraz operatorów logicznych Boole’a; poszukiwanie objęło także pozycje grey literature (tzn. literatury nienaukowej) oraz konsultacje eksperckie. Wyszukiwanie w bazach zostało przeprowadzone w trzech częściach. Pierwsza z nich wykorzystywała naukowe bazy danych w celu gromadzenia artykułów naukowych. Druga wykorzystywała wyszukiwarkę internetową Google, umożliwiając zidentyfikowanie tzw. grey literature (literatury nienaukowej). Trzecia z nich polegała na konsultacjach eksperckich dotyczących doboru dodatkowej literatury z osobami zajmującymi się naukowo zagadnieniem ChemSex oraz osobami pracującymi z użytkownikami ChemSex w Polsce i w Europie, współpracującymi w grupie dyskusyjnej ChemSex.groups.io (Matera, Czapska, 2014).

- ▶ **wyszukiwanie przez bibliografię**, polegające na dodatkowym wyszukaniu pozycji zawartych w bibliografii literatury wyszukanej w poprzednim kroku,
- ▶ **weryfikacja**, która objęła:
  - ▷ wykluczenie duplikatów,
  - ▷ analizę tytułów i streszczeń i na ich podstawie wykluczenie literatury nie odnoszącej się do celów badania i pytań badawczych,
  - ▷ analizę pełnych tekstów na podstawie określonych kryteriów włączenia i wykluczenia.
- ▶ **dokumentowanie**, polegające na bieżącym gromadzeniu informacji o przeszukiwanych bazach danych, metodzie (ustawieniach) wyszukiwania, liczbie wyświetlonych w każdej bazie pozycji, liczbie pozycji wyłonionych poprzez inne strategie wyszukiwania, pozycjach zidentyfikowanych i sprawdzonych pod kątem kryteriów włączenia oraz pozycjach odrzuconych na każdym etapie selekcji wraz z powodem ich odrzucenia.

W efekcie zastosowania opisaney procedury do dalszej analizy zakwalifikowano 9 badań: 4 badania ilościowe, 4 badania jakościowe i 1 badanie ilościowo-jakościowe. Schemat dokumentujący przeprowadzony proces wyszukiwania literatury zamieszczono poniżej.



Rycina 2.1. Schemat dokumentujący wyszukiwanie literatury

Źródło: opracowanie własne na podstawie Moher i in., 2009.

## 2.2. WYNIKI PRZEPROWADZONEJ ANALIZY LITERATURY

### 2.2.1. DEFINICJA CHEMSEX

W tej części analizy poszukiwano informacji dotyczących:

- ▶ populacji/ subpopulacji użytkowników,
- ▶ katalogu substancji wykorzystywanych przez użytkowników do ChemSex,
- ▶ występowania intencjonalności użycia substancji,
- ▶ zidentyfikowanych motywacji użycia substancji przez użytkowników,
- ▶ występowania podjęcia kontaktu seksualnego z inną osobą w kontekście ChemSex.

Poniżej przedstawiono zestawienie zebranych w ten sposób danych.

Tabela 2.1. Porównanie definicji dotyczących ChemSex

| Element definicji                  | Analizowane badania ilościowe, w których w definicji ChemSex wystąpił dany element (%) | Analizowane badania jakościowe, w których w definicji ChemSex wystąpił dany element (%) | Uwagi, kontrowersje definicyjne  |
|------------------------------------|--|---|--|
| określenie populacji/ subpopulacji | 100%   | 100%  | Brak   |
| katalog substancji                 | 100%   | 67%   | We wszystkich analizowanych badaniach ilościowych wskazano jako substancję wykorzystywaną podczas ChemSex metafetaminę, zaś w badaniach europejskich (2 analizowane badania) także GHB/GBL oraz mefedron. Dodatkowo w części badań ilościowych (3 analizowane badania) wskazywano jako substancje mogące być wykorzystywane w ChemSex także ketaminę i rzadziej – MDMA, kokainę i amfetaminę oraz leki na poprawę erekcji. W części badań jakościowych (2 analizowane badania) nie wskazano nazw substancji, przyjmując, że chodzi o „drugs” (pol. narkotyki), które są przyjmowane w związku z podejmowaniem aktywności seksualnej. |
| intencjonalność użycia             | 20%  | 20%   | Zdecydowana większość analizowanych badań nie uznaje intencjonalności użycia substancji jako warunku niezbędnego do wystąpienia ChemSex. Jedno z badań (Frankis, 2018) wskazuje na „intencjonalne użycie substancji bezpośrednio przed lub w trakcie kontaktu seksualnego”.  |

| Element definicji                          | Analizowane badania ilościowe, w których w definicji ChemSex wystąpił dany element (%) | Analizowane badania jakościowe, w których w definicji ChemSex wystąpił dany element (%) | Uwagi, kontrowersje definicyjne   |
|--|--|---|---|
| motywacja użycia                           | 60%  | 50%   | Motywacja związana z użyciem różni się w zależności od badań. Kluczowym czynnikiem wydaje się być zwiększenie przyjemności (wystąpiło w 5 z analizowanych badań). Kolejno motywacja ta jest związana ze zwiększeniem pewności siebie (4 analizowane badania), wzmocnieniem doznań i zmniejszeniem granic „odhamowaniem się” (3 analizowane badania). W dalszej kolejności zidentyfikowanymi czynnikami były: ułatwienie odbycia kontaktu seksualnego, pogłębienie intymności i bliskości między partnerami, zwiększenie pobudzenia seksualnego, nacisk ze strony partnera/ znajomych, ograniczenie nieprzyjemnych uczuć związanych z kontaktem seksualnym i stłumienie trudności życiowych – każdy z nich występował w 2 analizowanych badaniach. |
| podjęcie kontaktu seksualnego z inną osobą | 22%  | 66%   | Część analizowanych opracowań (3 analizowane badania) wskazuje na możliwe podejmowanie w trakcie ChemSex kontaktów z wieloma partnerami (grupowych), nie ograniczając jednak ChemSex wyłącznie do tego rodzaju aktywności. Inne badania wskazują, że ChemSex polega na podejmowaniu kontaktów seksualnych między mężczyznami, nie ograniczając ich wyłącznie do kontaktów w większej grupie. W przypadku badań jakościowych znacznie częściej wskazywano jako element ChemSex na wystąpienie aktywności seksualnej z inną osobą (3 analizowane badania), podczas gdy w badaniach ilościowych (3 analizowane badania) w większości wskazywano wyłącznie na związek pomiędzy przyjęciem substancji w związku z aktywnością seksualną.               |

Podsumowując:

- ▶ Kluczową populacją we wszystkich analizowanych badaniach użytkowników ChemSex są mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (zgodnie z zakresem wyszukiwania).
- ▶ Katalog substancji w większości tych badań obejmuje metamfetaminę oraz GHB/GBL i mefedron. Wydaje się, że różnice między substancjami określonymi jako wykorzystywane do ChemSex są związane z ich dostępnością w poszczególnych krajach: mefedron nie był uwzględniony w badaniu realizowanym w Norwegii (Haugstvedt, 2018), podobnie mefedron i GHB/GBL nie były uwzględnione w badaniu realizowanym na Ukrainie (Trofymentko, 2017).



- ▶ W większości przypadków definicje nie wskazywały jako kluczowej składowej ChemSex intencjonalności użycia, ograniczając się do uznania, że ChemSex to każdy kontakt związany z podejmowaniem aktywności seksualnej pod wpływem określonych substancji. Zdaniem większości autorów definicja ChemSex nie zakłada wystąpienia konkretnej motywacji związanej z użyciem. W badaniach wskazujących określoną motywację najczęściej wskazywano na chęć zwiększenia przyjemności towarzyszącej kontaktowi seksualnemu, zaś w dalszej kolejności zwiększenie pewności siebie oraz – w mniejszej liczbie badań – zmniejszenie granic, wytworzenie intymności z partnerem, wzmocnienie doznań i ułatwienie nawiązania kontaktu seksualnego oraz wywołanie euforii i zwiększenie podniecenia seksualnego, co wynika ze sposobu działania substancji przyjmowanych do ChemSex. Zagadnienie to zostało szczegółowo przeanalizowane w dalszej części przeglądu.

### 2.2.2. SUBSTANCJE UŻYWANE DO CHEMSEX

W tej części analizy poszukiwano informacji dotyczących:

- ▶ katalogu substancji wykorzystywanych do ChemSex,
- ▶ sposobu działania substancji wykorzystywanych do ChemSex,
- ▶ różnicowania geograficznego używania określonych substancji do ChemSex. Poniżej przedstawiono zestawienie zebranych w ten sposób danych.

Tabela 2.2. Analiza substancji wykorzystywanych do ChemSex i najważniejszych efektów ich działania

| Substancja | Sposób działania (najważniejsze efekty)  | Badania, w których substancja została wskazana jako potencjalnie związana z ChemSex (%) | Kraje (regiony), w których wskazana jako potencjalnie związana z ChemSex |
|------------|--|---|--|
| Alkohol    | Bezpośrednio po użyciu pobudzenie, poprawa nastroju, zmniejszenie zmęczenia, w późniejszym czasie zamroczenie                              | 11%   | Ukraina  |
| Amfetamina | Euforia, pobudzenie, w tym seksualne, zmniejszenie zmęczenia   | 22%   | Europa   |
| GHB/GBL    | Podobne do alkoholu etylowego: bezpośrednio po przyjęciu euforia, obniżenie granic, pobudzenie seksualne, w późniejszym czasie zamroczenie | 67%   | Azja, Europa bez Ukrainy   |
| Ketamina   | Odczuwanie stanu dysocjalnego (oderwanie od ciała i świata zewnętrznego), zmniejszenie bólu  | 56%   | Europa bez Ukrainy   |
| Kokaina    | Pobudzenie, euforia, zwiększenie poczucia siły fizycznej, towarzyskość   | 22%   | Europa   |

| Substancja                            | Sposób działania (najważniejsze efekty)  | Badania, w których substancja została wskazana jako potencjalnie związana z ChemSex (%) | Kraje (regiony), w których wskazana jako potencjalnie związana z ChemSex |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Leki poprawiające sprawność seksualną | Poprawa wzdrodu  | 78%   | Azja, Europa   |
| Marihuana                             | Uspokojenie, euforia, zmniejszenie odczuwania bólu                             | 11%   | Ukraina  |
| Mefedron                              | Euforia, poprawa nastroju, obniżenie agresji i czujności, stymulacja seksualna | 78%   | Europa bez Ukrainy   |
| Metamfetamina                         | Euforia, pobudzenie, w tym seksualne, impulsywność                             | 89%   | Azja, Europa bez Ukrainy   |
| Poppers                               | Euforia, rozluźnienie mięśni gładkich, pobudzenie seksualne                    | 67  | Azja, Europa   |

Katalog substancji w większości analizowanych badań obejmuje metamfetaminę oraz GHB/GBL i mefedron. Wydaje się, że różnice między substancjami określanymi jako wykorzystywane do ChemSex są związane z ich dostępnością w poszczególnych krajach: mefedron nie był uwzględniony w badaniu realizowanym w Norwegii (Haugstvedt, 2018), podobnie mefedron i GHB/GBL nie były uwzględnione w badaniu realizowanym na Ukrainie (Trofymenko, 2017). W części analizowanych badań przeprowadzonych w Europie wskazywano także inne substancje, które mogą być wykorzystywane do ChemSex, takie jak ketamina, oraz rzadziej: kokaina, amfetamina i MDMA. Dodatkowo w większości badań europejskich wskazywano na jednoczesne przyjmowanie podczas ChemSex leków poprawiających erekcję oraz poppersa, jednak substancje te wydają się być używane w połączeniu z wymienionymi, nie zaś jako podstawowe.

### 2.2.3. MOŻLIWE PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA CHEMSEX

W kolejnej części analizy poszukiwano informacji dotyczących potencjalnych przyczyn występowania zjawiska ChemSex, odnosząc je do społeczno-ekologicznego modelu zdrowia (Cianciara, 2015). Zidentyfikowane czynniki podzielono na pięć grup, zgodnie z definicją przyjętego modelu.

- ▶ poziom indywidualny (jednostki),
- ▶ poziom interpersonalny,
- ▶ poziom społeczności,
- ▶ poziom organizacji,
- ▶ poziom polityki.

Poniższą tabelę należy interpretować z ostrożnością. Nie wszystkie czynniki były analizowane we wszystkich badaniach stanowiących podstawę przeglądu, co – zwłaszcza w przypadku badań ilościowych – w sposób oczywisty uniemożliwia wnioskowanie na ich temat.

Tabela 2.3. Zidentyfikowane czynniki powiązane z podejmowaniem ChemSex

| Poziom          | Czynnik   | Analizowane badania, w których czynnik uznano za związany z występowaniem ChemSex (%) |
|-----------------|---|---|
| Indywidualny    | Zinternalizowana homonegatywność, w tym poczucie winy związane z podejmowaniem kontaktów seksualnych z mężczyznami  | 44%   |
|                 | Niska samoocena i poczucie nieatrakcyjności osobistej   | 22%   |
|                 | Doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie  | 11%   |
|                 | Wychowanie w dysfunkcyjnej rodzinie   | 11%   |
|                 | Odczuwanie nieprzyjemnych uczuć   | 11%   |
|                 | Stres związany z zakażeniem HIV   | 11%   |
|                 | Odczuwanie braku partnera życiowego   | 11%   |
| Interpersonalny | Niezadowolenie z życia seksualnego  | 11%   |
|                 | Dyskomfort społeczny i seksualny, w tym lęk przed odrzuceniem   | 22%   |
|                 | Naciski ze strony innych, np. znajomych   | 22%   |
|                 | Potrzeba przynależności do społeczności/ grupy  | 11%   |
| Społeczności    | Przekonanie o częstym występowaniu ChemSex w społeczności MSM   | 11%   |
|                 | Wzorce używania narkotyków w populacji MSM i akceptowalność ich używania  | 44%   |
|                 | Ocena i presja społeczności MSM dotycząca wyglądu, sposobu zachowania i związanej z nimi seksualizacji  | 22%   |
|                 | Doświadczenie przemocy powodowanej orientacją seksualną   | 22%   |
|                 | Stygmatyzacja użytkowników narkotyków w społeczności MSM  | 11%   |
| Organizacji     | Łatwa dostępność do narkotyków  | 11%   |
|                 | Niedostateczna wiedza dotycząca zjawiska ChemSex i czynników psychospołecznych związanych z ChemSex oraz nierównościami w zdrowiu dotyczącymi populacji MSM | 11%   |
| Polityczny      | Penalizacja posiadania narkotyków   | 11%   |

Zidentyfikowane czynniki mogące mieć wpływ na powstawanie zjawiska ChemSex określono w większości na podstawie wybranych do analizy badań jakościowych i jednego badania ilościowego (Schmidt, 2016). Wśród nich kluczowymi wydają się: zinternalizowana homonegatywność, w tym poczucie winy związane z podejmowaniem kontaktów seksualnych z mężczyznami oraz wzorce

używania narkotyków w populacji MSM i akceptowalność ich używania – zostały one zidentyfikowane we wszystkich analizowanych badaniach jakościowych.

Wystąpienie czynników mogących mieć wpływ na powstawanie zjawiska ChemSex przede wszystkim w badaniach jakościowych można wyjaśnić przede wszystkim metodami zbierania danych w tego typu badaniach. Umożliwiają one bowiem pogłębienie analizy, a także bardziej swobodne kształtowanie procesu gromadzenia danych. Z tej przyczyny zasadnym wydaje się włączenie do planowanego badania jakościowego celów związanych z lepszym poznaniem przyczyn występowania zjawiska ChemSex. Należy przy tym zauważyć, że większość dotychczas zidentyfikowanych czynników mogących prowadzić do powstawania zjawiska ChemSex odnosi się do poziomu indywidualnego, interpersonalnego i społeczności. Dysponując nimi można zaplanować skuteczne oddziaływania profilaktyczne i lecznicze skierowane do jednostek i subpopulacji. Istotnym wydaje się w tym kontekście uwzględnienie – być może w kolejnym badaniu – także analizy wpływu na powstawanie zjawiska ChemSex czynników organizacyjnych i strategicznych. Umożliwiłyby to sformułowanie rekomendacji obejmujących także wprowadzenie zmian na poziomie polityk dotyczących zdrowia publicznego.

#### 2.2.4. ZAGROŻENIA I SZKODY ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM CHEMSEX

W tej części analizy poszukiwano informacji dotyczących zidentyfikowanych potencjalnych zagrożeń i szkód związanych z używaniem ChemSex.

Podzielono je na zagrożenia i szkody:

- ▶ fizyczne,
- ▶ psychiczne,
- ▶ społeczne,
- ▶ ekonomiczne.

Największa część zagrożeń i szkód zidentyfikowanych w analizowanych badaniach odnosi się do potencjalnych fizycznych i psychicznych następstw używania ChemSex. W niewielkim stopniu rozpoznane zostały szkody o charakterze społecznym i ekonomicznym (zarówno w odniesieniu do liczby zidentyfikowanych potencjalnych szkód jak i liczby badań, w których zostały one zidentyfikowane). W konsekwencji niedostatecznej wiedzy dotyczącej tych obszarów, utrudnione jest przeanalizowanie szerszego wpływu ChemSex na funkcjonowanie społeczności, do której należą użytkownicy ChemSex, a także wpływu tego zjawiska na zagadnienia ekonomiczne (zarówno na poziomie jednostek jak i szerzej: systemu ochrony zdrowia i budżetu państwa). W efekcie może to utrudniać prognozowanie wpływu wdrażania efektywnych programów profilaktycznych i kształtowania polityk w zakresie ochrony zdrowia. W przypadku planowania kolejnych badań dotyczących

zjawiska ChemSex wydaje się być zasadnym rozważenie bardziej szczegółowej analizy wpływu tego zjawiska na powstawanie szkód i zagrożeń o charakterze społecznym i ekonomicznym. W szczególności istotne wydaje się pozyskanie danych w tym zakresie zarówno od użytkowników ChemSex, członków społeczności, do której należą, jak i osób, które zajmują się profilaktyką, terapią i leczeniem użytkowników ChemSex. Dzięki temu możliwe będzie zidentyfikowanie zarówno bezpośrednich szkód i zagrożeń, jak i tych, mających charakter odroczoney, występujących w dłuższej perspektywie używania.

Tabela 2.4. Zidentyfikowane zagrożenia i szkody powiązane z ChemSex

| Rodzaj zagrożeń lub szkód | Zidentyfikowane zagrożenie lub szkoda | Badana populacja   | Analizowane badania odnoszące się do danego zagrożenia lub szkody (%) |
|---------------------------|---------------------------------------|--|---|
| Fizyczne                  | Przedawkowanie                        | Mężczyźni korzystający z usług kliniki leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową w stolicy kraju: 1013 mężczyzn wszystkich orientacji seksualnych (Haugstvedt, 2018)<br>Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem substancji psychoaktywnych, zamieszkujący w stolicy kraju: 10 uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych i 100 uczestników wywiadów indywidualnych (Trofymenko, 2017)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju, używający narkotyki: 14 uczestników pogłębionych wywiadów biograficznych i 75 uczestników wywiadów indywidualnych (Graf, 2018)<br>Mężczyźni ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 33 uczestników wywiadów pogłębionych z terenu całego kraju (Milhet, 2019)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014) | 55%   |
|                           | Zakażenie STI, w tym HIV i HCV        | Mężczyźni korzystający z usług kliniki leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową w stolicy kraju: 1013 mężczyzn wszystkich orientacji seksualnych (Haugstvedt, 2018)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób (Zaro, 2016)<br>Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem substancji psychoaktywnych, zamieszkujący w stolicy kraju: 10 uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych i 100 uczestników wywiadów indywidualnych (Trofymenko, 2017)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju, używający narkotyki: 14 uczestników pogłębionych wywiadów biograficznych i 75 uczestników wywiadów indywidualnych (Graf, 2018)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014)      | 55%   |

|            |   |   |     |
|------------|---|---|-----|
| Fizyczne   | Wyczerpanie organizmu   | Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem substancji psychoaktywnych, zamieszkujący w stolicy kraju: 10 uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych i 100 uczestników wywiadów indywidualnych (Trofymenko, 2017)  | 11% |
| Psychiczne | Utrata kontroli nad używaniem substancji i możliwe uzależnienie   | Mężczyźni korzystający z usług kliniki leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową w stolicy kraju: 1013 mężczyzn wszystkich orientacji seksualnych (Haugstvedt, 2018)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju, używający narkotyki: 14 uczestników pogłębionych wywiadów biograficznych i 75 uczestników wywiadów indywidualnych (Graf, 2018)<br>Mężczyźni ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 33 uczestników wywiadów pogłębionych z terenu całego kraju (Milhet, 2019)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014) | 55% |
|            | Zaburzenia psychiczne, w tym: epizody psychotyczne, utrata pamięci, obniżenie nastroju, depresja, stany lękowe, napady agresji i paniki | Mężczyźni korzystający z usług kliniki leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową w stolicy kraju: 1013 mężczyzn wszystkich orientacji seksualnych (Haugstvedt, 2018)<br>Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem substancji psychoaktywnych, zamieszkujący w stolicy kraju: 10 uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych i 100 uczestników wywiadów indywidualnych (Trofymenko, 2017)<br>Mężczyźni ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 33 uczestników wywiadów pogłębionych z terenu całego kraju (Milhet, 2019)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014)  | 44% |
|            | Trudności w podejmowaniu kontaktów seksualnych bez użycia substancji  | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju, używający narkotyki: 14 uczestników pogłębionych wywiadów biograficznych i 75 uczestników wywiadów indywidualnych (Graf, 2018)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014)   | 33% |
|            | Doświadczenie przemocy seksualnej   | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)<br>Mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem substancji psychoaktywnych zamieszkujący w stolicy kraju: 10 uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych i 100 uczestników wywiadów indywidualnych (Trofymenko, 2017)<br>Mężczyźni ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 33 uczestników wywiadów pogłębionych z terenu całego kraju (Milhet, 2019)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014)  | 44% |

|             |  |   |     |
|-------------|--|---|-----|
| Psychiczne  | Obniżenie satysfakcji z życia seksualnego                | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)   | 11% |
|             | Utrata kontroli nad kontaktami seksualnymi               | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)   | 11% |
|             | Zaburzenia erekcji                                       | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014)  | 11% |
| Spoleczne   | Negatywny wpływ na relacje osobiste, rodzinne i zawodowe | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)   | 11% |
| Ekonomiczne | Strata czasu   | Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju: 486 osób uczestniczące w wypełnieniu kwestionariusza internetowego (Zaro, 2016)<br>Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 30 wywiadów pogłębionych (Bourne, 2014) | 22% |

### 2.2.5. PROFIL UŻYTKOWNIKA CHEMSEX

W kolejnej części przeglądu dokonano analizy najczęściej wskazywanych w badaniach czynników związanych z używaniem ChemSex. Zidentyfikowane czynniki i odsetek badań, w których były one związane z używaniem ChemSex przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2.5. Najczęściej wskazywane czynniki związane z używaniem ChemSex

| Czynnik   | Analizowane badania, w których czynnik został wskazany jako potencjalnie związany z podejmowaniem ChemSex (%) |
|---|---|
| Zakażenie HIV   | 78%   |
| Wiek między 30 a 45 lat   | 56%   |
| Wyższe wykształcenie  | 33%   |
| Przebyte zakażenie kiłką w ciągu ostatnich 12 miesięcy            | 33%   |
| Więcej niż 10 partnerów seksualnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 33%   |
| Aktywny zawodowo lub edukacyjnie                                  | 22%   |
| Nie pozostający w związku romantycznym                            | 22%   |
| Uczestnictwo w grupowym kontakcie seksualnym                      | 22%   |
| Podejmujący kontakty seksualne bez prezerwatywy                   | 22%   |
| Zamieszkiwanie w dużym mieście                                    | 22%   |

Analizowane badania (zarówno jakościowe jak i ilościowe) wskazują – jako najczęściej zidentyfikowane czynniki powiązane z podejmowaniem ChemSex – zakażenie HIV oraz wiek pomiędzy 30 a 45 rokiem życia. W większości z nich badaną populacją byli użytkownicy ChemSex lub mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami używającymi narkotyków. Prawdopodobnie wśród osób zrekrutowanych do udziału w analizowanych badaniach większość stanowili użytkownicy najłatwiej dostępni, pozostających w centrum subpopulacji i w efekcie nie w pełni reprezentatywni dla całej analizowanej grupy.

#### 2.2.6. STRATEGIE (INTERWENCJE) REDUKCJI SZKÓD I LECZENIA SKIEROWANE DO UŻYTKOWNIKÓW CHEMSEX

Z uwagi na zróżnicowane metody przeprowadzenia badań oraz badane populacje, porównanie zidentyfikowanych w ich trakcie strategii (interwencji), stanowiących odpowiedź na zjawisko ChemSex, okazało się niemożliwe. Ponadto, w żadnym z analizowanych badań, nie dokonano analizy skuteczności zidentyfikowanych interwencji. Dlatego też zdecydowano o ograniczeniu się w przeglądzie do przedstawienia wszystkich podejść wskazanych w badaniach. Mogą one stanowić zbiór podejść przeznaczonych do weryfikacji przez uczestników planowanego badania lub też być wykorzystane w trakcie formułowania wynikających z niego rekomendacji jako istniejące „dobre praktyki”. Prezentacji zidentyfikowanych strategii (interwencji) dokonano w podziale na ogólne założenia, które mogą towarzyszyć ich wdrożeniu oraz proponowane rozwiązania bezpośrednie oraz instytucjonalne i systemowe.

- ▶ ogólne założenia dotyczące wdrażania strategii (interwencji) dotyczących redukcji szkód i leczenia:
  - ▷ oczekiwane jest zapewnienie anonimowości odbiorcom oddziaływań,
  - ▷ skuteczniejsze wydaje się zaangażowanie – do przekazywania informacji profilaktycznych – przyjaciół i znajomych, nie partnerów seksualnych,
  - ▷ miejscami prowadzenia promocji zdrowia i profilaktyki powinny być: imprezy klubowe, kluby nocne, prywatne imprezy seksualne, apteki, festiwałe i Internet;
- ▶ strategie (interwencji) bezpośrednie:
  - ▷ oddziaływania redukcji szkód w miejscach spotkań użytkowników ChemSex, podmiotach zajmujących się usługami w zakresie zdrowia seksualnego i przez Internet; powinny obejmować informacje o bezpieczniejszym używaniu substancji, metodach działania w stanach zagrożenia życia, redukowaniu przypadków nadużyć seksualnych, zakażeń STI, w tym HIV i HCV, bezpieczeństwie związanym z kontaktami seksualnymi, ograniczaniem



- stygmatyzacji związanej z zakażeniem HIV i ujawnianiem statusu serologicznego, alternatywnych formach spędzania wolnego czasu;
- ▷ organizowanie spotkań ze znanymi osobami dotyczącymi problematyki (nad)używania substancji, w tym w kontekście ChemSex;
  - ▶ strategię (interwencje) instytucjonalne i systemowe:
    - ▷ tworzenie sieci podmiotów zajmujących się opieką nad MSM używającymi narkotyków w kontekście seksualnym, obejmujących: szpitalne oddziały ratunkowe, poradnie leczenia HIV i serwisy pomocowe i oferujących poradnictwo psychospołeczne, elementy terapii seksualnej, poradnictwa dotyczącego (nad)używania narkotyków i stacjonarnej terapii uzależnień wraz z możliwością przekierowania klientów pomiędzy nimi;
    - ▷ wprowadzenie wytycznych dotyczących redukcji szkód i terapii ChemSex;
    - ▷ kampanie przeciwdziałające przemocy wobec MSM;
    - ▷ kampanie zmniejszające stygmatyzację związaną z używaniem substancji;
    - ▷ szkolenia dla podmiotów zajmujących się profilaktyką zakażeń HIV w zakresie (nad)używania substancji, związanych z tym ryzyk oraz możliwości leczenia;
    - ▷ szkolenia podmiotów zajmujących się profilaktyką uzależnień w zakresie używania substancji w kontekście kontaktów seksualnych.

### 2.2.7. METODY BADAWCZE WYKORZYSTYWANE W BADANIU ZJAWISKA CHEMSEX

W tej części analizy podsumowano zidentyfikowane metody badawcze wykorzystywane w badaniach ilościowych i jakościowych dotyczących zjawiska ChemSex. W zestawieniu poniżej wskazano wykorzystane metody badawcze, kryteria doboru uczestników badań oraz sposób rekrutacji.

Tabela 2.6. Porównanie metod zastosowanych w badaniach zjawiska ChemSex, przyjętych dla nich kryteriów rekrutacji, próby i sposobu rekrutacji uczestników

| Metoda badawcza  | Kryteria rekrutacji i próba  | Sposób rekrutacji  |
|--|--|--|
| <b>Metody jakościowe</b>   |  |  |
| Wywiad indywidualny z użytkownikami ChemSex<br>Wywiad indywidualny z osobami ze społeczności MSM | 10 MSM używających narkotyków, którzy mieli kontakt seksualny z innym mężczyzną i używali narkotyków w ciągu ostatnich 6 mies. | Osoby pracujące na co dzień ze społecznością MSM (organizacje LGBTI, serwisy pomocowe) |
|  | 75 MSM używających narkotyków  | Brak danych  |
|  | 33 MSM posiadających doświadczenie kontaktu seksualnego pod wpływem narkotyków połączonego z minimum dwoma motywacjami         | Metoda kuli śnieżkowej z wykorzystaniem tzw. zaczątków                                 |

| Metoda badawcza   | Kryteria rekrutacji i próba  | Sposób rekrutacji   |
|---|--|---|
| Wywiad indywidualny z użytkownikami ChemSex<br>Wywiad indywidualny z osobami ze społeczności MSM  | 30 MSM, którzy mieli ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy   | Aplikacje randkowe dla MSM<br>Reklamy w czasopiśmie dla MSM<br>Dystrybucja zaproszeń w placówkach ochrony zdrowia<br>Dystrybucja zaproszeń w miejscach spotkań MSM          |
|   | 100 MSM używających narkotyków, którzy mieli kontakt seksualny z innym mężczyzną i używali narkotyków w ciągu ostatnich 6 miesięcy   | Strony internetowe<br>Aplikacje randkowe<br>Osoby, które wcześniej wzięły udział w badaniu  |
|   | 30 MSM mających kontakt seksualny z mężczyzną pod wpływem narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy   | Plakaty w poradniach leczenia chorób zakaźnych i infekcji przenoszonych drogą płciową<br>Grupa dla osób LGBT na Facebook  |
|   | 5 liderów opinii pochodzących ze społeczności MSM  | Osoby pracujące na co dzień ze społecznością MSM (organizacje LGBTI, serwisy pomocowe)  |
| Pogłębiony wywiad biograficzny z użytkownikami ChemSex<br>Wywiad indywidualny z personelem ochrony zdrowia  | 14 MSM używających narkotyków (bez wskazania czasu ich przyjęcia)  | Brak danych   |
|   | 4 osoby z personelu placówek ochrony zdrowia mające kontakt zawodowy z MSM   | Brak danych   |
|   | 27 osób pracujących z MSM używającymi narkotyków (personel ochrony zdrowia zajmujący się leczeniem chorób zakaźnych, infekcji przenoszonych drogą płciową, serwisy pomocowe) | Brak danych   |
| Wywiad grupowy z użytkownikami ChemSex<br>Wywiad grupowy z personelem ochrony zdrowia   | 12 przedstawicieli lokalnej społeczności MSM z doświadczeniem używania narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy  | Media społecznościowe<br>Newslettery organizacji MSM  |
|   | 6 środowiskowych pracowników ochrony zdrowia pracujących z MSM   | Brak danych   |
| <b>Metody ilościowe</b>   |  |   |
| Kwestionariusz PAPI wypełniany samodzielnie przez uczestnika badania, zawierający zwalidowane narzędzie HSCL-10 dotyczące badania poziomu depresji i lęku | 1013 mężczyzn korzystających z usług kliniki zajmującej się leczeniem infekcji przenoszonych drogą płciową bez względu na orientację seksualną                               | Zaproszenie do uczestnictwa w badaniu przez personel kliniki, w której badanie było realizowane   |
| Kwestionariusz CAWI wypełniany samodzielnie przez uczestnika badania  | 486 mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami pod wpływem narkotyków z terenu całego kraju  | Strony internetowe i media społecznościowe organizacji działających na rzecz MSM<br>Media elektroniczne skierowane do populacji MSM<br>Aplikacje randkowe skierowane do MSM |

| Metoda badawcza  | Kryteria rekrutacji i próba  | Sposób rekrutacji   |
|--|--|---|
| Kwestionariusz CAWI wypełniany samodzielnie przez uczestnika badania | 2428 mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w ciągu ostatnich 12 miesięcy z terenu dwóch krajów stanowiących część jednego państwa | Bannery reklamowe zapraszające do udziału w badaniu na stronach internetowych i w aplikacjach randkowych dla MSM<br>Zaproszenia do udziału w badaniu wysyłane przez strony i aplikacje randkowe dla MSM |
|  | 160 952 mających kontakty seksualne z mężczyznami, mieszkających na terenie Europy   | Bannery reklamowe zapraszające do udziału w badaniu na stronach internetowych dla społeczności MSM, w media społecznościowe (Facebook) i w aplikacjach randkowych dla MSM                               |

Ze względu na założenia badawcze oraz sposób i zakres zbieranych danych wyniki przeprowadzonej analizy dla metod jakościowych i ilościowych znacząco się różnią. Dlatego też przedstawiono ją w dwóch częściach:

► **metody jakościowe**

W większości analizowanych badań w rekrutacji ich uczestników zastosowano ograniczenie czasowe dotyczące ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem narkotyków. Wynosiło ono 12 miesięcy (Bourne, 2014 i Tan, 2018) oraz 6 miesięcy (Trofymentko, 2017). Wydaje się, że wprowadzenie ograniczenia odnośnie czasu ostatniego kontaktu ChemSex może wpływać na wykluczenie z badania użytkowników okazjonalnych. Jednak przyjęcie zbyt długiego czasu od ostatniego kontaktu seksualnego tego typu może skutkować włączeniem do badania także użytkowników, którzy podjęli eksperyment dotyczący ChemSex, nie decydując się na ponowne użycie substancji w celu kontaktu seksualnego.

Metody rekrutacji wykorzystane we wszystkich analizowanych badaniach wykorzystywały zasoby i zaangażowanie społeczności MSM. Wydaje się, że bez uwzględnienia takiego założenia, pozyskanie uczestników badania może być bardzo utrudnione. Najczęściej wykorzystywanymi metodami rekrutacji były zaproszenia indywidualne i reklamy na stronach i w aplikacjach randkowych, a także zastosowanie metody „kuli śniegowej” uwzględniające zaangażowanie tzw. zaczątków oraz prezentowanie plakatów z informacją o badaniu i dystrybucja zaproszeń do udziału w nim za pomocą placówek ochrony zdrowia. W niewielkim stopniu wykorzystywano reklamy w czasopismach przeznaczonych dla MSM, media społecznościowe, zaproszenia przekazywane osobiście przez osoby pracujące z MSM, a także newslettery organizacji prowadzących działania na rzecz MSM.

Uczestnikami wszystkich przeanalizowanych badań jakościowych byli mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami. Dodatkowo do części z nich włączono jako respondentów także liderów opinii pochodzących ze społeczności

MSM (Trofymenko, 2017), środowiskowych pracowników ochrony zdrowia (Bourne, 2014), a także personel placówek ochrony zdrowia mający kontakty lub pracujący z MSM (Graf, 2018 i Bourne, 2014). Potencjalnie, rozwiązanie to umożliwi zebranie bardziej kompleksowych danych i – poza perspektywą użytkowników – lepsze poznanie także perspektywy osób zajmujących się organizowaniem i realizowaniem działań profilaktycznych oraz leczniczych.

Zastosowane metody jakościowe ograniczyły się do dwóch zasadniczych: wywiadów indywidualnych, z których część miała pogłębiony wątek biograficzny oraz do wywiadów grupowych.

Ponieważ ograniczeniem badań jakościowych (Bourne, 2014) jest prawdopodobna nadreprezentacja uczestników będących użytkownikami narkotyków oraz osób żyjących z HIV oraz niereprezentatywność dla całej populacji MSM (Milhet, 2019), dla lepszego jakościowego rozpoznania zjawiska właściwsze byłoby rozważenie badania ilościowego z zastosowaniem metod umożliwiających określenie istniejących subpopulacji wśród użytkowników ChemSex.

#### ► metody ilościowe

W przeciwieństwie do badań jakościowych, w żadnym z analizowanych badań ilościowych w rekrutacji uczestników nie zastosowano ograniczenia czasowego dotyczącego ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem narkotyków. Wydaje się, że może to przyspieszać przeprowadzenie rekrutacji i włączyć do udziału w badaniu także użytkowników okazjonalnych. Jednocześnie jednak może także oznaczać włączenie do badania także użytkowników, którzy podjęli eksperyment dotyczący ChemSex, nie decydując się na ponowne użycie substancji w celu kontaktu seksualnego i prowadzić do zmniejszenia reprezentatywności badanych.

Większość analizowanych badań ilościowych została zrealizowana z wykorzystaniem metody CAWI, tj. wywiadu wspomaganego komputerowo (Zaro, 2016; Frankis, 2018 i Schmidt, 2016). Jej potencjalnym ograniczeniem jest samodzielne deklarowanie przez badanych wystąpienia zakażeń infekcjami oraz podejmowanych zachowań, które mogą nie odpowiadać rzeczywistości (Frankis, 2018). Jednocześnie zastosowanie tej metody badawczej umożliwia zachowanie anonimowości, co prawdopodobnie przyczynia się do zrekrutowania szerszej populacji użytkowników ChemSex niż w przypadku badań z wykorzystaniem metody PAPI i lepsze rozpoznanie istniejących w niej subpopulacji (Frankis, 2018). Rozwiązaniem umożliwiającym zebranie danych dotyczących mężczyzn nie identyfikujących się jako użytkownicy ChemSex (którzy jednak mieli kontakt tego typu) może być rekrutowanie do udziału w nim wszystkich mężczyzn, którzy mieli kontakt seksualny z innym mężczyzną (Frankis, 2018 i Schmidt, 2016). Zastosowanie metody CAWI jest prawdopodobnie także związane z nadreprezentacją wśród badanych użytkowników narkotyków (Schmidt, 2016).

W przypadku wyboru tej metody rekomendowane jest dostosowanie kwestionariusza do wypełnienia go z wykorzystaniem urządzeń mobilnych takich jak tablet i smartfon oraz komputera (Zaro, 2016).

Rekrutacja do badań prowadzonych z wykorzystaniem metody CAWI była prowadzona najczęściej za pomocą bannerów i indywidualnych zaproszeń do udziału w badaniu, przekazywanych za pomocą aplikacji i stron randkowych skierowanych do MSM, w mniejszym stopniu za pomocą mediów społecznościowych, stron organizacji działających na rzecz zdrowia MSM i mediów elektronicznych skierowanych do MSM. W przypadku zastosowania do rekrutacji aplikacji i stron randkowych skierowanych do MSM należy mieć na uwadze możliwe ograniczenia związane z reprezentatywnością doboru próby, wynikające z ograniczonej grupy odbiorców tych narzędzi. Jednocześnie grupa korzystająca z aplikacji randkowych jest prawdopodobnie porównywalna z grupą korzystającą z klubów dla MSM – ponad 90% badanych zrekrutowanych za pomocą aplikacji wskazało, że w ciągu ostatnich 3 miesięcy odwiedzili takie miejsce spotkań dla MSM (Frankis, 2018).

Jedynie analizowane badanie zrealizowane z wykorzystaniem metody PAPI (Haugstvedt, 2018) ograniczyło rekrutację wyłącznie do osób zgłaszających się do kliniki zdrowia seksualnego. W efekcie prawdopodobnie jest ono związane z nadreprezentacją użytkowników problemowych. Jednocześnie umożliwia uzyskanie wiarygodnych danych dotyczących przebytych i obecnych infekcji przenoszonych drogą płciową w badanej grupie. Z uwagi na obecność badacza w trakcie wypełniania kwestionariusza uzyskane dane są prawdopodobnie bardziej wiarygodne i dokładniejsze.

Jeżeli chodzi o czas rekrutacji, prawdopodobnie metoda CAWI umożliwia zgromadzenie danych w krótszym czasie. Wynosił on w przypadku analizowanych badań od 2 do 3 miesięcy, podczas gdy w badaniu z wykorzystaniem metody PAPI – 4 miesiące.

Interesującym rozwiązaniem o wymiarze profilaktycznym było zastosowanie w jednym z badań przekazania w trakcie udziału w nim informacji o poradniach i miejscach, w których użytkownicy ChemSex mogą uzyskać pomoc (Frankis, 2018).

## BIBLIOGRAFIA

- Auger, J.-F., 2008. Review of Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide. *Sociology* 42, 1032–1034.
- Bell, K., Salmon, A., 2012. Good intentions and dangerous assumptions: Research ethics committees and illicit drug use research: Research Ethics
- Booth, Andrew & Papaioannou, Diana & Sutton, Anthea. 2012. Systematic Approaches to a Successful Literature Review

- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Weatherburn, P., 2014. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Cianciara, D., 2015. Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. *Hygeia Public Health* 50, 435–440.
- Frankis, J., Flowers, P., McDavid, L., Bourne, A., 2018. Low levels of ChemSex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in ChemSex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health* 15, 144–150.
- Graf, N., Dichtl, A., Deimel, D., Sander, D., Stöver, H., 2018. Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. *Sex Health* 15, 151–156.
- Haugstvedt, Å., Amundsen, E., Berg, R.C., 2018. Chemsex among men – a questionnaire study. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 138.
- Korhonen, A., 2018. Chemsex – Understanding sexualised drug use [WWW Document]. URL <http://www.theseus.fi/handle/10024/153206> (dostęp 1.04.19).
- Mazur, Z., Orłowska, A., 2018. Jak zaplanować i przeprowadzić systematyczny przegląd literatury. *Polskie Forum Psychologiczne* 235–251.
- Milhet, M., Shah, J., Madesclaire, T., Gaissad, L., 2019. Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today* 19, 11–22.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 6, e1000097.
- Schmidt, A.J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., Hickson, F., EMIS Network, 2016. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int. J. Drug Policy* 38, 4–12.
- Tan, R.K.J., Wong, C.M., Chen, M.I.-C., Chan, Y.Y., Bin Ibrahim, M.A., Lim, O.Z., Chio, M.T.-W., Wong, C.S., Chan, R.K.W., Chua, L.J., Choong, B.C.H., 2018. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *Int. J. Drug Policy* 61, 31–37.
- Trofymenko, O., Kosenko, V., Schwab, I., Shevchuk, M., Dmitruk, N., Chernyshev, A., Sherechet, S., Radetsky, A., 2017. Chemsex and drug use among MSM in Kyiv: new challenges. *Kyiv*.
- What is harm reduction? [strona internetowa]. Harm Reduction International. URL <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> (dostęp 13.03.19).
- Zaro, I., Navazo, T., Vasquez, J., Garcia, A., Ibaguchi, L., 2016. A closer look at Chemsex in Spain. *Apoyo Positivo, Imagina MAS, Madryt*.

# **ROZDZIAŁ 3. CHEMSEX JAKO ZJAWISKO RZADKIE. BADANIA ANKIETOWE WŚRÓD MĘŻCZYZN MAJĄCYCH SEKS Z MĘŻCZYZNAMI**

Karolina Zakrzewska

## **3.1. EUROPEJSKIE BADANIE INTERNETOWE MĘŻCZYZN MAJĄCYCH SEKS Z MĘŻCZYZNAMI (EMIS 2017)**

Analizie poddano dane zebrane w ramach badania EMIS 2017<sup>1</sup> (Europejskie Badanie Internetowe Mężczyzn mających Seks z Mężczyznami).

### **3.1.1. EMIS 2017 – SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE BADANIA**

Badanie EMIS 2017 było koordynowane przez Sigma Research z London School of Hygiene and Tropical Medicine we współpracy z Instytutem Roberta Kocha w Berlinie. Badanie EMIS 2017 stanowiło jeden z trzech projektów realizowanych w latach 2016-2019 pod nazwą ESTICOM (European Surveys and Trainings to Improve MSM Community Health), finansowanego przez Komisję Europejską w ramach Health Programme 2014-2020.

Głównym celem badania EMIS 2017 było pozyskanie danych pomocnych w planowaniu programów profilaktycznych i opieki nad osobami z zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, uwzględniając zakażenia HIV. Dodatkowo dane miały posłużyć monitorowaniu krajowych postępów w tym obszarze (używając porównania do poprzednich badań). Badanie EMIS 2017 uzyskało pozytywną opinię Komisji Etycznej przy London School of Hygiene and Tropical Medicine 31 czerwca 2017 r. (14421/RR/8805).

---

<sup>1</sup> <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/emis-2017-node.html>



EMIS 2017 to internetowe badanie kwestionariuszowe, samodzielnie wypełniane przez mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, zamieszkujących Europę (+kilka krajów sąsiadujących na południu i wschodzie), Kanadę i Filipiny. Kwestionariusz bazował na poprzedniej edycji badania (2010), obecna edycja poddana została trzem rundom konsultacji ze wszystkimi partnerami badania oraz pilotażowi. Kwestionariusz dostępny jest w 33 wersjach językowych.

Badanie EMIS 2017 przeprowadzono w okresie od 18 października 2017 r. do 31 stycznia 2018 r. (14 tygodni). Łącznie wzięło w nim udział 127.792 respondentów, mieszkających w 48 krajach.

Informacje dotyczące autorstwa badania, osób zaangażowanych w jego realizację oraz finansowania, znajdują się poniżej:



**EMIS 2017 core team:**

**Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, Peter Weatherburn** (Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK) in association with **Ulrich Marcus and Susanne B. Schink** (Robert Koch Institute, Berlin, DE)

**Primary Funding:** As part of ESTICOM, EMIS 2017 was carried out under the service contract 2015 71 01 with The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea), acting under powers delegated by the Commission of the European Union.

**Other international financial contributions:** Swedish Ministry of Health for recruitment in the Nordic Countries; Norwegian Directorate of Health for Russia; Israel Ministry of Health for Israel; Public Health Agency of Canada for Canada; WHO Western Pacific Region for the Philippines.

**Acknowledgements:** We begin by thanking all of the men who took part in EMIS 2017 and our partners who recruited 17% of all respondents through activities on Facebook and other social media and by placing EMIS banners on their websites. **We thank all our partners for being part of something huge!**

**Europe:** PlanetRomeo, European AIDS Treatment Group (EATG), Eurasian Coalition on Male Health (ECOM), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction (EMCDDA), European Commission (DG SANTE).

**AL:** Arian Boci. **AT:** AIDS Hilfe Wien, Dr Frank M. Amort. **BA:** lgbti.ba, Masha Durkalić. **BE:** SENSOA, exæquo, Observatoire du SIDA et des sexualités. **BG:** HUGÉ, GLAS Foundation, Petar Tsintsarski. **BY:** Vstrocha. **CA:** Health Initiative for Men, Rézo, Gay Men's Sexual Health Alliance of Ontario, CATIE, Université du Québec & Montréal, University of Toronto, Ryerson University, University of Windsor, University of Victoria, Public Health Agency of Canada, Rob Gair. **CH:** Swiss AIDS Federation, Cantonal Hospital St. Gallen, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, University Hospital Zurich, Swiss Federal Office of Public Health. **CY:** AIDS Solidarity Movement. **CZ:** AIDS pomoc, National Institute of Public Health, Tereza Zvolská, Dr Michal Pitonak. **DE:** Deutsche AIDS-Hilfe, Robert Koch Institute, Bzga, Dr Michael Bochow, Dr Richard Lemke. **DK:** AIDS-Fondet, Statens Serum Institut, François Pinchon, Jakob Haff. **EE:** Eesti LGBT, VEX LGBT, Estonia National Institute for Health Development, Dr Kristi Rüütel. **ES:** Stop Sida, CEIISCAT, Ministerio de Sanidad. **FI:** Postiiviset, Hivpoint, SeksiPertti, Trasek. **FR:** AIDES, Coalitionplus, SexoSafe, Santé Publique France, INSERM. **GR:** Ath Checkpoint, Thess Checkpoint; Positive Voice. **HR:** Iskorak, gay.hr, Dr Zoran Dominković, Vjeko Vacek. **HU:** Háttér, Tamás Bereczky. **IE:** Gay Health Network, Man2Man, HIV Ireland, Outhouse, GOSHH, Sexual Health Centre Cork, AIDSWEST, Gay Community News, Health Service Executive, Gay Men's Health Service, Sexual Health and Crisis Pregnancy Programme, Health Protection Surveillance Committee. **IL:** Israel AIDS Task Force, Israel Ministry of Health, Dr Zohar Mor. **IS:** Samtökinn '78. **IT:** Arcigay, Fondazione LILA Milano ONLUS, University of Verona, Dr Raffaele Lelleri. **LB:** SIDC, Dr Ismael Maatook. **LT:** demetra, LGL, Gayline. **LV:** Testpunkts, Baltic HIV Association, Dr Antons Mozalevskis, Indra Linina. **MD:** GENDERDOC-M. **ME:** Juventas. **MK:** Subversive Front, Dr Kristefer Stojanovski. **MT:** Malta LGBTIQ Rights Movement, Allied Rainbow Communities, Infectious Disease Prevention and Control Unit (Malta), Silvan Agius, Russel Sammut. **NL:** Results in Health, Maastricht University, Amsterdam Pink Panel, Soa Aids Nederland, Rutgers, Dr Wim Vanden Bergh. **NO:** Helseutvalget, Folkehelseinstituttet, Dr Rigmor C. Berg. **PH:** Bisdak Pride-Cebu, Cebu Plus, HASH, Pinoy Plus, UP Babaylanes, YPEER, TLF, Natasha Montevirgen, Mikael N. Navarro. **PL:** Spółeczny Komitet ds AIDS, Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa, Dr Łukasz Henszel. **PT:** GAT Portugal, CheckpointLX, Associação ABRACÇO, rede ex aequo, SexED, dezanove, ILGA Portugal, Trombeta Bath, ISUP. **RO:** PSI Romania, ARAS Romania, Tudor Kovacs. **RS:** Association Duga, Association Red Line, Omladina JAZAS-a Novi Sad, Institute of Public Health of Serbia, Sjadjana Baros, Dr Marija Pantelic. **RU:** LaSky. **SE:** RFSL, University of Gothenburg, Folkhälsomyndigheten. **SI:** ŠKUC, Legebitra, LJUDMILA. **SK:** PRIDE Kočice, Light-House Slovakia, Trnavská univerzita, Slovenská zdravotnícka univerzita, Dr Zuzana Klačňáková. **TR:** Pozitif Yaşam, Sami Sarper Yazıcılaroğlu. **UA:** Alliance for Public Health, alliance.global, msmua.org, Oleksii Shestakovskiy. **UK:** Terrence Higgins Trust, NAM, PrEPster, Antidote, Horizon Drugs and Alcohol Support, LGBT Foundation, Yorkshire MESMAC, MESMAC Newcastle, Derbyshire LGBT+, Trade Sexual Health, London Friend, GMFA, Spectra, International HIV Partnerships, International Planned Parenthood Federation, Bristol University, University College London, Sigma Research, Raul Soriano. **Other:** Dr John Panchakis, Dr Mark Hatzenbühler, Dr Valeria Stuardo Ávila, Dr Michael W. Ross.

Kwestionariusz badania EMIS 2017, w tym polska wersja językowa, dostępny jest na stronie: [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu).

Raport z badania EMIS 2017: The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. EMIS findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 dostępny jest na stronie: [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu)



## 3.2. CELE I METODYKA ANALIZY WTÓRNEJ

Cel główny: Określenie częstości występowania zjawiska ChemSex wśród MSM w Polsce na podstawie danych wtórnych.

Cele szczegółowe:

- ▶ ocena zróżnicowania występowania zjawiska ChemSex pomiędzy regionami;
- ▶ charakterystyka socjo-demograficzna użytkowników ChemSex w porównaniu do osób nieużywających;
- ▶ rola portali internetowych;
- ▶ częstość przyjmowania substancji: 1) w grupie MSM ogólnie; 2) podczas kontaktów seksualnych; 3) opisanych w literaturze jako związane z ChemSex, m.in. katynony (np. mefedron), metamfetamina krystaliczna, GBL/GHB, ketamina;
- ▶ iniekcyjne przyjmowanie substancji;
- ▶ choroby i zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych;
- ▶ podejmowane działania profilaktyczne.

### 3.2.1. ANALIZA WTÓRNA

Do analizy włączono dane 4.025 respondentów badania EMIS 2017 mieszkających w Polsce, którzy wyrazili świadomą zgodę oraz byli w wieku 15 lat lub więcej, według poniższych pytań kwalifikujących.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

<Szczegółowe informacje o badaniu>

**Czy przeczytałeś i zrozumiałeś powyższe informacje?** pytanie obowiązkowe, kafeteria: Nie Tak

**Czy jesteś w wieku, w którym możesz mieć kontakty seksualne z mężczyznami w świetle prawa kraju, w którym mieszkasz?** pytanie obowiązkowe, kafeteria: Nie Tak Nie wiem

**Ile masz lat?** >=15

**W którym kraju obecnie mieszkasz?** POLSKA

### 3.2.2. ZMIENNA CHEMSEX

W celu dokładnej analizy zjawiska łączenia kontaktów seksualnych i substancji psychoaktywnych, postanowiono, na próbie aktywnych seksualnie mężczyzn mających kontakty z mężczyznami (MSM), uwzględnić odpowiedzi respondentów na pytanie o ChemSex i zdefiniować trzy grupy porównawcze.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

**Jaka jest Twoja obecna tożsamość płciowa?** pytanie obowiązkowe, kafeteria: Mężczyzna, Trans-mężczyzna, Kobieta, Transkobieta, Niebinarna tożsamość płciowa.

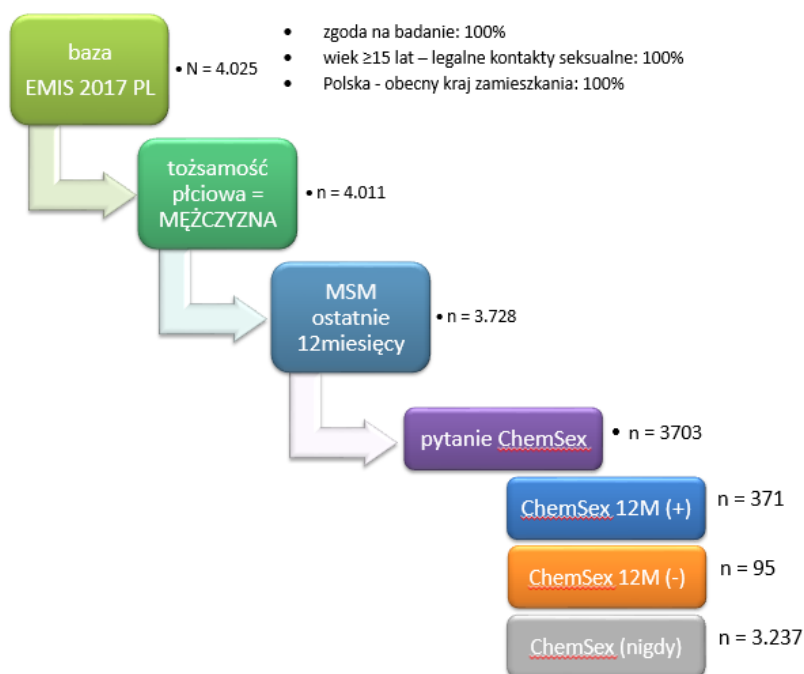
**Jaka płeć została przypisana Tobie przy narodzinach?** kafeteria: Mężczyzna, Kobieta, Nie stwierdzono.

**Kiedy po raz ostatni miałeś jakiegokolwiek rodzaju seks z mężczyzną (proszę uwzględnić każdy kontakt seksualny, nie tylko stosunek analny)?** kafeteria: Nigdy, W ciągu ostatnich 24 godzin, W ciągu ostatnich 7 dni, W ciągu ostatnich 4 tygodni, W ciągu ostatnich 6 miesięcy, W ciągu ostatnich 12 miesięcy, W ciągu ostatnich 5 lat, Ponad 5 lat temu

**CHEMSEX – PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**Kiedy po raz ostatni zażywałeś narkotyki pobudzające, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej? [Uwaga: do narkotyków pobudzających zaliczymy ecstasy/MDMA, kokainę, amfetaminę (speed), metamfetaminę (Tina), mefedron i ketaminę.]** kategoria: W ciągu ostatnich 24 godzin, W ciągu ostatnich 7 dni, W ciągu ostatnich 4 tygodni, W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy, W ciągu ostatnich 5 lat, Ponad 5 lat temu, Nigdy

Do analiz włączono respondentów: utożsamiających się obecnie z tożsamością płciową ‘mężczyzna’ jednocześnie będące osobami, którym przy narodzinach przypisano płeć ‘mężczyzna’, którzy w ciągu ostatniego roku przed badaniem mieli kontakty seksualne z mężczyzną oraz udzielili odpowiedzi na pytanie ChemSex. Kryteria włączenia do analizy obrazuje poniższa rycina (ryc. 3.1).



Rycina 3.1. Schemat kryteriów włączenia do analizy

### 3.2.3. KRYTERIA WŁĄCZENIA

Zmienną ChemSex zdefiniowano jako 1) określenie płci jako męską od urodzenia oraz 2) podejmowanie kontaktów seksualnych w ciągu 12 miesięcy z mężczyznami oraz 3) odpowiedź twierdząca na pytanie: „Kiedy po raz ostatni zażywałeś narkotyki pobudzające, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej [Uwaga: do narkotyków pobudzających zaliczymy ecstasy/MDMA, kokainę, amfetaminę (speed), metamfetaminę (Tina), mefedron i ketaminę.]”.

Do analiz wyodrębniono trzy grupy:

- ▶ respondentów utożsamiających się z płcią męską, mających kontakty seksualne z mężczyznami w ciągu ostatniego roku przed badaniem oraz zażywających narkotyki pobudzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej – ChemSex 12M (+)
- ▶ respondentów utożsamiających się z płcią męską, mających kontakty seksualne z mężczyznami w ciągu ostatniego roku przed badaniem oraz zażywających narkotyki pobudzające, ale ponad rok temu, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej – ChemSex 12M (-)
- ▶ respondentów utożsamiających się z płcią męską, mających kontakty seksualne z mężczyznami w ciągu ostatniego roku przed badaniem, ale niezżywających narkotyków pobudzających, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej – ChemSex (nigdy)

### 3.2.4. ANALIZA STATYSTYCZNA

W przypadku zmiennych o charakterze jakościowym zastosowano test niezależności  $\chi^2$  oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Analizy wykonano w programie STATA (wersja 14.2) na licencji NIZP PZH – PIB. Do tworzenia wykresów i schematów wykorzystano Microsoft Excel.

### 3.2.5. OGRANICZENIA

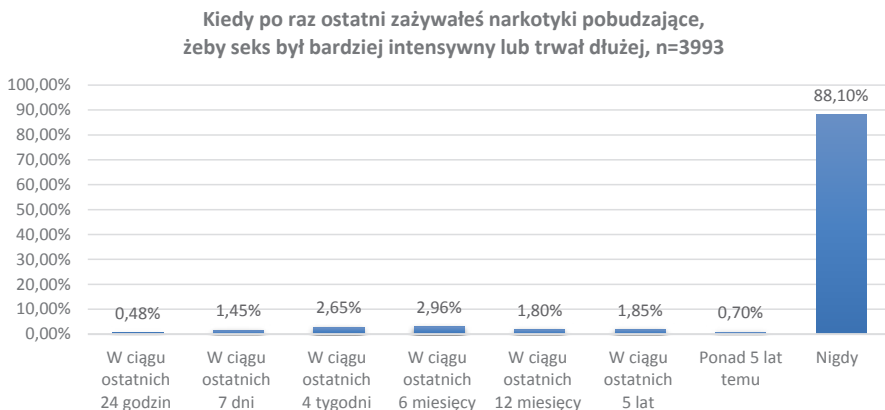
Ograniczenia badania EMIS 2017 wiążą się z zastosowaną metodologią: badanie przekrojowe z użyciem anonimowej, obszernej ankiety do samodzielnego wypełnienia, dystrybuowanej w internecie do zmarginalizowanej populacji MSM. Próba była rekrutowana głównie przez strony randkowe, co wykluczało z udziału osoby bez dostępu do sieci oraz niekorzystające z tego typu portali.

Zastosowana metoda rekrutacji respondentów badania EMIS 2017 nie zakładała reprezentatywności próby badawczej. Nie jest zatem możliwe przenoszenie (estymacja) wyników na populację.

## 3.3. WYNIKI ANALIZY

### 3.3.1. ŁĄCZENIE KONTAKTÓW SEKSUALNYCH I SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Rozkład odpowiedzi na pytanie o ChemSex wśród respondentów EMIS wskazuje, że ponad 88% MSM nigdy nie używała substancji w tym kontekście. Z kolei 10% respondentów w badanej grupie używało ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Wykres 3.1).

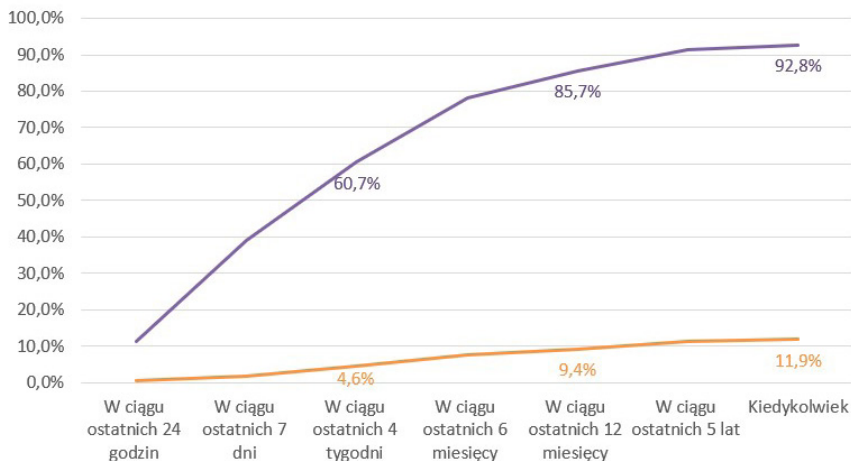


Wykres 3.1. Czas ostatniego przyjęcia substancji psychoaktywnych by zwiększyć intensywność i długość kontaktów seksualnych

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

Kiedy po raz ostatni miałeś seks będąc trzeźwym (to znaczy NIE będąc pod wpływem alkoholu lub innych narkotyków)? [N=3983]

**Kiedy po raz ostatni zażywałeś narkotyki pobudzające, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej [N=3983]**



Wykres 3.2. Skumulowany odsetek kontaktów seksualnych: trzeźwych oraz ChemSex

Dla porównania – znaczna większość respondentów deklaruje seks „na trzeźwo”, bez związku z używaniem jakichkolwiek substancji. Zwraca jednak uwagę, że istnieje grupa około 7% respondentów, która deklaruje, że we wszystkich dotychczasowych kontaktach seksualnych była pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (Wykres 3.2). Z kolei około 32% respondentów deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy wszystkie kontakty seksualne mieli na trzeźwo.

**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**W ciągu ostatnich 12 miesięcy, ile razy miałeś seks z mężczyznami pod wpływem alkoholu lub innych narkotyków?**  
kafeteria: Żaden z nich, Prawie żaden z nich, Mniej niż połowa, Około połowy, Więcej niż połowa, Prawie każdy, Każdy

Tabela 3.1. Proporcja kontaktów seksualnych z mężczyznami pod wpływem alkoholu lub innych narkotyków

| Proporcja kontaktów seksualnych z mężczyznami pod wpływem substancji (w tym alkoholu) w ciągu ostatnich 12 miesięcy | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Żaden z nich  | 1%              | 1%              | 98%             | 100% | 1198 |
| Prawie żaden z nich   | 5%              | 3%              | 92%             | 100% | 987  |
| Mniej niż połowa  | 13%             | 3%              | 84%             | 100% | 617  |
| Około połowy  | 19%             | 3%              | 77%             | 100% | 347  |
| Więcej niż połowa   | 28%             | 4%              | 68%             | 100% | 247  |
| Prawie każdy  | 36%             | 3%              | 60%             | 100% | 222  |
| Każdy   | 22%             | 1%              | 77%             | 100% | 77   |

Zdecydowana większość respondentów, oceniając swoje kontakty seksualne w ciągu ostatniego roku, wskazała, iż żaden lub prawie żaden kontakt seksualny nie odbył się pod wpływem substancji (włączając alkohol) – 59% (2185/3695). U 8% respondentów każdy lub prawie każdy kontakt seksualny był pod wpływem substancji (w tym alkoholu) (299/3695).

Uwzględniając zmienną ChemSex, proporcja użytkowników ChemSex 12M (+) wzrastała wprost proporcjonalnie do częstości kontaktów seksualnych pod wpływem substancji. Wśród respondentów, u których więcej niż połowa wszystkich kontaktów seksualnych to seks pod wpływem substancji, ponad co czwarty to osoba ChemSex 12M (28%, 69/247), prawie każdy kontakt seksualny – częściej niż co trzeci (36%, 81/222), każdy kontakt seksualny – częściej niż co piąty (22%, 17/77).

### 3.3.2. PORÓWNANIE MIĘDZY GRUPAMI: CHEMSEX 12M(+), CHEMSEX 12M(-), CHEMSEX (NIGDY)

#### ZRÓŻNICOWANIE POMIĘDZY REGIONAMI

W analizowanym badaniu respondentów zapytano o region zamieszkania w Polsce. Tabela 3.2 odzwierciedla odpowiedzi badanych w poszczególnych podgrupach, zaś Rycina 3.2 odzwierciedla dane w zakresie proporcji użytkowników ChemSex wśród respondentów, mieszkańców poszczególnych województw.

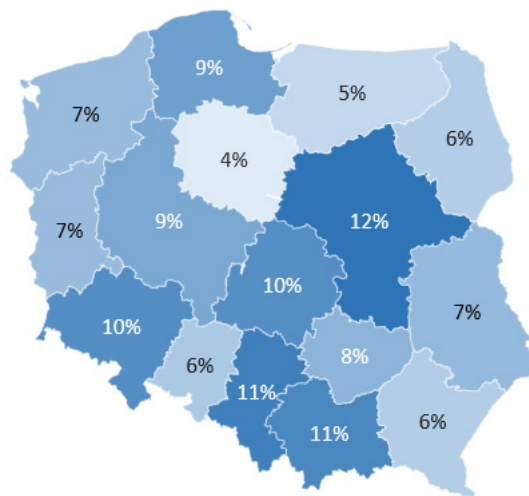
**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**W jakim województwie mieszkasz?**

kafeteria: lista województw

Tabela 3.2. Województwo zamieszkania

| Województwo zamieszkania                  | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Dolnośląskie                              | 10%             | 3%              | 87%             | 100% | 354  |
| Kujawsko-Pomorskie                        | 4%              | 5%              | 92%             | 100% | 131  |
| Lubelskie                                 | 7%              | 1%              | 91%             | 100% | 68   |
| Lubuskie                                  | 7%              | 0%              | 93%             | 100% | 42   |
| Łódzkie                                   | 10%             | 1%              | 89%             | 100% | 183  |
| Małopolskie                               | 11%             | 3%              | 86%             | 100% | 421  |
| Mazowieckie                               | 12%             | 3%              | 85%             | 100% | 1004 |
| Opolskie                                  | 6%              | 4%              | 90%             | 100% | 48   |
| Podkarpackie                              | 6%              | 0%              | 94%             | 100% | 68   |
| Podlaskie                                 | 6%              | 0%              | 94%             | 100% | 51   |
| Pomorskie                                 | 9%              | 3%              | 88%             | 100% | 251  |
| Śląskie                                   | 11%             | 3%              | 86%             | 100% | 341  |
| Świętokrzyskie                            | 8%              | 3%              | 90%             | 100% | 39   |
| Warmińsko-mazurskie                       | 5%              | 3%              | 91%             | 100% | 58   |
| Wielkopolskie                             | 9%              | 1%              | 90%             | 100% | 337  |
| Zachodniopomorskie                        | 7%              | 3%              | 90%             | 100% | 139  |
| Pearson $\chi^2(30) = 32.4201$ Pr = 0.348 |                 |                 |                 |      |      |



Rycina 3.2. Proporcja Chemsex 12M (+) wśród respondentów zamieszkujących poszczególne województwa

Zmienną ChemSex 12M (+) odnotowano w każdym województwie. Grupa użytkowników ChemSex 12M (+) stanowiła największy odsetek respondentów

mieszkających w woj. mazowieckim (12%, 123/1004), małopolskim (11%, 46/421), śląskim (11%, 39/293), łódzkim (10%, 19/183) i dolnośląskim (10%, 37/354).

## CHARAKTERYSTYKA SOCJO-DEMOGRAFICZNA

### Wiek

Podanie informacji o wieku było warunkiem kwalifikującym do dalszego wypełniania ankiety. Do badania mogli przystąpić respondenci w wieku umożliwiającym podejmowanie kontaktów seksualnych zgodnie z przepisami prawa lub starsi. W Polsce były to osoby w wieku 15 i więcej lat.

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017   |
|---|
| <b>Ile masz lat?</b><br>kafeteria: lista rozwijana od <poniżej 14> do <powyżej 100> |

Tabela 3.3. Wiek

|                    | ChemSex<br>12M (+)                    | ChemSex<br>12M (-) | ChemSex<br>(nigdy) |      | n    |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|------|------|
| <b>Grupa wieku</b> |                                       |                    |                    |      |      |
| 15-19              | 3%                                    | 1%                 | 96%                | 100% | 291  |
| 20-29              | 9%                                    | 2%                 | 89%                | 100% | 1500 |
| 30-39              | 13%                                   | 4%                 | 84%                | 100% | 1299 |
| 40-49              | 11%                                   | 3%                 | 85%                | 100% | 457  |
| 50-59              | 6%                                    | 2%                 | 92%                | 100% | 135  |
| 60+                | 0%                                    | 5%                 | 95%                | 100% | 21   |
|                    | Pearson chi2(12) = 48.4678 Pr = 0.000 |                    |                    |      |      |
| <b>Wiek</b>        |                                       |                    |                    |      |      |
| średnia            | 31,81                                 | 33,56              | 30,76              |      |      |
| mediana            | 31                                    | 34                 | 30                 |      |      |
| min                | 16                                    | 18                 | 15                 |      |      |
| max                | 58                                    | 65                 | 71                 |      |      |

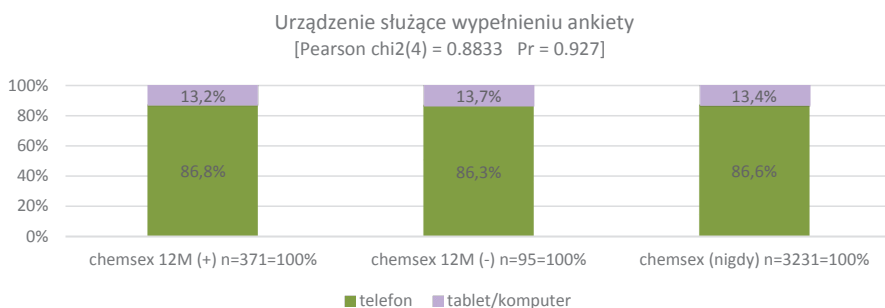
Najliczniej respondenci reprezentowali grupę dwudziestolatków (41%, 1500/3703) oraz trzydziestolatków (35%, 1299/3703). Następnie: czterdziestolatkowie (12%, 457/3703), osoby poniżej dwudziestu lat (8%, 291/3703), pięćdziesięciolatkowie (4%, 135/3703) oraz osoby 60+ (1%, 21/3703).

Uwzględniając ChemSex, częściej niż co dziesiąty trzydziestolatek oraz czterdziestolatek to osoba ChemSex 12M (+) (odpowiednio: 13%, 165/1299 oraz 11%, 52/457), prawie co dziesiąty dwudziestolatek (9%, 137/1500). Proporcja

respondentów używających ChemSex w ciągu ostatniego roku wśród wszystkich respondentów w danej grupie wieku, była niższa u osób 50+ (grupa 50-59: 6%, 8/135 oraz grupa 60+: 0%, 0/21) oraz najmłodszych (grupa: 15-19: 3%, 9/291). Pomimo bardzo niskiej proporcji w tym przedziale wiekowym należy zwrócić uwagę, że wśród badanych pojawili się nastolatki mający kontakt z ChemSex.

### Korzystanie z aplikacji internetowych

Przeanalizowano korzystanie z urządzeń służących wypełnieniu ankiety oraz portal, za pośrednictwem którego ankieta dotarła do respondentów. Najpopularniejszym urządzeniem służącym wypełnieniu ankiety był telefon (86%, 3202/3703), mniej popularny był komputer lub tablet (13%, 495/3703), w pozostałych przypadkach nie udało się uzyskać informacji (6/3703).



Wykres 3.3. Urządzenie, na którym wypełniono ankietę

Analizując zmienną ChemSex, nie odnotowano różnic. Niezależnie od analizowanej grupy ponad 86% respondentów uzupełniło ankietę za pośrednictwem telefonu.

Tabela 3.4. Rodzaj platformy, poprzez którą respondent otrzymał link do ankiety

|  | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Portale randkowe (centralne)             | 10%             | 3%              | 88%             | 100% | 3474 |
| Media społecznościowe (lokalne)          | 26%             | 0%              | 74%             | 100% | 58   |
| Pearson $\chi^2(4) = 18.3027$ Pr = 0.001 |                 |                 |                 |      |      |

Wśród platform, na których respondent uzyskał możliwość wypełnienia ankiety EMIS, najczęściej wymieniane były portale randkowe (98%, 3474/3532), zdecydowanie rzadziej popularne były media społecznościowe (2%, 58/3532).



Uwzględniając zmienną ChemSex, proporcja respondentów ChemSex 12M (+) była wyższa w przypadku platform społecznościowych – co czwarty respondent wypełniający ankietę za ich pośrednictwem używał ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy (26%, 15/58), co dziesiąty respondent w przypadku platform randkowych (10%, 336/3474).

### Kraj pochodzenia

Respondentów zapytano, czy Polska jest również krajem ich urodzenia, co miało na celu odnotowanie osób, które do Polski przyjechały.

|   |
|---|
| <b>PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017</b>                |
| <b>Czy urodziłeś się w Polsce?</b><br>kafeteria: Nie, Tak |

Tabela 3.5. Kraj urodzenia

| Kraj urodzenia                          | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Polska                                  | 10%             | 3%              | 87%             | 100% | 3569 |
| inny                                    | 11%             | 2%              | 86%             | 100% | 133  |
| Pearson $\chi^2(2) = 0.2833$ Pr = 0.868 |                 |                 |                 |      |      |

Zdecydowana większość respondentów mieszkających w trakcie badania EMIS w Polsce, również się w Polsce urodziła (96%, 3569/3702).

Biorąc pod uwagę używanie ChemSex, nie odnotowano różnic pomiędzy grupami. W obu przypadkach co dziesiąty respondent urodzony w Polsce (10%, 356/3569) oraz co dziesiąty respondent nieurodzony w Polsce, ale obecnie tu mieszkający (11%, 15/133) to osoby ChemSex 12M (+).

### Środowisko zamieszkania

Respondentów poproszono o określenie miejsca zamieszkania ze względu na liczbę mieszkańców. Tabela 3.6 przedstawia uzyskane dane w poszczególnych podgrupach.

|  |
|--|
| <b>PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017</b>   |
| <b>Jak byś określił swoje miejsce zamieszkania?</b><br>kafeteria: Bardzo duże miasto (ponad milion mieszkańców), Duże miasto (500.000–999.999 mieszkańców), Średnie miasto (100.000–499.999 mieszkańców), Małe miasto (10.000–99.999 mieszkańców), Wieś/małe miasto (poniżej 10.000 mieszkańców) |

Tabela 3.6. Środowisko zamieszkania

| Środowisko zamieszkania              | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| miasto >1.000.000 mieszkańców        | 13%             | 3%              | 83%             | 100% | 1062 |
| miasto 500.000-999.999 mieszkańców   | 10%             | 2%              | 88%             | 100% | 1056 |
| miasto 100.000-499.999 mieszkańców   | 9%              | 3%              | 88%             | 100% | 703  |
| miasto 10.000-99.999 mieszkańców     | 8%              | 2%              | 90%             | 100% | 488  |
| miasto <10.000 mieszkańców / wieś    | 5%              | 1%              | 93%             | 100% | 362  |
| Pearson chi2(8) = 32.0132 Pr = 0.000 |                 |                 |                 |      |      |

Respondenci głównie mieszkali w miastach powyżej 0,5 mln – równo po 29%: miasto powyżej 1 mln mieszkańców (1062/3671) oraz miasto 0,5 mln-1 mln ludności (1056/3671). Następnie 19% respondentów to mieszkańcy miasta 0,1 mln-0,5 mln ludności (703/3671), 13% – miasta 10 tys-99 tys mieszkańców (488/3671), zaś 10% – miasta poniżej 10 tys ludności oraz wsi (362/3671).

Zmienna ChemSex występuje we wszystkich środowiskach zamieszkania respondentów. Proporcja osób ChemSex 12M (+) jest wprost proporcjonalna do wielkości miejsca zamieszkania. Co dziesiąty (lub częściej) respondent mieszkający w największych miastach używał ChemSex w ciągu 12 miesięcy (13%, 142/1062 oraz 10%, 104/1056). Rzadziej wśród mieszkańców miasta 0,1 mln-0,5 mln ludności (9%, 60/703), miasta 10 tys-99 tys mieszkańców (8%, 41/488) oraz najmniejszych miejscowości (5%, 19/362).

### Aktywność zawodowa i sytuacja materialna

W ankiecie zamieszczono pytanie o określenie swojej sytuacji zawodowej.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

**Które z poniższych określić najlepiej odnosi się do Twojego aktualnego zajęcia?**

kafeteria: Zatrudniony na pełny etat, Zatrudniony na część etatu, Samozatrudniony, Bezrobotny, Student/Uczeń, Emeryt, Długoterminowe zwolnienie lekarskie / Rencista, Inne

Tabela 3.7. Aktywność zawodowa

| Aktywność zawodowa         | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Zatrudniony na pełny etat  | 10%             | 3%              | 87%             | 100% | 2170 |
| Zatrudniony na część etatu | 16%             | 3%              | 81%             | 100% | 149  |
| Samozatrudniony            | 13%             | 3%              | 84%             | 100% | 399  |
| Bezrobotny                 | 15%             | 1%              | 84%             | 100% | 115  |
| Student/Uczeń              | 5%              | 1%              | 93%             | 100% | 723  |

| Aktywność zawodowa                           | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n   |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|------|-----|
| Emeryt                                       | 6%              | 0%              | 94%             | 100% | 16  |
| Długoterminowe zwolnienie lekarskie/Rencista | 7%              | 11%             | 81%             | 100% | 27  |
| Inne   | 12%             | 5%              | 83%             | 100% | 102 |
| Pearson chi2(14) = 50.0942 Pr = 0.000        |                 |                 |                 |      |     |

Większość respondentów była aktywna zawodowo. 58,6% stanowiły osoby zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy (2170/3701), 10,8% – samozatrudnione (399/3701), 4,0% – osoby zatrudnione w niepełnym wymiarze czasu pracy (149/3701). Co piąty respondent to osoba mająca status studenta lub ucznia (19,5%, 723/3701). Proporcja osób nieaktywnych zawodowo przedstawiała się następująco: 3,1% respondentów to osoby bezrobotne (115/3701), 0,7% – renciści/długoterminowe zwolnienie lekarskie (27/3701), 0,4% – emeryci (16/3701).

Biorąc pod uwagę ChemSex, zjawisko odnotowano we wszystkich kategoriach. Większą proporcję osób używających ChemSex w ciągu ostatniego roku – wśród wszystkich respondentów w danej kategorii sytuacji zawodowej – odnotowano u osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (16%, 24/149), osób bezrobotnych (15%, 17/115) oraz samozatrudnionych (13%, 51/399). Co dziesiąty respondent zatrudniony na pełny etat to respondent ChemSex 12M (+) (10%, 225//2170).

Respondentów poproszono także o ocenę swojej sytuacji materialnej.

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017  |
|--|
| <b>Które z tych określeń według Ciebie najbardziej odzwierciedla Twoje odczucia odnośnie Twoich zarobków obecnie?</b><br>kafeteria: Żyję naprawdę wygodnie przy obecnych dochodach, Żyję wygodnie przy obecnych dochodach, Nie żyję wygodnie, ale też nie jest mi ciężko przy obecnych dochodach, Jest mi dość ciężko przy obecnych dochodach, Naprawdę ledwie wiąże koniec z końcem |

Tabela 3.8. Ocena sytuacji materialnej

| Samoocena sytuacji materialnej  | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Żyję naprawdę wygodnie przy obecnych dochodach                        | 9%              | 2%              | 89%             | 100% | 512  |
| Żyję wygodnie przy obecnych dochodach                                 | 10%             | 3%              | 88%             | 100% | 1406 |
| Nie żyję wygodnie, ale też nie jest mi ciężko przy obecnych dochodach | 10%             | 3%              | 88%             | 100% | 1338 |
| Jest mi dość ciężko przy obecnych dochodach                           | 14%             | 2%              | 84%             | 100% | 311  |
| Naprawdę ledwie wiąże koniec z końcem                                 | 14%             | 2%              | 83%             | 100% | 127  |
| Pearson chi2(8) = 9.3726 Pr = 0.312                                   |                 |                 |                 |      |      |

Najczęściej respondenci wskazywali dwie dobre oceny swojej sytuacji materialnej: 38% osób żyje naprawdę wygodnie przy obecnych dochodach (1406/3694) oraz 36% nie żyje wygodnie, ale też nie jest im ciężko przy obecnych dochodach (1338/3694). Przy obecnych dochodach 14% respondentów żyje naprawdę wygodnie (512/3694), 8% jest dość ciężko (311/3694), 3% – naprawdę wiąże koniec z końcem (127/3694).

Chemsex 12M (+) odnotowano we wszystkich możliwych do wskazania ocenach. Większa proporcja ChemSex 12M (+) została odnotowana wśród odpowiedzi wskazujących gorszą sytuację materialną po 14% „jest mi dość ciężko przy obecnych dochodach” oraz „naprawdę ledwo wiąże koniec z końcem” (odpowiednio: 43/311 oraz 18/127), ale różnica ta nie była istotna statystycznie. Co dziesiąty respondent wskazujący, że „żyję naprawdę wygodnie przy obecnych dochodach” oraz co dziesiąty, który wybrał „nie żyję wygodnie, ale też nie jest mi ciężko przy obecnych dochodach” oraz blisko co dziesiąty, który wybrał opcję „żyję naprawdę wygodnie przy obecnych dochodach” to osoba używająca ChemSex w ciągu ostatniego roku (odpowiednio: 10%, 137/1406 i 10% 128/1338 oraz 9% 45/512).

### Orientacja seksualna i coming out

Respondenci zapytani zostali o określenie swojej orientacji seksualnej.

|   |
|---|
| <b>PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017</b>  |
| <b>Która z poniższych opcji najlepiej Cię definiuje?</b>  |
| kafeteria: Gej lub Homoseksualista, Biseksualista, Heteroseksualista, Inne określenie, Zwykle nie używam żadnego określenia |

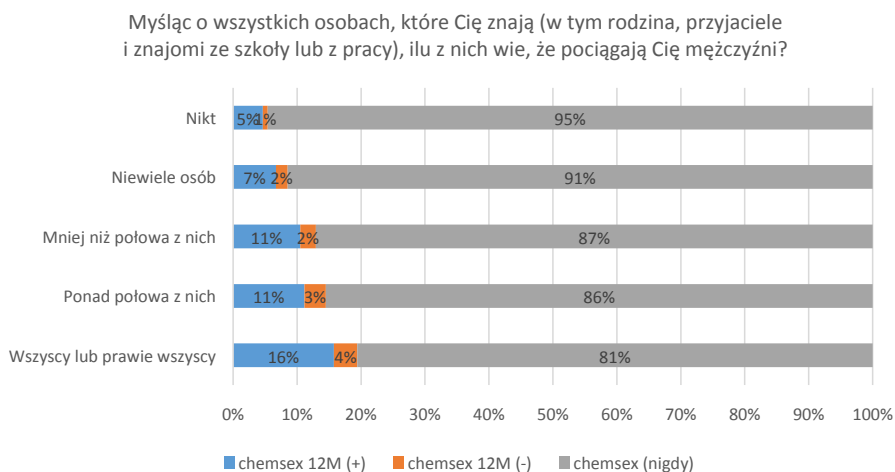
Tabela 3.9. Orientacja seksualna

| Orientacja seksualna                 | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| osoba homoseksualna                  | 10%             | 3%              | 87%             | 100% | 3112 |
| osoba biseksualna                    | 7%              | 2%              | 91%             | 100% | 394  |
| osoba heteroseksualna                | 13%             | 0%              | 88%             | 100% | 8    |
| inne określenie                      | 5%              | 0%              | 95%             | 100% | 22   |
| brak używania określenia             | 9%              | 1%              | 90%             | 100% | 165  |
| Pearson chi2(8) = 11.5923 Pr = 0.170 |                 |                 |                 |      |      |

Wśród respondentów przeważały osoby definiujące się jako osoba homoseksualna (84,1%, 3112/3701), co dziesiąty badany zdefiniował się jako osoba biseksualna (10,6%, 394/3701), a blisko co dwudziesty zwykle nie używa żadnego określenia (4,5%, 165/3701). Wśród respondentów znalazły się również osoby definiujące się jako osoby heteroseksualne (0,2%, 8/3701) oraz używające innego niż podane w kafeterii określenia (0,6%, 22/3701).

Uwzględniając zmienną ChemSex, co dziesiąty respondent definiujący się jako osoba homoseksualna (10%, 324/3112) to osoba ChemSex 12M (+), a w przypadku osób biseksualnych to 7% respondentów (28/394). Chemsex 12M (+) odnotowano również wśród osób definiujących się jako osoba heteroseksualna (13%, 1/7), osób nieużywających określeń (9%, 15/165) lub osób używających innych określeń (5%, 1/22).

Respondentów poproszono o oszacowanie liczby osób z szeroko rozumianego otoczenia, które wiedzą o tym, że badanych pociągają mężczyźni.



Wykres 3.4. Ujawnienie pociągu do mężczyzn wśród osób z otoczenia

Co trzeci respondent deklarował, że niewiele osób wie o jego zainteresowaniu mężczyznami (32%, 1196/3693), co czwarty ocenił, że ponad połowa wie (24%, 870/3693), prawie co piąty uważa, że wszyscy lub prawie wszyscy (19%, 711/3693) i również co piąty, że mniej niż połowa (18%, 657/3693), a częściej niż co dwudziesty – że nikt (7%, 259/3693).

Odsetek respondentów ChemSex 12M (+) wzrastał wprost proporcjonalnie do wzrostu proporcji osób z otoczenia, które były świadome, że respondentów pociągają mężczyźni. Wśród wszystkich respondentów, którzy zadeklarowali, że nikt z otoczenia nie wie, że są zainteresowani mężczyznami, co dwudziesty respondent to osoba ChemSex 12M (+) (5%, 12/259). Proporcja ta wzrasta do 16% wśród wszystkich respondentów, którzy ocenili, że wszyscy lub prawie wszyscy są świadomi ich pociągu do mężczyzn (112/711).

### Związki i relacje

W ankiecie zamieszczono pytanie dotyczące relacji z partnerem/partnerami.

**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**Czy masz obecnie, stałego partnera, który jest kochankiem, chłopakiem lub małżonkiem, co oznacza, że nie jesteś singlem?**

kafeteria: Nie, jestem singlem; Tak, mam stałego partnera; Nie jestem pewien/to skomplikowane

Tabela 3.10. Związki i relacje z partnerami

|  | <b>ChemSex<br/>12M (+)</b> | <b>ChemSex<br/>12M (-)</b> | <b>ChemSex<br/>(nigdy)</b> |      | <b>n</b> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------|----------|
| Singiel                                  | 11%                        | 3%                         | 86%                        | 100% | 1977     |
| Posiada stałego partnera                 | 8%                         | 2%                         | 90%                        | 100% | 1390     |
| Nie jest pewien/to skomplikowane         | 11%                        | 3%                         | 85%                        | 100% | 332      |
| Pearson $\chi^2(4) = 11.2002$ Pr = 0.024 |                            |                            |                            |      |          |

Ponad połowa respondentów określiła swój status jako singiel (53%, 1977/3699). Stałego partnera/partnerów posiadało 38% (1390/3699).

Biorąc pod uwagę zmienną ChemSex, wśród wszystkich singli oraz wśród wszystkich osób z niepewnym/skomplikowanym statusem relacji w związku, co dziesiąty respondent to osoba ChemSex 12M (+). W przypadku respondentów posiadających stałego partnera, osoby używające ChemSex w ciągu ostatniego roku to rzadziej niż co dziesiąty respondent (8%).

**PRZYJMOWANIE SUBSTANCJI**

Respondentów poproszono o wskazanie, kiedy przyjmowali poszczególne substancje psychoaktywne.

**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**Kiedy po raz ostatni zażywałeś [nazwa substancji]?**

kafeteria: Nigdy; W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu

[nazwa substancji]

haszysz, marihuana?

dopalacze syntetyczne kannabinoidy (np. Spice, K2, kadzidła ziołowe)?

ecstasy (E, XTC, MDMA) w postaci pigułki?

ecstasy (E, XTC, MDMA) w postaci kryształków lub proszku?

amfetaminę (speeda)?

metamfetaminę (crystal, meth, meta, Tina, Pervitin)?

heroinę albo inne środki z tej rodziny (słoma makowa, kompot, fentanyli)?

mefedron (mefa, mef, 4MMC, miaumiau, metylon, bubbles)?

mefedron (mefa, mef, 4MMC, miaumiau, metylon, bubbles)?

syntetyczne stymulanty inne niż mefedron (np. MXE, bathsalts, 3MMC, 4MEC, 4\_FA, XTClight)?

GHB/GBL (płynne ecstasy)?

ketaminę (K)?

LSD (kwasa)?

kokainę?

crack?

**Kiedy po raz ostatni używałeś substancji takich, jak Viagra®, MaxOn Active®, Cialis®, Levitra® lub innych substancji, które pomagają utrzymać erekcję?**

kafeteria: Nigdy; W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu

**Kiedy po raz ostatni przyjmowałeś środki uspokajające (Valium®, Rivotril®, Rohypnol®, Xanax®, Seduxen®, Phenazepam®)?**

kafeteria: Nigdy; W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu

Tabela 3.11. Substancje psychoaktywne kojarzone w literaturze ze zjawiskiem ChemSex

| Kiedy po raz ostatni zażywałeś |              | % łączny                      | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) | n łączny | n    |     |
|--------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|------|-----|
| AMFETAMINA                     | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 73%             | 2%              | 24%             | 100%     | 94   | 94  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 73%             | 3%              | 24%             | 100%     | 163  | 69  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 72%             | 3%              | 25%             | 100%     | 235  | 72  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 62%             | 10%             | 29%             | 100%     | 366  | 131 |
|                                |              | Ponad 5 lat temu              | 51%             | 13%             | 37%             | 100%     | 477  | 111 |
|                                | Nigdy        | 4%                            | 1%              | 95%             | 100%            | 3222     | 3222 |     |
| ECSTASY W POSTACI KRYSTAŁKOW   | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 77%             | 0%              | 23%             | 100%     | 71   | 71  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 73%             | 2%              | 25%             | 100%     | 165  | 94  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 71%             | 2%              | 26%             | 100%     | 242  | 77  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 65%             | 9%              | 27%             | 100%     | 313  | 71  |
|                                |              | Ponad 5 lat temu              | 60%             | 10%             | 30%             | 100%     | 356  | 43  |
|                                | Nigdy        | 5%                            | 2%              | 94%             | 100%            | 3342     | 3342 |     |
| ECSTASY W POSTACI PIŁUJKI      | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 73%             | 1%              | 26%             | 100%     | 82   | 82  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 70%             | 3%              | 27%             | 100%     | 156  | 74  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 66%             | 5%              | 29%             | 100%     | 229  | 73  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 61%             | 8%              | 31%             | 100%     | 313  | 84  |
|                                |              | Ponad 5 lat temu              | 53%             | 11%             | 36%             | 100%     | 397  | 84  |
|                                | Nigdy        | 5%                            | 2%              | 94%             | 100%            | 3302     | 3302 |     |
| GHB/GBL                        | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 91%             | 2%              | 7%              | 100%     | 56   | 56  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 94%             | 1%              | 6%              | 100%     | 124  | 68  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 90%             | 3%              | 8%              | 100%     | 181  | 57  |
|                                |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 78%             | 10%             | 12%             | 100%     | 259  | 78  |
|                                |              | Ponad 5 lat temu              | 75%             | 11%             | 14%             | 100%     | 280  | 21  |
|                                | Nigdy        | 5%                            | 2%              | 93%             | 100%            | 3421     | 3421 |     |

| Kiedy po raz ostatni zażywałeś              |              | % łączny                      | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) | n łączny | n    |     |
|---|--------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|------|-----|
| MEFEDRON                                    | Kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 91%             | 1%              | 8%              | 100%     | 134  | 134 |
|   |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 81%             | 2%              | 17%             | 100%     | 243  | 109 |
|   |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 76%             | 4%              | 20%             | 100%     | 329  | 86  |
|   |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 64%             | 11%             | 25%             | 100%     | 443  | 114 |
|   |              | Ponad 5 lat temu              | 63%             | 11%             | 26%             | 100%     | 455  | 12  |
|   | Nigdy        | 3%                            | 1%              | 96%             | 100%            | 3244     | 3244 |     |
| METAMFETAMINA                               | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 88%             | 2%              | 11%             | 100%     | 65   | 65  |
|   |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 84%             | 2%              | 14%             | 100%     | 140  | 75  |
|   |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 84%             | 3%              | 13%             | 100%     | 195  | 55  |
|   |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 70%             | 11%             | 19%             | 100%     | 281  | 86  |
|   |              | Ponad 5 lat temu              | 67%             | 13%             | 20%             | 100%     | 300  | 19  |
|   | Nigdy        | 5%                            | 2%              | 93%             | 100%            | 3399     | 3399 |     |
| SYNTEZYCZNE STYMULANTY<br>INNE NIŻ MEFEDRON | kiedykolwiek | W ciągu ostatnich 4 tygodni   | 86%             | 1%              | 13%             | 100%     | 87   | 87  |
|   |              | W ciągu ostatnich 6 miesięcy  | 85%             | 2%              | 13%             | 100%     | 136  | 49  |
|   |              | W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 82%             | 4%              | 14%             | 100%     | 187  | 51  |
|   |              | W ciągu ostatnich 5 lat       | 73%             | 8%              | 18%             | 100%     | 224  | 37  |
|   |              | Ponad 5 lat temu              | 72%             | 9%              | 19%             | 100%     | 230  | 6   |
|   | Nigdy        | 6%                            | 2%              | 92%             | 100%            | 3465     | 3465 |     |

Zdecydowana większość respondentów nigdy nie przyjmowała substancji psychoaktywnych: 87% (3222/3699) w przypadku amfetaminy, 88% (3244/3699) – mefedronu, 89% (3302/3699) – pigułki ecstazy, 90% (3342/3698) – kryształków/proszku ecstazy, 92% (3399/3699) – metamfetaminy, 92% (3421/3701) GHB/GBL oraz 94% (3465/3695) – syntetycznych stymulantów innych niż mefedron.

Wśród użytkowników stymulantów (i GHB/GBL) w granicach  $\frac{3}{4}$  do nawet ponad 90%, zależnie od substancji, stanowią użytkownicy ChemSex (Tab. 3.11).

Korelacje: substancje i ChemSex

Analizując dane, sprawdzono korelacje pomiędzy pytaniami dotyczącymi ChemSex oraz używania substancji psychoaktywnych.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

**Kiedy po raz ostatni zażywałeś narkotyki pobudzające, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej?**

kafeteria: W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu; Nigdy



**Kiedy po raz ostatni zażywałeś [nazwa substancji]?**

kafeteria: W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu; Nigdy

Korelacja oznacza, że zaobserwowano współwystępowanie zmiennych. W badaniu EMIS 2017 nie pytano bezpośrednio o substancje przyjmowane w ramach ChemSex. Pewnym przybliżeniem jest korelacja częstości/czasu używania substancji z częstością/czasem użycia ChemSex. Pomiędzy pytaniem o ostatni ChemSex oraz pytaniem o ostatnie przyjęcie substancji, istotne statystycznie korelacje wystąpiły w przypadku substancji:

- ▶ korelacja wysoka:
  - ▷ mefedron: Spearman's rho = 0.7131
  - ▷ GHB/GBL (płynne ecstazy): Spearman's rho = 0.6479
  - ▷ metamfetamina: Spearman's rho = 0.6102
  - ▷ amfetamina: Spearman's rho = 0.6034
  - ▷ ecstazy (E,XTC,MDMA) w postaci kryształków lub proszku: Spearman's rho = 0.5702
  - ▷ syntetyczne stymulanty inne niż mefedron Spearman's rho = 0.5513
  - ▷ ecstazy (E,XTC,MDMA) w postaci pigułki: Spearman's rho = 0.5475
- ▶ korelacja przeciętna
  - ▷ kokaina: Spearman's rho = 0.4941
  - ▷ haszysz, marihuana: Spearman's rho = 0.4506
  - ▷ ketamina: Spearman's rho = 0.3620
  - ▷ substancje, które pomagają utrzymać erekcję (typu: Viagra®, MaxOn Active®, Cialis®, Levitra®): Spearman's rho = 0.3490
  - ▷ dopalacze – syntetyczne kannabinoidy: Spearman's rho = 0.3350
- ▶ korelacja słaba
  - ▷ środki uspokajające (typu Valium®, Rivotril®, Rohypnol®, Xanax®, Seduxen®, Phenazepam®): Spearman's rho = 0.1237
  - ▷ heroina: Spearman's rho = 0.1131

**Iniekcje**

Respondentów zapytano, czy wśród dróg przyjmowania substancji psychoaktywnych miała miejsce iniekcja (droga dożylna, domięśniowa, podskórna).

**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**Czy kiedykolwiek wstrzykiwałeś sobie jakiekolwiek narkotyki (poza sterydami anabolicznymi czy przepisanyimi lekami) lub ktoś inny Tobie wstrzykiwał?**

kafeteria: Nie, nigdy; Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy; Tak, ponad 12 miesięcy temu.

Tabela 3.12. Przyjmowanie substancji poprzez iniekcje

| Iniekcje substancji                   | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Nigdy                                 | 9%              | 3%              | 89%             | 100% | 3583 |
| W ciągu ostatnich 12 miesięcy         | 75%             | 2%              | 24%             | 100% | 55   |
| Ponad 12 miesięcy temu                | 64%             | 6%              | 30%             | 100% | 33   |
| Pearson chi2(4) = 371.3757 Pr = 0.000 |                 |                 |                 |      |      |

Zdecydowana większość respondentów nigdy nie przyjmowała substancji we wstrzyknięciu (98%, 3583/3671). Wśród respondentów przyjmujących substancje w iniekcji, większość wykonała je w ciągu ostatniego roku przed badaniem (55/88).

Wśród iniekcyjnych użytkowników substancji, dominowali respondenci ChemSex 12M (+), stanowiąc  $\frac{3}{4}$  wszystkich przyjmujących substancje w iniekcji w ciągu ostatniego roku (41/55).

W ankiecie przewidziano również pytanie dotyczące korzystania z używanego sprzętu do iniekcji.

**PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017**

**Kiedy po raz ostatni wstrzykiwałeś sobie sterydy anaboliczne lub narkotyki używaną igłą lub strzykawką (daną przez kogoś, pożyczoną lub odsprzedaną przez kogoś innego)?**

kafeteria: Nigdy; W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat.

Tabela 3.13. Korzystanie z używanego sprzętu do iniekcji

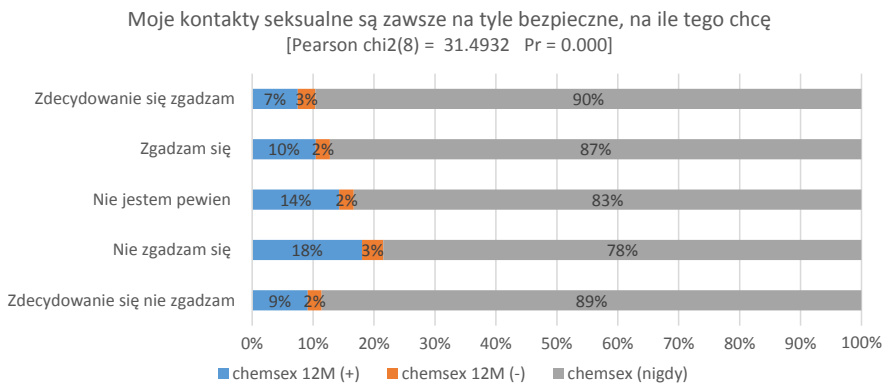
| Ostatnia iniekcja używaną igłą lub strzykawką | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n  |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|----|
| W ciągu ostatnich 12 miesięcy                 | 75%             | 0%              | 25%             | 100% | 20 |
| Ponad rok temu                                | 69%             | 8%              | 23%             | 100% | 13 |
| Nigdy   | 69%             | 4%              | 27%             | 100% | 55 |

Większość respondentów przyjmująca substancje w iniekcjach, nigdy nie korzystała z używanego wcześniej sprzętu do iniekcji (63%; 55/88). Osoby wykonujące iniekcje używaną wcześniej igłą lub strzykawką stanowiły 38% respondentów wykorzystujących iniekcję jako drogę przyjmowania substancji (33/88), z czego w większości były to osoby korzystające z używanego w sprzętu w ciągu ostatniego roku (20/33).

$\frac{3}{4}$  respondentów wykonujących iniekcje używanym wcześniej sprzętem w ciągu ostatniego roku to osoby ChemSex 12M (+).

## KONTROLOWANIE PODEJMOWANYCH KONTAKTÓW SEKSUALNYCH

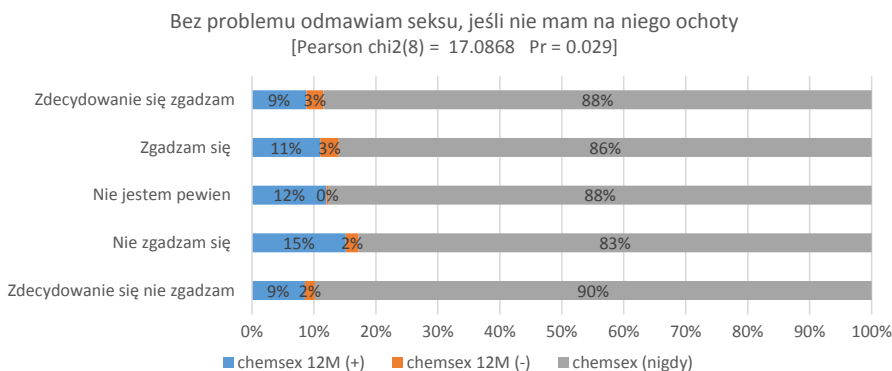
Respondentów poproszono o opinię dotyczącą różnych aspektów kontroli nad podejmowanymi kontaktami seksualnymi.



Wykres 3.5. Opinia na temat bezpieczeństwa podejmowanych kontaktów seksualnych

Zdecydowana większość respondentów zgodziła się, że ich kontakty seksualne są na tyle bezpieczne na ile oni tego chcą (Zgadzam się: 41%, 1522/3700; Zdecydowanie się zgadzam: 36%, 1321/3700). Ze stwierdzeniem nie zgodziło się 13% (Zdecydowanie się nie zgadzam: 8%, 307/3700; Nie zgadzam się: 5%, 172/3700). Nie było pewnych 10% (378/3700).

Uwzględniając zmienną ChemSex, wśród osób mających mniejszą kontrolę nad bezpieczeństwem podejmowanych kontaktów seksualnych blisko co piąty respondent używał ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy w przypadku odpowiedzi „Nie zgadzam się” (18%; 31/172), blisko co dziesiąty w przypadku „Zdecydowanie się nie zgadzam” (9%; 28/307) oraz częściej niż co dziesiąty w przypadku „Nie jestem pewien” (14%; 54/378).



Wykres 3.6. Opinia dotycząca odmowy podejmowania kontaktów seksualnych

Zdecydowana większość respondentów zgodziła się, że bez problemu odmawia kontaktów seksualnych, jeśli nie ma na nie ochoty („Zgadzam się”: 38%, 1406/3697; „Zdecydowanie się zgadzam”: 45%, 1655/3697). Ze stwierdzeniem nie zgodziło się 10% („Zdecydowanie się nie zgadzam”: 7%, 246/3697; „Nie zgadzam się”: 3%, 99/3697). Nie było pewnym 8% (378/3697).

Uwzględniając zmienną ChemSex, wśród osób mających mniejszą kontrolę nad odmową kontaktów seksualnych, gdy nie mają na nie ochoty, częściej niż co dziesiąty respondent to osoba z grupy ChemSex 12M (+) w przypadku odpowiedzi „Nie zgadzam się” (15%; 15/99) oraz w przypadku „Nie jestem pewien” (12%; 35/291), blisko co dziesiąty w przypadku „Zdecydowanie się nie zgadzam” (9%; 21/246).

## DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

### Testowanie

Respondentów zapytano o wykonywanie testów w kierunku zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych (STI).

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017   |
|---|
| <b>Czy kiedykolwiek otrzymałeś wynik testu na HIV?</b><br>kafeteria: Nie; Tak   |
| <b>Czy kiedykolwiek przebadłeś się w kierunku innych niż HIV infekcji przenoszonych drogą płciową?</b><br>kafeteria: Nie; Tak |

Tabela 3.14. Testowanie w kierunku STI, w tym HIV

|  | ChemSex<br>12M (+)                    | ChemSex<br>12M (-) | ChemSex<br>(nigdy) |      | n    |
|--|---------------------------------------|--------------------|--------------------|------|------|
| <b>Otrzymanie wyniku testu hiv (kiedykolwiek)</b>        |                                       |                    |                    |      |      |
| Nie  | 4%                                    | 1%                 | 95%                | 100% | 1027 |
| Tak  | 12%                                   | 3%                 | 84%                | 100% | 2673 |
|  | Pearson chi2(2) = 77.2430 Pr = 0.000  |                    |                    |      |      |
| <b>Test w kierunku sti innych niż hiv (kiedykolwiek)</b> |                                       |                    |                    |      |      |
| Nie  | 4%                                    | 2%                 | 94%                | 100% | 1680 |
| Tak  | 15%                                   | 3%                 | 82%                | 100% | 1914 |
|  | Pearson chi2(2) = 131.2467 Pr = 0.000 |                    |                    |      |      |

Większość respondentów testowała się w kierunku STI, ponad 2/3 w przypadku zakażenia HIV (72%; 2673/3700), ponad połowa w przypadku pozostałych STI (53%; 1914/3594).

Wśród respondentów deklarujących wykonanie kiedykolwiek testu w kierunku STI, częściej niż co dziesiąty respondent to osoba ChemSex 12M (+) (12%, 334/2673 w przypadku testu HIV oraz 15%, 289/1914 w przypadku pozostałych STI).

Respondentów, u których nie zdiagnozowano zakażenia HIV, zapytano o czas od wykonania ostatniego testu w kierunku zakażenia HIV. Respondentów zapytano również kiedy po raz ostatni wykonali test w kierunku STI, innych niż zakażenie HIV.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

##### Czy zdiagnozowano u Ciebie zakażenie HIV?

kafeteria: Nie; Tak

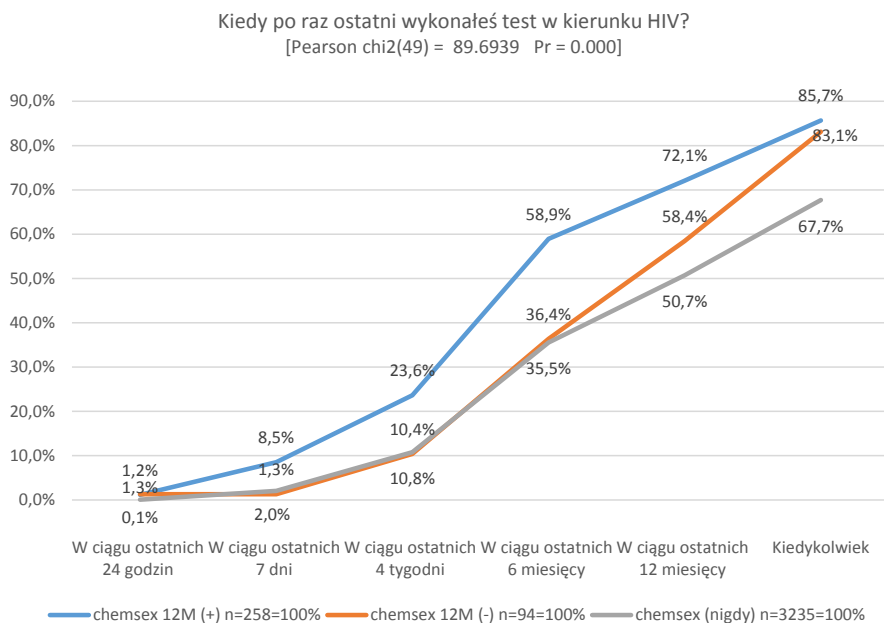
<Jeżeli Nie>:

##### Kiedy po raz ostatni wykonałeś test w kierunku HIV?

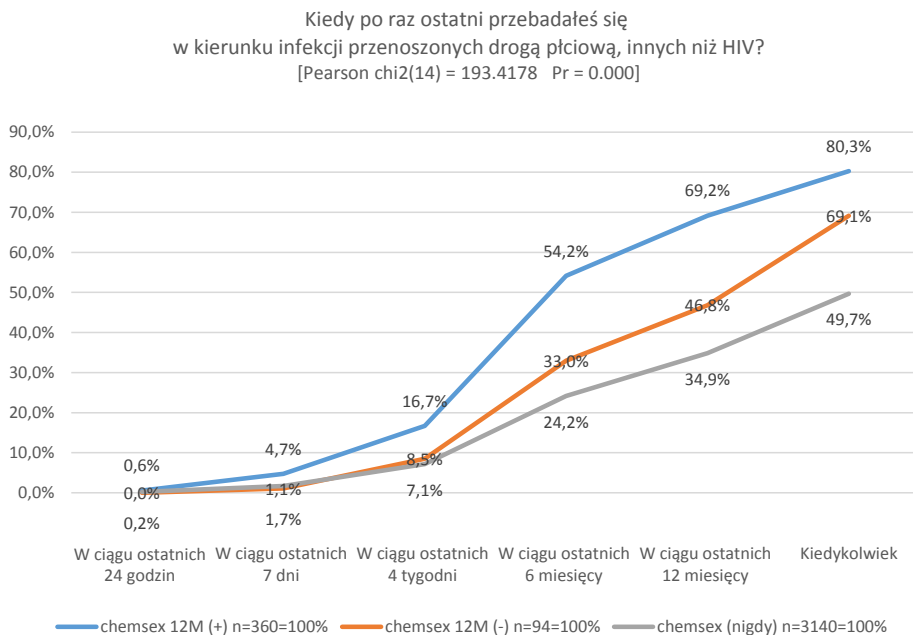
kafeteria: W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu;

##### Kiedy po raz ostatni przebadasz się w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową, innych niż HIV?

kafeteria: W ciągu ostatnich 24 godzin; W ciągu ostatnich 7 dni; W ciągu ostatnich 4 tygodni; W ciągu ostatnich 6 miesięcy; W ciągu ostatnich 12 miesięcy; W ciągu ostatnich 5 lat; Ponad 5 lat temu; Nigdy



Wykres 3.7. Testowanie w kierunku zakażenia HIV, dotyczy respondentów bez diagnozy HIV



Wykres 3.8. Testowanie w kierunku STI, innych niż HIV

Analizując poszczególne grupy zmiennej ChemSex, wśród osób ChemSex 12M (+) więcej osób wykonało test w kierunku STI w ciągu ostatniego roku (HIV, osoby wcześniej HIV(-): 72%; 186/258, pozostałe STI: 69%; 249/360), w porównaniu do 58% (HIV; 45/77) i 47% (STI; 44/94) w grupie ChemSex 12M(-) oraz 51% (HIV; 1535/3028) i 35% (STI; 1095/3140) w grupie, która nigdy nie używała ChemSex.

### Profilaktyka poekspozycyjna (PEP)

W ankiecie zapytano respondentów o korzystanie z profilaktyki poekspozycyjnej dotyczącej zakażenia HIV (PEP), która ma na celu zminimalizowanie ryzyka zakażenia HIV po tym, gdy miała miejsce ekspozycja na wirusa.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

**Czy kiedykolwiek próbowałeś otrzymać profilaktykę poekspozycyjną PEP (nawet jeśli jej nie wziąłeś)?**

kafeteria: Nie; Tak

**Czy kiedykolwiek przyjmowałeś profilaktykę poekspozycyjną (PEP)?**

kafeteria: Nie, nie mogłem jej dostać; Nie, miałem okazję, ale zdecydowałem się jej nie przyjmować; Tak, odbyłem jedną kurację lekami; Tak, odbyłem więcej niż jedną kurację lekami; Nie wiem.

Tabela 3.15. Przyjmowanie profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) zakażenia HIV

|   | ChemSex<br>12M (+) | ChemSex<br>12M (-) | ChemSex<br>(nigdy) |      | n    |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|------|------|
| <b>Próba otrzymania PEP</b>                                 |                    |                    |                    |      |      |
| Nie   | 7%                 | 2%                 | 90%                | 100% | 3231 |
| Tak   | 18%                | 2%                 | 79%                | 100% | 121  |
| Pearson chi2(2) = 19.7153 Pr = 0.000                        |                    |                    |                    |      |      |
| <b>Jeśli tak: Czy kiedykolwiek przyjmowałeś PEP?</b>        |                    |                    |                    |      |      |
| Nie, nie mogłem jej dostać                                  | 16%                | 4%                 | 80%                | 100% | 56   |
| Nie, miałem okazję, ale zdecydowałem się jej nie przyjmować | 9%                 | 0%                 | 91%                | 100% | 11   |
| Tak, odbyłem jedną kurację lekami                           | 22%                | 2%                 | 76%                | 100% | 41   |
| Tak, odbyłem więcej niż jedną kurację lekami                | 50%                | 0%                 | 50%                | 100% | 6    |
| Nie wiem  | 0%                 | 0%                 | 100%               | 100% | 6    |
| Pearson chi2(8) = 7.4169 Pr = 0.492                         |                    |                    |                    |      |      |

Zdecydowana większość respondentów 96% (3231/3352) nie próbowała otrzymać PEP. Wśród respondentów, którzy próbowali uzyskać PEP, ponad połowa (56%; 67/120) nie przyjęła PEP. 47% respondentów (56/120) z powodu problemów z otrzymaniem PEP.

Zauważalny jest istotny odsetek respondentów ChemSex 12M (+) w kwestii przyjęcia PEP. Wśród osób przyjmujących kiedykolwiek PEP, osoby używające ChemSex w ciągu ostatniego roku stanowiły znaczny odsetek. Mała liczba odpowiedzi skłania do ostrożności w interpretacji danych.

### Profilaktyka przed ekspozycyjna (PrEP)

Respondentów poproszono o odpowiedź na pytanie o to, czy korzystają z profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP). Ta forma profilaktyki dotyczy osoby niezakażonej, która przyjmuje leczenie zarówno przed, jak i po kontakcie seksualnym w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia HIV.

#### PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017

##### Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) zakażenia HIV

kafeteria: Nie; Tak

<Jeśli Tak to pytanie:>

##### Czy kiedykolwiek przyjmowałeś PrEP?

kafeteria: Nie; Tak, na co dzień i nadal ją biorę; Tak, na co dzień, ale już jej nie biorę; Tak, kiedy jej potrzebowałem, ale nie codziennie; Nie wiem.

Tabela 3.16. Przyjmowanie profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) zakażenia HIV

| Czy kiedykolwiek przyjmowałeś PrEP?              | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Nie  | 10%             | 3%              | 88%             | 100% | 3650 |
| Tak, na co dzień i nadal ją biorę                | 14%             | 7%              | 79%             | 100% | 14   |
| Tak, na co dzień, ale już jej nie biorę          | 0%              | 0%              | 100%            | 100% | 4    |
| Tak, kiedy jej potrzebowałem, ale nie codziennie | 56%             | 0%              | 44%             | 100% | 9    |
| Nie wiem   | 40%             | 0%              | 60%             | 100% | 10   |
| Pearson chi2(8) = 33.2679 Pr = 0.000             |                 |                 |                 |      |      |

Nieliczni respondenci włączeni do analizy przyjmowali kiedykolwiek PrEP – 0,7% (27/3687); 99% (3650/3687) nie przyjmowało. PrEP w chwili badania przyjmowało 0,4% (14/3687). Odpowiedzi ‘nie wiem’ udzieliło 0,3% ankietowanych (10/3687).

Uwzględniając zmienną ChemSex, zauważalny jest istotny odsetek respondentów ChemSex 12M (+) w kwestii przyjmowania PrEP. Wśród osób przyjmujących kiedykolwiek PrEP, osoby używające ChemSex w ciągu ostatniego roku stanowiły znaczny odsetek. Do tych wyników należy podchodzić z ostrożnością ze względu na małą liczbę odpowiedzi wśród osób przyjmujących PrEP.

## ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ KONTAKTÓW SEKSUALNYCH

### HIV

W ankiecie przewidziano pytania dotyczące rozpoznania zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych, w tym zakażenia HIV.

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017   |
|---|
| <b>Czy zdiagnozowano u Ciebie zakażenie HIV?</b><br>kafeteria: NIE; TAK                               |
| <b>Czy zdiagnozowano u Ciebie zakażenie HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy?</b><br>kafeteria: NIE; TAK |

Tabela 3.17. Zdiagnozowane zakażenie HIV

| Zdiagnozowane zakażenie HIV                 | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Nie   | 8%              | 2%              | 90%             | 100% | 3363 |
| Tak   | 34%             | 5%              | 61%             | 100% | 330  |
| Pearson chi2(2) = 245.7914 Pr = 0.000       |                 |                 |                 |      |      |
| Zdiagnozowano w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 29%             | 2%              | 69%             | 100% | 55   |



Deklaracja zdiagnozowania zakażenia HIV w analizowanej próbie dotyczyła prawie co dziesiątego respondenta – 9% (330/3693), który udzielił odpowiedzi. Z tego blisko co piąte rozpoznanie nastąpiło w ciągu ostatniego roku przed badaniem – 17% (55/330).

Jedna trzecia respondentów deklarujących zakażenie HIV to osoby używające ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy (34%), również w przypadku wyszczególnienia świeżych diagnoz, tzn. w ciągu ostatniego roku przed badaniem (29%).

Respondentów poproszono o subiektywną ocenę statusu zakażenia HIV.

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017   |
|---|
| <b>Jaki jest według Ciebie Twój obecny status serologiczny HIV (bez względu na to czy badałeś się czy nie w kierunku HIV)? Zdecydowanie negatywny (nie jestem zakażony HIV)</b> |
| kafeteria: Prawdopodobnie negatywny; Nie jestem pewien/Nie wiem; Prawdopodobnie pozytywny; Zdecydowanie pozytywny (jestem zakażony HIV)   |

Tabela 3.18. Ocena statusu serologicznego HIV

| Jaki jest według ciebie twój obecny status serologiczny HIV (bez względu na to czy badałeś się czy nie w kierunku HIV)? | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| Zdecydowanie negatywny (nie jestem zakażony HIV)  | 7%              | 2%              | 91%             | 100% | 2073 |
| Prawdopodobnie negatywny  | 9%              | 3%              | 88%             | 100% | 1109 |
| Nie jestem pewien/Nie wiem  | 14%             | 2%              | 85%             | 100% | 185  |
| Prawdopodobnie pozytywny  | 0%              | 0%              | 100%            | 100% | 10   |
| Zdecydowanie pozytywny (jestem zakażony HIV)  | 34%             | 5%              | 61%             | 100% | 322  |
| Pearson chi2(8) = 252.0794 Pr = 0.000   |                 |                 |                 |      |      |

Wśród respondentów, których odpowiedzi poddano analizie, zdecydowana większość oceniła swój status zakażenia HIV jako negatywny – 86% (3182/3699). Swojego statusu HIV nie jest pewnych lub nic o nim nie wie 5% respondentów (185/3699). 9% respondentów wskazało pozytywny status HIV, co jest tożsame z danymi uzyskanymi z odpowiedzi na pytanie o zdiagnozowane zakażenie HIV. Również rozkład odsetka odpowiedzi w zależności od zmiennej ChemSex jest tożsamy z danymi dotyczącymi zdiagnozowanych zakażeń HIV – 1/3 respondentów wśród wszystkich deklarujących pozytywny status zakażenia HIV, to respondenci ChemSex 12M (+).

### Pozostałe STI: HCV, kiła, rzeżączka, chlamydia

Respondentów zapytano o to, czy kiedykolwiek rozpoznano u nich zakażenia HCV oraz kiłę, rzeżączkę i chlamydię.

| PYTANIE KWESTIONARIUSZOWE EMIS 2017   |
|---|
| <b>Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie wirusowe zapalenie wątroby typu C?</b><br>kafeteria: Nie, Tak, Nie wiem.         |
| <b>Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie kiłę?</b><br>kafeteria: Nie, Tak, Nie wiem.                                      |
| <b>Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie rzeżączkę?</b><br>kafeteria: Nie, Tak, Nie wiem.                                 |
| <b>Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie chłamydię lub ziarnicę weneryczną pachwin?</b><br>kafeteria: Nie, Tak, Nie wiem. |

Tabela 3.19. Inne niż HIV zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych

| Zdiagnozowano kiedykolwiek | ChemSex 12M (+) | ChemSex 12M (-) | ChemSex (nigdy) |      | n   |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|-----|
| HCV                        | 41%             | 8%              | 51%             | 100% | 61  |
| Kiła                       | 28%             | 4%              | 68%             | 100% | 450 |
| Rzeżączka                  | 23%             | 5%              | 72%             | 100% | 372 |
| Chłamydia                  | 21%             | 5%              | 74%             | 100% | 177 |

Rozpoznanie STI w analizowanej próbie dotyczyło nie częściej niż co dziesiątego respondenta, który udzielił odpowiedzi. Kiłę kiedykolwiek rozpoznano u 12% (450/3696), rzeżączkę u 10% (372/3626), chłamydię będącą STI u 5% (177/3690). Zakażenie HCV zadeklarowało 2% respondentów (61/3696).

W zależności od zmiennej ChemSex znaczny odsetek zakażeń dotyczył osób z grupy ChemSex 12M (+) – co piąty zakażony w przypadku rzeżączki i chłamydii, blisko co trzeci zakażonych kiłą to respondent używający ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W przypadku zakażenia HCV 41% wszystkich deklarujących rozpoznanie zakażenia HCV w analizowanej próbie dotyczyło osób ChemSex 12M (+).

### 3.4. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Respondenci badania EMIS 2017, mieszkający na terytorium Polski, nie wyróżniają się w aspekcie łączenia kontaktów seksualnych z substancjami w odniesieniu do wyników całego badania<sup>2</sup>. Kiedykolwiek kontakty seksualne z narkotykami pobudzającymi łączyło 15% wszystkich respondentów badania EMIS 2017 (The EMIS Network, 2019). Wśród wszystkich respondentów mieszkających w Polsce – 12%. W ciągu ostatniego roku przed badaniem wartości polskiej

<sup>2</sup> 127 792 respondentów żyjących w 48 krajach

części badania były na zbliżonym poziomie z odsetkiem wszystkich respondentów EMIS 2017 i wyniosły po 10%.

W ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego wypełnienie ankiety, 5% respondentów mieszkających w Polsce przyjęło substancje podbudzające by kontakty seksualne były bardziej intensywne i/lub trwały dłużej. Odsetek plasuje Polskę wśród krajów z niższym wskaźnikiem użytkowników ChemSex (4%-5%, ale nie najniższym), obok respondentów mieszkających w Austrii (4,9%), Niemczech (4,7%), na Malcie (4,4%), w Danii (4,3%), w Luxemburgu (4,2%), na Węgrzech (4,1%), oraz w Portugalii (4,1%) i Turcji (4,1%) (The EMIS Network, 2019).

Respondenci mieszkający w Polsce, którzy każdy lub prawie każdy kontakt seksualny łączyli z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (włączając alkohol), stanowili podobną proporcję jak w całym badaniu EMIS 2017 – 8% (7% w przypadku wszystkich respondentów EMIS 2017) (The EMIS Network, 2019).

Analiza pod kątem ChemSex<sup>3</sup> aktywnych seksualnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy respondentów badania EMIS mieszkających w Polsce, pokazała, iż ChemSex jest zjawiskiem rzadkim, ale egalitarnym ze względu na cechy społeczno-demograficzne badanych. Zjawisko to odnotowano we wszystkich województwach, grupach wieku (choć częściej wśród 30- i 40-latków), niezależnie od środowiska zamieszkania (choć wprost proporcjonalnie do wielkości miejsca zamieszkania), sytuacji materialnej (choć częściej wśród osób gorzej oceniających swoją sytuację), sytuacji zawodowej (choć częściej u osób zatrudnionych na część etatu, bezrobotnych i samozatrudnionych), statusu relacji z partnerami (zarówno wśród singli, jak i osób pozostających w stałych związkach) czy orientacji seksualnej.

Zjawisko ChemSex choć rzadkie, jest istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Respondenci ChemSex 12M (+) mieli mniejszy wpływ na podejmowane kontakty seksualne (widocznie wzrastała ich proporcja wśród wszystkich, którzy odpowiedzieli, że nie zgadzają się ze stwierdzeniem, iż ich kontakty seksualne są na tyle bezpieczne, na ile tego chcą oraz iż bez problemu odmawiają seksu, jeśli nie mają na niego ochoty). Wśród respondentów deklarujących rozpoznanie u nich zakażeń STI (HCV, HIV, kiła, rzeżączka, chłamydia), zauważalny był odsetek osób ChemSex 12M (+). Niepokojąca jest zaobserwowana trudność w dostępie profilaktyki poekspozycyjnej zakażenia HIV (PEP), dla osób, które próbowały ją uzyskać. Blisko połowa wszystkich respondentów, którzy podjęli próbę uzyskania PEP, nie mogli jej dostać. W temacie uzyskania PEP bardziej skuteczni byli respondenci ChemSex 12M (+). Wśród wszystkich respondentów w iniekcyjnym

---

<sup>3</sup> zdefiniowanego jako zażywanie substancji pobudzających, żeby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej [do narkotyków pobudzających zaliczono: ecstasy/MDMA, kokainę, amfetaminę, metamfetaminę, mefedron i ketaminę]

przyjmowaniu substancji psychoaktywnych dominowali respondenci ChemSex 12M (+), wielu korzystając z używanego sprzętu do iniekcji.

Analizując poszczególne działania profilaktyczne, z których korzystali dotychczas respondenci, osoby ChemSex 12M (+) wykazują dość dużą aktywność. Częściej testowali się w kierunku STI (w tym w kierunku zakażenia HIV), skuteczniej pozyskiwali PEP, stosowali PrEP (profilaktykę przedekspozycyjną zakażenia HIV). Odnotowane działania profilaktyczne wskazują na potencjał grupy ChemSex 12M (+) w tym obszarze. Należałoby zintensyfikować profilaktykę dla tej grupy. Kluczowe jest wprowadzenia działań z obszaru redukcji szkód iniekcyjnego przyjmowania substancji, szczególnie w temacie czystego sprzętu do iniekcji. Wzmocnić obszar testowania w kierunku zakażeń STI – zapewnić większą dostępność bezpłatnych, wygodnych testów, warto rozważyć możliwość wykorzystania szybkich testów do samodzielnego wykonania. Wzmocnić dostępność PEP i PrEP. Pozyskane informacje o miejscu wypełnienia ankiety (portale randkowe) oraz urządzeniu, na którym ją wypełniono (telefon) wskazuje „miejsca” gdzie edukacja zdrowotna oraz działania profilaktyczne mogłyby znaleźć odbiorców.

Chemsex w grupie docelowej jest zjawiskiem rzadkim, ale istotnym z punktu widzenia zdrowia publicznego. Kluczowa byłaby intensyfikacja działań profilaktycznych dedykowanych użytkownikom ChemSex, szczególnie w obszarze STI, w tym działań z obszaru redukcji szkód przyjmowania substancji w iniekcji.

## BIBLIOGRAFIA

The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 dostępny jest na stronie: [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu).

# ROZDZIAŁ 4. CHEMSEX W PERSPEKTYWIE UŻYTKOWNIKÓW NA PODSTAWIE BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Maria Brodzikowska, Agnieszka Walendzik-Ostrowska

## 4.1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADANIA

### 4.1.1. PRZYJĘTA STRATEGIA BADANIA

Badanie było zrealizowane strategią jakościową w oparciu o założenia paradygmatu interpretatywnego, który zakłada wielość społecznych rzeczywistości (relatywistyczna ontologia) a badacz i badany jednocześnie współtworzą ich rozumienie w procesie badawczym (subiektywistyczna epistemologia) realizowanym w naturalnym środowisku (Denzin, Lincoln, 2010). Celem badań realizowanych w paradygmacie interpretatywnym nie jest weryfikacja hipotez i potwierdzanie istniejących teorii, ale opis i rozumienie zjawisk społecznych, co pozwala na rozwiązywanie problemów społecznych. Przyjęcie takiej perspektywy uzasadnione jest grupą, która jest przedmiotem badania (użytkownicy ChemSex) oraz problematyką, w której nakładają się dwie społecznie marginalizowane i drażliwe kwestie: zachowania seksualne między mężczyznami oraz używanie substancji psychoaktywnych.

W trakcie badania zostały zebrane jakościowo różne rozumienia, doświadczenia i perspektywy badanych dotyczące zjawiska ChemSex, które następnie zostały poddane analizie. Osadza to proces badawczy, a później analityczny, w koncepcji badań fenomenograficznych, w której pyta się o indywidualne koncepcje oraz sposoby doświadczania, interpretowania oraz rozumienia różnorodnych aspektów rzeczywistości (Denzin, Lincoln, 2010). Fenomenografia skupia się na uchwyceniu i przedstawieniu intersubiektywnych, zróżnicowanych interpretacji danego zjawiska, wyartykułowanych przez badanych w oparciu o własne doświadczenie (Kubinowski, 2013). Badacza interesują tutaj przede wszystkim sposoby ujmowania w pojęcia zdarzeń oraz zjawisk świata społecznego przez konkretne osoby. Celem tak pojętych badań jest jakościowy opis sposobów doświadczania różnorodnych fenomenów, w tym wypadku fenomenowi ChemSex.

#### 4.1.2. METODA BADANIA

Przyjętą metodą badawczą było studium przypadku(ów). Polega ono na poznawaniu, rozumieniu oraz opisywaniu i interpretowaniu zjawisk oraz procesów społecznych, a także wybranych fragmentów rzeczywistości społecznej w perspektywie jednostkowej (osobowej lub instytucjonalnej), w ujęciu holistycznym, kontekstualnym, dynamicznym (Kubinowski, 2013).

#### 4.1.3. PRZEDMIOT I CEL BADANIA ORAZ PROBLEMY BADAWCZE

Badanie miało charakter eksploracyjny. Przedmiotem badania było zjawisko ChemSex w populacji MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami). W badaniu sformułowano następujący cel: analizę wybranych aspektów zjawiska ChemSex z perspektywy jego użytkowników.

Problemy badawcze zostały sformułowane adekwatnie do założonego celu badania.

**Problem główny:**

- ▶ Jak wyglądają wybrane aspekty zjawiska ChemSex z perspektywy użytkowników?

**Problemy szczegółowe:**

- ▶ Czym jest ChemSex w percepcji badanych i jaką rolę odgrywa w życiu użytkowników?
- ▶ Jakie są motywy używania ChemSex i jakie są doświadczenia biograficzne użytkowników ChemSex według badanych?
- ▶ Jakie zyski i szkody związane z ChemSex są dostrzegane przez badanych?
- ▶ Jakiej pomocy poszukują osoby zaangażowane w ChemSex i jaka pomoc jest im proponowana?

Zaproponowany cel badawczy, sformułowany w odniesieniu do użytkowników, jest zbieżny z celem szczegółowym badania, którym jest „Określenie kontekstu używania ChemSex w Polsce, roli ChemSex oraz konsekwencji zdrowotnych i społecznych oraz doświadczeń z serwisami pomocowymi”. Z kolei przygotowane szczegółowe pytania badawcze – a precyzyjniej – odpowiedzi na te pytania, pozwolą na realizację postawionego celu.

#### 4.1.4. SPOSÓB GROMADZENIA DANYCH

Sposobem gromadzenia danych w badaniu był **zogniskowany wywiad grupowy** (grupa fokusowa) oraz **indywidualne wywiady pogłębione** z użytkownikami ChemSex.

### Uzasadnienie wyboru technik badawczych

S. Kvale zaznacza, że grupy fokusowe są przydatne w badaniach eksploracyjnych w nowych dziedzinach, a także w przypadku tematów delikatnych i drażliwych – a tematyka niniejszego badania posiada obie te cechy. Interakcje w grupie i wzajemnie oddziaływanie na siebie jej uczestników mogą ułatwić wyrażanie emocji, do których zazwyczaj nie da się dotrzeć innymi metodami (Kvale, 2011). Pomagają także stymulować proces myślowy u uczestników badania – a dzięki temu pojawia się wiele nowych treści i wielowymiarowych wątków.

Dla sposobu prowadzenia grup fokusowych oraz dla konstrukcji narzędzia badawczego jednym z najistotniejszych elementów będzie zwrócenie szczególnej uwagi na skupieniu się na opiniach osób badanych, nie zaś na ich życiorysach czy elementach życiorysów. R. Barbour (2011) podkreśla tutaj bowiem, że „tematy delikatne” wymagają ostrożności i wrażliwości badacza. Nie opowiada się jednak – jak niektórzy autorzy – zupełnie przeciwko stosowaniu fokusów w przypadku tego typu tematów.

W przypadku chęci uzyskania pogłębionych danych, bardziej osobistych narracji najlepszym sposobem gromadzenia danych wydaje się natomiast wywiad indywidualny (Barbour 2011). W badaniu został więc dodatkowo wykorzystany jeden z typów wywiadów pogłębionych – wywiad skoncentrowany na problemie. Polega na tym, że badacz przychodzi do rozmówcy z pewną koncepcją teoretyczną – ma już sprecyzowany obszar poszukiwań i wie, czego chce się od swojego rozmówcy dowiedzieć (Pilch, Bauman, 2001).

W toku badania przeprowadzono 4 wywiady zogniskowane (grupy fokusowe) oraz 7 wywiadów indywidualnych z użytkownikami ChemSex.

#### 4.1.5. NARZĘDZIE BADAWCZE

Narzędziami badawczymi były: scenariusz wywiadu grupowego oraz kwestionariusz wywiadu indywidualnego. Oba scenariusze zawierały bloki pytań, adekwatnych do postawionych wyżej problemów badawczych. Pytania koncentrowały się wokół następujących zagadnień: definicje ChemSex i skojarzenia z nim, charakterystyka użytkowników – ewentualne wspólne cechy, szacowana liczba użytkowników, rozpowszechnienie zjawiska, postrzeganie go w społeczności, motywy praktykowania ChemSex, jego zasady, poszukiwanie partnerów, używane substancje i sposoby ich zdobywania, różnice między ChemSex a seksem na trzeźwo, cechy problemowego praktykowania ChemSex, korzyści oraz straty i szkody będące efektem ChemSex, stosowane zasady redukcji szkód, powody poszukiwania i nieposzukiwania pomocy, doświadczenia z serwisami pomocowymi i oczekiwania wobec nich.



Dodatkowym narzędziem był anonimowy kwestionariusz dla uczestników wywiadów, wypełniany po zakończeniu fokusów i wywiadów indywidualnych. Jego celem było zebranie informacji o cechach badanych takich, jak: wiek, miejsce zamieszkania, status materialny, rodzaj używanej substancji, staż używania substancji oraz stan zdrowia.

#### 4.1.6. KRYTERIA DOBORU (WŁĄCZENIA) I ORGANIZACJA BADANIA

Dobór próby miał charakter celowy. Dobór celowy stanowi odmianę doboru nieprobabilistycznego – nielosowego. Jego zastosowanie jest zasadne w sytuacji, gdy skonstruowanie wykazu wszystkich elementów populacji, mogłoby wiązać się ze sporymi trudnościami, a dane otrzymane właśnie wskutek wyborów o charakterze arbitralnym, pozostają przy tym wystarczające dla celów podjętych badań (Babbie, 2007, Flick, 2010).

Badaniem objęci byli pełnoletni użytkownicy ChemSex<sup>4</sup>, którzy:

- ▶ w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przyjmowali do kontaktów seksualnych następujące substancje: katynony (zwłaszcza mefedron), GHB/ GBL (tzw. pigułkę gwałtu), ketaminę, metamfetaminę krystaliczną,
- ▶ zamieszkiwali na terenie Polski i biegle posługiwali się językiem polskim,
- ▶ wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu, zgodnie z warunkami jego przeprowadzenia zaakceptowanymi przez Komisję Bioetyczną.

W proces rekrutacji do czterech fokusów zostały zaangażowane osoby na co dzień mające kontakt z potencjalnymi badanymi, pracujące w instytucjach i organizacjach działających na rzecz społeczności MSM (streetworkerzy, partyworkerzy, terapeuci, doradcy w PKD). Dwa wywiady grupowe zostały przeprowadzone w Warszawie, w maju i czerwcu 2019 roku. Dwa wywiady przeprowadzone zostały w czerwcu 2019 roku podczas Fetish Camp w Skowronkach.

Po wstępnej analizie treści uzyskanych w wywiadach zogniskowanych podjęto decyzję o zrealizowaniu kilku indywidualnych wywiadów pogłębionych. Za tą zmianą przemawiają następujące argumenty:

- ▶ wstępna analiza danych uzyskanych w fokusach wykazała nasycenie treści,
- ▶ kilka wątków pojawiających się w fokusach wymagało pogłębienia w wywiadzie indywidualnym – wykluczenie mechanizmu oddziaływania grupy mogło pozwolić na pogłębienie niektórych wątków, szczególnie tych bardziej osobistych.

---

<sup>4</sup> Przyjęto rozszerzoną definicję użytkownika ChemSex, zastosowaną w badaniu Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P. (*The ChemSex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. Technical Report. Sigma Research*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London 2014), tj. użytkownikiem ChemSex jest mężczyzna, który w ciągu ostatnich 12 miesięcy podejmował kontakty seksualne z innym mężczyzną/ mężczyznami pod wpływem narkotyków/NPS (nowych substancji psychoaktywnych tzw. dopalaczy) przyjętych bezpośrednio przed lub w trakcie kontaktu seksualnego.



Nie bez znaczenia były także trudności w pozyskaniu osób chętnych do badania. Po wstępnej kwalifikacji część potencjalnych uczestników deklarowała gotowość udziału w badaniu, ale z zastrzeżeniem anonimowości. Biorąc pod uwagę powyższe, zdecydowano o realizacji wywiadów indywidualnych.

Siedem wywiadów zrealizowano w Krakowie w październiku 2019 roku. Fokusy oraz wywiady zrealizowała Pracownia Badań Soma z Torunia, wspólnie z autorkami badania. Wszystkie wywiady i fokusy były rejestrowane w formie audio, a następnie zostały poddane transkrypcji.

#### 4.1.7. STRATEGIA ANALIZY ZEBRANEGO MATERIAŁU

Uzyskany materiał był poddany wielokrotnej analitycznej lekturze w odniesieniu do przyjętych problemów badawczych (analiza komparatywna). Jednostką poddaną analizie były fragmenty wypowiedzi – czasem jedno zdanie, czasem dłuższa wypowiedź. Poszczególne wypowiedzi poddano różnicowaniu negatywnemu – wybrano podobne różniące się od innych i w procesie analitycznej indukcji wygenerowano kategorie ogólne i szczegółowe (uszczegółowiona książka kodów).

Strukturę klucza kategoryzacyjnego przedstawia tabela 4.1.

Tabela 4.1. Struktura klucza kategoryzacyjnego

| <b>Klucz kategoryzacyjny</b>               | <b>Uszczegółowiona książka kodów</b>  |
|--|---|
| Definicje ChemSex                          | definicje ChemSex   |
| Skojarzenia z ChemSex                      | pozytywne<br>neutralne<br>negatywne   |
| Określenia ChemSex                         | określenia ChemSex  |
| Motywy praktykowania ChemSex               | związane bezpośrednio z seksem<br>związane pośrednio z seksem<br>niezwiązane z seksem |
| Rola substancji w ChemSex                  | na poziomie fizjologii<br>na poziomie społecznym<br>na poziomie psychicznym           |
| Zasady ChemSex                             | zasady ChemSex  |
| Różnice między seksem na trzeźwo a ChemSex | poszerzenie doznań<br>brak selekcji partnera  |
| Praktykowane sposoby poznawania partnerów  | realne<br>wirtualne<br>mieszane   |
| Czynniki ryzyka                            | wcześniejsze problemy<br>cechy osobowe<br>wcześniejsze doświadczenia seksualne        |

| <b>Klucz kategorizacyjny</b>                 | <b>Uszczegółowiona książka kodów</b>  |
|--|---|
| Cechy użytkowników – charakterystyki osobowe | ostrożni – nieostrożni<br>znajomi – nieznanymi<br>improwizacje – samotnicy<br>pary – grupy<br>„sępy”  |
| Wskaźniki problemów z ChemSex                | utrata kontroli<br>koszty finansowe<br>zwiększenie częstotliwości<br>brak satysfakcji w seksie na trzeźwo<br>przewaga strat nad zyskami<br>zaniedbywanie obowiązków |
| Doświadczany odbiór w społeczności           | zjawisko akceptowane<br>zjawisko nieakceptowane   |
| Zyski z ChemSex                              | psychologiczne<br>społeczne<br>inne   |
| Straty z ChemSex                             | psychologiczne<br>społeczne<br>zdrowotne<br>ekonomiczne<br>inne   |
| Motywy poszukiwania pomocy                   | utrata kontroli nad częstotliwością<br>uświadomienie problemu samodzielnie<br>uświadomienie problemu przy pomocy innych   |
| Motywy nieposzukiwania pomocy                | brak potrzeby<br>brak wiedzy o miejscach i możliwościach<br>tabu  |
| Rodzaj potrzebnej pomocy                     | redukcja szkód i edukacja<br>terapia<br>reklamy w internecie<br>PrEP<br>wsparcie zdalne<br>rola PKD   |
| Charakterystyki pomagacza                    | wiedza<br>kompetencje formalne<br>doświadczenia   |
| Doświadczenia w poszukiwaniu pomocy          | pozytywne<br>negatywne  |

Zakodowany materiał został opracowany pod względem jakościowym, z wykorzystaniem programu do jakościowej analizy danych (QDA Miner ver.5 ACADEMIC perpetual). Pomędzy poszczególnymi etapami analizy tworzone i sprawdzane były założenia wynikające z wyłaniających się w toku badania danych. Uzyskane w tym procesie dane posłużyły do przygotowania raportu.

## 4.2. OMÓWIENIE WYNIKÓW

### 4.2.1. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

W wywiadach grupowych wzięło udział łącznie 21 osób<sup>5</sup> w wieku 27-64 lata z województw: dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego. Status ekonomiczny badani określili jako wysoki (5) i bardzo wysoki (9), sześciu uczestników określiło go jako średni, a jeden jako bardzo niski. Według deklaracji uczestników u 13 z nich stwierdzono wcześniej zakażenie HIV, u 2 zakażenie HCV, 10 zadeklarowało przebycie jakiejś infekcji przenoszonej drogą płciową (STI), jeden uczestnik nie robił wcześniej żadnych badań w tym kierunku, trzech są zdrowi (po badaniach nie stwierdzono u nich żadnych infekcji).

Wywiady indywidualne przeprowadzono z 7 mężczyznami, mieszkańcami województwa małopolskiego, w wieku 23-45 lat. Status materialny badani określili jako wysoki (4), bardzo wysoki (1) i średni (2). Dwóch badanych to osoby z zakażeniem HIV, czterech deklarowało przebycie innej STI, trzech badanych określiło swój stan jako „zdrowy” (nie przeszli żadnej STI).

### 4.2.2. DEFINIOWANIE CHEMSEX ORAZ ZNACZENIE I ROLA NADAWANE MU PRZEZ BADANYCH

Badani zostali poproszeni o **zdefiniowanie** zjawiska ChemSex. Wyłoniono 11 fragmentów, które określić można jako definicje interpretacyjne. Znalazły się wśród nich następujące sformułowania:

- ▶ *podbicie doznań seksualnych przez pryzmat używek<sup>6</sup>;*
- ▶ *seks na efekcie;*
- ▶ *zjawisko polegające na zażywaniu substancji, narkotyków, w celu intensyfikacji doświadczeń seksualnych;*
- ▶ *seks służy do stymulacji, używka służy do podbicia tego efektu stymulacji,*
- ▶ *chemseks, to jest chemia, jest zadatkiem do seksu, chcemy urozmaicić seks, żeby więcej się działo.*
- ▶ *seks pod wpływem różnych substancji.*

Zaproponowane przez badanych definicje zawierały wątek motywu przyjmowania substancji, jakim jest intensyfikacja doznań seksualnych.

---

<sup>5</sup> Cechy społeczno-demograficzne badanych a także ich doświadczenia ChemSex zostały określone na podstawie anonimowego kwestionariusza, wypełnianego na koniec badania.

<sup>6</sup> Wszystkie sformułowania i wyrażenia pisane kursywą są oryginalnymi wypowiedziami badanych. Zastosowane skróty wypowiedzi nie zmieniają ich sensu i znaczenia.

Powyższe wypowiedzi świadczą o tym, że badani rozumieją, na czym polega charakteryzowane zjawisko i nie mają problemów z jego definiowaniem. Pojawiły się także próby definiowania zjawiska w pewnych kontekstach i nadawanie mu określonych znaczeń, np. ucieczki, przekraczania granic czy poszukiwania.

*chemseks jest formą ucieczki, formą odreagowania.*

*chemseks ma już to do siebie, że jak się chce przekraczać te granice, chce się więcej i więcej, to jakby definicja chemseks.*

*(...) to jest takie szukanie. Jak już się znajdzie to gdzieś się jedzie albo ktoś przychodzi do Ciebie i wtedy się, że tak powiem coś się tam bierze, trochę się siedzi, trochę się gada, później się uprawia seks.*

Wybrzmiał także związek ChemSex z nowoczesnymi technologiami.

*chemseks równa się aplikacje mobilne.*

Inny wątek pojawił się w dwóch wypowiedziach. Ich autorzy mówią o doświadczeniu ChemSex jako o przeżyciu wspólnotowym, czymś, co łączy jego uczestników. Mają jednak świadomość ulotności doświadczenia („chemseksowa bańka”), które jest wywołane przez przyjęte substancje oraz nierealności tego przeżycia („idiotyczna wspólnota”).

*To właśnie te spotkania, te imprezy, są jakąś ucieczką od czegoś, oderwanie się, bycie na chwilę w takiej bańce jakiegoś wydarzenia, klimatu tego wszystkiego, co tam się dzieje. (...) narkotyki powodują to, że jakby każdy jest trochę w swoim świecie, ale też trochę we wspólnym. Ludzie się zaczynają przed sobą otwierać i daje to takie fałszywe poczucie właśnie tej wspólnoty, takiego robienia czegoś wspólnie.*

*po prostu jest jakaś tam, jest jakiś, nie wiem jak by to nazwać, jakieś poczucie jakiejś, jakiejś idiotycznej, znaczy jakiejś wspólnoty.*

Wśród określeń stosowanych zamiennie do opisu ChemSex pojawiły się następujące: *chem, chemia, fun, zabawa, ciężkie narkotyki, narkotyki, slam*, przy czym to ostatnie wyrażenie jest synonimem przyjmowania narkotyków w iniekcjach.

W jednej wypowiedzi indywidualnej pojawił się inny wątek definicyjny – głównym motywem zachowania określanego jako ChemSex jest potrzeba użycia środka, a seks jest tylko do tego pretekstem.

*Moja definicja chemseksu skrajnie odbiega od definicji osób, które uprawiają chemseks i od osoby, z którą ja praktykuję go zazwyczaj. A dla mnie seks jest dodatkiem do chemii, ja sięgam po chemseks głównie z powodu chemii, a nie seksu, moją główną motywacją do chemseksu są narkotyki, a nie sam seks, więc dla mnie chemseks jest po prostu braniem narkotyków z urozmaiceniem o aspekt seksu, a widzę w otoczeniu, że dla innych jest odwrotnie.*

Pojawiają się więc w wypowiedziach badanych dwa typ doświadczeń określanych jako ChemSex. Pierwszy to stosowanie substancji psychoaktywnych jako dodatek do zachowania seksualnego. Natomiast drugi odwraca tę zależność – to użycie substancji jest główną motywacją, natomiast seks jest dodatkiem, wymówką, która pozwala na przyjmowanie narkotyku.

W swobodnych wypowiedziach badanych zapytanych o **skojarzenia z ChemSex** pojawiały się określenia stanów emocjonalnych oraz zachowań. Można je podzielić na trzy grupy: skojarzenia pozytywne, negatywne i neutralne (tab. 4.2).

Tabela 4.2. Skojarzenia z ChemSex

| Charakter skojarzeń | Wypowiedzi badanych  |
|---------------------|--|
| Pozytywne           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- rozkosz, przyjemność</li> <li>- doświadczenie wyjątkowego seksu</li> <li>- podbijany seks</li> <li>- przedłużanie</li> <li>- brak zahamowań, śmiałość</li> <li>- otwartość, komunikatywność</li> <li>- podkreślenie emocji</li> <li>- odkrywanie tajemnych możliwości, na trzeźwo tego nie potrafisz zrobić, albo wstydzisz się, albo boisz, albo po prostu nie dasz rady, a po chem jest łatwiej</li> <li>- sposób rozładowania stresów</li> </ul> |
| Neutralne           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- utrata poczucia czasu</li> <li>- tajemnica</li> <li>- bycie kimś innym</li> <li>- jakieś takie zamazanie preferencji, już nie ważne jest z kim, tylko byle był dostępny</li> </ul>  |
| Negatywne           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- poczucie winy wielkie</li> <li>- zagłuszanie uczucia wstydu</li> <li>- ułuda bliskości</li> <li>- dużo zachowań ryzykownych</li> <li>- uciekanie od rzeczywistości</li> <li>- nieliczenie się z konsekwencjami, co będzie potem</li> </ul>  |

Wśród **motywów praktykowania** ChemSex wyróżniono trzy kategorie:

- ▶ bezpośrednio związane z seksem: podbicie przyjemności, specyficzne preferencje seksualne;
- ▶ pośrednio związane z seksem: zakazany owoc, ciekawość;
- ▶ niezwiązane z seksem: zmniejszenie poczucia winy, zmniejszenie kompleksów, poczucie wspólnoty/stres mniejszościowy, konformizm, odreagowanie, nuda, nagroda, przełamywanie lęków, ucieczka od samotności.

Widać wyraźnie, że dominują motywacje pozaseksualne, z których większość jest także związana z negatywnymi emocjami i przeżyciami.

Na podstawie powyższych skojarzeń oraz motywów można pośrednio wskazać dwie główne **role**, jakie ChemSex pełni w życiu i doświadczeniach badanych. Pierwsza to rola stymulatora seksualnego – ułatwia przekraczanie granic w sferze seksualnej, wydłuża erekcję, opóźnia ejakulację, zwiększa doznania seksualne. Druga rola polega na zagłuszeniu nieprzyjemnych i bolesnych emocji: oddala kompleksy, uczucie wstydu i lęku przed odrzuceniem, zwiększa poczucie własnej wartości i atrakcyjności, niweluje samotność, daje poczucie przynależności i akceptacji. Bolesne emocje zwykle związane są z byciem w mniejszości, byciem osobą o nieakceptowanej społecznie orientacji seksualnej. Ta rola wyraźnie wybrzmiała w jednej z wypowiedzi, w której pojawia się motyw stresu mniejszościowego:

*W momencie, w którym ten stres mniejszościowy jest silniejszy, a gdyby w obecnej rzeczywistości w Polsce jak gdyby otwierać tego cholernego Facebooka na przykład i czyta wiadomości wypisane przez znajomych, jak gdyby leci tam, jak gdyby w naszym kierunku kupa gówna po prostu z przekazów medialnych i ciężko potem jak gdyby potem i to jest, to jest właśnie, to jest też stres mniejszościowy. To jest jak gdyby tworzenie (...) jakiejś takiej bezpiecznej przystani. Po prostu uczestnictwo w czymś takim daje pewne poczucie bezpieczeństwa.*

#### 4.2.3. DOŚWIADCZENIA W PRAKTYKOWANIU CHEMSEX

Na podstawie danych uzyskanych z anonimowych ankiet można scharakteryzować doświadczenia badanych w zakresie praktykowania ChemSex. Dwie grupy fokusowe to osoby eksperymentujące, nie deklarujące problemowego używania a dwie grupy to osoby używające problemowo i uzależnione. Zdecydowana większość z nich ma długi staż praktykowania ChemSex: 6 osób między 3 i 4 lata, a 10 osób – ponad 5 lat.

Wszyscy uczestnicy wywiadów to osoby eksperymentujące z ChemSex, nie deklarujące problemowego używania. Zdecydowana większość z nich (6 osób) ma dłuższy niż rok staż praktykowania analizowanych w raporcie zachowań.

Wśród najczęściej stosowanej substancji badani z obu grup wskazali mefedron (tab. 4.3). O tej substancji (a właściwie o jej dostępności) jeden z badanych mówił jako o jednej z dwóch przyczyn ChemSex:

*sam problem chemseksu został rozpędzony przez dwie rzeczy, przez dostępność mefedronu i przez dostępność aplikacji.*

Natomiast najrzadziej wskazywaną substancją była ketamina. Jej egzotyczność podkreślił badany:

*to jest rarytas, jak ktoś ma ketaminę, to rządzi.*

Tabela 4.3. Substancje używane przez badanych

| Rodzaj substancji          | Używane kiedykolwiek |     | Używana najczęściej |   |
|----------------------------|----------------------|-----|---------------------|---|
|                            | F*                   | W** | F                   | W |
| GHB, GBL                   | 16                   | 3   | 5                   | 2 |
| Katynony, np. mefedron     | 17                   | 5   | 11                  | 6 |
| Ketamina                   | 7                    | 5   | -                   | 2 |
| Kokaina                    | 10                   | 4   | 2                   | - |
| Metamfetamina krystaliczna | 18                   | 4   | 5                   | 3 |
| Inne                       | 12                   | 4   | 9                   | - |
| Nie wiem                   | 2                    | -   | -                   | - |

\* fokusy \*\* wywiady indywidualne

Wśród substancji wymienianych w kafeterii „inne” pojawiły się poppers i marihuana. W odniesieniu do tej ostatniej podczas dwóch fokusów badani wyrażali czasem zdziwienie, że nie jest zaliczana do grupy substancji związanych z ChemSex.

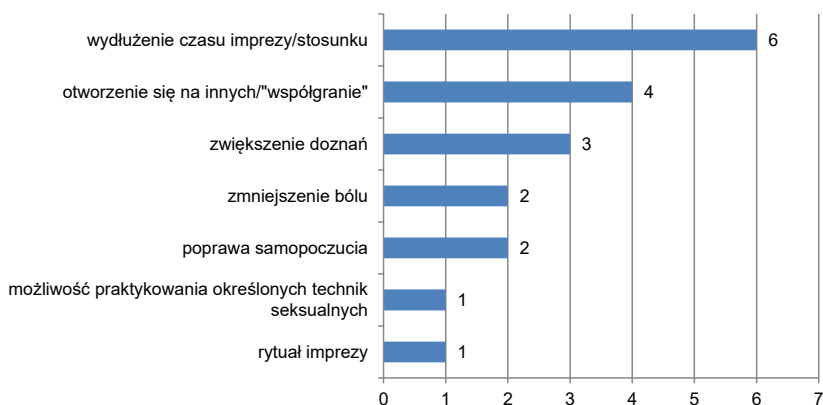
*znaczy jak się dowiedziałem, to byłem zaskoczony tym, że marihuana, jako marihuana jest wyłączona z tego, bo jakby objawowo, czy jakby rezultato w jakimś stopniu jest to zbliżony efekt.*

Badani zostali poproszeni o wskazanie **ról**, jakie pełni substancja podczas aktywności seksualnej. Dwadzieścia wypowiedzi zakodowanych tym kodem skategoryzowano w trzech grupach:

- ▶ na poziomie fizjologii:
  - ▷ wydłużenie czasu imprezy/stosunku,
  - ▷ obniżenie progu bólu,
  - ▷ możliwość praktykowania określonych technik seksualnych (chodzi głównie o fisting i praktyki BDSM<sup>7</sup>);
- ▶ na poziomie społecznym:
  - ▷ otworzenie się na innych, „współgranie”,
  - ▷ rytuał imprezy;
- ▶ na poziomie psychologicznym:
  - ▷ poprawa samopoczucia,
  - ▷ zwiększenie doznań.

Najczęściej wskazywano na działanie substancji na fizjologię seksualną (wydłużanie czasu aktywności seksualnej) oraz w sferze kontaktów społecznych. Częstość wskazań poszczególnych kategorii prezentuje wykres 4.1.

<sup>7</sup> fisting – forma aktywności seksualnej polegająca na wkładaniu dłoni i/lub ręki do odbytu partnera; BDSM – praktyki sadomasochistyczne



Wykres 4.1. Rola substancji – częstość wskazań

Kolejnym wątkiem badania było pytanie o **zasady** ChemSex, które obowiązują na spotkaniach ChemSex. Rozpoznano dwie główne narracje: jedna o tym, że jakieś zasady istnieją (choć nie są uniwersalne): *ja sobie teraz rzucam takimi zasadami, które czasem obowiązują, czasem nie, nie ma jakichś uniwersalnych*), druga mówiąca o tym, że zasadą jest brak zasad. Ponadto badani mówiący o zasadach podkreślali, że nawet, jeśli jakieś są na początku ustalane, to w trakcie imprezy często o nich się zapomina.

*Jeżeli chodzi o takie zasady, no to one są słabo egzekwowane, bo ludzie też pod wpływem są bardzo skłonni do przyjmowania sugestii. Bardzo łatwo ich do pewnych rzeczy przekonać, więc jeżeli ktoś jest mocno perswazyjny no to przekona w sumie do wszystkiego.*

Niemniej można wskazać kilka reguł, które obowiązują na spotkaniach ChemSex (matryca 4.1).

Matryca 4.1. Zasady ChemSex obowiązujące podczas imprez ChemSexowych w wypowiedziach badanych

| Zasada                         | Wypowiedzi badanych  |
|--------------------------------|--|
| Dotyczące używania telefonów   | - <i>Albo taka zasada, że jeszcze 10 minut z telefonami i odstawiamy</i>   |
| Dotyczące używania prezerwatyw | - <i>Ja też należałem do tego przypadku, ja przez bardzo długi czas nie wiedziałem, że istnieje coś takiego jak preferencja seksu bez zabezpieczenia. W ogóle nie wiedziałem, że są ludzie, którzy dają sobie prawo do tego, że oni otwarcie sygnalizują seks bez zabezpieczenia. Ja myślałem, że po prostu, że to jest coś tak niedozwolonego, że nikt się publicznie nie przyzna, że lubi seks bez zabezpieczenia i ja myślę, że gdzieś pokłósie tego nadal funkcjonuje, że po prostu większość ludzi wstydzi się przyznać. Że, ci którzy lubią seks bez zabezpieczenia też, więc mówią, że „tak, zawsze, zawsze zabezpieczenie”, a później udają, że nie widzieli, albo że zapominają o tym.</i><br>- <i>99% takich imprez jest, to jest seks bez zabezpieczenia.</i> |



| Zasada  | Wypowiedzi badanych  |
|---|--|
| Dotyczące preferencji seksualnych               | – <i>Na samym początku jest takie umawianie – ja jestem aktywny, ty jesteś pasywny, robimy to i to, opowiadanie co kto lubi.</i><br>– <i>Jak już ktoś przyszedł nowy, to mniej więcej się mówiło co kto lubi</i>   |
| Dotyczące informowania o stanie zdrowia         | – <i>(...) kwestia statusu [HIV] tego, czy jest się plusem, czy minusem, no to gdzieś tam mi się wydaje, że to jest ustalone. – Czy ludzie o tym mówią? – Tak.</i>   |
| Dotyczące obowiązku używania substancji         | – <i>Jak osoby kogoś znają i zapraszają, to na pewno ta osoba zaproszona też musi używać chemii. Raczej nie zaprasza się takiej osoby, która napisze, że ona chemii nie używa podczas seksu. Wszyscy, którzy są na takim spotkaniu, to muszą być osoby, które biorą.</i>   |
| Dotyczące zakazu używania niektórych substancji | – <i>U mnie w domu ja wprowadziłem zakaz używania tego [GHB], bo miałem takie przypadki, że ktoś zasypiał albo zjeżdżał nogami pod sufit i jakieś tam takie tego typu rzeczy, zasypiał na 3 godziny i potem nie wiadomo było co robić z nim.</i>   |
| Dotyczące redukcji szkód                        | – <i>Jak się brało narkotyki, to zapisywało się na karteczce, żeby było wiadomo o której można znowu brać, bo jak się wzięło za dużo, to mogły być problemy, więc wszystko było notowane.</i><br>– <i>(...) osoby, które gdzieś tam brały, że tak powiem w moim otoczeniu, każdy sobie nawet poznaczało sobie nawet markerami, każdy miał swoją [strzykawkę]. To było akurat takie pozytywnie zaskakujące.</i> |
| Dotyczące odpowiedzialności za uczestników      | – <i>ja organizowałem imprezy seksualne na 26-36 osób i jeżeli osoba Ci się przećpie, albo za bardzo przedawkuje to w tym momencie ja muszę wiedzieć, co ona brała, w jaki sposób mam ją ratować.</i>  |
| Dotyczące finansowania substancji               | – <i>odpowiedzialność finansowa nie rozkłada się po równo – to jest według potrzeb, niekiedy przychodzi nowa osoba, ale jak zależy żeby ktoś przyszedł, to wyklada finansowo i udostępnia substancje</i>   |

Warto wskazać także na to, że zasady mogą być nie tylko grupowe, ale określone indywidualnie. Dotyczą np. listy zachowań (niekoniecznie seksualnych), które nie będą nigdy praktykowane.

*Na przykład ja sobie ustaliłem granice, że na przykład nigdy nie próbowałem właśnie dożylnie i tego nigdy nie chcę spróbować dlatego, że już dla mnie przeskoczenie z alkoholu na narkotyki to już było wejście na jakiś tam wyższy poziom i znowu jak się weźmie do żyły, to znowu to jest jeszcze fajniej.*

Istotne jest również to, że nie istnieje „kodeks ChemSex”. Zasady często są domniemane, nie wyartykułowane i nie nazwane wprost. Wybrzmiało to szczególnie w przypadku używania prezerwatyw. Oficjalnie są stosowane i mało kto przyznaje, że ich nie lubi. W praktyce seks często jest praktykowany bez zabezpieczenia.

**ChemSex a seks** – poproszono badanych o porównanie seksu na trzeźwo i pod wpływem substancji. Wybrzmiały dwie wyraźne różnice: 1) w przeżywanych doznaniach, 2) w wyborze partnera. W przypadku różnicy w doznaniach wskazywano na znaczenie substancji dla poszerzania przeżyć i wydłużania aktywności seksualnej. Substancje pełnią tu funkcję stymulatora, pozwalają na doświadczenie przeżyć niedostępnych podczas trzeźwego seksu. Pozwalają też na wydłużenie czasu aktywności seksualnej.

*W przypadku chemii jest to, że chemia jakby podnosi próg przyjemności, że tak powiem. Powiedzmy, jeśli zawsze tylko na trzeźwo uprawiałeś seks i powiedzmy masz ustawiony jakby tam górny limit jakby przyjemności, że najprzyjemniej ci się wydaje, że to może być. Bierzesz chemię i pod wpływem chemii ta granica się dużo podnosi. Pokazuje jakby nowe horyzonty, przez co też to, co wcześniej było dla ciebie górnym limitem, staje się już pośrodkie. I to w taki sposób działa.*

Pytanie moderatora: *A czym różni się seks pod wpływem różnych środków, o których wspominacie od seksu bez?*

Odpowiedź respondenta: *Można dłużej np.*

Druga różnica jest związana z wyborem partnera. Bycie pod wpływem jakiejś substancji powoduje brak selekcji partnera albo bardzo zaniżone jej kryteria.

*Na trzeźwo bym go postrzegał jako osobę, nie wiem pogadałbym z nią chwilę, potem stwierdził, dobra, koleś jest bez pracy, na jego twarzy są jakieś wypryski, coś tam, coś tam, a pod wpływem fazy w ogóle nie zwracam uwagi na to, koncentruję się strasznie intensywnie na seksie.*

Badanych zapytano także o to, w jaki sposób użytkownicy ChemSex **poznają partnerów** do praktykowania zachowań. Większość wypowiedzi wskazywała na dużą rolę Internetu i aplikacji. Generalnie można wskazać na trzy sposoby:

- ▶ realne – sauny, kluby, zloty;
- ▶ wirtualne: aplikacje i portale randkowe (np. Grindr – najczęściej wymieniany, Fellow, Planet Romeo, WBear, Scruff, Hornet) i media społecznościowe;
- ▶ mieszane: połączenie aktywności realnej i wirtualnej:

*W klubie się umawiają, gadają przez aplikację siedząc dwa stoliki od siebie i umawiają się na seks piętro niżej.*

#### 4.2.4. UŻYTKOWNICY CHEMSEX

Kolejnym zagadnieniem poddanym pod dyskusję była próba określenia cech, jakie wyróżniają użytkowników ChemSex. Badani stwierdzali, że trudno wskazać na takie cechy. Ale to pytanie spowodowało refleksje nad tym, co może być **czynnikiem ryzyka** wejścia w praktykowanie ChemSex. Wypowiedzi można skategoryzować następująco:

- ▶ wcześniejsze problemy (nieakceptowane preferencje seksualne, kompleksy, poczucie winy itp.):

*(...) w ogóle od czego zaczyna się ten sex, ja nie uważam, że zaczyna się od Internetu, zaczyna się od głowy, od takiej chęci odreagowywania czegoś, jakiegoś innego problemu, który siedzi gdzieś zupełnie indziej, a po prostu to jest tylko wypadkowa tego wszystkiego i jakby ten łańcuch odreagowywania. Ten sex ma na samym końcu dopiero.*

*Coś co jest powodem tego dla niektórych, to dla wielu jest brak samoakceptacji, a dla innych, nie wiem, bardzo skomplikowane preferencje seksualne czy jakieś wewnętrzne wyrzuty sumienia, no a dla wielu też pewnie kompleksy po prostu czysto jakieś fizyczne aspekty, czy brak czasu, w sensie takiego na budowanie normalnych relacji tylko powodów może być naprawdę dużo.*

- ▶ cechy osobowe (brak pewności siebie):

*Brak pewności siebie, ta samotność, to są czynniki, które uważam, że bardzo sprzyjają. Nie muszą wystąpić zawsze, ale są bardzo sprzyjające do tego.*

- ▶ skłonność do ryzyka, tendencja do poszukiwania doznań:

*jakaś skłonność do hedonizmu, do takiej przyjemności, do jakichś kompulsywnych zachowań seksualnych to na pewno, do ryzykownych zachowań, no bo to jednak jest ryzykowne samo w sobie;*

- ▶ wcześniejsze doświadczenia seksualne, np. osoby preferujące pornografię, w której pokazany jest ChemSex:

*To taka jakby inicjacja do chemseksu – oglądanie.*

- ▶ wcześniejsze zaangażowane w imprezy połączone z kontaktami seksualnymi (seks grupowy) – odkrywanie, że narkotyki przedłużają imprezę.

Kolejnym efektem prób określenia specyficznych cech użytkowników ChemSex było pojawienie się możliwości stworzenia **typów użytkowników** ChemSex. Wypowiedzi badanych pozwoliły na określenie kilku grup, wśród których wymienić można następujące typy praktyk:

- ▶ ze względu na wybór partnera:

- ▷ ostrożni (selekcjonujący partnerów) vs nieostrożni;

*Jak kiedyś ktoś do mnie napisał „mieliście po jazdę na chemii” i tak dalej, dla mnie to jak pierwsze było już taka informacja, to dla mnie to już jest podejrzenie coś i ja nie odpowiadam z reguły to jest coś dziwnego (...) – To znaczy, że jesteś typem ostrożniejszym, (...) są ludzie, którzy są kompletnie nieostrożni.*

- ▷ znajomi vs nieznajomi (kontakty raczej w gronie znajomych vs znajomi tylko do ChemSex);

*Ja zawsze byłem tym typem osoby, która się nie robiła sobie takiej sieci znajomości związanych z chemseksem. Nie miałem jakiejś takiej jakby znajomej ekipy, z którą zawsze mogłem to robić, czy tam umawialiśmy się konkretnie.*

- ▶ ze względu na sposób zachowania w grupie:

- ▷ imprezowicze vs samotnicy (oczekujący, że wszyscy będą pod wpływem vs bez takich oczekiwań);

*Mnie nie interesuje, czy ty bierzesz, czy jesteś pod wpływem – ja nie wiem. Ja jestem pod wpływem.*

- ▷ pary vs grupy (praktykujący ChemSex tylko w parze vs praktykujący w grupie);

► ze względu na cel użycia środka:

▷ stosujący chemię dla seksu vs stosujący chemię dla chemii – tzw. „sępy”;

*(...) Spotkałem się bardziej z jakimiś przypadkami, że przychodzi jakiś chłopak i w ogóle się nie bawi, tylko chce wciągnąć chemię i siedzi w kącie – Znaczą tak zwane sępy – Tak, to są sępy. – Tak zwani santa. – To są już tacy bardziej nastawieni na narkotyki, a nie na seks.*

*Ciekawa kategoria, czyli właściwie bardziej to jest do chemii niż do seksu – Oni bardziej pragną narkotyków niż samego do tego seksu.*

*(...) są takie osoby, które tak właśnie lubiących zamiast uprawiać seksu spędzają na poszukiwaniu tego narkotyku i siedzą na Grindrze szukają, sprawdzają, mają ten diamencik jako opis i prawda, tylko szukają tego kontaktu, szukają, szukają, jak mają więcej czasu spędzają na seksie albo chyba w ogóle. prawie nie uprawiają seksu, tylko zajmują się tym chemseksem, poza dyskusją kto, kiedy, ile weźmiemy kreskę czemu? No to bardziej jest takie spotkanie na branie narkotyków, a nie na seks.*

Kolejnym zagadnieniem, które eksplorowano w trakcie badania była kwestia **odbioru użytkowników ChemSex w społeczności MSM**. W tym wypadku pojawiły się dwie skrajnie różne opinie. Jedni badani stwierdzali, że to zjawisko akceptowane i traktowane dość przychylnie – ale pod warunkiem stosowania umiaru. Z drugiej strony pojawiały się głosy, że ChemSex nie jest dobrze widziany w środowisku i że jego użytkownicy nie są akceptowani.

► zjawisko akceptowane

*(...) wydaje mi się, że to jest przerażająco akceptowalne już teraz.*

*(...) jednak jakby średnią wyciągnąć, to na pewno większość jest na to, tak jak kolega powiedział, że to jest spoko zabawa, jeśli się to robi z głową.*

► zjawisko nieakceptowane

*(...) jest jakaś grupa osób, która jest kategorycznie przeciwna i kompletnie gdzieś tam odcinają to, czy w swoim towarzystwie czy gdzieś w swoim otoczeniu i co jest najzabawniejsze wydaje mi się, że najbardziej radykalna część tej grupy to są osoby, które się po prostu nawróciły z tego chemseksu.*

*Ale ja dużo widziałem takich profili na Grindrze, że „won chemia”, dużo jest takich profili, więc ja myślę, że nie wszyscy tam ćpają.*

*Jest podział i to zdecydowany na lepszych i gorszych. Lepsi to ci, którzy nie biorą, gorsi to biorący.*

*Gorsi to ci, co biorą, staczają się.*

*Jest pogarda pewnego rodzaju.*

*Napiętnowanie dalej jest.*

*Przynajmniej w naszej grupie miśkowej np., sam wiem, że mieliście ciężko znaleźć nawet chętnych. Ludzie, nawet jeśli by brali, to (...) się boją, że to wyjdzie.*

Na podstawie wypowiedzi badanych udało się też stworzyć **katalog sygnałów ostrzegawczych**, które wskazują na to, iż osoba praktykująca ChemSex zaczyna mieć z nim problem. Znalazły się wśród nich:

- ▶ utrata kontroli,
- ▶ koszty finansowe,
- ▶ zwiększanie częstotliwości,
- ▶ zaniebywanie obowiązków,
- ▶ brak satysfakcji w seksie bez chemii,
- ▶ przewaga strat nad zyskami.

#### 4.2.5. ZYSKI I SZKODY ZWIĄZANE Z CHEMSEX

W ogólnym dyskursie ChemSex wiązany jest przede wszystkim z szeregiem szkód, jakie ze sobą niesie. Tymczasem, poza możliwymi stratami, badani dostrzegają także **zyski**<sup>8</sup> wynikające z tej aktywności. Wywiady grupowe w szczególności zatem wskazały mimo wszystko na przewagę strat nad zyskami. Uczestnicy wywiadów indywidualnych nie byli tak jednoznaczni w swoim osądzie. Analiza fragmentów zakodowanych jako straty i zyski pozwoliła na wyodrębnienie dodatkowych kategorii użytych w ponownym kodowaniu. Wśród zysków wyróżniono „psychologiczne”, „społeczne” i „inne”, zaś wśród strat: „psychologiczne”, „społeczne”, „ekonomiczne”, „zdrowotne” i „inne”.

Zyski psychologiczne dostrzymane przez uczestników dotyczyły przede wszystkim kwestii przełamywania barier czy wstydu związanych z orientacją seksualną, podnoszenia poczucia własnej wartości, pewności siebie czy dodania sobie odwagi. Widać wyraźnie ich spójność z motywami praktykowania ChemSex, przywoływanymi wcześniej. Przykładem mogą być tu wypowiedzi badanych:

*Może na zasadzie takiego... jakby kontekst przełamywania swoich barier, ale w ogóle w kwestii np. swojej orientacji. W sensie blokad związanych ze swoją orientacją i długofalowe myślenie o tym, że może to wesprzeć utożsamianie się ze swoją orientacją i nie wypieranie jej, w tym kontekście.*

*Podnosi pewność siebie. Seksualną też. Nikt się niczego nie krępuje.*

*Dodaje ci odwagi. Adrenalina też. Rozładowanie stresu. Ucieczka od poczucia wstydu. No i wydłużenie czasu, zatrzymanie czasu.*

Zyski społeczne odnosiły się w większości do możliwości poznania partnerów, którzy nie są „osiągalni” poza ChemSex. Jedna z wypowiedzi nieco inaczej wskazywała możliwość poznania nowych ludzi w ogóle, niezależnie od tego, czy jest to trudny do zdobycia partner seksualny, czy po prostu nowy znajomy.

---

<sup>8</sup> Zyski są rozumiane tutaj jako efekt działania motywowanego koniecznością zaspokojenia pewnych potrzeb.

*Wiem, że u chłopaka, u którego w życiu nie miałbym szans w takim zwykłym, normalnym życiu, który jest jakimś po prostu kompletnym przeciwnym typem na osi przyciągania się, a na takiej imprezie jest duże prawdopodobieństwo, że mogę z nim mieć jakiś kontakt, bo mu jest wszystko jedno po prostu i to jest też smutne w tym, ale jednocześnie prawdziwe. Ja gdzieś tam na kolejny dzień, będę mógł to sobie wpisać w, no nie wiem, „zasługę”, że on mnie chciał wtedy, a tak normalnie mogłoby do tego nie dojść.*

Wśród innych zysków wymieniano np. szybkie chudnięcie, super zabawę i przyjemność.

Uczestnicy wywiadów wskazywali wśród zysków psychologicznych na możliwość uzyskania wsparcia czy lepszego poznania siebie. Przykładem mogą być poniższe wypowiedzi:

*(...) jeśli te spotkania chemseksowe mają też powiedzmy czemuś pozytywnemu służyć, to jeśli to osoby spotykają się w większym gronie, są pod wpływem tych substancji psychoaktywnych, nagle jakaś zaczyna łączyć je więź, iluzoryczna mniej lub bardziej to często trzeba też na te osoby terapeutycznie, że mogą sobie między sobą porozmawiać, czasem właśnie o [o życiu z HIV].*

*I wtedy się okazuje nagle, że w ciągu tych 10 osób na przykład no ten jeszcze jest, ten jest, ten się boi na przykład, ale rozumie, ten nie wie, ale dzięki temu, że poznaje te osoby, one mówią tłumaczą pewne rzeczy że na przykład nie są dla niego zagrożeniem bo codziennie biorą tabletkę więc – Że paradoksalnie to wręcz coś pozytywnego.*

*Można poznać samego siebie. Trzeba się konfrontować z impulsami.*

*Korzyści, to na pewno to jak już wcześniej mówimy, że się otwieramy bardziej, ten seks jest no dłuższy, bardziej ciekawy czasami, no i tak naprawdę chyba to są te korzyści.*

W przypadku zysków społecznych wypowiedzi, podobnie, jak wśród badanych w grupach fokusowych, dotyczyły możliwości poznania nowych osób. Tymczasem w obrębie kategorii „inne” pojawiły się dość ciekawe stwierdzenia dotyczące na przykład przyjemnych wspomnień wymienianych ze znajomymi czy możliwości odreagowania całego tygodnia pracy i powrotu do pracy po weekendzie bardziej wydajnym.

*(...) ale kiedy powiedzmy, że to zazwyczaj jest weekend po takim weekendzie ja się czuję, że nie może tylko o seksie, ale że taka impreza, jeśli jest połączona z seksem to jest jeszcze fajniej, że jestem zrestartowany na następny tydzień i moja praca może być bardziej wydajna i jestem zadowolony z siebie.*

*(...) to jest generalnie coś fajnego, to jest coś jakby pozytywne.*

Jak wspomniano wcześniej, badani dostrzegli jednak w ChemSex więcej strat niż zysków. Nawet uczestnicy wywiadów indywidualnych, deklarujący się częściej jako użytkownicy rekreacyjni, nie problemowi i wskazujący na znacznie mniej strat niż uczestnicy fokusów, wymienili w wypowiedziach nieznacznie więcej strat, niż zysków. Po analizie treści wszystkich wypowiedzi przy ponownym kodowaniu w przypadku strat pojawiło się też więcej kategorii, niż w przypadku zalet, co pokazuje, że dostrzeganych strat było nie tylko więcej ilościowo, ale też dotyczyły one większej liczby obszarów funkcjonowania.

W odniesieniu do strat zdrowotnych najczęściej uczestnicy przywoływali infekcje przenoszone drogą płciową, następnie przedawkowania łącznie ze śmiercią, ogólne wyniszczenie zdrowia przez środki psychoaktywne a także uszkodzenia ciała i wypadki. Jako przykład powyższych strat mogą posłużyć wybrane wypowiedzi uczestników zamieszczone poniżej (matryca 4.2).

Matryca 4.2. Straty zdrowotne – wybrane wypowiedzi badanych (fokusy)

| Rodzaj strat zdrowotnych           | Wypowiedź   |
|------------------------------------|---|
| Infekcje przenoszone drogą płciową | – <i>Wychodząc na takie imprezy sam się proszę o te choroby weneryczne. Po prostu to jest... tam powinien być znak równa się.</i><br>– <i>Przy chorobach wenerycznych, które się łapie... zdarza się, że one są ewidentnie wynikiem tych zbliżeń podczas seksu, no a mimo wszystko gdzieś ten człowiek...</i> |
| Przedawkowania                     | – <i>Najgorsze, to śmierć – przedawkowanie.</i><br>– <i>Ale tam były zapisywanie godziny, co było brane, te krople i to nic nie dawało, ludzie jakoś to przedawkowywali.</i><br>– <i>Ja byłem np. na takiej imprezie, gdzie jedna osoba zmarła.</i>   |
| Ogólny stan zdrowia                | – <i>Tak, miałem przemyślenia, że to jest po prostu niezdrowe. I teraz tak samo mam takie przemyślenia, że dla mnie to jest dobra zabawa, tylko że narkotyki są niezdrowe, to jest dla mnie najgorsze. Jakby były zdrowe, to wszystko byłoby okej.</i><br>– <i>Traci się zdrowie.</i>                         |
| Uszkodzenia                        | – <i>Jakieś obtarcia.</i>   |
| Przemoc                            | – <i>Jeśli chodzi o przemoc jeszcze, to ja miałem kiedyś tak, że bardzo dużo zmieszałem, byłem na imprezie w Londynie i słyszałem jakieś głosy, nie chcieli mnie wypuścić, zamknęli mnie w pokoju.</i>  |
| Wypadki                            | – <i>Ja słyszałem, że ktoś kiedyś pobił tam wszystkich pod wpływem, wyskoczył przez okno.</i>   |

Straty psychologiczne najczęściej dostrzegane przez badanych dotyczyły głównie spadków nastroju po imprezach, z myślami samobójczymi włącznie, wyrzutów sumienia, stanów psychotycznych, obniżenia poczucia własnej wartości, uzależnienia. Poniżej zawarto przykładowe wypowiedzi uczestników fokusów w poszczególnych obszarach (matryca 4.3).



Matryca 4.3. Straty psychologiczne – wybrane wypowiedzi badanych (fokusy)

| Rodzaj strat psychologicznych          | Wypowiedź  |
|--|--|
| Spadki nastroju z myślami samobójczymi | – <i>Ja zawsze miałem takie zjazdy, taką depresję później, zero chęci do życia, myśli samobójcze, myśli o bezsensie życia.</i><br>– <i>Kilka osób już zaczynało i tak za każdym razem po weekendzie we wtorek ja dostają wiadomości, że „jaki ja jestem beznadziejny, chyba ze sobą skończę, skoczę z mostu” i tym podobne.</i>  |
| Wyrzuty sumienia                       | – <i>Nie, to tak mówię tylko dlatego, że choć ja te imprezy zawsze źle wspominam, bo miałem zawsze wyrzuty sumienia, że nawet gdzieś, gdzie było super i nawet jeżeli było to spełnienie moich marzeń, to ja czułem, że to nie byłam ja, że ja znowu siebie oszukiwałem, że to było wszystko na niby, w sensie, że to nie było wszystko prawdziwe, te wszystkie emocje i te doznania w trakcie, to była zasługa narkotyków, a to nie było prawdziwe.</i> |
| Stany psychotyczne                     | – <i>Są na przykład takie psychozy, że tak powiem takie troszkę delikatne. Na przykład, że niektórzy na przykład dostają pierdolca. Jak widzą kogoś na przykład z telefonem w rękę, to myślą, że ktoś kogoś nagrywa czy jakoś tak, więc są jakieś takie rzeczy.</i><br>– <i>Bo są czasem, są jakieś psychozy po prostu czasem.</i>   |
| Obniżenie poczucia własnej wartości    | – <i>Spowodowały one u mnie tak ogromne wycofanie i taką zapaść w poczuciu własnej wartości, taki lej, który podązał cały czas w dół, aż do zera.</i>  |
| Uzależnienie                           | – <i>Zmiana psychiki danej osoby, że on po części staje się osobą uzależnioną, bo po prostu uzależnia się od seksu po prostu na efekcie i on do tego dąży i w pewnym momencie tu już nie chodzi o to, że seks. Chodzi o seks na efekcie.</i>   |

Wśród strat w obszarze społecznym badani wskazywali na zaburzone relacje z aktualnymi partnerami lub trudność w nawiązywaniu relacji partnerskich w przyszłości:

*Miałem też bardzo długą jak dla mnie znajomość z chłopakiem, z którym trzymałem się od 3 lat, trzymaliśmy ten kontakt dzięki substancjom, ale to też się zaczęło psuć na skutek schiz wszelkiego rodzaju i teraz już nie mamy kontaktu. zamknąłem tę relację.*

*Zniszczenie też jakichś relacji partnerskich.*

Straty ekonomiczne w percepcji badanych odnosiły się do możliwości doświadczenia kradzieży ([...] *kiedy zostałem okradziony przez dwóch kolesi, którzy pod moją nieobecność jak poszedłem do toalety ją wzięło*), wydatkowania dużych sum na imprezy ChemSex (*na przykład albo 3000 złotych tak jak mój znajomy miesięcznie tracił na chemię*), czy utrata źródła utrzymania (*problemy w pracy*).

Straty zaklasyfikowane jako „inne” dotyczyły między innymi:

- ▶ braku możliwości podejmowania kontaktów seksualnych na trzeźwo (*A to jako koszt traktujemy, że nie ma seksu na trzeźwo?; Była to mniejsza przyjemność, niż na chemii*),



- ▶ braku możliwości podjęcia kontaktu w trakcie imprezy (*Zazwyczaj właśnie jak się weźmie za dużo, to wtedy nie jesteś za bardzo zdolny do czynności seksualnej; Dla mnie np. taki ujemny skutek, to jest ta chwilowa impotencja powiedzmy, niezdolność*),
- ▶ ryzyka zgwałcenia (*Możesz być wykorzystany w tym momencie. Tak, ale to wtedy już można podciągnąć pod gwałt*),
- ▶ zaniku pasji (*Zero innych zainteresowań*),
- ▶ kłopotów prawnych.

Znacznie mniej strat związanych z ChemSex wskazali w swoich wypowiedziach uczestnicy wywiadów indywidualnych. W ich przypadku straty zdrowotne były na drugim, nie na pierwszym miejscu, jak w przypadku uczestników fokusów. Liczniejsze okazały się straty psychologiczne (matryca 4.3). Wśród nich pojawiły się: obniżony nastrój po imprezie, utrata empatii (*Co do strat no to myślę, że stracić wrażliwość na drugiego człowieka, siebie, swoje potrzeby*), jak również nieprzyjemne stany zaburzonej świadomości:

*(...) jak uprawiałem seks po narkotykach, to – co było straszne – czasami widziałem twarz tego drugiego chłopaka jako twarz diabła. To było dziwne, jakaś taka czarna, demoniczna i pamiętam, że wtedy miałem takie, że coś chyba jest nie tak.*

Wśród strat zdrowotnych badani, podobnie jak w przypadku dyskusji fokusowych, wskazywali na zakażenia infekcjami przenoszonymi drogą płciową oraz ogólne wyniszczenie organizmu:

*Jak się nie ma kontroli to może być niebezpieczne dla zdrowia, naraża się na sytuacje, gdzie nie ma się kontroli, nie można zapanować nad sobą tak jakby się chciało, to może być niebezpieczne dla zdrowia, substancje, które wpływają na serce, choroby weneryczne. Zażywanie substancji minimalizuje ten poziom, w którym – to nie jest seks bezpieczny, z zabezpieczeniem, substancje wyłączają ten tryb myślenia, że trzeba zadbać o siebie.*

*(...) drugie wykończenie organizmu, nawet, jeśli w weekend ten słynny zjazd się skończy, to ja efekty fizyczne widzę prze kolejny tydzień zmęczenie w mięśniach, problemy z zatokami (...).*

Jeden z badanych wspominał o mniej poważnych konsekwencjach zdrowotnych (*Że ktoś wyjdzie zgrzany i się przeziębi to nie wiem czy to liczyć*).

W obszarze strat społecznych pojawiła się opinia dotycząca strat w obrębie relacji rodzinnych, o czym nie wspominali badani w czasie dyskusji fokusowych. Jest to zatem nowa, dodatkowa perspektywa:

*(...) rodzinne, kiedy osoba idzie w ciąg trzydniowy, a rodzice nie wiedzą, co się dzieje i dzwonią po znajomych i te relacje rodzinne się zapadają.*

W zakresie strat ekonomicznych obie wypowiedzi dotyczyły, podobnie jak w trakcie dyskusji fokusowych, kosztów związanych z pozyskiwaniem substancji, szczególnie, jeśli były to częste imprezy, zaś w kategorii „inne” pojawił się brak czasu na dotychczasowe pasje i zainteresowania, ponieważ czas ten jest pochłaniany przez aktywność związaną z ChemSex.

Podsumowując postrzeganie zysków i strat przez badanych warto wskazać przewagę strat nad zyskami w wypowiedziach badanych oraz większą różnorodność obszarów życia, które dotykane są przez straty, niż zyski z ChemSex. W kategoriach zysków często przywoływane są nowe znajomości, co może wskazywać na potrzeby badanych w zakresie przynależności do grupy.

#### 4.2.6. POTRZEBY W ZAKRESIE POMOCY I DOŚWIADCZENIA W JEJ POSZUKIWANIU

Wśród praktykujących ChemSex są osoby, które wskazują, że potrzebna jest im pomoc w tym zakresie, jednak są i takie, które nie mają potrzeby korzystania z serwisów pomocowych. W trakcie badania jakościowego zapytano uczestników o to, jakie oni i ich znajomi wykazują motywacje poszukiwania lub nieposzukiwania pomocy, jakie mają potrzeby w zakresie serwisów pomocowych czy sylwetki osoby pomagającej, ale też, jakie są ich doświadczenia w tym zakresie.

Wśród **motywów poszukiwania pomocy** uczestnicy dyskusji fokusowych wymieniali poczucie utraty kontroli nad częstotliwością używania środków psychoaktywnych, a także zdanie sobie sprawy z problemu albo samodzielnie, albo, z pomocą innych osób:

*No nie wiem, ja chodzę na psychoterapię od trzech miesięcy, bo też mi chemseks zaczął przeszkadzać, bo uważam, że robię to za często.*

*Sam musisz zauważyć, że jest problem.*

*Natomiast, kiedy przyjechałem zrobić test na HIV, pojawiło się pytanie, kiedy miałem ostatnio seks, to wiedziałem, że to jest dobry moment i kierunek, że to jest jedyna szansa na to, żeby się wyzwolił, pomógł sobie lepiej żyć.*

**Nieposzukiwanie pomocy** badani wiązali z tabu, brakiem takiej potrzeby lub z brakiem wiedzy o dostępnych możliwościach jej uzyskania:

*Ja nigdy nie wiedziałem, że są anonimowi narkomani, że są mityngi, nie miałem pojęcia, że coś takiego istnieje.*

*Szczerze, to nie wiem, bo nie musiałem korzystać.*

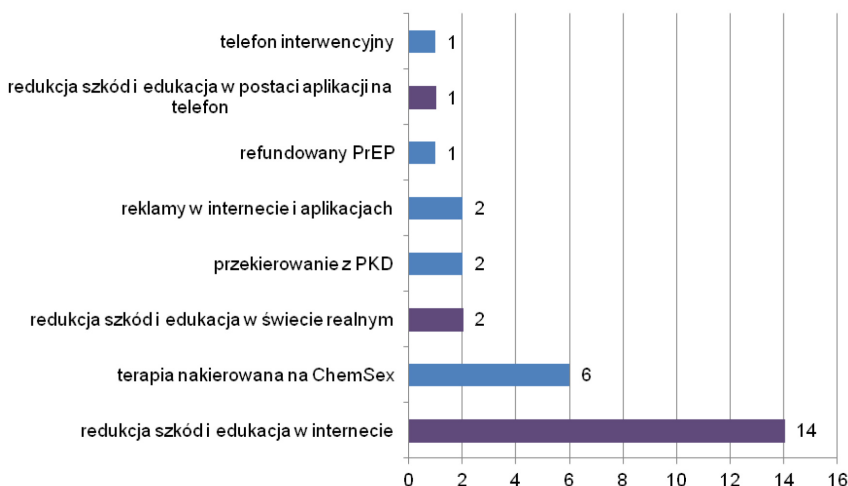
*To jest jak rozmawianie o chorobach, taki nieproszony temat.*

Nawet, jeśli ktoś z badanych odczuwał potrzebę korzystania z pomocy i miał wiedzę o jej dostępnych formach, to nie zawsze miał pozytywne doświadczenia w tym zakresie. Doświadczenia te dotyczyły zarówno psychoterapii komercyjnej, pomocy w ramach NFZ, jak i tej oferowanej przez organizacje pozarządowe. Poniżej (matryca 4.4) zamieszczono przykładowe wypowiedzi uczestników dyskusji dotyczące doświadczeń pozytywnych i negatywnych.

Matryca 4.4. Doświadczenia w poszukiwaniu pomocy – wybrane wypowiedzi uczestników fokusów

| Typ doświadczeń | Wypowiedzi  |
|-----------------|---|
| pozytywne       | <p>– <i>Ale możesz iść na Nowy Świat, tam jest taka fundacja After Party i tam też jest darmowa terapia od razu można tam chodzić.</i></p> <p>– <i>Tutaj na Dzielnej też jest dobra bardzo dobra klinika.</i></p> <p>– <i>Terapia grupowa jest fantastyczna!</i></p> <p>– <i>Obecnie pracuję dużo nad sobą z . . . , żeby odbudować siebie i swoją tożsamość. Widzę, że idzie mi to bardzo dobrze i przez dwa miesiące zrobiłem ogromny postęp w odkrywaniu siebie, w poznawaniu swoich emocji, w docieraniu do siebie, co wcześniej było całkowicie zaburzone i w zasadzie nie miałem świadomości tego, co się ze mną dzieje tak naprawdę.</i></p>   |
| negatywne       | <p>– <i>Więc oni muszą sobie to przedyskutować, czy ja wchodząc tam i teraz siadając na krzeselku i mówiąc, że jestem gejem, nie zaburzę im całego procesu psychologicznego. Oni sobie nie poradzą z tym, no to ja już od razu z góry podziękowanie.</i></p> <p>– <i>(. . .) Bo ja np. czułem wstyd, żeby opowiadać o moim uzależnieniu od narkotyków, a w ośrodku zamkniętym czułem się jakoś oddzielnie, że to jest tylko mój problem.</i></p> <p>– <i>Ja też ogólnie się przedstawiłem jako seksoholik, dopiero na kontakcie indywidualnym powiedziałem, że ja nie mam problemów z seksem, tylko z chemseksem i moja terapeutka powiedziała, że oczywiście, że muszę mieć coś, co jest tylko moje i ja się wycofuję z seksoholizmu. Czyli tak jakby nie знаła tematu (. . .)</i></p> |

Opisywane doświadczenia dotyczyły różnych form i rodzajów pomocy. W trakcie dyskusji badani wypowiadali także opinie na temat najbardziej właściwej ich zdaniem **formy pomocy**, najczęściej wymienianą przez badanych potrzebną formą pomocy była redukcja szkód i edukacja, a kolejną pożądaną propozycją była terapia nakierowana na ChemSex. Przywoływano redukcję szkód i edukację w świecie realnym, pokierowanie z PKD, np. poprzez materiały na ten temat dostępne w punktach czy szkolenie doradców, reklamy w aplikacjach i portalach randkowych, refundowany PrEP, redukcję szkód i edukację w aplikacjach telefonicznych oraz telefon interwencyjny. Powyższe informacje graficznie odzwierciedla wykres 4.2, gdzie kolorem fioletowym zaznaczono wypowiedzi odnoszące się do redukcji szkód.



Wykres 4.2. Preferowane formy pomocy wskazane przez uczestników fokusów

Zapotrzebowanie na określony rodzaj pomocy nie jest jedyną potrzebą rozmówców. W trakcie dyskusji starano się także uzyskać informacje na temat **preferowanych cech** osoby zajmującej się profesjonalnie pomocą. Podczas analizy zgromadzonego materiału zaobserwowano, że z wspomnianym wyżej zapotrzebowaniem na terapię sprofilowaną specyficznie na problematykę ChemSex koresponduje proporcjonalnie większa liczba wypowiedzi podkreślających konieczność posiadania przez osobę świadczącą pomoc świadomości i wiedzy na temat tej konkretnej problematyki. Pozostałe wypowiedzi wskazywały na ogólny profesjonalizm takiej osoby związany z wykonywanym zawodem i ukończonymi szkoleniami zawodowymi, a także na jej otwartość i brak ocen. Jako przykład zapotrzebowania na specjalistów posiadających wiedzę i świadomość problematyki ChemSex można wskazać poniższe wypowiedzi:

*[Powinien] mieć świadomość, znajomość tego terminu, jakieś statystyki, czy jakiegokolwiek informacje, które wie. Że to nie jest tylko uzależnienie od narkotyków, tylko to jest coś jeszcze. Że to nie jest branie narkotyków i tylko seks, tylko to jest podbijanie seksu narkotykami.*

*Tak, żeby terapeuta wiedział, o co nam chodzi. Jakies takie poczucie, że ta osoba zna ten temat. Żeby poczuć się bezpiecznie, żeby nie było problemu wstydu, bo samemu jest czasami ciężko o tym mówić.*

W przypadku wywiadów indywidualnych głosy dotyczące pomocy poszukiwanej czy oferowanej użytkownikom ChemSex były bardzo nieliczne. Może się wiązać to z faktem, że ta grupa badanych deklarowała się w większości jako użytkownicy rekreacyjni, bez doświadczenia problemowego praktykowania ChemSex. Często też

nie było mowy o doświadczeniach w tym zakresie, bo rozmówcy nigdy nie mieli potrzeby szukania pomocy, nie mieli też wielu przemyśleń w tym temacie.

W obrębie motywów poszukiwania bądź nieposzukiwania pomocy w wywiadach indywidualnych nie zakodowano ani jednej wypowiedzi odpowiadającej treściowo wyodrębnionym kodom, zidentyfikowano natomiast dwie wypowiedzi związane z doświadczeniami w poszukiwaniu pomocy. Były one jednak zupełnie inne niż w przypadku uczestników dyskusji fokusowych. Ci bowiem wspominali raczej pomoc terapeutyczną czy edukacyjną oferowaną przez profesjonalistów w gabinecie/sali terapeutycznej, podczas gdy materiał z rozmów indywidualnych ujawnił jedno doświadczenie związane z poszukiwaniem informacji w Internecie i trudnością z odnalezieniem jednej z wartościowych stron internetowych w tym temacie (prawdopodobnie z powodu jej pozycjonowania). Drugie opisane doświadczenie dotyczyło oceniającej postawy pracowników ochrony zdrowia w placówce szpitalnej w stosunku do osoby po przedawkowaniu środków.

W zakresie preferowanego rodzaju pomocy zidentyfikowano trzy rodzaje preferencji: rozwiązań prawnych, redukcji szkód oraz organizacji serwisów pomocowych. Rozwiązania prawne z jednej strony miałyby polegać na częściowym zalegalizowaniu substancji, co mogłoby pomóc w kontroli ich produkcji i dystrybucji. Natomiast drugą potrzebą w zakresie zmian prawnych byłoby polepszenie dostępu do badań w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową i przez krew:

*(...) żeby narkotyki przeszły jakąś ulgę prawną, żeby to nie było takie aż mityczne, żeby, bo kupując narkotyki bierzemy byle, co, bo się pojawiło, a gdyby zapanować nad bezpieczeństwem tych substancji, bo wiem, że niektóre są skażone, niektóre źle działają, gdyby zapanować nad tym nad dystrybucją,*

*zdecydowanie badania powinny być bardziej dostępne, bo może i na HIV są dostępne w ... łatwo, ale kompleksowe badanie pod tym kątem jest ciężko i za to trzeba płacić.*

Innym głosem w sprawie zapotrzebowania na pomoc było wskazanie, podobnie jak w przypadku uczestników dyskusji fokusowych, dużego znaczenia redukcji szkód:

*ja na pewno bym umieścił linki, jakby jakiś kontakt do telefonu zaufania, czegoś takiego do miejsc, w których można zdobyć pomoc, jeżeli chodzi o używki, jako tako, poza tym umieściłbym też nie wiem czy kojarzysz taką stronę taką inicjatywę narkotykową SIN, to jest społeczna, albo studencka inicjatywa narkotykowa i to jest grupa młodych ludzi, nie wiem czy oni działają non profit, czy nie, i oni jakby wychodzą z założenia, że narkopolityka w Polsce jest, jaka jest i utopią jest doprowadzenie świata do stanu, gdzie nie będzie narkotyków i najlepsze, co możemy zrobić to zminimalizować szkody, które są związane z przyjmowaniem narkotyków, tam na ich stronie można kupić testery narkotyków, nie korzystałem z tego, ale tam się trochę tej substancji daje i nam pokaże czy to jest to, oni czasami*

*mają stoiska na różnych festiwalach muzyki elektronicznej, mają strefy chillu dla osób, które trochę przedawkowały i moja przyjaciółka jest taką partyworkerką i ona zajmuje się takimi osobami, tam też jest opisane jak bezpiecznie brać i to jest bardzo ważne, co, z czym łączyć, co, z czym absolutnie nie powinno być łączone, ja na przykład miałem tak, że pojawiła się możliwość czegoś nowego, ale nie wiedziałem jak to zareaguje z tym, co dotychczas brałem, więc wpisałem drug combinations table, czy jakoś tak i chart i w Googlu w grafice jest taka tabelka, że np. jest kokaina, heroina i czerwona kratka, czyli śmiertelne połączenie, więc coś takiego wydaje mi się, że byłoby dobre, pamiętajcie żeby się zabezpieczyć, ale wydaje mi się, że to jest takie obvious, jasne, ale no jakby no jasne, prezerwatywa prezerwatywą, ale potem człowiek o tym nie myśli, to ciężko wydaje mi się, dlatego też nie chciałem w to wchodzić.*

Pozostałe wypowiedzi dotyczyły raczej rad technicznych dla serwisu pomocowego, niż zapotrzebowania na określone rodzaje pomocy:

*No nie wiem, no wydaje mi się, że powinna być zapewniana jak największa anonimowość wtedy, nie wiem, przez jakieś centrum, w Internecie można było znaleźć godziny otwarcia, mogłoby być zrobione coś takiego, że w poczekalni nie tworzyłaby się niezręczna kolejka.*

*Fajnie by było, gdyby wiedziała, że jest jakaś instytucja, która pomaga i żeby ta instytucja jakoś się ogłaszała, powiem szczerze, że najlepszą opcją ogłoszenia takiej instytucji i tego, że coś takiego funkcjonuje no to jest choćby reklama w takiej aplikacji albo coś takiego, bo ta osoba jest w stanie wtedy na to trafić*

Niewiele informacji pozyskano również w odniesieniu do preferowanych cech osoby świadczącej pomoc. Rozmówcy nie mieli w tym obszarze szczególnych refleksji. W jednym przypadku pojawiła się wypowiedź dotycząca własnych doświadczeń terapeuty z używaniem środków psychoaktywnych jako cechy preferowanej, jednak była to wypowiedź, która wynikała z szczerzej chęci udzielenia odpowiedzi badaczce i pojawiła się po dłuższym namyśle. Pozostali rozmówcy nie mieli zdania co do kompetencji osób pomagających, jakie byłyby szczególnie istotne w pomocy osobom problemowo praktykującym ChemSex.

## 4.3. WNIOSKI I REKOMENDACJE

### 4.3.1. CHEMSEX W PERCEPCJI BADANYCH I JEGO ROLA

Definiowanie zjawiska ChemSex nie nastroczało badanym problemów – zaproponowane przez nich definicje pokrywały się z definicją pojęcia, zastosowaną w metodologii badania. Warty pogłębienia jest wątek sekschemu – sytuacji, gdy pierwotną potrzebą motywującą do zachowania jest potrzeba przyjęcia substancji, a potrzeba seksualna jest wtórna.

W wypowiedziach pojawiają się dwie funkcje ChemSex: stymulatora seksualnego i „zagłuszacza” nieprzyjemnych i bolesnych emocji. ChemSex zaspokaja kilka ważnych potrzeb. Są wśród nich potrzeba bezpieczeństwa, akceptacji, przynależności, poczucia własnej wartości. Jest on też sposobem na zwiększenie zakresu i poziomu doznań seksualnych, ale również narzędziem, które ma na celu obniżenie bądź całkowitą redukcję poziomu bolesnych emocji, takich jak wstyd czy poczucie winy związane z byciem częścią odrzuconej mniejszości, niskim poziomem samoakceptacji i doświadczaniem szeregu negatywnych konsekwencji, określanych wspólnie jako stres mniejszościowy. Używanie substancji ma także na celu zmniejszenie poziomu lęku przed ewentualnym zakażeniem HIV – to ważny czynnik, mający swoje lustrzane odbicie u użytkowników żyjących z HIV (szczególnie świeżo zdiagnozowanych), u których ChemSex ma zagłuszyć świadomość własnego zakażenia i stygmy z nim związanej.

#### 4.3.2. MOTYWY UŻYWANIA CHEMSEX I DOŚWIADCZENIA BIOGRAFICZNE UŻYTKOWNIKÓW CHEMSEX

Wśród motywów używania substancji najczęściej wskazywano działanie substancji na fizjologię seksualną (wydłużanie czasu aktywności seksualnej) oraz w sferze kontaktów społecznych.

Zasady ChemSex często są domniemane, niewyartykułowane i nienazwane wprost, wzajemnie się wykluczające. Niemniej można wśród nich wymienić: ustalenia dotyczące używania telefonów, niestosowanie – używanie prezerwatyw, ustalenia dotyczące preferencji seksualnych, deklarację stanu zdrowia (chodzi o zakażenie HIV), obowiązkowość używania substancji, zasadę nieużywania niektórych substancji, redukcję szkód i kwestie finansowe.

Przy porównaniu seksu pod wpływem i seksu na trzeźwo wybrzmiały dwie kwestie: przy ChemSex aktywność jest zwykle dłuższa i w pewnym momencie, gdy osoba jest już bardzo „pod wpływem” nie istnieje selekcja partnerów. Zwykle na tym etapie ustalone wcześniej zasady przestają mieć znaczenie.

Wyselekcjonowano także czynniki ryzyka wejścia w zachowania ChemSex. Są to: wcześniejsze problemy (nieakceptowane preferencje seksualne, kompleksy, poczucie winy), cechy osobowe (brak pewności siebie, kompleksy), skłonność do ryzyka, tendencja do poszukiwania doznań, wcześniejsze doświadczenia seksualne, np. oglądanie pornografii, gdzie jest obecny ChemSex, seks grupowy.

Odbiór użytkowników ChemSex w środowisku jest w świadomości badanych ambiwalentny. Z jednej strony pojawiają się wypowiedzi świadczące o akceptacji zjawiska i osób go praktykujących, z drugiej wybrzmiewa wyraźnie odrzucanie takich praktyk. Ale głębsza analiza wypowiedzi pozwala na skonstruowanie



pewnego kontinuum, gdzie akceptowane są zachowania ChemSex rekreacyjne, ale odrzucane i potępiane zachowania świadczące o problemowym używaniu ChemSex, uzależnienie od substancji.

Stworzono także katalog sygnałów ostrzegawczych, które wskazują na to, iż osoba praktykująca ChemSex zaczyna mieć z nim problem. Znalazły się wśród nich: utrata kontroli i zwiększanie częstotliwości ChemSex, straty finansowe, zaniedbywanie obowiązków, brak satysfakcji w seksie bez chemii i przewaga strat nad zyskami.

#### 4.3.3. ZYSKI I SZKODY ZWIĄZANE Z CHEMSEX DOSTRZEGANE PRZEZ BADANYCH

Ważne jest, że większość uczestników badania dostrzega nie tylko straty związane z praktykowaniem ChemSex, ale identyfikuje zyski. Nie każdy badany określa się jako użytkownik problemowy, zatem system pomocy powinien brać pod uwagę różnych użytkowników i ich potrzeby.

Konsekwencje praktykowania ChemSex są dla jego użytkowników oczywiste, przy czym wymieniane są zarówno te negatywne (jest ich więcej) jak i pozytywne. Wśród tych drugich dominują zyski psychologiczne (podniesienie poczucia własnej wartości i atrakcyjności, wygłuszanie kompleksów itp.) oraz społeczne (nawiązywanie nowych znajomości, poczucie akceptacji w grupie, wsparcie). Wśród strat dominują zdrowotne (przede wszystkim STI i ryzyko przedawkowania) oraz psychologiczne (obniżony nastrój, łącznie z myślami samobójczymi, poczucie winy i wyrzuty sumienia). Jako stratę wskazano również uzależnienie. Wyniki badania jednoznacznie wskazują na świadomość użytkowników odnośnie ryzyk związanych z praktykowaniem ChemSex.

#### 4.3.4. DOŚWIADCZENIA W POSZUKIWANIU POMOCY I JEJ CHARAKTERYSTYKA

Doświadczenia rozmówców w poszukiwaniu pomocy były zarówno pozytywne, jak i negatywne. Niepokoi jednak fakt, że ponad połowa wypowiedzi wskazywała na negatywny charakter tych doświadczeń. Wynikał on najczęściej z problemów z ujawnieniem orientacji seksualnej (włącznie z postrzeganiem przez terapeutów ujawnienia innej niż heteroseksualna orientacji w grupie terapeutycznej jako problem zaburzający proces terapeutyczny) oraz ignorancją profesjonalistów, do których badani zwracali się po pomoc (negowanie istnienia zjawiska ChemSex).

Najbardziej pożądaną przez rozmówców formą pomocy są programy realizowane w filozofii redukcji szkód, szczególnie dostępne w przestrzeni wirtualnej. Ważnym elementem jest efektywny sposób dotarcia do populacji docelowej, używanie jej kanałów komunikacji oraz łatwość odnajdywania poszczególnych treści.



#### 4.3.5. REKOMENDACJE

Ważnym wnioskiem wyłaniającym się z wyników badania jakościowego wśród osób praktykujących ChemSex wydaje się potrzeba szkolenia psychoterapeutów, terapeutów uzależnień oraz innych osób zaangażowanych w proces pomocy terapeutycznej. Szkolenie to powinno zawierać dwa równoważne elementy. Po pierwsze z punktu widzenia osób zgłaszających się po pomoc istotne jest rozumienie przez specjalistów specyfiki ChemSex – czym on faktycznie jest, dlaczego powinien być traktowany całościowo, a nie jako uzależnienie od seksu lub uzależnienie od narkotyków, jakie są powody podejmowania tej konkretnej aktywności. Drugim elementem niezbędnym w podnoszeniu kompetencji zawodowych terapeutów jest szkolenie z zakresu pracy z osobami nieheteronormatywnymi. Brak poczucia kompetencji w tym zakresie skutkuje sytuacjami opisywanymi przez uczestników badania, jak na przykład problem w kwalifikacji do grupy terapeutycznej z powodu orientacji seksualnej pacjenta (gdy terapeuci mieli obawę, że zaburzy ona w jakiś sposób proces grupowy). Szkolenie takie powinno zawierać nie tylko – lub nawet w mniejszym stopniu – elementy wiedzy w tym zakresie, ale także w szczególności identyfikację i określenie postaw terapeutów w odniesieniu do różnorodności ludzkiej ekspresji seksualnej oraz pracę (w podstawowym wymiarze) w odniesieniu do własnej seksualności.

## BIBLIOGRAFIA

- Babbie Earl (2004), *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: PWN.
- Barbour Rosaline S. (2013), *Badania fokusowe*, Warszawa: PWN.
- Denzin Norman K., Lincoln Yvonna S. (2010), *Metody badań jakościowych*, t. I, Warszawa: PWN.
- Flick Uwe (2011), *Projektowanie badania jakościowego*, Warszawa: PWN.
- Kitzinger Jenny, Barbour Rosaline S. (1999), *Introduction. The challenge and promise of focus groups*, w: Rosaline S. Barbour, Jenny Kitzinger (red.), *Developing Focus Group Research. Politics, Theory and Practice*, London: Sage.
- Kubinowski Dariusz (2011), *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia – metodyka – ewaluacja*, Lublin: wyd. UMCS.
- Kubinowski Dariusz (2013), *Idiomatyczność – synergia – emergencja. Rozwój badań jakościowych w pedagogice polskiej na przełomie XX i XXI wieku*, Lublin: Wydawnictwo Makmed.
- Kvale Steinar (2011), *Prowadzenie wywiadów*, Warszawa: PWN.
- Pilch Tadeusz, Bauman Teresa (2001), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Rapley Tim (2010), *Analiza konwersacji, dyskursu i dokumentów*, Warszawa: PWN.
- Silverman David (2010), *Prowadzenie badań jakościowych*, Warszawa: PWN.

# ROZDZIAŁ 5. PACJENT Z PROBLEMEM CHEMSEX – PERSPEKTYWA SPECJALISTÓW

Agata Stola

## 5.1. CELE I METODOLOGIA BADANIA

Używanie substancji psychoaktywnych w kontaktach seksualnych stanowi wyzwanie zarówno dla ekspertów w dziedzinie profilaktyki jak i specjalistów zajmujących się leczeniem uzależnień oraz zaburzeń psychicznych i seksualnych. W celu pogłębienia wiedzy na temat doświadczeń specjalistów leczących pacjentów z problemem ChemSex przeprowadzono dodatkowe badanie jakościowe mające ukazać pacjenta używającego ChemSex problemowo z perspektywy leczącego go specjalisty. Należy zaznaczyć, że będzie tu opisana specyficzna, wąska grupa użytkowników ChemSex, która dotarła do placówek opieki zdrowotnej i podjęła w nich próbę leczenia. Badanie miało również na celu określić największe wyzwania i trudności w pracy specjalisty, który spotyka się ze zjawiskiem ChemSex.

### 5.1.1. METODOLOGIA

Badanie zostało przeprowadzone w okresie kwiecień-czerwiec 2019 roku, metodą częściowo ustrukturyzowanych Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI's).

Wytyczne do ich przeprowadzenia stanowił 4-częściowy scenariusz:

- ▶ Część pierwsza to chronologia doświadczeń z gabinetów. Ta część miała za zadanie ustalić, jak zmieniała się sylwetka pacjenta używającego substancji psychoaktywnych w kontaktach seksualnych oraz kiedy pojawił się pacjent nazywający swój problem jako ChemSex.
- ▶ W części drugiej badano poczucie kompetencji i komfort pracy specjalistów w obliczu zjawiska ChemSex. Chodziło o przybliżenie mierników skuteczność leczenia ChemSex oraz trudności i wyzwań w samej terapii.

- ▶ Część trzecia zbierała dane dotyczące sposobu pracy specjalistów, m.in. w jaki sposób przeprowadza się wywiady i stawia diagnozę u pacjenta z problemem ChemSex, z jakich metod i nurtów terapeutycznych się korzysta oraz czy stosuje się farmakoterapię. Pytano o interwencję kryzysową i redukcję szkód w kontekście ChemSex.
- ▶ Ostatnia część poświęcona była tematowi podnoszenia kwalifikacji i doskonalenia umiejętności. Przybierając formę rekomendacji, zbierała informacje na temat potrzeb specjalistów zajmujących się ChemSex.

Rekrutacja miała charakter celowy, przy użyciu anonimowego kwestionariusza rekrutacyjnego. Dotarcie do wykwalifikowanych specjalistów było możliwe dzięki współpracy z Fundacją Edukacji Społecznej, która prowadzi ogólnopolską platformę pomocy i wsparcia dla osób mających trudności w związku z używaniem substancji psychoaktywnych w kontaktach seksualnych ([www.meskiebranie.pl](http://www.meskiebranie.pl)).

W procesie rekrutacji uwzględniono następujące zmienne różnicujące: zawód, rodzaj pracy, staż pracy, miejsce pracy. Do badania włączeni zostali psycholodzy, psychoterapeuci, specjaliści terapii uzależnień, seksuolodzy, seksuolodzy kliniczni oraz lekarze specjalizacji psychiatria i seksuologia. Wszyscy specjaliści pracujący regularnie i co najmniej od 2 lat z pacjentami problemowo używającymi ChemSex. Dobór był zróżnicowany ze względu na lokalizacje placówek, w których specjaliści przyjmują pacjentów, obejmował 5 miast wojewódzkich.

Wywiady zostały nagrane i poddane transkrypcji. Dodatkowo do analizy zostały włączone również wykonane przez moderatora notatki, zapisywane każdorazowo po zakończeniu wywiadu.

Znajdowały się w nich następujące informacje:

- ▶ ewentualne zmiany w kolejności zadawania pytań,
- ▶ werbalna charakterystyka uczestnika (dynamika rozmowy, emocjonalność, gestykulacja, poziom zaangażowania itp.)
- ▶ sformułowania i wątki pojawiające się w trakcie dyskusji nad kluczowymi zagadnieniami
- ▶ bieżący opis prawidłowości zaobserwowanych w trakcie dyskusji (podobieństwa i różnice wobec wcześniej przeprowadzanych wywiadów)
- ▶ opis poziomu zaangażowania w dyskusję
- ▶ wskazówki dotyczące kolejnych wywiadu.

Dokumentacja każdego wywiadu składała się z jego scenariusza, zapisu audio, transkrypcji zewnętrznej oraz notatek własnych. Analiza uzyskanych danych miała na celu znalezienie wspólnych cech pracy terapeutycznej specjalistów prowadzących terapie pacjentów z problemowym używaniem ChemSex. Celem analizy było również pozyskiwanie informacji na temat subiektywnych znaczeń nadawanych zjawisku (ChemSex) i obiektom (pacjentom).

W związku ze stosunkowo małą liczbą wywiadów (IDI 8) analiza odbyła się w oparciu o szczegółowy przegląd wszystkich pozyskanych materiałów. Polegała na wielokrotnym zestawianiu transkrypcji wywiadów, notatek własnych oraz odsłuchiwaniu nagrań audio. Dopiero na podstawie pierwszego etapu analizy stawiano pytania i sformułowano hipotezy o rzeczywistości badawczej. Specjaliści w sposób precyzyjny i konkretny opisali swoją pracę w obszarze problemowego używania, uzależnienia i zaburzeń seksualnych. Te praktyczne informacje wniesione przez specjalistów pozwoliły na wyodrębnienie hipotez nt. nurtów terapeutycznych, które najskuteczniej sprawdzają się w pracy z problemowym użytkownikiem ChemSex. Następnie dokonano właściwej metody selekcji informacji w celu uniknięcia przytłoczenia ilością danych werbalnych do analizy. Wprowadzono segregowanie informacji wedle tematów zaznaczonych w scenariuszu.

## 5.2. WYNIKI

### 5.2.1. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

W badaniu udział wzięło 8 specjalistów. Wszyscy badani mieli przynajmniej dwie specjalizacje. Dwie osoby oprócz podwójnej specjalizacji posiadały również tytuł naukowy. W podziale na zawody i specjalizacje było to:

- ▶ 6 psychologów
- ▶ 1 psychiatra
- ▶ 2 seksuologów klinicznych (certyfikat PTS)
- ▶ 2 psychologów klinicznych
- ▶ 3 doktorów nauk medycznych
- ▶ 3 specjalistów terapii uzależnień
- ▶ 2 psychoterapeutów pracujących w nurcie behawioralno-poznawczym (CBT). Respondenci pracowali w następujących placówkach:
- ▶ 2 specjalistów pracujących w ośrodkach leczenia terapii uzależnień (świadczenia w ramach NFZ)
- ▶ 4 specjalistów pracujących na oddziałach szpitalnych (świadczenia w ramach NFZ)
- ▶ 4 specjalistów pracujących w poradniach i centrach pomocy dedykowanych grupie docelowej (świadczenia nieodpłatne – NFZ, MZ, samorządy, projekty unijne i międzynarodowe)
- ▶ 6 specjalistów prowadzących prywatną praktykę lub pracujących w prywatnych placówkach.

Ze względu na staż pracy, dwóch specjalistów miało staż pracy 2-3 lata, czterech specjalistów 6-10 lat oraz 2 specjalistów 11-15 lat.

## 5.2.2. CHRONOLOGIA

Lata 2015-2016 to czas, kiedy w gabinetach specjalistów pojawili się pierwsi pacjenci używający sformułowania ChemSex. Rzadko jednak zainteresowani byli długoterminową terapią. Celem ich wizyty była psychoedukacja, diagnostyka, wsparcie w procesie adaptowania się do życia z HIV. Dopiero na początku 2017 r. zaczynają pojawiać się pacjenci z problemem uzależnienia, u których w toku terapii okazuje się, że jest to uzależnienie pojawiające się w wyniku używania ChemSex. W pierwszych latach specjaliści sami, intuicyjnie zaczęli opracowywać autorskie metody pracy z pacjentem z problemem ChemSex, na własną rękę podnosząc kwalifikacje. Szukając informacji za granicą, znaleźli je u międzynarodowych ekspertów.

*Informacji zacząłem szukać głównie na brytyjskich stronach organizacji, które zajmują się HIV, pisałem maile wszędzie, gdzie się da. W końcu po jakimś czasie zaprosili mnie na wizytę studyjną do Londynu i to był dla mnie przełom. Zobaczyłem zupełnie nowe podejście do pracy z osobami używającymi substancji. Od tej pory zawsze na początku mówię pacjentom, że jeśli nie są jeszcze gotowi na abstynencję muszą przynajmniej w odpowiedni sposób zadbać o swoje zdrowie i bezpieczeństwo. W Polsce uczono mnie, że trzeba czekać na pacjenta, aż podejmie decyzje o abstynencji, wtedy dopiero jest gotowy na terapię*

W 2018 r. powstają w Polsce pierwsze ośrodki specjalizujące się w pomocy pacjentom z problemem ChemSex, do dnia dzisiejszego wyspecjalizowaną ofertą w tym zakresie dysponują jedynie Wrocław, Warszawa, Trójmiasto i Kraków. Placówki dysponują ofertą terapeutyczną, diagnostyczną i profilaktyczną skierowaną do grupy MSM. Mają w swojej ofercie poradnictwo, grupy wsparcia, szybką diagnostykę STI, kompleksową psychoterapię, a także szeroką ofertę profilaktyczną (w tym PrEP i PEP) oraz redukują szkód.

*Dziś na co dzień słyszę o ChemSex, wciąż jednak niewielu terapeutów chce się podejmować tak złożonej i trudnej pracy terapeutycznej. Pacjenci są cały czas gdzieś odsyłani. Błądzą. Czują się odrzuceni a ich problem urasta wręcz do <<choroby nieuleczalnej>>.*

## 5.2.3. CHARAKTERYSTYKA PACJENTÓW Z PROBLEMEM CHEMSEX

Większość pacjentów, którzy zgłaszają się do gabinetów osób poddanych badaniu z problemem ChemSex, ma między 25 a 40 lat. Są to raczej osoby wysoko funkcyjne, najczęściej z dobrą pracą, taką, dzięki której stać je na regularny zakup środków psychoaktywnych:

*Pacjent zawsze jest zadbany, dobrze ubrany, z ułożonymi włosami, nawet jeśli ma za sobą kilkunastogodzinną „grupówkę”, na której wstrzyknął sobie kilka gramów mefedronu.*

*Przebojowi, dumni, pewni siebie, często aktywni społecznie i na pozór bardzo towarzyscy, tak widzę moich pacjentów.*

Specjaliści z doświadczeniem pracy w tym obszarze mają świadomość, że są często sprawdzani przez swoich pacjentów:

*Pacjent Cię testuje, jeśli nie masz doświadczenia myślisz, że po prostu chce Cię zawstydzić, ale ja wiem, że w ten sposób określamy jego i moją strefę komfortu. Niedoświadczony terapeuta łatwo może się wystraszyć.*

Pacjent zazwyczaj nie identyfikuje się jako osoba uzależniona:

*Często w gabinecie słyszę, <<co pan? Ja nie jestem narkomanem >>, <<proszę nie robić ze mnie ćpuna>>, mimo że sam przychodzi z problemem z substancją to nie potrafi tego nazwać uzależnieniem.*

W gabinecie seksuologa pacjent jest przede wszystkim nastawiony na rozwiązanie problemu, jest zadaniowy, oczekujący konkretnego planu działania:

*Rzeczywiście mamy pacjentów w poradni, którzy używają substancji, aby polepszyć, zmienić seks, jakoś go udoskonalić, przynajmniej tak deklarują. Dawniej substancją, która towarzyszyła kontaktom seksualnym był zazwyczaj alkohol, przyjmowany, żeby poradzić sobie z sytuacją seksualną, np. obniżyć poziom niepokoju i lęku albo też dodać pewności siebie. Substancja psychoaktywna i seks od zawsze występują blisko siebie w wywiadzie seksuologicznym, jednak od pewnego czasu alkohol ustępuje coraz częściej miejsca stymulantom.*

*U osób z grupy MSM, mamy częstsze występowanie zaburzeń psychicznych, częściej występuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych, częściej pojawiają się zachowania autoagresywne czy próby samobójcze, częściej pojawia się depresja i zaburzenia lękowe. Wszystko to nie wynika z jakichś ukrytych predyspozycji tej grupy, ale z doznawanego stresu. Jest to szczególnie rodzaj stresu przeżywanego przez osoby nieheteronormatywne ze względu na to czego doświadczają na różnych etapach swojego życia. Krótko mówiąc to homofobiczne społeczeństwo, brak tolerancji i agresywne zachowania wobec tej grupy bardzo często są powodem zaburzeń psychicznych.*

Większość specjalistów w trakcie wywiadu skupia się na określeniu poziomu stresu mniejszościowego jako jednego z głównych czynników ryzyka zaburzeń psychicznych i seksualnych w tej grupie.

*Większość pacjentów sama zgłasza, że ma negatywne doświadczenia z przeszłości, często wynikające z relacji w rodzinie, poczucia braku akceptacji, albo życia w tajemnicy przed najbliższymi*

*W moim gabinecie coraz częściej zdarzają się też osoby uprawiające ChemSex, które są skrajnie otwarte. Wszyscy wiedzą o ich statusie serologicznym, o preferencji seksualnej, dla nich ChemSex to często sposób na spędzanie wolnego czasu jako coś takiego extra. Stosują substancje z wyższej półki w ekskluzywnych warunkach. Na pozór można byłoby ich traktować jako użytkowników nie problemowych, ale z czymś jednak przychodzą.*

*Zazwyczaj słyszę, że chcą kontrolować czy ograniczać branie. Jestem z tym ok. Ale doświadczenie wielu moich terapii pokazuje, że w toku procesu terapeutycznego pojawia się ta sama pustka, lęk, depresja, czasami nawet silniejsza niż u tych, którzy od razu z takimi problemami przychodzą.*

Według niektórych terapeutów wysoki poziom stresu mniejszościowego może ułatwić decyzje o wejściu w ChemSex. Jeszcze większe znaczenie ma tu świeżo wykryte zakażenie HIV. Zakażenie HIV zbiega się w czasie z rozpoczęciem kontaktów ChemSex. Substancje psychoaktywne przyjmowane podczas ChemSex pozwalają na oddalenie dyskomfortu związanego z zakażeniem, a podczas spotkań z seksem grupowym („grupówki”) o zakażeniu się nie mówi, więc takie spotkania nie generują dodatkowego stresu u pacjentów.

*(...) mój pacjent uczęszczał na grupówki tylko dlatego, że miał całkowitą blokadę przed mówieniem o zakażeniu HIV i odczuwał permanentny lęk, że kogoś zakazi (mimo niewykrywalnej wirerii), albo że się wyda. Narkotyki pozwalały mu podjąć satysfakcjonujący kontakt seksualny. W toku terapii okazało się, że nigdy nie przepracował swojego zakażenia.*

*Odebrał dodatni wynik HIV 5 lat temu i od tego czasu << leci po bandzie >>, wynik wyrzucił i wyparł, przypomniał sobie dopiero jak trafił na SOR, gdzie go ledwo odratowali – znam niejednego taki przypadek wyparcia. Dzięki narkotykom można tak funkcjonować, dopóki zdrowie nie zacznie siadać.*

Rekomenduje się, aby temat zakażenia HIV był zawsze gruntownie przerabiany i omawiany z pacjentem. Jest to zagadnienie ściśle związane z tematem ChemSex.

#### 5.2.4. SPECYFIKA PRACY Z PACJENTEM CHEMSEX

Większość badanych podkreślała, że praca z pacjentem chemsex wymaga interdyscyplinarnego podejścia, „otwartej głowy” i dobrej znajomości zjawiska stresu mniejszościowego.

*W większości przypadków ChemSex jest tylko wierzchołkiem góry lodowej. Sposobem radzenia sobie z innymi problemami, stresem mniejszościowym, lękiem czy depresją.*

*Trudno jest mi pokazać pacjenta „czysto chemseksowego”, w tej grupie spotykam bardzo dużo pacjentów z pogranicza zaburzeń borderline.*

Mimo, że wszyscy specjaliści od lat przyjmują pacjentów, którzy podejmują kontakty ChemSex, jest to wciąż obszar wyzwania w ich pracy terapeutycznej. Sposób pracy terapeutycznej był wypracowywany raczej intuicyjnie na podstawie rekomendowanych i sprawdzonych metod. Nie wynika to jednak z niechęci do korzystania z doświadczenia innych, ale z braku materiałów na ten temat.



*Pacjent przede wszystkim powinien czuć się dobrze i bezpiecznie w gabinecie terapeutycznym. Szczególnie pacjent, który wcześniej był ofiarą dyskryminacji. Osoby, które doznawały różnych aktów homofobii mają wiele zrozumiałych obaw np. odnośnie ochrony danych wrażliwych. Dlatego nie uważam, żeby dobrym pomysłem było wywieszanie na wejściu do gabinetu tęczowej flagi i plakatu całujących się mężczyzn. Gabinet terapeutyczny to miejsce intymne, neutralne i przyjazne wobec człowieka. Wydaje mi się, że neutralność daje moim pacjentom największy komfort.*

Według specjalistów poczucie kompetencji w pracy z pacjentem uzależnionym od ChemSex zależy od ich umiejętności przeprowadzenia szczegółowego wywiadu, łączącego ze sobą elementy wywiadu seksuologicznego i klasycznego problemowego podejścia do uzależnienia. Szczegółowy wywiad pozwala na postawienie szerokiej diagnozy a także daje możliwość hipotez, dotyczących innych możliwych zaburzeń psychicznych. Niestety rozmowa o seksualności wciąż stanowi problem dla wielu specjalistów.

*Chemsex to są dyscyplina związana z tematem tabu. Dopóki dana osoba, dany specjalista sam nie przekona się, nie nabierze dystansu, nie nauczy się tolerancji wobec zachowań, które nie do końca są akceptowane społecznie nie ruszy z terapią chemseksu. Ponieważ nie będzie miał w sobie tego zrozumienia i życzliwości tak potrzebnych do pracy z pacjentem ChemSex. W innym razie będzie po prostu unikał mówienia o seksie i o tym jak ten seks w ogóle przebiega. Taki terapeuta może tylko pogorszyć sytuację pacjenta.*

W uzależnieniu od ChemSex niezwykle istotna jest kolejność procesów terapeutycznych. Ma to ogromne znaczenie u pacjentów, którzy potrzebują zarówno terapii uzależnień jak i seksuologicznej. Diagnoza nozologiczna określa, od czego należy zacząć proces zdrowienia. Jeśli została postawiona diagnoza F19.2 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem kilku środków (F10-F18) to rekomenduje się wyjście od leczenia uzależnienia a dopiero w kolejnym etapie terapię zaburzeń seksualnych.

*Nie chodzi o to, żeby specjalista był <<Zosią samosią>>, musimy ze sobą współpracować, tylko nie mam pomysłu jak technicznie można to zorganizować.*

Eksperci podkreślają, że nie można oczekiwać, że jedna osoba będzie potrafiła wszystko. Ważne jest, żeby była możliwość konsultacji z innymi specjalistami.

*Jeśli wywiad seksuologiczny bywa kłopotliwy, warto przekazać go specjalistce seksuologowi i potem skorzystać z dokumentacji medycznej.*

## 5.2.5. METODY PRACY Z PACJENTEM CHEMSEX

*Terapeuta, zanim podejmie pracę z osobami z grupy MSM w ChemSex, powinien sam zmierzyć się ze swoimi uprzedzeniami i stereotypami na temat osób nieheteroseksualnych. W pracy z takimi pacjentami, bardzo ważna jest otwartość i odcięcie się od ocen i sądów.*



Niezależnie od tego w jakim nurcie terapeutycznym się pracuje, można podjąć się terapii ChemSex:

*Akceptacja, życzliwość i otwarcie na drugiego człowieka są kluczowe i w zawodzie terapeuty jak się nie ma takich zasobów to trzeba je wyćwiczyć, albo zmienić zawód*  
*Wiedzę nt. ChemSex można zdobyć, ważne, żeby źródło było rzetelne. To powinny być materiały opracowane przez zespół specjalistów. Na pewno potrzebne są jakieś protokoły albo jakieś wyszczególnione ważne punkty, które trzeba poruszyć w toku terapii.*

*W terapii ChemSex pewne rzeczy trzeba sobie ustalić np. etapy pracy. Najpierw zbudować zaufanie, dać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, dając mu różne indywidualne narzędzia. Ważne są praktyki oddechowe, relaksacyjne, praca z ciałem może nawet medytacje. Trzeba się rozeznac co odpowiada danej osobie. A potem iść dalej zgodnie z ustrukturalizowanym wywiadem i realizować cele, które sobie stawiamy.*

*Terapię ChemSex widzę w takich blokach, które naprawdę można byłoby przełożyć na pracę specjalistów wywodzących się z różnych nurtów. Nie tylko terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna. Niezależnie czy ktoś pracuje w podejściu analitycznym, psychodynamicznym, systemowym, czy poznawczo-behawioralnym to ubierze po prostu dany obszar w inne słowa. Pewne tematy muszą być poruszone: aspekty z przeszłości, traumy, inne wydarzenia silnie stresogenne itp.*

Najczęściej wnoszonym nurtem, pod kątem skuteczności pracy była psycho-terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy – CBT), jako taka, która pomaga w trudnościach emocjonalnych oraz podchodzi w sposób treningowy do problematycznych zachowań. Jest według specjalistów odpowiednią na potrzeby pacjenta, gdyż jest zorientowana na określony cel. Zauważono jednak, że czasami stoi ona w sprzeczności z potrzebą więzi pacjenta. W związku z tym rekomendowane jest również czerpanie z innych koncepcji terapeutycznych, zgodnie z komfortem pracy i kompetencjami specjalisty.

*Pacjenci ChemSex często odczuwają niedosyt więzi terapeutycznej. Sposobem wyjścia naprzeciw tym oczekiwaniom dla mnie jest terapia schematu i ujęcie psychodynamiczne, korzystniejsze pod kątem relacji terapeutycznej.*

Specjaliści z dystansem odnoszą się do pomysłu terapii grupowej w ChemSex. U większości występuje obawa, że jest to stosunkowo niewielka społeczność i ciężko byłoby zapewnić komfort i poufność przychodzącym na terapię grupową pacjentom.

*Nie raz miałem sytuację, że w poczekalni mojego gabinetu przybijali sobie piątkę, pacjenci, którzy znają się z „grupówki”. Mało tego, wielu pacjentów wyznaje, że gadają podczas chemsexu o naszej terapii, kto do kogo chodzi, jak idzie terapia itp.*

Największe trudności, jakie wnoszą specjaliści, to skomplikowany i długotrwały proces urealniania pacjentów. Osoby używające problemowo ChemSex zazwyczaj

uważają, że nie ma dla nich innego seksu niż ten, który obecnie uprawiają. Bardzo ciężko jest im znaleźć motywację i odwagę do podjęcia próby kontaktów seksualnych bez substancji psychoaktywnej. Uzależnienie jest tylko jednym z zaburzeń zdrowia psychicznego u pacjentów z grupy MSM problemowo używających ChemSex.

*Pod uzależnieniem zawsze jest ukryte inne zaburzenie. Pojawiają się zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe, depresja. Kiedy dobrze zdiagnozuję się pacjenta można szybko wejść w regularną psychoterapię i pracę nad konkretnym zaburzeniem.*

W pracy z pacjentami uzależnionymi od ChemSex ważna jest otwartość na opinie innych specjalistów.

*Specjalista terapii uzależnień nie będzie zajmował się konsekwencjami kompulsywnych zachowań seksualnych, ważne, żeby przekierowania do innego specjalisty nie traktował jako własnej porażki zawodowej.*

## 5.2.6. POTRZEBY SPECJALISTÓW

Specjaliści przede wszystkim wnoszą potrzebę podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Potrzebne są szkolenia, kursy i nowocześniejsze programy certyfikacji zawodowej:

*Przeciętny psychoterapeuta nie ma w ogóle wiedzy na temat uzależnień. Jeśli trafia mu się pacjent <<narkotykowy>> odsyła go do specjalisty terapii uzależnień. Taka osoba powinna mieć bieżącą wiedzę na temat nowych substancjach psychoaktywnych. Z mojej wiedzy, bardzo rzadko taką posiada.*

Wielu specjalistów wносиło temat niedostosowania programów nauczania:

*Program certyfikacji zawodowej specjalistów terapii uzależnień jest przestarzały. Absolwenci to osoby, które np. nie mają wiedzy na temat substancji, nie rozróżniają ich, co pacjent bardzo szybko wychwyci i terapeuta stanie się po prostu mało wiarygodny.*

Podobne spostrzeżenia pojawiły się w kontekście zagadnień seksuologicznych.

*Terapeuta uzależnień, który chce zająć się chemsexem powinien wiedzieć jaka jest różnica między płcią biologiczną a tożsamością płciową, rozumieć pojęcie preferencji, wiedzieć co oznacza, że ktoś jest nieheteronormatywny. A jeśli tego nie wie to chociaż powinien mieć informacje, z kim się może skonsultować, gdzie zdobyć wiedzę.*

Brakuje sposobów komunikacji pomiędzy specjalistami różnych dziedzin.

*Dobrym rozwiązaniem byłoby np. zbudowanie sieci komunikacji specjalistów, którzy mogliby się ze dzielić doświadczeniami i konsultować przypadki.*

Bardzo pomocny byłby również podręcznik pracy z pacjentem ChemSex, zawierający gotowe protokoły pracy terapeutycznej.

*Studenci wciąż pytają mnie, gdzie mogą poczytać o pracy z pacjentami ChemSex, niestety nie mamy żadnych polskich źródeł, żadnych materiałów. Bez tego pacjent będzie nadal odsyłany, nadal będzie błędził.*

Częstym wątkiem poruszonym przez specjalistów była kwestia superwizji, która jest kluczowa w pracy każdego terapeuty. Jej brak jest zagrożeniem dla zdrowia psychicznego zarówno pacjenta jak i terapeuty.

*Terapeuta to też człowiek. Przy ChemSex pojawiają się trudne wątki np. nadużycia seksualnego we wczesnym dzieciństwie. Nagle trzeba pracować z ofiarą przemocy seksualnej. Musi być miejsce, gdzie bezpłatnie takie rzeczy można superwizować. Chociażby online.*

### 5.3. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

#### WNIOSKI Z BADANIA

- ▶ W ostatnich latach znacznie wzrosła liczba pacjentów chcących podjąć terapię w związku z problemowym używaniem ChemSex.
- ▶ Wiedza dotycząca problemu i sposobu pracy z pacjentem ChemSex nie jest nadal powszechna.
- ▶ Zjawisko ChemSex nie jest obecnie ujęte w programach szkoleń dla terapeutów uzależnień.
- ▶ Pacjenci ChemSex wymagają często wieloetapowej terapii i współpracy specjalistów wielu dziedzin.
- ▶ Wskazane byłoby stworzenie możliwości pracy w interdyscyplinarnych zespołach.
- ▶ Pogrzebana jest sieć komunikacji specjalistów z możliwością szybkiej konsultacji.
- ▶ Badani specjaliści mają już pewną wiedzę i doświadczenie w pracy z tą grupą. Te doświadczenia można wykorzystać do stworzenia protokołów pracy z pacjentem, podręcznika lub innych materiałów szkoleniowych.

#### REKOMENDACJE

- ▶ Osoby z grupy MSM podejmujące leczenie w związku z problemem ChemSex potrzebują przestrzeni terapeutycznej, która będzie bezpieczna, zaufana i neutralna.
- ▶ Terapeuci powinni być otwarci, akceptujący i wspierający.
- ▶ Terapeuci powinni posiadać wiedzę na temat różnych aspektów nieheteronormatywności, ryzykownych zachowań seksualnych, transmisji infekcji przenoszonych drogą płciową, społeczno-psychicznych konsekwencji zakażenia

HIV oraz zaburzeń seksualnych wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych.

- ▶ Terapeuta powinien mieć dostęp do nieodpłatnej superwizji – w zakresie terapii uzależnień jak i seksuologicznej.
- ▶ Instytucje publiczne zajmujące się certyfikacją zawodową w obszarze uzależnień powinny umożliwiać terapeutom podnoszenie kwalifikacji zawodowych w obszarze seksualności człowieka oraz wiedzy na temat NSP.
- ▶ Należy upowszechniać w środowisku terapeutycznym, iż homofobia oraz wysoki poziom stresu mniejszościowego prowadzą do niskiego poczucia własnej wartości osób dyskryminowanych i ma to znaczny wpływ na prawdopodobieństwo sięgnięcia tych osób po substancje psychoaktywne.
- ▶ Środowisko, w którym żyją osoby uzależnione od ChemSex nie wspiera procesu zdrowienia, dlatego dobrym rozwiązaniem mógłby być np. weekendowe programy wspierania abstynencji.

# ROZDZIAŁ 6. BADANIE BIO-BEHAWIORALNE WŚRÓD UŻYTKOWNIKÓW CHEMSEX

Magdalena Rosińska, Karolina Zakrzewska, Katarzyna Szmulik-Misiurek, Michał Pawłęga

## 6.1. CELE I METODOLOGIA BADANIA

Badanie ilościowe bio-behawioralne wśród użytkowników ChemSex odpowiada głównie na cel drugi projektu: „Określenie rozpowszechnienia chorób przenoszonych drogą płciową wśród użytkowników ChemSex w Polsce oraz związanych z nimi czynników”.

Celami szczegółowymi zadania były:

- ▶ ilościowa charakterystyka użytkowników ChemSex w obszarze użytkowania substancji;
- ▶ ocena rozpowszechnienia chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, HCV, kiła) wśród użytkowników ChemSex;
- ▶ ocena stopnia korzystania z metod prewencji chorób zakaźnych;
- ▶ ocena potrzeb i akceptowalności interwencji profilaktycznych i terapeutycznych skierowanych do użytkowników ChemSex;
- ▶ ocena skutków zdrowotnych ChemSex dla jego użytkowników.

### 6.1.1. MIEJSCE PRZEPROWADZENIA BADANIA

Założeniem badania było włączenie pięciu lokalizacji w dużych miastach, w pięciu różnych regionach Polski. Ostatecznie w badaniu uwzględniono Warszawę, Kraków, Szczecin, Poznań i Wrocław (Tab 6.1).

Warunkiem przystąpienia organizacji do realizacji badania było doświadczenie w prowadzeniu działań typu outreach skierowanych do populacji trudnodostępnych oraz doświadczenie w testowaniu w kierunku chorób zakaźnych (w szczególności HIV) i nawiązanie współpracy z lokalnym Punktem Konsultacyjno-Diagnostycznym (PKD).

Tabela 6.1. Miejsca realizacji i instytucje realizujące projekt

|          |   |
|----------|---|
| Warszawa | Infondo Pracownia Badawcza Sp. z o.o. we współpracy z PKD Warszawa przy Specjalistycznej Przychodni Internistycznej, ul. Jagiellońska 34<br>Społeczny Komitet ds. AIDS oraz Psychoterapia Psychoanalityczna we współpracy z PKD Warszawa przy poradni Specjalistycznej Chmielna Express, ul. Chmielna 4 |
| Kraków   | Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy z Poradnią Monar w Krakowie, ul. św. Katarzyny 3, Kraków oraz Krakowskie Centrum Równości DOMEQ, ul. Czyżówka 43   |
| Poznań   | Stowarzyszenie Grupa Stonewall we współpracy z PKD Poznań, ul. A. Mickiewicza 5/4   |
| Szczecin | Infondo Pracownia Badawcza Sp. z o.o. we współpracy z PKD Szczecin przy Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych, ul. Broniewskiego 12  |
| Wrocław  | Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwałe Siedem we współpracy z PKD Wrocław przy Wrocławskim Centrum Zdrowia, ul. Wszystkich Świętych 2   |

### 6.1.2. KRYTERIA WŁĄCZENIA

Przyjęto następujące kryteria włączenia do badania:

- ▶ Ukończone 18 lat;
- ▶ Identyfikowanie się jako mężczyzna;
- ▶ Wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu;
- ▶ Zamieszkanie lub częste pobyty w miejscowości przeprowadzania badania;  
ORAZ
- ▶ Użycie ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Użycie ChemSex zostało zdefiniowane jako przyjęcie jednej lub więcej z wymienionych substancji psychoaktywnych (chems\*): mefedron, metamfetamina, GBL/GHB, ketamina, amfetamina, kokaina, MDMA; w związku z podejmowaniem kontaktów seksualnych z innymi mężczyznami.

### 6.1.3. NARZĘDZIA BADAWCZE

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 5 części: część wprowadzająca, część dotycząca ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem chems\*, część dotycząca zdrowia i profilaktyki obejmująca choroby zakaźne, część dotycząca oferty pomocowej oraz metryczka. Kwestionariusz został poddany ocenie zespołu projektowego, obejmującego ekspertów ze zróżnicowanym doświadczeniem zawodowym, w tym osoby pracujące ze społecznością MSM oraz osoby zajmujące się tematyką chorób zakaźnych. W formułowaniu kafeterii odpowiedzi wykorzystano również informacje pochodzące z dwóch pierwszych badań fokusowych. Następnie kwestionariusz został poddany pilotażowi z udziałem 10 użytkowników ChemSex. Uczestnicy pilotażu wypełnili kwestionariusz a następnie wzięli udział w dyskusji na temat formy narzędzia, stosowanego języka, czytelności poleceń, poszczególnych pytań i ich kafeterii.

Pilotaż wykazał akceptowalność kwestionariusza. Dokonano kilka poprawek, zwłaszcza dotyczących używanej terminologii.

Wykorzystano również Kartę udziału w badaniu, na której odnotowywano informacje niezbędne w procesie rekrutacji metodą RDS.

W badaniu wykorzystano szybkie testy kasetkowe z krwi opuszkowej dostępne komercyjnie: HIV (Anti-HIV, RightSign) (1); HCV (Anti-HCV Labmen) (2); kiła (Syphilis Rapid Test Cassette Beright) (3). Testy te wykrywają przeciwciała przeciwko poszczególnym patogenom i są dopuszczone do diagnostyki w Unii Europejskiej. Realizatorzy projektu zostali przeszkoleni w zakresie używania tych testów.

#### 6.1.4. SPOSÓB REKRUTACJI

Zgodnie z pierwotnymi założeniami projektu początkową metodą rekrutacyjną była metoda RDS (ang. respondent driven sampling, rekrutacja przez respondentów). Założono, że czas efektywnej rekrutacji wyniesie 3 miesiące. Protokół badania przewidywał okresowe ewaluacje pod kątem możliwości osiągnięcia zakładanej próby badawczej oraz ewentualne wdrażanie modyfikacji. Tempo rekrutacji zależy od liczby „zaczątków” (osób zrekrutowanych w sposób celowy przez realizatorów, którzy następnie rekrutują kolejne osoby) oraz od średniej liczby osób rekrutowanych poprzez każdego z respondentów. Ta ostatnia wielkość była nieznana w momencie projektowania badania, stąd też przeprowadzono symulacje i zaplanowano wczesną ocenę po 2 tygodniach i ocenę w środku planowanego okresu badania. Wczesna ocena miała na celu wstępne oszacowanie średniej liczby rekrutowanych na badanego. W zależności od tej liczby albo kontynuowano rekrutację, albo dodawano kolejne zaczątki. W razie bardzo niewielkiej liczby rekrutowanych przewidywano natychmiastowe przejście na metodę dogodnościową. Po 6 tygodniach dokonano prognozy osiągnięcia zakładanej próby i w 3 lokalizacjach podjęto decyzję o dodatkowym wdrożeniu rekrutacji metodą dogodnościową.

##### **Metoda RDS**

Jest to jedna z metod opracowanych do rekrutacji w trudno dostępnych populacjach. Metoda ta stanowi modyfikację metody kuli śnieżnej, formalizując proces rekrutacji oraz proces analizy danych z wykorzystaniem elementów teorii sieci społecznych (4, 5). Metoda ta została zaimplementowana w badaniach seroprewalencji HIV i zyskała popularność około 2000 r. Przy spełnieniu założeń teoretycznych metoda pozwala na rekrutację reprezentatywnej próby z populacji docelowej. Należy jednak zauważyć, że założenia te są najczęściej niespełnione. Niemniej jednak rekrutacja metodą RDS jest uważana za efektywną i umożliwiającą dotarcie do zróżnicowanych podgrup w populacji.

Realizacja rekrutacji przebiega w następujących krokach:

1. Celowy wybór pierwszych kilku uczestników badania („zaczątki”), którzy następnie stają się rekrutującymi.

W każdej lokalizacji realizatorzy zostali poproszeni o celowy wybór dwóch zaczątków (+ dwóch dodatkowych w razie, gdyby trzeba było dodawać). Osoby będące zaczątkami powinny różnić się od siebie pod względem wieku, statusu społecznego/wykształcenia, statusu HIV i/lub innych charakterystyk, które mogą definiować odrębne grupy w ramach populacji docelowej.

2. Każdy rekrutujący zaprasza ustaloną liczbę kolejnych uczestników.

W niniejszym badaniu przyjęto, że respondent może zaprosić do trzech kolejnych uczestników. Rekrutacja odbywała się poprzez system numerowanych kuponów. Dopuszczono możliwość przekazania kuponu w formie zdjęcia, z zaznaczeniem, że jeden numer kuponu może być wykorzystany tylko raz. Każdy z respondentów został poproszony o identyfikację wielkości swojej sieci znajomych. Z jednej strony informacja ta służy do analizy statystycznej, a z drugiej pozwala na ocenę dokonaną respondenta, komu może przekazać kupon.

#### PYTANIA RDS:

1. Ilu zna Pan pełnoletnich mężczyzn, którzy znają także Pana (znają co najmniej Pana imię, ksywkę lub numer telefonu) i mieli w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY kontakty seksualne z innymi mężczyznami pod wpływem następujących substancji: mefedron, GHB/ GBL, metamfetamina krystaliczna, MDMA, ketamina, kokaina, amfetamina?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

2. Ilu z nich poznał Pan osobiście?

→ podana wartość powinna być mniejsza lub równa wartości z pytania nr 1

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

3. Ilu z mężczyzn, których zna Pan osobiście mieszka w [nazwa miejscowości przeprowadzenia badania] i okolicach lub często tutaj bywa?

→ podana wartość powinna być mniejsza lub równa wartości z pytania nr 2

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

4. A z iloma z nich miał Pan kontakt w ciągu ostatniego MIESIĄCA (np. osobisty, telefoniczny, za pomocą mediów społecznościowych lub aplikacji randkowych)?

→ podana wartość powinna być mniejsza lub równa wartości z pytania nr 3

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Ustalono termin ważności kuponu na 2 tygodnie. Przy przekazywaniu kuponów realizatorzy mogli jednak ustalić datę ważności indywidualnie (w granicach kilku dni), jeśli respondent zgłosił potrzebę dłuższego czasu na rekrutację.

3. Następni uczestnicy rekrutują kolejnych.
4. Następuje kilka fal (zwykle >5).

#### Dodatkowe metody rekrutacji

Biorąc pod uwagę dość wolne tempo rekrutacji w Warszawie, Krakowie i Poznaniu po 8 tygodniach od początku badania włączono dodatkowe metody rekrutacji.



Dodatkowe metody rekrutacji obejmowały:

- ▶ Rekrutację w klubach. Jeśli była taka możliwość to badanie było wykonywane na miejscu. Jeśli nie, to zapraszano użytkowników do lokalizacji, w której wykonywano badanie.
- ▶ Rekrutację w sieci znajomych realizatorów.
- ▶ Rekrutację przez portale społecznościowe (ogłoszenia na FB).
- ▶ Rekrutację przez ogłoszenia w aplikacji randkowej.
- ▶ Osoby, które zgłosiły się poprzez powyższe kanały były również proszone o rekrutację swoich znajomych z wykorzystaniem systemu kuponowego opisanego powyżej.

### 6.1.5. ANALIZA STATYSTYCZNA

Biorąc pod uwagę włączenie próby dogodnościowej podjęto decyzję o analizie z pominięciem wag wynikających z metodologii RDS.

Do analizy włączono próbę 251 uczestników (kompletnych wywiadów kwestionariuszowych oraz wyników szybkich testów w kierunku HIV, HCV, kiły).

Porównano grupę użytkowników o mniejszym stażu (< 3 lat od inicjacji) i większym stażu (0-<3 lat od inicjacji) używania ChemSex. Osoby, które nie pamiętały, kiedy po raz pierwszy użyły ChemSex, zostały przyporządkowane do grupy z większym stażem.

W przypadku zmiennych o charakterze jakościowym zastosowano test niezależności  $\chi^2$  oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Metody wykorzystane w pojedynczych sekcjach dla zwiększenia przejrzystości zostały podane w formie przypisów dolnych. Przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Analizy wykonano w programie STATA (wersja 14.2) na licencji NIZP PZH – PIB. Do tworzenia części wykresów wykorzystano Microsoft Excel.

### 6.1.6. ZAGADNIENIA ETYCZNE

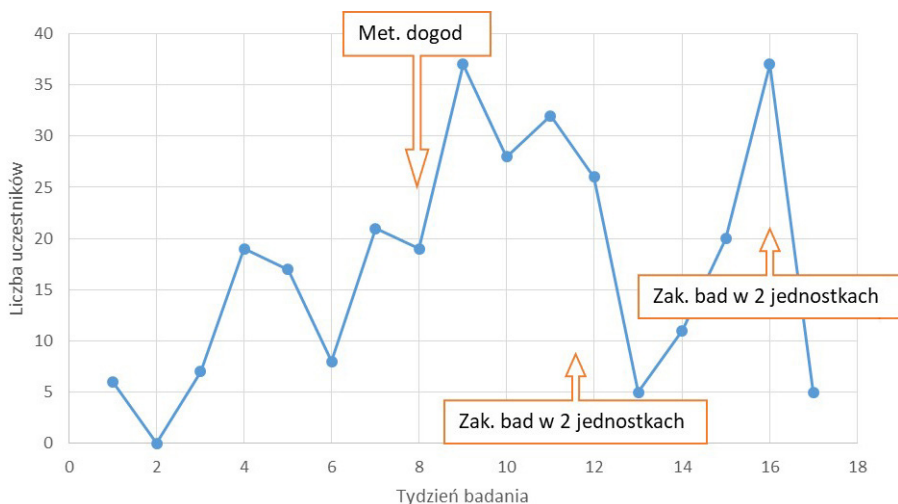
W badaniu wymagana była świadoma pisemna zgoda uczestnika, choć w celu zachowania całkowitej anonimowości badania, nie wymagano w niej danych osobowych uczestnika.

Uczestnicy mieli zagwarantowaną możliwość uzyskania informacji o wynikach szybkich testów. Dostawali również informację o tym, że nie są to badania diagnostyczne oraz gdzie należy się zgłosić, szczególnie w przypadku wyniku dodatniego. Każdy z ośrodków miał obowiązek posiadać wśród swojego personelu osoby przeszkolone w poradnictwie okołotestowym HIV.

## 6.2. WYNIKI

### 6.2.1. PODSUMOWANIE REKRUTACJI

Przebieg rekrutacji w tygodniach przedstawia rycina 6.1.



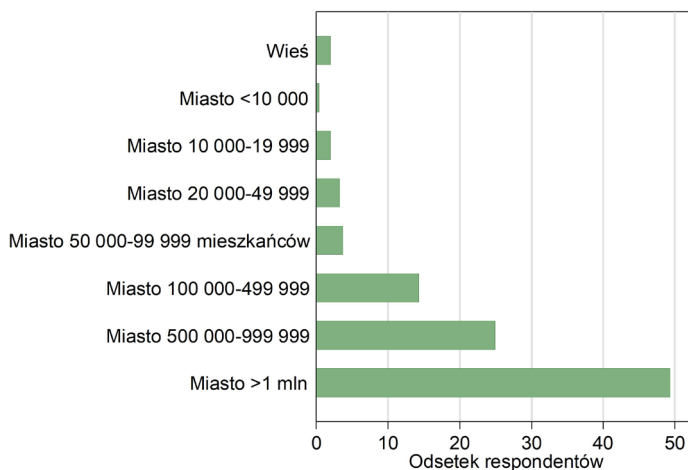
Rycina 6.1. Liczba respondentów rekrutowana w kolejnych tygodniach badania.

Około połowy respondentów w rekrutacji RDS (49%) zostało zrekrutowanych przez osoby z bliskiej sieci znajomych (bliski kolega, przyjaciel lub partner). W dalszej kolejności, po około 20%, byli to dalsi znajomi i osoby poznane niedawno. Nieliczni zostali zrekrutowani przez partnerów seksualnych, z którymi nie utrzymują relacji lub przez członków rodziny/krewnych.

### 6.2.2. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA RESPONDENTÓW

Średni wiek respondentów wyniósł 34,6 lat (mediana: 34, IQR: 27-41).

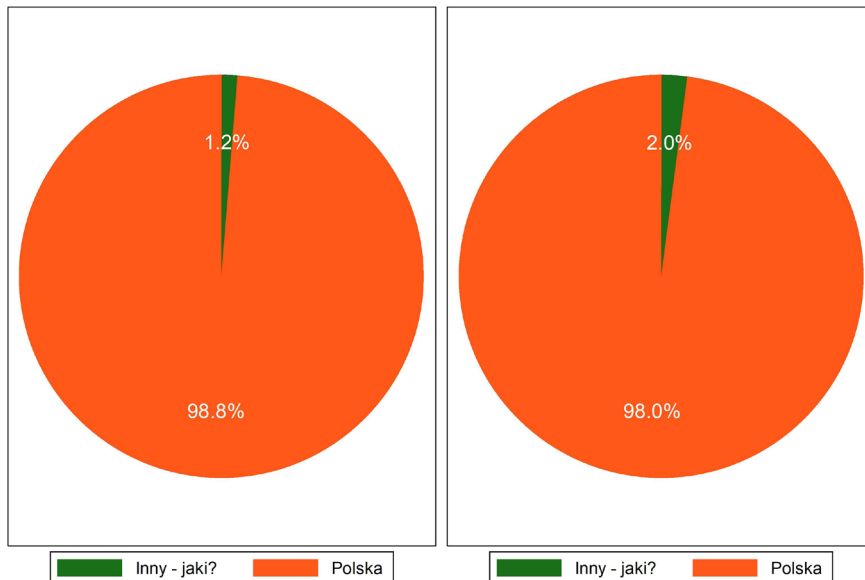
Respondenci byli w większości mieszkańcami dużych miast, co wynika z procedury rekrutacji.



Pytanie kwestionariusza:  
Wielkość MIEJSCOWOŚCI w której mieszkał Pan najdłużej w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY

Wykres 6.1. Rozkład odpowiedzi dotyczących miejsca zamieszkania

Zdecydowana większość uczestników urodziła się z Polsce i w czasie ostatnich 12 miesięcy mieszkała głównie z Polsce (Wykres 6.2).

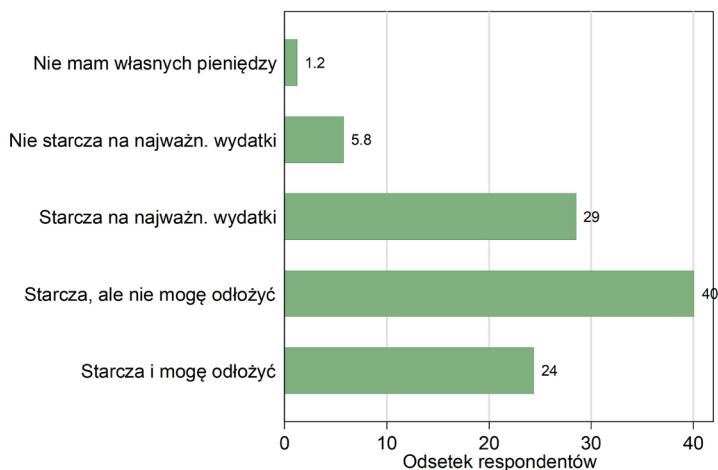


Pytanie kwestionariusza:  
W jakim KRAJU mieszkał Pan najdłużej w ciągu ostatnich 12 MIESIĘC?

Pytanie kwestionariusza:  
KRAJ Pana urodzenia

Wykres 6.2. Rozkład odpowiedzi dotyczących kraju urodzenia i kraju zamieszkania

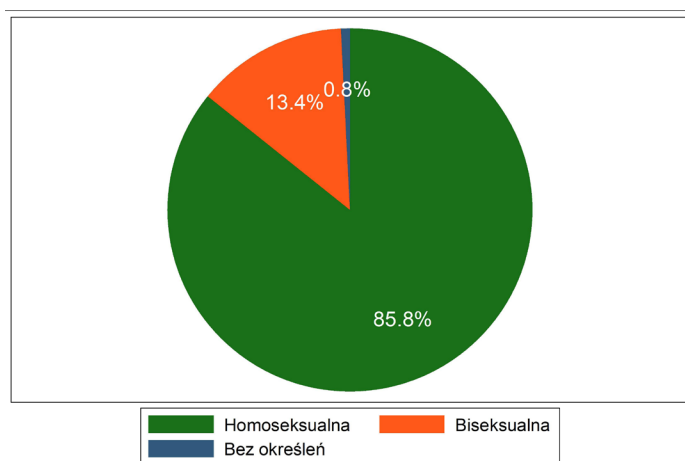
Większość respondentów deklarowała dobrą sytuację finansową. Prawe dwie trzecie uważało, że może sobie na wszystko pozwolić, z czego co trzeci respondent mógł dodatkowo odłożyć część ze swoich dochodów (Wykres 6.3).



Pytanie kwestionariusza:  
Które z poniższych zdań najlepiej definiuje Pana obecną sytuację materialną?

Wykres 6.3. Rozkład odpowiedzi dotyczących sytuacji materialnej

Większość respondentów określiła, że pociągają ich jedynie mężczyźni (85,8%), ponad 13% to mężczyźni, których pociągają zarówno mężczyźni jak i kobiety (Wykres 6.4).

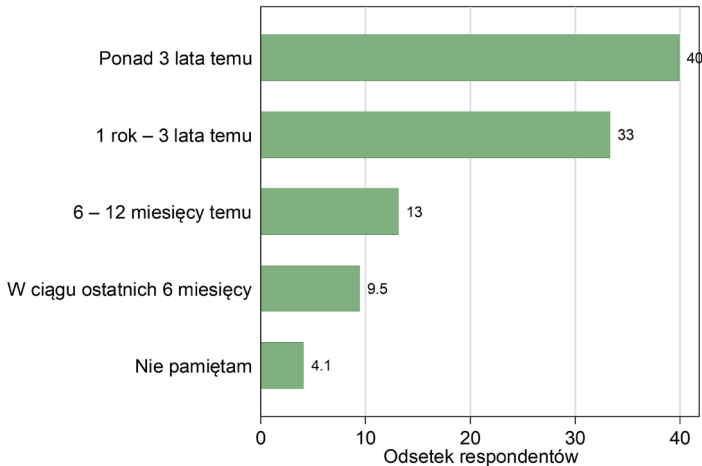


Pytanie kwestionariusza:  
Które z poniższych zdań obecnie najlepiej Pana definiuje?

Wykres 6.4. Rozkład odpowiedzi dotyczących orientacji seksualnej

### 6.2.3. CHEMSEX PODCZAS OSTATNICH 12 MIESIĘCY

Większość użytkowników po raz pierwszy miała kontakt seksualny pod wpływem chems\* ponad rok temu, a 40% ponad 3 lata temu (Wykres 6.5).



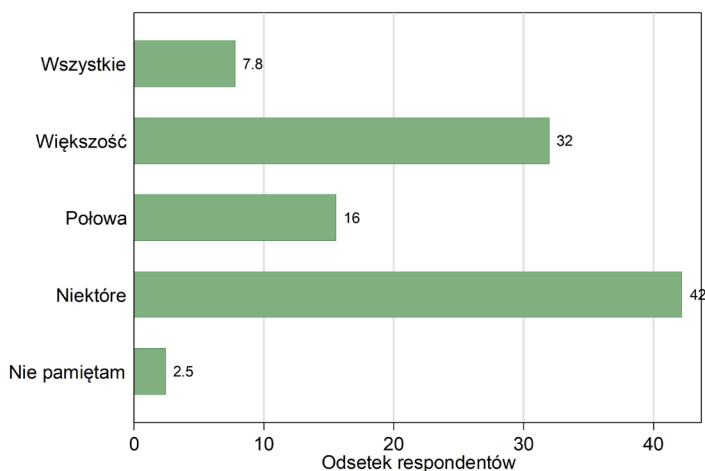
Pytanie kwestionariusza:  
Kiedy PO RAZ PIERWSZY miał Pan kontakt seksualny z mężczyzną pod wpływem chems\*?

Wykres 6.5. Rozkład odpowiedzi dotyczących czasu od pierwszego kontaktu pod wpływem chems\*

Czas od pierwszego kontaktu pod wpływem chems\* został następnie użyty do podziału respondentów na grupę o większym stażu (>3 lata) i grupę o mniejszym stażu (0-<3 lat).

W ciągu ostatnich 12 miesięcy około 40% użytkowników miało wszystkie lub prawie wszystkie kontakty seksualne pod wpływem chems\*. Z drugiej strony, równie liczna – 42%, była grupa użytkowników sporadycznych, którzy tylko niektóre kontakty mieli pod wpływem chems\* (Wykres 6.6).

Uczestnicy zostali poproszeni o wskazanie powodów, dla których uprawiali ChemSex w ciągu ostatnich 12 miesięcy (pytanie wielokrotnego wyboru). Na podstawie analizy korelacji pomiędzy poszczególnymi odpowiedziami, w analizie czynników głównych, wyodrębniono trzy grupy. W Tabeli 6.2 przedstawiono, które odpowiedzi korelują z którą grupą. Na tej podstawie można nazwać Grupę 1 „Radzenie sobie z rzeczywistością”, Grupę 2 „Poszukiwanie doznań” a Grupę 3 „Poprawa aspektów fizycznych kontaktu”.



Pytanie kwestionariusza:  
W ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY jaką część kontaktów seksualnych miał Pan pod wpływem chems\*?

Wykres 6.6. Rozkład odpowiedzi dotyczących proporcji kontaktów seksualnych, które miały miejsce pod wpływem chems\*

Tabela 6.2. Powody podejmowania kontaktów pod wpływem chems\* w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Pytanie z kwestionariusza: Proszę wskazać powody, dla których miał Pan kontakty seksualne pod wpływem chems\* w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY? Proszę zaznaczyć wszystkie odnoszące się do Pana sytuacji, nawet jeżeli wystąpiły tylko jeden raz.

|   | Odsetek respondentów,<br>którzy wskazali dany powód | Grupa<br>1 | Grupa<br>2 | Grupa<br>3 |
|---|---|------------|------------|------------|
| By zwiększyć moją sprawność seksualną                   | 27,9%   |            |            | x          |
| By odczuwać większe pobudzenie seksualne                | 62,2%   |            | x          |            |
| By seks był bardziej intensywny                         | 61,8%   |            | x          |            |
| By seks trwał dłużej                                    | 51,0%   |            |            | x          |
| By poprawić pewność siebie/ samoocenę                   | 35,5%   | x          |            |            |
| By „odhamować się” – zmniejszyć granice                 | 46,2%   |            | x          |            |
| By złagodzić nieprzyjemne odczucia/ emocje              | 20,3%   | x          |            |            |
| By odciąć się od rzeczywistości                         | 36,7%   | x          |            |            |
| By zmniejszyć ból fizyczny podczas kontaktu seksualnego | 19,5%   |            |            | x          |
| By spełnić oczekiwania ze strony innych osób            | 14,3%   | x          |            |            |

#### 6.2.4. OSTATNIA SYTUACJA Z CHEMSEX

Dla niemal 40% respondentów ostatni kontakt seksualny pod wpływem chems\* miał miejsce w ostatnim tygodniu przed udziałem w badaniu. Tylko około 11% respondentów ostatni ChemSex miała ponad 6 miesięcy temu (Tabela 6.3). Odsetki te

nie różniły się w zależności do stażu praktykowania ChemSex. Prawie 10% respondentów przyjęło podczas ostatniego ChemSex substancje psychoaktywne w iniekcji, częściej (13,1%) osoby z dłuższym stażem niż osoby z krótszym stażem (5,9%).

Profilaktykę przed-ekspozycyjną HIV (PrEP) przyjmowała mniejszość respondentów. Wśród respondentów z dłuższym stażem istotnie wyższy odsetek (44% vs 16%) deklarował, że profilaktyka ich nie dotyczy z uwagi na fakt, że już są zakażeni HIV. Informację tą należy rozpatrywać w połączeniu z faktem, że tylko kilkanaście procent respondentów deklaruje, że wszystkie kontakty zarówno jako partner aktywny, jak i partner pasywny miało zabezpieczone prezerwatywą.

Użytkownicy uzgadniali przed kontaktem ChemSex podejmowane aktywności i używanie prezerwatyw (ok. 50% respondentów). Rzadziej uzgadniany był sygnał o chęci zakończenia kontaktu. Przed ostatnim kontaktem pod wpływem chems\* zrobił to mniej więcej co trzeci z respondentów.

Tabela 6.3. Charakterystyka ostatniego kontaktu pod wpływem chems\* w zależności od stażu przyjmowania

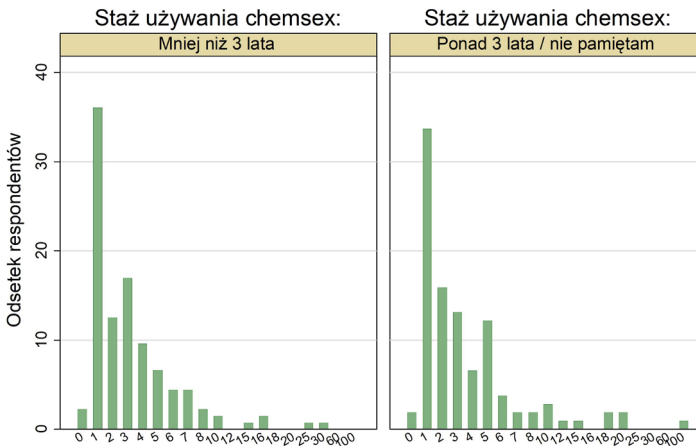
|  | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|--|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|  | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|  | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      | No.   | Col % |
| <b>Czas ostatniego ChemSex</b>             |                       |                  |                            |                            |       |       |
| W ciągu ostatnich 24 godzin                | 14                    | 10,4             | 5                          | 4,7                        | 19    | 7,9   |
| W ciągu ostatnich 7 dni                    | 39                    | 29,1             | 36                         | 34,0                       | 75    | 31,3  |
| W ciągu ostatnich 4 tygodni                | 41                    | 30,6             | 33                         | 31,1                       | 74    | 30,8  |
| W ciągu ostatnich 6 miesięcy               | 24                    | 17,9             | 21                         | 19,8                       | 45    | 18,8  |
| W ciągu ostatnich 12 miesięcy              | 16                    | 11,9             | 11                         | 10,4                       | 27    | 11,3  |
| Total                                      | 134                   | 100,0            | 106                        | 100,0                      | 240   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(4) = 3.1502$ Pr = 0.533    |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Iniekcja podczas ostatniego ChemSex</b> |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie  | 128                   | 94,1             | 93                         | 86,9                       | 221   | 90,9  |
| Tak  | 8                     | 5,9              | 14                         | 13,1                       | 22    | 9,1   |
| Total                                      | 136                   | 100,0            | 107                        | 100,0                      | 243   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(1) = 3.7722$ Pr = 0.052    |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>PrEP przy ostatnim ChemSex</b>          |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie  | 93                    | 68,9             | 52                         | 49,1                       | 145   | 60,2  |
| Tak, nie wszystkie dawki                   | 2                     | 1,5              | 1                          | 0,9                        | 3     | 1,2   |
| Tak, wszystkie dawki                       | 15                    | 11,1             | 3                          | 2,8                        | 18    | 7,5   |
| Nie wiem                                   | 3                     | 2,2              | 3                          | 2,8                        | 6     | 2,5   |
| Nie dotyczy                                | 22                    | 16,3             | 47                         | 44,3                       | 69    | 28,6  |

|   | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|---|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|   | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|   | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      |       |       |
| Total   | 135                   | 100,0            | 106                        | 100,0                      | 241   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(4) = 25.8694$ Pr = 0.000                      |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Prezerwatki przy ostatnim ChemSex – partner aktywny</b>    |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie miałem wtedy takiego kontaktu                             | 12                    | 10,0             | 8                          | 9,3                        | 20    | 9,7   |
| Nie pamiętam/ nie wiem  | 0                     | 0,0              | 1                          | 1,2                        | 1     | 0,5   |
| Niektóre  | 25                    | 20,8             | 14                         | 16,3                       | 39    | 18,9  |
| Połowę  | 10                    | 8,3              | 4                          | 4,7                        | 14    | 6,8   |
| Większość   | 20                    | 16,7             | 13                         | 15,1                       | 33    | 16,0  |
| Wszystkie   | 20                    | 16,7             | 11                         | 12,8                       | 31    | 15,0  |
| Żaden   | 33                    | 27,5             | 35                         | 40,7                       | 68    | 33,0  |
| Total   | 120                   | 100,0            | 86                         | 100,0                      | 206   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(6) = 6.1875$ Pr = 0.403                       |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Prezerwatki przy ostatnim ChemSex – partner pasywny</b>    |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie miałem wtedy takiego kontaktu                             | 20                    | 17,5             | 10                         | 11,5                       | 30    | 14,9  |
| Nie pamiętam/ nie wiem  | 1                     | 0,9              | 3                          | 3,4                        | 4     | 2,0   |
| Niektóre  | 32                    | 28,1             | 15                         | 17,2                       | 47    | 23,4  |
| Połowę  | 6                     | 5,3              | 1                          | 1,1                        | 7     | 3,5   |
| Większość   | 12                    | 10,5             | 7                          | 8,0                        | 19    | 9,5   |
| Wszystkie   | 21                    | 18,4             | 15                         | 17,2                       | 36    | 17,9  |
| Żaden   | 22                    | 19,3             | 36                         | 41,4                       | 58    | 28,9  |
| Total   | 114                   | 100,0            | 87                         | 100,0                      | 201   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(6) = 16.4182$ Pr = 0.012                      |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Uzgodnienie aktywności przed ostatnim ChemSex</b>          |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie   | 37                    | 28,9             | 33                         | 32,7                       | 70    | 30,6  |
| Nie pamiętam  | 5                     | 3,9              | 3                          | 3,0                        | 8     | 3,5   |
| Tak z niektórymi z nich                                       | 16                    | 12,5             | 9                          | 8,9                        | 25    | 10,9  |
| Tak z większością z nich                                      | 21                    | 16,4             | 15                         | 14,9                       | 36    | 15,7  |
| Tak ze wszystkimi   | 49                    | 38,3             | 41                         | 40,6                       | 90    | 39,3  |
| Total   | 128                   | 100,0            | 101                        | 100,0                      | 229   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(4) = 1.2334$ Pr = 0.873                       |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Uzgodnienie użycia prezerwatywy przed ostatnim ChemSex</b> |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie   | 41                    | 33,3             | 42                         | 42,0                       | 83    | 37,2  |
| Nie pamiętam  | 2                     | 1,6              | 1                          | 1,0                        | 3     | 1,3   |



|  | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|--|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|  | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|  | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      |       |       |
| Tak z niektórymi z nich                                | 19                    | 15,4             | 12                         | 12,0                       | 31    | 13,9  |
| Tak z większością z nich                               | 14                    | 11,4             | 8                          | 8,0                        | 22    | 9,9   |
| Tak ze wszystkimi                                      | 47                    | 38,2             | 37                         | 37,0                       | 84    | 37,7  |
| Total  | 123                   | 100,0            | 100                        | 100,0                      | 223   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(4) = 2.4063$ Pr = 0.661                |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Uzgodnienie sygnału zakończenia przed ostatnim ChemSex |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nie  | 63                    | 52,9             | 52                         | 54,7                       | 115   | 53,7  |
| Nie pamiętam   | 10                    | 8,4              | 5                          | 5,3                        | 15    | 7,0   |
| Tak z niektórymi z nich                                | 8                     | 6,7              | 4                          | 4,2                        | 12    | 5,6   |
| Tak z większością z nich                               | 8                     | 6,7              | 6                          | 6,3                        | 14    | 6,5   |
| Tak ze wszystkimi                                      | 30                    | 25,2             | 28                         | 29,5                       | 58    | 27,1  |
| Total  | 119                   | 100,0            | 95                         | 100,0                      | 214   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(4) = 1.7371$ Pr = 0.784                |                       |                  |                            |                            |       |       |

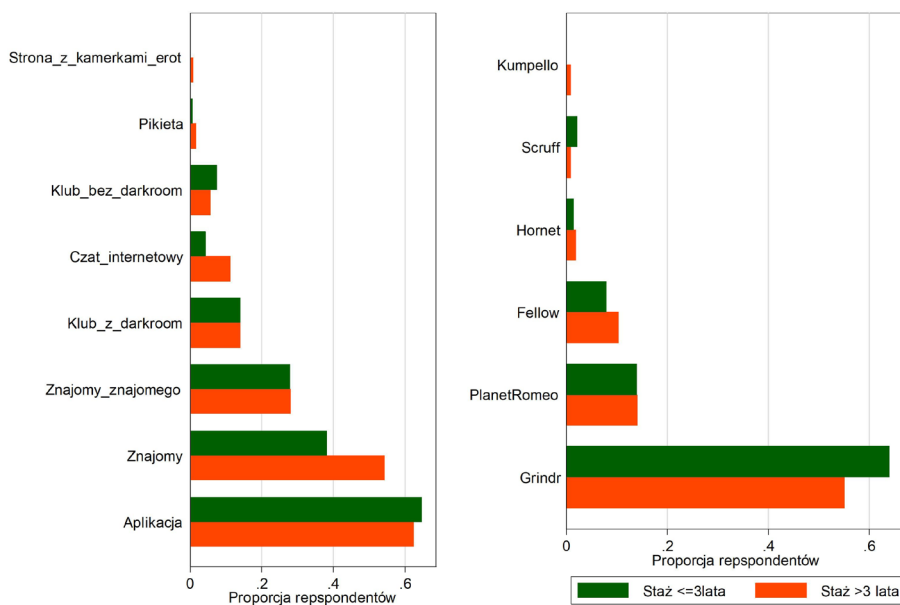
Średnia liczba partnerów podczas ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem chems\* wyniosła  $4,1 \pm 8,1$  (mediana: 2, IQR: 1 -5). W przypadku 10% respondentów było to więcej niż 7 (Wykres 6.7).



Pytanie kwestionariusza:  
Z iloma partnerami miał Pan OSTATNI kontakt seksualny pod wpływem chems\*?

Wykres 6.7. Liczba partnerów seksualnych podczas ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem chems\*, wg stażu ChemSex

Dwa główne sposoby pozyskania/ spotkania partnerów do ChemSex to aplikacje randkowe oraz grono znajomych. Dwie trzecie respondentów wskazało aplikację randkową, 45% własnych znajomych, a 28% znajomych swoich znajomych (Wykres 6.8). Osoby z większym stażem używania ChemSex częściej pozyskiwały partnerów w gronie znajomych. Z pośród aplikacji najczęściej używane były Grindr, Planet Romeo i Fellow.



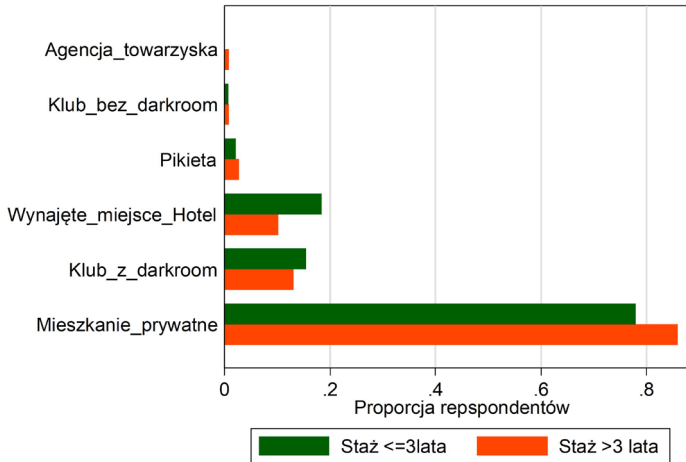
Pytanie kwestionariusza:

W jaki sposób poznał Pan partnerów, z którymi miał Pan OSTATNI kontakt seksualny pod wpływem chems\*?

Wykres 6.8. Sposoby pozyskiwania partnerów do ChemSex, z rozbiciem na poszczególne aplikacje

Praktykowanie ostatniego ChemSex miało najczęściej miejsce w mieszkaniach prywatnych, rzadziej w wynajętym do tego celu hotelu/ pensjonacie/ mieszkaniu itp. Część respondentów wskazuje również, że ChemSex miał miejsce w klubie z darkroomami (Wykres 6.9).

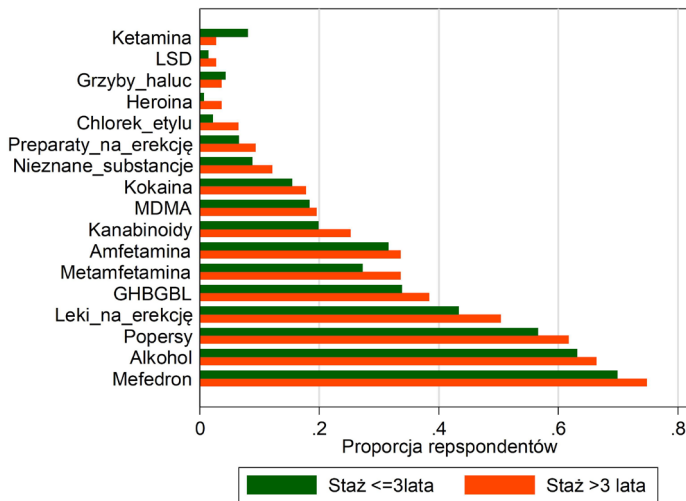
Najczęściej używaną substancją podczas ostatniego doświadczenia ChemSex był mefedron (Wykres 6.10). Użyło go 72,5% respondentów, w porównaniu do GHB/GBL, której użyło 35,9% respondentów oraz metamfetaminy – 29,9%. Znacznie rzadziej była używana ketamina, którą wskazało jedynie 5,6%.



Pytanie kwestionariusza:

W jakim miejscu/ miejscach miał Pan OSTATNI kontakt seksualny pod wpływem chems\*?

Wykres 6.9. Miejsca podjęcia ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem chems\*



Wykres 6.10. Substancje użyte przy ostatnim kontakcie seksualnym pod wpływem chems\*

Respondenci wymieniali też inne stymulanty: amfetaminę (32,7%), MDMA (19,1%) oraz kokainę (16,3%). Powszechnie było również używanie alkoholu, popersów oraz leków na poprawę erekcji.

Tabela 6.4. Dzielenie się sprzętem do przyjmowania narkotyków podczas ostatniego kontaktu seksualnego pod wpływem chems\*

Pytanie kwestionariusza: Czy podczas OSTATNIEGO kontaktu seksualnego pod wpływem chems\* używał Pan z innymi osobami tego samego sprzętu do ich przyjmowania?

|  | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|--|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|  | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|  | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      | No.   | Col % |
| <b>W iniekcjach (wstrzykiwanie) – dzielenie igieł i strzykawek</b>   |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Tak  | 2                     | 1,5              | 2                          | 1,9                        | 4     | 1,6   |
| Nie/Nie przyjmowałem w ten sposób  | 134                   | 98,5             | 105                        | 98,1                       | 239   | 98,4  |
| Total  | 136                   | 100,0            | 107                        | 100,0                      | 243   | 100,0 |
| Pearson chi2(1) = 0.0588 Pr = 0.808  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>W iniekcjach (wstrzykiwanie) – dzielenie innych sprzętów niż igły i strzykawki (np. filtry, łyżki, kuchenki, pojemniki na wodę)</b> |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Tak  | 2                     | 1,5              | 4                          | 3,7                        | 6     | 2,5   |
| Nie pamiętam   | 0                     | 0,0              | 1                          | 0,9                        | 1     | 0,4   |
| Nie/Nie przyjmowałem w ten sposób  | 134                   | 98,5             | 102                        | 95,3                       | 236   | 97,1  |
| Total  | 136                   | 100,0            | 107                        | 100,0                      | 243   | 100,0 |
| Pearson chi2(2) = 2.5815 Pr = 0.275  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Doodbytniczko</b>   |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Tak  | 1                     | 0,7              | 0                          | 0,0                        | 1     | 0,4   |
| Nie pamiętam   | 3                     | 2,2              | 1                          | 0,9                        | 4     | 1,6   |
| Nie/Nie przyjmowałem w ten sposób  | 132                   | 97,1             | 106                        | 99,1                       | 238   | 97,9  |
| Total  | 136                   | 100,0            | 107                        | 100,0                      | 243   | 100,0 |
| Pearson chi2(2) = 1.3994 Pr = 0.497  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Donosowo (wciąganie)</b>  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Tak  | 76                    | 55,9             | 68                         | 63,6                       | 144   | 59,3  |
| Nie pamiętam   | 4                     | 2,9              | 0                          | 0,0                        | 4     | 1,6   |
| Nie/Nie przyjmowałem w ten sposób  | 56                    | 41,2             | 39                         | 36,4                       | 95    | 39,1  |
| Total  | 136                   | 100,0            | 107                        | 100,0                      | 243   | 100,0 |
| Pearson chi2(2) = 4.0838 Pr = 0.130  |                       |                  |                            |                            |       |       |

Niektóre substancje były przyjmowane przez respondentów w iniekcjach: mefedron (7,5% respondentów), metamfetamina (2%), ketamina (0,4%) i heroina (1,2%).

Pojedynczy użytkownicy podczas ostatniego ChemSex dzielili się sprzętem do przyjmowania substancji psychoaktywnych (Tabela 6.4). W szczególności igły i strzykawki dzieliło 1,6% wszystkich respondentów, co stanowiło 18,2% przyjmujących substancje iniekcyjnie. Inny sprzęt do iniekcji dzieliło 2,5% respondentów, czyli 27,3% respondentów przyjmujących iniekcyjnie.

### 6.2.5. CHOROBY ZAKAŻNE – WCZEŚNIEJSZE ROZPOZNANIA I PROFILAKTYKA

Respondenci często wskazywali wcześniejsze zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową lub parenteralną (Tabela 6.5). Łącznie 36,1% miało rozpoznane wcześniej zakażenie HIV, istotnie więcej w grupie o dłuższym stażu ChemSex (50,5%). U osób z krótszym stażem prawie połowa tych rozpoznań była postawiona w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Prawie co piąty badany (prawie 20% respondentów) miał rozpoznane wirusowe zapalenie wątroby typu A (zakażenie HAV), wszyscy ponad 12 miesięcy temu, co najprawdopodobniej odpowiada ognisku tej choroby, które miało miejsce w Polsce w latach 2017-2018 (6).

Wcześniejsze rozpoznanie wirusowego zapalenia wątroby typu B (zakażenie HBV) dotyczyło 7% respondentów. Pojedyncze osoby chorowały w ciągu poprzedzających 12 miesięcy. Biorąc pod uwagę dostępność skutecznej szczepionki rozważyć należałoby podjęcie działań mających na celu zwiększenie świadomości jej istnienia w populacji MSM oraz umożliwiających poddanie się szczepieniu.

Około 1/10 respondentów miał w przeszłości rozpoznane HCV, z tym, że istotnie częściej osoby o dłuższym stażu ChemSex (16,9% vs 5,8%).

Bardzo częste były rozpoznania kiły. Dotyczyły one 45,3% respondentów, z których 12,0% chorowało tylko w ciągu poprzedzających 12 miesięcy. Rozpoznania kiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy były równie częste wśród osób o krótkim jak i osób o długim stażu ChemSex. Jedna trzecia badanych podaje w przeszłości zachorowanie na rzeżączkę, a 15,1% – na chłamydiozę.

Tabela 6.5. Rozpoznania chorób zakaźnych w przeszłości, wg stażu ChemSex  
Pytanie kwestionariusza: Czy rozpoznano u Pana następujące zakażenia?

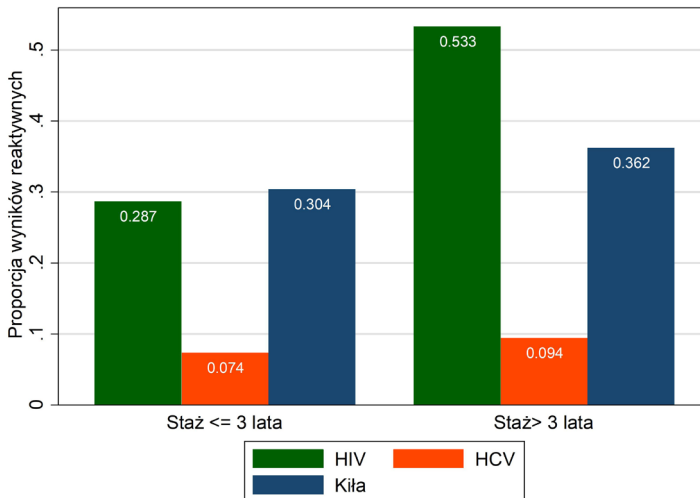
|                        | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|                        | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|                        | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      |       |       |
| <b>Rozpoznanie HIV</b> |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                  | 98                    | 74,8             | 49                         | 49,5                       | 147   | 63,9  |
| Ponad 12 mies. temu    | 19                    | 14,5             | 44                         | 44,4                       | 63    | 27,4  |

|  | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|--|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|  | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|  | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      |       |       |
| W ciągu ost. 12 mies.                    | 14                    | 10,7             | 6                          | 6,1                        | 20    | 8,7   |
| Total                                    | 131                   | 100,0            | 99                         | 100,0                      | 230   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(2) = 25.4953$ Pr = 0.000 |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Rozpoznanie HAV</b>                   |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                                    | 106                   | 84,8             | 71                         | 75,5                       | 177   | 80,8  |
| Ponad 12 mies. temu                      | 19                    | 15,2             | 23                         | 24,5                       | 42    | 19,2  |
| Total                                    | 125                   | 100,0            | 94                         | 100,0                      | 219   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(1) = 2.9733$ Pr = 0.085  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Rozpoznanie HBV</b>                   |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                                    | 115                   | 93,5             | 84                         | 92,3                       | 199   | 93,0  |
| Ponad 12 mies. temu                      | 7                     | 5,7              | 6                          | 6,6                        | 13    | 6,1   |
| W ciągu ost. 12 mies.                    | 1                     | 0,8              | 1                          | 1,1                        | 2     | 0,9   |
| Total                                    | 123                   | 100,0            | 91                         | 100,0                      | 214   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(2) = 0.1238$ Pr = 0.940  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Rozpoznanie HCV</b>                   |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                                    | 115                   | 94,3             | 74                         | 83,1                       | 189   | 89,6  |
| Ponad 12 mies. temu                      | 4                     | 3,3              | 12                         | 13,5                       | 16    | 7,6   |
| W ciągu ost. 12 mies.                    | 3                     | 2,5              | 3                          | 3,4                        | 6     | 2,8   |
| Total                                    | 122                   | 100,0            | 89                         | 100,0                      | 211   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(2) = 7.9269$ Pr = 0.019  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Rozpoznanie kiły</b>                  |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                                    | 80                    | 64,0             | 43                         | 43,0                       | 123   | 54,7  |
| Ponad 12 mies. temu                      | 29                    | 23,2             | 46                         | 46,0                       | 75    | 33,3  |
| W ciągu ost. 12 mies.                    | 16                    | 12,8             | 11                         | 11,0                       | 27    | 12,0  |
| Total                                    | 125                   | 100,0            | 100                        | 100,0                      | 225   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(2) = 13.2957$ Pr = 0.001 |                       |                  |                            |                            |       |       |
| <b>Rozpoznanie rzeżączki</b>             |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                                    | 86                    | 71,1             | 55                         | 60,4                       | 141   | 66,5  |
| Ponad 12 mies. temu                      | 18                    | 14,9             | 21                         | 23,1                       | 39    | 18,4  |
| W ciągu ost. 12 mies.                    | 17                    | 14,0             | 15                         | 16,5                       | 32    | 15,1  |
| Total                                    | 121                   | 100,0            | 91                         | 100,0                      | 212   | 100,0 |
| Pearson $\chi^2(2) = 2.9859$ Pr = 0.225  |                       |                  |                            |                            |       |       |

|                                     | Staż używania ChemSex |                  |                            |                            | Total | Total |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|
|                                     | Mniej niż 3 lata      | Mniej niż 3 lata | Ponad 3 lata/ nie pamiętam | Ponad 3 lata/ nie pamiętam |       |       |
|                                     | No.                   | Col %            | No.                        | Col %                      |       |       |
| <b>Rozpoznanie chlamydie</b>        |                       |                  |                            |                            |       |       |
| Nigdy                               | 97                    | 89,0             | 67                         | 79,8                       | 164   | 85,0  |
| Ponad 12 mies. temu                 | 3                     | 2,8              | 11                         | 13,1                       | 14    | 7,3   |
| W ciągu ost. 12 mies.               | 9                     | 8,3              | 6                          | 7,1                        | 15    | 7,8   |
| Total                               | 109                   | 100,0            | 84                         | 100,0                      | 193   | 100,0 |
| Pearson chi2(2) = 7.5475 Pr = 0.023 |                       |                  |                            |                            |       |       |

### 6.2.6. CHOROBY ZAKAŻNE – WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH I KASKADA OPIEKI

Respondenci zostali przebadani w kierunku HIV, HCV i kiły przy użyciu szybkich testów kasetowych wykrywających przeciwciała (Wykres 6.11). Wynik testu w przypadku HCV świadczy o obecnym zakażeniu lub zakażeniu, które miało miejsce w przeszłości i albo doszło do samowyleczenia albo zostało wyleczone. Z kolei stosowany test w kierunku kiły wykrywa obecne lub niedawne zakażenia, z uwagi na fakt, że do 12 miesięcy po skutecznym leczeniu staje się z reguły ujemny.



Wykres 6.11. Wyniki reaktywne szybkich testów w kierunku HIV, HCV i kiły

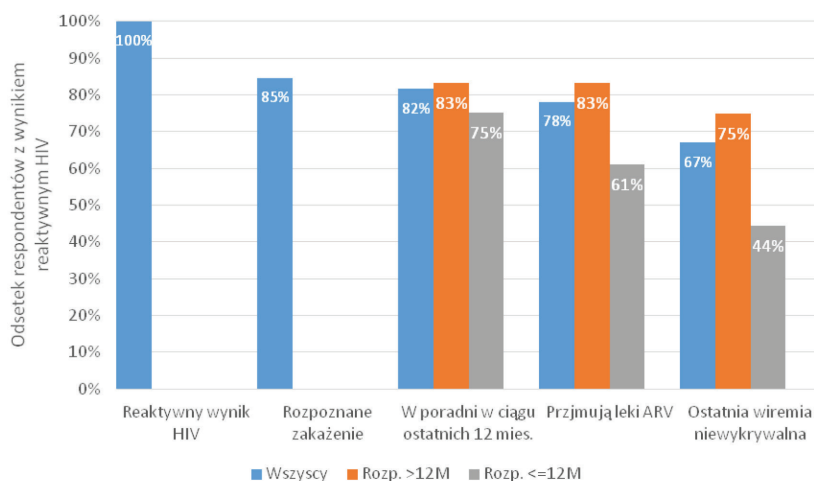
Ogółem wyniki reaktywne w kierunku HIV otrzymano u 39,5% respondentów, istotnie częściej wśród osób ze stażem ChemSex ponad 3 lata (53,3%).

U 8,3% respondentów test w kierunku HCV był reaktywny, w podobnych odsetkach w grupach z dłuższym i krótszym stażem. Brak różnicy może wynikać z faktu szybszego szerzenia się zakażeń HCV po inicjacji ChemSex. I tak wśród osób, które po raz pierwszy praktykowały ChemSex w ciągu ostatniego roku odsetek wyników reaktywnych w kierunku HCV był niższy – 3,6%.

Test w kierunku kiły wypadł reaktywnie w przypadku 32,9% respondentów, niezależnie od stażu ChemSex.

Z punktu widzenia zapobiegania szerzenia się zakażeń HIV bardzo istotne jest, by osoby zakażone szybko rozpoznawać i poddać leczeniu. Osoba skutecznie leczona (z niewykrywalną wiremią) jest niezakaźna. Kaskadę opieki HIV wśród respondentów przedstawia Wykres 6.12. Odsetek rozpoznanych zakażeń wyniósł 85%. Według celów WHO/UNAIDS, które mają przełożyć się na kontrolę szczyżenia się wirusa do 2030 r., odsetek zakażeń rozpoznanych powinien być niemniejszy niż 90% do 2020 r. i niemniejszy niż 95% do 2030 r.(7). Pomimo, iż respondenci testują się często, grupa osób z nierozpoznanym zakażeniem HIV jest zbyt duża.

Kolejnym celem WHO jest 90% rozpoznanych, którzy są leczeni. W grupie respondentów odsetek ten wyniósł 92%, więc zgodnie z założeniami WHO. Z kolei spośród leczonych supresję wirerii w ostatnim badaniu deklarowało jedynie 85,7%. Należy zauważyć, że odsetki te są wyższe w grupie osób, u których zakażenie rozpoznano ponad 12 miesięcy temu. W tej grupie 98% osób jest leczonych i 90% ma supresję wirerii (Wykres 6.12). Nieosiągnięcie celów WHO w badanej grupie można więc przypisać długości procesu włączania do terapii. Z uwagi na dużą dynamikę zakażeń HIV w grupie użytkowników ChemSex byłoby wskazane, żeby proces ten maksymalnie skrócić.



Wykres 6.12. Kaskada opieki HIV, z wyróżnieniem osób, u których HIV rozpoznano w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz ponad 12 miesięcy przed badaniem



Wyniki dotyczące kaskady opieki dla HCV należy traktować z ostrożnością z uwagi na mniejszą liczebność grupy osób z reaktywnym wynikiem.

Wśród osób z reaktywnym wynikiem w kierunku HCV u 23% nigdy wcześniej nie stwierdzono zakażenia. Wśród osób, u których stwierdzono zakażenie i które odpowiedziały na to pytanie dwie trzecie zostało wyleczonych. Z kolei spośród wyleczonych – u 19% stwierdzono re-infekcję.

Wśród osób obecnie zakażonych (z pierwszorazowym zakażeniem oraz z re-infekcją) trzy czwarte są pod opieką poradni specjalistycznej a pozostali oczekują na wizytę. W zakresie zakażeń HCV największym problemem jest więc poprawa diagnostyki i zapobieganie re-infekcjom.

### 6.2.7. WSKAŹNIKI PROBLEMOWEGO UŻYWANIA

Na potrzeby badania utworzono 11 kryteriów do konstrukcji wskaźnika problemowości używania. Tabela 6.6 przedstawia odsetki odpowiedzi twierdzących w zależności od stażu używania ChemSex. Różnice w odsetkach odpowiedzi twierdzących na poszczególne kryteria były niewielkie (żadna nie była istotna statystycznie).

Tabela 6.6. Wskaźniki problemowego używania / uzależnienia

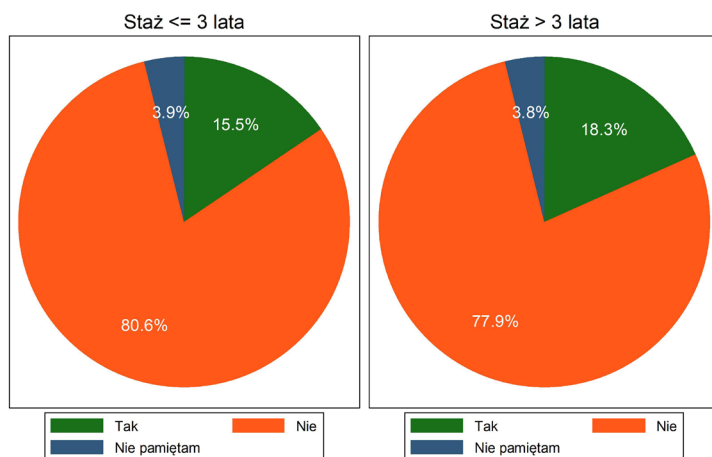
| Pytanie kwestionariusza: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 3 razy:  | Odsetek twierdzących odpowiedzi |                |       |
|---|---------------------------------|----------------|-------|
|   | Staż<br>≤ 3 lata                | Staż<br>>3lata | Total |
| Pana kontakty seksualne pod wpływem chems* trwały dłużej niż Pan wcześniej planował?  | 61,2%                           | 63,2%          | 62,5% |
| Próbował Pan bezskutecznie ograniczać częstość kontaktów seksualnych pod wpływem chems* lub zrezygnować z nich?   | 35,1%                           | 43,3%          | 39,0% |
| Zdarzały się okresy, że poświęcał Pan prawie cały czas na poszukiwanie partnerów i chems* oraz podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem chems*?   | 38,5%                           | 38,7%          | 38,6% |
| Czuł Pan tak silne pragnienie podjęcia kontaktu seksualnego pod wpływem chems* że nie mógł mu się Pan oprzeć?   | 47,0%                           | 53,3%          | 49,4% |
| Podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem chems* wpływało na zaniedbywanie przez Pana obowiązków, np. zawodowych, domowych, osobistych?  | 37,8%                           | 39,6%          | 37,8% |
| Podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem chems* miało wpływ na pogorszenie lub zaniedbywanie kontaktów z bliskimi osobami?  | 33,6%                           | 36,2%          | 34,4% |
| Podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem chems* miało wpływ na ograniczenie przez Pana dotychczasowego sposobu spędzania czasu (np. zainteresowania, hobby)?  | 43,0%                           | 41,0%          | 41,9% |
| Doświadczał Pan negatywnych następstw z powodu podejmowania kontaktów seksualnych pod wpływem chems* (np. utrata przytomności, kradzież, gwałt, zatrzymanie przez policję)?   | 14,2%                           | 19,2%          | 16,3% |
| Doświadczał Pan konsekwencji dla zdrowia z powodu podejmowania kontaktów seksualnych pod wpływem chems*, np.: dolegliwości bólowe, uszkodzenie ciała, zakażenia (w tym infekcjami przenoszonymi drogą płciową), obniżony nastrój, lęki, psychozy? | 44,4%                           | 54,3%          | 49,2% |

| Pytanie kwestionariusza: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 3 razy:   | Odsetek twierdzących odpowiedzi |                |       |
|--|---------------------------------|----------------|-------|
|  | Staż<br><= 3 lata               | Staż<br>>3lata | Total |
| Potrzebował Pan przyjąć więcej chems* lub przyjmować je częściej, by osiągnąć efekt podobny do uzyskiwanego wcześniej?   | 40,2%                           | 41,7%          | 41,2% |
| Doświadczał Pan nieprzyjemnych objawów (tzw. zejście) po zakończeniu kontaktów seksualnych pod wpływem chems* (np. trudności ze snem, pocenie się, poczucie rozbitcia, kołatanie serca, psychozy, obniżony nastrój)? | 57,9%                           | 69,7%          | 63,8% |

Wskaźnik problemowego używania został skonstruowany jako suma poszczególnych kryteriów, dla których odpowiedź twierdząca była liczona jako 1, a odpowiedź przecząca jako 0.

Średnia wartość wskaźnika w badanej grupie wyniosła  $4,7 \pm 3,2$  (mediana: 4, IQR: 2–7,5). Średnia wartość wzrastała wraz z okresem od inicjacji ChemSex. Dla osób, które po raz pierwszy praktykowały ChemSex w ciągu 6 miesięcy przed badaniem wyniosła 3,9 w porównaniu do 5,0 w grupie o stażu ChemSex ponad 3 lata.

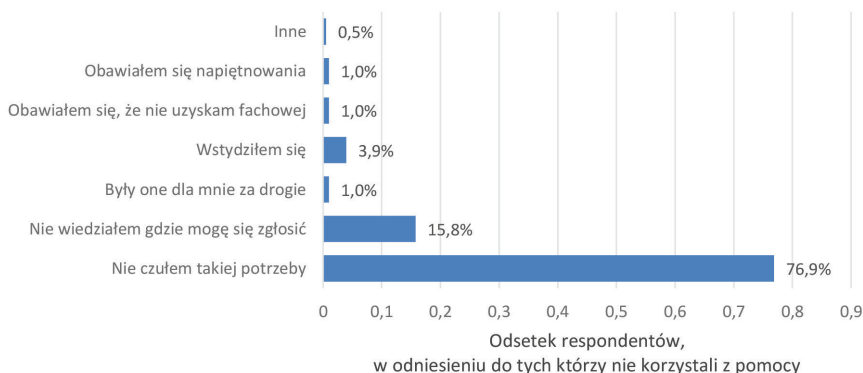
Z pomocy skierowanej do osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems\* skorzystało w przeszłości 16,3% respondentów. Odsetki te były porównywalne w grupach o stażu ChemSex poniżej i powyżej 3 lat (Wykres 6.13).



Pytanie kwestionariusza:  
Czy kiedykolwiek korzystał Pan z porad lub wsparcia skierowanych do osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems\*?

Wykres 6.13. Korzystanie z pomocy skierowanej do osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems\*

Pośród osób, które nie korzystały z żadnej z form pomocy najczęściej wskazywali oni brak takiej potrzeby, choć znaczna grupa nie miała informacji, gdzie mogliby się zgłosić (Wykres 6.14).



Wykres 6.14. Powody niekorzystania z pomocy skierowanej do osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems\*

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki uznano, że grupa nie korzystająca z pomocy najprawdopodobniej doświadcza również mniej problemów. Potwierdzają to również wyniki w przyjętym wskaźniku problemowego używania. W grupie osób korzystających z pomocy średnia wartość tego wskaźnika wyniosła 6,8 (mediana: 8, IQR: 5-9), podczas gdy w grupie nie korzystających z pomocy – średnia 4,2 (mediana: 4, IQR: 2-6).

W związku z tym zdefiniowano osoby używające problemowo jako osoby, u których wskaźnik osiągnął wartość 6 lub więcej. Taka wartość wskaźnika dotyczyła 36,5% respondentów.

Warto zwrócić uwagę, że przy takiej definicji, 55% respondentów ani nie korzystało z pomocy ani nie spełniało kryterium używania problemowego.

### 6.2.8. POTRZEBY W ZAKRESIE OFERTY POMOCOWEJ

Badani zostali poproszeni o wskazanie obecnych potrzeb w zakresie oferty pomocowej i profilaktycznej. Poniżej podsumowano odpowiedzi respondentów jako średnią ocenę poszczególnych działań (Tabela 6.7) w skali 1 (zupełnie nieprzydatne) do 5 (bardzo przydatne) oraz jako odsetek respondentów, którzy dane działanie uznali za przydatne lub bardzo przydatne. Działania w tabelach są uszeregowane według malejącej przydatności w całej grupie. Zwraca uwagę, że uszeregowanie jest jednak dość zbliżone w grupie osób o dłuższym i krótszym stażu ChemSex, a także wśród osób o niższym i wyższym wskaźniku problemowego używania. Jedynie nieco większe zapotrzebowanie na wsparcie/terapię dla osób praktykujących ChemSex wskazują częściej osoby o dłuższym stażu i wyższym wskaźniku problemowego używania. Jeśli chodzi o formę wsparcia to preferowana jest integracja takiej oferty z innymi poradniami (np. chorób zakaźnych lub seksuologiczną).

We wszystkich grupach jako najbardziej potrzebne zostały określone działania z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym oraz redukcji szkód (poprawy bezpieczeństwa praktykowania ChemSex). W zakresie testowania w kierunku HIV, HCV, kiły badani wskazują na bezpłatne, anonimowe punkty testowania oraz bezpłatne testy do samodzielnego wykonania. W zakresie informacji dotyczących poprawy bezpieczeństwa przyjmowania chems\* preferowana jest informacja na stronach internetowych lub w aplikacjach oraz forma warsztatów dotyczących reagowania w sytuacji zatrucia/ przedawkowania chems\*.

Mniejszym zainteresowaniem cieszyły się propozycje dotyczące bezpłatnego sprzętu do używania chems\* i testów do analizowania składu chems\*.

Tabela 6.7. Przydatność poszczególnych form pomocy według stażu ChemSex oraz wskaźnika problemowego używania (średnia ocena)

| Pytanie kwestionariusza: Proszę ocenić przydatność poniższych propozycji do Pana obecnych potrzeb w skali od 5 = bardzo przydatne do 1 = zupełnie nieprzydatne? | Średnia ocena przydatności |                       |                       |                     |                     |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
|   | Wszyscy                    | Staż ChemSex ≤ 3 lata | Staż ChemSex > 3 lata | Wskaźnik probl. < 6 | Wskaźnik probl. ≥ 6 |
| Anonimowe, bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły wykonywane w specjalnych punktach/ poradniach   | 4,6                        | 4,7                   | 4,4                   | 4,6                 | 4,6                 |
| Strony internetowe z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems*   | 4,3                        | 4,3                   | 4,3                   | 4,2                 | 4,3                 |
| Bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły przeznaczone do samodzielnego wykonania w domu   | 4,2                        | 4,2                   | 4,1                   | 4,1                 | 4,3                 |
| Warsztaty przekazujące informacje dotyczące reagowania w sytuacji zatrucia/ przedawkowania chems*   | 4,0                        | 3,9                   | 4,1                   | 4,0                 | 4,0                 |
| Poradnia (np, chorób zakaźnych, seksuologiczna) oferująca także wsparcie i terapię dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*                 | 4,0                        | 3,8                   | 4,1                   | 3,7                 | 4,2                 |
| Aplikacje na smartfony z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems*   | 3,9                        | 3,9                   | 3,9                   | 3,8                 | 4,1                 |
| Bezpłatne prezerwatywy dostępne w klubach/ saunach/ barach  | 3,9                        | 4,2                   | 3,6                   | 4,1                 | 3,6                 |
| Anonimowe, bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły wykonywane w klubach/ saunach/ barach   | 3,9                        | 4,0                   | 3,8                   | 3,9                 | 4,0                 |
| Strony internetowe oferujące wsparcie on-line dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*  | 3,9                        | 3,8                   | 3,9                   | 3,7                 | 4,0                 |
| Broszury i ulotki z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems* dostępne w klubach/ saunach/ barach  | 3,8                        | 3,7                   | 4,1                   | 3,8                 | 3,9                 |
| Informacje dotyczące bezpieczniejszego używania chems* udzielane w klubach/ saunach/ barach   | 3,8                        | 3,7                   | 3,9                   | 3,7                 | 3,9                 |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne w klubach/ saunach/ barach   | 3,8                        | 3,9                   | 3,7                   | 3,8                 | 3,9                 |

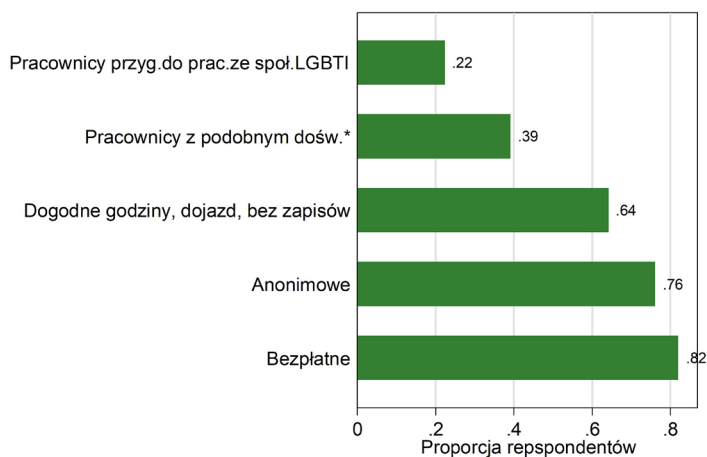
| Pytanie kwestionariusza: Proszę ocenić przydatność poniższych propozycji do Pana <b>OBECNYCH</b> potrzeb w skali od 5 = bardzo przydatne do 1 = zupełnie nieprzydatne? | Średnia ocena przydatności |                       |                       |                    |                     |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
|  | Wszyscy                    | Staż ChemSex <=3 lata | Staż ChemSex > 3 lata | Wskaźnik probl. <6 | Wskaźnik probl. >=6 |
| Poradnia oferująca wsparcie i terapię wyłącznie dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*   | 3,7                        | 3,6                   | 3,9                   | 3,5                | 4,1                 |
| Warsztaty przekazujące informacje dotyczące bezpieczniejszego używania chems*  | 3,7                        | 3,7                   | 3,7                   | 3,7                | 3,6                 |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne w poradniach zakaźnych, wenerologicznych, leczenia uzależnień   | 3,7                        | 3,7                   | 3,7                   | 3,6                | 3,8                 |
| Aplikacje na smartfony odliczające czas od przyjęcia chems*  | 3,6                        | 3,6                   | 3,6                   | 3,4                | 3,9                 |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne wysyłkowo   | 3,6                        | 3,6                   | 3,5                   | 3,4                | 3,8                 |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny w klubach/ saunach/ barach   | 3,4                        | 3,6                   | 3,3                   | 3,3                | 3,6                 |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny w poradniach zakaźnych, wenerologicznych, leczenia uzależnień  | 3,1                        | 3,1                   | 3,1                   | 3,0                | 3,3                 |
| Bezpłatne prezerwatywy dostępne wysyłkowo  | 2,9                        | 2,9                   | 2,7                   | 2,9                | 2,7                 |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny wysyłkowo  | 2,7                        | 2,6                   | 2,8                   | 2,6                | 2,9                 |

Tabela 6.8. Odsetek respondentów, którzy uznali dane działania za przydatne lub bardzo przydatne według stażu ChemSex oraz wskaźnika problemowego używania

| Pytanie kwestionariusza: Proszę ocenić przydatność poniższych propozycji do Pana <b>OBECNYCH</b> potrzeb w skali od 5 = bardzo przydatne do 1 = zupełnie nieprzydatne? | Odsetek respondentów uznających działanie za przydatne lub bardzo przydatne |                       |                       |                    |                     |
|--|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
|  | Wszyscy   | Staż ChemSex <=3 lata | Staż ChemSex > 3 lata | Wskaźnik probl. <6 | Wskaźnik probl. >=6 |
| Anonimowe, bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły wykonywane w specjalnych punktach/ poradniach  | 89,1%   | 93,3%                 | 82,9%                 | 89,0%              | 91,5%               |
| Strony internetowe z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems*  | 81,0%   | 79,9%                 | 81,9%                 | 77,8%              | 84,0%               |
| Bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły przeznaczone do samodzielnego wykonania w domu  | 77,0%   | 77,0%                 | 75,2%                 | 75,0%              | 80,7%               |
| Aplikacje na smartfony z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems*  | 71,1%   | 72,0%                 | 70,8%                 | 66,4%              | 76,5%               |
| Poradnia (np. chorób zakaźnych, seksuologiczna) oferująca także wsparcie i terapię dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*                        | 70,2%   | 66,2%                 | 74,0%                 | 64,7%              | 74,1%               |
| Warsztaty przekazujące informacje dotyczące reagowania w sytuacji zatrucia/ przedawkowania chems*  | 69,1%   | 65,9%                 | 71,7%                 | 66,9%              | 72,3%               |

| Pytanie kwestionariusza: Proszę ocenić przydatność poniższych propozycji do Pana OBECNYCH potrzeb w skali od 5 = bardzo przydatne do 1 = zupełnie nieprzydatne? | Odsetek respondentów uznających działanie za przydatne lub bardzo przydatne |                       |                       |                     |                     |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
|   | Wszyscy   | Staż ChemSex ≤ 3 lata | Staż ChemSex > 3 lata | Wskaźnik probl. < 6 | Wskaźnik probl. ≥ 6 |
| Anonimowe, bezpłatne testy w kierunku HIV, HCV i kiły wykonywane w klubach/ saunach/ barach   | 68,3%   | 71,9%                 | 64,2%                 | 66,9%               | 69,9%               |
| Strony internetowe oferujące wsparcie on-line dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*  | 66,8%   | 67,2%                 | 64,8%                 | 61,0%               | 72,8%               |
| Bezpłatne prezerwatywy dostępne w klubach/ saunach/ barach  | 66,7%   | 76,3%                 | 54,7%                 | 71,7%               | 56,6%               |
| Informacje dotyczące bezpieczniejszego używania chems* udzielane w klubach/ saunach/ barach   | 66,7%   | 64,4%                 | 69,8%                 | 62,1%               | 69,9%               |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne w klubach/ saunach/ barach   | 65,7%   | 69,4%                 | 59,4%                 | 66,0%               | 66,3%               |
| Broszury i ulotki z informacjami dotyczącymi bezpieczniejszego używania chems* dostępne w klubach/ saunach/ barach  | 65,0%   | 61,4%                 | 69,8%                 | 64,3%               | 64,2%               |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne w poradniach zakaźnych, wenerologicznych, leczenia uzależnień  | 63,7%   | 63,7%                 | 61,9%                 | 59,7%               | 68,7%               |
| Bezpłatne testy do analizowania składu chems* dostępne wysyłkowo  | 60,3%   | 60,0%                 | 58,7%                 | 55,9%               | 69,9%               |
| Poradnia oferująca wsparcie i terapię wyłącznie dla osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem chems*  | 60,2%   | 58,4%                 | 62,5%                 | 52,9%               | 70,5%               |
| Aplikacje na smartfony odliczające czas od przyjęcia chems*   | 58,7%   | 58,8%                 | 58,3%                 | 52,8%               | 66,3%               |
| Warsztaty przekazujące informacje dotyczące bezpieczniejszego używania chems*   | 58,1%   | 56,7%                 | 58,1%                 | 56,9%               | 56,8%               |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny w klubach/ saunach/ barach  | 54,1%   | 59,3%                 | 47,6%                 | 51,4%               | 58,5%               |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny w poradniach zakaźnych, wenerologicznych, leczenia uzależnień   | 46,8%   | 46,7%                 | 46,7%                 | 44,4%               | 50,6%               |
| Bezpłatne prezerwatywy dostępne wysyłkowo   | 37,2%   | 37,6%                 | 34,9%                 | 38,9%               | 36,6%               |
| Bezpłatny, jednorazowy sprzęt do używania chems* dostępny wysyłkowo   | 34,7%   | 31,8%                 | 37,1%                 | 30,3%               | 41,5%               |

Wśród najważniejszych cech, które powinna spełniać oferta pomocowy znalazły się szczególnie bezpłatność i anonimowość (Tabela 6.9, Wykres 6.15). Istotna też jest wygoda korzystania z serwisów, szczególnie brak konieczności wcześniejszych zapisów. Liczna grupa respondentów wskazała również jako jedną z najważniejszych cech serwisów, żeby realizowane one były przez społeczność gejowską (organizację LGBTI; homo- i biseksualnych mężczyzn; osoby, które mają doświadczenia z ChemSex).



\*organizacje LGBTI; homo- lub biseksualni mężczyźni; osoby, które mają dośw. ChemSex

Pytanie kwestionariusza: Proszę zaznaczyć TRZY najważniejsze cechy jakie powinny spełniać serwisy

Wykres 6.15. Najważniejsze cechy, które powinny spełniać serwisy pomocowe

Tabela 6.9. Cechy serwisów pomocowych wskazywane przez repondentów jako najważniejsze

| Pytanie kwestionariusza: Proszę zaznaczyć TRZY najważniejsze cechy jakie powinny spełniać serwisy uznane przez Pana w poprzednim pytaniu za najbardziej przydatne: | Odsetek repondentów wskazujący daną cechę serwisu |                       |                       |                    |                     |
|--|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
|  | Wszyscy   | Staż ChemSex <=3 lata | Staż ChemSex > 3 lata | Wskaźnik probl. <6 | Wskaźnik probl. >=6 |
| Bezpłatne  | 82,1%   | 78,7%                 | 86,0%                 | 81,4%              | 81,9%               |
| Anonimowe (bez podawania swoich danych)  | 76,1%   | 79,4%                 | 72,0%                 | 76,6%              | 78,3%               |
| Niewymagające wcześniejszych zapisów   | 31,9%   | 32,4%                 | 31,8%                 | 32,4%              | 28,9%               |
| Realizowane przez organizację LGBTI  | 13,1%   | 11,8%                 | 15,0%                 | 11,7%              | 13,3%               |
| Otwarte w godzinach popołudniowych i wieczornych   | 21,1%   | 19,9%                 | 20,6%                 | 25,5%              | 14,5%               |
| Otwarte w weekendy   | 19,1%   | 15,4%                 | 24,3%                 | 21,4%              | 15,7%               |
| Zlokalizowane w miejscu z łatwym dojazdem  | 14,7%   | 16,2%                 | 13,1%                 | 17,2%              | 14,5%               |
| Realizowane przez homo- i biseksualnych mężczyzn   | 10,8%   | 8,8%                  | 13,1%                 | 8,3%               | 15,7%               |
| Realizowane przez kobiety niezależnie od ich orientacji seksualnej   | 0,8%  | 0,7%                  | 0,9%                  | 0,7%               | 1,2%                |
| Realizowane przez osoby posiadające odpowiednie przygotowanie do pracy ze społecznością LGBTI  | 22,3%   | 15,4%                 | 26,2%                 | 23,4%              | 22,9%               |
| Realizowane przez osoby, które mają doświadczenie podejmowania kontaktów seksualnych pod wpływem chems*  | 20,3%   | 16,2%                 | 25,2%                 | 20,7%              | 20,5%               |

## 6.3. WNIOSKI

### KONTAKT CHEMSEX

Większość respondentów miała ostatni kontakt seksualny pod wpływem chems\* niedawno (40% w ciągu ostatniego tygodnia, a 70% w ciągu ostatniego miesiąca), co wskazuje na dużą częstość ChemSex w grupie respondentów. Typowo ostatni ChemSex miał miejsce w mieszkaniu prywatnym i brało w nim udział kilku mężczyzn (średnio czterech). Spośród przyjmowanych substancji związanych z ChemSex zdecydowanie najczęstszy był mefedron, który przyjęło ponad 70% respondentów. Często respondenci przyjmowali jednocześnie popersy i alkohol.

Prawie co 10 respondent przyjął wówczas substancję psychoaktywną w iniekcji (najczęściej mefedron). Spośród nich duża część dzieliła się sprzętem. Używanie substancji w iniekcjach podczas ChemSex może stanowić szczególny problem, wymagający głębszej analizy. Respondenci, jako cała grupa, nie wskazali dostarczenia czystego sprzętu do iniekcji jako najpotrzebniejszych działań, ale w szczególnej grupie użytkowników iniekcyjnych to działanie być może powinno być zastosowane.

### CHOROBY ZAKAŻNE

Bardzo wysokie rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową i parenteralną wskazuje na konieczność działań prewencyjnych w tej grupie. Wielu z respondentów wskazało takie działania jako bardzo potrzebne z ich punktu widzenia, zwłaszcza jeśli chodzi o zapotrzebowanie na testowanie i poradnictwo związane z tymi chorobami.

Należy jednak zauważyć, że choroby te szerzą się w grupie użytkowników ChemSex pomimo częstych badań i ogólnie niskiego odsetka nierozpoznanych zakażeń. Wskazuje to na konieczność intensywniejszych interwencji, w tym interwencji bio-medycznych: szczepień przeciwko HBV, HAV, profilaktyki przedekspozycyjnej HIV oraz działań redukcji szkód, zwłaszcza skierowanych do użytkowników iniekcyjnych.

Testowanie w kierunku HIV jest bardzo częste. Rzadziej respondenci badali się w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz HCV. Może to wskazywać na niezrealizowany potencjał zintegrowanego testowania w kierunku wszystkich tych patogenów u osób zgłaszających się na badanie w kierunku HIV. Dobrym do tego miejscem byłyby Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne HIV (8). Ten model testowania został wskazany jako najbardziej użyteczny przez respondentów niniejszego badania. Drugą preferowaną opcją były testy do samodzielnego wykonania.



## INTERNET I APLIKACJE

W niniejszym badaniu potwierdzono związek ChemSex i aplikacji randkowych. W grupie respondentów zdecydowana większość poznała partnerów do ostatniego kontaktu ChemSex właśnie przy wykorzystaniu aplikacji. W Polsce najczęściej do tego celu była wykorzystywana aplikacja Grindr, rzadziej Planet Romeo i Fellow, a inne sporadycznie.

Respondenci wskazywali również aplikacje i internet jako pożądane źródła informacji dotyczącej zwłaszcza bezpieczeństwa ChemSex.

## PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYCIEM I POTRZEBY W ZAKRESIE POMOCY

Używanie problemowe (według przyjętych w badaniu kryteriów) dotyczy mniejszości respondentów, około jednej trzeciej. Grupa ta stanowi większość zgłaszających się do placówek oferujących pomoc. Większość respondentów nie widzi potrzeby pomocy, choć jest grupa, która nie wie, gdzie takiej pomocy szukać. Odsetek osób używających problemowo wzrastał, ale dość nieznacznie, wraz ze stażem ChemSex. Wskazuje to, iż istnieje duża grupa osób pozostająca poza oddziaływaniem placówek oferujących pomoc dla osób przyjmujących ChemSex, prawdopodobnie używających rekreacyjnie. Wydaje się, że dotarcie do tej grupy byłoby możliwe poprzez placówki testujące w kierunku HIV oraz poprzez aplikacje i strony internetowe. Respondenci wskazali potrzebę informacji, w zakresie jak zwiększyć bezpieczeństwo przyjmowania chems\* oraz jak reagować w sytuacjach kryzysowych. Najbardziej pożądaną formą była informacja na stronie internetowej lub w aplikacji oraz warsztaty dotyczące reagowania w sytuacjach kryzysowych.

Badani wskazując najważniejsze cechy placówek pomocowych odnoszą się w zasadzie do placówek nisko-progowych, najlepiej realizowanych przez społeczność gejowską.

## BIBLIOGRAFIA

1. RightSign. HIV 1.2.O Rapid Test Cassette (Whole Blood/Serum/Plasma) Instructions for use. Dostępne na stronie: <https://www.praxisdienst.com/out/media/manualHIVRightSignEN.pdf>
2. Chevaliez S, Poiteau L, Rosa I, Soulier A, Roudot-Thoraval F, Laperche S, Hézode C, Pawlowsky JM. Prospective assessment of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus, a tool for improving access to care. *Clin Microbiol Infect.* 2016 May;22(5):459.e1-6. doi: 10.1016/j.cmi.2016.01.009.
3. Beright. Syphilis Rapid Test Cassette (Whole Blood/Serum/Plasma) Instructions for use.

4. Introduction to Respondent Driven Sampling, published by WHO/UNAIDS. 2013. Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: Module 4: Introduction to Respondent Driven Sampling. Geneva, Switzerland. [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB\\_2013\\_EN\\_1539.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2013_EN_1539.pdf)
5. Respondent Driven Sampling. Strona internetowa. <http://www.respondentdrivensampling.org/>
6. Polański P, Kucharczyk B, Kondej B, Cielebąk E, Kucharczyk A, Sadkowska-Todys M. Hepatitis A in Poland in 2017 – epidemic increase cases. *Przeegl Epidemiol.* 2019;73(4):487-497. doi: 10.32394/pe.73.46.
7. UNAIDS. Geneva: UNAIDS; 2014. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.
8. Gasbarrini N, Dubravić D, Combs L, Dišković A, Ankiersztejn-Bartczak M, Colaia-co F, Wawer I, Wysocki P, Rosińska M, Marzec-Bogusławska A, Collins B, Simões D, Jakobsen ML, Raben D. Increasing integrated testing in community settings through interventions for change, including the Spring European Testing Week. *BMC Infect Dis.* 2021 Sep 13;21(Suppl 2):874. doi: 10.1186/s12879-021-06555-0.

## **ROZDZIAŁ 7. REKOMENDACJE DZIAŁAŃ SYSTEMOWYCH I SPOSOBÓW WDROŻENIA**

Michał Pawłęga, Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Maria Brodzikowska, Agata Stola,  
Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Robert Kowalczyk, Katarzyna Szmulik-Misiurek,  
Karolina Zakrzewska, Magdalena Rosińska

### **REKOMENDACJA 1. OPRACOWANIE I WDROŻENIE STANDARDÓW POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU UDZIELANIA POMOCY OSOBOM UŻYWAJĄCYM CHEMSEX**

#### **Uzasadnienie**

Zarówno użytkownicy jak i terapeuci zwrócili uwagę na bardzo ograniczoną dostępność do informacji oraz szkoleń umożliwiających nabycie umiejętności dotyczących metod i sposobów pracy z klientami/pacjentami ChemSex oraz udzielania im adekwatnej pomocy medycznej w przypadkach zatrucia substancjami. Użytkownicy zwrócili uwagę na ograniczone zrozumienie zjawiska ChemSex przez niektórych terapeutów.

#### **Rekomendowany sposób wdrożenia**

- ▶ opracowanie standardów postępowania dotyczących identyfikowania, diagnozowania i leczenia problemowych użytkowników ChemSex oraz prowadzenia działań z zakresu profilaktyki, redukcji ryzyka i redukcji szkód na rzecz tej populacji; opracowanie to powinno powstać przy zaangażowaniu środowisk medycznych i społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji pozarządowych prowadzących działania na rzecz populacji MSM; w trakcie opracowania standardów należy wziąć pod uwagę dostępne wyniki badań analizujących zjawisko ChemSex, a także już istniejące ‘dobre praktyki’ w zakresie profilaktyki, redukcji szkód i leczenia użytkowników ChemSex;
- ▶ upowszechnienie opracowanych standardów poprzez: organizację konferencji/ seminariów skierowanych do środowisk medycznych, zajmujących się terapią uzależnień, udzielaniem pomocy psychologicznej, prowadzeniem działań

redukcji szkód, testowaniem w kierunku HIV i STI (w tym prowadzących Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne) oraz organizacji pozarządowych prowadzących działania na rzecz populacji MSM i artykułów w mediach branżowych.

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.4.2. Ewaluacja i standardy programów redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, punkt 1) opracowywanie i upowszechnianie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym NSP.

## REKOMENDACJA 2. ZWIĘKSZENIE KOMPETENCJI KADR ZAJMUJĄCYCH SIĘ PRZECIWDZIAŁANIEM NARKOMANII W ZAKRESIE SKUTECZNYCH METOD INTERWENCJI, PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I LECZNICZYCH SKIEROWANYCH DO UŻYTKOWNIKÓW CHEMSEX

### Uzasadnienie

Zarówno użytkownicy jak i terapeuci zwrócili uwagę na bardzo ograniczoną dostępność do informacji oraz szkoleń umożliwiających nabycie umiejętności dotyczących metod i sposobów pracy z klientami/pacjentami ChemSex oraz udzielania im adekwatnej pomocy medycznej w przypadkach zatrucia substancjami. Użytkownicy zwrócili uwagę na ograniczone zrozumienie zjawiska ChemSex przez niektórych terapeutów.

W zakresie szkoleń, biorąc pod uwagę, że zjawisko ChemSex nie jest ograniczone do dużych miast, byłoby ważne, gdyby ta tematyka była poruszana w ramach rutynowych szkoleń, które przechodzą wszyscy terapeuci pracujący na terenie kraju. Grupą docelową byłiby tu terapeuci uzależnień, seksuolodzy, pracownicy organizacji pozarządowych, w ofercie których są działania skierowane do populacji MSM, pracownicy punktów testowania w kierunku HIV, a także lekarze wybranych specjalności (w szczególności specjaliści chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, psychiatrii, urologii).

### Rekomendowany sposób wdrożenia

- ▶ opracowanie i wdrożenie szkoleń dotyczących identyfikowania użytkowników ChemSex i prowadzenia wobec nich interwencji profilaktycznej w różnych formach, w tym redukcji szkód skierowanych do lekarzy (w szczególności lekarzy chorób zakaźnych, wenerologów, urologów, psychiatrów), realizatorów programów redukcji szkód, osób zajmujących się testowaniem w kierunku HIV i STI (w tym pracujących w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych) oraz organizacjach pozarządowych prowadzących działania na rzecz populacji MSM i osób żyjących z HIV;
- ▶ opracowanie i wdrożenie szkoleń dotyczących skutecznych form realizacji programów profilaktyki wskazującej w zakresie ChemSex, składających

się z modułów dotyczących metod pracy z osobami nieheteronormatywnymi oraz problematyki ChemSex i metod prowadzenia skutecznych oddziaływań skierowanych do jego użytkowników, skierowanych do realizatorów programów profilaktycznych oraz do terapeutów uzależnień i lekarzy psychiatrów;

- ▶ upowszechnienie wiedzy dotyczącej zjawiska ChemSex, metod pracy z osobami nieheteronormatywnymi oraz skutecznych metod profilaktyki wskazującej i terapii użytkowników ChemSex w formie seminariów i wykładów towarzyszących konferencjom specjalistycznym oraz artykułów w czasopismach specjalistycznych;
- ▶ włączenie zagadnień dotyczących zjawiska ChemSex, metod pracy z osobami nieheteronormatywnymi oraz skutecznych metod profilaktyki wskazującej i terapii użytkowników ChemSex do programu szkolenia i certyfikacji instruktorów terapii uzależnień i specjalistów psychoterapii uzależnień;
- ▶ zwiększenie zakresu kompetencji kadry zajmującej się pomocą użytkownikom ChemSex w zakresie podstawowej wiedzy seksuologicznej, krytycznej w rozumieniu zjawiska ChemSex, poprzez przeszkolenie z zakresu podstawowej interwencji seksuologicznej. Szkolenie to obejmowałoby weryfikację osobistych postaw i fałszywych przekonań wobec seksualności; zdobycie wiedzy o mechanizmach wywołujących zaburzenia w sferze seksualnej, a także umiejętność stosowania wczesnej diagnozy i elementarnej interwencji wobec osoby z problemami seksualnymi.

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.2. Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, punkty 2) szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatrzy, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych, 3) rozwijanie i wspieranie systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP realizowanego zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii i 5) prowadzenie działań edukacyjnych adresowanych do kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne.

### REKOMENDACJA 3. ROZWÓJ PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH ZAPOBIEGAJĄCYCH INICJACJI I UŻYWIANIU CHEMSEX.

Wyniki przeprowadzonego badania wykazały, że dla części użytkowników ChemSex ważną motywacją do jego podejmowania jest chęć przynależności do grupy (rozwijanie tożsamości grupowej), a także radzenie sobie z trudnościami życiowymi, takimi jak niska samoocena, brak akceptacji własnej orientacji seksualnej, problemy w sferze seksualnej oraz stygmatyzacja związana z zakażeniem HIV. W ich kontekście, zasadnym wydaje się rozważenie rozwoju programów profilaktycznych, ukierunkowanych na osłabienie wpływu tych czynników na populację MSM, prowadzące do zapobiegania inicjacji i używaniu ChemSex.

#### **Rekomendowany sposób wdrożenia**

- ▶ tworzenie w największych ośrodkach miejskich w Polsce programów angażujących członków populacji/społeczności MSM, które przez swój holistyczny charakter będą wsparciem w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi – takimi jak niska samoocena, brak akceptacji własnej orientacji seksualnej – czy problemami towarzyszącymi tj. problemy w sferze seksualnej, zaburzenia nastroju;
- ▶ zapewnienie MSM z nowo wykrytym zakażeniem HIV dostępu do dostosowanego kulturowo wsparcia w formie poradnictwa psychologicznego, kryzysowego oraz rówieśniczego związanego z zaakceptowaniem faktu zakażenia HIV;
- ▶ rozszerzenie oferty pomocowej organizacji działającej na rzecz osób żyjących z HIV ukierunkowanej na użytkowników ChemSex.

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.3.2. Profilaktyka selektywna, punkt 2) poszerzanie i interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny.

### REKOMENDACJA 4. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD DLA OSÓB UŻYWAJĄCYCH CHEMSEX

Najczęstszym miejscem, gdzie odbywa się ChemSex, są mieszkania/ domy prywatne. Stąd też ważna byłaby informacja docierająca bezpośrednio do użytkowników dotycząca zagrożeń i pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych. Duży odsetek użytkowników w badaniu ilościowym wskazał konieczność zwiększenia dostępności wiedzy w zakresie bezpieczniejszego używania ChemSex. Tego typu

informacja mogłaby być dostępna na stronach internetowych lub w aplikacjach na telefon. Ponad połowa użytkowników wskazała również na dostępność tego rodzaju informacji w klubach, w postaci informacji udzielanej przez pracowników lub w postaci drukowanych broszur, a także w ramach specjalnie w tym celu opracowywanych warsztatów.

Doświadczenia użytkowników opisane podczas badań jakościowych wskazują, że przynajmniej w niektórych przypadkach uczestnicy imprez już stosują strategie mające zabezpieczać przed przedawkowaniem czy zakażeniami. Zebranie takich doświadczeń i przedyskutowanie ich z grupą docelową mogłoby pomóc w opracowaniu wskazówek pomocnych w redukcji szkód w takich sytuacjach.

### **Rekomendowany sposób wdrożenia**

- ▶ prowadzenie oddziaływań w formie redukcji szkód dostosowanych do potrzeb użytkowników ChemSex, w szczególności obejmujących informowanie o sposobach ograniczania ryzyka przedawkowania, dystrybucję materiałów profilaktycznych i jednorazowego sprzętu do przyjmowania substancji oraz dostępności oferty terapeutycznej w miejscach spotkań MSM;
- ▶ prowadzenie oddziaływań w formie redukcji szkód, dostosowanych do potrzeb użytkowników ChemSex, w szczególności obejmujących informowanie o sposobach ograniczania ryzyka przedawkowania i dostępności oferty terapeutycznej za pomocą geolokalizacyjnych aplikacji randkowych, mediów społecznościowych oraz stron internetowych i dedykowanych aplikacji na smartfony;
- ▶ identyfikacja liderów środowiskowych będących użytkownikami ChemSex, przeszkolenie ich w zakresie redukcji szkód i pierwszej pomocy przedlekarskiej dotyczącej używania ChemSex i zaangażowanie w prowadzenie oddziaływań rówieśniczych i dystrybucję jednorazowego sprzętu w miejscach spotkań użytkowników ChemSex (w szczególności w mieszkaniach prywatnych);
- ▶ organizacja warsztatów w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej i ograniczania ryzyk związanych z ChemSex.

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.3.2. Profilaktyka selektywna, punkt 1) poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby) oraz Zadanie NPZ 2.4.1. Zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych, punkt 1) wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji



psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV).

#### REKOMENDACJA 5. POPRAWA DOSTĘPNOŚCI DO DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ INFEKCYJAMI PRZENOSZONYMI PODCZAS UŻYWANIA CHEMSEX

Styl życia wiążący się z ChemSex, nawet jeśli nie uznamy ChemSex za bezpośrednią przyczynę wszystkich zachowań ryzykownych, stanowi istotne ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, a zwłaszcza zakażeń HIV.

W świetle wyników przeprowadzonego badania około 1/3 zakażeń HIV (i ok. 1/5 – 1/4 innych STI) wśród MSM dotyczy użytkowników ChemSex (EMIS 2017). Duży odsetek z nich (dane z badania ilościowego) miało już rozpoznane zakażenie. W odniesieniu do statusu HIV proporcja osób, które nie wiedziały o swoim zakażeniu nie jest wysoka, jednakże stanowi istotny odsetek populacji użytkowników ChemSex. Często są to osoby, które były badane w niedawnej przeszłości, co świadczy o dużej dynamice zakażeń HIV w tej grupie. Częstość testowania wydaje się zbyt niska, w stosunku do szybkości zakażenia kolejnych osób. Z drugiej strony badania potwierdzają niewielki odsetek korzystających z profilaktyki przedeksperymentalnej HIV (PrEP). Co prawda odsetek ten wzrósł pomiędzy danymi z 2017 r. (EMIS 2017) a danymi z 2019 r. (Zadanie 5), ale jest nadal niski. Biorąc pod uwagę wcześniejsze spostrzeżenie, że populacja użytkowników ChemSex regularnie się testuje (choć za rzadko z punktu widzenia prewencji), wynik negatywny użytkownika ChemSex powinien skłaniać do natychmiastowego skierowania do poradni PrEP. Skłaniają do tego wyniki badań jakościowych, w których badani przyznają, że na imprezach ChemSex, seks jest z reguły albo nawet z zasady uprawiany bez zabezpieczeń. W Zadaniu 5 z kolei 28% oraz 19% badanych (odpowiednio jako partner aktywny i pasywny) deklarowało, iż żaden kontakt seksualny nie był zabezpieczany prezerwatywą podczas ostatniego ChemSex.

Użytkownicy wskazali najbardziej potrzebne z ich punktu widzenia serwisy pomocowe i działania. Znalazły się wśród nich działania dotyczące zintegrowanego testowania w kierunku chorób zakaźnych najczęściej występujących u użytkowników ChemSex, tj. zakażenia HIV, STI (kiła, rzeżączka, chlamydia) oraz WZW typu B i C. Częste testowanie osób z tej populacji wydaje się szczególnie ważne w związku z podejmowaniem wielu kontaktów seksualnych, co może prowadzić do szybkiego rozprzestrzeniania się tych infekcji. Jednocześnie wydaje się, że metodą przeciwdziałania tym zakażeniom powinno być zapewnienie łatwej dostępności do profilaktyki biomedycznej, tj. PrEP i PEP, która jest



stosowana przez badanych w ograniczonym zakresie, wynikającym także z ograniczonej dostępności do oferujących je placówek medycznych.

### **Rekomendowany sposób wdrożenia**

- ▶ zapewnienie dostępu do zintegrowanego testowania w kierunku HIV, HBV, HCV i STI (kiła, rzeżączka, chlamydia) z zachowaniem poufności i bezpłatności dla użytkowników ChemSex, w oparciu o istniejące poradnie wenerologiczne, poradnie leczenia zakażenia HIV i Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne oraz w miejscach spotkań MSM (np. kluby, sauny);
- ▶ wdrożenie pilotażowego programu self-testing (pol. samotestowania) w kierunku HIV, HBV, HCV i STI (kiła) dla użytkowników ChemSex, prowadzonych przez istniejące Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne lub organizacje działające na rzecz MSM;
- ▶ zapewnienie dostępu do szczepień przeciwko HAV i HBV dla użytkowników ChemSex w oparciu o istniejące poradnie wenerologiczne i poradnie leczenia zakażenia HIV;
- ▶ zapewnienie kompleksowego leczenia chorób przenoszonych drogą płciową w placówkach publicznych zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych na terenie całego kraju.

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.3.2. Profilaktyka selektywna, punkt 1) poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby) oraz Zadanie NPZ 2.4.1. Zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych, punkt 1) wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwipochodnych (HIV, HBV i HCV).

## **REKOMENDACJA 6. POPRAWA DOSTĘPNOŚCI I SKUTECZNOŚCI LECZENIA OSÓB UŻYWAJĄCYCH CHEMSEX PROBLEMOWO I UZALEŻNIONYCH**

Zarówno użytkownicy jak i terapeuci biorący udział w zrealizowanym badaniu zwrócili uwagę na bardzo ograniczoną dostępność do zintegrowanych ofert leczenia odpowiadających na specyficzne potrzeby oraz czynniki ryzyka

i czynniki chroniące dotyczące użytkowników ChemSex. W efekcie ogranicza to dostępność do skutecznej profilaktyki wskazującej oraz leczenia dla osób używających ChemSex problemowo i uzależnionych. Mając na uwadze niewielką liczebność populacji użytkowników ChemSex zasadne wydaje się zapewnienie takiej kompleksowej pomocy w wybranych ośrodkach. Powinna ona integrować oddziaływania w zakresie terapii i leczenia uzależnień chemicznych i behawioralnych, a także psychoterapii z elementami terapii seksuologicznej i oddziaływań o charakterze rehabilitacyjnym, realizowanych w społeczności MSM.

Spośród działań wspomagających proces terapeutyczny problemowych użytkowników i/lub uzależnionych w wywiadach z terapeutami pojawił się wątek weekendowych programów abstynencyjnych. Tego typu działanie niestety nie zostało włączone w badanie ilościowe (Zadanie 5) wśród użytkowników, ale na podstawie spostrzeżeń terapeutów wydaje się, że powinno zostać również rozważone.

### **Rekomendowany sposób wdrożenia**

- ▶ stworzenie w największych miastach w Polsce sieci interdyscyplinarnej współpracy pomiędzy placówkami leczenia uzależnień, poradniami wenerologicznymi, leczenia zakażenia HIV, poradniami zdrowia psychicznego i seksuologicznymi, Punktami Konsultacyjno-Diagnostycznymi oraz organizacjami działającymi na rzecz MSM i osób żyjących z HIV zajmującymi się zapewnieniem kompleksowej opieki klientom/pacjentom używającym problemowo ChemSex;
- ▶ zapewnienie, w oparciu o działające lokalnie programy redukcji szkód lub organizacje działające na rzecz MSM, programów profilaktyki wskazującej obejmujących konsultacje ukierunkowanie na zmianę wzorców używania oraz ich podtrzymanie (także w formie oddziaływań grupowych).

Działanie wpisuje się w Zadanie NPZ 2.3.3. Profilaktyka wskazująca, punkt 3) poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego oraz Zadanie NPZ 2.4.1. Zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych, punkt 4) rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.