

POLSKI UNIWERSYTET NA OBCZYŹNIE  
W LONDYNIE

## ZESZYTY NAUKOWE

SERIA TRZECIA, NR 4, 2016

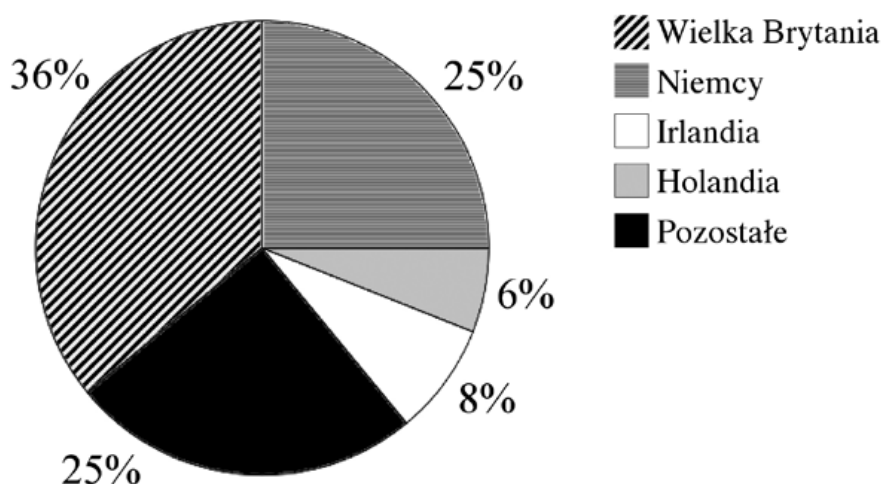
GRAŻYNA CZUBIŃSKA

POLSKI UNIWERSYTET NA OBCZYŹNIE W LONDYNIE

# RYZYKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE POLSKICH EMIGRANTÓW W WIELKIEJ BRYTANII

**P**olska stała się członkiem Unii Europejskiej (UE) w 2004 roku. Dzięki temu nasi obywatele uzyskali możliwość życia i pracy w innych krajach członkowskich (il. 1).

1. KIERUNKI POLSKIEJ EMIGRACJI PO 2004 ROKU (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS w ramach Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) 2011: Główny Urząd Statystyczny, Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011, strona internetowa: [Stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LU\\_infor\\_o\\_rozm\\_i\\_kierunk\\_emigra\\_z\\_polski\\_w\\_latach\\_2004\\_2011.pdf](http://Stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LU_infor_o_rozm_i_kierunk_emigra_z_polski_w_latach_2004_2011.pdf), dostęp 1 II 2014

## EMIGRACJA POLSKA W WIELKIEJ BRYTANII PO 2004 ROKU

**P**o przystąpieniu Polski do UE Wielka Brytania stała się głównym krajem docelowym polskich emigrantów. W 2004 roku Polacy stanowili około 66% wszystkich migrantów z krajów Europy Środkowo-Wschodniej – członków UE – w Wielkiej Brytanii<sup>1</sup>. Społeczność polska zwiększyła się tutaj siedmiokrotnie – z około 75 000 w 2003 roku do 532 000 w 2011 roku Polacy stanowią drugą co do wielkości mniejszość narodową – za Hindusami, ale przed Irlandczykami, Pakistańczykami i obywatelami USA. Co istotne, polscy migranci poakcesyjni mieszkający w Wielkiej Brytanii to głównie ludzie młodzi.

TABELA 1. LICZBA URODZEŃ DZIECI, KTÓRYCH MATKAMI SĄ POLKI  
ZAMIESZKUJĄCE WIELKĄ BRYTANIĘ W LATACH 2005–2012

ROK	LICZBA URODZEŃ WŚRÓD POLEK ZAMIESZKUJĄCYCH W WIELKIEJ BRYTANII	% WSZYSTKICH URODZEŃ W WIELKIEJ BRYTANII
2005	<b>3403</b>	<b>0,5</b>
2006	6620	1,0
2007	11 952	1,7
2008	16 101	2,3
2009	18 159	2,6
2010	19 762	2,7
2011	20 495	2,8
2012	<b>21 156</b>	<b>2,9</b>

Źródło: Office for National Statistics, Population by Country of Birth and Nationality Report, August 2013, strona internetowa: [ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_324663.pdf](http://ons.gov.uk/ons/dcp171776_324663.pdf), dostęp 29 VIII 2013

Według wyników NSP, w Wielkiej Brytanii w 2011 roku mieszkało 532 000 Polaków, w Szkocji – 53 000 oraz w Irlandii Północnej – 15 000. W samym Londynie zarejestrowano 146 000 mieszkańców polskiego pochodzenia (23% ogółu Polaków w Wielkiej Brytanii). Stanowią oni w mieście największą grupę etniczną przed

<sup>1</sup> Office for National Statistics, strona internetowa: Data on Polish people living in the UK from Census 2011, [ons.gov.uk/ons/about-ons/business/transparency/freedom-of-information/what-can-i-request/previous-foi-requests/population/dataon-poleis-people-living-in-the-uk/](http://ons.gov.uk/ons/about-ons/business/transparency/freedom-of-information/what-can-i-request/previous-foi-requests/population/dataon-poleis-people-living-in-the-uk/), dostęp 20 IX 2013.

Hindusami i Irlandczykami. Według raportu Ministerstwa Spraw Zagranicznych<sup>2</sup>, kolejnymi skupiskami Polonii są: Manchester, Birmingham, Bradford, Leeds, Wolverhampton, Nottingham, Sheffield, Coventry, Leicester, Swindon, Bristol, Edynburg, Glasgow, Northampton, Derby i Slough. Etniczna, kulturowa, a także językowa różnorodność w Wielkiej Brytanii stała się więc faktem.

Istotnym tematem w całym aspekcie emigracyjnym jest kwestia macierzyństwa. Polki stanowią obecnie, po Brytyjkach, największą grupę wśród rodzących kobiet w Wielkiej Brytanii. W 2012 roku urodziło się 21 156 polskich dzieci – sześciokrotnie więcej niż w 2005 (tab. 1)<sup>3</sup>.

Dane dotyczące rynku pracy oraz wzrastająca liczba rodzących w Wielkiej Brytanii Polek wydają się wskazywać na trwały charakter tej migracji.

### SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA STI

**P**olscy migranci, podobnie jak wiele innych osób podlegających procesowi akulturacji w Wielkiej Brytanii, są narażeni na wiele trudnych doświadczeń, które mogą prowadzić do różnych zaburzeń zdrowotnych (w tym infekcji przenoszonych drogą płciową – STI). Częstość występowania zakażeń przenoszonych podczas kontaktów seksualnych w Wielkiej Brytanii jest jedną z najwyższych w UE (tab. 2).

### CEL BADANIA

**B**adania dotyczące porównania częstości występowania niebezpiecznych zachowań seksualnych emigrantów polskich w Wielkiej Brytanii przeprowadzono po raz pierwszy. Wykazały one istotne statystycznie zwiększenie liczby osób podejmujących takie ryzyko na obczyźnie (w porównaniu z analogicznym zachowaniem w kraju). Analizy te dotyczą stosunków seksualnych z przypadkową osobą bez zabezpieczenia prezerwatywą, pod wpływem narkotyków i alkoholu.

Znajomość czynników mających wpływ na zdrowie seksualne może zapobiegać negatywnym skutkom w tym zakresie i ułatwiać działania prewencyjne. W związku z tym priorytetowym celem badania była ocena determinantów wybranych ryzykownych zachowań seksualnych u dorosłych Polaków w Wielkiej Brytanii po 2004 roku, a także porównanie tych zachowań przed emigracją i po niej.

---

<sup>2</sup> Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009, strona internetowa: [Msz.gov.pl/resource/90f1454c-8ac1-439a-9e5f-ac2ca6a0f013](http://Msz.gov.pl/resource/90f1454c-8ac1-439a-9e5f-ac2ca6a0f013), dostęp 12 XII 2014.

<sup>3</sup> Office for National Statistics, Population by Country of Birth and Nationality Report, August 2013, strona internetowa: [Ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_324663.pdf](http://Ons.gov.uk/ons/dcp171776_324663.pdf), dostęp 29 VIII 2013.

TABELA 2. LICZBA ZDIAGNOZOWANYCH PRZYPADKÓW HIV W WIELKIEJ BRYTANII W LATACH 2003–2013 Z UWZGLĘDNIENIEM PRAWDOPODOBNEJ DROGI ZAKAŻENIA

DROGA ZAKAŻENIA		Rok									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
STOSUNKI HOMOSEKSUALNE MĘŻCZYŹN	WSPÓŁCZYNNIKI STANDARDYZOWANE	2,450	2,670	2,650	2,890	2,850	2,880	2,850	2,950	3,230	3,250
	SUROWE WSPÓŁCZYNNIKI	2,419	2,640	2,607	2,834	2,756	2,746	2,729	2,839	3,037	2,947
STOSUNKI HETEROSEKSUALNE	WSPÓŁCZYNNIKI STANDARDYZOWANE	4,890	4,850	4,410	4,110	4,050	3,430	3,180	2,950	2,780	2,490
	SUROWE WSPÓŁCZYNNIKI	4,829	4,794	4,333	4,010	3,913	3,271	2,996	2,815	2,569	2,153
PRZYJMOWANIE NARKOTYKÓW DROGĄ INIEKCJI	WSPÓŁCZYNNIKI STANDARDYZOWANE	160	190	200	180	180	160	160	140	120	130
	SUROWE WSPÓŁCZYNNIKI	155	187	193	176	178	155	148	131	113	112
POZOSTAŁE DROGI ZAKAŻEŃ	WSPÓŁCZYNNIKI STANDARDYZOWANE	210	180	190	170	140	160	150	130	110	130
	SUROWE WSPÓŁCZYNNIKI	201	175	184	167	140	157	142	130	104	116
NIEWYSZCZEGÓLNIONE	SUROWE WSPÓŁCZYNNIKI	96	96	129	164	238	305	318	258	422	690
RAZEM		7,700	7,892	7,446	7,351	7,225	6,634	6,333	6,173	6,245	6,000

Źródło: Public Health England, HIV in the United Kingdom: 2014 Report, strona internetowa: [Hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1317140300680](http://Hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140300680), dostęp 20 IX 2014; obecnie raport dostępny na stronie: [Gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/401662/2014\\_PHE\\_HIV\\_annual\\_report\\_draft\\_Final\\_07-01-2015.pdf](http://Gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/401662/2014_PHE_HIV_annual_report_draft_Final_07-01-2015.pdf)

## MATERIAŁ I METODY

W okresie od marca do sierpnia 2013 roku zostało przeprowadzone epidemiologiczne badanie przekrojowe. Uczestników rekrutowano za pośrednictwem mediów lokalnych i społecznych, z wykorzystaniem techniki kuli śnieżnej (*snowball*). Dzięki wspomaganej komputerowo metodzie wywiadu internetowego (CAWI) respondentom zapewniono anonimowość i intymność.

Według Office for National Statistics, w 2011 roku w Wielkiej Brytanii mieszkało 750 348 polskich emigrantów. Przy zachowaniu poziomu ufności 95% i błędzie maksymalnym 4% wymagane minimum 384 uczestników badania było konieczne do pozyskania grupy reprezentatywnej. Uzyskano 408 odpowiedzi, co oznacza spełnienie tego warunku.

Do przeprowadzenia badania został przygotowany autorski kwestionariusz zawierający 48 pytań. Odnosiły się one do:

- cech demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, religia, status zatrudnienia i miejsce zamieszkania w Polsce);
- ryzykownych zachowań seksualnych w Polsce i Wielkiej Brytanii (liczba partnerów seksualnych, niezabezpieczone kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami, po użyciu alkoholu i/lub narkotyków);
- osobistych uwarunkowań ryzykownych zachowań seksualnych (poczucie wartości mierzone za pomocą skali samooceny Rosenberga – SES);
- uwarunkowań środowiskowych i kulturowych otrzymanej edukacji seksualnej, proces akulturacji mierzony skalami depresji oraz satysfakcji życiowej profesora Johna Berry'ego (MIRIPS) i modelem z użyciem skal wrażliwości międzykulturowej Bennetta (DMIS);
- przebycia STI i testów w kierunku HIV/STI.

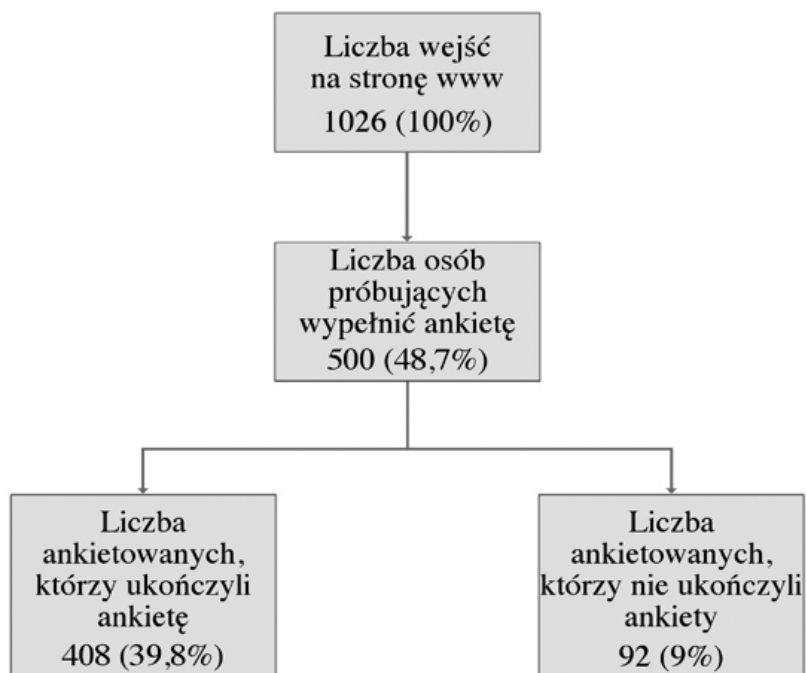
Dane uzyskane w badaniu zostały wprowadzone i przetworzone za pomocą programu Statistica w wersji 7.1. (StatSoft Inc., 2007). Istotne było zdefiniowanie zmiennych wpływających na uzyskane wyniki badania. Grupy danych zostały skategoryzowane pod kątem zmiennych w analizie jednoczynnikowej<sup>4</sup>.

Z 1026 wejść na dedykowaną stronę badania w serwisie Ankietka.pl 500 osób rozpoczęło badanie, 408 (82%) z nich je ukończyło (il. 2).

---

<sup>4</sup> Analiza została przeprowadzona za pomocą testu chi-kwadrat, testu chi-kwadrat z poprawką Yatesa i testu dokładności Fishera. Dla zmiennych numerycznych użyto testu Manna-Whitneya. Wykorzystano również test McNemary do oceny istotnych różnic pomiędzy dwoma skorygowanymi proporcjami, opartymi na tej samej próbce, którymi były ryzykowne zachowania seksualne w Polsce i Wielkiej Brytanii.

2. SCHEMAT UCZESTNICTWA W BADANIU



Źródło: Opracowanie własne

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

**K**obiety stanowiły 56,9% (232/408) respondentów. Wiek badanych zawierał się w przedziale 19–57 lat (mediana – 32 lata). Prawie jedna trzecia (32%) respondentów miała wykształcenie wyższe, średnie/ponadgimnazjalne posiadało 31% badanych, licencjat – 26%, podyplomowe – 9,6%, a podstawowe – 0,7%. Trzech na czterech respondentów pochodziło z miast, a tylko co dziesiąty – ze wsi. Połowa badanych nie pracowała w Wielkiej Brytanii w swoim zawodzie (50,7%). 38,5% wykonywało zawód wyuczony, uczyło się 4,2%, a na utrzymaniu innych było 3,2% respondentów. Ponad jedna trzecia (35,2%) badanych to osoby zamężne/zonate, w związku nieformalnym było 28,7%. Singiel/ka to 28,2%, rozwiedziona/a 5,4%. 79% respondentów deklaroowało, że są osobami wierzącymi.

WYNIKI

PORÓWNANIE RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH  
W POLSCE I WIELKIEJ BRYTANII

**W**yniki badania wykazały wysoki odsetek ryzykownych zachowań seksualnych wśród polskich migrantów w Wielkiej Brytanii (wyższy niż deklarowany w Polsce). Dotyczyło to niezabezpieczonego kontaktu seksualnego z przy-

RYZIKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE...

padkowym partnerem, kontaktów seksualnych pod wpływem alkoholu i/lub narkotyków. Dynamika występowania niektórych niebezpiecznych zachowań seksualnych przed wyjazdem i po przyjeździe do Wielkiej Brytanii różniła się w zależności od płci. Mężczyźni istotnie statystycznie częściej niż w Polsce podejmowali kontakty seksualne bez zabezpieczenia oraz pod wpływem alkoholu. Mniejszy odsetek deklarował posiadanie pięciu i więcej partnerek/partnerów. Kobiety istotnie statystycznie częściej niż w Polsce podejmowały kontakty seksualne bez zabezpieczenia pod wpływem narkotyków (tab. 3).

TABELA 3. PORÓWNANIE RYZIKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH W POLSCE I WIELKIEJ BRYTANII

RYZIKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE	POLSKA n (%)		p	WIELKA BRYTANIA n (%)			p*
	RAZEM			RAZEM			
	M n = 176	K n = 232		M n = 176	K n = 232	P	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ BEZ ZABEZPIECZENIA	84 (20,6)		<0,0001	158 (38,7)			<0,0001 0,29 (K) <0,0001 (M)
	32 (18,2)	52 (22,4)		99 (56,3)	59 (25,4)	<0,0001	
STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ POD WPLYWEM NARKOTYKÓW	9 (2,2)		<0,0001	41 (10,8)			<0,0001 <0,0001 (K) 0,02 (M)
	6 (3,4)	3 (1,3)		16 (9,1)	25 (10,7)	<0,001	
STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ POD WPLYWEM ALKOHOLU	62 (15,1%)		<0,0001	95 (23,3%)			0,001 0,16 (K) 0,002 (M)
	33 (18,8)	29 (12,5)		57 (32,4)	38 (16,3)	0,002	
LICZBA PARTNERÓW SEKSUALNYCH – CO NAJMNIJ 5	127 (31,1)		<0,0001	114 (27,9)			0,24 0,39 (K) 0,008 (M)
	85 (48,3)	42 (18,1)		65 (36,9)	49 (21,1)	<0,0001	

Źródło: StatSoft, Internetowy podręcznik statystyki: [Statsoft.pl/textbook/stathome\\_stat.html?http%3A%2F%2Fwww.statsoft.pl%2Ftextbook%2Fesc.html](http://statsoft.pl/textbook/stathome_stat.html?http%3A%2F%2Fwww.statsoft.pl%2Ftextbook%2Fesc.html)

\* p-wartość – prawdopodobieństwo testowe (ang. *p-value*, *probability value*), graniczny poziom istotności. Prawdopodobieństwo uzyskania wartości pewnej statystyki (np. różni-

cy średnich), takich jak faktycznie zaobserwowane lub bardziej oddalonych od zera, przy założeniu, że hipoteza zerowa jest spełniona. Określa tym samym maksymalne ryzyko błędu, jakie badacz jest skłonny zaakceptować. Najczęściej przyjmuje się  $\alpha = 0,05$ . Jeśli p-wartość jest większa, oznacza to, iż nie ma powodu do odrzucenia tzw. hipotezy zerowej  $H_0$ , która zwykle stwierdza, że obserwowany efekt jest dziełem przypadku.

STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ  
BEZ ZABEZPIECZENIA

**B**adanie z użyciem modelu regresji logistycznej wykazało, że niezależnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko niezabezpieczonego kontaktu seksualnego z przypadkowym partnerem w Wielkiej Brytanii były: płeć męska, niewielkie poczucie własnej wartości, niski poziom satysfakcji życiowej, bycie na etnocentrycznych etapach wrażliwości międzykulturowej i brak edukacji seksualnej w szkole w formie przedmiotu (tab. 4).

TABELA 4. MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ: POWIĄZANIE MIĘDZY ZMIENNYMI NIEZALEŻNYMI WPŁYWAJĄCYMI NA PODEJMOWANIE RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH – STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWYM PARTNEREM BEZ ZABEZPIECZENIA PREZERWATYWĄ (ILORAZ SZANS, ISTOTNOŚĆ OKREŚLANA ZA POMOCĄ TESTU WALDA; LICZBA RESPONDENTÓW N = 408)

	OR*	P	95% CI
PŁEĆ – MĘSKA	2,67	<0,0001	1,68–4,25
SAMOOCENA – DO PRZECIĘTNEJ	2,13	<0,0001	1,30–3,48
EDUKACJA – BRAK	1,48	0,04	1,03–2,12
SATYSFAKCJA ŻYCIOWA – DO PRZECIĘTNEJ	1,64	0,04	1,02–2,61
AKULTURACJA – FAZY I	2,37	0,0004	1,47–3,82

Źródło: Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care, Słownik EBM/HTA, strona internetowa: [Ceestahc.org/ebm,sloowniczek.html](http://Ceestahc.org/ebm,sloowniczek.html)

\* OR – iloraz szansy wystąpienia określonego stanu w grupie badanych na dany czynnik lub interwencję i szansy wystąpienia tego stanu w grupie nieeksponowanej (kontrolnej). W badaniach kliniczno-kontrolnych może to być iloraz szansy narażenia na potencjalny czynnik sprawczy w grupie, w której określony punkt końcowy wystąpił, i szansy narażenia na ten sam czynnik w grupie kontrolnej. Szansa to stosunek prawdopodobieństwa wystąpienia określonego stanu klinicznego do prawdopodobieństwa jego niewystąpienia w danej grupie.



STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ  
POD WPLYWEM NARKOTYKÓW

**P**olscy migranci żyjący w Wielkiej Brytanii częściej niż we własnym kraju angażowali się w kontakty seksualne pod wpływem narkotyków. Większe prawdopodobieństwo podejmowania kontaktu bez prezerwatywy z przypadkowym partnerem zaobserwowano u mężczyzn.

Analiza wieloczynnikowa z użyciem modelu regresji logistycznej wykazała również, że zmiennymi niezależnie wpływającymi na podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych pod wpływem narkotyków były wykształcenie wyższe oraz niższy stopień akulturacji (tab. 5).

TABELA 5. MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ: POWIĄZANIE MIĘDZY ZMIENNYMI NIEZALEŻNYMI WPŁYWAJĄCYMI NA PODEJMOWANIE RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH – STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWYM PARTNEREM POD WPLYWEM NARKOTYKÓW (ILORAZ SZANS, ISTOTNOŚĆ OKREŚLANA ZA POMOCĄ TESTU WALDA; N = 408)

	OR	P	95% CI
STAN CYWILNY – BYCIE SINGLEM	2,14	<b>0,03</b>	1,07–4,25
WYKSZTAŁCENIE – WYŻSZE	2,25	<b>0,02</b>	1,14–4,44
AKULTURACJA – FAZY I	5,14	<b>&lt;0,0001</b>	2,48–10,63

STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWĄ OSOBĄ  
POD WPLYWEM ALKOHOLU

**W** przypadku podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych pod wpływem alkoholu determinantami okazały się: płeć męska, satysfakcja życiowa na poziomie niskim/przeciętnym, pierwsze fazy wrażliwości międzykulturowej (tab. 6).

TABELA 6. MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ: POWIĄZANIE MIĘDZY ZMIENNYMI NIEZALEŻNYMI WPŁYWAJĄCYMI NA PODEJMOWANIE RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH – STOSUNEK SEKSUALNY Z PRZYPADKOWYM PARTNEREM POD WPLYWEM ALKOHOLU (ILORAZ SZANS, ISTOTNOŚĆ OKREŚLANA ZA POMOCĄ TESTU WALDA; N = 408)

	OR	P	95% CI
PŁEĆ – MĘSKA	2,21	<b>0,001</b>	1,36–3,60
SATYSFAKCJA ŻYCIOWA – DO PRZECIĘTNEJ	1,74	<b>0,02</b>	1,08–2,81
AKULTURACJA – FAZY I	1,79	<b>0,02</b>	1,10–2,93

## LICZBA PARTNERÓW SEKSUALNYCH – CO NAJMNIEJ 5

Posługując się analizą wieloczynnikową z użyciem modelu regresji logistycznej, wykazano również, iż na podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych z dużą liczbą partnerów miały wpływ następujące czynniki: płeć męska, bycie singlem, brak edukacji seksualnej w szkole (tab. 7).

TABELA 7. MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ: POWIĄZANIE MIĘDZY ZMIENNYMI NIEZALEŻNYMI WPŁYWAJĄCYMI NA PODEJMOWANIE KONTAKTÓW SEKSUALNYCH Z PIĘCIOMA PARTNERAMI I WIĘCEJ (ILORAZY SZANS, ISTOTNOŚĆ OKREŚLANA ZA POMOCĄ TESTU WALDA; N = 408)

	OR	P	95% CI
PŁEĆ – MĘSKA	2,29	<b>0,0005</b>	1,43–3,65
STAN CYWILNY – BYCIE SINGLEM	3,21	<b>&lt;0,0001</b>	2,00–5,13
EDUKACJA SEKSUALNA – BRAK	1,77	<b>0,004</b>	2,60–1,20

## STI'S (SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS)

Na pytanie półotwarte, czy respondent miał kiedykolwiek medycznie potwierdzone zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową (jeśli tak, to jakie?), 17% osób (68/408) odpowiedziało twierdząco. Wśród 68 osób, które potwierdziły przebyte zakażenie, 34 badanych podało, że zakaziło się chłamydią, 8 – HPV, 7 – grzybicą, 6 – opryszczką, 4 – rzeźistkiem, 2 – HCV, 1 – rzeżączką, 4 – innymi STI. Możliwe było podanie kilku odpowiedzi. Wśród badanych 174 osoby (42,6%) przyznały, że przeszły wcześniej testy w kierunku HIV; 5 osób (1,2%) poinformowało o zakażeniu HIV.

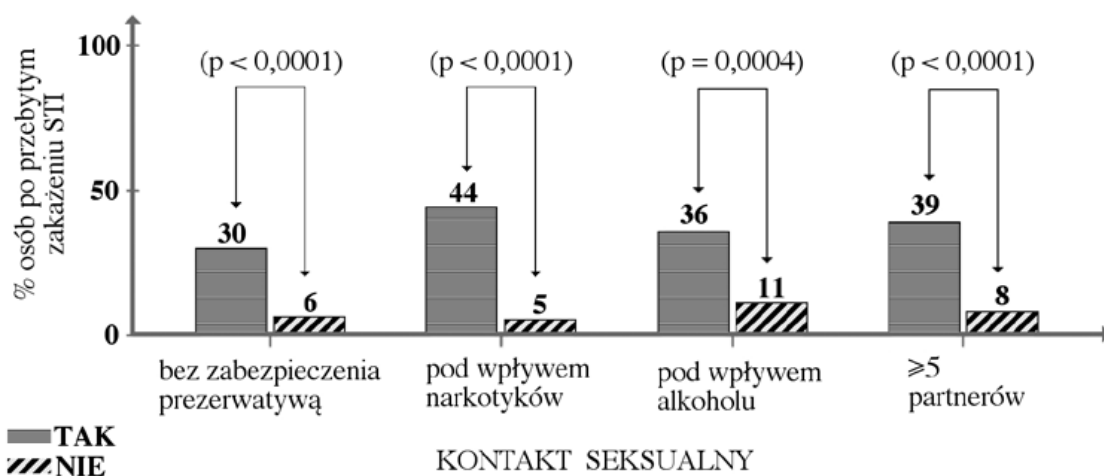
Badano wpływ ryzykownych zachowań seksualnych na przebyte STI przy pomocy modelu wieloczynnikowego. Istotny wpływ okazał się mieć kontakt seksualny z przypadkowym partnerem bez zabezpieczenia prezerwatywą, pod wpływem narkotyków i z wieloma partnerami seksualnymi (il. 3).

Nowi polscy emigranci w Wielkiej Brytanii to głównie osoby młode (20- lub 30-latkowie<sup>5</sup>), będący w apogeum aktywności seksualnej. Część emigrantów nie posługuje się biegle językiem angielskim lub z innych powodów nie korzysta z systemu profilaktyki zdrowotnej zapewnianej przez państwo brytyjskie<sup>6</sup>. Nie są zatem

<sup>5</sup> Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Raport o sytuacji Polonii...

<sup>6</sup> H. V. McCoy, W. M. Hlaing, E. Ergon-Rowe, D. Samuels, R. Malow, *Lessons from the fields: a migrant HIV prevention project*, „Public Health Reports”, 2009, nr 124 (6), s. 790–796; S. Dias, A. Gama, H. Cargaleiro, M. O. Martins, Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services, strona internetowa: [Human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-14](http://Human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-14).

3. PRZEBYCIE MEDYCZNIE POTWIERDZONEGO STI  
W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU RYZIKOWNEGO ZACHOWANIA SEKSUALNEGO



objęci systemem fachowej pomocy w zakresie przeciwdziałania zakażeniom STI, jaką świadczy m.in. West London Centre for Sexual Health<sup>7</sup>.

Niemal co drugi Polak, biorący udział w badaniu, miał ryzykowne zachowanie seksualne, co piąty – nigdy się nie testował na obecność zakażenia HIV. Ta część osób może stanowić potencjalną grupę z nierozpoznanym zakażeniem HIV lub innymi STI. Co więcej, u tych Polaków, którzy nigdy nie testowali się w kierunku HIV, obserwowano częściej ryzykowne zachowania seksualne. Wyniki innych badań wskazują, że zwiększanie świadomości osób o możliwości zakażenia HIV czy STI oraz doradzanie, jaką stosować profilaktykę, prowadzi do znaczącej redukcji ryzykownych zachowań<sup>8</sup>. Dlatego promowanie testowania w kierunku HIV/STI wśród tej populacji powinno być stałą strategią.

Należy podjąć wysiłki zmierzające do zwiększenia świadomości na temat możliwości zakażenia STI. Behawioralne interwencje skierowane do imigrantów okazały się skuteczne w redukcji ryzykownych zachowań seksualnych i zakażeń STI, a więc powinny być traktowane jako potencjalne narzędzie zapobiegania tego typu zakażeniom<sup>9</sup>. Podczas promowania testowania w kierunku HIV

<sup>7</sup> E. Scheppers, E. van Dongen, J. Dekker, J. Geertzen, J. Dekker, *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities*, „Family Practice”, 2006, nr 23, s. 325–348.

<sup>8</sup> J. Castilla, P. Sobrino, J. del Amo, *HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain: a comparison with national subjects*, „Sexually Transmitted Infections”, 2002, nr 78, s. 250–254; P. A. Gilbert, S. D. Rhodes, *HIV testing among immigrant sexual and gender minority Latinos in a US region with little historical Latino presence*, „AIDS Patient Care and STDS”, 2013, nr 27, s. 628–636.

<sup>9</sup> F. M. Burns, A. R. Evans, C. H. Mercer, V. Parutis, C. J. Gerry, R. C. M. Mole, R. S. French, J. Imrie, G. J. Hart, *Sexual and HIV risk behaviour in central and eastern European migrants in London*, „Sexually Transmitted Infections”, 2011, 87, s. 318–324.

i innych STI należy dotrzeć do osób, które nigdy się nie badały i nie korzystały z poradnictwa w zakresie zdrowia seksualnego<sup>10</sup>. Wyniki licznych badań pokazują, że znaczna część emigrantów nigdy nie korzystała z usług w tym zakresie. Choć nie ma danych dotyczących analizowania barier w wykorzystaniu usług zdrowotnych, autorzy wskazują w głównej mierze na niewiedzę na temat dostępności placówek ochrony zdrowia, brak kompetencji kulturowej personelu medycznego, bariery kosztowe, dystans do placówek zdrowotnych i ograniczenia prawne<sup>11</sup>. Obserwacje te potwierdzają konieczność przezwyciężenia wymienionych przeszkód i propagowania korzystania z usług zdrowotnych w celu wczesnego wykrywania i zapobiegania zakażeniom STI w badanej populacji. Inicjatywy lokalne podejmowane przez pracowników socjalnych i edukatorów seksualnych, którzy cieszą się zaufaniem społecznym, mogą przyczynić się do promowania skutecznych interwencji profilaktycznych HIV/STI wśród emigrantów.

Im wyższy poziom akulturacji, tym mniej występuje ryzykownych zachowań. Dlatego konieczne wydaje się opracowanie i prowadzenie treningów wrażliwości międzykulturowej w społeczności emigrantów polskich przez organizacje i instytucje polonijne we współpracy z brytyjskimi<sup>12</sup>. Wyniki badań jednoznacznie poka-

<sup>10</sup> G. Donker, S. Dorsman, P. Spreuwenberg, I. van den Broek, J. van Bergen, Twenty-two years of HIV-related consultations in Dutch general practice: a dynamic cohort study, „BMJ Open”, 2013, nr 3 (12), strona internetowa: [Bmjopen.bmj.com/content/3/4/e001834.full](http://Bmjopen.bmj.com/content/3/4/e001834.full); S. Dias, A. Gama, H. Cargaleiro, M. O. Martins, Health workers' attitudes...; *Global HIV/AIDS Response. Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access*, World Health Organization, Geneva, 2011, s. 170–174; B. Jędrzejewska, P. Kalinowski, A. Stachowicz, *Knowledge of healthy behaviours among teenagers attending selected schools of the Lublin region*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 2005, nr 51 (1), s. 65–69.

<sup>11</sup> S. Dias, A. Gama, H. Cargaleiro, M. O. Martins, Health workers' attitudes toward immigrant patients...; J. Q. Wu, K. W. Wang, R. Zhao, Y. Y. Li, Y. Zhou, Y. R. Li, H. L. Ji, M. Ji, *Male rural-to-urban migrants and risky sexual behavior: a cross-sectional study in Shanghai, China*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2014, nr 11, s. 2846–2864; G. De Luca, M. Ponzio, A. R. Andrés, *Health care utilization by immigrants in Italy*, „International Journal of Health Economics and Management”, 2013, nr 13 (1), s. 1–31.

<sup>12</sup> J. W. Berry, *Conceptual Approaches to Acculturation*, w: *Acculturation. Advances in Theory, Measurement and Applied Research*, red. K. M. Chun, P. B. Organista, G. Marin, Washington, 2003, s. 17–37; H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak, *Drogi i rozdroża. Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno-socjologiczna*, Kraków, 2010, s. 351–369; J. M. Bennett, M. J. Bennett, *Developing intercultural sensitivity. In integrative approach to global and domestic diversity*, w: *Handbook of intercultural training*, red. D. Landis, J. Bennett, M. J. Bennett, Thousand Oaks California, 2004, s. 147–165.

zują powiązania braku edukacji seksualnej z występowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, takich jak znaczna liczba partnerów seksualnych, przypadkowe kontakty bez zabezpieczenia, przemoc seksualna. Monica Patton i współautorzy<sup>13</sup> podkreślają potrzebę tworzenia programów prewencyjnych, wzywających do bezpieczniejszych praktyk seksualnych oraz promowania wiedzy o STI, a także prowadzenia badań przesiewowych w kierunku rzeżączki, chłamydii i zakażenia HIV.

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

**N**a podstawie uzyskanych wyników wysunięto szereg wniosków. Polscy emigranci w Wielkiej Brytanii częściej niż we własnym kraju angażują się w ryzykowne zachowania seksualne, realizując swoje potrzeby intymne. To zdecydowanie zwiększa możliwość zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Czynniki demograficzne – płeć męska, osobowościowe – niska samoocena i społeczno-kulturowe – niewielka satysfakcja życiowa i spowolnienie procesu akulturacji mogą mieć wpływ na częstsze podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych. Ponieważ opóźnienie procesu akulturacji stanowi czynnik wpływający na niebezpieczne zachowania seksualne, konieczne wydaje się wdrożenie działań ułatwiających emigrantom przystosowanie się do zmiany kulturowej.

Kontakty z przygodnym partnerem bez zabezpieczenia prezerwatywą oraz pod wpływem narkotyków stanowią istotne czynniki ryzyka zakażeń. Wysoki odsetek osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne i deklarujących przebycie STI w przeszłości, wskazują na potrzebę większej dostępności do usług w zakresie zdrowia seksualnego i wzmocnienia dotychczas istniejących metod kontroli zakażeń, w tym utworzenia polskiej poradni edukacyjnej. Warto wzmocnić status edukacji seksualnej, prowadzonej najlepiej w formie przedmiotu szkolnego, jako ważnego czynnika ograniczającego podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych. Aby spełnić powyższe wymogi, należy wprowadzić do szkół edukację seksualną w pełnym wymiarze godzinowym i w oparciu o wiedzę naukową. Obecny jej wymiar godzinowy i programowy realizowany jest w sposób ograniczony i nie spełnia wszystkich wymogów oraz rekomendacji WHO/UNAIDS<sup>14</sup>. Badania prze-

---

<sup>13</sup> M. E. Patton, J. R. Su, R. Nelson, H. Weinstock, *Primary and Secondary Syphilis – United States, 2005–2013*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, 2014, nr 63 (18), s. 402–406.

<sup>14</sup> Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Kraków, 2012, s. 717–755; A. Walendzik-Ostrowska, *Edukacja seksualna a profilaktyka HIV*, „Remedium”, Warszawa, 2009, nr 1, s. 53–70; United Nations Programme on HIV/AIDS – World Health Organization, UNAIDS/WHO working group on global HIV/AIDS/STI surveillance: Initiating second generation HIV surveillance systems – practical guidelines, strona internetowa: [Who.int/hiv/pub/surveillance/en/isbn9291732192.pdf](http://Who.int/hiv/pub/surveillance/en/isbn9291732192.pdf).

prowadzone przez WHO wykazały, iż realizowanie programów edukacji seksualnej w szkołach ma korzystny wpływ na zachowania prozdrowotne młodych ludzi: opóźnienie wieku inicjacji seksualnej, zmniejszenie liczby partnerów u osób aktywnych seksualnie oraz zwiększenie częstotliwości używania prezerwatyw, ochronę przed zakażeniem HIV lub innymi STI<sup>15</sup>.

Podsumowując, badanie własne pokazuje, że znaczna część polskich emigrantów angażuje się w ryzykowne zachowania seksualne, narażając się na zakażenia STI. Większość osób decydujących się na takie zachowanie i deklarujących przebycie STI w przeszłości, wskazuje na potrzebę lepszej dostępności do usług w zakresie zdrowia seksualnego i wzmocnienia dotychczas istniejących metod kontroli zakażeń. Badani widzą również potrzebę kształcenia kadry polskich specjalistów i utworzenia polskiej stacjonarnej poradni edukacyjnej. Ważne stają się wysiłki na rzecz propagowania badań w kierunku STI, jak również wzmocnienie dostosowania kulturowego interwencji wspierających strategię redukcji ryzyka. Ze względu na różnorodność społeczności imigrantów dostosowane interwencje powinny być rozwijane i ukierunkowane na podgrupy podatne na zachowania seksualne wysokiego ryzyka i dostosowane do ich specyficznych potrzeb profilaktycznych. Choć działania edukacyjno-profilaktyczne w kontekście zakażeń STI należy kierować do społeczności emigrantów w Wielkiej Brytanii. Grupą szczególnej troski powinni stać się mężczyźni, single, osoby z niską samooceną i niewystarczającym stopniem akulturacji.

---

<sup>15</sup> W. Rymer, M. Beniowski, E. Mularska, *Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV*, w: *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS*, red. A. Horban, Warszawa – Wrocław, 2014, s. 220–230; D. Kirby, *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness*, „Public Health Reports”, 1994, nr 109 (3), s. 339–360; R. Vivancos, I. Abubakar, P. Phillips-Howard, P. R. Hunter, *School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults*, „Public Health”, 2013, nr 127, s. 53–57; M. Gańczak, P. Barss, F. Alfaresi, S. Almazrouei, A. Muraddad, F. Al-Maskari, *Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates*, „The Journal of Adolescent Health”, 2007, nr 40 (6), s. 572.

## BIBLIOGRAFIA

- Bennett J. M., Bennett M. J., *Developing intercultural sensitivity. In integrative approach to global and domestic diversity*, w: *Handbook of intercultural training*, red. D. Landis, J. Bennett, M. J. Bennett, Thousand Oaks California, 2004.
- Berry J. W., *Conceptual Approaches to Acculturation*, w: *Acculturation. Advances in Theory, Measurement and Applied Research*, red. K. M. Chun, P. B. Organista, G. Marin, Washington, 2003.
- Burns F. M., Evans A. R., Mercer C. H., Parutis V., Gerry C. J., Mole R. C. M., French R. S., Imrie J., Hart G. J., *Sexual and HIV risk behaviour in central and eastern European migrants in London*, „Sexually Transmitted Infections”, 2011, 87.
- Castilla J., Sobrino P., Amo J. del, *HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain: a comparison with national subjects*, „Sexually Transmitted Infections”, 2002, nr 78.
- De Luca G., Ponzio M., Andrés A. R., *Health care utilization by immigrants in Italy*, „International Journal of Health Economics and Management”, 2013, nr 13 (1).
- Dias S., Gama A., Cargaleiro H., Martins M. O., Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services, strona internetowa: [Human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-14](http://Human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-14).
- Donker G., Dorsman S., Spreeuwenberg P., Broek I. van den, Bergen J. van, Twenty-two years of HIV-related consultations in Dutch general practice: a dynamic cohort study, „BMJ Open”, 2013, nr 3 (12), strona internetowa: [Bmjopen.bmj.com/content/3/4/e001834.full](http://Bmjopen.bmj.com/content/3/4/e001834.full).
- Gańczak M., Barss P., Alfaresi F., Almazrouei S., Muraddad A., Al-Maskari F., *Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates*, „The Journal of Adolescent Health”, 2007, nr 40 (6).
- Gilbert P. A., Rhodes S. D., *HIV testing among immigrant sexual and gender minority Latinos in a US region with little historical Latino presence*, „AIDS Patient Care and STDS”, 2013, nr 27.
- Global HIV/AIDS Response. Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access*, World Health Organization, Geneva, 2011.
- Główny Urząd Statystyczny, Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011, strona internetowa: [Stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LU\\_infor\\_o\\_rozm\\_i\\_kierunk\\_emigra\\_z\\_polski\\_w\\_latach\\_2004\\_2011.pdf](http://Stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LU_infor_o_rozm_i_kierunk_emigra_z_polski_w_latach_2004_2011.pdf).
- Grzymała-Moszczyńska H., Kwiatkowska A., Roszak J., *Drogi i rozdroża. Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno-socjologiczna*, Kraków, 2010.
- Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Kraków, 2012.
- Jędrzejewska B., Kalinowski P., Stachowicz A., *Knowledge of healthy behaviours among teenagers attending selected schools of the Lublin region*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 2005, nr 51 (1).

- Kirby D., *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness*, „Public Health Reports”, 1994, nr 109 (3).
- McCoy H. V., Hlaing W. M., Ergon-Rowe E., Samuels D., Malow R., *Lessons from the fields: a migrant HIV prevention project*, „Public Health Reports”, 2009, nr 124 (6).
- Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009, strona internetowa: [Msz.gov.pl/resource/90f1454c-8ac1-439a-9e5f-ac2ca6a0f013](http://Msz.gov.pl/resource/90f1454c-8ac1-439a-9e5f-ac2ca6a0f013).
- Office for National Statistics, Population by Country of Birth and Nationality Report, August 2013, strona internetowa: [Ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_324663.pdf](http://Ons.gov.uk/ons/dcp171776_324663.pdf).
- Office for National Statistics, strona internetowa: Data on Polish people living in the UK from Census 2011, [ons.gov.uk/ons/about-ons/business-transparency/freedom-of-information/what-can-i-request/previous-foi-requests/population/data-on-polish-people-living-in-the-uk/](http://ons.gov.uk/ons/about-ons/business-transparency/freedom-of-information/what-can-i-request/previous-foi-requests/population/data-on-polish-people-living-in-the-uk/).
- Patton M. E., Su J. R., Nelson R., Weinstock H., *Primary and Secondary Syphilis – United States, 2005–2013*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, 2014, nr 63 (18).
- Public Health England, HIV in the United Kingdom: 2014 Report, strona internetowa: [Hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1317140300680](http://Hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140300680); obecnie raport dostępny na stronie: [Gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/401662/2014\\_PHE\\_HIV\\_annual\\_report\\_draft\\_Final\\_07-01-2015.pdf](http://Gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/401662/2014_PHE_HIV_annual_report_draft_Final_07-01-2015.pdf).
- Rymer W., Beniowski M., Mularska E., *Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV*, w: *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS*, red. A. Horban, Warszawa – Wrocław, 2014.
- Scheppers E., Dongen E. van, Dekker J., Geertzen J., Dekker J., *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities*, „Family Practice”, 2006, nr 23.
- United Nations Programme on HIV/AIDS – World Health Organization, UNAIDS/WHO working group on global HIV/AIDS/STI surveillance: Initiating second generation HIV surveillance systems – practical guidelines, strona internetowa: [Who.int/hiv/pub/surveillance/en/isbn9291732192.pdf](http://Who.int/hiv/pub/surveillance/en/isbn9291732192.pdf).
- Vivancos R., Abubakar I., Phillips-Howard P., Hunter P. R., *School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults*, „Public Health”, 2013, nr 127.
- Walendzik-Ostrowska A., *Edukacja seksualna a profilaktyka HIV*, „Remedium”, Warszawa, 2009, nr 1.
- Wu J. Q., Wang K. W., Zhao R., Li Y. Y., Zhou Y., Li Y. R., Ji H. L., Ji M., *Male rural-to-urban migrants and risky sexual behavior: a cross-sectional study in Shanghai, China*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2014, nr 11.



GRAŻYNA CZUBIŃSKA

**RISKY SEXUAL BEHAVIOURS  
OF POLISH MIGRANTS IN GREAT BRITAIN**

SUMMARY

The aim of the research was to assess the determinants of risky sexual behaviours of Polish migrants in the UK after the year 2004, and to compare those behaviours to the sexual behaviour of the same people before they emigrated from Poland. Results relate to 408 respondents, 56.9% of whom were women. Respondents had a median age of 32 years. 38.7% of them admitted to having unprotected sexual intercourse with an unknown partner in the UK. Such behaviour occurred with greater frequency in the UK than in Poland. Also more respondents declared themselves to have engaged in sexual intercourse after the use of drugs and alcohol in the UK than in Poland. Relatively poor sensitivity to cultural differences was, in the case of this research, an independent predictor of unprotected sexual intercourse. Males were more likely to engage in unprotected sex with casual partners as well as sex after alcohol and with multiple partners, which could result in a much higher probability of contracting sexually transmitted infections. All the results demonstrated the significance of cultural adaptation and sexual education for the health of immigrants.

**Keywords:** emigration, sexual health, STI