



Serwis Informacyjny

UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (87) 2019

NR 3

2019

SPIS TREŚCI

Profilaktyka

„POZYTYWNY TROLLING”? O ROLI MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Marcin Szulc 1

APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ

Sylwia Wierzchowska 7

Analiza

NOWE NARKOTYKI JAKO PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Tomasz Białas 13

WPLYW EMIGRACJI DŁUGOOKRESOWEJ NA WIARYGODNOŚĆ SZACUNKU NATEŻENIA PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z NARKOMANIĄ

Tomasz Michalski 22

Uzależnienia behawioralne

ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ HAZARDOWYCH W POPULACJI OSÓB BEZDOMNYCH PRZEBYWAJĄCYCH W WARSZAWSKICH SCHRONISKACH I NOCLEGOWNIACH

Lukasz Wieczorek, Jakub Stokwiszewski, Justyna Klingemann 24

Badania, raporty

(NAD)UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ GŁUCHĄ ORAZ SŁABOSŁYSZĄCĄ – SYTUACJA POLSKI NA TLE BADAŃ AMERYKAŃSKICH

Marcin Jewdokimow 32

PROBLEM NARKOTYKÓW W KRAJACH BAŁKAŃSKICH BĘDĄCYCH CZŁONKAMI UNII EUROPEJSKIEJ

Artur Malczewski 36

Konferencje

XV KONFERENCJA PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD 45

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA W WARSZAWIE

Artur Malczewski 46 i IV okładka

Raporty

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW.

WYNIKI KONTROLI NIK 48 i III okładka

Social media mogą odgrywać ważną rolę w prewencji zachowań ryzykownych. Stwarzają nową płaszczyznę edukowania społeczeństwa. Pozwalają także dotrzeć do szerszego grona odbiorców ze względu na specyfikę powiązań sieciowych z użytkownikami. Ich atrakcyjność może przyciągać nowe osoby do profili, a zasięg oddziaływania i forma przekazu wpływa na kształtowanie norm społecznych, zwłaszcza gdy przykuwają uwagę i generują dyskusję. Niestety, z tych samych powodów social media mogą być także zagrożeniem.

„POZYTYWNY TROLLING”? O ROLI MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Marcin Szulc

Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Sądowej

Wstęp

Kanadyjski teoretyk komunikacji Herbert Marshall McLuhan przewidywał, że świat stanie się globalną wioską, czyli społeczeństwem, w którym wszyscy wiedzą wszystko o wszystkim i wszystkich (McLuhan, Powers, 1989). Przewiduje się, że do 2021 roku liczba użytkowników mediów społecznościowych przekroczy 3 miliardy, czyli ponad 1/3 populacji ludzkiej na świecie (Clement, 2018). Oznacza to globalną zmianę paradygmatu już nie tylko z klasycznego „człowiek–świat” na „człowiek–media–świat”, lecz na człowieka aktywnie tworzącego świat w mediach.

Media odgrywają kluczową rolę w percepcji rzeczywistości (Maciołek, 2014). Internet stał się dla dzieci i młodzieży podstawowym źródłem wiedzy o świecie, naturalnym środowiskiem zdobywania doświadczeń i zaspokajania potrzeb społecznych, a także narzędziem efektywnej komunikacji i dostępu do informacji na niespotykaną dotychczas skalę (Laberschek, 2010). Przestrzeń cyfrowa to także nieodzowny element życia społecznego młodzieży, który wpływa na ich kształt dorastania i funkcjonowania oraz kształtowania postaw i zaspokajania potrzeb społecznych (Wilk-Kołodziejczyk, 2004; Boyd, 2007; Sheldon, Abad, Hinsch, 2011). Można nawet twierdzić, że tożsamość obecnego pokolenia dzieci jest tożsamością technologiczną (Pyżalski, 2012). Zmienił się kierunek przepływu wartości, świat jest bardziej zrozumiały dla dzieci i młodzieży, a młodsze pokolenia przekazują wiedzę techniczną pokoleniom starszym. Stosując terminologię Margaret Mead, kultura prefiguratywna zastąpiła kulturę

postfiguratywną. Dla 99% Polaków w wieku 16-24 lata internet jest głównym źródłem informacji, a najchętniej odwiedzanymi stronami są Facebook i YouTube (Klingová, Hajdu, 2018; Raport Wave 9, 2018). Odpowiedź na pytanie, dlaczego zdigitalizowana przestrzeń ma przewagę nad tradycyjnymi mediami analogowymi, takimi jak telewizja, radio czy gazeta, jest dość oczywista. Sieć jest narzędziem interaktywnym i właśnie to stanowi o jej atrakcyjności. Niezwykle popularną płaszczyzną kształtowania relacji międzyludzkich są media społecznościowe w postaci takich social networks, jak Facebook, MySpace, Instagram, Twitter, Bebo, różnego rodzaju blogi, mikroblogi czy fora. Obecnie młodzież przesuwa swoją aktywność z Facebooka na Instagram, który jeszcze nie jest portalem tak silnie opanowanym przez rodziców jak pierwszy ze wspomnianych.

Fake newsy jako zagrożenie

W zdigitalizowanej rzeczywistości komunikat staje się coraz częściej tylko produktem do sprzedania, który jak się okazuje, wcale nie musi być prawdziwy. W sieci każdy ma prawo zamieszczać, co chce, byleby nie łamał prawa. Człowiek staje dziś zatem nie tyle wobec problemu braku dostępu do informacji, którego konsekwencją jest wykluczenie cyfrowe, ile jej jakości i rzetelności, którą niezwykle trudno poddać weryfikacji (Szpunar, 2007). Bardzo poważnym problemem stały się tzw. *fake newsy*, czyli fałszywe informacje. Tygodnik „Polityka” podaje za

BuzzFeed News, że w amerykańskiej sieci aż 2/3 dezinformacji rozpowszechniono w celu osiągnięcia zysku lub politycznej korzyści. Nadreprezentacja określonego typu informacji w mediach albo wprost zamieszczanie fałszywych informacji może skłonić obserwatora bądź do przecenienia zagrożenia, np. spowodowanego falą uchodźców, albo niedoceniaenia zagrożenia, jakim jest promowanie dostępu do broni czy minimalizowanie wpływu niektórych substancji psychoaktywnych na organizm. Najbardziej spektakularne działanie *fake newsów* miało miejsce podczas wyborów prezydenckich w USA pomiędzy Hilary Clinton a Donaldem Trumpem. Fałszywe informacje rozpowszechniane w sieci np. dotyczące rzekomej sprzedaży broni organizacji terrorystycznej ISIS przez Hilary Clinton, znacząco wpłynęły na decyzje wyborców, a w konsekwencji wygraną Trumpa (Allcott, Genzkow, 2017). Badania przeprowadzone przez K. Polańską wskazują, że najważniejszym elementem w ocenie wiarygodności informacji z sieci jest zaufanie do źródła, z którego korzysta internauta (59%), dalej aktualność informacji (53,7%), logiczne powiązanie informacji z pozostałymi wiadomościami (45,4%) i powielenie tej samej informacji w kilku niezależnych źródłach (41,7%). Połowa badanych uważała, że większość informacji zawartych w sieci jest wiarygodna, około 41% twierdziło, że tylko połowa, zaś niecałe 9% uważa, że brakuje rzetelnych informacji w internecie (Szpunar, 2007). Najczęstszym sposobem weryfikacji wiarygodności danych jest polecenie strony przez znajomych, co samo w sobie może prowadzić do uwiarygodnienia informacji poprzez regułę społecznego dowodu słuszności (co jest dobre dla innych, jest dobre też dla mnie), samospełniającego się proroctwa (przekonania samego siebie do ich prawdziwości, skoro polecili znajomi, to informacje są godne zaufania) i powielenia dalej. Interesującym przykładem tego zjawiska jest manipulowanie informacją, jej fałszowanie lub podawanie niepełnych danych na temat oddziaływania marihuany na zdrowie człowieka. Ten ostatni problem – żonglowania faktami pozbawionymi kontekstu – prowadzi do dobrze znanej konkluzji, że „Nie ma nic gorszego jak strzęp wiedzy w rękach głupca”.

Profilaktyka uzależnień z użyciem social mediów

Pomimo wspomnianych zagrożeń wydaje się, że social media mogą odgrywać ważną rolę w prewencji zachowań

ryzykownych. Z całą pewnością nowe media stwarzają nową płaszczyznę edukowania społeczeństwa. Pozwalają także dotrzeć do szerszego grona odbiorców ze względu na specyfikę powiązań sieciowych z użytkownikami. Ich atrakcyjność może przyciągać nowe osoby do profili, a zasięg oddziaływania i forma przekazu wpływa na kształtowanie norm społecznych, zwłaszcza gdy przykuwają uwagę i generują dyskusję (Goodrow, MSW, MPH, 2017)¹. Niestety, z tych samych powodów social media mogą być także zagrożeniem. Według raportu National Center on Addiction and Substance Abuse z Columbia University, nastolatki, które spędzają czas na różnych kontaktach mediów społecznościowych, częściej palą papierosy, zażywają narkotyki i piją alkohol (NCASA, 2012). Około 75% badanych nastolatków w USA przyznało, że są bardziej skłonni sięgać po narkotyki po obejrzeniu zdjęć swoich przyjaciół pijących alkohol i biorących narkotyki. Ekspertki z NCASA nazwały to zjawisko cyfrową presją rówieśniczą związaną z pragnieniem dopasowania się do kolegów. W porównaniu z nastolatkami, które nigdy nie widziały na Facebooku lub innym portalu społecznościowym zdjęć dzieci upijających się, zażywających narkotyki lub będących pod ich wpływem, nastolatki, które takie zdjęcia widziały czterokrotnie częściej używają marihuany, ponad trzykrotnie częściej używają alkoholu i prawie trzy razy częściej palą papierosy (NCASA, 2012). Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach na portalach społecznościowych David Tran, który ujawnił, że 66% wszystkich nastolatków biorących udział w jego badaniu przyznało, że treści związane z narkotykami w mediach społecznościowych wywołały w nich niekontrolowane pragnienie wypróbowania narkotyków^{2,3}. Od czasu zalegalizowania marihuany rekreacyjnej w stanie Waszyngton w 2012 roku, firmy zajmujące się produkcją marihuany wykorzystywały strony społecznościowe do promowania swoich produktów i adresowania ich do młodzieży. Badania nad konsekwencją tych działań, finansowane przez NIDA, prowadzą do konkluzji, że brakuje przepisów ograniczających dostęp młodzieży do tych stron. Zalecenie jest zatem takie, by w państwach, w których marihuana rekreacyjna jest legalna, wdrożyć politykę ograniczania dostępu w mediach społecznościowych do treści promujących narkotyki (Moreno i in., 2018). Celem innego badania realizowanego w ramach grantu NIDA, było uchwycenie natury, wzorów i zakresu zaangażowania młodzieży w treści pro- i antynarkotykowe na Twitterze. Głównym zadaniem było określenie wpływu codziennie

publikowanych tweetów promujących marihuanę. Większość powiadomień związanych z marihuaną odzwierciedla pozytywne nastawienie do jej używania, przy czym tweety „pro-marihuana” przewyższają liczebnie tweety „anty-marihuana”. Niestety, informacje wysyłane przez wpływowych użytkowników Twittera, zachęcające do używania konopi, przyczyniają się do popularyzacji poglądów o ich nikłej szkodliwości (Cavazos -Regh i in., 2015).

Z całą pewnością social network pozwala na nieograniczony dostęp do zdigitalizowanych zasobów, ale wraz z nim pojawiają się problemy, które nie mają prostego rozwiązania. Oto kilka głównych pytań:

- Które z tych zasobów są prawdziwe (odzwierciedlają rzeczywistość)?
- Czy użytkownicy stosują metody sprawdzania prawdziwości informacji, jeśli tak, to w jakim zakresie i czy są one skuteczne?
- W jaki sposób zachęcić użytkowników do sprawdzania wiarygodności?
- W jaki sposób dotrzeć ze swoją informacją do użytkowników?
- W jaki sposób sprawić, aby twoje informacje były chętniej rozpowszechniane (powielane) niż inne?

Podstawową kwestią jest umiejętne dotarcie do grupy docelowej. W przypadku profilaktyki zagrożeń społecznych najczęściej adresatem będzie młodzież. Należy zdawać sobie sprawę z niezwyklej różnorodności tej grupy wiekowej, dlatego trzeba precyzyjnie kierować komunikaty, uwzględniając różnorodne, często skrajnie odmienne potrzeby i postawy światopoglądowe. Na przykład program *peer-to-peer* „Living the Example” (LTE), który opiera się na interaktywnej kampanii w mediach społecznościowych, daje obiecujące wyniki w efektywnej profilaktyce uzależnień. Zapewnia rówieśnikom platformę do wypowiedzenia się i bycia wysłuchanym. Program angażuje starszą młodzież ze szkół średnich, którą kształcą na ambasadorków zdrowia. Uczestnicy przechodzą szkolenia w zakresie przywództwa, rzecznictwa i komunikacji w mediach społecznościowych, aby stać się liderami zmian w swoich społecznościach szkolnych⁴.

Czy i w jaki sposób można wykorzystać media społecznościowe do profilaktyki uzależnień?

Nowe czasy przynoszą nowe wyzwania, które wymagają nowych rozwiązań. Niektóre z nich mogą się wydawać

pozornie dyskusyjne. Na przykład wprowadzenie paritetów w zarządach norweskich firm, choć budziło duże kontrowersje, także wśród kobiet, działa z powodzeniem od niemal 10 lat, a niedawno wprowadziła je także Kalifornia⁵. Kevin Mitnick, najślynniejszy haker w historii, pomimo swojej kryminalnej przeszłości, po wyjściu z więzienia nie cierpiał z powodu piętna przestępcy, lecz otrzymał wiele ofert pracy od poważnych firm i współpracował z instytucjami rządowymi związanymi z bezpieczeństwem i finansami⁶. A zatem mogą się pojawić rozwiązania, które z początku budzą wątpliwości, bywają zaskakujące, lecz z czasem mogą się okazać przydatne i użyteczne. Powstaje pytanie, czy do tej kategorii użytecznych metod można będzie kiedyś zaliczyć trolling? Pojęcie „trollowanie” jest terminem wędkarskim, określającym metodę połowu ryb przez ciągnięcie przynęty za łodzią (Jachyra, 2011). W internecie oznacza nieetyczną aktywność, polegającą na rozpowszechnianiu *fake newsów* i psuciu relacji między użytkownikami poprzez zarzucanie przynęty w postaci kontrowersyjnej, nierzadko wulgarnej wypowiedzi i obrażaniu rozmówców. Portal o nazwie Poltergeist⁷ wprost podaje wskazówki, w jaki sposób skutecznie trollować. Jest to swoisty septalog trolla:

1. Bądź bezczelny i niewychowany.
2. Przyczepiaj etykiety.
3. Uogólniaj, czepiaj się słówek.
4. Kieruj się zasadą „im gorzej, tym lepiej”.
5. Zadawaj miliony bezsensownych pytań.
6. Bełkocz i gadaj bez sensu.
7. Stosuj argumenty ad personam i ad baculum.

Internetowitrolle to często osoby zaangażowane i opłacane przez konkretnych mocodawców, np. polityków, skrajne ugrupowania, obce wywiady albo tzw. pożyteczni idioci, czyli osoby bezrefleksyjne, a zarazem fanatycznie zaangażowane w różne internetowe krucjaty. Celowo tworzą i przekazują nieprawdziwe informacje, walcząc w ich mniemaniu o „słuszną sprawę”. Nie jest trudno zakupić fałszywy, choć zweryfikowany i subskrybowany profil na Facebooku. Duża liczba fanów i „lajków” uwiarygadnia zamieszczane treści i stwarza pozory poważnego funpage’a. Koszt gotowego funpage’a z polskimi fanami waha się w zależności od liczby followersów – 100 fanów kosztuje 50 złotych, ale już 1000 – 900 złotych⁸. Kierując się myślą Bertanda Russella, że głupcy są tak pewni siebie, a ludzie mądrzy, tak pełni wątpliwości, można stwierdzić, że osoby mające nieczyste intencje nie przejmują się

zwykle konsekwencjami swych działań, zaś przyzwoici biją się z myślami i pozostają w ciągłej udręce zanim podejmą właściwą ich zdaniem decyzję. Trollowanie jest zjawiskiem nieprzyzwoitym, nieetycznym, przynoszącym szkody globalne i z punktu widzenia moralnego godnym surowego potępienia. Jednak, co pokazuje obecna rzeczywistość (zwłaszcza polityczna), jest to metoda nadzwyczaj skuteczna, szczególnie w zdigitalizowanym świecie. Jak wspomniano wcześniej, rozpowszechnianie fałszywych treści było kluczem do zwycięstwa Donalda Trumpa nad Hilary Clinton (Allcott, Genzkow, 2017). Rosyjscy trolle odnoszą wielkie sukcesy, wywołując zamieszanie w sieci i mają swój istotny udział w inicjacji kampanii Brexitu i separatystycznych ambicjach Katalonii, sianiu chaosu w państwach Unii Europejskiej poprzez wspieranie niedemokratycznych zmian w prawie oraz pogłębianiu podziałów społecznych (NATO Strategic Communications, 2016; Allcott, Genzkow, 2017; Jopling, 2018). Broniatowski i wsp. (2018) odkryli, że tweety na temat szczepionek pochodzą z tych samych kont, które zostały wcześniej zidentyfikowane i obwiniane przez amerykański Departament Sprawiedliwości o ingerencję w wybory w Stanach Zjednoczonych. Rosyjscy trolle tweetują 22 razy częściej na temat szczepionek (#VaccinateUS) niż przeciętny użytkownik Twittera. Celem tych działań jest właśnie sianie zamętu i polaryzowanie społeczeństwa, wysyłając zarówno pro-, jak i antyszczepionkowe komunikaty, ale o charakterze skrajnym (pełne agresji lub utrzymywane w tonie prowokacji) (Broniatowski i in., 2018). W demokratycznym świecie nadzwyczaj łatwo zaistnieć treściom niedemokratycznym lub szkodliwym. Przeciwnicy demokracji skutecznie wykorzystują jej zdobycze do walki, czasem do obrony zbrodniczych przekonań, a nawet działań, np. Stefan W., zabójca prezydenta Adamowicza, i Anders Breivik, masowy zabójca z Norwegii, doskonale wiedzieli, w jaki sposób usprawiedliwiać swoje czyny, a nawet dokonywali ich apoteozy, co przysporzyło im licznych „wyklętych” entuzjastów w sieci. Właśnie ci „wyklęci” zwolennicy nie mogą bowiem w świetle prawa głośno pochwalać zbrodni. Faktycznie jednak poczucie anonimowości w internecie ośmiela niektórych z nich do dzielenia się własnymi przemyśleniami.

Zaobserwowano pewną specyfikę aktywności trolli w sieci:

1. Generują znacznie więcej treści niż typowy internauta (nawet do 12 razy więcej).
2. Częściej sięgają po wyrazy potoczne i wulgaryzmy.
3. Mają tendencję do odpowiadania niemal na każdy komentarz, w którym ktoś inny odnosi się do ich słów.
4. Na ich profilach w mediach społecznościowych, np. na Facebooku, nie ma żadnych informacji na ich temat lub udostępniają artykuły o treściach ideologicznych nieopatrzone własnym komentarzem.
5. Najczęściej stosują awatary lub korzystają ze zdjęć innych osób, np. mniej znanych aktorów albo osób zmarłych.
6. Są powiązani z innymi trollami⁹.

Czy zatem określenie „pozytywny trolling” nie jest oksymoronem? Być może jest, ale chodzi o to, aby w promocji zdrowia i profilaktyce stosować tylko te techniki, które będą zgodne z zasadami etyki i prawa, a zatem należy odrzucić to, co w nich szkodliwe i nieetyczne (np. fałszowanie treści, agresja). Co zatem można zrobić, aby rzetelne informacje dotyczące zdrowia miały szanse wyraźnie zaistnieć w internecie? Jeśli chcielibyśmy osiągnąć sukces, działania musiałyby mieć charakter globalny i systemowy. Można by je ująć w kilku punktach:

1. Wypromowanie funpage’y dotyczących zdrowego stylu życia przez ich odpowiednie pozycjonowanie. Search Engine Optimization, czyli optymalizacja pod wyszukiwarkę internetową, oznacza „wszystkie działania, które mają na celu zwiększenie widoczności strony w organicznych wynikach wyszukiwania. Na pozycję strony w wyszukiwarce Google wpływa kilkaset parametrów, które są oceniane przez algorytmy Google. Pozycjonowanie to stały proces. Zbudowanie i utrzymanie wysokich pozycji strony internetowej wymaga ciągłej obserwacji algorytmów, działań konkurencji, a także trendów SEO¹⁰. Celem jest to, aby rzetelne informacje na temat szkodliwości narkotyków, np. na temat szkodliwości marihuany, wyświetlały się na pierwszych stronach przeglądarki po wpisaniu hasła „marihuana” („jaranie” itp.). W skali jednostkowej nie są to duże koszty, ale w skali globalnej mogą być znaczące¹¹. Niemniej jednak na profilaktykę uzależnień nie powinno się patrzeć z perspektywy doraźnych oszczędności, bowiem zwrot kosztów dobrej profilaktyki może być widoczny dopiero w dłuższej perspektywie, np. w postaci mniejszej liczby pacjentów z problemem używania narkotyków.

2. Zaangażowanie tzw. ambasadorów zdrowia („dobrych trolli”) – np. studentów zainteresowanych działaniami w obszarze szeroko pojętej edukacji zdrowotnej, którzy jako admini będą takie strony prowadzić. Admini powinni zostać przeszkoleni zarówno w zakresie profilaktyki zdrowotnej (profilaktyki uzależnień), jak również w obszarze public relations i zarządzania mediami społecznościowymi.
 3. Udział pozytywnych dorosłych w mediach społecznościowych np. wspieranie i zachęcanie nauczycieli do prowadzenia funpage’y, na których promują pozytywny (prozdrowotny) styl życia, ciekawe wydarzenia, spotkania naukowe i przekazują sprawdzone informacje. Zapraszają do polubienia własnej strony zarówno obecnych, jak i byłych uczniów, inicjują, zachęcają i moderują dyskusje pod postami, tworząc sieć wzajemnych relacji.
 4. Wyłapywanie i nagłaśnianie prozdrowotnych treści wygłaszanych przez tak zwanych VIP-ów, znane postaci artystów i celebrytów, które negatywnie odnoszą się do używek. Być może zespół Scorpions nie jest dziś tak popularny wśród młodego pokolenia, ale warto, by krytyczna wypowiedź basisty na temat przykrych doświadczeń z koncertu zagranego dla „upalonej” publiczności w stanie Colorado, zaraz po legalizacji tam marihuany, wyraźniej wybrzmiała w mediach¹².
 5. Nazwy profili powinny przyciągać uwagę, najlepiej, gdy są tworzone wraz z młodzieżą pod kierunkiem specjalistów od PR. Jest wiele przykładów w mediach społecznościowych nietypowych a fascynujących nazw, które zyskały sporo odbiorców np. „Dej mam horom curke” (83 401 obserwujących), „Polska w dużych dawkach” (126 042 obserwujących), „Zdelegalizować coaching i rozwój osobisty” (145 291 obserwujących), „Ironia i sarkazm pomagają mi znosić głupotę innych” (171 945 obserwujących), „Ból od Bytu” (11 035).
 6. Budowanie kapitału społecznego odbiorców mediów społecznościowych oparte na inkluzji, czyli włączaniu i budowaniu relacji, skupiając się na tym, co łączy, a nie na tym, co dzieli.
 7. Wiedza na temat zasięgów i adresatów – różnorodność social mediów skłania do myślenia w kategoriach globalnych. Inne media są atrakcyjne dla młodzieży, a inne dla dorosłych. Ścisła światowa dziesiątka najbardziej popularnych mediów to: Facebook, Twitter, Google+, YouTube, LinkedIn, Instagram, Pinterest, Tumblr i Vine, Snapchat. Podczas gdy najbardziej popularne wśród młodzieży są: Snapchat, WhatsApp, Instagram, Twitter, Vine, Tumblr, Pheed, Kik, Ask.fm, Google+¹³.
 8. „Zalanie” internetu **prawdziwymi informacjami**, rozpowszechnianymi przez przeszkolonych użytkowników mediów oraz za pomocą krótkich informacji rozpowszechnianych przez **boty** na temat szkodliwości narkotyków (np. informacja o zatruciach NSP-ami konkretnych osób w konkretnym mieście, prewencja, pomoc, konsultacje).
 9. Dynamiczne prowadzenie prozdrowotnych funpage’y, które nie odbywa się z doskoku. Na stronach powinny pojawiać się treści odpowiednie do misji i celów, prawdziwe, precyzyjne, aktualne i ciekawe dla publiczności i co najważniejsze – interaktywne, poprzez quizy lub zabawę w dokończanie obrazków komiksowych, tak aby zaangażować odbiorcę. Należy jednak unikać „nowości”, które nie są nowe¹⁴.
 10. Jedną z cech trollingu jest odnoszenie się do każdego komentarza. Warto tę metodę zastosować w przypadku „pozytywnego trollingu” i nie zostawiać żadnego komentarza, zwłaszcza antyzdrowotnego, bez odpowiedzi.
 11. Postowanie (zamieszczanie nowych informacji na funpage’u) powinno się odbywać co najmniej raz dziennie, aby utrzymać zainteresowanie i zwiększyć widoczność strony¹⁵.
 12. Tworzenie i rozpowszechnianie prozdrowotnych memów. Należy zaakceptować fakt, że żyjemy w rzeczywistości obrazkowej. Dobrze skonstruowany mem, zabawny komentarz do obrazka przykuwa uwagę i ma szansę być powielany. Oczywiście należy liczyć się z tzw. drugim życiem hasel, które nie zawsze będzie zgodne z intencjami twórców.
 13. Wprowadzenie do programu studiów pedagogicznych i psychologicznych zagadnień z zakresu prowadzenia profilaktyki uzależnień (i nie tylko) z użyciem mediów społecznościowych.
- Być może przedstawiona propozycja jest nieco przewrotna i ma niewiele z cech typowego trollingu, niemniej jednak przemyślane działania, zwłaszcza ich zasięg i rozumienie, w jaki sposób działają media społecznościowe, a nade wszystko włączenie do ich prowadzenia młodzieży oddanej pozytywnej sprawie pozwoli iść

profilaktyce z duchem czasu. Pojawia się pytanie, czy to działa i czy ma sens. Warto zatem zwrócić uwagę na dokonania wybitnych ekspertów-praktyków w promowaniu zdrowia, którzy prowadzą swoje fanpage'e w sposób profesjonalny i atrakcyjny dla odbiorców.

Lekarz medycyny Dawid Ciemięga jest bohaterem mediów społecznościowych walczącym z antyszczepionkowymi hejterami (nie z osobami sceptycznymi wobec szczepionek, lecz z agresywną nienaukową i obraźliwą retoryką użytkowników mediów społecznościowych). Na swoim profilu, który obserwuje 46 093 osoby, wyjaśnia mechanizmy działania antyszczepionkowego lobby oraz przedstawia naukowe dowody na wartość i znaczenie szczepień. Oprócz tego demaskuje nierzetelne i szkodliwe porady medyczne, które stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia oraz informuje o toczących się w sądach postępowaniach przeciwko zniesławianiu lekarzy, także z jego powództwa¹⁶.

Anna Mierzyńska, specjalistka ds. marketingu sektora publicznego, zajmująca się PR i kreowaniem wizerunku, a także dziennikarka regularnie publikująca w portalu OKO.press, prowadzi funpage „Niech Cię widzą” (1845 obserwatorów). Autorka w klarowny i profesjonalny sposób wyjaśnia, czym są *fake newsy* oraz demaskuje mechanizmy dezinformacji w sieci. Przedstawia nie tylko własne analizy, ale udostępnia także źródła kłamstw¹⁷. Wiele fanpage'y udostępnia jej rzeczowe analizy.

Paulina Łopatniuk, lekarka ze specjalizacją w dziedzinie patologii, a zarazem popularyzatorka nauki, prowadzi funpage „Patolodzy na klatce”, który zyskał 107 184 obserwujących! Autorka w przystępny sposób omawia różne choroby, wyjaśnia ich mechanizmy i wskazuje na zagrożenia zdrowotne, odsyłając chętnych do konkretnych artykułów z czasopism naukowych na temat omawianych przypadków¹⁸.

NIDA podaje, że przez ostatnie kilka lat na badania związane z zastosowaniem mediów społecznościowych w profilaktyce i leczeniu uzależnień wydano w USA 11 mln dolarów¹⁹. Nie należy też zawężać profilaktycznej aktywności w mediach społecznościowych wyłącznie do nastolatków i młodych dorosłych. Niezwykle istotną grupę docelową stanowią rodzice. Obecnie tworzy się i finansuje programy wspierające i zachęcające rodziców w mediach społecznościowych do działań profilaktycznych w swojej okolicy, tzw. rodzinne programy dla zdrowia publicznego. Ich celem jest włączenie rodziców do aktywnego wspierania dzieci w trzeźwości i aktywi-

zowanie innych rodziców w mediach społecznościowych poprzez wzajemne porady i wskazania oraz wymianę informacji i udzielanie wsparcia (Oesterle i in., 2018).

Przypisy

- ¹ <https://nnpconference.org/wp-content/uploads/2017/08/Goodrow-Dana.pdf>.
- ² <https://www.drugrehab.us/news/social-networking-hinders-drug-rehab-recovery/>.
- ³ <https://www.secureteen.com/drug-abuse/role-of-social-media-in-promoting-drug-addiction-among-teens/>.
- ⁴ <https://mentorfoundationusa.org/what-we-do/living-the-example/>.
- ⁵ <https://www.forbes.pl/kariera/parytety-dla-kobiet-w-zarzadach-czy-to-dziala/wm58797>.
- ⁶ <https://www.denverpost.com/2018/03/16/kevin-mitnick-fbi-most-wanted-hacker-denver/>.
- ⁷ <https://polter.pl/jak-skutecznie-trollowac-b15536>.
- ⁸ <https://oko.press/fejkowe-konta-i-hejt-na-zamowienie-rynek-uslug-manipulacyjnych-kwitnie-takze-w-polsce/>.
- ⁹ <https://tech.wp.pl/sposob-na-internetowych-trolli-i-hejterow-6034811830030977a>.
- ¹⁰ https://delante.pl/pozycjonowanie-stron/?adgroupid=71237062766?network=g?creativ=358112231231?position=1t1&gclid=CjwKCAjwzdLrBRBiEiwAEHrAYunsu-prt5dYZ-H47qcVUWVNb2si929NCfwA9unvGtxn0x5rjUp633hoC3nEQAvD_BwE.
- ¹¹ <http://pozycjonaria.com/cennik>.
- ¹² <https://magazyngitarzysta.pl/muzyka/newsy/40303-pawel-maciwoda-basista-scorpions-nie-zagladamy-w-metryke>.
- ¹³ <https://nnpconference.org/wp-content/uploads/2017/08/Goodrow-Dana.pdf>.
- ¹⁴ <https://nnpconference.org/wp-content/uploads/2017/08/Goodrow-Dana.pdf>.
- ¹⁵ Tamże.
- ¹⁶ https://www.facebook.com/lekarzDawidCiemięga/?ref=br_rs.
- ¹⁷ <https://www.facebook.com/mierzynskamarketing/>.
- ¹⁸ <https://www.facebook.com/patolodzynaklatce/>.
- ¹⁹ <https://archives.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2014/10/using-social-media-to-better-understand-prevent-treat-substance-use>.

Bibliografia

- Allcott H., Gentzkow M., „Social Media and Fake News in the 2016 Election”, *Journal of Economic Perspectives* 2017, vol. 31, 2.
- Boyd D.M., „Why youth (heart) social network sites: The role of networked publics in teenage social life”, In D. Buckingham (ed.) „Youth, identity, and digital media volume”, Cambridge 2007, MA: MIT Press.
- Broniatowski D.A., Jamison A.M., Qi, SiHua, AlKulaib L., Chen, Tao, Benton A., Quinn S.C., Dredze M., „Weaponized Health Communication: Twitter Bots and Russian Trolls Amplify the Vaccine Debate”, *American Journal of Public Health*, 2018, 108 (10), 1378-1384.
- Cavazos-Rehg P.A., Krauss M., Fisher S.L., Salyer P., Gruzca R.A., Bierut L.J., „Twitter chatter about marijuana”, *J. Adolesc Health* 2015, 56(2), s.139-45. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.270.
- Clement J., „Number of social media users worldwide from 2010 to 2021 (in billions)”, 2018, (pobrane z: <https://www.statista.com/statistics/278414/number-of-worldwide-social-network-users/>).
- Jachyra D., „Trollowanie – antyspołeczne zachowania w internecie, sposoby wykrywania i obrony”, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* 2011, 656 (28), s. 253-262.
- Jopling L., „Countering Russia's hybrid threats: An update”, NATO Parliamentary Assembly, Committee on The Civil Dimension of Security 2018, www.nato-pa.int.

Klingová K., Hajdu D., „From online battlefield to loss of trust? Perceptions and habits of youth in eight European countries”, GLOBSEC Policy Institute, Bratislava, Slovakia 2018.

Laberschek M., „Treści sensacyjne w internetowych serwisach informacyjnych i ich wpływ na wzrost poziomu czytelnosci”, Zarządzanie w Kulturze 11/2010, 81-98.

McLuhan M., Powers B.R., „The Global Village: Transformations in World Life and Media in the 21st Century”, New York 1989.

Maciołek D., „Wpływ manipulacji medialnej na kształtowanie się tożsamości współczesnej młodzieży”, Kultura – Media – Teologia 2014, 19, s. 45-59.

Moreno M.A., Gower A.D., Jenkins M.C., Kerr B., Gritton J., „Marijuana promotions on social media: adolescents' views on prevention strategies”, Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2018, volume 13, Article number: 23. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0152-7>.

NCASA – National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2012.

NATO Strategic Communications (2016) Social media as a tool of hybrid warfare, ISBN 978-9934-8582-6-0 Centre of Excellence.

Oesterle S., Epstein M., Haggerty K.P., Moreno M., „Using Facebook to Recruit Parents to Participate in a Family Program to Prevent Teen Drug Use”, Prev Sci. 2018, 19(4), 559-569. doi: 10.1007/s11121-017-0844-7. Poltergeist, „Jak skutecznie trollować?” (pobrane z: <http://polter.pl/Jak-skutecznie-trollowac-b15536>).

Pyżalski J., „Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży”, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012. Raport Wave 9 (2018) „Polak zapatrzony w Facebooka” (pobrane z: <http://www.universalmccann.pl/news/68/114/Wave-9-Polak-zapatrzony-w-Facebooka>).

Sheldon K.M., Abad N., Hinsch C., „A two-process view of Facebook use and relatedness need-satisfaction: Disconnection drives use, and connection rewards it”, Psychology of Popular Media Culture” 2011. Szpunar M., „Internet – medium informacji versus dezinformacji” (w:) „e-mentor”, GH. Warszawa 2007, 2, s. 46-51.

Wilk-Kołodziejczyk D., „Pozyskiwanie wiedzy w sieciach komputerowych z rozproszonych źródeł informacji” (w:) L. Haber (red.), „Społeczeństwo informacyjne. Wizja czy rzeczywistość”, Kraków 2004.

Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej to program promocji zdrowia i profilaktyki uniwersalnej, skierowany do dzieci w wieku 8-12 lat. Program sprawdza się również w rodzinach zastępczych, świetlicach środowiskowych, a także w grupach dzieci ze specyficznymi trudnościami (np. spektrum autyzmu). Obecnie trwają prace nad wersją programu do realizacji z młodzieżą i dorosłymi. W marcu 2019 roku Apteczka została wpisana na listę programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego rekomendowanych przez Ośrodek Rozwoju Edukacji, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Instytut Psychiatrii i Neurologii.

APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ

Sylwia Wierzchowska
Nauczycielka, pedagog
Centrum Pozytywnej Edukacji

*Można powiedzieć, że żyjemy tylko wtedy,
gdy nasze serca są świadome posiadanych skarbów.*
Thornton Wilder

Kiedy mój już dorosły obecnie syn miał 4 lata, przeprowadził ze mną taką rozmowę:

- Mamusiu, czy ty wiesz, że marzenia są pierwszą formą życia ludzkiego?
- Czy możesz mi to wytłumaczyć, synku? – zapytałam.
- Bo wiesz, kiedy jakaś pani chce mieć dziecko, to najpierw o nim marzy, a dopiero potem je ma.
- Masz rację Skarbie, ja też o tobie marzyłam.

Mimo upływu lat nadal mocno porusza mnie wspomnienie tej rozmowy, ponieważ jest to moje lekarstwo

na matczyne rozterki; w tej rozmowie znajduję serdeczną bliskość dwóch osób, pozytywną psychologię, optymizm i elementy psychologii poznawczej – to, co stało się podstawą programu **Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej**.

Program ten wyrósł z doświadczeń, marzeń i potrzeb życia i pewnie dlatego sprawdza się w wychowaniu, promocji zdrowia i profilaktyce. Dlatego moja rodzina zyskała przydomek OptyMisie, a na życie moich dorosłych synów mogę patrzeć ze spokojem i optymizmem.

I dlatego zapewne wciąż zgłaszają się kolejni nauczyciele, pedagodzy, psychologowie, którzy poświęcają swój czas i energię, by wziąć udział w szkoleniu przygotowującym do prowadzenia programu. Apteczka zyskuje aprobatę zarówno ze względu na wartości, jakie wnosi do pracy z dziećmi, jak i ze względu na budowanie optymizmu prowadzących program osób dorosłych.

W naszym życiu często doświadczamy sytuacji, w których ktoś potrzebuje pomocy. Większość z nas, kiedy trzeba opatrzyć ranę, radzi sobie, przyklejając plaster lub stosując bandaże. Co jednak zrobić, jeśli sytuacja dotyczy zupełnie innej rany? Kiedy boli zranione serce. Kiedy ktoś cierpi z powodu skrzywdzenia, przeżywa żalobę.

Zazwyczaj zależy nam, aby każde dziecko znalazło przyjaciół, potrafiło w zgodzie bawić się i współpracować z innymi, aby radziło sobie w trudnych sytuacjach, optymistycznie podchodziło do zadań, które stawia przed nim życie, by było wytrwałe i kreatywne. Celem programu Apteczka jest rozwijanie umiejętności społecznych i emocjonalnych oraz przygotowanie do samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, by wzmocnić odporność na stres, kształtować pozytywne nastawienie do życia.

W programie Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej każdy w świadomy i oparty na wolności sposób tworzy swoją własną Apteczkę, potrzebną wtedy, kiedy trzeba poradzić sobie z trudnymi emocjami, odzyskać dobry humor i nadzieję, budować odporność psychiczną, snuć marzenia i budować szczere, bliskie relacje z innymi.

Świadomość posiadanych skarbów, która jest jednym z elementów Apteczki, poniosła mnie w kierunku spełniania marzeń i dzielenia się nimi z innymi. Program zyskał swoją obecną formę dzięki wytrwałości i wsparciu bliskich mi osób, szczególnie Elżbiety Nerwińskiej, bez której trudno byłoby urealnić kolejne etapy twórczego chaosu. Chciałyśmy, by Apteczka odpowiadała na problemy związane z narastającą liczbą stanów depresyjnych wśród dzieci, ale przede wszystkim, żeby spełniała marzenie o realizacji programu w całości odnoszącego się do wartości, do tego, co pozytywne. Jedną z inspiracji do powstania Apteczki było „10 wskazówek pomocnych do zachowania zdrowia psychicznego”, zaprezentowanych przez Sigrun Danielsdottir z Islandii w czasie międzynarodowych warsztatów dla koordynatorów programu Przyjaciele Zip-piego (Oxford 2012). Danielsdottir opowiedziała wówczas pewną historię o niezwyklej matce, która będąc w trudnej sytuacji materialnej, musiała wysłać swoje dzieci w różne miejsca Islandii, aby zapewnić im przeżycie. Każdemu

z nich dała pudełko, do którego włożyła różne rzeczy, przypominające im o domu i miłości matki, np. skrawek koszuli ich taty, zasuszony kwiatek z ogrodu, list od mamy. Różne skarby, które przypominały im dobre czasy, kiedy byli razem w domu; skarby, które budowały ich poczucie tożsamości, dodawały im otuchy w trudnych chwilach oraz upewniały ich w tym, że są kochane.

Ta historia uświadomiła mi, że każdy z nas posiada takie pudełko, czyli taką Apteczkę Pierwszej Pomocy Emocjonalnej. Niektórzy z nas mogą być jednak nieświadomi posiadanych skarbów, mogą je lekceważyć, zdarza się niestety i tak, że czyjaś Apteczka może być źle wyposażona lub zupełnie pusta. W takich sytuacjach dochodzi do depresji, nerwic. Przejmująca pustka wewnętrzna często staje się przyczyną podejmowania ryzykownych zachowań czy popadania w różne formy uzależnień.

Cele szczegółowe programu Apteczka to:

- budowanie poczucia własnej wartości i prawidłowej samooceny poprzez rozwój świadomości własnych uczuć, potrzeb i schematów reagowania na problemy;
- rozwijanie umiejętności współpracy i budowania dobrych relacji z innymi;
- troska o zdrowie fizyczne, psychiczne i emocjonalne;
- kształtowanie pozytywnego myślenia oraz postaw: optymizmu, wytrwałości, życzliwości, wdzięczności (sprzyjających poczuciu szczęścia);
- pielęgnowanie kreatywności i ciekawości oraz rozwijanie zdolności poznawczych;
- rozwijanie umiejętności koncentracji i relaksacji poprzez uważne oddychanie i ćwiczenia uważności;
- nabywanie wiedzy na temat funkcjonowania ludzkiego mózgu w zakresie niezbędnym do zrozumienia własnych reakcji i zachowań;
- kształtowanie uważnego i świadomego podejścia do otaczającej rzeczywistości, do innych ludzi i do samego siebie.

Założenia teoretyczne

Program odwołuje się do koncepcji psychologii pozytywnej i psychologii poznawczej, koncentrującej się na tym, co w człowieku jest dobre i użyteczne, co służy jego zdrowiu i szczęściu. W tym podejściu ważne jest, aby znaleźć sposób na rozwijanie wytrwałości, wiary w siebie, optymizmu, uczciwości i odporności¹.

Program opiera się na założeniu, że ukształtowane na wczesnych etapach edukacji umiejętności społeczne i emo-

cyjonalne oraz poczucie własnej wartości w znacznym stopniu mogą się przyczynić do zapewnienia zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia oraz osiągania sukcesów zarówno w szkole, jak i w życiu.

Potrzebę realizacji takiego programu potwierdzają wyniki badań opublikowanych przez OECD w raporcie „Umiejętności potrzebne do rozwoju społecznego. Znaczenie umiejętności społecznych i emocjonalnych”: „Umiejętności społeczne i emocjonalne stanowią napęd dla takich efektów społecznych jak zdrowie, zaangażowanie obywatelskie i subiektywne poczucie dobrostanu. (...) Umiejętności społeczne i emocjonalne mają również znaczenie, ponieważ pomagają w rozwijaniu i wzmacnianiu kompetencji poznawczych – pomagają w uczeniu się. Dla przykładu, jest większe prawdopodobieństwo, że dzieci, które umieją się kontrolować, dokończą czytać książkę, rozwiążą zadanie z matematyki czy przejdą przez wszystkie fazy projektu. Najlepsze szkoły zawsze o tym wiedziały. Dokładały starań, aby ich uczniowie mieli dostęp do najlepszych źródeł wiedzy, wzmacniali kluczowe kompetencje, takie jak kreatywność, krytyczne myślenie, współpraca w zespole czy komunikacja. Ale to, co najbardziej wyróżnia, to troska o rozwój takich postaw i cech charakteru, jak uważność, ciekawość, odwaga, odporność i przywództwo. W tych szkołach wychodzi się poza nauczanie, by zyskać pewność, że uczniowie posiadają ukształtowany system wartości i ukierunkowane umiejętności, które nie pozwolą im w życiu się zagubić, a raczej pomogą odnaleźć własną drogę w coraz bardziej niepewnym, zmieniającym się i rozchwianym świecie” (Raport OECD, 2015).

Podążając za założeniami psychologii pozytywnej, sformułowanymi przez psychologa Martina E.P. Seligmana², w programie przyjęto, że optymizmu można się nauczyć,

a postawa optymizmu może prowadzić do szczęśliwego i satysfakcjonującego życia.

Mimo że ludzie różnią się poziomem optymizmu, to badania potwierdzają, że to optymizm może mieć duży wpływ na takie aspekty funkcjonowania człowieka, jak:

- stan zdrowia,
- radzenie sobie ze stresem,
- relacje z innymi,
- inteligencja emocjonalna i myślenie kreatywne.

Dlatego zadaniem programu Apteczka jest rozwijanie postaw optymizmu – rozumianego za M. Seligmanem – jako styl wyjaśniania wydarzeń, oparty na optymalnie realnej ocenie sytuacji i ukierunkowanie na poszukiwanie rozwiązań.

Program Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej opiera się na założeniu, że ukształtowane na wczesnych etapach edukacji umiejętności społeczne i emocjonalne oraz poczucie własnej wartości w znacznym stopniu mogą się przyczynić do zapewnienia zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia oraz osiągania sukcesów zarówno w szkole, jak i w życiu. Potrzebę realizacji takiego programu potwierdzają wyniki badań opublikowanych przez OECD w raporcie „Umiejętności potrzebne do rozwoju społecznego. Znaczenie umiejętności społecznych i emocjonalnych”.

„Styl wyjaśniania zdarzeń kształtuje się w dzieciństwie. Wówczas to formuje się w człowieku optymizm lub pesymizm. (...) Jest to rodzaj filtru, przez który postrzegamy nasze niepowodzenia i sukcesy, i który z czasem przechodzi w pewien zwyczaj myślenia o nas i otaczającym nas świecie”³. Według badań M. Seligmana styl wyjaśniania staje się w pełni ukształtowany około 8. roku życia, a dzieci w wieku 8-12 lat są szczególnie podatne na zmianę swojego stylu wyjaśniania zdarzeń i wtedy warto wspierać je w świadomym kształtowaniu optymizmu. Możliwe jest wcześniejsze wpływanie na kształtowanie optymizmu, jak również świadoma praca nad własnym stylem wyjaśniania zdarzeń w każdym wieku, nawet w życiu dorosłym. W programie Apteczka dzieci mają okazję poznać tajemniczy szyfr WPS (WYDARZENIE

– PRZEKONANIE – SKUTEK) i badać związki, jakie zachodzą pomiędzy wydarzeniami (W), jakie występują w ich życiu, a ich skutkami (S), czyli uczuciami oraz działaniami, uważnie poszukując przekonania (P), które prowadzą do takich, a nie innych skutków. Warto zwrócić uwagę, że każde wydarzenie niesie ze sobą przekonania, które kreują skutki. Przyjrzyjmy się przykładowi.

WYDARZENIE: Jaś dostaje od taty wymarzony prezent.

PRZEKONANIA WSPIERAJĄCE, OPTYMISTYCZNE: Mój tata mnie zna, wie, czego potrzebuję, kocha mnie, tata chciał sprawić mi przyjemność.

SKUTKI: Poczucie bycia kochanym, wiara w siebie, radość z otrzymanego prezentu, wdzięczność.

**PRZEKONANIE OGRANICZAJĄCE, PESYMI-
STYCZNE:** Moja siostra zawsze dostaje to, co chce, a mi zdarzyło się to tylko raz. Tata bardziej kocha moją siostrę.

SKUTKI: Zazdrość, poczucie niepewności, frustracja, brak pewności siebie, złośliwość wobec siostry.

Według czołowych przedstawicieli terapii kognitywnej (M. Seligmana, St. Hollona, A. Freedmana) wytwarzamy przekonania, co do których możemy nie zdawać sobie sprawy, dopóki się na nich nie skupimy, a są one bezpośrednią przyczyną tego, co czujemy i robimy. Zmiana przekonań „wyznacza różnicę między przygnębieniem i poddaniem się z jednej strony, a dobrym samopoczuciem i konstruktywnym działaniem z drugiej”⁴. W tym kontekście uczenie dzieci optymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń ma bezpośredni wpływ na ochronę przed depresją czy podejmowaniem ryzykownych zachowań i prowadzi do życia nastawionego na radzenie sobie i czerpanie radości.

W programie Apteczka, aby kształtować optymizm, realizujemy zadania, których celem jest zrozumienie swojego stylu wyjaśniania wydarzeń, tzw. tajny szyfr WPS (WYDARZENIE – PRZEKONANIE – SKUTEK). *Kto chce hodować w ogrodzie stokrotki, nie sieje w nim koperku.* Jeśli „hodujemy” w sobie negatywne myśli, wyrastają z nich nieprzyjemne uczucia (wściekłość, bezradność, poczucie winy, smutek, zdenerwowanie, zniechęcenie), które prowadzą do negatywnych zachowań. Jeśli „hodujemy” w sobie pozytywne myśli, wyrastają z nich przyjemne uczucia (zadowolenie, entuzjazm, empatia, radość), prowadzące do pozytywnych działań. Oczywiście pozostaje, że pewne wydarzenia w życiu, takie jak: choroba, śmierć bliskiej osoby, zmiana szkoły czy pracy mimo pozytywnych przekonań wiążą się ze skutkami, takimi jak: frustracja, smutek, niepewność czy żaloba. Ale skutki te nie są utrwalane, a są krokiem do wychodzenia naprzeciw swojemu życiu, są etapem w podejmowaniu kolejnych kroków ku poprawie swojego dobrostanu fizycznego i psychicznego. Przeprowadzone analizy wykazały, że optymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń zmniejsza ryzyko występowania depresji, podejmowania ryzy-

kownych zachowań, pomaga w lepszym radzeniu sobie w różnych życiowych sytuacjach⁵.

Uświadomienie sobie własnych przekonań pozwala je zmieniać poprzez kwestionowanie. Realizując program, tworzymy okazję, aby w trakcie odgrywania scenek dzieci podważały pesymistyczne przekonania. Można to robić poprzez:

- udowadnianie, że dane przekonanie nie jest prawdziwe;
- szukanie alternatywnych, odmiennych przekonań;
- szukanie powodów (implikacji), dla których dane przekonanie, nawet jeśli jest prawdziwe, to nie powoduje tak wielkiej katastrofy, jak myślimy;
- przesianie naszych przekonań przez sito przydatności, pożytku (Co mi to da? Co to zmieni? Czego chcę? Jak mogę to osiągnąć?)⁶.

W programie Apteczka zostały wykorzystane elementy koncepcji uważności (mindfulness)⁷ i opracowana przez Jon Kabat-Zina metoda redukcji stresu, opierająca się na uważności. Ćwiczenia uważności to bardzo istotny element programu, są powtarzane na każdym spotkaniu i trwają 5-10 minut. Są one skonstruowane wokół kształtowania takich umiejętności, jak: głębokie oddychanie, słuchanie, obserwacja, korzystanie z wyobraźni, koncentracja, uważne jedzenie i odpoczynek.

Ogromną korzyścią płynącą z ćwiczenia z dziećmi uważnej obecności jest ograniczenie problemów związanych z napięciem i stresem, skuteczne przeciwdziałanie szkodliwym (psychologicznym i fizjologicznym) efektom funkcjonowania człowieka w świecie pełnym presji w pogoni za sukcesem. Uważna obecność daje możliwość koncentracji, lepszego analizowania oraz rozwiązywania problemów, a także spojrzenia na nie z dystansu. Te ćwiczenia mogą wpływać również na poprawę wyników w nauce. Uaktywniając prawą półkulę mózgu, zaczynamy być bardziej kreatywni, szybciej i więcej zapamiętujemy, poprawia się nasza koncentracja.

Realizowane zagadnienia

W czasie realizacji programu każdy ma możliwość uzupełnienia własnej Apteckki. Każda część oparta jest na ważnych dla zdrowia wskazówkach oraz odnoszących się do nich wartościach, postawach i cechach charak-

teru, których kształtowanie bezpośrednio wpływa na poczucie szczęścia.

Część 1. APTECZKA SKARBÓW – jak leczyć rany duszy?

To czas na budowanie świadomości, że każdy z nas posiada własną apteczkę pierwszej pomocy emocjonalnej i ma wpływ na jej zawartość. Żeby skorzystać z własnej apteczki, warto stale dbać o jej wyposażenie, aby nie była pusta. Możemy to robić między innymi poprzez zrozumienie, czym są wartości oraz uświadamianie, jak ważne jest kształtowanie odporności na trudne sytuacje i zranienia emocjonalne. Wykonanie przez każdego apteczki, czyli ozdobionego dowolną techniką pudełka, pomaga w namacalny sposób uświadomić sobie, czym jest apteczka i jak dbać o jej zawartość.

Część 2. OPTYMIZM – myśl pozytywnie, wtedy jest łatwiej!

Fundamentem Apteczki jest poznanie w drugiej części optymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń, czyli związku pomiędzy naszym samopoczuciem i zachowaniem a tym, jak interpretujemy to, co nas spotyka (WPS). Uczenie pozytywnego myślenia i budowanie postawy optymizmu poprzez przełamywanie negatywnych schematów w stylu wyjaśniania przyczyn różnych życiowych zdarzeń to początek w kształtowaniu optymizmu.

Część 3. PRZYJAŹŃ – okazuj miłość i przyjaźń.

Jednym z najistotniejszych czynników mających wpływ na naszą samoocenę i poczucie własnej wartości jest to, jakie mamy relacje z innymi, dlatego w tej części programu tworzymy warunki pozwalające na doświadczanie pozytywnych uczuć, jakie mogą towarzyszyć współpracy i przynależności do grupy, podejmujemy refleksję nad sobą jako przyjacielem dla innych. W trakcie ćwiczeń sprawdzamy, jak nasze przekonania i styl wyjaśniania zdarzeń mogą wpływać na budowanie dobrych relacji z innymi.

Część 4. KREATYWNOŚĆ – ucz się całe życie, odkrywaj i wzmacniaj swoje talenty.

Ciekawość i kreatywność są warunkami uczenia się. Znalezienie przyjemności w poznawaniu świata i uczeniu się pozwala rozwijać pasje i talenty, a to z kolei sprzyja budowaniu poczucia własnej wartości. Pokazujemy, jak ważne jest poznanie siebie i refleksja nad tym, co każdemu pomaga, a co przeszkadza w nauce, jakie są jego mocne strony, pasje i zainteresowania, jak duży wpływ na nasze życie codzienne mogą mieć przekonania, jakie żyjemy wobec nauki czy szkoły.

Część 5. WYTRWAŁOŚĆ – nie poddawaj się, sukces w życiu to bieg na długi dystans.

Istotnymi kompetencjami niezbędnymi do odnoszenia sukcesów w szkole i w życiu są odwaga i wytrwałość w dążeniu do celu. Cechy te można rozwijać, podejmując wyzwania i realizując trudne zadania, wzmacniając odporność na stres i porażkę, snując refleksję nad tym, jak możemy się uczyć na błędach. Ważne pozostaje zwrócenie uwagi na potrzebę realnej oceny sytuacji i kształtowanie umiejętności szukania rozwiązań, w tym proszenia o pomoc.

Część 6. ZDROWIE FIZYCZNE – dbaj o zdrowie i ćwicz codziennie – to poprawia samopoczucie.

Zdrowie psychiczne, fizyczne i emocjonalne są ze sobą połączone i bardzo mocno wpływają na nasz dobrostan. Żeby zachować dobrą kondycję i dobrze czuć się wśród innych, trzeba dbać o zdrowie. Oznacza to budowanie pozytywnego nastawienia do aktywności fizycznej, ruchu na świeżym powietrzu i zdrowego odżywiania.

Część 7. SZCZEROŚĆ – nie komplikuj niepotrzebnie swojego życia.

Szczerowość może być pomocnym instrumentem pozwalającym wyrazić siebie oraz swoje uczucia i pragnienia, pomaga kształtować dobre relacje z innymi. „Z najnowszych badań dotyczących inteligencji emocjonalnej wynika, że kiedy ludzie rozumieją swoje uczucia i potrafią o nich mówić, mają lepsze relacje z przyjaciółmi, kolegami z pracy i rodziną. Szczerowość stanowi antidotum przeciw depresji i poczuciu izolacji”⁸.

Część 8. ŻYCZLIWOŚĆ – próbuj zrozumieć i wspierać innych.

Życzliwość i empatia to bardzo ważne postawy, które determinują jakość naszego życia i relacji z innymi. Pomagają wierzyć w siebie i cieszyć się z tego, jak przyczyniamy się do szczęścia i dobra innych osób. Umiejętność zrozumienia uczuć drugiego człowieka, a także postawa życzliwości pomagają nie tylko lepiej poznać siebie, radzić sobie z problemami, ale także prowadzą do wzrostu poczucia szczęścia i satysfakcji życiowej, podnoszą samoocenę i dają poczucie panowania nad własnym życiem, co jest niezwykle istotnym czynnikiem wpływającym na odporność psychiczną.

Część 9. WDZIĘCZNOŚĆ – okazuj wdzięczność za wszystko, co cię spotyka.

Badania potwierdzają dużą korelację pomiędzy okazywaniem wdzięczności a poczuciem szczęścia i poziomem jakości życia. Potwierdzono, że wyrażanie wdzięczności i uznania dla innych jest jednym z najlepszych sposobów

na zwiększenie własnego poczucia szczęścia. Skupianie się na tym, co idzie dobrze, poprawia stan ciała, ducha i umysłu. Wdzięczność pomaga nam również w odzyskaniu równowagi psychicznej po trudnych przeżyciach oraz przeżywaniu mniejszego stresu w obliczu problemów.

Część 10. MARZENIA – wyznaczaj sobie cele i podążaj za marzeniami!

Czy długo się czeka na spełnienie marzeń? Jeśli się czeka, to długo. Marzenia pozwalają przekraczać istniejące lub wyimaginowane ograniczenia. W wyobraźni możemy zdobywać najtrudniejsze szczyty, osiągać najbardziej nieprawdopodobne cele. Marząc, rozwijamy poczucie optymizmu, wiarę w siebie i pozytywne podejście do tego, co nas w życiu spotyka. Wyposażanie własnej Apteczki w marzenia daje wiarę i pewność siebie, by odważnie i z radością dorastać oraz żyć.

Warunki realizacji programu

Przed przystąpieniem do realizacji programu nauczyciele uczestniczą w 14-godzinnyim szkoleniu, prowadzonym przez trenerów programu Apteczka. Jego celem jest zapoznanie ich z programem i najważniejszymi informacjami dotyczącymi realizacji zajęć z dziećmi, poznanie podstawowych zasad psychologii pozytywnej w kontekście szyfru WPS, praktyczne przećwiczenie części zadań, budowanie własnego, wewnętrznego przekonania na temat zasadności realizowania programu.

Szkolenie ma formę warsztatów, w trakcie których nauczyciele wykonują ćwiczenia i zadania, które pomagają zrozumieć podstawowe założenia psychologii pozytywnej i jej zastosowanie w programie. Na podstawie szkolenia i materiałów w wersji papierowej i elektronicznej, można prowadzić zajęcia w kolejnych latach.

Zajęcia z dziećmi na podstawie propozycji tematycznych opisanych w 10 częściach, mogą być prowadzone w trakcie jednego lub dwóch kolejnych lat z tą samą grupą. Program Apteczka można potraktować jako projekt, który realizujemy z klasą lub z całą szkołą, poświęcając każdemu z 10 tematów jeden miesiąc. Mogą to być również tematy przewodnie programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły.

Wyposażenie dzieci w umiejętność radzenia sobie z problemami i aktywnego poszukiwania sposobów przewycięzania trudnych uczuć, a przede wszystkim umiejętności transformowania negatywnych przekonań

na temat tego, co nam się przydarza, daje wiarę i pewność siebie, by wieść szczęśliwe i satysfakcjonujące życie.

Nauczyciele uczestniczący w szkoleniach i następnie realizujący program w pierwszym roku po pilotażu (2016/17), proszeni byli o uzupełnianie ankiety (on-line) na temat przeprowadzonych zajęć. Łącznie wpłynęło 130 ankiet. Wstępna ewaluacja pokazała, że zarówno nauczyciele, jak i uczniowie byli zadowoleni z apteckowych zajęć. Zauważono, że nastąpił wzrost świadomości tego, jak ważne jest zdrowie i co można zrobić, aby o nie zadbać. Uczniowie byli bardziej skłonni do poszukiwania pomocy u innych osób. Program budował zaufanie pomiędzy nauczycielem i uczniem. Zaplanowane są kolejne ewaluacje programu, aby doskonalić narzędzia, metody stosowane zarówno podczas szkolenia, jak i realizacji Apteczki⁹.

Nasze doświadczenia z realizacji programu pokazują, że już po pierwszych spotkaniach można dostrzec efekty jego oddziaływania i zmiany samopoczucia zarówno u uczniów, jak i u osoby prowadzącej. Istotą procesu kształcenia i wychowania jest tworzenie warunków do harmonijnego rozwoju, wzajemnych relacji, a dobre samopoczucie i zdrowie psychiczne dziecka wpływają na jego motywację do nauki i zwiększenie możliwości poznawczych, co przekłada się również na podniesienie wyników w nauce. Apteczka daje siłę, poczucie bezpieczeństwa, sprawowania kontroli i wpływu na życie, daje odwagę, aby w trudnych chwilach sprostać czemuś od nowa. Pozostaje nam mieć nadzieję, że to wystarczy, aby zaufać swoim siłom i żyć szczęśliwie.

Przypisy

- ¹ A. Czerw, „Rola optymizmu i inteligencji emocjonalnej w osiągnięciu satysfakcji z pracy: implikacje dla tworzenia programów rozwojowych pracowników”, Współczesne Zarządzanie nr 1/2010, Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu.
- ² Martin E.P. Seligman, „Optymistyczne dziecko. Jak wychowywać dzieci, aby nauczyć je optymizmu i dawania sobie ze wszystkim rady”, Media Rodzina, Poznań 1997.
- ³ M.E. Seligman, „Optymizmu można się nauczyć”, Media Rodzina, Poznań 2010, s. 179.
- ⁴ M.E. Seligman, „Optymizmu można się nauczyć”, s. 320.
- ⁵ Za M.E. Seligman, „Optymizmu można się nauczyć”, s. 179-205.
- ⁶ Za A. Ellis, R.Ch. Tafrate, „Jak opanować złość zanim ona opanuje ciebie?”, Media Rodzina, Poznań 1999, s. 180.
- ⁷ Bardzo dziękujemy pani Małgorzacie Jakubczak (Polski Instytut Mindfulness) za konsultacje i inspiracje dotyczące koncepcji uważności (www.polski-instytut-mindfulness.pl).
- ⁸ G. Hawn, W. Holden, „10 minut uważności: jak pomóc dzieciom radzić sobie ze stresem i strachem”, Wydawnictwo Laurum, s. 190.
- ⁹ Wszystkich zainteresowanych wspieraniem rozwoju kompetencji życiowych uczniów zapraszamy do realizacji programu Apteczka. Program jest oferowany w całej Polsce przez trenerów współpracujących z Centrum Pozytywnej Edukacji (niepubliczną placówką doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym). Więcej informacji o programie można znaleźć na stronie www.pozytywnaeducacja.pl Zapraszamy do kontaktu: apteczka@pozytywnaeducacja.pl

Najwięcej przypadków zatruc środkami zastępczymi lub nowymi narkotykami odnotowano w woj. śląskim i łódzkim. Analizując przypadki zatruc i podejrzeń zatruc nowymi narkotykami w różnych grupach wiekowych, możemy zaobserwować, że po rekordowym 2015 roku, spada udział zatruc w najmłodszych grupach wiekowych: gimnazjalistów (13-15 lat) i uczniów szkół ponadgimnazjalnych (16-18 lat). Systematycznie rośnie natomiast udział zatruc w grupie wiekowej młodych dorosłych/studentów (19-24 lata) oraz w grupie wiekowej 30-39 lat.

NOWE NARKOTYKI JAKO PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Tomasz Białas
Główny Inspektorat Sanitarny
Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi

Wprowadzenie

Nowe narkotyki, zwane popularnie „dopalaczami”, pojawiły się w Polsce ok. 2008 roku, a pierwszy szczyt ich popularności przypadł na 2010 rok, co należy wiązać z ich legalną sprzedażą przez wyspecjalizowane placówki handlowe oraz internet. Notowane wówczas, w sposób nieusystematyzowany, informacje o poważnych zatruciach i zgonach, będących następstwem konsumpcji tych substancji, były wyraźnym asumptem do wdrożenia przez instytucje państwowe działań zapobiegawczych na szeroką skalę, włączając w to administracyjne zamknię-

cie wszystkich tego typu obiektów i wycofanie z obrotu wszystkich produktów posiadających w swym składzie nowe narkotyki¹. Niemal równocześnie do tych działań nastąpiły zmiany prawne, sankcjonujące zakaz produkcji i wprowadzania do obrotu środków zastępczych, mające na uwadze wprowadzenie skutecznej ochrony zdrowia i życia obywateli przed nowo projektowanymi substancjami narkotycznymi.

Nowe narkotyki, za które według obecnej klasyfikacji uznaje się nowe substancje psychoaktywne (NSP) oraz środki zastępcze, historycznie ograniczały się do kilku grup związków chemicznych, takich jak fenyloetyloaminy

Tabela 1. Zestawienie liczby zgłoszeń do Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS) według grup substancji w latach 2015–2018 (zestawienie własne).

Grupy nowych narkotyków	Liczba monitorowanych substancji			
	2015	2016	2017	2018
Syntetyczne kannabinoidy	160	171	182	192
Katynony	101	115	127	135
Fenyloetyloaminy	85	90	94	99
Opioidy	18	26	40	52
Indoloalkiloaminy (tryptaminy)	35	36	38	42
Aryloalkiloaminy	29	32	33	34
Benzodiazepiny	11	17	20	25
Arylocykloheksyloaminy	11	16	17	18
Pochodne piperazyny	16	16	16	16
Piperydyny i pirolidyny	11	12	13	13
Aminoindany	5	5	5	5
Ekstrakty roślinne	9	9	9	9
Inne substancje	56	67	71	80
	547	612	665	720

czy tryptaminy. Z czasem zaczęły pojawiać się również substancje z innych grup chemicznych, co znalazło swoje odzwierciedlenie w funkcjonującym w Europie Systemie Wczesnego Ostrzegania (*ang. Early Warning System – EWS*)². System ten klasyfikuje obecnie nowe narkotyki w 13 grupach i obejmuje ponad 700 związków chemicznych. Ich zestawienie z uwzględnieniem ilości związków chemicznych monitorowanych w obrębie grup w latach 2015–2018 pokazuje tabela 1.

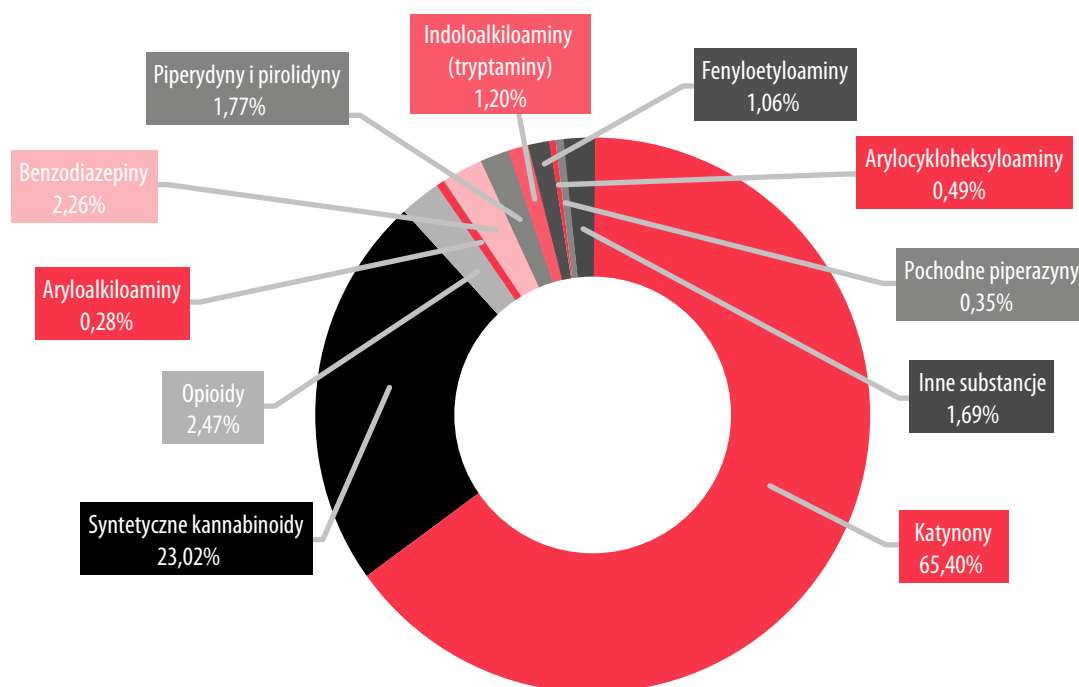
Grupy nowych narkotyków i skutki zdrowotne ich używania

Stopniowe zaostrzanie przepisów antynarkotykowych w Polsce, wymierzone przeciw produkcji i sprzedaży tzw. dopalaczy, w sposób umiarkowany wpływało na preferencje użytkowników tych substancji oraz ograniczenie samego rynku. Jego cechą charakterystyczną jest, podobnie jak w innych krajach, pojawianie się znacznej ilości związków chemicznych, a na dodatek ich różnorodność pod względem pochodzenia. Początkowo na rynku polskim dominowały substancje z grupy piperazyn, następnie do głosu doszły syntetyczne katynony oraz syntetyczne kannabinoidy, chociaż notowano również obecność związków chemicznych z grupy tryptamin oraz fenyloetyloamin³. W późniejszym czasie popularność

w Polsce zdobyły dodatkowo benzodiazepiny oraz syntetyczne opioidy⁴. Najnowsze dane, dotyczące identyfikacji nowych narkotyków w Polsce z lat 2017–2018, pokazują, że zdecydowanie najpopularniejszymi substancjami są syntetyczne katynony oraz syntetyczne kannabinoidy (wykres 1).

Pierwsza grupa to związki o silnych właściwościach psychostymulujących oraz empatogennych, są pochodną katynonu, jednego ze składników psychoaktywnych rośliny o nazwie khat (łac. *Catha edulis*). Roślina ta bywa stosowana w medycynie naturalnej przez mieszkańców wschodniej Afryki i jest wykorzystywana bardziej powszechnie w celach odurzających w Afryce i na Półwyspie Arabskim. Struktura chemiczna samego katynonu jest bardzo zbliżona do amfetaminy. Syntetyczne pochodne katynonu stały się popularne i w krótkim czasie nastąpił wysyp ich analogów strukturalnych. Substancje te dostępne są na rynku najczęściej w postaci proszku lub kryształów, przyjmowane są głównie donosowo lub doustnie, choć zdarzają się przypadki podania doodbytniczego lub iniekcyjnego. Osiągnięcie konkretnych efektów narkotycznych zależy od przyjętej substancji, dawki i sposobu podania⁵. Na przykład związek chemiczny o nazwie N-Etyloheksedron (HEX-EN), odpowiedzialny m.in. za masowe zatrucie w Trzebiatowie w 2018 roku, działający m.in. na neurony dopaminergiczne, wpływające na od-

Wykres 1. Grupy nowych narkotyków w Polsce według ujawnień w 2018 roku (dane GIS).



czuwanie przyjemności, wywołuje efekty porównywane przez użytkowników z tymi, które występują po zażyciu kokainy. Najsilniejsze działanie osiąga się poprzez aplikację donosową. Opisane przez użytkowników na forach internetowych dawki tej substancji obejmują następujący zakres dawkowania – progowe: 10-20 mg, małe: 30-40 mg, typowe: 50-60 mg, wysokie: 70-90 mg oraz bardzo wysokie dawki na poziomie 100-150 mg, a nawet 250 mg. Efekty psychotropowe tej substancji są krótkotrwałe, co powoduje, że użytkownicy zażywają kolejne dawki, które stanowią niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia⁶. Z kolei działanie innej popularnej substancji o nazwie 3-CMC (3-chlorometkatynon) jest od 3 do 8 razy słabsze od działania kokainy⁷. Można określić, że jednorazowa dawka substancji 3-CMC, której zażycie prowadzi do wystąpienia oczekiwanych efektów narkotycznych (działanie euforyzujące, pobudzające ośrodkowy układ nerwowy), wynosi 150-200 mg, czas działania to około 2 godziny. Syntetyczne katynony oddziałują na układ nerwowy człowieka, powodując nerwowość, niepokój, agresję, euforię, ataki paniki, splątanie, zaburzenie koncentracji, niepamięć, bezsenność, halucynacje wzrokowe i słuchowe, zaburzenia świadomości, psychozy. Z kolei z punktu widzenia układu sercowo-naczyniowego powodują przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego, bóle w klatce piersiowej, uczucie szybkiego, nierównego bicia serca, zaburzenie krążenia obwodowego, a nawet zatrzymanie czynności serca. Dodatkowo można zaobserwować nudności, wymioty, bóle brzucha, suchość w jamie ustnej, duszności, zwiększenie napięcia mięśni, uszkodzenie nerek, zaburzenia metaboliczne oraz zespół serotoninowy⁸.

Syntetyczne kannabinoidy to rodzina substancji narkotycznych przyjmowanych w celu wywołania efektu odurzającego podobnego do działania marihuany lub haszyszu, zawierających naturalny Δ^9 -tetrahydrokanabinol (THC). Najpopularniejszym sposobem ich przyjmowania jest palenie (lub waporyzacja) mieszanki ziołowej nasączonej jej roztworem lub palenie masy plastycznej (sztuczny haszysz), w skład której wchodzi jeden lub kilka kannabinoidów. Na rynku, oprócz gotowych do spożycia suszu lub masy plastycznej, narkotyki tej grupy dostępne są w postaci proszku lub kryształków, służących do samodzielnego przygotowania tzw. maczanek – chemikalia po rozpuszczeniu nanoszone są na podkład roślinny i po odparowaniu rozpuszczalnika mikrokryształki pozostają na suszu.

Substancje te są silnymi antagonistami receptora kannabinoidowego CB1, co powoduje, że ich moc oddziaływania jest wielokrotnie większa niż naturalnego odpowiednika. Można zauważyć prawidłowość, że nowsze generacje kannabinoidów są mocniejsze od wcześniejszych. Przykładowo substancja MDMB-CHMICA, która odpowiadała za falę zatruc i zgonów w Polsce w 2015 roku⁹, ma siłę oddziaływania 50-krotnie mocniejszą od THC, mierzoną powinowactwem do receptora kannabinoidowego CB1¹⁰, z kolei substancja FUB-AMB charakteryzuje się już 80-krotnie większą mocą od naturalnego kannabinoidu¹¹. Przyjmując syntetyczne kannabinoidy, pierwsze efekty mogą być odczuwane po kilku-kilkunastu minutach od wypalenia. Okres ten może ulec skróceniu w zależności od kilku czynników, do których należy m.in. rodzaj substancji (różny stopień powinowactwa do receptorów CB1), wchłonięta dawka, częstotliwość zażywania. Przyjmuje się, że jednorazowa porcja użytkowa wywołująca oczekiwany efekt działania narkotycznego typowy dla syntetycznych kannabinoidów, wynosi 150 mg suszu. Natomiast zażycie tego suszu w dawce powyżej 0,5 g może prowadzić do wystąpienia silnych efektów narkotycznych, pobudzenia psychoruchowego, zaburzeń świadomości, zaburzeń czynności serca i ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka¹².

Oddziaływanie syntetycznych kannabinoidów na układ nerwowy objawia się m.in. drażliwością, niepokojem, pobudzeniem, zaburzeniem postrzegania, atakami paniki, sennością, halucynacjami wzrokowymi i słuchowymi, psychozami, zaburzeniami mowy, równowagi i przytomności. Z kolei ze strony układu sercowo-naczyniowego notuje się przyspieszoną akcję serca, wzrost ciśnienia tętniczego i bóle w klatce piersiowej. Dodatkowo można zaobserwować nudności, wymioty, duszność, napięcie mięśni, niewydolność nerek, a w skrajnych przypadkach uszkodzenia wielonarządowe¹³.

Trzecią istotną grupą substancji są syntetyczne opioidy. Substancje te oddziałują na receptory opioidowe w ośrodkowym układzie nerwowym, pełniące istotną funkcję w regulacji odczuwania bólu, podobnie jak opioidy naturalne (np. morfina), półsyntetyczne (np. heroina), jak również narkotyczne leki przeciwbólowe, m.in. fentanyl. Analgetyczne działanie opioidów związane jest z działaniem na ośrodkowy układ nerwowy. Produkty lecznicze oparte na substancjach z tej grupy są

bardzo powszechnie stosowane w medycynie. Stosowanie opioidów może mieć jednak poważne konsekwencje zdrowotne, które niosą ze sobą rozwój tolerancji i uzależnienia oraz depresję układu oddechowego, w wyniku której może dojść do zgonu. Notowanymi objawami po zażyciu opioidów są: euforia (działanie narkotyczne), spowolnienie psychoruchowe oddechu, akcji serca, analgezja, zawroty głowy czy problemy w koncentracji. Nowa generacja opioidów, będących przede wszystkim pochodnymi fentanylu, zyskuje dużą popularność jako środki odurzające. Syntetyczne opioidy mogą być przyjmowane w zasadzie w każdej postaci: dożylnie, wziewnie (mieszanki ziołowe nasączone roztworem opioidowym, inhalatory), donosowo (aplikatory), drogą doustną (proszek, tabletki) lub w postaci plastra transdermalnego. Ryzyko związane z ich używaniem jest znacznie wyższe od tego, które wiąże się z korzystaniem z innych używek narkotycznych. Ma to przede wszystkim związek z dawkowaniem tych substancji, co bezpośrednio łączy się z ich toksycznością. Najbardziej niebezpieczny ze znanych narkotyków, karfentanyl, jest pod względem toksyczności 100 razy silniejszy od fentanylu i 10 tys. razy silniejszy od morfiny. 1 gram tej substancji wystarczy do przygotowania 10 tys. dawek czynnych narkotyku¹⁴. Osoba po użyciu opioidów wykazuje silne zaburzenia świadomości,

jest zwykle splątana i podsypiająca, nie odczuwa bólu, stwierdza się: wąskie („szpillkowane”) źrenice, bradykardię (zwolnienie czynności serca), niskie ciśnienie tętnicze, poważne zaburzenia oddechowe, w tym depresję układu oddechowego. Jest to stan, w którym następuje zmniejszenie częstości i głębokości oddechu aż do jego całkowitego zatrzymania, prowadzącego w krótkim czasie do zgonu. Opioidy należą do najbardziej uzależniających na świecie, praktycznie po pierwszym spożyciu można wpaść w mocne psychiczne uzależnienie, a po kilku razach użytkownik jest w stanie uzależnić się fizycznie. Przykładowo substancja o nazwie furanyl-fentanyl w dawce 0,5 mg jest w stanie wywołać efekt zbliżony do 20 mg czystej heroiny. Według użytkowników jest jedną z najbardziej euforycznych substancji w tej grupie nowych narkotyków¹⁵. Pojawienie się tych substancji na większą skalę w 2017 roku miało bezpośredni wpływ na wzrost liczby zgonów po użyciu nowych narkotyków w kolejnych latach.

Epidemiologia zatruc nowymi narkotykami

Dane epidemiologiczne na temat zatruc środkami zastępczymi lub nowymi narkotykami są zbierane przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) za pośred-

Tabela 2. Zgłoszenia zatruc/podejrzeń zatruc nowymi narkotykami w Polsce wg województw w latach 2015–2018 w liczbach bezwzględnych (dane GIS/OKZ).

Województwo	2015	2016	2017	2018	Razem
Dolnośląskie	280	114	110	141	645
Kujawsko-pomorskie	480	208	250	262	1200
Lubelskie	206	189	190	274	859
Lubuskie	413	143	63	157	776
Łódzkie	1499	1441	961	1094	4995
Małopolskie	149	112	279	150	690
Mazowieckie	433	203	271	304	1211
Opolskie	30	6	12	16	64
Podkarpackie	143	39	21	52	255
Podlaskie	142	48	54	52	296
Pomorskie	390	253	176	110	929
Śląskie	1855	987	1266	1117	5225
Świętokrzyskie	142	142	106	62	452
Warmińsko-mazurskie	308	98	118	94	618
Wielkopolskie	712	324	395	290	1721
Zachodniopomorskie	187	62	52	85	386
RAZEM	7369	4369	4324	4260	20 322

nictwem państwowych wojewódzkich inspektoratów sanitarnych na poziomie regionalnym (województwo), którzy otrzymują dane o zatruciach z podmiotów medycznych za pośrednictwem państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Dodatkowo dane są weryfikowane przez Ośrodek Kontroli Zatruc w Warszawie (OKZ). Dane są zbierane za pośrednictwem wystandaryzowanego formularza, a ich zakres obejmuje następujące zmienne:

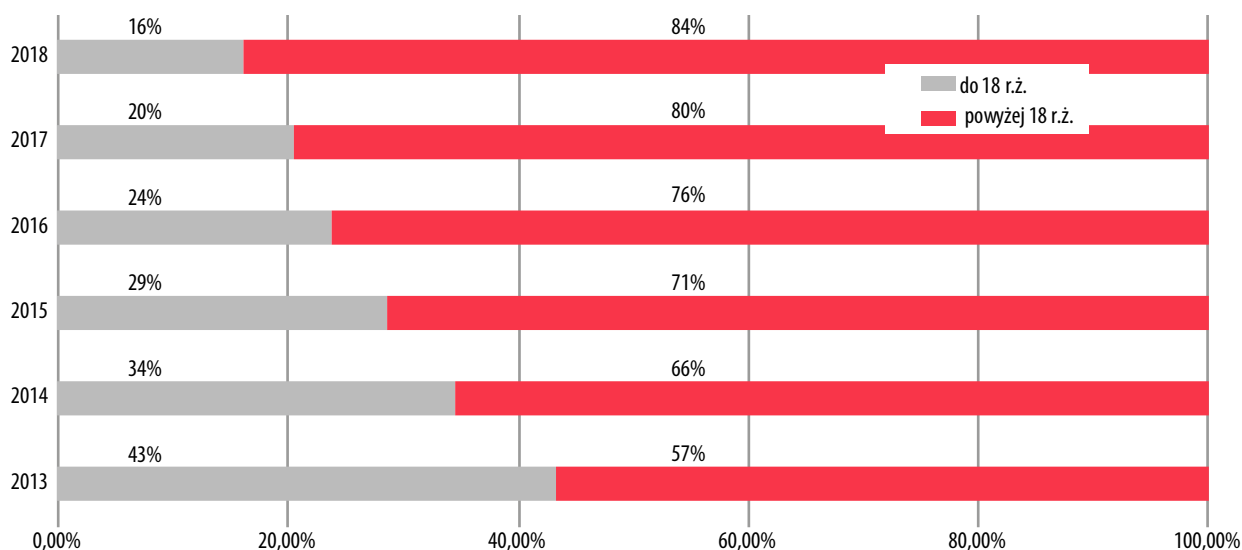
- datę interwencji medycznej/zdarzenia (zatrucia; zastosowania NSP),
- nazwę placówki zgłaszającej fakt interwencji medycznej,
- wiek i płeć oraz inicjał pacjenta,
- miejsce zdarzenia (miejscowość zdarzenia),
- miejsce udzielonej pomocy medycznej (nazwa placówki ochrony zdrowia),
- tryb udzielonej pomocy (ambulatoryjna, SOR, hospitalizacja),
- nazwę produktu „dopalaczowego” lub NSP (jeśli uzyskano taką informację).

Do rejestru kwalifikowane są zgłoszenia określone jako: „dopalacz”, „nieznany dopalacz”, nieznana substancja psychoaktywna, nieokreślona substancja (psychoaktywna), wymienione z nazwy NSP lub produkty „dopalaczowe”. Do rejestru nie są włączane zgłoszenia określone jako: alkohol, leki oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy (z powodu braku informacji, czy były one użyte jako środek zastępczy), narkotyki klasyczne (amfetamina

i pochodne halucynogenne, marihuana), zatrucie nieznana, nieokreślona substancją chemiczną. Dane są publikowane w systemie miesięcznym i rocznym. Liczbę zatruc nowymi narkotykami w latach 2015–2018, z podziałem na województwa, pokazuje tabela 2. W liczbach bezwzględnych najwięcej przypadków zatruc notuje się w woj. śląskim i łódzkim.

Analizując przypadki zatruc i podejrzeń zatruc nowymi narkotykami w różnych grupach wiekowych, możemy zaobserwować, że po rekordowym 2015 roku, spada udział zatruc w najmłodszych grupach wiekowych: gimnazjalistów (13-15 lat) i uczniów szkół ponadgimnazjalnych (16-18 lat). Systematycznie rośnie natomiast udział zatruc w grupie wiekowej młodych dorosłych/studentów (19-24 lat) oraz w grupie wiekowej 30-39 lat. Należy zauważyć trwałą tendencję wyraźnego i systematycznego spadku udziału niepełnoletnich w ogólnej liczbie zatruc nowymi narkotykami (wykres 2). Jeśli jeszcze w 2013 roku ten odsetek wynosił 43% wszystkich zgłoszeń, to w ostatnich trzech latach spadał odpowiednio: 2015 rok – 26,5%, 2016 rok – 23,7%, 2017 rok – 20,5%, 2018 rok – 16,1%. Oznacza to, że używanie „dopalaczy” w Polsce to przede wszystkim domena młodych dorosłych (najwięcej zatruc notujemy w grupie wiekowej 19-24 lata). Na obniżenie wskaźników mają z pewnością wpływ działania z zakresu profilaktyki polegającej na systematycznym przekazywaniu młodzieży odpowiednich treści edukacyjnych za pośrednictwem szkoły oraz intensywnych kampanii społecznych. Znaczenie może

Wykres 2. Udział osób niepełnoletnich w zatruciach nowymi narkotykami w Polsce w latach 2013–2018 (%), dane GIS/OKZ).



mieć również duża biegłość niepełnoletnich Polaków w poszukiwaniu za pośrednictwem internetu informacji na temat relatywnie bezpiecznego używania nowych narkotyków. Specjalistyczne fora internetowe pełne są informacji na temat wysokiego poziomu ryzyka używania syntetycznych opioidów czy zgubnego mieszania substancji narkotycznych różnych grup (np. stymulantów działających podobnie do amfetaminy z wyciszającymi benzodiazepinami czy halucynogenami imitującymi działanie LSD). Nie musi to oznaczać, że niepełnoletni rzadziej korzystają z nowych narkotyków, jednak czynią to w bezpieczniejszy sposób, nie powodujący większej ilości zatruć. Bez względu na sposób wyjaśnienia tego faktu, można uznać, że problemowe używanie nowych narkotyków jest w coraz mniejszym stopniu udziałem osób niepełnoletnich.

Prawidłowość tę potwierdza również wskaźnik interwencji medycznych na 100 tys. mieszkańców (IMed) wyliczony dla poszczególnych przedziałów wiekowych (tabela 4). Po rekordowym roku 2015 mamy do czynienia

z spadkiem zatruć zarówno wśród gimnazjalistów (13-15 lat), jak i młodzieży szkół ponadgimnazjalnych (16-18 lat). Z kolei odnotowujemy wzrost zatruć w grupie wiekowej 19-24 lata oraz 30-39 lat. Tym niemniej nadal grupy wiekowe 16-18 lat oraz 19-24 lata są grupami najwyższego ryzyka, choć dane z 2018 roku pokazują, że ciężar ryzyka przesuwają się w kierunku tej drugiej grupy. Inną prawidłowością jest rozkład interwencji medycznych po użyciu nowych narkotyków ze względu na płeć pacjenta. Od 2013 roku ponad 75% zatruć „dopalaczami” dotyczyło mężczyzn i udział ten z roku na rok systematycznie rósł (tabela 5). Tendencja wzrostowa zatrutych mężczyzn do kobiet zatrzymała się w 2016 roku, a w latach 2017–2018 udział kobiet zwiększył się o 3%.

Zgony przy udziale nowych narkotyków

Zdecydowanie słabiej jest rozpoznany problem zgonów związanych z użyciem nowych narkotyków. W latach

Tabela 3. Zgłoszenia zatruć/podejrzeń zatruć nowymi narkotykami w Polsce wg wieku w latach 2015–2018 w liczbach bezwzględnych (dane GIS/OKZ).

Wiek	2015	2016	2017	2018	Razem
0-6	2	0	0	2	4
7-12	29	26	16	11	82
13-15	529	254	248	146	1168
16-18	1517	758	622	527	3424
19-24	2484	1385	1397	1251	6517
25-29	1231	858	815	814	3718
30-39	1245	837	872	1065	4019
pow. 40 r.ż.	185	160	160	209	714
nie ustalony	147	100	194	235	676
Razem	7369	4369	4324	4260	20 322

Tabela 4. Wskaźnik IMed w Polsce według wieku w latach 2015–2018 (dane GIS/OKZ).

Wiek	Grupa wiekowa	Przedział wiekowy (lata)	IMed			
			2015	2016	2017	2018
do 18 r.ż.	1	0-6	0	0	0	0,04
	2	7-12	1,3	1,11	0,7	0,44
	3	13-15	46,94	28,85	23,24	13,66
	4	16-18	123,92	62,7	54,64	47,53
powyżej 18 r.ż.	5	19-24	81,06	49,12	52,64	49,16
	6	25-29	41,97	30,71	29,94	30,81
	7	30-39	19,72	13,18	13,82	17,00
	8	40 i powyżej	0,97	0,83	0,81	1,60

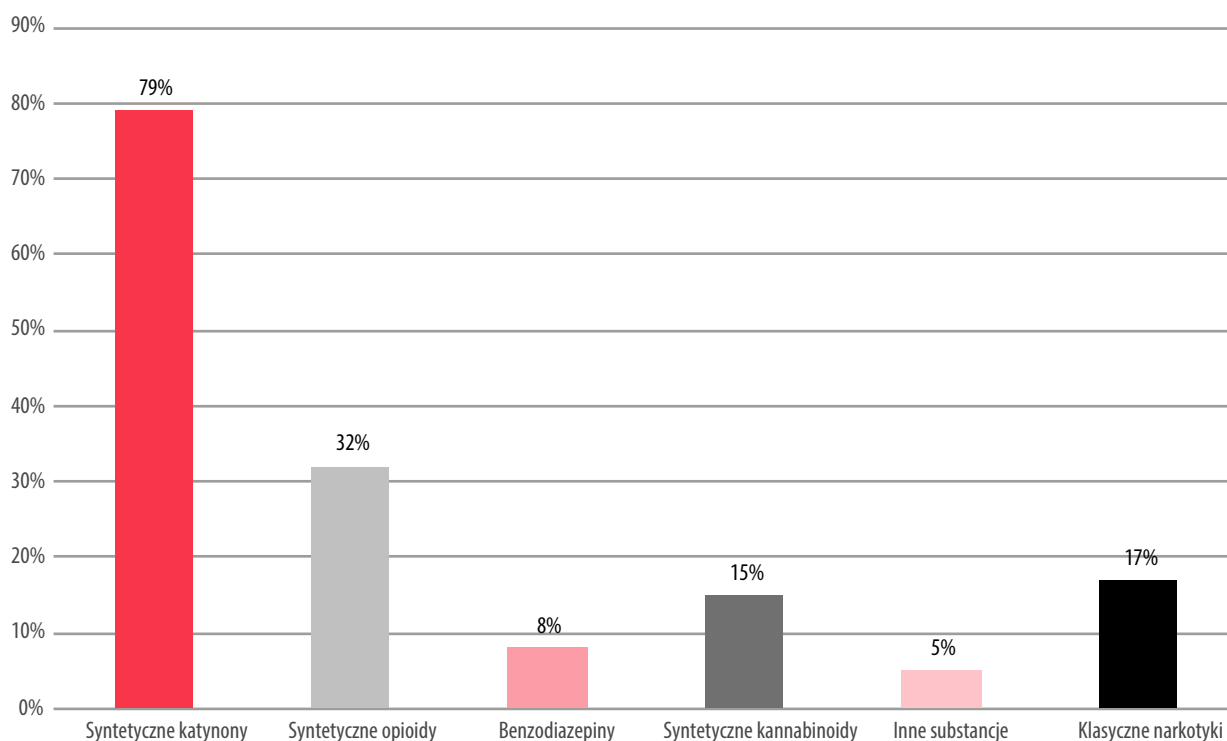
2013–2018 za pośrednictwem Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie, na podstawie zgłoszeń z podmiotów leczniczych, zarejestrowano łącznie 116 zgonów mogących mieć związek przyczynowo-skutkowy z użyciem nowych narkotyków. Przy czym jedynie w 43 przypadkach uzyskano potwierdzenie badaniem toksykologiczno-sądowym. Wynikało to z braku urzędowego systemu zbierania danych dotyczących zatruc, podejrzeń zatruc i zgonów spowodowanych „dopalaczami”. Dane na temat takich zgonów były przez lata rozproszone, pozostawały w gestii organów

prokuratury, zlecających badania toksykologiczne osób zmarłych. Dane te są zabezpieczane i gromadzone w zakładach medycyny sądowej, laboratoriach toksykologicznych, w prokuraturach i jednostkach policji i w najlepszym razie były opisywane w pracach naukowych z zakresu toksykologii jako studia przypadku. Dopiero uruchomienie takiego systemu w sierpniu 2018 roku, w następstwie zmiany przepisów prawnych, umożliwiło pozyskiwanie tych danych w sposób usystematyzowany, umożliwiając w przyszłości dokonywanie analiz w tym zakresie.

Tabela 5. Udział procentowy kobiet i mężczyzn w zatruciach nowymi narkotykami w Polsce w latach 2013–2018 (dane GIS/OKZ).

Płeć/Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kobiety	20,8	18,7	13,8	11,9	13,3	13,5
Mężczyźni	75,9	80,0	85,3	87,8	84,9	84,5
Brak danych	3,3	1,3	0,9	0,3	1,8	1,1

Wykres 3. Substancje wykryte w materiale biologicznym zmarłych po użyciu nowych narkotyków w woj. śląskim w 2018 roku (dane GIS).



Szybko okazało się, że metoda zbierania danych z wykorzystaniem różnych źródeł danych, w tym prokuratorских, mająca oparcie w znowelizowanych przepisach prawa, daje daleko pełniejszy obraz problemu zgonów przy użyciu nowych narkotyków niż dotychczasowa metoda. Nie tylko sama liczba zgonów jest wyższa, co urealnian skale problemu, ale pełniejsze są dane ofiar oraz informacje na temat wykrytych substancji i okoliczności zgonu. Dane te umożliwiają opis samego zjawiska w sposób pełniejszy i bardziej wiarygodny.

W 2018 roku, uwzględniając dodatkowe źródła danych, można wskazać 162 przypadki zgonów związanych z użyciem nowych narkotyków¹⁶. Najwięcej takich przypadków zanotowano w woj. śląskim (n=67), łódzkim (n=16) i dolnośląskim (n=16), tylko w woj. świętokrzyskim nie odnotowano żadnego zgonu. W badaniach toksykologiczno-sądowych z tego roku zidentyfikowano następujące substancje: U47700, AMB-FUBINACA, benzylfentanył, N-etyloheksedron, fentanył, alfa-PIHP, 4-fluoro-izo-butylofentanył, 5-fluoro-ADB, 4-MPHP, MDPHP, N-etylo-pentedron, 4-chloro-alfa-PVP, 4-MMC-OME, 3-CMC, 4-CMC, 4-CEC, 3-CEC, 5-fluoro-izo-butylofentanył, N-etylopentylon, alfa-etylo-aminopentiofenon, 5-fluoro-NPB-22, alfa-PHP, alfa-izopropylloheksafenon, 4-fluoro-butyro-fentanył, alfa-PAPP, alfa-EAHP, PV8, etylonor-pentedron, 4-F-BF, alfa-PAPP, alfa-PIHP, alfa-EAHP, PV8, N-etylopentedron. Można więc przyjąć założenie, że są to substancje, które przyczyniły się do zgonów 162 osób.

Dodatkowo analiza informacji z woj. śląskiego, gdzie odnotowano najwięcej zgonów, pokazuje, że w 93% byli to mężczyźni, a 42% stanowiły osoby w wieku 30-39 lat. Analizując grupy substancji wykrytych w materiale biologicznym zmarłych, ustalono, że najczęściej zidentyfikowano substancje z grupy syntetycznych katynonów

Tabela 6. Zgony przy użyciu nowych narkotyków w woj. śląskim w 2018 roku według wieku (dane GIS).

Grupa wiekowa	Odsetek przypadków
poniżej 20 lat	5
20-29 lat	28
30-39 lat	42
40-49 lat	16
50 i więcej	0
bez oznaczenia wieku	9

(79%) (odpowiada to popularności tych substancji w Polsce), drugą z kolei grupę stanowiły syntetyczne opioidy (32%).

Tendencje rozwoju nowych narkotyków

Trudno przewidzieć kierunek, w jakim będzie podążał rynek nowych narkotyków na świecie i w Polsce. 10 lat temu wydawało się, że nowe narkotyki to chwilowa moda, ale wygląda na to, że zadomowiły się one na dobre i nie wskazuje na to, żeby w krótkim czasie miały przejść do lamusa. Co prawda dynamika pojawiania się nowych narkotyków na europejskim rynku nieco wyhamowała (55 substancji w 2018 roku w porównaniu do 101 substancji w rekordowym 2014 roku¹⁷), jednak w takich grupach substancji jak benzodiazepiny czy opioidy notujemy niespotykaną wcześniej dynamikę wzrostową. Możemy mówić o czynnikach, które mają poważny wpływ na tę tendencję. Z pewnością czynnikiem, który ogranicza konsumpcję substancji psychoaktywnych i zmniejsza ich atrakcyjność, jest legalność samych NSP. Dlatego możemy zaobserwować nieustanny wyścig, mający na celu delegalizację jak największej liczby substancji niebezpiecznych w jak najkrótszym czasie i próby wprowadzania na rynek nowych związków, nie objętych jeszcze prohibicją. Dobrym przykładem jest tutaj próba wprowadzenia na rynek substancji pF-4-metyloamino-reks, która zdelegalizowanym katynonem nie jest, ale jej działanie jest zbliżone do tego typu związków.

Prace naukowe również potwierdzają fakt większej atrakcyjności tzw. legalnych NSP w stosunku do klasycznych narkotyków. W międzynarodowym badaniu dorosłych użytkowników nowych narkotyków, zrealizowanym przez zespół Wydziału Psychologii Uniwersytetu w Karlstad (Szwecja), przeanalizowano ankiety internetowe (n=619). Badacze wyszczególnili 9 przyczyn, dla których młodzi ludzie sięgają po nowe narkotyki i które wpływają na ich atrakcyjność. Na czołowym miejscu wskazano kategorię: *możliwość bezpiecznego i wygodnego używania narkotyków* – przy czym bezpieczeństwo ma tu związek bardziej z legalnością substancji niż bezpieczeństwem zdrowotnym. Jako lepszy przez użytkowników jest postrzegany ten, który nie niesie za sobą konfliktów z prawem, niż ten, który jest relatywnie bezpieczniejszy, tj. taki, którego znane jest działanie na organizm człowieka. Dodatkowo we wskazanej kategorii mieszczą się również

kwestie dużej dostępności, niskiej ceny, niewykrywanie przez testy narkotykowe, dobrej jakości towaru od stałego dostawcy internetowego (prawidłowe dawkowanie). Tak rozumiane bezpieczeństwo wiąże się również z brakiem konieczności kontaktu z dilerem, dlatego NSP jawi się nie jako gorszy substytut tradycyjnego narkotyku, ale jako korzystna alternatywa¹⁸.

W Polsce jeszcze kilka lat temu można było zaobserwować prawidłowość, polegającą na znikaniu z rynku zdelegalizowanych substancji i zastępowanie ich nowymi, często bardziej toksycznymi związkami¹⁹. W 2015 roku taki los spotkał 114 substancji, które w wyniku nowelizacji prawa zostały wciągnięte na listy narkotyków. Jednak ostatnia nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2018 roku, delegalizująca całe grupy NSP, nie przyniosła takiego efektu. Nie ma co prawda w Polsce rynku sklepów stacjonarnych, ale zarówno u dilera, jak i w sklepie internetowym można kupić produkty zawierające substancje, za posiadanie których grożą sankcje karne. W przypadku handlu dilerskiego sprawa jest oczywista, podziemie rządzi się swoistymi prawami. Co do handlu internetowego zadziałał mechanizm związany z faktem, że serwery, na których działają witryny sklepowe, są umiejscowione w krajach, gdzie oferowane substancje nie są nielegalne, np. w Holandii. Od strony klienta wygląda to jednak tak, że odbiorca NSP kupionej za pośrednictwem witryny prowadzonej w języku polskim, płaci za towar polską walutą, a narkotyki dostarcza mu polski kurier lub paczkomat. Pokazuje to umiejętność dopasowania się biznesu narkotykowego do zmieniających się okoliczności formalno-prawnych i jak w tym przypadku przerzucenia całego ryzyka transakcyjnego (ewentualna utrata towaru i nieprzyjemności z wymiarem sprawiedliwości) na odbiorcę.

Spadająca liczba zatruć nowymi narkotykami, jaką obserwujemy w Polsce w 2019 roku, może wskazywać na zmniejszanie się zasięgu oddziaływania tych substancji w ogóle, a na pewno na zmniejszanie się ich szkodliwego spożycia. Oczywiście żeby ocenić tę tendencję jako trwałą, należy zjawisko na bieżąco monitorować, żeby szybko reagować na możliwe zmiany tego rynku. Jest to jedyny sposób, jeśli nie na eliminację, to na poważne ograniczenie tego problemu zdrowia publicznego, z którym mierzymy się przez ostatnie dziesięć lat.

Przypisy

- 1 Decyzja GIS z 2 października 2010 r. (znak: GIS-I-073-239/RS/10).
- 2 Dargan P.I., Wood D.M., „Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicology”, Academic Press 2013, s. 31.
- 3 Zuba D., „New psychoactive substances - a contemporary challenge for forensic toxicologists”, *Problems of Forensic Sciences* 2014, vol. 100, s. 359-385.
- 4 Białas T., Barczuk-Matuszewska K., Posobkiewicz M. i wsp., „Nowe narkotyki w Polsce – najnowsze trendy na podstawie danych Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2015-2016”, *Hygeia Public Health* 2017, t. 52, nr 4, s. 343-352.
- 5 Jędrzejko M., Białas T., Stańczyk Z., „Narkotyki, dopalacze, nowe środki psychoaktywne. Co warto wiedzieć? Jak chronić dzieci i młodzież”, Warszawa 2018, s. 223.
- 6 Mikołajczyk A., Adamowicz P., Tokarczyk B., Sekuła K., Gieron J., Wrzesień W., Stanaszek R., „Determination of N-etylhexedrone, a new cathinone derivative, in blood collected from drivers – analysis of three cases”, *Problems of Forensic Sciences* 2017, vol. 109, 53-63.
- 7 Kohut S.J., Fivel P.A., Blough B.E., Rothman R.B. & Mello N.K., „Effects of methcathinone and 3-Cl-methcathinone (PAL-434) in cocaine discrimination or self-administration in rhesus monkeys”, *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(09), 2013, s. 1985-1998.
- 8 Burda P., „Nowe substancje psychoaktywne – toksyczność, zatrucia i skutki zdrowotne ostrych intoksykacji” (w:) Waluk E. (red.) „Nowe narkotyki w Polsce: tendencje – zagrożenia – procedury postępowania, Warszawa 2016; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Poradnik-Nowe-Narkotyki-w-Polsce.pdf> (dostęp 15.09.2019 r.).
- 9 Adamowicz P., „Fatal intoxication with synthetic cannabinoid MDMB-CHMICA”, *Forensic Science International*, 2016, 261, e5-e10.
- 10 Por. Zuba D., „Czym są nowe narkotyki, z jakimi mamy do czynienia na rynku polskim w ostatnich latach? (w:) Waluk E. (red.) „Nowe narkotyki w Polsce: tendencje – zagrożenia – procedury postępowania, Warszawa 2016; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Poradnik-Nowe-Narkotyki-w-Polsce.pdf> (dostęp 15.09.2019 r.).
- 11 Gamage T.F., Farquhar C.E., Lefever T.W., Marusich J.A., Kevin R.C., McGregor I.S., Wiley J.L., Thomas B.F. (April 2018). „Molecular and behavioral pharmacological characterization of abused synthetic cannabinoids MMB- and MDMB-FUBINACA, MN-18, NNEI, CUMYL-PICA, and 5-fluoro-CUMYL-PICA”, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 365 (1): 437–446. <http://jpet.aspetjournals.org/content/365/2/437> (dostęp 15.09.2019 r.).
- 12 Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Protokół badania fizykochemicznego nr 901 z dnia 8 czerwca 2016 r. (niepublikowany).
- 13 Burda P., „Nowe substancje psychoaktywne – toksyczność, zatrucia i skutki zdrowotne ostrych intoksykacji (w:) Waluk E. (red.) „Nowe narkotyki w Polsce: tendencje – zagrożenia – procedury postępowania, Warszawa 2016; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Poradnik-Nowe-Narkotyki-w-Polsce.pdf> (dostęp 15.09.2019 r.).
- 14 Carfentanil EMCDDA – Europol joint report, EMCDDA, Lisbon 2017, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6502/2017.6256_EN_04-WEB.pdf (dostęp 15.09.2019 r.).
- 15 Za Wolna Molekuła <http://wolnamolekula.info/fu-f-notatka-na-temat-furanylu-fentanylu/> (dostęp 15.09.2019 r.).
- 16 Nowe narkotyki w Polsce 2017–2018. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego, Warszawa 2019.
- 17 „Europejski raport narkotykowy 2019. Tendencje i osiągnięcia, EMCDDA, Lizbona 2019, s. 35.
- 18 Soussan Ch., Andersson M., Kjellegren A., „The diverse reasons for using Novel Psychoactive Substances – A qualitative study of the users' own perspectives”, *International Journal of Drug Policy* 52 (2018), s. 71-78, [https://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(17\)30323-7/pdf](https://www.ijdp.org/article/S0955-3959(17)30323-7/pdf) (dostęp 15.09.2019 r.).
- 19 Białas T., Barczuk-Matuszewska K., Posobkiewicz M. i wsp., „Nowe narkotyki w Polsce – najnowsze trendy na podstawie danych Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2015-2016”, *Hygeia Public Health* 2017, t. 52, nr 4, s. 343-352.

Celem niniejszego artykułu jest pokazanie, jak zniekształcający wpływ na wielkość natężenia zjawisk związanych z narkomanią ma długookresowa emigracja.

WPŁYW EMIGRACJI DŁUGOOKRESOWEJ NA WIARYGODNOŚĆ SZACUNKU NATĘŻENIA PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z NARKOMANIĄ

Tomasz Michalski
Katedra Geografii Rozwoju Regionalnego
Uniwersytet Gdański

Wstęp

Aby pokazać natężenie procesów związanych z narkomanią, jak umieralność, przestępczość (stwierdzona), problemowe zażywanie narkotyków itd. – wartości bezwzględne są przeliczane na oficjalną liczbę mieszkańców. Niestety, w polskich realiach powoduje to zaniżanie tak wyliczonego natężenia z powodu zachodzących w naszym kraju procesów demograficznych (por. Cierniak-Piotrowska i in., 2019), przede wszystkim wysokiej emigracji długookresowej (Okólski, 2018), depopulacji (Rozkrut i in., 2018), starzenia się ludności (Pruszyński, Putz, 2016) czy suburbanizacji (Pawłak, 2016) – może to prowadzić do błędnych wniosków, zwłaszcza przy analizach o charakterze czasowym.

Rozmiar długookresowej emigracji Polski

W Polsce po II wojnie światowej, pomijając nieliczne wyjątki – odnotowujemy przewagę emigracji nad imigracją. Proces ten bardzo wyraźnie przybrał na sile po przyjęciu naszego kraju do Unii Europejskiej. Główny Urząd Statystyczny (GUS) oszacował, że pod koniec 2016 roku ponad 2,5 mln obywateli Polski przebywało poza granicami kraju ponad 3 miesiące (Informacja..., 2018), co przekłada się na 6,5% populacji. Przy czym proces ten jest strukturalnie i geograficznie zróżnicowany. Różnice w podziale na płeć były nieznaczne, gdyż było to 6,4% kobiet oraz 6,7% mężczyzn. Znaczne są za to różnice wiekowe. Większe odsetki odnotowano w przypadku ludności w wieku produkcyjnym mobilnym. Najwięcej, bo aż 12,2% było w kohorcie 30-34 lata, na kolejnych miejscach były kohorty 35-39 lat (11,6%) i 25-29 lat (6,5%). Najniższy wskaźnik

zanotowano u osób w wieku 60 i więcej lat (poniżej 4%) (Informacja..., 2018).

W ujęciu przestrzennym na koniec 2016 roku powyżej 3 miesięcy poza granicami kraju przebywało 5,6% mieszkańców obszarów wiejskich i nieco więcej, bo 7,2% miast. W ujęciu geograficznym, przy średniej krajowej wynoszącej 6,5% populacji – najmniejszy odsetek emigrantów wyjechał z województwa mazowieckiego (zaledwie 3,3%), a największy z opolskiego (aż 14,2%).

Zniekształcający wpływ migracji – przykład wybranych miast

Przedstawiona poniżej analiza została oparta na hipotetycznej liczbie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i w żaden sposób nie odzwierciedla to stanu faktycznego. Najnowsze dane GUS na temat emigracji długookresowej podane z dokładnością do województw (w podziale na miasto/wieś) oraz dane ogólnopolskie w podziale na 5-letnie kohorty są dostępne dla 2016 roku – i dla tych danych przeprowadzono symulację.

Analiza objęła ludność w kohorcie 15-39 lat, jako subpopulację najbardziej zagrożoną narkomanią, i dotyczy trzech wybranych miast na prawach powiatów: Opola (jako przykład miasta z województwa o bardzo wysokiej emigracji długookresowej), Włocławka (z województwa o poziomie emigracji długookresowej zbliżonym do ogólnopolskiego) oraz Konina (z województwa o niskim poziomie tejże emigracji). Analiza obejmuje dwa stany ludności. Pierwszy to liczba ludności faktycznie zamieszkującej według Głównego Urzędu Statystycznego dane miasto. Drugi stan zawiera symulację – ile tej ludności może być, jeśli uwzględnimy szacowaną przez GUS wielkość emigracji długookresowej. W tym przypadku oficjalnie podawaną

przez GUS liczbę mieszkańców zmniejszono o oszacowaną liczbę emigrantów długookresowych. Ponieważ dane są podawane z dokładnością do województw – posłużono się uogólnieniami. Po pierwsze założono, że natężenie szacowanej zagranicznej długoterminowej emigracji w danym województwie jest takie samo we wszystkich miastach. Po drugie przyjęto, że natężenie szacowanej zagranicznej długookresowej emigracji w zależności od wieku jest wszędzie zgodne z danymi ogólnopolskimi. W rezultacie dla poszczególnych miast natężenie szacowanej emigracji dla poszczególnych kohort zmniejszono lub zwiększono proporcjonalnie do wartości średniej dla ludności miejskiej danego województwa w relacji do ludności miejskiej całego kraju.

Zanim zostaną omówione wyniki, należy podkreślić, że uzyskane szacunki mogą być wykorzystane tylko w celach poglądowych. W żadnym przypadku nie należy ich odnosić do faktycznej sytuacji w objętych analizą miastach. Aby można było to zrobić, należy poczekać na wyniki Narodowego Spisu Powszechnego lub władze danej jednostki samorządu terytorialnego powinny metodami bezpośrednimi oszacować liczbę faktycznie zamieszkałych osób na swoim terenie.

Z wyników przedstawionych w tabeli 1. wynika, że szacowana liczba ludności w wieku 15-39 lat w Opolu stanowiła w 2016 roku zaledwie 84,3% liczby oficjalnej, w przypadku Włocławka było to 90,3%, a dla Konina – 93,1%.

Jakie są widoczne w ekspertyzach potencjalne skutki brania do oceny natężenia różnych procesów związa-

nych z narkomanią obu liczb ludności? Załóżmy, że hipotetyczna liczba obywateli miasta w wieku 15-39 lat w 2016 roku uzależnionych od narkotyku x wynosiła w Opolu 58 osób, we Włocławku 54, a w Koninie 37. Na ryc. 1. przedstawiono wyniki obliczeń dla podanej oficjalnie przez GUS i oszacowanej liczby obywateli tych trzech miast.

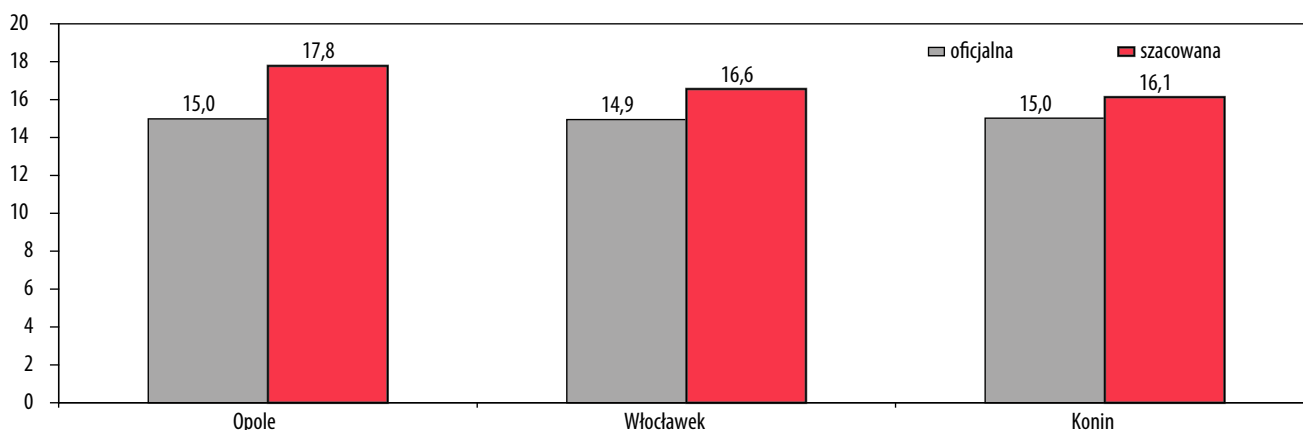
Najpierw popatrzmy na wyniki, w których wzięto do obliczeń podawaną oficjalnie przez GUS liczbę ludności. W tym przypadku hipotetyczne natężenie narkomanii z powodu substancji psychoaktywnej x w kohorcie 15-39 lat we wszystkich tych miastach wynosiło około 15 osób na 10 tys. ludności. Natomiast jeśli weźmiemy pod uwagę szacowaną liczbę ludności (czyli po uwzględnieniu emigracji długookresowej), to natężenie wzrasta do 17,8 w Opolu, 16,6 we Włocławku oraz 16,1 w Kaliszu. Tak więc różnica występuje w każdej sytuacji. Gdybyśmy przeprowadzili takie szacunki w ujęciu czasowym, to mogłoby nawet okazać się, że wyznaczamy nieprawidłowe trendy.

Tabela 1. Różnica między oficjalną a szacowaną liczbą obywateli w wieku 15-39 lat w 2016 roku występująca w efekcie uwzględnienia emigracji zagranicznej trwającej powyżej 3 miesięcy.

	Liczba oficjalna	Liczba szacowana	Różnica
Opole	38 712	32 621	-6091
Włocławek	36 127	32 608	-3519
Konin	24 631	22 943	-1688

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych GUS, Informacja... (2018).

Ryc. 1. Różnice w 2016 roku między liczbą osób w wieku 15-39 lat uzależnionych od substancji psychoaktywnej x w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w tej kohorcie, przy uwzględnieniu oficjalnej i szacowanej liczby obywateli.



Źródło: Obliczenia własne. Liczba osób uzależnionych wzięta do obliczeń jest wielkością hipotetyczną.

Wnioski końcowe

Prezentując i analizując natężenie różnych procesów związanych z narkomanią w przeliczeniu na liczbę ludności, należy mieć na uwadze przedstawione powyżej zniekształcenie. Jednocześnie należy zaznaczyć, że zaproponowana metoda szacowania nie nadaje się do stosowania w praktyce, gdyż przyjęto w niej zbyt ogólnikowe założenia. W sytuacji, gdyby jakiś samorząd chciał poznać realnie występujący poziom natężenia tychże zjawisk – powinien najpierw własnymi środkami dokonać oszacowania ludności faktycznie zamieszkującej na jego terenie (albo poczekać na kolejny Narodowy Spis Powszechny).

Jak wspomniano na początku, także inne procesy wpływają zniekształcająco na wyliczenia natężenia procesów związanych z narkomanią. Oprócz procesów demograficznych, są to jeszcze chociażby efekt gapowicza czy niedopełnianie obowiązku meldunkowego przez migrantów.

Bibliografia

- Bank Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>
- Cierniak-Piotrowska M., Franecka A., Stańczak J., Stelmach K., Zajewska A., „Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin”, GUS, Warszawa 2019.
- Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2017, 2018, GUS, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2017,2,11.html>
- Okólski M., „Migracje zagraniczne” (w:) „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017–2018”, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2018.
- Pawlak M., „Nowe oblicza przedmieść. Socjologiczne studium suburbanizacji w Polsce na przykładzie Rzeszowa”, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2016.
- Pruszyński J., Putz J., „Efekt drugiego przejścia demograficznego na strukturę społeczeństwa w Polsce i związane z tym wyzwania”, Gerontologia Polska, 24, 2016.
- Rozkrut D., Potyra M., Rutkowska L., „Prognoza ludności według gmin na lata 2017–2030” (w:) J. Hrynkiewicz, J. Witkowski, A. Potrykowska (red.), „Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej”, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2018.

Problem hazardu wśród osób bezdomnych może być postrzegany jako ważny problem społeczny. Wyższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych wśród bezdomnych w porównaniu z populacją generalną pokazują, że jest to grupa szczególnie narażona na ich rozwój. Pozostawanie w bezdomności i młody wiek są czynnikami ryzyka, które mają wpływ na większą aktywność związaną z hazardem i mogą powodować rozwój zaburzeń.

ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ HAZARDOWYCH W POPULACJI OSÓB BEZDOMNYCH PRZEBYWAJĄCYCH W WARSZAWSKICH SCHRONISKACH I NOCLEGOWNIACH

Łukasz Wieczorek

Jakub Stokwiszewski

Justyna Klingemann

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W Unii Europejskiej jest ponad 400 tys. osób bezdomnych. Przyczyny tego problemu związane są z czynnikami in-

dywidualnymi, takimi jak ubóstwo, problemy rodzinne, zdrowie psychiczne, oraz strukturalnymi, takimi jak np. dostępność tanich mieszkań (Fazel i współ., 2014). W przeciwieństwie do innych krajów Europy Zachodniej

badania nad bezdomnością w Polsce mają bardzo krótką historię. Zgodnie z doktryną marksistowską, która dominowała do 1989 roku, bezdomność miała zniknąć, gdy tylko uformuje się społeczeństwo socjalistyczne. Z tego powodu problem ten nie był obecny w debacie publicznej w powojennej Polsce, aż do upadku bloku sowieckiego i transformacji politycznej w 1989 roku. Prawną definicję bezdomności wprowadzono w Polsce dopiero w 2000 roku (Pindral, 2011).

W 2015 roku liczba osób bezdomnych w naszym kraju osiągnęła 36 161; 37% (n=13 428) z nich przebywało w 18 największych polskich miastach, a pozostała część w mniejszych miejscowościach. Najwięcej takich osób (n=2516) zarejestrowano w Warszawie (stolica liczy 1 754 000 mieszkańców). Dla porównania w Bydgoszczy (z populacją 355 tys. mieszkańców) liczba ta wynosiła 1436, a w Szczecinie (z populacją 405 tys.) – 1176 (MPiPS, 2015).

Wyniki badań wskazują na różne typy bezdomności, podkreślając heterogeniczność zjawiska. Na przykład Przyemeński (1998) opisuje bezdomność zinstytucjonalizowaną i niezinstytucjonalizowaną. Jego zdaniem osoby bezdomne, korzystające z pomocy instytucjonalnej (schroniska), wykazują mniej zachowań antyspołecznych, rzadziej piją szkodliwie lub zażywają narkotyki i częściej starają się przezwyciężyć swoje życiowe kryzysy. Jednak Pindral (2011) twierdzi, że takie rozróżnienie jest zbyt proste, ponieważ okresy życia na ulicach i w różnych instytucjach, np. w schroniskach, są często ze sobą powiązane. Dane z 2015 roku pokazują, że 60% osób bezdomnych przebywało w schroniskach i noclegowniach, 4% w instytucjach z sektora opieki zdrowotnej, 6% w więzieniach i aresztach, a mniej niż 1% w izbach wytrzeźwień. 29% bezdomnych pozostawało „na ulicach” (squaty, altany ogrodowe i inne miejsca nieodpowiednie do zamieszkania) (MPiPS, 2015). Schroniska i noclegownie to dwa różne rodzaje placówek instytucjonalnych oferujących pomoc osobom

bezdomnym. Mieszkańcy schronisk są zobowiązani do przestrzegania pewnych zasad, tj. wykonywania różnych zadań związanych z pracą w schronisku, przestrzegania indywidualnych planów wychodzenia z bezdomności przygotowanych przez personel (psychologów i pracowników socjalnych), płacenia (symbolicznego) czynszu za pobyt i utrzymywania abstynencji od alkoholu i narkotyków. Zasady dotyczące noclegowni są mniej surowe, ale osoby bezdomne pozostają tam tylko przez krótki czas – mogą spędzać w nich czas między godziną 19.00 a 7.00 rano i nie więcej niż trzy noce z rzędu. Główną zasadą obowiązującą w noclegowniach jest zachowanie trzeźwości; zasada ta nie jest jednak egzekwowana w okresie zimowym.

Wśród osób bezdomnych można odnotować wyższe wskaźniki przedwczesnych zgonów w porównaniu do ogółu populacji, szczególnie z powodu samobójstw i wypadków. Ponadto częściej rejestrowane są choroby zakaźne, zaburzenia psychiczne i nadużywanie substancji psychoaktywnych (Fazel i współ., 2014).

Podobnie jak w przypadku badań nad bezdomnością, również badania nad zjawiskiem hazardu znajdują się w Polsce we wczesnej fazie. Pierwsze badanie w populacji generalnej przeprowadzono w 2011 roku. Wykazało ono, że 23,5% respondentów (w wieku 15 lat lub starszych) grało przynajmniej raz w ciągu 12 miesięcy

poprzedzających badanie. Kolejny pomiar przeprowadzono w 2014 roku. Wówczas to stwierdzono, że 34,2% respondentów (w wieku 15 lat lub starszych) grało co najmniej raz, a 7,1% co najmniej kilka razy w tygodniu. Jednak w tym drugim badaniu zmodyfikowano metodologię, co mogło mieć wpływ na duże różnice w tych dwóch pomiarach (CBOS, 2012, 2015). Mimo zmiany sposobu zadawania pytań, ranking popularności poszczególnych rodzajów gier hazardowych nie zmienił się – najpopularniejszymi grami były gry losowe (w tym Totolotek), a następnie zdrapki, loterie SMS i automaty do gier (CBOS, 2012, 2015).

Rozpowszechnienie hazardu problemowego w populacji osób bezdomnych wynosi 11,3% i jest szesnastokrotnie wyższe niż w populacji generalnej. Ponad 40% respondentów grało w więcej niż jeden rodzaj gry. Podobnie jak w populacji ogólnej, najpopularniejszymi grami hazardowymi wśród bezdomnych były loterie. Jednak bezdomni grali na loteriach prawie trzy razy częściej: 58,7% w porównaniu z 20,5% w populacji generalnej. Może to wynikać z wysokiej ekonomicznej (niskiej ceny losu) i fizycznej (dużej liczby punktów) dostępności loterii.

Wyniki badania prowadzonego w USA pokazały, że między 1% a 2% dorosłej populacji i między 3% a 5% młodzieży spełniało kryteria zaburzeń hazardowych (Nower i współ., 2015). W Polsce w 2011 roku 3,7% respondentów uzyskało co najmniej jeden punkt na skali testu przesiewowego Kanadyjskiego Indeksu Gier Hazardowych (PGSI), a 0,2% spełniło kryteria hazardu problemowego. W 2014 roku 5,3% Polaków uzyskało co najmniej jeden punkt na skali PGSI, wśród nich prawie 4% miało niski poziom ryzyka (1-2 punkty), 0,7% umiarkowany poziom, a kolejne 0,7% spełniało kryteria hazardu problemowego (8 i więcej punktów) (CBOS, 2012, 2015). Pokazuje to, że rozpowszechnienie hazardu problemowego w Polsce jest na podobnym poziomie co w innych krajach: 0,6% w Niemczech i Finlandii, 0,7% w Wielkiej Brytanii i Norwegii oraz 0,9% w Szwecji (Wardle i współ., 2011; Erbas i Buchner, 2012; Calado i Griffiths, 2016). Porównanie wyników z 2011 i 2014 roku pokazuje, że liczba osób zagrożonych występowaniem problemowego hazardu spadła w dużych miastach, a wzrosła na obszarach wiejskich. Problemy z hazardem występowały częściej wśród mężczyzn i w grupie o niższym poziomie wykształcenia (CBOS, 2015).

Zarówno zjawisko bezdomności, jak i zaburzenia hazardowe uznawane są za problemy społeczne związane ze zdrowiem publicznym (Reardon i współ., 2003; Holdsworth i współ., 2011; Lorains i współ., 2011; Odlaug i współ., 2013). Rozpowszechnienie różnego rodzaju uzależnień w populacji osób bezdomnych jest wyższe niż w populacji generalnej (Shaffer i współ., 2002). Mimo to zjawiska te były badane głównie niezależnie (Sharman i współ., 2015). Z nielicznych badań prowadzonych w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii wynika, że rozpowszechnienie

zaburzeń hazardowych w populacji osób bezdomnych jest wyższe niż w populacji generalnej (Matheson i współ., 2014; Nower i współ., 2015; Sharman i współ., 2015; Sharman i współ., 2016). Na przykład wyniki badania prowadzonego w USA pokazały, że 12% (n=33) respondentów spełniało kryteria zaburzeń hazardowych w teście przesiewowym South Oaks Gambling Screen (SOGS). U 46% respondentów (n=127) odnotowano co najmniej jeden objaw hazardu problemowego (Nower i współ., 2015). Wyniki ostatniego badania przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii pokazują również znacznie wyższy odsetek problemów hazardowych w populacji bezdomnych korzystających z pomocy instytucjonalnej w porównaniu z populacją generalną (Sharman i współ., 2015). Pomimo coraz większej liczby badań, porównywalność danych między krajami jest ograniczona ze względu na różnice w sposobach zbierania danych, wielkości próby i stosowania różnych instrumentów przesiewowych (Griffiths, 2015).

W prezentowanym artykule przedstawiono dane z pierwszego badania przeprowadzonego w Polsce, a także w Europie Środkowej i Wschodniej oraz w krajach skandynawskich, którego celem była ocena rozpowszechnienia grania w gry hazardowe w populacji osób bezdomnych korzystających ze schronisk i noclegowni w Warszawie, a także dostarczenie dokładniejszych informacji o formach i częstotliwości uprawiania hazardu w tej populacji.

Metodologia badania

W badaniu skupiliśmy się na zinstytucjonalizowanej bezdomności, co oznacza, że respondenci nie posiadali regularnego dostępu do miejsca zamieszkania, korzystając ze schronisk bądź noclegowni. Wiąże się

Tabela 1. Socjodemograficzna charakterystyka respondentów.

Kategoria		Ogółem
Płeć	Mężczyzna	90% (620)
	Kobieta	10% (70)
Wiek	18-34	15% (103)
	35-54	44% (302)
	55 i więcej	41% (284)
Wykształcenie	Podstawowe i gimnazjalne	20% (139)
	Zawodowe	38% (258)
	Średnie	35% (233)
	Wyższe	7% (45)

to z ryzykiem włączenia do próby tych samych osób, przebywających w różnych instytucjach, które często zmieniają miejsce pobytu (Sochocki, 2010). Aby ograniczyć ryzyko powtórzeń, dwie grupy liczące po 7 ankierów, zbierało dane codziennie, w godzinach wieczornych, w różnych placówkach. Respondenci (n=690) byli badani w schroniskach i noclegowniach w Warszawie w drugiej połowie listopada 2015 roku oraz w drugim tygodniu stycznia 2016 roku. Jest to szczególnie dogodny okres do prowadzenia badań terenowych w tego typu środowisku. W okresie zimowym w instytucjach pomocy osobom bezdomnym (szczególnie w noclegowniach) przebywa zróżnicowana populacja bezdomnych, w tym osoby mieszkające na ulicy, z mniejszych miast i terenów wiejskich. W tym okresie niskie temperatury zmuszają ulicznych bezdomnych do szukania schronienia w noclegowniach, które w tym celu tworzą dodatkowe miejsca (około 15% więcej). W okresie zimowym znoszone są również wymagania dotyczące trzeźwości. Oferta niskoprogowa

w Polsce stanowi około 9% miejsc oferowanych osobom bezdomnym w okresie zimowym (MPiPS, 2015).

Każde badanie trwało około 10 minut. Głównym komponentem kwestionariusza był test przesiewowy – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych. Zero punktów na skali należy interpretować jako brak występowania problemu hazardowego, 1-2 punkty świadczą o lekkim nasileniu hazardu problemowego, z kolei 3-7 punktów wskazuje na średnie nasilenie. Wynik powyżej 8 punktów może świadczyć o występowaniu problemowego hazardu (Colasante i współ., 2013).

Kwestionariusz zawierał dodatkowe pytania pozwalające na zebranie danych socjodemograficznych, także dotyczących intensywności uprawiania różnych rodzajów gier hazardowych w okresie ostatnich 12 miesięcy, takich jak: zakłady sportowe w biurze bukmacherskim poza internetem, gry losowe – Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”, loterie SMS, automaty do gier, zakłady na wyścigach konnych, psów lub wyniki walk psów lub innych zwierząt, kasyno, np. ruletka, karty

Tabela 2. Socjodemograficzna charakterystyka respondentów z perspektywy wyników uzyskanych w teście przesiewowym PGSI.

Kategoria		Wynik uzyskany w teście przesiewowym			
		0	1-2	3-7	8 i więcej
Płeć* (p<0,001)	Mężczyzna	67,3% (417)	9,2% (57)	11,3% (70)	12,3% (76)
	Kobieta	92,9% (65)	1,4% (1)	2,9%(2)	2,9%(2)
Wiek* (p<0,001)	Średnia (SD)	50,9 (12,57)	47,8 (11,91)	47,9 (13,38)	43,3 (12,37)
	Mediana	53	48,5	50	44
	18-34	54,4% (56)	9,7% (10)	14,6% (15)	21,4% (22)
	35-54	68,8% (207)	9% (27)	8,6% (26)	13,6% (41)
	55 i więcej	76,8% (219)	7,4% (21)	10,9% (31)	4,9% (14)
Wykształcenie (p=0,180)	Podstawowe i gimnazjalne	73,4% (102)	7,2% (10)	7,2% (10)	12,2% (17)
	Zawodowe	64,7% (167)	11,2% (29)	13,2% (34)	10,9% (28)
	Średnie	70,4% (164)	7,3% (17)	10,3% (24)	12% (28)
	Wyższe	84,4% (38)	2,2% (1)	6,7% (3)	6,7% (3)
Czas pozostawania w bezdomności (p=0,556)	Średnia (SD)	6,2 (7,66)	5,8 (7,39)	5,5 (7,30)	5,9 (8,21)
	Mediana	3	2,2	2,8	3
	Do 1. roku	65,5% (127)	8,8% (17)	12,4% (24)	13,4% (26)
	1-2 lata	73% (65)	10,1% (9)	9% (8)	7,9% (7)
	3-9 lat	72,1% (150)	7,7% (16)	11,1% (23)	9,1% (19)
	Więcej niż 10 lat	71,9% (123)	8,2% (14)	8,8% (15)	11,1% (19)

*istotność statystyczna.

na pieniądze prywatnie, poza kasynem i internetem, zakłady w internecie.

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej (nr 24/2015) działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Wyniki

Charakterystyka próby

Przeważająca większość próby to mężczyźni, kobiety stanowiły tylko 10,1%. Średni wiek respondentów wynosił 49,5 lat (SD=12,8 lat). Najlicniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 35-54 lata (44%, n=302) i osoby powyżej 55 lat (41%, n=284). Młodzi dorośli (18-34 lata) stanowili jedynie 15% (n=103) próby. Większość badanych miała wykształcenie zawodowe (38%, n=258) i średnie (35%, n=233). Co piąty miał wykształcenie podstawowe

(21%, n=139), jedynie 7% (n=45) respondentów miało wykształcenie wyższe (licencjackie lub magisterskie). Średni czas pozostawania w bezdomności wynosił 6 lat (SD=7,65 lat); 30% (n=207) respondentów pozostawało w bezdomności między 3 a 9 lat, 28% (n=194) do jednego roku, a 25% (n=171) doświadczyło długotrwałej bezdomności, trwającej powyżej 10 lat. 13% (n=89) badanych pozostawało w bezdomności między rokiem a dwoma latami.

Rozpowszechnienie grania w gry hazardowe i zaburzeń hazardowych

Większość respondentów nie grała w gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Jednak 30,2% (n=208) badanych uzyskało więcej niż 1 punkt w teście przesiewowym PGSI. Rozpowszechnienie problemów hazardowych w populacji osób bezdomnych wynosiło 11,3% (n=78). Wśród problemowych hazard

Tabela 3. Model regresji logistycznej pokazującej związek płci, wieku i wykształcenia z występowaniem hazardu problemowego.

Zmienna	Hazard problemowy				
	Wartość p	Iloraz szans (OR)	95% CI (Przedział ufności)		
			Dolna granica	Górna granica	
Płeć*	0,026	5,135	1,21	21,71	
Wiek (zmiana co 10 lat)*	<0,001	0,637	0,52	0,78	
Wykształcenie (kategoria referencyjna wykształcenie wyższe)	Podstawowe i gimnazjalne	0,585	1,438	0,39	5,29
	Zawodowe	0,528	1,497	0,43	5,25
	Średnie	0,423	1,672	0,48	5,87

*istotność statystyczna.

Tabela 4. Rozpowszechnienie grania w różne rodzaje gier hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

Rodzaj gry	Odpowiedzi	
	Nigdy	Czasami, często i bardzo często
Zakłady sportowe w biurze bukmacherskim	86,6% (597)	13,4% (92)
Gry losowe	41,3% (285)	58,8% (405)
Loterie SMS	81,1% (555)	18,9% (129)
Automaty do gier	74,4% (509)	25,6% (175)
Wyścigi konne	94,3% (648)	5,7% (39)
Gry w kasynie	89,9% (617)	10,1% (70)
Gry w karty prywatnie	81,0% (557)	19,0% (131)
Zakłady w internecie	95,3% (656)	4,7% (32)

dzistów (którzy uzyskali 8 punktów na skali i więcej) najczęstszymi symptomami (odpowiedzi czasami, często i bardzo często) były: (a) powrót do gry innego dnia z myślą, aby się odegrać (95%), (b) problemy finansowe z powodu grania (90%), (c) graniu więcej niż można było sobie pozwolić (89%). Najbardziej występującym objawem zgłaszanym przez prawie trzy czwarte (71%) problemowych hazardzistów było odczuwanie stresu, niepokoju lub dolegliwości zdrowotnych, których przyczyną mogła być gra.

Rozpowszechnienie hazardu problemowego wśród mężczyzn (12%) było większe niż wśród kobiet (3%, $p < 0,001$, patrz tabela 2). Problemowi gracze byli najmłodszą grupą w całej próbie – średni wiek dla tej grupy respondentów wynosił 43,3 lata ($SD=12,37$), podczas gdy osoby niebędące hazardzistami (ci, którzy uzyskali 0 punktów na skali PGSI) należeli do najstarszej grupy, gdzie średni wiek wynosił 50,9 lat ($SD=12,57$). Problemowi hazardziści i ci, którzy uzyskali 0 punktów w teście przesiewowym PGSI, najczęściej mieli wykształcenie zawodowe lub średnie. Średni czas pozostawania w bezdomności dla osób z hazardem problemowym wynosił 5,9 lat ($SD=8,20$), a dla osób, które uzyskały 0 punktów na skali testu przesiewowego 6,2 lata ($SD=7,65$) (zobacz tabela 2).

Wyniki regresji logistycznej pokazują, że mężczyźni pozostający w bezdomności, mieli o 5,1 razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia hazardu problemowego niż kobiety. Jak pokazuje współczynnik korelacji, osoby młodsze osiągnęły wyższe wyniki w teście przesiewowym PGSI, a szansa na wystąpienie hazardu problemowego zmniejsza się co każde dziesięć lat o 36,3% ($OR=0,637$).

Rodzaje gier, w jakie angażują się osoby bezdomne

Najpopularniejszymi grami wśród osób bezdomnych były loterie (tj. gry liczbowe, zdraпки i Totolotek). Prawie 60% respondentów grało w nie w ciągu 12 miesięcy przed badaniem. 25,6% grało na automatach, a 18,9% w loterie SMS i gry w karty prywatnie (offline, poza kasynem). Najmniej popularną formą hazardu były zakłady prowadzone w internecie (4,7%) oraz wyścigi konne (5,7%) (patrz tabela 4). Ponad 40% ($n=278$) respondentów grało w więcej niż jeden rodzaj gry w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Test chi-kwadrat pokazał, że niezależnie od płci najpopularniejszymi rodzajami gier hazardowych, w jakie angażowali się respondenci były loterie ($p=0,002$). Ponadto kobiety grały w loterie SMS i na automatach do gier ($p=0,046$). Z kolei mężczyźni grali również na automatach ($p=0,046$) i w karty prywatnie ($p=0,003$). Najmniej popularną grą wśród osób bezdomnych, bez względu na płeć, były zakłady w internecie.

Gry na automatach i zakłady w internecie były najbardziej rozpowszechnione w grupie młodszych respondentów (w wieku 18–34 lata). Wśród starszych (w wieku 55 lat i więcej) najbardziej popularnymi grami były loterie, zakłady na wyścigach konnych i gry w karty prywatnie. Analiza regresji logistycznej pokazuje, że intensywność grania w loterie SMS, na automatach i w kasynie spada wraz z wiekiem: 36% co dziesięć lat. Najbardziej znaczący spadek częstotliwości grania odnotowano wśród graczy zakładów prowadzonych w internecie ($OR=0,39$). Ogólnie rzecz biorąc, im młodszy hazardzista, tym większa szansa

Tabela 5. Model regresji logistycznej pokazującej związek między wiekiem a częstotliwością grania w różne rodzaje gier hazardowych (bardzo często).

Zmienna	Wiek (zmiana co 10 lat)			
	Wartość p	Iloraz szans (OR)	95% CI (Przedział ufności)	
			Dolna granica	Górna granica
Zakłady sportowe w biurze bukmacherskim	0,596	0,92	0,692	1,236
Gry losowe	0,111	0,87	0,737	1,032
Loterie SMS*	0,001	0,60	0,442	0,812
Automaty do gier*	<0,001	0,57	0,458	0,718
Wyścigi konne	0,286	0,80	0,523	1,211
Gry w kasynie*	<0,001	0,54	0,390	0,735
Gry w karty prywatnie	0,097	0,81	0,631	1,039
Zakłady w internecie*	<0,001	0,39	0,234	0,638

*istotność statystyczna

na granie w gry hazardowe bardzo często. W przypadku wpływu płci i wykształcenia na częstotliwość grania nie odnotowano istotności statystycznej.

Gry losowe i gry na automatach były najpopularniejszymi formami hazardu wśród respondentów, niezależnie od ich poziomu wykształcenia. Najmniej popularną grą były zakłady w internecie, z wyjątkiem respondentów z wykształceniem średnim, dla których to wyścigi konne były najrzadziej wybieraną grą. Jedynie korelacja między graniem w gry losowe a wykształceniem była istotna statystycznie ($p < 0,001$).

W odróżnieniu od ogólnej populacji osób bezdomnych, najbardziej popularnymi grami wśród osób z grupy problemowych hazardzistów były gry na automatach (82,1%), gry losowe (76,9%) i gry w karty prywatnie (57,1%). Z kolei najmniej popularne były wyścigi konne (22,4%), zakłady prowadzone w internecie (23,1%) i loterie SMS (30,3%). Odnotowano istotność statystyczną między częstotliwością uprawiania hazardu a występowaniem hazardu problemowego (patrz tabela 6).

Podsumowanie

Jest to pierwsze badanie przeprowadzone w Europie Środkowo-Wschodniej, które dostarczyło informacji na temat rozpowszechnienia uprawiania hazardu i popularności gier wśród osób bezdomnych korzystających ze schronisk i noclegowni. Rozpowszechnienie hazardu problemowego w populacji osób bezdomnych wynosi 11,3% i jest szesnastokrotnie wyższe niż w populacji generalnej. Wysokie wskaźniki problemowego hazardu w populacji osób bezdomnych pokazują, że istnieje potrzeba podejmowania wysiłków, których celem będzie identyfikacja tego typu problemów.

Wyższe rozpowszechnienie hazardu problemowego w populacji osób bezdomnych może być związane z wieloma czynnikami. Badania w populacji generalnej pokazują, że rozpowszechnienie hazardu problemowego jest częstsze wśród mężczyzn i osób o niższym poziomie wykształcenia (CBOS, 2012, 2015). Ponadto granie w gry hazardowe przez długi czas może się przyczyniać do powstawania

Tabela 6. Rozpowszechnienie grania w gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy przez badaniem.

Rodzaj gry	Odpowiedź	Wynik uzyskany w teście przesiewowym			
		0	1-2	3-7	8 i więcej
Zakłady sportowe w biurze bukmacherskim* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,514)	Nigdy, czasami	97,1% (468)	79,3% (46)	65,3% (47)	46,8% (36)
	Często, bardzo często	2,9% (14)	20,7% (12)	34,7% (25)	53,2% (41)
Gry losowe* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,245)	Nigdy, czasami	50,4% (243)	17,2% (10)	19,4% (14)	23,1% (18)
	Często, bardzo często	49,6% (239)	82,8% (48)	80,6% (58)	76,9% (60)
Loterie SMS* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,233)	Nigdy, czasami	88,3% (424)	60,3% (35)	61,4% (43)	69,7% (53)
	Często, bardzo często	11,7% (56)	39,7% (23)	38,6% (27)	30,3% (23)
Automaty do gier* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,588)	Nigdy, czasami	90,6% (432)	53,4% (31)	45,1% (32)	17,9% (14)
	Często, bardzo często	9,4% (45)	46,6% (27)	54,9% (39)	82,1% (64)
Wyścigi konne* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,284)	Nigdy, czasami	97,9% (471)	94,8% (55)	87,5% (63)	77,6% (59)
	Często, bardzo często	2,1% (10)	5,2% (3)	12,5% (9)	22,4% (17)
Gry w kasynie* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,515)	Nigdy, czasami	97,9% (472)	91,4% (53)	81,2% (56)	46,2% (36)
	Często, bardzo często	2,1% (10)	8,6% (5)	18,8% (13)	53,8% (42)
Gry w karty prywatnie* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,460)	Nigdy, czasami	91,9% (443)	74,1% (43)	53,5% (38)	42,9% (33)
	Często, bardzo często	8,1% (39)	25,9% (15)	46,5% (33)	57,1% (44)
Zakłady w internecie* ($p < 0,001$; R Pearsona = 0,300)	Nigdy, czasami	98,5% (475)	96,6% (56)	92,9% (65)	76,9% (60)
	Często, bardzo często	1,5% (7)	3,4% (2)	7,1% (5)	23,1% (18)

*istotność statystyczna.

długów, co prowadzi do niestabilności mieszkaniowej i w konsekwencji może powodować bezdomność (Rogers, 2005). Jednocześnie hazard może być postrzegany przez samych graczy jako sposób na poradzenie sobie z ubóstwem i wyjście z bezdomności. Sadler (2000) sugeruje, że w sytuacji ubóstwa jednostki mogą podejmować zachowania ryzykowne, próbując sobie z nim poradzić i poprawić swoją sytuację finansową. Badanie jakościowe Mardsena (2012) wydaje się potwierdzać tę tezę, ponieważ pokazuje, że młodzież postrzega hazard jako sposób na uzyskanie pieniędzy.

Porównując wyniki badań międzynarodowych, należy brać pod uwagę różnice kulturowe i metodologiczne, które mogą być związane z przyjętymi definicjami „hazardu” i „bezdomności”, jak również pamiętać o dużej heterogeniczności tych zjawisk (Raylu i Oei, 2002; Griffiths, 2015). Wysokie rozpowszechnienie hazardu problemowego w populacji osób bezdomnych zidentyfikowane w naszym badaniu potwierdzają uzyskane już wcześniej wyniki podobnych badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Wielkiej Brytanii (Nower i współ., 2014, Matheson i współ., 2014, Sharman i współ., 2015, 2016).

W prezentowanym badaniu mężczyźni częściej niż kobiety byli klasyfikowani jako problemowi hazardziści. Problemowi gracze stanowili najmłodszą grupę w całej próbie i najczęściej mieli niższy poziom wykształcenia. Te cechy socjodemograficzne zidentyfikowane w badaniu są spójne z cechami respondentów z innych badań (Nower i współ., 2014), ale także z profilem problemowych hazardzistów w populacji generalnej w Polsce (CBOS, 2015). Analizy regresji logistycznej wykazały, że w Polsce mężczyźni mieli znacznie większe szanse niż kobiety na wystąpienie zaburzeń hazardowych. Również młodszy wiek zwiększa szansę na wystąpienie hazardu problemowego; szansa ta maleje co dziesięć lat o jedną trzecią.

Dodatkowo nasze badanie dostarczyło szczegółowych informacji na temat rodzajów i częstotliwości grania w gry hazardowe przez osoby bezdomne. Ponad 40% respondentów grało w więcej niż jeden rodzaj gry. Podobnie jak w populacji ogólnej, najpopularniejszymi grami hazardowymi wśród bezdomnych były loterie. Jednak bezdomni grali na loteriach prawie trzy razy częściej: 58,7% w porównaniu z 20,5% w populacji generalnej (CBOS, 2015). Może to wynikać z wysokiej ekonomicznej (niskiej ceny losu) i fizycznej (dużej liczby punktów) dostępności loterii. Innym powodem częstszego grania

na loteriach przez osoby bezdomne może być chęć wygrania pieniędzy, które pomogą zmienić trudną sytuację i wyjść z bezdomności.

Loterie tracą na swojej popularności, kiedy pojawiają się problemy, ponieważ rozwijające się zaburzenia hazardowe powodują przechodzenie do grania w bardziej szkodliwy sposób. Osoby bezdomne, u których występowały zaburzenia hazardowe, najczęściej grały na automatach, w gry losowe oraz karty na pieniądze. Najmniej popularne były wyścigi konne, zakłady w internecie i loterie SMS. Wyniki te różnią się od wyników brytyjskiego badania, w którym najpopularniejszymi grami hazardowymi uprawianymi przez bezdomnych były gra w ruletkę, wyścigi konne, gry na automatach i zakłady w biurze bukmacherskim (Sharman i współ., 2015). Analiza regresji logistycznej pokazała, że w Polsce intensywność grania w loterie SMS, na automatach i gry w kasynie spada z wiekiem o około jedną trzecią. Najbardziej znaczący spadek odnotowano wśród osób robiących zakłady w internecie. Ogólnie rzecz biorąc, im młodszy gracz, tym większa szansa na częste uprawianie hazardu, a tym samym większa szansa na wystąpienie w przyszłości hazardu problemowego.

Wnioski

Problem hazardu wśród osób bezdomnych może być postrzegany jako ważny problem społeczny. Wyższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych wśród bezdomnych w porównaniu z populacją generalną pokazują, że jest to grupa szczególnie narażona na ich rozwój. Pozostawanie w bezdomności i młody wiek są czynnikami ryzyka, które mają wpływ na większą aktywność związaną z hazardem i mogą powodować rozwój zaburzeń. W populacji osób bezdomnych najbardziej popularne są gry losowe, np. Totolotek, jednak wraz z rozwojem zaburzeń hazardowych osoby te wybierają gry o większym potencjale uzależniającym – automaty. Wysokie wskaźniki rozpowszechnienia hazardu problemowego w tej populacji wskazują na potrzebę identyfikowania i monitorowania tego typu problemu oraz zapewnienia tej grupie dostępu do programów leczenia zaburzeń hazardowych i programów profilaktycznych.

Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Skala (nad)używania substancji psychoaktywnych w populacji osób młodych i osób dorosłych niesłyszących i słabosłyszących w Polsce jest nieznana. Mimo to problem jest dostrzegany przez specjalistów i podejmowane są nieliczne działania prewencyjne i diagnostyczne. Lepiej pod względem diagnostycznym, jak i prewencyjnym w odniesieniu do tej grupy wypadają Stany Zjednoczone, które stają się istotnym tłem porównawczym w poniższym tekście.

(NAD)UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ GŁUCHĄ ORAZ SŁABOSŁYSZĄCĄ – SYTUACJA POLSKI NA TLE BADAŃ AMERYKAŃSKICH¹

Marcin Jewdokimow

Wydział Nauk Humanistycznych UKSW

Sytuacja w Polsce

W Polsce brakuje badań, które określałyby skalę (nad)używania substancji psychoaktywnych w populacji osób młodych, ale także osób dorosłych niesłyszących i słabosłyszących. Wyjątek stanowią tu jakościowe badania przeprowadzone przez Fundację Poza Schematami² w 2018 roku, które odsłoniły istotne mechanizmy i specyfikę tego problemu. Jadwiga Fudała, Kama Dąbrowska i Katarzyna Łukowska³ podkreślają, że nawet jeśli obecność problemu szkodliwego picia alkoholu i uzależnień we wskazanych grupach jest taka sama jak w całej populacji, to jednak z powodu specyfiki i trudności komunikacyjnych osoby te w ramach obecnego systemu rozwiązywania problemów alkoholowych – opartego na komunikacji przecież – pomocy raczej nie uzyskają. „W chwili obecnej osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie”⁴, co ze względu na zapośredniczenie kontaktów z terapeutą niesie dodatkowe problemy komunikacyjne. W Polsce uczono terapeutów języka migowego, jednak – jak podkreślają autorki – nie przyniosło to efektów umożliwiających prowadzenie terapii.

Można mówić więc o systemowym problemie, ale jednocześnie podkreślić należy incydentalne próby poradenia sobie z nim. Na przykład odpowiedzią na trudności z nauczaniem terapeutów języka migowego był bardzo ciekawy, pilotażowy projekt, przeprowadzo-

ny w Warszawie, którego celem było nauczenia osób głuchych podstawowych umiejętności pomocy psychologicznej i w zakresie psychoterapii uzależnień, tak aby to one mogły nieść pomoc w swoim środowisku⁵. Inny przykład to programy skierowane już bezpośrednio do młodzieży głuchej i niedosłyszącej (w SOSW w Łodzi program o uzależnieniach dla głuchej młodzieży organizowały PZG w Łodzi i Stowarzyszenie „Słysz Serce”) oraz punkt pomocy dla osób niesłyszących i słabosłyszących z problemami alkoholowymi (www.pa-nieslyszacy.info)⁶.

Warto odnieść sytuację Polski do Stanów Zjednoczonych, gdzie zarówno zakres diagnozy, jak również metody leczenia są bardziej zaawansowane⁷.

Sytuacja w Stanach Zjednoczonych

Należy podkreślić, że ze względów kulturowych, społecznych, ale także systemowych, ekstrapolacja wniosków i rekomendacji na kontekst polski powinna być czyniona z ostrożnością. Jest to bardzo istotne również dlatego, że w analizach badacze i badaczki odnoszą się często do specyfiki funkcjonowania osób głuchych lub słabosłyszących w tamtym kontekście kulturowym, wskazując np. na kulturę Głuchych⁸ (*Deaf culture*) oraz na konkretne aspekty funkcjonowania tej społeczności, stanowiące istotne elementy procesów diagnozy i leczenia. Na przykład Debra S. Guthmann⁹ stwierdza, że „społeczność głucha i słabosłysząca jest małą, zamkniętą grupą, która postrzega

nadużywanie substancji bardzo negatywnie. Jeśli masz »zły nawyk«, jesteś postrzegany jako »zły człowiek«, który zagraża dobru i publicznemu wizerunkowi grupy. Ta wstydliva interakcja z kulturą, językową i edukacyjną izolacją Głuchych i ludzi słabosłyszących prowadzi do niechęci do przyznawania się do nadużywania narkotyków i alkoholu. Istnieje negatywne piętno związane z osobami w społeczności Głuchych, które są uzależnione¹⁰. Wskazuje ona również na problem ukrywania problemów osób ze wspólnoty Głuchych, co przekłada się na problemy z leczeniem.

Generalnie szacuje się, że poziom nadużywania substancji psychoaktywnych w grupie osób głuchych i niedosłyszących w USA wynosi tyle samo, co populacji generalnej, to znaczy ok. 8-10%¹¹. Dodatkowo, osoby te mają ograniczony dostęp do usług mających na celu rozwiązanie ich problemów, co wynika z barier komunikacyjnych oraz kulturowych^{12,13}.

Te problemy dotyczące rozpoznania skali zjawiska w populacji osób głuchych i słabosłyszących przekładają się na trudności z określeniem liczby głuchej i słabosłyszącej młodzieży w USA, która również nadużywa substancji psychoaktywnych. Jak zauważają Janet C. Titus i William L. White, problematyka używania alkoholu i narkotyków przez młodzież głuchą i słabosłyszącą jest podejmowana badawczo rzadko, a prowadzone badania mają słabe podstawy metodologiczne¹⁴. Zdaniem Titus i White przekłada się to na wniosek, mówiący o tym, że poziom używania tych substancji przez młodzież jest taki sam jak w całej populacji. Poza szacunkowymi danymi ilościowymi, z którymi z powodów metodologicznych można dyskutować, przeprowadzone w USA badania przynoszą interesujące dane dotyczące czynników ryzyka specyficznych dla tej grupy. Otóż ustalono, że z powodów językowych i kulturowych ma miejsce opóźnione rozpoznanie tego problemu w danej

grupie, przez co rozpoczynając leczenie, młodzież głucha i słabosłysząca ma większe problemy niż słyszący rówieśnicy, którzy również rozpoczynają leczenie.

Dostępne badania, których przeglądu dokonali Titus i White, pozwoliły im wskazać, że poza typowymi czynnikami ryzyka w populacji młodzieży głuchej i słabosłyszącej wskazać można jeszcze czynniki dodatkowe. Są to: problemy z dyskusją na temat substancji psychoaktywnych w rodzinie, mniejszy dostęp do

programów profilaktycznych, co bardziej dotyczy młodzieży głuchej niż niedosłyszącej¹⁵, trudności komunikacyjne w rodzinie (większość dzieci z ubytkiem słuchu ma rodziców słyszących, a nie wszystkie rodziny wybierają naukę lub biegle posługują się językiem migowym), wpływ niepełnosprawności na poczucie własnej wartości i rozwój tożsamości, izolacja społeczna i wynikający stąd stres¹⁶, przeświadczenie posiadania uzasadnienia dla używania substancji z powodu ograniczeń związanych z niepełnosprawnością i obcością wobec innych osób, głęboka potrzeba dopasowania się do słyszących rówieśników, w tym uczniów używających alkoholu i innych narkotyków¹⁷.

Tym samym – jak podkreślają autorzy – »głusi i słabosłyszący uczniowie, mający problemy

z substancjami, mogą wymagać leczenia o większej intensywności i dłuższego wsparcia po leczeniu»¹⁸.

Programy profilaktyczne w USA

W USA gros działań profilaktycznych skierowanych do głuchych i słabosłyszących odnosi się przede wszystkim do osób dorosłych. Na podstawie funkcjonowania tych programów najwięcej informacji można uzyskać w aspekcie problemów związanych z realizacją takich działań. Jak zauważa Guthmann, problemy z działaniami profilaktycznymi skierowanymi do osób głuchych i słabosłyszących

W chwili obecnej osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psycho terapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie, co ze względu na zapośredniczenie kontaktów z terapeutą niesie dodatkowe problemy komunikacyjne. W Polsce uczone terapeutów języka migowego, jednak nie przyniosło to efektów umożliwiających prowadzenie terapii. Można więc mówić w naszym kraju o systemowym problemie, ale jednocześnie podkreślić należy incydentalne próby poradenia sobie z nim.

związane są głównie z kwestiami komunikacyjnymi. Język odgrywa dużą rolę i jest przeszkodą podczas oceny/diagnozy problemu, samego funkcjonowania w systemie leczenia oraz na etapie powrotu do zdrowia¹⁹.

Także sam program AA stanowi wyzwanie dla tej grupy osób: „Głównym problemem, z którym borykają się głusi i słabosłyszący, którzy nadużywają substancji psychoaktywnych, a także osoby niesłyszące i niedosłyszące w ogóle, jest komunikacja. Podstawowy slogan AA, »Call before you pick up your first drink«, stanowi prawdziwy problem dla osób niesłyszących i niedosłyszących. (...) Co więcej, może to zagrażać poufności i integralności związku terapeutycznego”²⁰.

W USA funkcjonuje kilka programów leczenia szpitalnego skierowanych do osób głuchych i słabosłyszących. Przykładem może być *Program Stanu Minnesota Leczenia Uzależnień Chemicznych dla Osób Głuchych i Słabosłyszących* (MCDPDHHI – *Minnesota Chemical Dependency Program for Deaf and Hard of Hearing Individuals*). Wykorzystuje on filozofię Dwunastu Kroków i stosuje podejścia terapeutyczne, które zapewnia personel biegły w ASL i znający się na kulturze Głuchych. Zamiast korzystać głównie z czytania i pisanie w trakcie leczenia, bariery językowe są usuwane przez skupienie się na wykorzystaniu rysunku do zadań terapeutycznych. Wszystkie materiały pisemne zostały zmodyfikowane, aby sprostać indywidualnym potrzebom klienta, a nagrane materiały wideo są prezentowane za pomocą języka migowego, głosu i podpisów. Klienci mają dostęp do doradców lub psychologów, którzy są głusi lub słyszący, ale biegli w ASL (*American Sign Language*).

Innym ciekawym programem jest DODA (*Deaf Off Drugs and Alcohol*), który wykorzystuje narzędzia internetowe: „Program dostarczył dostosowane do potrzeb i specyfiki kulturowej narzędzia telemedyczne dla osób głuchych, u których zdiagnozowano klinicznie SUD”²¹.

Jak pokazały badania, „wyniki leczenia SUD dla niesłyszących konsumentów za pośrednictwem programu DODA nie różniły się od wyników dla niesłyszących konsumentów w tradycyjnych, dostosowanych kulturowo programach leczenia pacjentów. Sugeruje to, że internetowy program DODA może być skuteczną opcją dla niektórych niesłyszących klientów. Jednak brak istotnej różnicy w wynikach między DODA a klientami korzystającymi z usług SUD może wynikać z kwestii statystycznych, to znaczy małej próby osób z programu DODA objętych analizą”²².

Problemy profilaktyczne w odniesieniu do młodzieży

Szacuje się, że poziom nadużycia substancji psychoaktywnych w grupie osób głuchych i niedosłyszących w USA wynosi tyle samo, co w populacji generalnej, to znaczy ok. 8-10%. Dodatkowo, osoby te mają ograniczony dostęp do usług mających na celu rozwiązanie ich problemów, co wynika z barier komunikacyjnych oraz kulturowych. Jak zauważają Janet C. Titus i William L. White, problematyka używania alkoholu i narkotyków przez młodzież głuchą i słabosłyszącą jest rzadko podejmowana w badaniach, a te, które są prowadzone, mają słabe podstawy metodologiczne.

Jak podkreślają Barbara A. Berman, Leanne Streja i Debra S. Guthmann²³, skuteczna terapia i prewencja wymagają wzięcia pod uwagę specyficznych potrzeb danej grupy, a młodzież głucha i słabosłysząca w USA stanowi właśnie taką wyróżniającą się kulturowo i językowo grupę. Część z nich identyfikuje się ze społecznością Głuchych, jak również uznaje ASL jako swój pierwszy język, a język angielski jako język drugi.

W odniesieniu do młodzieży oczywiście również występują problemy komunikacyjne, które można powiązać z kwestiami substancji psychoaktywnych na kilku wymiarach, na które wskazuje Guthman. Po pierwsze, podkreślić trzeba ograniczony dostęp do informacji, który

wpływa na możliwość prowadzenia działań profilaktycznych i leczenia. Amerykańska badaczka podkreśla, że obecnie „w przypadku osób, które używają języka ASL [*American Sign Language*]²⁴ lub innego języka manualnego, konieczne jest, aby te materiały i podejścia zostały przedstawione w sposób łatwy do przetworzenia. Obecnie materiały pisemne i wizualne, które odnoszą się do tej luki wiedzy, są niewystarczające i często pisane na poziomie, którego dziecko Głuchych nie może zrozumieć. Te, które

są dostępne, nie są systematycznie dystrybuowane ani wykorzystywane”²⁵.

Po drugie, istnieje problem wewnątrzrodzinny związany z komunikacją, ponieważ 90% wszystkich rodziców dzieci niesłyszących słyszy, rodzice mogą mieć trudności komunikacyjne z rozpoznaniem problemu: „rodzice i dzieci należą do różnych kultur; rodzice mogą obawiać się »utruty dziecka dla społeczności Głuchych«, ponieważ nie są w stanie odpowiednio komunikować się ze swoimi dziećmi”²⁶, co może wpływać na pogłębianie się problemów dziecka, jak również na niedostrzeżenie symptomów przez rodziców.

Titus i White – bazując na dostępnych badaniach – uważają, że osoby głuche i słabosłyszące ze względu na dodatkowe czynniki ryzyka (wskazane powyżej) „mogą wymagać bardziej intensywnego leczenia i dłuższego wsparcia po leczeniu”²⁷.

Ze względu na różnice kulturowe, społeczne i systemowe proste przeniesienie wniosków z ustaleń amerykańskich na grunt polski jest nieuprawnione. Niemniej jednak zaprezentowane powyżej doświadczenia stanowią istotny punkt odniesienia w kształtującym się w Polsce procesie uznawania znaczenia i rozpoznawania problemu używania substancji psychoaktywnych przez populację osób niesłyszących i słabosłyszących.

Przypisy

- ¹ Projekt zostanie zakończony w grudniu 2020 roku. Zaprezentowane badania zostały przeprowadzone w ramach realizacji zadania 2.3.1. pkt 1 Narodowego Programu Zdrowia. Badania wykonała Fundacja Poza Schematami, środki na projekt przyznano w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ² M.J. Sochocki, B. Walczak, „Używanie substancji psychoaktywnych i profilaktyka w środowisku młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej”, *Serwis Informacyjny Uzależnienia* 1(85), 2019, s. 42-47.
- ³ J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, „Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem”, *Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich* 2013.
- ⁴ *Ibidem*, s. 70.
- ⁵ *Ibidem*.
- ⁶ Dziękuję prof. Dorocie Podgórskiej-Jachnik za wskazanie tych przykładów.
- ⁷ Prezentowany tekst powstał na bazie kwerendy tekstów anglojęzycznych, z której wynika, że to właśnie w USA mamy do czynienia z bardziej zaawansowanym podejściem do wskazanego problemu, co automatycznie plasuje je jako punkt odniesienia.
- ⁸ Pisownia głusi/Głuchych odnosi się do różnicy między kondycją fizyczną – głuchota, a kulturową – kultura Głuchych (więcej np. Wilcox, 1989). Stąd w tekstach anglojęzycznych stosuje się czasem zapis D/deaf.
- ⁹ D. Guthmann, „What to consider when deaf individuals have substance abuse issues” *Paradigm Magazine*, 16(1), 2011, 20-22.
- ¹⁰ *Ibidem*, s. 22.
- ¹¹ D. Moore, M. McAweeney, „Demographic characteristics and rates of progress of deaf and hard of hearing persons receiving

substance abuse treatment”, *American Annals of the Deaf*, 151(5), 2006, 508-512.

- ¹² Np. D. Guthmann, V.Graham, „Substance abuse: A hidden problem within the D/deaf and hard of hearing communities”, *Journal of Teaching in the Addictions*, 3(1), 2004, 49-64.
- ¹³ Badacze i badaczki podkreślają jednak, że istnieje wiele problemów stojących na drodze odpowiedniemu zdiagnozowaniu skali problemu – czynniki komunikacyjne, kulturowe, językowe i logistyczne wpływają na trudności z uzyskaniem danych na ten temat, co skutkuje wykluczeniem osób głuche i słabosłyszących z badań populacyjnych i innych (por. B.A. Berman, L. Streja, D.S. Guthmann „Alcohol and other substance use among deaf and hard of hearing youth”, *Journal of Drug Education*, 40(2), 2010, 99-124).
- ¹⁴ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, 14-18.
- ¹⁵ Guthmann wskazuje, że związane jest to z trudniejszym dostępem do informacji na temat zagrożeń, co wynika z problemów komunikacyjnych i dostępności odpowiednio przygotowanych materiałów (D. Guthmann, „What to consider when deaf individuals have substance abuse issues”, *Paradigm Magazine*, 16(1), 2011, 20-22).
- ¹⁶ Guthmann wskazuje na stres jako czynnik ryzyka zwiększający możliwość sięgania po używki, które mają ten stres redukować.
- ¹⁷ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, s. 15.
- ¹⁸ *Ibidem*, s. 16.
- ¹⁹ D. Guthmann, „Is There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm
- ²⁰ *Ibidem*.
- ²¹ Wilson J., Guthmann D., Embree J., & Fraker S. (2015). Comparing Outcomes from an Online Substance Abuse Treatment Program and Residential Treatment Programs for Consumers who are Deaf: A Pilot Study. *JADARA*, 49(3), 172-184. Retrieved from <http://repository.wcsu.edu/jadara/vol49/iss3/3>
- ²² *Ibidem*.
- ²³ Berman B. A., Streja L., & Guthmann D.S. (2010). Alcohol and other substance use among deaf and hard of hearing youth. *Journal of Drug Education*, 40(2), 99-124.
- ²⁴ Jeśli chodzi o sam język ASL, to trzeba podkreślić za badaczką, że istnieją duże trudności z używaniem tego języka do działań związanych z prewencją, oceną i leczeniem nadużywania substancji psychoaktywnych: „Osoby głuche są częścią mniejszości językowej, której językiem podstawowym jest amerykański język migowy (ASL). Kiedy komunikujesz się z osobą głuchą, używanie czytania warg bez użycia amerykańskiego języka migowego nie jest wystarczające z powodu dużej liczby słów, które wyglądają podobnie na ustach. W testach, używając prostych zdań, osoby głuche rozpoznają być może trzy lub cztery słowa w każdej użytej próbie. Usiądź przed telewizorem z wyłączonym dźwiękiem i zobacz, czy możesz zrozumieć, co się mówi. Większość tego, co się mówi, nie zostanie zrozumiana, ponieważ tylko 20% mowy jest widoczne na ustach (Jeffers i Barley, 1971). Czytanie z ust nie jest realną opcją komunikacyjną dla większości osób Głuchych! ASL jest wizualnie i przestrzennie ugruntowanym językiem, który nie zapewnia bezpośredniego < tłumaczenia > angielskich form i pojęć reprezentowanych przez angielskie słownictwo i składnię. Tak więc wiedza na temat zależności chemicznych nie jest dobrze przekazywana w społeczności Głuchych. Na przykład niektóre kluczowe pojęcia i terminy w leczeniu uzależnień chemicznych po prostu nie istnieją w kulturze Głuchych. W ustawieniach leczenia przeznaczonych dla głównego nurtu, język i komunikacja są przeszkodami w procesie uczestnictwa osób niesłyszących i niedosłyszących. Dobra komunikacja jest niezbędna zarówno w wymiarze edukacyjno-terapeutycznym, jak i partnerskim w dobrze zaprojektowanym programie” (D. Guthmann, „Is There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm).
- ²⁵ D. Guthmann, „There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm
- ²⁶ *Ibidem*.
- ²⁷ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, s. 16.

W artykule kontynuuję omawianie sytuacji narkotykowej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, będących członkami Unii Europejskiej¹. Obecnie w Unii są trzy kraje które, są zaliczane do krajów bałkańskich: Bułgaria, Chorwacja i Słowenia, mimo iż ten ostatni nie leży na Półwyspie Bałkańskim. Spróbujemy znaleźć odpowiedzi na pytania: Czy marihuana jest najpopularniejszą nielegalną substancją psychoaktywną w omawianych krajach? Jak wygląda problem nowych substancji psychoaktywnych w unijnych krajach bałkańskich? Czy w tych krajach rośnie liczba zgonów z powodu narkotyków?

PROBLEM NARKOTYKÓW W KRAJACH BAŁKAŃSKICH BĘDĄCYCH CZŁONKAMI UNII EUROPEJSKIEJ

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Rozpowszechnienie używania narkotyków w Bułgarii

Najnowsze badanie populacji ogólnej w Bułgarii zostało przeprowadzone w 2016 roku. Jego wyniki wskazują, że konopie indyjskie pozostają najczęściej używaną nielegalną substancją w Bułgarii. Do używania marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku przyznało się 10,3% badanych w wieku 15-34 lata. Według danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) trzynastu krajów UE miało wyższe niż Bułgaria wskaźniki dotyczące użytkowników konopi indyjskich. Częściej po marihuanę sięgają mężczyźni (14,3%) niż kobiety (6%). Warto odnotować wzrost używania marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku z 4,4% (2015 rok) do 10,3% (2016 rok) w omawianej grupie wiekowej. Największy odsetek użytkowników przetworów konopi odnotowano wśród osób w wieku 15-24 lata – 13,5% (używanie w ciągu ostatniego roku); na drugim miejscu znalazła się MDMA z odsetkiem 3,1% (mężczyźni 4,3%, kobiety 1,8%). Używanie MDMA w Bułgarii należy do jednych z najwyższych – tylko trzy kraje odnotowały wyższe wskaźniki: Holandia (7,4%), Irlandia (4,4%), Wielka Brytania (3,3%). Wśród osób w wieku 15-24 lata było 5% badanych, którzy zażywali MDMA w ciągu ostatniego roku. W tej grupie wiekowej odnotowano najwyższy odsetek użytkowników MDMA. Używanie amfetamin było mniej popularne wśród badanych osób. W ciągu ostatniego roku wśród 15-24-latków

odnotowano 1,8% osób sięgających po amfetaminy (2,3% mężczyźni i 1,2% kobiety). Pięć krajów UE miało wyższy odsetek niż Bułgaria. Najmniej popularnym stymulantem była kokaina: 1,8% osób sięgało po nią w ciągu ostatniego roku (15-34 lata, mężczyźni 0,7%, kobiety 0,3%). Długoterminowy trend dotyczący używania narkotyków wskazuje na wzrost rozpowszechnienia używania konopi indyjskich i MDMA wśród młodych ludzi (15-34 lata) w latach 2007–2016 (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku). Wyniki badania w populacji generalnej pokazują, że w Bułgarii rozpowszechnienie używania amfetamin, kokainy i heroiny pozostaje na niskim poziomie.

Używanie substancji psychoaktywnych przez bułgarskich uczniów

Dane dotyczące używania narkotyków przez uczniów w wieku 15-16 lat pochodzą z badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and others Drugs), które było realizowane w 35 krajach. Wśród bułgarskich uczniów wskaźniki rozpowszechnienia były znacznie wyższe niż średnie ESPAD dla sześciu z ośmiu kluczowych zmiennych, z których jedną było używanie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu. Dostępne dane wskazują na rosnącą tendencję w używaniu konopi indyjskich wśród badanych uczniów w latach 1999–2015. Wskaźniki używania marihuany i haszyszu należą do

jednych z najwyższych w Europie (27% Bułgaria, 16% średnia ESPAD). Używanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP) wśród uczniów w wieku 15-16 lat w Bułgarii (8%) było również zdecydowanie powyżej średniej europejskiej (4%), podobnie używanie narkotyków innych niż konopie indyjskie (11%) – ono także było znacznie powyżej średniej europejskiej (5%). Ponadto spożywanie alkoholu (58%), ciężkie epizodyczne picie (6%) oraz palenie tytoniu (33%) w ciągu ostatnich 30 dni było także powyżej średniej badania ESPAD.

Problemowe używanie narkotyków w Bułgarii

W Bułgarii nie zostały przeprowadzone szacowania dotyczące liczby problemowych użytkowników narkotyków. Problemатyczne zażywanie narkotyków w Bułgarii wiąże się z używaniem opioidów (głównie heroiny) i zażywaniem narkotyków drogą iniekcji. Dane z ośrodków leczenia osób uzależnionych wskazują, że heroina pozostaje podstawową substancją stosowaną przez dużą część pacjentów leczących się po raz pierwszy w życiu z powodu narkotyków. Jednakże od 2009 roku odnotowano zmniejszenie liczby i odsetka osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu z powodu używania heroiny. Zażywanie heroiny w drodze iniekcji jest powszechnym sposobem zażywania tej substancji psychoaktywnej w Bułgarii, chociaż odsetek osób zażywających heroinę dożylnie maleje. W 2017 roku 58% osób podjęło leczenie z powodu heroiny (62% w 2016 roku) wśród wszystkich, którzy zgłosili się do leczenia po raz pierwszy w życiu. Na drugim miejscu odnotowane zostały zgłoszenia z powodu amfetamin 13% (11% w 2016 roku), a niewielki odsetek podjął leczenie z powodu kokainy – 3% (2% w 2016 roku). Używanie konopi indyjskich było powodem podjęcia leczenia w 2017 roku przez 10% osób (5% w 2016 roku). Dane z ogólnego badania populacyjnego z 2016 roku wskazują, że w Bułgarii około 0,48% osób w wieku od 15 do 64 lat używało

marihuany przez dwa lub więcej dni w tygodniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Szkody zdrowotne z powodu narkotyków w Bułgarii

W ogólnym rejestrze umieralności w Bułgarii odnotowano spadek liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki w latach 2008–2014, z pewną stabilizacją na niskim poziomie od tego czasu. W 2017 roku w Bułgarii zgłoszono 18 zgonów spowodowanych przez narkotyki (w 2016 roku 22 zgony). Średni wiek w chwili śmierci wynosił 35 lat. Wskaźnik umieralności spowodowany przez narkotyki wśród dorosłych (15-64 lata) oszacowano na cztery zgony na milion w 2016 roku, co jest wartością niższą niż średnia europejska z 22 zgonami na milion. Porównania między krajami należy jednak

w przypadku niektórych wskaźników przeprowadzać ostrożnie. Przyczyną tego jest systematyczne zaniżanie raportów w niektórych krajach, różne systemy raportowania, różne definicje przypadków i procesy rejestracji zgonów z powodu narkotyków. W Bułgarii trudności związane z otrzymywaniem danych i kodowaniem przyczyny śmierci powodują, że liczba zgłoszonych zgonów spowodowanych przez narkotyki jest niedoszacowana. Dane na temat chorób zakaźnych związanych z narkotykami wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki są zgłaszane przez Laboratorium Departamentu

Marihuana i haszysz są najczęściej przechwytywanymi narkotykami w Bułgarii. W 2016 roku odnotowano 62 zabezpieczenia marihuany oraz 8 zabezpieczeń haszyszu, a w 2017 roku odpowiednio 57 i 9. W 2017 roku nastąpił wzrost przemytu marihuany z Macedonii i Albanii do Turcji, przez Bułgarię i Grecję, przy udziale transportu samochodowego.

Zakażeń w Narodowym Centrum Uzależnień w Sofii. W 2017 roku odnotowano 31 nowych diagnoz HIV związanych z zażywaniem narkotyków drogą iniekcji, co stanowi 13% wszystkich nowych przypadków zakażenia HIV zarejestrowanych w Bułgarii w tym roku.

Dane dotyczące rozpowszechnienia chorób zakaźnych wśród użytkowników narkotyków w 2017 roku dotyczą klientów, którzy zostali przetestowani po zgłoszeniu się do centrów leczenia uzależnień od narkotyków (w celu leczenia substytucyjnego opioidów lub rehabilitacji). Częstość występowania zakażenia HIV w tej

grupie wyniosła 6%, natomiast częstość występowania przeciwciał przeciw HCV wynosiła 77%. Około 5% badanych wskazywało na zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (HBsAg).

Przestępczość narkotykowa i nielegalny rynek w Bułgarii

W 2017 roku w Bułgarii odnotowano 2433 przestępstw narkotykowych popełnionych przez 2028 osób, co oznacza spadek w porównaniu do roku 2016, kiedy to odnotowano 4886 przestępstw popełnionych przez 3759 przestępców.

Położona wzdłuż szlaku bałkańskiego Bułgaria jest uważana za kraj tranzytowy dla nielegalnych narkotyków, a działalność handlowa jest kształtowana przez podaż i popyt w krajach Europy Zachodniej i Bliskiego Wschodu. W Bułgarii odnotowuje się uprawę konopi indyjskich, głównie w pomieszczeniach zamkniętych, i produkcję syntetycznych stymulantów. Głównymi produkowanymi stymulantami są amfetaminy. Odbywa się to na małą skalę i przede wszystkim do użytku domowego.

Marihuana i haszysz są najczęściej przechwytywanymi narkotykami w Bułgarii. W 2016 roku odnotowano 62 zabezpieczenia marihuany oraz 8 zabezpieczeń haszyszu, a w 2017 roku odpowiednio 57 i 9. W 2017 roku nastąpił wzrost przemytu marihuany z Macedonii i Albanii do Turcji, przez Bułgarię i Grecję, przy udziale transportu samochodowego. Uważa się, że Europa Zachodnia i Środkowa, a także Turcja, Syria i Liban są głównymi miejscami docelowymi dla przemyconych przez Bułgarię przetworów konopi indyjskich.

W 2017 roku handel opiatami do Europy Zachodniej szlakiem bałkańskim przez Bułgarię nadal był częsty, jednak liczba konfiskat heroiny w 2016 roku (30 zabezpieczeń) była podobna do 2017 roku (32 zabezpieczenia). Z kolei dane dotyczące ilości skonfiskowanej heroiny wskazują na wzrost w porównaniu do 2016 roku (z 581

kg do 698 kg). Ponadto w 2017 roku skonfiskowano duże ilości morfiny. Ta sama trasa, ale w przeciwnym kierunku, służy do przemytu MDMA/ecstasy z Holandii i Belgii do Turcji i na Bliski Wschód. Konfiskaty MDMA w 2017 roku były porównywalne do tych z 2016 roku zarówno pod względem liczby konfiskat, jak i skonfiskowanych ilości. Ilość skonfiskowanej kokainy w 2017 roku spadła o połowę w porównaniu do 2016 roku (z 84 kg do 42 kg), ale liczba konfiskat wzrosła z 19 do 30. W 2017 roku w Bułgarii nadal przechwytywano nowe substancje psychoaktywne, chociaż modus operandi zmienił się w wyniku zmian legislacyjnych w prawie antynarkotykowym. Wraz ze spadkiem bezpłatnej dystrybucji tych substancji opracowano inne środki zaopatrzenia, w szczególności paczki pocztowe z Chin lub Indii lub sprzedaż internetową. Nowe substancje psychoaktywne podlegają regulacji na podstawie decyzji Krajowej Rady ds. Narkotyków i są kontrolowane zgodnie z odpowiednimi wykazami rozporządzenia w sprawie klasyfikacji roślin i substancji jako środków odurzających.

Skala używania narkotyków w Chorwacji

Konopie indyjskie pozostają najczęściej używanym narkotykiem w Chorwacji. Badanie zrealizowane w populacji generalnej z 2015 roku (ostatnie dostępne dane), wykazało, że około jedna piąta dorosłych w wieku 15-64 lata przynajmniej raz w życiu

zażywała konopie indyjskie. To używanie koncentruje się wśród młodych dorosłych (15-34 lata). Do używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku przyznało się 16% badanych w tej populacji. W przypadku tego wskaźnika Chorwacja była na piątym miejscu w Europie po Francji, Włoszech, Czechach oraz Hiszpanii. Częściej po marihuanę i haszysz sięgają mężczyźni (21,8% wśród osób w wieku 15-34 lata) niż kobiety (10,1%). Według badań populacyjnych nastąpił wzrost używania konopi indyjskich z 10,5% (2012) do 16% (2015). Około 2 na 10 osób w wieku 15-24 lata zgłosiło

W 2016 roku w Chorwacji odnotowano 56 przypadków zgonów z powodu narkotyków; większość ofiar stanowiili mężczyźni. Średni wiek ofiar wynosił około 37 lat. Większość zgonów, dla których dostępne były raporty toksykologiczne, była związana z opioidami (głównie metadon, ale także heroina, buprenorfina i tramadol)

używanie konopi przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku. Około 1 na 50 osób w tej samej grupie wiekowej stosowała amfetaminy (2,3%), które są najczęściej używanymi stymulantami w ciągu ostatniego roku. W przypadku kokainy odsetek wyniósł 1,6% (15-34 lata, w ciągu ostatniego roku), a w przypadku MDMA (ecstasy) – 1,4%. Mężczyźni na ogół używają nielegalnych narkotyków częściej niż kobiety. Podobnie jak w przypadku konopi indyjskich nastąpił również wzrost odsetka osób używających kokainy, ecstasy oraz amfetaminy w latach 2012–2015 w grupie osób w wieku 15-34 lata według badań w populacji generalnej. Odsetek użytkowników amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata chociaż nie jest wysoki (2,3%), to jest jednym z wyższych w Europie. Według danych EMCDDA tylko trzy kraje odnotowały wyższe odsetki: Holandia (3,9%), Estonia (2,5%) oraz Finlandia (2,4%).

Zagrzeb bierze udział w corocznych ogólnoeuropejskich kampaniach dotyczących ścieków prowadzonych przez Sewage Analysis Core Group Europe (Grupa ds. analizy ścieków). To badanie dostarcza danych na temat zażywania narkotyków na poziomie miejskim na podstawie poziomów nielegalnych narkotyków i ich metabolitów znalezionych w ściekach. W przypadku środków pobudzających, wyniki wskazują na dalszy wzrost używania kokainy w Zagrzebiu w latach 2011–2017, przy czym wskaźniki te są wyższe w weekendy niż w dni powszednie. Wydaje się, że w latach 2011–2015 odnotowano trendy wzrostowe dotyczące używania amfetaminy i MDMA/ecstasy, które ustabilizowały się w ostatnich latach. Poziom metabolitów metamfetaminy mierzony w ściekach pozostawał niski w czasie okresu obserwacji, wskazując na ograniczone stosowanie tej substancji w mieście.

Używanie substancji psychoaktywnych przez chorwackich uczniów

Dane dotyczące używania narkotyków przez uczniów w wieku 15-16 lat pochodzą z badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs). Badanie to jest realizowane w Chorwacji od 1995 roku. Wśród chorwackich uczniów odnotowane wskaźniki rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych były znacznie wyższe niż średnie ESPAD (z 35 krajów) dla

pięciu z ośmiu kluczowych zmiennych, z których jedną było użycie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu. Dostępne dane wskazują na rosnącą tendencję używania konopi indyjskich wśród dzieci w wieku szkolnym w latach 2001–2015. Używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród uczniów w wieku 15-16 lat w Chorwacji (7%) było również nieco powyżej średniej europejskiej (4%), a używanie narkotyków innych niż konopie indyjskie było na poziomie średniej europejskiej (5%). W 2015 roku zaobserwowano, że skala używania inhalantów w ciągu całego życia (26% Chorwacja, a 7% średnia europejska) i papierosów w ciągu ostatnich 30 dni (33% Chorwacja, a 27% średnia europejska) była wyższa w Chorwacji niż średnia europejska. Ponadto spożywanie alkoholu i ciężkie epizodyczne picie w ciągu ostatnich 30 dni było powyżej średniej badania ESPAD. Pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych jest jednym z głównych problemów w Chorwacji. Dostępne dane wskazują, że około 7 na 100 studentów sięgało po nowe substancje psychoaktywne kiedykolwiek w życiu.

Problemowe używanie narkotyków w Chorwacji

W 2015 roku, szacując liczbę problemowych użytkowników narkotyków metodą mnożnika, stwierdzono, że całkowita populacja osób używających opioidów wysokiego ryzyka wynosiła około 8900 (3,09 na 1000 mieszkańców). To samo badanie wykazało, że w Chorwacji były 6344 osoby wstrzykujące sobie narkotyki (2,21 na 1000 mieszkańców).

Dane z ośrodków leczenia osób uzależnionych od narkotyków pokazują, że większość osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy podaje konopie indyjskie jako główne źródło problemów związanych z narkotykami (63% w 2017 roku). Na drugim miejscu wśród osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków są osoby uzależnione od heroiny (21%). W ostatniej dekadzie liczba osób po raz pierwszy podejmujących leczenie w wyniku używania heroiny spadła o prawie 90%, chociaż heroina pozostaje głównym problemem dla osób, które zgłaszają się do leczenia w Chorwacji. Zażywanie narkotyków w iniekcjach pozostaje powszechne wśród osób sięgających po heroinę. Częściej sytuacja taka dotyczy osób, które trafiają na leczenie po raz kolejny niż po raz pierwszy. Mniej niż 2 na 10 osób rozpoczynających leczenie to kobiety.

Choroby zakaźne i zgony wśród osób zażywających narkotyki w Chorwacji

Liczba nowych przypadków zakażenia wirusem HIV wykrytych wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki jest niska. W 2016 roku nie zgłoszono żadnych przypadków zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Dane z badania biobehawioralnego z 2014 roku wskazują na niską częstość występowania HIV wśród tej populacji w trzech chorwackich miastach (Split, Zagrzeb i Rijeka). Zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) i wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) nie są w Chorwacji monitorowane na szczeblu krajowym w takim samym stopniu jak HIV, liczba nowych przypadków zakażenia HBV i HCV wśród osób zażywających narkotyki jest zatem nieznana. Wyniki badań użytkowników opioidów w leczeniu wskazują na tendencję spadkową w zakresie częstości występowania HCV wśród tej populacji w latach 2005–2014, z pewną stabilizacją w ostatnich kilku latach. Częstość zakażeń HBV wśród osób zażywających opioidy w trakcie leczenia zmniejszyła się w latach 2010–2013, ale nieznacznie wzrosła w 2014 roku.

Badanie biobehawioralne z 2014 roku wykazało, że ponad jedna trzecia osób zażywających narkotyki w zastrzykach w trzech wymienionych miastach miała HCV pozytywny. To samo badanie wykazało, że mniej niż jedna piąta osób zażywających narkotyki w iniekcjach była badana na obecność wirusa HIV lub HCV w ciągu ostatnich 12 miesięcy i otrzymali oni pozytywny wynik swoich testów.

W Chorwacji liczba zgonów spowodowanych przez narkotyki wzrastała do 2007 roku, kiedy to odnotowano największą liczbę zgonów – 115 przypadków. Od tego czasu ten wskaźnik zmniejszył się i ustabilizował w ostatnich latach. W 2016 roku odnotowano 56 przypadków zgonów z powodu narkotyków; większość ofiar stanowili mężczyźni. Średni wiek ofiar wynosił około 37 lat. Większość zgonów, dla których dostępne były raporty toksykologiczne, była związana z opioidami (głównie metadon, ale także heroina, buprenorfina i tramadol). Raporty toksykologiczne wskazują, że ofiary powszechnie używały opioidów wraz z innymi substancjami psychoaktywnymi, w tym alkoholem i lekami na receptę. Na podstawie tych danych śmiertelność wywołana narkotykami wśród osób dorosłych (w wieku 15–64 lata) wyniosła 20,19 zgonów na milion mieszkańców w 2016

roku, co stanowi nieco poniżej ostatniej europejskiej średniej wynoszącej 21,8 zgonów na milion osób.

Rynek narkotykowy i przestępczość narkotykowa w Chorwacji

Dane statystyczne za 2016 rok wskazują, że większość spraw związanych z łamaniem prawa narkotykowego w Chorwacji była kwalifikowana jako wykroczenie, podczas gdy około jedna czwarta przestępstw była związana z nielegalną produkcją, przemytem lub sprzedażą narkotyków. Zasadniczo całkowita liczba zgłoszonych przestępstw narkotykowych wykazała niewielki wzrost od 2010 roku. Większość przestępstw narkotykowych jest związana z konopiami indyjskimi, amfetaminami i MDMA/ecstasy.

Chorwacja jest przede wszystkim krajem tranzytowym ze względu na bliskość południowego odcinka szlaku bałkańskiego. W przeszłości ta trasa była używana głównie do przemytu heroiny pochodzącej z Afganistanu. Teraz inne narkotyki i prekursorzy są przemycane tą drogą do i z Europy Zachodniej. Większość produktów z konopi indyjskich, głównie marihuana, pochodzi z Albanii i jest przemycana do Chorwacji drogą lądową przez Czarnogórę oraz Bośnię i Hercegowinę. Zgłoszono także korzystanie z tras morskich. Konopie indyjskie są jednak również coraz częściej uprawiane w kraju, głównie do użytku osobistego i na rynek lokalny. Kokaina, która tradycyjnie pochodzi z krajów Ameryki Południowej i Środkowej, jest przemycana do Chorwacji drogą morską lub lądową z Europy Zachodniej bądź Turcji. Amfetaminy i inne syntetyczne leki pobudzające są głównie przemycane z Belgii i Holandii, a także z niektórych krajów Europy Wschodniej i Azji. Dostępne dane wskazują, że nowe substancje psychoaktywne kupuje się głównie online. W 2016 roku po raz pierwszy w historii Chorwacji wykryto małe nielegalne laboratorium produkujące amfetaminę i MDMA/ecstasy.

Marihuana pozostaje najczęściej przechwytywaną substancją w Chorwacji, a jej rekordową ilość zabezpieczono w 2017 roku, było to 2409,85 kg (w 2016 roku 1320,5 kg). Po okresie 2011–2013, kiedy odnotowano zmniejszenie się handlu heroiną na podstawie liczby i ilości skonfiskowanego narkotyku, dane z 2015 roku mogły wskazywać na nasilenie się przemytu tego narkotyku. Jednakże informacje z 2016 roku wskazują zarówno na spadek liczby konfiskat, jak również ilości zabezpieczonej hero-

iny. W 2017 roku zarejestrowano jeszcze mniejsze liczby zabezpieczeń (140 przypadków) i ilości zabezpieczonej heroiny.

Używanie narkotyków w Słowenii

Według badań w populacji generalnej przeprowadzonych w latach 2011–2012 konopie indyjskie były najczęściej używanym narkotykiem wśród osób dorosłych w wieku 15–64 lata w Słowenii. Wskaźnik używania konopi w tej populacji w ciągu ostatniego miesiąca wyniósł 4,4%, a wśród młodych dorosłych (15–34 lata) – 10,3%.

Stosowanie innych nielegalnych substancji było mniej powszechne niż przetworów konopi. Analizując grupę wiekową 15–34 lata (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku), odnotowujemy następujące wskaźniki używania narkotyków: MDMA 0,8%, kokaína 1,2%, amfetaminy 0,8%.

Używanie narkotyków jest na ogół wyższe wśród mężczyzn niż kobiet. Wyniki badań z 2012 roku wskazują, że 13,4% młodych dorosłych używało konopi w ciągu ostatniego roku, w przypadku kobiet odsetek ten wyniósł 7,3%. Według wspomnianych badań zażywanie narkotyków koncentruje się w młodszym wieku, zwłaszcza wśród osób w wieku 15–24 lata,

gdzie wskaźnik używania konopi w ciągu ostatniego roku to 15%. Wyniki badań w populacji generalnej odnotowały wzrost wskaźnika używania konopi z 6,9% (2007 – pierwsze dostępne dane z badań populacyjnych) do 10,3% w 2012 roku. Mniej niż 1% dorosłych w Słowenii zgłosił, że kiedykolwiek stosował nową substancję psychoaktywną. Niemniej jednak dane z innych źródeł, w tym ostatnia ankieta internetowa, wskazują, że stosowanie NSP samodzielnie lub w połączeniu z uznaną nielegalną substancją może występować częściej wśród młodych ludzi w środowisku rekreacyjnym.

W 2017 roku stolica kraju Lublana uczestniczyła w corocznej ogólnoeuropejskiej kampanii dotyczącej analizy ścieków, przeprowadzonej przez Grupę ds. analizy ścieków. Badanie to dostarcza informacji na temat zażywania

nielegalnych narkotyków na poziomie lokalnym na podstawie nielegalnych narkotyków i liczby metabolitów znajdujących się w ściekach. Wyniki tego badania wskazują na stosunkowo wysoki poziom metabolitów kokainy w ściekach i niski poziom amfetaminy i metamfetaminy, co oznacza ograniczone stosowanie tych dwóch ostatnich substancji w Lublanie.

Zażywanie narkotyków przez uczniów w wieku 15–16 lat było badane w European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Badanie to jest realizowane w Słowenii od 1995 roku, ostatnie przeprowadzono w 2015 roku. Odsetek słoweńskich

uczniów, którzy używali konopi indyjskich, był wyższy niż średnia ESPAD, podczas gdy zażywanie narkotyków innych niż konopie indyjskie i NSP było albo bardzo zbliżone, albo takie samo jak średnia ESPAD. Analiza trendów wskazuje, że eksperymenty z marihuaną znacznie wzrosły wśród uczniów w wieku 15–16 lat w latach 1995–2003, spadły w 2007 roku i wzrosły ponownie w kolejnych badaniach z lata 2011 i 2015. Wyniki badania ESPAD pokazują, że słoweńska młodzież ma wyższe wskaźniki używania niż średnie dla całego badania w przypadku substancji wziewnych (Słowenia 14%, średnia ESPAD 4%), marihuany (Słowenia 25%, średnia ESPAD 16%), upijania się (Słowenia 44%, średnia ESPAD 35%), picia napojów alkoholowych (Słowenia 52%, średnia ESPAD 48%), palenia papierosów (Słowenia 22%, średnia ESPAD 21%).

Słowenia jest coraz częściej postrzegana jako kraj zapewniający wsparcie logistyczne członkom grup przestępczych w Europie i poza nią. Aby temu zapobiec, organy ścigania angażują się we wspólne zespoły dochodzeniowe. Na poziomie krajowym priorytetem jest wykrywanie zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się narkotykami oraz praniem pieniędzy związanych z nielegalnymi operacjami narkotykowymi.

nielegalnych narkotyków na poziomie lokalnym na podstawie nielegalnych narkotyków i liczby metabolitów znajdujących się w ściekach. Wyniki tego badania wskazują na stosunkowo wysoki poziom metabolitów kokainy w ściekach i niski poziom amfetaminy i metamfetaminy, co oznacza ograniczone stosowanie tych dwóch ostatnich substancji w Lublanie.

Problemowe używanie narkotyków w Słowenii

Szacowana liczba osób używających opioidów pozostała stabilna w ostatnich latach w Słowenii. Wskaźnik ten w 2016 roku wyniósł około 4800 osób, a w 2017 roku 4900 (3,58 osoby na 1000 osób); większość tych użytkowników wstrzykiwała heroinę.

Dane z centrów leczenia osób uzależnionych od narkotyków w Słowenii wskazują, że liczba nowych przypadków

podejmowania leczenia związanego z zażywaniem heroiny jako głównej substancji znacznie spadła w ciągu ostatnich ośmiu lat. Dane ze zgłaszalności do leczenia w 2016 roku wskazują, że z powodu opioidów do leczenia po raz pierwszy zgłosiło się 55,3% osób, z powodu amfetaminy 4,3%, kokainy 14,9%, a z powodu marihuany 14,9%. Choć heroina pozostaje głównym narkotykiem opioidowym stosowanym w Słowenii, to informacje z programów redukcji szkód wskazują na pewne zmiany w profilu zażywania narkotyków wśród klientów tego typu programów. Z informacji z tych programów wynika, że pacjenci zastąpili heroinę innymi substancjami, takimi jak stymulanty, leki i NSP, z których wszystkie można wstrzykiwać. Wśród pacjentów podejmujących leczenie coraz mniej przyjmuje narkotyki w zastrzykach. Następuje przejście na inne drogi podawania, takie jak wążanie, palenie lub doustne stosowanie opioidów. Około 50% osób rozpoczynających leczenie używa narkotyków przez wciąganie.

W Słowenii, podobnie jak w innych krajach, obserwuje się starzenie się osób zażywających narkotyki. To pociąga za sobą wystąpienie nowych problemów społecznych, takich jak bezdomność i choroby przewlekłe.

Problemy związane z używaniem narkotyków w Słowenii

Słoweński Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego zbiera informacje o chorobach zakaźnych związanych z narkotykami i wynikami testów z próbkami pacjentów leczonych w Centrach Zapobiegania i Leczenia Narkomanii (CPTDA). Analiza informacji z nadzoru o występowaniu chorób zakaźnych związanych z narkotykami wśród osób wstrzykujących narkotyki w Słowenii wskazuje na stabilną sytuację w ostatnich latach. Dostępne dane wskazują, że zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest najczęstszą chorobą zakaźną związaną z narkotykami wśród osób wstrzykujących narkotyki. W 2016 roku prawie połowa, a w 2017 roku 43% osób wstrzykujących sobie narkotyki, które zostały przebadane przed rozpoczęciem leczenia, była pozytywna pod względem HCV, i odsetek ten rośnie w ostatnich latach.

Liczba nowych przypadków zakażenia wirusem HIV związanych z zażywaniem narkotyków drogą iniekcji pozostaje bardzo niska, z jednym przypadkiem wykrytym w 2016 roku.

W 2016 roku rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki, które zostały poufnie przetestowane podczas leczenia, było podobne jak w poprzednich latach; wskaźnik wyniósł około 2,8%, a w 2018 roku – 4,6%.

Dane na temat nagłych przypadków zatruc związanych z narkotykami są zgłaszane tylko w stolicy kraju i dotyczą dorosłych pacjentów, którzy są badani i leczeni w University Medical Center Ljubljana. W 2016 roku zarejestrowano 157 osób, które poddane były leczeniu z powodu zatrucia narkotykami, a w roku następnym 143 przypadki. Trend wzrostowy dotyczący przypadków nagłych zatruc obserwuje się od 2010 roku i przypisuje się go głównie zwiększonej liczbie zatruc związanych z sięganiem po kokainę, GHB i amfetaminy. Liczba zatruc związanych z heroiną i marihuaną nie zmieniła się znacząco w ciągu ostatnich trzech lat. Od końca 2016 roku w Słowenii funkcjonuje system wykrywania zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi. W tymże roku zgłoszono ogółem 10 zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Dostępne dane wskazują na wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki w Słowenii od 2015 roku. W 2017 roku w ogólnym rejestrze zgonów odnotowano najwyższą ich liczbę – 47 przypadków. Wyniki badań toksykologicznych wykazały udział heroiny w 18 przypadkach i kokainy w 14 przypadkach. Większość zgonów dotyczyła mężczyzn. Średni wiek ofiar wyniósł ponad 37 lat. Wskaźnik umieralności wśród dorosłych (w wieku 15-64 lata) spowodowany narkotykami wyniósł 29 zgonów na milion w 2016 roku, czyli nieco powyżej średniej europejskiej wynoszącej 21,8 zgonów na milion. W badaniu kohortowym śmiertelności przeprowadzonym w latach 2004–2013 wśród leczonych użytkowników narkotyków, stwierdzono śmiertelność na poziomie 5,7 zgonów na 1000 osób, czyli dwa razy więcej niż w populacji ogólnej w tym samym wieku. Nadmierną liczbę zgonów można przypisać nie tylko zażywaniu narkotyków, ale także samobójstwom, wypadkom drogowym i innym aktom przemocy, alkoholowej marskości wątroby i chorobom sercowo-naczyniowym.

Śmiertelność w wyniku samobójstwa był szczególnie wysoka wśród mężczyzn i prawie cztery razy wyższa dla kobiet w badaniu kohortowym niż w populacji ogólnej. Większość zgonów dotyczyła mężczyzn. Średni wiek w chwili śmierci wyniósł 39 lat u mężczyzn i 45 lat

Tabela 1. Zabezpieczenia narkotyków w krajach postkomunistycznych będących członkami UE.

	Marihuana (kg)			Haszysz (kg)			Heroina (kg)			Kokaina (kg)		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Bulgaria	1 579,77	1 624,01	1 175,76	0,16	220,23	12,60	697,74	582,00	265,42	42,05	84,15	8,86
Chorwacja	2 409,85	1 320,50	408,96	7,86	7,38	12,16	27,15	120,30	145,24	465,95	13,20	11,83
Czechy	1 094,60	722,11	655,06	9,13	6,56	7,56	19,08	19,33	1,60	27,38	39,64	120,39
Estonia	53,70	45,80	59,58	80,10	548,20	811,92	0,01	0,00	0,00	17,13		
Węgry	3 674,00	494,12	589,55	114,46	3,69	18,15	20,56	2,11	11,74	5,87		30,53
Łotwa	42,79	44,41	70,87	202,17	2,90	1 271,68	0,16	0,15	2,63	2,27	33,77	3,69
Litwa	124,30	67,60	143,30	2 089,00	550,50	591,20	3,90	27,80	1,80	622,90	2,70	533,20
Polska	1 043,00	2 569,44	1 830,48	1 237,15	32,89	842,87	2,48	9,00	3,80	69,04		218,61
Rumunia	275,51	142,65	179,76	5,85	34,86	5,15	3,50	3,79	334,20	8,18	2 321,40	71,29
Słowacja	143,81	40,40	69,78	0,60	0,46	27,15	0,60	0,06	2,63	2,62	0,86	2,33
Słowenia	837,91		457,54	19,78		2,54	10,71		6,47	12,25		2,77

	Amfetamina (kg)			MDMA (tabletki)			Metamfetamina (kg)			LSD (listek)		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Bulgaria	399,46	88,81	43,06	2 335,00	283,00	17 284,00	6,02	5,35	30,13		254,00	
Chorwacja	38,15	23,35	14,58				0,01	0,02	0,00	955,00	202,00	974,00
Czechy	1,85	3,38	19,49	15 279,00	47 256,00	3 110,00	93,26	90,70	107,36	3 857,00	1 041,00	996,00
Estonia	30,30	26,66	117,06		36 887,00	41 549,00	2,44	6,49	1,94	1 450,00		
Węgry	24,71	24,78	32,48	51 836,00	79 702,00	56 420,00	0,74	0,19	1,17	1 476,00	928,00	398,00
Łotwa	8,81	1,75	6,79	3 223,00	2 232,00	238,00	11,76	16,70	29,09	218,00	523,00	120,00
Litwa	3,00	3,10	3,30				24,90	7,10	58,50			
Polska	582,40	943,27	695,00	149 921,00	149 921,00	120 886,00	25,59	17,90	51,11			
Rumunia	1,69	1,83	0,38	18 810,00	14 871,00	13 794,00		0,02		288,00	991,00	67,00
Słowacja	0,00	0,03	0,00	2 448,00	8 705,00	1 460,00	4,05	4,86	5,35	262,00	1,00	0,00
Słowenia	6,08		2,11	1 537,00		2 908,00			0,41	28,00		34,00

u kobiet (dane dla 2016 roku). Wskaźnik umieralności spowodowany przez narkotyki wśród dorosłych (w wieku 15-64 lata) wyniósł 32 zgony na milion w 2017 roku, czyli nieco powyżej najnowszej europejskiej średniej 22 zgonów na milion. W 2016 roku wskaźnik był niższy i wyniósł 28 przypadków na milion i był na tym samym poziomie co wskaźnik europejski.

Przestępczość narkotykowa i rynek narkotyków w Słowenii

Dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami stanowią podstawę monitorowania przestępstw związanych z narkotykami, a także są miernikiem działań organów ścigania i dynamiki rynku narkotyków. Mogą być też wykorzystywane do wdrażania przepisów antynarkotykowych i ulepszenia strategii z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Dane statystyczne dotyczące przestępstw związanych z narkotykami w Słowenii wskazują, że większość tego typu przestępstw jest związana z konopiami indyjskimi. Zasadniczo przestępstwa narkotykowe związane są z użyciem i posiadaniem narkotyków.

Rynek nielegalnych narkotyków w Słowenii zależy od położenia geograficznego kraju na szlaku bałkańskim, który jest główną drogą nielegalnego handlu heroiną (z Turcji) i konopi indyjskich (z krajów Bałkanów Zachodnich) do Europy Zachodniej. Ponadto ostatnio wzrosło wykorzystanie Europy Południowo-Wschodniej jako punktu wejścia dla przemytu kokainy. Narkotyki na rynek krajowy przemywane są głównie lądem. Rosnąca liczba dochodzeń ujawniła, że grupy przestępcze zakładają firmy transportowe w Słowenii, rejestrują pojazdy ciężarowe i rekrutują kierowców do przemytu dużych ilości narkotyków. Zazwyczaj substancje przemywane w ten sposób nie są przeznaczone na słoweński rynek narkotyków.

Konopie indyjskie są najważniejszą nielegalną substancją produkowaną lokalnie i uważa się, że uprawy prowadzone w Słowenii są wystarczające do zaspokojenia lokalnego popytu na marihuanę. Najnowsze dane wskazują na zwiększoną uprawę, głównie w pomieszczeniach zamkniętych (tzw. indoor), niektóre uprawy konopi indyjskich przeznaczone są na rynki sąsiednie (Austria, Chorwacja, Niemcy i Włochy).

W 2016 roku skonfiskowane ilości wszystkich produktów z konopi indyjskich (marihuana i haszysz), heroiny, ko-

kainy i amfetaminy były większe niż te zgłoszone w 2015 roku. W 2016 roku zabezpieczono 457,54 kg marihuany, 2,54 kg haszyszu, 2,77 kg kokainy, 6,47 heroiny oraz 0,491 metamfetaminy. Należy jednak zauważyć, że prawie cała heroina i kokaina zostały skonfiskowane w ramach jednego zabezpieczenia i prawdopodobnie nie były one przeznaczone na rynek wewnętrzny.

Słowenia jest coraz częściej postrzegana jako kraj zapewniający wsparcie logistyczne członkom grup przestępczych w Europie i poza nią. Aby temu zapobiec, organy ścigania angażują się we wspólne zespoły dochodzeniowe. Na poziomie krajowym priorytetem jest wykrywanie zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się narkotykami oraz praniem pieniędzy związanych z nielegalnymi operacjami narkotykowymi. Ponadto działania organów ścigania koncentrują się na wykrywaniu i likwidowaniu nielegalnych plantacji konopi. Najwięcej zabezpieczeń narkotyków odnotowano w przypadku marihuany.

Przypisy

- ¹ We wcześniejszych artykułach zostały omówione kraje bałtyckie SIU nr 3 (83) 2018; Węgry i Rumunia SIU nr 4 (84) 2018, Słowacja i Czechy SIU nr 1 (85) 2019.

Bibliografia

- Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2019.
 ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2018 – Bulgaria.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2018 – Slovenia.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2018 – Croatia.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2019 – Bulgaria.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2019 – Slovenia.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018) Country Drug Report 2019 – Croatia.
 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2019), Europejski Raport Narkotykowy 2019: tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
 National survey on attitudes and use of psychoactive substances in the general population in Bulgaria, Sova Harris Agency, National Focal Point on Drugs and Drug Addictions, 4000 covered people at the age between 15 and 64 years, 2016.

XV KONFERENCJA PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD

Od ponad 10 lat co roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) organizuje konferencję programów redukcji szkód. W tym roku odbyła się ona w Krakowie w dniach 5-6 września i była współorganizowana przez tamtejszą Poradnię Monar. W spotkaniu wzięło udział około 50 osób, w tym m.in. przedstawiciele organizacji pozarządowych, urzędu miasta Krakowa, Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji, KBPN oraz Eksperci Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii z kilku województw.

Konferencja pomyślana jest jako platforma wymiany doświadczeń między programami redukcji szkód, ale również jako źródło danych do monitorowania problemu narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Warto podkreślić, że oprócz polskich prelegentów w tym roku kilka prezentacji zostało przedstawionych przez ekspertów z Holandii. W trakcie poprzednich konferencji redukcji szkód prelegentami byli eksperci z Czech, Francji, Hiszpanii oraz Finlandii. Jednakże formuła corocznych konferencji ma na celu pokazanie przede wszystkim polskich doświadczeń.

Podczas pierwszego dnia spotkania dyskutowano przede wszystkim na temat redukcji szkód w klubach oraz redukcji szkód wśród problemowych użytkowników narkotyków, ze szczególnym uwzględnieniem tematyki pokoi higienicznych. Programy redukcji szkód w klubach (nazywane programami partyworkingowymi w Polsce) są realizowane w naszym kraju od ponad 15 lat. W 2003 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii sfinansowało jedno z pierwszych w Polsce programów partyworkingowych, które były realizowane w czterech miastach: w Poznaniu (Stowarzyszenie Sedno), Częstochowie i Warszawie (MONAR) oraz w Lublinie (Kuźnia). W ramach tego typu programów przekazywane są informacje na temat narkotyków, jak również rozprowadzane są materiały dotyczące redukcji szkód. Interwencje te są przeprowadzane w klubach, na festiwalach muzycznych, dużych imprezach rozrywkowych, jak również na koncertach muzycznych. W ramach tego typu programów prowadzona jest również interwencja, która obejmuje szybką analizę, służącą wykrywaniu problemów związanych z narkotykami, udzielanie pierwszej pomocy oraz interwencje w przy-

padku epizodów psychotycznych po zażyciu substancji psychoaktywnych. Wspomniane interwencje mają na celu poprawę bezpieczeństwa pracowników klubów nocnych i osób je odwiedzających przez ustanowienie formalnej współpracy pomiędzy najważniejszymi zainteresowanymi stronami środowiska lokali rozrywkowych. Jednym z programów podejmujących działania redukcji szkód jest krakowski program CZYSTE BITY, który został zaprezentowany podczas konferencji.

W trakcie konferencji dyskutowano na temat współpracy pomiędzy programami redukcji szkód, klubem (menadżerem) a organizatorem imprezy. W dyskusji udział wzięły osoby, które zajmują się zarówno programami redukcji szkód, jak również organizacją imprez. Jej wynik pokazał, że działania programów redukcji szkód wymagają współpracy między organizacją pozarządową a klubem. W przypadku Krakowa ważną rolę w promocji programów partyworkingowych pełnili organizatorzy imprez, którzy ułatwiali organizacji wejście ze swoją ofertą do klubów. Ekspert z Holandii (Cedric Charvet z DeRegenboog Group Amsterdam) przedstawił doświadczenia tego kraju we wdrażaniu pokoi higienicznych dla użytkowników narkotyków (*drug consumption room*). Pokoje higieniczne to miejsca, w których narkotyki można stosować w higienicznych i bezpiecznych warunkach, profesjonalnie nadzorowanych przez przeszkolony personel. Pokoje higieniczne mają na celu zmniejszenie problemów zdrowotnych spowodowanych problemowym zażywaniem narkotyków, poprawę dostępu do usług socjalnych, terapeutycznych i zdrowotnych dla osób zażywających narkotyki oraz ograniczenie „uciążliwości” lub problemów związanych z używaniem narkotyków w miejscach publicznych. W Holandii działają 24 pokoje higieniczne. W Unii Europejskiej mamy 78 takich miejsc (w siedmiu krajach). Najnowsze pokoje higieniczne zostały otwarte we Francji i Portugalii.

W czasie drugiego dnia konferencji dyskutowano m.in. na temat testowania narkotyków i problemów prawnych występujących wśród osób sięgających po narkotyki. Uczestnicy konferencji obejrzel też film pt. DROP-IN KRAKOWSKA 19, który przedstawiał działania dziennej świetlicy dla osób używających narkotyków; mogli oni również wziąć udział w wizytacji tego miejsca.

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA W WARSZAWIE

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W dniach 23-25 lipca 2019 roku odbyła się III międzynarodowa konferencja pn. „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”, w której udział wzięło 240 osób z Polski, Litwy, Rumunii, Portugalii i Włoch. Konferencja została zorganizowana przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a skierowana była przede wszystkim do przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, realizatorów programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także organizacji pozarządowych oraz zainteresowanych tematyką przedstawicieli instytucji publicznych.

Podczas trzech dni obrad zostały przedstawione najnowsze dane dotyczące problematyki narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych, jak również działania z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom prowadzone w Polsce i Europie. Ważnym elementem konferencji była dyskusja i wymiana doświadczeń na temat przeciwdziałania problemowi narkomanii, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych w celu wzmocnienia programów profilaktycznych i monitoringów o lokalnym zasięgu, a także poprawienia współpracy na poziomie lokalnym.

W czasie pierwszego dnia konferencji Alessandro Pirona z EMCDDA zaprezentował Europejski Raport Narkotykowy 2019¹. Najważniejszymi zagadnieniami raportu były kwestie dotyczące:

- kokainy: rekordowe konfiskaty w Europie, nowe metody dystrybucji oraz udokumentowane doniesienia na temat problemów zdrowotnych związanych z używaniem tego narkotyku,
- syntetycznych opioidów: ostre zatrucia i zgony jako niepokojący sygnał dla systemu pomocy, leki zawierające opioidy zaczynają odgrywać coraz ważniejszą rolę w problematyce narkotykowej,

- heroiny: wzrost konfiskat w Europie, w tym prekursorów służących do produkcji heroiny w nielegalnych laboratoriach,
- nowych substancji psychoaktywnych: wielość typów substancji, coraz częstsza dystrybucja wśród problemowych użytkowników narkotyków,
- konopi indyjskich: wzrost siły działania, nowe metody produkcji, główny narkotyk podawany przez pierwszorazowych pacjentów placówek leczenia uzależnień od narkotyków.

Druga sesja pierwszego dnia była poświęcona przede wszystkim projektowi ASAP (angielska nazwa: *Building effective drug prevention results across Europe, based on prevention systems analysis and widespread professional training*), w którym udział bierze Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jego celem jest promowanie:

- systemowego i kompleksowego podejścia do profilaktyki poprzez zidentyfikowanie kluczowych podmiotów zajmujących się profilaktyką oraz prowadzenie analizy systemów profilaktycznych w krajach UE,
- właściwych kompetencji i umiejętności pracowników w zakresie standardów jakości profilaktyki poprzez projektowanie i wdrażanie dwuetapowego procesu szkoleniowego (szkolenie dla trenerów-mistrzów i specjalistów w zakresie zapobiegania narkomanii),
- standardów jakości w profilaktyce i dostosowanie ich do różnych systemów krajowych istniejących w obszarze uzależnień z zastosowaniem funkcjonujących wytycznych,
- mechanizmów umożliwiających trwałość działań projektu poprzez tworzenie sieci interesariuszy (wspieranej przez Virtual Community Platform – VCP).

Projekt ASAP będzie realizowany do końca 2020 roku. Jego liderem jest włoska organizacja ALISA

z regionu Liguria. W projekcie, finansowanym ze środków Komisji Europejskiej, uczestniczy 10 unijnych krajów oraz EMCDDA, UNODC i EUSPR. Jednym z kluczowych elementów ASAP-Training jest próba określenia, jak wyglądają działania z zakresu profilaktyki uzależnień w Europie. Polska (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) jest liderem komponentu (WP2) dotyczącego analizy systemu działań profilaktycznych w państwach członkowskich UE. W ramach tego komponentu zostaną opracowane wytyczne dotyczące wdrażania europejskich standardów profilaktyki dla poszczególnych krajów (Zadanie 2.3 projektu) i przeprowadzona analiza różnych systemów profilaktycznych w poszczególnych krajach (Zadanie 2.2). Komponent WP2 Zadanie 2.1 (T2.1) ma na celu opracowanie mapy kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką w UE, dlatego też w pierwszej połowie 2019 roku trwały intensywne prace nad stworzeniem narzędzia badawczego oraz protokołu do zbierania danych z krajów członkowskich Unii. Krajowe Biuro przesłało opracowane kwestionariusze do 10 krajów uczestniczących w projekcie oraz do wszystkich Reitor Focal Pointów (Krajowych Punktów Monitorujących) w UE, które z kolei przekazały ankiety do najważniejszych instytucji zajmujących się w poszczególnych krajach profilaktyką.

W efekcie podjętych działań otrzymano ponad 100 kwestionariuszy z 20 krajów UE, na podstawie których opracowano raport główny, zawierający 20 raportów krajowych, szczegółowo opisujących ponad 100 instytucji zajmujących się profilaktyką w Unii. Dodatkowo celem komponentu T2.1 WP2 było otrzymanie informacji o instytucjach, które są zainteresowane udziałem w szkoleniach ASAP lub chciałyby korzystać z platform on-line. Pierwszą okazją do przedstawienia wstępnych wyników ASAP, jak i promocji samego projektu w Polsce była właśnie międzynarodowa konferencja w Warszawie. W sesji moderowanej przez Alessandro Pirona udział wzięli partnerzy projektu ASAP: Rachele Donini z Włoch, która przedstawiła projekt, Artur Malczewski z Polski, który zaprezentował wstępne wyniki stworzonej mapy kluczowych instytucji europejskich zajmujących się kwestiami profilaktyki, i Renata Sarkane z Litwy, która opowiedziała o nowych inicjatywach i najlepszych praktykach w profilaktyce realizowanych w swoim kraju. Kolejną okazją do przedstawienia wyników komponentu drugiego (WP2), jak

również całego projektu, będzie 10th EUSPR Conference w Belgii, w czasie której jedna z sesji będzie poświęcona projektowi ASAP. Udział w niej wezmą m.in. Rachele Donini i Artur Malczewski².

Warto wspomnieć, że, oprócz osób zajmujących się profilaktyką, w konferencji wzięły udział również placówki lecznicze przekazujące dane do Centrum Informacji KBPN w ramach wskaźnika TDI (*Treatment Demand Indicator*). Jedną z sesji konferencji dotyczyła sposobów zbierania i raportowania informacji do Krajowego Biura. Art. 24b Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadził zobowiązanie dla podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych do współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie gromadzenia i przekazywania Biuru informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia. Zakres i tryb tej współpracy szczegółowo określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 roku w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. To rozporządzenie zostało znowelizowane w marcu 2019 roku³.

Na konferencji nie mogło zabraknąć sesji dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych (NSP) i aktualnych zmian zachodzących w tym obszarze w Europie. Głos na ten temat zabrali pracownicy Centrum Informacji KBPN, Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Osoby zainteresowane tematyką NSP mogą zapoznać się z jedną z ostatnich publikacji na ten temat na stronie Centrum Informacji: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1504168. Publikacja zawiera m.in. opis problemu NSP w Polsce, począwszy od 2008 roku, a także działań w zakresie przeciwdziałania temu zjawisku, z uwzględnieniem najnowszych zmian prawnych z sierpnia 2018 roku. W ramach tego wydawnictwa opisano również problem NSP i narkotyków w kilku krajach europejskich i w Ameryce Południowej.

Międzynarodowa konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem uczestników, dlatego też podjęto decyzję o wydaniu publikacji, prezentującej najciekawsze wystąpienia ze spotkania. Książka będzie dostępna

pod koniec roku na stronie internetowej Centrum Informacji KBPN. Znajdą się w niej poruszone wyżej tematy oraz m.in. wyniki najnowszych badań Fundacji CBOS i KBPN dotyczących uzależnień behawioralnych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży, opis działań profilaktycznych na poziomie lokalnym oraz rola szkoły w profilaktyce zachowań ryzykownych. Kolejną okazją do spotkania będzie następna międzynarodowa konferencja dotycząca przeciwdziałania narkomanii, która odbędzie się w dniach 26-27 listopada 2019 roku w Warszawie. Tak jak w poprzednich latach będzie ona organizowana przez Krajowe Biuro wspólnie z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej.

Przypisy

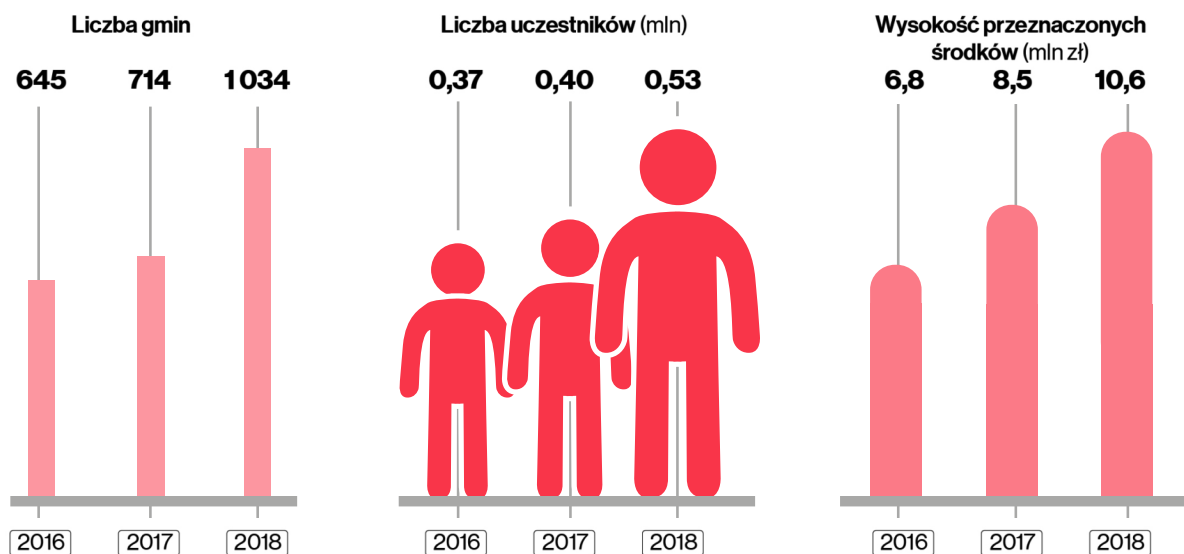
- ¹ Osoby zainteresowane raportem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) znajdą go na stronie internetowej Centrum Informacji: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105957>. Najważniejsze informacje z raportu zostały przedstawione w poprzednim numerze Serwisu. EMCDDA przygotowało również raporty krajowe z danymi dotyczącymi poszczególnych krajów, w tym Polski. Raport prezentujący problem narkotyków i narkomanii w Polsce jest dostępny na stronie EMCDDA w języku angielskim: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/poland_en. Pod koniec roku natomiast zostanie opublikowany raport przygotowany przez Krajowe Biuro z danymi za 2018 rok. Wcześniejsza wersja raportu jest dostępna do pobrania pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1417507.
- ² Osoby zainteresowane projektem zachęcam do odwiedzenia strony ASAP: <http://asap-training.eu/>
- ³ Aktualnie obowiązujący dokument, jak również szczegółowe informacje na temat systemu zbierania danych w ramach zgłaszalności do leczenia (TDI) są dostępne pod linkiem: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105617>

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW. WYNIKI KONTROLI NIK

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki kontroli dotyczącej realizacji profilaktyki uzależnień od alkoholu i narkotyków. Kontroli poddano 23 urzędy gmin i 8 innych podmiotów samorządowych w 6 województwach. Badaniami kwestionariuszowymi objęto 234 szkoły. Dane są prezentowane na stronie www.nik.gov.pl, w dziale Aktualności, raport *Profilaktyka uzależnień pod znakiem festynów i pogadarek*.

Raport stwierdza, że od roku 2016 do 2018 nastąpił zauważalny w skali kraju wzrost liczby gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne po wejściu w życie Narodowego Programu Zdrowia. Poniższy wykres – prezentujący ogólnopolskie dane zbierane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – potwierdza tę tezę.

Wykres 1. Realizacja rekomendowanych programów profilaktycznych w gminach.

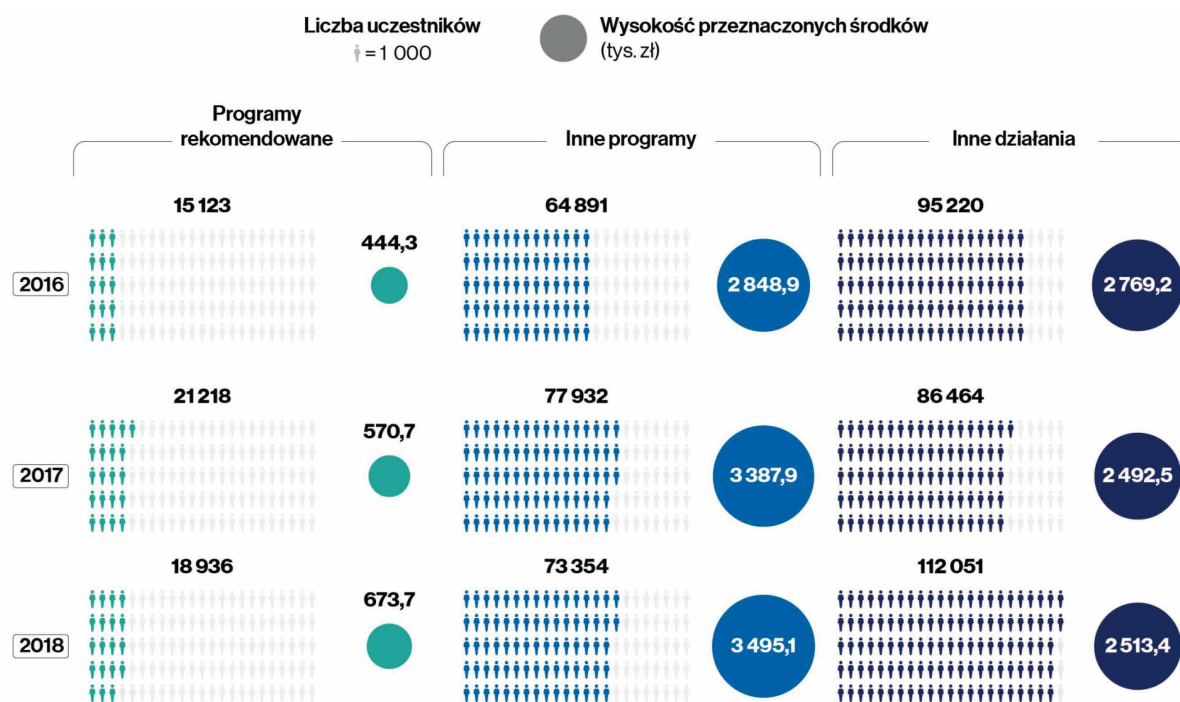


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych ze sprawozdań PARPA-G1.

Jednak, jak stwierdza NIK na podstawie 25 skontrolowanych gmin, zamiast finansowania programów o sprawdzonej skuteczności, władze samorządowe finansują działania o niesprawdzonej skuteczności (wykres 2), które, jak podkreśla raport, bez nadzoru kompetentnych osób mogą wywierać szkodliwy wpływ, zwłaszcza na dzieci. Te inne

działania to prelekcje, pogadanki, spotkania profilaktyczne, festyny i imprezy plenerowe, imprezy sportowe, konkursy, półkolonie, kolonie i obozy. W latach 2016–2018 działaniami o niepotwierdzonej skuteczności objęto w kontrolowanych gminach niemal dziesięciokrotnie większą liczbę osób niż programami rekomendowanymi.

Wykres 2. Nadmierne zaangażowanie samorządów skontrolowanych gmin w programy i działania o niepotwierdzonej skuteczności.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli w 25 gminach.

Przeprowadzone w ramach kontroli kwestionariuszowe badania w 234 szkołach (165 podstawowych i 69 ponadpodstawowych), dla których skontrolowane gminy były organami prowadzącymi, wykazały niski odsetek uczniów objętych rekomendowanymi programami profilaktycznymi.

Kontrola ujawniła także, iż samorzady województwa na realizację rekomendowanych programów wydatkowały niewielką część środków przeznaczonych na profilaktykę uzależnień.

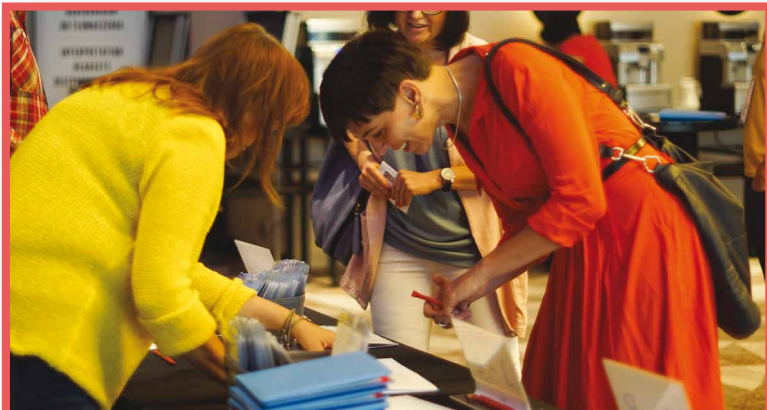
Wykres 3. Odsetek oraz liczba uczniów uczestniczących w rekomendowanych programach profilaktycznych.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z 234 szkół.

III MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA „PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM”

(RELACJA NA STRONIE 46)



Wybrane komentarze z Facebooka

Było genialnie. Dziękuję i do zobaczenia.

Pierwszy raz uczestniczyłem, wracam naładowany i zainspirowany, dzięki ogromnie.

Jak zawsze super organizacja.

Było rewelacyjnie. Zabieram ze sobą mnóstwo pomysłów, informacji i materiałów.

Było REWELACYJNIE. Serdecznie dziękuję.

Każdy dzień pełen wrażeń, ciekawych sesji. Do zobaczenia.

Jak zawsze – organizacja idealna! Organizatorzy cudowni. Wykładowcy super. Towarzysko ekstra.

Budujące rozmowy o ważnych problemach. Dobrze, że organizowane są takie spotkania.

Wspaniała konferencja. Rewelacyjni wykładowcy. Profesjonalnie pod każdym względem.

Organizacja na najwyższym poziomie. Owocnie i wspaniale spędzony czas.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: 22 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Numery archiwalne na stronie:
www.sin.praesterno.pl