

Ograniczanie ryzykownych zachowań  
prowadzących do zakażenia  
wirusem żółtaczki typu C wśród kobiet  
przyjmujących narkotyki w zastrzykach  
w Europie: przełożenie  
dowodów naukowych na praktykę

# Raport końcowy projektu REDUCE 2013

*Projekt REDUCE jest współfinansowany  
przez Program Profilaktyki  
i Informacji o Narkotykach  
Unii Europejskiej*

*Numer projektu:  
JUST/2010/DPIPI/AGI0975  
REDUCE*



Ograniczanie ryzykownych zachowań  
prowadzących do zakażenia  
wirusem żółtaczki typu C wśród kobiet  
przyjmujących narkotyki w zastrzykach  
w Europie: przełożenie  
dowodów naukowych na praktykę

# Raport końcowy projektu REDUCE 2013

**Opracowanie Gail Gilchrist przy współpracy zespołu REDUCE**

Hiszpania: Marta Torrens, Judit Tirado

Włochy: Lucia Di Furia, Cinzia Giammarchi

Austria: Gabriele Fischer, Birgit Köchl, Caroline Hopf

Polska: Jacek Moskalewicz, Katarzyna Dąbrowska

Szkocja: Avril Taylor, April Shaw

<http://www.thereduceproject.imim.es>



Tytuł oryginału:

Reducing hepatitis C injecting and sexual risk behaviours among females who inject drugs in Europe (REDUCE): translating evidence into practice Final Report 2013

Treść tego raportu nie musi wyrażać opinii Komisji Europejskiej. Komisja ani ktokolwiek występujący w jej imieniu nie może odpowiadać za skutki wykorzystania informacji zawartych w tej publikacji.

The content of this report does not necessarily reflect the opinion of the European Commission. Neither the Commission nor anyone acting on its behalf shall be liable for any use made of the information in this publication.

Copyright 2013 Parc de Salut Mar, Barcelona  
Polska wersja raportu copyright 2013 by Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Tłumaczenie z angielskiego:  
Monika Swadowska

Polska wersja raportu  
Redakcja merytoryczna:  
Katarzyna Dąbrowska, Jacek Moskalewicz

Redakcja językowa:  
Barbara Gawrońska

ISBN 978-83-61705-23-9

Skład i druk:  
Zakład Wydawniczy Letter Quality  
01-216 Warszawa, Bryłowska 35/38  
Drukarnia: MATRIX, Piaseczno  
Nakład 200 egz.

## Spis treści

Koordynator i partnerzy projektu REDUCE .....	6
Streszczenie .....	9
1. Projekt REDUCE .....	13
1.1. Tło i uzasadnienie .....	13
1.2. Cele .....	14
1.3. Plan pracy .....	14
2. Zakażenia HCV i leczenie osób używających narkotyki w krajach uczestniczących w projekcie REDUCE – dane statystyczne .....	17
3. Wiedza o drogach przenoszenia HCV i o ryzykownych zachowaniach wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w Europie: badania ilościowe i jakościowe .....	21
3.1. Opracowanie narzędzi REDUCE do mierzenia poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i zachowań ryzykownych .....	21
3.2. Metody .....	22
3.3. Wyniki badań ilościowych .....	30
3.4. Wyniki badań jakościowych .....	37
3.5. Triangulacja danych .....	47
4. Opracowanie i przetestowanie interwencji psychospołecznej .....	53
4.1. Opracowanie interwencji REDUCE .....	53
4.2. Interwencja .....	54
4.3. Wyniki ewaluacji .....	56
5. Wnioski i rekomendacje .....	59
5.1. Wnioski .....	59
5.2. Rekomendacje .....	62
6. Piśmiennictwo .....	63

## Koordynator i partnerzy projektu REDUCE

Projekt REDUCE był koordynowany przez Parc de Salut Mar, Barcelona. Zarządzanie projektem REDUCE odbywało się przy współpracy University of Greenwich (London) oraz partnerów ze Szkocji (University of the West of Scotland, Paisley), Polski (Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa), Austrii (Medizinische Universität Wien), a także Włoch (Agenzia Regionale Sanitaria – Regione Marche).

**Koordynator projektu – Hiszpania**  
Parc de Salut Mar  
Passeig Maritim 88, 08003 Barcelona

Prof. Marta Torrens  
Profesor psychiatrii/Dyrektor  
Programu Badań nad Uzależnieniami  
Judit Tirado  
Asystent naukowo-badawczy



**Menadżer projektu – Anglia**  
University of Greenwich  
School of Health and Social Care  
Avery Hill Road, London SE9 2UG

Dr Gail Gilchrist  
Lider Projektu/Kierownik Ośrodka  
Stosowanych Nauk Społecznych



**Partner projektu – Austria**  
Zentrum für Public Health  
Medizinische Universität Wien  
Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien

Prof. Gabriele Fischer  
Profesor psychiatrii/Dyrektor medyczny  
Kliniki Leczenia Uzależnień  
Dr Birgit Köchl  
Asystent naukowo-badawczy/  
Psycholog kliniczny  
Caroline Hopf  
Asystent naukowo-badawczy  
Isabella Leeb  
Asystent naukowo-badawczy/  
Psycholog kliniczny



**Partner projektu – Polska**  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Dr Jacek Moskalewicz  
Kierownik Zakładu Badań  
nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Dr Katarzyna Dąbrowska  
Adiunkt



**Partner projektu – Szkocja**  
University of the West of Scotland  
Paisley Campus, High Street  
Paisley, PA1 2BE

Prof. Avril Taylor  
Dyrektor i kierownik badawczy  
Katedry Zdrowia Publicznego  
Dr Alison Munro  
Asystent naukowo-badawczy  
April Shaw  
Asystent naukowo-badawczy



**Partner projektu – Włochy**  
Agenzia Regionale Sanitaria  
– Regione Marche  
Via Gentile da Fabriano, no 3  
Regione Marche – 60100 Ancona

Dr Lucia Di Furia  
Kierownik medyczny,  
Koordynator badań, innowacji i szkoleń  
Cinzia Giammarchi  
Asystent naukowo-badawczy



## Streszczenie

### Wprowadzenie

Celami projektu REDUCE <http://www.thereduceproject.imim.es/> współfinansowanego przez Program Profilaktyki i Informacji o Narkotykach Unii Europejskiej są:

- Zbadanie poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkę typu C (HCV) i na temat zachowań ryzykownych wśród kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach.
- Opracowanie i ewaluacja, opartej na dowodach, interwencji grupowej, mającej na celu zwiększenie wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkę typu C oraz ograniczenie zachowań groźących zakażeniem u kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach.

W projekcie badawczym REDUCE, koordynowanym przez Uniwersytet w Greenwich, współpracowali partnerzy z pięciu krajów europejskich: z Włoch, Hiszpanii, Austrii, Szkocji i Polski. W ramach projektu przeprowadzono badania metodą ilościową i jakościową, w których określono poziom wiedzy na temat dróg zakażenia HCV wśród kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach oraz determinanty ich zachowań ryzykownych, zarówno jeśli chodzi o iniekcje, jak i zachowania seksualne. W wyniku badań przygotowano scenariusz interwencji grupowej. Interwencja ta była wdrażana przez doświadczonych edukatorów i składała się z trzech sesji:

1. Zrozumienie ryzyka zakażenia żółtaczką typu C
2. Żółtaczkę typu C i zdrowie seksualne – przekonywanie partnera do bezpieczniejszych zachowań seksualnych
3. Żółtaczkę typu C i zdrowie emocjonalne – radzenie sobie z obniżonym nastrojem.

W badaniu ankietowym wzięło udział 231 dorosłych kobiet, używających narkotyków w iniekcjach w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie. Spośród nich wybrano 125 kobiet, z którymi przeprowadzono pogłębione wywiady jakościowe. Interwencji poddano 36 kobiet – mniej więcej połowa z nich miała żółtaczkę typu C.

## Wyniki

Wyniki badania REDUCE wskazują na znaczne rozpowszechnienie zakażenia wirusem żółtaczką typu C wśród kobiet objętych badaniem, co wiąże się z regularnym podejmowaniem przez nie zachowań ryzykownych grożących zakażeniem, takich jak:

- używanie wspólnych igieł i strzykawek,
- dokonywanie iniekcji z partnerem i/lub w większych grupach,
- angażowanie się w relacje intymne obarczone dużym ryzykiem.

Badanie pokazało, że duża część respondentek miała ograniczoną wiedzę o mechanizmach przenoszenia wirusa żółtaczką typu C. Ich wiedza była nie tylko niepełna, ale w wielu przypadkach błędna. Co więcej, nawet jeśli potrafiły poprawnie zidentyfikować niektóre ryzykowne zachowania, to z nich nie rezygnowały. Istnieje kilka powodów, które tłumaczą ten dysonans pomiędzy wiedzą a zachowaniami:

- brak dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji,
- sytuacje stresowe prowadzące do zachowań impulsywnych,
- przyjmowanie narkotyków w grupie (której członkowie wspólnie używają sprzętu i dzielą się narkotykami) i w miejscach podwyższonego ryzyka (pod gołym niebem, w miejscach publicznych),
- ograniczenie, na skutek przemocy ze strony partnerów, zdolności kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach do ochrony własnego zdrowia, poprzez negocjowanie bezpieczniejszych praktyk seksualnych i iniekcyjnych,
- duże rozpowszechnienie współwystępujących zaburzeń psychicznych – takich jak zaburzenia lękowe i depresja – zwiększa prawdopodobieństwo zachowań ryzykownych.

Krótką interwencją grupową, składającą się z trzech sesji, została wysoko oceniona zarówno przez uczestniczki, jak i osoby ją prowadzące. Doprowadziła do ograniczenia niektórych zachowań ryzykownych oraz wyraźnie zwiększyła wiedzę kobiet dotyczącą przenoszenia wirusa żółtaczką typu C. Zastosowanie tej interwencji w praktyce będzie jednak wymagać zabiegów adaptacyjnych, uwzględniających uwarunkowania lokalne, typ placówki, doświadczenia uczestniczących kobiet i ich status HCV

Porównanie stosunkowo niskich kosztów interwencji psychospołecznej i bardzo wysokich kosztów leczenia (od leczenia interferonem po przeszczep wątroby), wskazuje na pilną potrzebę implementacji skutecznych interwencji, takich jak REDUCE, wśród kobiet zażywających narkotyki w iniekcjach oraz w innych grupach najbardziej narażonych na ryzyko.

## Rekomendacje

1. Interwencje zapobiegające przenoszeniu się wirusa żółtaczką typu C, uwzględniające specyfikę płci, takie jak REDUCE mają przewagę nad ogólnymi działaniami profilaktycznymi, bo biorą pod uwagę potrzeby grupy docelowej.
2. Istnieje nadal potrzeba przeprowadzenia randomizowanego badania kontrolowanego interwencji REDUCE.
3. Interwencje psychospołeczne powinny być oferowane nie tylko w placówkach leczenia uzależnień, ale także w przychodniach rejonowych i innych placówkach służby zdrowia.

## 1. Projekt REDUCE

### 1.1. Tło i uzasadnienie

Jednym z celów Strategii Antynarkotykowej Unii Europejskiej (UE) w latach 2005–2012 była profilaktyka i ograniczenie używania narkotyków oraz związanego z nim ryzyka w grupach szczególnie zagrożonych, a także w grupach społecznie marginalizowanych, w tym wśród kobiet. Plan Działania wobec Narkotyków Unii Europejskiej na lata 2009–2012 podkreślał potrzebę dalszej poprawy jakości i skuteczności interwencji służących temu celowi oraz tworzenia innowacyjnych, opartych na dowodach, sprawdzonych programów profilaktycznych i interwencji, skierowanych do grup szczególnie zagrożonych, w tym do osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach, szczególnie kobiet.

Na całym świecie jest około 170 milionów osób zakażonych wirusem żółtaczką typu C (HCV), większość z nich przyjmuje narkotyki w zastrzykach<sup>[1]</sup>. Wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach kobiety częściej niż mężczyźni zakażają się wirusem żółtaczką typu C<sup>[2]</sup>. Ryzyko zakażenia zwiększa się przez używanie przedmiotów, potrzebnych do robienia zastrzyków, wspólnie z innymi osobami. Długotrwałe związki heteroseksualne są wolne od podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem żółtaczką zakaźnej typu C. Pojawia się ono natomiast w przypadku kobiet, które mają wielu partnerów seksualnych oraz są zakażone HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową<sup>[3]</sup>. Kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach zgłaszają ryzykowne zachowania – używanie igieł i innego sprzętu do robienia zastrzyków wspólnie z innymi osobami, uprawianie seksu z mężczyznami, którzy przyjmują narkotyki w zastrzykach, uprawianie seksu z wieloma partnerami, za pieniądze albo za narkotyki i nie stosowanie prezerwatyw<sup>[4, 5]</sup>. Wszystko to sprawia, że są bardziej narażone na zakażenie wirusem żółtaczką typu C. Depresja, częsta wśród tych kobiet, zwiększa prawdopodobieństwo ryzykownych zachowań, takich jak używanie igieł i strzykawek wspólnie z innymi osobami<sup>[6]</sup>.

Wyniki badań wskazują, że osoby przyjmujące narkotyki w zastrzykach niewiele wiedzą na temat dróg przenoszenia się HCV i niewykluczone, że ta niewiedza przyczynia się do rozprzestrzeniania się wirusa<sup>[7]</sup>. Wiele kobiet prosi inne osoby o zrobienie im zastrzyku, często swoich partnerów seksualnych<sup>[8–10]</sup>, co może zmniejszać ich zdolność do negocjowania bezpieczniejszych zachowań związanych z iniekcjami. Kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach, częściej niż mężczyźni, mają partnerów seksualnych, którzy również przyjmują narkotyki w zastrzykach; wspólnie z nimi biorą narkotyki, pożyczają zazwyczaj od nich igły i inne przedmioty potrzebne do iniekcji<sup>[5, 9–13]</sup>. Często też padają ofiarą przemocy ze strony swoich partnerów<sup>[14]</sup>. Zachowania ryzykowne kobiet należy więc rozumieć w kontekście ich związków z partnerami<sup>[15]</sup>. Nierówności wynikające

z płci, obniżony nastrój, przemoc ze strony partnera i brak asertywności mogą zmniejszać zdolność do negocjowania bezpieczniejszych interakcji z partnerami seksualnymi, a także ze znajomymi/przyjaciółmi, z którymi wspólnie przyjmują narkotyki.

Ryzyko zakażenia się żółtaczką typu C można by zredukować, gdyby kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach były świadome tego zagrożenia i potrafiły negocjować bezpieczniejsze praktyki iniekcyjne i seksualne. Wiemy z wcześniejszych doświadczeń, że interwencje mające na celu zmianę zachowań ryzykownych, prowadzących do zakażenia HCV i HIV u kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach, mogą ograniczyć te zachowania<sup>[16,17]</sup>, choć poprzednie badania nie brały pod uwagę czynników wynikających ze stanu zdrowia psychicznego ani ryzyka, jakie może się pojawić w związku intymnym. W projekcie REDUCE podjęliśmy próbę lepszego zrozumienia szerszego spektrum czynników ryzyka, na jakie narażają się te kobiety i opracowania interwencji opartej na dowodach, która obejmuje wiedzę na temat dróg zakażenia HCV oraz umiejętności negocjowania bezpieczniejszych praktyk seksualnych i mniej ryzykownych zachowań związanych iniekcjami.

## 1.2. Cele

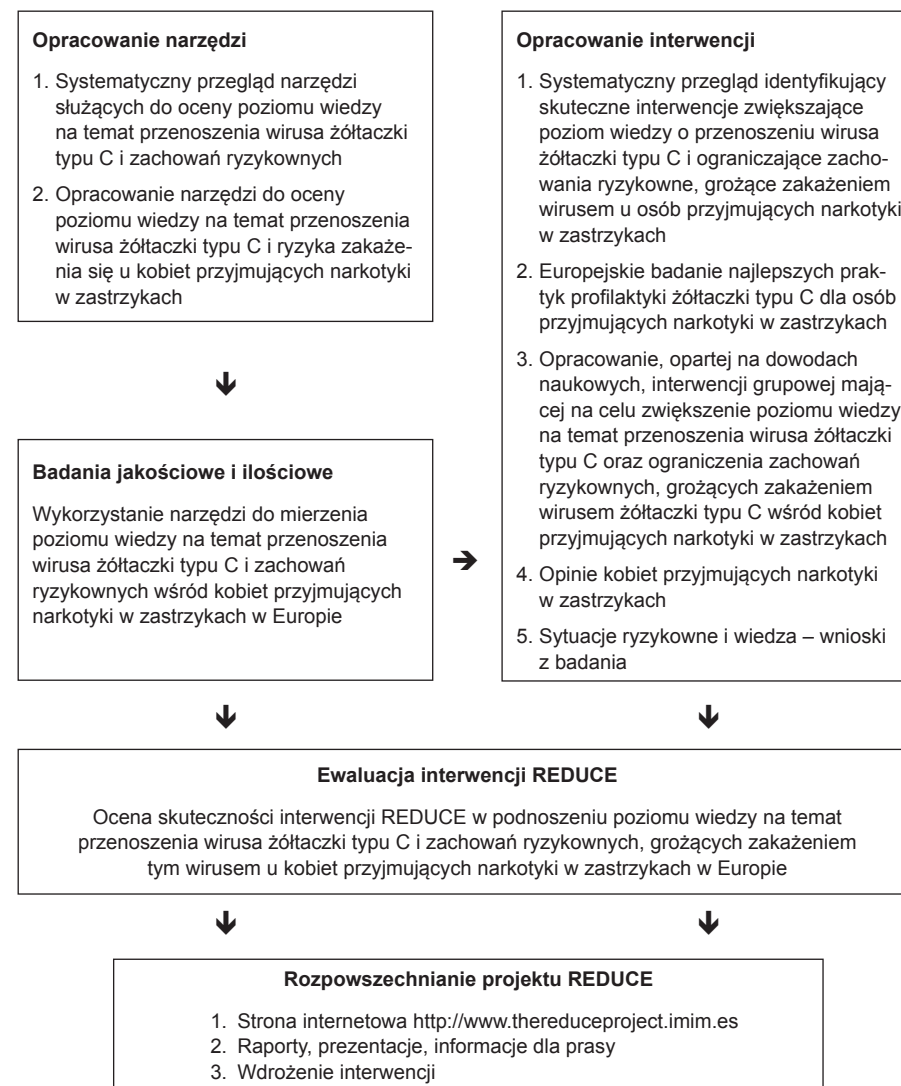
Projekt REDUCE był współfinansowany przez Program Profilaktyki i Informacji o Narkotykach Unii Europejskiej (Numer projektu: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE). Cele projektu:

1. Opracowanie narzędzi do pomiaru wiedzy kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach, odnoszącej się do dróg przenoszenia żółtaczką typu C i do zachowań ryzykownych.
2. Ustalenie zakresu tej wiedzy.
3. Opracowanie, na podstawie badań, skryptu interwencji grupowej dla tych kobiet w celu zwiększenia ich wiedzy o przenoszeniu HCV oraz ograniczenia zachowań groźących zakażeniem.
4. Wdrożenie i ewaluacja programu interwencji.

## 1.3. Plan pracy (rys. 1)

Na czterech spotkaniach roboczych w Barcelonie, Glasgow, Warszawie i Wiedniu przyjęto, na podstawie przeglądu literatury i wyników badań, narzędzia do pomiaru stanu wiedzy kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach o przenoszeniu się wirusa żółtaczką typu C, niezbędne do opracowania programu interwencji, przygotowano skrypt interwencji, oceniono jej wyniki oraz przygotowano

Rysunek 1. Plan pracy w projekcie REDUCE (1 października 2011–27 grudnia 2013)



odpowiednie raporty. Narzędzia oraz skrypt do prowadzenia interwencji zaprezentowano w pięciu krajach partnerskich: Austrii, Hiszpanii, Polsce, Szkocji i we Włoszech. Są dostępne zarówno w wersji drukowanej, jak i elektronicznej na stronie internetowej projektu.



## 2. Zakażenia HCV i leczenie osób używających narkotyki w krajach uczestniczących w projekcie REDUCE – dane statystyczne

W tabeli 1 zaprezentowano dane na temat rozpowszechnienia żółtaczki typu C u osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach w każdym z krajów biorących udział w projekcie. W tabeli 2 przedstawiono dostępność leczenia uzależnień w każdym z krajów, a w tabeli 3 – dostępność leczenia żółtaczki typu C.

Tabela 1. Rozpowszechnienie zakażeń wirusem żółtaczki typu C w ogólnej populacji oraz wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach w krajach biorących udział w projekcie REDUCE

Kraj	Populacja (liczba mieszkańców)	Rozpowszechnienie zakażeń wirusem żółtaczki typu C w populacji (w procentach)	Rozpowszechnienie zakażeń wirusem żółtaczki typu C wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach (w procentach)	Rozpowszechnienie zakażeń wirusem żółtaczki typu C wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach (w procentach)
Austria	8 400 000	0,5–1	38–73	38–79
Włochy	60 700 000	3–12	61	63,8
Polska	38 483 000	0,4–1,9	47,6	75,8
Szkocja	5 222 100	0,7	57	57
Hiszpania	49 000 000	2,5	65–90	54–71

Tabela 2. Placówki i leczenie dostępne dla osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach w krajach biorących udział w projekcie REDUCE

Dostępne leczenie	Austria	Włochy	Polska	Szkocja	Hiszpania
Dostępność substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów <sup>1</sup>	tak	tak	tak	tak	tak
Rok, w którym wprowadzono substytucyjne leczenie uzależnienia od opiatów	1987	1980	1992	1986	szeroko dostępne od roku 1991
Zasięg leczenia substytucyjnego (%)	40–60	40–60	10–20, w niektórych regionach brak dostępu	brak danych	65
Dostępna wymiana igieł	tak	tak	tak	tak	tak
Rok, w którym wprowadzono wymianę igieł	1990	1999	1989	1986	1991

Tabela 2. c.d.

Dostępne leczenie	Austria	Włochy	Polska	Szkocja	Hiszpania
Liczba rozprowadzanych strzykawek na jednego problemowego użytkownika opiatów (2010–2011) <sup>2</sup>	98	brak danych	8	48	19
Dostępne pokoje iniekcyjne	nie	nie	nie	nie	tak
Rok wprowadzenia pokoiów iniekcyjnych	–	–	–	–	2000
Poradnictwo/psychoterapia (np. ambulatoryjne indywidualne i grupowe)	tak	tak	tak	tak	tak
Leczenie stacjonarne (np. w ośrodkach leczenia uzależnień)	tak	tak	tak	tak	tak
Detoksyfikacja ambulatoryjna	tak	tak	tak (sektor prywatny)	tak	tak
Detoksyfikacja stacjonarna	tak	tak	tak	tak	tak
Organizacje samopomocowe (np. AA/Anonimowi Narkomani)	tak	tak	tak	tak	tak
Interwencje psychospołeczne	Dostępni są profesjonaliści medyczni różnych specjalizacji (w leczeniu stacjonarnym i w ambulatoryjnym): pracownicy socjalni, psychologowie kliniczni i psycho-terapeuci.	Dostępne w placówkach leczenia uzależnień	Dostępna edukacja mająca na celu redukcję zachowań ryzykownych. Dla kobiet w ciąży istnieją specjalne interwencje.	Dostępne w placówkach leczenia uzależnień	Dostępna edukacja mająca na celu redukcję zachowań ryzykownych w programach typu outreach, w placówkach redukcji szkód i ośrodkach terapeutycznych. Nie ma odrębnych interwencji dla kobiet.

<sup>1</sup> Głównie metadonem i buprenorfina, z wyjątkiem Austrii, gdzie najczęściej stosowaną terapią substytucyjną jest leczenie za pomocą powoli uwalnianej morfiny.

<sup>2</sup> Źródło: wskaźniki obliczone dla badania REDUCE na podstawie danych EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lu/data-sheet>

Tabela 3. Dostępność i zasady leczenia zóftaczki typu C dla osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach w krajach biorących udział w projekcie REDUCE

Dostępne leczenie	Austria	Włochy	Polska	Szkocja	Hiszpania
Leczenie zóftaczki typu C dostępne dla osób zażywających narkotyki	tak	tak	tak	tak	tak
Warunki leczenia	Po udanej detoksyfikacji i/lub terapii substytucyjnej można poddać się leczeniu. Pacjent kwalifikuje się do leczenia po co najmniej 6 miesiącach abstynencji lub w przypadku leczenia substytucyjnego, jeśli nie używa dodatkowych narkotyków, lub przynajmniej nie przyjmuje narkotyków w zastrzykach. Brane jest pod uwagę również picie alkoholu i zaburzenia psychiczne. Leczenia nie zaleca się użytkownikom narkotyków (także w zastrzykach) dopóki nie unormują swojej sytuacji życiowej. Decyzje podejmowane są w przypadku każdego pacjenta indywidualnie po przeanalizowaniu ryzyka i korzyści.	Leczenie odbywa się zwykle we współpracy ze szpitalnymi oddziałami chorób zakaźnych. Dodatkowego wsparcia udzielają organizacje społeczne. Te dwa typy placówek współpracują w realizacji kompletnego programu. Wskutek niskiego współczynnika retencji pacjent musi przebyć detoksykację lub być w programie substytucyjnym.	Warunkiem leczenia jest abstynencja lub podjęcie terapii substytucyjnej metadonem. Powrót do przyjmowania narkotyków w zastrzykach, przerywa leczenie. Podjęcie na nowo abstynencji, potwierdzone poprzez odpowiednie badania, jest podstawą do ponownego przyjęcia do leczenia.	Obecnie nie obowiązuje wymóg zachowania abstynencji od narkotyków. Jednakże pacjenci muszą być w dobrym stanie, by zakwalifikować się do leczenia.	Pacjenci muszą zachować abstynencję przez co najmniej 6 miesięcy (nie wolno pić alkoholu, ani przyjmować żadnych nielegalnych substancji). Dopuszcza się leczenie substytucyjne z wykorzystaniem metadonu lub buprenorfiny.
Dostępne bez opłat	tak	tak	tak	tak	tak
Lista oczekujących na leczenie	nie	nie	tak 2 tygodnie do 3 miesięcy	tak	nie

### 3. Wiedza o drogach przenoszenia HCV i o ryzykownych zachowaniach wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w Europie: badania ilościowe i jakościowe

Badania przeprowadzono, aby określić poziom wiedzy na temat rozprzestrzeniania się wirusa żółtaczkowego typu C oraz zachowań ryzykownych wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w pięciu krajach europejskich (Austrii, Włoszech, Polsce, Hiszpanii i Szkocji). Zidentyfikowano także przyczyny, dla których kobiety decydują się na zachowania ryzykowne.

#### 3.1. Opracowanie narzędzi REDUCE do mierzenia poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i zachowań ryzykownych

##### 3.1.1. Kwestionariusz ilościowy

Starannie przeszukano bazy danych Medline, PsycINFO, CINAHL, ASSIA oraz Web of Science, by zidentyfikować istniejące narzędzia do mierzenia poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i innych wirusów obecnych we krwi, a także na temat zachowań ryzykownych, grożących zakażeniem tymi wirusami.

Zaadaptowano kwestionariusz dotyczący przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C autorstwa Balfour i wsp.<sup>[18]</sup>. Kwestionariusz zawiera 53 zdania odnoszące się do ryzyka – przy każdym z nich znajdują się trzy opcje odpowiedzi: „prawda”, „fałsz” i „nie wiem”. Za każdą poprawną odpowiedź przysługuje jeden punkt. Maksymalnie można więc uzyskać 53 punkty. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C.

Do stworzenia, na potrzeby badania REDUCE, kwestionariusza na temat zachowań ryzykownych zostały bezpośrednio wykorzystane dwa instrumenty: kwestionariusz dotyczący wiedzy, podejść i zachowań związanych z żółtaczką typu C wśród użytkowników narkotyków z Montrealu (HCV-KAB)<sup>[19]</sup> oraz opracowany w Szkocji instrument badawczy NESI (Needle Exchange Surveillance Initiative)<sup>[20]</sup>. Ten ostatni zawierał pytania na temat zażywania narkotyków, przygotowywania zastrzyków, sposobów dzielenia narkotyków i praktyk seksualnych, i miał określić, jakie ryzykowne zachowania, grożące zakażeniem żółtaczką typu C, mają miejsce i dlaczego.

Decyzje co do wyboru poszczególnych pytań, a także konkretnych sformułowań, podjęte zostały przez panel ekspertów (grupę naukowców tworzących projekt REDUCE). W ten sposób powstało **narzędzie projektu REDUCE do mierzenia poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i zachowań**

**ryzykownych.** Jest ono dostępne w języku: angielskim, niemieckim, włoskim, polskim i hiszpańskim. <http://www.thereducerproject.imim.es/>

Ponadto za pomocą Narzędzia Przesiewowego Podwójnej Diagnozy (Dual Diagnosis Screening Instrument – DDSI)<sup>[21]</sup> przebadano siedem zaburzeń psychicznych (depresję, dystymię, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego, napady paniki, fobię społeczną i agorafobię). Z kolei, za pomocą skali przemocy<sup>[22]</sup> zmierzono przemoc psychiczną i fizyczną ze strony partnera oraz ich współwystępowanie. Dotyczyło to okresu ostatnich 12 miesięcy albo ostatniego związku. Zakażenie HCV potwierdzały placówki, za zgodą uczestniczek, we Włoszech i Hiszpanii oraz przez same uczestniczki w Austrii i Szkocji. W Polsce wszystkie uczestniczki zostały zbadane na obecność wirusa żółtaczkowego typu C, chyba że przeszły takie badanie w czasie ostatnich 6 miesięcy.

### 3.1.2. Wywiady jakościowe

Przygotowano dyspozycje do przeprowadzania wywiadów pogłębionych na następujące tematy:

1. Wiedza o przenoszeniu wirusa żółtaczkowego typu C
2. Ryzyko związane z zastrzykami – z ich przygotowaniem, podziałem narkotyku i czynnościami po zrobieniu zastrzyku, jak mycie i pozbywanie się użytego sprzętu (uczestniczki poproszono o opisanie ich zwyczajowych zachowań)
3. Ryzykowne zachowania seksualne
4. Rola i wpływ innych osób na zachowania ryzykowne
5. Powody podejmowania zachowań ryzykownych
6. Warunki wdrożenia i akceptacji interwencji psychospołecznej, która miałyby ograniczyć zachowania ryzykowne grożące zakażeniem HCV i dostarczyć kobietom przyjmującym narkotyki w zastrzykach wiedzy na temat dróg zakażenia.

## 3.2. Metody

### 3.2.1. Uczestniczki i rekrutacja

W badaniu mogły brać udział kobiety w wieku 18 lat i starsze, które w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przyjmowały w zastrzykach heroinę i inne opiaty, kokainę lub amfetaminę i jej pochodne. W Austrii, Hiszpanii, Szkocji i we Włoszech, rekrutacja do badania odbywała się w poczekalniach placówek terapeutycznych. W Austrii i w Hiszpanii także w pokojach iniekcyjnych i w programach wymiany igieł. Ponadto, personel placówek ambulatoryjnych pomagał badaczom i zawiadamiał ich, kiedy klientki przyjdą na wizytę.

W Polsce ankieterzy z uprzywilejowanym dostępem, wśród których byli pracownicy Fundacji Redukcji Szkód oraz osoby w przeszłości zażywające narkotyki, wykorzystywali do rekrutacji technikę „kuli śniegowej”. Wszystkim potencjalnym uczestniczkom udostępniono informację na temat badania, w razie potrzeby uzupełnianą przez ankietera, zanim poproszono je o pisemną zgodę na udział. Przed badaniem, w każdym kraju uzyskano również zgodę komisji etyki z odpowiedniej uczelni lub placówki służby zdrowia.

Badanie odbyło się dwufazowo. Podczas 1 Fazy w pięciu krajach dokonano rekrutacji 231 kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach (z których 44–74% było zakażonych HIV) (tabela 4). Badacze/ankieterzy z uprzywilejowanym dostępem przeprowadzili badanie, wykorzystując narzędzie REDUCE, sprawdzające poziom wiedzy respondentek na temat przenoszenia się wirusa żółtaczkowego typu C i zachowań ryzykownych oraz Narzędzie Przesiewowe Podwójnej Diagnozy (DDSI)<sup>[21]</sup>. W Austrii, Polsce, Szkocji i we Włoszech najczęściej przyjmowanymi w zastrzykach narkotykami były heroina i inne opiaty, a w Hiszpanii – kokaina. W tabeli 5 pokazuje się strategię rekrutacji kobiet do badania, a próby badawcze porównuje z danymi dotyczącymi kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w każdym kraju, by zidentyfikować potencjalne źródła błędów w rekrutacji.

W 2 Fazie 125 kobiet (z 231, tj. 54% rekrutowanych w 1 Fazie) zaproszono, po wywiadach ilościowych, do udziału w wywiadach jakościowych. Przeprowadzono z nimi wywiady pogłębione dotyczące ich wiedzy na temat przenoszenia się HCV, a także przyczyn, dla których podejmują ryzykowne działania związane z zastrzykami i uprawianiem seksu. Spośród 125 kobiet, zaproszonych do udziału w 2 Fazie, 60 (48%) było zakażonych wirusem żółtaczkowego typu C.

### 3.2.2. Analiza

Statystyka opisowa została opracowana za pomocą oprogramowania SPSS. Obliczono rozkłady oraz średnie i odchylenia standardowe (SD).

Wywiady pogłębione były nagrywane. Po transkrypcji dane uporządkowano i zakodowano. Do analizy wykorzystano podejście oparte na założeniach metodologii badań jakościowych: określono tematyczne ramy pracy, stworzono sieć kategorii, przyporządkowywano cytaty do poszczególnych kategorii oraz dokonano interpretacji<sup>[23]</sup>. Dwóch badaczy z każdego kraju niezależnie od siebie kodowało trzy pierwsze zapisy wywiadów w ich rodzimym języku. Następnie odbyła się dyskusja z udziałem badaczy ze wszystkich krajów i w jej trakcie ustanowiono wspólną ramę kodów. Całość materiału kodowano w języku, w którym odbywał się wywiad i w każdym kraju powstał raport. Następnie opracowano zbiorczy raport – znalazły się w nim kluczowe tematy i to, co było wspólnego we wszystkich pięciu raportach z poszczególnych krajów.

Tabela 4. Charakterystyka badań

Kraj	Miejsca rekrutacji	Faza 1: Badanie ilościowe		
		Rozmiar próby (HCV+ve)*	Średnia wieku (SD)	Narkotyki wstrzykiwane najczęściej przez ostatnie 6 m-cy
<b>Austria</b>	Ambulatoryjne ośrodki leczenia uzależnień/ punkty wymiany igieł	50 (44%)	27,48 (5,85)	14% kokaina; 74% inne opiaty
<b>Włochy</b>	Ambulatoryjne ośrodki leczenia uzależnień/ośrodki pomocy społecznej/placówki służby zdrowia/przychodnie	50 (60%)	31,32 (8,62)	10% kokaina; 84% heroina
<b>Polska</b>	Placówka ograniczania szkód	50 (73,5%)	34,76 (8,88)	20% amfetaminy 59% heroina
<b>Szkocja</b>	Ambulatoryjne ośrodki leczenia uzależnień/ ośrodki rehabilitacji	31 (25,8%)	34,32 (7,33)	13% kokaina; 81% heroina
<b>Hiszpania</b>	Ambulatoryjne ośrodki leczenia uzależnień/ sale do zastrzyków	50 (70%)	38,92 (7,98)	58% kokaina; 42% heroina

\* wynik testu na HCV (oprócz Austrii i Szkocji) weryfikowany na podstawie danych z placówek

\*\* Dual Diagnosis Screening Instrument – Narzędzie Przesiewowe Podwójnej Diagnozy

Metoda rekrutacji	Osoba przeprowadzająca wywiad	Osoba realizująca badania DDSI**	Faza 2: Badanie jakościowe		
			Rozmiar próby (HCV+ve)*	Metoda rekrutacji	Osoba przeprowadzająca wywiad
Listy pacjentów/ rekrutacja w poczekalniach	Badacz	Badacz	28 (14)	Zaproszenie do fazy 2 po ukończeniu fazy 1	Badacz
Listy pacjentów	Badacz	Badacz	24 (13)	Zaproszenie do fazy 2 po ukończeniu fazy 1	Badacz
Technika „kuli śniegowej”	Ankieterzy	Ankieterzy	24 (15)	Dobór celowy po fazie 1	Ankieterzy
Listy pacjentów/ rekrutacja w poczekalniach	Badacz	Badacz	25 (6)	Zaproszenie do fazy 2 po ukończeniu fazy 1	Badacz
Listy pacjentów/ rekrutacja w poczekalniach	Badacz	Badacz	24 (12)	Zaproszenie do fazy 2 po ukończeniu fazy 1	Badacz

Tabela 5. Strategia rekrutacji i reprezentatywność próby

Kraj	Strategia rekrutacji
<b>Austria</b>	Uczestniczki były rekrutowane w punktach wymiany igieł, w ośrodku psychoterapii i w dwóch oddziałach dziennych. Większość została zrekrutowana w punktach wymiany igieł. Rekrutacja była prowadzona o różnych godzinach, w dni powszednie i w weekendy, co miało zapewnić szeroki przekrój respondentek. Uczestniczki były rekrutowane przez badaczy w miejscu, w którym osoby przyjmujące narkotyki w zastrzykach spędzają wiele czasu. Rekrutacja w ośrodku psychoterapii była nadzorowana przez personel, który zapraszał klientki do uczestnictwa (z ośrodka zgłosiły się tylko dwie uczestniczki).
<b>Włochy</b>	Uczestniczki były identyfikowane przez pracowników służby zdrowia i rekrutowane w ośrodkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Pracownicy służby zdrowia kwalifikowali do uczestnictwa w badaniu pacjentki, które znali i które znajdowały się w ośrodku w czasie badania. Jeśli wyraziły zgodę, wywiad z nimi przeprowadzał badacz i psycholog. Nie wiadomo, ile kobiet odmówiło zgody na uczestnictwo w badaniu (pracownicy służby zdrowia nie prowadzili takiej statystyki, bo uznali tę informację za poufną). Tylko 4 kobiety nie przysły na umówione spotkanie.
<b>Polska</b>	Uczestniczki były rekrutowane przez dwóch pracowników placówki redukcji szkód i dwóch byłych użytkowników narkotyków. Osoby wstępnie rekrutowane pomagały nawiązać kontakt z kolejnymi kobietami spełniającymi kryteria udziału w badaniu. W pierwszym etapie zrekrutowano 25 uczestniczek zakażonych wirusem żółtaczką typu C. Następnie próbowano znaleźć uczestniczki niezakażone, co wymagało większego wysiłku, ponieważ ta grupa jest bardziej zintegrowana społecznie, ma mniej kontaktów z subkulturą i rzadziej korzysta z placówek dla osób przyjmujących narkotyki.

Potencjalne źródło błędu	Reprezentatywna próba kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach		
	Zmienne	W badaniu metodą ilościową i jakościową	W kraju
Uczestniczki rekrutowane do badania stanowiły reprezentatywną próbę kobiet przyjmujących narkotyki w Austrii.	Wiek (średnia)	27,48	Brak danych
	Wiek podczas pierwszego zastrzyku (średnia lub przedział)	19,84	16–20
	Odsetek zakażonych wirusem żółtaczką typu C:	44%	25–50%
	Najczęściej przyjmowany narkotyk:	opiaty	opiaty
Respondentki były potencjalnie mniej „problemowymi” klientkami. Nadreprezentacja konsumentek heroiny w próbie.	Wiek (średnia):	31,32	31,1
	Wiek podczas pierwszego zastrzyku (średnia)	20,18	20 (heroina) 22 (kokaina)
	Odsetek zakażonych wirusem żółtaczką typu C	58%	61%
	Najczęściej przyjmowany narkotyk	Heroina (84%)	Heroina (69%)
Większość z badanych kobiet przyjmowała narkotyki na ulicy, mieszkała w hostelach i była na terapii substytucyjnej. Większość korzystała z pomocy społecznej w przeszłości lub obecnie. Potencjalny błąd może się wiązać z objęciem badaniem kobiet z poważniejszymi problemami, które zaczęły przyjmować narkotyki w zastrzykach wcześniej. Wywiady były przeprowadzane przez personel placówki redukcji szkód, co mogło wpłynąć na odpowiedzi.	Wiek (średnia):	34,7	34,5–35,5
	Wiek podczas pierwszego zastrzyku (średnia):	20,2	21,3
	Odsetek zakażonych wirusem żółtaczką typu C:	73,5%	75,8%
	Odsetek użytkowników opiatów:	59%	69–80%

Tabela 5. c.d.

Kraj	Strategia rekrutacji
<b>Szkocja</b>	Potencjalne uczestniczki badania identyfikowane były przez personel placówek. Współczynnik rekrutacji wynosił 67,45% (31/46). Z 31 kobiet, z którymi przeprowadzono wywiady, 25 wzięło udział w wywiadzie jakościowym.
<b>Hiszpania</b>	Rekrutacja była prowadzona w 3 ambulatoryjnych ośrodkach leczenia uzależnień i w 2 pokojach iniekcyjnych w Barcelonie. Personel ośrodków dostarczył listę potencjalnych uczestniczek. Ponadto uczestniczki były także rekrutowane w poczekalniach ambulatoryjnych ośrodków leczenia uzależnień. Często personel ośrodków informował badaczy o godzinach wizyt klientek.

Potencjalne źródło błędu	Reprezentatywna próba kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach		
	Zmienne	W badaniu metodą ilościową i jakościową	W kraju
Kobiety, który przyszły na wywiad, były potencjalnie mniej problemowymi użytkowniczkami narkotyków. Choć stanowiły grupę reprezentatywną, jeśli chodzi o wiek i substancję najczęściej przyjmowaną przez kobiety biorące narkotyki w Szkocji, mniej z nich było zarażonych wirusem żółtaczką typu C. Jednakże 6 uczestniczek przeszło skuteczne leczenie żółtaczką typu C. Jeśliby uznać je za osoby zakażone, to odsetek osób zakażonych w próbie REDUCE wzrasta do 48%.	Wiek (średnia):	34	33
	Wiek podczas pierwszego zastrzyku (średnia):	23	23
	Odsetek zakażonych wirusem żółtaczką typu C:	24%	57%
	Najczęściej przyjmowany narkotyk:	heroina	heroina
Kobiety rekrutowane na początku były mniej problemowymi konsumentkami narkotyków, zostały zakwalifikowane do programów leczenia dosyć dawno i miały dobre relacje z personelem placówek. Rekrutacja uczestniczek zakażonych wirusem żółtaczką typu C wymagała większego wysiłku. Rekrutację rozszerzono więc na pokoje iniekcyjne, gdzie można było spotkać głównie młodsze kobiety przyjmujące kokainę. Ogólnie, kobiety stanowiące próbę były nieco starsze niż kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach w Hiszpanii.	Wiek (średnia):	39	35
	Wiek podczas pierwszego zastrzyku (średnia):	21	21
	Odsetek zakażonych wirusem żółtaczką typu C:	70%	54–71%
	Odsetek użytkowników opiatów:	42%	34,3%

### 3.3. Wyniki badań ilościowych

#### 3.3.1. Demografia

W ciągu sześciu miesięcy trwania projektu dokonano rekrutacji 231 kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach – po 50 z Austrii, Włoch, Polski i Hiszpanii i 31 ze Szkocji. Średni wiek wynosił 33,28 (SD 8,73; przedział 18–57 lat). Ponad jedna czwarta uczestniczek mieszkała samotnie (64/231; 27,2%), 30,3% (70/231) – z partnerem, 26,4% (61/231) – z rodziną, 15,2% (35/231) – z przyjaciółmi/współlokatorami, a 14,7% (34/231) – z dziećmi (odpowiedzi nie wykluczają się wzajemnie). Prawie dwie trzecie kobiet (138/231; 59,7%) w którymś momencie swojego życia mieszkało w hostelach dla bezdomnych, nie miało stałego miejsca zamieszkania albo żyło na ulicy, a 28,6% (66/231) w ciągu ostatnich sześciu miesięcy było bezdomnych.

Większość uczestniczek to bezrobotne (67,5%; 156/231), 16,5% (38/231) otrzymywało rentę inwalidzką, tylko 10% pracowało (23/231). Prawie połowa (48,5%; 112/231) ma szkołę średnią, a 29,4% (68/231) – średnie wykształcenie techniczne, przyuczenie do zawodu lub wykształcenie zawodowe. Tylko 5,2% kobiet (12/231) posiadało dyplom licencjata bądź magistra wyższej uczelni.

#### 3.3.2. Historia przyjmowania narkotyków w zastrzykach

Średni wiek, w jakim kobiety po raz pierwszy przyjęły narkotyk w zastrzyku to 21,36 lat (SD 6,21; przedział 12–47 lat). W ciągu ostatnich sześciu miesięcy kobiety przyjmowały następujące substancje w zastrzykach: heroinę – 67,5% (156/231), a inne opiaty (w tym Metadon, Substitol, Compensan i morfinę) – 23,4% (54/231), kokainę – 49,4% (114/231), heroinę z kokainą – 16,5% (38/231), stymulanty (w tym amfetaminę, efedron, MDMA, mefedron) – 19,5% (45/231), benzodiazepiny (w tym Tempazepam, Diazepam i Clonazepam) – 8,7% (20/231), crack – 1,7% (4/231) i ketaminę – 0,9% (2/231). Narkotykami **najczęściej** przyjmowanymi w zastrzykach w ostatnich sześciu miesiącach były heroina i inne opiaty (161/231; 69,7%) oraz kokaina i stymulanty (67/231; 29,0%).

Prawie połowa uczestniczek przyjmowała narkotyki w zastrzykach w każdym miesiącu przez ostatnie pół roku (107/231; 46,3%).

#### 3.3.3. Zachowania ryzykowne związane z zastrzykami

Uczestniczki badania poproszono, by na skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznaczało „żadna”, a 10 „wszystkie”) określiły, jak wiele z używanych przez nie w ciągu ostatnich sześciu miesięcy igieł i strzykawek było nowych, przez nikogo nie-

używanych. Okazało się, że w większości przypadków używały w tym czasie nowych igieł i strzykawek (prosto z opakowania) (8,58; SD 2,0).

Najczęściej robiły sobie zastrzyki w mieszkaniach, hostelach, pokojach iniekcyjnych (190/231; 82,3%), a tylko co piąta m.in. w takich miejscach jak toaleta publiczna, park, ulica, klatka schodowa (tabela 6).

Tabela 6. Miejsce najczęściej wykorzystywane do robienia zastrzyków w ciągu ostatnich 6 miesięcy (n=231)

Gdzie najczęściej robiono zastrzyki w ciągu ostatnich 6 miesięcy	N (%)
W domu/w mieszkaniu/w hotelu	114 (49,4%)
U zaprzyjaźnionej osoby/u kogoś znajomego	35 (15,2%)
W pokoju iniekcyjnym	19 (8,2%)
W toalecie publicznej	17 (7,4%)
W domu rodziców lub innych członków rodziny	15 (6,5%)
Na ulicy/w parku	15 (6,5%)
W pustym mieszkaniu/w squacie/na klatce schodowej/w samochodzie	9 (3,9%)
W hostelu dla bezdomnych/w noclegowni	6 (2,6%)
W innym miejscu	1 (0,4%)

Częstotliwość robienia sobie zastrzyków samotnie i w towarzystwie innych osób ilustruje tabela 7. Średnia liczba osób, z którymi uczestniczki badania wspólnie robiły zastrzyki wynosiła 2,5 (SD 2,3; zakres 0–15). Sto dwadzieścia siedem uczestniczek, które przez ostatnie 6 miesięcy robiły sobie zastrzyki w towarzystwie więcej niż jednej osoby, podawało, że średnio były to 4 osoby (3,9, SD 2,2; zakres 2–15).

Tabela 7. Częstotliwość robienia zastrzyków samotnie i w towarzystwie innych osób (n=231)

	Zawsze	W większości przypadków	W połowie przypadków	Czasami	Rzadko	Nigdy
Samotnie	24 (10,4%)	46 (19,9%)	26 (11,3%)	44 (19,0%)	30 (13,0%)	61 (26,4%)
Z jedną osobą	39 (16,9%)	78 (33,8%)	27 (11,7%)	40 (17,3%)	22 (9,5%)	25 (10,8%)
Z więcej niż jedną osobą	1 (0,4%)	14 (6,1%)	8 (3,5%)	50 (21,6%)	55 (23,8%)	103 (44,6%)

Uczestniczki mówiły także o innych zachowaniach ryzykownych związanych z przygotowaniem i robieniem zastrzyków w czasie ostatnich 6 miesięcy oraz całego życia (tabela 8). Ponad połowa z nich (121/231) korzystała kiedykolwiek w życiu z igieł/strzykawek używanych wcześniej przez kogoś innego. W badanym półrocznym okresie zdarzyło się to przeciętnie 12 razy (SD 46,37, przedział 0–300). Najczęściej korzystały ze sprzętu używanego wcześniej przez partnera



Tabela 8. Ryzykowne zachowania związane z przygotowaniem i robieniem zastrzyków w ciągu całego życia i przez ostatnie 6 miesięcy (n=231)<sup>^</sup>

Ryzykowne zachowania w ciągu całego życia	N (%)
Robienie zastrzyku tą samą igłą/strzykawką więcej niż raz	207 (89,6%)
Używanie łyżek lub pojemników do mieszania narkotyku wykorzystanych wcześniej przez kogoś innego	160 (69,3%)
Używanie wacika nasączonego alkoholem przed zastrzykiem	144 (62,3%)
Używanie wacika nasączonego alkoholem po zastrzyku	143 (61,9%)
Robienie zastrzyków igłą/strzykawką używaną przez kogoś innego	66 (28,6%)
Używanie filtrów używanych wcześniej przez kogoś innego	117 (50,6%)
Przygotowywanie narkotyków lub mycie sprzętu do zastrzyków z wykorzystaniem wody używanej wcześniej przez kogoś innego	109 (47,2%)
Używanie wspólnych filtrów, łyżek, naczyń do podgrzewania narkotyków czy wody wspólnie z osobą/osobami zakażonymi wirusem żółtaczką typu C	90 (39,0%)
Robienie zastrzyków używaną igłą/strzykawką, co do której nie wiadomo, czy należy do osoby robiącej sobie nią zastrzyk	88 (38,3%)
Ryzykowne zachowania przez ostatnie 6 miesięcy	N (%)
Robienie zastrzyku tą samą igłą/strzykawką więcej niż raz	188 (81,7%)
Używanie tego samego narkotyku wraz z inną osobą po jego przygotowaniu (czyli po sporządzeniu roztworu wodnego)*	170 (73,6%)
Używanie tego samego narkotyku wraz z inną osobą przed przygotowaniem (czyli dzielenie narkotyku w formie proszku)*	150 (64,9%)
Używanie wacika nasączonego alkoholem po zastrzyku	129 (56,1%)
Używanie wacika nasączonego alkoholem przed zastrzykiem	123 (53,2%)
Używanie łyżek lub naczyń do podgrzewania narkotyku wykorzystanych wcześniej przez inne osoby/osobę	120 (51,9%)
Używanie filtrów używanych wcześniej przez kogoś innego	82 (35,7%)
Przygotowywanie narkotyków lub mycie sprzętu do zastrzyków wodą używaną wcześniej przez kogoś innego	76 (33,0%)
Używanie wspólnych filtrów, łyżek, naczyń do podgrzewania narkotyków czy wody wspólnie z osobą/osobami zakażonymi wirusem żółtaczką typu C	57 (24,8%)
Robienie zastrzyków w ciągu ostatnich 6 miesięcy używaną igłą/strzykawką, co do której nie wiadomo, czy należy do osoby robiącej sobie nią zastrzyk	39 (17,0%)

<sup>^</sup> rozbieżności wynikają z braku danych

\* brak pytań o częstotliwość tych ryzykownych zachowań w całym życiu

(36/66; 54,5%), a także bliskiego przyjaciela (13/66; 19,7%), znajomego (13/66; 19,7%), kogoś z rodziny (2/66; 3,0%), nieznanego (1/66; 1,5%).

W tabeli 9 przedstawiono przyczyny robienia zastrzyków igłą/strzykawką używaną wcześniej przez kogoś innego. Jako główne przyczyny respondentki podały brak sterylnych igieł i objawy zespołu abstynencyjnego.

Tabela 9. Przyczyny używania w ciągu ostatnich 6 miesięcy igieł/strzykawk, których używał ktoś inny (n=66)

	Wszystkie przyczyny <sup>^</sup> N=66	Główna przyczyna N=66
Brak sterylnych igieł/strzykawk	60 (90,9%)	30 (45,5%)
Respondentki знаły osobę, z którą wspólnie używały igieł/strzykawk	44 (66,7%)	7 (10,6%)
Wystąpienie objawów zespołu abstynencyjnego	40 (60,6%)	19 (28,8%)
Potrzebna pomoc przy robieniu zastrzyku	26 (39,4%)	2 (3,0%)
Zakażenie wirusem tej samej choroby (czyli żółtaczką typu C, HIV/AIDS)	21 (32,3%)	1 (1,5%)
Brak wiedzy o tym, że inna osoba jest zakażona (wirusem żółtaczką typu C, HIV/AIDS)	20 (30,3%)	1 (1,5%)
Brak świadomości zagrożenia	12 (18,2%)	0
Bycie pod wpływem narkotyku/zmęczenia	10 (15,2%)	1 (1,5%)
Inne przyczyny	3 (4,5%)*	4 (6,1%)**
Nie było możliwości odmówić tej osobie	1 (1,5%)	1 (1,5%)

<sup>^</sup> nie wykluczają się wzajemnie

\* „Nie chciało mi się iść kupić”, „Z zasady wspólnie używamy sprzętu z partnerem” i „jesteśmy razem, więc wspólnie używamy sprzętu”

\*\* „Nie chciało mi się iść kupić”, „Z zasady wspólnie używamy sprzętu z partnerem”, „jesteśmy razem, więc wspólnie używamy sprzętu” i „było dużo sprzętu, nie wiedziałam, który do kogo należy”.

Prawie połowa respondentek (58/121; 47,9%) twierdziła, że zdarzyło się im w przeszłości użyć wspólnej igły/strzykawki z osobą zakażoną wirusem żółtaczką typu C, a równo 50,0% (29/58) zrobiło to w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Osobami zakażonymi wirusem żółtaczką typu C, z którymi respondentki używały wspólnych igieł/strzykawk w ciągu ostatnich 6 miesięcy byli partner seksualny (15/29; 51,7%), bliski przyjaciel (7/29; 24,1%), znajomy (5/29; 17,2%), członek rodziny (2/29; 6,9%).

Osobami, którym przekazywały swoje używane igły lub strzykawki byli partner seksualny (32/76; 42,1%), znajomy (21/76; 27,6%), bliski przyjaciel (17/76; 22,4%); ktoś z rodziny (4/76; 5,3%).

Nieco ponad połowa uczestniczek badania w ciągu ostatnich 6 miesięcy wymagała pomocy przy robieniu sobie zastrzyków (123/229; 53,7%) – głównie ze strony swojego partnera seksualnego (52/123; 42,3%), bliskiego przyjaciela (32/123; 26,0%), znajomego (28/123; 22,8%), członka rodziny (4/123; 3,3%) i wreszcie – kogoś, kogo nie znały (1/123; 0,8%).

### 3.3.4. Korzystanie z programów wymiany igieł

Większość uczestniczek korzystała z programu wymiany igieł/strzykawek (179/231; 77,5%). Główne przyczyny, dla których nie brały w nich udziału to: brak wiedzy o istnieniu takich programów lub o ich lokalizacji (n = 15), w dostępnej dla nich okolicy nie było programów wymiany igieł/strzykawek (n = 13), kupowały/dostawały igły z innych źródeł, głównie w aptece (n = 11), stygmatyzacja osób korzystających z takich programów (n = 2). Wśród innych przyczyn uczestniczki wymieniały niechęć do korzystania z programów, chciały trzymać się z daleka od miejsc, w których znajdują się inne osoby biorące narkotyki, same rzadko przyjmowały narkotyki w zastrzykach albo nie miały czasu.

Tabela 10 ilustruje, w jakiej proporcji sprzęt do robienia zastrzyków w ciągu ostatnich 6 miesięcy pochodził z programu wymiany igieł/strzykawek. Choć dwa trzecie uczestniczek korzystało z programu wymiany, to tylko połowa z nich uzyskiwała z programu ponad trzy czwarte nowych igieł/strzykawek (tab. 10). Nowe igły/strzykawki pochodziły także z programów wymiany w aptekach (129/231; 55,8%), z ruchomych punktów wymiany (86/231; 37,2%), od bliskiego przyjaciela (82/231; 35,5%), partnera (73/231; 31,6%), znajomego (68/231; 29,4%), z placówki ochrony zdrowia (47/231; 20,3%), z pokoju iniekcji (44/231; 19,0%) oraz z innych źródeł.

Tabela 10. Proporcje sprzętu do iniekcji z programów wymiany igieł/strzykawek w ciągu ostatnich 6 miesięcy (n = 230)<sup>a</sup>

	Nic (0%)	Okolo jednej czwartej (1–25%)	Okolo połowy (50%)	Więcej niż połowa (50–75%)	Więcej niż trzy czwarte (75–100%)
Igły/strzykawki	77 (33,5%)	14 (6,1%)	9 (3,9%)	12 (5,2%)	118 (51,3%)
Filtry	132 (57,4%)	4 (1,7%)	7 (3,0%)	13 (5,7%)	74 (32,2%)
Łyżki/naczynia do podgrzewania	116 (50,4%)	9 (3,9%)	11 (4,8%)	10 (4,3%)	84 (36,5%)
Ampułki z wodą	123 (53,7%)	17 (7,4%)	9 (3,9%)	12 (5,2%)	68 (29,7%)
Kwas cytrynowy lub saszetki dezynfekujące	186 (80,9%)	1 (0,4%)	7 (3,0%)	3 (1,3%)	33 (14,3%)
Waciki/gaziki	105 (45,7%)	8 (3,5%)	9 (3,9%)	12 (5,2%)	96 (41,7%)
Bezpieczne pojemniki na igły	170 (73,9%)	4 (1,7%)	6 (2,6%)	7 (3,0%)	43 (18,7%)

<sup>a</sup> odsetki w wierszach nie zawsze sumują się do 100% z powodu braków danych

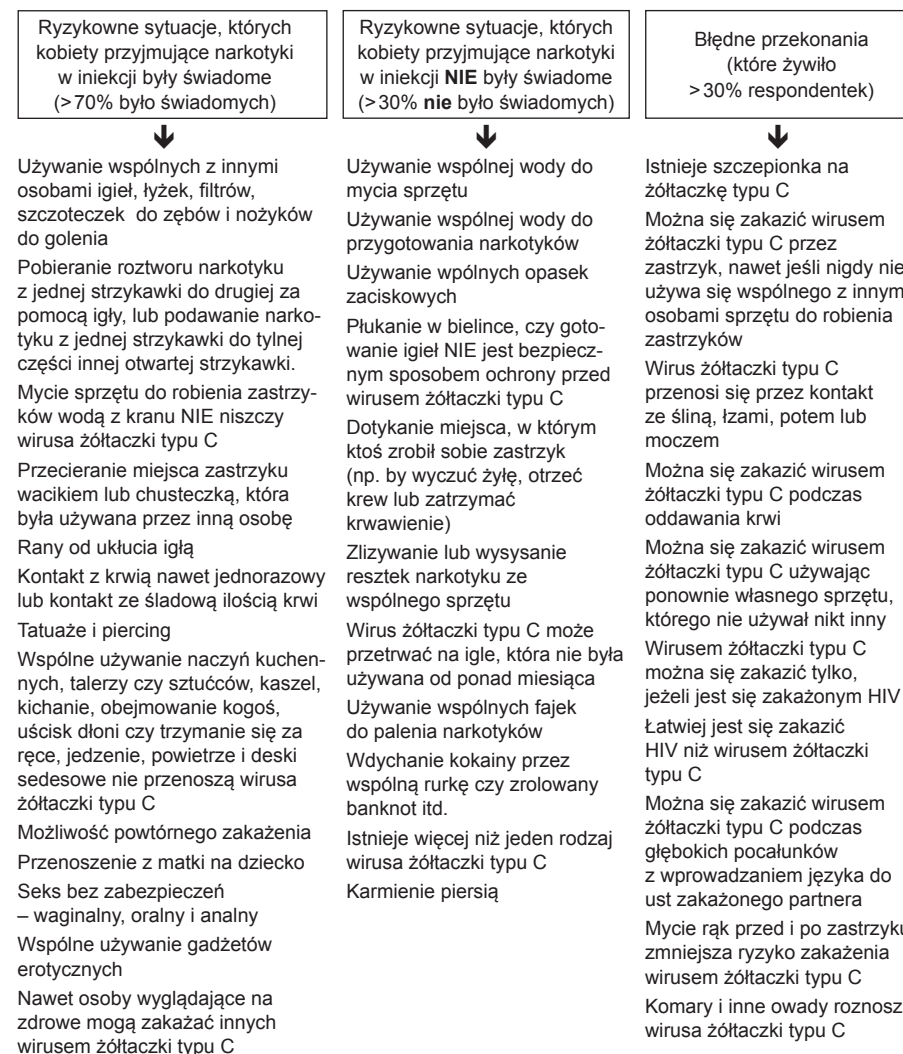
### 3.3.5. Zakażenie wirusem żółtaczk typu C

Prawie wszystkie uczestniczki przeszły badanie na obecność wirusa żółtaczk typu C (226/231; 99,1%), a większość z nich była nim zakażona (58,0%, 131/226).

### 3.3.6. Wiedza na temat przenoszenia się wirusa żółtaczk typu C

Większość uczestniczek uznała swoją wiedzę na temat przenoszenia wirusa żółtaczk typu C za zadowalającą (102/230; 44,3%) lub dobrą (90/230; 39,1%). Jednakże, jak pokazuje rys. 2, miały wiele błędnych przekonań dotyczących

Rysunek 2. Wiedza kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach na temat przenoszenia się wirusa żółtaczk typu C



tego, w jaki sposób rozprzestrzenia się wirus żółtaczkowy typu C i duże luki w wiedzy na ten temat. Średnia wiedzy na temat przenoszenia się HCV wynosiła niecałe 40 pkt na 53 możliwych (średnia 39,28, SD 5,92, przedział od 20 do 52).

### 3.3.7. Więzienie

Prawie połowa uczestniczek badania była kiedyś w więzieniu albo w zakładzie poprawczym dla młodocianych (100/231; 43,3%), średnio 1,66 razy (SD 4,07; przedział od 0 do 35). Siedemnaście procent kobiet (17/100), spośród przebywających kiedykolwiek w więzieniu, przyjmowało tam narkotyki w zastrzykach.

### 3.3.8. Związki intymne

W momencie prowadzenia badań 39% kobiet (89/228) nie było w związku intymnym, a 61,0% (139/228) miało partnera. Większość deklarowała, że ich ostatni lub obecny partner to mężczyzna (220/228; 96,5%), który nigdy nie przyjmował narkotyków w zastrzykach (157/227; 69,2%). Większość z nich w ciągu ostatnich 6 miesięcy uprawiała seks waginalny z obecnym lub ostatnim partnerem (196/227; 86,3%); seks analny był mniej popularny. Zwykle nie używano prezerwatyw – ani podczas stosunków waginalnych, ani analnych. Ponad jedna trzecia uczestniczek nie stosowała żadnych metod antykoncepcyjnych (78/227; 34,4%), 41,4% (94/227) używało prezerwatyw, co dziesiąta (23/227) brała tabletki antykoncepcyjne, co dwudziesta (11/227) miała implanty antykoncepcyjne, co trzydziesta (7/227) – domaciczną wkładkę antykoncepcyjną, 2,6% kobiet (6/227) przeszło sterylizację, wreszcie jedna osoba podała, że jej partner przeszedł wazektomię. Trzydzieści siedem procent uczestniczek potwierdziło, że obecny lub ostatni partner był zakażony wirusem żółtaczkowy typu C (84/227).

### 3.3.9. Przemoc ze strony partnera seksualnego

Ogółem, 70,4% (159/226) uczestniczek badania w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczyło przemocy ze strony partnera seksualnego w trwającym lub ostatnim związku. Najczęstszym typem przemocy była poważna przemoc fizyczna połączona z przemocą seksualną (90/226; 39,8%); przemoc fizyczna i emocjonalna (36/226; 15,9%) oraz emocjonalna i/lub nękanie (24/226; 10,6%). Rzadziej zdarzała się czysta przemoc fizyczna, której nie towarzyszyły inne formy przemocy (9/226; 4,0%).

### 3.3.10. Zaburzenia psychiczne

Większość uczestniczek badania doświadczyła przynajmniej raz w życiu współistniejącego zaburzenia psychicznego (200/229; 87,3%), średnia liczba zaburzeń w całym życiu wyniosła 3,03 (SD 2,11, przedział od 0 do 7). Najczęściej występowały: depresja (174/229; 76,0%), napady paniki (124/229; 54,1%) i zespół stresu

pourazowego (120/229; 52,4%). Siedemdziesiąt siedem procent (176/229; 76,9%) respondentek przynajmniej raz w życiu doświadczyło jakiegokolwiek zaburzenia afektywnego i tyle samo (176/229) – zaburzeń lękowych.

## 3.4. Wyniki badań jakościowych

### 3.4.1. Wprowadzenie

Jak już wspomniano, pierwsza faza projektu REDUCE polegała na przeprowadzeniu ankiet z 231 kobietami, które przyjmowały narkotyki w zastrzykach w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Z tej grupy, w drodze celowego doboru, wyłoniono próbę 125 respondentek, dbając o to, by zapewnić zróżnicowanie pod względem wieku, rodzaju przyjmowanej substancji, podejmowanych zachowań ryzykownych, statusu zakażenia żółtaczką typu C itp. Zaproszono je do udziału w 2 fazie badania, która polegała na przeprowadzeniu otwartych wywiadów pogłębionych, mających zbadać poziom ich wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczkowy typu C oraz na temat zachowań ryzykownych związanych z zastrzykami i uprawianiem seksu, grożących zakażeniem HCV. Wywiady trwały od około dwudziestu minut do półtorej godziny.

### 3.4.2. Wyniki

Uczestniczki badania miały od 18 do 57 lat. Sześćdziesiąt kobiet (48%) było zakażonych wirusem żółtaczkowy typu C, tyle samo (60, 48%) niezakażonych, pięć kobiet (4%) nie wiedziało, czy są zakażone czy nie. Wiek, w którym respondentki po raz pierwszy przyjęły narkotyk drogą iniekcji mieścił się w szerokim przedziale 12–38 lat, ale większość z nich zaczęła to robić mając 20 lat. Większość uczestniczek badania (81/125, 65%) miała stałego partnera. Większość też potrafiła sama sobie zrobić zastrzyk, choć niektóre wymagały pomocy ze względu na zbyt małe doświadczenie lub trudno dostępne żyły (tab. 11).

Tabela 11. Liczba uczestniczek badania jakościowego, wiek i zakażone czy niezakażone wirusem żółtaczkowy typu C

Kraj	N	Przedział wiekowy (średnia)	Zakażone wirusem żółtaczkowy typu C	Niezakażone wirusem żółtaczkowy typu C	Nie wiadomo, czy zakażone wirusem żółtaczkowy typu C
Austria	28	18–43 (27)	14	14	–
Włochy	24	20–50 (30)	13	11	–
Polska	24	23–57 (33)	15	9	–
Szkocja <sup>1</sup>	25	20–45 (34)	6	14	5
Hiszpania	24	24–48 (39)	12	12	–
Ogółem	125	–	60	60	5

<sup>1</sup> 6 respondentek, które uważały, że nie są obecnie zakażone wirusem żółtaczkowy typu C mówiło, że przeszły skuteczne leczenie

## Informacja o ryzyku zakażenia HCV

W pierwszej części ankiety pytaliśmy o źródła informacji o HCV, wiedzę na ten temat oraz okoliczności pierwszych iniekcji.

**Źródła informacji o ryzyku zakażenia HCV.** Badane twierdziły, że ich głównym źródłem wiedzy na temat wirusa żółtaczkowego typu C byli pracownicy służby zdrowia, placówek leczenia uzależnień od narkotyków, organizacji pozarządowych i znajomi. Dodatkowo informacji dostarczały ulotki i broszury oraz internet. Niektóre kobiety informacje uzyskały w więzieniu. W Austrii, Hiszpanii, Szkocji i we Włoszech ich głównym źródłem informacji na ten temat były placówki służby zdrowia, podczas gdy w Polsce – znajomi. Respondentki w Polsce twierdziły, że mają niewystarczający dostęp do pisemnych informacji, w innych krajach nie było takich sygnałów. Ogólnie, informacje dostarczane przez profesjonalistów i zawarte w broszurach uważane były za bardziej wiarygodne niż pochodzące od osób przyjmujących narkotyki:

*Przyjaciół nie uważam za wiarygodne źródło informacji [o przenoszeniu HCV]. Krążą między nimi dziwne mity na temat tego, jak można się zakażyć. Wiele osób ma o tym błędne wyobrażenie. (Polska: ID 16, amfetamina, wiek: 41 lat, osoba zakażona HCV)*

*Tak (...) ale jeśli informacje pochodzą z ulicy (...) ludzie mówią różne rzeczy, słyszałam wiele teorii, ale moim zdaniem informacje są wiarygodne tylko, jeśli pochodzą od specjalisty albo z ulotek (...) jeśli chodzi o innych ludzi – nie wiem. (Hiszpania: FM07, kokaina, wiek: 28 lat, osoba niezakażona HCV)*

Wiele kobiet poszukiwało informacji dopiero wtedy, kiedy same lub ktoś z grona ich przyjaciół został zakażony wirusem żółtaczkowego typu C. Inne przyczyny szukania informacji dotyczyły rozpoczęcia leczenia HCV, ciąży oraz niepokoju związanego z wcześniejszymi zachowaniami ryzykownymi przy wstrzykiwaniu sobie narkotyków, np. używanie wspólnego z innymi osobami sprzętu do robienia zastrzyków. Chociaż niektóre kobiety w krajach objętych badaniem aktywnie poszukiwały informacji, inne były pasywne lub niezainteresowane. Główne przyczyny bierności to zażywanie narkotyków, negatywny wynik badania na obecność wirusa żółtaczkowego typu C w organizmie i opinia, że nowe informacje nie są potrzebne. Nieduża grupa uczestniczek uważała, że skoro ktoś już jest zakażony, to nie musi zdobywać dalszych informacji, a w Polsce i w Szkocji niektóre kobiety sądziły, że zakażenie wirusem żółtaczkowego typu C stanowi mniejsze zagrożenie dla ich życia i zdrowia niż zakażenie HIV. *Uważałam przede wszystkim, żeby się nie zakażyć wirusem HIV, bo zawsze uważałam – być może niestusznie*

*– że z żółtaczką łatwiej sobie poradzić niż z HIV (Włochy, ID 42, heroína, wiek: 33 lata, osoba niezakażona HCV). W Hiszpanii niektóre niezakażone wirusem żółtaczkowym typu C respondentki mówiły, że nie szukały informacji, bo przyjmowały narkotyki tylko od czasu do czasu i bagatelizowały ryzyko zakażenia, choć te z wyższym poziomem wykształcenia wykazywały bardziej aktywne podejście do zdobywania nowej wiedzy o wirusie.*

**Wiedza o przenoszeniu wirusa i mylne przekonania.** Choć wszystkie uczestniczki badania mówiły, że otrzymały informacje o drogach przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C, ich wiedza była często niekompletna i pokutowały wśród nich mylne przekonania. Większość kobiet była świadoma, że wirus żółtaczkowego typu C przenosi się przez kontakt krwi z krwią, mniej z nich wiedziało, że istnieje także ryzyko zakażenia podczas uprawiania seksu. Znaczna część respondentek nie wiedziała o ryzyku zakażenia przez używanie wspólnej wody i takich przedmiotów, jak pojemniki do rozpuszczania i podgrzewania narkotyku, waciki, co jest zwłaszcza niepokojące wobec faktu, że wspólne używanie tych przedmiotów stanowi ważne źródło zakażenia. *Wiedziałam, że można się zakażyć przez wspólne używanie igieł i strzykawek i że do zakażenia dochodzi poprzez kontakt z krwią, ale nie wiedziałam, że niebezpieczne jest także używanie wspólnego naczynia do podgrzewania narkotyków (Polska: ID 15, heroína, wiek: 42 lata, osoba zakażona HCV).*

Wśród respondentek krążyły liczne mity. Na przykład niektóre z nich myślały, że można się zakażyć używając własnych używanych igieł (Austria, Włochy i Polska), że do zakażenia podczas uprawiania seksu może dojść wyłącznie podczas miesiączki (Austria i Hiszpania), że nie można się zakażyć więcej niż raz (Szkocja) i że wirus przenosi się przez ślinę (Szkocja), spermę (Hiszpania) lub dotyk (Polska).

Nawet uczestniczki badania, świadome ryzyka zakażenia się wirusem żółtaczkowego typu C, podejmowały zachowania ryzykowne. Ten dysonans pomiędzy wiedzą o możliwości uniknięcia zakażenia a podejmowaniem ryzykownych zachowań można wyjaśnić poprzez takie czynniki, jak potrzeba łagodzenia symptomów zespołu abstynencyjnego czy głodu narkotykowego, zakładana odporność na zakażenie i wiara w to, że zakażenie się wirusem i tak jest nieuniknione dla większości osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach.

**Pierwszy zastrzyk.** Większość kobiet pierwszy zastrzyk zrobiła sobie w towarzystwie partnera lub osoby zaprzyjaźnionej, która często była bardziej doświadczona, jeśli chodzi o przyjmowanie narkotyków w tej formie i pomagała w przygotowaniu i zrobieniu zastrzyku. Niektórym kobietom zastrzyki robiły inne osoby,

dopóki nie nauczyły się robić ich samodzielnie, co zwiększało ryzyko rozprzestrzenienia się wirusa. Głównymi przyczynami przyjmowania narkotyków w zastrzykach były przyczyny ekonomiczne (obniżenie kosztów), chęć zwiększenia doznań, ciekawość i wpływ partnera/kogoś znajomego. *Nie chciałam robić sobie zastrzyków, ale partner zmusił mnie, żebym spróbowała. Byłam zakochana i zrobiłam to* (Włochy: ID 26, kokaina, wiek: 44 lata, osoba niezakażona HCV po skutecznym leczeniu).

### Zachowania ryzykowne związane z zastrzykami

W tej części raportu podejmuje się próbę zrozumienia kontekstu ryzykownych zachowań, w tym miejsc, w których robi się zastrzyki, zakupu i wyrzucania sprzętu oraz kwestii bezpieczeństwa, czyli zachowań mających zapobiegać zakażeniu.

**Miejsce.** Większość respondentek we wszystkich krajach, objętych badaniem, zwykle robiła sobie zastrzyki w towarzystwie innych osób. Najczęściej w miejscach prywatnych, takich jak własne mieszkanie (lub mieszkanie innej osoby biorącej narkotyki) lub samochód. Połowa respondentek z Hiszpanii i wiele z Polski od czasu do czasu robiło sobie jednak zastrzyki gdzieś na zewnątrz, pod gołym niebem, w publicznej toalecie lub na klatce schodowej. Kobiety były świadome, że robienie zastrzyków w przestrzeni publicznej jest bardziej ryzykowne, bo wtedy częściej dochodzi do używania wspólnego sprzętu i jest mniejsza możliwość stosowania środków zapobiegawczych – brak na przykład dostępu do sterylnej wody. *Jeśli zażywamy narkotyki na klatce schodowej, używam zwykłej wody i myję sprzęt wodą z butelki, której wszyscy używają* (Polska: ID 5, heroína, wiek: 36 lat, osoba zakażona HCV). Pokoje iniekcyjne były dostępne w Hiszpanii, korzystały z nich głównie młodsze kobiety. *Spędzam wiele czasu w pokoju iniekcyjnym. Nie mam domu. Zawsze lepiej jest tutaj niż na ulicy* (Hiszpania: JT34, kokaina, wiek: 24 lata, osoba zakażona HCV). Starsze kobiety najczęściej robiły sobie zastrzyki we własnych miejscach zamieszkania i bez towarzystwa. *Kiedyś robiłam to na ulicy. Ale to było dawniej, kiedy byłam młodszą. Teraz wolę spokojniejsze miejsce, zwykle robię to w domu, używając własnego sprzętu, siedząc wygodnie na kanapie, bez pośpiechu* (Hiszpania: JT46, heroína, wiek: 46 lat, osoba zakażona HCV). Starsze respondentki mówiły, że czują się mniej bezpiecznie i bardziej narażone na niebezpieczeństwo, robiąc sobie zastrzyki gdzieś na zewnątrz.

Kobiety wspominały także, że decydują się na bardziej ryzykowne zachowania podczas grupowego robienia zastrzyków. Na przykład w Polsce respondentki utrzymywały, że w takich sytuacjach, częściej niż w innych, dochodzi do używania wspólnego sprzętu albo używa się przypadkowego sprzętu, bo nikt nie wie, co do

kogo należy, brak także sterylnych igieł i strzykawek. Polskie uczestniczki badania uważały, że w miejscach wymiany nie ma wystarczającej liczby igieł i strzykawek, by starczyło dla wszystkich osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach, a igły i strzykawki w aptekach nie zawsze spełniają wymogi użytkowników.

**Kupowanie i pozbywanie się używanego sprzętu do iniekcji.** Czysty sprzęt dystrybuowany był głównie poprzez programy wymiany igieł. W Hiszpanii i Szkocji kobiety podkreślały korzyści z tego, że mogą dostać cały potrzebny do bezpiecznego zrobienia zastrzyku sprzęt (w pakiecie znajdowały się: sterylna igła/strzykawka, filtry, gaziki, naczynie do podgrzewania i woda). W Szkocji sprzęt był rozdawany głównie przez programy wymiany w aptekach. W Hiszpanii respondentki miały przede wszystkim dostęp do czystego sprzętu w pokojach iniekcyjnych i aptekach. We Włoszech – kupowały pakiety w aptekach i w specjalnych automatach oraz otrzymywały je za darmo w placówkach prowadzących wymianę. W Austrii większość uczestniczek regularnie odwiedzała placówki wymiany igieł; nieliczne dostawały nowe i sterylne igły od swoich przyjaciół. Respondentki w Polsce mniej pozytywnie wyrażały się o dostępności sprzętu do robienia zastrzyków – mówiły o problemach w uzyskaniu sterylnego sprzętu, o braku odpowiedniego zaopatrzenia w aptekach, o negatywnym nastawieniu farmaceutów i braku pieniędzy na zakup sprzętu. Jednakże we wszystkich krajach dostęp do sprzętu pozostawał problemem dla niektórych kobiet; głównie dlatego, że brakowało punktów wymiany igieł. Ponadto głód narkotykowy, czy objawy zespołu abstynencyjnego często sprawiały, że kobiety nie były w stanie zdobyć się na wysiłek, by zapewnić sobie nowy, nieużywany sprzęt.

Jeśli chodzi o pozbywanie się użytego sprzętu, większość uczestniczek badania zwracała uwagę na używane igły w miejscach wymiany – zwykle wrzucały je do specjalnych bezpiecznych pojemników. Jednak we Włoszech oraz w Austrii takie pojemniki nie były dostępne. Dlatego też we Włoszech większość uczestniczek wyrzucała zużyty sprzęt do kosza na śmieci w domu lub na ulicy. Igły były zwykle zabezpieczane kapturkami, by można je było bezpiecznie wyrzucić i zabezpieczyć przed przypadkowym ukłuciem się kogoś wyrzuconą igłą. Niektóre uczestniczki badania zatrzymywały używane igły, by używać je w przyszłości – tak na wszelki wypadek, żeby w ogóle mieć jakieś igły, kiedy nowe nie będą dostępne. Kilka kobiet przyznało, że dawały swoje używane igły innym osobom, doświadczającym zespołu abstynencyjnego. *Kiedy ktoś bardzo cierpi z powodu zespołu abstynencyjnego? Tak, wtedy oddałabym mu swoje igły. Żeby mu pomóc* (Austria: ID 17, wiek: 31 lat, osoba zakażona HCV). Część kobiet mówiła o tym, że zwykle mają wspólną z partnerem torebkę na używane igły. Chociaż niektóre zaznaczały swoje igły, żeby je później rozpoznać, inne po prostu wkładały je bez oznakowania do torebki, zwiększając tym samym ryzyko, że użyją w przyszłości czyjejs (być może zainfekowanej) igły. *Nie wiem, mam je [strzykawki] tutaj*

– *wyciągam i moja wygląda tak samo jak jego, nie używam wspólnej strzykawki celowo, choć faktycznie trzymamy je razem (...) kiedy wkładam je do torebki nie myślę o tym, żeby zaznaczyć swoją strzykawkę. Moi przyjaciele zawsze je zaznaczali, ale po jakimś czasie już nie myślałam o zaznaczaniu swojej strzykawki. (...) Nie byliśmy pewni, która jest czyja, więc na pewno używaliśmy swoich strzykawek nawzajem, choć nie chcieliśmy tego robić celowo – po prostu byliśmy razem, wyjmowaliśmy strzykawki z torebki i robiliśmy sobie zastrzyki (Włochy: ID 5, kokaina, wiek: 24 lata, osoba zakażona HCV).*

Niektóre kobiety myły swoje używane igły wodą i/lub alkoholem przed włożeniem ich do torebek, by móc ich użyć ponownie, ale kilka z nich mówiło, że wkładają do torebki brudną igłę i myją ją przed następnym użyciem.

**Przygotowanie zastrzyku i zastrzyk.** Duża część kobiet mówiła, że dezynfekuje miejsce zastrzyku przed i/lub po zastrzyku. W Hiszpanii, Szkocji i we Włoszech pakiety ze sprzętem do robienia zastrzyków zawierały nasączone alkoholem waciki do przemycia skóry. Jednak wiele uczestniczek badania używa także chusteczek higienicznych, ręczników, waty, mokrych chustek dla niemowląt, a nawet papieru z paczki papierosów.

We wszystkich krajach większość kobiet, w którymś momencie swojego przyjmowania narkotyków w zastrzykach, używała wspólnego sprzętu z innymi osobami. Istotne różnice zanotowano w przygotowaniu narkotyków do iniekcji. Kobiety zdawały sobie sprawę, że robiąc zastrzyki bez towarzystwa innych osób, mają większą kontrolę nad sytuacją i podejmują mniejsze ryzyko, jeśli chodzi o możliwość zakażenia. Robienie zastrzyku w grupie lub z partnerem niesie ze sobą większe ryzyko, bo pojawia się możliwość wspólnego użycia sprzętu – w szczególności naczyń do podgrzewania, wody i filtrów. Choć większość kobiet, z którymi przeprowadzono wywiady, była świadoma ryzyka zakażenia związanego z używaniem wspólnych z innymi osobami igieł, popularną praktyką było wspólne używanie naczyń do podgrzewania narkotyków, filtrów i wody. W Szkocji i we Włoszech kobiety opisywały wspólne używanie naczyń do podgrzewania narkotyków, filtrów i wody do robienia roztworu narkotyku, i pobieranie narkotyku do strzykawek ze wspólnego naczynia. W Hiszpanii i w Polsce częściej wspominały o technikach napełniania strzykawek narkotykiem za pomocą innej strzykawki – tzw. frontloading i backloading. Najpierw pobiera się roztwór do jednej strzykawki, a następnie napełnia nim inną strzykawkę: za pomocą igły od przodu (frontloading) albo po wyjęciu tłoka – od tyłu (backloading). Choć we Włoszech opisywano przypadki wykorzystywania innej igły do podziału narkotyku, to większość kobiet posługiwała się w tym celu wcześniej używanymi lub „wysterylizowanymi” strzykawkami. W Austrii techniki te nie były powszechnie stosowane.

Wspólnym motywem, który pojawiał się we wszystkich krajach, były nieformalne zasady obowiązujące podczas przygotowywania narkotyków i robienia zastrzyków. We Włoszech, w Polsce, Szkocji i Hiszpanii kobiety opisywały, że bardziej doświadczone osoby przygotowywały zastrzyk – było to szczególnie powszechne wśród nowicjuszy albo tych, którzy nie potrafili sobie sami zrobić zastrzyku. O przygotowaniu narkotyków i kolejności robienia zastrzyków decydowały najczęściej osoby, które dostarczyły najwięcej pieniędzy na zakup narkotyków. Kolejny ważny czynnik to „zaufanie” – zwłaszcza dla tych kobiet, które nie potrafią same zrobić sobie zastrzyku – zaufanie zależało od tego, jak dobrze respondentka знаła daną osobę (np. kogoś, z kim pozostawała w długotrwałym związku/partnera seksualnego) oraz od wiedzy i doświadczenia partnera od zastrzyków. Niewiele uczestniczek badania wspominało o utracie kontroli nad procesem przygotowania narkotyków, ponieważ partner chciał go kontrolować, a one nie czuły się zdolne do negocjowania albo do nalegania na bezpieczniejsze praktyki związane z zastrzykami. Podobnie przemoc ze strony partnera seksualnego ograniczała zdolność uczestniczek badania do unikania używania wspólnego z nim sprzętu. *Tak, za bardzo się bałam powiedzieć mu, że nie chcę używać jego sprzętu, bo mogłam zaliczyć kolejne uderzenia na odlew, w szczękę. Za bardzo się bałam, robiłam z nim to już wcześniej i po prostu... wolałabym o tym nie mówić, ale skończyło się tak, że uderzył mnie w twarz.* (Szkocja: ID 2023, kokaina, wiek: 39 lat, osoba zakażona HCV)

Kobiety mówiły o tym, że depresja i apatia to powody niskiej motywacji do ograniczania ryzyka. *Kiedy człowiek ma zły nastrój, wszystko jest mu obojętne ... po prostu jest ci wszystko jedno.* (Hiszpania: JT43, kokaina, wiek: 36 lat, osoba zakażona HCV)

Kilka uczestniczek badania we Włoszech, w Szkocji i Hiszpanii mówiło, że podczas grupowego robienia zastrzyków rzadko rozmawia się o tym, czy ktoś jest, czy nie jest zakażony. Inaczej było w Polsce. Respondentki z Polski mówiły, że same informowały innych o tym, że są zakażone i zadawały im pytania dotyczące zakażenia wirusami żółtaczką typu C i HIV. Na tej podstawie decydowały o używaniu z kimś wspólnego sprzętu. Również respondentki w Austrii nierzadko rozmawiały o zakażeniu wirusem żółtaczką typu C z partnerami i przyjaciółmi.

## Zachowania seksualne

Większość uczestniczek badania stanowiły kobiety heteroseksualne, które pozostawały w chwili badania lub wcześniej w długotrwałych związkach intymnych. W Austrii połowa kobiet zadeklarowała, że używa prezerwatyw. Jednakże

w Hiszpanii, Szkocji, we Włoszech i w Polsce używanie prezerwatyw nie było częstą praktyką – co więcej, większość respondentek z Polski nie stosowała żadnej antykoncepcji. Głównymi przyczynami nie używania prezerwatyw były zaufanie i intymność w długotrwałych związkach, brak asertywności, przemoc ze strony byłego lub obecnego partnera i będący jej wynikiem strach (realny lub tylko wyobrażony) przed reakcją partnera na propozycję założenia prezerwatywy, działanie pod wpływem impulsu, brak zainteresowania oraz słabsze doznania seksualne.

*Mój partner mówi, że jeśli chcę używać prezerwatyw, to znaczy, że go nie kocham i w przyszłości go porzucę.* (Polska: ID 15, heroina, wiek: 42 lata, osoba zakażona HCV)

*Tak, w związku z bezdomnym mężczyzną. Odmówił używania prezerwatyw. Co więcej, uderzył mnie w twarz. Bałam się znowu poprosić go o założenie prezerwatywy.* (Hiszpania: JT35, heroina, wiek: 45 lat, osoba zakażona HCV)

Niektóre kobiety wspominały, że partnerzy odmawiali założenia prezerwatywy, ale zdarzało się również, że byli gotowi do używania prezerwatyw i podejmowania wspólnych decyzji w tej kwestii. Niekiedy to oni nalegali na używanie prezerwatyw. Prezerwatywy były rzadko używane w przypadkach, w których obydwójce partnerzy zakażeni HCV, raczej nie brali pod uwagę ryzyka zakażenia wirusem o innym genotypie.

Niewielka część kobiet prosiła nowych partnerów, by poddali się badaniom na choroby przenoszone drogą płciową (w tym na żółtaczkę typu C), ale już więcej z nich twierdziło, że prosiły nowych lub przypadkowych partnerów o założenie prezerwatywy. W ogólnej próbie bardzo niewiele uczestniczek badania uprawiało seks za pieniądze, a te nieliczne mówiły, że prezerwatywy były używane prawie zawsze (z wyjątkiem sytuacji, w której klient proponował wyższą opłatę za seks bez prezerwatywy); kilka mówiło o używaniu prezerwatyw podczas seksu oralnego. Seks analny uprawiano rzadko i tylko w Hiszpanii uważany był za obarczony najwyższym ryzykiem przenoszenia wirusa. Seks oralny na ogół nie był uważany za ryzykowny. Respondentki były przekonane, że nie istnieją środki ochrony dla stosunków lesbijskich. Chociaż niektóre uczestniczki badania wiedziały, że seks bez zabezpieczeń to czynnik ryzyka zakażenia się wirusem żółtaczką typu C, to wiedza w tej kwestii nie była tak powszechna, jak wiedza o zachowaniach związanych z zastrzykami. Jednak nawet wśród tych, które zdawały sobie sprawę z ryzyka, istniała ciągle rozbieżność pomiędzy wiedzą a praktyką.

## Zakażenie i profilaktyka

Ta część raportu dotyczy wiedzy uczestniczek badania na temat tego, jak mogły się zakażać wirusem żółtaczką typu C lub jak mogły zakażenia uniknąć.

Uczestniczki badania, które nie były zakażone wirusem żółtaczką typu C przyjęły kilka strategii, które mogą tłumaczyć jak udało im się uniknąć zakażenia. Większość z nich nie używała wspólnych (albo to wspólne używanie ograniczyła) igieł i innego sprzętu do robienia zastrzyków, niektóre stosowały prezerwatywy, inne zaznaczały swój sprzęt do robienia zastrzyków, by mieć pewność, że używają tylko własnych igieł. Niektóre kobiety (niewielka ich liczba) zadeklarowały, że nie zakażyły się wirusem żółtaczką typu C, bo miały „szczęście”.

Prawie połowa uczestniczek badania (48%), na pewnym etapie przyjmowania narkotyków w zastrzykach, zakażyła się wirusem żółtaczką typu C. Większość z nich uważała, że zakażyły się poprzez używanie wspólnych z innymi osobami igieł lub innego sprzętu do robienia zastrzyków (np. naczyń do podgrzewania narkotyków i filtrów). W Polsce kobiety nie łączyły przenoszenia wirusa żółtaczką typu C z używaniem wspólnej wody do płukania sprzętu, choć część z nich mówiła o braku higieny czy brudzie jako przyczynie przenoszenia się wirusa. We Włoszech możliwość infekcji poprzez wspólne igły i/lub strzykawki była znana, ale fakt, że można się zakażać poprzez używanie wspólnie innego sprzętu respondentki uświadamiały sobie czasami dopiero podczas wywiadu. Bardzo niewiele kobiet uważało, że zakażyły się wirusem poprzez seks i większość zakładała, że ryzyko zakażenia się w ten sposób jest minimalne (albo podjęły środki zaradcze albo uznały ryzyko za małe).

Po uzyskaniu wyniku badania w kierunku zakażenia żółtaczką typu C, większość uczestniczek podjęła bezpieczniejsze zachowania związane z zastrzykami – zwłaszcza, jeśli chodzi o unikanie wspólnych igieł i innego sprzętu. Zdecydowana mniejszość nie wprowadziła żadnych zmian – dlatego, że już stosowała bezpieczne metody robienia zastrzyków, albo dlatego, że wspólne używanie sprzętu było przyjęte w grupie. Niektóre uczestniczki badania zdradziły innym osobom, że są zakażone wirusem żółtaczką typu C, pozostawiając im decyzję, czy chcą używać wspólnego z nimi sprzętu. Ograniczenie ryzyka zakażenia innych osób, zwłaszcza członków rodziny i dzieci, było ważną strategią dla niektórych kobiet, które unikały używania wspólnie z nimi przedmiotów takich, jak cążki do obcinania paznokci, szczoteczki do zębów i nożyki do golenia. Niektóre z nich mówiły, że używają prezerwatyw, by chronić swych partnerów przed zakażeniem przez uprawianie seksu. Kobiety, które robiły zastrzyki w miejscach publicznych, próbowały zapewnić sobie dostęp do czystej wody do mycia sprzętu po użyciu. Inne robiły sobie zastrzyki w domu, by mieć pewność, że przygotowanie i zrobienie zastrzyku będzie bezpieczne i nie będą musiały się spieszyć.

## Ocena potrzeby interwencji

We wszystkich krajach biorących udział w badaniu wszystkie respondentki były zgodne co do tego, że istnieje potrzeba opracowania interwencji omawiającej ryzyko przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i przedstawiającej strategię unikania zakażenia. Uczestniczki badania byłyby zadowolone z poznania technik asertywności dotyczących zachowań związanych z robieniem zastrzyków oraz zdrowiem seksualnym; uważały ponadto, że z wiedzy na temat wirusa żółtaczkowego typu C skorzystają nie tylko one, ale także osoby młodsze i te, które dopiero zaczynają przyjmować narkotyki w zastrzykach. Na pytanie, czy interwencja powinna być prowadzona w grupach, czy indywidualnie, padały różne odpowiedzi. Te kobiety, które wolałyby sesje indywidualne, wskazywały na obawę przed konfliktami w grupie, wstyd i brak pewności siebie. Niektóre uważały, że mogłyby się zdobyć na większą otwartość w omawianiu swoich prywatnych spraw z osobą prowadzącą interwencję i że indywidualne sesje zapewniłyby im anonimowość i poufność. Inne mówiły, że się wstydzą, albo boją, że będą osądzone przez inne osoby w związku z zakażeniem wirusem żółtaczkowego typu C.

Korzyści z sesji grupowych obejmowały możliwość wymiany doświadczeń oraz interesujących dyskusji. Praca grupowa była także postrzegana jako bardziej przyjazna i dynamiczna niż sesje indywidualne. Została uznana za lepszą opcję we Włoszech. Większość uczestniczek badania z Austrii, Włoch i z Polski uważała, że dobrym pomysłem byłoby włączenie do interwencji ich partnerów, bo pozwoliłoby to im także zdobyć wiedzę na temat ryzyka przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C i nauczyć się technik wsparcia partnerek. Odwrotnie było w Hiszpanii i w Szkocji – większość kobiet nie życzyłaby sobie zaangażowania partnerów, bo czuły, że w ich obecności mniej chętnie dzieliłyby się swoimi opiniami i doświadczeniami.

### 3.4.3. Podsumowanie wyników badań

Wyniki badań wskazują na podobieństwa pomiędzy uczestniczkami badania z różnych krajów w ich usiłowaniach zdobywania informacji, w ich wiedzy i zachowaniach związanych z przyjmowaniem iniekcyjnym narkotyków. Ogólnie rzecz biorąc, widać, że istnieje pilna potrzeba lepszego rozumienia ryzyka przenoszenia się wirusa żółtaczkowego typu C. Może to przyczynić się do zmian w zachowaniach związanych z dokonywaniem iniekcji oraz w zachowaniach seksualnych.

Choć informacje o wirusie żółtaczkowego typu C respondentki uzyskiwały z wielu źródeł, to te uważane za najbardziej wiarygodne pochodziły od profesjonalistów.

Pomimo dostępności informacji na temat przenoszenia się wirusa żółtaczkowego typu C, wiedza części kobiet była niekompletna: szczególnie o ryzyku zakażenia się wirusem poprzez używanie wspólnej wody do przygotowania narkotyków i płukania sprzętu oraz o ryzykowanych zachowaniach seksualnych. Co więcej, we wszystkich krajach, w kulturę przyjmowania narkotyków w zastrzykach wrosło wiele błędnych przekonań i mitów. Badania wskazywały także na potrzebę lepszej informacji na temat względnego ryzyka zakażenia HIV/AIDS na tle podwyższonego ryzyka przenoszenia wirusa żółtaczkowego typu C.

U uczestniczek badania zidentyfikowano dysonans poznawczy; pomimo świadomości ryzyka zakażenia się HCV kobiety wciąż podejmowały ryzykowne zachowania związane z zastrzykami – przede wszystkim używały wspólnego z innymi osobami sprzętu do robienia zastrzyków. Robiły to często pod wpływem fizycznych objawów zespołu abstynencyjnego i głodu narkotykowego. Pomimo wiedzy na temat przenoszenia się HCV niektóre z kobiet były przekonane, że mają „szczęście” i to chroni je przed zakażeniem, inne uważały, że zakażenie i tak jest nieuchronne. Poczucie nieuchronności zakażenia lub jego przypadkowości wymaga dalszych badań, które pozwoliłyby te przekonania zmienić.

Wyniki badania zdecydowanie wskazują także na to, że te kobiety, które nie potrafiły same zrobić sobie zastrzyku, polegały na innych osobach, przyjmujących narkotyki w zastrzykach i miały mniejszą zdolność do negocjowania, czy do nalegania na używanie czystego sprzętu do przygotowywania narkotyków i ich iniekcji, przez co znalazły się w grupie podwyższonego ryzyka zakażenia HCV. Ta sama sytuacja dotyczyła niewielkiej liczby uczestniczek, które mówiły, że ich partnerzy wolą kontrolować proces robienia zastrzyków. Nauka negocjowania i asertywności może wyposażyć kobiety w umiejętność rozmawiania o problemie i nalegania na używanie sterylnego sprzętu do zastrzyków, a także do korzystania z prezerwatyw. Kluczowymi czynnikami decydującymi o podejmowaniu przez kobiety ryzykownych zachowań seksualnych były potrzeba intymności, zaufanie i brak asertywności.

### 3.5. Triangulacja danych

W tabeli 12 podsumowano wnioski z ilościowej i jakościowej części badania. Tabela ilustruje czynniki wewnętrzne (podejście/motywacja, wiedza/umiejętności) oraz zewnętrzne (sytuacja, kultura i polityka) zwiększające możliwość podejmowania ryzykownych zachowań iniekcyjnych oraz seksualnych. Przedstawia także rekomendacje dla rozwoju świadczeń, które mogłyby pomóc zmienić te zachowania lub ograniczyć ich zasięg.



Table 12. Triangulacja danych z badań ilościowych i jakościowych oraz rekomendacje płynące z badań

Zachowanie	Czynniki wewnętrzne	
	Podejście/motywacja	Wiedza/umiejętności
RYZIKOWNE ZACHOWANIA INIEKCYJNE		
Wspólne używanie igieł i strzykawek (w tym pobieranie narkotyku za pomocą innych strzykawek)	Przekonanie, że zakażenie jest nieuniknione; zaufanie do partnera; postrzegana stygmatyzacja; apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego; partner zakażony wirusem żółtaczką typu C; dysonans poznawczy (podejmowanie działań ryzykownych pomimo posiadania wiedzy o drogach przenoszenia wirusa)	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; brak doświadczenia; błędne przekonania; niejawni status zakażenia wirusem żółtaczką typu C; brak asertywności/umiejętności negocjacji
Wspólne używanie innych przedmiotów (wody, naczyń do podgrzewania, opasek, filtrów, wacików)	Przekonanie, że zakażenie jest nieuniknione; zaufanie do partnera; postrzegana stygmatyzacja; apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego; partner zakażony wirusem żółtaczką typu C; dysonans poznawczy (podejmowanie działań ryzykownych pomimo posiadania wiedzy o drogach przenoszenia się wirusa)	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; brak doświadczenia; błędne przekonania; niejawni status zakażenia wirusem żółtaczką typu C; brak asertywności/umiejętności negocjacji
Iniekcje w miejscach publicznych	Apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; brak doświadczenia; błędne przekonania; niejawni status zakażenia wirusem żółtaczką typu C
Grupowe iniekcje	Zaufanie; apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego; dysonans poznawczy	Brak doświadczenia; brak wiedzy; brak asertywności/umiejętności negocjacji; niejawni status zakażenia wirusem żółtaczką typu C
Mycie igieł	Zaufanie do partnera; postrzegana stygmatyzacja; partner zakażony wirusem żółtaczką typu C; dysonans poznawczy (podejmowanie działań ryzykownych pomimo posiadania wiedzy o drogach przenoszenia się wirusa)	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; błędne przekonania
Powtórne używanie własnych igieł	Apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy

Sytuacja	Czynniki zewnętrzne		Rekomendacje
	Kultura	Polityka	
Brak dostępu (duża odległość od apteki, brak programów wymiany igieł, brak pieniędzy, itd.); robienie zastrzyków w miejscach publicznych; bezdomność	Postrzegana stygmatyzacja; wspólne robienie zastrzyków postrzegane jako norma; podwyższone ryzyko wskutek zażywania stymulantów	Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C; brak informacji na temat dostępnych placówek; brak darmowych igieł/strzykawek	Lepsza edukacja na temat wirusa żółtaczką typu C oferowana przez lekarzy pierwszego kontaktu i inny personel medyczny; szersza informacja o placówkach oferujących pomoc; darmowe igły i strzykawki
Brak dostępu (duża odległość od apteki, brak programów wymiany igieł, brak pieniędzy, itd.); robienie zastrzyków w miejscach publicznych; bezdomność	Postrzegana stygmatyzacja; wspólne robienie zastrzyków postrzegane jako norma; podwyższone ryzyko wskutek zażywania stymulantów	Edukacja dotycząca wirusa żółtaczką typu C nie skupia się na ryzyku wynikającym ze wspólnego używania sprzętu do robienia zastrzyków; pakiety ze sprzętem nie zawierają wody (w Szkocji ostatnio zaczęto ją dołączać do pakietów)	Edukacja na temat wirusa żółtaczką typu C powinna zawierać informacje o ryzyku zakażenia związanego ze wspólnym używaniem sprzętu do iniekcji; darmowy sprzęt
Brak bezpiecznych miejsc, takich jak pokoje iniekcyjne	Postrzegana stygmatyzacja; wspólne robienie zastrzyków postrzegane jako norma	Brak pokoi iniekcyjnych	Zapewnienie bezpiecznych pokoi iniekcyjnych
	Nieformalne zasady; wspólne robienie zastrzyków postrzegane jako norma; zaufanie/miłość	Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C	Lepsza edukacja na temat wirusa żółtaczką typu C oferowana przez lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników służby zdrowia
Brak dostępu (duża odległość od apteki, brak programów wymiany igieł itd.); brak pokoi iniekcyjnych	Normalne, zwykłe zachowanie	Brak pokoi iniekcyjnych; brak informacji na temat dostępności placówek; zwłaszcza na temat programów wymiany igieł	Zapewnienie bezpiecznych pokoi iniekcyjnych, szersza informacja o dostępnych możliwościach pomocy
Brak dostępu (duża odległość od apteki; brak programów wymiany igieł itd.); brak pokoi iniekcyjnych	Normalne, zwykłe zachowanie	Niewystarczająca liczba igieł/pakietów dostępnych w programach wymiany igieł	Nielimitowanie liczby pakietów w punktach wymiany igieł

Table 12. c.d.

Zachowanie	Czynniki wewnętrzne	
	Podejście/motywacja	Wiedza/umiejętności
Przechowywanie sprzętu	Partner zakażony wirusem żółtaczką typu C; apatia	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; błędne przekonania
Iniekcje wykonywane przez kogoś innego	Zaufanie; apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego; rezygnacja z kontroli; dysonans poznawczy (podejmowanie działań ryzykownych pomimo posiadania wiedzy o drogach przenoszenia się wirusa)	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; brak doświadczenia; brak asertywności/umiejętności negocjacji; niejawny status zakażenia wirusem żółtaczką typu C
Przygotowanie narkotyku przez kogoś innego	Zaufanie; apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego; rezygnacja z kontroli; dysonans poznawczy (podejmowanie działań ryzykownych pomimo posiadania wiedzy o drogach przenoszenia się wirusa)	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy; brak asertywności/umiejętności negocjacji; brak doświadczenia; niejawny status zakażenia wirusem żółtaczką typu C
Brak dbałości o higienę	Apatia; głód narkotykowy/objawy zespołu abstynencyjnego	Niski poziom wiedzy/brak wiedzy
<b>RYZYKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE</b>		
Seks waginalny	Zaufanie i intymność; apatia; przemoc ze strony partnera; dysonans poznawczy; partner ma taki sam status HCV lub nie jest zakażony; obniżone doznania seksualne; wstyd	Błędne przekonania na temat przenoszenia HCV drogą płciową; brak wiedzy; brak asertywności w przekonywaniu partnera do użycia prezerwatywy
Seks analny	Zaufanie i intymność; apatia; przemoc ze strony obecnego partnera; dysonans poznawczy; partner ma taki sam status HCV lub nie jest zakażony	Błędne przekonania na temat przenoszenia się wirusa żółtaczką typu C drogą płciową; brak wiedzy; brak asertywności w przekonywaniu partnera do użycia prezerwatywy
Seks oralny	Zaufanie i intymność; przemoc ze strony obecnego partnera; dysonans poznawczy; partner ma taki sam status HCV lub nie jest zakażony	Błędne przekonania na temat przenoszenia się wirusa żółtaczką typu C drogą płciową; brak wiedzy; brak asertywności w przekonywaniu partnera do użycia prezerwatywy

Sytuacja	Czynniki zewnętrzne		Rekomendacje
	Kultura	Polityka	
Brak dostępu (duża odległość od apteki; brak programów wymiany igieł itd)	Normalne, zwykłe zachowanie	Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C	Podniesienie poziomu edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C przez lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników służby zdrowia
Dominujący partner; bardziej doświadczony użytkownicy	Normalne, zwykłe zachowanie, nieformalne normy, zasady	Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C	Podniesienie poziomu edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C przez lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników służby zdrowia
Dominujący partner; bardziej doświadczony użytkownicy; kupujący narkotyki; bardziej stabilny użytkownik	Normalne, zwykłe zachowanie	Normalne, zwykłe zachowanie, nieformalne normy, zasady	Podniesienie poziomu edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C przez lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników służby zdrowia
Mała dostępność wacików; brak pieniędzy		Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C; brak wacików	Podniesienie poziomu edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C przez lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników służby zdrowia; większa dostępność wacików
Uprawianie seksu w zamian za pieniądze; liczni partnerzy; odmowa partnera; brak dostępu do prezerwatyw; brak pieniędzy na prezerwatywy	Normalne, zwykłe zachowanie	Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C; brak edukacji seksualnej	Wyższy poziom edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C i seksualnej prowadzonej przez lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników służby zdrowia
Uprawianie seksu w zamian za pieniądze		Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C; brak edukacji seksualnej	Wyższy poziom edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C i seksualnej prowadzonej przez lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników służby zdrowia
Uprawianie seksu w zamian za pieniądze		Brak edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C; brak edukacji seksualnej	Wyższy poziom edukacji na temat wirusa żółtaczką typu C i seksualnej prowadzonej przez lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników służby zdrowia

## **4. Opracowanie i przetestowanie interwencji psychospołecznej**

### **4.1. Opracowanie interwencji REDUCE**

W opracowaniu interwencji psychospołecznej REDUCE wykorzystano następujące podejścia badawcze:

- przegląd „dobrych praktyk” w Europie,
- systematyczny przegląd literatury,
- opisane wcześniej badania ilościowe i jakościowe wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach.

#### **4.1.1. Przegląd „dobrych praktyk” w Europie**

W celu poznania istniejących przykładów „dobrych praktyk” w Europie przygotowano krótką ankietę, którą rozesłano do kluczowych partnerów z Unii Europejskiej poprzez dwie sieci: rekomendowaną przez EMCDDA sieć CORRELATION oraz International Network on Hepatitis in Substance Users.

Ogółem otrzymano 31 kwestionariuszy z 22 krajów europejskich, wypełnionych głównie przez organizacje pozarządowe, zajmujące się pomocą osobom przyjmującym narkotyki. Spośród 22 różnych krajów, w których wypełniono przynajmniej jeden kwestionariusz, 14 potwierdziło funkcjonowanie interwencji psychospołecznych kierowanych do osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach w celu ograniczania zachowań ryzykownych, prowadzących do zakażenia wirusem żółtaczką typu C i/lub podniesienia poziomu wiedzy na temat dróg przenoszenia HCV. Opisano 18 interwencji, wśród których tylko siedem skierowanych było do kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Żadna z tych siedmiu interwencji nie została przetestowana za pomocą randomizowanych badań eksperymentalnych. Tym niemniej doświadczenia tych interwencji zostały wykorzystane przy opracowywaniu interwencji REDUCE.

#### **4.1.2. Systematyczny przegląd literatury na temat skuteczności interwencji psychospołecznych**

Przeprowadzono systematyczny przegląd literatury fachowej, by określić skuteczność interwencji psychospołecznych, mających na celu ograniczanie zachowań ryzykownych oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat przenoszenia wirusa żółtaczką typu C u osób przyjmujących narkotyki. W przeglądzie wykorzystano najważniejsze bazy danych takie, jak Medline, EMBASE, the Cochrane Clinical Trial Database i PsycINFO, by zidentyfikować randomizowane badania eksperymentalne oraz inne badania na temat interwencji, przeprowadzone do lutego

2012 roku. Ponadto w poszukiwaniu potencjalnie istotnych badań przeszukano bibliografię zidentyfikowanych artykułów. Interwencje psychospołeczne zostały zdefiniowane jako interwencje niefarmakologiczne, mające na celu zmianę zachowań indywidualnych. Żadne z 11 zidentyfikowanych badań nie było interwencją skierowaną specjalnie do kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Dzięki przeglądowi można było rozważyć wykorzystanie skryptów interwencji, które skutecznie ograniczały zachowania ryzykowne i zwiększały poziom wiedzy na temat przenoszenia się wirusa żółtaczkowego typu C. Szczególnie przydatne dla naszych celów okazały się scenariusze i materiały projektu DUIT, które zostały zaadaptowane lub powielone po uzyskaniu zgody autorów projektu<sup>[24]</sup>. Sesje interwencji dotyczące radzenia sobie z zaburzeniami nastroju zostały zaadaptowane i powielone za zgodą organizacji Women's Wellness Treatment<sup>[25]</sup> i Behavioural Modification for Drug Dependence<sup>[26-28]</sup>. W interwencji REDUCE wykorzystano także materiały zidentyfikowane na stronach www.HCVAdvocate.org i www.hiwecanhelp.com, także za zgodą odpowiednich organizacji.

## 4.2. Interwencja

Opracowano trzy sesje krótkiej interwencji grupowej, których prowadzenia mogli podjąć się tylko profesjonaliści (np. psycholog, pielęgniarka). Każda sesja trwała 2 godziny z 15-minutową przerwą. Każda sesja dotyczyła innej problematyki:

- Sesja 1. Zrozumienie ryzyka zakażenia żółtaczką typu C
- Sesja 2. Żółtaczka typu C i zdrowie seksualne – przekonywanie partnera do bezpieczniejszych zachowań seksualnych
- Sesja 3. Żółtaczka typu C i zdrowie emocjonalne – radzenie sobie z obniżonym nastrojem

### 4.2.1. Ewaluacja interwencji

Przeprowadzono ewaluację, której celem było sprawdzenie, czy po wzięciu udziału w trzech sesjach interwencji REDUCE zmienił się poziom wiedzy na temat przenoszenia się wirusa żółtaczkowego typu C u kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach i czy kobiety te mają inne podejście do zachowań ryzykownych. Uczestniczki sesji oraz osoby przeprowadzające interwencję zapytano o warunki, jakie powinny zostać spełnione, by tego typu interwencja została zaakceptowana i była możliwa do realizacji.

### 4.2.2. Uczestniczki i rekrutacja

Do wzięcia udziału w interwencji zostały zaproszone kobiety w wieku 18 lat i starsze, które **w miesiącu poprzedzającym badanie** przyjmowały w zastrzykach heroinę i inne opiaty, kokainę lub amfetaminy.

Uczestniczki w Austrii były rekrutowane w ośrodkach opieki dziennej i w placówkach wymiany igieł. Dwie z nich brały także udział we wcześniejszym badaniu REDUCE. We Włoszech kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach były identyfikowane przez psychiatrów i rekrutowane do interwencji w placówce, w której nie przeprowadzono poprzedniego etapu badania REDUCE. Kobiety w Polsce, były rekrutowane przez pracowników świetlicy redukcji szkód; jedna uczestniczka interwencji uczestniczyła we wcześniejszym badaniu. W Szkocji potencjalne uczestniczki badania były identyfikowane przez pielęgniarki i przez badacza w poczekalniach dwóch ambulatoryjnych ośrodków leczenia uzależnień. Żadna z nich nie uczestniczyła we wcześniejszym badaniu. W Hiszpanii zaproszono kobiety, które brały udział we wcześniejszym badaniu REDUCE i spełniały kryteria włączające do badania. Jak widać, w różnych krajach stosowano różne metody rekrutacji. Jedenaście uczestniczek, które uczestniczyły już we wcześniejszym badaniu było lepiej zaznajomionych z kwestionariuszem dotyczącym wiedzy o wirusie żółtaczkowego typu C.

We wszystkich krajach uczestniczkom przypomniano o dacie i godzinie interwencji przez telefon i/lub za pomocą SMSa – poprzedniego dnia i/lub rano w dniu, w którym miało się odbyć spotkanie. Po każdej sesji interwencji i po każdym wywiadzie uczestniczki badania otrzymywały vouchery jako rekompensatę za poświęcony czas.

### 4.2.3. Pomiar

Ankieta dotycząca wiedzy o przenoszeniu wirusa żółtaczkowego typu C, opracowana w ramach projektu REDUCE, została przeprowadzona na początku interwencji, na końcu i miesiąc po. Ponadto na początku interwencji i w miesiąc po ostatniej sesji zadawano pytania odnoszące się do podejmowanych w ciągu ostatniego miesiąca ryzykownych zachowań iniekcyjnych i seksualnych (z kwestionariusza wcześniejszego badania REDUCE). Kolejny kwestionariusz na temat zdrowia pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)<sup>[29]</sup> szacował symptomy depresji doświadczanej dwa tygodnie przed oraz dwa tygodnie (do miesiąca) po interwencji.

### 4.2.4. Realizatorzy interwencji

W Austrii, Hiszpanii i we Włoszech interwencje prowadzone przez psychologów klinicznych odbywały się w ambulatoryjnych placówkach leczenia uzależnień. W Polsce interwencja, podczas każdej z trzech sesji, była prowadzona przez dwóch edukatorów zdrowotnych, a w Szkocji – przez pielęgniarkę pracującą wśród osób zakażonych HIV lub wirusem żółtaczkowego typu C. W każdym spotkaniu uczestniczył również przedstawiciel zespołu badawczego, który czuwał nad tym, żeby interwencję przeprowadzano zgodnie z instrukcją.

#### 4.2.5. Analiza

Dla analizy zmiennych ciągłych wykorzystano testy t (Paired t-tests), a dla zmiennych porządkowych – testy McNemara. Przeprowadzono analizę ITT (Intention to treat analysis), by mieć pewność, że wszystkie uczestniczki, które przyszły na jedno spotkanie, zostały uwzględnione w analizie, bez względu na to, czy wzięły udział we wszystkich trzech spotkaniach interwencji, czy też nie. Jeśli zatem uczestniczka, z powodu nieobecności, nie wypełniła jednego lub większej liczby kwestionariuszy, wykorzystano jej odpowiedzi z ostatniego pomiaru. Taki zabieg imputacji danych został przeprowadzony w pięciu przypadkach w pomiarze kończącym interwencję (wyłącznie kwestionariusz dotyczący wiedzy na temat wirusa żółtaczkowego typu C) i w czterech przypadkach w pomiarze miesiąc po interwencji.

### 4.3. Wyniki ewaluacji

#### 4.3.1. Zgoda i retencja

Trzydzieści sześć uczestniczek, które w ostatnim miesiącu przyjmowały narkotyki w zastrzykach, zaproszono do uczestnictwa w trzech sesjach interwencji: 10 z Austrii, 6 z Włoch, 5 z Polski, 7 ze Szkocji i 8 z Hiszpanii. Średni wiek uczestniczek wynosił 32 lata (SD 8,31; przedział od 22 do 56 lat). Współczynniki utrzymywania się w programie interwencji i „wypadania” z interwencji (compliance and attrition rates) zaprezentowane zostały w tabeli 13. W drugim spotkaniu wzięło udział 81% (29/36) uczestniczek, a w trzecim – 78% (28/36). Kwestionariusz oceny końcowej wypełniło 86% (31/36) uczestniczek, a miesiąc po interwencji – 89% (32/36).

Tabela 13. Współczynniki utrzymywania się w programie interwencji i „wypadania” z programu (compliance and attrition rates)

	Liczba uczestniczek każdej sesji			Liczba uczestniczek, które wypełniły kwestionariusz oceny		
	1	2	3	Przed interwencją	Na koniec interwencji	Miesiąc po interwencji
Austria	10	10	10	10	10	8
Włochy	6*	5	5	6	5	6
Polska	5	4 <sup>^</sup>	3 <sup>^</sup>	5	5	5
Szkocja	7	6	4	7	5	6
Hiszpania	8	4	6	8	6	7

\* Jedna uczestniczka nie wzięła udziału w sesji 1, ale uczestniczyła w sesji 2, podczas której omawiano to, co działo się podczas sesji 1.

<sup>^</sup> Zorganizowano sesje indywidualne dla uczestniczek, które nie brały udziału w sesji 2 i 3.

#### 4.3.2. Zmiana zachowania

Miesiąc po interwencji cztery uczestniczki nie przyjmowały narkotyków w zastrzykach. Pomimo małej próby stwierdzono statystycznie istotne zmiany w zachowaniach, które pokazują, że **interwencja była skuteczna w ograniczeniu niektórych zachowań ryzykownych grożących zakażeniem HCV, związanych z przyjmowaniem narkotyku w iniekcjach, i w zwiększeniu poziomu wiedzy na temat przenoszenia HCV. Miesiąc po interwencji nie zanotowano zmiany ani w ryzykownych zachowaniach seksualnych ani w symptomach depresji** (tabela 14).

Tabela 14. Zmiany zachowania zaobserwowane w miesiąc po zakończeniu interwencji

Zmiany istotne statystycznie	Brak istotnych statystycznie zmian
Istotny wzrost poziomu wiedzy o przenoszeniu wirusa żółtaczkowego typu C.	Brak zmiany zachowania, jeśli chodzi o wspólne używanie igieł/strzykawkę z kimś, o kim wiadomo, że jest zakażony wirusem żółtaczkowego typu C.
Istotne ograniczenie używania łyżek lub naczyń do podgrzewania narkotyków, które wcześniej używane były przez kogoś innego.	Brak zmiany zachowania, jeśli chodzi o używanie wspólnych filtrów, z których wcześniej korzystał ktoś inny.
Istotne ograniczenie używania wspólnych filtrów, łyżek, naczyń do podgrzewania narkotyków i wody wspólnie z kimś, o kim wiadomo, że jest zakażony wirusem żółtaczkowego typu C.	Brak zmiany zachowania, jeśli chodzi o przygotowanie narkotyków, czy płukanie sprzętu wodą, której wcześniej używał ktoś inny.
Istotne ograniczenie używania wacików nasączonych alkoholem – po zastrzyku.	Brak zmiany zachowania, jeśli chodzi o wspólne używanie narkotyków z inną osobą – przed lub po ich przygotowaniu.
	Brak zmiany zachowania, jeśli chodzi o używanie wacików nasączonych alkoholem przed iniekcją.
	Brak zmiany, jeśli chodzi o liczbę wszystkich nowych igieł/strzykawkę używanych do zastrzyków i częstotliwość iniekcji igłą/strzykawką, która wcześniej została użyta przez kogoś innego.
	Brak zmiany co do liczby różnych osób, od których otrzymywano igły/strzykawkę.
	Brak zmiany ryzykownych zachowań seksualnych.
	Brak różnicy w symptomach depresji.

#### 4.3.3. Wykonalność i akceptacja interwencji

Dyskusja z profesjonalistami, którzy przeprowadzali interwencje oraz z uczestniczkami pozwoliła ocenić jej akceptację i zidentyfikować obszary uznane za dobre i te, które można poprawić. Przeprowadzający ją specjaliści uznali, że dwugodzinne sesje są za długie. Uczestniczki spotkań nie były w stanie utrzymać koncentracji w tym czasie. Z drugiej strony brakowało czasu, by odpowiedzieć na wszystkie pytania. Uczestniczki twierdziły, że wiele się nauczyły i chwaliły interaktywną część interwencji, do której należał film, gry i ćwiczenia w odgrywaniu ról. Mniej podobała im się część dydaktyczna, wykładowa. Za najlepszą uznały sesję 1, której celem było zrozumienie ryzyka zakażenia żółtaczką typu C, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka zakażenia przy iniekcjach. Drugie miejsce uzyskała sesja 2 na temat HCV i zdrowia seksualnego, zwłaszcza przekonywanie partnera do bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Za mniej pożyteczną uznano sesję 3 dotyczącą zdrowia emocjonalnego. Uczestniczki uważały, że strategie radzenia sobie z zaburzeniami nastroju nie były wystarczająco skuteczne, by zaprzestać przyjmowania narkotyków w iniekcjach lub ograniczyć ryzyko iniekcji w okresach obniżonego nastroju.

## 5. Wnioski i rekomendacje

### 5.1. Wnioski

Kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach to grupa narażona na ryzyko, z wieloma problemami zdrowotnymi, z których największym jest zakażenie wirusem żółtaczką typu C. Projekt REDUCE dostarcza innowacyjnej, opartej na dowodach i poddanej ewaluacji interwencji, która służy ograniczaniu zachowań ryzykownych, grożących zakażeniem wirusem żółtaczką typu C, a tym samym zapobiega rozprzestrzenianiu się wirusa w tej grupie.

#### ***Jakie zachowania ryzykowne, grożące zakażeniem wirusem żółtaczką typu C podejmują kobiety przyjmujące narkotyki w iniekcjach?***

Systematyczna ocena zachowań ryzykownych, grożących zakażeniem żółtaczką typu C wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w 5 krajach europejskich, pozwoliła wyciągnąć wniosek, że duże rozpowszechnienie HCV wiąże się z regularnym podejmowaniem przez nie zachowań wysokiego ryzyka, takich jak:

- Używanie wspólnych z innymi osobami przedmiotów służących do przygotowania narkotyku przed iniekcją.
- Przyjmowanie zastrzyków w grupie, lub z partnerem, co zwiększa ryzyko wspólnego używania zakażonego sprzętu.
- Duża częstotliwość związków z partnerami „wysokiego ryzyka”, którzy są zakażeni wirusem żółtaczką typu C i/lub stosują przemoc wobec partnerek. W obu przypadkach częste jest używanie wspólnego sprzętu i seks bez zabezpieczenia.
- Niska częstotliwość używania prezerwatyw.

#### ***Co kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach wiedzą o przenoszeniu się wirusa żółtaczką typu C?***

Badanie wykazało, że wiedza dużej części respondentek na temat sposobów przenoszenia wirusa żółtaczką typu C była ograniczona i niepełna, naznaczona licznymi błędnymi przekonaniem. Co więcej, nawet jeśli potrafiły poprawnie zidentyfikować niektóre ryzykowne zachowania, to jednak z nich nie rezygnowały.

Analiza poziomu wiedzy o przenoszeniu wirusa żółtaczką typu C wykazała, że kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach potrafią rozpoznać część zachowań ryzykownych. Na przykład, większość z nich wie, że:

- Kontakt z krwią wiąże się z ryzykiem zakażenia wirusem żółtaczką typu C.
- Źródłem zakażenia może być wspólne używanie igieł, strzykawek, łyżek, filtrów, wacików czy chusteczek, a także wspólne używanie szczoteczki

do zębów i nożyków do golenia oraz robienie sobie tatuaży i przekłuwanie różnych części ciała.

- Płukanie wodą z kranu sprzętu do iniekcji nie niszczy wirusa.
- Seks bez zabezpieczenia to zachowanie ryzykowne.
- Wirusem żółtaczką typu C można się zakazić ponownie.
- Wirusa żółtaczką typu C nie przenosi się przez używanie wspólnych kubków do picia, talerzy czy sztućców, przez kaszel i kichanie, przytulanie, uścisk dłoni czy trzymanie się za ręce, przez jedzenie, powietrze i deski toaletowe.

### **Czego kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach nie wiedzą o przenoszeniu się wirusa żółtaczką typu C?**

W wiedzy kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach na temat przenoszenia wirusa żółtaczką typu C jest kilka istotnych luk. Nie wiedzą na ogół:

- o ryzyku zakażenia wirusem żółtaczką typu C przez używanie wspólnej z innymi wody do płukania sprzętu i do robienia roztworu narkotyków,
- o ryzyku zakażenia wirusem żółtaczką typu C przez wspólne używanie opasek uciskowych, rurek, słomek czy zrolowanych banknotów oraz innych przedmiotów do wdychania narkotyków nosem,
- że wirus żółtaczką typu C może przetrwać przez długi czas na zakażonym sprzęcie,
- że dotykanie miejsca zastrzyku innej osoby (na przykład po to, by wyczuć żyłę, zetrzeć krew lub zatrzymać krwawienie) grozi zakażeniem się wirusem żółtaczką typu C,
- że istnieje wiele podtypów wirusa żółtaczką typu C.

Oprócz tego, że badane kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach nie były świadome niektórych aspektów przenoszenia się wirusa żółtaczką typu C, żywiły także kilka błędnych przekonań, co do tego, w jaki sposób rozprzestrzenia się wirus i jak można ulec zakażeniu:

- Wiele kobiet wierzyło, że istnieje szczepionka na HCV, która zapobiega zakażeniu.
- Wiele kobiet wierzyło, że o wiele łatwiej jest się zakazić HIV, niż wirusem żółtaczką typu C.
- Wiele kobiet wierzyło, że wirusem żółtaczką typu C można się zakazić tylko wtedy, kiedy jest się zakażonym HIV.
- Wiele kobiet wierzyło, że wirusem żółtaczką typu C można się zakazić przez ukąszenie komara.

### **Dlaczego kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach wciąż podejmują ryzyko?**

Choć kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach wydawały się być świadome, że zachowania ryzykowne grożą im zakażeniem wirusem żółtaczką typu C, nie powstrzymało ich to przed kontynuowaniem tych zachowań. Istnieje kilka powodów, które tłumaczą ten dysonans pomiędzy wiedzą a zachowaniami kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach:

1. Często nie mają czystego i sterylnego sprzętu do iniekcji.
2. W sytuacjach stresowych (np. przy objawach zespołu abstynencyjnego/głodu narkotykowego) mogą działać impulsywnie, bez zastanowienia.
3. Często przyjmują narkotyki w grupie (której członkowie wspólnie używają sprzętu i dzielą się narkotykami) lub/i w miejscach podwyższonego ryzyka (pod gołym niebem, w miejscach publicznych).
4. Przemoc ze strony partnerów seksualnych ogranicza zdolność kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach do ochrony własnego zdrowia poprzez negocjowanie bezpieczniejszych praktyk seksualnych i iniekcyjnych.
5. Duże rozpowszechnienie współwystępujących zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe i depresja, sprawia, że kobiety w jeszcze większym stopniu zachowują się ryzykownie. Obniżony nastrój i brak asertywności mogą obniżyć ich zdolność do negocjowania bezpieczniejszych praktyk w ich związkach z partnerami seksualnymi i znajomymi, z którymi wspólnie zażywają narkotyki.

### **Czy potrzebne są interwencje?**

Uczestniczki badania oceniły ten model interwencji, opracowany i przetestowany w pięciu krajach europejskich, jako potrzebny i interesujący. Najwyżej oceniły pierwszą sesję odnoszącą się do wiedzy na temat mechanizmów przenoszenia HCV; najniżej trzecią sesję dotyczącą zdrowia emocjonalnego. Uczestniczki i prowadzący interwencje sugerowali, by zredukować dydaktyczną część każdego spotkania, podczas której wymagano od kobiet, by słuchały i przeznaczyły więcej czasu na rozmowy w grupie, w tym odpowiedzi na ich wątpliwości. Zanim więc wprowadzi się interwencje do rutynowej praktyki, trzeba dokonać pewnych modyfikacji. W przyszłych interwencjach związanych z wirusem żółtaczką typu C dla kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach trzeba wziąć pod uwagę trudności w rekrutowaniu i utrzymaniu zainteresowania tej grupy. Podczas badania poważnym problemem była rekrutacja w placówkach specjalistycznych kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach i niezakażonych HCV. Większość kobiet była już zakażona w chwili, kiedy zaczynały szukać leczenia, co utrudnia profilaktykę żółtaczką typu C w tej grupie. Co więcej, kobiety przyjmujące narkotyki w zastrzykach podkreślały, że informacje na temat przenoszenia się wirusa żółtaczką typu C i możliwości leczenia, uzyskane od lekarza pierwszego kontaktu

i innych pracowników służby zdrowia uważały za bardziej wiarygodne niż informacje od znajomych.

Ustalenia projektu REDUCE podkreślają potrzebę zwrócenia uwagi na różnice związane z płcią w podejściu do profilaktyki żółtaczk typu C. Wyniki z ewaluacji interwencji są ograniczone, gdyż nie było to randomizowane badanie eksperymentalne i udział w nim brała niewielka próba kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Pomimo tych ograniczeń, można stwierdzić, że interwencja skutecznie redukowała niektóre zachowania ryzykowne, związane z iniekcjami narkotyków i istotnie przyczyniła się do podniesienia poziomu wiedzy o przenoszeniu wirusa żółtaczk typu C wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Jednakże, interwencja nie była skuteczna w redukowaniu ryzykownych zachowań seksualnych, prawdopodobnie dlatego, że większość uczestniczek pozostawała w długotrwałych związkach, w których nie używano prezerwatyw. Porównanie kosztów skutecznej wczesnej interwencji i kosztów leczenia (od leczenia interferonem po przeszczep wątroby) wskazuje na potrzebę skutecznej interwencji, zapobiegającej zakażeniom wirusem żółtaczk typu C, takiej jak REDUCE w grupach najbardziej narażonych na ryzyko.

## 5.2. Rekomendacje

Ustalenia projektu REDUCE można przełożyć na konkretne rekomendacje:

1. Interwencje zapobiegające przenoszeniu się wirusa żółtaczk typu C uwzględniające płeć, takie jak interwencja REDUCE, są potrzebne, bo odnoszą się do specyficznych potrzeb kobiet, przyjmujących narkotyki w zastrzykach.
2. Istnieje nadal potrzeba randomizowanego badania eksperymentalnego interwencji REDUCE.
3. Interwencje psychospołeczne powinny być oferowane nie tylko w placówkach leczenia uzależnień, ale także w przychodniach rejonowych i innych placówkach służby zdrowia, by docierać do większej części populacji i co ważniejsze – by poprawić zdolność kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach do ograniczania zachowań ryzykownych i do zapobiegania zakażeniu.

## 6. Piśmiennictwo

1. World Health Organisation (2000) Fact sheet No 164.
2. Vescio, M.F. i wsp. (2008) Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 62: 305–313.
3. Tohme, R.A. & Holmberg, S.D. (2010) Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission. *Hep Rev* 52 (4): 1497–1505.
4. Booth, R.E. i wsp. (1995) Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. *Am J Addictions* 4, 313–322.
5. Brook, D.W. i wsp. (2000) Needle sharing: a longitudinal study of female injection drug users. *Am J Drug Alc Abuse* 26 (2): 263–281.
6. Stein, M.D. i wsp. (2001) Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend* 61 (3): 211–215.
7. O'Brien, S. i wsp. (2008) Injecting drug users' understanding of hepatitis C. *Addict Behav* 33: 1602–1605.
8. Doherty, M.C. i wsp. (2000) Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults. *J Urban Health* 77: 396–414.
9. Wood, E. (2007) Gender and risk factors for initiation into injection drug use. *Drug Alcohol Rev* 26: 333–334.
10. Hahn, J.A. i wsp. (2002) Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks. *J Infect Dis* 186: 1558–1564.
11. Evans, J.L. i wsp. (2003) Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO study). *J Urban Health* 80: 137–146.
12. Bennett, G.A. i wsp. (2000) Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS Care* 12: 77–87.
13. Montgomery, S.B. i wsp. (2002) Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *Am J Drug Alcohol Abuse* 28: 453–475.
14. Engstrom, M. i wsp. (2008) Childhood Sexual Abuse and Intimate Partner Violence among Women in Methadone Treatment: A Direct or Mediated Relationship? *J Fam Viol* 23: 605–617.
15. Hearn, K.D. i wsp. (2005) Intimate Partner Violence and Monogamy among Women in Methadone Treatment. *AIDS Behav* 9: 177–186.
16. Copenhaver, M.M. i wsp. (2006) Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *JSAT* 31: 163–171.
17. Garfein, R.S. i wsp. (2007) Reduction in injection risk behaviors for HIV and HCV infection among young injection drug users using a peer-education intervention. *AIDS* 21: 1923–1932.
18. Balfour, L. i wsp. (2009) Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. *Scand J Caring Sci* 23: 801–808.
19. Cox, J. i wsp. (2008) Low perceived benefits and self-efficacy are associated with Hepatitis C virus (HCV) infection related risk among injection drug users. *Soc Sci Med* 66: 211–220.
20. 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 & 2010*. (2012) University of the West of Scotland.
21. Mestre-Pintó, J.M. i wsp. (2014) Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument. *Eur Addict Res* 20: 41–48.
22. Hegarty, K. i wsp. (1999) A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence* 14: 399–415.
23. Pope, C. i wsp. (2000) Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ* 320: 114–146.



24. Garfein, R.S. i wsp. (2007) A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *AIDS* 21: 1923–1932.
25. Gilbert, L. i wsp. (2006) An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence Vict* 21: 657–672.
26. Lewinsohn, P.M. i wsp. (1984) *The Coping with Depression Course*. Eugene OR: Castalia Publishing Company.
27. Carpenter, K.M. i wsp. (2006) Behavioral Therapy for Depression in Drug Dependence (BTDD): Results of a stage 1a therapy development trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 32: 541–548.
28. Carpenter, K.M. i wsp. (2008) Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 34: 642–652.
29. Kroenke, K. i wsp. (2001) The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 16: 606–613.

[www.thereducerproject.imim.es](http://www.thereducerproject.imim.es)

