



Co-funded by the European Union's Drug Prevention and Information Programme

REDUCE PROJECT

Numer
respondenta

Data wywiadu

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA ZGODĘ NA UDZIAŁ W NASZYM PROJEKCIE REDUCE. NASZ KWESTIONARIUSZ SKŁADA SIĘ Z 4 CZĘŚCI. NAJPIERW ZADAM KILKA PYTAŃ O NIEKTÓRE DANE DOTYCZĄCE CIEBIE, NASTĘPNIE O TWOJE UŻYWANIE NARKOTYKÓW W ZASTRZYKACH, ZACHOWANIA SEKSUALNE, WIEDZY NA TEMAT ŻÓŁTACZKI TYPU C, NASTĘPNIE OGÓLNIIE O TWÓJ NASTRÓJ, SAMOPOCZUCIE.

NA POCZĄTEK, MAM KILKA DOTYCZĄCEJ WIEKU, WARUNKÓW ŻYCIA, WYKSZTAŁCENIA I ZATRUDNIENIA.

DANE DEMOGRAFICZNE

1. Ile masz lat (WEDŁUG DATY
OSTATNICH URODZIN)?

Liczba lat

2. Z kim aktualnie mieszkasz? (dowolna liczba odpowiedzi)

Sama	<input type="checkbox"/> ₁
Małżonek/partner	<input type="checkbox"/> ₁
Dziecko/dzieci	<input type="checkbox"/> ₁
Przyjaciele/wspólnie wynajmujący mieszkanie	<input type="checkbox"/> ₁
Inni członkowie rodziny	<input type="checkbox"/> ₁

3. Jakie jest Twoje wykształcenie? (Zaznacz JEDNĄ odpowiedź)

Szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> ₀
Gimnazjum	<input type="checkbox"/> ₁
Zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> ₂
Technikum/liceum	<input type="checkbox"/> ₃
Wyższe - licencjat	<input type="checkbox"/> ₄
Wyższe - magisterskie	<input type="checkbox"/> ₅
Inne Jakie	<input type="checkbox"/> ₆

4. Czy obecnie (Pokaż kartę odpowiedzi. JEDNA odpowiedź)

masz stałą pracę	<input type="checkbox"/> ₁
jesteś bezrobotna	<input type="checkbox"/> ₂
jesteś na zwolnieniu lekarskim	<input type="checkbox"/> ₃
zajmujesz się domem	<input type="checkbox"/> ₄
jesteś na emeryturze	<input type="checkbox"/> ₅
jesteś na rencie	<input type="checkbox"/> ₆
inne jakie	<input type="checkbox"/> ₇

5a. Czy kiedykolwiek mieszkałaś w schronisku dla bezdomnych, nie miałaś stałego miejsca zamieszkania lub żyłaś na ulicy?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 6

5b. Czy zdarzyło się to w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀

TERAZ ZAMIERZAM ZADAĆ CI KILKA PYTAŃ NA TEMAT NARKOTYKÓW UŻYWANYCH W ZASTRZYKACH

(PYTANIA PRZESIEWOWE)

6. Czy **KIEDYKOLWIEK** używałaś narkotyków w zastrzykach?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, koniec badania

7. Czy używałaś narkotyków w zastrzykach w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, koniec badania

8. Ile miałaś lat, kiedy po raz pierwszy brałaś narkotyki w zastrzykach?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Liczba lat
----------------------	----------------------	------------

9. Kiedy ostatni raz brałaś narkotyk w zastrzykach?

m	m
---	---

y	y	y	y
---	---	---	---

10. Których z podanych poniżej narkotyków używałaś w zastrzykach w ciągu ostatnich 6 miesięcy? **(dowolna liczba odpowiedzi)**

Heroina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Amfetamina (speed)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Kokaina

Temazepam lub valium

Heroina i kokaina razem (speed)

Sterydy anaboliczne

Crack

Inne **(jakie)**

<input type="text"/>

11. Jakie narkotyki wstrzykiwałaś najczęściej w ciągu ostatnich 6 miesięcy? **(Wpisz nazwę)**

<input type="text"/>

12. Przez ile miesięcy wstrzykiwałaś narkotyki w ciągu ostatnich 6 miesięcy? **(Wpisz liczbę miesięcy)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

13. W tych miesiącach, w których wstrzykiwałaś narkotyki, jak często to robiłaś? **(Pokaż kartę)**

odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź)

1-3 razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> ₁
Raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> ₂
2 do 6 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> ₃
Raz dziennie	<input type="checkbox"/> ₄
2 do 3 razy dziennie	<input type="checkbox"/> ₅
4 lub więcej razy dziennie	<input type="checkbox"/> ₆

14. Spośród wszystkich igieł i strzykawk, których używałaś do wstrzyknięć w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, ile było nowych i nieużywanych (na przykład fabrycznie zapakowanych). Spróbuj to ocenić na skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza "żadne nie były nowe", a 10 "wszystkie były nowe")?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 15a. W jakim miejscu najczęściej wstrzykiwałaś sobie narkotyki w ciągu ostatnich 6 miesięcy? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź)

Własne mieszkanie	<input type="checkbox"/> ₁
Mieszkanie rodziców, rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Mieszkanie przyjaciół, znajomych	<input type="checkbox"/> ₃
Schronisko dla bezdomnych/hostel	<input type="checkbox"/> ₄
Więzienie/areszt	<input type="checkbox"/> ₅
Pustostany/opuszczone domy/skłoty	<input type="checkbox"/> ₆
Na ulicy	<input type="checkbox"/> ₇
Pokój iniekcyjny	<input type="checkbox"/> ₈
Inne	<input type="checkbox"/> ₉
Jakie	

15b. A czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wstrzykiwałaś narkotyki w jakichś innych miejscach? (Pokaż kartę odpowiedzi – możliwa dowolna liczba odpowiedzi)

	Tak	Nie
Własne mieszkanie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Mieszkanie rodziców, rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Mieszkanie przyjaciół, znajomych	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Schronisko dla bezdomnych/hostel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Więzienie/areszt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Pustostany/opuszczone domy/skłoty	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Na ulicy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Pokój iniekcyjny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jakie		

16a. W ciągu ostatnich 6 miesięcy kiedy wstrzykiwałaś narkotyki, jak często wstrzykiwałaś je...

	Zawsze	W większości przypadków	Pół na pół	Czasami	Rzadko	Nigdy
i) Sama	<input type="checkbox"/> ₅ Jeśli zawsze, przejdź do 17a	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
ii) Z drugą osobą	<input type="checkbox"/> ₅ Jeśli zawsze, przejdź do 16c	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
iii) Z więcej niż jedną osobą	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

16b. Jeśli w pkt. iii) odpowiedź inna niż NIGDY, poproś o podanie liczby osób. Proszę, powiedz ile to było osób.

16c. Kto był tą osobą NAJCZĘŚCIEJ? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inna (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

16d. A z kim jeszcze wstrzykiwałaś narkotyki w ciągu ostatnich 6 miesięcy? (Pokaż kartę odpowiedzi – możliwa dowolna liczba odpowiedzi)

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

17a. Czy KIEDYKOLWIEK używałaś igieł, strzykawek, które wcześniej były używane przez kogoś innego (włączając Twojego partnera) ?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 20a

17b. Ile razy używałaś igieł, strzykawek, które wcześniej były używane przez kogoś innego w ciągu ostatnich 6 miesięcy ? (Wpisz liczbę ile razy).

--	--	--

17c. Dlaczego w ciągu ostatnich 6 miesięcy używałaś igieł, strzykawek, które wcześniej były używane przez kogoś innego? (Pokaż kartę odpowiedzi, proszę udzielić odpowiedzi na każde pytanie)

	Nie	Tak
i. byłaś na głodzie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii. znałaś tę osobę	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iii. nie byłaś w stanie wstrzyknąć sobie sama, bez pomocy	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iv. nie było możliwości odmówić użycia sprzętu tej osobie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
v. nie myślałaś, że to ryzykowne	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vi. nie sądziłaś, że ta osoba jest zakażona (np. żółtaczką typu C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vii. jesteś zakażona tymi samymi chorobami, co ta osoba (HCV, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
viii. sterylne igły i strzykawki były niedostępne	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ix. byłaś za bardzo odurzona (ugrzana)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
x. inne – jakie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

17d. A jaki był główny powód? (Proszę wpisać) _____

17e. Czyje używane igły/strzykawki używałaś NAJCZĘŚCIEJ w ciągu ostatnich 6 miesięcy (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄

Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

17f. A czyje jeszcze używane igły i strzykawki używałaś w ciągu ostatnich 6 miesięcy? (Pokaż kartę odpowiedzi, proszę udzielić odpowiedzi na każde pytanie)

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

18a. Czy:

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś wspólnych igieł/strzykawek z kimś, o kim wiedziałaś, że ma żółtaczkę typu C?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 19	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w ciągu ostatnich 6 miesięcy używałaś wspólnych igieł/strzykawek z kimś, o kim wiedziałaś, że ma żółtaczkę typu C?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 19	<input type="checkbox"/> ₁

18b. Kto to był w większości przypadków? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃

Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

18c. Z kim jeszcze o kim wiedziałaś, że ma żółtaczkę typu C, używałaś wspólnych igieł/strzykawek? (Pokaż kartę odpowiedzi, proszę udzielić odpowiedzi na każde pytanie)

	YES	NO
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

19. W sumie, od ilu różnych osób (w tym twojego partnera) dostałaś używane igły/strzykawki w ciągu ostatnich 6 miesięcy? **Wpisz liczbę osób.**

--	--	--

20a. W sumie, ilu ludziom (w tym partnerowi) dawałaś swoje używane igły/strzykawki w ciągu ostatnich 6 miesięcy)? **Wpisz liczbę osób.**

--	--	--

20b Komu dawałaś swoje używane igły/strzykawki najczęściej w ciągu ostatnich 6 miesięcy? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

20c. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy dawałaś swoje (używane) igły/strzykawki jeszcze komuś? (Pokaż kartę odpowiedzi, proszę udzielić odpowiedzi na każde pytanie).

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

21a. Czy kiedykolwiek wstrzykiwałaś tą sama igłą/strzykawką więcej niż jeden raz, zanim ją wyrzuciłaś?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 22a

- 21b. W ciągu ostatnich 6 miesięcy ile razy przeciętnie wstrzykiwałaś tą samą igłą/strzykawką zanim ją wyrzuciłaś? (**Przeczytaj głośno i zaznacz JEDNĄ odpowiedź**)

Nigdy	<input type="checkbox"/> ₀
Raz lub dwa	<input type="checkbox"/> ₁
3 – 5 razy	<input type="checkbox"/> ₂
Ponad 5 razy	<input type="checkbox"/> ₃

- 22a. Czy kiedykolwiek wstrzykiwałaś sobie używaną igłą/strzykawką, o której nie byłaś pewna, że to twoja?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 23

- 22b. A ile razy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wstrzykiwałaś sobie używaną igłą/strzykawką, o której nie byłaś pewna, że to twoja? (**Przeczytaj głośno i zaznacz JEDNĄ odpowiedź**)

Nigdy	<input type="checkbox"/> ₀
Raz lub dwa razy	<input type="checkbox"/> ₁
3 – 5 razy	<input type="checkbox"/> ₂
6-19 razy	<input type="checkbox"/> ₃
20 lub więcej	<input type="checkbox"/> ₄

23. Czy.....

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś łyżek, naczyń do mieszania narkotyków, które wcześniej były używane przez kogoś innego?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 24	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w ciągu ostatnich 6 miesięcy używałaś łyżek, naczyń do mieszania narkotyków, które wcześniej były używane przez kogoś innego?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

24. Czy...

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś materiałów do filtrowania, które wcześniej były używane przez kogoś innego	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 25a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w ciągu ostatnich 6 miesięcy używałaś materiałów do filtrowania, które wcześniej były używane przez kogoś innego	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

25a. Czy...

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek przygotowywałaś narkotyki lub płukałaś sprzęt wodą, która wcześniej była używana do tych celów przez kogoś innego?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 26a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w ciągu ostatnich 6 miesięcy przygotowywałaś narkotyki lub płukałaś sprzęt wodą, która wcześniej była używana do tych celów przez kogoś innego?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 26a	<input type="checkbox"/> ₁

UWAGA DLA ANKIETERA: Jeśli NIE dla 23ii, 24ii oraz 25aii przejdź do pytania 26a

25b. Dlaczego, , w ciągu ostatnich 6 miesięcy używałaś wcześniej używanego sprzętu lub wody? (Przeczytaj każdą odpowiedź i zaznacz Tak lub Nie w każdym przypadku)

	Nie	Tak
i. byłaś na głodzie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii. znałaś tę osobę	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iii. nie byłaś w stanie wstrzyknąć sobie sama, bez pomocy	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iv. nie było możliwości odmówić użycia sprzętu tej osobie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
v. nie myślałaś, że to ryzykowne	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vi. nie sądziłaś, że ta osoba jest zakażona (np. żółtaczką typu C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vii. jesteś zakażona tymi samymi chorobami, co ta osoba (HCV, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
viii. sterylne igły i strzykawki były niedostępne	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ix. byłaś za bardzo odurzona (ugrzana)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
x. inne – jakie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

25c. Jaka była główna tego przyczyna? (wpisz) _____

26a. Czy...

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś wacików nasączonych alkoholem przed wstrzyknięciem narkotyku?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 26b	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w okresie ostatnich 6 miesięcy używałaś wacików nasączonych alkoholem przed wstrzyknięciem narkotyku?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

26b. Czy...

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś wacików nasączonych alkoholem po wstrzyknięciu narkotyku?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 27a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w okresie ostatnich 6 miesięcy używałaś wacików nasączonych alkoholem po wstrzyknięciu narkotyku?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

27a. Czy...

	Nie	Tak
i) kiedykolwiek używałaś materiałów do filtrowania, tyżek, naczyń do podgrzewania lub wody z kimś o kim wiedziałaś, że miał żółtaczkę typu C?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 28a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) w okresie ostatnich 6 miesięcy używałaś materiałów do filtrowania, tyżek, naczyń do podgrzewania lub wody z kimś o kim wiedziałaś, że miał żółtaczkę typu C?	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 28a	<input type="checkbox"/> ₁

27b. Kim najczęściej była ta osoba? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

27c. W ciągu ostatnich 6 miesięcy z kim jeszcze używałaś wspólnych filtrów, tyłek, garnków lub wody, o kim wiedziałaś, że miał żółtaczkę typu C? (pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz odpowiedź w każdym przypadku).

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

TERAZ CHCIAŁABYM ZADAĆ CI KILKA PYTAŃ O WSPÓLNE UŻYWANIE NARKOTYKÓW

28a. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy...

	Nie	Tak
i) używałaś narkotyków wspólnie z kimś innym przed przygotowaniem tzn. dzieląc narkotyk jeszcze w proszku?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii) używałaś narkotyków wspólnie z kimś innym po przygotowaniu ich, tzn. po dodaniu wody i zrobieniu roztworu?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
Jeśli obie odpowiedzi NIE, przejdź do 29a		

28b. Z kim najczęściej używałaś narkotyku już po jego przygotowaniu? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

28c. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, używałaś narkotyku z jakąś inną osobą/osobami już po jego przygotowaniu? (pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz odpowiedź przy każdym pytaniu).

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

28d. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, kiedy używałaś wspólnie narkotyków z kimś innym, mogłaś.... (przeczytaj wszystkie stwierdzenia i przy każdym zaznacz odpowiedź).

	Zawsze, w każdym przypadku	W większości przypadków	W połowie przypadków	W niektórych przypadkach	Rzadko	Nigdy
a. mieć inicjatywę w przygotowaniu narkotyku	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b. odmówić wstrzykiwania/wzięcia narkotyku, ponieważ przypuszczałaś, że nie był przygotowany bezpiecznie	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c. upewnić się, że przygotowanie narkotyku do wstrzyknięcia i samo wstrzyknięcie są bezpieczne	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d. używać narkotyku bez poczucia, że musisz używać wspólnie sprzętu	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e. powiedzieć komuś z kim wstrzykiwałaś jak przygotować i wstrzyknąć narkotyk w bezpieczny sposób	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
f. powiedzieć czy masz, czy nie żółtaczkę typu C przed pożyczaniem od kogoś lub komuś sprzętu do iniekcji/wstrzykiwania	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
g. wspólnie używać sprzętu z osobami, które mają taką samą sytuację, jeśli chodzi o HIV i żółtaczkę typu C	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

29a. Ile razy, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, ktoś pomagał ci wstrzykiwać narkotyki? (przeczytaj głośno i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Nigdy	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nigdy, przejdź do 30
Raz	<input type="checkbox"/> ₁
2-10 razy	<input type="checkbox"/> ₂
Więcej niż 10 razy	<input type="checkbox"/> ₃

29b. Kim najczęściej była ta osoba? (Pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz JEDNĄ odpowiedź).

Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₂
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₃
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₄
Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₆
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₇

29c. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy ktoś jeszcze pomagał ci we wstrzykiwaniu narkotyku? (pokaż kartę odpowiedzi i zaznacz odpowiedź w każdym przypadku).

	TAK	NIE
Twój chłopak/dziewczyna, współmałżonek, stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Członek rodziny	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Znajomy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ktoś, kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Inny (kto?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

TERAZ ZADAM KILKA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH EWENTUALNYCH POBYTÓW W WIĘZIENIU LUB DOMU POPRAWCZYM OD CZASU KIEDY ZACZĘŁAŚ WSTRZYKIWAŁAĆ SOBIE NARKOTYKI

30. Ile razy byłeś w więzieniu lub domu poprawczym od czasu kiedy zaczęłaś wstrzykiwać narkotyki? *Wpisz liczbę razy*

Jeśli 0 razy, przejdź do 35

31. Czy kiedykolwiek wstrzykiwałaś narkotyki, kiedy byłeś w więzieniu lub domu poprawczym?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 35

32. Czy wstrzykiwałaś narkotyki w więzieniu lub domu poprawczym w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 35

33. Czy kiedykolwiek podczas pobytu w więzieniu/domu poprawczym wstrzyknęłaś narkotyków przy użyciu igieł/strzykawk, które były używane przez inne osoby?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Nie wiem	<input type="checkbox"/> ₃

34. Czy w więzieniu/domu poprawczym, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, używałaś igieł/strzykawk, które wcześniej były używane przez inne osoby?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Nie wiem	<input type="checkbox"/> ₃

A TERAZ CHCIAŁAM ZADAĆ KILKA PYTAŃ NA TEMAT KORZYSTANIA Z PROGRAMU WYMIANY IGIEŁ/STRZYKAWEK

35. Czy kiedykolwiek korzystałaś z programu wymiany igieł/strzykawek?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, wpisz poniżej dlaczego
Powód:	
Teraz przejdź do pytania 38	

36. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, przeciętnie w tygodniu, czy dostawałaś z programu wymiany igieł/strzykawek następujące rzeczy: (Przeczytaj każde stwierdzenie i przy każdym zaznacz tak lub nie)

	Nie	Tak
a) Igiły/strzykawki	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
b) materiały do filtrowania	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
c) łyżki/naczynia do podgrzewania	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
d) Ampułki z wodą	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
e) Kwas cytrynowy i saszetki dezynfekujące	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
f) Waciki/gaziki	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
g) pojemniki na ostre przedmioty	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

37. Jaką część sprzętu do iniekcji, w ciągu ostatnich 6 miesięcy, dostawałaś z programu wymiany igieł/strzykawkę? **Przeczytaj i zaznacz odpowiedź przy każdym przypadku**

	Żadną	Mniej więcej jedna czwarta (1-25%)	Mniej więcej połowę (50%)	Między pół i trzy czwarte (50-75%)	Ponad trzy czwarte (75-100%)
a) Igły/strzykawki	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) materiały do filtrowania	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) łyżki/naczynia do podgrzewania	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Ampułki z wodą	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Kwas cytrynowy lub saszetki dezynfekujące	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Waciki/gaziki	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) pojemniki na ostre przedmioty	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

38. W ciągu ostatnich 6 miesięcy od kogo lub gdzie otrzymywałaś nowe igły/strzykawki? **(Przeczytaj każde stwierdzenie i przy każdym zaznacz odpowiedź).**

	Nie	Tak
a) na ulicy	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
b) w szpitalu	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
c) w poradni	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
d) program wymiany w aptece	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
e) w innych programach wymiany sprzętu (np. autobus, pracownicy uliczni)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
f) pokój iniekcyjny	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

g) przyjaciel/stały partner seksualny	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
h) bliski przyjaciel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
i) znajomy	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
j) ktoś kogo nie znasz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

TERAZ ZADAM KILKA PYTAŃ NA TEMAT ŻÓLTACZKI TYPU C/HCV

39. Czy miałaś kiedykolwiek robiony test na żółtaczkę typu C?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, opuść tę część kwestionariusza i przejdź do kwestionariusza dot. ryzykownych zachowań seksualnych
Nie wiem	<input type="checkbox"/> ₃ Jeśli nie wie, przejdź do kwestionariusza dot. ryzykownych zachowań seksualnych

40. W którym roku miałaś po raz ostatni test na żółtaczkę typu C?

				Wpisz rok, np. 2008
--	--	--	--	---------------------

41. Czy mogłabyś powiedzieć jaki był wynik ostatniego testu? (Proszę wybrać JEDNĄ odpowiedź)

Mam żółtaczkę typu C	<input type="checkbox"/> ₁
Nie mam żółtaczkę typu C	<input type="checkbox"/> ₀
Czekam na wyniki	<input type="checkbox"/> ₂
Nie dostałam wyników	<input type="checkbox"/> ₃
Odmawiam odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₄
Nie wiem	<input type="checkbox"/> ₅

TERAZ PRZEJDZIEMY DO KILKU PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH I PANI DOŚWIADCZEŃ W RELACJACH INTYMNYCH. PRZEZ TAKĄ RELACJĘ ROZUMIEMY ZAWIĄZEK Z MĘŻEM, PARTNEREM/PARTNERKĄ LUB PRZYJACIELEM/PRZYJACIÓŁKĄ TRWAJĄCY WIĘCEJ NIŻ 1 MIESIĄC.

1. Czy kiedykolwiek byłaś w takim związku od kiedy ukończyłaś 16 lat?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 1 na stronie 25 na temat wiedzy o żółtaczce typu C

2. Czy obecnie jesteś w takim związku?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 13

3. Czy twój obecny partner to mężczyzna czy kobieta?

Mężczyzna	<input type="checkbox"/> ₁
Kobieta	<input type="checkbox"/> ₀

4. Jak długo pozostajesz w aktualnym związku?

Mniej niż 1 miesiąc	<input type="checkbox"/> ₁
1-5 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₂
6 – 12miesiący	<input type="checkbox"/> ₃
13 – 24 miesiący	<input type="checkbox"/> ₄
25-36 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₅
37-60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₆
Ponad 60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₇

5. Czy twój aktualny partner?

	Tak	Nie	Nie wiem
i) miał kiedykolwiek problem z alkoholem?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
ii) kiedykolwiek używał narkotyków w zastrzykach?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
iii) był kiedykolwiek zakażony żółtaczka typu C?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃

6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś stosunek seksualny z aktualnym partnerem, partnerką/mężem/przyjacielem, przyjaciółką?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 8
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

7. Jak często w ostatnich 6 miesiącach stosowaliście ze swoim aktualnym partnerem prezerwatywy podczas stosunków dopochwowych?

Nigdy	Czasami	Połowę czasu	Większość czasu	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś stosunki seksualne z kimś innym, niż twój aktualny partner/partnerka

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 11
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, którakolwiek z tych osób płaciła Ci pieniędzmi, narkotykami, czy w innej formie za zachowania o charakterze erotycznym lub za stosunek płciowy?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

10. Jak często stosowaliście wtedy prezerwatywy?

Nigdy	Czasami	Połowę czasu	Większość czasu	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś stosunki analne?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do pytania 24
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> ₈ Przejdź do pytania 24
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃ Przejdź do pytania 24

12. Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy, stosowałaś prezerwatywy podczas stosunku analnego?

Nigdy	Czasami	Połowę czasu	Większość czasu	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

PO ZAKOŃCZENIU PYTANIA 12 PRZEJDŹ DO PYTANIA 24. PYTANIA 13-23 PRZEZNACZONE SĄ DLA RESPONDENTEK, KTÓRE NIE SĄ OBECNIE W ŻADNYM ZWIĄZKU.

13. Kiesy zakończył się Twój ostatni związek?

Mniej niż 1 miesiąc	<input type="checkbox"/> ₁
1-5 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₂
6 – 12miesiący	<input type="checkbox"/> ₃
13 – 24 miesiący	<input type="checkbox"/> ₄
25-36 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₅
37-60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₆
Ponad 60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₇

14. Jak długo trwał ten ostatni związek?

Mniej niż 1 miesiąc	<input type="checkbox"/> ₁
1-5 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₂
6 – 12miesiący	<input type="checkbox"/> ₃
13 – 24 miesiący	<input type="checkbox"/> ₄
25-36 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₅
37-60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₆
Ponad 60 miesięcy	<input type="checkbox"/> ₇

15. Czy Twoim ostatnim stałym partnerem był?

Mężczyzna	<input type="checkbox"/> ₁
Kobieta	<input type="checkbox"/> ₀

16. Czy Twój ostatni partner?

	Tak	Nie	Nie wiem
<u>i)</u> miał kiedykolwiek problemy z alkoholem?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
<u>ii)</u> kiedykolwiek używał narkotyków w zastrzykach?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
<u>iii)</u> był kiedykolwiek zakażony żółtaczką typu C?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
<u>iv)</u>			

17. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy ostatniego związku miałaś stosunek seksualny ze swoim partnerem, partnerką/mężem/przyjacielem, przyjaciółką?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 19
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

18. Jak często w ciągu ostatnich 6 miesięcy ostatniego związku stosowałaś prezerwatywy podczas stosunków dopochwowych ze swoim partnerem?

Nigdy	Parę razy	Połowa razów	Większość razów	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś stosunek z kimś innym niż stały partner?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 22
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, którakolwiek z tych osób płaciła Ci pieniędzmi, narkotykami, czy w innej formie za zachowania o charakterze erotycznym lub za stosunek płciowy??

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

21. Jak często stosowałaś prezerwatywy podczas stosunków dopochwowych z kimś innym niż stały partner?

Nigdy	Czasami	Połowę czasu	Większość czasu	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałaś stosunki analne?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Jeśli nie, przejdź do 24
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> ₈ Przejdź do 24
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃ Jeśli nie, przejdź do 24

23. Jak często używałaś prezerwatywy podczas stosunku analnego w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

Nigdy	Czasami	Połowę czasu	Większość czasu	Za każdym razem	Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

24. Jaką formę antykoncepcji stosujesz?

Żadnej	<input type="checkbox"/> ₀
Prezerwatywy	<input type="checkbox"/> ₁
Pigułka antykoncepcyjna	<input type="checkbox"/> ₂
Implant antykoncepcyjny	<input type="checkbox"/> ₃
Spirala/Wkładka domaciczna	<input type="checkbox"/> ₄
Partner jest po wazektomii	<input type="checkbox"/> ₅
Poddałam się sterylizacji	<input type="checkbox"/> ₆
Inne	<input type="checkbox"/> ₇

25. Czy kiedykolwiek obawiałaś się któregoś ze swoich partnerów?

Tak	<input type="checkbox"/> ₁
Nie	<input type="checkbox"/> ₀ Przeczytaj instrukcję w czerwonym druku przed przejściem do pytania 27
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃ Przeczytaj instrukcję w czerwonym druku przed przejściem do pytania 27

26. Czy obawiasz się swojego aktualnego lub obawiałaś ostatniego partnera (może być więcej niż 1 odpowiedź)

Tak, obawiam się	<input type="checkbox"/> ₁
Tak, obawiałam się	<input type="checkbox"/> ₂
Nie obawiam się ani aktualnego ani nie obawiałam ostatniego	<input type="checkbox"/> ₀
Odmowa odpowiedzi	<input type="checkbox"/> ₃

CHCIELIBYŚMY PROSIĆ PANIĄ O ODPOWIEDZI NA PYTANIA, CZY DOŚWIADCZAŁA PANI JEDNEJ Z SYTUACJI, KTÓRE WYMIENIONE SĄ NA PONIŻSZEJ LIŚCIE. JAK CZĘSTO ZDARZAŁY SIĘ PANI W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY. JEŚLI NIE BYŁA PANI W ZWIĄZKU W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH, PROSZĘ ODPOWIADAĆ W ODNIESIENIU DO OSTATNIEGO PARTNERA, KTÓREGO PANI MIAŁA

27.

Zdarzenia	Nigdy	Tylko raz	Parę razy	Raz w miesiącu	Raz na miesiąc	Codzie- nnie
1. powiedział, że nie jestem dość dobra	0	1	2	3	4	5
2. nie pozwalał mi skorzystać z pomocy lekarskiej	0	1	2	3	4	5
3. śledził mnie	0	1	2	3	4	5
4. próbował nastawić przeciwko mnie moją rodzinę, przyjaciół i dzieci	0	1	2	3	4	5
5. zamknął mnie w sypialni	0	1	2	3	4	5
6. uderzył mnie	0	1	2	3	4	5
7. zgwałcił mnie	0	1	2	3	4	5
8. powiedział, że jestem brzydka	0	1	2	3	4	5
9. próbował powstrzymać mnie od spotkań i rozmów z rodziną	0	1	2	3	4	5
10. rzucił mną	0	1	2	3	4	5
11. kręcił się w pobliżu mojego domu	0	1	2	3	4	5

Zdarzenia	Nigdy	Tylko raz	Parę razy	Raz w miesiącu	Raz na miesiąc	Codzie- nnie
12. oskarżał mnie, że przeze mnie zachowuje się agresywnie	0	1	2	3	4	5
13. nękał mnie telefonami	0	1	2	3	4	5
14. potrząsał mną	0	1	2	3	4	5
15. próbował mnie zgwałcić	0	1	2	3	4	5
16. nękał mnie w pracy	0	1	2	3	4	5
17. szarpał mnie i popychał	0	1	2	3	4	5
18. używał noża, pistoletu lub innej broni	0	1	2	3	4	5
19. był poirytowany kiedy kolacja lub prace domowe nie były według niego wykonane na czas	0	1	2	3	4	5
20. mówił mi, że jestem wariatką	0	1	2	3	4	5
21. mówił mi, że nikt mnie już nie będzie chciał	0	1	2	3	4	5
22. zabrał mi portfel/portmonetkę i zostawił bez grosza	0	1	2	3	4	5
23. uderzył lub usiłował mnie czymś uderzyć	0	1	2	3	4	5
24. nie chciał, żebym się zadawała z przyjaciółkami	0	1	2	3	4	5
25. wkładał mi różne przedmioty do pochwy	0	1	2	3	4	5
26. zabraniał mi podjęcia pracy poza domem	0	1	2	3	4	5
27. kopnął, ugryzł, walnął pięścią	0	1	2	3	4	5
28. próbował przekonać moich przyjaciół, rodzinę lub dzieci, że jestem wariatką	0	1	2	3	4	5
29. powiedział mi, że jestem głupia	0	1	2	3	4	5
30. pobił mnie	0	1	2	3	4	5

TERAZ ZADAM CI KILKA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH PRZENOSZENIA ŻÓŁTACZKI TYPU C/HCV.

1. Jak mogłabyś ocenić swoją wiedzę na temat tego jak się przenosi żółtaczkę typu C?

₀ słaba ₁ dostateczna ₂ dobra ₃ doskonała

OKREŚL PROSZĘ CZY PONIŻSZE STWIERDZENIA DOTYCZĄCE MOŻLIWYCH DRÓG ZAKAŻENIA ŻÓŁTACZKĄ TYPU C SĄ PRAWDZIWE CZY FAŁSZYWE. JEŚLI NIE JEST JESTEŚ PEWNA ZAZNACZ – NIE WIEM

		<u>PRAWDZIWE</u>	<u>FALSZYWE</u>	<u>NIE WIEM</u>
2.	Ludzie z żółtaczką typu C mogą bezpiecznie wspólnie z innymi używać szczoteczki do zębów i przyborów do golenia.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3.	Dostępna jest szczepionka, która chroni przed zarażeniem żółtaczką typu C	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4.	Żółtaczką typu C może być przenoszona przez kaszel i kichanie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5.	Żółtaczką typu C może być przenoszona przez używanie wspólnych kubków, talerzy, czy sztućców.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6.	Jeśli ktoś całkowicie wyleczy się z żółtaczki typu C nie może zarazić się ponownie.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7.	Podczas zabiegu tatuowania i przekłuwania części ciała może dojść do zarażenia żółtaczką typu C	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
8.	Żółtaczką typu C może być przenoszona przez obejmowanie się, uścisk dłoni, trzymanie się za ręce.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9.	Można zarazić się więcej niż jednym rodzajem żółtaczki typu C	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
10.	Żółtaczką typu C przenosi się przez krew.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
11.	Jednorazowy kontakt z wirusem żółtaczki typu C nie prowadzi do zarażenia – ludzie zwykle zarażają się jeśli są narażeni na wielokrotny kontakt z wirusem	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

		<u>PRAWDZIWE</u>	<u>FALSZYWE</u>	<u>NIE WIEM</u>
12.	Już bardzo niewielka ilość krwi (tak niewielka, że nie może być widoczna gołym okiem) wystarczy, by zarażać	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
13.	Żółtaczką typu C mogą zarazić się tylko ci, którzy już mają HIV.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14.	Żółtaczką typu C można się zarazić poprzez zranienie igłą .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
15.	Wirusem żółtaczki typu C można zarazić się przez deskę w toalecie.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez komary i inne owady.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17.	Można zarazić się żółtaczką typu C oddając krew.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18.	Istnieje duże ryzyko zarażenia się żółtaczką typu C poprzez kontakt ze śliną, łzami, potem lub moczem osoby zarażonej.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez jedzenie.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez powietrze w zamkniętych pomieszczeniach (np. w zatłoczonych autobusach, windach).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21.	Ludzie, którzy zdrowo wyglądają i czują się zdrowo oraz nie mają wyraźnych symptomów żółtaczki typu C (np. żółtawa skóra) nie mogą zarażać.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22.	Istnieje pewne ryzyko, że można zarazić się żółtaczką typu C przez wspólne wciąganie kokainy, wspólną rurką, zrolowanymi banknotami, itd.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
23.	Używając nowych (tzn. nigdy wcześniej nieużywanych) igieł, strzykawek i sprzętu, ogranicza się ryzyko zakażenia żółtaczką typu C.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
24.	Kiedy ludzie używają wspólnych igieł mogą łatwiej zarazić się HIV niż żółtaczką typu C.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25.	Żółtaczka typu C może być przeniesiona kiedy konsumenci narkotyków używają tej samej wody	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀

		<u>PRAWDZIWE</u>	<u>FALSZYWE</u>	<u>NIE WIEM</u>
	do płukania sprzętu.			
26.	Płukanie igieł w wybielaczu jest bezpiecznym sposobem zapobiegania zakażeniu żółtaczką typu C wśród osób używających narkotyki w zastrzykach .	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27.	Można zarazić się żółtaczką typu C używając wielokrotnie własnego sprzętu, którego poza tobą przedtem nikt nie używał.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28.	Można zarazić się żółtaczką typu C używając wspólnie materiałów do filtrowania.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
29.	Używanie wspólnych opasek uciskowych jest bezpieczne.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
30.	Używanie wspólnych łyżek do przygotowania narkotyku do wstrzyknięcia jest bezpieczne.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
31.	Oplukanie bieżącą wodą sprzętu do iniekcji niszczy wirusa żółtaczki typu C i pozwala na ponowne, bezpieczne używanie go przez innych.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
32.	Oplukanie wrzącą wodą sprzętu do iniekcji niszczy wirusa żółtaczki typu C i pozwala na ponowne, bezpieczne używanie go przez innych.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
33.	Wspólne używanie sprzętu z innymi jest bezpieczne w przypadku osób, które dobrze znasz.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
34.	Waciki zastosowane przy wciąganiu narkotyku do strzykawki odfiltrują wirusa żółtaczki typu C.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
35.	Istnieje niebezpieczeństwo złapania wirusa żółtaczki typu C poprzez używanie wspólnych igieł, które nie były używane ponad miesiąc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
36.	Oczyszczenie igły a nie strzykawki doprowadzi do pozbycia się wirusa żółtaczki typu C.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
37.	Mycie rąk przed i po iniekcji pomaga zapobiec ryzyku przeniesienia żółtaczki typu C.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

		<u>PRAWDZIWE</u>	<u>FALSZYWE</u>	<u>NIE WIEM</u>
38.	Można zarazić się żółtaczką typu C wstrzykując narkotyki nawet jeśli nigdy nie używało się wspólnego sprzętu.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
39.	Żółtaczka typu C może być przeniesiona przez zlizywanie, wysysanie pozostałości narkotyku ze wspólnego sprzętu (np. z filtrów, pojemników, przepychaczy) w celu uzyskania narkotyku do jeszcze jednego wstrzyknięcia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
40.	Żółtaczka typu C może rozprzestrzenić się poprzez wspólne używanie wody do przygotowania narkotyku w zastrzykach.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
41.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez wspólne używanie fajek do palenia narkotyku.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
42.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez przelewanie roztworu narkotyku z jednej strzykawki do drugiej przy pomocy igły.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
43.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez wstrzykiwanie narkotyku z jednej strzykawki do tylnej części innej otwartej strzykawki.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
44.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez przecieranie miejsca wstrzyknięcia przez waciki, chusteczki, gaziki, używane przez inną osobę.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
45.	Żółtaczka typu C może być przenoszona przez dotykanie miejsca wstrzyknięcia (np. żeby wyczuć żyłę, przetrzeć lub zatrzymać krwawienie).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
46.	Dzieci urodzone przez kobiety zakażone żółtaczką typu C mogą być też nią zarażone podczas porodu.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
47.	Żółtaczką typu C można zarazić się podczas stosunku seksualnego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
48.	Karmienie dziecka piersią przez matkę nosicielkę żółtaczki typu C obciążone jest ryzykiem przekazania wirusa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
49.	Można zarazić się żółtaczką typu C przez głębokie pocałunki, wkładając język do ust	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

		<u>PRAWDZIWE</u>	<u>FALSZYWE</u>	<u>NIE WIEM</u>
	partnera, jeśli partner ma żółtaczkę typu C.			
50.	Kobiety nie mogą zarazić się żółtaczką typu C, jeśli mają stosunek seksualny podczas menstruacji.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
51.	Można zarazić się żółtaczką typu C poprzez niezabezpieczony stosunek oralny.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
52.	Stosowanie prezerwatywy zmniejsza ryzyko zakażenia żółtaczką typu C przez stosunek seksualny.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
53.	Wspólne używanie gadżetów erotycznych zwiększa ryzyko zakażenia żółtaczką typu C.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
54.	Seks analny zwiększa ryzyko zakażenia żółtaczką typu C.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀

DZIĘKUJĘ BARDZO. NA KONIEC CHCIAŁABYM ZADAĆ KILKA PYTAŃ NA TEMAT DEPRESJI, LĘKU I STRESU.

Teraz ankieter powinien zacząć wywiad DDSI w wersji komputerowej lub na papierze.

Pytania zostały włączone za zgodą:

Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, Godfrey C, John C, Corrin B, Tibbs C, Oyefeso A, de Ruiter M, Ghodse H. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J.* 2008 Jul 31;5:25.

Balfour L, Kowal J, Corace KM, Tasca GA, Krysanski V, Cooper CL, Garber G. Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. *Scand J Caring Sci.* 2009 Dec;23(4):801-8. Epub 2009 Jun 5.

Carey MP, Morrison-Beedy D, Johnson BT. The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and Evaluation of a Reliable, Valid, and Practical Self-Administered Questionnaire. *Aids and Behavior* 1997;1(1):61-74.

Carey MP, Schroder KE. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Educ Prev.* 2002 Apr;14(2):172-82.

Cox J, De P, Morissette C, Tremblay C, Stephenson R, Allard R, Graves L, Roy E. Low perceived benefits and self-efficacy are associated with hepatitis C virus (HCV) infection-related risk among injection drug users. *Social Science & Medicine* 2008 66: 211-220

Evans M, Hokanson PS, Augsburger J, Sayre SL, Stotts, AL, Schmitz JM. Increasing Knowledge of HIV and Hepatitis C During Substance Abuse Treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment:* 2005 4(2):71-76.

Evans M, Stotts AL, Graham SRN, Schmitz, J, Grabowski, J. Hepatitis C Knowledge Assessment and Counseling Within the Context of Substance Abuse Treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2004 3(1):18-26.

Frazer K, Glacken M, Coughlan B, Staines A, Daly L. Hepatitis C virus infection in primary care: survey of registered nurses' knowledge and access to information. *J Adv Nurs*. 2011 Feb;67(2):327-39. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05489.x.

Hagedorn H, Leighton T, Heim L. Assessment of a hepatitis educational group for veterans with substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Jan;36(1):57-60.

Ingrand I, Verneau A, Silvain C, Beauchant M; Poitou-Charentes Hepatitis C Network. Prevention of viral hepatitis C: assessment of a comic strip-based information campaign targeting adolescents. *Eur J Public Health*. 2004 Jun;14(2):147-50.

O'Brien S, Day C, Black E, Dolan K. Injecting drug users' understanding of hepatitis C. *Addict Behav*. 2008 Dec;33(12):1602-5. Epub 2008 Jul 22.

Richmond JA, Dunning TL, Desmond PV. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. *J Viral Hepat*. 2007 Sep;14(9):624-32.

Smyth BP, McMahon J, O'Connor JJ, Ryan J. Knowledge regarding Hepatitis C among injecting drug users, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1999;6(2):257- 264.

Stein MD, Herman DS, Anderson BJ. A trial to reduce hepatitis C seroincidence in drug users. *J Addict Dis*. 2009 Oct;28(4):389-98.

Stein MD, Maksad J, Clarke J. Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2001 Feb 1;61(3):211-5.

Stoové MA, Fry CL, Lintzeris N. Quantifying hepatitis C transmission risk using a new weighted scoring system for the Blood-Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBV-TRAQ): applications for community-based HCV surveillance, education and prevention. *Harm Reduct J*. 2008 Apr 23;5:12.

Strauss SM, Astone-Twerell J, Munoz-Plaza CE, Des Jarlais DC, Gwadz M, Hagan H, Osborne A, Rosenblum A. Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services. *BMC Health Serv Res*. 2007 Mar 8;7:39.

Strauss SM, Astone-Twerell JM, Munoz-Plaza C, Des Jarlais DC, Gwadz M, Hagan H, Osborne A, Rosenblum A. Hepatitis C knowledge among staff in U.S. drug treatment programs. *J Drug Educ*. 2006;36(2):141-58.

Treloar C, Abelson J. Information exchange among injecting drug users: a role for an expanded peer education workforce. *International Journal of Drug Policy* 2005;16:46-53.

University of the West of Scotland, Health Protection Scotland and West of Scotland Specialist Virology Centre. The Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI): Prevalence of HCV and injecting risk behaviours among injecting drug users attending needle exchanges in Scotland, 2008/09. University of the West of Scotland, April 2010.

Wytyczne do przeprowadzenia wywiadu jakościowego

Wiedza na temat ryzyka zakażenia

- Skąd czerpie lub czerpała Pani informacje na temat żółtaczki typu C i tego w jaki sposób można się nią zakażyć (pogłębić w kontekście relacji z partnerem, przyjacielem, kontaktów ze służbą zdrowia)
- W jaki sposób oceniała Pani wiarygodność tych informacji?
- Co Pani robi by być na bieżąco jeśli chodzi o wiedzę na temat żółtaczki typu C?
- Czy jest Pani zakażona wirusem żółtaczki typu C?

(dalsze pytania różnią się w zależności od odpowiedzi na to pytanie!!!)

Pytania dla kobiet, które są zakażone wirusem HCV

- Czy wie Pani w jaki sposób zaraziła się Pani wirusem żółtaczki typu C (od kogo? czy Pani partner/przyjaciel jest zakażony?)
 - o Kiedy to się stało?
 - o Czy Pani wiedziała coś na temat HCV? Co Pani wiedziała?
- Od kiedy Pani pierwszy raz dowiedziała się o wirusie żółtaczki typu C, czy zmieniła Pani w jakikolwiek sposób swoje zachowania (pogłębić temat praktyk iniekcyjnych i kontaktów seksualnych)
 - o Co Pani zmieniła? -
 - o Dlaczego? -

Pytania dla kobiet, które nie są zakażone wirusem HCV

Jak Pani myśli jak Pani udało się uniknąć zakażenia wirusem żółtaczki typu C (pogłębić kwestię statusu HCV partnera/przyjaciela)

- Od kiedy Pani pierwszy raz dowiedziała się o wirusie żółtaczki typu C, czy zmieniła Pani w jakikolwiek sposób swoje zachowania (pogłębić temat praktyk iniekcyjnych i kontaktów seksualnych)
 - o Co Pani zmieniła? -
 - o Dlaczego? -

Ryzyko związane z iniekcją

Czy może Pani opowiedzieć mi o typowym scenariuszu, według którego dokonuje Pani iniekcji (pogłębić temat zachowań nietypowych)

- Proszę opowiedzieć o poszczególnych fazach iniekcji, zwracając uwagę na zachowania służące uniknięciu zakażenia wirusem żółtaczki typu C
 - o przygotowanie narkotyku -
 - o podanie narkotyku -
 - o po iniekcji – włączając potencjalne czyszczenie i pozbycie się sprzętu
- Proszę opowiedzieć z kim dokonuje Pani iniekcji - w parze, grupie, oraz w jaki sposób osoby dzielą się sprzętem do iniekcji i jakie to niesie ze sobą ryzyko. *Ważne jest tu ustalenie definicji "dzielenia się", gdyż np. używanie wspólnego sprzętu z partnerem seksualnym często nie jest postrzegane jako dzielenie się*
- Proszę opowiedzieć o początkach używania dożylnego (ryzyko zakażenia żółtaczką typu C w ciągu kilku pierwszych lat jest największe)
- Proszę wyjaśnić wszelkie zagadnienia związane z dominacją w związku, szczególnie w kontekście płci. Jaki ma to związek z zachowaniami iniekcyjnymi? Jak podejmowana jest decyzja kto będzie przygotowywał narkotyk do iniekcji/ w jakiej kolejności ludzie będą dokonywali iniekcji?
 - o HCV status
 - o Doświadczenie w dokonywaniu iniekcji
 - o Partner seksualny/płeć
 - o Zaufanie i intymność, poważanie i/lub kontrola
- Proszę opowiedzieć gdzie dokonywane są iniekcje. *Iniekcje dokonywane publicznie są postrzegane jako bardziej ryzykowne dlatego wyjaśnij kontekst i dostępność sterylnego sprzętu do iniekcji*
- Proszę powiedzieć jaka jest dostępność czystych igieł i strzykawek, oraz innego sterylnego sprzętu potrzebnego do dokonania iniekcji
- Czy zdarzają się takie sytuacje kiedy prawdopodobieństwo użycia wspólnego sprzętu do przygotowania lub iniekcji narkotyku jest większe (poruszyć kwestię negatywnego nastroju i przemocy doświadczanej w związku)

Ryzyko seksualne

- W jaki sposób podejmuje Pani decyzję, czy stosować antykoncepcję z partnerem seksualnym? (pogłębić kwestię rodzaju antykoncepcji, czy to się zmienia w trakcie trwania związku, np. decyduje o tym kwestia zaufania do partnera)
 - o Kto negocjuje używanie bądź nie antykoncepcji
 - o Czy partner jest nosicielem HIV lub żółtaczki typu C
- Czy używanie bądź nie prezerwatywy jest uzależnione od rodzaju stosunku seksualnego?
- Czy są takie sytuacje kiedy jest Pani bardziej lub mniej skłonna by używać prezerwatyw podczas stosunku? (poruszyć kwestię negatywnego nastroju i przemocy doświadczanej w związku)

Uczestnictwo partnera

W ramach tego projektu opracujemy i przetestujemy interwencję kierowaną do kobiet, które używają narkotyków w iniekcjach w celu ograniczenia ryzyka zakażenia żółtaczką typu C związanego z zachowaniami iniekcyjnymi i seksualnymi

- Czy uważa Pani, że to dobry pomysł?
- Czy chciałaby Pani uczestniczyć w takiej interwencji?
- Czy wolałaby Pani, by interwencja odbywała się w grupie, czy raczej indywidualnie?
 - o Dlaczego?
- Czy uważa Pani, że partner kobiety powinien uczestniczyć w takiej interwencji?
 - o Dlaczego?