



# Serwis Informacyjny

# UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (90) 2020

NR 2

2020

# SPIS TREŚCI

## Prawo

### ZGODA RODZICÓW MAŁOLETNIEGO W PRAWIE POLSKIM NA UDZIAŁ W PROGRAMACH PROFILAKTYCZNYCH

*Katarzyna Syroka-Marczewska* ..... 1

## Profilaktyka

### PRACA Z GRUPAMI PSYCHOKOREKCYJNYMI PO ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI STACJONARNEJ OŚRODKÓW TERENOWYCH FUNDACJI PRAESTERNO

*Maria Reimann* ..... 6

## Uzależnienia behawioralne

### UPRAWIANIE GIER HAZARDOWYCH PRZEZ PIŁKARZY

*Andrzej Szymański, Ewa Krzyżak-Szymańska*..... 12

## Leczenie, redukcja szkód

### EPIDEMIA COVID-19 A SYSTEM POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

*Artur Malczewski*..... 19

## Analiza

### PROWADZENIE POJAZDÓW POD WPŁYWEM ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH I SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH

*Piotr Jabłoński*..... 28

## Badania, raporty

### STYLE ŻYCIA PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

*Łukasz Wieczorek*..... 33

### SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POSTAWY I ZACHOWANIA. WYNIKI OSTATNICH BADAŃ

*Artur Malczewski*..... 39

## Internet

### PROFILAKTYKA E-UZALEŻNIEŃ DLA NAJMŁODSZYCH. PROGRAM „FONOLANDIA”

..... okładka III

### BEZPIECZNE KORZYSTANIE Z INTERNETU PRZEZ DZIECI.

INTERNETOWY KURS DLA RODZICÓW „BEZPIECZNIE TU I TAM” ..... okładka IV

*Udział w jakimkolwiek programie profilaktycznym (zarówno w zakresie uzależnienia od narkotyków, jak i uzależnienia od alkoholu) wymaga zgody osoby, która ma wziąć w nim udział. W sytuacji, gdy osoba jest małoletnia, co do zasady decyzję podejmują rodzice, którzy są jej przedstawicielami ustawowymi. Dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską.*

## ZGODA RODZICÓW MAŁOLETNIEGO W PRAWIE POLSKIM NA UDZIAŁ W PROGRAMACH PROFILAKTYCZNYCH

Katarzyna Syroka-Marczewska  
Prawnik

Na wstępie warto wyjaśnić, kim jest osoba małoletnia w świetle przepisów prawa. Małoletni<sup>1</sup> to osoba, która nie ukończyła 18 lat i nie zawarła związku małżeńskiego<sup>2</sup>.

Jak już wspomniano, co do zasady władza rodzicielska przysługuje rodzicom. Powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny. Interes dziecka należy oceniać według kryteriów obiektywnych, przyjętych jako reguły prawidłowego postępowania w społeczeństwie, z uwzględnieniem wieku dziecka, jego stanu zdrowia, uzdolnień, cech charakterologicznych, właściwości rodziny i środowiska, w którym się wychowuje<sup>3</sup>.

Zgodnie z artykułem 97 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>4</sup> (dalej: kro), **jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania**. Warto w tym zakresie zwrócić uwagę, że o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie. W sytuacji, w której rodzice nie mogą dojść do porozumienia, rozstrzyga **sąd opiekuńczy**. Wystąpienie z wnioskiem do sądu jest jednak wykluczone w przypadku, gdy przynajmniej jednemu z rodziców władza rodzicielska nie przysługuje.

Mogą także zdarzyć się sytuacje, w których granica wieku zostaje obniżona z 18 lat do 16 lat, ponieważ zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>5</sup> (dalej: upp), pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma także prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawo-

wego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie **sądu opiekuńczego**.

Mając na uwadze powyższe, należy podkreślić, że każdą sytuację należy rozpatrywać indywidualnie i to rodzaj programu profilaktycznego będzie decydował o tym, jakie regulacje prawne będą miały zastosowanie.

### Władza rodzicielska w prawie polskim

Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązki i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw. Sąd opiekuńczy i inne organy władzy publicznej są obowiązane udzielać pomocy rodzicom, jeżeli jest ona potrzebna do należytego wykonywania władzy rodzicielskiej. W szczególności każde z rodziców może zwrócić się do sądu opiekuńczego o odebranie dziecka od osoby nieuprawnionej, a także zwrócić się do sądu opiekuńczego lub innego właściwego organu władzy publicznej o zapewnienie dziecku pieczy zastępczej.

Jak już wspomniano, dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską. Jeżeli wymaga tego dobro dziecka, sąd w wyroku ustalającym pochodzenie dziecka może orzec **o zawieszeniu, ograniczeniu lub pozbawieniu władzy rodzicielskiej jednego lub obojga rodziców**.

Jeżeli jedno z rodziców nie żyje albo nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, władza rodzicielska przysługuje drugiemu z rodziców. To samo dotyczy wypadku, gdy jedno z rodziców zostało pozbawione władzy rodzicielskiej albo gdy jego władza rodzicielska

uległa zawieszeniu. W sytuacji, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznanymi, ustanawia się dla dziecka opiekę.

Zgodnie z art. 58 § 1a kro, sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka. Jeżeli władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody albo jeżeli rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej lub w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka, sąd opiekuńczy pozbawi rodziców władzy rodzicielskiej. Pozbawienie władzy rodzicielskiej lub jej zawieszenie może być orzeczone także w wyroku orzekającym rozwód, separację albo unieważnienie małżeństwa.

## O programach profilaktycznych słów kilka

Programy profilaktyczne dotyczące uzależnień mogą mieć różny charakter. Mogą być to programy skierowane do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych, które uzupełniają programy wychowawcze. Celem jest wówczas wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju ucznia, wzmacnianie czynników ochronnych przy jednoczesnej redukcji czynników ryzyka. Formy i sposoby działań z zakresu profilaktyki powinny być dostosowane do wieku uczniów i tym samym ich potrzeb. Udział w takim programie profilaktycznym daje uczestnikom przede wszystkim większą świadomość zagrożeń związanych z narkotykami lub alkoholem. Szkoły i placówki prowadzą systematyczną działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną wśród uczniów i wychowanków, ich rodziców lub opiekunów oraz nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkoły i placówki w celu przeciwdziałania narkomanii. Udział małoletniego w takim programie profilaktycznym wymaga zgody przynajmniej jednego z rodziców korzystającego z pełnej władzy rodzicielskiej. Programy profilaktyczne mogą także dotyczyć osób, które są już uzależnione od substancji psychoaktywnych. Wówczas udział w takich zajęciach uświadamia i modyfikuje w kierunku zdrowego stylu życia. Ponadto uczestnicy zdobywają umiejętności niezbędne do życia zgodnego z postawami prozdrowotnymi, dającymi możliwości samorealizacji. Takie programy niejednokrotnie obalają mity na temat alkoholu, narkotyków oraz generalnie

uzależnienia i zastępują je rzetelną wiedzą. W sytuacji, gdy w środowisku ucznia występują czynniki ryzyka o nasileniu destrukcyjnym lub zawadzą działania wychowawcze, koniecznością stają się działania profilaktyczne. Profesjonalna profilaktyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży może polegać m.in. na ograniczaniu i likwidowaniu czynników ryzyka, zaburzających rozwój i dezorganizujących zdrowy styl życia, wspomaganie dzieci i młodzieży w radzeniu sobie z zagrażającymi rozwojowi trudnościami. Działalność profilaktyczna, tj. zapobieganie dysfunkcjom według rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii obejmuje: 1) w przypadku profilaktyki uniwersalnej – wspieranie wszystkich uczniów i wychowanków w prawidłowym rozwoju i zdrowym stylu życia oraz podejmowanie działań, których celem jest ograniczanie zachowań ryzykownych; 2) w przypadku profilaktyki selektywnej – wspieranie uczniów i wychowanków, którzy ze względu na swoją sytuację rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są w wyższym stopniu narażeni na rozwój zachowań ryzykownych; 3) w przypadku profilaktyki wskazującej – wspieranie uczniów i wychowanków, u których rozpoznano wczesne objawy używania środków i substancji odurzających lub występowania innych zachowań ryzykownych, które nie zostały zdiagnozowane jako zaburzenia lub choroby wymagające leczenia<sup>6</sup>. Udział małoletniego w takim programie profilaktycznym wymaga zgody przynajmniej jednego z rodziców korzystającego z pełnej władzy rodzicielskiej.

Do rozważenia pozostaje kwestia, czy udział w programach profilaktycznych może być postrzegany w kategoriach świadczeń zdrowotnych. Definicję świadczeń zdrowotnych znajdziemy w ustawie o działalności leczniczej<sup>7</sup> (dalej: udz). Zgodnie z brzmieniem art. 2 ust. 1 pkt 10 te same ustawy są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Podobną regulację zawiera art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup> (dalej: uś), jednakże ustawodawca wprowadza dodatkowe pojęcia, m.in. świadczenie opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 34), które obejmuje świadczenie

zdrowotne rzeczowe<sup>9</sup> i świadczenie towarzyszące<sup>10</sup>. Postrzegając programy profilaktyczne w takim wymiarze, warto zauważyć, że jednym z praw pacjenta, które odgrywa kluczowe znaczenie w systemie ochrony zdrowia, jest prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zostało ono uregulowane w rozdziale 5 upp oraz w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej: uzl)<sup>11</sup>. Cechą charakterystyczną przywołanych regulacji jest współwystępowanie w nich unormowań dotyczących legalności interwencji leczniczej. W każdej ze wskazanych ustaw zagadnienie to zostało ujęte z odmiennej perspektywy, która eksponuje, odpowiednio, prawo pacjenta do wyrażenia albo odmowy takiej zgody oraz obowiązek lekarza uzyskania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego<sup>12</sup>. Jak stanowi art. 16 upp, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 upp. Lekarz, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (np. art. 32 ust. 1 uzl).

Jeżeli pacjent jest osobą małoletnią, lekarz na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń zdrowotnych musi uzyskać tzw. **zgode zastępczą** od jego przedstawiciela ustawowego. Przedstawicielem ustawowym osoby małoletniej mogą być rodzice, kurator lub opiekun, o czym stanowią odpowiednio przepisy art. 92, 99 i 145 kro.

**Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka**, o ile nie pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, sami nie są osobami małoletnimi (chyba że są małżeństwem) albo ubezwłasnowolnionymi. Ponadto zgodnie z treścią art. 121 kro, oprócz rodziców przedstawicielem osoby niepełnoletniej może być także przysposabiający. Do jego czynności stosuje się takie same zasady jak do czynności rodziców, przy czym jednocześnie ustaje dotychczasowa władza rodzicielska lub opieka nad przysposobionym<sup>13</sup>. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której dziecko zostaje przysposobione przez małżonków, jak również przez jedną osobę. Oznacza to zatem, że zgoda na świadczenie zdrowotne wobec małoletniego jest wyrażana przez małżonków albo przysposabiającego w liczbie pojedynczej. **Jeżeli rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, wówczas każde z nich może działać samodzielnie.** O istotnych sprawach dziecka, do których należy w szczególności wyrażanie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, rodzice rozstrzygają wspólnie, a w razie

braku porozumienia – sąd opiekuńczy. W doktrynie podkreśla się, że rola sądu opiekuńczego, działającego na podstawie art. 97 § 2 kro, jest głównie mediacyjna, w tym sensie, że sąd powinien nakłaniać rodziców do uzgodnienia stanowisk<sup>14</sup>.

W przypadku gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo są nieznani, ustanawia się opiekuna, który powinien uzyskiwać zgodę sądu we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniego. S. Kalus uznaje, że wymogu tego nie stosuje się do zwykłych czynności lekarskich i zabiegów nieistwarzających podwyższonego ryzyka<sup>15</sup>. T. Smyczyński uważa z kolei, że jest on umocowany do wyrażania zgody na dokonanie zabiegu lekarskiego bardziej skomplikowanego oraz zabiegu, który jest podejmowany w sytuacji istotnego zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby pozostającej pod jego opieką, jak każdego innego, którego dokonanie jest niezbędne według opinii lekarzy<sup>16</sup>. Podziela pogląd wyrażony przez M. Malczewską, zgodnie z którym opiekun, w ważniejszych sprawach, powinien przed podjęciem decyzji wysłuchać osoby, nad którą sprawuje pieczę oraz uwzględnić w miarę możliwości jej wolę<sup>17</sup>. Wysłuchanie, o którym mowa powyżej, powinno być bez wątpienia uzależnione od stanu zdrowia pacjenta oraz jego możliwości intelektualnych. Ponadto sąd, podejmując decyzję w zakresie zgody, powinien mieć możliwość zapoznania się z opinią pacjenta, którą przedstawił swojemu opiekunowi. Jeżeli opiekun nie może dalej sprawować opieki, sąd opiekuńczy powinien ustanowić kuratora, określając w postanowieniu jego uprawnienia. W ocenie M. Nesterowicza kurator może w ogóle nie mieć prawa do reprezentowania osoby ograniczonej w zdolności do czynności prawnych, może być kuratorem-doradcą albo jedynie zarządzać majątkiem tej osoby<sup>18</sup>. Z kolei w ocenie M. Safjana, kurator ma prawo do wypowiedzania się w sprawach dotyczących leczenia w sytuacji, w której upoważnił go do tego sąd<sup>19</sup>. Warto w tym kontekście zauważyć, że bez względu na powyższe w czasie wykonywania swoich funkcji kurator, podobnie jak opiekun, podlega nadzorowi sądu opiekuńczego. Zgoda przedstawiciela ustawowego zastępuje akt woli osoby małoletniej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na różnicę w zakresie kompetencji przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego, który w przypadku braku przedstawiciela ustawowego małoletniego wyraża zgodę na badanie. Przez badanie należy rozumieć podstawowe czynności lekarza, polegające na oględzinach

ciała i badaniu fizykalnym<sup>20</sup>. Chodzi tu o rutynowe i niestwarzające ryzyka czynności medyczne, które nie ingerują znacznie w integralność cielesną<sup>21</sup>. Wydaje się, że opiekun powinien być również wysłuchany przez sąd opiekuńczy przy podjęciu decyzji w przedmiocie poddania małoletniego pozostałym interwencjom medycznym, gdyby zachodziła konieczność przeprowadzenia takiej interwencji, a nie było możliwości skontaktowania się z jego przedstawicielem ustawowym<sup>22</sup>.

W praktyce może się pojawić rozbieżność decyzji małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego albo sprzeciw jednego i drugiego. Zgodnie z treścią art. 17 upp, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Co do zasady sądem opiekuńczym właściwym do rozstrzygnięcia w zakresie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest sąd rejonowy miejsca zamieszkania pacjenta, którego postępowanie dotyczy, a w przypadku braku miejsca zamieszkania sąd rejonowy jego pobytu. Ustalenie sztywnej granicy wieku jest często krytykowane w doktrynie, ponieważ osoba, która nie ukończyła 16 lat, może być zdolna do świadomego uczestnictwa w postępowaniu leczniczym i odwrotnie, osoba która ma więcej niż 16 lat nie jest wystarczająco dojrzała do podejmowania takich decyzji. Zdaniem M. Safjana formalna granica wieku powinna być potraktowana jedynie subsydiarnie, a decydujące znaczenie należy przypisać faktycznej zdolności małoletniego do wyrażenia zgody<sup>23</sup>. Zgodnie z treścią Konwencji Bioetycznej, w stosunku do małoletniego, nieposiadającego, zgodnie z obowiązującym prawem, zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną, interwencja może być przeprowadzona za zgodą jego przedstawiciela ustawowego, odpowiedniej władzy albo innej osoby lub instytucji ustanowionych w tym celu na mocy przepisów prawa, jednak stanowisko małoletniego powinno być uwzględniane jako czynnik, którego znaczenie wzrasta w zależności od wieku i stopnia dojrzałości. Ponadto granica 16 lat nie współgra z regulacjami polskiego prawa cywilnego, w których ustawodawca posługuje się granicą lat 18, jako momentem uzyskania pełnej zdolności do

czynności prawnych. Jako argument przemawiający za zmianą przepisów możemy przywołać również kryterium uzyskania ograniczonej zdolności do czynności prawnych, czyli ukończenia 13 lat. Warto też przypomnieć, że Konwencja o prawach dziecka zrywa ze sztywnymi granicami wiekowymi, wskazując na potrzebę odwołania się do stopnia dojrzałości dziecka i zgodnie m.in. z treścią art. 12 Państwa-Strony zapewniają dziecku, które jest zdolne do kształtowania swych własnych poglądów, prawo do swobodnego wyrażania własnych poglądów we wszystkich sprawach dotyczących dziecka, przyjmując je z należytą wagą, stosownie do wieku oraz dojrzałości dziecka. Zwrócił na to uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich we wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego<sup>24</sup>. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich zasady wyrażania zgody na leczenie przez osoby małoletnie nie respektują autonomii pacjenta, który nie ukończył jeszcze 16 lat, ignorując jego rzeczywiste rozeznanie co do swego stanu zdrowia i procesu leczenia. Na poparcie swej tezy odwołał się do przepisów prawa cywilnego, przyznających małoletnim powyżej lat 13 ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 15 i 17 kc) i podniósł, że w systemie prawa ustawodawca posługuje się kryterium wieku w odniesieniu do osób niepełnoletnich w sposób niekonsekwentny. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 11 października 2011 roku<sup>25</sup>, zauważył, że „wydaje się oczywiste, że generalne uzależnienie wymagania osobistej zgody małoletniego pacjenta od poziomu jego rozwoju wiązałoby się z koniecznością stworzenia instytucjonalnej kontroli tego poziomu w każdym indywidualnym wypadku. Oznaczałoby to z kolei konieczność zapewnienia profesjonalnej służby w każdym niemal zakładzie opieki zdrowotnej. Opóźniałoby także udzielenie pomocy lekarskiej. Inna możliwość, tj. pozostawienie decyzji w kwestii rozeznania pacjenta swobodzie personelu medycznego powołanego do przeprowadzenia zasadniczych czynności leczniczych (przyjęcie do szpitala, zabieg, badanie), w ocenie Trybunału mogłaby prowadzić do znacznie poważniejszych naruszeń praw pacjentów niż te, które – zdaniem wnioskodawcy – mają miejsce na gruncie obowiązujących przepisów”<sup>26</sup>. Trybunał stwierdził, iż nie neguje istnienia pewnych wadliwości przepisów prawa medycznego, regulujących podmiotowe i przedmiotowe przesłanki odbierania przez lekarzy zgody na świadczenia zdrowotne, jak chociażby rozbudowana kazuistyka. Konkluzja ta, choć krytyczna, nie jest jednak

równoznaczna ze stwierdzeniem niekonstytucyjności skarżonych uregulowań.

Podsumowując uprawnienia poszczególnych podmiotów do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, poniżej przedstawiam możliwości przewidziane przez ustawodawcę, z uwzględnieniem kryterium wieku:

1. pacjent jest pełnoletni i korzysta z pełnej zdolności do czynności prawnych – zgoda zostaje wyrażona przez niego samodzielnie, mając oczywiście na uwadze prawo do odmowy;
2. pacjent jest małoletni – zgoda zastępcza – zgoda zostaje wyrażona przez przedstawiciela ustawowego, a w sytuacji w której brak przedstawiciela ustawowego pacjenta lub porozumienie się z nim nie jest możliwe, to sąd opiekuńczy podejmuje decyzję. Ponadto opiekun faktyczny wyraża zgodę na przeprowadzenie badania (jeżeli brak przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego pacjenta lub porozumienie z ww. podmiotami nie jest możliwe – lekarz może przeprowadzić badanie bez ich zgody);
3. pacjent jest małoletni, ale ukończył 16 lat – zgoda kumulatywna – zgoda zostaje wyrażona przez pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego, natomiast w odniesieniu do badania przez pacjenta i jego opiekuna faktycznego. W przypadku rozbieżności między wolą pacjenta i przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńskiego. Ponadto pacjent ma prawo do sprzeciwu.

Warto podkreślić, że zabieg medyczny bez zgody pacjenta lub podmiotów uprawnionych do jej wyrażenia jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany został zgodnie z zasadami wiedzy<sup>27</sup>. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy, prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta (pokonywanie oporu np. poprzez wykonywanie czynności, na które pacjent nie wyraził zgody lub którym się sprzeciwił, albo poprzez angażowanie sądu, aby sąd wyraził zgodę na czynność medyczną)<sup>28</sup>.

## Przypisy

<sup>1</sup> Małoletni, który nie ukończył lat 13, nie ponosi odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę. W postępowaniu karnym, jeżeli pokrzywdzonym jest małoletni albo ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo, prawa jego wykonuje przedstawiciel ustawowy albo osoba, pod której stałą pieczę pokrzywdzony zostaje. Natomiast

w postępowaniu cywilnym czynności procesowe podejmuje: tylko przedstawiciel ustawowy w przypadku małoletniego do lat 13, małoletni, który ukończył lat 13, przy czynnościach prawnych, których może dokonać samodzielnie, a w pozostałych przypadkach – przedstawiciel ustawowy. Dziecko nie może samodzielnie bronić swoich praw. Przed sądem reprezentuje je uprawniona osoba, tj. rodzice lub opiekunowie. W przypadku gdy rodzice lub opiekunowie z jakichkolwiek przyczyn nie mogą reprezentować małoletniego, jego interesy reprezentuje kurator ustanowiony przez sąd rodzinny, zgodnie z art. 99 kodeksu rodzinnego i opiekuńskiego. Zgodnie z prawem małoletni może występować jako świadek w postępowaniu cywilnym (poza zastrzeżeniem wynikającym z ustawy) oraz karnym.

- <sup>2</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, dalej: kc. Zgodnie z kc zawarcie małżeństwa powoduje, że dana osoba uzyskuje pełnoletniość. Nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa.
- <sup>3</sup> Poradnik wystandaryzowanych zasad współpracy szkół i placówek z Policją, www.bezpiecznaszkola.men.gov.pl (dostęp z dnia 12.02.2020 r.).
- <sup>4</sup> Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 1964 Nr 9, poz. 59 z późn. zm.
- <sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.
- <sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r., Dz.U. 2015 r., poz. 1249.
- <sup>7</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2013.217 z późn. zm.
- <sup>8</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.
- <sup>9</sup> Zgodnie z treścią art. 5 pkt 37 uś świadczenie zdrowotne rzeczowe to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze.
- <sup>10</sup> Zgodnie z treścią art. 5 pkt 38 uś świadczenie towarzyszące to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.
- <sup>11</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, Dz.U.2011.277.1634 z późn. zm..
- <sup>12</sup> B. Janiszewska, K. Wilk, „Kilka refleksji o zagadnieniu zgody pacjenta stomatologicznego”, Prawo i Medycyna nr 3-4, 2013 r., s. 157.
- <sup>13</sup> Zgodnie z treścią art. 121 kro przez przysposobienie powstaje między przysposabiającym a przysposobionym taki stosunek, jak między rodzicami a dziećmi. Przysposobiony nabywa prawa i obowiązki wynikające z pokrewieństwa w stosunku do krewnych przysposabiającego. Ponadto ustają prawa i obowiązki przysposobionego wynikające z pokrewieństwa względem jego krewnych, jak również prawa i obowiązki tych krewnych względem niego.
- <sup>14</sup> K. Pietrzykowski, J. Ignatowicz, „Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz”, Legalis, komentarz do art. 97, teza 3.
- <sup>15</sup> S. Klaus, „Kodeks rodzinny i opiekuńczy z komentarzem”, Warszawa 2001, s. 829.
- <sup>16</sup> T. Smyczyński (w:) System Prawa Prywatnego, t. 12, Prawo rodzinne i opiekuńcze, Warszawa 2003, s. 791
- <sup>17</sup> M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), „Ustawa o zawodach lekarza...”, op. cit., s. 604.
- <sup>18</sup> M. Nesterowicz, „Nowe ustawodawstwo medyczne (osiągnięcia i błędy)”, Państwo i Prawo, zeszyt 9, 1997, s. 10.
- <sup>19</sup> M. Safjan, „Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny”, Warszawa 1998, s. 52.
- <sup>20</sup> T. Dukiet-Nagórska, „Świadoma zgoda w ustawodawstwie polskim”, Prawo i Medycyna nr-6-7, 2000, s. 78.
- <sup>21</sup> A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, „Ustawa o prawach pacjenta...”, op. cit., s. 141.
- <sup>22</sup> M. Safjan, „Prawo i medycyna...”, op. cit., s. 46.
- <sup>23</sup> Ibidem, s. 56.
- <sup>24</sup> Szczegółowe stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich znajduje się z wyroku Trybunału Konstytucyjnego K16/10 dostępnym na stronie www.isap.sejm.gov.pl.
- <sup>25</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/2010, LexPolonica nr 2622991.
- <sup>26</sup> Ibidem.
- <sup>27</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I A Ca 973/05, Lex nr 252877.
- <sup>28</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSN 2006, nr 7-8, poz. 137, „Przegląd Sądowy”, nr 3, 2008, s. 116.

*Pandemia wirusa COVID-19 spowodowała zawieszenie w połowie marca stacjonarnej pracy grup młodzieżowych w kilku jednostkach terenowych Fundacji Praesterno i podjęcie jej w formule zdalnej, przez internet. W drugiej połowie kwietnia fundacja zwróciła się do kadry tych jednostek z prośbą o wypełnienie ankiety na temat obecnej sytuacji w grupach psychokorekcyjnych. W artykule przedstawiamy otrzymane wyniki i sformułowane wnioski.*

## PRACA Z GRUPAMI PSYCHOKOREKCYJNYMI PO ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI STACJONARNEJ OŚRODKÓW TERENOWYCH FUNDACJI PRAESTERNO

*Maria Reimann*

*Interdyscyplinarny Zespół Badań nad Dzieciństwem  
Uniwersytet Warszawski*

Od 1994 roku Fundacja Praesterno prowadzi Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej, którego beneficjentem jest młodzież w wieku 13-19 lat (około 500 osób rocznie) i członkowie rodzin tej młodzieży. Program skierowany jest do osób młodych zagrożonych nieprzystosowaniem społecznym. Jego celem jest zmniejszenie tego zagrożenia dzięki uczestnictwu w grupie psychokorekcyjnej, umożliwiającej zaspokojenie potrzeby przynależności do grupy rówieśniczej, doświadczanie rozwojowych, bezpiecznych relacji, zdobycie umiejętności zaspokajania potrzeb emocjonalnych w społecznie akceptowany sposób. Grupy, prowadzone przez 10 miesięcy (od września do czerwca), są rekrutowane w szkołach i spotykają się regularnie w przyjaznym, neutralnym miejscu, gdzie uczestniczą w zajęciach warsztatowych i psychoedukacyjnych. Osoba prowadząca grupę wspiera rozwój pozytywnych relacji wewnątrz grupy, prowadząc ją przez kolejne fazy „życia programu”: od wstępnej integracji i budowy wzajemnego zaufania (faza integracji), przez ujawnianie (faza informacji zwrotnych) i modyfikację zachowań i relacji (faza pracy indywidualnej), aż po bezpieczne zakończenie pracy grupy (faza rozstaniowa).

W związku z pandemią COVID-19 13 marca 2020 roku konieczne było zawieszenie stacjonarnej pracy grup i podjęcie pracy – w miarę możliwości – w formule zdalnej, przez internet. 24 kwietnia 2020 roku Fundacja Praesterno zwróciła się do kadry 6 jednostek terenowych Fundacji (ośrodki w Rotmance, Bydgoszczy, Lublinie, Wrocławiu, Krakowie i Bielsku-Białej) z prośbą o wy-

pełnienie ankiety na temat obecnej sytuacji w grupach psychokorekcyjnych. Pytania dotyczyły okresu od 13 marca do 17 kwietnia, a więc pierwszego miesiąca funkcjonowania Fundacji w okresie pandemii wirusa COVID-19 w Polsce. Celem badania było dowiedzenie się, na ile w warunkach wymuszonej izolacji udaje się kontynuować pracę grup i sprawdzenie, czy w związku z zaistniałą sytuacją prowadzący grupy – kontynuujący pracę w formie zdalnej – potrzebują ze strony Fundacji dodatkowego wsparcia. Na ankietę odpowiedziały wszystkie osoby, do których została ona skierowana. Pytania dotyczyły sytuacji grupy do momentu zawieszenia pracy ośrodków (Zarządzenie Zarządu Fundacji w sprawie zawieszenia spotkań grup na terenie ośrodków przekazane zostało kierownikom ośrodków 12 marca 2020 roku), tego, na ile udało się przejść w tryb pracy zdalnej, przewidywań dotyczących przyszłości grupy i ewentualnych potrzeb ze strony prowadzących.

Przed przerwaniem przez ośrodki pracy stacjonarnej:

- realizowano pracę w 19 grupach (9 grup profilaktyki selektywnej i 10 grup profilaktyki wskazującej), w tym 18 finansowanych ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- w zajęciach grupowych w sześciu ośrodkach Fundacji uczestniczyło 173 podopiecznych.

Po zawieszeniu przez ośrodki pracy stacjonarnej (12 marca 2020 roku):

- we wszystkich ośrodkach podjęto próby nawiązania kontaktu z każdym podopiecznym. Nie udało się tego



uczynić w przypadku ok. 30 osób (w tym 12 osób z jednej grupy finansowanej z funduszy lokalnych, która była w początkowej fazie pracy). Przyczyny braku kontaktu nie są oczywiście znane (odpowiedzi z ankiety: nie odbierali telefonu, nie odpowiadali na wiadomości, w jednym wypadku „(...) uczestniczka nie preferuje konaków z ludźmi w żadnej formie rozmowy telefonicznej czy internetowej”),

- nawiązano skuteczny kontakt ze 143 osobami (ok. 83% podopiecznych), z których 137 (ok. 79%) zdecydowało się kontynuować (z różnym natężeniem) pracę psychokorekcyjną w rozmaitych formach pracy zdalnej. Najwięcej osób „wypadło” z grup, które przed zawieszeniem stacjonarnej działalności ośrodków odbyły niewiele spotkań, w związku z czym uczestnicy grup nie zdążyli nawiązać między sobą silnych relacji,
- dla grup finansowanych z środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dane prezentują się w sposób następujący: 18 grup, 159 uczestników do 12 marca 2020 roku, 141 nawiązanych kontaktów po 12 marca 2020 roku (ok. 89% podopiecznych),
- 7 grup kontynuowało pracę zdalną w formie on-line (przy wykorzystaniu aplikacji Zoom, MS Teams, livewebinar.com), 5 grup kontynuowało pracę w formie facebookowej grupy zamkniętej, w przypadku 7 grup kontynuowano pracę wyłącznie w formie konsultacji indywidualnych (kontakt telefoniczny, SMS-owy i mailowy),
- w 12 grupach, które pracowały dalej w różnych formach zdalnej pracy grupowej, łącznie uczestniczyło (z różnym

nasileniem częstotliwości uczestnictwa) ok. 100 podopiecznych. Przyjęta forma pracy zdalnej nie daje pełnej możliwości oceny frekwencji na zajęciach grupowych, ale można szacować, iż kształtuje się ona w pierwszym miesiącu po zawieszeniu spotkań grupowych w ośrodkach Fundacji dla różnych grup na poziomie od 50% do 100%, przy czym aktywność i frekwencja na grupach facebookowych jest trudniejsza do oceny (część podopiecznych bierze udział w sposób „bierny”, ograniczając się do odczytywania postów),

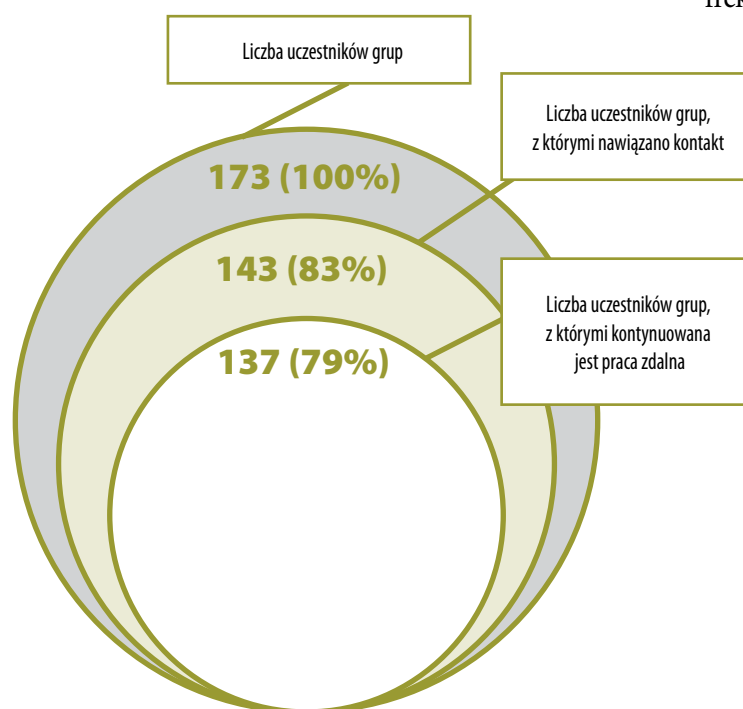
- tylko z kontaktów indywidualnych korzystało 40 podopiecznych należących do 7 grup, które nie kontynuowały pracy grupowej. Podopieczni biorący udział w zdalnych pracach wymienionych 12 grup także mieli możliwość korzystania ze zdalnego poradnictwa indywidualnego.

## Główne wnioski

Wysoki odsetek osób, które kontynuują pracę w warunkach zdalnych, może wskazywać, po pierwsze, na to, że dla podopiecznych udział w kontakcie grupowym jest bardzo istotny, a po drugie, że prowadzącym grupy udało się zaadaptować do nowych, niełatwych warunków.

Należy też zwrócić uwagę na nowe potrzeby, które pojawiły się w ośrodkach – np. zakup oprogramowania (najczęściej wskazywano aplikację Zoom), dodatkowa superwizja, szkolenie z pracy on-line.

W razie dłuższego utrzymywania się formy pracy zdalnej należy podjąć wysiłki zmierzające do ściślejszego ustalania frekwencji na zajęciach.



## Opis szczegółowy

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że zdecydowana większość osób, które do czasu zawieszenia stacjonarnej pracy ośrodków brały udział w pracy grup, pozostało w kontakcie, jeżeli nie z całą grupą, to z osobą prowadzącą grupę. Wyjątek stanowią trzy grupy, które w momencie zawieszenia stacjonarnej pracy ośrodków dopiero zaczynały pracę, w związku z czym – jak zauważa w ankiecie terapeutka prowadząca jedną z tych grup – uczestnicy nie nawiązali ze sobą silnych relacji.

Największą przeszkodą w pracy zdalnej wydają się być trudności uczestników wynikające z braku intymności – braku takiego miejsca w domu, z którego można byłoby rozmawiać i nie być słyszaną/

Tabela 1. Zestawienie wybranych danych z ankiety wypełnianej przez przedstawicieli ośrodków.

Lp.	Miasto	Rodzaj grupy	Faza, w której była grupa przed przejściem w tryb pracy zdalnej	Liczba osób w grupie	Liczba osób w kontakcie po przejściu w tryb zdalny	Forma pracy zdalnej	Potrzeba zdalnej superwizji
1.	Kraków	profilaktyka selektywna	20 spotkań/ faza pracy indywidualnej	12	12	zamknięta grupa na Facebooku/ kontakt telefoniczny	tak
2.	Bydgoszcz	profilaktyka selektywna	4 spotkania/ faza pracy indywidualnej (przygotowanie)	7	6 albo 7 [niejasne z ankiety]	do 1/04 – kontakt telefoniczny. od 1/04 – praca grupowa na Zoomie (1 raz/tyg.)	nie
3.	Bydgoszcz	profilaktyka selektywna	17 spotkań/ faza	4	3 (jedna z uczestniczek nie chce utrzymywać kontaktu)	cotygodniowa rozmowa telefoniczna	nie
4.	Bielsko-Biała	profilaktyka wskazująca	16 spotkań/ faza pracy indywidualnej	9	9	telefon, Messenger, Facebook. kontakt indywidualny i grupowy	
5.	Kraków	profilaktyka wskazująca	14 spotkań/ faza diagnozy i informacji zwrotnej	13	12	głównie wiadomości tekstowe i posty. ze względu na warunki w domach podopiecznych – brak możliwości pracy grupowej (rozmowy)	nie
6.	Bydgoszcz	profilaktyka wskazująca	20 spotkań/ faza pracy indywidualnej	7	7	na początku – indywidualnie (telefon, SMS), potem – praca grupowa na Zoomie	nie
7.	Lublin	profilaktyka wskazująca	15 spotkań/ faza pracy indywidualnej (przygotowanie)	8	8	kontakt telefoniczny/mailowy	nie
8.	Lublin	profilaktyka wskazująca	20 spotkań/ faza pracy indywidualnej	10	9 – w kontakcie, 7 – praca grupowa	Facebook, telefon oraz platforma live webinar. com – praca indywidualna i grupowa	
9.	Bielsko-Biała	profilaktyka selektywna	17 spotkań/ faza pracy indywidualnej	6	6	telefon, Messenger, praca indywidualna i grupowa (grupa na Facebooku)	
10.	Lublin	profilaktyka selektywna	8 spotkań/ faza pracy integracyjnej	7	2 – piątka uczestników nie odpowiedziała na próby kontaktu	indywidualny kontakt telefoniczny raz w tygodniu	nie
11.	Bydgoszcz	profilaktyka wskazująca	22 spotkania/ faza pracy indywidualnej	9	9	praca grupowa na Zoomie (w tym samym czasie co wcześniej) plus konsultacje indywidualne (telefon, mail)	tak
12.	Kraków	profilaktyka selektywna	5 spotkań/ faza integracyjna	14	2 – inne osoby nie odpowiedziały na próbę kontaktu	kontakt telefoniczny, raz/dwa razy w tygodniu	tak
13.	Bielsko-Biała	profilaktyka selektywna	10 spotkań/ faza diagnozy i informacji zwrotnej	9	9	praca grupowa – zamknięta grupa na Facebooku	nie
14.	Wrocław	profilaktyka selektywna	13 spotkań/ faza diagnozy i informacji zwrotnej	9	7	praca grupowa, Ms Teams	

15.	Wrocław	profilaktyka wskazująca	11 spotkań/ faza pracy indywidualnej (przygotowania)	6	3	praca grupowa, Ms Teams – ze względu na małą liczbę osób grupa jest na etapie zamykania się	nie
16.	Gdańsk	profilaktyka selektywna	2 spotkania/ faza integracyjna	10	6 (inne osoby nie odpowiedziały na próbę kontaktu bądź nie wyraziły chęci pracy on-line)	indywidualne konsultacje telefoniczne	tak
17.	Gdańsk	profilaktyka selektywna	2 spotkania/ faza integracyjna	9	3 (inne osoby nie odpowiedziały na próbę kontaktu bądź nie wyraziły chęci pracy on-line)	konsultacje telefoniczne	tak
18.	Wrocław	profilaktyka wskazująca	7 spotkań/ faza integracyjna	9	8	SMS, telefon [w ankiecie zaznaczona „zdalna praca grupowa”]	tak
19.	Kraków	profilaktyka wskazująca	10 spotkań/ faza diagnozy i informacji zwrotnych	15	15	praca grupowa on-line (spotkania raz w tygodniu)	tak

słyszonym, braku własnego pokoju czy też braku zrozumienia ze strony innych domowników, że udział w pracy grupy on-line wymaga odpowiednich warunków. W przypadku niektórych uczestników problemem uniemożliwiającym udział w zdalnej pracy grupy jest brak odpowiedniego sprzętu (komputera i dostępu do internetu). Większość uczestników nie ma możliwości lokalowych na to, by swobodnie uczestniczyć w spotkaniach przy pomocy komunikatora. Dzielą pokoje z rodzicami i rodzeństwem, mają opiekunów, którzy nie są w stanie respektować potrzeby intymności w sytuacji rozmowy grupowej. Dwie osoby nie mają swobodnego, ciągłego dostępu do FB. Część nie ma własnego komputera, dzieli go z innymi domownikami [grupa w fazie pracy indywidualnej].

W odpowiedzi na trudności wynikające z braku odpowiednich warunków, prowadzący grupy wybrali dwie drogi komunikowania się. Części z nich udało się przekonać podopiecznych do spotkań on-line, a w niektórych przypadkach – pomóc im tak się zorganizować, żeby praca on-line była możliwa. Inni zdecydowali się zrezygnować z prowadzenia regularnych grup on-line i przenieść wspólną pracę na zamknięte grupy na Facebooku.

### Grupy on-line

W kilku przypadkach, gdy istotną przeszkodą w kontynuowaniu pracy on-line był dla uczestniczek i uczestników brak prywatności, osoby prowadzące grupy skontaktowały się z rodzicami, aby wytłumaczyć im, na czym polega zdalna praca grupowa i dlaczego potrzebna jest do niej odpowiednia przestrzeń. Dzięki tym rozmowom udało się stworzyć warunki, w których możliwe było kontynuowanie pracy: *U podopiecznych, ze względu na warunki domowe (małe mieszkanie, ingerująca w prywatność, kontrolująca matka), pojawił się opór i sceptycyzm co do możliwości kontaktu on-line; po omówieniu i wspólnym poszukaniu możliwości [u cioci, ustalenia prowadzącego z matką], udało się spotkać całej grupie [grupa w fazie pracy indywidualnej].*

Tam, gdzie grupa spotyka się w trybie on-line, zwykle w spotkaniach uczestniczy tylko część osób, czasami nie wszystkie mogą w pełni brać udział w konkretnych spotkaniach: *Możliwości techniczne tej grupy są duże (nie mają problemu z zainstalowaniem danej aplikacji czy logowaniem się). Niestety, kilka osób (ok. 5) nie ma warunków bytowych, by w pełni uczestniczyć – muszą albo w tym czasie wychodzić na podwórko, albo uczestniczyć jedynie na słuchawkach i komunikują się za pomocą czatu [grupa w fazie diagnozy i informacji zwrotnych].* W jednej z grup dwie osoby musiały zrezygnować z udziału w pracy on-line, ponieważ nie miały warunków do spotkań. W odbywających się raz w tygodniu spotkaniach grupy uczestniczy od 4 do 7 osób. Prowadząca innej grupy spotykającej się on-line zaznacza, że nie było jeszcze spotkań z pełną frekwencją i wspomina o początkowym oporze części uczestników wobec takiej formy pracy: *Nie chcieli instalować nowej aplikacji na telefon, wyczuwalna była niechęć i brak*

wiary w sens spotkań w takiej formule [grupa w fazie pracy indywidualnej].

Praca on-line wymaga nie tylko odpowiedniego sprzętu i umożliwiającej rozmowę przestrzeni, łączy się także z koniecznością „wpuszczenia” terapeuty lub terapeutki i uczestników grupy do swojego domu: kamera pokaże kawałek pokoju, mikrofon może wychwycić dochodzące z mieszkania dźwięki. Być może dla części uczestników i uczestniczek to również stanowiło barierę trudną do pokonania. Tam, gdzie przejście w tryb grupowej pracy on-line okazało się niemożliwe, praca przeniosła się na zamknięte grupy na Facebooku.

### Facebookowe grupy zamknięte

Osoby pracujące na facebookowych grupach zamkniętych, wybrały to rozwiązanie jako „plan B”, po tym, jak kontynuowanie pracy grup w trybie on-line okazało się niemożliwe: *Brak możliwości zdalnych rozmów całej grupy na żywo poskutkowało wybraniem komunikacji poprzez grupę na Facebooku. Brak możliwości rozmowy on-line na żywo całej grupy głównie ze względu na brak warunków do swobodnej rozmowy w domu. Kontaktujemy się głównie poprzez posty i wiadomości* [grupa w fazie diagnozy i informacji zwrotnych].

Uczestnicy grupy i osoba prowadząca „spotykają się” na grupach zamkniętych, gdzie piszą i komentują swoje posty. „Spotkania” nie odbywają się w wyznaczonym czasie, każdy z uczestników wchodzi na grupę, kiedy ma taką potrzebę i możliwość. Jak zwraca uwagę jedna z prowadzących, jest to praca, której czas trudno określić. Terapeutka pozostaje w ciągłym kontakcie z podopiecznymi, codziennie odpowiada na posty i komentuje. Jedna z prowadzących, której grupa spotyka się w ten sposób, stwierdza: *Uczestnicy zasugerowali, że najlepszą formą kontaktu dla nich będzie pisanie, zamiast prowadzenia rozmów on-line (większy komfort i większe możliwości), najwięcej osób miało i było gotowych skorzystać z aplikacji Messenger.*

Terapeutka zauważa jednak, że: *Część osób zdecydowanie zmniejszyła swoją aktywność w zdalnych spotkaniach grupy, są osoby, które tylko odczytują posty i wiadomości, „nie udzielają się” – nie odpowiadają na pytania skierowane do wszystkich uczestników, nie podejmują własnych tematów/wątków* [grupa w fazie pracy indywidualnej].

Część prowadzących grupy, które spotykają się na zamkniętych grupach facebookowych, zintensyfikowała więc indywidualne kontakty z podopiecznymi. Jak stwierdza

jedna z terapeutek: (...), *w toku pracy zwiększyła się jednak liczba moich kontaktów indywidualnych z poszczególnymi uczestnikami. Ta grupa składa się z osób ze sporymi problemami: przemoc w rodzinie, tendencje samobójcze i autoagresja, doświadczenia przemocy seksualnej, brak wsparcia w opiekunach, nie tylko emocjonalnego, ale także bytowego, problemy wynikające z nieheteronormatywności, izolacja społeczna, trudna sytuacja wynikająca z ograniczeń zdrowotnych. W sytuacji narzuconej izolacji te problemy się nasiliły. W związku z tym zintensyfikowany został kontakt interwencyjny* [grupa w fazie pracy indywidualnej].

### Kontakt indywidualny

Wszyscy terapeuci i terapeutki, niezależnie od podejmowanych prób pracy grupowej, pozostają też w indywidualnym kontakcie z podopiecznymi. Z ankiet wynika, że starają się być dostępni „różnymi kanałami” – przez telefon, Facebooka, Messagera, inne komunikatory. Nowa sytuacja wymagała od terapeutek i terapeutów dynamiki i elastyczności, jak pisze jeden z terapeutów: *Najpierw [rozmawiałem] telefonicznie z każdym z uczestników, następnie powstała grupa na Facebooku (tajna) służąca do podtrzymania kontaktu. Ostatecznie umówiliśmy się i realizujemy spotkania on-line (raz w tygodniu)* [grupa w fazie diagnozy i informacji zwrotnych].

Zarówno terapeutki i terapeuci pracujący z grupami on-line, jak i pracujący na grupach facebookowych zauważają, że taki rodzaj pracy jest dla uczestników i uczestniczek trudny. Zdaniem jednej z terapeutek: *Przeniesienie spotkań w przestrzeń on-line spowodowało wycofanie się uczestników z otwartości, unikanie tematów, które podejmowali »w realu«* [grupa w fazie pracy indywidualnej].

Inna terapeutka wprost mówi, że proces grupowy nie tylko się zatrzymał, ale wręcz cofnął: *Trochę się cofnęliśmy w procesie, jest bardziej zachowawczo, płytko, ale może to kwestia adaptacji do nowych warunków; obserwuję też, że paradoksalnie mniej aktywne i bardziej wycofane do tej pory osoby, są teraz bardziej otwarte* [grupa w fazie pracy indywidualnej].

Obawę, że grupa cofnie się do poprzedniej fazy pracy wyraża też inna terapeutka, której grupa znajduje się obecnie w fazie pracy indywidualnej: *Przewiduję powrót do fazy integracji ze względu na zmianę dynamiki relacji, wynikający z braku bezpośrednich kontaktów wpływających na wzmacnianie relacji, nie ma pewności, czy wszystkie osoby ponownie wejdą w grupę.*

Jednocześnie pomimo trudności, grupy – te spotykające się on-line i te komunikujące się na Facebooku – pracują. Dowodzi to oczywiście tego, że są uczestnikom i uczestniczkom potrzebne. „Są problemy”, pisze jedna z terapeutek, której grupa znajduje się w fazie pracy indywidualnej: (...) *które utrudniają w pewnym sensie pracę, ale wydają się do przejścia, podopieczni są zmotywowani, aby sobie z nimi radzić i spotykać się, mimo wszystko.*

Kilka innych terapeutek zwraca uwagę na to, jak istotne są dla uczestników i uczestniczek grup spotkania w czasie, który dla wielu z nich jest trudny. Z powodu wymuszonej izolacji, dla niektórych podopiecznych rozmowy prowadzone w ramach pracy grupy są jedyną okazją do spotkania z rówieśnikami i stanowią jedyną możliwość porozmawiania o swojej sytuacji i wynikających z niej emocjach.

Zdaniem jednej z prowadzących, motywacja uczestników i uczestniczek wynika też z wiary, że sytuacja pracy on-line jest przejściowa i że po okresie przymusowej izolacji grupa znowu zacznie się regularnie spotykać: *Prawdziwie zaangażowali się w pracę zdalną dopiero, gdy dostali jasną deklarację, że gdy skończy się zaraza, nadal będziemy się spotykać. Czyli jest to czas przejściowy, grupa się nie skończy, nawet jeśli ten stan przejściowy potrwa dłużej* [grupa w fazie pracy indywidualnej].

W odpowiedzi na pytanie o to, czy praca on-line odpowiada na potrzeby młodzieży, osoby prowadzące grupy najczęściej twierdzą, że ten rodzaj pracy jest mniej głęboki, przypomina raczej *gaszenie pożarów* (...) *niż porządną pracę*, ale w obecnej sytuacji (w związku z nowymi trudnościami i kryzysami) jest – ich zdaniem – bardzo potrzebny podopiecznym. Praca on-line pozwala pozostać w kontakcie, skupić się na celach, udzielać wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Odpowiedzi negatywnej udzieliły dwie osoby. Wynika to jednak z faktu, że ich podopieczni nie mają odpowiednich warunków indywidualnych do pracy zdalnej (brak intymności, brak komputera).

## Perspektywy

Ponieważ grupy są na różnych etapach procesu, bardzo różnią się też odpowiedzi dotyczące pytania o realność zakończenia pracy w czerwcu, w przypadku ponownego otwarcia ośrodków. Część prowadzących zdecydowanie nie widzi takiej możliwości (jest to *nieosiągalny cel*, jak pisze terapeutka, której grupa znajduje się w fazie integracji). Część prowadzących, których grupy znajdują się w fazie

pracy indywidualnej, uważa taki cel za *trudny*. Kilkoro prowadzących liczy się z możliwością zakończenia pracy w trybie on-line, chociaż, jak pisze jedna z terapeutek: (...) *jest to możliwe, ale w innej jakości i na innym poziomie, niż zadziałoby się to w kontakcie »realnym« mniej wglądowo i głęboko* [grupa w fazie integracji].

Podobnie uważa terapeutka, która twierdzi, że *proces nie będzie pełny i satysfakcjonujący dla uczestników*. Jedna z prowadzących, której grupa przed przejściem w tryb pracy zdalnej zdążyła się spotkać 22 razy, uważa, że praca zakończy się w trybie zdalnym do połowy lipca.

## Nowe potrzeby

Pytanie o potrzebę dodatkowej, zdalnej superwizji podzieliło prowadzących grupy. Sześć osób (z 18) deklaruje wprost potrzebę superwizji zdalnej, 7 osób nie widzi potrzeby prowadzenia superwizji on-line, zdaniem jednej – pomysł jest „do rozważenia”, w dwóch wypadkach brak jest odpowiedzi. Część odpowiadających przyznaje dodatkowo, że konieczność pracy zdalnej jest dla nich trudna – jak napisała jedna z terapeutek, pod pewnymi względami być może nawet trudniejsza niż dla młodych ludzi, którzy są dużo bardziej przyzwyczajeni do komunikowania się on-line.

Terapeutki i terapeuci zgłaszają także potrzebę zakupienia nowych narzędzi, najczęściej wskazują rozszerzoną wersję platformy Zoom, która pozwala na prowadzenie spotkań grupowych bez 40-minutowego limitu czasowego. Część prowadzących grupy chciałaby też skorzystać z dodatkowych szkoleń z pracy on-line.

Wsparcie osób prowadzących grupy wydaje się szczególnie istotne, ponieważ sytuacja od początku oznaczała dla nich nie tylko konieczność używania (i często – nauczania się) nowych narzędzi, ale też dodatkowej pracy. Z ankiet wynika, że szczególnie na etapie przechodzenia w tryb pracy zdalnej utrzymanie relacji z podopiecznymi wymagało determinacji, ponawiania prób kontaktu (także z rodzicami), szukania takiej formy pracy, która byłaby możliwa i odpowiadała na potrzeby podopiecznych. Z wypowiedzi prowadzących grupy wynika jednak, że chociaż praca on-line jest podopiecznym potrzebna, to nie zaspakaja ich potrzeb w wystarczającym stopniu. Mimo że niektóre rzeczy mogą się wydarzyć tylko w sytuacji spotkania twarzą w twarz, to na pewno warto pracować w trybie zdalnym i starać się wzmocnić terapeutki i terapeutów w tej sytuacji, a także wykorzystać takie narzędzia, które w największym stopniu umożliwią efektywną pracę.

*Hazard jest popularną formą rozrywki w środowisku piłkarzy. W grupie badanych sportowców 3/4 ankietowanych deklaruje uprawianie hazardu, z czego 9% robi to systematycznie. Spośród przebadanych sportowców 15% wykazuje niski poziom ryzyka uzależnienia od gier hazardowych, 11% respondentów cechuje umiarkowany poziom tego ryzyka, a 8% piłkarzy wypełnia symptomy nałogowego uprawiania hazardu.*

# UPRAWIANIE GIER HAZARDOWYCH PRZEZ PIŁKARZY

*Andrzej Szymański*

*Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach*

*Ewa Krzyżak-Szymańska*

*Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach*

## Wprowadzenie

Niezależnie, jak daleko cofniemy się w czasie, napotykamy dowody, że tam, gdzie znajdowały się skupiska ludzkie, tam pojawiały się również gry hazardowe. Były one obecne zarówno w erze paleolitu, jak i w bliższych nam epokach. Również aktualnie hazard należy do jednej z popularniejszych rozrywek, a rynek legalnych i nielegalnych gier hazardowych jest obecny w każdym zakątku na ziemi.

Współcześni hazardziści to ludzie o różnym stopniu zasobności. Można wśród nich spotkać osoby wykształcone oraz takie, które nie potrafią się podpisać. Jednocześnie po tę formę spędzania czasu bez względu na swoją płeć i rasę równie chętnie sięgają młodzi, jak i dojrzały wiekowo ludzie. Cechuje ich przy tym różna motywacja do gry, jej różna intensywność oraz stopień podejmowanego ryzyka a także wydatkowane na grę środki. Jedni preferują tradycyjny sposób uprawiania hazardu, inni wolą korzystać z szerokiej gamy gier losowych i zakładów oferowanych w internecie. Jeśli chodzi o Polskę, to można powiedzieć, że nasi rodacy nie tylko coraz częściej uprawiają hazard, ale także ponoszą z tego tytułu coraz większe wydatki. Wzmoczoną aktywność hazardową najlepiej obrazują wyniki sprzedaży produktów oferowanych przez najważniejszego na rodzimym rynku operatora, jakim jest Totalizator Sportowy. Spółka ta odnotowała w 2018 roku przychody przekraczające dotychczas niedostępną dla niej barierę 6 mld złotych.

Z różnego rodzaju biografii i doniesień medialnych wynika, że grupą, która wykazuje szczególną podatność na uprawianie hazardu, są sportowcy, w tym głównie piłkarze, stanowiący najlepiej opłacaną i najbardziej liczną kategorię wśród zawodników wszystkich dyscyplin sportowych

w Europie. Z reguły informacje te obejmują wątek sensacyjno-obyczajowy i traktowane są w kategorii ciekawostki ze świata sportu i biznesu. Brak jest natomiast badań naukowych (zarówno w kraju, jak i za granicą) dotyczących gier hazardowych wśród piłkarzy i opisujących to zjawisko w kategorii problemu społecznego czy zdrowia jednostki. W podjętych badaniach<sup>1</sup> zastosowano autorską ankietę zawierającą bloki pytań z zakresu charakterystyki grania w gry hazardowe przez piłkarzy, ich przekonań i motywacji do gry, ponoszonych nakładów na hazard oraz kontaktów z hazardem w dzieciństwie. Ponadto, w celu oszacowania odsetka badanej populacji mającej problem z uprawianiem hazardu, do przygotowanego narzędzia jako integralną jego część włączono Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI).

W wyniku wdrożonej procedury badaniami objęto 50 zespołów piłkarskich z województwa śląskiego, które w sezonie 2017/2018 oraz w sezonie 2018/2019 brały udział w rozgrywkach piłki nożnej do piątego szczebla. W badaniach właściwych, zrealizowanych w pierwszym półroczu 2019 roku, uczestniczyło 45 drużyn, a to przełożyło się na 817 wypełnionych kwestionariuszy.

## Wyniki badania

### Częstotliwość i skala zachowań hazardowych wśród piłkarzy

W analizowanej populacji 30% respondentów wskazało, że w ogóle nie uprawia hazardu. Pozostali piłkarze (572 osoby), określając indywidualny wzorzec podejmowanej

gry hazardowej, przyznali się do różnej częstotliwości własnego udziału w grze na pieniądze. W grupie tej dominowali gracze (32%), którzy swoją aktywność ocenili jako grę nieregularną – od czasu do czasu. Co piąty respondent (21%) uważał, że jego gra ma charakter okazjonalny. Prawie co dziesiąty ankietowany twierdził, że gra systematycznie, a 8% badanych osób nie potrafiło precyzyjnie określić swojego zaangażowania w tym zakresie. Do systematycznego uprawiania hazardu przyznawali się przede wszystkim piłkarze w wieku 28-30 lat (13%). Natomiast od czasu do czasu uprawiali hazard zwykle piłkarze mający 22-24 lata (37%) oraz po 36. roku życia (38%). Jednocześnie badania dowodzą, że w gry hazardowe z równą intensywnością grają zarówno piłkarze z niższych, jak i wyższych klas rozgrywkowych. Nie stwierdzono przy tym istotnych różnic w uskuteczniejszej częstotliwości gry ze względu na wykształcenie, miejsce zamieszkania czy stan cywilny. Wśród piłkarzy uprawiających hazard największą popularnością cieszą się zakłady bukmacherskie, zarówno te oferowane w internecie, jak i w tradycyjnych stacjonarnych punktach obsługi. Z tego rodzaju hazardu korzysta odpowiednio 56% i 51% badanych sportowców. Zwykle robią to nie częściej niż raz w miesiącu, ale istnieje też grupa zawodników, która gra z większą intensywnością (codziennie lub kilka razy w tygodniu). Grupa ta wśród piłkarzy grających w internecie wynosi 12%, a dla zakładów naziemnych 7%.

Niewiele mniejszym zainteresowaniem darzone są gry liczbowe z portfolio Totalizatora Sportowego, które uprawia

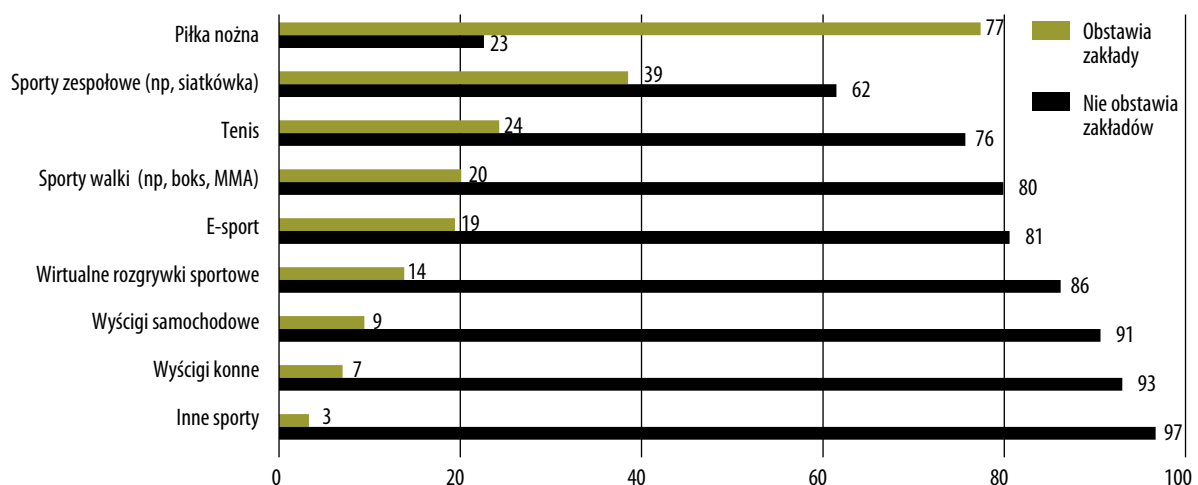
49% badanych graczy, w tym 5% robi to systematycznie. Nieco mniej lubianymi grami na pieniądze są zakłady z kolegami czy kupowanie zdrapek, do czego przy każdej z wymienionych gier przyznaje się po 40% piłkarzy. Jeśli chodzi o inne formy hazardu, stanowią one w badanej populacji raczej rzadkie przypadki i można tu powiedzieć o pewnego typu ich marginalizacji. Oznacza to, że piłkarze w swoich wyborach gier hazardowych preferują głównie gry związane z segmentem zakładów wzajemnych, a unikają takich, które lokują się w segmencie gier kasynowych, na automatach i w karty.

W centrum zainteresowań piłkarzy obstawiających zakłady sportowe jest wiele różnych dyscyplin (rys. 1). W przypadku badanej populacji aż 3/4 zawieranych zakładów dotyczy piłki nożnej. Co trzeci respondent (38%) obstawia także inne sporty zespołowe, takie jak siatkówkę, koszykówkę, szczypiorniak czy hokej. Co czwarty obstawia tenis, a co piąty sporty walki. Ponad 19% piłkarzy obstawia e-sport, a 14% grających typuje wyniki w wirtualnych rozgrywkach sportowych.

### Nakłady ponoszone na grę

W grupie piłkarzy, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie grali w jakąkolwiek grę hazardową, ponoszone w tym okresie nakłady na hazard obejmowały kwoty mieszczące się w przedziale od 100 do 1000 zł (40%) oraz mniej niż 100 zł (30%). Co piąty grający (17%) twierdził, że jego roczne

Rys. 1. Obstawianie zakładów sportowych przez piłkarzy grających w gry hazardowe (%).



Źródło: Badania własne (liczba badanych N=572).

wydatki na grę zawierają się w przedziale od 1000 do 5000 zł. Poza tym 4% ankietowanych sportowców określiło swoje roczne nakłady na hazard na kwotę od 5000 do 10 000 zł. Odnotowano także pojedyncze przypadki piłkarzy (1%), którzy oświadczyli, że w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie na gry hazardowe wydali od 10 000 do 50 000 zł lub więcej niż 50 000 zł. Na temat wielkości wydatkowanej przez siebie kwoty nie wypowiedziało się 7% graczy (rys. 2).

Porównując kwestię ponoszonych nakładów przez piłkarzy na gry o charakterze hazardowym do ich deklaracji o przegranych i wygranych kwotach, ustalono, że co trzeci badany sportowiec uważa, że jego rachunek strat i zysków równoważy się. Co drugi respondent (49%) ma subiektywne poczucie ujemnego bilansu, natomiast 16% graczy jest przekonana, że ich saldo jest dodatnie. Można zatem powiedzieć, że większość grających piłkarzy ma subiektywne poczucie finansowej nieopłacalności gry hazardowej lub jej obojętnego wpływu na zasobność posiadanego przez nich portfela.

Monitorując wątek finansowy, sprawdzono, jaka była najwyższa kwota, którą piłkarze uprawiający hazard wydali w ciągu jednego dnia.

Inferencja procentowego rozkładu zmiennej najwyższej wydatkowanej kwoty uwidacznia, że ponad połowa (56%) respondentów na ten rodzaj rozrywki nie przeznaczają więcej niż 100 zł. Co czwarty z badanych (26%) jako najwyższą kwotę, którą wydał na grę w ciągu jednego dnia, wskazał przedział od 100 do 500 zł. 7% badanych piłkarzy zadeklarowało, że taka kwota mieściła się między 500 a 1000

zł, a 8% respondentów stwierdziło, że na hazard w ciągu dnia zdarza im się wydać środki wyższe niż 1000 zł.

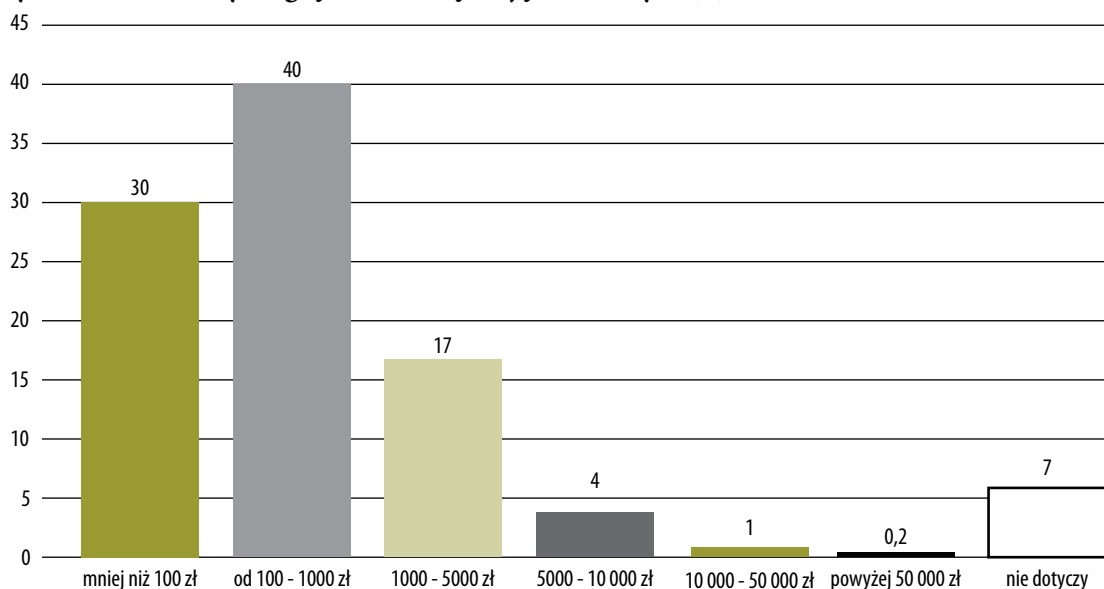
Co piąty piłkarz (19%), przystępując do gry hazardowej, w ogóle nie planuje wysokości kwoty, za którą będzie grał. Ponad 40% respondentów wyznacza sobie pewien budżet, który przeznaczają na grę i zwykle nie przekracza ustalonego limitu środków. 29% badanych nie ma zdania na ten temat, a 6% piłkarzy wprawdzie planuje, za ile będzie grało, ale na ogół łamie przyjętą wielkość funduszy. Podobny odsetek respondentów uprawiających hazard deklaruje, że planuje, ile wyda na grę, ale z reguły wydaje mniej niż zamierzało poświęcić na ten cel (rys. 3).

Osobami, które najczęściej nie zaprzatają sobie głowy planowaniem wydatków na grę, są rozwodnicy i piłkarze pozostający w separacji (29%). Kawalerowie w stosunku do kolegów reprezentujących pozostałe kategorie stanu cywilnego mają najwyższy odsetek osób planujących, za ile będą grać. Jednocześnie są konsekwentni w podjętym przez siebie postanowieniu (42%). Wśród żonatych piłkarzy występuje natomiast największy odsetek sportowców (6%) uprawiających hazard, którzy wprawdzie planują, za ile będą grać, ale zwykle przekraczają wyznaczoną kwotę.

### Przekonania badanych na temat hazardu i powody udziału w grach hazardowych

Za najbardziej niebezpieczne (uzależniające) gry hazardowe badani piłkarze uznają: zakłady bukmacherskie w internecie, zakłady bukmacherskie poza internetem oraz gry na automatach w sieci. Natomiast do gier hazardowych,

Rys. 2. Wydatkowane kwoty na grę hazardową w ujęciu rocznym (%).



Zródło: Badania własne (N=572).



które według nich najmniej uzależniają, zaliczyli: zdrapki, loterie i konkursy SMS-owe oraz gry liczbowe.

Z wypowiedzi badanych wnioskować także można, że dominuje u nich zabawowy i rozrywkowy aspekt grania. Ważnym motywem jest także potrzeba przeżycia silnych emocji, chęć odniesienia wygranej, a także przymus podejmowania ryzyka. Nieco mniej istotnym motywem gry, ale mającym swoje ważne miejsce w dokonywanych wyborach, jest potrzeba rewanżu po doznanej przegranej i potrzeba chęci zdobycia pieniędzy. Powodem pchającym respondentów do hazardu jest również czynnik rywalizacji i względy towarzyskie. W dalszej kolejności badani wskazują na grę jako element odprężenia. Najrzadziej wymieniają te motywy, które wskazują na element ucieczkowy ich gry. Dotyczy to takich powodów, jak granie, aby zapomnieć o kłopotach, granie dla poprawy nastroju czy opanowania stresu. Szczegółowy rozkład wypowiedzi zawiera tabela 1. To, co warto podkreślić, to fakt, iż zdecydowana większość ankietowanych piłkarzy (73%) uznaje hazard za szkodliwą rozrywkę. Równocześnie 3/4 badanych piłkarzy uważa, że hazard przysparza życiowych problemów. Upatruje w nim także różnych negatywnych konsekwencji związanych z możliwością stania się bankrutem (61%) czy uzależnienia się od gry (81%). Znaczna część piłkarzy jest przekonana, że wynik gry hazardowej jest bardziej

zależny od szczęścia niż od umiejętności i doświadczenia gracza (72%).

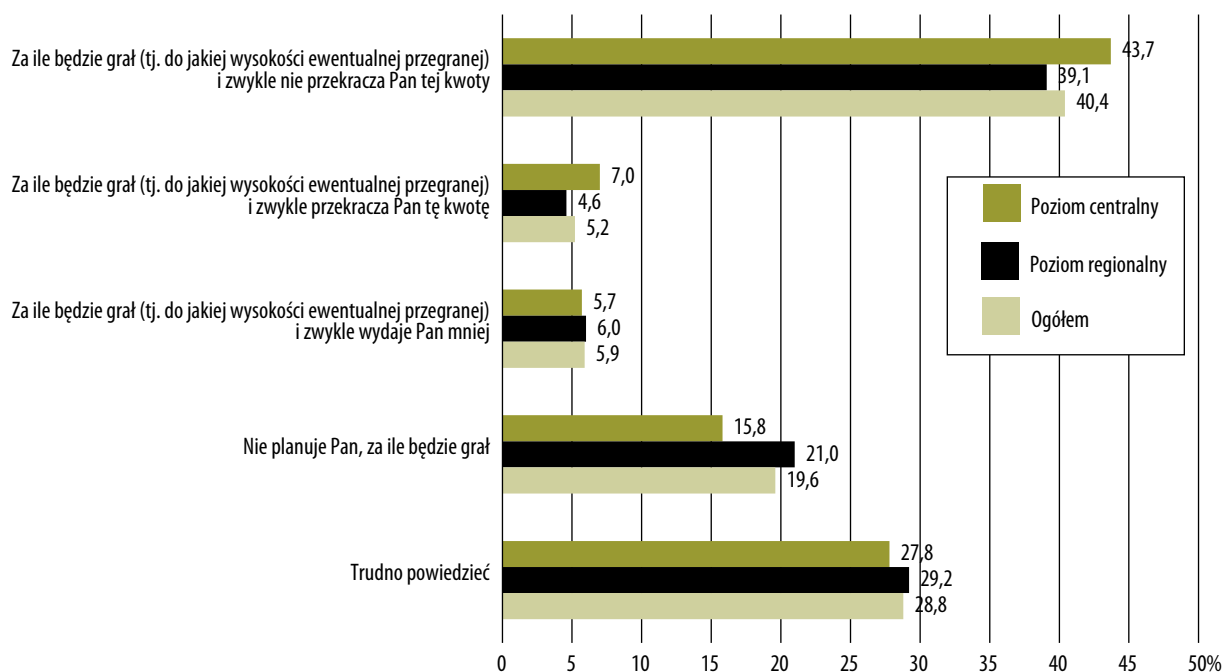
Odnotowując deklarowane przez piłkarzy stosunkowo zdroworozsądkowe podejście do hazardu, nie można zapomnieć, że istnieje blisko 20% badanych, którzy w tym względzie mają zupełnie odmienne zdanie. Tym samym piłkarze ci wraz ze swoimi przekonaniem stanowią podatny grunt, aby stać się potencjalnymi ofiarami gier hazardowych.

### Rodzinne uwarunkowania hazardu i inicjacja do gry

Ustalono, że 42% sportowców dorastało w domach, w których żaden członek rodziny, ani żadna z bliskich im osób nie uprawiała hazardu. W rodzinie 58% respondentów występowały zachowania związane z uprawianiem hazardu, zwykle dotyczyły one gier liczbowych, zawierania zakładów bukmacherskich oraz gry w karty na pieniądze. Hazard w rodzinach na ogół uprawiali mężczyźni, a najbardziej aktywni byli w tej kwestii ojcowie.

Badani piłkarze nie tylko w dzieciństwie mieli możliwość obserwowania grających osób z najbliższego im kręgu rodzinnego, ale też znaczny ich odsetek (39%) brał udział w tej grze. Wśród piłkarzy deklarujących, że nie uprawiają gry hazardowej, 75% stwierdziło, że w dzieciństwie nie

Rys. 3. Planowanie wydatków na grę przez badanych piłkarzy a prezentowany poziom rozgrywek (zł).



Zródło: Badania własne (N=572).

**Tabela 1. Powody uprawiania gry hazardowej przez badanych.**

Kategoria odpowiedzi	Nie gram w ogóle %	Nigdy %	Rzadko %	Od czasu do czasu %	Często %	Zawsze %	Ogółem %
Gram, bo potrzebuję pieniędzy	8,7	44,8	19,8	17,1	8,0	1,6	100
Gram, bo chcę się odegrać po przegranej	8,7	34,3	21,9	19,1	12,9	3,1	100
Gram, bo lubię wygrywać	7,7	15,2	17,1	24,3	25,0	10,7	100
Gram bo gra jest ekscytująca	7,5	15,7	17,3	25,7	23,4	10,3	100
Gram dla rozrywki, dla dobrej zabawy	6,6	12,4	15,9	28,7	23,1	13,3	100
Gram, aby zapomnieć o kłopotach	10,1	49,3	14,9	14,0	9,6	2,1	100
Gram, aby się odprężyć	9,4	37,6	17,7	18,7	13,3	3,3	100
Gram dla towarzystwa	9,1	29,7	18,9	23,6	13,1	5,6	100
Gram, bo lubię rywalizację	9,3	26,9	15,7	23,1	17,3	7,7	100
Gram, aby pocieszyć się, kiedy jestem w złym nastroju	9,6	49,8	16,1	12,8	9,1	2,6	100
Gram dla poprawy samopoczucia i opanowania stresu	9,3	50,3	18,0	11,5	8,0	2,8	100
Gram ze względu na presję grupy	9,3	57,7	15,6	10,0	6,6	0,9	100
Gram, bo wtedy czuję się dobrze	9,4	49,1	15,4	14,7	8,4	3,0	100
Gram, bo to najlepszy sposób na spędzenie czasu wolnego	9,3	53,0	14,5	11,5	8,9	2,8	100
Gram, bo lubię ryzyko	7,7	27,1	17,5	21,3	18,2	8,2	100

Źródło: Badania własne (N=572).

**Tabela 2. Asystowanie w dzieciństwie dorosłym podczas gier hazardowych a udział piłkarzy w grach hazardowych w życiu dorosłym.**

Grający i niegrający w gry hazardowe	Asystowanie w dzieciństwie w grze na pieniądze przez dorosłych				Ogółem	
	NIE		TAK			
	N	%	N	%	N	%
Niegrający w gry hazardowe	185	75,5	60	24,5	245	100,0
Grający w gry hazardowe	314	54,9	258	45,1	572	100,0
Ogółem	499	61,1	318	38,9	817	100,0

Źródło: Badania własne (N=817).

uczestniczyło w żadnej grze na pieniądze, w którą grali dorośli. Natomiast w grupie piłkarzy grających aktualnie w gry hazardowe co drugi z nich (55%) oświadczył, że będąc dzieckiem w żaden sposób nie był angażowany przez dorosłych do tego typu aktywności (tabela 2). Z wypowiedzi respondentów wynika, że w dzieciństwie najczęściej towarzyszyli oni dorosłym przy kupowaniu zakładów, wybieraniu zdrapek i ich zdrapywaniu albo przy typowaniu szczęśliwych liczb.

Mówiąc o inicjacji do gry hazardowej, generalnie można stwierdzić, że badani sportowcy w znacznej części (45%) pierwszy raz w życiu zagraли w jakąkolwiek grę, gdy byli uczniami gimnazjum, czyli mając 12-16 lat. Podobny

odsetek (44%) wśród uprawiających hazard piłkarzy swój pierwszy raz związany z udziałem w grze na pieniądze przeżył, gdy uczęszczał do szkoły średniej lub zawodowej. Nieliczni badani w swoją pierwszą grę hazardową zagraли dopiero, gdy rozpoczęli studia (7%) lub trafili do drużyny piłkarskiej (4%). Z badawczego punktu widzenia interesującym zagadnieniem poddanym diagnozie był również wybór rodzaju gry hazardowej, w którą pierwszy raz zagraли badani respondenci. Spodziewano się przy tym, że kluczowym sposobem inicjacji będą cieszące się popularnością wśród młodych ludzi gry na automatach o niskich wygranych, które do końca 2015 roku można było spotkać praktycznie na każdym rogu ulicy. Otrzy-

mane wyniki nie potwierdziły jednak przyjętej tezy. Z uzyskanych danych można wywnioskować, że badane osoby, oddając się pierwszy raz hazardowi, najchętniej czyniły to poprzez zakup kuponu Lotto (26%) albo idąc do zakładu bukmacherskiego (23%), bądź też biorąc udział w zakładach wzajemnych on-line (16%).

### Ryzyko uzależnienia się od gry w badanej populacji

Ustalono, że 8% badanych piłkarzy wykazuje symptomy, wskazujące na występowanie u nich zespołu patologicznych zachowań towarzyszących graniu hazardowemu (problem z hazardem). Nieproblemowe uprawianie hazardu dotyczy 65% badanych piłkarzy (brak gry lub gra rekreacyjna). Natomiast niski i umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia się od gry odnotowano odpowiednio u 15% i 11% respondentów.

Problem z hazardem mają głównie piłkarze w wieku 22-24 lata i 28-30 lat. Są to zwykle osoby, które zamieszkują w miastach od 100 do 150 tys. mieszkańców. Uporczywe uprawianie hazardu zasadniczo dotyczy zawodników, którzy legitymują się wykształceniem podstawowym, zawodowym bądź wyższym zawodowym z tytułem licencjata. Z reguły są to rozwodnicy lub osoby funkcjonujące w związkach nieformalnych. Nie można jednak mówić o typowej socjodemograficznej sylwetce piłkarza wykazu-

jącego szczególne predyspozycje do nałogowego uprawiania hazardu czy też zagrożonej nim. Przeprowadzone badania nie wykazały bowiem występowania istotnie statystycznych zależności ze względu na wyszczególnione wyżej zmienne. Nie stwierdzono też takiego związku ze względu na prezentowany szczebel rozgrywek przez badane osoby. Za ciekawy można uznać fakt, że wśród piłkarzy, u których według kwestionariusza CPGI występuje problem z hazardem, 48% uważa, że warto mieć przesady i swoje szczęśliwe numery bądź kolory, które pomagają wygrać. Ośmiu na dziesięciu w grupie patologicznych hazardzistów uważa, że każda gra hazardowa może uzależnić, a 3/4 z nich twierdzi, iż każdy, kto gra, ostatecznie więcej przegrywa niż wygrywa. Połowa piłkarzy uprawiających nałogowo hazard (51%), jest jednak przekonana, że im więcej po sobie występuje kolejnych przegranych, tym większe prawdopodobieństwo, że zaraz nastąpi duża wygrana. Co drugi respondent (59%) z kategorii osób mających problem z uprawianiem hazardu twierdzi, że każdy hazardzista to potencjalny bankrut. Natomiast 65% graczy z tej kategorii jest przekonanych, iż hazard przysparza życiowych problemów. Takie stanowisko szczególnie zdecydowanie wyraża 16% piłkarzy, przy 13% osób mających zdecydowanie przeciwny pogląd w tym zakresie.

Osoby mające problem z hazardem częściej od piłkarzy niemających takich problemów lub wykazujących niski bądź umiarkowany poziom zagrożenia uzależnieniem od

**Tabela 3. Pierwsza gra hazardowa a uzależnienie od hazardu mierzone CPGI.**

Kategoria odpowiedzi	CPGI							
	Brak problemów		Niski poziom ryzyka		Umiarkowany poziom ryzyka		Problem z hazardem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lotto	86	29,5	24	20,0	27	29,7	12	17,4
Konkursy SMS-owe	16	5,5	4	3,3	4	4,4	3	4,3
Loterie audiotekstowe	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Zakłady bukmacherskie (w internecie)	50	17,1	22	18,3	9	9,9	9	13,0
Gry w kasynie	2	0,7	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Inne gry liczbowe (np. Keno)	5	1,7	3	2,5	1	1,1	0	0,0
Loterie pieniężne	2	0,7	5	4,2	0	0,0	0	0,0
Bingo pieniężne lub fantowe	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Automaty do gier (poza internetem)	19	6,5	12	10,0	14	15,4	1	1,4
Zdrapki	37	12,7	18	15,0	13	14,3	12	17,4
Loterie fantowe	5	1,7	2	1,7	2	2,2	0	0,0
Zakłady bukmacherskie (poza internetem)	66	22,6	28	23,3	20	22,0	16	23,2
Automaty do gier (w internecie)	2	0,7	1	0,8	1	1,1	15	21,7
Ogółem	292	100,0	120	100,0	91	100,0	69	100,0

Źródło: Badania własne (N=572).

hazardu, jako powód swojej gry wskazują, że robią to z chęci zysku, albo żeby zapomnieć o kłopotach i zmartwieniach, pocieszyć się, gdy są w złym nastroju, oraz aby opanować stres. Ważnym tu motywem jest także towarzyszące im przekonanie, że uprawiają hazard dlatego, że jest to najlepszy sposób spędzania czasu wolnego.

Z uzyskanych danych wynika również, że co piąty piłkarz mający problem z hazardem poczułby prawdziwe szczęście z wygranej, gdyby jednorazowo wygrana kwota wyniosła od 10 000 do 100 000 zł. Taki sam odsetek piłkarzy z tej grupy (23%) poczułby szczęście z wygranej, gdyby wyniosła ona od 100 000 do 500 000 zł. W przypadku grupy piłkarzy zagrożonych uzależnieniem od hazardu również co piąty z nich (20%) uważa, że kwota od 100 000 do 500 000 zł byłaby wystarczająca, aby miał poczucie wielkiej wygranej. Dla 23% piłkarzy wykazujących umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia od hazardu, wygrana musiałaby osiągnąć wielkość powyżej 500 000 zł, by poczuli się oni rzeczywiście szczęśliwymi wygranymi. W przypadku piłkarzy wykazujących brak problemów z hazardem lub niski poziom ryzyka zagrożenia tym zaburzeniem charakterystyczną odpowiedzią jest albo brak wskazania wielkości takiej kwoty, albo określenie jej jako większej niż 500 000 zł.

Jeśli spojrzymy na korelację zmiennej inicjacji do gry hazardowej wobec zmiennej poziomu ryzyka uzależnieniem od hazardu, to wyraźnie widać, że piłkarze znajdujący się w grupie osób mających problem z hazardem swoje pieniądze pierwszy raz wydali z reguły na zakłady bukmacherskie naziemne (23%) oraz on-line (13%). Ich inicjacja hazardowa stosunkowo często wiązała się z puszczaniem kuponu Lotto (17%) lub zakupieniem zdrapki (17%). Co piąty piłkarz (22%) wykazujący problem z hazardem, pierwszą grę na pieniądze odbył na automatach w internecie (szczegółowy rozkład zmiennej patrz tabela 3).

## Podsumowanie

Hazard jest popularną formą rozrywki w środowisku piłkarzy. W grupie badanych sportowców 3/4 ankietowanych deklaruje uprawianie hazardu, z czego 9% robi to systematycznie. Uzyskane wyniki dowodzą, że piłkarze są bardziej skłonni do uprawiania hazardu, niż ma to miejsce w populacji ogólnej. Jako grupa uzyskują również istotnie wyższe rezultaty, wskazujące na ich problem z hazardem, w porównaniu do pozostałej dorosłej części naszego społeczeństwa (15+). Spośród przebadanych sportowców 15%

wykazuje niski poziom ryzyka uzależnienia od gier hazardowych, 11% respondentów cechuje umiarkowany poziom tego ryzyka, a 8% piłkarzy wypełnia symptomy nałogowego uprawiania hazardu. W rozwoju zaburzenia uprawiania hazardu wśród piłkarzy ważne znaczenie odgrywały czynniki społeczno-sytuacyjne związane z wczesnym kontaktem piłkarzy z hazardem oraz międzypokoleniowa transmisja aktywności hazardowej w rodzinie. Ponad połowa badanych piłkarzy (58%) dorastała w domach, w których najbliższe im osoby uprawiały hazard, a 39% brała aktywny udział w tej grze.

Większość zachowań piłkarzy związanych z hazardem i zakładami sportowymi dotyczy obstawiania niskich stawek. Tylko 5% przebadanych piłkarzy deklaruje, że ich roczne nakłady na gry hazardowe obejmowały kwotę 5000 zł i więcej. Wśród badanych dominuje zabawowy i rozrywkowy aspekt grania. Równocześnie piłkarze preferują formy hazardu związane z obstawianiem zakładów bukmacherskich (stacjonarnych lub on-line). Wybór tej formy hazardu może wynikać z przekonania, że bukmacherka jest bardziej atrakcyjna niż inne rodzaje gier, bowiem wymaga nie tylko szczęścia, ale także specjalistycznej wiedzy zależnej od gracza. Ma to swoje bezpośrednie przełożenie na dokonywane wybory w aspekcie zawieranych zakładów. Przeważnie dotyczą one zespołowych rozgrywek sportowych, w tym przede wszystkim piłki nożnej.

Biorąc pod uwagę przeprowadzone badania, które wskazują na zawodników piłki nożnej jako grupę podwyższonego ryzyka w zakresie zaburzonego uprawiania hazardu, warto tę zbiorowość objąć szczególnym oddziaływaniem profilaktycznym. Jego celem powinna być nie tylko kwestia poszerzenia wiedzy piłkarzy o szkodliwość uprawiania hazardu i jego możliwych negatywnych następstwach, ale również ich mentalne przygotowanie w zakresie gotowości zgłoszenia się do specjalistycznych placówek i prośby o pomoc w przypadku pojawienia się problemów z uprawianiem hazardu.

## Przypisy

<sup>1</sup> Badania „Zaburzenia uprawiania hazardu i problemowego korzystania z internetu wśród piłkarzy” realizowała Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach. Badanie współfinansowało Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach grantu naukowego służącego pogłębianiu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego (umowa nr 7/HEK/2019).

*Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (agenda Komisji Europejskiej) opublikowało w marcu 2020 roku komunikat dotyczący wpływu COVID-19 na użytkowników narkotyków i system pomocy osobom uzależnionym. Pierwsza część artykułu jest skrótem tego komunikatu, w drugiej zaś części zostały przedstawione wyniki badania zrealizowanego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN i EMCDDA na temat wpływu epidemii na system pomocy w Polsce.*

## EPIDEMIA COVID-19 A SYSTEM POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

Artur Malczewski

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

Wybuch epidemii COVID-19 (koronawirus) całkowicie zmienił funkcjonowanie społeczeństw. Epidemia ma również duży wpływ na system pomocy osobom uzależnionym. 13 marca Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) opublikowało

na swojej stronie internetowej komunikat dyrektora Krajowego Biura na temat wstrzymania wszelkich pomocowych działań grupowych i realizacji działań indywidualnych w systemie on-line. Komunikat był skierowany do podmiotów otrzymujących finansowanie ze środków KBPN. Od początku wybuchu epidemii COVID-19 w Europie, tj. od lutego 2020 roku, oraz od czasu wprowadzenia działań mających na celu powstrzymanie lub złagodzenie skutków epidemii, np. stany epidemiczne nakazujące pozostanie w domach, pojawiają się informacje o bezprecedensowych wyzwaniach dla służb pomocowych odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii i zwalczanie przestępczości narkotykowej. Profesjonaliści zajmujący się pomocą osobom uzależnionym stanęli przed ważnym, lecz trudnym zadaniem należytego kontynuowania usług dla użytkowników narkotyków

we wszystkich miejscach, w tym także w zakładach penitencjarnych.

### COVID-19 i użytkownicy narkotyków

Użytkownicy narkotyków w równym stopniu narażeni są na ryzyko infekcji COVID-19 co członkowie populacji ogólnej. Dodatkowo istnieje wiele zagrożeń, które należy uwzględnić i ograniczyć w przypadku pomocy tej grupy społecznej. Dla przykładu, starzejąca się populacja użytkowników opioidów w Europie jest szczególnie narażona na infekcję z uwagi na dotychczasowe poważne problemy ze zdrowiem oraz czynniki związane z prowadzonym stylem życia. Rekreacyjne używanie narkotyków często odbywa się w miejscach gromadzenia się ludzi, gdzie ten sam narkotyk jest zażywany przez różne osoby lub do tego celu wykorzystywany jest ten sam sprzęt. Ujmując rzecz ogólniej, napiętnowanie związane z nie-

*Od momentu wprowadzenia w Polsce działań zaradczych wobec epidemii koronawirusa w dużym stopniu zmieniła się sytuacja programów redukcji szkód, których miejscem działania są ulice czy kluby. W wyniku regulacji prawnych dotyczących epidemii dostęp do większości tych programów został mocno ograniczony albo zostały one wręcz zamknięte. Część programów redukcji szkód wdrożyła dodatkowe działania. Ich klienci otrzymują materiały ochronne, takie jak maseczki, jednorazowe rękawiczki i pojemniki z płynem do dezynfekcji.*

którymi formami używania narkotyków może nie tylko zwiększać ryzyko, ale również utrudniać realizację działań z zakresu redukcji szkód wśród użytkowników narkotyków. Zdaniem EMCDDA warto zwrócić uwagę

na to, że duże rozpowszechnienie przewlekłych schorzeń wśród użytkowników narkotyków powoduje, iż wiele z tych osób będzie szczególnie narażonych na poważne choroby układu oddechowego w przypadku zakażenia COVID-19. Są to m.in. poniższe sytuacje:

- Wśród osób przebywających na leczeniu odwykowym notuje się duże rozpowszechnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) i astmy. Dodatkowo, palenie heroiny bądź cracku może być czynnikiem obciążającym (Palmer i wsp., 2012).
  - Wśród pacjentów iniekcyjnych oraz użytkowników kokainy obserwuje się dużą zachorowalność na choroby układu krążenia (Thylstrup i wsp., 2015; Schwartz i wsp., 2010).
  - Metamfetamina powoduje zwężenie naczyń krwionośnych, co może przyczynić się do uszkodzeń układu oddechowego. Istnieją dowody na to, że nadużywanie opioidów może negatywnie wpływać na układ immunologiczny (Sacerdote, 2006).
  - Wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków obserwuje się duże rozpowszechnienie HIV, wirusowego zapalenia wątroby oraz nowotworów wątroby, które osłabiają układ immunologiczny.
  - Palenie tytoniu i uzależnienie od nikotyny to powszechne zjawiska wśród niektórych grup użytkowników narkotyków. Mogą one zwiększać ryzyko wystąpienia jeszcze poważniejszych konsekwencji.
- EMCDDA w swoim komunikacie podkreśla, że głównym skutkiem używania jakichkolwiek opioidów, np. heroiny, stwarzającym zagrożenie dla życia, jest spowolnienie, a w efekcie zatrzymanie pracy układu oddechowego. Ponieważ COVID-19 (podobnie jak inne poważne infekcje płuc) może wywoływać trudności w oddychaniu, istnieje ryzyko zwiększenia przedawkowań wśród użytkowników opioidów. Antidotum w postaci naloksonu blokuje ten skutek i przeciwdziała trudnościom w oddychaniu spowodowanym zażyciem opioidów. Nalokson jest stosowany w leczeniu klinicznym i środowiskowym do zwalczania zatruc spowodowanych przedawkowaniem opioidów. Nie ma danych na temat wpływu naloksonu na trudności oddychania wywołane COVID-19.

EMCDDA zwraca uwagę, że korzystanie z tego samego sprzętu zwiększa ryzyko infekcji:

- Podczas gdy korzystanie z tego samego sprzętu do iniekcji zwiększa ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew, takimi jak HIV, HBV, HCV,

to korzystanie ze sprzętu do wdychania, palenia elektronicznych papierosów bądź sprzętu do iniekcji skażonego COVID-19 może również zwiększać ryzyko infekcji oraz przyczynić się do rozprzestrzeniania wirusa. Wirus wywołujący COVID-19 przenosi się głównie z człowieka na człowieka, między ludźmi, którzy są w bliskim kontakcie ze sobą oraz drogą kropelkową w wyniku kaszlu lub kichania. Wirus może również przetrwać względnie długo na niektórych powierzchniach.

- Z uwagi na fakt, że komunikaty dotyczące redukcji szkód skupiają się głównie na zagrożeniach związanych z iniekcją, mniej uwagi poświęca się innym drogom przyjmowania narkotyków. Epidemia COVID-19 stanowi dodatkowe ryzyko, które obecnie nie są dokładnie zbadane, takie jak palenie tego samego jointa, papierosa, korzystanie z urządzenia do palenia elektronicznych papierosów, urządzenia do inhalacji czy innego sprzętu do używania narkotyków.

Ponadto niektóre miejsca odwiedzane przez użytkowników narkotyków cechuje zwiększone ryzyko ekspozycji na COVID-19:

- Rekreacyjne używanie narkotyków odbywa się w grupach lub dużych skupiskach, co zwiększa ryzyko ekspozycji na COVID-19. Do pewnego stopnia można to ryzyko obniżyć, utrzymując dystans społeczny, stosując się do powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa oraz innych środków mających na celu redukcję używania bądź dostęp do miejsc wysokiego ryzyka.
- Ośrodki leczenia uzależnień od narkotyków, placówki niskoprogowe oraz instytucje wsparcia socjalnego dla użytkowników narkotyków mogą posiadać miejsca (np. poczekalnie lub świetlice), w których bezpieczna odległość od innych osób może być trudna do zachowania. Podobnie jak w innych miejscach, zachowanie bezpiecznej odległości oraz przestrzeganie zasad higieny ma kluczowe znaczenie.
- Bezdomni użytkownicy narkotyków często nie mają innej możliwości, jak tylko przebywać w miejscach publicznych. Nie mają oni również dostępu do środków higieny osobistej. Dobrowolna kwarantanna stanowi wyzwanie w przypadku osób bezdomnych, natomiast dostęp do opieki medycznej jest często bardzo utrudniony. Wyjście naprzeciw potrzebom użytkowników narkotyków bez dachu nad głową oraz

z niepewną sytuacją mieszkaniową będzie ważnym działaniem w tym obszarze.

## Ograniczona dostępność systemu pomocy

W efekcie obecnej epidemii może wystąpić ryzyko zakłóceń w dostępie do służb pomocowych w obszarze przeciwdziałania narkomanii, sterylnego sprzętu do używania narkotyków oraz podstawowych leków. EMCDDA zwraca uwagę na:

- Ciągłość opieki dla użytkowników narkotyków korzystających z usług służb pomocowych w obszarze przeciwdziałania narkomanii może stanowić wyzwanie w obliczu niedoborów kadrowych, zakłóceń w funkcjonowaniu służb lub ich zamknięcia, dobrowolnej kwarantanny oraz restrykcji w zakresie swobodnego przemieszczania się. Służby pomocowe, zwłaszcza małe, lokalnie finansowane i prowadzone przez organizacje pozarządowe ośrodki, działające równoległe do placówek publicznej służby zdrowia, mogą być szczególnie narażone i borykać się z utratą dodatkowych środków potrzebnych do zapewnienia ciągłości opieki.
- Istnieje ryzyko ograniczonego dostępu do opioidowego leczenia substytucyjnego, innych niezbędnych leków oraz sterylnego sprzętu do używania narkotyków, szczególnie w przypadku, gdy lokalne apteki zmuszone są do skracania godzin otwarcia oraz przestają nadzorować dystrybucję metadonu, która jest prowadzona w ten sposób w niektórych krajach. Dostęp do leków może okazać się szczególnie utrudniony w przypadku osób przebywających na dobrowolnej lub przymusowej kwarantannie oraz będących pod nadzorem epidemiologicznym.
- Restrykcje w zakresie przemieszczania się na niektórych obszarach, nałożone w związku z zagrożeniem COVID-19, mogą również doprowadzić do zakłóceń w funkcjonowaniu rynków narkotykowych i spadku podaży nielegalnych narkotyków. To może przełożyć się na szereg konsekwencji, szczególnie dla uzależnionych użytkowników narkotyków, co z kolei może potencjalnie skutkować zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi pomocowe w tym zakresie.

EMCCDA podkreśla, że w czasie pandemii mogą wystąpić trudności z zapewnieniem dostępu do skutecznej pomocy antynarkotykowej. W celu zmniejszenia

transmisji COVID-19 należy stanowczo zniechęcać do dzielenia się narkotykami oraz sprzętem służącym do ich używania. Należy również promować zachowanie właściwego odstępu od drugiej osoby oraz przestrzeganie higieny, opracować strategie przekazu w celu właściwej reakcji na różne zachowania oraz dotarcia do różnych grup, w tym grup wykluczonych, m.in. bezdomnych, osób sięgających po narkotyki rekreacyjnie, użytkowników przetworów konopi. Tam, gdzie to tylko możliwe, użytkownicy narkotyków powinni być zachęceni do zaprzestania lub ograniczenia używania narkotyków jako działania ochronnego. Konieczne jest również podjęcie kroków w celu zapewnienia profesjonalnego wsparcia i pomocy poszukującym dostępu do usług antynarkotykowych. Tak, jak ma to miejsce w innych służbach z obszaru ochrony zdrowia i opieki społecznej, służby antynarkotykowe, schroniska dla bezdomnych oraz zakłady penitencjarne powinny wysłać jednoznaczny komunikat, w jaki sposób obniżyć ryzyko infekcji oraz udostępniać materiały zarówno dla usługobiorców, jak i usługodawców. Powinny to być według EMCDDA między innymi:

- Działania z zakresu ochrony osobistej: promowanie odpowiedniej higieny rąk oraz praktyk ograniczania ryzyka, np. zasłanianie się łokciem w przypadku kaszlu lub kichnięcia. Wyposażenie toalet w mydło i materiały do suszenia rąk po ich umyciu. Należy zapewnić środki do dezynfekcji rąk na bazie co najmniej 60% alkoholu w kluczowych miejscach danej placówki, w tym w okienkach rejestracyjnych, wejściach i wyjściach.
- Działania środowiskowe: częste dezynfekowanie używanych powierzchni, redukcja do minimum wymiany przedmiotów, zapewnienie odpowiedniej wentylacji.
- Należy dokonać przeglądu dotychczasowych praktyk przekazywania użytkownikom narkotyków informacji na temat używania tych samych narkotyków i sprzętu w celu dostosowania ich do wymagań w zakresie redukcji ryzyka transmisji COVID-19 (droga kropelkowa, powierzchni).
- Należy dokonać przeglądu dotychczasowych praktyk w zakresie dystrybuowania sterylnego sprzętu do iniekcji oraz innego sprzętu do używania narkotyków (np. palenie lub inhalacja) w celu zmniejszenia skali dzielenia się nim wśród użytkowników narkotyków, aby dostosować przedmiotowe praktyki do aktual-

nych potrzeb. Konieczne może okazać się zwiększenie dystrybucji sprzętu dla klientów przebywających na kwarantannie.

- Należy promować i wprowadzać wśród użytkowników narkotyków oraz personelu świadczącego usługi dla tej populacji działania polegające na zachowaniu dystansu społecznego. Należy przez to rozumieć unikanie bliskich kontaktów (uściski dłoni, pocałunki), zachowanie odpowiedniej odległości od drugiej osoby oraz ograniczanie liczby osób korzystających w tym samym czasie z danej usługi. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) opublikowało dokument poświęcony dystansowi społecznemu, dostępny na stronie <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>. Szczególną uwagę należy zwracać na wspieranie i zapewnianie odpowiednich środków klientom usług antynarkotykowych, osobom korzystającym ze schronisk dla bezdomnych oraz osadzonym w zakładach penitencjarnych, tak by mogły one ochronić siebie i innych przed infekcją.
- Należy opracować protokoły postępowania dla służb celem właściwego reagowania na użytkowników narkotyków, którzy wykazują objawy COVID-19. W szczególności chodzi tu o maseczki dla osób z objawami oddechowymi (kaszel, gorączka), wydzielanie przestrzeni izolacyjnej oraz właściwe przekierowywanie i powiadamianie zgodnie z krajowymi standardami. ECDC opublikowało raport na temat zapobiegania infekcjom i kontroli COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia, w tym ośrodkach opieki długoterminowej (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-covid-19-healthcare-settings>).
- Ogólne zalecenia i informacje dotyczące konkretnych grup, np. pacjentów z chorobami przewlekłymi i schorzeniami immunosupresyjnymi można znaleźć na stronie: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/information-covid-19-specific-groups-elderly-patients-chronic-diseases-people>.

W komunikacie EMCDDA podkreśla się zagwarantowanie ciągłości opieki w trakcie pandemii poprzez zapewnienie kluczowych usług zdrowotnych dla użytkowników narkotyków. W tym obszarze należy przede wszystkim zadbać o to, by służby miały odpowiednie

zasoby, personel był właściwie chroniony, a planowanie usług miało status priorytetowy.

W obszarze zapewnienia ciągłości usług EMCDDA zwraca uwagę na:

- Usługi w obszarze leczenia uzależnienia od narkotyków oraz niskoprogowe usługi dla użytkowników narkotyków w obszarze redukcji szkód to fundamentalne usługi z zakresu opieki zdrowotnej. Należy zadbać o ciągłość ich funkcjonowania w ograniczonych warunkach.
- Zapewnienie ciągłości świadczenia usług z obszaru leczenia uzależnienia od narkotyków, w tym środków stosowanych w opioidowym leczeniu substytucyjnym oraz innych podstawowych leków będzie w tej sytuacji celem nadrzędnym.
- Należy opracować plany awaryjne na wypadek ewentualnych niedoborów w zakresie leków i sprzętu.
- Usługodawcy będą zobowiązani do planowania działań na wypadek braków kadrowych poprzez tworzenie strategii w zakresie elastycznego czasu pracy i zwolnień chorobowych, określanie kluczowych funkcji i stanowisk pracy oraz planowanie zastępstw w wyniku szkoleń innych członków personelu.
- Usługodawcy muszą uwzględniać planowanie rozwiązań czasowych na wypadek konieczności zamknięcia placówek stacjonarnych (np. zdalne świadczenie usług, dystrybucja leków i sprzętu w aptekach, poprzez wizyty domowe, rozmowy telefoniczne lub wideo rozmowy w celach diagnostycznych lub kontrolnych). Konieczne może okazać się również dostosowanie dotychczasowych praktyk do panującej sytuacji, np. wydłużanie ważności recept w odniesieniu do opioidowego leczenia substytucyjnego.
- W czasie trwania epidemii może pojawić się konieczność redukcji bądź implementacji rozwiązań alternatywnych wobec pracy w bezpośrednim kontakcie z klientem, spotkań indywidualnych lub grupowych.
- Dostępność usług dla bezdomnych użytkowników narkotyków będzie istotnym wyzwaniem, ponieważ ta grupa posiada ograniczone zasoby w zakresie własnej ochrony i izolacji. W Stanach Zjednoczonych Centrum Kontroli Chorób (CDC) opublikowało tymczasowe zalecenia dla schronisk dla bezdomnych (<https://>



[www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/plan-prepare-respond.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/plan-prepare-respond.html).

Ochrona usługodawców w trakcie pandemii – istotne działania do rozważenia według komunikatu EMCDDA:

- Udzielanie personelowi niezbędnych informacji w zakresie działań profilaktycznych.
- Wyposażenie personelu w niezbędny sprzęt ochronny i wprowadzanie protokołów postępowania dla personelu i pacjentów w zakresie redukcji ryzyka transmisji wirusa, w tym stosowanie barier fizycznych w celu ochrony członków personelu, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami niezdiagnozowanymi.
- Minimalizowanie liczby członków personelu, którzy są w bezpośrednim kontakcie z pacjentami oraz wdrażanie strategii zarządzania ryzykiem i procedur wobec klientów z objawami oddechowymi.
- Przegląd czynności w miejscu pracy w odniesieniu do personelu i wolontariuszy z grupy wysokiego ryzyka w zakresie możliwości ostrego przebiegu COVID-19 (osoby starsze lub z chorobami współistniejącymi), w tym wdrożenie trybu pracy zdalnej tam, gdzie to możliwe.
- Ustanowienie regularnych spotkań zdalnych celem natychmiastowego reagowania na zjawiska obserwowane lokalnie oraz wobec coraz to nowych działań podejmowanych przez samorządy lokalne i rządy krajowe<sup>1</sup>.

## Wyniki badań dotyczące epidemii koronawirusa a systemy leczenia

W kwietniu 2020 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN we współpracy z EMCDDA rozpoczęło badanie mające na celu przyjrzenie się sytuacji systemu pomocy osobom uzależnionym w czasie epidemii koronawirusa. EMCDDA przygotowało ankietę dla Reitox Focal Pointów dotyczącą zebrania informacji na temat pandemii w krajach Unii Europejskiej. Centrum Informacji KBPN wykorzystało ankietę, po odpowiednich modyfikacjach, do przeprowadzenia analizy na potrzeby naszego kraju. Celem krajowego badania była szybka ocena sytuacji wpływu epidemii COVID-19 na wzory używania narkotyków, szkody przez nie wyrządzane oraz poziom świadczonych usług pomocowych.

W kwietniu Centrum Informacji KBPN rozesłało ankietę do placówek pomocnych w Polsce zajmujących się osobami uzależnionymi od narkotyków, przede wszystkim

do placówek leczniczych i programów redukcji szkód (informacje zwrotne otrzymano od 54 podmiotów). Ankieta została także umieszczona na stronie Centrum Informacji KBPN (<https://cinn.gov.pl/portal?id=1630635>). Dane przedstawione w artykule były zbierane w okresie od 14 do 26 kwietnia. Ankieta została wysłana również do Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W ten sposób w analizie uwzględniono ankietę zebrane od ekspertów z województwa łódzkiego i dolnośląskiego.

**Tabela 1. Rodzaje podmiotów wypełniających ankietę.**

Placówka lecznicza (ośrodek, poradnia itd.)	77,8%
Organizacja pozarządowa	25,9%
Służba (np. policja) zajmująca się zwalczaniem przestępczości narkotykowej	1,9%
Placówka redukcji szkód	16,7%
Organizacja zajmująca się profilaktyką	5,6%
Inne	16,7%

Jednym z głównych pytań badawczych była kwestia dotycząca zapotrzebowania na usługi lecznicze. Pytaliśmy respondentów, czy w ich opinii zaszły zmiany w zgłaszalności do leczenia uzależnień od narkotyków od momentu wprowadzenia w Polsce działań zaradczych wobec epidemii koronawirusa. 63% osób odpowiedziało, że nastąpił spadek liczby osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków, a 11,1% zasygnalizowało wzrost (tabela 2). Największy odsetek osób (37%) wskazał na wysoki spadek zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków. Wyniki badania pokazują, że w efekcie epidemii mniej osób podejmowało leczenie z powodu narkotyków. Jedną z głównych przeszkód prawdopodobnie było ograniczenie oferty leczniczej dla osób potrzebujących pomocy.

**Tabela 2. Czy nastąpiły ogólne zmiany w zgłaszalności do leczenia uzależnień od narkotyków od momentu wprowadzenia w kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19? (%) (N=51).**

Wysoki spadek	37,0
Niewielki spadek	25,9
Brak zmian	20,4
Niewielki wzrost	7,4
Wysoki wzrost	3,7
Nie wiem	5,6

Czy do takiej sytuacji rzeczywiście doszło, postaramy się przeanalizować na podstawie kolejnych wyników omawianego badania.

**Tabela 3. Czy nastąpiły ogólne zmiany w zgłaszalności do usług z obszaru redukcji szkód od momentu wprowadzenia w kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19 (prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź)? (%) (N=46).**

Wysoki spadek	20,8
Niewielki spadek	4,2
Brak zmian	27,1
Niewielki wzrost	4,2
Wysoki wzrost	2,1
Nie wiem	41,7

Podobne pytanie zostało zadane w odniesieniu do programów redukcji szkód. Chcieliśmy sprawdzić, czy w przypadku programów redukcji szkód także nastąpiło zmniejszenie liczby osób zgłaszających się do tych programów. Otrzymaliśmy wysoki wskaźnik odpowiedzi „nie wiem” (41,7%). Jest to wynikiem tego, iż większość ankiet został wypełniona przez placówki lecznicze, które nie oferują działań z zakresu redukcji szkód. Analizując pozostałe wyniki, warto zwrócić uwagę na zbliżone odsetki odpowiedzi wskazujących na spadek zgłaszalności do programów redukcji szkód (25%) oraz odpowiedzi „brak zmian” (27,1%). Zatem sytuacja programów redukcji szkód jest inna niż leczenia, gdzie wyraźnie widać spadek liczby osób podejmujących leczenie. W przypadku programów redukcji szkód opinie są podzielone. Z informacji przed-

**Tabela 4. Czy nastąpiły ogólne zmiany w dostępności i poziomie świadczenia usług leczniczych w obszarze leczenia uzależnienia od narkotyków od momentu wprowadzenia w kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19? (%) (N=51).**

Wysoki spadek	39,2
Niewielki spadek	33,3
Brak zmian	13,7
Niewielki wzrost	2,0
Wysoki wzrost	0
Nie wiem	11,8

stawilieli programów redukcji wyniku, że klienci tych programów zaczęli zgłaszać się po nowe formy pomocy, np. po jedzenie.

Kolejnym obszarem badawczym była kwestia, jak wygląda dostępność leczenia i redukcji szkód w trakcie trwania epidemii. Czy placówki oferujące pomoc osobom uzależnionym nadal funkcjonują, czy może ograniczyły swoją działalność. Wyniki pokazały, że nastąpił spadek w dostępie do leczenia osób uzależnionych od narkotyków – jest to opinia 73% badanych. Tylko 2% respondentów wskazało na niewielki wzrost. Nastąpił spadek również w dostępności programów redukcji szkód: 41,3% osób wskazało na spadek, podczas gdy na wzrost tylko 2,2% badanych.

**Tabela 5. Czy nastąpiły ogólne zmiany w dostępności i poziomie świadczenia usług w obszarze redukcji szkód od momentu wprowadzenia w kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19? (%) (N=46).**

Wysoki spadek	21,7
Niewielki spadek	19,6
Brak zmian	13,0
Niewielki wzrost	2,2
Wysoki wzrost	0
Nie wiem	43,5

## Ograniczenie działalności systemu pomocy

Oprócz części ilościowej, gdzie respondenci odpowiadali na pytania zamknięte, wiele informacji było zbieranych za pomocą pytań otwartych. Dalsza część artykułu opiera się na analizie odpowiedzi na tego typu pytania. Według informacji uzyskanych z ankiet placówki leczenia osób uzależnionych, jak również większość programów redukcji szkód, odnotowały zmniejszenie się liczby osób objętych pomocą. Spadek przyjęć dotyczy głównie zgłaszalności nowych pacjentów do placówek pomocowych. Część placówek w pierwszych tygodniach epidemii nie przyjmowała nowych osób do leczenia. W szczególności sytuacja ta dotyczyła ośrodków stacjonarnych oraz placówek dziennych. Jedną z głównych barier w przyjmowaniu nowych osób były ograniczenia w osobistym przyjmowaniu pacjentów pierwszorazowych. Programy metadonowe zmieniły sposób pracy, zaczęły wydawać metadon na dłuższe okresy (np. 14 dni). W wyniku epidemii pojawiły się również kwestie zwią-

zane z finansowaniem systemu leczenia. Na finansowanie teleporad zezwolił Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast część samorządów nie zdecydowała się na finansowanie tego typu usług (stan na połowę kwietnia). Część placówek leczniczych w Polsce otrzymuje środki finansowe również z budżetów samorządowych. W odniesieniu do klientów, którzy już znaleźli się w systemie pomocy, nową sytuację najmocniej odczuła grupa pacjentów, która brała udział w terapii grupowej. Poradnie wycofały się z prowadzenia terapii grupowej w placówkach i zaczęły wdrażać terapię grupową on-line. W tym przypadku zastosowanie internetu wydaje się – w opinii niektórych terapeutów – mniej efektywne niż w przypadku pracy w bezpośrednim kontakcie. Według wyników ankiet udzielanie porad przez internet jest główną metodą świadczeń medycznych w placówkach ambulatoryjnych w trakcie epidemii. Jednakże wdrożenie nowych metod pracy spowodowało pojawienie się nowych wyzwań dla zapewnienia ciągłości leczenia i zapewnienia odpowiedniej jakości działań:

- dostosowanie systemu teleinformatycznego do świadczenia porad i terapii przez internet,
- zmiana nastawienia pacjentów wobec skuteczności terapii poprzez telemedia,
- budowanie relacji terapeutycznej na odległość,
- modyfikacja terapii grupowej ze stacjonarnej na on-line,
- kwestia sprzętu i oprogramowania (np. zakup nowych urządzeń lub oprogramowania do prowadzenia teleporad lub terapii z wykorzystaniem internetu),
- możliwość wypalenia zawodowego terapeutów, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z klientami.

Ponadto nie wszyscy pacjenci mają dostęp do urządzeń umożliwiających terapię zdalną, co stanowi dodatkowe wyzwanie w stosowaniu nowych form leczenia i poradnictwa. Z informacji otrzymanych z ankiet wynika, że placówki odnotowują zwiększoną liczbę osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy. Osoby te charakteryzuje duże poczucie lęku, bezradność i inne problemy wynikające z izolacji. Część z nich jest w kryzysie.

## Redukcja szkód a epidemia

W dużym stopniu zmieniła się sytuacja w odniesieniu do programów redukcji szkód, których miejscem działania są ulice czy kluby. W wyniku regulacji prawnych dotyczących epidemii dostęp do większości miejsc działania programów redukcji szkód został mocno

ograniczony albo wręcz zamknięty. Programy redukcji szkód napotkały m.in. następujące wyzwania w swojej pracy w związku z epidemią:

- zakaz zgromadzeń utrudniający działania wśród beneficjentów,
- obawy oraz sprzeciw sąsiadów wobec punktów drop-in (dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków); obawa, że odbiorcy programu są zakażeni koronawirusem,
- zamknięcie klubów nocnych – brak możliwości prowadzenia działań partyworkingowych adresowanych do użytkowników narkotyków syntetycznych,
- policja, która pracę streetworkerów nie traktuje jako formy pracy i oficjalnie zakazuje kontaktu z więcej niż jedną osobą.

W efekcie w dużym stopniu zmniejszyła się dostępność pomocy dla czynnych użytkowników narkotyków korzystających z programów redukcji szkód. Jednakże programy redukcji szkód wdrożyły dodatkowe działania. Klienci otrzymują materiały ochronne, takie jak maseczki, jednorazowe rękawiczki i pojemniki z płynem do dezynfekcji. W ramach programów redukcji szkód przekazywane są informacje o objawach zakażenia i procedurach, jakie należy przedsięwziąć w przypadku podejrzenia o zakażeniu. Podjęto działania na rzecz dożywiania ubogich i bezdomnych klientów we współpracy z innymi organizacjami. Fundacja Salida z Wrocławia wprowadziła do swojej działalności w ramach punktów drop-in ciepły posiłek oraz prowiant. Dużym ograniczeniem w korzystaniu z programów redukcji szkód jest zamknięcie prawie wszystkich świetlic dziennych (drop-in) dla czynnych użytkowników narkotyków, poza jedną świetlicą we Wrocławiu (Fundacja Salida). Jednakże programy redukcji szkód nadal dystrybuują sprzęt (np. nowymi metodami poprzez usługę dowozu do domu czystych igieł i strzykawek oraz pojemników na skażony sprzęt). Mimo zamknięcia drop-in programy redukcji szkód dystrybuują sprzęt przez tzw. okienka w dziennych świetlicach. Działalność zawiesiły również mobilne centra wymiany igieł i strzykawek. Pomoc udzielana przez pracowników ulicznych, którzy docierali do populacji ulicznych, jest utrudniona ze względu na zakaz zgromadzeń. Programy redukcji szkód raportują zwiększone zapotrzebowanie klientów na jedzenie, spowodowane spadkiem ich dochodów. Większość źródeł dochodu czynnych użytkowników narkotyków, w szczególności osób bezdomnych, stała się w wyniku epidemii niedostępna. Dlatego jednym

z głównych zadań programów redukcji szkód jest w czasie epidemii zapewnienie ich klientom żywności.

## Przeszkody i bariery

W ramach ankiety pytaliśmy o główne przeszkody i wyzwania dla podmiotów prowadzących leczenie uzależnienia od narkotyków i redukcję szkód. Należą do nich oczywiście wyzwania w obszarze bezpieczeństwa z powodu pojawienia się koronawirusa:

- zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom podmiotów prowadzących leczenie uzależnienia poprzez wprowadzenie procedur chroniących pacjentów przebywających w placówce,
- nieograniczony dostęp do środków ochrony osobistej i szeroki dostęp do teleporad zarówno psychiatrycznych, jak i psychoterapeutycznych,
- przystosowanie pomieszczeń poradni, oddziałów do przyjmowania pacjentów zakażonych (śluzy, izolatki, sprzęt ochronny),
- szeroki dostęp do testów na obecność aktywnego zakażenia COVID-19 i przebycia zakażenia, nabycie odporności,
- zapewnienie leczenia substytucyjnego osobom poddanym kwarantannie lub zakażonym,
- kontrola stanu zdrowia każdego pacjenta w momencie przekraczania progu placówki (temperatura, kontrola zakrycia twarzy i nosa od początku epidemii) przez dodatkowego pracownika dyżurującego przy drzwiach wejściowych.

Kolejną grupę problemów stanowiły kwestie związane ze zmianą metod pracy wielu placówek, co przełożyło się na formy pracy z osobami uzależnionymi i ich bliskimi:

- brak kontaktu z rodziną pacjenta ze względu na wstrzymane odwiedziny w oddziale,
- brak terapii grupowej,
- trudność w przyjmowaniu pacjentów pierwszorazowych,
- budowanie relacji terapeutycznej na odległość,
- znaczne ograniczenie indywidualnych sesji terapeutycznych.

Wiele placówek pomocowych, jak już zostało wspomniane, zaczęło wykorzystywać internet do pracy z klientami, co powoduje pojawienie się kolejnych wyzwań i problemów:

- utrzymanie stałego kontaktu z pacjentem może być trudne w przypadku stosowania internetu,

- ograniczenie kontaktu z pacjentem w razie awarii czy usterki sieci teleinformatycznej,
- brak umiejętności korzystania ze środków teleinformatycznych zarówno przez terapeutów, jak i pacjentów.

Placówki, które wypełniły ankiety, zgłaszały również problemy związane z funkcjonowaniem całego systemu i braku dostępu do niektórych form pomocy. W znacznym stopniu została ograniczona współpraca między różnymi podmiotami zajmującymi się leczeniem i pomocą osobom uzależnionym:

- większość ośrodków stacjonarnych nie przyjmuje pacjentów,
- nastąpiły ograniczenia w przyjęciach na detoksykację,
- kontynuowanie leczenia w ośrodkach stacjonarnych po odbytej detoksykacji zostało ograniczone,
- ograniczenie dostępu i współpracy z placówkami pomocy socjalnej, medycznej oraz miejscami pobytu dziennego i noclegu z powodu zamknięcia części tego typu obiektów,
- niektóre placówki zaprzestały działań, ponieważ zostały przekształcone w placówki zajmujące się epidemią COVID-19, jak np. oddział detoksykacyjny w szpitalu przy ul. Nowowiejskiej w Warszawie.

Budżety programów redukcji szkód, jak również placówek leczniczych, zostały obciążone wydatkami związanymi z zakupami dodatkowych materiałów (maski, rękawiczki, środki dezynfekcyjne, paliwo) i innymi nieprzewidzianymi wydatkami, które pozwalają na funkcjonowanie i pomaganie osobom używającym narkotyków w okresie epidemii.

## Użytkownicy narkotyków i rynek narkotykowy

Według informacji z krakowskiego Monaru można zdefiniować dwie grupy bezdomnych osób korzystających z programów redukcji szkód, których sytuacja znacznie się różni:

- pierwsza grupa to osoby, które przebywają w schroniskach i innych placówkach noclegowych. Wśród nich widać poprawę stanu zdrowia,
- druga grupa to bezdomni, którzy nie mają noclegów w schroniskach i innych miejscach. Wśród nich nastąpiło drastyczne pogorszenie stanu zdrowia. W efekcie epidemii bezdomni mają bardzo utrudniony dostęp do łaźni, co powoduje bardzo poważne

problemy dermatologiczne. Ich dostęp do pomocy medycznej również jest utrudniony. W efekcie pojawiają się kolejne kłopoty, takie jak kryzys psychiczny, czy nadużywanie narkotyków.

Według informacji z ankiet nie odnotowujemy obecnie (marzec – połowa kwietnia) dużych zmian w dostępie do narkotyków. Są oczywiście sytuacje, gdzie brakuje niektórych substancji, np. we Wrocławiu spadła dostępność metamfetaminy z Czech w wyniku zamknięcia granic. Wraz z rozwojem epidemii oraz dalszym zamknięciem granic sytuacja może ulec zmianie.

## Podsumowanie

Wstępne wyniki badania pokazały, że epidemia koronawirusa w dużym stopniu ma wpływ na system leczenia osób uzależnionych od narkotyków w Polsce, przede wszystkim w zapewnieniu dotychczasowej dostępności świadczonych usług. W największym stopniu ograniczone zostało działanie placówek stacjonarnych i dziennych, ale również wydaje się, że zmniejszyła się dostępność leczenia ambulatoryjnego. W efekcie epidemii placówki lecznicze, przede wszystkim poradnie, zostały zmuszone do istotnej zmiany sposobu pracy – przeniesienie dużej części działań do internetu. Zatrzymany został proces przyjmowania nowych pacjentów do placówek leczniczych. Wydaje się, że epidemia koronawirusa w najmniejszym stopniu, co nie znaczy, że w ogóle, dotknęła leczenie substytucyjne. Programy metadonowe kontynuują swoją podstawową działalność dzięki podjęciu decyzji o wydawaniu leku na dłuższe okresy. Jednakże również w przypadku leczenia substytucyjnego ograniczono albo zlikwidowano dodatkowe działania adresowane do pacjentów (np. terapię). Usługodawcy dokonali zmiany w zdalnym świadczeniu usług pomocowych (np. dostęp on-line, telefon, wideorozmowy itp.) od momentu wprowadzenia tzw. lockdownu nastąpił duży wzrost tego typu pomocy. 80% badanych podmiotów wprowadziło nowe działania do swoich placówek – przede wszystkim zdalne usługi za pomocą systemów teleinformatycznych.

W przypadku działań z zakresu redukcji szkód również możemy odnotować poważne ograniczenia w działalności, spowodowane regulacjami dotyczącymi epidemii. Programy redukcji szkód rozwinęły nowe formy pomocy, które wcześniej nie były potrzebne, jak np. dystrybucja jedzenia czy sprzętu ochronnego. Ponadto

stały one wobec nowych wyzwań – np. zapewnienie pomocy osobom bezdomnym.

Przedstawiona w artykule analiza jest próbą pierwszego opisu wpływu epidemii na system pomocy osobom uzależnionym w naszym kraju. Dostęp do leczenia i programów redukcji szkód może ulec zmianie w zależności od rozwoju epidemii i stanu wprowadzanych obostrzeń. Najnowsze informacje z końca kwietnia wskazują na działania rządu, które mają odblokowywać gospodarkę, co może również przełożyć się na zmiany w sytuacji osób używających narkotyków. Warto również przyjrzeć się, jak inne kraje radzą sobie z wyzwaniami spowodowanymi epidemią koronawirusa, dlatego w kolejnym numerze Serwisu postaramy się pokazać, jak wygląda sytuacja w obszarze pomocy osobom uzależnionym w innych krajach europejskich.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Osoby zainteresowane bieżącymi informacjami dotyczącymi COVID-19 mogą odwiedzić stronę EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs>, zawierającą linki do różnych innych ważnych stron.

## Bibliografia i dodatkowe źródła

- European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), 'Guidance in Brief: Prevention and control of blood-borne viruses in prison settings', (available at [http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/ecdc/brief-guidance-blood-borne-viruses-in-prison\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/ecdc/brief-guidance-blood-borne-viruses-in-prison_en)).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), 'Health and social responses to drug problems: a European guide', (available at [http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en)).
- Komunikat EMCDDA COVID-19 and people who use drugs <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs>
- Palmer F., Jaffray M., Moffat M.A., Matheson, C., McLernon, D.J., Coutts A. and Haughney J. (2012), 'Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers: a cohort study', *Primary Care Respiratory Journal* 21(4), pp. 377-83.
- Sacerdote, P. (2006), 'Opioids and the immune system', *Palliative Medicine* 20 Suppl 1, pp. 9-15.
- Schwartz B.G., Rezkalla S., Kloner R.A. (2010), 'Cardiovascular Effects of Cocaine', *Circulation* 122(24), pp. 2558-69.
- Thylstrup B., Clausen T., Hesse M. (2015), 'Cardiovascular disease among people with drug use disorders', *International Journal of Public Health* 60(6), pp. 659-68.

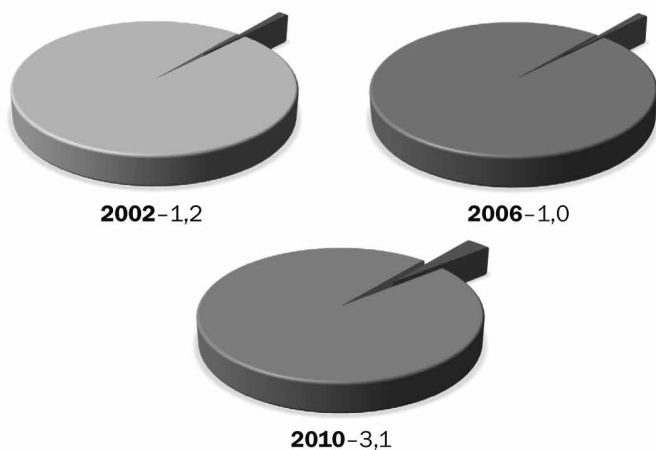
*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło Instytutowi Kantar Millward Brown S.A. przeprowadzenie w roku 2018 badania obejmującego prowadzenie samochodów i innych pojazdów mechanicznych przez kierowców będących pod wpływem środków zmieniających świadomość. Wyniki pokazały, że 8% dorosłych Polaków zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu – istotnie częściej takie deklaracje składali mężczyźni (11%) niż kobiety (6%).*

## PROWADZENIE POJAZDÓW POD WPŁYWEM ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH I SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH

*Piotr Jabłoński  
Dyrektor Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Prowadzenie różnego rodzaju pojazdów pod wpływem lub po zażyciu substancji zmieniających świadomość i oddziałujących na cechy psychomotoryczne człowieka jest niewątpliwie jednym ze zjawisk społecznych poważnie wpływających zarówno na kondycję zdrowia publicznego, jak i na poziom bezpieczeństwa społecznego. Od wielu lat zjawisko to jest monitorowane w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Wyniki tych badań stanowią podstawę do podejmowania działań w obszarze profilaktyki i edukacji społecznej.

**Ryc. 1. Prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków lub nowych substancji psychoaktywnych wśród osób w wieku 15-64 lata (%).**



Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Badania prowadzone w ramach systemu monitorowania sytuacji narkotykowej w kraju i wyniki realizacji kolejnych krajowych programów przeciwdziałania narkomanii wskazują, iż po okresie stabilizacji zjawiska, nastąpił jego istotny wzrost około roku 2010 (ryc. 1). Można to powiązać z „wybuchem epidemii” nowych substancji psychoaktywnych (NSP), tzw. dopalaczy, której apogeum przypada właśnie na rok 2010. W tym czasie w Polsce na legalnym rynku funkcjonowało prawie 1400 sklepów z tego typu asortymentem.

Przedstawione na ryc. 2 wyniki badań prowadzonych przez instytucje międzynarodowe i krajowe, których celem było monitorowanie tego zjawiska, wskazują na fakt zatrzymania, w pierwszej fazie wzrostu, wskaźników rozpowszechnienia używania NSP w Polsce. Ta pozytywna tendencja istotnego ograniczenia ich używania była odnotowana w następnych latach.

### Pierwsza kampania

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, bazując na wnioskach z monitoringu i badań epidemiologicznych, zlecało i realizowało kilka programów edukacyjno-profilaktycznych skierowanych do potencjalnych sprawców i ofiar zdarzeń grożących utratą zdrowia, a powiązanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez aktywnych i biernych uczestników ruchu drogowego. W roku 2009 ruszyła kampania „Brałeś?

Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”, która była pierwszą ogólnopolską kampanią społeczną poruszającą problem prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków.

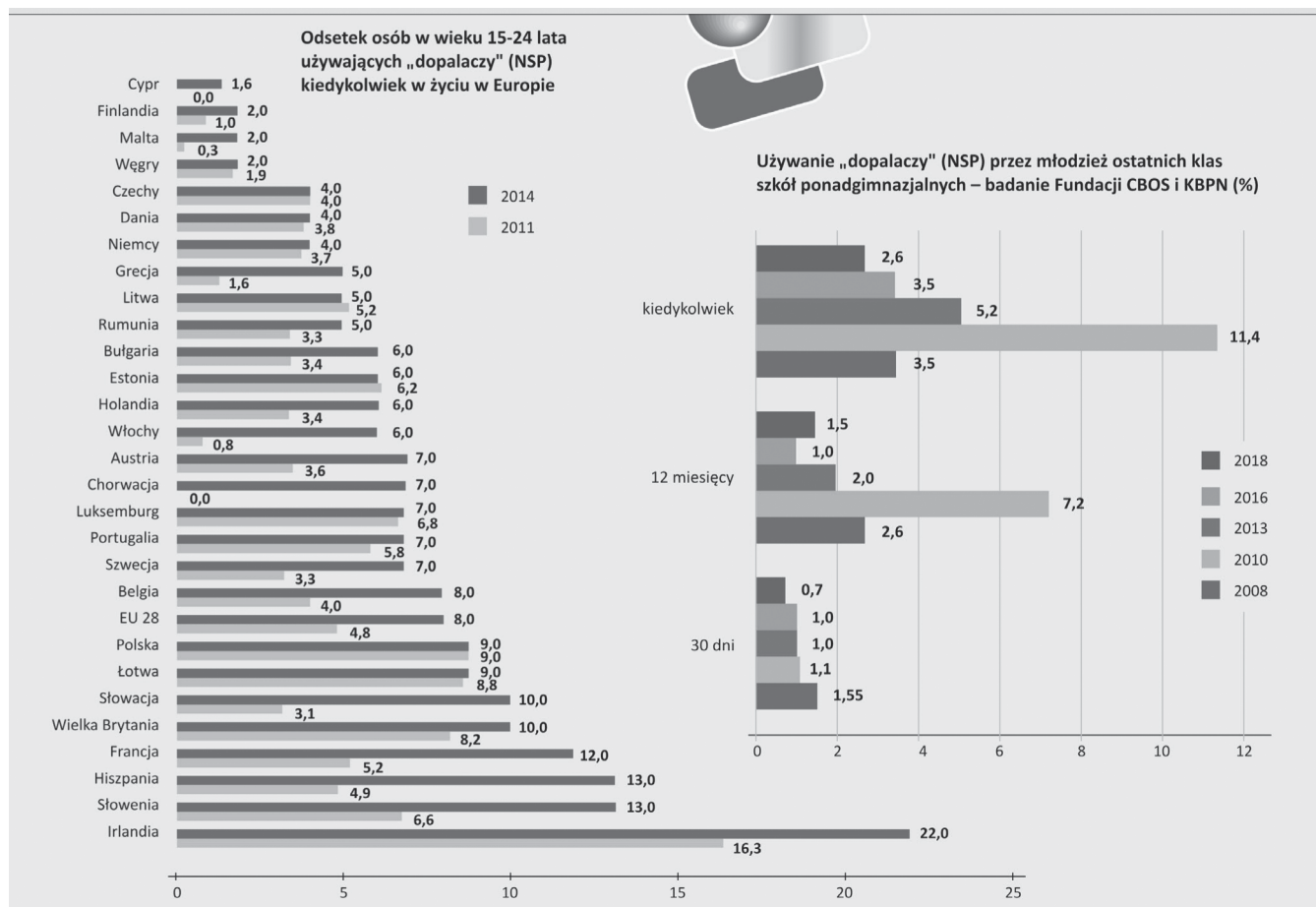
Celem kampanii było uświadomienie młodzieży, że prowadzenie samochodu po zażyciu narkotyków jest takim samym przestępstwem i jest równie niebezpieczne jak prowadzenie pojazdu po alkoholu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazywały, że fakt ten był słabo rozpoznawany przez respondentów badań, gdyż często deklarowali oni, że prowadzenie „po alkoholu” jest bardziej niebezpieczne, ponieważ grozi za to utrata prawa jazdy, a policja dysponuje skutecznymi metodami kontroli trzeźwości kierowców. W przypadku narkotyków rozpowszechnione było przekonanie o bezradności policji ze względu na brak odpowiednich testów badających obecność narkotyków w organizmie człowieka (dostępnych było tylko kilka odnoszących się do tzw. grup narkotyków klasycznych) oraz pojawiające

się dość często opinie, że prowadzenie pod wpływem niektórych substancji psychoaktywnych nie tylko nie upośledza zdolności psychomotorycznych, a wręcz je podnosi.

Grupę docelową, do której kampania była adresowana, stanowiły osoby młode w wieku od 16 do 23 lat, uczestnicy imprez klubowych oraz zabaw dyskotekowych. Emocjonalny przekaz oparto na symbolach pokazujących konsekwencje zachowań ryzykownych, a całościową informację skierowano zarówno do kierowców, jak i pasażerów.

Zrealizowana kampania zyskała uznanie społeczności międzynarodowej – spot telewizyjny, będący elementem kampanii, zainspirowany przez KBPN, został opracowany w siedmiu wersjach językowych i był dystrybuowany pod auspicjami Grupy Pompidou Rady Europy, a cała kampania zwyciężyła w międzynarodowym konkursie organizowanym przez League of American Communications Professionals.

**Ryc. 2. Wyniki badań Komisji Europejskiej (Flash Eurobarometr 2014) oraz Fundacji CBOS i KBPN (Młodzież 2018) przedstawiające odsetki użytkowników NSP.**



Źródło: Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019, s. 20; <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300> (dostęp: 5.02.2020 r.).

## Prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych – wyniki badań

Kolejne lata przyniosły nowe odsłony oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych, których nowymi cechami stało się m.in. włączenie treści powiązanych z koncepcjami redukcji szkód oraz całościowe podejście do prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji, bez dzielenia ich na legalne i nielegalne oraz na te mniej lub bardziej akceptowane społecznie. Przekaz działań profilaktycznych i edukacyjnych dotyczył zmiany zachowań ograniczających ryzyko związane z powrotem z „impresz”, na których dochodziło do przyjmowania substancji zmieniających świadomość.

Skonfrontowanie polskiej polityki narkotykowej ze zjawiskiem NSP („dopalaczy”) oraz nasilającym się problemem politoksykomanii, manifestującej się coraz powszechniej w grupach osób używających substancji psychoaktywnych rekreacyjnie, używających szkodliwie i uzależnionych, zmusza do zmiany paradygmatu traktowania zjawiska konsumpcji substancji psychoaktywnych. Zmiana ta wymaga upatrywania w uzależnieniach kompleksowego, złożonego etiologicznie, wieloczynnikowego zjawiska o charakterze psychozdrowotnym, społecznym i kulturowym, co w konsekwencji powoduje odejście od „silosowego” traktowania uzależnień, w którym osobno myślimy o tytoniu, alkoholu, lekach, narkotykach i uzależnieniach behawioralnych.

Tak zarysowane podejście oddziałuje również na tematykę percepcji i reakcji na zjawisko przyjmowania substancji psychoaktywnych w kontekście bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Dążąc do uzyskania aktualnej i obiektywnej wiedzy na ten temat, KBPN zleciło Instytutowi Kantar Millward Brown S.A. przeprowadzenie w roku 2018 badania obejmującego prowadzenie samochodów i innych pojazdów mechanicznych przez kierowców będących pod wpływem środków zmieniających świadomość. Badanie przeprowadzono za pomocą wspomaganego komputerowo wywiadów indywidualnych (face-to-face) metodą Omnibusa. Zostało ono zrealizowane na próbie tysiąca sześciu osób w wieku 18-75 lat. Próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z operatu adresowego GUS. Warstwowanie uwzględniało wielkość miejscowości oraz rozmieszczenie terytorialne w ra-

mach województw, a także płeć i wiek dobieranych osób. Podstawą warstwowania stały się dane demograficzne zawarte w publikacji GUS.

Pierwszy pomiar dotyczył rozpowszechnienia prowadzenia różnego typu pojazdów. Zgodnie z uzyskanymi wynikami, 46% Polaków w wieku 18-75 lat zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz prowadziło samochód lub inny pojazd mechaniczny. Z kolei prawie 40% dorosłych Polaków zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz jechało na rowerze. Wraz ze skróceniem analizowanego czasu do ostatnich 30 dni – odsetek dorosłych Polaków, którzy deklarowali, że prowadzili przynajmniej raz samochód lub inny pojazd mechaniczny, spada do 36%, zaś odsetek deklarujących jazdę na rowerze – do 33%.

Z perspektywy zmiennych demograficznych częściej prowadzenie samochodu lub innego pojazdu mechanicznego deklarowali mężczyźni. Jazda rowerem nie różnicuje badanej populacji ze względu na płeć. Z kolei ze względu na wiek, okazało się, że 25-39-latkowie to grupa Polaków, która istotnie częściej deklaruje prowadzenie samochodu lub innego pojazdu mechanicznego. Kolejny etap analiz obejmował kierowanie pojazdem pod wpływem alkoholu i innych substancji psychostymulujących. Wyniki wskazały, że 8% dorosłych Polaków zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu – co ciekawe istotnie częściej takie deklaracje składali mężczyźni (11%) niż kobiety (6%).

2% dorosłych Polaków deklarowało, że zna osoby, które prowadziły pojazdy mechaniczne pod wpływem marihuany lub haszyszu, 1% – pod wpływem amfetaminy, 1% – pod wpływem „dopalaczy”. 2% stwierdziło, że zna osoby, które prowadziły pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość.

Szczególną uwagę zwracają dane dotyczące rozpowszechnienia zachowania ryzykownego, jakim jest podróż z kierowcą, o którym wiemy, że jest pod wpływem substancji psychostymulującej. 2% dorosłych Polaków deklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu.

Prawie 2% dorosłych Polaków przyznało się, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem narkotyków (0,7% deklarowało,



że był on pod wpływem marihuany lub haszyszu, 0,6% – że był pod wpływem amfetaminy, 0,5% – że był pod wpływem „dopalaczy”). 0,7% respondentów było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość. Analiza danych obejmujących prowadzenie pojazdów przez kierowców będących pod wpływem substancji psychostymulujących wskazuje, że prawie 2% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robiło to pod wpływem alkoholu.

1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, przyznało, że robiło to pod wpływem narkotyku (1,1% deklaruje, że pod wpływem „dopalaczy”, 1,1% – pod wpływem marihuany lub haszyszu, 0,9% – pod wpływem amfetaminy, a 1,1% – pod wpływem innych narkotyków).

Dodatkowo również 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robiło to pod wpływem leków zaburzających świadomość.

Gdy pytamy o okres ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, uzyskane wyniki wskazują, że 1,7% dorosłych Polaków prowadziło pojazd pod wpływem alkoholu, a 1,1% kierowało pojazdem mechanicznym pod wpływem narkotyku (1,1% – pod wpływem amfetaminy; 1,1% – pod wpływem marihuany lub haszyszu; 0,9% – pod wpływem „dopalaczy”, a 1,1% – pod wpływem innych narkotyków). Uzupełnieniem tych danych jest fakt, iż 1,3% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadzili pojazd mechaniczny, przyznało się, że robiło to pod wpływem leków zaburzających świadomość.

Interesującym obszarem ww. badania stały się zachowania osób kierujących rowerami. Rower zyskał na popularności, czego bezpośrednio doświadczają w codziennej praktyce użytkownicy dróg. Jednocześnie w ostatnim okresie znowelizowano przepisy karne regulujące status prawny rowerzystów uczest-

niczających w ruchu drogowym. Zjawiska te oddziałują na skalę i charakter zachowań rowerzystów i innych użytkowników dróg. Brzemiennej konsekwencją dla bezpieczeństwa i zdrowia uczestników ruchu drogowego jest stwierdzenie w pomiarze fakt, iż ponad 4% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni jechali rowerem, było pod wpływem alkoholu.

1,2% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni jechali rowerem, stwierdziło, że robili to pod wpływem narkotyku (1,2% – pod wpływem amfetaminy, 1,2% – pod wpływem „dopalaczy”, a 1,2% – pod wpływem

innych narkotyków, 0,9% – pod wpływem marihuany lub haszyszu), taki sam odsetek był pod wpływem leków zaburzających świadomość. W obserwowanym przedziale czasowym (12 miesięcy) prawie 5% dorosłych Polaków, którzy w tym okresie korzystali z roweru jako środka lokomocji, zadeklarowało, że robiło to pod wpływem alkoholu. Natomiast 1% rowerzystów było pod wpływem narkotyku (1% – pod wpływem amfetaminy, 1% – pod wpływem marihuany lub haszyszu, 1% – pod wpływem „dopalaczy”, 1% – pod wpływem innych narkotyków) oraz 1% – pod wpływem leków zaburzających świadomość.

Odwołując się do badań epidemiologicznych, można powiedzieć, iż w polskim społeczeństwie konsumpcja napojów alkoholowych jest o wiele bardziej rozpowszechniona od używania narkotyków, przy czym skala używania środków odurzających i substancji psychotropowych w Polsce, na tle innych krajów UE, nie jest duża.

Przeprowadzone przez Instytut Kantar Millward Brown S.A. badanie niewątpliwie potwierdza fakt, iż w naszym kraju samochód lub inny pojazd mechaniczny prowadzony jest częściej pod wpływem alkoholu niż narkotyków. Jednakże różnice w odsetkach odnoszących się do obu tych zjawisk nie są tak duże jak w przypadku porównywania różnic rozpowszechnienia używania tych substancji w całej populacji.

Analizując natomiast rodzaje substancji, pod wpływem których prowadzone były pojazdy mechaniczne, widać niewielkie różnice pomiędzy poszczególnymi narkoty-

*Prawie 2% dorosłych Polaków stwierdziło, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem narkotyków (0,7% deklaruowało, że był on pod wpływem marihuany lub haszyszu, 0,6%, że był pod wpływem amfetaminy, 0,5%, że był pod wpływem „dopalaczy”). 0,7% badanych było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość.*

**Ryc. 3. Dyplom League of American Communications Professionals dla Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii za wygranę konkursu na najlepszy program dotyczący komunikacji.**



Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

kami (marihuana, amfetamina, „dopalacze”), pomimo że w przypadku oceny rozmiarów używania narkotyków w populacji generalnej marihuana jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż pozostałe nielegalne substancje psychoaktywne.

Wyniki badania generują wprost konieczność podjęcia działań profilaktycznych i prewencyjnych, w które powinny zostać zaangażowane zarówno instytucje reprezentujące poziom władzy rządowej i samorządowej, jak i organizacje reprezentujące społeczeństwo obywatelskie.

Zjawiskiem niepokojącym i wymagającym reakcji jest praktyka prowadzenia rowerów pod wpływem substancji psychoaktywnych. W tym wypadku liczba rowerzystów, którzy byli pod wpływem alkoholu, jest o wiele większa niż liczba osób prowadzących samochód lub inny pojazd mechaniczny pod wpływem narkotyków. Zjawisko to może wpływać bardzo istotnie na obniżenie bezpieczeństwa wszystkich uczestników ruchu drogowego. W przypadku cytowanych w artykule badań, które były prowadzone na próbie reprezentatywnej dorosłych Polaków w wieku 18-75 lat, można przypuszczać, że problem prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem nielegalnych substancji

psychoaktywnych dotyczy około 120 tysięcy, a alkoholu – 606 tysięcy osób w naszym kraju. Niemała jest też liczba rowerzystów, którzy poruszają się w ruchu drogowym pod wpływem nielegalnych substancji zmieniających świadomość. Można ją szacować na około 110 tysięcy. W przypadku alkoholu to może być nawet 1 milion 350 tysięcy osób, które kierowały rowerem pod wpływem alkoholu. Są to oczywiście tylko szacunki, które mają na celu przybliżenie skali tego, jakże niepokojącego zjawiska, które zagraża bezpieczeństwu na drogach. Należy też zwrócić uwagę na przyzwolenie społeczne dla tego typu ryzykownych zachowań, wyrażające się w odsetkach osób, które były pasażerami pojazdów kierowanych przez osoby nietrzeźwe lub odurzone. Grupę tę można szacować w ogólnej populacji na 413 tysięcy osób.

Z punktu widzenia strategii ograniczania czynników ryzyka i ochrony zdrowia publicznego wydaje się koniecznością wdrożenie kampanii edukacyjnych i programów profilaktycznych skierowanych też do „biernych” uczestników ruchu drogowego, które by wywoływały i wzmacniały pozytywne postawy pasażerów – świadków siadania za kierownicą osób po zażyciu lub pod wpływem substancji psychoaktywnych. Bez wzrostu liczby odpowiedzialnych reakcji ze strony osób świadomych takich zdarzeń, trudno sobie wyobrazić szybkie zmiany w postawach osób ryzykujących zdrowiem i bezpieczeństwem innych.

Tylko zmiany w tym wymiarze mogą się przyczynić do ograniczenia skali zjawiska. KBPN planuje przeprowadzenie w najbliższym czasie kampanii edukacyjnej wzmacniającej postawy i reakcje pasażerów oraz samych kierowców na zachowania ryzykowne związane z prowadzeniem pojazdów pod wpływem środków zmieniających świadomość, które w znacznym stopniu mogą upośledzać zdolności psychomotoryczne prowadzących pojazdy.

*Używanie narkotyków obarczone jest ryzykiem uzależnienia i może prowadzić do poważnych konsekwencji dla zdrowia somatycznego, psychicznego i funkcjonowania społecznego (Wieczorek i współ., 2020). Poza tym istnieje wiele badań opisujących społeczno-ekonomiczne cechy użytkowników substancji legalnych i nielegalnych. Badania te konsekwentnie pokazują, że niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna w znacznym stopniu przyczynia się do zwiększonego ryzyka problemowego używania substancji psychoaktywnych (Janicijevic, 2017).*

# STYLE ŻYCIA PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Łukasz Wieczorek

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Wśród problemowych użytkowników nowe substancje psychoaktywne (NSP) odgrywają stosunkowo większą rolę niż tradycyjne narkotyki (Felvinczi i współ., 2019). Najpopularniejszymi NSP w tej grupie użytkowników są syntetyczne kannabinoidy i stymulanty. Badania międzynarodowe pokazują, że w niektórych krajach osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej zaczynają używanie narkotyków od nowych substancji psychoaktywnych. Wczesna inicjacja używania substancji psychoaktywnych, zwłaszcza NSP, znacząco przyczynia się do rozwoju szczególnie destrukcyjnych form używania narkotyków w grupach marginalizowanych społecznie (Kaló i współ., 2016).

Badanie miało na celu analizę stylów życia wśród problemowych użytkowników narkotyków w województwie małopolskim<sup>1</sup>. Osobami problemowo używającymi narkotyków są osoby, które sięgają po nie codzienne lub prawie codziennie przez dłuższy czas. Okresy przyjmowania narkotyków mogą przeplatać się z okresami abstynencji – dobrowolnej lub wymuszonej. Częstotliwość i długość okresów przyjmowania zależą od typu środka, ciągłości podaży, możliwości finansowych. W sumie decydującym czynnikiem jest tu miejsce narkotyków w ich stylu życia. Dla osób problemowo używających narkotyków substancja staje się trwałym elementem stylu życia.

## Wyniki badania

Biorąc pod uwagę analizę stylów życia problemowych użytkowników narkotyków warto zastanowić się nad mo-

tywami używania substancji i utrzymywania abstynencji. Oprócz tego ocenie zostanie poddana sytuacja rodzinna oraz relacje z szerszym kręgiem społecznym, którym otaczają się problemowi użytkownicy narkotyków, źródła dochodów, problemy zdrowotne i prawne, których doświadczają. Na funkcjonowanie mogą mieć również wpływ postawy społeczne wobec użytkowników.

## Motywy używania narkotyków

Problemowi użytkownicy narkotyków używają na co dzień substancji, aby się zrelaksować i poprawić nastrój. Przyjmowanie narkotyków sprawiało, że byli oni bardziej rozluźnieni i mogli stłumić napięcie. Substancje pozwalały im na „zabicie” nudy. *Motywy jest zabawa, zabicie nudy, chęć stłumienia napięcia i uczuć. Techno imprezy i lepszy odsłuch muzyki. Jestem bardziej otwarta, mam więcej energii.* (96AKK)

Niektórym narkotyki pozwalały wydajniej pracować. *Za namową kolegów zacząłem brać amfetaminę, metamfetaminę i spróbowałem kokainy. Amfetaminę brałem codziennie: pracowałem na dwa etaty i amfetamina pomagała mi przetrwać i dawała dobre samopoczucie. Nie dopuszczałem do zejścia, dawkowałem sobie na jednym poziomie.* (95SMM)

Część respondentów przyjmowała narkotyki (głównie stymulanty) podczas imprez, ponieważ chcieli być bardziej pobudzeni, towarzyscy, otwarci. Narkotyki ułatwiały im nawiązywać kontakty, pozwalały lepiej się bawić. *Używam donosowo, głównie podczas spotkań ze znajomymi, wieczorem lub w weekendy. Jestem wówczas bardziej pobudzony, rozmowny, pewny siebie. W weekendy alkohol, często do upicia się. Głównie impreza w klubie lub domówka, w różnym gronie osób. Czuję się rozluźniony.* (96MFM)

Problemowi użytkownicy narkotyków, lecący się w programie substytucyjnym, przyjmowali narkotyki, ponieważ dawki metadonu otrzymywane podczas leczenia nie zaspokajały ich potrzeb, były za małe. Dzięki dodatkowo przyjmowanym substancjom mogli zredukować nieprzyjemne objawy głodu narkotykowego. Najczęściej stosowali nowe substancje psychoaktywne, które nie były wykazywane przez testy na obecność narkotyków wykonywane w ramach programu metadonowego. Dzięki temu ograniczali ryzyko wyrzucenia z niego. *Od lat codziennie piję [alkohol], bo metadon nie wystarcza, lepiej działa z alkoholem. Siedzę tu całymi dniami. Kiedyś dobierałem amfetaminę, żeby się trochę pobudzić, nie przespać życia, teraz biorę kryształ, bo amfy nie ma.* (72MWM)

### Motywy utrzymywania abstynencji

Wśród respondentów znalazły się osoby, które mimo swojej sytuacji społeczno-ekonomicznej nie używały narkotyków w momencie realizacji projektu badawczego. Wśród motywów utrzymywania abstynencji można wyróżnić wewnętrzne i zewnętrzne.

Motywe wewnętrzne, który miał wpływ na utrzymywanie abstynencji, były własne przemyślenia, zmęczenie używaniem substancji, brak satysfakcji z ich przyjmowania. Zdecydowanie więcej zidentyfikowano motywów zewnętrznych. Jednym z nich była presja najbliższego otoczenia – rodziców, partnera, współmałżonka oraz przedstawicieli instytucji publicznych – kuratora. *Rodzice próbowali interweniować, wysyłali mnie do ośrodków, starali się odciągnąć od takiego towarzystwa, ale ich nie słuchałam, z ośrodków uciekałam.* (67KPK)

Abstynencję wymuszało również leczenie w placówkach terapii ambulatoryjnej, stacjonarnej bądź uczestnictwo w programie substytucyjnym, jak również przebywanie w innej instytucji kontroli społecznej, np. w pogotowiu opiekuńczym, szpitalu, więzieniu. *Okresy abstynencji były wymuszone pobytem w pogotowiu opiekuńczym i ośrodku stacjonarnym (nazwa miejscowości – autorzy). Do 18. roku życia nie miałem własnej motywacji do abstynencji.* (96MFM) Motywem utrzymywania abstynencji był również brak dostępu do substancji. *Tak sobie brałem przeszło dwadzieścia lat, ale potem nie było w ogóle towaru na rynku, ani amfy, ani kompotu, to znaczy była amfa, ale słaba, zero efektu, kompot raz był, raz go nie było i zaczęłam pić metadon. Jestem na programie od ośmiu lat.* (72DDM)

Na utrzymywanie abstynencji miał również wpływ stan zdrowia fizycznego i psychicznego, który pogorszył się w związku z używaniem narkotyków.

### Sytuacja rodzinna

Sytuacja rodzinna była często uwarunkowana używaniem substancji psychoaktywnych przez respondentów. W przypadku części badanych rodzina nie akceptowała sięgania po narkotyki, w wyniku czego pojawiały się konflikty, włącznie z zachowaniami przemocowymi. Z niektórymi respondentami rodzice i rodzeństwo nie chcieli utrzymywać kontaktów. *Ona (matka – autor) nie chce mieć ze mną kontaktu. Ojca nie znam, rodzeństwo mam – dwie siostry i brata, ale nie utrzymujemy kontaktu.* (87IDK)

Jednak część respondentów utrzymywała kontakt ze swoimi rodzicami. Stosunki określali jako poprawne lub dobre. Zdarzało się, że rodzice pomagali im finansowo i w opiece nad dziećmi. *Mieszkam z matką. Ojciec nie żyje. Z mamą mam dobry kontakt, ona mi pomaga finansowo. Kobiety żadnej nie mam, nie ożeniłem się, dzieci nie mam.* (72MWM)

Niektórzy badani tworzyli związki i wspólnie utrzymywali gospodarstwo domowe. Część respondentów była po rozwodzie, ale udawało im się stworzyć nowe związki. Wśród badanych byli również tacy, którzy mieli dzieci i je wychowywali. Jeśli byli po rozwodzie, to nie zawsze utrzymywali kontakty z drugim rodzicem dziecka. *Kilka lat temu, z pięć, mieszkaliśmy razem z [imię – autor], mieliśmy jak u pana Boga za piecem! Małe mieszkanie, ja 500 złotych renty, ona 500 złotych renty, nie przelewało się, ale zawsze było jedzenie w lodówce, zaczęłam nawet płyty z filmami zbierać. Ale trzy lata temu ona umarła i wszystko się skończyło.* (69LTM)

### Relacje społeczne

Część badanych miała trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem bliskich i głębokich relacji z osobami, które nie były użytkownikami narkotyków. Nie ufali ludziom, nie opowiadali im o sobie, byli podejrzliwi. Problemowi użytkownicy narkotyków głównie utrzymywali relacje z innymi użytkownikami, spotykali się z nimi, aby wspólnie przyjmować substancje. Ci, którzy leczyci się substytucyjnie w programie metadonowym, tworzyli swoje środowisko z innymi uczestnikami procesu leczenia. Nie określali ich jako przyjaciół,

raczej traktowali jako znajomych, z którymi spędzają czas i używają substancji. *Nie mam przyjaciół. Tutaj (w programie metadonowym – autor) to są tylko znajomi. Ostatnio się pokłóciliśmy, to pół roku tu siedziałem sam, oni poszli gdzie indziej. Nie mam żadnych znajomych niebiorących, już tak głęboko w tym siedzę.* (72MWM) Ograniczenie swojego kręgu do użytkowników narkotyków wynika z faktu, że zbyt długo przebywają w tym środowisku i trudno jest im się od niego odciąć, szczególnie jeśli pozyskują substancje bądź uczestniczą w programie substytucyjnym. Z osobami, które nie przyjmują narkotyków bądź używają substancji w sposób rekreacyjny, raczej nie utrzymują kontaktów. *Teraz to cały czas się wszystko kręci wokół dopalaczy. Wstaję rano, jadę na metadon, z metadonu do sklepów i biorę. Nie mam czasu na znajomych innych niż do ćpania.* (68AHM)

Jest grupa problemowych użytkowników narkotyków, która wydaje się bardziej zintegrowana społecznie. Mają wielu znajomych, zarówno używających substancji, jak również takich, którzy ich nie biorą. Relacje z ludźmi oceniają jako dobre. Kręgu osób, z którymi przyjmują narkotyki, nie traktują w kategoriach subkultury „narkomańskiej”, raczej jest to zamknięte grono kilku osób, które się dobrze znają i spędzają wspólnie czas na różnych aktywnościach. *Mam wielu znajomych, zarówno używających substancji, jak i nieużywających. Swoje relacje z innymi ludźmi oceniam jako dobre. Towarzystwo osób biorących, w którym przebywam, nie ma cech subkultury, to raczej zamknięty krąg kilku osób.* (89FMM)

Zdarzało się, że badani musieli rozgraniczać przynależność do dwóch środowisk społecznych. Z jednej strony należeli do grupy problemowych użytkowników narkotyków i uczestników leczenia substytucyjnego, mieli znajomych, z którymi codziennie się spotykali, pili alkohol i używali narkotyków. Z drugiej strony uczestniczyli w środowisku pracowniczym, szkolnym związanym z nauką swoich dzieci. *Żyję w dwóch światach. Tutaj piję metadon, znam narkomanów, piję z nimi piwo, czasem ćpamy razem, a tam z normalnymi ludźmi, z żonami z dziećmi, wszyscy pracują. Daję radę!* (76MSM)

Część respondentów chciała się odciąć od środowiska „narkomańskiego” i utrzymywała kontakty tylko z najbliższą rodziną i partnerem. Przez co posiadali małe grono znajomych, co wpływało na poczucie osamotnienia.

*Relacje mam głównie ze zwierzętami. Mam dwa psy, trzy koty, to są moi najbliżsi. No i chłopak też. Z rodzicami też jakoś żyję. A tak poza tym, to nie. Znam oczywiście wielu ludzi ze „środowiska”, nie tylko krakowskiego, ale na ogół nie wchodzę w relacje. Po co? (67KPK)*

### Konflikty wśród problemowych użytkowników narkotyków

W grupie problemowych użytkowników narkotyków dochodzi do zachowań agresywnych, często po użyciu substancji. Z informacji uzyskanych od respondentów wynika, że zdarzają się przypadki agresji fizycznej i psychicznej, np. bójki, przepychanki, zaczepki, groźby. Rzadziej takie sytuacje mają miejsce wśród uczestników leczenia metadonowego, gdzie przypadki przemocy są incydentalne. Badani byli również ofiarami przemocy ze strony osób zajmujących się produkcją i dystrybucją narkotyków. *Ostatnio [imię – autorzy], tutaj pod programem, zupełnie bez powodu przywalił mi głową w twarz. Miałem złamany nos. Nie wiem dlaczego. Coś mu odwalilo, pewnie po tych dopalaczach. Po prostu siedzieliśmy, a on nagle wstał i się na mnie rzucił.* (72ROM) Zdarzało się, że badani byli ofiarami przemocy domowej. Z ich doświadczeń wynika, że byli bici przez rodzica lub partnera, który był pod wpływem środków odurzających. *Mąż mnie lał. Dlatego go zostawiłam, bo jak się naćpał, takie burdy robił. Chodziłam z podbitym okiem.* (67KPK) *Przez wiele lat w domu rodzinnym byłam ofiarą przemocy fizycznej i psychicznej ze strony uzależnionego od alkoholu ojca. W moim związku liczne kłótnie i wyzwiska, dwukrotnie wzajemna agresja fizyczna z partnerką.* (96AKK)

### Źródła dochodów

Część problemowych użytkowników narkotyków była legalnie zatrudniona i otrzymywała z tego tytułu wynagrodzenie. Wystarczało im ono na utrzymanie, codzienne funkcjonowanie i zakup narkotyków. *Pracuję w elektrociepłowni, na nocne zmiany. Płacą mi tyle, że się utrzymuję sam, ale cały czas się boję, że zawalę robotę przez dragi. Często mam kaca i tak mi się nie chce, ale się zbieram.* (72GDM) Niektórzy badani utrzymywali się z renty inwalidzkiej, incydentalnego wsparcia socjalnego z ośrodków pomocy społecznej bądź regularnie otrzymywanego zasiłku. Mogli również liczyć na pomoc finansową rodziców. Źródłem

ich dochodów były także alimenty wypłacane na dziecko. Czasami podejmowali prace dorywcze, aby sobie dorobić. *Dostają rentę, rodzice też mi pomagają. Nie pracuję zawodowo, ale maluję, czasami coś sprzedam, ale tak, to nie pracuję. Kiedyś grałam na skrzypcach, chodziłam do szkoły muzycznej, ale się to wszystko jakoś rozeszło.* (67KPK)

Źródłem dochodów były również drobne kradzieże w sklepach spożywczych. Zdarzało się, że badani sprzedawali narkotyki, co było ich dodatkowym zajęciem. Problemowi użytkownicy narkotyków, żeby zdobyć pieniądze, zajmowali się żebractwem i zbieraniem złomu. Czasami badani czerpali dochody z prostytuowania się. Większość zarobionych środków była przeznaczana na narkotyki, papierosy i alkohol. *Dochód czerpię z prostytutki, w ostatnim roku wielokrotnie uprawiałam seks w zamian za pieniądze, narkotyki, alkohol. Utrzymuję kontakty seksualne z osobami obu płci, zawsze używam prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych z klientami, nigdy z własnym partnerem. Partner dba o to, żeby to byli klienci na poziomie, żeby nie jakieś brudasy. Sam również się prostytuuję. Czasem śpiamy też z innymi parami, ale tylko za naprawdę dobry towar czy dobrą kasę.* (92MGK)

### Problemy zdrowotne

Uczestnicy badania doświadczali problemów zdrowotnych z obszaru zaburzeń somatycznych i psychicznych. Subiektywna ocena zdrowia somatycznego była określana przez respondentów jako niezadowolająca. Intensywne i długotrwałe używanie narkotyków doprowadziło ich organizmy do wyniszczenia. Wiele organów wewnętrznych wymagało leczenia. Przyjmowanie narkotyków powodowało między innymi problemy kardiologiczne, oddechowe, neurologiczne (np. epilepsję, uszkodzenie mowy, poruszania się), stomatologiczne, związane z chorobami wątroby, żołądka i nerek. *Już mi cały organizm siada. Zęby muszę zrobić, wątroba do wymiany, serce do wymiany, nerki, płuca. Nawet nie wiem, za co mam się zabrać, do jakiego lekarza iść!* (72MWM)

Część badanych miała wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) oraz była nosicielami wirusa HIV/AIDS. Niestety, nie wszyscy poddawali się leczeniu tych zaburzeń. *Próbuję się wyleczyć z HCV, mam kurację, dobrze idzie. Poza tym mam AIDS, zakaziłam się dawno temu przez stosunek seksualny.* (87IDK)

Problemowi użytkownicy narkotyków doświadczali również rozmaitych zaburzeń psychicznych będących

wynikiem używania substancji, np. anoreksja, depresja, stany paranoidalne, choroba afektywna dwubiegunowa, myśli i próby samobójcze. U części respondentów objawy zaburzeń psychicznych pojawiały się jedynie w sytuacjach, kiedy używali nowych substancji psychoaktywnych. U niektórych występowały one również w okresach utrzymywania abstynencji. *Fizycznie teraz czuję się bardzo dobrze, gorzej z psychą. Mam dwubiegunówkę, gadam do siebie, nie mogę przestać, chodzę dziwnie, mam mętlik w głowie. Jak niczego nie wezmę, jestem kompletnie bez energii do życia!* (76MSM) *Mam myśli samobójcze, dwa razy próbowałem popełnić samobójstwo- zawsze gdy jestem naćpany. Jak pierwszy raz leżałem na psychiatrycznym, to zdiagnozowali mi zaburzenia osobowości i depresję. Raz byłem na detoksie w związku z zatruciem narkotykami.* (93TKM)

Używanie nowych substancji psychoaktywnych obarczone jest ryzykiem wystąpienia objawów zaburzeń somatycznych i psychicznych trudnych do przewidzenia. Badani twierdzili, że czasami mogą wystąpić problemy, które nie występują po używaniu tradycyjnych narkotyków, a wynikają one z nieznaności substancji i jej składu. *Kiedyś gość przyniósł jakiś dopalacz, nikt z nas nie wiedział, co to jest, rozrobiliśmy to, do pompek i do żyły. Gość dostał szczękościsku, dobrze, że nie miał zębów, bo odgryzłby sobie język. Nie mam pojęcia, co to w ogóle było!* (70RKM)

### Problemy prawne

Styl życia problemowych użytkowników narkotyków i przymus zdobycia środków finansowych na substancje przyczynił się do powstania problemów prawnych u znacznej grupy respondentów. Przez dokonywanie drobnych kradzieży, włamań, spowodowanie wypadku pod wpływem substancji, handel narkotykami, ich posiadanie popadali w konflikt z prawem i trafiali do więzienia. *Byłem w grupie przestępczej, trafiłem na 12 lat do więzienia, byłem w Sztumie. Tam brałem dożylnie amfetaminę, paliłem trawę – wszystko można było dostać.* (75GSM)

W związku z zachowaniami problemowymi i unikaniem nauki szkolnej mieli przydzielonego kuratora, byli kierowani do ośrodka wychowawczo-opiekuńczego. *Od 13. roku życia kurator w związku z zarzutami demoralizacji – absencja szkolna, używanie substancji, podejrzenie handlu narkotykami, kradzieże, pobicia. Przebywałem przez około rok w pogotowiu opiekuńczym.* (96MFM)

## Postawy społeczne wobec problemowych użytkowników narkotyków

W kontaktach z przedstawicielami różnych instytucji respondenci mieli poczucie przedmiotowego traktowania, marginalizacji, odtrącania, niechęci. Twierdzili, że takie traktowanie jest związane z uzależnieniem od substancji. *Tutaj wszyscy mają mnie w dupie! Nie chcieli mnie przyjąć do szpitala, jak byłem chory! A ja mam AIDS! Co z tego, że z przeziębieniem, jak ktoś ma 40 stopni gorączki i ma AIDS, to nie wiadomo, co mu jest. Nie chcieli się zająć, bo jestem narkomanem, a oni mają w dupie narkomanów!* (75GSM)

W relacjach społecznych użytkownicy raczej unikają kontaktu, wycofują się. Często są przepędzani przez innych z uwagi na przyjmowanie narkotyków. *A ludzie, jak ludzie, często nas przepędzają, jak znajdziemy nowe miejsce do siedzenia, ale ja z ludźmi innymi nie mam za bardzo kontaktu, więc nie powiem, żeby były jakieś nieprzyjemne reakcje, bo nie ma żadnych reakcji.* (72ROM)

Tego typu zachowanie może wynikać ze strachu przed stygmatyzacją ze strony otoczenia, tym bardziej, że często wygląd fizyczny uniemożliwia ukrycie uzależnienia. Użytkownicy nie mówią otwarcie o przyjmowaniu narkotyków, leczeniu w programie metadonowym. Ukrywają to w obawie przed ostracyzmem społecznym. W ich ocenie niechęć wobec osób przyjmujących narkotyki jest powszechna. Z doświadczeń badanych wynika, że informacja o uzależnieniu może niekorzystnie wpływać na relacje społeczne. Zdarzało się, że pracodawca po powzięciu takich informacji zwalniał ich. *Miałam kiedyś taką sytuację, że pracowałam u kogoś przy sprzątnięciu domu i ci ludzie, u których sprzątałam, się dowiedzieli, ktoś im powiedział, że ja to jestem narkomanka i piję metadon i natychmiast mnie wyrzucili, chociaż nic im nie ukradłam; pracowałam już kilka miesięcy, zawsze mnie chwalili.* (67KPK)

Również informacja o podjętym leczeniu substytucyjnym niekorzystnie wpływała na relacje społeczne. Użytkownicy twierdzili, że stosunek społeczny nie zależy od aktywnego brania narkotyków, a od posiadania etykiety „narkomana”. Ich doświadczenie pokazuje, że byli zwalniani nawet wtedy, kiedy się leczyli. *Kiedyś znalazłem robotę w hurtowni przy sortowaniu towarów. Po jednym dniu wezwał mnie szef i powiedział – Panie R., pan wie, co to jest program metadonowy, prawda? I mnie wyrzucił. Wygrzebał gdzieś w internecie informację, że jestem na programie i koniec. Ludzie nie chcą dać szansy, bo narkoman to jest najgorszy!* (70RKM)

## Podsumowanie

Problemowi użytkownicy narkotyków używali ich, aby się zrelaksować i poprawić sobie nastrój, rozluźnić się, stłumić napięcie, „zabić” nudę. Są osoby, którym substancje pozwalały wydajniej pracować. Przyjmowanie stymulantów, szczególnie podczas imprez w klubie, pobudzało, ułatwiało nawiązywanie kontaktów, sprawiało, że użytkownicy byli bardziej rozmowni i otwarci, dzięki temu mogli lepiej się bawić. Osoby leczące się w programie substytucyjnym przyjmowały narkotyki, ponieważ dawki metadonu otrzymywane podczas leczenia nie zaspokajały ich potrzeb, były za niskie. Motywy używania narkotyków przez problemowych użytkowników zidentyfikowane w naszym badaniu są podobne do tych identyfikowanych w innych badaniach. Należą do nich ciekawość, doświadczenie przyjemnych efektów lub poprawy w nawiązaniu i utrzymaniu kontaktów społecznych (Corazza i współ., 2014). Badania pokazują również, że w przypadku używania nowych substancji psychoaktywnych przez użytkowników zmarginalizowanych istotną rolę w używaniu może pełnić niska dostępność i jakość narkotyków, a także stosunkowo niska cena NSP (Felvinczi i współ., 2019).

Przerwy w używaniu substancji są również częścią życia osób sięgających po narkotyki. Można zidentyfikować motywy wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na utrzymywanie abstynencji. Znacznie więcej można zidentyfikować tych drugich. Wśród motywów zewnętrznych mających wpływ na utrzymywanie abstynencji dość powszechnym była presja zewnętrzna pochodząca od najbliższego otoczenia (rodzice, współmałżonek, partner) oraz instytucji (kurator). Na utrzymywanie abstynencji miał wpływ również pobyt w ośrodku terapeutycznym, uczestniczenie w programie substytucyjnym bądź przebywanie w innej instytucji kontroli społecznej (np. więzieniu). Motywem utrzymywania abstynencji był także brak dostępności substancji, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, który pogorszył się w związku z używaniem narkotyków.

Sytuacja rodzinna problemowych użytkowników narkotyków różni się i jest uwarunkowana przyjmowaniem substancji. Wśród tych, którzy aktywnie używają substancji, relacje rodzinne są napięte, członkowie rodziny nie chcą utrzymywać z nimi kontaktu. Z kolei wśród osób, które utrzymywały abstynencję, bądź rodzina nie wiedziała, że używają narkotyków – relacje były poprawne. Niektórzy badani tworzyli związki i wspólnie utrzymywali gospodarstwo domowe. Wśród problemowych użytkowników

są też osoby bezdomne. Korzystają one z instytucjonalnej pomocy (schroniska lub noclegownie), ale część z nich mieszka na ulicy.

Problemowi użytkownicy narkotyków mieli trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem bliskich i głębokich relacji z innymi. Zdarzało się, że nawiązywali relacje o charakterze seksualnym. Głównie utrzymywali relacje z innymi użytkownikami, spotykali się z nimi w celu przyjmowania narkotyków. Ci, którzy leczycy się substytucyjnie, tworzyli swoje środowisko z innymi uczestnikami leczenia. Nie określali ich jako przyjaciół, raczej traktowali jako znajomych, z którymi spędzają czas i używają substancji. Problemowi użytkownicy narkotyków, którzy wydają się bardziej zintegrowani społecznie, mają wielu znajomych, zarówno używających narkotyków, jak również takich, którzy ich nie biorą.

Problemowi użytkownicy narkotyków wykonują legalną pracę, za co otrzymują wynagrodzenie, które przeznaczają na codzienne funkcjonowanie, utrzymanie i narkotyki. Źródłem pochodzenia pieniędzy były też drobne kradzieże, zdarzało się, że sprzedawali narkotyki, co było ich dodatkowym źródłem dochodu. Problemowi użytkownicy narkotyków, żeby zdobyć pieniądze, zajmowali się żebractwem i zbieraniem złomu. Zdarzało się, że czerpali dochody z prostytuowania się. Większość zarobionych środków była przeznaczana na narkotyki, papierosy i alkohol.

Uczestnicy badania doświadczali problemów zdrowotnych z obszaru zaburzeń somatycznych i psychicznych. Intensywne i długotrwałe używanie narkotyków doprowadziło ich organizmy do wyniszczenia. Podobne wyniki uzyskano w badaniach międzynarodowych, w których użytkownicy zmarginalizowani społecznie doświadczali dotkliwych konsekwencji zdrowotnych. Wynika to z tego, że jest to grupa używająca substancji regularnie, która najczęściej ma za sobą doświadczenie w leczeniu, a zdarza się również, że niektórzy używają substancji iniekcyjnie (Van Hout i współ., 2018).

Przymus zdobycia środków na narkotyki determinuje styl życia problemowych użytkowników. W większości przypadków mieli oni doświadczenia z wymiarem sprawiedliwości, gdyż popełniali przestępstwa w celu zdobycia pieniędzy. Dokonywali drobnych kradzieży, włamań, handlowali narkotykami, byli zatrzymywani za posiadanie narkotyków na własny użytek. Niektórzy spowodowali wypadek po użyciu substancji psychoaktywnych. Zdarzało się, że kończyło się to pobytem w więzieniu.

Na funkcjonowanie społeczne problemowych użytkowników narkotyków mają wpływ postawy społeczne.

W kontaktach z przedstawicielami instytucji mają oni poczucie przedmiotowego traktowania, marginalizacji, odtrącania, niechęci, co jest związane z posiadaniem etykietyki „narkomana”. W relacjach społecznych unikają kontaktu, wycofują się. Etykiетка osoby uzależnionej silnie przylega do użytkownika; jest nią naznaczany nie tylko, kiedy używa substancji, ale także kiedy się leczą (Wieczorek, 2015).

## Przypisy

- <sup>1</sup> Badanie zostało sfinansowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. Metodologia badania została opisana w artykule „Używanie substancji psychoaktywnych przez problemowych użytkowników narkotyków i zagrożenia z tym związane”, opublikowanym w numerze 1/2020 Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA.

## Bibliografia

- Corazza O., Simonato P., Corkery J., Trincas G., Schifano F., „Legal highs”: Safe and legal “heavens”? A study on the diffusion, knowledge and risk awareness of novel psychoactive drugs among students in the UK. *Rivista di Psichiatria*, 49 (2), 2014, 89-94.
- Felvinczi K., Benschop A., Urbán R., Van Hout M.C., Dąbrowska K., Hearne E., Henriques S., Kaló S., Kamphausen G., Silva J.P., Wieczorek L., Werse B., Bujalski M., Demetrovics Z., Korf D., „Discriminative Characteristics of Marginalised Novel Psychoactive Users: a Transnational Study”, *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00128-8>.
- Janicijevic K.M., Kocic S.S., Radevic S.R., Jovanovic M.R., Radovanovic S.M., „Socioeconomic Factors Associated with Psychoactive Substance Abuse by Adolescents in Serbia”. *Frontiers in Pharmacology*, Volume 8, June 2017.
- Kaló Z., Paksi B., Felvinczi K., Demetrovics Z., „New Psychoactive Substances in Hungary: User groups and characteristics, patterns, motives, and problems in Hungary”. In: 20th Conference of the European Association of Substance Abuse Research. Venue and date of the conference: Nunspeet, Hollandia, 2017.05.18-2017.05.21.p. 40.
- Wieczorek Ł., „Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz sektora leczenia uzależnień w Warszawie i społeczności lokalnej” [Stigmatisation of alcohol dependent persons and alcohol treatment system in Warsaw and local community], *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 28(1), 2015, 103-117.
- Wieczorek Ł., Bujalski M., Dąbrowska K., „Negative consequences of the New Psychoactive Substances use among the Polish users”, *Psychiatria Polska*, w druku.
- Van Hout, M.C., Benschop A., Bujalski M., Dąbrowska K., Demetrovics Z., Felvinczi K., Hearne E., Henriques S., Kaló Z., Kamphausen G., Korf D., Silva J.P., Wieczorek Ł., & Werse B., „Health and Social Problems Associated with Recent Novel Psychoactive Substance (NPS) Use Amongst Marginalised, Nightlife and Online Users in Six European Countries”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(2), 2018, 480-495. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9824-1>.



*Jaka jest skala używania narkotyków w Polsce? Czy w opinii społeczeństwa używanie marihuany powinno być dozwolone? Jak powinniśmy postępować z osobami uzależnionymi? Podstawą udzielenia odpowiedzi na te pytania będą badania zrealizowane przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z firmą KANTAR Polska.*

# SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POSTAWY I ZACHOWANIA. WYNIKI OSTATNICH BADAŃ

Artur Malczewski

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

## Metodologia badania

Badanie terenowe zostało przeprowadzone w dwóch transzach: 08.11-18.12.2018 roku i 22.02-26.03.2019 roku. Było realizowane w metodologii CAPI (kwestionariusz na laptopie) techniką bezpośredniego wywiadu ankieterskiego w domach respondentów. Ponieważ wywiad dotyczył danych wrażliwych dla respondenta, większa jego część wypełniana była samodzielnie przez respondenta, tak aby zapewnić mu maksymalne poczucie bezpieczeństwa. Badanie zostało zrealizowane na reprezentatywnej, losowej próbie Polaków w wieku 15-64 lata (3013 respondentów). Próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z operatu adresowego TERYT. Warstwowanie uwzględniało wielkość miejscowości oraz rozmieszczenie terytorialne w ramach województw, a także płeć i wiek dobieranych osób.

Respondentów pytano o kontakt z substancjami psychoaktywnymi wymienionymi na liście badania w ciągu 30 dni przed badaniem, co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. *current use*), ostatnich 12 miesięcy (używanie ostatnie, czyli aktualne – ang. *recent use*) oraz kiedykolwiek w życiu, co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*). Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy, określamy jako okazjonalnych użytkowników narkotyków, a te, które przyznały się do kontaktu z narkotykiem kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. Badani w trakcie wywiadu proszeni byli o podanie liczby kontaktów z substancjami psychoaktywnymi. Jeżeli respondent nie pamiętał, ile

razy zażył substancję lub nie wiedział, jak często używał, a deklarował zażycie, również taka deklaracja zaliczana była do używania substancji psychoaktywnych.

Podczas wywiadu kwestionariuszowego pytano o każdą substancję oddzielnie, zaczynając od deklaracji na temat używania kiedykolwiek w życiu, a następnie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni. Rozkłady odpowiedzi zostały przedstawione w tabelach 3-7. Wyniki omawianego badania w niektórych przypadkach zostały przedstawione na tle wcześniejszych badań, które zostały zrealizowane tą samą metodologią co badanie z 2018/2019 roku. W przypadku wyników rozpowszechnienia używania w tabeli podano dane dla 95-procentowego poziomu ufności (CI 95%).

## Jakie problemy społeczne są najważniejsze?

Wywiad kwestionariuszowy rozpoczął się od oceny czternastu problemów społecznych (tabela 1). W artykule bierzemy pod uwagę sumę odpowiedzi oceniających problem jako „bardzo ważny” i „ważny”. Według oceny respondentów na pierwszym miejscu lokuje się zanieczyszczenie środowiska 79,4%. Na drugim mamy problem alkoholizmu oraz przemoc w rodzinie, z takim samym odsetkiem 78,4%. Na trzeciej pozycji są kolejne problemy społeczne: przemoc i agresja na ulicach oraz picie alkoholu przez młodzież 76,4%. Niewiele mniejszy odsetek odnotowujemy w przypadku zjawiska narkomanii (75,2%). Zjawisko bezrobocia według opinii badanych nie jest

**Tabela 1. Ocena ważności różnych problemów społecznych na poziomie kraju 2018/2019 (%).**

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio ważne	Mало ważne	Nieważne	Trudno powiedzieć
1. Przystępczość gospodarcza	27,7	44,7	18,7	5,8	1,5	1,6
2. Przystępczość pospolita	28,8	44,3	18,8	5,1	1,1	1,9
3. Narkomania	33,6	41,6	17,4	5,4	1,3	0,7
4. Zanieczyszczenie środowiska	37,5	41,9	14,9	4,2	0,9	0,6
5. Alkoholizm	35,7	42,7	15,9	4,1	1,0	0,5
6. Kryzys moralny	18,4	38,0	27,1	9,8	2,6	4,1
7. Zły stan zdrowia społeczeństwa	28,5	43,8	19,7	5,6	1,0	1,3
8. Spadek stopy życiowej	25,6	42,4	23,1	5,5	1,3	2,0
9. Sytuacja mieszkaniowa	26,7	46,3	19,1	5,9	1,0	1,0
10. Przemoc w rodzinie	37,5	40,9	15,3	4,3	1,2	0,9
11. Przemoc i agresja na ulicach	32,9	43,9	16,2	5,2	1,3	0,6
12. Picie alkoholu przez młodzież	35,4	41,4	16,8	4,5	1,2	0,6
13. Bezrobocie	30,1	40,9	18,4	7,3	1,9	1,3
14. AIDS	23,3	34,9	21,7	11,6	3,0	5,4

wysoko oceniane, ale prawdopodobnie ulegnie to zmianie w związku z epidemią koronawirusa i nadchodzącym kryzysem gospodarczym.

W ramach badania pytano o ocenę ważności różnych problemów społecznych, gdzie respondent mógł wskazać tylko jeden. W tabeli 2 zostały przedstawione wyniki dla wyboru jednego najważniejszego problemu. Największy odsetek respondentów wskazał na alkoholizm jako największy problem społeczny (15,8%), na drugim miejscu znalazło się zanieczyszczenie środowiska (14,1%). Co dziesiąta osoba wskazała na przystępczość gospodarczą (11%) i narkomanię (10,1%).

**Tabela 2. Wybór jednego najważniejszego problemu (%).**

	2018/2019
Przystępczość gospodarcza	11,0
Przystępczość pospolita	8,5
Narkomania	10,1
Zanieczyszczenie środowiska	14,1
Alkoholizm	15,8
Kryzys moralny	2,7
Zły stan zdrowia społeczeństwa	6,1
Spadek stopy życiowej	5,1
Sytuacja mieszkaniowa	3,8
Przemoc w rodzinie	6,5
Przemoc i agresja na ulicach	3,6
Picie alkoholu przez młodzież	2,9
Bezrobocie	5,4
AIDS	0,4
Nie wiem	4,1

## Czy marihuana jest nadal najbardziej popularna?

Najbardziej popularnymi wśród badanych nielegalnymi substancjami była marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tą substancją psychoaktywną kiedykolwiek w życiu przyznało się 12,1% badanych. (W poprzednim pomiarze z 2014 roku odnotowano wyższy odsetek 16,3%). Pozostałe substancje są o wiele rzadziej używane niż konopie indyjskie. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia znalazły się „dopalacze” (nowe substancje psychoaktywne) ze wskaźnikiem 3,9% (1,3% w 2014 roku), a następnie amfetamina 2,4% (1,7% w 2014 roku), halucynogeny 1,4% i ecstazy 1% (1,7% w 2014 roku). Konsumpcja pozostałych substancji nie przekroczyła poziomu 1,0%. Do używania jakiegokolwiek narkotyku przyznało się 16,1% badanych i jest to podobny odsetek jak w badaniu z 2014 roku (16,4%).

Przyjrzyjmy się rozkładowi odpowiedzi na pytanie o używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku. Do okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu zaliczamy 3,8% respondentów (4,6% w 2014 roku). Z o wiele niższym odsetkiem na drugim miejscu znalazło się używanie „dopalaczy” (0,7%) i amfetaminy (0,8%). Jakikolwiek narkotyk używało 5,4% badanych.

Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji utrzymywało się na poziomie nie wyższym niż 0,5%. Analizując wskaźniki dotyczące używania bieżącego (ostatnie 30 dni), odnotowaliśmy, że 2,0% respondentów zadeklarowało używanie marihuany i haszyszu (2,1%

**Tabela 3. Rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji 15-64 lata – używanie kiedykolwiek w życiu (%).**

	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Niższy CI 95 (ogółem)	Górny CI 95 (ogółem)
1. Jakikolwiek narkotyk	21,9%	10,3%	16,1%	14,8%	17,5%
2. Konopie indyjskie	16,4%	7,7%	12,1%	10,9%	13,3%
3. Opioidy (ogółem)	1,3%	0,4%	0,9%	0,6%	1,3%
4. Heroina	1,3%	0,4%	0,8%	0,5%	1,2%
5. Inne opioidy	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
6. Kokaina (ogółem, w tym crack)	1,1%	0,4%	0,7%	0,5%	1,1%
7. Amfetaminy	3,3%	1,4%	2,4%	1,8%	3,0%
8. Ecstasy	1,3%	0,7%	1,0%	0,7%	1,4%
9. Halucynogeny (ogółem)	1,7%	1,1%	1,4%	1,0%	1,9%
10. LSD	1,3%	0,7%	1,0%	0,6%	1,4%
11. Inne halucynogeny	0,9%	0,9%	0,9%	0,6%	1,3%
12. Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%	0,6%
13. Sterydy anaboliczne	1,3%	0,1%	0,7%	0,4%	1,1%
14. GHB (pigułka gwałtu)	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
15. Dopalacze (nowe substancje psychoaktywne)	5,3%	2,6%	3,9%	3,3%	4,7%

**Tabela 4. Rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji 15-64 lata – używanie w ciągu ostatniego roku (%).**

	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Niższy CI 95 (ogółem)	Górny CI 95 (ogółem)
1. Jakikolwiek narkotyk	7,2%	3,7%	5,4%	4,7%	6,3%
2. Konopie indyjskie	5,0%	2,6%	3,8%	3,1%	4,5%
3. Opioidy (ogółem)	0,7%	0,3%	0,5%	0,3%	0,9%
4. Heroina	0,7%	0,3%	0,5%	0,3%	0,8%
5. Inne opioidy	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
6. Kokaina (ogółem, w tym crack)	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,5%
7. Amfetaminy	0,9%	0,7%	0,8%	0,5%	1,2%
8. Ecstasy	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,6%
9. Halucynogeny (ogółem)	0,8%	0,6%	0,7%	0,4%	1,1%
10. LSD	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,8%
11. Inne halucynogeny	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%
12. Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,5%
13. Sterydy anaboliczne	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,5%
14. GHB (pigułka gwałtu)	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
15. Dopalacze (nowe substancje psychoaktywne)	1,3%	0,7%	1,0%	0,7%	1,5%

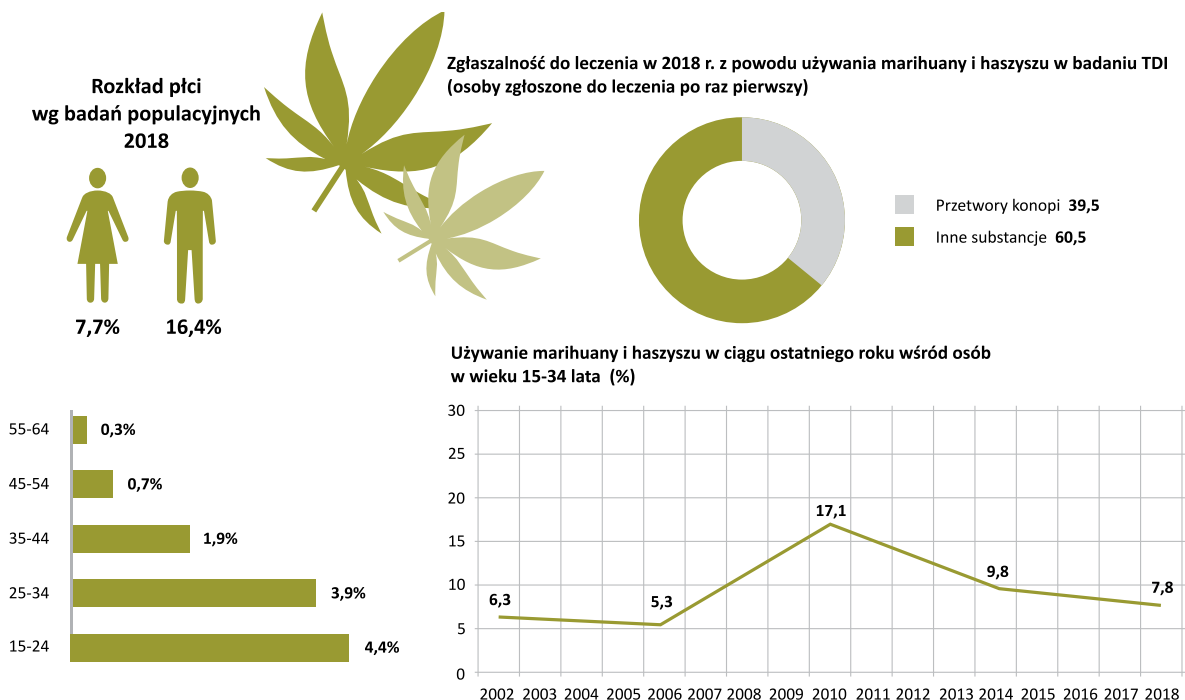
w 2014 roku). Wskaźniki użytkowników sięgających po inne substancje psychoaktywne w ciągu ostatniego miesiąca nie przekroczyły 0,5%. Jakikolwiek narkotyk używało 3% badanych w ciągu ostatniego miesiąca.

W tabeli 6 przedstawione zostały wyniki młodych dorosłych. Jakikolwiek narkotyk używało 10,4% badanych (13,5% mężczyzn i 7,10% kobiet), czyli co dziesiąta osoba w grupie wiekowej 15-34 lata miała kontakt z narkoty-

kami. Wśród młodych dorosłych najbardziej popularną substancją była marihuana i haszysz 7,78% (10,2% mężczyzn i 5,3% kobiet). W przypadku „dopalaczy” wskaźnik wyniósł 2,6% (2,6% mężczyzn i 1,1% kobiet), mniejszą wartość odnotowano w przypadku amfetamin 1,4% (1,6% mężczyzn i 1,3% kobiet).

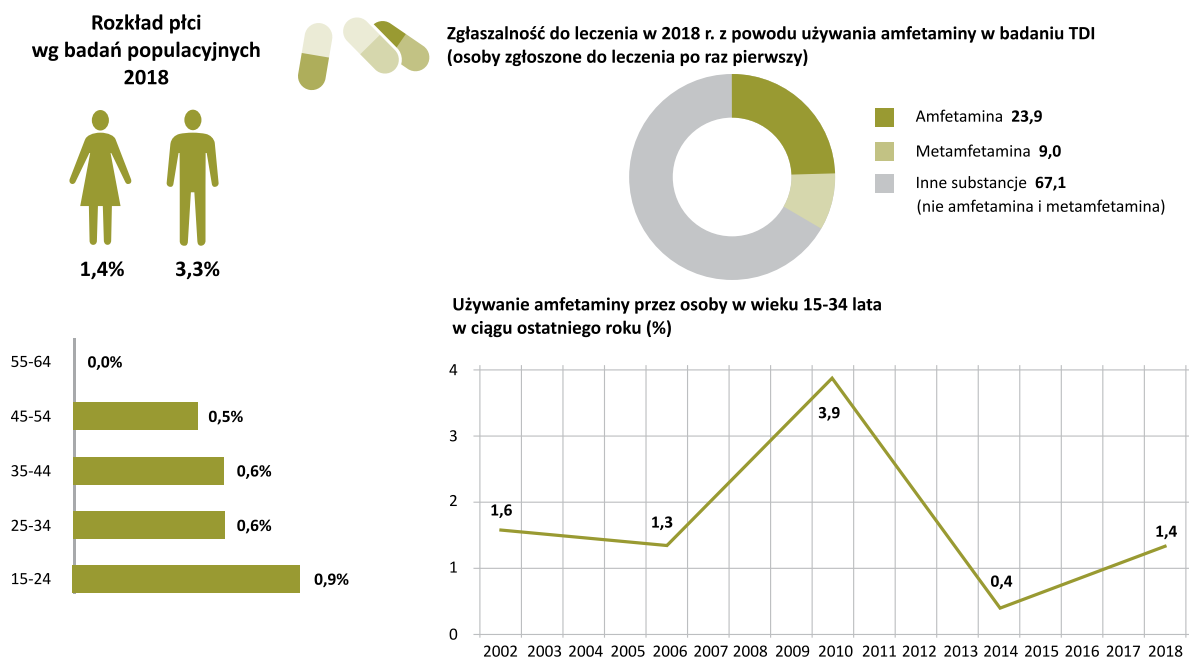
Dane dotyczące tendencji w używaniu w ciągu ostatniego roku zostały przedstawione na infografikach 1 i 2.

## Infografika 1. Marihuana i haszysz.



Źródło: GPS KBPN oraz TDI, 2018.

## Infografika 2. Amfetaminy.



Źródło: GPS KBPN oraz TDI, 2018.

Dane z badania na temat marihuany oraz amfetaminy uzupełniono o informacje dotyczące zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków. Widać, że w ostatnim pomiarze zaobserwowano wzrost używania amfetaminy i spadek marihuany wśród młodych dorosłych.

### Czy są różnice między płciami w używaniu narkotyków?

Przyjrzyjmy się, czy płeć jest zmienną różnicującą poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych. Analizując dane z tabeli 3 dotyczące używania kiedykolwiek w ży-

**Tabela 5. Rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji 15-64 lata – używanie w ciągu ostatniego miesiąca (%).**

	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Niższy CI 95 (ogółem)	Górny CI 95 (ogółem)
1. Jakikolwiek narkotyki	4,1%	1,9%	3,0%	2,4%	3,7%
2. Konopie indyjskie	2,7%	1,3%	2,0%	1,5%	2,5%
3. Opioidy (ogółem)	0,7%	0,3%	0,5%	0,2%	0,8%
4. Heroina	0,6%	0,3%	0,4%	0,2%	0,7%
5. Inne opioidy	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
6. Kokaina (ogółem, w tym crack)	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%
7. Amfetaminy	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,8%
8. Ecstasy	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,6%
9. Halucynogeny (ogółem)	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%	0,8%
10. LSD	0,5%	0,4%	0,4%	0,2%	0,7%
11. Inne halucynogeny	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
12. Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,5%
13. Sterydy anaboliczne	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,5%
14. GHB (pigułka gwałtu)	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%
15. Dopalacze	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%

**Tabela 6. Rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji 15-34 lata – używanie w ciągu ostatniego roku (%).**

	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Niższy CI 95 (ogółem)	Górny CI 95 (ogółem)
1. Jakikolwiek narkotyk	13,53%	7,10%	10,38%	8,65%	12,32%
2. Konopie indyjskie	10,19%	5,28%	7,78%	6,27%	9,51%
3. Opioidy (ogółem)	1,41%	0,36%	0,89%	0,42%	1,65%
4. Heroina	1,23%	0,36%	0,81%	0,37%	1,53%
5. Inne opioidy	0,53%	0,00%	0,27%	0,06%	0,79%
6. Kokaina (ogółem, w tym crack)	0,53%	0,55%	0,54%	0,20%	1,17%
7. Amfetaminy	1,58%	1,28%	1,43%	0,81%	2,32%
8. Ecstasy	0,53%	0,55%	0,54%	0,20%	1,17%
9. Halucynogeny (ogółem)	0,70%	0,55%	0,63%	0,25%	1,29%
10. LSD	0,53%	0,18%	0,36%	0,10%	0,92%
11. Inne halucynogeny	0,00%	0,18%	0,09%	0,00%	0,50%
12. Rozpuszczalniki lub inhalatory	0,53%	0,36%	0,45%	0,15%	1,05%
13. Sterydy anaboliczne	0,53%	0,00%	0,27%	0,06%	0,79%
14. GHB (pigułka gwałtu)	0,35%	0,00%	0,18%	0,02%	0,65%
15. Dopalacze (nowe substancje psychoaktywne)	2,64%	1,09%	1,88%	1,17%	2,86%

ciu, widzimy, że mężczyźni o wiele częściej niż kobiety sięgają po substancje psychoaktywne. Wśród badanych 21,9% mężczyzn używało kiedykolwiek marihuany lub haszyszu (22,6% w 2014 roku), podczas gdy wśród kobiet wskaźnik ten wyniósł 10,3% (10,5% w 2014 roku). O wiele mniej kobiet (1,4%) niż mężczyzn (3,3%) używało amfetaminy (3% mężczyzn i 0,5% kobiet w 2014 roku).

W tabeli 4 przedstawione zostały rozkłady odpowiedzi na pytanie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poszczególnych substancji psychoaktywnych ze względu na płeć. Warto zwrócić uwagę, że mężczyźni sięgali po marihuanę i haszysz czterokrotnie częściej niż kobiety, w przypadku wszystkich narkotyków prawie dwukrotnie częściej.

## W jakich grupach wiekowych narkotyki są najbardziej popularne?

Czynnikiem różnicującym używanie substancji psychoaktywnych, oprócz płci, jest także wiek. Najwyższe odsetki użytkowników narkotyków odnotowano wśród badanych w wieku 15-24 lata dla dowolnego narkotyku (13,1%), marihuany i haszyszu (9,6%), kokainy (0,9%) i ecstasy (0,7%). Z kolei opioidy (1,2%) i amfetamina (1,6%) były bardziej rozpowszechnione w starszej kohorcie wiekowej (25-34 lata). Jedynie w przypadku środków halucynogennych najwyższy wskaźnik używania nie jest wśród młodych dorosłych (15-34 lata 0,7%), a w starszej grupie wiekowej (35-44 lata 1,2%).

## Jak dostępne są narkotyki?

W ramach badania próbowaliśmy określić, jak łatwe byłoby zdobycie różnych narkotyków dla osób, które udzielały wywiadu kwestionariuszowego. Najłatwiejsze dla respondentów do zdobycia<sup>1</sup> z nielegalnych substancji była marihuana i haszysz. Wyniki badania pokazały, że do łatwego zdobycia przyznała się co piąta badana osoba (19,2%), co dziesiąta wskazała na amfetaminę (10,3%). Niższe wartości uzyskano dla ecstasy (8%), kokainy (7,4%) i heroiny (6,3%). Przedstawione wyniki dotyczyły całej badanej populacji w wieku 15-64 lata. W przypadku młodych dorosłych (15-34 lata) odsetki są o wiele wyższe. Najłatwiejsza do zdobycia dla badanych wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych była również marihuana i haszysz: co trzecia badana osoba (29,6%) deklarowała taką łatwość. Niższe wartości uzyskano dla amfetaminy (15,1%), ecstasy (11,8%), kokainy (10,8%) oraz heroiny (9,2%). Jednakże przedstawione wskaźniki

dla młodych dorosłych są wyższe niż w przypadku grupy wiekowej 15-64 lata.

## Kim dla społeczeństwa jest osoba uzależniona od narkotyków?

Jednym z elementów badania była próba określenia, jakie postawy wobec użytkowników narkotyków są najbardziej rozpowszechnione w społeczeństwie. W tym celu w badaniu zawarto pytania pomagające nazwać, kim jest dla respondentów użytkownik narkotyków. Pytanie zawierało szereg stwierdzeń, spośród których badani proszeni byli o wybór tych, z którymi się zgadzają. Następnie proszono ich o wskazanie jednego określenia najbardziej pasującego do narkomana.

Zdecydowana większość respondentów 81% (91% w 2014 roku) traktuje osobę sięgającą po narkotyki jako chorą. Mniejszy odsetek ankietowanych uważa, że osoby uzależnione od narkotyków są ludźmi nieszczęśliwymi 69% (85% w 2014 roku). Znaczny odsetek respondentów, bo 65% (72% w 2014 roku), uważa, że osoby uzależnione od narkotyków mają zły wpływ na swoje otoczenie. Ponad połowa (53%) ankietowanych wskazała, że osoba biorąca narkotyki to taka, której nie powiodło się w życiu (60% w 2014 roku). Wyniki z obydwu badań zostały przedstawione w tabeli 7.

W przypadku wybrania tylko jednej odpowiedzi ponad połowa respondentów (52%) wskazała, że osoba uzależniona od narkotyków jest człowiekiem chorym (62% w 2014 roku). Co siódmy ankietowany odpowiedział, że najlepszym określeniem jest stwierdzenie, że osoba uzależniona jest człowiekiem nieszczęśliwym (18,8% w 2014 roku).

**Tabela 7. Sposób postrzegania użytkowników narkotyków (wszystkie wskazania, %).**

	2014	2018/2019
1. Człowiekiem chorym	91,3	81,0
2. Przystępcą	18,1	21,9
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	85,9	69,4
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	72,7	65,4
5. Osobą o dużej wrażliwości	33,0	28,8
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	46,6	45,4
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	35,8	45,5
8. Awanturnikiem, chuliganem	30,6	39,6
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	59,8	43,8
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	59,2	53,0
11. Kimś innym	5,9	4,1

**Tabela 8. Sposób postrzegania użytkowników narkotyków (jedno wskazanie, %).**

	2014	2018/2019
1. Człowiekiem chorym	62,2	52,0
2. Przystępcą	0,5	4,2
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	18,1	14,4
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	4,5	7,5
5. Osobą o dużej wrażliwości	1,3	1,2
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	2,5	2,5
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	0,7	4,2
8. Awanturnikiem, chuliganem	0,5	1,3
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	2,8	2,4
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	5,3	4,9
11. Kimś innym/ Trudno powiedzieć	1,2	5,3

**Tabela 9. Preferowana strategia postępowania wobec osób uzależnionych od narkotyków (wszystkie wskazania, %).**

	2014	2018/2019
Leczenie	94,4	92,1
Izolowanie od społeczeństwa	31,8	52,2
Karanie	23,9	29,4
Pomoc, otoczenie opieką	91	81,5
Pozostawienie samemu sobie	5,1	13,1
Dawanie narkotyków	1,8	6,4

### Jak należy postępować z osobą uzależnioną?

Respondenci pytani byli również, jakie sposoby postępowania z osobami uzależnionymi byłyby najwłaściwsze. W badaniu takie osoby zostały określone jako narkomani, a do wyboru było kilka odpowiedzi, które znajdują się w tabeli 9.

Największy odsetek respondentów wskazał odpowiedź, że leczenie jest najwłaściwszym sposobem postępowania z osobami uzależnionymi 92,1% (94,4% w 2015 roku). Na drugim miejscu była odpowiedź wskazująca, że pomoc

**Tabela 10. Preferowana strategia postępowania wobec osób uzależnionych od narkotyków (jedno wskazanie, %).**

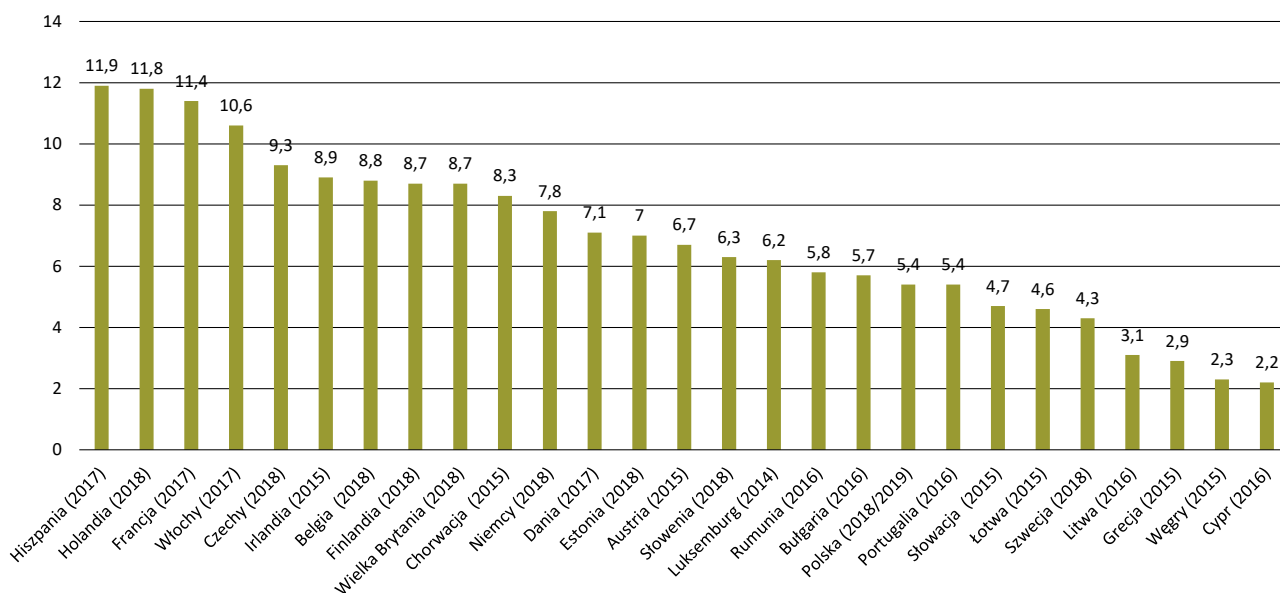
	2014	2018/2019
Leczenie	72,8	69,8
Izolowanie od społeczeństwa	4,0	12,3
Karanie	0,6	2,2
Pomoc, otoczenie opieką	18,7	10,3
Pozostawienie samemu sobie	2,2	1,5
Dawanie narkotyków	0,1	0,3
Nie wiem/trudno powiedzieć	1,6	3,6

i otoczenie opieką jest również dobrym sposobem na pomoc osobie uzależnionej 81,5% (91% w 2015 roku). W kolejnym pytaniu wywiadu kwestionariuszowego badani zostali poproszeni o wybranie preferowanej strategii postępowania z osobą uzależnioną (tabela 10). Większość respondentów w obydwu pomiarach wybrała leczenie jako najlepszą formę pomocy osobom uzależnionym (69,8% w 2018/2019 roku i 72,8% w 2014 roku). Ale na drugim miejscu w ostatnim pomiarze znalazło się izolowanie od społeczeństwa (12,3%).

### Czy używanie narkotyków powinno być dozwolone?

W badaniu poruszono kwestię podejścia do akceptacji używania narkotyków w Polsce. W kwestionariuszu znalazły się pytania dotyczące używania marihuany i heroiny. Warto przypomnieć, że w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku nie ma zapisów mówiących, że używanie narkotyków jest zabronione. Według odpowiedzi z ostatniego badania 62,3% badanych uważa, że używanie marihuany powinno być zabronione, a 18,3% ma przeciwne zdanie – powinno być dozwolone. O wiele większe odsetki odnotowujemy w przypadku zakazu używania heroiny, bo 83,7% uważa, iż używanie jej powinno być zabronione, a dopuszcza taką możliwość 6,3% badanych. W celu uchwycenia zmian w postawach osób wobec używania narkotyków w tabeli 11 umieszczone zostały wyniki badania dla pomiaru z 2006 roku. W przypadku marihuany 86,2% badanych jest zdecydowanie przeciwnych przyzwoleniu na używanie tego narkotyku, w przypadku heroiny odsetek ten wynosi ponad 95,7%. Skłonnych do wyrażenia

**Wykres 1. Używania narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-64 lata (%) – wyniki reprezentatywnych badań w populacji generalnej (w nawiasach podano rok, z którego są badania).**



Źródło: Biuletyn statystyczny EMCDDA.

zgody na używanie marihuany jest blisko 7,7% badanych, a w odniesieniu do heroiny 2%.

### Kto powinien zajmować się profilaktyką narkomanii?

Najtańszą i najbardziej efektywną strategią reagowania na takie problemy społeczne, jak narkomania czy alkoholizm, jest profilaktyka. W Polsce działaniami z tego zakresu zajmują się różne instytucje życia społecznego. W trakcie wywiadu kwestionariuszowego proszono o wybranie z przedstawionej listy dowolnej liczby instytucji

(tabela 12), które powinny się zajmować zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży, a także wskazanie jednej instytucji, której działania będą najbardziej efektywne (tabela 13).

Największe odsetki respondentów wskazały na rodzinę (85,2%). Niewiele mniejsze odsetki badanych odpowiedzialnością za profilaktykę obarczają służbę zdrowia (81,7%) i szkołę (80,8%) Na organizacje pozarządowe wskazało 76,4% badanych, a niewiele mniej dostrzega tu pole do działania dla policji (73%). 53% badanych uważa, że to Kościół może się zajmować przeciwdziałaniem narkomanii.

**Tabela 11. W jakim stopniu respondent zgadza się lub nie zgadza się ze stwierdzeniem, że używanie marihuany, haszyszu, heroiny powinno być dozwolone.**

	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie wiem/ trudno powiedzieć
Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone 2018/2019	5,1%	13,2%	14,8%	17,7%	44,6%	4,5%
Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone 2006	2,8%	4,9%	4,5%	9,7%	76,5%	1,6%
Używanie heroiny powinno być dozwolone 2018/2019	2,2%	4,2%	7,2%	16,9%	66,9%	2,7%
Używanie heroiny powinno być dozwolone 2006	1,3%	0,7%	1,2%	6,3%	89,4%	1,2%



Przy wyborze jednej najbardziej skutecznej instytucji większość ankietowanych opowiada się za rodzicami (35,9%). Prawie 18% wskazuje na oświatę, a 14,7% na służbę zdrowia. Co dziesiąta osoba zaznaczyła organizację pozarządową lub policję.

## Czy rodzice rozmawiają ze swoimi dziećmi?

58,3% rodziców rozmawiało w czasie ostatnich 12 miesięcy ze swoimi dziećmi o problemie narkotyków. Rozmowy na temat picia alkoholu przez młodzież podejmowało 57,5% dorosłych. Dla uzupełnienia podajmy, że 73,3% rodziców rozmawiało w ogóle ze swoim dzieckiem o jego problemach.

**Tabela 12. Kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży?**

Rodzice	85,2%
Oświata – szkoły	80,8%
Policja	73,0%
Kościół	53,2%
Służba zdrowia	81,7%
Organizacje pozarządowe (społeczne)	76,4%
Ktoś inny	4,5%

**Tabela 13. Czyje działania w zakresie zapobiegania narkomanii wśród młodzieży mogą być Pana/Pani zdaniem najbardziej skuteczne? (wybór jednej odpowiedzi, %).**

Rodzice	35,9
Oświata – szkoły	17,9
Policja	9,1
Kościół	0,9
Służba zdrowia	14,7
Organizacje pozarządowe (społeczne)	10,1
Nie wiem/trudno powiedzieć	11,5
Ogółem	100,0

**Tabela 14. Rozmowy z dzieckiem na temat problemów oraz substancji psychoaktywnych (%).**

	Nie	Tak, tylko raz lub kilka razy	Tak, wielokrotnie
Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy rozmawiał(a) Pan/Pani ze swoim dzieckiem/dziećmi o jego/ich kłopotach czy problemach?	26,7	28,7	44,6
Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy rozmawiał(a) Pan/Pani swoim dzieckiem/dziećmi o kwestii picia alkoholu przez młodzież?	42,5	29,8	27,7
Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy rozmawiał(a) Pan/Pani ze swoim dzieckiem/dziećmi o problemie narkotyków?	41,7	32,2	26,1

## Czy moje dziecko mogłoby spróbować marihuany?

Wyniki badania pokazały, że ważną rolę w przeciwdziałaniu narkomanii pełni rodzina. Przyjrzyjmy się zatem, jak rodzice oceniają prawdopodobieństwo, iż ich pociechy sięgną po marihuanę. Przypomnijmy, że według badania ESPAD z 2015 roku co czwarty 15-16-latek spróbował marihuany, a badania Fundacji CBOS i KBPN z 2018 roku wskazują nawet na 38% 18-latków eksperymentujących z marihuaną<sup>2</sup>. Ponad 43% rodziców uczestniczących w badaniu żyje w przekonaniu, że w przypadku propozycji skierowanej do ich pociech, eksperymentowanie z marihuaną nie jest możliwe. Dalsze 43% uznało za mało prawdopodobne, aby ich dziecko spróbowało marihuany. Kilkanaście procent rodziców uznaje, że jest to możliwe. Widać, że ocena sytuacji przez dorosłych jest bardziej optymistyczna niż wyniki badań.

## Czy skala używania narkotyków w Polsce jest wyższa niż w innych krajach?

Na zakończenie omawiania wyników badania zobaczymy, jak wygląda sytuacja w Polsce na tle innych krajów europejskich. Do porównań zastosowano wskaźnik używania narkotyków w ciągu ostatniego roku w populacji osób w wieku 15-64 lata. W 18 krajach zarejestrowano wyższe niż w Polsce odsetki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Największe rozpowszechnienie używania odnotowano w Hiszpanii (12% w 2017 rok<sup>3</sup>), Holandii (12% w 2018 rok), we Francji (11% 2017 rok) oraz we Włoszech (11% 2017 rok). Są to kraje, gdzie ostatnie dane dotyczące używania narkotyków wskazują, że jest ono dwa razy wyższe niż w Polsce. Wysokie odsetki odnotowano również u naszych południowych sąsiadów Czechów (9%), którzy mają największy wskaźnik używania narkotyków wśród sąsiadujących z Polską krajów. Najniższy odsetek ze wszyst-

**Tabela 15. Jak Ci się wydaje, czy dziecko (lub któreś z dzieci) mogłoby spróbować marihuany, gdyby ktoś mu coś takiego zaproponował (%)?**

To jest niemożliwe, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	43,8
To jest mało prawdopodobne, żeby moje dziecko spróbowało	43,2
To jest bardzo prawdopodobne, że moje dziecko spróbowałoby	9,0
Moje dziecko na pewno spróbowałoby marihuany	4,1

kich przedstawionych na wykresie krajów odnotowano na Cyprze (2% 2016 rok) i na Węgrzech (2% 2015 rok).

## Co mówią nam wyniki badań?

Podsumowując wyniki badania, można przedstawić kilka wniosków:

1. Najpopularniejszą nielegalną substancją w Polsce są konopie indyjskie (marihuana i haszysz). W ostatniej edycji badania nastąpił spadek używania konopi w porównaniu do roku 2014. Pomimo tego jest to nadal główny narkotyk, z powodu którego podejmowane jest leczenie w Polsce. Dane z policji wskazują na wysokie stężenie THC w marihuanie. Jest ono o wiele wyższe niż ponad dekadę temu<sup>4</sup>.
2. Wśród stymulantów najczęściej używanymi substancjami są narkotyki z grupy amfetamin, z powodu których również odnotowujemy wysokie wskaźniki osób podejmujących leczenie. Używanie amfetaminy i metamfetaminy (w szczególności w województwach sąsiadujących z Czechami) jest nadal popularne i może stanowić wyzwanie dla systemu pomocy z powodu problemów psychicznych, jakie mogą powodować stymulanty.
3. W badaniu odnotowano wysoki wskaźnik używania „dopalaczy” (nowych substancji psychoaktywnych) kiedykolwiek w życiu, czyli w większości jednorazowych prób zażywania tych substancji. Wskaźniki używania okazjonalnego i częstego są niskie. Ponadto dane z Systemu Wczesnego Ostrzegania, prowadzonego przez Centrum Informacji KBPN, wskazują na prawdopodobne zmniejszanie się rynku NSP. Może to być spowodowane wprowadzonymi w 2019 roku zmianami prawnymi i wzmoczoną aktywnością policji wymierzoną w rynek „dopalaczowy”.
4. Populacją wiekową, która najczęściej sięga po narkotyki, są młodzi dorośli (15-34 lata), w szczególności mężczyźni. Jest to grupa, która przede wszystkim powinna zostać objęta działaniami profilaktycznymi, w tym również profilaktyką selektywną i wskazującą.
5. W ocenie badanych problemy związane z alkoholem są jednym z najważniejszych problemów społecznych. Wysoko ocenione zostały również problemy związane z narkomanią. Jednakże epidemia COVID-19 i wiążący się z nią wzrost bezrobocia może zmienić ocenę problemów społecznych.
6. Większość badanych nie akceptuje używania narkotyków (heroiny i marihuany). W większym stopniu występuje wśród badanych brak przyzwolenia dla używania heroiny niż marihuany. Wyniki te wskazują na mały stopień społecznego poparcia dla pomysłów legalizacji narkotyków.
7. Połowa badanych oceniła, że uzależniony od narkotyków jest człowiekiem chorym, a leczenie osób uzależnionych jest preferowaną strategią w stosunku do osób używających narkotyków, w przeciwieństwie do podejścia opartego na karaniu. Strategię karania wybrało trzy razy mniej respondentów od postępowania opartego na leczeniu. Widać zatem, że podejście „leczyć zamiast karać” może mieć duże wsparcie społeczne.
8. Wyniki badania pokazały, że zdecydowana większość rodziców uważa, że ich dzieci nie spróbują nigdy marihuany. Niestety, według badań realizowanych przez KBPN sytuacja wygląda inaczej, niż chcieliby ją widzieć rodzice. Optymistyczne podejście dorosłych do zagrożenia sięgania po narkotyki może nie stwarzać sprzyjających warunków dla podjęcia działań profilaktycznych. Trudno oczekiwać, by przedmiotem troski rodziców stały się zagrożenia uznawane za zupełnie lub prawie nierealne. Wydaje się, że warto zintensyfikować działania edukacyjne wobec szerokiej rzeszy rodziców, uświadamiające im ryzyko związane ze skalą używania narkotyków i zagrożeniami z niego wynikającymi.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Łatwe do zdobycia oznacza sumę odpowiedzi na pytanie o „łatwe” i „bardzo łatwe” zdobycie narkotyków.
- <sup>2</sup> Wyniki obu badań na młodzieży znajdują się na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>.
- <sup>3</sup> W nawiasach podano rok badania. Dane pochodzą z różnych krajowych badań realizowanych przez Reitox Focal Pointy EMCDDA.
- <sup>4</sup> Dane dotyczące THC wskazują na około 12-procentowe stężenie THC w marihuanie (według raportu o stanie narkomanii 2019: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923>).

# PROFILAKTYKA E-UZALEŻNIEŃ DLA NAJMŁODSZYCH. PROGRAM „FONOLANDIA”

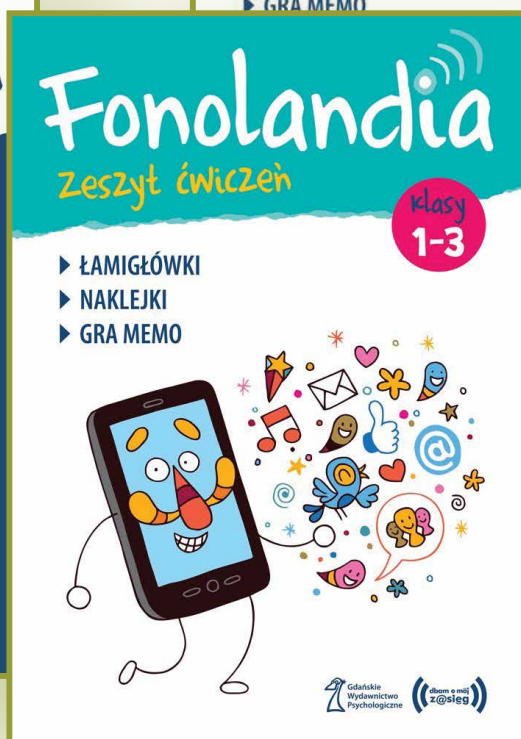
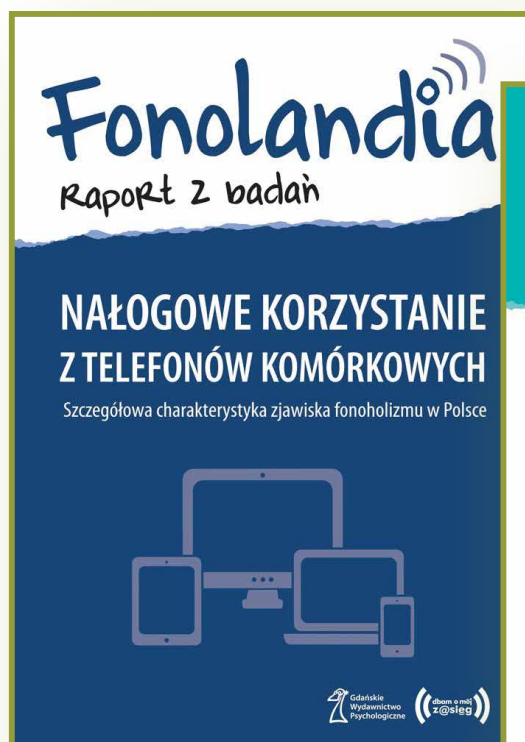


Fundacja „Dbam o mój zasięg” opracowała program edukacyjny pod nazwą „Fonolandia”, dotyczący odpowiedzialnego i bezpiecznego korzystania z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych.

Jest on skierowany do najmłodszych użytkowników: wersja dla 5- i 6-latków oraz wersja dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej. Opis programu znajduje się na stronie <https://www.fonolandia.edu.pl>.

Program może być prowadzony przez nauczycieli przedszkolnych oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, psychologów i pedagogów szkolnych, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, a także przez rodziców w domu. W skład programu wchodzi materiały dla prowadzących: przewodnik metodyczny i poradnik z praktycznymi wskazówkami i poradami oraz gotowe materiały dla dzieci – zeszyty ćwiczeń, plansze edukacyjne i karty obrazkowe.

Elementem pakietu jest raport z badań na temat nałogowego korzystania z telefonów komórkowych opracowany na podstawie wyników ogólnopolskich badań przeprowadzonych wśród 22 tysięcy uczniów między 12. a 18. rokiem życia oraz wśród niemal 3,5 tysiąca nauczycieli<sup>1</sup>.



<sup>1</sup>Raport jest dostępny na stronie internetowej <https://dbamomozasieg.com/dbam-o-moj-zsieg-ogolnopolskie-badania-fonoholizmu>.

# BEZPIECZNE KORZYSTANIE Z INTERNETU PRZEZ DZIECI. INTERNETOWY KURS DLA RODZICÓW „BEZPIECZNIE TU I TAM”

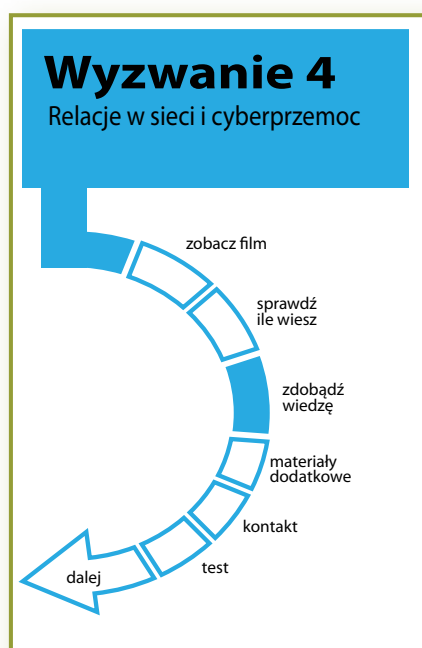


Kurs – opracowany przez Fundację Orange i udostępniony na stronie <https://fundacja.orange.pl/kurs> – składa się z pięciu modułów tematycznych w formie Wyzwań, które rodzic może zrealizować po kolei w dowolnym czasie. Przejście jednego modułu kursu trwa około 20 minut. Korzystanie z kursu jest bezpłatne.

Moduły tematyczne to:

1. Podstawy bezpieczeństwa w internecie, 2. Szkodliwe treści, 3. Serwisy społecznościowe i ochrona prywatności, 4. Relacje w sieci i cyberprzemoc, 5. Zakupy on-line i nadużywanie internetu.

Każdy moduł ma podobną strukturę. Rozpoczyna się krótkim wideo i animacją, które w przystępny sposób prezentują podstawowe zagadnienia. Później jest pakiet materiałów edukacyjnych umożliwiających pogłębienie wiedzy. Moduł kończy test składający się z 7-8 pytań zamkniętych. Po wypełnieniu pojawia się osiągnięty wynik oraz certyfikat ukończenia modułu.



Coraz młodsze dzieci rozpoczynają swoją przygodę z internetem – w sieci uczą się, bawią, poznają świat. Choć większość z nich sprawnie obsługuje urządzenia i chętnie testuje cyfrowe nowości, mali internauci nie zawsze wiedzą, jak bezpiecznie poruszać się po sieci. Zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa on-line to wyzwanie dla każdego rodzica.

Kurs umożliwia poznanie podstawowych zasad bezpiecznego korzystania z internetu, informuje, jak pomóc dziecku unikać zagrożeń i jak reagować, gdy coś niepokojącego zdarzy się w sieci. Dzięki informacjom o tym, w jaki sposób i w jakim celu młodzi ludzie wykorzystują internet, pozwala na lepsze poznanie i zrozumienie świata on-line dzieci i młodzieży.



## 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](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl)  
[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

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

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

Egzemplarz bezpłatny  
Numery archiwalne na stronie:  
[www.sin.praesterno.pl](http://www.sin.praesterno.pl)