

Celina Godwod-Sikorska

# Socjomedyczna charakterystyka pacjentów leczonych metadonem w Instytucie Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Pacjenci po przyjęciu na oddział detoksykacyjny do leczenia metadonem zostali zbadani przy pomocy specjalnie przygotowanego kwestionariusza. Celem badania było zebranie szczegółowych informacji dotyczących stanu zdrowia, rozwoju i przebiegu uzależnienia, modelu i rodzaju używanych środków odurzających, dotychczasowego leczenia odwykowego, wiedzy na temat HIV oraz rozpowszechnienia zachowań powodujących ryzyko zakażenia HIV.

Niniejsze badania dotyczą 115 osób, które zakończyły leczenie odtruwające i przeszły do programu ambulatoryjnego. Wywiady przeprowadzało 2 lekarzy i 1 psycholog. Pacjenci po uprzednim poinformowaniu, że badania służą wyłącznie do opracowań naukowych zbiorczych i w związku z tym są anonimowe, chętnie odpowiadali na pytania i jak się wydaje szczerze. Wywiady przeprowadzano zwykle po kilku dniach pobytu, gdyż wcześniej ze względu na trudności w koncentracji uwagi i łatwą męczliwość, pacjenci mieli trudności w odtwarzaniu faktów pod względem umieszczania ich w czasie.

Kwestionariusz został opracowany na podstawie podobnych kwestionariuszy używanych do tego typu badań za granicą i przystosowany do specyfiki warunków polskich.

## 1. Dane społeczno-demograficzne

Wśród poddanych leczeniu było 75,7% (n = 87) mężczyzn i 24,3% (n = 28) kobiet. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 30-39 lat (tabela nr 1).

Tabela nr 1.  
Pacjenci według grup wieku i płci

Wiek	Ogółem		M		K	
	l.b.	%	l.b.	%	l.b.	%
22 - 24	9	7.8	3	3.4	6	21.4
25 - 29	27	23.5	16	18.4	11	39.3
30-39	75	65.2	64	73.6	11	39.3
40-43	4	3.5	4	4.6	-	-
Ogółem	115	100	87	100	28	100

Średnia wieku badanych wynosiła 32,6. Kobiety były nieco młodsze od mężczyzn.

Średnia wieku uzależnionych od opiatów leczonych w kraju w 1991 r. wynosiła 27,3 lat.

Badani byli starsi od populacji generalnej „opiatowców”. Pacjenci byli mieszkańcami Warszawy, najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze Śródmieścia i Mokotowa.

Badani mieszkali najczęściej we własnych mieszkaniach (38,3%) lub u rodziców (40,9%), nieliczni u przyjaciół i znajomych. Tylko 11,3% osób wynajmowało mieszkania (vide tab. nr 2).

Tabela nr 2.  
Pacjenci według miejsca zamieszkania w ciągu ostatnich 6 miesięcy<sup>x)</sup>

Miejsce zamieszkania	l.b.	%
we własnym mieszkaniu	44	38,3
w wynajętym mieszkaniu	13	11,3
u rodziców	47	40,9
u przyjaciół, znajomych	9	7,8
bez stałego miejsca zamieszkania	3	2,7
inne (dom noclegowy, hostel, internat)	5	4,3

<sup>x)</sup> Procenty nie sumują się do 100, gdyż część badanych w okresie 6 mies. zmieniła miejsce zamieszkania

Pod względem wykształcenia grupa badana była bardzo zróżnicowana.

Tabela nr 3.  
Pacjenci według wykształcenia

Wykształcenie	l.b.	%
bez wykształcenia, podstawowe nieukończone	1	0,9
podstawowe ukończone	33	28,7
zasadnicze zawodowe	16	13,9
średnie ogólne i zawodowe	48	41,7
pomaturalne lub wyższe nieukończone	15	13,0
wyższe	2	1,7
Razem	115	100

Najliczniej występowały osoby z podstawowym i średnim wykształceniem. Absolwenci szkół zasadniczych zawodowych stanowili trzecią co do wielkości podgrupę. Tylko 1,7% miało wyższe wykształcenie. W populacji ogólnopolskiej wśród uzależnionych od opiatów dominowało wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe.

Mimo, że badani byli w wieku produkcyjnym, tylko 19,4% osób miało stałą pracę, a 22,6% osób pracowało dorywczo. Najczęstszym źródłem utrzymania była pomoc ze strony rodziców (59,1%) oraz nielegalna produkcja i dystrybucja środków odurzających (odpowiednio 37,4% i 40,9%). Zwraca uwagę wysoki udział rencistów (ponad 17%), w wieku do 43 r.ż. Przeciętnie 1 osoba czerpała dochody z więcej niż jednego źródła (średnio 2,3/osobę) – tabela nr 4.

Tabela nr 4.  
Pacjenci według źródła utrzymania (w ciągu ostatnich 6 miesięcy)<sup>x)</sup>

Źródło utrzymania	l.b.	% N=115
stałe zatrudnienie w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin	10	8,7
samodzielna działalność gospodarcza	10	8,7
praca dorywcza	26	22,6
zasiłek dla bezrobotnych	2	1,7
renta	20	17,4
zasiłek z pomocy społecznej	19	16,5
pomoc od rodziców	68	59,1
pomoc od partnera, współmałżonka	20	17,4
pomoc przyjaciół, znajomych	8	7,0
handel środkami odurzającymi	47	40,9
produkcja środków odurzających	43	37,4
inne nielegalne dochody, np. kradzieże, włamania	6	5,2
inne, np. handel na bazarach, żebractwo	10	8,7

<sup>x)</sup> liczby nie sumują się do 115, gdyż niektórzy mieli więcej niż jedno źródło dochodu

W świetle powyższych danych interesujące są odpowiedzi części pacjentów na pytania dotyczące przeciętnych dochodów miesięcznych w ciągu ostatniego półrocza przed leczeniem. Trudno jest ocenić, czy odpowiedzi te odzwierciedlają rzeczywistość (vide tabela nr 5).

Należy jednak pamiętać, że mamy do czynienia z osobami od wielu lat nadużywającymi opiaty, mającymi wysoką tolerancję na te środki, a więc używającymi znaczne ich ilości, co oczywiście jest bardzo kosztowne.

Tabela nr 5.  
Przeciętny dochód miesięczny pacjentów w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Granica dochodu	Osoby	
	l.b.	%
do 1,5 mln zł	40	34,8
powyżej 1,5 mln do 3,0 mln zł	31	27,0
powyżej 3,0 mln do 6,0 mln zł	18	15,6
powyżej 6,0 mln do 9,0 mln zł	5	4,3
powyżej 9,0 mln do 15,0 mln zł	7	6,1
powyżej 15,0 mln do 21,0 mln zł	3	2,6
nie ma dochodów, trudno powiedzieć	11	9,6
	115	100,0

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, których dochody nie przekraczały 3 mln. Dotyczyło to 61,8% pacjentów. Blisko 20% badanych miało dochody powyżej 3 mln – 6 mln zł. Natomiast ponad 8%, to osoby przyznające się do dochodów powyżej 9 mln miesięcznie. Należy przypuszczać, że informacje te zawierają pewien element blefu, ale również pewien element prawdy, o czym świadczyłyby następujące fakty. Zdarzało się, że do oddziałów detoksykacyjnych zgłaszali się pacjenci posiadający przy sobie znaczne sumy pieniędzy, które na czas pobytu w oddziale oddawali do depozytu szpitalnego. Przytoczone dane mogą świadczyć również i o tym, że mimo znacznego zaawansowania nałogu wielu pacjentów, to osoby bardzo aktywne i zaradne życiowo, ale w swojej działalności ukierunkowane patologicznie.

Wielu z nich było karanych więzieniem za przestępstwa związane z narkomanią.

Uzyskane pieniądze w przeważającej większości wydawane były na środki odurzające, „bycie narkomanem jest kosztowne”, wskazują na to odpowiedzi pacjentów na pytania o codzienne koszty przyjmowania środków odurzających (vide tabela nr 6).

Tabela nr 6.  
Przeciętne wydatki codzienne na środki odurzające  
w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Wielkość kwot w tys.zł/dziennie	Osoby	
	I.b.	%
do 100 tys.zł	71	61,7
powyżej 100 tys.zł do 200 tys. zł	20	17,4
powyżej 200 tys.zł do 300 tys. zł	11	9,6
powyżej 300 tys.zł do 600 tys. zł	4	3,5
brak danych (nie wie, trudno powiedzieć)	9	7,8
	115	100,0

Wymienione powyżej sumy znacznie przekraczają podawane przez pacjentów dochody, co oznaczałoby, że pacjenci częściej niż o tym mówią – zdobywają pieniądze nielegalnie. Porównując koszty codziennych dawek opiatów (kompotu) w Polsce i koszty heroiny w krajach zachodnich, należy sądzić, że środki odurzające są i tak u nas tańsze. Na przykład codzienna dawka heroiny, używana przez narkomana w Londynie kosztuje 120 do 150 funtów, w USA narkoman potrzebuje na to 200 do 250 dolarów dziennie.

Uzależnieni potrzebują pieniędzy nie tylko na własne utrzymanie i środki odurzające, ale również na utrzymanie rodziny. Piętnaście osób założyło rodziny, a 9 osób żyje w nieformalnych związkach ze stałym partnerem seksualnym. Spośród 58 (50,4%) osób posiadających 68 dzieci (część pacjentów była przyjmowana ze swoimi partnerami narkomanami), tylko 22 dzieci mieszka z obojgiem lub z jednym z rodziców, pozostałe są pod opieką dalszej rodziny lub w domach dziecka.

Stan cywilny badanych jest następujący:

Tabela nr 7.  
Pacjenci według stanu cywilnego

Stan cywilny	Pacjenci	
	l.b.	%
kawaler/panna	53	46,0
żonaty/zamężna	37	32,2
wdowiec/wdowa	1	0,9
rozwiedziony/rozwiedziona	24	20,9
	115	100,0

Zwraca uwagę wysoki wskaźnik rozwodów, kilkakrotnie wyższy w porównaniu z ogólną populacją Polski (wskaźnik rozwodów w Polsce nie przekracza 4,5%).

Z ponad 67 osób posiadających stałego partnera seksualnego (co najmniej od 2 miesięcy) 52 osoby miały partnerów również narkomanów.

## 2. Stan zdrowia badanych i korzystanie z opieki medycznej

Wieloletnie nadużywanie środków odurzających, zwłaszcza drogą dożylną, prowadzi do powstania różnych schorzeń i problemów zdrowotnych. Badani również ich nie uniknęli.

Tabela nr 8.  
Problemy zdrowotne pacjentów w okresie ostatnich 6 miesięcy przed leczeniem

Choroby	pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
ropnie po zastrzykach	22	19,1
inne choroby skóry	17	14,8
zapalenie płuc, bronchit	11	9,6
zapalenie wątroby	4	3,5
stany gorączkowe dłuższe niż 3 dni o nieznannej etiologii	13	11,3
infekcje dróg moczowych	8	7,0
choroby weneryczne	6	5,2
schorzenia żołądkowo-jelitowe	24	20,9
utrata przytomności, drgawki	15	13,0
inne: schorzenia układu krążenia, kamica nerkowa, cukrzyca, wyniszczenie, anemia, choroby kobiece, gruźlica	21	18,3

<sup>x)</sup> Dane w % nie sumują się do 100,0% ponieważ na niektórych pacjentów przypada więcej niż jedno schorzenie

Badani najczęściej zapadali na schorzenia infekcyjne, których powodem było niewątpliwie stosowanie dożylnych środków odurzających przy pomocy niesterylnego sprzętu.

Ogólne wyniszczenie i zmniejszona odporność organizmu były następstwem nie tylko nałogu, ale u wielu również zakażenia HIV. Wśród badanych były 43 (37,4%) osoby z dodatnim HIV, u których do zakażenia doszło w okresie od 1988 do 1992 roku.

W związku z dolegliwościami pacjenci zgłaszali się wielokrotnie do różnych placówek leczniczych, przy czym najczęściej szukali pomocy w placówkach specjalistycznych dla narkomanów (vide tabela nr 9).

Tabela nr 9.  
Korzystanie z pomocy lekarskiej w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Rodzaj placówki	pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
lekarz w placówce specjalistycznej dla narkomanów	72	62,6
lekarz w placówce specjalistycznej dla AIDS	20	17,4
lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (rejon)	24	20,9
lekarz w szpitalu ogólnym lub innej specjalności	14	12,2
u innych lekarzy	19	16,5

<sup>x)</sup> Dane nie sumują się do 115, ponieważ niektórzy pacjenci korzystali z pomocy więcej niż jednego lekarza

W warunkach szpitalnych w tym czasie leczyły się 43 osoby (37,4%), w tym 8 osób więcej niż jeden raz.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które podjęły leczenie detoksykacyjne, 17 osób wymagało interwencji szpitalnej w związku z ciężkimi infekcjami, 6 z powodu przedawkowania środków odurzających.

Jak wynika z powyższego, wielu pacjentów, oprócz leczenia odwykowego, wymaga również innych form terapii ze względu na schorzenia towarzyszące, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak ambulatoryjnych. To ostatnie stwarza pewne trudności.

Dotychczas leczenie narkomanii jest bezpłatne, niezależnie od ubezpieczenia (ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 r.). Leczenie w placówkach innych niż specjalistycznych dla narkomanów jest bezpłatne tylko dla osób ubezpieczonych z tytułu pracy lub renty lub w okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych (to samo dotyczy częściowej odpłatności za leki). Tymczasem wśród badanych uprawnienia takie miało zaledwie 1/3 osób, pozostałe osoby nie były ubezpieczone, a więc nie miały prawa do bezpłatnego leczenia.

W efekcie niektórzy pacjenci (poza ostrymi stanami) z braku ubezpieczenia i pieniędzy na leczenie korzystają tylko z pomocy medycznej placówek specjalistycznych dla narkomanów. Dochodziło do paradoksalnej sytuacji, gdy pacjent ośrodka leczenia dla narkomanów został skierowany na niezbędny zabieg do innego rodzaju placówki, wtedy ta ostatnia obciążała kosztami leczenia placówkę, która skierowała chorego na leczenie. Oczywiście jest możliwość pokrycia kosztów leczenia z funduszy pomocy społecznej, ale

wymaga to dopełnienia szeregu formalności, których narkoman zwykle nie załatwia, gdy jest w trakcie używania środków odurzających.

### 3. Nadużywanie środków odurzających i leczenie

Pacjenci rozpoczęli używanie środków odurzających w celach niemedycznych w wieku 14-16 lat. Większość zaczynała od opiatów produkowanych domowym sposobem ze słomy makowej. Niektórzy początkowo przyjmowali je doustnie („zupa”), potem przechodzili do stosowania w iniekcjach („kompot”), większość jednak zaczynała od iniekcji.

Nieliczni tylko początkowo odurzali się środkami wziewnymi i lekami uspokajającymi (relanium, reladorm), szybko jednak sięgali po opiaty, które w krótkim czasie stawały się ich podstawowym środkiem odurzającym. Aktualnie mamy do czynienia z przewlekłe uzależnionymi od opiatów, które używają od wielu lat w zastrzykach (vide tabela nr 10).

Tabela nr 10.  
Czas nadużywania środków odurzających w zastrzykach  
(opiaty i inne środki)

Lata	Pacjenci	
	l.b.	%
4-5 lat	4	3,4
6-9 lat	16	13,9
10-14 lat	34	29,6
15-19 lat	31	27,0
20-24 lata	30	26,1
Razem	115	100,0

Przed podjęciem aktualnego leczenia wszyscy do ostatniego dnia przyjmowali opiaty drogą dożylną. Oprócz opiatów, większość z nich używała również innych środków. Tylko 17 osób (14,7%) poza opiatami nie stosowała innych substancji odurzających.

Część pacjentów była uzależniona również od innych środków, były to głównie leki z grupy uspokajających i nasennych oraz amfetamina. Poniżej przedstawiono dane dotyczące rodzajów i dróg przyjmowania środków przez pacjentów w okresie 6 miesięcy przed podjęciem leczenia metadonem.

Tabela nr 11.  
Środki odurzające używane w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed aktualnym leczeniem<sup>x)</sup>

Rodzaje używanych środków	w tym:			
	ogółem <sup>x)</sup>		w iniekcjach <sup>x)</sup>	
	l.b.	%	l.b.	%
alkohol	47	40,9	-	-
marihuana	32	27,8	-	-
leki uspokajające	96	83,5	66	57,4

Rodzaje używanych środków	w tym:			
	ogółem <sup>x)</sup>		w iniekcjach <sup>x)</sup>	
	l.b.	%	l.b.	%
barbiturany	55	47,8	3	2,6
amfetaminy	67	58,3	65	56,5
halucynogeny	12	10,4	1	0,9
kompot	113	98,3	113	98,3
zupa	21	18,3	-	-
mleczko makowe	20	17,4	19	16,5
heroina	6	5,2	5	4,3
kodeina	11	9,6	-	-
inne opiaty	11	9,6	4	3,5
kokaina	7	6,1	4	3,5
crack	3	2,6	1	0,9
środki wziewne	1	0,9	-	-
inne środki	2	1,7	1	0,9

<sup>x)</sup> Procenty nie sumują się do 100, gdyż pacjenci używali więcej niż jeden środek odurzający

Najczęściej używanymi środkami oprócz opiatów były leki uspokajające, głównie relanium i reladorm oraz barbiturany – przeważnie cyklobarbitol. Na trzecim miejscu znalazła się amfetamina. Opiaty używane były dożylnie codziennie, 38 osób przyjmowało je 3 do 4 razy dziennie, natomiast 14 osób 2 razy dziennie. Spośród 43 osób przyjmujących leki uspokajające, 25 osób przyjmowało relanium codziennie lub prawie codziennie, niektórzy z nich nawet 2-3 razy dziennie, w zależności od sytuacji, dożylnie lub doustnie w tabletkach.

Przed aktualnym przyjęciem na oddział detoksykacyjny wszyscy pacjenci przyjmowali środki odurzające na kilka lub kilkanaście godzin przed podjęciem leczenia. Niektórzy z nich jakby „na zapas” ostatnią dawkę narkotyku wstrzykiwali sobie niemal przed bramą szpitala. Wszyscy mieli bardzo przykre doświadczenia z przeżyciami związanymi z zespołem abstynencyjnym w okresie leczenia odtruwającego metodami konwencjonalnymi i bardzo się bali tych przeżyć. Dla niektórych stanowiły one barierę przed podjęciem następnej detoksykacji. Dlatego też część pacjentów po kilkakrotnych próbach odtrucia przed kilku laty, później nie podejmowała już żadnej kuracji.

Większość pacjentów miało bogatą przeszłość, jeśli chodzi o leczenie odwykowe: 46 pacjentów leczyło się od 5 do 10 razy, 30 leczyło się od 11 do 20 razy, natomiast 10 od 21 do 40 razy.

Najczęstszą formą leczenia było odtrucie, bądź to w warunkach szpitalnych, bądź w warunkach domowych. Ten rodzaj kuracji przeszli wszyscy pacjenci wielokrotnie. Inne formy, jak rehabilitacja, leczenie w warunkach ambulatoryjnych były znacznie rzadziej stosowane (vide tabela nr 12).



Tabela nr 12.  
Rodzaje leczenia podejmowanego przez pacjentów  
(przed leczeniem metadonem)

Rodzaj leczenia	pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
detoksykacja	112	97,4
odwyk domowy	84	73,0
rehabilitacja	66	57,4
leczenie w poradni	63	54,8
formy samopomocy	45	39,1

<sup>x)</sup> Procenty nie sumują się do 100, ponieważ pacjenci podejmowali więcej niż jedno leczenie

Mimo wielokrotnego podejmowania leczenia okresy abstynencji po leczeniu trwały krótko. Wielu pacjentów przerywało leczenie (detoksykację i rehabilitację), aby w tym samym dniu po opuszczeniu placówki leczniczej lub w ciągu najbliższych dni wrócić do nałogu. Rzadko zdarzały się dłuższe okresy abstynencji niewymuszonej, tj. nie związanej z ograniczeniem wolności (np. pobyt w zakładzie karnym).

Pacjentów pytano o najdłuższe ciągle okresy abstynencji od środków przyjmowanych w iniekcjach (tabela nr 13).

Tabela nr 13.  
Najdłuższe ciągle okresy abstynencji od środków  
stosowanych w iniekcjach

Okresy czasu w miesiącach	Pacjenci	
	l.b.	%
1-6	37	32,2
7-12	29	25,2
13-24	21	18,3
25-36	14	12,2
37-48	6	5,2
49 +	2	1,7
nd.bd.	6	5,2
Razem	115	100,0

Przedstawione powyżej okresy abstynencji mają u wielu charakter wymuszony i nie są związane z leczeniem. Wśród leczonych 47 osób przebywało w zakładach karnych i w aresztach w różnych okresach czasu w latach 1974-1991, a więc w okresie nadużywania przez badanych środków odurzających (vide tabela nr 14).

Tabela nr 14.  
Czas pobytu pacjentów w zakładach karnych  
i aresztach w latach 1974-1991

Okresy czasu w miesiącach	Pacjenci	
	l.b.	%
1-6	11	23,4
7-12	16	34,0
13-24	8	17,0
25-36	5	10,6
37-48	3	6,4
49 +	4	8,5
Razem	47	100,0

Długie okresy abstynencji były wymuszone pobytami w zakładach karnych. Niektórzy pacjenci przebywali tam częściej niż jeden raz.

W okresie ostatnich 6 miesięcy przed obecnym leczeniem 57 osób podejmowało leczenie odtruwające, z tego 30 osób więcej niż jeden raz. Żaden z pacjentów, jak wynika z wywiadów, nie zachował dłużej abstynencji, jak kilka godzin do kilku dni po opuszczeniu placówki leczniczej (ponad połowa opuściła placówki przed ukończeniem kuracji).

#### 4. Zagrożenie HIV wśród narkomanów opiatowych

Jak wiadomo, pierwszy w Polsce przypadek zakażenia HIV wśród narkomanów wykryto w 1988 roku. Od tego czasu wzrasta z roku na rok rozpowszechnienie HIV+ w tej grupie. Wśród badanych znalazły się 43 osoby (37,4%) zakażone HIV. Najczęstszymi przyczynami zakażenia było używanie niesterylnych igieł i strzykawek oraz ryzykowne kontakty seksualne.

Każdy ośrodek terapeutyczny dla osób uzależnionych ma obowiązek prowadzenia wśród pacjentów edukacji i działań profilaktycznych na temat HIV (np. wydawanie igieł i strzykawek, prezerwatyw). Celem uzyskania danych od pacjentów odnośnie ich wiedzy o HIV oraz źródłach informacji na ten temat opracowaliśmy dwa rodzaje mini-ankiet, które pacjenci sami wypełniali. Pierwsza zawierała prawdziwe i błędne stwierdzenia dotyczące HIV, które pacjenci weryfikowali; w drugiej pytaliśmy o najczęstsze źródła informacji, z jakich pacjenci czerpali wiedzę nt. HIV.

Jak wynika z opracowania wyników, badani mieli podstawową wiedzę dotyczącą dróg zakażenia HIV oraz sposobów zapobiegania zakażeniom (vide tabela 15, pkt. 9, 10, 11, 13, jak również pkt. 21 i tabela nr 16). Większość zdawała sobie sprawę, jakie zachowania nie stanowią zagrożenia zakażeniem, a jakie stanowią. Informacje na ten temat czerpali najczęściej z folderów, plakatów i ulotek (86% i 75%), z radia (87%) i telewizji (81%).

Tabela nr 15.  
Wiedza nt. HIV/AIDS

Istnieje wiele obiegowych sądów i opinii o kwestiach dotyczących HIV/AIDS. Poniżej zgromadzono 23 stwierdzenia dotyczące tej problematyki. Prosimy o ich uważne przeczytanie i zaznaczenie krzyżykiem w odpowiedniej kolumnie, które z nich uważa P. za prawdziwe, a które nie.

(Wyniki przedstawiono w procentach)	Tak	Nie
1. Osoba zakażona HIV może zakażać innych ludzi do końca swojego życia	87,0	
2. Większość ludzi zakażonych HIV zachoruje na AIDS	69,6	
3. Osoba zakażona HIV może nie mieć objawów AIDS przez wiele lat	91,3	
4. Organizm chorego na AIDS nie potrafi bronić się przed innymi chorobami zakaźnymi	78,3	
5. Każda osoba zakażona HIV jest niezdolna do pracy zarobkowej		87,0
6. Większość ludzi zakażonych HIV umrze na AIDS	56,5	
7. Można zakażać się HIV przez podanie ręki		93,0
8. Można zakażać się HIV poprzez używanie cudzej maszynki do golenia	74,8	
9. Można zakażać się HIV korzystając z niewysterylizowanych, używanych przez innych igieł lub strzykawek	93,9	
10. Można zakażać się HIV poprzez stosunek płciowy	93,9	
11. Kontakty seksualne z wieloma partnerami zwiększają ryzyko zakażenia HIV	93,9	
12. Można zakażać się HIV od ukąszenia komara (lub innego owada)		87,0
13. Można zakażać się HIV przez transfuzję krwi	93,9	
14. Można zaszczyć się szczepionką przeciw HIV		80,0
15. Nie należy jadać w restauracjach (stołówkach), gdyż można zakażać się HIV		93,0
16. Nie należy korzystać z publicznych toalet, gdyż grozi to zakażeniem HIV		89,6
17. Oddech nosiciela HIV stanowi potencjalne źródło zakażenia		93,0
18. Krwiodawca jest zagrożony zakażeniem HIV		56,5
19. Można zakażać się HIV przez pocałunek		89,6
20. Można zakażać się HIV poprzez pokarm		87,0
21. Używanie prezerwatywy może zapobiec zakażeniu HIV	88,7	
22. Prezerwatywa chroni w 100% przed zakażeniem HIV		76,5
23. AIDS jest chorobą uleczalną, gdy się ją rozpozna dostatecznie wcześnie		82,6

Tabela nr 16.  
Źródła informacji, z których pacjenci najczęściej czerpali  
wiedzę nt. HIV/AIDS (dane w procentach)

1. Prasa codzienna centralna – prosimy podać tytuły	38,3
2. Prasa codzienna lokalna – prosimy podać tytuły	28,7
3. Tygodniki i inne periodyki – prosimy podać tytuły	47,2
4. Radio	87,7
5. Telewizja	81,7
6. Kino	18,3
7. Książki	47,8
8. Broszury, foldery, ulotki	86,1
9. Plakaty	75,7
10. Poradnie, punkty konsultacyjne dla narkomanów	64,3
11. Poradnie, punkty konsultacyjne dla chorych na AIDS	31,3
12. Inne poradnie – jakie?	11,3
13. Oddziały detoksykacyjne	69,6
14. Ośrodki rehabilitacyjne	26,1
15. Inne placówki szpitalne – jakie?	6,1
16. Inne placówki służby zdrowia – jakie?	8,7
17. Rodzice	11,3
18. Rodzeństwo	7,0
19. Koledzy – nie narkomani	19,1
20. Narkomani	67,0
21. Współmałżonek	29,6
22. Inny partner seksualny	23,5
23. Inne źródła	6,1

Wymienić 3 najważniejsze źródła informacji:

broszury, foldery, ulotki – 91%

personel oddz. detox – 89%

TV – 82 %

Spośród placówek terapeutycznych, najczęstszym źródłem informacji nt. HIV były oddziały detoksykacyjne (69%) i specjalistyczne poradnie (64,3%) dla osób uzależnionych. Inne placówki służby zdrowia dostarczały informacji nt. HIV zaledwie w 6-8%. Jest to zjawisko znamienne i świadczy o małym zainteresowaniu innych niż specjalistyczne placówek leczniczych tym problemem.

Według oceny pacjentów najważniejszymi źródłami informacji były dla nich na pierwszym miejscu broszury, foldery i ulotki, na drugim miejscu personel oddziałów detoksykacyjnych, na trzecim telewizja.

Mimo dostatecznej wiedzy na temat HIV, narkomani jeszcze zbyt słabo realizują działania zapobiegawcze, skierowane na siebie, jak i na otoczenie. Dotyczy to zarówno dożylnego stosowania środków odurzających, jak i sfery życia seksualnego. Świadczą o tym poniżej przytoczone wypowiedzi badanych (tabele nr 17 i 18).

a) Używanie igieł i strzykawek

Nie wszyscy badani używali sterylnego sprzętu do wstrzykiwania środków odurzających. Na pytania o częstość stosowania w okresie ostatnich 6 miesięcy nieużywanych igieł i strzykawek, otrzymaliśmy następujące odpowiedzi, przedstawione w tabeli nr 17.

Tabela nr 17.  
Częstość używania sterylnych igieł i strzykawek  
w okresie ostatnich 6 miesięcy

Częstość używania sterylnego sprzętu do zastrzyków	Pacjenci	
	l.b.	%
zawsze, przy każdym zastrzyku	35	30,4
w około 3/4 lub więcej zastrzyków	30	26,1
w około połowie zastrzyków	21	18,3
w około 1/4 lub mniej zastrzyków	27	23,5
nigdy przy żadnym zastrzyku	2	1,7
Razem	115	100,0

Jak wynika z powyższego, tylko ponad 1/3 pacjentów stale używała sterylnych igieł i strzykawek. Pozostali częściej lub rzadziej korzystali ze sprzętu już poprzednio używanego. W Polsce pacjenci mają nieograniczony dostęp do sterylnych igieł i strzykawek. Mogą je otrzymywać bezpłatnie we wszystkich placówkach ambulatoryjnych dla osób uzależnionych, lub kupować w aptekach i drogeriach (vide tabela nr 18), a ceny ich nie są wysokie. Z możliwości tych badani najczęściej korzystali.

Tabela nr 18.  
Źródła zaopatrywania się pacjentów w nieużywane igły, strzykawki

Źródło zaopatrzenia	Pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
kupno w aptece	101	87,8
kupno w innym sklepie	13	11,3
kupno na bazarze	5	4,3
kupno od handlarza na ulicy	2	1,7
dostawał od partnera seksualnego	17	14,8
dostawał od przyjaciela	20	17,4
dostawał od innych osób	8	7,0

Źródło zaopatrzenia	Pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
dostawał w poradni dla uzależnionych	40	34,8
dostawał w punkcie konsultacyjnym „Monar”	57	49,6

<sup>x)</sup> Liczba nie sumuje się do 115, gdyż pacjenci korzystali z więcej niż jednego źródła

Badani według ich relacji najczęściej zaopatrywali się w igły i strzykawki w aptekach lub w placówkach ambulatoryjnych dla osób uzależnionych. Niektórzy jednak korzystali ze sprzętu pochodzącego z mniej bezpiecznych źródeł, jak kupno u handlarzy narkotyków, na bazarze, czy na ulicy.

Badani otrzymywali także używany sprzęt od różnych osób (tabela nr 19).

Tabela nr 19.  
Osoby dostarczające używane igły i strzykawki<sup>x)</sup>  
(według częstości dawania)

Rodzaj dawców	Pacjenci <sup>x)</sup>	
	l.b.	%
stały partner (partnerka)	52	45,2
dobry przyjaciel (przyjaciółka)	46	40,0
znajomy	43	37,4
handlarz narkotyków	3	2,6
współwięzień w zakładzie karnym	3	2,6
ktoś nieznajomy	5	4,3
ktoś z rodziny	4	3,5

<sup>x)</sup> Procenty nie sumują się do 100, gdyż pacjenci korzystali z różnych źródeł

Najczęstszymi dawcami używanego sprzętu byli (i są) ludzie bliscy, partnerzy seksualni, przyjaciele, którym się ufa, że są zdrowi, a którzy niejednokrotnie zawodzą, zresztą nie zawsze świadomie. Nigdy w życiu nie stosowało używanego przez innych sprzętu zaledwie 16 osób (13,9%). Ci, którzy stosowali sprzęt używany przez innych, nie zawsze czyścili go lub sterylizowali, jeśli to robili, to nie zawsze właściwie. Nikt nie używał jakichkolwiek chemicznych środków dezynfekujących.

Metody czyszczenia były niekonwencjonalne: przepłukiwano igły i strzykawki zimną lub gorącą wodą, gotowano cały sprzęt (jednorazowego użytku!) lub tylko igłę. Kilka osób opalało igłę zapaloną zapalniczką lub zapałką. Niektórzy badani udostępniali również innym osobom używany przez siebie sprzęt do iniekcji. Najczęściej byli to znajomi, przyjaciele lub stali partnerzy seksualni.

W ciągu ostatnich 6 miesięcy przed aktualnym leczeniem 47 osób spośród badanych podało, że udostępnili ogółem 187 różnym osobom używane przez siebie igły i strzykawki (pozostali pacjenci twierdzili, że nie udostępniali innym swojego sprzętu). Z prostego obliczenia wynika, że 1 pacjent w okresie półrocza średnio udostępnił ponad 3-4 różnym osobom używany przez siebie sprzęt do iniekcji. Zakażony pacjent mógł zakazić następnego

3-4 osoby (w ciągu 1 roku mógł zakazić około 6-8 osób). Prawdopodobieństwo zakażenia w rzeczywistości jest jeszcze większe, zważywszy, że używany sprzęt mógł być udostępniany wielokrotnie tej samej osobie, np. stałemu partnerowi, przyjacielowi itp.

Tabela nr 20.  
Pacjenci według częstości udostępniania innym osobom używanych przez siebie igieł i strzykawek (okres ostatnich 6 miesięcy)

Ilość razy	Liczba pacjentów N=115	
	l.b.	%
1-5 razy	29	25,2
6-10 razy	9	7,8
11-20 razy	3	2,6
21-50 razy	3	2,6
51-100 razy	2	1,7
powyżej 100 razy	3	2,6
ani razu	64	55,7
brak danych	2	1,7
Razem	115	100,0

Tabela nr 21.  
Osoby, którym pacjenci zwykle udostępniali używane przez siebie igły i strzykawki (okres ostatnich 6 miesięcy)

Osoby	Pacjenci <sup>x)</sup> N=115	
	l.b.	%
stały partner (partnerka)	22	19,1
dobry przyjaciel (przyjaciółka)	13	11,3
znajomy	26	22,6
handlarz narkotyków	1	0,9
ktoś nieznajomy	8	7,0
nie dotyczy	64	55,7
brak danych	5	4,3

<sup>x)</sup> Procent nie sumuje się do 100, gdyż jeden pacjent dawał igły i strzykawki różnym osobom

Dane powyższe obrazują dynamikę rozszerzania się zakażeń HIV przez krew wśród osób nadużywających substancje odurzające w zastrzykach.

#### b) Stosunki seksualne

W Polsce pytania dotyczące sfery życia seksualnego są bardzo trudne. Temat jest rodzajem wstydlwego tabu, ludzie są zażenowani, zamykają się. Jedynymi osobami, przed którymi bardziej się otwierają, są lekarze (zwłaszcza psychiatrzy), ewentualnie psychologdy, może również księża.

Niniejsze wywiady z pacjentami przeprowadzali głównie lekarze (czasem psycholog), przy zagwarantowaniu tajemnicy zawodowej, dlatego też wydaje się, że wypowiedzi pacjentów były w miarę szczerze i nie nastęrczały im istotnych trudności. Wśród badanych 113 osób było orientacji heteroseksualnej, 2 osoby biseksualnej. Jedna nie rozpoczęła jeszcze życia seksualnego.

Poszczególni pacjenci podawali, że w ciągu całego życia mieli od 1 do ponad 100 seksualnych partnerów (vide tabela nr 22).

Tabela nr 22.

Liczba partnerów, z którymi pacjenci mieli stosunki seksualne w ciągu całego życia

Liczba partnerów	Pacjenci	
	l.b.	%
do 9	43	37,4
10-19	36	31,3
20-29	11	9,6
30-50	14	12,2
51-100	5	4,3
powyżej 100	3	2,6
nie dotyczy, brak danych	3	2,6
Razem	115	100,0

Blisko 70% badanych w ciągu życia nie miało więcej niż do 20 partnerów, ponad połowa nie przekraczała 10 osób.

Wśród partnerów seksualnych pacjentów, udział osób używających środki odurzające w zastrzykach był wysoki i wynosił 87,0%. Z powyższego wynika, że narkomani częściej utrzymywali kontakty seksualne z osobami ze środowisk uzależnionych niż na zewnątrz jego. W toku kontynuacji nadużywania opiatów, aktywność seksualna pacjentów spadała, mimo że byli jeszcze młodzi.

W okresie ostatnich 6 miesięcy przed aktualnym leczeniem 35 osób nie miało w ogóle kontaktów seksualnych, a pozostali – sporadycznie, z 1-6 partnerów (najczęściej z jednym). Stałych (tj. dłużej niż 2 miesiące) partnerów seksualnych miało 67 (58,3%) pacjentów, z czego 52 osoby były narkomanami używającymi środki odurzające dożylnie. Pacjenci coraz bardziej zawężali swoje życie seksualne do kręgu podobnych jak oni narkomanów. Stosunki seksualne odbywali rzadko, wielu rzadziej niż jeden raz w miesiącu.

Wśród badanych 2 osoby były prostytutkami, uprawiały swój proceder przez szereg miesięcy, ale we wcześniejszych latach. Bardzo niewielu pacjentów używało prezerwatywy w ramach prewencji HIV, zarówno ostatnio, jak i dawniej (vide tabela 23).



Tabela nr 23.

Pacjenci według częstości używania prezerwatywy w czasie stosunków seksualnych w okresie ostatnich 6 miesięcy przed leczeniem

Sytuacje	Pacjenci	
	l.b.	%
0. nigdy	87	75,7
1. w około 1/4 lub mniej przypadków	7	6,1
2. w około połowie przypadków	3	2,6
3. w około 3/4 przypadków	2	1,7
4. zawsze	15	13,0
5. nie dotyczy, nie miał kontaktów seksualnych	1	0,9
Razem	115	100,0

Tylko 15 (13,0%) osób używało zawsze prezerwatywy w czasie stosunków seksualnych, przeważająca większość nie stosowała ich w ogóle lub stosowała sporadycznie.

Na pytanie o powód takich niebezpiecznych zachowań, mimo dostatecznej w tym zakresie wiedzy, odpowiadali, że prezerwatywy pozbawiają ich satysfakcjonujących przeżyć, lub że partner przeciwny jest ich stosowaniu. Wśród badanych, 30 osób utrzymywało wielokrotne kontakty seksualne z nosicielami HIV, ale tylko 12 z nich używało zawsze prezerwatyw. W większości przypadków sami pacjenci byli nosicielami HIV i w związku z tym nie widzieli potrzeby w ogóle używania prezerwatyw.

Reasumując, należy stwierdzić, że badani w swoich zachowaniach seksualnych bardzo rzadko realizowali zasady zapobiegania HIV, mimo posiadanej na ten temat dostatecznej wiedzy; zasady te wręcz świadomie lekceważyli, stwarzając poważne zagrożenie zarówno dla siebie, jak i dla innych.

### 5. Zmiany zachowań w związku z zagrożeniem HIV

Pacjenci twierdzili, że poczuli się zagrożeni HIV od czasu pojawienia się w Polsce pierwszych zakażeń wśród narkomanów, z tego powodu zaczęli zmieniać swoje zachowania. Główne niebezpieczeństwo zakażenia widzieli w używanych igłach (mniej w strzykawkach) oraz w samym „kompocie”, który mógł być przez kogoś zakażony krwią z HIV złośliwie lub też przypadkowo. Dlatego też preferowali kompot własnej produkcji, gdy nie mieli możliwości produkcji, kupowali od kogoś kilka porcji i zagotowywali (w obawie przed skażeniem krwią z HIV). Ze względu na bezpieczeństwo, rodziny pacjentów coraz częściej się godziły na produkcję kompotu w domu, mimo uciążliwości, jaką jest przykry zapach w czasie jego preparowania. Badani mieli świadomość, że najbezpieczniejsza jest własna igła i strzykawka, dlatego też starali się używać własny sprzęt, przy czym częściej zmieniali igły niż strzykawki. Jeśli zachodziła konieczność użycia cudzego sprzętu do iniekcji, brali od kogoś znajomego, który był, jak sądzili „czysty”, co często okazywało się zawodne. Cudzy sprzęt starali się czyścić, dezynfekować (głównie igły), czego dawniej przed kilku laty nigdy nie robili.

Jeśli chodzi o działania profilaktyczne wobec innych, to osoby zakażone HIV twierdziły, że nie udostępniają nikomu własnych igieł i strzykawek, a jeśli to robią, to pod presją i zawsze informują o zakażeniu.

Generalną zasadą, choć nie zawsze przestrzeganą, staje się niedzielenie się z innymi swoim sprzętem do zastrzyków, co dawniej było bardzo popularne i należało do rytuału wśród młodzieży nadużywającej środki odurzające w zastrzykach.

Sfera życia seksualnego stanowiła w przekonaniu pacjentów jakby mniejsze zagrożenie zakażeniem HIV niż używanie środków odurzających w zastrzykach. Wydaje się, że składałyby się na to dwie przyczyny: znaczne obniżenie potencji w okresie dłuższego i częstego przyjmowania dużych ilości opiatów i innych substancji odurzających oraz zwyczajowa u nas niechęć do stosowania prezerwatyw i niski poziom kultury w sferze życia seksualnego. Niektórzy pacjenci byli nawet przekonani, że prezerwatywy jeszcze bardziej obniżają u nich i tak niską potencję. Osoby zakażone HIV nawiązywały chętnie między sobą stałe kontakty seksualne, gdyż w tym układzie czuły się bezpieczne i znajdowały wzajemne zrozumienie.

## Podsumowanie

Badaną grupę – 115 pacjentów uzależnionych od opiatów leczoną metadonem charakteryzowało:

1. Wieloletnie używanie dożylnie opiatów oraz innych substancji uzależniających, takich jak benzodwuzepiny (głównie relanium), barbiturany (cyklobarbitol) i ostatnio amfetaminy (średni czas nadużywania opiatów wynosił około 13 lat).
2. Brak efektów leczenia metodami dotychczas stosowanymi mimo wielokrotnego ich podejmowania.
3. Pogorszenie się stanu zdrowia w związku z nadużywaniem środków odurzających (opiatów) stosowanych dożylnie w znacznych ilościach.
4. Nasilenie się zachowań niepożądanych społecznie i związanych z narkomanią, takich jak:
  - dezorganizacja życia rodzinnego i jego rozpad,
  - wysokie wskaźniki przestępczości związane z narkomanią (38% karanych),
  - bardzo słaba aktywność zawodowa mimo wieku produkcyjnego (tylko 13,4% zatrudnionych na stałe).
5. Ryzykowne zachowania powodujące zagrożenie rozpowszechnienia zakażeń HIV. Zachowania związane z używaniem środków odurzających oraz zachowania w sferze życia seksualnego.

## Summary

One hundred and fifteen opiates dependent patients treated with methadone were surveyed. The employed questionnaire allowed to collect data regarding the social and health conditions of the patients. The special attention was paid to the psychoactive substances dependency development and process.

The surveyed group consisted of 87 males (75,7%) and 28 females (24,3%).

The respondents may be characterized as individuals:

- a) who, for many years and in the systematic way abused intravenously injected opiates and other dependency generating drugs (benzodiazepin, barbiturans, and recently amphetamine) for the average period of approximately 13 years,
- b) were previously treated with no success, despite the multiple treatments,
- c) whose health deteriorated because of the chronic abuse of the psychoactive substances (opiates),
- d) increasing intensity of socially unaccepted behavior, which could be attributed to the drug abuse, such as:
  - disorganization of family bonds and family breakup (20,9% individuals were divorced),
  - high values of the drug abuse related delinquency indicators (38% individuals had criminal records),
  - low level of productive activity, despite their productive age (only 13,4% were permanently employed).