



Ministerstwo Zdrowia



Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (94) 2021

NR 2

2021

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

TERAPIA UZALEŻNIEŃ – RELACJA „Z PIERWSZEJ RĘKI”

Wywiad z Elżbietą Zielińską i Marią Banaszak 1

Prawo

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA NA LATA 2021–2025

Katarzyna Syroka-Marczewska 7

Profilaktyka

PRZECIW UZALEŻNIENIOM – SKUTECZNY SAMORZĄD. SZKOLENIA W CZASIE PANDEMII

Sławomir Pietrzak 11

ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY W CZASIE PANDEMII COVID-19

Robert Rejniak 15

Leczenie, redukcja szkód

CENTRUM RE-START – ODPOWIEDŹ NA PROBLEMY WARSZAWY I JEJ DZIELNICY PRAGI-PÓŁNOC

Jacek Charmast 18

Uzależnienia behawioralne

BRZDĄC W SIECI – ZJAWISKO KORZYSTANIA Z URZĄDZEŃ MOBILNYCH PRZEZ DZIECI W WIEKU 0-6 LAT. DONIESIENIE Z BADAŃ

Magdalena Rowicka, Michał Bujalski 24

Analiza

ZJAWISKO NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚWIETLE AKTUALNYCH DANYCH

Michał Kidawa 29

Uzależnienia behawioralne

ADAPTACJA I WALIDACJA DWÓCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH – THE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS) I KWESTIONARIUSZ WCZESNEJ INTERWENCJI HAZARDOWEJ (EIGHT)

Lukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski 36

Badania, raporty

ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. CZĘŚĆ II

Artur Malczewski 45

Internet

RAPORT O STANIE NARKOMANII W POLSCE 2020 okładka III

STRONA FAS okładka IV



Elżbieta Zielińska

Z Elżbietą Zielińską, przewodniczącą Stowarzyszenia MONAR, i Marią Banaszak, główną specjalistką ds. merytorycznych Biura Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR, rozmawia Dominika Klimek.

TERAPIA UZALEŻNIEŃ – RELACJA „Z PIERWSZEJ RĘKI”



Maria Banaszak

Jak, zdaniem Pań, wygląda obecnie w Polsce system leczenia uzależnień?

E.Z.: Moim zdaniem system, w znaczeniu prawa, jest trochę anachroniczny. Nie uwzględnia w wystarczającym stopniu ewolucji sceny narkotykowej oraz

zmian w zakresie potrzeb i problemów osób uzależnionych. Staramy się dynamicznie dostosowywać metody pracy do potrzeb pacjentów, ale hamują nas ustanawiane normy i wymogi.

Poza tym system jest też niedofinansowany. W wyliczeniach świadczeń, głównie w placówkach stacjonarnych, nie uwzględnia się wzrostu kosztów. Mowa nie tylko o koszcie samej procedury terapeutycznej, ale też utrzymania pacjenta.

Kolejnym problemem jest utrzymywanie sytuacji, w której potrzeby lecznictwa uzależnień są reprezentowane w systemie ochrony zdrowia wyłącznie przez profesjonalistów z obszaru psychiatrii. Tymczasem w pracy ze znaczną częścią uzależnionych pacjentów procedury „czysto medyczne” rzadko znajdują zastosowanie. System leczenia uzależnień silnie wiązany z psychiatrią może powodować zagrożenie wyparcia metod psychoterapeutycznych na rzecz medykalizacji i procedur medycznych w obszarze, w którym taka zamiana niekoniecznie jest korzystna dla pacjenta.

M.B.: Jak bardzo byśmy się nie starali dostosowywać do potrzeb pacjenta, jak bardzo byśmy nie chcieli zmieniać się razem z nim, to jesteśmy uzależnieni od narzuconych z góry procedur. A w ich ramach zataczamy koło. Trzydzieści trzy lata temu Marek Kotański przeprowadził rewolucję, wyciągając leczenie uzależnień

z ram szpitali psychiatrycznych, zachęcając pacjentów do wzięcia odpowiedzialności za własne leczenie. Obecnie jesteśmy wtłaczani z powrotem do szpitali, czy tego chcemy, czy nie. Proszę też nie zrozumieć mnie źle – to nie znaczy, że nie stosujemy farmakoterapii. Lecznictwo stacjonarne już od dawna nie jest tzw. czystą społecznością terapeutyczną. Czerpiemy z nowości, uczymy się, dostosowujemy, łączymy różne metody psychoterapeutyczne, używamy też leków. Problem polega na tym, że próbuje się z nas zrobić szpital. Placówki, których podstawą funkcjonowania są oddziaływania psychoterapeutyczne, zobligowane są do spełniania wymogów nieadekwatnych do ich realiów – przede wszystkim norm oraz zabezpieczenia pacjentom warunków właściwych dla szpitali. Przykładem jest rozporządzenie mówiące o konieczności zatrudniania pielęgniarek w wymiarze 0,4 etatu na jednego pacjenta. Oznacza to, że w ośrodku działającym na bazie metody społeczności terapeutycznej – czyli gdzie głównym założeniem terapeutycznym jest przejmowanie przez pacjentów odpowiedzialności za swoje zdrowienie oraz, poprzez modelowanie i wzajemne interakcje, uczenie się konstruktywnego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, gdzie farmakoterapia stanowi jedynie oddziaływanie uzupełniające – na 30 pacjentów należałoby zatrudnić 14 pielęgniarek na pełnych etatach... Spełnienie tej normy jest nie tylko przeciwnie skuteczne w odniesieniu do przyjętych metod terapeutycznych (których skuteczność potwierdza się na przestrzeni ponad czterdziestoletnich doświadczeń), ale wypełnienie ich wiązałoby się również z brakiem środków na jakiegokolwiek inne oddziaływanie czy po prostu na utrzymanie funkcjonowania ośrodka. Podobnym przykładem jest obowiązek tworzenia działów farmacji na terenie ośrodków rehabilitacyjnych, w których wielu pacjentów uzależnionych jest od różnego rodzaju leków. Można by mnożyć przykłady norm, które zapewniają

dobro pacjenta w warunkach szpitalnych, lecz które nie tylko nie znajdują zastosowania w stacjonarnej terapii uzależnień, ale też zmniejszają jej efektywność, znacznie utrudniają funkcjonowanie tych placówek lub wręcz zagrażają ich istnieniu. Poza tym, pieniądze, które idą za wymogami, są, delikatnie mówiąc, do nich nieadekwatne. Mam wrażenie, że finansowanie było wycenione wiele lat temu i od tamtej pory się nie zmieniło. Problem nie leży więc w wykształceniu kadry, umiejętnościach czy metodach pracy, ale w tak prozaicznej rzeczy jak pieniądze. Co więcej, przez kwestie finansowe wykwalifikowani pracownicy zaczynają odchodzić do prywatnych praktyk.

Czy obserwują Panie jakiegokolwiek zmiany, jeśli chodzi o samych pacjentów?

M.B.: Mniej więcej od dekady liczba osób uzależnionych utrzymuje się na podobnym poziomie, czyli w zależności od źródeł wynosi od 100 do 150 tys. Sam problem jednak zmienia się. Jesteśmy w erze nowych substancji psychoaktywnych – syntetycznych, a co za tym idzie neurotoksycznych. Pacjenci stają się coraz bardziej wymagający – mają coraz większe problemy towarzyszące uzależnieniu, które okazuje się tylko jedną z trudności. Pojawiają się choroby psychiczne, problemy z centralnym układem nerwowym, problemy poznawcze. Spotykamy na przykład osoby z zaburzeniami neurologopedycznymi, mające problemy z mówieniem czy poruszaniem się. W efekcie wymagań wobec nas jest coraz więcej. Rośnie również liczba osób zgłaszających się do leczenia z powodu problemów związanych z nadużywaniem.

Jakie problemy dostrzegają Panie w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu?

E.Z.: W leczeniu osób uzależnionych od alkoholu cały czas stawia się przede wszystkim na krótkoterminowe, teoretycznie tańsze programy, mające doprowadzić pacjenta do abstynencji i nauczyć go utrzymania jej, ale bez przeprowadzenia głębszych procesów. Takie leczenie w praktyce bywa jednak droższe, bo pacjenci często wracają i rozpoczynają kolejną terapię krótkoterminową. Dlatego naszym zdaniem, dla pacjentów alkoholowych korzystne byłoby rozszerzenie oferty poprzez, między innymi, uwzględnienie w niej lecze-

nia długoterminowego, które dałoby szansę na trwałą zmianę stylu życia.

Wciąż za mała jest również liczba programów nisko-progowych i programów redukcji szkód, realizujących terapię nastawioną na zmianę sposobu używania na mniej szkodliwy i/lub używanie kontrolowane; mowa przede wszystkim o alkoholu oraz marihuanie.

A jak system odpowiada na potrzeby pacjentów niepełnoletnich?

E.Z.: Niestety, liczba ośrodków specjalizujących się w pomocy im jest za mała. Nadużywanie substancji bywa w przypadku dzieci i młodzieży tylko jednym z wielu zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych. COVID i izolacja spowodowały, że ujawniły się pewne problemy rodzinne. Również w tzw. dobrych domach. Do leczenia takich trudności trzeba podejść kompleksowo, w odpowiednim środowisku. Potrzebne są nie tylko oddziaływania ukierunkowane na przezwyciężenie mechanizmów nałogowych, ale również szeroko rozumiane wychowanie, nauka umiejętności społecznych czy praca z rodziną. Niestety, szpitale psychiatryczne to niekoniecznie dobra odpowiedź na te potrzeby.

Różnych substancji zaczynają używać osoby w coraz młodszym wieku. One nie mają szansy na wejście w rolę społeczne bez używek. W związku z obniżającym się wiekiem inicjacji narkotykowej młodzi uzależnieni nie zdążyli być trzeźwymi nastolatkami, nie mówiąc o trzeźwych dorosłych. Na etapie dojrzewania w znacznej mierze konstytuuje się nasza tożsamość, poczucie wartości i kiedy „układamy się ze światem”, szukając w nim swojego miejsca, uczymy się wchodzić w różne role społeczne i stawiać czoła różnym wyzwaniom. Tymczasem osoby, które zaczynają się narkotyzować przykładowo w 15. roku życia, nie mają możliwości nabywać tych doświadczeń na trzeźwo. Można powiedzieć, że pomijają „przewijają” ten etap. Dlatego mam w zwyczaju mówić, że w przypadku takich pacjentów nasza praca to nie tyle resocjalizacja (przystosowanie do powrotu do zdrowego funkcjonowania w społeczeństwie i różnych rolach społecznych), co raczej socjalizacja, czyli nauka od nowa. W tej chwili potrzebna bardziej niż kiedykolwiek. Rodzice są zrozpaczeni, poszukują ośrodków, gdzie ich dzieci mogłyby zacząć żyć „normalnie”. A takich miejsc w Polsce jest bardzo mało.

Jak na system wpłynął rodzaj używanych obecnie środków?

M.B.: Syntetyczne, nowe substancje psychoaktywne przyniosły zupełnie inny rodzaj postępowania terapeutycznego. Jeszcze do niedawna to heroina kojarzyła się z „największym złem”, wypadaniem z funkcjonowania w rolach społecznych, kryzysem narkotykowym lat 80. i 90. Ale muszę podkreślić, że osoby uzależnione w tamtych czasach faktycznie z tych ról wypadały, bo po różne substancje sięgały później niż obecnie, więc zdążyły doświadczyć wchodzenia w relacje społeczne czy rolę pracownika. Część naszych podopiecznych zaczęła brać narkotyki jeszcze jako dzieci. Oni nie mieli okazji dojrzeć na trzeźwo w sensie społecznym, emocjonalnym, również intelektualnym. Do tego są bardzo silnie uzależnieni.

Co więcej, uzależnieni od wielu substancji.

E.Z.: Zgadza się, istotnym symptomem zmian jest gwałtowny wzrost liczby poważnie uzależnionych pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego, w tym osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem nowych substancji psychoaktywnych. To zjawisko powoduje wzrost zapotrzebowania na leczenie w ośrodkach stacjonarnych, co z kolei stawia pod znakiem zapytania zasadność występującej od około 15 lat tendencji do stopniowego zmniejszania nakładów na lecznictwo stacjonarne. Myślę, że wynika ona z przekonania, że stacjonarne placówki leczenia przestają być potrzebne w obliczu zmniejszania się skali narkomanii opioidowej i rozwoju programów substytucyjnych. Jednak używanie nowych substancji psychoaktywnych prowadzi do tak znacznych zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym osób uzależnionych, że leczenie ich w trybie ambulatoryjnym ma w wielu przypadkach niewielkie szanse na skuteczność.

M.B.: Obecnie wyjątkiem są ludzie, którzy są uzależnieni tylko od jednego rodzaju substancji. Właściwie większość naszych pacjentów „miesza”. Nawet tzw. pacjenci alkoholowi biorą dodatkowo na przykład leki uspokajające i nasenne, już nie mówiąc o innych substancjach. Dlatego nasza praca staje się coraz bardziej kompleksowa. Psychoterapia uzależnień to tylko jedno z bardzo wielu zadań, które przed nami stoja.

E.Z.: Substytucja nie rozwiąże wszystkich problemów, dlatego zmniejszanie finansowania i umniejszanie ważności placówek stacjonarnych jest szkodliwe dla wszystkich. Nie tylko dla społeczności osób uzależnionych, ale również na przykład dla opiekunów dzieci, które w tej chwili bardzo potrzebują pomocy.

M.B.: A jednocześnie część środowiska cały czas próbuje zmienić system leczenia albo na czysto substytucyjny, albo szpitalny, albo tylko i wyłącznie ambulatoryjny. Moim zdaniem placówki stacjonarne są potrzebne. One powinny się też coraz bardziej specjalizować, przystosowując się do potrzeb grup specyficznych: osób z podwójną diagnozą, z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, również dzieci i młodzieży, których największym problemem wcale nie musi być uzależnienie, osób nieheteronormatywnych, które potrzebują bezpiecznych przestrzeni profilowanych do ich potrzeb, kobiet z dziećmi, ofiar przemocy. Szpital nie da takim ludziom możliwości kompleksowego zaspokojenia ich potrzeb. Nawet jeśli oferuje konsultacje psychologiczne, to, w odróżnieniu od środowiska ośrodków stacjonarnych, nie zapewni modelowania pozytywnych postaw i procesów, restrukturyzacji poznawczej, urealnienia poczucia własnej wartości czy przepracowania konfliktów intrapsychicznych. Społeczność terapeutyczna tworzy wyjątkowe warunki do rozwijania poczucia sprawczości, licznych umiejętności społecznych czy budowania asertywności. Daje poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia i przynależności. Oferuje również różnego rodzaju poradnictwo.

Tymczasem niektórym osobom leczenie stacjonarne wciąż kojarzy się z celem, który jest nastawiony tylko na stuprocentową abstynencję, i nic poza tym. Obecnie rehabilitacja w placówkach stacjonarnych wcale nie jest zero-jedynkowa. Abstynencja i życie w trzeźwości jest celem maksymalnym, ale to nie znaczy, że jedynym. Po drodze jest szeroki wachlarz innych celów związanych z poprawą jakości życia. Znaczna część naszych pacjentów nie ukrywa, że wcale nie ma zamiaru zrezygnować z wszystkich substancji. Najczęściej dotyczy to marihuany lub alkoholu. Przyjechali po to, żeby zmienić sposób używania na mniej szkodliwy i ryzykowny oraz żeby uporządkować sytuację prawną, socjalną, zmienić relacje z rodziną i styl życia. Ten poprzedni uniemożliwiał im utrzymanie kontroli nad życiem. Dopiero będąc w miejscu bezpiecznym, otoczeni opieką, są w stanie krok po kroku przejść na przykład przez kwestie formalne.

My nie zmuszamy do abstynencji. Jeśli ktoś nie jest na nią gotowy – nie wyrzucamy z ośrodka, a tym bardziej z poradni. Praca ambulatoryjna jest pracą na celach pacjenta i zależy od tego, z jakim celem taka osoba przychodzi. Oczywiście, staramy się motywować ludzi. Wszyscy korzystają na tym, że pacjent zdrowieje, trzeźwieje, dąży do abstynencji, odzyskuje pełną kontrolę nad swoim życiem i wolność, ale to nie znaczy, że jest to jedyny rodzaj pracy, jaką wykonujemy.

Dużo jeszcze jest do zrobienia i wypracowania, ale czy są jakieś rzeczy, które już udało się osiągnąć?

E.Z.: To, z czego jesteśmy dumni, to środowisko zawodowe i jego profesjonalizacja. Czasem liczba ukończonych przez terapeutów szkoleń i szkół, liczba godzin, które muszą przepracować zanim otrzymają jakiegokolwiek certyfikaty uprawniające do pracy z osobami uzależnionymi, może wręcz przytłaczać. Większość osób chce się szkolić. Ma świadomość tego, że trzeba być profesjonalnym.

M.B.: Co więcej, obecnie proces szkolenia się jest bardzo długi i kosztowny. Kształcenie w kierunku psychoterapeuty uzależnień zaczyna się dopiero po studiach!

E.Z.: Terapeutom uzależnień nie jest łatwo, bo oczekuje się od nich coraz większej wszechstronności. Niejednokrotnie, przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu terapii, pacjenci dzwonią do ośrodków, upewniając się, czy placówka jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie ich potrzeby. A ośrodki starają się do tych potrzeb dostosować. Członkowie kadry merytorycznej posiadają dyplom psychologa czy specjalizację w psychoterapii uzależnień. Poszukiwani są ludzie mający jeszcze dodatkowe specjalizacje, które mogą przydać się pacjentom, takie jak np. seksuologia czy praca z traumą.

Czy oprócz profesjonalizacji kadry coś jeszcze możemy uznać za sukces?

E.Z.: W placówkach, które zajmują się uzależnieniami, cele pracy są możliwie dostosowywane do potrzeb pacjenta. Nawet w ośrodkach, gdzie podstawą jest terapia grupowa oparta na metodzie społeczności terapeutycznej, coraz większy nacisk jest kładziony na terapię indywidualną i indywidualizowanie celów terapeutycznych. Coraz szerzej wprowadza się nowoczesne metody leczenia i integrowanie różnych

nurtów, głównie psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych. Terapia poznawczo-behawioralna uzupełniana jest technikami zaczerpniętymi z terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, terapii Gestalt, terapii schematu czy strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień. Oddziaływania dostosowuje się do indywidualnych potrzeb.

M.B.: W latach 70. i 80. ubiegłego wieku owszem, niektóre sposoby oddziaływań były intuicyjne, bo wynikały z niedostatecznej wiedzy. W momencie, kiedy wiedza zaczęła się pojawiać, czerpiemy z niej na bieżąco. Poza tym system staje się coraz bardziej holistyczny. Oczywiście, ma on sporo braków, ale obecnie już jesteśmy w stanie przeprowadzić pacjenta przez cały proces: od konsultacji w poradni, gdzie będą zaopiekowani też jego bliscy, przez skierowanie na leczenie specjalistyczne lub do placówki stacjonarnej, po ofertę postrehabilitacyjną. Ciągle brakuje hosteli, ale współpracujemy z całym szeregiem różnych innych organizacji. W zależności od potrzeb kierujemy pacjenta na terapię DDA, terapię traumy, do seksuologa. Już wiemy, że nie jesteśmy bogami i wszystkiego nie jesteśmy w stanie zrobić sami. Myślę, że trzydzieści lat temu była taka tendencja. Teraz jasno możemy wskazać, gdzie kończą się nasze kompetencje i pokierować pacjenta dalej.

E.Z.: Współpracujemy na przykład z organizacjami, które są lepiej finansowane i mają znacznie lepiej od nas rozbudowany system pomocy mieszkaniowo-hostelowej. Niejednokrotnie przekierowujemy do nich pacjentów, którzy ukończyli terapię w ośrodku Monaru. Na etapie usamodzielniania się pacjenci często utrzymują kontakty z co najmniej dwiema instytucjami jednocześnie. Od nas otrzymują wsparcie psychoterapeutyczne i poradnictwo, a od innych instytucji pomoc socjalną i wsparcie postrehabilitacyjne. Ale dla mnie niezwykle istotne jest też to, że obecnie do placówki stacjonarnej lub ambulatoryjnej przychodzą osoby z pakietem spraw, którymi trzeba się zająć i wychodzą dopiero wtedy, gdy wszystkie są już załatwione. Wyspecjalizowaliśmy się w takiej pracy. Wiemy, że niektórzy mają poważne traumy związane z natłokiem rzeczy, które się im pokomplikowały w życiu i które doprowadziły do tego, że jedynym rozwiązaniem wydaje się tym pacjentom znieczulenie i zapomnienie. Problemy ich przerastają. Dlatego próbujemy pomóc, żeby na spokojnie mogli myśleć o swojej terapii i zdrowieniu. Na koniec, jeśli chodzi o osiągnięcia, superwizja pracy

personelu terapeutycznego stała się już standardem we wszystkich placówkach.

Jakie są w takim razie cele zmiany tego systemu?

E.Z.: Cele są wyznaczane przez problemy, które obecnie mamy. Najważniejszym celem, który mocno wpływa na naszą pracę i jej jakość, jest doszacowanie wyceny świadczeń. Drugim, równie ważnym, jest oddzielenie w koszyku świadczeń gwarantowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży od świadczeń dla osób dorosłych. Przyczyna jest prosta: leczenie dzieci jest kosztowniejsze i wymaga jeszcze większej liczby specjalistów. Poza tym bardzo ważne jest uwzględnienie w systemie zmiany wzoru używania substancji psychoaktywnych. Uzależnienia obecnie są mieszane, łączone, a procedura wciąż wygląda tak, że świadczeniodawca kupuje od nas usługę albo leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, albo leczenia uzależnienia od alkoholu.

M.B.: Albo leczenia uzależnień behawioralnych. Tymczasem występują one parami, trójkami albo nawet czwórkami. Pacjenci biorą stymulanty, popijają alkoholem i jednocześnie szkodliwie grają w gry komputerowe lub uprawiają hazard. Część osób uzależnionych od stymulantów ma jednocześnie problem z uzależnieniem od pornografii, a na stany lękowe bierze leki. Kombinacje można wymieniać w nieskończoność.

E.Z.: Fakt, że świadczeniobiorca kupuje „wyzolowaną” usługę, nie uwzględniając złożoności problemu, komplikuje nam pracę i powoduje, że musimy naginać się i dostosowywać do norm, które zostały odgórnie narzucone.

M.B.: Chodzi o to, żeby system zaczął bardziej dostosowywać się do potrzeb pacjentów, a nie odwrotnie. Prócz tego chcemy być reprezentowani w procesie ustawodawczym przez osoby, które mają coś wspólnego z terapią uzależnień. Osoba specjalizująca się w psychiatrii nie wystarczy. Warto by uzupełnić reprezentację o osoby specjalizujące się również w psychoterapii uzależnień, aby móc dopasować system do faktycznych potrzeb pacjenta, a nie odwrotnie. Z braku kompletnej reprezentacji wynika dużo niedopasowanych rozporządzeń.

E.Z.: Chcemy skutecznie docierać z naszymi postulatami. Nie będziemy przecież organizować manifestacji i protestów. Potrzebujemy być wysłuchani i zrozumiani.

M.B.: Pośrednim celem jest tu integracja środowiska. Mam nadzieję, że wszyscy chcemy przede wszystkim

dobra pacjenta. Nawet jeśli nasze zdanie na temat szczegółów metod, którymi powinniśmy pomagać, różni się, to myślę, że naszym celem powinno być usprawnienie komunikacji i zrozumienie, że stoimy po jednej stronie. Niezgoda działa na niekorzyść wszystkich: i nas, przedstawicieli systemu pomocowego, i naszych podopiecznych. Możemy nawet ustalić kilka stanowisk dotyczących tego, jak pomagać najlepiej. Potrzeby pacjentów są różne, więc im szersza będzie nasza oferta, tym lepiej. Tylko wspierajmy się w tym i uzupełniamy, a nie walczmy ze sobą. I pamiętajmy, kto jest najważniejszy – pacjent.

E.Z.: Jednym z priorytetowych tematów, którego również dotyczą nasze cele, jest zmiana norm związanych z zatrudnianiem pielęgniarek i tworzeniem działów farmacji. Nieadekwatne wymagania w tym zakresie wynikają z osadzenia nas, ośrodków leczenia uzależnień, w obszarze psychiatrii. My zajmujemy się głównie leczeniem psychoterapeutycznym, aktywizacją, tymczasem wymogi mamy takie, jak szpitale psychiatryczne.

M.B.: Gdybyśmy mieli je spełnić, powinniśmy w placówce na 30 osób utworzyć prawie 15 etatów pielęgniarskich. Tymczasem nasza placówka jest po prostu domem, gdzie mieszkają podopieczni i na co dzień poddawani są działaniom psychoterapeutycznym.

E.Z.: Na szczęście spotykamy się z olbrzymim zrozumieniem ze strony Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Dzięki temu normy dotyczące liczby pielęgniarek udało się zmienić. Ale pozostała jeszcze kwestia działów farmacji, które w związku z przypisaniem nas do obszaru psychiatrii również powinny pojawić się w placówkach leczenia uzależnień. Oczywiście, czasami korzystamy z farmakologii, ale nie widzimy potrzeby, żeby otwierać aptekę i zatrudniać farmaceutę na terenie placówki, w której mieszka 30 pacjentów. Dlatego mam nadzieję, że nasz zespół przekona ustawodawcę, że nie można nas wszystkich wrzucać do jednego worka.

Czy myślą Panie, że osiągnięcie tych celów może być w jakiś sposób utrudnione przez pandemię?

E.Z.: Izolacja i konieczność zmiany funkcjonowania spowodowały pojawienie się kolejnych problemów. Jest wiele osób, które potrzebują pomocy, bo przez odosobnienie i zamknięcie w domu, również w samotności, częściej sięgają po używki. To się także mocno odbiło na dzieciach i młodzieży.

M.B.: Od momentu rozpoczęcia pandemii statystyki dotyczące depresji i prób samobójczych wśród osób niepełnoletnich poszybowały w górę. Izolacja ujawniła różne problemy rodzinne, i to wcale nie chodzi o domy dysfunkcyjne, gdzie jest alkohol i przemoc. Nie tylko tam dzieci cierpią. Również w domach tzw. rodzin wysokofunkcjonujących niepewność, presja, samotność, problemy z tożsamością, przeniesienie relacji do internetu zaszkodziły młodym. Mają oni duże trudności z radzeniem sobie z rzeczywistością, więc sięgają po substancje psychoaktywne. Myślę, że w związku z tym potrzeby nie będą małe, wręcz będą rosły, staną się bardziej różnorodne, więc będziemy potrzebowali coraz więcej specjalistów. Będziemy musieli integrować psychoterapię uzależnień z innego rodzaju oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, jak np. pracą z depresją czy lękiem. Spodziewam się, że te dwie trudności będą występować najczęściej, a uzależnienie będzie się do nich po prostu przyklejać, raczej nie na odwrót.

E.Z.: Kolejny cel wiąże się z uporządkowaniem kwestii finansowania. Mamy wyspecjalizowane placówki, które oferują osobom uzależnionym „dodatkowe” usługi, których jednak nie ma w kontrakcie. Nie istnieje na przykład kontraktowanie leczenia stacjonarnego dla osób uzależnionych ze współwystępowaniem chorób przewlekłych. A jest taka potrzeba. Nasz system finansowania jest tak skonstruowany, że nie można jednocześnie korzystać z dwóch świadczeń. Dlatego często tacy pacjenci z powodu złego stanu zdrowia i chorób przewlekłych nie biorą udziału w leczeniu uzależnień, mimo że tego potrzebują. Jeśli pacjent z uzależnieniem potrzebuje rehabilitacji, musimy na jeden dzień wypisać go z ośrodka, bo nie może on korzystać z dwóch świadczeń. To bardzo uciążliwe. Podobne utrudnienia dotyczą matek z dziećmi. Owszem, w polskim systemie istnieją dla nich tzw. domy. Ale działają one na zasadzie schronisk. Natomiast są też dobrze radzące sobie osoby, które mają, gdzie mieszkać, ale mają też dzieci i chcą się leczyć. Jeżeli takie leczenie wymaga dłuższego pobytu w ośrodku, to bardzo często potencjalne pacjentki nie decydują się na podjęcie terapii, bo nie chcą się rozstawać z dzieckiem. W Monarze mamy kilka placówek, które wybudowały oddzielne budynki dla matek z dziećmi. Są też programy dostosowane do potrzeb samotnych matek, mające pomóc im w podejmowaniu ról rodzicielskich. Ale na to wszystko nie ma dodatkowego finansowania. Brakuje też hosteli dla osób kończących terapię, które często nie mają dokąd pójść,

bo pochodzą ze środowisk sprzyjających powrotowi do używek. Natomiast pacjenci po wyjściu z ośrodka potrzebują spokojnego miejsca i czasu, żeby trochę popracować i zarobić pieniądze na wynajęcie mieszkania.

Potrzebne są też obozy rekreacyjno-terapeutyczne. Zdobywanie nowych, zdrowych pasji i nauka spędzania wolnego czasu w sposób konstruktywny, jak na przykład wyjazdy na kajaki czy na skałki, to również istotny element procesu rehabilitacji. Leczenie to nie jest przecież tylko leżenie w łóżku; to jest przystosowywanie do życia, do tego, żeby poznać inne sposoby spędzania wolnego czasu niż pójście na imprezę.

M.B.: Te wszystkie działania naprawdę są potrzebne. Biorąc pod uwagę niepewną rzeczywistość, szczerze wątpię, że zmniejszą się problemy związane z uzależnieniami. Żyjemy obecnie w czasach, które charakteryzuje relatywizm norm i wartości oraz brak stałości różnych elementów rzeczywistości. Po pierwsze, na całym świecie rozwija się tendencja do radykalizowania się opcji politycznych i polaryzowania społeczeństw. Oznacza to, że zagrożenie konfliktami, zarówno wewnętrznymi, jaki i międzynarodowymi, stało się ponownie bardzo realne. Po drugie, pandemia COVID-19 uświadomiła nam, jak niewiele potrzeba, aby funkcjonowanie całego otaczającego nas świata dosłownie „stanęło na głowie”. Co za tym idzie, straciliśmy również pewność stabilności sytuacji gospodarczej i ekonomicznej. Oczywiście wzrósł również ogólnospołeczny lęk o zdrowie oraz niepewność dotycząca wydolności służby zdrowia. Jak nigdy wcześniej zasiana została wątpliwość co do rzetelności i prawdziwości przekazywanych informacji, teorie spiskowe mnożą się na potęgę, a ludzie nie wiedzą już, w co i komu wierzyć. Po trzecie, zdajemy sobie coraz bardziej sprawę, że światowa katastrofa ekologiczna, wraz ze wszystkimi swoimi konsekwencjami, realnie może stać się naszym udziałem. Poczucia bezpieczeństwa nie zwiększa również tendencja do ogólnego zrelatywizowania wartości i upadku autorytetów. Młodym ludziom coraz trudniej jest znaleźć stabilny punkt odniesienia. Internetowy i medialny szum oraz chaos informacyjny także nie ułatwiają tego zadania, a przeniesienie wielu relacji do sieci i mediów społecznościowych powoduje osłabienie i mniejszą stabilność więzi międzyludzkich, szczególnie ważnych zwłaszcza na etapie dojrzewania. Dlatego obawiam się, że jako społeczeństwo będziemy coraz bardziej pogubieni.

Dziękuję za rozmowę.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, opierającym się na współdziałaniu m.in. organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów. Zgodnie z art. 9 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹ NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat. 30 marca 2021 roku Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA NA LATA 2021–2025

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Celem strategicznym NPZ na lata 2021–2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia koordynuje realizację zadań NPZ na poziomie rządowym. Przewodniczącym Komitetu jest minister zdrowia. W jego skład wchodzi wiceministrowie z resortów odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w NPZ². W skład ww. Komitetu Sterującego wchodzi: ze strony ministra cyfryzacji Marek Zagórski, sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Pełnomocnik Rządu ds. Cyberbezpieczeństwa, ze strony Ministerstwa Edukacji i Nauki Marzena Machałek, sekretarz stanu, z strony Ministerstwa Finansów Magdalena Rzeczkowska, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Infrastruktury Rafał Weber, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego Magdalena Gawin, podsekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi Szymon Giżyński, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Stanisław Szwed, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii Robert Tomanek, podsekretarza stanu, ze strony Ministerstwa Sprawiedliwości Michał Woś, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Sportu Magdalena Gawin, podsekretarz stanu w MKiDzN, ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Błażej Poboży, podsekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Klimatu i Środowiska Ireneusz Zyska, Pełnomocnik Rządu ds. Odnawialnych Źródeł Energii, sekretarz stanu, ze strony Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej Małgorzata Jarosińska-Jedynak, sekretarz stanu.

Podstawą prawną funkcjonowania NPZ jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025³ (dalej: Rozporządzenie), które weszło w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą działania od 1 stycznia 2021 roku, oraz obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 20 stycznia 2021 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zdrowiu publicznym⁴. NPZ na lata 2021–2025 jest w dużej mierze kontynuacją programu realizowanego w latach 2016–2020.

Cele operacyjne

Cele operacyjne NPZ obejmują: profilaktykę nadwagi i otyłości⁵, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego⁶, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne⁷ oraz wyzwania demograficzne⁸.

Zgodnie z informacjami przy realizacji NPZ niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Jak czytamy w Rozporządzeniu, choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę (niezależnie od konieczności nieustannego jej przeciwdziałania i zwalczania skutków) niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia i ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami.

Art. 3 i art. 4 ustawy o zdrowiu publicznym podkreślają znaczenie konieczności zapewnienia spójności działań w zakresie NPZ realizowanych przez organy władzy publicznej i współpracujące z nimi podmioty. Cele operacyjne i zadania służące realizacji celów operacyjnych określone w NPZ powinny wspólnie przyczynić się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także powinny być realizowane w sposób powiązany, przeciwdziałając więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie, w szczególności w obszarach, w których istnieją naukowe dowody zależności między zagrożeniami lub czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi.

Zanim ogłoszono NPZ jego projekt poddano konsultacjom społecznym. Zgodnie ze stanowiskiem Prezydium **Naczelnej Rady Lekarskiej** z dnia 8 stycznia 2021 r. w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, zgłoszone zostały następujące uwagi do przedmiotowego projektu: *Trudno zgodzić się z zawartym w uzasadnieniu do przedłożonego projektu stwierdzeniem, że sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia ulegały systematycznej poprawie. Przeciwnie, uważamy, że system opieki zdrowotnej w Polsce ulega dalszej zapaści, która uwidoczniła się bardzo wyraźnie w czasie pandemii COVID-19. Nie negując potrzeby tworzenia Narodowego Programu Zdrowia, w ocenie samorządu lekarskiego, bez istotnego podniesienia publicznych nakładów na opiekę zdrowotną nie uda się powstrzymać dalszego pogarszania się sytuacji zdrowotnej w naszym kraju*⁹.

Business Centre Club w uwagach do projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 wskazuje, że w dobie pandemii COVID-19 obszar zdrowia psychicznego został zaniedbany. Zaś w **NPZ** znacząco ograniczono problematykę diagnostyki, terapii, podnoszenia i udoskonalania oferty czy też wspierania programów kierowanych do konkretnych grup, zwłaszcza dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. *Od lat obserwuje się w tym zakresie znaczną dynamikę wzrostu liczby orzeczeń o niepełnosprawności, przy niezwykle ubogiej ofercie terapeutycznej, realizowanej głównie przez podmioty niepubliczne. Analizując zapisy Programu w części dotyczącej sfery zdrowia psychicznego i sfer pokrewnych, przede wszystkim zwracamy uwagę, że główna część jest skoncentrowana na problematyce alkoholowej, uzależnień od substancji psychoaktywnych,*

*a także tytoniu. Można odnieść wrażenie, że tylko te dwa pierwsze problemy stanowią będą podstawowe mankamenty naszego zdrowia w latach 2021–2025 – czytamy w stanowisku BCC*¹⁰.

Z kolei **Pracodawcy RP**, o ile w pełni popierają wszelkie działania nakierowane na utrzymanie społeczeństwa w dobrym zdrowiu, to stoją na stanowisku, że dokument strategiczny, opisujący kwestie zdrowotne i mający mieć wpływ na przyszłe wskaźniki zdrowotne, powinien być konstruowany na okres dłuższy niż 4 lata. Zdaniem tej organizacji NPZ *powinien być też przygotowany z udziałem partnerów społecznych. Dłuższy horyzont czasowy przeznaczony na realizację tak istotnych działań pozwoliłby na lepsze zaplanowanie celów i ich efektywniejszą realizację*¹¹. W ocenie Pracodawców RP NPZ powinien być poprzedzony diagnozą epidemiologiczną i opisem wyzwań zdrowotnych.

Według **Rzecznika Praw Pacjentów** projekt NPZ nie uwzględnia aktualnego stanu epidemii i jego długofalowych skutków dla systemu ochrony zdrowia oraz zdrowia Polaków. *Obszar ochrony zdrowia jest tym, który w sposób szczególny odczuł skutki epidemii; konieczne były zmiany ukierunkowane na walkę z wirusem SARS-CoV-2, które jednak spowodowały ograniczenie dostępu do świadczeń określonego rodzaju. Warto zatem rozważyć jako jeden z celów operacyjnych, wpisujący się w przypisane NPZ cele strategiczne, cel związany z niwelowaniem negatywnych skutków epidemii – zaznacza RPP*¹².

Cel operacyjny: profilaktyka uzależnień

Jak już wspomniano, cele operacyjne NPZ obejmują m.in. profilaktykę uzależnień. Jako podmioty odpowiedzialne zostały wskazane: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrami właściwymi do spraw: oświaty i wychowania, wewnętrznych, rodziny, zabezpieczenia społecznego, szkolnictwa wyższego i nauki, finansów publicznych, rolnictwa, rynków rolnych, gospodarki oraz ministrem obrony narodowej i ministrem sprawiedliwości.

Wysokość finansowania celów operacyjnych wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym na profilaktykę uzależnień¹³ nie więcej niż 30 mln zł, ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu państwa (dla porównania w NPZ na lata 2016–2020 poziom finansowania wyniósł nie więcej

niż 32 mln zł – ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu państwa). Dopuszcza się dokonanie przesunięcia nie więcej niż 20% łącznej kwoty przewidzianej na realizację NPZ między poszczególnymi celami operacyjnymi.

Wśród zadań na lata 2021–2025, które wskazano jako służące realizacji celu, jakim jest profilaktyka uzależnień (dla porównania w NPZ na lata 2016–2020 cel nazywał się profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi), znalazło się **zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom**, w szczególności poprzez:

1. edukację zdrowotną i profilaktykę uzależnień:
 - profilaktykę uniwersalną (rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na całą populację, to jest działania profilaktyczne adresowane do całych grup [populacji] bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój; działania uniwersalne są realizowane np. w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym; przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi);
 - profilaktykę selektywną (rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, to jest działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego; działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przyna-
- leżności do danej grupy; profilaktyka selektywna jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym) oraz profilaktykę wskazującą (rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki lub grupy wysokiego ryzyka, demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub NSP bądź problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniające kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych. Przykładem profilaktyki wskazującej są interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami; niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom;
2. monitorowanie i badanie problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalacze (NSP), spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu);
3. edukację kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień;
4. poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;
5. poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin;

6. zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie;
7. redukcję szkód (jest to system określonych działań wielodyscyplinarnych, mających na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie skutków zdrowotnych przyjmowania substancji psychoaktywnych), leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną osób uzależnionych oraz ich bliskich.

W ramach uzależnienia od narkotyków wskazano na potrzebę podejmowania zadań na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP; prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej; objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 30% osób uzależnionych od opioidów w każdym województwie oraz zwiększanie liczby programów terapeutycznych skierowanych do użytkowników przetworów konopi i osób uzależnionych od nich. Ponadto w NPZ wskazano na potrzebę realizacji działań mających na celu ograniczenie podaży środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest minister właściwy do spraw zdrowia. Monitorowanie zadań i ich efektów ma być prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane o przyczynach zgonu, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ. Zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć, w przypadku dostępności danych. Wskaźnikiem realizacji celu operacyjnego, jakim jest profilaktyka uzależnień, ma być skala rozpowszechnienia używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP wśród młodzieży, które będą wyliczane na podstawie dostępnych badań epidemiologicznych.

Przypisy

- ¹ Informacje na podstawie danych dostępnych na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komitet-sterujacy-npz>, dostęp z dnia 10.06.2021 r.
- ² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz.U. 2021 poz. 642.
- ³ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Zdrowiu publicznym Dz.U. 2021 poz. 183.
- ⁴ Jak zauważyli projektodawcy, nadwaga jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze

stylem życia. W naszym kraju odpowiada ona za utratę 11,3 % lat przeżytych w zdrowiu (DALY). Zgodnie z raportem „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” z 2018 r. zbyt wysoka masa ciała cechuje 58,8% mężczyzn i 41,1% kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 11,2 % i 11,3 % Program zawiera m.in. rozwiązania, takie jak: promowanie karmienia piersią, kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji przedszkoli i szkół promujących zdrowie; promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych; aktualizacja norm żywienia populacji czy też określenie norm żywienia w szpitalach.

- ⁵ Powołano się na badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” z 2012 r., które wykazało, że wśród 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. NPZ zawiera takie rozwiązania, jak m.in.: realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej; podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej oraz kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań.
- ⁶ W tej kwestii przewidziane zostały m.in. działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie, monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy oraz promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych.
- ⁷ Wśród zawartych w tym filarze rozwiązań znalazły się m.in.: kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego; upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekonceptyjnej i okołoporodowej czy też wspieranie aktywności społecznej seniorów, a także poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych.
- ⁸ <https://nil.org.pl/aktualnosci/5257-uwagi-pnrl-do-narodowego-programu-zdrowia-2021-2025>, dostęp z dnia 10.06.2021 r.
- ⁹ <https://www.cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/narodowy-program-zdrowia-jakie-uwagi-zgloszono-w-trakcie-konsultacji>, dostęp z dnia 10.06.2021 r.
- ¹⁰ Ibidem.
- ¹¹ Ibidem.
- ¹² Na stronie Ministerstwa Zdrowia zaprezentowane zostały dokumenty, które stanowią ogólne warunki umowy zawieranej na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 – przed przystąpieniem do udziału w postępowaniu konkursowym istnieje możliwość zapoznania się z nimi, by wiedzieć, jakie brzmienie będzie miała zawarta umowa, jeśli dana oferta/wniosek zostanie wybrana do realizacji i dofinansowana przez ministra zdrowia - <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ogolne-warunki-umowy-w-ramach-realizacji-narodowego-programu-zdrowia>, dostęp z dnia 10.06.2021 r. W dniu 22.04.2021 r. pojawił się na stronie komunikat, że w związku z wejściem w życie w dniu 9 kwietnia 2021 r. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, minister zdrowia rozpoczyna nabór wniosków na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego przewidzianych do procedowania w trybie wnioskowym. Do podmiotów wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia 2021–2025 będą wysyłane pisma z zaproszeniem do składania wniosków wraz z terminem ich składania. Do pisma dołączony będzie wzór formularza, zgodnie z którym należy przygotować wniosek oraz tabela kosztów referencyjnych. Zasady powierzenia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego z 19 kwietnia 2021 r. są wytycznymi regulującymi pracę komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialnych za proces powierzania zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym w ramach Narodowego Programu Zdrowia, oraz stanowią wsparcie dla działania Komisji Konkursowych powoływanych na wybór realizatorów poszczególnych zadań. Przed przystąpieniem do udziału w postępowaniu konkursowym warto się z nimi zapoznać, by wiedzieć jak przebiega proces wyboru realizatora zadania (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zasady-powierzenia-realizacji-zadan-z-zakresu-zdrowia-publicznego2>, dostęp z dnia 10.06.2021 r.).
- ¹³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. z 2021 r. poz. 183, 694.

Uczestnikom szkolenia podobał się sposób jego przeprowadzenia w formie online, angażujący ich w znacznie większym stopniu, niż miało to miejsce w przypadku innych szkoleń, w których dotychczas brali udział. Według ich opinii wiedza przekazana im podczas szkolenia oraz nabyte przez nich umiejętności będą przydatne w ich dalszej pracy zawodowej. Zdecydowanym atutem programu, według uczestników, byli prowadzący i ich bardzo wysokie kompetencje zarówno merytoryczne, jak i związane z relacjami społecznymi.

PRZECIWIW UZALEŻNIENIOM – SKUTECZNY SAMORZĄD. SZKOLENIA W CZASIE PANDEMII

Sławomir Pietrzak
Fundacja Pozytywnej Profilaktyki

Fundacja Pozytywnej Profilaktyki od 2018 roku jest zaangażowana w działania, które mają na celu wzmacnianie potencjału jednostek samorządu terytorialnego w tworzeniu i realizacji gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom. W tym właśnie roku, wspólnie z Fundacją Praesterno, opracowaliśmy program szkoleń dla jednostek samorządu terytorialnego pod nazwą „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd”.

W roku 2020 Fundacja Pozytywnej Profilaktyki rozpoczęła realizację kolejnej edycji tych szkoleń: szkolenia stacjonarne dla dwóch grup uczestników zaplanowano na przełomie maja i czerwca.

Sytuacja pandemiczna związana z koronawirusem COVID-19 spowodowała, że niemożliwe było prowadzenie szkoleń w trybie stacjonarnym. Fundacja stanęła przed dylematem: zrezygnować z realizacji projektu czy podjąć działania, które pozwolą przeprowadzić program w innej formie. Zwróciliśmy się do podmiotu zlecającego zadanie, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii o zgodę na zmianę formy prowadzenia szkoleń ze stacjonarnej na online. Po uzyskaniu akceptacji rozpoczęliśmy kolejne działania. Zmiana ta spowodowała także to, że możliwe było zwiększenie liczby grup szkoleniowych do sześciu. Jednocześnie poszukiwaliśmy możliwości sfinansowania zaplanowanych zmian w szkoleniu. W maju 2020 roku Narodowy Instytut Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ogłosił konkurs na przygotowanie i realizację działań podejmowanych w zastępstwie lub w uzupełnieniu zadań, które w całości lub części musiały zostać odwołane na skutek

COVID-19. Dzięki uzyskanemu w ten sposób dofinansowaniu mogliśmy zakupić niezbędny sprzęt (komputer, kamerę) i oprogramowanie oraz dokonać adaptacji posiadanych materiałów szkoleniowych, zaplanowanych zadań i ćwiczeń do wersji, którą można było wykonać w trybie online.

Na potrzeby szkoleń została wykorzystana platforma do e-learningu moodle.org (umieszczona pod adresem www.skutecznywsamorząd.org.pl) oraz platforma do webinarów clickmeeting.com.

Na platformie moodle.org zamieszczono materiały szkoleniowe (podręczniki, prezentacje) w wersji pdf oraz zadania i ćwiczenia do samodzielnego wykonania przez uczestników szkoleń (obecnie, w ramach wolontariatu, trwają prace nad przekształceniem prezentacji dostępnych dotychczas w wersji pdf na prezentacje interaktywne, które będą zwiększały atrakcyjność wykorzystywanych materiałów). Dzięki integracji platformy moodle.org z platformą (oprogramowaniem) do webinarów clickmeeting.com, uczestnicy szkoleń mieli dostęp do zaplanowanych spotkań z trenerami bezpośrednio z platformy edukacyjnej.

W stosunku do pierwotnego szkolenia dokonano zmian w liczbie godzin przeznaczonych na spotkania online z trenerami. Zaplanowano jedno spotkanie organizacyjne oraz cztery dwugodzinne spotkania dotyczące poszczególnych modułów szkolenia, zaś pozostały czas uczestnicy mieli poświęcić na indywidualne aktywności zaplanowane na platformie e-learningowej. W tym czasie uczestnicy mieli także możliwość

indywidualnego kontaktu z trenerami prowadzącymi szkolenie oraz ekspertami projektu.

Szkolenie e-learningowe zostało podzielone na sześć części:

- część pierwsza, wprowadzająca, zawierała ogólne informacje na temat szkolenia oraz kwestionariusz dotyczący posiadanej przez uczestników przed szkoleniem wiedzy na temat przeciwdziałania narkomanii,
- część druga dotyczyła treści zawartych w module I szkolenia, czyli obowiązujących regulacji prawnych,
- część trzecia dotyczyła treści zawartych w module II – Profilaktyka narkomanii,
- część czwarta dotyczyła treści zawartych w module III – Metody i formy leczenia, rehabilitacji osób używających narkotyków szkodliwie albo uzależnionych,
- część piąta dotyczyła treści zawartych w module IV – Wojewódzkie i gminne programy przeciwdziałania narkomanii,
- część szósta zawierała test końcowy (egzamin), kwestionariusz dotyczący wiedzy uczestników na temat przeciwdziałania narkomanii po przebyciu szkolenia, ankietę ewaluacyjną oraz zadanie polegające na przygotowaniu projektu (lub elementu) gminnego (wojewódzkiego) programu przeciwdziałania narkomanii.

W każdej części szkolenia zamieszczony był link do spotkania online z trenerami, materiały szkoleniowe (prezentacje) w wersji pdf, zadania do samodzielnego wykonania, odnośniki do pomocnych stron internetowych oraz forum, na którym można było prowadzić rozmowy z ekspertami, trenerami oraz innymi uczestnikami szkolenia.

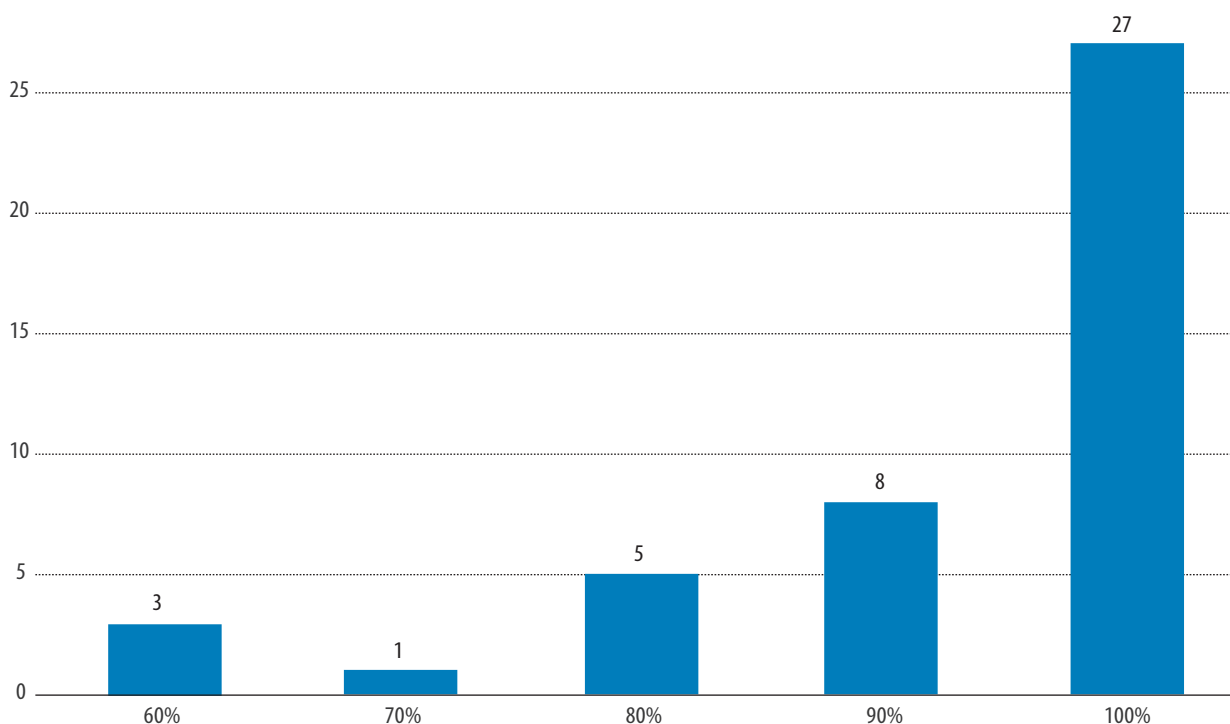
Zajęcia dla sześciu grup uczestników projektu „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd” odbyły się w okresie od 24 sierpnia do 18 października 2020 roku. Rekrutację uczestników prowadzono przy użyciu formularza elektronicznego, zamieszczonego na stronie internetowej projektu:

<https://pozytywnaprofilaktyka.org/projekty/przeciw-uzalezniom-skuteczny-samorzad-2020/>¹

Do udziału w projekcie zgłosiły się 62 osoby. Zainteresowani otrzymywali e-maila z informacjami dotyczącymi konieczności potwierdzenia uczestnictwa i przesłania do organizatora zgody przełożonego (wójta, burmistrza, prezydenta) na udział w szkoleniu. Liczba uczestników, którzy rozpoczęli szkolenie (we wszystkich edycjach) wyniosła 57 osób. Wszystkie osoby ukończyły szkolenie i otrzymały stosowny certyfikat.

W zdecydowanej większości głównymi odbiorcami szkoleń byli pracownicy urzędów miast (gmin), urzędów wojewódzkich oraz komisji rozwiązywania

Wykres 1. Rozkład prawidłowych odpowiedzi na pytania testu wiedzy.

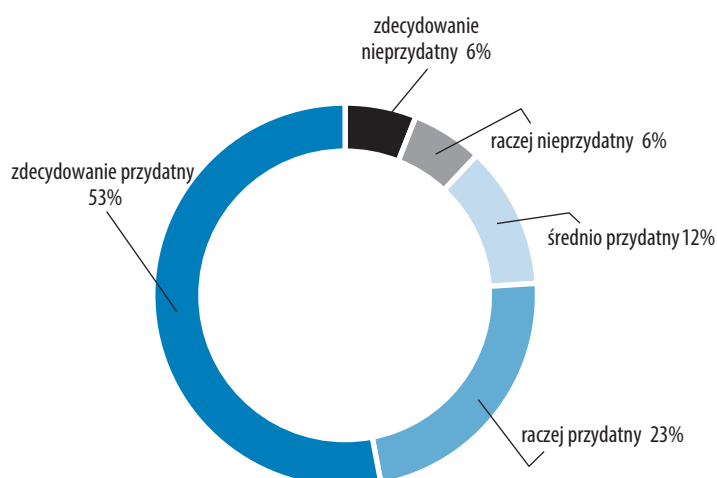


problemów alkoholowych. Uczestnicy reprezentowali również placówki oświatowe oraz ośrodki pomocy społecznej.

Przed rozpoczęciem szkoleń uczestnicy wypełniali kwestionariusz dotyczący oceny ich wiedzy i umiejętności z zakresu tematycznego poruszanego na szkoleniach. Ten sam kwestionariusz uczestnicy wypełniali po ukończeniu szkolenia. Autorem kwestionariusza, jak i całej koncepcji ewaluacji projektu jest Tomasz Kowalewicz z Fundacji Praesterno. Kwestionariusz ten wykorzystywany był również do oceny wcześniejszych realizacji programu szkoleniowego, które odbyły się w latach 2018 i 2019. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły wiedzy na temat:

1. ram prawnych przeciwdziałania narkomanii w Polsce,
2. zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii,
3. zasad powierzania realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii,
4. epidemiologii używania substancji psychoaktywnych,
5. podstawowych pojęć związanych z profilaktyką – czynników ryzyka i czynników chroniących,
6. koncepcji i modeli terapii uzależnień,
7. profilaktyki w rodzinie, szkole i miejscu pracy,
8. standardów w profilaktyce: międzynarodowych (UNODC Standards) i europejskich (EDPQS),
9. profilaktyki opartej na dowodach naukowych i systemu rekomendacji programów profilaktycznych,
10. psychologicznych metod pomocy,

Wykres 2. Czy udział w programie „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd” oceniasz jako przydatny dla siebie?



11. społecznej reintegracji osób uzależnionych od narkotyków,
12. redukcji szkód zdrowotnych i społecznych związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych,
13. tworzenia lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii,
14. monitorowania i ewaluowania strategii i programów przeciwdziałania narkomanii.

Uczestnicy oceniali swoją wiedzę na pięciostopniowej skali: 1 – zdecydowanie niski poziom, 2 – niski poziom, 3 – średni poziom, 4 – wysoki poziom, 5 – bardzo wysoki poziom.

Kwestionariusz przed szkoleniem wypełniło 46 uczestników, kwestionariusz dotyczący wiedzy po szkoleniu – 38 uczestników. Z uwagi na to, iż nie wszyscy uczestnicy wypełnili oba kwestionariusze, w analizie uwzględniono ankiety 34 osób.

We wszystkich obszarach, o które pytano w kwestionariuszu, nastąpił przyrost wiedzy. Zdecydowanie najwyższy zaobserwowano w obszarach dotyczących wiedzy na temat standardów jakości w profilaktyce uzależnień, wiedzy na temat systemu rekomendacji programów profilaktycznych i profilaktyki opartej na dowodach naukowych, a także wiedzy na temat budowania lokalnych strategii przeciwdziałania uzależnieniom.

Wzrosty te nie są jednak bardzo wysokie – średni przyrost wiedzy to jedna kategoria. Wynikać to może ze sposobu prowadzenia szkoleń (forma online), który może utrudniać przyswajanie zwłaszcza nowej wiedzy.

Po zakończeniu szkolenia uczestnicy przystąpili do egzaminu sprawdzającego ich wiedzę dotyczącą tematyki przedstawionej na szkoleniu. Test wiedzy zawierał 10 losowo dobranych pytań, w których odpowiadający mieli wybrać jedną prawidłową odpowiedź spośród czterech dostępnych. Czas trwania testu wynosił 10 minut, a uczestnicy mogli dwukrotnie podjąć próbę jego wypełnienia. Jeśli osoba podchodziła do testu dwukrotnie, to pod uwagę brano lepszą ocenę. Do egzaminu przystąpiły 44 osoby. 27 osób odpowiedziało prawidłowo na wszystkie pytania, 8 osób na 90% pytań, 5 osób na 80%, 1 osoba na 70% i 3 osoby na 60% (wykres 1).

Na zakończenie każdego szkolenia uczestnicy wypełniali ankietę ewaluacyjną dotyczącą oceny szkolenia. Ankieta zawierała 14 pytań zamkniętych. Dotyczyły one oceny szkolenia, w tym jego przydatności do pracy zawodowej, sposobu prowadzenia, czasu i intensywności szkolenia, materiałów dydaktycznych, a także procesu rekrutacji na szkolenie. Na każde z pytań można było odpowiedzieć na pięciostopniowej skali. W przypadku każdego pytania opisane zostały znaczenia poszczególnych punktów na skali. Wypełnione zostały 34 ankiety ewaluacyjne.

Zdecydowana większość uczestników szkolenia (76%) wskazała, że udział w nim będzie przydatny w ich pracy zawodowej. Cztery osoby uznały, że udział w szkoleniu jest całkowicie nieprzydatny w ich pracy zawodowej (wykres 2).

53% uczestników uznało, że poziom trudności szkolenia był właściwy. 6% uczestników stwierdziło, że był zbyt łatwy. 41% uznało, że szkolenie było za trudne. Prawie połowa (47%) uczestników uznała, że czas trwania szkolenia był dobrze dostosowany do przedstawionego materiału i możliwości percepcyjnych. 44% uczestników chciałoby, aby szkolenie trwało dłużej niż 24 godziny, zaś 9% ankietowanych uznało, że szkolenie było trochę za długie.

Prawie wszyscy uczestnicy (94%) wysoko i bardzo wysoko ocenili kompetencje i umiejętności prowadzących szkolenie.

Zdecydowana większość (62%) uczestników uznała, że szkolenie było optymalnie intensywne. 29% szkółących się stwierdziło, że szkolenie było dla nich zbyt intensywne (wyczerpujące), zaś 9% uznało, że szkolenie było za mało intensywne.

Zdecydowana większość uczestników (79%) była zadowolona ze sposobu realizacji modułu „Metodologia konstruowania lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii”.

W ankiecie ewaluacyjnej zawarto również trzy pytania otwarte.

Pytanie 1: Jakie są – Twoim zdaniem – mocne strony Programu?

Pytanie 2: Co w Programie było błędne, czego zabrakło, co należy zmienić?

Pytanie 3: Inne uwagi, komentarze, sugestie...

Zrealizowane szkolenia zostały uznane przez uczestników za dobrze przygotowane i przeprowadzone. Zdecydowana większość osób uznała, że zarówno

program szkolenia, jak i czas jego trwania były dobrze zaplanowane i wykorzystane. Uczestnikom podobał się sposób przeprowadzenia szkolenia w formie online, angażujący ich w znacznie większym stopniu, niż miało to miejsce w przypadku innych szkoleń, w których dotychczas brali udział. Według ich opinii wiedza przekazana im podczas szkolenia oraz nabyte przez nich umiejętności będą przydatne w ich dalszej pracy zawodowej.

Zdecydowanym atutem programu, według uczestników, byli prowadzący i ich bardzo wysokie kompetencje zarówno merytoryczne, jak i związane z relacjami społecznymi.

Jak pokazały wypowiedzi uczestników w ankiecie ewaluacyjnej oraz w indywidualnych rozmowach z prowadzącymi i ekspertem, w szkoleniu zdecydowanie zabrakło czasu na warsztatową (grupową) pracę nad zagadnieniami poruszonymi podczas webinarów. Znaczna część wypowiedzi wskazywała na to, że zdecydowanie korzystniejszą formą szkolenia jest szkolenie stacjonarne, a jeśli docelowo szkolenie miałoby się odbywać w formie online, to konieczne jest zwiększenie liczby godzin przeznaczonych na webinaria i spotkania online z prowadzącymi (trenerami). Wydaje się, że najrozsądniejszą drogą ewolucji szkolenia „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd” (tak aby mogło być wykorzystywane zarówno w formie stacjonarnej, jak i online) jest przeznaczanie większości godzin szkolenia na pracę wykładowo-warsztatową (czy to w wersji stacjonarnej, gdzie do tego celu należy wykorzystać cały czas szkolenia, czy też w wersji online, gdzie webinaria i spotkania z prowadzącymi powinny stanowić minimum 75% czasu trwania szkolenia), a e-learning (w tym zadania i materiały w nim zamieszczone) powinien stać się integralną, ale jedynie wspomagającą częścią szkolenia.

Wskazane jest również podjęcie zintensyfikowanych działań promocyjnych projektu w województwach wschodniej i centralnej Polski, skąd w dotychczasowych edycjach szkoleń nie było żadnego uczestnika.

Przypisy

¹ Strona obecnie znajduje się w archiwum projektów pod adresem <https://pozytywnaprofilaktyka.org/projekty-zakonczone/przeciw-uzaleznieniom-skuteczny-samorzad-2020/>

Z badania Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że mimo iż nastolatki w czasie pandemii przebywały w swoich domach, nie uchroniło ich to przed doświadczeniem krzywdzenia. Co siódmy respondent (15%) doznał przemocy ze strony rówieśników, co dziewięć (11%) ze strony bliskiej osoby dorosłej. Co dwudziesta osoba (5%) była świadkiem przemocy w domu wobec rodzica lub innego dziecka.

ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY W CZASIE PANDEMII COVID-19

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy

Pierwsza fala koronawirusa spowodowała wiele perturbacji niemal we wszystkich obszarach życia. Chaos informacyjny w mediach, w internecie – na portalach społecznościowych, wystąpienia specjalistów, polityków i wyznawców spiskowych teorii dziejów rodziły plotki i sprawiły, że sporo ludzi poddało się panice. Zabrakło w sklepach ryżu, kaszy, mąki, środków higieny i dezynfekcji, a gdy znów pojawiły się w sprzedaży, wiele istotnych dla zdrowia towarów znacznie podrożało. Epidemia sprawiła, że przez kilka tygodni z niepokojem były śledzone dane o kolejnych osobach zakażonych i zmarłych.

Sytuacja epidemiczna a zdrowie psychiczne

Pandemia COVID-19 stworzyła niezwykłą sytuację dla ludzi na całym świecie. Można powiedzieć, że staliśmy się świadkami i uczestnikami chyba największego eksperymentu socjo-ekonomiczno-politycznego, ale przede wszystkim psychologicznego.

Sytuacja kryzysowa spowodowała, że podejmowanych jest wiele różnych działań w celu powstrzymania wirusa. Większość krajów na świecie wprowadziła różne formy ograniczeń, a nawet restrykcyjne blokady i chociaż niektóre z nich mają bardziej rygorystyczne przepisy niż inne, w większości tych krajów występuje przynajmniej pewien rodzaj tzw. dystansu społecznego (Halle i in., 2020). W krótkim czasie normalne życie, do którego ludzie byli przyzwyczajeni, uległo drastycznej i nieoczekiwanej zmianie. Ma to konsekwencje dla dobrego samopoczucia psychicznego i fizycznego ludzi (Schippers, 2020). Eksperci sugerują, że emocje podczas pandemii są bardzo podobne do żalu, jak

w przypadku utraty bliskiej osoby (Berinato, 2020). Nie trzeba dodawać, że ludzie, którzy są bezpośrednio dotknięci wirusem lub mają bliskich, którzy cierpieli lub nawet zmarli z powodu wirusa, doświadczają osobistego żalu. Jednak warto zwrócić uwagę, że całe grupy społeczne zostały dotknięte procesami żałoby zbiorowej w wyniku utraty normalności, spowodowanej wieloma środkami ograniczającymi. Nie można m.in. normalnie pracować w wielu branżach, chodzić do szkoły, spotykać się towarzysko, celebrować różnych ważnych uroczystości rodzinnych, realizować wielu pasji i hobby (sport, podróże), zostały zamknięte restauracje, dyskoteki, obiekty kultury, sztuki i rekreacji. Zostały odwołane wyjazdy na wakacje, urlopy, wycieczki szkolne i kolonie. Pojawiły się nawet zakazy wejścia do lasu czy wychodzenia dzieci i młodzieży bez opieki rodziców. Ta utrata normalności i żal z powodu tego, co nie jest już możliwe, może prowadzić do poczucia pustki, a nawet utraty sensu życia (Berinato, 2020; Taha, 2020). Niektórzy badacze zasugerowali nawet, że działania izolacyjne, które trwają dłużej niż 10 dni, mogą prowadzić do zespołu stresu pourazowego (Schippers, 2020).

Z tą nową sytuacją wiąże się wiele psychologicznych wyzwań nie tylko dla pracowników służby zdrowia i osób cierpiących z powodu koronawirusa, ale także dla ogółu populacji. Dostosowanie się do nowej sytuacji stawia przed społeczeństwem wysokie wymagania (de Jong, Ziegler, Schippers, 2020). Na jakiś czas trzeba było więc się przeorganizować i zmienić sposób funkcjonowania, przestawić się na inny rytm dnia i pracy. Okazało się jednak, że ten czas oczekiwania na powrót do normalności się wydłuża i trzeba było wrócić do swojej pracy i zajęć.

Druga fala i „zdalna codzienność”

Niestety nadeszła druga fala wirusa i nastąpił wzrost liczby zakażeń i zgonów. Znow ograniczenia, znow zamknięcie szkół, powrót do znanych już restrykcji oraz pojawienie się nowych. Kolejne obostrzenia sprawiły, że epidemia stała się zagrożeniem zarówno dla naszych podopiecznych, jak i dla samych profilaktyków czy terapeutów. Dla młodych ludzi w okresie dojrzewania wizja kolejnych miesięcy izolacji, nauki zdalnej i braku różnych możliwości i atrakcji stała się bardzo przytłaczająca. I jeszcze jedna, nowa, przykra wiadomość – ferie zimowe w domu. Odwołane obozy narciarskie, rodzinne wyjazdy w góry, zamknięte baseny, kluby sportowe, dyskoteki...

Zdalne nauczanie w szkołach i na uczelniach stało się normalną praktyką. O ile wiosną, poprzez zaskoczenie i nierzadko problemy techniczne, nauka zdalna sprawiała kłopoty, o tyle jesienią te powody nie miały już znaczenia. Natomiast pojawiły się inne, które zaczęto obserwować w grupach uczniów m.in. związane z okresem adolescencji, radzeniem sobie z problemami wynikającymi z izolacji, brakiem motywacji i obniżeniem nastroju.

Specjaliści zwracają uwagę, że problemy techniczne, trudności ze zorganizowaniem miejsca do nauki i pracy, wynikające z warunków mieszkaniowych, wielość platform i aplikacji nie były głównymi problemami nauki zdalnej. Okazuje się, że wielu nauczycieli wskazuje na brak metodyki związanej z tym, jak prowadzić lekcje online. Sama w sobie edukacja zdalna nie jest nową formą kształcenia, choć wiele osób dowiedziało się o niej dopiero w momencie zamknięcia szkół. W większości państw edukacja zdalna jest traktowana jako alternatywna i uzupełniająca forma kształcenia. Jest to atrakcyjna, multimedialna forma przekazu wiedzy, stosowana głównie w nurcie działań uzupełniających tradycyjne formy i środki dydaktyczne. Wraz z rozwojem technologii informacyjno-komunikacyjnych wzrosły możliwości prowadzenia edukacji zdalnej nie tylko w aspekcie jej powszechności, ale także jakości. Konieczność zastosowania edukacji zdalnej na szeroką skalę pojawiła się dopiero w okresie pandemii COVID-19, przynosząc wiele wartościowej wiedzy o jej potencjalnych szansach i ryzykach (Pyżalski, Walter 2020).

Pandemia a kondycja psychiczna nastolatków

Sytuacja pandemii spowodowała narastanie problemów wśród nastolatków. Dotyczą one przede wszystkim zaburzeń nastroju, jego obniżenia, stanów depresyjnych, lękowych, samookaleczeń, myśli samobójczych, jak również sięgania po alkohol i inne substancje psychoaktywne. Charakterystyczną cechą naszych nowych podopiecznych jest narastające zjawisko abulii, które może być objawem współistniejącym przy depresji, ale z racji sytuacji związanej z izolacją wydaje się być również skutkiem bezpośrednim pandemii.

Abulia to zaburzenie psychiczne polegające na całkowitym braku motywacji do działania, a jej objawami mogą być:

- trudności z podjęciem najprostszycy decyzji,
- problemy z podjęciem jakiegokolwiek działania,
- stopniowe wycofywanie się z jakichkolwiek realizowanych wcześniej aktywności,
- spadek/zanik/brak zainteresowań,
- zanik/brak interakcji z otoczeniem,
- ospałość i apatia,
- zmniejszenie lub brak wrażliwości na bodźce płynące ze świata zewnętrznego (zarówno bodźce sensoryczne, jak i społeczne – na przykład zachętę do spotkań z innymi ludźmi czy udział w jakiś zajęciach).

Młoda osoba dotknięta abulią sprawia wrażenie osoby pozbawionej jakiegokolwiek motywacji do podjęcia nawet najprostszego działania. Może spędzać całe dni przed telewizorem albo ekranem komputera czy smartfona, odmawiając chodzenia czy nawet logowania się na lekcje. Ma silną niechęć do spotykania się ze znajomymi, z którymi dotąd chętnie spędzała czas. Najczęściej jednak nastolatki cierpiące na abulię spędzają całe dni w apatycznym bezruchu, bezmyślnie wpatrując się w ścianę lub ekran monitora.

Objawy abulii w postaci braku motywacji do działania, zubożenia na bodźce płynące ze świata zewnętrznego mogą pojawić się także **w wyniku zażywania substancji psychoaktywnych**, po nadmiernym spożyciu alkoholu oraz na skutek spędzania długich godzin przed monitorem komputera (symptom osób uzależnionych od gier komputerowych i internetu).

Profilaktyka i terapia takiego zaburzenia może polegać na pomocy psychologicznej i terapii wykorzystującej dialog motywujący, mającej na celu zwiększenie woli

działania i motywacji nastolatka, a także w wielu przypadkach poprzez działanie farmakologiczne polegające na podawaniu leków antydepresyjnych oraz leków zwiększających uwalnianie dopaminy.

Niepokojące wyniki badań

Piotr Wierziński, psychiatra, komentuje trudną sytuację związaną z pandemią w następujący sposób: „Obecnie ludzie doświadczają przewlekłego stresu, a w erze COVID-19 stres ten nasilił się jeszcze bardziej, co jest przyczyną problemów psychicznych u do tej pory zdrowych osób i nasilenia już tych istniejących”, podaje również, że jedną z grup szczególnie narażonych na negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego, wynikające z aktualnego stanu epidemicznego, są dzieci oraz nastolatki.

Tezę tę zdają się potwierdzać badania realizowane przez interdyscyplinarną grupę badawczą w ramach projektu PROSOCIAL, która podjęła się zadania analizy kondycji psychicznej nastolatków i młodych dorosłych podczas pandemii COVID-19. Trudności w radzeniu sobie z napięciem, stresem oraz trudnymi emocjami to często deklarowane przez nastolatków motywy sięgania po substancje psychoaktywne.

Tragiczną sytuację zauważają nie tylko lekarze psychiatry. Szczególnie przejmująca okazuje się wypowiedź jednego z lekarzy ortopedów, Tomasza Rawo – traumatologa dziecięcego, który przez wiele godzin operował dziecko, które rzuciło się pod pociąg: „Nie, to nie jest wyjątkowa sytuacja. Dziś skok pod pociąg, wcześniej były skoki do Wisły, na Wisłostradę. Chirurdzy łątaja naczynia, śledziony, nerki i wątroby, neurochirurdzy usuwają krwiaki z głowy, anestezjolodzy utrzymują przy życiu (...). Nikt mi nie wmówi, że kilka godzin pracy zespołów pogotowia, SOR, anestezjologii, chirurgii i ortopedii oraz radiologii i laboratorium (lekarze, pielęgniarki, anestetyczki, instrumentariuszki, ratownicy, technicy elektroradiologii, diagnosty laboratoryjni, pracownicy stacji krwiodawstwa, salowe), bardziej się opłaca niż dobrze zorganizowana pomoc psychologa i psychiatry”. Alarmuje, że zabrakło psychologa i psychiatry „tak gdzieś kilka-kilkanaście miesięcy wcześniej”.

Również niepokojące są doniesienia z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, opublikowanych w listopadzie 2020 roku. Badania obejmowały sytuację wiosennego lockdownu. Z badań można się dowiedzieć, co najbar-

dziej doskwierało nastolatkom w ciągu tych ponad trzech miesięcy. Była to przede wszystkim przymusowa izolacja, czyli brak możliwości kontaktu ze znajomymi (63%) i konieczność pozostania w domu (51%). Ten ostatni aspekt dla części osób był prawdopodobnie szczególnie trudny ze względu na atmosferę panującą wśród domowników (zwróciło na nią uwagę 11% badanych) oraz brak prywatności (5%). Badani mówili też o problemach związanych ze zdalnym nauczaniem (43%) i brakiem informacji na temat tego, jak będzie wyglądała dalsza nauka i egzaminy (33%). Badane nastolatki niepokoiły się również o zdrowie swoje i swoich bliskich (16%). Mimo że w czasie, którego dotyczyło badanie, nastolatki przebywały w swoich domach, nie uchroniło ich to przed doświadczeniem krzywdzenia, ponieważ 27% badanych doznało co najmniej jednej z uwzględnionych w kwestionariuszu form krzywdzenia. Co siódmy respondent (15%) doznał przemocy ze strony rówieśników, co dziewiąty (11%) ze strony bliskiej osoby dorosłej. Co dwudziesta osoba (5%) była świadkiem przemocy w domu wobec rodzica lub innego dziecka.

Przemocy doświadczył również co drugi nastolatek mieszkający z osobą nadużywającą środków psychoaktywnych (głównie alkoholu) lub z osobą cierpiącą na chorobę psychiczną.

Co dziesiąty badany (10%) doświadczył w okresie lockdownu wykorzystywania seksualnego.

Biorąc pod uwagę to, że pandemiczny lockdown był sytuacją nową, związaną z dużą niepewnością i wieloma ograniczeniami, szczególnie istotne wydaje się pytanie, czy nastolatki mogły liczyć na jakieś wsparcie w tych trudnych okolicznościach. Okazuje się, że w zdecydowanej większości tak – aż 87% osób mogło liczyć na pomoc co najmniej jednej osoby (przy czym 52% respondentów miało kilka, a 12% – wiele takich zaufanych osób). Jednak 9% badanych nie mogło liczyć na nikogo. Co ważne, takiej odpowiedzi istotnie częściej (17%) udzielały właśnie te nastolatki, które w pierwszym okresie pandemii doświadczały krzywdzenia, a więc najbardziej potrzebowały wsparcia.

A na czyje wsparcie młodzi ludzie mogli liczyć? Okazuje się, że przede wszystkim na pomoc matki (67%), znacznie rzadziej na ojca (40%); bardzo dużą rolę odgrywają też koledzy lub koleżanki (43%). Pomocni bywają także profesjonaliści pracujący z dziećmi: nauczyciele (7%) oraz pedagodzy i psychologowie (5%).

Przytoczone powyżej wyniki badań oraz obserwacje specjalistów jednoznacznie zdają się potwierdzać, że kondycja psychiczna młodzieży uległa znacznemu pogorszeniu. To stawia poważne wyzwania przed profilaktykami, psychologami, nauczycielami czy terapeutami, zarówno jeśli chodzi o zmaganie się z nałożeniem sytuacji zwiększonego ryzyka, jak również zorganizowanie swojego warsztatu pracy w nowych warunkach.

Pierwodruk artykułu ukazał się w portalu programyrekomendowane.pl, na stronie programyrekomendowane.pl/strony/zdrowie-psychiczne-mlodziezy-w-czasie-pandemii-covid-19,422 (dostęp 9.06.2021).

Bibliografia

Berinato S. (2020), „That discomfort you're feeling is grief”, Harvard Business Review. Available at: <https://hbr.org/2020/03/that-discomfort-youre-feeling-is-grief> (September 25, 2020).
de Jong E., Ziegler N., Schippers M.C.(2020), „From Shattered Goals to Meaning in Life: Life Crafting in Times of the COVID-19 Pandemic”, Front Psychol,11:577708.

Halle T., Angrist N., Kira B., Petherick A., Phillips T., Webster S. (2020), „Variation in government responses to COVID-19” (Blavatnik school of government working paper, 31).

Pyżalski J. (red.) (2020), „Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele”, EduAkcja, Warszawa.

Pyżalski J., Walter N. (2020), „Audyty pedagogiczno-technologiczne platform edukacyjnych firmy Learnetic”, materiały pokonferencyjne. „Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych”,

https://fdds.pl/baza_wiedzy/negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii-2020-2/

Schippers M. (2020), „For the greater good? The devastating ripple effects of the lockdown measures”, SSRN [Preprint]. 10.2139/ssrn.3612622.

Taha N. (2020), „Veel stress en angst om coronacrisis: 'Mensen ervaren emoties die sterk lijken op rouw’”. Algemeen Dagblad.

<https://www.ad.nl/binnenland/veel-stress-en-angst-om-coronacrisis-mensen-ervaren-emoties-die-sterk-lijken-op-rouw~a306b3f2/?referrer=https://www.google.com> (September 25, 2020)

<https://www.medonet.pl/zdrowie,abulia-objawy-przyczyny-leczenie,artykul,1730166.html>

<https://www.rynekzdrowia.pl/uslugi-medyczne/dziecko-rzucilo-sie-pod-pociag-zdjecie-z-sali-operacyjnej-i-wstrzasajacy-wpis-lekarza,219189,8.html>

W Warszawie, w dzielnicy Praga-Północ, planowane jest w roku 2023 uruchomienie Centrum Re-Start. Jest to śmiały, nowoczesny projekt władz miasta, którego celem jest udostępnienie specjalistycznych i zintegrowanych usług pomocowych trzem grupom wykluczonych społecznie: seniorom, osobom w kryzysie bezdomności i osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Projekt ten jest nowatorski nie tylko ze względu na swój rozmach, ale również ze względu na kluczowy dla skutecznej pomocy wykluczonym wysoki poziom zintegrowania wielu form usług opiekuńczych, medycznych, terapeutycznych, prawnych i innych.

CENTRUM RE-START – ODPOWIEDŹ NA PROBLEMY WARSZAWY I JEJ DZIELNICY PRAGI-PÓŁNOC

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Działania Centrum Re-Start będą oparte na „paletowym” modelu pomocy, który zakłada, że najbardziej istotne dla klienta usługi – odnoszące się do jego najważniejszych problemów i potrzeb – powinny być dostarczane równocześnie. Chodzi np. o to, by

nierozwiązane na czas problemy prawne, socjalne czy dotyczące zdrowia somatycznego nie przerywały procesu terapii uzależnienia i nie niweczyły jej efektów. Bywa tak niestety bardzo często. Klienci trafiają do zakładów karnych z powodu nierozwiązanych na czas

spraw prawnych, mimo że od dawna pozostają w leczeniu i nie konfliktują się z prawem. Wiele szkód i kosztów ponosimy, gdy bezdomni mieszkańcy pustostanów tracą cyklicznie leki ARV czy inne służące leczeniu HCV, psychiatrycznemu czy substytucyjnemu. Każdy, kto pracuje z osobami uzależnionymi, zna wiele takich przykładów. Wartość synchronicznej pomocy polega też na tym, że pozwala uzyskać efekt synergii, przez co daje klientom znacznie więcej poczucia bezpieczeństwa i sensu w podejmowaniu wysiłku dla zmiany. W naszym kraju dominuje nadal tzw. drabinkowy model pomocy. Zakłada on pewien porządek i hierarchię spraw, którymi klient powinien się zająć. Zazwyczaj pierwszym szczeblem jest terapia, a najważniejszym jej celem – stabilne utrzymanie abstynencji. Dopiero na kolejnych etapach przystępuje się do rozwiązywania problemów prawnych, zdrowotnych i socjalnych. Ten model opiera się na setkach odizolowanych od siebie serwisów, programów, gabinetów, często słabo skomunikowanych, opartych na osobistych relacjach i powiązaniach. Dzisiaj ten system jest krytykowany jako zorientowany przede wszystkim na młodych, na dodatek ze wsparciem rodziny i otoczenia. Wiemy dobrze, że osoby używające narkotyków, oprócz problemu uzależnienia, borykają się z wieloma innymi dotkliwymi problemami, które w miarę możliwości należy rozwiązywać synchronicznie. Jest to szczególnie istotny postulat dla organizacji pomocy osobom wykluczonym społecznie, które mają zazwyczaj ogromną trudność w poruszaniu się w skomplikowanym systemie, na dodatek potrzebują tego, by pomoc świadczona była blisko ich miejsca przebywania i nie była tak sformalizowana. Należy pamiętać, że rozwiązanie jednego typu problemów czy uzyskanie nad nimi względnej kontroli, wzmacnia całą resztę oddziaływań w zakresie leczenia i wsparcia. Idea Re-Start to starannie zaplanowany przez warszawskich specjalistów zrzeszonych w Branżowych Komisjach Dialogu Społecznego¹ (BKDS) projekt odpowiedzi na najbardziej istotne problemy osób wykluczonych społecznie, głównie tych z różnymi niepełnosprawnościami. W artykule skupię się na projektowanych serwisach skierowanych do użytkowników narkotyków.

Na co mogą liczyć?

Uzależnieni otrzymają w Re-Start oddział detoksykacyjny z ośmioma łózkami, który w szczególności potrzebny jest Pradze-Północ. Ponadto będą mogli

skorzystać z całodobowego programu opiekuńczego dla osób opuszczających szpitale i oddziały detoksykacyjne, osób w kryzysie bezdomności, wymagających dalszej opieki. Takiej placówki ani w Warszawie, ani w Polsce nikt dotąd nie otworzył. Osoby te będą następnie kierowane do dalszej opieki w placówkach leczniczych czy opiekuńczo-readaptacyjnych na terenie Warszawy i kraju. Zakłada się, że każdego roku z tego programu skorzysta ok. 30 osób, a z detoksu ok. 20 osób miesięcznie. Obydwa serwisy będą zatem miały duże znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa i stabilizacji wskaźników epidemiologicznych w obydwu praskich dzielnicach.

Istotnym elementem Re-Start będzie poradnia uzależnień z gabinetami lekarskimi i działaniami redukcji szkód, prowadzonymi w ramach świetlicy dziennego pobytu, gdzie uzależniony klient otrzyma wsparcie w zakresie interwencji kryzysowej, uzyska poradę prawnika, pracownika socjalnego, terapeuty, skierowanie do innych usługodawców. Klient będzie miał możliwość bezpiecznego spędzenia czasu, umycia się, skorzystania z komputera i internetu, pozostając przez cały czas pod opieką doświadczonego personelu. Program redukcji szkód będzie miał istotne dla praskiej dzielnicy zadanie w kierowaniu osób mieszkających na ulicy do programów leczniczych i opiekuńczych na terenie całego kraju.

Kolejne serwisy to program substytucyjny razem z obsługującą go poradnią uzależnień i punkt konsultacyjno-diagnostyczny (PKD), służący poradnictwu i testowaniu w kierunku HIV, HCV i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Zarówno PKD, jak i program substytucyjny to od lat funkcjonujące serwisy, które jedynie zostaną przeniesione do Centrum z innych praskich lokalizacji. Wszystkie wymienione „narkotykowe” usługi zostaną rozlokowane na powierzchni blisko 850 metrów kwadratowych.

Nowoczesne i ustrukturyzowane serwisy otrzymają także seniorzy w ramach domu pobytu dla seniora oraz osoby bezdomne w ramach ambulatorium oraz schroniska z usługami medycznymi z 80 miejscami. Projektowany dom seniora będzie posiadał funkcje socjalne, rehabilitacyjne, aktywizacyjne, kulturalno-oświatowe, będzie wyposażony w niezależne wejścia do budynku, windy, wyjścia na ulicę. Podobnie od strony komunikacyjnej zostały zaprojektowane funkcje komunikacyjne dla pozostałych grup klientów Centrum.

Kwestie bezpieczeństwa

Prowadzony przez Stowarzyszenie Jump '93 i Polską Sieć Polityki Narkotykowej program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych od pięciu lat wkłada wiele wysiłku w zwrócenie uwagi na problemy społeczne wynikające z koncentracji w dzielnicy Praga-Północ „trudnych” działalności pomocowych, skierowanych do osób wykluczonych społecznie, osób w kryzysie bezdomności i uzależnionych. Wskazywaliśmy na towarzyszący koncentracji problem marnotrawienia zasobów przez „drabinkowe” odizolowanie serwisów, na zaniedbywanie kwestii bezpieczeństwa, na problem uzależnienia środowiskowego, na mocno niezadowolające w latach 2016–2018 działania policji w newralgicznych punktach dzielnicy. Dlaczego zatem dzisiaj Biuro Rzecznika wspiera Centrum Re-Start, gdy oczywistym jest, że dodatkowo koncentruje ono usługi? Otóż, po pierwsze, Centrum, w znacznym zakresie zbiera rozproszone praskie serwisy i przenosi w jedno miejsce (program substytucyjny z obsługującą go poradnią uzależnień i punkt konsultacyjno-diagnostyczny). Po drugie, Re-Start w znacznej mierze ma pełnić rolę pasa transmisyjnego, służącego przekazywaniu opieki nad pacjentem placówkom spoza praskich lokalizacji. Po trzecie, projektanci Centrum, jak żadne inne osoby zaangażowane w organizację tak wysoko ustrukturyzowanych działań pomocowych, niespotykanych do tej pory w naszym kraju, podeszli z ogromną odpowiedzialnością do kwestii bezpieczeństwa. Była ona przedmiotem wielu spotkań BKDS i licznych dyskusji nad projektem. Jako Biuro Rzecznika uważamy, że w kilkuletniej perspektywie Centrum Re-Start może w istotny sposób przyczynić się do poprawienia sytuacji epidemiologicznej Pragi, w tym poprawy w zakresie bezpieczeństwa na ulicach. Może też przyczynić się do ważnej zmiany w zakresie optymalizacji pomocy osobom uzależnionym w Warszawie i w całym kraju. Będzie to bowiem pierwsze w Polsce istotne zwrócenie uwagi na problem reintegracji społecznej osób wykluczonych społecznie i uzależnionych od narkotyków oraz ogromnego deficytu pomocy w tym zakresie.

Członkowie BKDS od początku pracy nad projektem Re-Start zdawali sobie sprawę, że w odczuciu mieszkańców warszawskiej Pragi-Północ, w tej dzielnicy dzieje się źle. W ostatnich latach do starych problemów doszły nowe, z rozrastającym się rynkiem handlu nar-

kotykami na czele. Narkotyki stosunkowo łatwo było tutaj kupić już w latach 90., ale dopiero ostatnia dekada, związana z ekspansją „dopalaczy” przyniosła znaczące pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej. Handel ten rozkwita w czasie, gdy popłynął strumień pieniędzy na rewitalizację domów i ulic, pojawiły się nowe mieszkania i inwestycje, pojawiła się moda na starą Pragę. Obok nadziei na pomyślne czasy, narasta obawa, czy narkomania uliczna i problemy wokół niej nie zatrzymają rozwojowego trendu. Deweloperzy twierdzą, że już się to dzieje. Ten w znacznej mierze uzasadniony lęk mieszkańców, niekiedy wywołuje nieracjonalne reakcje. Zamiast merytorycznej dyskusji na temat tego, jak naprawić te trudne i złożone problemy, niektórzy szukają winnych, podważane są działania interwencyjne podejmowane przez samorząd i organizacje pozarządowe. Ponadto wnikliwi obserwatorzy doniesień mediów i przebiegu dyskusji mogą łatwo dostrzec, że lęki bywają niestety stymulowane przez osoby, które budują na nich swoją popularność i populistycznie eskalują konflikt dla własnych celów. Pojawiają się nierealistyczne, ale nośne postulaty, jak wyprowadzenie poza dzielnicę skierowanych do wykluczonych społecznie działalności pomocowych czy przepędzenie użytkowników narkotyków siłami policji. Niemniej jednak dalsza debata o problemach Pragi jest bardzo potrzebna i konieczne jest holistyczne podejście do nich, takie, które zaangażuje też w działania podmioty do tej pory bezpośrednio niezaangażowane w pomoc Pradze. Problemy praskie obnażają bowiem te deficyty systemu pomocy, które można wypełnić i uregulować jedynie na poziomie centralnym czy szerszym niż samorządowy, uregulować poprzez np. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej czy Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak dotąd zamiast wspólnej strategii, na małych odcinkach tworzone są różne wyizolowane rozwiązania, które nie wiadomo, czy pomagają, czy bardziej szkodzą. Obecnie w dzielnicy Praga-Północ wraz ze wzrostem liczby osób spędzających czas na ulicy, pijących alkohol bezdomnych czy użytkowników narkotyków, wraz ze wzrostem kradzieży sklepowych, liczby paserskich lombardów, widzimy też wzmożoną aktywność policji i organizacji pozarządowych. Pomoc jest organizowana, jednak należy ją jak najszybciej uporządkować.

Czy niekorzystne zjawiska epidemiologiczne można zatrzymać siłami miasta i organizacji pozarządowych, czy można odwrócić niebezpieczny trend? Bardzo wiele

da się jeszcze zrobić, ale też w miejscach, gdzie kumuluje się bieda, brakuje pracy, perspektyw, gdzie występuje przestępcza tradycja, będzie to trudne. Konsumenci narkotyków nadal będą przybywali na prawą stronę Wisły w znaczącej liczbie, dopóki na tych samych ulicach, pod znanymi policji adresami będą sprzedawane narkotyki. Mieszkańcy Pragi znają te miejsca, niektórzy omijają je szerokim łukiem, współczują zwykłym, ciężko pracującym ludziom, którzy muszą tam mieszkać, solidaryzują się z nimi. Z praskimi handlarzami narkotyków jest podobnie jak z grupami obcokrajowców sprzedającymi papierosy „home made”. Na chodniku stoją naganiacze, nieopodal kolejne osoby z niewielkimi ilościami opakowań, a już trochę dalej zaparkowane są auta z pełnymi bagażnikami lub stoją wyglądające z pozoru na porzucone torby. Handel nie znika, mimo że twarze sprzedających papierosy osób są doskonale znane policji, że codziennie od lat w tych samych miejscach przechodnie są zaczepiani przez te same osoby. Handel narkotykami jest oczywiście głębiej zakonspirowany i mniej natarczywy, ale nie jest wielką sztuką zagadnąć miejscowego nastolatka o pomoc w dotarciu do właściwej osoby. Gdy się do niej dotrze, można dalej podtrzymywać kontakt i umawiać się na telefon w różnych miejscach. Zarówno jeden, jak i drugi handel sprawia wrażenie zjawiska tolerowanego i w pewnej mierze kontrolowanego przez policję. Zakładam, może naiwnie, że działania policji są przemyślane i służą bezpieczeństwu obywateli.

Co jest słabą stroną reakcji społecznej na praskie problemy? Przede wszystkim to, że niektóre podmioty lecznicze czy organizacje pozarządowe idą za klientem niekiedy chaotycznie, bez planu, nie porozumiewając się ze sobą, nie porozumiewając się z BKDS, ze służbami porządkowymi, nie inwestują w ochronę, obniżając próg pomocy, nie są często do tego zadania przygotowane. W efekcie stwarzają sobie, otoczeniu i klientom dodatkowe problemy. Instytucje publiczne, zarząd Miasta, Dzielnicy, NFZ nie mają wielkiego wpływu na wybór miejsca wykonywania usług przez niezależne podmioty, prywatne czy społeczne. Gdy jakiś podmiot podejmuje działalność pomocową i lekceważy kwestie bezpieczeństwa, to miasto umowę najmu własnego lokalu może oczywiście wypowiedzieć, ale nie ma wpływu na decyzję prywatnych właścicieli nieruchomości. Praga-Północ jest atrakcyjna dla działalności pomocowych, bo nieruchomości pod wynajem są tu tańsze niż w pozostałych dzielnicach Warszawy, dostępnejsze

i znakomicie skomunikowane. Wadą jest wspomniany problem bezpieczeństwa, ale wiele działalności widzi więcej plusów niż minusów praskich lokalizacji. Dodatkowo, od trzech lat policja robi coraz więcej w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa na praskich ulicach i duża w tym zasługa tych, którzy interweniowali. A interweniowała skutecznie przede wszystkim administracja Galerii Wileńskiej, działająca w porozumieniu m.in. z Biurem Rzecznika, które od 2016 roku bombarduje branżowe środowisko NGO informacjami o praskich problemach, rozmawia też z policją. Wiele podmiotów leczniczych i społecznych niestety dystansuje się od szukania pomocy służb porządkowych (widoczny jest brak zaufania), a taka współpraca jest konieczna. Widać to chociażby na przykładzie innej warszawskiej dzielnicy. Administracja Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w dzielnicy Wola przez parę lat skarżyła się na problem handlu narkotykami w pobliskim przejściu podziemnym, ale nikomu z tej lecznicy nie przyszło do głowy poprosić oficjalnie tamtejszą IV Komendę Policji o dodatkowe patrole i monitoring. Najprostszym rozwiązaniem wydawała się natomiast likwidacja części przyszpitalnych usług adresowanych do osób uzależnionych. Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych na wieść o planach szpitala zareagowało dość szybko, między innymi prosząc policję o dodatkowe zaangażowanie w tę sprawę. Policja odpowiedziała szybko i nad wyraz sprawnie zaprowadziła porządek. Niestety, decyzja o przeniesieniu pacjentów już zapadła i kilka miesięcy później ich leczenie przejęła prywatna działalność lecznicza w dzielnicy Praga-Północ. Mamy tu modelowy przykład ignorowania problemów społecznych, a potem rozwiązywania ich bez stosownego namysłu. Policja ignoruje problemy mieszkańców dopóki może, a podmiot leczniczy nie dba należycie o bezpieczeństwo wokół swojej działalności i nie informuje o problemach policji. W rezultacie, gdy problemy narosły, podmiot leczniczy zdecydowanie i bezwzględnie likwiduje jedną ze swoich działalności, zrzucając zbiorową winę na swoich pacjentów „narkomanów”. W końcu wspomniany podmiot leczniczy podejmuje się zapewnić pacjentom kontynuację leczenia, ale dopiero po interwencji organizacji społecznej. Kontynuacja, od początku 2017 roku, jest prowadzona przez zupełnie niezależny pod każdym względem podmiot prywatny mieszczący się w dzielnicy Praga-Północ. Pytanie: czy prascy urzędnicy mają dzisiaj w podobny sposób potraktować problemy społeczne swojej dzielnicy, czy

raczej zdobędą się na głębszą refleksję i będą dyskutować o problemach ze specjalistami i policją?

Co jest możliwe, a co nie?

Reakcje społeczne na „narkotykowe” problemy Pragi-Północ można podzielić na takie, które dotyczą organizacji pomocy dla użytkowników narkotyków oraz takie, które dotyczą zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom i osobom przebywającym w tej dzielnicy. Odpowiedzi w tej drugiej kwestii głównie należą do służb porządkowych. Bezpieczeństwo bowiem zależy od ilości i jakości zaangażowanych w nie zasobów, od jakości współpracy policji, straży miejskiej, samorządu, w tym miejskiego Biura Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego oraz działalności pomocowych. Miasto posiada odpowiednie środki, by dodatkowo wspierać służby porządkowe, ale niestety kontakty pomiędzy rządowymi i samorządowymi instytucjami często nie są najlepsze. Bezpieczeństwo zależy od liczby patroli, ale też od inwestowania w nowoczesne systemy monitoringu i powiadamiania o naruszeniach porządku, od tego, czy nie pozostają jakieś „białe plamy” na policyjnej mapie bezpieczeństwa. Przykład warszawskiego Śródmieścia pokazuje, że mimo stosunkowo wysokiej częstotliwości różnych incydentów ulicznych, to równie częste jest tłumienie ich w zarodku przez szybkie interwencje służb porządkowych. W tej części miasta jest bezpieczniej niż gdzie indziej, głównie z powodu odpowiedniego zaangażowania adekwatnych i nowoczesnych zasobów. To doświadczenie zaczyna coraz mocniej dotyczyć też Pragi-Północ, a ściślej tych miejsc, które są lepiej od innych chronione, np. dworce Wschodni i Wileński, ul. Targowa i Kijowska, Park Praski.

Z zapanowaniem nad częściowym chaosem w organizacji pomocy po prawej stronie Wisły sprawa jest bardziej skomplikowana. Po pierwsze, jak już wspomniano, władze miasta i dzielnicy mają słabą pozycję negocjacyjną z organizacjami pozarządowymi i prywatnymi podmiotami, zwłaszcza z tymi, które w niczym od samorządu nie zależą, nie realizują miejskich zadań, ani nie użytkują miejskich lokali.

To, co wydaje się obecnie możliwe, to reorganizacja tej pomocy, na którą miasto ma wpływ. Skupienie kilku rozproszonych praskich działalności w jednej zintegrowanej strukturze i lokalizacji, która należycie zadba o kwestie bezpieczeństwa i w znacznym zakresie będzie pełniła funkcję pasa transmisyjnego, służącego do przekazywa-

nia odpowiednio przygotowanych klientów do placówek leczniczych i readaptacyjnych na terenie całej Warszawy i kraju. Ponadto ważne jest, by taką dodatkową pomoc zorientowaną na praskie problemy, organizować w całej Warszawie, szczególnie w najbardziej deficytowym zakresie – reintegracji społecznej osób wykluczonych społecznie. Jak dotąd pomoc w tym obszarze jest najsłabszym ogniwem systemu.

Bardzo istotne są dla Pragi działania Ministerstwa Zdrowia w zakresie zmiany modelu leczenia substytucyjnego, zmierzające do jego decentralizacji, które od sześciu lat w zółwim tempie są prowadzone. Ważne są również zamiany w polityce finansowania świadczeń przez NFZ, który powinien brać pod uwagę terytorialny rozkład usług, nie tylko na poziomie województw, ale też w największych aglomeracjach.

Obecnie warszawska Branżowa Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS działa we wszystkich wymienionych tu kierunkach związanych z reorganizacją pomocy. Jesteśmy od sześciu lat stale bardzo aktywni i zawsze obecni przy działaniach związanych z reformą lecznictwa substytucyjnego, informujemy NFZ o problemach praskich, wreszcie współpracujemy z miastem stołecznym Warszawa w zakresie ustrukturyzowanego programu Re-Start, który tworzony na terenie Szpitala Praskiego, ma opanować chaos w zakresie wsparcia osób z problemem narkotykowym i problemem wykluczenia społecznego.

Zamiana modelu terapii substytucyjnej

Dla rozwiązania problemów Pragi związanych z koncentracją w tej dzielnicy miejsc leczenia substytucyjnego, istotne byłoby przyjęcie w Polsce nowego modelu tego leczenia, zgodnie z wytycznymi Grupy Pompidou². Chodzi tu o tzw. model substytucji na receptę. Odpowiedni projekt nowelizacji ustawy narkotykowej, opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, został przedstawiony Ministerstwu Zdrowia już w 2014 roku. Jego celem jest umożliwienie prowadzenia leczenia substytucyjnego gabinetom lekarskim, a w rezultacie udostępnienie tego świadczenia w mniejszych miejscowościach. Zmiana ta miałaby w szczególności istotny wpływ na zmniejszenie zjawiska turystyki leczniczej i „narkotykowej” bezdomności w Warszawie. Niestety, w trakcie prac nad nowelizacją okazało się, że urzędnikom Ministerstwa Zdrowia bardzo zależy, by zakładany zasięg zmiany został

znacząco osłabiony, a koszty całkowicie przerzucone na pacjenta. Najlepsze zatem, co mogliby dzisiaj zrobić dla dzielnicy Praga warszawscy i prascy radni – członkowie partii zasiadających w Sejmie – to wspólnie wystąpić do Ministerstwa Zdrowia i Marszałek Sejmu o jak najszybsze przyjęcie nowelizacji ustawy w jej pierwotnej wersji.

Leczenie substytucyjne dla uzależnionych od opioidów to skuteczna i zalecana przez WHO metoda specjalistycznego leczenia, z której w krajach europejskich korzysta blisko połowa spośród wszystkich osób leczących się z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Nasz kraj ma jednak bardzo niski wskaźnik dostępności tego leczenia i dużą nierównowagę w jego rozmieszczeniu. Około połowa z ok. 2500 miejsc w programach substytucyjnych znajduje się w Warszawie, a blisko 30% ulokowanych jest w dzielnicy Praga-Północ. Dodajmy jeszcze, że województwa podkarpackie, podlaskie są całkowicie tego świadczenia pozbawione. Obecnie, ze względu na koszty własne, programy substytucyjne posiadające mniej niż 30-40 pacjentów, są deficytowe, dlatego w mniejszych miejscowościach i tam, gdzie problem narkomanii opioidowej jest niewielki, przedmiotowe świadczenie nie jest udostępniane. Projekt zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii autorstwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wychodzi naprzeciw tym problemom, uwzględnia postulaty specjalistów i czołowych organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. Uwzględnia także przedstawiane Ministerstwu Zdrowia postulaty BKDS, której przedstawiciele w latach 2015–2021 trzy razy składali wizyty odpowiednim ministrom, wiele razy formułowali zapytania o etap prac nad nowelizacją, dziesiątki razy monitorowali w sprawie odpowiedzi na te zapytania.

Zdaniem ekspertów BKDS poradnie leczenia uzależnień to najlepsze środowisko do prowadzenia substytucji lekowej. Poradnie „narkotykowe”, których na terenie kraju działa ok. 100, dysponują zarówno doświadczonym i wyedukowanym personelem, jak i różnorodnymi instrumentami w procesie leczenia i readaptacji społecznej. W Warszawie i wokół niej jest gęsta sieć tych placówek. Gdyby nowelizacja ustawy spowodowała udostępnienie leczenia substytucyjnego tylko w połowie z nich, z całą pewnością problem zbytniego obciążenia warszawskich, w tym praskich, programów metadonowych zostałby w znaczącym zakresie rozwiązany. „Epidemia COVID-19 jest szczególnym okresem, w którym wady programów substytucyjnych i potrzeby osób szukających pomocy znacznie się uwydatniły. Sytuacja

wielu pacjentów stała się wręcz dramatyczna, z uwagi na konieczność częstego podróżowania po odbiór leków, niekiedy nawet, w przypadku pacjentów z Podlasia czy Podkarpacia, kilkaset kilometrów. Wielu z nich sytuacja zmusza do pozostawiania osobą bezdomną, tylko po to, by uniknąć podróży i kosztów. Osoby takie tracą kontakt z rodzinami i domem, generują koszty społeczne związane z pobytem w noclegowniach, no i oczywiście nie leczą się efektywnie pozostając na ulicy, przede wszystkim nie mają możliwości w warunkach bezdomności leczyć chorób towarzyszących uzależnieniu, takich jak np. HCV czy HIV²³. Obecnie w trzech praskich programach substytucyjnych leczy się ok. 740 pacjentów, a jeszcze przed pandemią COVID-19, do marca 2020 roku, było ich ok. 500.

BKDS i program Rzecznika od wielu lat zwracają uwagę Ministerstwa Zdrowia na to, iż obecny model leczenia substytucyjnego wzmacnia w obłożonych programach problem uzależnienia środowiskowego pacjentów. Zasady finansowania przedmiotowego świadczenia i jego organizacji są kosztowne. Pacjent niekontraktowy, naruszający regulamin placówki, uzależniony środowiskowo, niepracujący, staje się dla programu pacjentem przynoszącym większy dochód, jako że uzasadnione kontrolą zmuszanie go do codziennego stawiennictwa po lek, jest po prostu opłacalne. Podsumowując wątek nowelizacji ustawy, należy stwierdzić, że jak najszybsze wdrożenie projektu KBPN jest niezwykle istotne dla optymalizacji lecznictwa uzależnień w Polsce, ale też dla obniżenia wskaźników popytu na nowe substancje psychoaktywne. Badania potwierdzają bowiem, że ich najwerniejszymi konsumentami są osoby wykluczone społecznie, bezdomne i uzależnione od opioidów. Nowelizacja jest w szczególności ważna dla aglomeracji, gdzie występuje bezdomność narkotykowa, turystyka lecznicza i znaczna koncentracja pacjentów, np. dla takich miast, jak Warszawa, Wrocław czy Chorzów, czy też dla takich ich dzielnic jak Praga-Północ.

Przypisy

- 1 Branżowe Komisje Dialogu Społecznego – zespoły opiniodawczo-doradcze złożone z przedstawicieli organizacji społecznych oraz przedstawicieli miasta stołecznego Warszawy.
- 2 Grupa Pompidou to Międzyrządowa Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczenia Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami. Grupa powstała w 1971 roku w celu rozwoju efektywnej polityki narkotykowej w Europie. Obecnie działa w ramach Rady Europy. W roku 2020 Grupa przedstawiła wytyczne dla organizacji leczenia substytucyjnego.
- 3 Informator Rzecznicy. Praca zbiorowa. Cytat z rozdziału „Dobra praktyka”, autor Jacek Charmast, s. 74. Wydane przez Habitat for Humanity Poland, Warszawa 2020, https://habitat.pl/files/Informator_Rzecznicy.pdf

W Polsce nieco ponad połowa dzieci w wieku do lat 6 korzysta z urządzeń mobilnych. Im starsze dziecko, tym korzystanie jest bardziej rozpowszechnione: z urządzeń mobilnych korzysta 10% dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia i 35% dwulatków.

BRZDĄC W SIECI – ZJAWISKO KORZYSTANIA Z URZĄDZEŃ MOBILNYCH PRZEZ DZIECI W WIEKU 0-6 LAT. DONIESIENIE Z BADAŃ

Magdalena Rowicka
Akademia Pedagogiki Specjalnej
Michał Bujalski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Małe dzieci i urządzenia mobilne – przegląd badań

Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci (do 6 lat) budzi obawy psychologów na całym świecie, ponieważ jest to okres intensywnego rozwoju dziecka, w którym urządzenia mobilne mogą przyczynić się do zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego (Domoff i in., 2019). Gwałtowny rozwój technologii mobilnych i internetowych oraz coraz większa ich dostępność ekonomiczna sprawiły, że urządzeń mobilnych (tablet, smartfon) używa się obecnie powszechnie – również w Polsce (CBOS, 2019). Co więcej, trwająca pandemia COVID-19 pokazała wyraźnie, że brak posiadania urządzeń umożliwiających łączenie się z siecią oraz brak umiejętności ich obsługi stanowi ogromny problem w życiu codziennym. Powszechność urządzeń mobilnych, ich transformacja od gadżetu do przedmiotu codziennego użytku, lecz także postępująca cyfryzacja i zmiany społeczno-technologiczne objęły wszystkich – również dzieci.

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w 2014 roku wskazały, że co trzecie dziecko w wieku 3-4 lata oraz co drugie dziecko w wieku 5-7 lat używa urządzeń mobilnych, przy czym w grupie starszych dzieci jedno na troje dzieci używało ich codziennie (Ofcom, 2014; Bąk, 2015). Ponadto w badaniu wykazano, że w grupie dzieci w wieku 3-4 lata i w grupie dzieci starszych średni czas korzystania z urządzeń mobilnych w ciągu tygodnia był zbliżony i wynosił odpowiednio nieco ponad 6,5 godziny, i nieco ponad 7 godzin. Zdecydowana większość rodziców dzieci uczestniczących w badaniu (dziewięciu na dziesięciu) starała się kontrolować używanie nowych

technologii i internetu przez dzieci m.in. poprzez wprowadzanie reguł dotyczących korzystania.

Badania przeprowadzone w 2014 roku w Stanach Zjednoczonych na grupie rodziców dzieci w wieku od 6 miesięcy do 4 lat wskazały, że niemal wszystkie dzieci używały urządzeń mobilnych, z czego ponad jedna trzecia rozpoczęła ich używanie jeszcze w pierwszym roku życia (Kabali i in., 2015). Troje na czworo czteroletków posiadało już własne urządzenie mobilne. Powody dawania dzieciom urządzeń przez rodziców były prozaiczne – większość dorosłych decydowała się na to, aby je uspokoić lub aby zająć je czymś podczas wykonywania prac domowych (takich jak sprzątanie czy gotowanie); niemal co trzeci rodzic dawał dziecku urządzenie mobilne tuż przed zaśnięciem.

Badanie Kilic i współpracowników (2019) wskazało, że 75% dzieci w wieku od 1 do 60 miesięcy korzystało z urządzeń mobilnych. Co czwarty rodzic przyznał, że ich dzieci samodzielnie korzystają z internetu (bez nadzoru ani pomocy rodziców). Nieco ponad połowa rodziców dawała swoim dzieciom urządzenia mobilne podczas swoich prac domowych.

Europejskie badania z 2013 roku (EU Kids Online, Holloway, Green, Livingstone, 2013) wskazały, że połowa trzy- i czteroletków w Szwecji używa tabletów, a jedno na czworo – smartfonów. Jedno na troje dzieci w Norwegii rozpoczęło używanie urządzeń mobilnych przed ukończeniem trzeciego roku życia.

Zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci jest również przedmiotem badań naukowych w Polsce. W raporcie z sondażu przeprowadzonego w 2019 roku przez Fundację CBOS można przeczytać: „z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12. a 23.

miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut. Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same, najrzadziej zaś korzystają z nich razem z innymi dziećmi. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku, można jednak zauważyć, że najmłodsze dzieci (12-23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2-5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci” (CBOS, 2019).

Wyniki badań prowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2014 roku wskazywały, że aż 64% dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6,5 lat korzysta z urządzeń mobilnych. Wśród nich aż 25% korzystało z nich codziennie; 26% dzieci posiadało własne urządzenie mobilne; 79% dzieci oglądało filmy, 62% grało na smartfonie lub tablecie; 63% dzieci zdarzyło się bawić smartfonem lub tabletem bez konkretnego celu. Blisko 70% rodziców dawało dzieciom urządzenia mobilne w sytuacjach, gdy musieli zająć się własnymi sprawami. W przypadku młodszych dzieci – jedno na troje dwulatków korzystało z urządzeń mobilnych przy posiłkach. A co drugi rodzic stosował udostępnianie dzieciom urządzeń jako rodzaj nagrody dla dziecka.

Projekt „Brzdąc w sieci”

W 2020 roku Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej przeprowadziła badanie dzieci i rodziców, mające na celu pogłębienie wiedzy na temat używania urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku od 0 do 6 lat. Projekt był współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W ramach projektu przeprowadzono 8 wywiadów grupowych (FGI) z rodzicami dzieci w wieku 5-6 lat i 8 wywiadów z dziećmi w wieku 5-6 lat, a następnie badanie ilościowe (CAWI) na próbie 2000 rodziców posiadających dzieci w wieku 0-6 lat. Celem projektu była analiza wzorów i motywów korzystania przez dzieci z urządzeń mobilnych oraz ocena rozpowszechnienia tego zjawiska.

Wzory korzystania z urządzeń mobilnych

W naszym badaniu nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzystała z urządzeń mobilnych, takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Wiek dziecka był skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym większa ich część korzysta z urządzeń mobilnych. W grupie dzieci poniżej 12 miesięcy co dziesiąte dziecko miało kontakt z urządzeniem mobilnym, podczas gdy w grupie dzieci w wieku 12-23 miesiące – było to już jedno na troje. Od drugiego roku życia z urządzeń mobilnych korzystała ponad połowa (58%) dzieci, a w najstarszej grupie – pięć- i sześciolatków, było to już troje na czworo dzieci. Co ciekawe, nie zaobserwowano w tym względzie różnic pomiędzy dziewczynkami i chłopcami.

Wyniki badania jakościowego (FGI) wskazały, że wiek inicjacji korzystania z urządzeń mobilnych przypada między drugim a trzecim rokiem życia dziecka, co potwierdziły badania ilościowe, wskazując na średni wiek inicjacji wynoszący 2 lata i 2 miesiące. Co ciekawe, zaobserwowano, że im młodsze dziecko, tym wcześniej miało kontakt z urządzeniami mobilnymi, np. obecny trzylatek rozpoczął korzystanie z urządzeń mobilnych w wieku niespełna 2 lat, obecny czterolatek – tuż po ukończeniu drugiego roku życia, obecne czterolatki – pod koniec trzeciego roku życia, a obecne pięciolatki – na początku czwartego roku życia.

Jednym z ciekawszych zagadnień w kontekście potencjalnych szkód zdrowotnych był czas spędzany przez dzieci w sieci. Wyniki badania ilościowego wskazują, że dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez 1 godzinę i 9 minut dziennie w dni powszednie. Czas ten ulega nieznacznemu wydłużeniu w weekendy (do 1 godzinny i 20 minut).

Dzieci w wieku od 0 do 6 lat najczęściej korzystają ze smartfona (38%) i tabletu (21%). Starsze dzieci korzystają także z laptopa (22% w najstarszej grupie). Smartwatche zdecydowanie nie cieszą się popularnością w tej grupie wiekowej – korzystało z nich niecałe 2% dzieci.

W grupie dzieci, które korzystają z urządzeń mobilnych, co piąte posiada własne urządzenie, przy czym posiadanie urządzeń staje się coraz częstsze wraz z wiekiem – w grupie do czwartego roku życia co najmniej jedno urządzenie posiada co dziesiąte dziecko, a w grupie pięć- i sześciolatków – już co trzecie.

Troje na czworo dzieci korzysta z urządzeń, które mają dostęp do internetu, co piąte korzysta z urządzeń, które tylko w części mają dostęp do internetu, a 6% dzieci korzysta z urządzeń, które są pozbawione dostępu do internetu (są offline). Zależność ta jest niezmienna pomiędzy różnymi grupami wiekowymi, co oznacza, że przynajmniej 75% dzieci w wieku do pierwszego roku życia, jak i pięcio- i sześciolatków korzysta z urządzeń mobilnych, które są podłączone do internetu.

Wśród dzieci, które korzystają z urządzeń mobilnych nieco ponad połowa (53%) posiada rodzeństwo. W tej grupie znakomita większość dzieci korzysta z urządzeń mobilnych razem z rodzeństwem (74%). Może to oznaczać, że dzieci posiadające starsze rodzeństwo są niejako narażone na wcześniejszą inicjację poprzez obserwację starszego rodzeństwa i chęci bawienia się razem z nim lub tym, czym oni się bawią.

Kolejnym ważnym zagadnieniem, które podjęto w badaniu, były okoliczności korzystania z urządzeń mobilnych. Okazało się, że najczęściej rodzice pozwalają dzieciom korzystać z urządzeń mobilnych podczas podróży (75%) i posiłków (50%). Jest to jednak częściowo zależne od wieku: im starsze dziecko, tym częściej korzysta z urządzeń mobilnych podczas podróży, ale nie podczas posiłków (tabela 1). Ponadto rodzice przyznają, że jest szereg innych okoliczności, w których decydują się na wykorzystanie urządzenia mobilnego, np. kiedy potrzebują zająć się obowiązkami domowymi np. sprzątnięciem czy gotowaniem (92%), albo kiedy sami nie mają energii, aby zająć się dzieckiem (85%), bądź kiedy nie mają pomysłu na alternatywny sposób spędzania czasu z dzieckiem (75%). Urządzenia mobilne i internet służą dzieciom do zabawy (np. oglądania bajek, filmów nagranych przez innych użytkowników), do podtrzymywania relacji (z rodziną, ale także z innymi dziećmi), jak również do uspokajania,

Tabela 1. Korzystanie z urządzeń mobilnych w podróży i podczas posiłków w grupach wiekowych (% populacji używającej urządzeń mobilnych).

	Podczas podróży	Podczas posiłków
Dziecko do 11 miesięcy	65	45
Dziecko od 12 do 23 miesięcy	63	42
Dziecko od 24 do 35 miesięcy	75	51
Dziecko od 36 do 47 miesięcy	74	56
Dziecko od 48 do 59 miesięcy	76	54
Dziecko od 60 do 72 miesięcy	82	49

wyciszania czy usypiania. Ponadto rodzice dają dzieciom urządzenia mobilne, kiedy dzieci się nudzą (80%), kiedy płaczą lub marudzą (66%) lub jako nagrodę (66%). Wyniki te wskazują na istnienie potrzeby dostarczenia rodzicom wiedzy w zakresie umiejętności organizacji czasu dziecka oraz zajęć z nim (np. co dziecko może robić samodzielnie).

Niemal 80% rodziców traktuje odbieranie bądź groźenie odebraniem (z różną intensywnością) urządzeń mobilnych jako sposób na ukaranie dziecka, podczas gdy niemal 75% rodziców daje lub oferuje korzystanie z urządzeń mobilnych jako sposób nagrodzenia dziecka.

Zasady korzystania z urządzeń mobilnych

Rodzice mają potrzebę kontroli korzystania z urządzeń mobilnych przez ich dzieci. Połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat używa urządzeń mobilnych wyłącznie pod nadzorem rodzica bądź innego opiekuna, kolejne 41% dzieci korzysta czasem samodzielnie, a czasem pod nadzorem. Wraz z wiekiem zwiększa się odsetek dzieci korzystających z urządzeń mobilnych czasem samodzielnie, a czasem pod nadzorem rodzica lub innego opiekuna (od niemal 25% w grupie najmłodszych dzieci, do 51% w grupie najstarszej – tabela 2). Jednocześnie wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek dzieci korzystających z urządzeń mobilnych wyłącznie pod nadzorem rodzica lub innego opiekuna (od 69% do 39%).

Ponadto większość rodziców ustala zasady korzystania z urządzeń mobilnych – jedynie 6% przyznaje, że dziecko używa urządzeń mobilnych w dowolnym momencie i bez ograniczeń.

Rodzice ustalają zazwyczaj zasady związane z limitem czasu korzystania z urządzeń mobilnych (61%), aczkolwiek badania jakościowe pokazały, że rodzice zdają sobie sprawę z tego, że ich dzieci korzystają z nich więcej i dłużej. Jest to możliwe, ponieważ dzieci odgadują, jakie są hasła czy szyfry do odblokowania dostępu do internetu. Nieco ponad połowa rodziców ustala zasady związane z zakazem używania urządzeń mobilnych w sytuacjach rodzinnych (podczas obiadów rodzinnych). Ponadto większość rodziców korzysta z różnych metod kontroli rodzicielskiej: niemal wszyscy rodzice udostępniają dzieciom tylko programy i aplikacje w trybie „dla dzieci”, w tym 60% deklaruje, że robi to często lub bardzo często; ponad 70% rodziców często lub bardzo często kontroluje treści, z jakich dziecko korzysta na urzą-

dzeniach, jak również czas, przez jaki dziecko korzysta z urządzeń mobilnych; 60% rodziców często lub bardzo często kontroluje czas, w jakim urządzenia mobilne są online. Niemal 85% rodziców kontroluje instalowanie nowych aplikacji, w tym niemal 70% robi to często lub bardzo często. Niemal 80% rodziców sprawdza historie przeglądarek lub aktywności, w tym nieco ponad 40% robi to często lub bardzo często. Niemal 70% rodziców ma zainstalowane oprogramowanie chroniące dzieci przed treściami nieprzeznaczonymi dla dzieci, w tym nieco ponad 40% robi to często lub bardzo często.

Należy w tym miejscu podkreślić, że w przypadku tak małych dzieci zarówno korzystanie z urządzeń mobilnych wyłącznie pod nadzorem rodzica, jak i ustalanie zasad jest niezwykle ważne. Kontrola używania, ustalenie i przestrzeganie zasad może być czynnikiem chroniącym przed niekontrolowanym, a nawet kompulsywnym używaniem urządzeń mobilnych przez dzieci.

Negatywne konsekwencje korzystania z urządzeń mobilnych

Rodzice obserwują wiele negatywnych konsekwencji związanych z używaniem przez swoje dzieci urządzeń mobilnych: 7 na 10 rodziców przyznaje, że ich dzieci nie potrafią kontrolować czasu korzystania z urządzeń mobilnych, a ponad połowa przyznaje, że ich dzieci przekładają korzystanie z urządzeń mobilnych ponad inne aktywności, a także że ich dzieci wykazują zachowania niepożądane, takie jak agresja, irytacja czy histeria przy próbach ograniczenia korzystania z urządzeń mobilnych. Ponadto 4 na 10 rodziców przyznaje, że ich dzieci przeżywają negatywne stany, takie jak niepokój, budzenie się w nocy, problemy z zasypianiem. Jeden na trzech rodziców przyznaje, że jego dziecko zamyka się w sobie przez używanie urządzeń mobilnych i ma problemy z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami. W opinii rodziców za sprawą korzystania z urządzeń mobilnych dzieci mają dostęp do treści, które nie są

dla nich przeznaczone. Co drugi rodzic wskazuje, że jego dzieci oglądają materiały wideo przedstawiające specyficzne przedmioty przyciągające ich uwagę (np. słodczyce, zabawki); co trzeci rodzic uważa, że dzieci oglądają filmy „przeładowane” kolorami i dźwiękami, jak również treściami pozbawionymi walorów edukacyjnych. Nieco ponad 10% uważa, że dzieci są narażone na treści zawierające agresję fizyczną i werbalną, wulgaryzmy, treści przedstawiające zachowania ryzykowne lub destrukcyjne, a 5% rodziców uważa, że dzieci mają dostęp do treści pornograficznych.

Nieco mniej niż połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat nie korzysta z urządzeń mobilnych (46%). Rodziców dzieci, które nie korzystają z urządzeń mobilnych, zapytano, dlaczego ich pociechy tego nie robią. Najczęstszą odpowiedzią było: *bo są na to za młode* – co trzeci rodzic w całej populacji udzielił takiej odpowiedzi (w grupie rodziców dzieci, które nie korzystały z urządzeń mobilnych stanowi to 79%). Zaledwie 3% rodziców dzieci, które nie korzystają z urządzeń, odpowiedziało, że przyczyną tego stanu rzeczy jest ich sytuacja finansowa (rodziców nie stać na takie urządzenia). Co drugi rodzic dziecka, które nie korzysta z urządzeń mobilnych, uważa, że używanie takich urządzeń przez dzieci może mieć negatywny wpływ na ich rozwój. Co czwarty rodzic przyznał, że przeczytał lub usłyszał, że do pewnego wieku w ogóle dzieci nie powinny korzystać z takich urządzeń.

Podsumowanie i wnioski

W toku przeprowadzonych badań udało się uzyskać odpowiedzi na postawione pytania badawcze w zakresie rozpowszechnienia oraz wzorów i motywów używania urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku od 0 do 6 lat. Udało się także zidentyfikować potencjalne zagrożenia związane z korzystaniem z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat.

W Polsce nieco ponad połowa dzieci w wieku do lat 6 korzysta z urządzeń mobilnych. Im starsze dziec-

Tabela 2. Korzystanie z urządzeń mobilnych pod nadzorem (pod okiem) rodzica lub opiekuna według wieku dziecka (% populacji używającej urządzeń mobilnych).

	do 11 miesięcy	12 do 23 miesięcy	24 do 35 miesięcy	36 do 47 miesięcy	48 do 59 miesięcy	60 do 72 miesięcy
Czasem samodzielnie, ale czasem pod nadzorem rodzica lub innego opiekuna	25	23	36	39	50	51
Wyłącznie pod nadzorem rodzica lub innego opiekuna	69	73	59	52	41	39

ko, tym korzystanie jest bardziej rozpowszechnione: z urządzeń mobilnych korzysta 10% dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia i 35% dwulatków. Badania prowadzone w 2019 roku (CBOS, 2019) pokazały, że z urządzeń mobilnych korzysta 60% dzieci w wieku od 24 do 47 miesięcy, do 75% dzieci w grupie 48 do 72 miesięcy. W najstarszej grupie dzieci korzystających z urządzeń mobilnych niemal co trzecie posiada własne takie urządzenie.

Wyniki naszego badania wskazują, że dzieci w wieku od 0 do 6 lat mają dostęp do treści skierowanych do tej grupy wiekowej, w dużej mierze są to treści rozrywkowe, pozbawione walorów edukacyjnych, a średni czas spędzany z urządzeniem mobilnym przekracza godzinę dziennie. Zaledwie 18% dzieci w wieku od 0 do 6 lat nigdy nie korzystało z urządzeń mobilnych samodzielnie (tzn. zawsze w towarzystwie innego dziecka albo dorosłego), a 7% rodziców przyznaje, że ich dziecko nigdy nie korzysta z urządzeń w towarzystwie dorosłego.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii (z 2016 roku) dzieci w wieku do 18. miesiąca życia nie powinny mieć kontaktu z ekranami komputerowymi bądź urządzeń mobilnych, podczas gdy dzieci po 24. miesiącu życia mogą mieć kontakt z urządzeniami ekranowymi pod pewnymi ograniczeniami – kontakt z nimi powinien odbywać się razem z rodzicami i nie przekraczać godziny dziennie. Zdaniem światowej sławy specjalistki w dziedzinie używania urządzeń mobilnych przez dzieci – Kimberly Young (2018), należałoby przeprowadzić szereg kampanii społecznych i warsztatów adresowanych do rodziców małych dzieci (do 18. miesiąca bądź do 23. miesiąca życia), których celem byłoby: przekazanie wiedzy dorosłym na temat zagrożeń związanych z korzystaniem z urządzeń mobilnych (i ekranów ogólnie) przez dzieci do 18. miesiąca życia oraz zwiększenie ich umiejętności organizowania czasu dziecka i sposobów spędzania przez nich czasu z dzieckiem.

Young opracowała również szereg rekomendacji dotyczących używania (i nieużywania) urządzeń ekranowych i internetu przez dzieci w różnym wieku (polska wersja została opracowana przez Fundację Dolce Vita¹). Do najważniejszych z nich należą:

- nieużywanie internetu (i urządzeń mobilnych) w roli opiekunki, tzn. niezastępowanie telefonem czy tabletem kontaktu z rodzicem po to, aby dziecko czymś zająć; aby nie przeszkadzało, nie marudziło,

- niekorzystanie przez dziecko z urządzeń ekranowych przed snem, podczas posiłku lub w czasie innej czynności,
 - dzieci w wieku do 2 lat nie powinny w ogóle korzystać z urządzeń ekranowych, a na pewno nie powinny dostawać smartfona albo tabletu jako nagrodę lub w celu uspokojenia (np. płaczu). Dzieci w wieku od 3 do 5 lat mogą używać urządzeń mobilnych (i ekranowych) do jednej godziny dziennie, lecz nie codziennie, i zawsze razem z rodzicem, mając kontakt jedynie ze sprawdzonymi treściami (preferowane są treści edukacyjne, np. kolorowanie albo wskazywanie cyfr).
- Warto zaznaczyć, że traktowanie urządzeń mobilnych jako nagrody lub jako regulatora emocji może mieć negatywne konsekwencje w przyszłości. Zgodnie z modelem GPIU (ang. *Generalised Problematic Internet Use* [Caplna, 2002, Rowicka, 2018]) czy I-PACE (Brandt i in., 2019) regulowanie emocji za pomocą internetu (w tym przypadku korzystnie z urządzeń, które są online), a także pozytywne oczekiwania (związane z nagrodą) mogą prowadzić do rozwinięcia zaburzeń używania (lub problemowego wzorca używania). Podstawową rekomendacją jest zatem unikanie traktowania urządzeń mobilnych jako nagrody oraz – jeśli rodzice uznają, że to dobry czas na wprowadzenie takich urządzeń – używanie ich w sposób funkcjonalny, np. aby znaleźć przepis kulinarny, z którego później skorzystacie podczas wspólnego z dzieckiem gotowania. Unikanie traktowania urządzeń mobilnych jako nagrody pozwoli na poszukiwanie innych, alternatywnych źródeł przyjemności.

Podsumowując, istnieje potrzeba stworzenia i przeprowadzenia rzetelnych, opartych na dowodach naukowych, kampanii informacyjnych, jak również spotkań i warsztatów (np. w postaci seminariów czy webinarów), których celem byłoby zarówno przekazanie wiedzy, jak i nauka umiejętności niezbędnych przy wprowadzaniu małego dziecka w świat technologii mobilnych, oraz zapewnienie rodzicom wiedzy na temat tego, jakich zachowań powinni unikać, czego nie robić, co robić w zamian, jak organizować dziecku czas i jak planować czas wspólnie spędzany.

Przypisy

¹ Poradnik „Nowoczesne technologie a nasze dzieci. Poradnik dla rodziców. Co każdy rodzic powinien wiedzieć na temat korzystania przez dziecko z nowoczesnych technologii”, Fundacja Dolce Vita, Zamość 2018.

Nowe substancje psychoaktywne (NSP) stanowią jeden z kluczowych obszarów w dyskusji nad problemem narkotykowym zarówno w Polsce, jak i w Europie. Jak pokazują dane europejskie, pomimo pewnych pozytywnych sygnałów, liczba NSP znajdujących się na rynku nadal jest wysoka i stanowi wyzwanie dla systemów monitorujących, polityki zdrowotnej i organów ścigania.

ZJAWISKO NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚWIETLE AKTUALNYCH DANYCH

Michał Kidawa

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

Zagadnienia wstępne

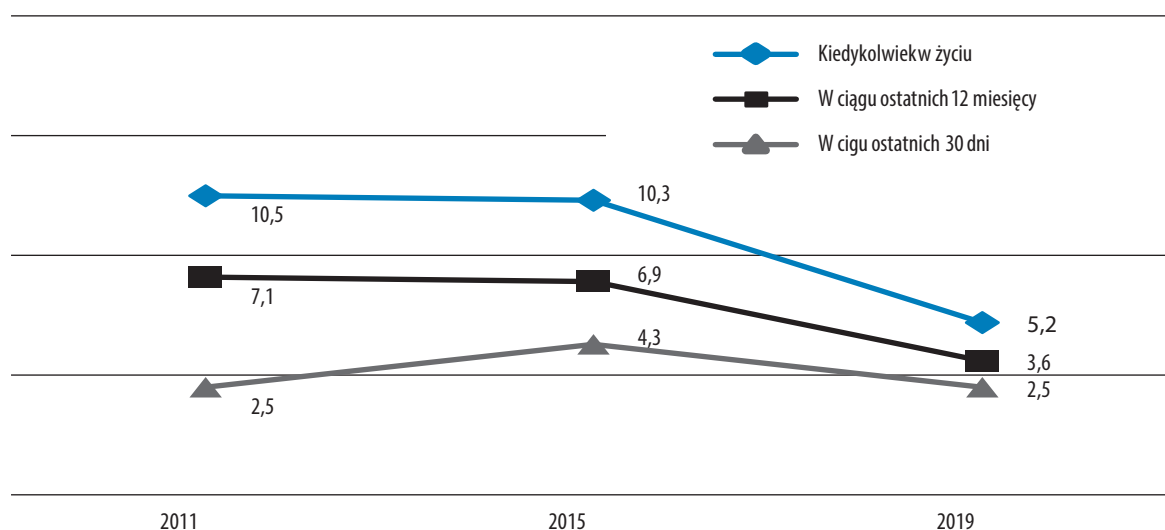
Zgodnie z informacjami zawartymi w najnowszej edycji niedawno opublikowanego „Europejskiego raportu narkotykowego 2021: tendencje i osiągnięcia” (EMCDDA, 2021), obecnie monitorowanych jest 830 nowych substancji psychoaktywnych, a co roku na rynku europejskim pojawia się ponad 400 nowych. Największy odsetek zgłaszanych substancji stanowią syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony – łącznie obie te grupy obejmują blisko 60% wszystkich substancji na rynku.

Analizując liczbę substancji zidentyfikowanych po raz pierwszy, należy zauważyć, że przez lata trendy dotyczące nowych substancji psychoaktywnych ulegały dynamicz-

nym zmianom. W latach 2005–2008 odnotowywano rocznie ok. kilkunastu nowych substancji na rynku europejskim. Od 2009 roku liczba ta systematycznie rosła, osiągając w 2014 roku 101 substancji. W następnym roku było ich niewiele mniej, bo 98. Od 2016 roku liczba pierwszych identyfikacji nowych substancji znacznie się zmniejszyła i teraz utrzymuje się na poziomie około 50. W 2020 roku w ramach Systemu Wczesnego Ostrzeżenia¹ po raz pierwszy w Europie wykryto 46 zupełnie nowych substancji.

Podobną tendencję można zauważyć w przypadku analizy liczby konfiskat. W 2015 roku liczba konfiskat NSP w Europie wynosiła ponad 60 tys. Od tamtego czasu liczba

Wykres 1. Trendy dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży (15-16 lat) (ESPAD) w latach 2011–2019.



Źródło: Sierosławski, 2020.

ta systematycznie spada, osiągając w 2020 roku poziom 34 800 przypadków. Można przypuszczać, że omawiane spadki mogą być konsekwencją coraz sprawniejszych rozwiązań prawnych wprowadzanych w państwach europejskich, mających na celu ograniczenie rynku nowych substancji psychoaktywnych. Nadal jednak nie jest to rynek mały. Jak podaje europejski raport w 2020 roku na naszym kontynencie skonfiskowano nowe substancje psychoaktywne o łącznej masie 2 ton.

Nowe substancje psychoaktywne w Polsce

Analizując sytuację nowych substancji psychoaktywnych w Polsce, konieczne jest przypomnienie zmian legislacyjnych, które zaszły w lipcu 2018 roku (Dz.U.2018 poz. 1490). Nowelizacja prawa miała kluczowe znaczenie w kształtowaniu obecnej sytuacji w zakresie NSP. Do najważniejszych zmian prawnych należało: wprowadzenie generycznych grup nowych substancji psychoaktywnych², zmiana statusu wykazu substancji psychoaktywnych z załącznika ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na rozporządzenie ministra zdrowia oraz zaostrzenie kar w odniesieniu do przestępstw związanych z NSP. Pierwotnie zdefiniowano cztery grupy generyczne: pochodne 2-fenyletyloaminy (I-NSP), pochodne katynonu (2-amino-1-fenylpropan-1-onu) (II-NSP), syntetyczne

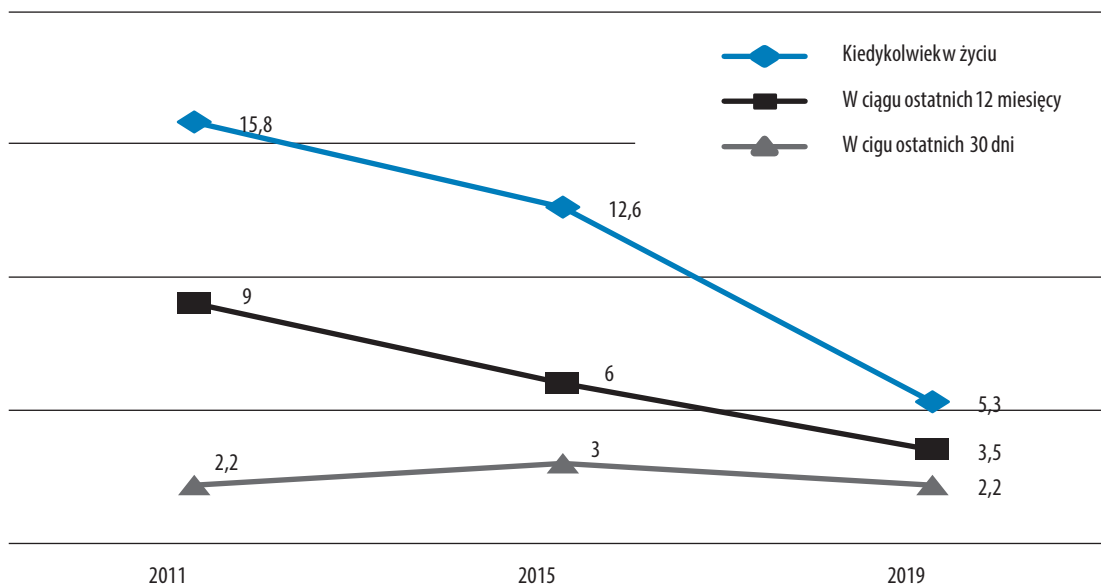
kannabinoidy (III-NSP), pochodne fentanylu (IV-NSP). W 2019 roku wykaz został uzupełniony o pochodne benzodiazepin (IV-NSP).

Kolejną istotną zmianą było przeniesienie wszystkich wykazów substancji z ustawy do dokumentu rangi rozporządzenia ministra zdrowia. Zabieg ten w znacznym stopniu podniósł reaktywność systemu na nowo pojawiające się zagrożenia poprzez przyspieszenie procedur modyfikacji wykazów.

W ramach nowelizacji zaostrzono także przepisy karne. Przed nowelizacją ustawy karano produkcję oraz wprowadzanie do obrotu nowych substancji psychoaktywnych, a sankcje miały charakter finansowych kar administracyjnych. Zmiana przepisów wprowadziła sankcje karne, zbliżone do kar obowiązujących za naruszenie przepisów dotyczących narkotyków tradycyjnych, czyli środków odurzających i substancji psychotropowych. Ponadto ustawodawca rozszerzył zakres penalizacji o przestępstwo posiadania NSP. W tym przypadku jednak przewidziano karę grzywny. Obecnie kary za złamanie pozostałych przepisów dotyczących produkcji czy wprowadzania do obrotu NSP niewiele różnią się poziomem uciążliwości od tych związanych z środkami odurzającymi i substancjami psychoaktywnymi.

Taki zabieg pozwolił praktycznie wyeliminować otwarty handel nowymi substancjami psychoaktywnymi, spychając handel tzw. dopalaczami do podziemia.

Wykres 2. Trendy dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży (17-18 lat) (ESPAD) w latach 2011–2019.



Źródło: Sierosławski, 2020.

Kolejnym istotnym elementem w budowaniu obrazu zjawiska nowych substancji psychoaktywnych są badania dotyczące używania tych substancji. Trendy w tym zakresie są komplementarnym elementem przy analizie i ocenie zmian zachodzących na rynku NSP po wprowadzeniu nowelizacji z 2018 roku. Jednym z najlepszych narzędzi do śledzenia trendów w tym zakresie są badania populacyjne, w tym przede wszystkim badania dotyczące kluczowej populacji narażonej na eksperymenty z tego typu substancjami, czyli młodzieży. Jednymi z najnowszych badań dostarczających tego typu informacji są badania realizowane w ramach międzynarodowego projektu ESPAD. Ostatnia edycja tych badań została zrealizowana w 2019 roku.

Badanie w Polsce przeprowadzane jest w dwóch kohortach wiekowych, czyli wśród 15-16-latków oraz wśród 17-18-latków (Sierosławski, 2020). Dane dla młodszej kohorty zaprezentowano na wykresie 1.

Jak widać, mamy do czynienia ze spadkiem deklaracji używania nowych substancji psychoaktywnych w ostatnim pomiarze we wszystkich analizowanych wskaźnikach w stosunku do poprzednich edycji badań. W latach 2011 i 2015 około 10% ankietowanych deklarowało używanie NSP kiedykolwiek w życiu. W 2019 roku odsetek ten spadł do 5,2%. Podobnie było w przypadku deklaracji używania NSP w ciągu ostatnich 12 miesięcy, gdzie odsetek ten spadł z prawie 7% w 2015 roku do 3,6%

w 2019 roku. Uczniowie także zdecydowanie rzadziej niż w poprzednich edycjach badań deklarowali używanie tego typu substancji w ciągu ostatnich 30 dni. Podobne trendy zaobserwowano także w starszej grupie wiekowej (wykres 2).

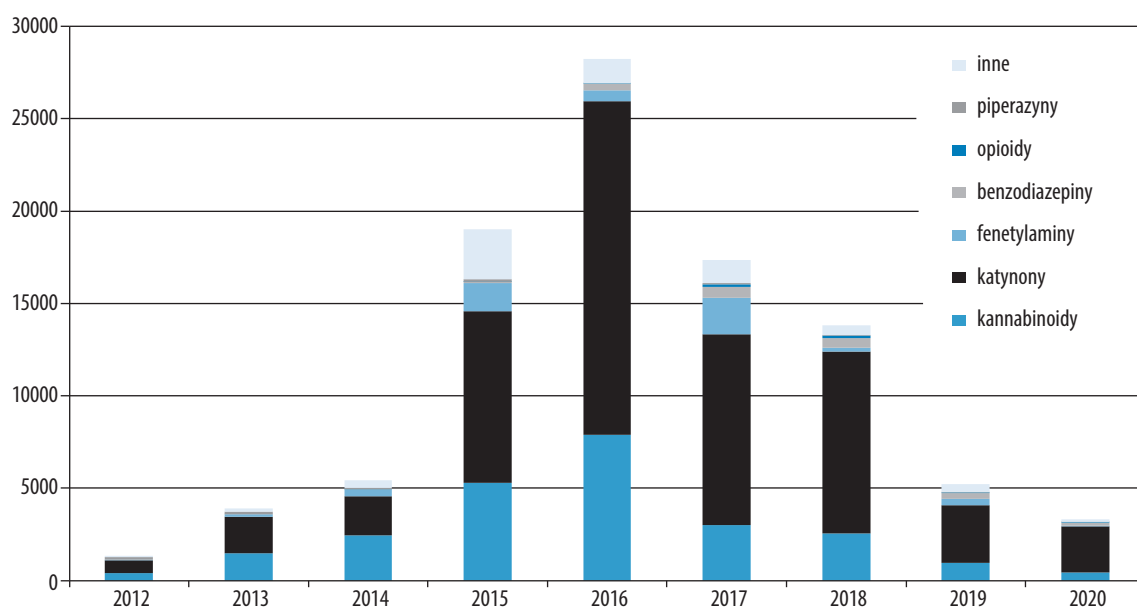
Wśród badanych 17-18-latków w 2011 roku prawie 16% deklarowało używanie NSP kiedykolwiek w życiu. W 2019 roku odsetek ten spadł do 5,3%. Podobne tendencje zaobserwowano w przypadku deklaracji używania NSP w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Odsetek młodzieży deklarującej używanie tzw. dopalaczy w tym czasie spadł z 9% w 2011 roku do 3,5% w 2019 roku. W przypadku używania w ciągu ostatnich 30 dni także wystąpiły spadki.

Zatem badania populacyjne wskazują na wyraźny spadek wskaźników dotyczących używania nowych substancji psychoaktywnych. W pewnym zakresie tę pozytywną tendencję potwierdzają poniżej zaprezentowane analizy identyfikacji NSP w Polsce.

Analiza danych dotyczących identyfikacji NSP w Polsce

Zaprezentowane analizy oparte są na danych z polskiego krajowego System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SWO). Pochodzą one z corocznych sprawdzeń dotyczących liczby i ilości

Wykres 3. Liczba identyfikacji NSP w podziale na grupy substancji w latach 2012–2020.

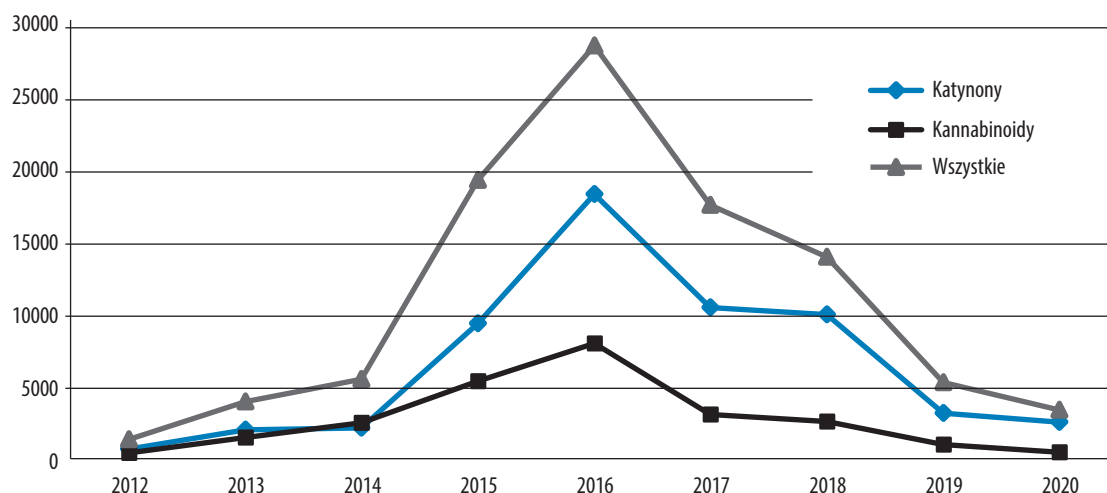


Zródło: CINN-SWO – obliczenia własne.

analizowanych nowych substancji psychoaktywnych w laboratoriach współtworzących SWO. Są to między innymi: Centralne Laboratorium Celne, Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji, Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie, Narodowy Instytut Leków, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Główny Inspektorat Sanitarny, Centralne Laboratorium Straży Granicznej. Dane te mają swoje ograniczenia, które należy brać pod uwagę. Po pierwsze, nie przedstawiają one całości

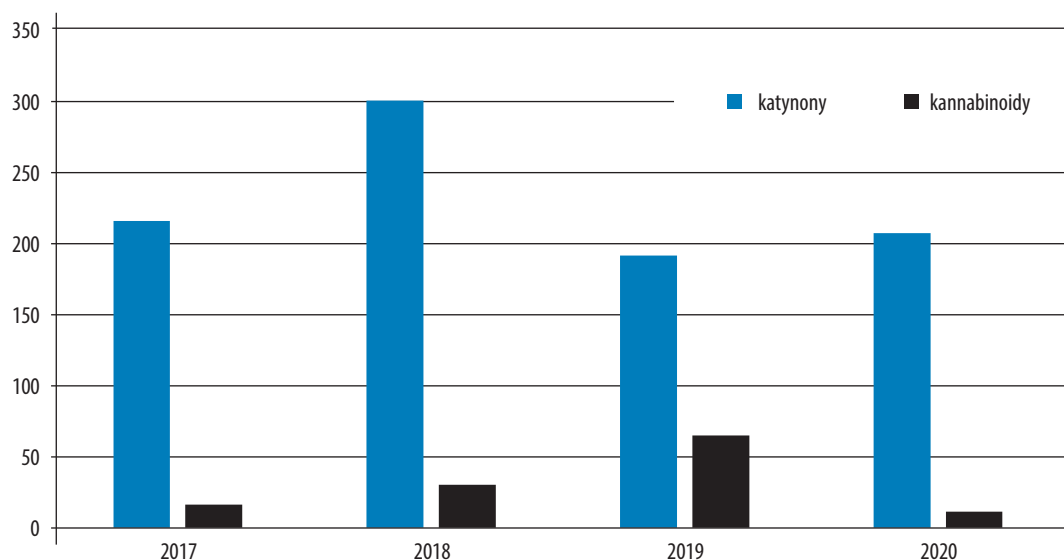
zabezpieczonych NSP w Polsce, a jedynie zbiorczą informację dotyczącą liczby i ilości substancji przekazanych do analizy. Niejednoznaczna jest także definicja przypadku. Niektóre laboratoria mają dostęp do informacji o całości zabezpieczonych NSP, a inne jedynie do ilości przekazanego materiału do analizy. Pomimo tego są to jedyne względnie kompleksowe dane dostępne obecnie i dobrze odzwierciedlają dynamiczne zmiany zachodzące na rodzimym rynku NSP.

Wykres 4. Liczba identyfikacji NSP w podziale na syntetyczne katynony i stynetyczne kannabinoidy w latach 2012–2020.



Źródło: CINN-SWO – obliczenia własne.

Wykres 5. Waga skonfiskowanych syntetycznych katynonów i kannabinoidów w latach 2017–2020 (kg).



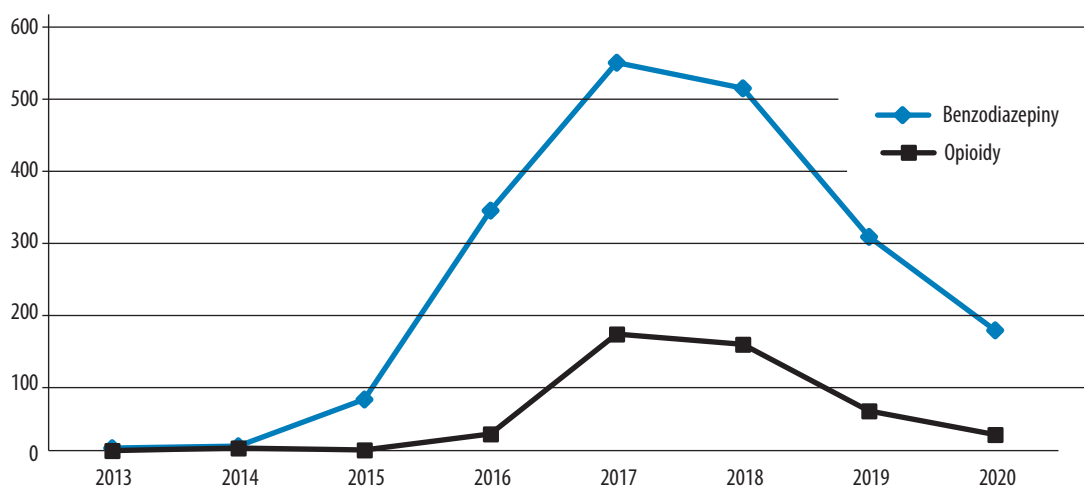
Źródło: CINN-SWO – obliczenia własne.

Analizując liczbę substancji zidentyfikowanych w laboratoriach w Polsce, wyraźnie widać dynamikę rozwoju zjawiska NSP w latach 2012–2016 (wykres 3). Liczba identyfikacji NSP wzrosła z ok. 1300 w roku 2012 do ponad 28 tys. w roku 2016. Następnie w latach 2017–2020 liczba ta zdecydowanie i systematycznie spadała. W 2020 roku odnotowano 3317 takich przypadków. Jak pokazują dane, polski rynek praktycznie od początku prowadzenia analiz był zdominowany przez dwie grupy substancji: syntetyczne katynony³ oraz syntetyczne kannabinoidy⁴ (wykres 4). W początkowych latach liczby zidentyfikowanych syntetycznych kannabinoidów oraz syntetycznych katynonów pozostawały na podobnym poziomie, ale już od 2015 roku zaczęła się dominacja syntetycznych katynonów (wykres 4). Obecnie stanowią one 75% wszystkich nowych substancji psychoaktywnych zidentyfikowanych w Polsce.

Zaprezentowane analizy wskazują na systematyczne spadki liczby zidentyfikowanych NSP od 2016 roku, nie pokazują jednak całego obrazu sytuacji. Trochę inny obraz zjawiska daje analiza pod względem wagi zabezpieczonych substancji. Na wykresie 5 zaprezentowana została ilość skonfiskowanych substancji z dwóch opisanych powyżej dominujących grup w okresie od 2017 roku do 2020 roku. Analiza ta wskazuje, że waga zabezpieczonych katynonów oscyluje wokół 200 kg. Wyjątek stanowi rok 2018, kiedy to waga zabezpieczonych katynonów sięgnęła 300 kg. O ile wzrost

w 2018 roku można wytłumaczyć akcjami policji po wprowadzeniu ustawy, których celem było zdecydowanie ograniczenie rynku, o tyle względnie stały wysoki poziom konfiskat w następnych latach może dziwić. Interpretując te dane, należy jednak zwrócić uwagę, że w 2018 roku policja dostała uprawnienia oraz narzędzia prawne do ścigania tego typu przestępstw i w następnych latach po prostu wykorzystywała je na szeroką skalę. Ponadto istnieją poszlaki, które wskazują na to, że po zdelegalizowaniu i wprowadzeniu sankcji karnych za przestępstwa związane z produkcją i handlem NSP, najprawdopodobniej produkcją tych substancji zajęły się mniej lub bardziej zorganizowane grupy przestępcze. Do takiego wniosku skłania fakt, że od 2019 roku w Polsce zdecydowanie wzrosła liczba zidentyfikowanych przez policję nielegalnych laboratoriów produkujących katynony (Perkowska, 2021), oraz pojawiło się kilka pojedynczych spraw dotyczących znacznego wolumenu. To ostatnie tłumaczyłoby spadek liczby analizowanych próbek przy utrzymaniu podobnego wolumenu. Dodatkowo analizując zabezpieczenia, można zauważyć, że większość dominujących na rynku konkretnych substancji znajduje się w wykazach substancji kontrolowanych. Zdarza się także, że substancje zdelegalizowane wiele lat temu, wracają na rynek. Takim przykładem może być mefedron, który po zdelegalizowaniu praktycznie zniknął z rynku, ale od kilku lat znowu zaczyna się pojawiać. Dla przykładu w roku 2020 zidentyfikowano go w 171 przypadkach,

Wykres 6. Liczba identyfikacji NSP w podziale na benzodiazepiny i opioidy.



Źródło: CINN-SWO – obliczenia własne.

a waga zabezpieczonych substancji wyniosła ponad 9 kg. Zaprezentowane informacje mogą sugerować, że rynek NSP w coraz większym stopniu zaczyna przypominać rynek narkotyków tradycyjnych. Analiza ze względu na wagę nie daje tak jednoznacznego obrazu w obszarze syntetycznych kannabinoidów, w przypadku których nastąpił wzrost zabezpieczonego wolumenu w 2019 roku, a następnie zdecydowany spadek w 2020 roku. Poza wyżej omówionymi syntetycznymi katynonami oraz syntetycznymi kannabinoidami są jeszcze dwie grupy substancji, zdecydowanie rzadziej występujące, ale ważne z punktu widzenia oceny zagrożenia ze strony rynku NSP. Są to nowe benzodiazepiny⁵ oraz syntetyczne opioidy⁶. Substancje te ze względu na mechanizm działania mogą stwarzać duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. Często mają one zdecydowanie silniejsze działanie przy mniejszych dawkach w porównaniu do pierwowzorów. W związku z tym łatwo można je przedawkować. Analizując trendy ich występowania, należy zauważyć, że mają one zupełnie inną dynamikę w stosunku do wcześniej omawianych grup (wykres 3).

Substancje z tych dwóch grup (nowe benzodiazepiny i syntetyczne opioidy) praktycznie nie występowały na rynku przed 2014 rokiem (patrz wykres 6). Benzodiazepiny pojawiły się ok. 2015 roku i liczba ich identyfikacji w laboratoriach systematycznie rosła, osiągając ponad 500 przypadków w 2017 i 2018 roku. Syntetyczne opioidy pojawiły się później i w latach 2017 oraz 2018 ich liczba oscylowała w okolicy ponad 150 przypadków. W ostatnich latach liczba tych substancji na rynku spadła. W 2020 roku liczba zidentyfikowanych w laboratoriach syntetycznych opioidów wyniosła 23, a nowych benzodiazepin 176. Analizowane dane wskazują na wiele pozytywnych tendencji, ale należy pamiętać, że w dalszym ciągu na rynku co jakiś czas pojawiają się nowe substancje, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia użytkowników oraz mają potencjał do tego, aby wywoływać masowe zatrucia. W 2020 roku na rynku europejskim pojawiły się przynajmniej trzy takie substancje. Były to syntetyczne kannabinoidy: MDMB-4en-PINACA i 4F-MDMB-BICA, oraz opioid izotonitazen (EMCDDA, 2021). Wszystkie te substancje spowodowały wiele zagrożeń w Europie i zostały poddane ocenie ryzyka przez komitet naukowy EMCDDA.

Niebezpieczne kannabinoidy – studium przypadku 4F-MDMB-BICA

Niektóre substancje z grupy syntetycznych kannabinoidów często oddziałują na receptory kannabinowe wielokrotnie silniej niż tetrahydrokannabinol (THC) zawarty w marihuanie, powodując wiele objawów niepożądanych. W niektórych przypadkach przyjmowanie tych substancji może prowadzić do zatruc, często o charakterze masowym, a także zgonów. Zagrożenie to potęgowane jest także przez fakt, że z uwagi na swoją aktywność, mają silne działanie nawet w niskich dawkach. Dla przypomnienia, w Polsce w 2015 roku wystąpiły masowe zatrucia, a także zgony związane tzw. mocarzem. Była to nazwa handlowa mieszanki ziołowej zawierającej syntetyczne kannabinoidy. W okresie zaledwie kilku dni produktem tym zatrulo się ponad 300 osób (EMCDDA, 2020). Późniejsze analizy wykazały, że za masowe zatrucia najprawdopodobniej odpowiedzialna była nowa w tamtym czasie substancja z grupy syntetycznych kannabinoidów – MDMB-CHMICA (Adamowicz i in., 2016).

W 2020 roku Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii poddało ocenie ryzyka dwa nowe syntetyczne kannabinoidy: MDMB-4en-PINACA oraz 4F-MDMB-BICA. Przyjrzyjmy się dokładnie ostatniemu z nich.

4F-MDMB-BICA jest syntetycznym kannabinoidem strukturalnie powiązany z wcześniej zidentyfikowanymi 4F-MDMB-BINACA i 5F-MDMB-PICA. Obie substancje w przeszłości także były odpowiedzialne za ciężkie zatrucia stanowiące zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Prawdopodobnie 4F-MDMB-BICA jest silnym agonistą receptorów kannabinoidowych. W zidentyfikowanych próbkach występował pod różnymi postaciami fizycznymi, takimi jak biały lub pomarańczowy proszek, tytoń impregnowany substancją, materiał ziołowy.

4F-MDMB-BICA po raz pierwszy w Europie został zidentyfikowany w lipcu 2020 roku. W niedługim czasie po tym zaczęły spływać informacje o zagrożeniach związanych z tą substancją na Węgrzech, gdzie doszło do serii zatruc i zgonów. W okresie od maja do sierpnia 2020 roku Węgry zgłosiły do Systemu Wczesnego Ostrzeżenia informacje o 21 zgonach, w przypadku których zidentyfikowano 4F-MDMB-BICA w próbkach biologicznych. Ostre zatrucia zostały także zarejestrowane

w innych krajach europejskich. W niektórych przypadkach w próbkach biologicznych wykryto również inne syntetyczne kannabinoidy. Zgłaszane objawy kliniczne zatruc obejmowały ból w klatce piersiowej, problemy z oddychaniem, drgawki, a także agresywne zachowania. W związku z tymi wydarzeniami w sierpniu 2020 roku EMCDDA rozesłało alert informujący o potencjalnym zagrożeniu ze strony tej substancji (Christie, 2021). Także w sierpniu zgłoszono pierwszą identyfikację tej substancji w Polsce, co skutkowało przygotowaniem i rozesłaniem alertu polskiego.

Ta bardzo krótka i pobieżna analiza pokazuje, że w Europie wciąż pojawiają się kannabinoidy stanowiące zagrożenie dla użytkowników i wyzwanie dla instytucji zdrowia publicznego. Dodatkowo pokazuje także, jak szybko od momentu pojawienia się substancji może ona powodować poważne skutki dla szerszych grup użytkowników.

Substancja ta została poddana ocenie ryzyka i w konsekwencji Rada Unii Europejskiej podjęła decyzję o jej delegalizacji. Na poziomie prawa polskiego substancja ta była kontrolowana na podstawie definicji generycznych.

Podsumowanie i wnioski

Nowe substancje psychoaktywne są obecne w debacie na temat problemów narkotykowych co najmniej od 2008 roku i przez wiele lat stanowiły jeden z głównych wątków poruszanych w dyskusjach. Od wprowadzenia w życie nowych przepisów w 2018 roku dyskusje te przestały być tak intensywne. Wiele danych i analiz wskazuje na zmieniający się rozmiar tego zjawiska. Zmniejsza się odsetek osób deklarujących używanie NSP, a także liczba analizowanych próbek. Z drugiej strony na wysokim poziomie pozostaje ilość konfiskowanych substancji (w szczególności katynonów), nastąpił również wzrost w obszarze identyfikacji nielegalnych laboratoriów trudniących się ich produkcją. Ponadto na rynek wracają stare już dawno zdelegalizowane substancje oraz pojawiają się nowe. Jest to obraz niejednoznaczny. Wydaje się, że zjawisko nowych substancji psychoaktywnych zostało ograniczone, a organy ścigania wraz z nowelizacją z 2018 roku dostały narzędzia, które pozwoliły sprawniej przeciwdziałać problemom związanym z tymi substancjami. Narzędzia te są coraz powszechniej wykorzystywane. Samo zjawisko NSP coraz bardziej

przypomina rynek tradycyjnych narkotyków nielegalnych. Jednak poziom zagrożenia dla użytkowników ze strony tych substancji w mojej opinii nie zmienił się bardzo. Nadal pojawiają się nowe substancje, które poprzez swój mechanizm działania mogą wywoływać na szerszą skalę zatrucia i zgony. Sądzę, że nie należy liczyć na to, że nowe substancje psychoaktywne znikną z rynku w zupełności. Bardziej prawdopodobne jest, że zajmą już na stałe swoje miejsce na nielegalnym rynku narkotykowym.

Przypisy

- ¹ System koordynowany przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), którego celem jest monitorowanie występowania nowych substancji psychoaktywnych w Europie.
- ² Grupy generyczne nowych substancji psychoaktywnych – sposób definiowania grup substancji ze względu na wspólne elementy struktury chemicznej.
- ³ Substancje o działaniu stymulującym i empatogennym będące pochodną katynonu.
- ⁴ Substancje syntetyczne oddziałujące na receptory kannabinoidowe (podobnie jak THC zawarte w marihuanie).
- ⁵ Substancje zbliżone pod względem struktury chemicznej oraz sposobu działania do benzodiazepin wykorzystywanych w medycynie, ale często o silniejszym działaniu.
- ⁶ Substancje syntetyczne wiążące się z receptorami opioidowymi, często charakteryzujące się wyższą aktywnością nawet w przypadku niskich dawek w porównaniu do znanych opioidów, jak np. heroina.

Bibliografia

- Adamowicz P., „Fatal intoxication with synthetic cannabinoid MDM-B-CHMICA”, *Forensic Science International* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.02.02>
- Christie R., Jorge R., de Moraes J., „Where are we with synthetic cannabinoids?”, 21st Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network, June 22-23 2021, Lisbon.
- EMCDDA, „New psychoactive substances: global markets, global threats and the COVID-19 pandemic. An update from the EU Early Warning System (December 2020)”, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2020.
- EMCDDA, „Risk assessment report on a new psychoactive substance: methyl 2-[[1-(4-fluorobutyl)-1H-indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate (4F-MDMB-BICA) in accordance with Article 5c of Regulation (EC) No 1920/2006”, Lisbon 2021a.
- EMCDDA, „Europejski raport narkotykowy 2021: tendencje i osiągnięcia”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2021.
- Perkowska I., „Update from Europol”, 21st Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network, June 22-23 2021, Lisbon.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2020.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U.2018 poz. 1490).

Celem artykułu jest ocena adaptacji dwóch testów przesiewowych: The South Oaks Gambling Screen (SOGS) i Kwestionariusza Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT) oraz opis ich właściwości psychometrycznych po ich przetłumaczeniu na język polski¹.

ADAPTACJA I WALIDACJA DWÓCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH – THE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS) I KWESTIONARIUSZ WCZESNEJ INTERWENCJI HAZARDOWEJ (EIGHT)

*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

Wprowadzenie

Osoby z zaburzeniami hazardowymi zaczynają poszukiwać pomocy dopiero na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju uzależnienia (Pulford i współ., 2009). Badania pokazują, że między wystąpieniem pierwszych objawów zaburzenia a podjęciem leczenia mija około pięciu lat (Achab i współ., 2014). Zdecydowanie rzadziej do leczenia zgłaszają się młodzi dorośli (Stinchfield, 2002).

Testy przesiewowe (*screening tests*) pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie i wczesne leczenie, pozwalające zapobiec poważniejszym następstwom choroby w przyszłości. Badania pokazują, że są one skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych (Potenza i współ., 2002). Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia (Wardle i współ., 2011; Wiebe, Volberg, 2007). Dzięki ich wykorzystaniu możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych. Wykorzystanie testów przesiewowych pozwala na wychwycenie osób zagrożonych zaburzeniami hazardowymi na wcześniejszym etapie uzależnienia, przed wystąpieniem szkód społecznych i zdrowotnych wynikłych z grania.

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych i zaburzeń psychicznych jest jeszcze bardziej rozpowszechnione niż występowanie samych zaburzeń hazardowych (Sellman

i współ., 2002; Stewart, Kushner, 2003; Winters, Kushner, 2003). Najczęściej współwystępują z nimi nikotynizm, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki), zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe (Grant i współ., 2002; Lorains i współ., 2011). Z uwagi na duże rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych z zaburzeniami psychicznymi specjaliści powinni przeprowadzać testy przesiewowe wśród pacjentów podejmujących leczenie z powodu występujących u nich zaburzeń psychicznych (Sellman i współ., 2002; Petry i współ., 2005). Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym kontekście kulturowym. Dokonuje się jej przy przenoszeniu narzędzia wykorzystywanego w jednym kraju do innego. Celem adaptacji jest uzyskanie testu opracowanego pierwotnie w języku angielskim w wersji polskiej, która będzie spójna pod względem konceptu, niezależnie od kultury, z językiem pierwotnym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób, aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji się dokonuje, zachowując jego trafność i rzetelność. Po dokonanej adaptacji dany test powinien mieć naturalne dla docelowego języka brzmienie i przynosić takie same rezultaty.

Z kolei walidacja jest oszacowaniem trafności testu, pozwalającym na określenie ważności i dokładności narzędzia pomiarowego. Rezultatem walidacji jest wskazanie, że metoda badawcza jest odpowiednia do osiągnięcia założonego celu (Rajda, 2011).

Metodologia badania

Testy przesiewowe

Do oceny wybrano dwa testy – The South Oaks Gambling Screen (SOGS) i Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (Early Intervention Gambling Health Test – EIGHT). Podobnie jak testy Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (Canadian Problem Gambling Index – CPGI) oraz Kwestionariusz Lie/Bet (Lie/Bet), są one oparte na klasyfikacji diagnostycznej DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) rewizja III-TR, DSM-IV, IV-TR.

Test The South Oaks Gambling Screen (SOGS) jest najbardziej znanym testem przesiewowym, informującym o możliwości wystąpienia patologicznego hazardu. Został zaprojektowany w latach 80. na bazie kryteriów klasyfikacji DSM-III i DSM-III-R; zawiera 20 pytań odnoszących się do zachowań hazardowych, takich jak chęć odgrywania się po przegranej, problemy z kontrolą grania, poczucie winy związane z graniem (Toneatto, Millar, 2004; Evans, Delfabbro, 2005). Test SOGS ma czułość na poziomie 99% oraz swoistość na poziomie 75%. Jego zaletą jest to, że posiada pytania społeczno-demograficzne, dzięki czemu po jego przeprowadzeniu można ocenić sytuację respondenta. Test SOGS, z uwagi na liczbę pytań i skomplikowanie w interpretacji wyniku, jest instrumentem zaprojektowanym raczej do prowadzenia screeningu w warunkach klinicznych, choć był również wykorzystywany w badaniach populacyjnych (Petry, 2005; Fortune, Goodie, 2010).

Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej porusza kwestie dotyczące między innymi samopoczucia (niepokoju, przygnębienia, poczucia winy) w związku z graniem, ukrywania czasu spędzanego na graniu, ilości przegranych pieniędzy i chęci odegrania się, krytycznych komentarzy z otoczenia osób z zaburzeniami hazardowymi w związku z graniem oraz podejmowania prób wygrania pieniędzy, aby spłacić długi. Test EIGHT został specjalnie zaprojektowany dla pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Czułość testu EIGHT wynosi 83%, a swoistość 92% (Potenza 2002).

Proces adaptacji i walidacji testów przesiewowych został opisany w pierwszym artykule poświęconym tej tematyce².

Wyniki

Adaptacja językowa testów przesiewowych

Zdaniem badanych tłumaczenia testów w większości były zrozumiałe. Jednak zarówno respondenci, jak i ankieterzy zidentyfikowali pytania, których rozumienie nastęrczało trudności. W teście SOGS pytanie dotyczące ukrywania dowodów grania (pytanie 11 – *Czy kiedykolwiek ukrywał/a Pan/Pani blankiety zakładów lub loterii, pieniądze, skrypty dłużne lub inne dowody na swój udział w grach hazardowych przed żoną/mężem, dziećmi lub innymi ważnymi osobami w Pana/Pani życiu?*) sprawiało respondentom trudności. Niektóre określenia użyte w pytaniu, np. skrypty dłużne, nie były jasne. Również pytania dotyczące sprzecznania się z domownikami na temat pieniędzy [pytanie 12 – *Czy kiedykolwiek sprzeczał/a się Pan/Pani z domownikami na temat tego, co robi Pan/Pani z pieniędzmi?* i pytanie 13 (*Jeśli na pytanie 12 odpowiedziano „tak”*) *Czy zdarzyło się, że sprzeczki na temat pieniędzy koncentrowały się na Pana/Pani graniu?*] były dla niektórych niezrozumiałe, gdyż wydawały się podobne. Badani nie bardzo wiedzieli także, czy debet na rachunku, to sytuacja „zadłużania rachunku bankowego”, o którym mowa w pytaniu 16 – *Jeśli pożyczal/a Pan/Pani pieniądze na granie w gry hazardowe lub aby spłacić długi spowodowane hazardem, to od kogo lub skąd (proszę zaznaczyć „tak” lub „nie” dla każdej pozycji), I. - Zadłużał/a Pan/Pani rachunek bankowy (czeki bez pokrycia).*

W przypadku testu SOGS pojawiły się również wątpliwości co do wyboru właściwej kategorii odpowiedzi. W pytaniu numer 1 (*Proszę wskazać, w jakich grach hazardowych brał/a Pan/Pani udział przynajmniej raz w ciągu całego życia. Dla każdego rodzaju gry proszę zaznaczyć jedną odpowiedź: „wcale” „rzadziej niż raz w tygodniu” lub „raz w tygodniu lub częściej”*), którego celem jest poznanie częstotliwości grania w poszczególne gry hazardowe, respondenci zwracali uwagę na dużą rozpiętość czasową odpowiedzi. Jeżeli badanym zdarzyło się zagrać w jakąś grę incydentalnie, to mieli wątpliwość, czy zaznaczyć odpowiedź „rzadziej niż raz w tygodniu” czy „wcale”. Nie mieli poczucia, że pasują one do ich doświadczenia. Z kolei w pytaniu numer 6, w którym respondent miał określić, czy robienie zakładów lub granie na pieniądze było kiedykolwiek jego problemem, odpowiedź „tak, w przeszłości miałem problemy, ale nie

obecnie” jest ich zdaniem nieadekwatna i nie oznacza, że osoba pozbyła się problemu z graniem. Odnosili ją raczej do tego, że teraz nie doświadczają problemów, ponieważ nie mają dostępu do hazardu z powodu na przykład leczenia się bądź porzucenia grania.

W przypadku Kwestionariusza Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT) wyniki adaptacji pokazały, że w ocenie respondentów takie stwierdzenia, jak *czasami odczuwam przygnębienie lub niepokój po zakończeniu grania* bądź *kiedy o tym myślę, granie w gry hazardowe czasami przysparzało mi problemów* wymagają dokładniejszego wytłumaczenia, o jakie stany emocjonalne chodzi lub o jakiego rodzaju problemy – rodzinne, psychiczne, finansowe.

Psychometryczne właściwości testu The South Oaks Gambling Screen

Wyniki testu przesiewowego pokazują, że prawie u dwóch trzecich respondentów (62,3%, n=187) prawdopodobnie występował hazard patologiczny, prawie co trzeci (29,7%, n=89) przejawiał pewne problemy z hazardem, natomiast jedynie u 8% (n=24) nie stwierdzono żadnych problemów z graniem.

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha testu był wysoki ($\alpha=0,891$). Wartości współczynników α , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich. Można zatem spójność wewnętrzną testu uznać za zadowalającą.

Krzywa Receiver Operating Curve (ROC) zaprezentowana na wykresie 1 sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,963 (95% przedział ufności: 0,9450,9-81).

Tabela 1. Ładunki czynnikowe pozycji The South Oaks Gambling Screen uzyskane w eksploracyjnej i confirmacyjnej analizie czynnikowej.

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe	
	EFA	CFA
1. Rodzaj gry	0,63	0,84
2. Jaką największą kwotę pieniędzy zaryzykował/a Pan/Pani w grze hazardowej w ciągu jednego dnia?	0,71	0,72
3. Które osoby z Pana/Pani najbliższego otoczenia mają (lub miały) problem z graniem hazardowym?	0,51	0,67
4. Jak często zdarza się Panu/Pani następnego dnia wracać do gry po to, aby się odegrać?	0,73	0,61
5. Czy kiedykolwiek twierdził/a Pan/Pani, że wygrał/a Pan/Pani pieniądze w grze hazardowej, chociaż nie miało to miejsca, a właściwie przegrał/a Pan/Pani?	0,62	0,86
6. Czy uważa Pan/Pani, że robienie zakładów lub granie na pieniądze było kiedykolwiek Pana/Pani problemem?	0,51	0,63
7. Czy kiedykolwiek grał/a Pan/Pani więcej lub dłużej, niż miał/a Pan/Pani wcześniej zamiar?	0,54	0,71
8. Czy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?	0,62	0,78
9. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w trakcie, kiedy Pan/Pani gra w gry hazardowe?	0,71	0,87
10. Czy kiedykolwiek chciał/a Pan/Pani skończyć z graniem hazardowym, ale uważał/a Pan/Pani, że nie da rady tego zrobić?	0,58	0,75
11. Czy kiedykolwiek ukrywał/a Pan/Pani blankiety zakładów lub loterii, pieniądze, skrypty dłużne lub inne dowody na swój udział w grach hazardowych przed żoną/mężem, dziećmi lub innymi ważnymi osobami w Pana/Pani życiu?	0,63	0,87
12. Czy kiedykolwiek sprzeczał/a się Pan/Pani z domownikami na temat tego, co robi Pan/Pani z pieniędzmi?	0,51	0,69
13. Czy zdarzyło się, że sprzeczki na temat pieniędzy koncentrowały się na Pana/Pani graniu?	0,62	0,72
14. Czy kiedykolwiek pożyczał/a Pan/Pani od kogoś pieniądze i nie zwracał/a ich Pan/Pani z powodu Pana/Pani grania hazardowego?	0,64	0,63
15. Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że w czasie, który powinien/powinna Pan/Pani spędzić w pracy lub szkole, grał/a Pan/Pani w gry hazardowe lub robił/a zakłady pieniężne?	0,57	0,75
16. Jeśli pożyczał/a Pan/Pani pieniądze na granie w gry hazardowe lub aby spłacić długi spowodowane hazardem, to od kogo lub skąd?	0,66	0,65

W przypadku testu SOGS odnotowano czułość na poziomie 0,895, a swoistość na poziomie 0,910. Zestawienie

Wykres 1. Krzywa ROC dla testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS).

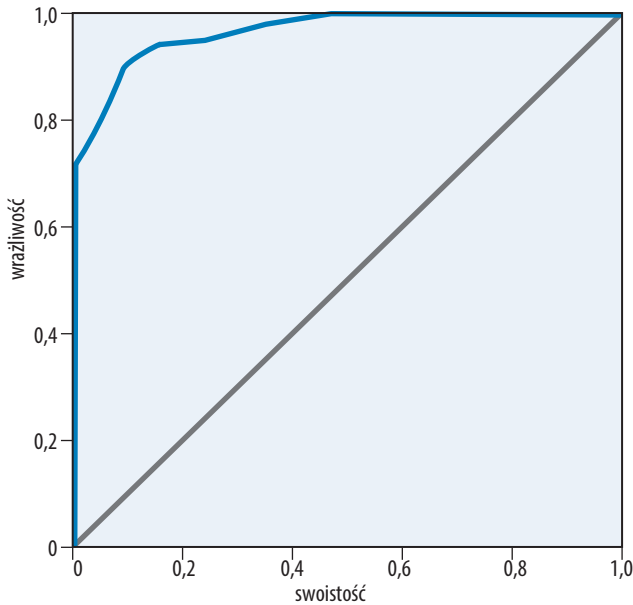


Tabela 2. Wyniki testu dla testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS),

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,963	0,009	0,000	0,945	0,981

*Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

wartości czułości i swoistości testu dla skumulowanych rozkładów punktów testu wskazuje na 7 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 7 lub więcej punktów wskazuje na występowanie hazardu patologicznego. Pozytywna wartość predykcyjna testu wyniosła 0,938, z kolei negatywna 0,832.

Psychometryczne właściwości testu Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT)

Wyniki pomiaru testem przesiewowym EIGHT pokazują, że u dwóch trzecich badanych (62%, n=186) granie hazardowe może być przyczyną problemów w ich życiu. Pozostali respondenci uzyskali 0-3 punkty na skali.

Tabela 3. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego The South Oaks Gambling Screen (SOGS).

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	1,000	0,180
2	1,000	0,338
3	0,994	0,519
4	0,975	0,639
5	0,944	0,767
6	0,938	0,842
7	0,895	0,910
8	0,846	0,932
9	0,765	0,962
10	0,710	0,992
11	0,623	1,000
12	0,549	1,000
13	0,444	1,000
14	0,370	1,000
15	0,210	1,000
16	0,136	1,000
17	0,086	1,000
18	0,025	1,000
19	0,006	1,000

Standaryzowany współczynnik a Cronbacha wyniósł $\alpha=0,837$. Wartości współczynników α nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnej pozycji z testu, co pozwala uznać spójność wewnętrzną testu za zadawalającą.

Wykres 2. Krzywa ROC dla testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT).

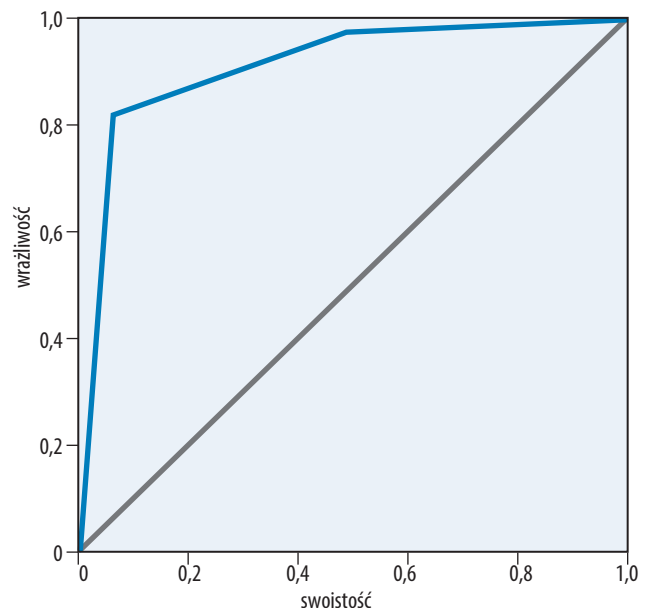


Tabela 4. Ładunki czynnikowe pozycji dla testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT) uzyskane w eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizie czynnikowej.

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe	
	EFA	CFA
1. Czasami odczuwam przygnębienie lub niepokój po zakończeniu grania w gry hazardowe	0,71	0,61
2. Czasami mam poczucie winy z powodu sposobu, w jaki gram	0,72	0,63
3. Kiedy o tym myślę, granie w gry hazardowe czasami przysparzało mi problemów	0,77	0,65
4. Czasami uważam, że lepiej nie mówić innym, zwłaszcza rodzinie, o tym, jak długo gram i ile na to wydaję	0,64	0,75
5. Często po skończeniu grania orientuję się, że nie mam już pieniędzy	0,68	0,71
6. Często odczuwam silną potrzebę, żeby wrócić do grania, odegrać się, odzyskać pieniądze przegrane ostatnim razem	0,67	0,70
7. Tak, w przeszłości byłem/am krytykowany/a z powodu grania w gry hazardowe	0,60	0,76
8. Tak, próbowałem/am wygrać pieniądze na spłatę długów	0,67	0,69

Krzywa ROC sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną. Również w tym przypadku obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,927 (95% przedział ufności: 0,897-0,958).

Tabela 5. Wyniki testu dla testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT).

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,927	0,016	0,000	0,897	0,958

*Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

Wartości czułości i swoistości testu EIGHT wynoszą odpowiednio 0,864 i 0,865. Czulość i swoistość dla tego testu dla skumulowanych rozkładów wskazuje na 5 punktów jako optymalną wartość graniczną. Tym samym uzyskanie w teście 5 lub więcej punktów wskazuje na występowanie problemów powodowanych przez hazard w życiu osoby poddającej się testowi. Pozytywna wartość predykcyjna

w teście wyniosła 0,886, z kolei negatywna wartość predykcyjna 0,839.

Tabela 6. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej (EIGHT).

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czulość	Swoistość
1	0,981	0,173
2	0,975	0,383
3	0,963	0,586
4	0,938	0,767
5	0,864	0,865
6	0,790	0,925
7	0,568	0,977
8	0,352	0,992

Podsumowanie

Wyniki badań pokazują, że istnieje potrzeba wykorzystania testów przesiewowych przez różne grupy zawodowe, np. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pracowników społecznych (Sullivan i współ., 2000; Wieczorek i współ., 2017). Dotychczas w Polsce nie zaadaptowano i nie walidowano testów przesiewowych zaburzeń hazardowych. Przeprowadzone przez nas badanie pozwoliło na zaadaptowanie do warunków polskich czterech testów. Wyniki adaptacji i walidacji testów Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI) oraz Kwestionariusza Lie/Bet opisano w numerze 1/2021 „Serwisu Informacyjnego Uzależnienia”. Wszystkie testy mogą być wykorzystywane w różnych warunkach pomiaru – w badaniach szacowania rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych prowadzonych w populacji generalnej oraz w badaniach na grupach podwyższonego ryzyka. Dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej testy mogą być narzędziem, które pozwoliłoby na wychwycenie wśród pacjentów osób zagrożonych wystąpieniem zaburzeń hazardowych.

Adaptacja językowa omawianych w artykule testów przesiewowych pokazała, że najczęściej wątpliwości respondenci mieli ze zrozumieniem sformułowań użytych w teście The South Oaks Gambling Screen (SOGS). W przypadku testu EIGHT pojawiły się tylko sporadyczne komentarze.

Wyniki walidacji testów przesiewowych pokazały różnice w interpretacji wyników w porównaniu do instrukcji zamieszczonych w wersjach oryginalnych. Według instrukcji testu The South Oaks Gambling Screen, do identyfikacji

osób, które powinny być poddane bardziej szczegółowemu procesowi diagnostycznemu, ponieważ istnieje ryzyko spełnienia kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu, badany musiał zgromadzić minimum 5 punktów. Walidacja pokazała, że w Polsce optymalną wartością graniczną, wskazującą na prawdopodobieństwo występowania patologicznego hazardu, jest uzyskanie minimum 7 punktów. Według instrukcji testu Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej twierdząca odpowiedź na minimum 4 pytania może być wskaźnikiem występowania problemów hazardowych w życiu. Natomiast walidacja pokazała, że optymalną wartością graniczną w warunkach polskich – jest minimum 5 odpowiedzi twierdzących.

Porównanie parametrów psychometrycznych tych dwóch testów przemawia za testem EIGHT, którego parametry w porównaniu z testem SOGS odznaczają się wyższą czułością i swoistością. Jednak różnice te nie są duże. Test EIGHT jest krótki i nieskomplikowany, przez co, podobnie jak test Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI), może być stosowany w badaniach nad rozpowszechnieniem zjawiska w populacji generalnej oraz w warunkach klinicznych do oceny ryzyka występowania zaburzenia. Z kolei zastoso-

wanie testu SOGS w badaniach w populacji generalnej może być kłopotliwe z uwagi na jego długość i bardziej skomplikowaną instrukcję interpretacji wyników. Jest on bardziej przydatny przy badaniach prowadzonych w populacjach klinicznych. Jego atutem są pytania pozwalające na poznanie sytuacji społeczno-demograficznej badanego. Mając zaadaptowane i zwalidowane testy, kolejnym etapem powinno być upowszechnienie ich w organizacjach i instytucjach z obszaru ochrony zdrowia, pomocy społecznej, jak również w instytucjach odpowiedzialnych za pomoc osobom z grup podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń hazardowych. Instytucje te powinny zachęcać, np. lekarzy, terapeutów, pracowników socjalnych, do stosowania testów i wdrożenia ich jako narzędzi wykorzystywanych na etapie rozpoznania sytuacji pacjenta.

Przypisy

- ¹ Projekt został sfinansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- ² „Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych oraz kwestionariusz Lie/Bet”, Serwis Informacyjny Uzależnień, 1, 2021.

POLSKIE WERSJE ZAADAPTOWANYCH I ZWALIDOWANYCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH

KWESTIONARIUSZ THE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN

1. Proszę wskazać, w jakich grach hazardowych brał/a Pan/Pani udział przynajmniej raz w ciągu całego życia. Dla każdego rodzaju gry proszę zaznaczyć jedną odpowiedź: „wcale”, „rzadziej niż raz w tygodniu” lub „raz w tygodniu lub częściej”.

PROSZĘ POSTAWIĆ „Y” PRZY JEDNEJ ODPOWIEDZI DLA KAŻDEGO RODZAJU GRY:	Wcale	Rzadziej niż raz w tygodniu	Raz w tygodniu lub częściej
A. Gra w karty na pieniądze			
B. Zakłady na wyścigach koni, psów lub innych zwierząt (zakłady przez internet, na torze wyścigowym lub zakłady u bukmachera)			
C. Zakłady sportowe			
D. Gra w kości			
E. Wizyta w kasynie (legalnym lub nielegalnym)			
F. Gry liczbowe (np. Lotto)			
G. Gra w Bingo			
H. Gra na giełdzie i/lub rynku towarowym			
I. Gra na automatach			
J. Gra w kręgle, bilard, darta lub inne gry zręcznościowe na pieniądze			
K. Gra w zdraпки lub losy papierowe inne niż loterie			
L. Gry hazardowe niewymienione powyżej (proszę określić):			

2. Jaką największą kwotę pieniędzy zaryzykował/a Pan/Pani w grze hazardowej w ciągu jednego dnia?

Nigdy nie grałem/am w gry hazardowe		Powyżej 500 zł, ale nie więcej niż 5000 zł	
5 zł lub mniej		Powyżej 5000 zł, ale nie więcej niż 50 000 zł	
Powyżej 5 zł, ale nie więcej niż 50 zł		Powyżej 50 000 zł	
Powyżej 50 zł, ale nie więcej niż 500 zł			

3. Proszę zaznaczyć, które osoby z Pana/Pani najbliższego otoczenia mają (lub miały) problem z graniem hazardowym.

Ojciec		Matka	
Brat lub siostra		Żona/mąż lub partner/partnerka	
Dziecko (dzieci)		Inny krewny	
Przyjaciel lub ktoś inny ważny w moim życiu			

4. Jak często zdarza się Panu/Pani następnego dnia wracać do gry po to, aby się odegrać?

Nigdy		W większości przypadków	
W mniej niż połowie przypadków		Za każdym razem	

5. Czy kiedykolwiek twierdził/a Pan/Pani, że wygrał/a Pan/Pani pieniądze w grze hazardowej, chociaż nie miało to miejsca, a właściwie przegrał/a Pan/Pani?

Nigdy	
Tak, rzadziej niż w połowie przypadków, gdy przegrałem/am	
Tak, w większości przypadków	

6. Czy uważa Pan/Pani, że robienie zakładów lub granie na pieniądze było kiedykolwiek Pana/Pani problemem?

Nie		Tak		Tak, w przeszłości miałem problemy, ale nie obecnie	
-----	--	-----	--	---	--

7. Czy kiedykolwiek grał/a Pan/Pani więcej lub dłużej, niż miał/a Pan/Pani wcześniej zamiar?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

8. Czy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

9. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w trakcie, kiedy Pan/Pani gra w gry hazardowe?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

10. Czy kiedykolwiek chciał/a Pan/Pani skończyć z graniem hazardowym, ale uważał/a Pan/Pani, że nie da rady tego zrobić?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

11. Czy kiedykolwiek ukrywał/a Pan/Pani blankiety zakładów lub loterii, pieniądze, skrypty dłużne lub inne dowody na swój udział w grach hazardowych przed żoną/mężem, dziećmi lub innymi ważnymi osobami w Pana/Pani życiu?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

12. Czy kiedykolwiek sprzeczał/a się Pan/Pani z domownikami na temat tego, co robi Pan/Pani z pieniędzmi?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

13. (Jeśli na pytanie 12 odpowiedziano „tak”) Czy zdarzyło się, że sprzeczki na temat pieniędzy koncentrowały się na Pana/Pani graniu?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

14. Czy kiedykolwiek pożyczał/a Pan/Pani od kogoś pieniądze i nie zwracał/a ich Pan/Pani z powodu Pana/Pani grania hazardowego?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

15. Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że w czasie który powinien/powinna Pan/Pani spędzić w pracy lub szkole grał/a Pan/Pani w gry hazardowe lub robił/a zakłady pieniężne?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

16. Jeśli pożyczał/a Pan/Pani pieniądze na granie w gry hazardowe lub aby spłacić długi spowodowane hazardem, to od kogo lub skąd (proszę zaznaczyć „tak” lub „nie” dla każdej pozycji):

A. Z pieniędzy domowych	Tak		Nie	
B. Od żony/męża	Tak		Nie	
C. Od innych krewnych lub teściów	Tak		Nie	
D. Od banku, firm pożyczkowych lub instytucji kredytowych	Tak		Nie	
E. Z kart kredytowych	Tak		Nie	
F. Od firm lichwiarskich i firm oferujących wysokooprocentowane pożyczki (np. kredyty chwilówki)	Tak		Nie	
G. Sprzedawał/a Pan/Pani akcje, obligacje lub inne papiery wartościowe	Tak		Nie	
H. Sprzedawał/a Pan/Pani własność osobistą lub rodzinną	Tak		Nie	
I. Zadłużał/a Pan/Pani rachunek bankowy (czeki bez pokrycia)	Tak		Nie	
J. Ma (miał/a) Pan/Pani otwarty kredyt u bukmachera?	Tak		Nie	
K. Ma (miał/a) Pan/Pani otwarty kredyt w kasynie?	Tak		Nie	

KWESTIONARIUSZ SOUTH OAKS DO ZBIERANIA DANYCH DOTYCZĄCYCH HAZARDU – ARKUSZ WYNIKÓW [SOGS]

W kwestionariuszu SOGS dla każdego pytania, na które udzielona zostaje odpowiedź wskazująca na „ryzyko”, przyznawany jest jeden punkt. Następnie wszystkie punkty są sumowane.

Pytanie 1.	X	Nie należy liczyć
Pytanie 2.	X	Nie należy liczyć
Pytanie 3.	X	Nie należy liczyć
Pytanie 4.		W większości przypadków lub Za każdym razem
Pytanie 5.		Tak, rzadziej niż w połowie przypadków, gdy przegrałem/am lub Tak, w większości przypadków
Pytanie 6.		Tak, w przeszłości miałem problem, ale nie obecnie lub Tak
Pytanie 7.		Tak
Pytanie 8.		Tak
Pytanie 9.		Tak
Pytanie 10.		Tak
Pytanie 11.		Tak
Pytanie 12.	X	Nie należy liczyć
Pytanie 13.		Tak
Pytanie 14.		Tak

Pytanie 15.		Tak
Pytanie 16 A.		Tak
Pytanie 16 B.		Tak
Pytanie 16 C.		Tak
Pytanie 16 D.		Tak
Pytanie 16 E.		Tak
Pytanie 16 F.		Tak
Pytanie 16 G.		Tak
Pytanie 16 H.		Tak
Pytanie 16 I.		Tak
Pytanie 16 J.	X	Nie należy liczyć
Pytanie 16 K.	X	Nie należy liczyć
Łącznie punktów (maksymalny wynik = 20)		

Interpretacja wyniku:

0 pkt	Brak problemów z hazardem
1-4 pkt	Pewne problemy z hazardem
5 pkt i więcej	Prawdopodobnie hazard patologiczny

KWESTIONARIUSZ WCZESNEJ INTERWENCJI HAZARDOWEJ

Kwestionariusz Wczesnej Interwencji Hazardowej			
1.	Czasami odczuwam przygnębienie lub niepokój po zakończeniu grania w gry hazardowe		
	Tak, to prawda		Nie
2.	Czasami mam poczucie winy z powodu sposobu, w jaki gram		
	Tak, tak jest		Nie, tak nie jest
3.	Kiedy o tym myślę, granie w gry hazardowe czasami przysparzało mi problemów		
	Tak, tak jest		Nie, tak nie jest
4.	Czasami uważam, że lepiej nie mówić innym, zwłaszcza rodzinie, o tym jak długo gram i ile na to wydaję		
	Tak, to prawda		Nie
5.	Często po skończeniu grania orientuję się, że nie mam już pieniędzy		
	Tak, tak jest		Nie, tak nie jest
6.	Często odczuwam silną potrzebę, żeby wrócić do grania, odegrać się, odzyskać pieniądze przegrane ostatnim razem		
	Tak, tak jest		Nie, tak nie jest
7.	Tak, w przeszłości byłem/am krytykowany/a z powodu grania w gry hazardowe		
	Tak, to prawda		Nie
8.	Tak, próbowałem/am wygrać pieniądze na spłatę długów		
	Tak, to prawda		Nie

Punktacja:

Jeśli odpowie Pan/Pani „tak” na 4 lub więcej pytań, granie hazardowe może być przyczyną problemów w Pana/Pani życiu.

W niniejszym artykule przedstawiam sytuację w zakresie trzech form przeciwdziałania narkomanii: profilaktyki, edukacji i szkoleń realizowanych w poszczególnych województwach w ramach gminnych programów przez jednostki samorządu terytorialnego.

ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. CZĘŚĆ II

Artur Malczewski

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

Opisywane dane zostały opracowane na podstawie ankiet corocznie wysyłanych do gmin i miast w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Za 2019 rok otrzymano ankiety z 2183 gmin na temat realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) i dane ogólnopolskie procentowane są do tej liczby. Procenty wojewódzkie odnoszą się do liczby przesłanych ankiet z województw, które zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Liczba ankiet oraz odsetek ankiet z poszczególnych województw.

Województwo	Liczba otrzymanych ankiet	Odsetek ankiet
dolnośląskie	168	99
kujawsko-pomorskie	126	88
lubelskie	95	45
lubuskie	82	100
łódzkie	134	76
małopolskie	160	88
mazowieckie	230	73
opolskie	71	100
podkarpackie	132	83
podlaskie	118	100
pomorskie	104	85
śląskie	159	95
świętokrzyskie	100	98
warmińsko-mazurskie	112	97
wielkopolskie	225	100
zachodniopomorskie	104	92

Zródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN.

Profilaktyka uniwersalna jest jedną z najczęściej realizowanych form przeciwdziałania narkomanii przez gminy. Odsetek gmin, które wspierały programy profilaktyki uniwersalnej, wyniósł 72% w całej Polsce, co oznacza że prawie trzy czwarte gmin finansowało działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii w ramach gminnych programów. Wykres 1 przedstawia odsetek gmin w poszczególnych województwach realizujących programy z zakresu profilaktyki uniwersalnej w 2019 roku. Najwięcej gmin wspierało tego typu profilaktykę w województwie dolnośląskim (80% gmin, które przesłały sprawozdania), warmińsko-mazurskim (78%) zachodniopomorskim (77%) i śląskim (77%). Najrzadziej zaś ten rodzaj profilaktyki wspierały gminy województwa podlaskiego (54%), łódzkiego (65%) i lubelskiego (65%). Oprócz programów profilaktyki uniwersalnej samorządy terytorialne w dużym zakresie prowadziły działania edukacyjne. W 2019 roku tego typu działania wspierało 80% gmin. Najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie dolnośląskim (88%) i śląskim (87%), a najniższe w województwie podlaskim (64%).

Niewielki odsetek gmin w Polsce wspierał działania z zakresu profilaktyki selektywnej (10%). Analizując zróżnicowanie terytorialne, widać duże różnice pomiędzy poszczególnymi województwami. Największe odsetki odnotowano, podobnie jak w przypadku profilaktyki uniwersalnej, w województwach: zachodniopomorskim (15%), dolnośląskim (15%) i śląskim (15%) (wykres 3). Najrzadziej wspierano profilaktykę selektywną w województwie podkarpackim (5%), lubelskim (6%) i świętokrzyskim (6%). W jeszcze mniejszym stopniu realizowane były zadania z zakresu profilaktyki wskazującej (5% gmin w Polsce). Najwięcej gmin podejmowało takie

działania na Śląsku (10%), a najmniej w województwie podkarpackim (1%).

W ramach ankiety gminy były pytane o dofinansowanie kampanii społecznych. Prawie co czwarta gmina w Polsce wspierała tego typu działania (23%). Najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie zachodniopomorskim (42%) i lubuskim (36%), a najmniejsze w podlaskim (14%) i świętokrzyskim (16%).

W ramach swoich działań jednostki samorządowe również realizowały lub dofinansowały szkolenia dla osób zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. W 2019 roku tego typu działania podejmowało 28% gmin. Największe odsetki odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (40%) i kujawsko-pomorskim (38%), a najmniejsze w podlaskim (15%).

Podsumowanie

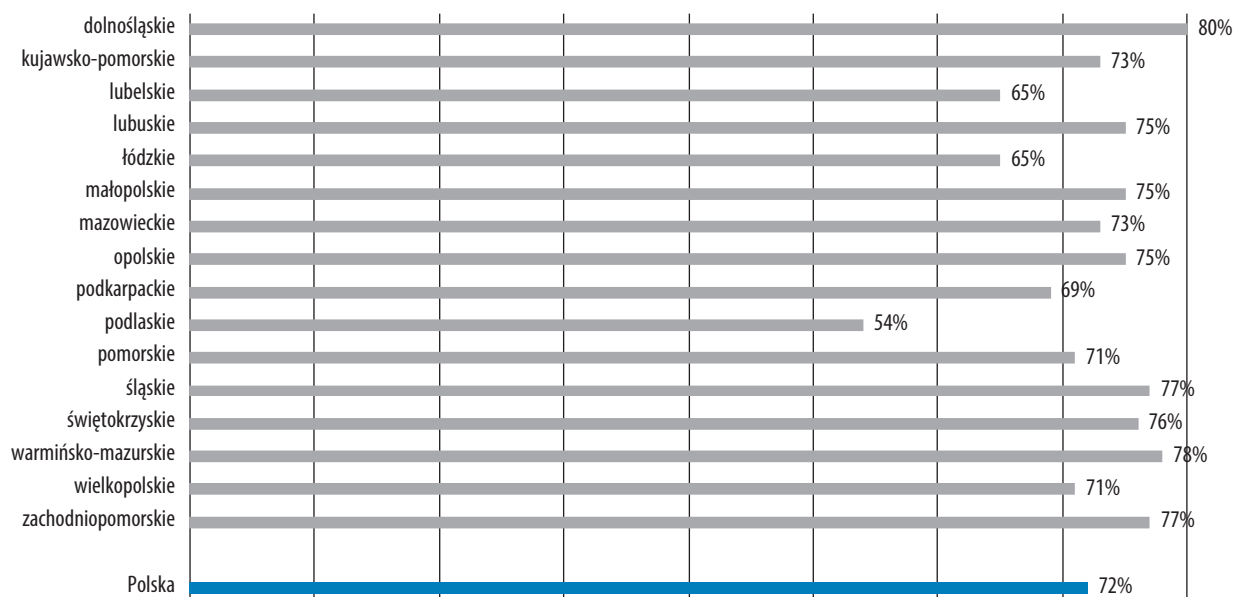
Lokalne działania powinny być wspierane przez samorządy, które, jak widać, w różnym stopniu angażują się w przeciwdziałanie narkomanii. Generalnie na poziomie lokalnym najczęściej realizowane są działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Nadal jednak kwestią otwartą pozostaje jakość prowadzonych działań w obszarze profilaktyki. W tym kontekście warto zwrócić uwagę

na rosnące wsparcie programów rekomendowanych przez samorządy. W 2019 roku 912 gmin realizowało chociaż jeden program rekomendowany¹, w 2015 roku było ich o wiele mniej – 314. Od 2015 roku obserwujemy coroczny wzrost liczby gmin finansujących tego typu programy. Najnowsze dane z realizacji KPPN za 2020 rok, które będą dostępne w drugiej połowie 2021 roku, prawdopodobnie po raz pierwszy pokażą spadek liczby gmin, które wspierały programy rekomendowane. Będzie to efektem pandemii COVID-19, ponieważ programy te nie były opracowane do wdrażania on-line, zatem część realizatorów wstrzymała się z ich implementacją w okresie pandemii. Nie zmienia to faktu, że powinny one stanowić ważny element podejmowanych działań z zakresu profilaktyki. Wdrażanie efektywnych działań powinno być poprzedzone analizą sytuacji i posiadanych zasobów, bo jak pokazuje poniższy artykuł, sytuacja pomiędzy poszczególnymi województwami jest zróżnicowana. Zatem odpowiedź na zjawisko również będzie się różnić pomiędzy województwami.

Przypisy

¹ Informacje o programach rekomendowanych znajdują się na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <https://programyrekmedowane.pl>

Wykres 1. Odsetek gmin w województwach, które wspierały finansowo programy profilaktyki uniwersalnej w 2019 roku.



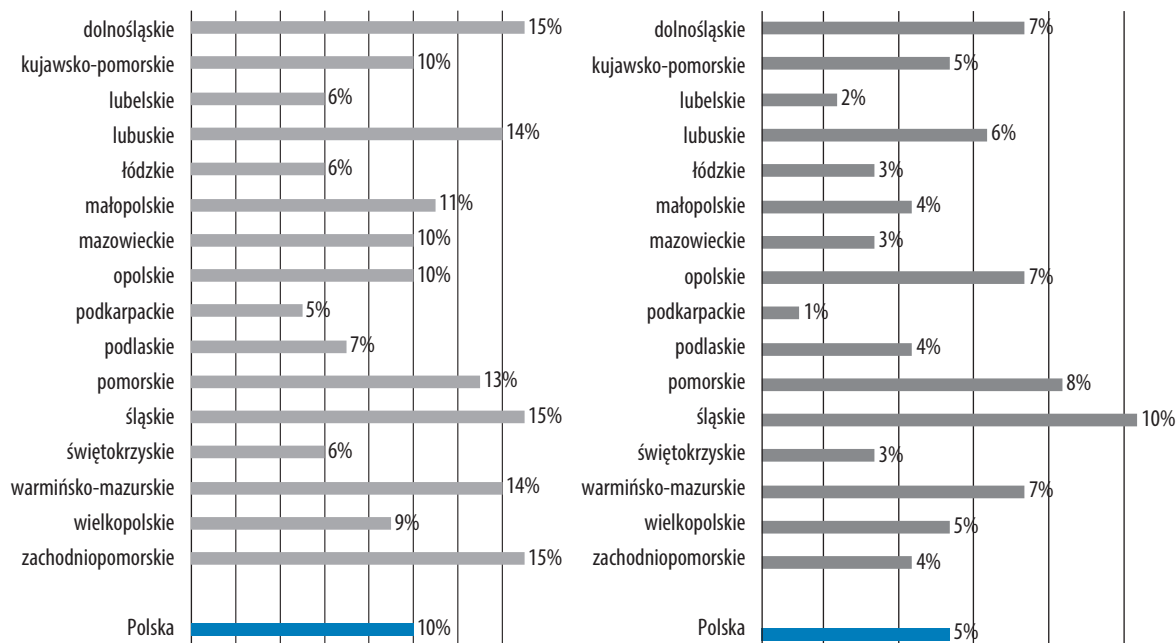
Źródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN.

Wykres 2. Odsetek gmin, które w 2019 roku finansowały działania edukacyjne.



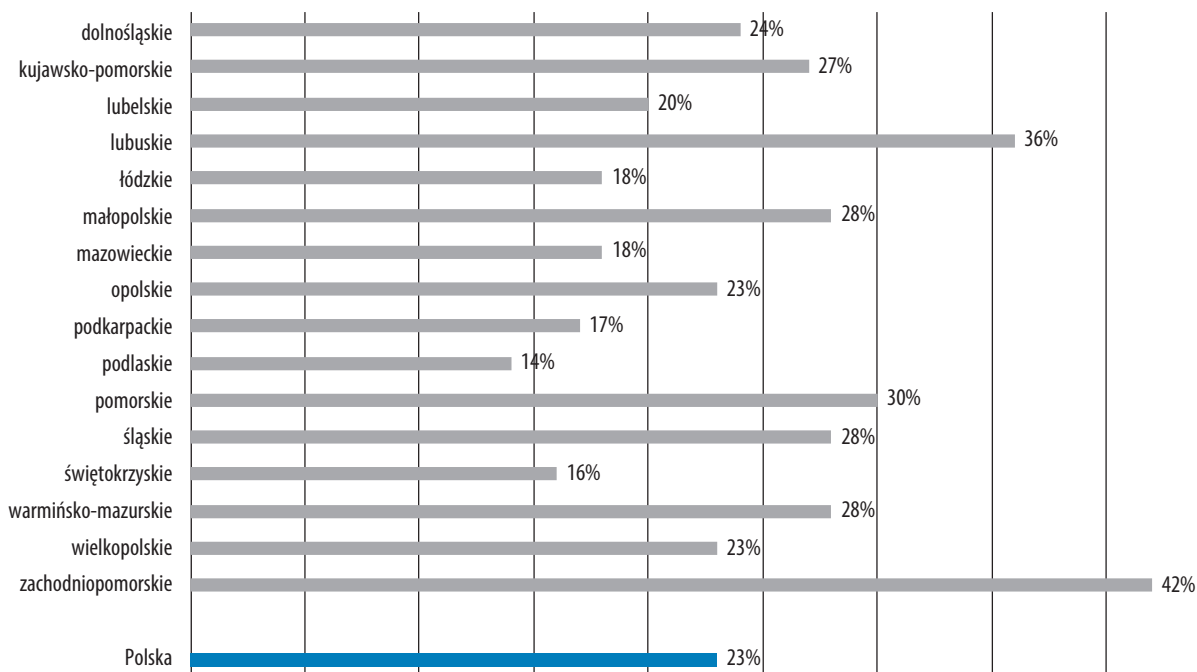
Źródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN.

Wykres 3. Odsetek gmin w województwach, które wspierały finansowo programy profilaktyki selektywnej i wskazującej w 2019 roku.



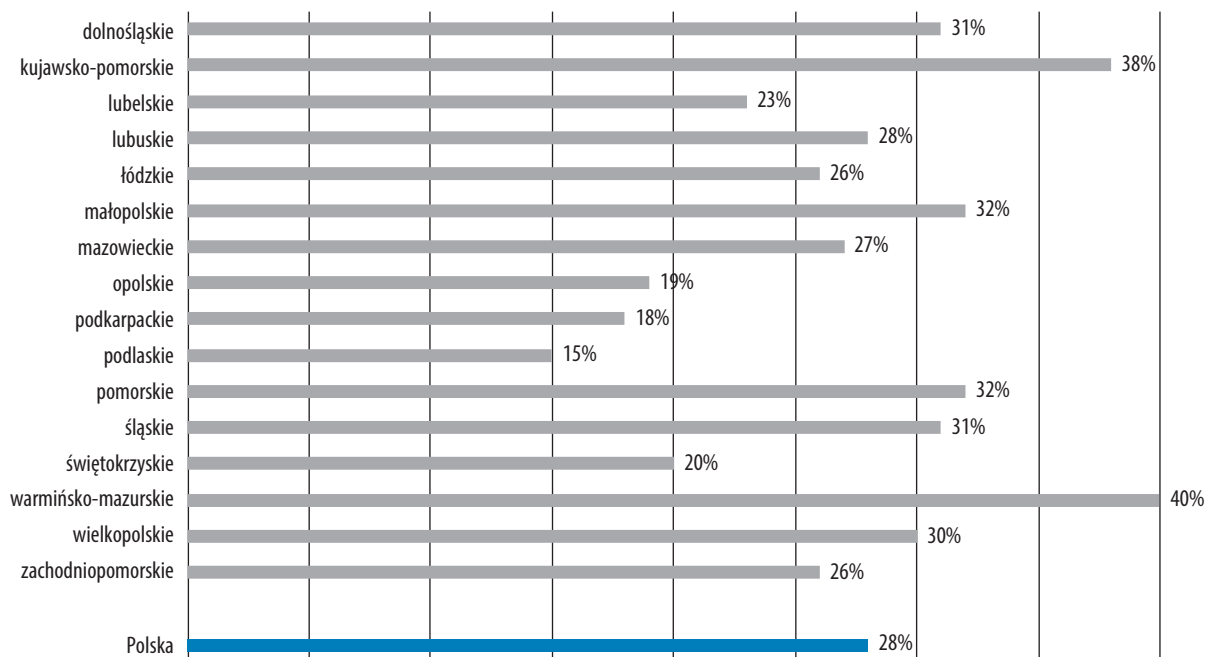
Źródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN

Wykres 4. Odsetek gmin w województwach, które organizowały lub dofinansowywały kampanie społeczne w 2019 roku.



Źródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN.

Wykres 5. Odsetek gmin realizujących lub dofinansujących w 2019 roku szkolenia.



Źródło: Dane z realizacji KPPN w 2019 roku opracowane przez CINN KBPN.

RAPORT O STANIE NARKOMANII W POLSCE 2020



Na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923> – opublikowany jest „Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020”. Wydawnictwo to prezentuje dane i informacje na temat narkotyków i narkomanii w naszym kraju, opisuje również działania podejmowane w obszarach redukcji popytu i podaży narkotyków.

Część danych została umieszczona w szerszym, europejskim kontekście, co umożliwia porównanie sytuacji w Polsce do sytuacji w innych krajach.

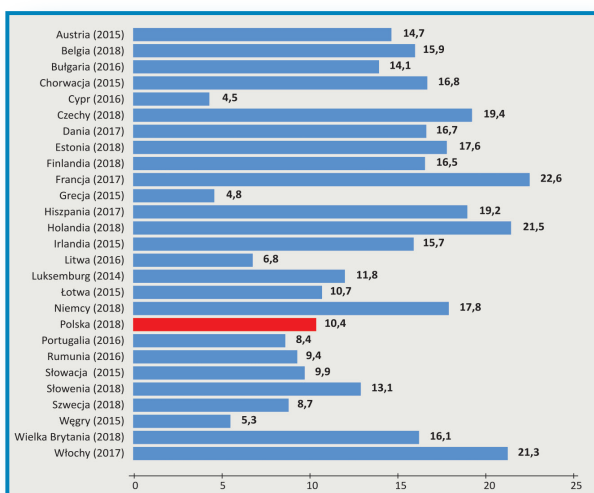
Raport opiera się na wynikach ogólnopolskich badań na reprezentatywnych próbach populacji generalnej (15-64 lata), prowadzonych na przełomie 2018 i 2019 roku, oraz badań ESPAD¹ młodzieży szkolnej z roku 2019, prezentuje także dane ze sprawozdania z realizacji w 2019 roku programu przeciwdziałania narkomanii i zwalczania przestępczości narkotykowej resortu spraw wewnętrznych.

W Aneksie zawarto zestawienie linków do stron internetowych, raportów oraz publikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Szerokie spektrum omawianych w raporcie zagadnień składa się na wyczerpujący obraz problematyki narkomanii w naszym kraju.

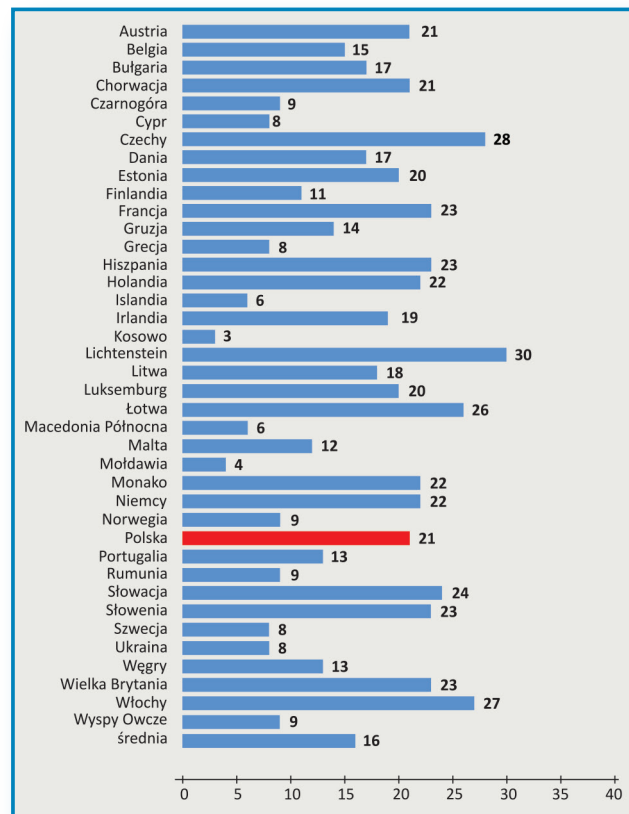
W następnym numerze Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA przedstawimy najnowsze dane do części tematów omówionych w raporcie.

Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (%).



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2020.

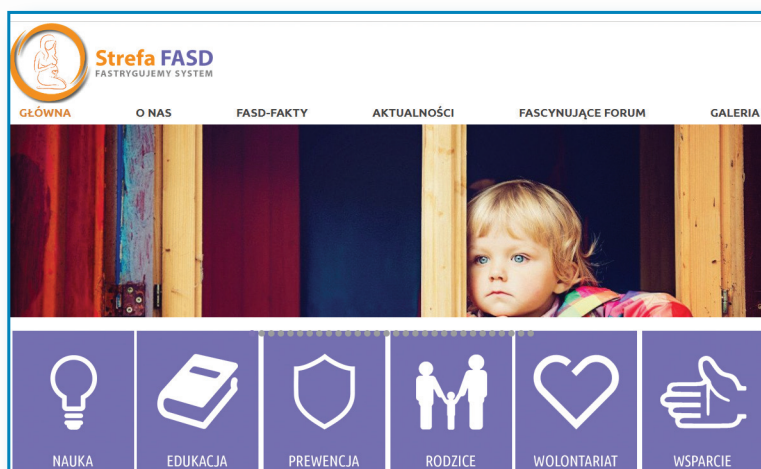
Używanie konopi kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15-16 lat (%) (2015).



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2020 i ESPAD, 2019.

¹ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

STRONA FAS



(spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych). Obecnie jedynym zwalidowanym na polskim gruncie testem diagnostycznym jest czterocyfrowy kwestionariusz diagnostyczny, tzw. kwestionariusz waszyngtoński, opracowany przez prof. Susan Astley z Uniwersytetu Waszyngtońskiego. Kwestionariusz ten jest uważany za najbardziej dokładne i powtarzalne narzędzie w diagnostyce FASD. Fundacja prowadzi szkolenia dla osób zainteresowanych wykorzystaniem w swojej praktyce diagnostycznej kwestionariusza waszyngtońskiego.

Ponadto strona zawiera artykuły opisujące różne aspekty problemu FAS/FASD, m.in. artykuł „Za młody by pić”, który odwołując się do studiów przypadków, przedstawia zagrożenia i naruszanie prawa do życia i zdrowia dziecka przez pijące alkohol kobiety w ciąży. W tekstach znajdziemy także informacje na temat rozmiaru zjawiska FASD zarówno w Polsce, jak i na świecie.



W obliczu problemu FASD niepokojące są informacje dotyczące Francji, gdzie prawie jedna czwarta dorosłych Francuzów (około 10,5 mln osób) regularnie pije za dużo alkoholu.

Ciekawym elementem strony jest FAScynujące forum dla rodziców, opiekunów i specjalistów zainteresowanych problematyką zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży. Na forum zarejestrowanych jest ponad 1100 użytkowników, zawiera ono blisko 700 tematów i 5,5 tys. postów. Liczba odwiedzających forum przekroczyła 900 tys.

Płodowy zespół alkoholowy (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*) to charakterystyczny wzorec psychicznych i fizycznych wad wrodzonych dziecka, które wynikają z picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży.

Stronę na temat FAS – www.fas.org.pl – utworzyła i prowadzi Fundacja FAS TRYGA, powołana do życia w czerwcu 2009 roku. Celem fundacji jest działanie na rzecz osób, które w okresie rozwoju płodowego doznały zaburzeń rozwojowych spowodowanych alkoholem.

Istotnym elementem w strukturze strony jest moduł opisujący diagnostykę FASD



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

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz środków własnych Fundacji Praesterno.

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.siu.praesterno.pl