



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 3 (30) 2005

Bliżej siebie - dalej od narkotyków



Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem

Okres dorastania jest tak samo trudny dla rodziców, jak i dla dziecka. Dorastające dzieci potrzebują naszej obecności, dostępności i gotowości do udzielenia im pomocy. Rozmowa jest podstawą dobrych kontaktów w rodzinie. Pozwala lepiej poznać świat, oczekiwania, marzenia i problemy dziecka.

Staraj się zrozumieć swoje dziecko – łatwiej ustrzeżesz je przed narkotykami.

Dowiedz się więcej na temat narkotyków. Łatwiej przekonasz dziecko o ich szkodliwości używając rzeczowych argumentów.



Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Antynarkotykowy Telefon Zaufania **0 801 199 990***

Antynarkotykowa Poradnia Internetowa www.narkomania.org.pl

* opłata za całe połączenie 35 gr brutto

Ogólnopolska kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pod hasłem: Bliżej siebie - dalej od narkotyków

GLÓWNY PATRONAT MEDIALNY:



SPIS TREŚCI

CELE LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W PERSPEKTYWIE TEMATYKI ZDROWIA PUBLICZNEGO

Piotr Jabłoński *str. 3*

BLIŻEJ SIEBIE – DALEJ OD NARKOTYKÓW Kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2005 roku

Danuta Muszyńska *str. 13*

STUDENCI O NARKOTYKACH I NARKOMANII Wyniki badania ankietowego 2004

Janusz Sierostawski *str. 17*

BADANIA SZKOLNE NA TEMAT UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ (ESPAD)

Polska młodzież w latach 1995-1999-2003 na tle Europy

Janusz Sierostawski *str. 31*

DANE DOTYCZĄCE PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH jako element systemu zbierania informacji o problemie narkotyków i narkomanii w ramach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Artur Malczewski *str. 43*

OGŁOSZENIE

*W sprawie konkursu ofert Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania
Narkomanii na realizację w roku 2006 zadań*

w zakresie przeciwdziałania narkomanii. *str. 47*

CELE LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W PERSPEKTYWIE TEMATYKI ZDROWIA PUBLICZNEGO

Zjawisko używania substancji psychoaktywnych odnosi się, zgodnie z opinią wyrażoną w Światowym Raporcie Zdrowia 2002, do problemu konsumowania w innym celu niż medyczny środków farmakologicznie czynnych objętych kontrolą prawa międzynarodowego (25). Obecne analizy skupiają się przede wszystkim na zagrożeniach dożywłym wstrzykiwaniem opiatów i pochodnych amfetamin. Inne środki nielegalne, jak ekstazy, substancje lotne i konopie nie mają, w opinii Raportu, dostatecznie udokumentowanej badaniami naukowymi, wielkości i jakości wpływu na stan ogólnego zagrożenia zdrowotnego. Ponieważ używanie narkotyków jest najczęściej zjawiskiem nielegalnym i ukrywanym, utrudnione jest obserwowanie zarówno zmieniających się wzorów ich używania, jak i pojawiających się nowych niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych. Pomimo tych trudności widoczne jest, że narkotyki powodują istotne obciążenia i szkody zdrowotne i że ich konsumpcja zwiększa się w wielu krajach świata, nawet tych ze stosunkowo krótką historią używania substancji psychoaktywnych.

Ryzyko zgonu spowodowanego przez narkotyk zwiększa się wraz ze wzrostem częstości zażywania i wielkością zażywanej dawki. Najbardziej ryzykowne wzory używania prezentują osoby uzależnione, które wstrzykują sobie narkotyk codziennie przez wiele lat uzależnienia. Badania, którymi objęto leczonych użytkowników opiatów, przyjmujących je w drodze dożylną wykazały, że ten wzór zażywania jest szczególnie powiązany z niebezpieczeństwem spowodowania zgonu (w tym związanego z HIV/AIDS), przedawkowania narkotyku, samobójstwa lub urazu.

Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa

osób wchodzących w kontakt z narkotykami związane są z możliwością zakażenia się innymi chorobami zakaźnymi, np. żółtaczką typu B lub C lub popełnienia czynów ściganych przez prawo a powiązanych ze społeczną sceną narkotykową.

Globalnie 0,4% zgonów (0,2 miliona) i 0,8 DALY, czyli sumy lat utraconych z powodu przedwczesnego zgonu i lat życia z utraconą zdolnością do sprawnego i zdrowego życia (*ang: disability-adjusted life years*), tj. 11,2 miliona, generowanych jest przez sytuacje związane w szerokim rozumieniu z używaniem narkotyków. Wskaźniki te rozpowszechnione są kilkakrotnie częściej w populacji mężczyzn niż kobiet. W pewnych rejonach świata choroby związane z narkotykami stanowią od 2 do 4% wszystkich zachorowań występujących wśród populacji męskiej (25).

Tak więc zajmowanie się profilaktyką uzależnień oraz skutków i szkód przez nie powodowanych winno być nade wszystko rozpatrywane z pozycji szeroko rozumianej problematyki zdrowia, choć dosyć rozpowszechniona jest tendencja do lokowania tych problemów w obszarze zwalczania patologii społecznych. Ważność koncepcji przeciwdziałania uzależnieniom jako elementu polityki zdrowia publicznego znajduje swoje potwierdzenie w projekcie Konstytucji Europejskiej, w której stwierdza się, że Unia dopełnia działania krajów członkowskich, mające na celu zmniejszenie szkodliwości wpływu narkotyków na zdrowie poprzez informowanie i zapobieganie (5).

Coraz więcej państw akceptuje profilaktykę, terapię, redukcję szkód i represję jako cztery filary strategii prowadzenia polityki antynarkotykowej. Trzy z tych elementów związane są bezpośrednio z tematyką zdrowotną i stanowią bazową część reakcji

państw na problemy wynikające z używania narkotyków, definiowaną jako koncepcja zdrowia publicznego (15).

Skrajnie opozycyjną koncepcją, często określaną mianem walki z narkotykami, jest nastawienie upatrujące dominującego priorytetu działań w egzekwowaniu prawa. Dyskusje dotyczące polityki narkotykowej wyzwalają zwykle wiele emocji zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym, gdyż odnoszą się do ważnych dla obywateli zagadnień postaw – postaw w stosunku do indywidualnych konsumentów narkotyków i do zjawiska jako elementu rzeczywistości społecznej. Problematyka narkotykowa jest problematyką tzw. medialną. Zainteresowanie opinii publicznej obejmuje szerokie spektrum zachowań, np. przestępstwa popełniane przez uzależnionych lub dokonywane pod wpływem substancji odurzającej, tzw. „pranie brudnych pieniędzy“, nielegalne laboratoria, przestępczość zorganizowaną itp. W obszarze tych zainteresowań mieści się również problem kosztów terapii uzależnień. Osoby uzależnione są typowym przykładem pacjentów wymagających długoterminowego zaangażowania publicznych instytucji sektora ochrony zdrowia; poprawa ich zdrowia jest korzystna dla całości społeczeństwa, ale nie jest bezpośrednio odczuwalna przez poszczególnych członków zbiorowości (15). Znacznie szybciej akceptowane społecznie są rezultaty antynarkotykowe osiągnięte przez stosowanie represji i egzekwowanie prawa. Rosnące koszty opieki zdrowotnej, obserwowane we wszystkich krajach świata, powodują, że coraz trudniej jest uzyskać fundusze na terapię wymagającą długofalowych oddziaływań. Stąd też wypływa coraz częściej artykułowany postulat opierania terapii i jej oczekiwanych rezultatów na udokumentowanych dowodach. Tak więc terapia uzależnień powinna za jeden z celów mieć efektywność i skuteczność rozumianą również w kategoriach finansowych.

Szeroko rozumiane cele oszacowania

kosztów ekonomicznych uzależnień obejmują zarówno badanie całościowych społecznych kosztów problemów narkotykowych, jak i porównywanie nakładów finansowych ponoszonych na rzecz różnych, alternatywnych form leczenia – w ich relacji do wyników, przy założeniu, że są one często porównywalne. Kolejnym wymiarem oceny kosztów terapii jest śledzenie kosztów danego typu leczenia, np. jego składowych, dynamiki, zmienności.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego na uwagę zasługuje problem częstszego korzystania przez osoby używające narkotyków z usług placówek pomocowo-leczniczych w porównaniu z osobami nieintoksykującymi się. Monitorowanie kosztów terapii służyć może jako jedno ze wstępnych narzędzi pomiaru możliwości oddziaływań leczniczych, poprzedzające pogłębione badania nad wynikami terapii lub ewaluacją sprawności ekonomicznej (24).

Profilaktyka uzależnień dotyczy zdrowia społeczności w tym znaczeniu, że odnosi się do losów indywidualnych każdego członka zbiorowości i wpływu, jakie jednostkowe i grupowe zachowania narkotykowe wywierają na stan zdrowia społeczeństwa jako całości.

Reakcje państw i rządów na problem narkotyków i narkomanii przyjmują różne formy prawne i organizacyjne. Modele polityk narkotykowych obejmują szerokie spektrum rozwiązań, od tzw. wojny z narkotykami poczynając, na liberalizacji i legalizacji narkotyków kończąc. Podejście odnoszące się do koncepcji zdrowia publicznego daje pierwszeństwo działaniom zapobiegawczym i leczeniu uzależnień. Działania prewencyjne postrzegane są również jako czynności pozwalające zaoszczędzić na późniejszych ewentualnych kosztach leczenia osób używających substancji psychoaktywnych i dlatego postrzegane są jako priorytetowe. Osoba uzależniona traktowana jest jako osoba chora i wymagająca leczenia. Sprzedawcy narkotyków postrzegani są jako

osoby niosące zagrożenie innym, ale i jako potencjalne ofiary. Celem generalnym tej koncepcji jest ograniczenie konsumpcji narkotyków.

Jako koncepcja samodzielna lub będąca elementem polityki zdrowia publicznego wymieniana jest koncepcja redukcji ryzyka, dla której celem podstawowym jest zmniejszenie rozmiarów konsumpcji, jak również chorób i szkód, które powoduje używanie substancji psychoaktywnych (19).

Z perspektywy zdrowia publicznego coraz bardziej czytelne i uzasadnione staje się upatrywanie w używaniu narkotyków przyczyny wzrostu wskaźników śmiertelności i zachorowalności w skali światowej. Pomimo wysiłków, jakie na rzecz kontroli podaży i rozwijania profilaktyki pierwotnej (pierwszorzędowej) podejmują rządy i instytucje, powszechnie widoczny staje się problem wzrastającej liczby osób, które rozwinęły w sobie szkodliwe wzory używania narkotyków i które dotknięte są uzależnieniem oraz wymagają lub potrzebują leczenia. Leczenie jest rozumiane jako specyficzna działalność skierowana do tych osób, które mają problemy z przyjmowaniem narkotyku lub alkoholu, realizowana z nadzieją na poprawę ich stanu zdrowia i jakości życia (24).

Pojęcie leczenia definiowane jest na wiele sposobów. Istotne jest pojawiające się czasami rozróżnienie pomiędzy leczeniem a programem leczniczym. Leczenie w tym ujęciu jest specyficznym działaniem skierowanym na osobę cierpiącą z powodu problemów powodowanych przez alkohol lub narkotyki. Program leczniczy jest natomiast sposobem zarządzania zadaniem, w którym te specyficzne działania się pojawiają. Tak więc w danym programie leczniczym zwykle oferowana jest tylko jedna forma lecznicza. Jednakże istnieją programy oferujące więcej niż tylko pojedynczy model podejścia terapeutycznego. Leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych rozpatrywane bywa również jako część strategii ogra-

niczenia popytu. Określenie „leczenie” odnośnie jest do różnych aktywności i procesów zorientowanych na pomaganie osobom żyjącym z problemami skorelowanymi z używaniem narkotyków. Leczenie zostało zdefiniowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako proces, który rozpoczyna się od momentu, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt z osobą lub instytucją dostarczającą usług zdrowotnych, i może być kontynuowany poprzez udział w specyficznych formach interwencji i procedur aż do stanu uzyskania najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia i poprawionego samopoczucia. Leczenie i rehabilitacja są postrzegane jako kompleksowe podejście do zagadnienia terapii, zawierające w sobie identyfikację problemu, dostarczenie wsparcia, dostarczenie opieki zdrowotnej oraz możliwości integracji społecznej osobie prezentującej problemy spowodowane przez używanie jakiejkolwiek substancji psychoaktywnej (24).

Tak zdefiniowane zagadnienie upoważnia do stwierdzenia, że użytkownik narkotyku ma prawo być leczony zgodnie z zasadami humanitaryzmu i szacunku dla jego godności jako osoby. Ma prawo do życia w swojej społeczności, do osiągnięcia zadowolenia i satysfakcji ze stanu swego zdrowia. Ważne jest również zagwarantowanie mu prawa do udziału w aktywnościach związanych z edukacją, życiem społecznym i kulturalnym, działalnością rekreacyjną, religijną, ekonomiczną i polityczną. Zagadnienia te obejmują również zagwarantowanie dostępu do aktywności ekonomicznych i do edukacji dla dzieci dotkniętych problemami używania substancji psychoaktywnych w ramach standardowych form dostępnych w społeczeństwie.

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje programy lecznicze i rehabilitacyjne za zasadnicze dla zdrowia publicznego. Bazując na licznych badaniach WHO stwierdza niestety jednocześnie, że zasięg i jakość

opieki dostępnej dla użytkowników substancji psychoaktywnych są zwykle nieadekwatne do potrzeb, a za przyczynę takiego stanu rzeczy uznaje się postawę wielu dostarczycieli usług leczniczych, którzy traktują osoby uzależnione za mało warte takiej oferty (24).

Ekspertyzy WHO sugerują postrzeganie leczenia w trzech szerokich grupach zagadnień:

- redukcja uzależnienia od substancji psychoaktywnej,
- redukcja zachowań ryzykownych i zejść śmiertelnych spowodowanych przez używanie lub związanych z używaniem substancji,
- zapewnienie użytkownikowi substancji osiągnięcia jego maksymalnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych, możliwości dostępu do instytucji pomocowych i osiągnięcia pełnej społecznej reintegracji.

Generalnie leczenie jest uważane za podstawowy i konstruktywny komponent dobrze zaplanowanej i realizowanej strategii ograniczania popytu na substancje psychoaktywne. Koncepcje generalne nie wyczerpują tematu konieczności niesienia pomocy poszczególnym osobom w ograniczeniu ich indywidualnej konsumpcji narkotyku, poprawie ich stanu zdrowia, redukcji zachowań kryminalnych czy poprawie statusu społecznego.

Terapia redukuje konsumpcję i głębokość uzależnienia od substancji psychoaktywnych znaczących grup populacji, które w pewnych krajach są odpowiedzialne za większość zużywanych na nielegalnym rynku substancji, takich jak heroina czy kokaina. Badania i oszacowania przeprowadzone w USA dowodzą na przykład, że 25% populacji osób używających kokainy zażywa 2/3 konsumowanej substancji ogółem. Oszacowania sugerują, że w przypadku heroiny mogą to być nawet większe ilości. Jeżeli więc możliwości leczenia są dostępne i uzależnieni korzystają z nich,

może to oznaczać istotne zmniejszenie popytu na substancje nielegalne w danym społeczeństwie. Taki proces zmniejsza również liczbę nieleczonych narkomanów, u których jedną z aktywności jest „wciąganie” nowych osób do subkultury narkomańskiej i dys socjalnej.

Aby leczenie mogło być postrzegane jako efektywne i sprawna część ogólnej strategii ograniczenia popytu, zapewnione powinny być co najmniej dwa czynniki:

- leczenie musi ograniczać używanie narkotyków,
- duże grupy uzależnionych muszą mieć dostęp do instytucji leczniczych i pomocowych.

W sytuacji, gdy leczenie spełnia oba te zadania, wywiera ono znaczący wpływ na nielegalny rynek narkotykowy (17).

Uzyskanie abstynencji od używania narkotyków, ograniczanie szkód indywidualnych i społecznych powodowanych przez narkotyki oraz redukcja ryzyka konsumpcji substancji odurzających stanowią priorytety działań zapobiegawczych. Reasumując można stwierdzić, że w obszarze profilaktyki i leczenia uzyskanie abstynencji jest optymalnym kierunkiem pracy, a redukcja szkód jest pierwszoplanowym priorytetem budującym podstawy do ewentualnych dalszych oddziaływań.

Zdrowie, zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia, jest stanem pełnej pomyślności fizycznej i psychicznej, a nie jedynie brakiem choroby czy ułomności (5).

Zdrowie zbiorowości jest pojęciem abstrakcyjnym, ale z pewnością nie jest tylko prostą sumą zdrowia poszczególnych jednostek. Definicja WHO, choć użyteczna dla rozważań związanych z kształtowaniem polityki zdrowotnej, jest koncepcją statyczną, raczej opisującą rzeczywistość niż odnoszącą się do dynamiki zjawiska.

Zdrowie publiczne możemy zdefiniować jako zespół działań i aktywności ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów

zdrowotnych zbiorowości i ostatecznie na poprawę stanu zdrowia populacji. Działania zdrowia publicznego podporządkowane są zasadzie maksymalizowania efektu zdrowotnego za minimalną cenę przy akceptowanym poziomie jakości. Odmienne zatem niż w praktyce klinicznej, w której dobro indywidualnego pacjenta ma uzasadniony priorytet, w zdrowiu publicznym poszukiwana jest miara jakiegoś dobra ponadindywidualnego (20).

Definicję zdrowia, które nie jest pasywnym elementem rzeczywistości, wypracowano w Raporcie Banku Światowego. Zgodnie z jego zapisem zdrowie jest funkcją stanu zamożności i wykształcenia obywateli (21).

Tak rozumiane pojęcie zdrowia jest więc kapitałem, w który należy inwestować, ale który również można roztrwaniać. Relacja ekonomia – zdrowie sugerowałaby więc, że czynniki ekonomiczne byłyby dominującymi determinantami zdrowia lub choroby. Wśród aspektów ekonomicznych szczególnie istotnych dla rozwoju podatności na zachorowania wymienia się indywidualne formy zachowania, dystrybucję dochodu i bezrobocie. Przy takim ujęciu tematu wzory zachowań dostarczane przez organizacje związane z ochroną zdrowia byłyby więc mniej znaczące.

Definicja Banku Światowego wydaje się szczególnie użyteczna w przypadku analizowania związku zdrowia z używaniem substancji psychoaktywnych.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia możemy przyjąć, że zarówno zmiany w statusie ekonomicznym i edukacyjnym, jak i wzrost samoświadomości potencjalnych odbiorców świadczeń leczniczych odnośnie do ich osobistej odpowiedzialności za stan zdrowia powinny być immanentnymi elementami celów terapii.

Definicja zdrowia zaproponowana z pozycji teorii zdrowia publicznego (8) obejmuje następujące kategorie pojęć:

1. Zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu, mając na względzie wszystkie

jego organy i funkcje.

2. Zdolność do adaptacji w zmiennym środowisku.
3. Potencjał fizyczny i psychiczny dający możliwość rozwijania aktywności.
4. Wyraz równowagi i harmonii możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osoby.

Relacja zdrowie jednostki – zdrowie zbiorowości jest również zaznaczona w koncepcji tzw. „półzdrowia“ Lalonda (7), które obejmuje:

1. Czynniki genetyczne.
2. Czynniki środowiskowe.
3. Zachowania jednostki.
4. Zachowania służby zdrowia.

W obu powyższych koncepcjach istotne miejsce zajmuje zachowanie jednostki jako siły kształtującej kondycję zdrowotną danej osoby. Szczególnie istotna jest kontrola jednostki nad polem zachowań. Jeżeli przyjmujemy założenie, że w znacznej części przypadków wystąpienie ryzyka utraty zdrowia związane jest z działaniem jednostki, to automatycznie zwrócić powinniśmy uwagę na problem tzw. zawinionego złego stanu zdrowia i powiązane z nim zagadnienie odpowiedzialności każdego człowieka za jego stan zdrowia (20).

Odpowiedzialność indywidualna za zdrowie nie jest cechą powiązaną tylko z osobami używającymi narkotyków. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia, odnoszące się do warunków środowiskowych, warunków zamieszkania, wykonywanej pracy, niskich dochodów i ubóstwa, a także podatności na ryzykowne zachowania kończące się wypadkami, urazami czy chorobą, obecne są we wszystkich przejawach życia społecznego. Narkotyki i narkomania, choć ważne dla obrazu kondycji psychozdrowotnej społeczeństwa, nie zajmują dominującej pozycji wśród negatywnych zjawisk kształtujących stan zdrowia i bezpieczeństwa populacji. Analiza liczby zgonów (wg przyczyn) mężczyzn w wieku 15-70 lat w USA (obliczana na 100 tys.

mieszkańców) wykazała, że znacznie więcej osób umiera z przyczyn innych niż narkotyki, a szczególnie istotny jest w tych wskaźnikach poziom zgonów powodowanych przez inne substancje psychoaktywne (11):

- nadużywanie narkotyków – 250 zgonów,
- zabójstwa – 300,
- samobójstwa – 600,
- AIDS – 750,
- wypadki komunikacyjne – 770,
- spożycie alkoholu – 2200,
- palenie tytoniu – 11 700.

Wyniki tych badań wydają się jednak wystarczającą rekomendacją do bezdyskusyjnego uwzględniania w działaniach profilaktyki, terapii i ochrony zdrowia łącznego podejścia do problematyki uzależnień, bez dzielenia ich np. według statusu prawnego – ich legalności czy karalności za ich posiadanie.

Wiele doniesień naukowych potwierdza istnienie bezpośredniego związku pomiędzy warunkami ekonomicznymi a kondycją zdrowotną obywateli i społeczeństwa. Badania przeprowadzone w USA ukazały związek pomiędzy ciągiem zdarzeń: niższe dochody – niższy standard rodziny – lęk przed przyszłością i wzrost napięć w rodzinie. W efekcie stwierdzano wzrost podatności na choroby.

W Australii zaobserwowano w okresach recesji wzrost ilości przepisywanych leków. W Wielkiej Brytanii badania potwierdziły występowanie tworzenia się zamkniętego kręgu niekorzystnych zjawisk ekonomiczno-zdrowotnych: bezrobocie generuje większy stres, ten z kolei pogarsza zdrowie, co skutkuje wzrostem ryzyka bezrobocia.

Badania brytyjskie nad obszarami stylu życia przynoszącymi główne szkody zdrowotne, pokazały, że są to przede wszystkim: tytoń, nieprawidłowe odżywianie, alkohol, ryzykowne zachowania seksualne, stan bezpieczeństwa na drogach (14).

Wszystkie te kwestie mają punkty styczne ze zjawiskami używania, uzależnienia i w efekcie leczenia bezpośrednich i pośred-

nich skutków działania substancji odurzających.

Rozpatrując polskie uwarunkowania ekonomiczno-społeczne determinujące obraz zdrowia społecznego trzeba zwrócić uwagę na fakt, że co trzeci bezrobotny w Polsce nie przekroczył 24 roku życia (60% bezrobotnych to osoby poniżej 35 r.ż.). W najbliższej przyszłości należy więc uwzględnić wpływ tej populacji na stan i wydolność funkcjonowania ochrony zdrowia.

Analizowanie relacji pomiędzy profilaktyką i terapią uzależnień a zagadnieniami zdrowia publicznego rozpatrywanego w kontekście związków ekonomii ze zdrowiem prowadzi do wniosku, że zapobieganie narkomanii stanowi tylko jeden z wielu elementów kształtowania obrazu życia społecznego. Aby możliwe było skuteczne prowadzenie strategii profilaktycznych potrzebny jest nie tylko dostęp do wyspecjalizowanych programów realizowanych przez kompetentne kadry lub do usług terapeutyczno-leczniczych. Konieczne jest przede wszystkim redukcja przyczyn niekorzystnych zjawisk. Ograniczanie stref biedy, dostęp do edukacji, stwarzanie realnych szans na osiągnięcie sukcesu indywidualnego i finansowego stworzyć mogą alternatywne do narkotyków i narkomanii, atrakcyjne dla młodych ludzi obszary ich aktywności, stające się celami terapii nie tylko w trakcie trwania kontaktu terapeutycznego, ale również rozciągającymi się na całą aktywność społeczną odbiorców świadczeń leczniczych realizowaną nie tylko w ramach programów rehabilitacyjnych i re-adaptacyjnych.

Zapobieganie skutkom niekorzystnych zjawisk nigdy nie jest tak efektywne, jak zapobieganie przyczynom (również w kontekście zaangażowanych środków finansowych). Upatrywanie rozwiązań tylko w teoretycznych modelach, wyspecjalizowanych programach czy działaniach delegowanych instytucji już w przeszłości okazywało się strategią nie gwarantującą sukcesu. W tym

kontekście warto przytoczyć przykład epidemii gruźlicy, która została opanowana w Europie i w Polsce nie przez leki przeciwgruźlicze, ale przez zmniejszenie gruźlicogennych stref biedy. Jeżeli więc jako zbiorowość chcemy, również w obszarze substancji psychoaktywnych, realnie kształtować zachowania prozdrowotne obywateli, musimy znaleźć metody ograniczania i eliminowania stref wyzwalających sięganie po narkotyki jako po substytut bezpiecznego i satysfakcjonującego życia społecznego.

Cele terapii uzależnień nie tylko sprzyjają rozwiązywaniu problemów jednostek, ale również szeroko oddziałują na sferę zdrowia i poziom bezpieczeństwa społecznego.

W wielu krajach przyjęto różne rozwiązania co do ulokowania programów leczenia uzależnień w polityce społecznej; np. w Austrii rozwinęto te oddziaływania w połączeniu z psychiatrią, a w Szwecji i Finlandii poza systemem opieki zdrowotnej. W wielu krajach zarówno system dla osób uzależnionych od alkoholu, jak i od innych substancji psychoaktywnych rozbudowano opierając się na ruchach trzeźwościowych (Szwajcaria, Finlandia), podczas gdy w innych krajach wpływów tych nie odnotowano. Te historyczne różnice zwykle do dnia dzisiejszego wpływają na zdrowotną politykę alkoholową i narkotykową w tych krajach (23).

W Polsce podejście do terapii uzależnień ulokowane zostało w systemie lecznictwa psychiatrycznego. Takie usytuowanie wyznacza również konieczność respektowania wymagań formalnych, jakie obowiązują całe lecznictwo psychiatryczne w Polsce, w tym m.in. spełniania standardów postępowania leczniczego uzależnień czy respektowania aktów prawnych regulujących tę strefę ochrony zdrowia.

Leczenie uzależnień jest często opisywane jako mało efektywne, a jednocześnie, głównie ze względu na długi czas trwania, za drogie i pochłaniające środki, które

mogłyby być zużyte w innych dziedzinach służby zdrowia. Rzeczywiście terapia narkomanii jest procesem długotrwałym, a np. nawroty choroby są niepożądanymi, ale trwale obecnymi w procesie rehabilitacji elementami. Terapia uzależnień, tak jak innych przewlekłych chorób, osiąga względnie niski poziom sukcesu, bez względu na metodę leczenia (6).

Jednakże np. podczas dwóch lat prowadzenia badań George De Leon zaobserwował u wszystkich badanych w trakcie terapii poprawę w takich obszarach, jak zażywanie narkotyków, przestępczość (aresztowania), poziom zatrudnienia. Kiedy sukces terapeutyczny został zdefiniowany jako nieużywanie heroiny przez 75% czasu spędzonego po wyjściu z programu przy jednoczesnym podjęciu pracy i braku zachowań przestępczych, De Leon zaobserwował istotny związek pomiędzy poziomem skuteczności a okresem pobytu w programie (13).

Jeśli przyjmiemy założenie, że uzależnienie od substancji chemicznej jest chronicznym i powracającym zaburzeniem, wtedy również leczenie powinniśmy rozpatrywać raczej jako trwający w czasie, dynamiczny proces niż jako przyjęty za wzór punkt końcowy, do którego zmierzamy, a co za tym idzie możliwy staje się również pomiar wyników leczenia i porównywania poniesionych na terapię kosztów z osiąganymi zyskami (3).

Leczenie uzależnień jest postrzegane zarówno przez opinię publiczną, jak i polityków jako skuteczne, tzn. osiągające istotne dla użytkowników narkotyków i społeczeństwa cele, gdy pozwala realizować ważne dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa społecznego zadania, takie jak:

- redukcja przestępczości,
- redukcja używania substancji psychoaktywnych,
- redukcja występowania przemocy domowej,
- zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania chorób zakaźnych,

- wzmacnianie pozytywnych zmian w osiągnięciu wartości społecznych,
- podnoszenie możliwości podjęcia zatrudnienia.

Lista powyższa jest uzupełniana przez innych badaczy celami bardziej szczegółowymi, takimi jak:

- odzyskiwanie praw do opieki i utrzymywanie opieki nad dziećmi,
- ochrona funkcjonowania rodziny i jej warunków zamieszkania.

Projekt badawczy „Study Outcomes Research Services“ przeprowadzony w USA pozwolił naukowcom ocenić, jakie zmiany nastąpiły pięć lat po zakończeniu leczenia w populacji osób leczonych (10). Wśród ponad 976 tysięcy osób leczonych pięć lat po terapii było:

- 156 tys. mniej użytkowników nielegalnych narkotyków,
- 187 tys. mniej użytkowników kokainy,
- 152 tys. mniej użytkowników marihuany,
- 101 tys. mniej przypadków sprzedaży substancji nielegalnych,
- 165 tys. mniej przypadków kierowania pojazdami pod wpływem substancji.

Przytoczone badania i liczby uprawniają do wyrażenia opinii, że leczenie uzależnień przynosi efekty merytoryczne, oszczędza koszty ponoszone przez społeczeństwo na rzecz zapobiegania narkotykom i narkomanii, jak również jest korzystne dla samych użytkowników substancji uzależniających.

Badania przytaczane np. w raportach Office of National Drug Control Policy (10) wypunktowują inne ważne społecznie wskaźniki ewentualnej skuteczności leczenia, takie jak;

- liczba aresztowań,
- czas spędzony w areszcie,
- czas (dni) aktywności przestępczej,
- procent dochodów czerpanych z przestępstw.

Poszukując wskaźników istotnych dla terapii ze względów ściśle leczniczych warto wskazać na badania nad poprawą skutecz-

ności leczenia, które pokazały, że zarówno w programach ambulatoryjnych, jak i substytucyjnych sami odbiorcy świadczeń wskazywali na trzy główne, w ich rozumieniu, cele leczenia:

- abstynencja,
- stabilne relacje rodzinne,
- zdrowie fizyczne.

Warto zaznaczyć, że cel zdefiniowany jako tzw. odpowiedzialne używanie otrzymał niskie noty jako cel terapii (13).

Próba wypracowania wspólnej perspektywy leczniczej pacjenta i społeczeństwa pozwala na wskazanie następujących priorytetów:

- redukcji używania substancji,
- poprawy indywidualnego i społecznego funkcjonowania,
- poprawy stanu zdrowia publicznego,
- poprawy stanu bezpieczeństwa społecznego (9).

Rekomendacje dla programów leczniczych prezentowane przez środowiska związane z terapią substytucyjną wskazują również na ważne elementy, często decydujące dla efektywnych interwencji realizowanych z pozycji tzw. redukcji szkód czy redukcji ryzyka niesionego przez narkotyki. W kontekście problematyki wzmacniania zdrowia zbiorowości istotne wydają się zakresy działań związane z:

- zmniejszeniem dawek przyjmowanego narkotyku,
- rezygnacją z używania lub redukcją sięgania po narkotyki tzw. uliczne,
- zmianą drogi używania z dożylną na doustną,
- zmniejszeniem liczby iniekcji,
- ograniczeniem incydentów używania wspólnego sprzętu do iniekcji,
- zmniejszeniem liczby ryzykownych zachowań seksualnych (18).

Problematykę narkomanii widzianą z perspektywy wzmacniania ochrony i kształtowania bezpieczeństwa publicznego znajdujemy również w kontekście terapii przy-
musowej, która jest realizowana na różną

skalę w wielu krajach. Oprócz przyczyn związanych z chorobą psychiczną, która może być podstawą skierowania na leczenie przymusowe, właśnie w obszarze zdrowia publicznego upatruje się większości przyczyn sięgania po ten środek oddziaływań. Do grupy takich zjawisk zalicza się (20):

- ochronę osób doświadczanych przez niebezpieczne zachowania związane z uzależnieniem (nienarodzonych lub karmionych piersią niemowląt, zaniedbywanych lub źle traktowanych dzieci, zagrożonych współmałżonków),
- potrzebę ochrony bezpieczeństwa (zapobieganie pożarom i wypadkom powodowanym przez osoby będące pod wpływem środków psychoaktywnych),
- redukcję przestępczości (złodziejstwo, zbrodnie, handel narkotykami),
- prewencję rozprzestrzeniania się zachowań narkotykowych,

Wśród zjawisk wskazujących na słabe strony programów leczniczych, rzutujących na proces terapii oraz na jego efekty indywidualne i ogólne warto wymienić następujące (12):

- używanie substancji psychoaktywnych (legalnych i nielegalnych) w czasie trwania terapii jest nieakceptowane wysokie,
- czas pozostawania klientów w terapii jest przeciętnie zbyt krótki w stosunku do wiedzy teoretycznej i tzw. dobrej praktyki,
- odsetek nawrotów po odbytej terapii jest wysoki.

Monitorowanie i ewaluacja terapii uzależnień powinny również wskazywać, do jakiego stopnia możliwa jest zmiana stylu życia osoby poddanej leczeniu – zarówno pojawiająca się w trakcie terapii, jak i możliwa do utrwalenia po jej zakończeniu. Zmiany stylu życia mogą być mierzone takimi wskaźnikami, jak:

- „dopasowanie się“ do warunków pracy i zdobycie zatrudnienia,

- reintegracja społeczna (zamieszkanie, czas wolny, sprostanie wymaganiom codzienności, wejście w sieć powiązań społecznych),
- kontakty ze sceną narkotykową i osobami uzależnionymi,
- zachowania przestępcze,
- styl interakcji społecznych,
- ryzykowne zachowania seksualne.

Dodatkowymi czynnikami istotnymi dla rozważań nad skutecznością leczenia mogą być zachowania związane z konsumpcją innych substancji, szczególnie legalnych, oraz postawy, motywacje i zachowania zmierzające do uzyskania pełnej abstynencji (16).

Używanie substancji psychoaktywnych, legalnych i nielegalnych, stało się społeczną rzeczywistością. Narkotyki wymagają zajmowania się nimi w sposób realny i odpowiadający ich dynamice. Złożoność, wielowymiarowość problematyki narkotykowej polega na przenikaniu się wątków związanych z problematyką zdrowia, zagadnień społecznych, ekonomicznych i aspektów bezpieczeństwa. Stąd szczególnie w jednoczącej się Europie, przy jej otwartych granicach, konieczne jest wypracowanie zintegrowanej międzynarodowej polityki narkotykowej, w której obecne są zarówno zagadnienia związane z ograniczaniem podaży, jak i popytu na substancje odurzające (4).

Terapia uzależnień pozwala na łagodzenie skutków i obciążeń, jakie ponosi społeczeństwo z powodu narkotyków, ale przede wszystkim jest realną szansą dla osób uzależnionych na uzyskanie poprawy zdrowia, na zdrowienie i wyzdrowienie. Obecny stan wiedzy uprawnia do stwierdzenia, że choć uzależnienie jest chroniczną, nawracającą chorobą, to poprzez terapię możemy ją kontrolować. Z jednej strony możemy stwierdzić, że leczenie uzależnień jest skuteczne i stale poprawia swą efektywność. Z drugiej warto zauważyć, że zaniechanie oferty terapeutycznej pocią-

ga za sobą skutki takie, jak wzrost przemo-
cy, przestępstw, osłabienie generalnego
stanu zdrowia, osłabienie stanu rodziny
i wiele innych negatywnych skutków
społecznych, a w efekcie powoduje wzrost

kosztów społecznych zjawiska, w tym
wzrost nakładów na leczenie (2).

Piotr Jabłoński

*dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

PIŚMIENNICTWO

1. De Leon G.: Społeczność Terapeutyczna. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
2. Effectiveness of Substance Abuse Treatment. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995.
3. Hartel C.R., Glantz M.D.: The treatment of drug abuse: Changing the paths. W: Drug Abuse, Origin and Intervention, American Psychological Association, Washington D.C., 1998.
4. International Drug Policy. Sensil Council, Maklu Publishers, 2003.
5. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz.Urz. 1048, nr 1, poz. 477.
6. Kooyman M.: Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
7. Lalond M.: A New Perspective on Health of Canadians, Ministry of Supply and Service of Canada, Ottawa 1978.
8. Martin J.: Pour La Sante Publique, Lousanne 1987.
9. McLellan A.T. Evaluating the effectiveness of addiction treatment: reasonable expectation, appropriate comparisons, W: Treating Drug Abusers Effectively, Milbank Memorial Fund, Oxford 1997.
10. Office of National Drug Control Policy: Treatment protocol effectiveness study. J. Subst. Abuse Treatment 1996.
11. Pająk A., Topór-Mądry R.: Ocena stanu zdrowia populacji. W: Zdrowie Publiczne, Vesalius, Kraków 2000.
12. Pickens R.W., Fletcher W.F.: Overview of treatment issues. W: Improving Drug Abuse Treatment. Research Monograph 106. NIDA, 1991
13. Price R.H.: What we know and what we actually do: Best practice and their prevalence in substance abuse treatment. W: Treating Drug Abusers Effectively, Milbank Memorial Fund, Oxford 1997.
14. Przewoźnik L.: Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. W: Zdrowie Publiczne, Vesalius, Kraków 2000.
15. Public Health Policy in Evidence-Based Management of Drug Addiction, Pompidou Group Ministerial Conference 2003.
16. Swiss Federal Office of Public Health: The Medical Prescription of Narcotics. Hogrefe & Huber, 1997.
17. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention: World Drug Report 2000. UNODCCP, 2000.
18. Verster A., Bunning E.: Training Manual. Key Aspects of Substitution Treatment for Opiate Dependence, EuroMethwork, 2003.
19. Waal H.: Redukcja ryzyka jako element całościowego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii. Serwis Informacyjny Narkomania, 2001, Nr 1(15)
20. Włodarczyk C., Poździejch S.: Pojęcie i zakres zdrowia publicznego. W: Zdrowie Publiczne, Vesalius, Kraków 2000.
21. World Development Report 1993. Investing in Health Published for World Bank, Oxford University Press, 1993.
22. World Health Organization: Preventing and Controlling Drug Abuse. WHO, Geneva 1990.
23. World Health Organization: Approaches to Treatment of Substance Abuse, WHO, 1993.
24. World Health Organization: Costs and Effects of Treatment for Psychoactive Substance Use Disorders: A Framework for Evaluation: WHO, 1996.
25. World Health Organization: The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO, Geneva 2002.

BLIŻEJ SIEBIE – DALEJ OD NARKOTYKÓW

Kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Założenia kampanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii już od wielu lat organizuje co roku ogólnopolskie kampanie społeczne o charakterze informacyjno-edukacyjnym adresowane do różnych grup odbiorców. W poprzednich dwóch latach adresatem kampanii była młodzież i do niej były kierowane działania pod hasłem „Narkotyki – najlepsze wyjście nie wchodzić”. Systematycznie prowadzone badania epidemiologiczne dowodzą jednak, że zagrożenie narkomanią wśród młodego pokolenia Polaków wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie. Tegoroczna kampania antynarkotykowa Krajowego Biura została skierowana do rodziców dzieci w wieku szkolnym. Z punktu widzenia profilaktyki rodzice stanowią bowiem nie mniej ważną grupę odbiorców przekazu na tematy związane z używaniem substancji psychoaktywnych.

Z dostępnych badań dotyczących problemów narkomanii wynika, że jednym z czynników sprzyjających sięganiu po narkotyki przez młodzież jest znikoma wiedza rodziców w tym zakresie. Rodzice na ogół nie posiadają podstawowych informacji związanych z narkotykami, dlatego też niechętnie podejmują rozmowy z dziećmi na ten temat. Badania jakościowe przeprowadzone przed kampanią przez firmę badawczą Synovate na zlecenie Krajowego Biura potwierdziły tę konkluzję. Rodzice, co prawda, mają świadomość, że w otoczeniu ich dzieci istnieją narkotyki, że jest łatwy dostęp do nich, że jest realne zagrożenie zetknięcia się dzieci z narkotykami, jednak raczej wypierają ze świadomości fakt, że ich dziecko może się uzależnić. Zaskakującym wnioskiem z tych

badań było to, że posiadanie podstawowej wiedzy (lub wrażenie posiadania niezbędnej wiedzy) daje rodzicom poczucie zabezpieczenia przed problemem i umacnia ich w przekonaniu, że byliby w stanie zauważyć, gdyby ich dziecko miało kontakt z narkotykami.

Sama wiedza dotycząca narkotyków nie wystarcza więc, aby skutecznie chronić dziecko przed narkotykami. Wspomniane wyżej badanie dotyczące poznania wspólnych relacji w rodzinie obejmowało rodziców, młodzież i terapeutów specjalizujących się w terapii uzależnień od narkotyków. Pytano te grupy jak spostrzegają wzajemne kontakty i jak wygląda komunikacja pomiędzy dziećmi i rodzicami. Rodzice oceniali, że mają dobry kontakt ze swoimi dziećmi, natomiast w ocenie młodzieży ten kontakt jest bardzo powierzchowny i ich zdaniem niewystarczający. Rozmowy z terapeutami pozwoliły zweryfikować deklaracje rodziców i dzieci. Terapeuci potwierdzili opinię młodych zauważając, że pacjenci trafiający do poradni z powodu problemów narkotykowych najczęściej mają słaby kontakt z rodzicami i dopiero podjęta terapia zwraca uwagę rodziców na różnorodne sprawy i problemy ważne z punktu widzenia ich dzieci. Jednoznacznie więc rodzice lepiej niż dzieci oceniają wzajemne relacje. Potwierdzeniem takiej interpretacji były również badania TNS OBOP z 2004 roku, z których wynikało, że wprawdzie rodzice rozmawiają ze swoimi dziećmi, ale jednocześnie ich formy wspólnego spędzania czasu są głównie oparte na oglądaniu telewizji oraz wykonywaniu obowiązków domowych, co przekłada się jedynie na powierzchowną komunikację i płytkie kontakty.

Cele kampanii

Celem tak przygotowanej kampanii było z jednej strony uwrażliwienie rodziców na problemy związane ze zjawiskiem narkomanii, podniesienie społecznego poziomu wiedzy w tym zakresie, z drugiej – podkreślenie znaczącej roli wychowawczej rodziców i opiekunów w profilaktyce uzależnień, ze szczególnym naciskiem na dobrą komunikację w rodzinie.

Wychodząc z założenia, że dobra komunikacja służy budowaniu więzi zachęcałiśmy rodziców do zbliżenia się do swoich dorastających dzieci hasłem „Bliżej siebie – dalej od narkotyków“. Bliskość ta powinna wyrażać się chęcią poznania problemów młodzieży, jej potrzeb i gotowością do udzielenia jej pomocy i wsparcia w wejściu w samodzielne, odpowiedzialne życie. Przekaz kampanii zwracał uwagę na jeden z najważniejszych elementów budowania dobrych relacji z dzieckiem – na rozmowę. Obok głównego hasła organizatorzy kampanii podpowiadali więc „Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem“. Komunikacja jest bowiem podstawowym narzędziem wzajemnych kontaktów, umożliwia wyrażanie myśli i uczuć służąc jednocześnie wzajemnemu zrozumieniu i poznaniu potrzeb. Nie bez znaczenia jest podkreślana w trakcie kampanii jakość porozumiewania się. Styl sprowadzający się do formułowania poleceń i zakazów czy też pozorne zainteresowanie sprawami dziecka nie służy budowaniu więzi. Proces wzajemnej komunikacji w rodzinie, by służył dobrym kontaktom, powinien opierać się na szacunku, otwartości i wzajemnym zaufaniu. W wydanym na potrzeby kampanii *Poradniku dla rodziców* autorzy zawarli wiele cennych porad „jak być bliżej z dzieckiem“. Najważniejszą jednak konkluzją tych porad jest sformułowanie: im lepszy mamy kontakt z dzieckiem, tym łatwiej ustrzeżemy je przed narkotykami.

Pośrednim celem kampanii było upow-

szechnienie informacji o instytucjach zajmujących się doradztwem i pomocą w zakresie rozwiązywania problemów wychowawczych w rodzinie oraz źródeł informacji na tematy związane z problemem narkotyków i narkomanii. Na wszystkich nośnikach użytych w kampanii promowano Antynarkotykowy Telefon Zaufania oraz adres Antynarkotykowej Poradni Internetowej.

Przebieg kampanii

Do przygotowania kampanii prowadzonej przez Krajowe Biuro została zaangażowana profesjonalna agencja reklama Martis, która zajęła się realizacją poszczególnych jej elementów. Oficjalne rozpoczęcie kampanii odbyło się 28 kwietnia 2005 roku konferencją prasową zorganizowaną pod patronatem Polskiej Agencji Informacji i Inwestycji Zagranicznych. Dało to jednocześnie początek głównej kampanii medialnej obecnej intensywnie w środkach masowego przekazu w maju i czerwcu.

Najistotniejszym elementem z punktu upowszechnienia idei kampanii było wyprodukowanie 30-sekundowego spotu filmowego. Idea kampanii spotkała się z dużą przychylnością Telewizji Polskiej S.A., która objęła głównym patronatem medialnym naszą kampanię emitując bezpłatnie z dużą częstotliwością spot filmowy w programach TVP1, TVP2 oraz TVP3. W kampanię włączyły się także inne stacje telewizyjne TV4, Tele 5, Polonia 1, Telewizja Puls oraz wiele stacji lokalnych. W trakcie jej trwania wyemitowano około 1000 razy spot filmowy, co jest niebywałym sukcesem społecznej reklamy. Jednocześnie w 162 kinach na terenie całej Polski wyświetlano przed wybranymi filmami kinową wersję spotu – 420 kopii przekazanych przez sieć firmy Best Media Distribution.

W kampanię włączyło się wiele tytułów

ogólnopolskiej prasy zamieszczając layouty prasowe oraz artykuły rozszerzające i przybliżające przekaz*. W drugim tygodniu czerwca w Wysokich Obcasach, dodatku do Gazety Wyborczej ukazał się insert (w nakładzie 530 000 egz.) w postaci gazetki dla rodziców, która promowała hasło „Blżej siebie – dalej od narkotyków“ i przybliżała temat komunikacji w rodzinie.

Kampania radiowa także w znaczący sposób rozszerzyła zasięg dotarcia do grupy docelowej. Radio ZET – główny patron radiowy intensywnie emitowało w czerwcu specjalnie przygotowany spot radiowy, który był spójny w treści z przekazem telewizyjnym. Obok Radia ZET włączyły się inne stacje radiowe: Audytorium 17 – skupiające 17 rozgłośni regionalnych Polskiego Radia, Polskie Radio Białystok i Radio Lublin. Kampanię radiową wzmacniały także działania o charakterze public relation, jak serwisy, reportaże, rozmowy z osobami zaangażowanymi w sprawy związane ze zjawiskiem narkomanii nadawane na antenach wielu radiostacji.

W celu rozszerzenia zasięgu kampanii przygotowano plakaty i billboardy. Firmy outdoorowe Stroer oraz CITYLIGHT – Relax Media udostępniły powierzchnie reklamowe na umieszczenie reklamy zewnętrznej. Wydaje się, że zwłaszcza tablice reklamowe (citylighty) ekspozowane na przebieralniach plażowych w 50 miejscowościach nadmorskich w okresie wakacyjnym przyciągały uwagę wypoczywających rodzin.

Jako uzupełnienie kampanii wykorzystano również Internet – dynamicznie rozwijające się medium pozwalające na dotarcie do jeszcze szerszej grupy odbiorców. Oprócz specjalnie przygotowanej strony internetowej szereg portali o tematyce ogólnej i rodzinnej wspierało naszą akcję zamieszczając 300 000 odsłon bannerów. Warto wspomnieć o dwóch portalach: gazeta.pl oraz bycrodzicem.pl, które w szerokim zakresie propagowały cele kampanii.

Niezwykle istotnym elementem kampanii były specjalnie przygotowane na potrzeby tego przedsięwzięcia plakaty i broszury dla rodziców. Broszurę „Blżej siebie, dalej od narkotyków - poradnik dla rodziców“ wyprodukowano w nakładzie 300 000 egzemplarzy. Dystrybuowano ją za pośrednictwem urzędów marszałkowskich i wojewódzkich, organizacji pozarządowych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, szkół, policji oraz wielu urzędów miast i gmin w czasie licznych festynów, akcji ulicznych, zebrań szkolnych czy programów profilaktycznych. Duże zainteresowanie tymi publikacjami sprawiło, że pod koniec trwania kampanii zaistniała potrzeba wznowienia nakładu.

Kampania medialna rozpoczęta w maju przekształciła się w kampanię taktyczną, w którą zaangażowało się wiele podmiotów. Na poziomie lokalnym kampania prowadzona była za pośrednictwem urzędów marszałkowskich i działających przy nich pełnomocników ds. uzależnień, urzędów miast wojewódzkich, a także innych osób zaangażowanych w działania lokalne z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Pełnomocnicy ds. uzależnień przyjęli rolę ambasadorów akcji w regionach i wspierani materiałami przekazanymi przez Krajowe Biuro koordynowali kampanię na terenie swoich województw. Działania w regionach były indywidualnie planowane przez ambasadorów i przybierały różnorodny charakter, włączając do ich realizacji instytucje lokalne, placówki oferujące pomoc psychologiczną rodzinom, organizacje pozarządowe oraz lokalne media. W ramach współpracy z Krajowym Biurem na specjalnej stronie internetowej dotyczącej kampanii powstała podstrona poświęcona inicjatywom w poszczególnych regionach. Można było tam znaleźć informacje dotyczące przebiegu lokalnych kampanii – rodzajów, zakresu i terminu prowadzonych działań, instytucji i organizacji uczestniczących w kampanii.

* Wszystkie tytuły prasowe zostały wymienione w ogłoszeniu zamieszczonym na tylnej okładce Serwisu. Treść tego podziękowania została również zamieszczona w ogólnopolskim wydaniu Gazety Wyborczej w dniu 30.11.2005 r.

Po raz pierwszy udało się także podjąć współpracę na szczeblu resortowym. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu za pośrednictwem Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej zaprosiło do udziału w kampanii szereg poradni psychologiczno-pedagogicznych. W poradniach tych nie tylko można było otrzymać materiały związane z kampanią, ale również uzyskać poradę, jak radzić sobie z problemami wychowawczymi w rodzinie. Podobną pomoc oferowało wiele organizacji pozarządowych zaangażowanych w profilaktykę uzależnień udzielając porad w zakresie problematyki narkotykowej.

Efekty kampanii

Kampania zaplanowana do października 2005 roku oficjalnie zakończyła się konferencją podsumowującą jej wyniki, na którą – oprócz wielu osób zaangażowanych w przedsięwzięcie – zaproszono firmę TNS OBOP, badającą na zlecenie Krajowego Biura skuteczność kampanii. Wyniki badań ewaluacyjnych wskazują na wysoką zauważalność kampanii przez grupę docelową (61%). Zgodnie z przewidywaniami, najbardziej efektywna w dotarciu do tej grupy była telewizja. W opinii badanych, którzy zetknęli się z przekazem kampanii, reklama zwróciła ich uwagę na ryzyko możliwości używania narkotyków przez ich dzieci, zachęciła do rozmów z dziećmi na ważne dla nich tematy oraz wypromowała w znacznym stopniu antynarkotykowy telefon zaufania. Warto wspomnieć, że liczba telefonujących na linię tego telefonu zwiększyła się w trakcie kampanii medialnej prawie dwukrotnie (94%) i utrzymuje się na poziomie 30% wzrostu. Odnotowano także znaczący wzrost (400%) liczby porad udzielanych na stronie internetowej poradni.

Podsumowując, kampania społeczna „Blżej siebie – dalej od narkotyków” wywarła przede wszystkim skutek wzmacniający wśród osób, które zetknęły się

z przekazem. Z badań nie wynika, że kampania miała znaczący wpływ na zmianę postaw i zachowań na poziomie całej grupy celowej, natomiast zanotowano istotne różnice w wynikach porównawczych dotyczących osób, które zetknęły się z kampanią i tych, którzy kampanii nie widzieli. Mamy nadzieję, że ta pozytywna reakcja zaowocuje konstruktywnym podejściem do problemu narkomanii i pomoże przynajmniej części rodziców w nawiązaniu lepszych kontaktów z dziećmi. Napawa to optymizmem, a jednocześnie wskazuje, że podobny zakres działań należy kontynuować i intensyfikować. Kampania została dobrze oceniona przez specjalistów w zakresie profilaktyki uzależnień, jak również zyskała przychylność mediów. Jako dowód może posłużyć pozytywna recenzja spotu telewizyjnego opublikowana na łamach Gazety Telewizyjnej, dodatku Gazety Wyborczej, i przyznanie mu symbolicznej, ale najwyższej nagrody „Kryształ”. Na sukces kampanii złożyło się wiele czynników, spośród których najważniejsze wydają się: profesjonalne przygotowanie strategii i kreacji, pozytywny klimat przekazu, dobra współpraca z lokalnymi instytucjami, wsparcie instytucji międzyresortowych oraz znaczący udział w kampanii środków masowego przekazu. Dużą wartością takich akcji jest również zintegrowanie wielu środowisk działających jednocześnie we wspólnym przedsięwzięciu.

Warto na koniec jeszcze raz podkreślić duże zaangażowanie mediów, które bezpłatnie wspierały kampanię. Dzięki tak dużemu zaangażowaniu i bezinteresownej pomocy kampania uzyskała wysoki stopień nagłośnienia, obejmując zasięgiem cały kraj. To głównie dzięki telewizji, radiu, prasie i wszelkiej reklamie zewnętrznej udało się upowszechnić tak ważny przekaz. Zwrócona została uwaga rodziców na znaczenie jakości komunikacji w rodzinie, dobrych relacji, rzeczywistego zainteresowania się sprawami ważnymi dla dziec-

ka, co bezsprzecznie stanowi jeden z ważniejszych czynników chroniących dzieci i młodzież przed narkotykami.

Serdecznie dziękujemy wszystkim, którzy włączyli się i wspierali naszą kampanię różnorodnymi działaniami, których celem jest zapobieganie szerzeniu się zjawiska narkomanii wśród młodzieży w Polsce.

Zapraszamy jednocześnie już dziś do dalszej współpracy, ponieważ wciąż istnieje potrzeba realizowania zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii przy społecznym zaangażowaniu wielu podmiotów.

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

STUDENCI O NARKOTYKACH I NARKOMANII

Wyniki badania ankietowego 2004

WPROWADZENIE

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację tekstu zdającego sprawę z wyników badania ankietowego zrealizowanego w 2004 r., a zamieszczonego w poprzednim numerze Serwisu. W opublikowanej już pierwszej części znalazły się wyniki odnoszące się do używania przez studentów substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń oraz do ocen ich dostępności. Tam też znaleźć można informacje o metodologii badania. Tu przypomnijmy tylko, że badanie zrealizowane zostało w czerwcu 2004 r. na ogólnopolskiej próbie losowej studentów uczących się w trybie dziennym lub wieczorowym w wyższych szkołach państwowych oraz niepaństwowych. Zrealizowana próba badawcza liczyła 1545 osób. Badanie przeprowadzono metodą kwestionariuszową, z użyciem ankiety do samodzielnego wypełnienia.

W tej części przedstawimy wyniki dotyczące opinii i przekonań studentów w sprawie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, czyli potocznie mówiąc narkotyków, a także kwestii związanych z profilaktyką.

Ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych w opiniach badanych

Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alko-

holowe czy tytoń, jak nielegalnych, takich jak narkotyki niesie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy po substancje te sięgają ludzie nieświadomi tego co może im grozić. Świadomość wielorakich niebezpieczeństw związanych z używaniem narkotyków nie zawsze chroni przed sięganiem po nie, niekiedy może wręcz skłaniać do takich zachowań. Niektórzy młodzi ludzie ryzyko traktują jak szczególne wyzwanie, z którym koniecznie trzeba się zmierzyć. Uświadomienie sobie ryzyka, nawet jeśli nie skłania do zaniechania lub przynajmniej ograniczenia konsumpcji, stwarza szansę zadbania o to, aby zminimalizować niebezpieczeństwo powstania poważnych problemów. Stąd kwestia świadomości ryzyka związanego z używaniem substancji wydaje się szczególnie istotna.

Podjmując kwestię świadomości ryzyka związanego z używaniem substancji przedstawiono badanym listę środków legalnych i nielegalnych, prosząc o ocenę na czterostopniowej skali ryzyka zaszkodzenia sobie w wyniku używania każdego z nich. Pytano zatem o palenie tytoniu, picie napojów alkoholowych oraz używanie wybranych substancji nielegalnych. W pytaniach uwzględniono nie tylko rodzaj substancji, ale również nasilenie używania. I tak w przypadku tytoniu pytano o palenie od czasu do czasu oraz o wypalenie co najmniej jednej paczki

Tabela 1. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji

Używanie substancji	Nie ma ryzyka	Małe ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Duże ryzyko	Trudno powiedzieć
Pałą papierosy od czasu do czasu	5,0	29,5	45,3	16,8	3,4
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	0,5	1,5	8,4	88,4	1,2
Wypijają jeden lub dwa drinki prawie codziennie	2,3	10,6	32,8	51,2	3,1
Wypijają cztery lub pięć drinków prawie codziennie	0,5	2,7	11,4	83,7	1,7
Wypijają pięć lub więcej drinków 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	2,7	12,9	38,0	42,3	4,1
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	25,3	30,9	19,5	20,8	3,5
Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	6,9	18,7	31,6	39,2	3,5
Pałą marihuanę lub haszysz regularnie	1,7	4,1	10,1	81,7	2,4
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	6,3	18,0	28,8	41,4	5,4
Używają ecstasy regularnie	0,6	1,4	5,1	90,4	2,5
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	1,7	10,8	19,8	62,2	5,6
Używają heroiny regularnie	0,7	0,4	1,1	95,7	2,1
Próbują kokainy lub cracku 1 raz lub 2 razy w życiu	1,9	10,4	20,9	61,2	5,6
Używają kokainy lub cracku regularnie	0,7	0,9	2,0	94,4	2,0
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	4,7	16,9	31,0	42,5	4,8
Używają amfetaminy regularnie	0,7	0,7	2,6	93,8	2,2
Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich	0,9	1,6	11,2	82,4	3,9

dziennie. Przy napojach alkoholowych, traktowanych zresztą łącznie, oraz przy konopiach wprowadzono trzy poziomy nasilenia używania. W przypadku alkoholu odpowiadają one trzem stylom picia: „małe ilości jednorazowo, ale często“, „duże ilości jednorazowo, ale rzadko“ oraz „dużo jednorazowo i często“. W odniesieniu do konopi zastosowano trzy poziomy używania odpowiadające eksperymentowaniu, używaniu okazjonalnemu i używaniu regularnemu. W przypadku pozostałych substancji pytano osobno o ryzyko związane z podejmowaniem prób oraz ryzyko wynikające z regularnego używania.

Rozkłady odpowiedzi przedstawione w tabeli 1 pokazują zatem zróżnicowania ocen ryzyka wynikające zarówno z typu substancji, jak i nasilenia doświadczeń z ich używaniem.

Analiza rozkładów odpowiedzi wskazuje na nasilenie używania jako główne źródło zróżnicowania ryzyka, w mniejszym stopniu rolę tę odgrywa rodzaj substancji. Na przykład eksperymentowanie z marihuaną lub haszyszem traktowane jest w sumie jako mniej ryzykowne niż regularne palenie papierosów lub regularne picie napojów alkoholowych. Ryzyko związane z poszczególnymi substancjami jest jednak również różnicowane przez badanych, chociaż w mniejszym stopniu. Jeśli wziąć pod uwagę tylko odsetki respondentów wybierających odpowiedź „duże ryzyko“, to na plan pierwszy wysuwa się regularne używanie heroiny i cracku. Następnie regularne używanie amfetaminy, regularne używanie ecstasy, codzienne wypalanie co najmniej jednej paczki papierosów, częste picie napojów alkoholowych w znacznych ilościach oraz regularne palenie marihuany. Warto zauważyć, że w grupie substancji, których regularne używanie postrzegane jest jako bardzo ryzykowne przez przytłaczającą większość badanych, znalazło się palenie tytoniu. Podkreślić też trzeba, że wyższy odsetek badanych wybrał odpowiedź „duże ryzyko“

w przypadku tytoniu i alkoholu niż w przypadku marihuany.

Badani w przeważającej większości dostrzegają ryzyko szkód związane z używaniem substancji psychoaktywnych. W przypadku niemal wszystkich substancji tylko nieliczni stwierdzają, że ich używanie nie pociąga za sobą żadnego ryzyka, nawet gdy mowa o pojedynczych próbach używania. Jedynym wyjątkiem jest marihuana; ponad 1/4 respondentów była zdania, że pojedyncze próby używania tej substancji nie wiążą się z żadnym ryzykiem.

Przy ocenie ryzyka związanego z różnymi stylami picia napojów alkoholowych, za najbardziej niebezpieczne badani uznali częste picie w dużych ilościach. Na drugim miejscu pod względem ryzyka znalazł się wzór polegający na częstym, tzn. prawie codziennym picciu małych ilości, a dopiero na trzecim – wzór picia większych ilości, ale jeden lub dwa razy w czasie weekendu. Różnice między odsetkami badanych traktujących te dwa ostatnie wzory jako bardzo ryzykowne nie są duże.

Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji okazała się zróżnicowana ze względu na płeć badanych. W tabeli 2 zestawiono odsetki kobiet i mężczyzn, którzy są skłonni przypisywać poszczególnym wzorom używania substancji „duże ryzyko“.

Wyniki zgromadzone w tabeli wyraźnie wskazują na kobiety jako bardziej skłonne do przypisywania używaniu poszczególnych substancji dużego ryzyka. Jedynie w przypadku palenia papierosów od czasu do czasu mężczyźni częściej niż kobiety wybierali odpowiedź „duże ryzyko“. Brak zróżnicowania ze względu na płeć odnotować trzeba przy ocenie ryzyka związanego z codziennym paleniem co najmniej jednej paczki papierosów, próbami używania ecstasy, heroiny, kokainy lub cracku oraz amfetaminy. Także regularne używanie leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich oceniane jest podobnie

Tabela 2. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji jako duże wśród mężczyzn i wśród kobiet

Używanie substancji	Mężczyźni	Kobiety
Pałą papierosy od czasu do czasu *	20,8	13,4
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	87,1	88,8
Wypijają jeden lub dwa drinki prawie codziennie *	40,2	59,2
Wypijają cztery lub pięć drinków prawie codziennie *	77,7	86,9
Wypijają pięć lub więcej drinków 1 raz lub 2 razy * w ciągu każdego weekendu	33,6	48,6
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz * lub 2 razy w życiu	17,3	23,5
Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu *	31,6	44,9
Pałą marihuanę lub haszysz regularnie *	73,6	87,3
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	40,0	41,0
Używają ecstasy regularnie *	83,6	92,5
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	60,7	61,2
Używają heroiny regularnie *	90,3	96,4
Próbują kokainy lub cracku 1 raz lub 2 razy w życiu	61,7	58,5
Używają kokainy lub cracku regularnie *	88,8	94,9
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	34,8	35,5
Używają amfetaminy regularnie	92,0	94,0
Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich *	77,7	83,4

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

przez kobiety i przez mężczyzn. Analiza rozkładów odpowiedzi ze względu na płeć prowadzi do wniosku, że w przypadku substancji nielegalnych kobiety są bardziej skłonne niż mężczyźni traktować jako bardzo ryzykowne próby ich używania, podczas gdy mowa o używaniu regularnym różnice między kobietami i mężczyznami zanikają. Wyjątkiem są tu przetwory konopi. Oceny prób używania tej substancji są podobne u kobiet i u mężczyzn.

Oceny ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji są też zróżnicowane ze względu na uwikłanie responden-

tów w okazjonalne używanie narkotyków (tabela 3). Generalnie osoby używające narkotyków w mniejszych odsetkach są skłonne uważać sięganie po poszczególne substancje za obarczone dużym ryzykiem niż osoby, które narkotyków nie używają. Brak zróżnicowania występuje jedynie w przypadku palenia papierosów od czasu do czasu, prób z heroiną oraz prób z kokainą lub crackiem.

Największe różnice w ocenach ryzyka między używającymi okazjonalnie narkotyków i tymi co ich nie używają dotyczą przetworów konopi i to niezależnie od tego,

Tabela 3. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji jako duże wśród osób używających narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i wśród osób nieużywających narkotyków w tym czasie

Używanie substancji	Nieużywający narkotyków	Używający narkotyków
Pałą papierosy od czasu do czasu	15,8	19,9
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie *	88,8	84,0
Wypijają jeden lub dwa drinki prawie codziennie *	53,6	39,5
Wypijają cztery lub pięć drinków prawie codziennie *	84,3	76,0
Wypijają pięć lub więcej drinków 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu*	45,2	29,5
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu *	25,2	4,3
Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu *	47,0	9,6
Pałą marihuanę lub haszysz regularnie *	88,8	52,2
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu *	43,3	30,1
Używają ecstasy regularnie *	92,0	74,5
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	60,6	61,4
Używają heroiny regularnie *	95,4	86,5
Próbują kokainy lub cracku 1 raz lub 2 razy w życiu	60,3	57,7
Używają kokainy lub cracku regularnie *	94,1	83,9
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu *	37,8	24,8
Używają amfetaminy regularnie *	94,7	85,8
Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich *	82,6	73,1

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

czy mowa o pojedynczych próbach, okazjonalnym paleniu, czy też o regularnym używaniu.

Spoleczne potępienie używania substancji

Próba uchwycenia odniesień normatywnych wobec używania poszczególnych substancji psychoaktywnych było pytanie o ocenę zachowania kogoś, kto od czasu do czasu sięga po poszczególne substancje.

Badani udzielali odpowiedzi przy użyciu skali od „zdecydowanie potępiam” do „zdecydowanie nie potępiam”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Na liście substancji poddanych ocenie znalazły się zarówno środki legalne (tytoń, napoje alkoholowe), jak i nielegalne (marihuana, amfetamina, kokaina, heroina). Podobnie jak przy pytaniu o ryzyko związane z używaniem poszczególnych substancji tu również ocenie badanych poddano różne wzory używania substancji określone ze względu na stopień nasilenia owego używania.

W tabeli 4 zestawiono zagregowane odsetki badanych, którzy potępiają używanie poszczególnych substancji, oraz tych, którzy tego nie potępiają, niezależnie od stopnia zdecydowania co do swojej oceny.

Zgodnie z przewidywaniami, używanie substancji legalnych rzadziej spotyka się z potępieniem niż sięganie po substancje nielegalne. Gdy mowa o substancjach legalnych, poszczególne wzory używania spotykają się z bardzo zróżnicowanym stopniem potępienia. Na przykład picie alkoholu raz-dwa razy w roku potępiane jest tylko przez nielicznych badanych, podczas gdy codzienne upijanie się spotyka się z potępieniem niemal wszystkich respondentów. Mniejsze zróżnicowanie występuje przy ocenie używania substancji nielegalnych. Niemal połowa badanych potępia próby z marihuaną, a ponad 90% jej codzienne lub prawie codzienne używanie. Jeszcze

mniejsze zróżnicowanie występuje w przypadku amfetaminy, a najmniejsze – gdy przedmiotem oceny jest używanie heroiny. Spróbowanie tej ostatniej substancji za naganne uważa blisko 90% badanych, a jej regularne używanie – 97% respondentów.

Warto zauważyć, że wprowadzając generalnie odsetki potępiających używanie marihuany są wyższe niż odsetki potępiających używanie substancji legalnych, to jednak stopień społecznego potępienia nawet częstego, regularnego używania tej substancji nie odbiega od stopnia potępienia codziennego upijania się alkoholem. Odsetki potępiających używanie marihuany są też znacznie niższe niż analogiczne odsetki przy amfetaminie czy heroinie. Wyniki badania ujawniły zatem tendencję do trochę innego traktowania przetworów konopi niż tzw. twardych narkotyków. Oznacza to, że w społecznych odczuciach studentów marihuana nie ma jednoznacznie takiego samego „image”, jak inne narkotyki.

Stopień potępienia używania poszczególnych substancji jest zróżnicowany ze względu na płeć badanych (tabela 5).

Różnice między kobietami i mężczyznami w stopniu społecznego potępienia używania poszczególnych substancji nie są szczególnie duże, chociaż w zdecydowanej większości istotne statystycznie. Brak różnic występuje tylko w przypadku wypalania co najmniej paczki papierosów dziennie.

Ogólna tendencja jaką można wyczytać z rozkładów odpowiedzi kobiet i mężczyzn to wyższe odsetki potępiających wśród kobiet niż wśród mężczyzn oraz wyższe odsetki niezdecydowanych wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Jedynie w przypadku palenia papierosów od czasu do czasu mężczyźni manifestują większą skłonność do potępienia niż kobiety.

Silnym czynnikiem różnicującym potępienie używania poszczególnych substancji jest okazjonalne używanie narkotyków przez badanych (tabela 6).

Tabela 4. *Potępienie używania poszczególnych substancji*

Używanie substancji	Potępiam	Nie potępiam	Trudno powiedzieć
Palenie papierosów od czasu do czasu	32,2	62,0	5,9
Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	74,3	22,4	3,3
Picie alkoholu raz-dwa razy na rok	4,4	91,4	4,2
Picie alkoholu kilka razy w miesiącu	24,4	71,1	4,4
Picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie	86,4	11,3	2,3
Upijanie się od czasu do czasu	49,0	47,2	3,9
Upijanie się codziennie lub prawie codziennie	93,6	4,7	1,6
Spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy	47,6	47,8	4,6
Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu	63,0	33,2	3,8
Palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie	91,8	6,1	2,0
Spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	75,4	21,9	2,7
Używanie amfetaminy od czasu do czasu	89,5	8,2	2,3
Używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie	96,5	2,0	1,4
Spróbowanie heroiny raz-dwa razy	89,0	8,8	2,1
Używanie heroiny od czasu do czasu	94,8	3,4	1,7
Używanie heroiny codziennie/prawie codziennie	96,7	1,9	1,4

Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli, respondenci zaliczający się do okazjonalnych użytkowników narkotyków są mniej skłonni do potępienia używania substancji. Wyjątkiem jest tu picie alkoholu raz-dwa razy w roku, nieco częściej potępiane przez osoby nieużywające narkotyków. Drugie odchylenie od ogólnej tendencji to używanie heroiny codziennie lub prawie codziennie oceniane podobnie przez wszystkich badanych. We wszystkich pozos-

tałych przypadkach odsetki potępiających są wyższe w grupie nieużywających narkotyków niż w grupie, która używa narkotyków okazjonalnie. Najsilniejsze różnicowanie między obu grupami pojawia się przy ocenach eksperymentalnego oraz okazjonalnego używania przetworów konopi. Odsetki potępiających te zachowania wśród użytkowników narkotyków są wielokrotnie mniejsze niż wśród pozostałych respondentów. W zakresie oceny codziennego lub pra-

Tabela 5. Potępienie używania poszczególnych substancji wg płci

Używanie substancji	Mężczyźni			Kobiety		
	potępiam	nie potępiam	trudno powiedzieć	potępiam	nie potępiam	trudno powiedzieć
Palenie papierosów od czasu do czasu *	37,4	56,9	5,7	28,0	66,0	6,0
Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	74,3	21,4	4,2	74,6	22,9	2,5
Picie alkoholu raz-dwa razy na rok *	6,4	87,6	6,0	2,8	94,3	2,8
Picie alkoholu kilka razy w miesiącu *	18,7	75,0	6,2	29,1	68,0	2,9
Picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie *	82,4	14,1	3,6	89,8	9,0	1,3
Upijanie się od czasu do czasu *	39,9	54,3	5,8	56,2	41,5	2,3
Upijanie się codziennie lub prawie codziennie *	90,6	6,6	2,9	96,0	3,4	0,6
Spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy *	40,5	53,7	5,7	53,4	43,1	3,5
Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu *	54,1	40,4	5,5	70,1	27,4	2,5
Palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie *	88,5	8,4	3,2	94,7	4,2	1,1
Spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy *	74,9	21,3	3,8	76,0	22,4	1,7
Używanie amfetaminy od czasu do czasu *	88,1	8,3	3,6	90,8	8,0	1,2
Używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie *	94,7	2,8	2,5	97,9	1,5	0,6
Spróbowanie heroiny raz-dwa razy *	88,5	8,5	3,0	89,5	9,2	1,3
Używanie heroiny od czasu do czasu *	92,9	4,2	2,9	96,4	2,9	0,8
Używanie heroiny codziennie/prawie codziennie *	95,1	2,7	2,3	98,0	1,3	0,6

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

wie codziennego palenia marihuany te różnice są już znacznie mniejsze.

W ostatnich latach w Polsce dają się zauważyć pierwsze postulaty zmiany prohibicyjnej polityki wobec narkotyków. Od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych w naszym kraju zaczynają rozwijać się ruchy zwolenników legalizacji narkotyków. Ruchy legalizacyjne na zachodzie Europy i w USA mają dłuższą tradycję i są znacznie bardziej widoczne. Badanie wśród studentów dostarczyło okazji do wstępnego określenia rozmiarów społecznej bazy podejścia legalizacyjnego w tej grupie społecznej, która wydaje się szczególnie interesująca z tego punktu widzenia. Pytaliśmy zatem, czy zdaniem badanych używanie marihuany, amfetaminy i heroiny powinno być dozwolone. Te trzy substancje dobrane zostały nieprzypadkowo; używanie pierwszej z nich wiąże się z relatywnie mniejszym ryzykiem, druga jest groźna, ale dość rozpowszechniona, trzecia zaś, chociaż używana bardzo rzadko, należy do najgroźniejszych. Rozkład odpowiedzi na te pytania zawiera *tabela 7*.

Dane zestawione w tabeli przekonują, że większość badanych nie wyraża przyzwolenia na używanie narkotyków. Nawet w przypadku marihuany 62,2% badanych jest przeciwnych przyzwoleniu na jej używanie. W przypadku amfetaminy odsetek przeciwników wynosi 92,6%, a przy heroinie aż 94,6%. Skłonnych do wyrażenia zgody na używanie marihuany jest 29,3% badanych, amfetaminy – 4,3% i heroiny – 3,1%. Wyniki te wskazują na nikły stopień społecznego poparcia wśród studentów dla pomysłów legalizacji amfetaminy i heroiny oraz nieco większy dla legalizacji marihuany. W rozkładach odpowiedzi na pytanie o zgodę na dopuszczalność używania wybranych narkotyków wyczytać można odmienne traktowanie przez studentów przetworów konopi z jednej strony oraz heroiny i amfetaminy z drugiej. W dyskusji o kwestii podziału na narkotyki „twarde” i „miękkie” znaczna część studentów zdaje się opo-

wiadać za takim podziałem. Rozkłady odpowiedzi sugerują, że tym „miękkim” narkotykiem byłyby przetwory konopi, a do „twardych” trzeba zaliczyć nie tylko heroinę, ale także amfetaminę.

Wyniki badania pokazują, że studenci są znacznie bardziej liberalnie nastawieni do przetworów konopi niż cała populacja dorosłych mieszkańców naszego kraju. Na analogiczne pytanie zadane w badaniu z 2002 r. obejmującym próbę reprezentatywną mieszkańców naszego kraju, którzy przekroczyli szesnasty rok życia, za dopuszczalnością używania marihuany opowiedziało się tylko 6,5% badanych, podczas gdy zdecydowani przeciwnicy takiego rozwiązania stanowili aż 77,6% badanych. Studenci są także bardziej liberalni w kwestii marihuany niż analogiczna frakcja wiekowa z populacji generalnej, czyli osoby w wieku 18-24 lata. W tej grupie zwolennicy przyzwolenia na używanie marihuany stanowili 15,2%, zaś zdecydowani przeciwnicy 57,7%. Powyższe porównania opatrzyć trzeba zastrzeżeniem: skale odpowiedzi zastosowane w badaniu populacji generalnej z 2002 r. i w badaniu studentów w 2004 r. nie były identyczne, chociaż pytanie brzmiało tak samo. W 2002 r. w skali odpowiedzi znajdowała się jedna pozycja więcej – „ani zgadzam się, ani nie zgadzam się”. Nie wydaje się jednak, aby rozbieżność ta mogła wyjaśnić tak duże różnice między wynikami obu badań.

Gotowość do przyzwolenia na używanie przetworów konopi jest zróżnicowana ze względu na niektóre cechy społeczno-demograficzne badanych.

Mężczyźni w niemal dwukrotnie większym odsetku niż kobiety zaliczają się do grona zwolenników przyzwolenia na używanie marihuany.

Liberalne nastawienie do marihuany nie wiąże się z wiekiem w sposób istotny statystycznie. Nie jest także zależne od wielkości miejscowości stanowiącej stałe miejsce zamieszkania badanych. Osoby o liberalnych poglądach w sprawie używania konopi

Tabela 6. Potępienie używania poszczególnych substancji wg używania narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

Używanie substancji	Nie używali narkotyków			Używali narkotyków		
	potępiam	nie potępiam	trudno powiedzieć	potępiam	nie potępiam	trudno powiedzieć
Palenie papierosów od czasu do czasu *	34,8	59,3	5,9	22,6	71,6	5,9
Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	77,7	19,5	2,9	62,3	32,9	4,8
Picie alkoholu raz-dwa razy na rok *	3,5	92,7	3,9	7,8	86,7	5,5
Picie alkoholu kilka razy w miesiącu *	26,9	68,5	4,6	15,5	80,6	3,8
Picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie *	89,2	8,8	2,0	76,5	20,4	3,1
Upijanie się od czasu do czasu *	55,6	40,6	3,8	24,6	71,0	4,3
Upijanie się codziennie lub prawie codziennie *	95,4	3,3	1,3	87,1	10,1	2,8
Spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy *	57,2	38,1	4,7	12,7	83,1	4,2
Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu *	73,8	22,3	3,9	23,9	72,6	3,5
Palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie *	95,8	2,5	1,7	77,6	19,2	3,2
Spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy *	80,4	17,0	2,6	57,1	39,9	3,0
Używanie amfetaminy od czasu do czasu *	92,4	5,6	2,0	78,9	17,8	3,4
Używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie *	97,3	1,5	1,2	93,7	4,0	2,3
Spróbowanie heroiny raz-dwa razy *	90,3	7,7	2,0	84,4	13,1	2,5
Używanie heroiny od czasu do czasu *	96,2	2,4	1,4	90,0	7,3	2,7
Używanie heroiny codziennie/prawie codziennie *	97,2	1,5	1,2	94,8	3,4	1,8

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

Tabela 7. Społeczne przyzwolenia na używanie marihuany, amfetaminy i heroiny – rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy w Polsce powinno być dozwolone używanie któregoś z następujących środków?

Substancje	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Marihuana	29,3	62,2	8,5
Amfetamina	4,3	92,6	3,2
Heroina	3,1	94,6	2,3

spotykamy z podobną częstością wśród mieszkańców metropolii, mniejszych miast i wsi.

Wykształcenie ojców osób badanych nie wprowadza istotnego statystycznie zróżnicowania. Inaczej natomiast jest w przypadku wykształcenia matek respondentów. Odsetek zwolenników przyzwolenia na używanie marihuany rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia ich matek. Warto zauważyć, że największy skok pojawia się po przejściu do kategorii wykształcenia wyższego.

Tryb studiów nie wiąże się z liberalizmem względem marihuany w sposób istotny statystycznie. Także wielkość miasta, w którym znajduje się uczelnia, nie różnicuje badanych pod względem gotowości do przyzwolenia na używanie marihuany.

Istotnie statystycznie zróżnicowanie wprowadza poziom dochodów. W miarę wzrostu poziomu dochodów rośnie odsetek badanych liberalnie odnoszących się do używania marihuany. Warto zauważyć, że odsetek „liberałów” rośnie po przekroczeniu progu dochodów 200 zł, potem utrzymuje się na względnie stałym poziomie i ponownie rośnie po przekroczeniu poziomu 1000 zł. W tej ostatniej grupie znajdujemy ponad 1/3 badanych gotowych wyrazić zgodę na używanie marihuany.

Jednym z istotnych czynników obawy przed substancjami psychoaktywnymi są ich

właściwości uzależniające. Społeczne przekonania w tej materii są zróżnicowane. Niektórzy za uzależniające uznają nawet kawę czy herbatę, inni są gotowi sądzić, że nawet alkohol nie uzależnia. Kwestię przekonań studentów o właściwościach uzależniających poszczególnych substancji poddano badaniu przedstawiając respondentom ich listę wraz z prośbą o określenie, które ich zdaniem uznać można za uzależniające. Rozkład odpowiedzi badanych zaprezentowano w tabeli 9.

Substancje, które bezspornie uznać można zdaniem badanych jako uzależniające, to heroina – 95,8%, tytoń – 95,4% i amfetamina – 92,8%. W nieco mniejszym odsetku respondenci byli skłonni uznać uzależniające właściwości esctasy – 88,2% i alkoholu – 85,1%. W sprawie uzależniających właściwości marihuany respondenci okazali się w jeszcze większym stopniu niejednomysłni. Zwolennicy poglądu, wedle którego marihuana uzależnia, stanowili 73,5% respondentów, podczas gdy do jego przeciwników należało 21,1% badanych. Trzeba zauważyć, że respondenci w nieco większych odsetkach żywili przekonanie o uzależniających właściwościach alkoholu niż marihuany. W zasadzie wedle przekonań studentów tylko co do uzależniających właściwości kawy jest więcej wątpliwości niż co do marihuany.

Studenci na wprost zadane pytanie, czy marihuana jest narkotykiem, w większości odpowiadali twierdząco – 71,8% badanych, Tylko 10,2% badanych było zdania, że marihuany do narkotyków nie można zaliczyć. Pozostali respondenci (18%) nie potrafili odpowiedzieć na to pytanie.

Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych

Wedle wyników badań ankietowych ESPAD realizowanych wśród młodzieży szkolnej, około 60% uczniów raportuje udział w zajęciach profilaktycznych w szkole w czasie

roku szkolnego poprzedzającego badanie. Stąd nic dziwnego, że studenci poddani badaniu także w przeważającej części uczestniczyli w zajęciach profilaktycznych, kiedy jeszcze uczęszczali do szkoły. Zgodnie z wynikami obecnego badania 85,8% respondentów przekazywano w szkole średniej informacje na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania. Tylko 6,3% nie otrzymało w szkole takich informacji. Pozostałych 7,9% nie pamiętało, czy w szkole była mowa o narkotykach. W mniejszym odsetku badani raportowali rozmowy z rodzicami bądź opiekunami o środkach odurzających i konsekwencjach ich używania (60,4%).

Porównanie rozpowszechnienia używania narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w grupie studentów, którzy potwierdzili uczestnictwo w szkolnych zajęciach profilaktycznych, oraz w grupie, która na pytanie o udział w szkolnej profilaktyce odpowiedziała negatywnie, może rzucić trochę światła na kwestie efektów owych profilaktycznych wysiłków podejmowanych w szkołach. W tabeli 10 znajdujemy odsetki badanych, którzy używali substancji, wyliczone osobno dla każdej z tych grup.

Nieznacznie wyższe odsetki używających narkotyków wśród tych badanych, którzy

Tabela 8. Społeczne przyzwolenia na używania marihuany wg cech społeczno-demograficznych

Płeć *	
kobiety	20,5
mężczyźni	40,2
Wiek	
18-19	29,6
20-21	31,3
22-23	26,3
24 i więcej	33,0
Wielkość miejscowości (miejsce stałego zamieszkania)	
wieś lub miasto do 5 tys. mieszkańców	26,9
miasto pow. 5 tys. do 50 tys. mieszkańców	28,0
miasto pow. 50 tys. do 200 tys. mieszkańców	33,2
miasto pow. 200 tys. mieszkańców	29,7
Wykształcenie ojca/opiekuna	
podstawowe lub zasadnicze zawodowe	27,2
średnie	27,5
wyższe	33,0

Wykształcenie matki/opiekunki *	
podstawowe lub zasadnicze zawodowe	25,1
średnie	28,0
wyższe	33,4
Typ studiów	
dzienne	29,2
wieczorowe	30,6
Wielkość miejscowości, w której znajduje się uczelnia	
pow. 200 tys. mieszkańców	29,1
do 200 tys. mieszkańców	30,1
Dochody *	
do 200 zł	22,3
201-500 zł	29,3
501-1000 zł	29,9
1001 zł i więcej	36,7
Otrzymywanie stypendium socjalnego *	
tak	24,4
nie	30,3
Otrzymywanie stypendium naukowego *	
tak	22,5
nie	31,0

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

Tabela 9. Właściwości uzależniające poszczególnych substancji w opiniach respondentów – rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy uważasz następujące środki za uzależniające?

Substancje	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Marihuana	73,5	21,1	5,4
Amfetamina	92,8	3,8	3,4
Ecstasy	88,2	6,2	5,7
Heroina	95,8	0,9	3,3
Tytoń	95,4	3,1	1,5
Alkohol	85,1	12,1	2,7
Kawa	60,5	32,1	7,4

otrzymali w szkole przekaz profilaktyczny, niż wśród pozostałych nie są wyższe w sposób istotny statystycznie, możemy zatem poprzestać na stwierdzeniu braku różnic. Zaprezentowana analiza nie może wprawdzie stanowić dowodu na nieskuteczność szkolnej profilaktyki, ale też na podstawie jej wyników nie można znaleźć potwierdzenia sukcesów profilaktycznych szkoły.

Przejście ze szkół na uczelnie oznacza dla badanych zanik kontaktów z przekazem profilaktycznym. Zdecydowana większość respondentów nie zaobserwowała na swojej uczelni aktywności profilaktycznej, 79,4% badanych nie zetknęło się na uczelni z jakąkolwiek akcją związaną z zapobieganiem używaniu środków odurzających. Tylko 6,6% miało styczność z taką aktywnością, 14% nie potrafiło sobie przypomnieć. Badani nie obserwują także na uczelni działalności punktów udzielających informacji i pomocy osobom mającym problem

ze środkami odurzającymi: 51,0% studentów twierdzi, że takie punkty w ogóle nie istnieją, 47,3% nie potrafi powiedzieć, czy takie punkty funkcjonują. Tylko 1,7% studentów dostrzegło działanie punktów informacji i pomocy w obszarze używania narkotyków. Otwarte pozostaje pytanie, czy takie punkty w ogóle istnieją, czy może tylko informacja o ich powołaniu nie dociera do szerokiego rzesz studentów.

Badani w większości uważają, że uczelnie powinny angażować się w kampanie informacyjne na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania. Uważa tak 86% respondentów, z tego aż 51,5% w sposób zdecydowany.

Akceptację większości badanych zyskała idea zorganizowania na terenie uczelni punktów udzielających informacji i pomocy osobom mającym problem ze środkami odurzającymi. Poparcia dla takiej idei udzieliło 79,8% badanych, z tego 42,7% –

Tabela 10. Otrzymanie w szkole informacji na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania a używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

Badani	Używali narkotyków w czasie ostatnich	
	12 miesięcy	30 dni
Otrzymali informacje	21,8	11,7
Nie otrzymali informacji lub nie pamiętają	20,2	8,7

zdecydowanie.

Studenci w większości okazali się zwolennikami represji w radzeniu sobie z problemem używania narkotyków w swojej grupie. Zdaniem przeważającej większości respondentów uczelnie powinny mieć prawo podejmowania działań represyjnych wobec osób używających substancji psychoaktywnych na terenie uczelni oraz osób sprzedających bądź udzielających innym takich substancji na terenie uczelni. Badani w 73,2% przychyliłi się do opinii, że władze uczelni powinny mieć prawo do wyciągnięcia konsekwencji wobec osoby, która używała środków odurzających na terenie uczelni, zaś 80,4% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że władze uczelni powinny mieć prawo do skreślenia z listy studentów kogoś, kto na terenie uczelni sprzedawał bądź udostępniał środki odurzające.

Uzasadnienia znacznego stopnia akceptacji ewentualnych działań profilaktycznych poszukiwać możemy w ocenach skali zagrożenia środowiska studenckiego problemem substancji psychoaktywnych. Na pytanie o to, czy zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim 12,5% badanych odpowiedziało, że zdecydowanie tak, a kolejnych 35,2%, że raczej tak. Ponad połowa badanych (51,5%) zna osobiście w swoim środowisku studenckim kogoś, kto używa środków odurzających, 10,7% badanych widuje takie osoby, ale nie zna ich osobiście i 19,3% tylko słyszało o takich osobach. Tylko 15,5% badanych nie zna użytkowników narkotyków i nie słyszało o nich.

PODSUMOWANIE

Wyniki badania ankietowego zrealizowanego na reprezentatywnej próbie studentów całego kraju wykazały, że większość studentów jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, decyduje bardziej nasilenie używania niż rodzaj substancji.

Poziom akceptacji używania poszczególnych substancji jest znacznie zróżnicowany. Sporadyczne picie jest powszechnie akceptowane, natomiast używanie substancji nielegalnych spotyka się generalnie z większym potępieniem niż picie alkoholu czy palenie tytoniu. Należy odnotować, że marihuana i haszysz są traktowane przez studentów wyraźnie bardziej liberalnie niż inne substancje nielegalne. Bardziej liberalne podejście do przetworów konopi niż innych narkotyków ujawnia się także w odpowiedziach na pytania o to, czy w Polsce powinno być dozwolone ich używanie.

Badani stykali się w zdecydowanej większości z przekazem profilaktycznym już w szkole, uważają jednak, że uczelnie także powinny angażować się w edukację w tym zakresie. Zdaniem badanych uczelnie powinny także angażować się w działania z zakresu pomocy osobom z problemem środków odurzających.

Janusz Sierostawski

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

BADANIA SZKOLNE NA TEMAT UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ (ESPAD) Polska młodzież w latach 1995-1999-2003 na tle Europy

Wprowadzenie

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację artykułu zamieszczonego w poprzednim numerze Serwisu zatytułowanego: **BADANIA SZKOLNE NA TEMAT UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ (ESPAD). POLSKA MŁODZIEŻ NA TLE EUROPY W 2003 r.** Przedmiotem tego artykułu były międzynarodowe porównania wyników badania ESPAD z 2003 r. Bazował on na danych z 36 krajów europejskich, w których przeprowadzono badanie w 2003 r. W niniejszym tekście dokonana zostanie próba analizy zmian, jakie dokonały się w okresie 1995, 1999 i 2003. W porównaniach tych możemy wykorzystać dane jedynie z 21 krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech badaniach. Te kraje to: Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Malta, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Ukraina, Węgry, Wielka Brytania, Włochy i Wyspy Owcze.

W poprzednim artykule znaleźć można informacje o metodologii badania. Tu przypomnimy tylko, że Europejskie Badanie w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Narkotyków (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs – ESPAD*) zostało zainicjowane i jest koordynowane przez Szwedzką Radę do Spraw Informacji o Alkoholu i Innych Narkotykach (CAN) przy współpracy z Grupą Pompidou (Rada Europy). Badania są przeprowadzone według wspólnej, wystandaryzowanej metodologii i dostarczają obrazu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną na naszym kontynencie.

W Polsce badania w latach 2003 i 1999 zostały sfinansowane przez Krajowe Biuro

ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a w 1995 r. przez Biuro ds. Narkomanii oraz przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i rząd Szwecji.

Wyniki

Analizy wskaźników używania narkotyków wśród młodzieży szkół średnich przeprowadzone w 2004 r. na podstawie wyników międzynarodowych badań ESPAD z lat 2003, 1999 i 1995 wykazały znaczny wzrost rozpowszechnienia tego zjawiska w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w naszym kraju. Znacząco wzrosły zarówno odsetki młodych ludzi podejmujących próby z narkotykami, jak i odsetki okazjonalnych użytkowników. W jeszcze większym stopniu zwiększyły się frakcje używających substancji względnie często, przynajmniej jeśli chodzi o najbardziej rozpowszechnioną substancję nielegalną, tj. przetwory konopi. Największy wzrost rozpowszechnienia eksperymentowania odnotowano w przypadku takich substancji, jak heroina do palenia (tzw. brown sugar) oraz amfetamina. Środkiem dominującym na scenie lekowej pozostawały przetwory konopi, przynajmniej na poziomie eksperymentowania i okazjonalnego, rekreacyjnego używania. Odnotowano też bardzo wysokie, chociaż stabilne, rozpowszechnione używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. W latach 1999-2003 obserwujemy kontynuację trendu wzrostowego, ale o znacznie mniejszym nasileniu. W przypadku niektórych wskaźników, takich jak używanie kiedykolwiek w życiu heroiny lub używanie amfetaminy odnotowano nawet lekki spadek w stosunku do 1999 r., jednak zawsze

do poziomu wyższego niż w 1995 r.

Obecnie trendy obserwowane w Polsce możemy zestawić z trendami notowanymi w innych krajach, w których badanie ESPAD zrealizowano w latach 1995, 1999 i w 2003. W efekcie porównań przekonamy się, w jakim stopniu trendy obserwowane w Polsce odzwierciedlają tendencje europejskie.

W Polsce w 2003 r. używanie jakiegokolwiek substancji nielegalnej potwierdziło 19% badanych, co sytuuje nasz kraj na 11 miejscu wśród 21 krajów uczestniczących we wszystkich trzech badaniach (*wykres 1*). W ciągu ostatnich 8 lat w zdecydowanej większości krajów wskaźniki wzrosły, tylko w trzech krajach spadły. Wśród nich znalazł się kraj o najwyższym w 1995 r. rozpowszechnieniu, tj. Wielka Brytania oraz dwa kraje o średnim rozpowszechnieniu, tj. Wyspy Owcze i Cypr. W Wielkiej Brytanii rozpowszechnienie spadło z 42% w 1995 r. do 38% w 2003 r., na Wyspach Owczych z 12 do 10% i na Cyprze z 6 do 5%. Polska znalazła się w grupie krajów o znacznym wzroście. W 1995 r. w naszym kraju do używania jakiegokolwiek substancji przystąpiło 9% uczniów. Oznacza to, że odsetek badanych z doświadczeniami w używaniu jakiegokolwiek substancji nielegalnych zwiększył się ponad dwukrotnie. Wynik ten sytuował nasz kraj na 9 miejscu pod względem skali wzrostu. Na Litwie analogiczny odsetek wzrósł najwięcej, bo ponad pięć razy (z 3 do 16%). Bardzo wysoki, bo około trzykrotny wzrost odnotowano na Węgrzech, w Estonii, w Słowacji i w Chorwacji. Warto zauważyć, że wszystkie kraje o największej dynamice wzrostu leżą w Europie Centralnej i Wschodniej. Większość tych krajów odznaczała się w 1995 r. niskim rozpowszechnieniem. Wzrost w tych krajach w połączeniu ze spadkiem w krajach o największym rozpowszechnieniu oznacza wyrównywanie się różnic, co może być interpretowane w kategoriach procesu kulturowej homogenizacji obserwowanego

także na wielu innych wymiarach stylu życia.

Jeśli pozostaniemy na gruncie substancji nielegalnych, najbardziej popularne wśród młodzieży szkolnej, praktycznie we wszystkich krajach, są przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz (*wykres 2*). Odsetki młodych ludzi, którzy sięgnęli chociaż raz po te substancje niewiele odbiegają od cytowanych już odsetków uczniów używających jakiegokolwiek środków nielegalnych. Podobnie też układa się zróżnicowanie między krajami. Pod tym względem polska młodzież niewiele odbiega od młodzieży z innych krajów. Rozpowszechnienie doświadczeń z konopiami (18%) lokuje nasz kraj w środkowej strefie rankingu, na 11 miejscu: w 1995 r. zajmowaliśmy pod tym względem 13 miejsce. Zmiany jakie obserwujemy w czasie ostatnich 8 lat są podobne do zmian wskaźnika doświadczeń z jakąkolwiek substancją nielegalną. W Polsce, podobnie jak w większości krajów obserwujemy wzrost rozpowszechnienia. Skala tego wzrostu jest dość znaczna w porównaniu z innymi krajami. Pod względem dynamiki tego wskaźnika zajmujemy szóste miejsce. Znajdujemy się w grupie sześciu krajów, w których odsetek używających kiedykolwiek przetworów konopi zwiększył się pomiędzy dwa a dwa i pół razy. Największy wzrost odnotowano na Litwie, gdzie w 1995 r. odsetek używających wynosił 1%, a w 2003 r. – 13%. Znacznie wyższy niż w Polsce, bo czterokrotny wzrost obserwujemy na Węgrzech, ponad trzykrotny wzrost odnotowano w Estonii i trzykrotny na Słowacji. Generalnie największe wzrosty obserwujemy w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Chociaż tendencja wzrostowa charakterystyczna jest dla większości krajów, to trzeba zaznaczyć, że w niektórych krajach nastąpił spadek. Kraje, w których zmniejszyło się rozpowszechnienie doświadczeń z marihuaną lub haszyszem, to Wielka Brytania, Wyspy Owcze i Cypr.

Pierwsze próby z narkotykami powinny budzić zaniepokojenie, nie są one jednak tożsame z obecnym używaniem narkotyków. Większość młodych ludzi, którzy mają za sobą pierwsze doświadczenia z substancjami nielegalnymi, na nich poprzestaje, tylko pewna część kontynuuje używanie narkotyków wchodząc do grupy tzw. aktualnych, rekreacyjnych użytkowników. Proporcja młodych ludzi, których zaliczyć można do grupy aktualnych użytkowników, jest silnie zróżnicowana między krajami, podobnie jak jej dynamika. Do prześledzenia tych zróżnicowań najlepiej nadaje się wskaźnik używania marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, bowiem ta grupa substancji odznacza się największym rozpowszechnieniem (wykres 3). W 2003 r. polska młodzież wraz z młodzieżą z Danii i Chorwacji pod względem tego wskaźnika lokowały się na siódmym miejscu wśród krajów, które zrealizowały badanie w latach 1995, 1999 i 2003 r. W 1995 r. Polska znalazła się wraz z trzema innymi krajami na dziesiątej pozycji. Zmiany w okresie 1995-2003 są silnie zróżnicowane. W pięciu krajach odsetek używających przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem nie uległ zmianom. W Irlandii, w Wielkiej Brytanii oraz na Wyspach Owczych nastąpił znaczący spadek. Polska znalazła się wśród krajów o średnim wzroście. W Polsce w 1995 r. 3% badanych używało marihuany w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, w 2003 r. – 8%. Oznacza to, że odsetek używających wzrósł znacznie ponad dwa i pół razy. Wzrost ten jest większy niż w przypadku używania przetworów konopi w czasie całego życia. Największy wzrost tego wskaźnika nastąpił na Litwie. W 1995 r. lokował się on poniżej 1%, w 2003 r. wynosił 6%. Na Węgrzech wskaźnik ten wzrósł sześciokrotnie z 1 do 6%, w Finlandii – czterokrotnie i na Słowacji ponad trzykrotnie. Pozostałe trzy kraje o wzroście

silniejszym niż w Polsce to Słowenia, Czechy i Chorwacja. Na tym przykładzie ponownie potwierdza się teza o szczególnie wysokiej dynamice problemu w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Wszystkie kraje o największych wzrostach wskaźników, poza jedną Finlandią, leżą w tym regionie. Warto też zauważyć, że trzy kraje o największej dynamice wzrostu w 1995 r. odznaczały się bardzo niskim rozpowszechnieniem, nie przekraczającym poziomu jednego procenta.

W zdecydowanej większości krajów europejskich doświadczenia z substancjami innymi niż przetwory konopi są, generalnie rzecz biorąc, stosunkowo mało rozpowszechnione (wykres 4). Substancje nielegalne inne niż przetwory konopi to szeroki wachlarz takich środków, jak heroina, kokaina, crack, amfetamina, LSD, ecstasy itp. Wskaźnik analizowany poniżej skonstruowano w następujący sposób: jako używających chociaż raz w życiu substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi traktowano respondentów, którzy przyznali się, że chociaż raz w życiu użyli chociaż jednej z wymienionych wyżej substancji. Polska w 2003 r. z wynikiem 7% znalazła się wśród sześciu krajów o największym rozpowszechnieniu wyżej zdefiniowanego wskaźnika. Tylko w dwóch krajach w czasie ostatnich 8 lat wskaźnik ten obniżył się, w trzech utrzymał się na tym samym poziomie, w pozostałych krajach wzrósł. Spadek odnotowuje się w Wielkiej Brytanii i w Irlandii, czyli krajach o najwyższym w 1995 r. rozpowszechnieniu. Spadek ten był bardzo znaczny, bowiem odsetek zmniejszył się dwukrotnie. Polska znalazła się wśród krajów o średniej skali wzrostu. Najwyższą dynamiką wzrostu odznaczają się Estonia i Węgry. W krajach tych wskaźnik wzrósł pięciokrotnie. Malta, Litwa, Słowacja i Finlandia to kraje, gdzie odsetek używających kiedykolwiek substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi zwiększył się 3-4 razy. Większą niż

w Polsce dynamiką wzrostu charakteryzującą się jeszcze Czechy, Portugalia, Dania i Ukraina.

Już w 1995 r. polska młodzież z wynikiem 18% znalazła się na pierwszym miejscu pod względem używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza (*wykres 5*). Następną pod względem rozpowszechnienia był Litwa z odsetkiem 15%, a potem Czechy, Włochy i Dania z rozpowszechnieniem na poziomie 11%. W 2003 r. odsetek młodych Polaków sięgających po te leki zmniejszył się do 17%. W tym samym czasie na Litwie nastąpił także spadek do poziomu 14%, zaś w Czechach po wzroście w 1999 r. wskaźnik spadł do poziomu z 1995 r. W efekcie tych zmian polska młodzież nadal znajduje się na pierwszym miejscu, drugie zajmuje Litwa, a trzecie Czechy. Generalnie w większości krajów pojawiła się tendencja do stabilizacji lub spadku. Rozpowszechnienie doświadczeń z używaniem leków uspokajających i nasennych spadło w 11 krajach, a nie uległo zmianie w 6 krajach.

Używanie kilku różnych substancji jednocześnie jest cechą charakterystyczną młodzieżowego wzoru eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi. Zjawisko to rodzi dodatkowe zagrożenia wynikające z synergistycznego działania wielu środków. W badaniach ESPAD poruszona została ta kwestia, między innymi pytano o łączne używanie alkoholu i leków chociaż raz, kiedykolwiek w życiu. Dane na ten temat zgromadzone na *wykresie 6* przekonują, że rozpowszechnienie tego zjawiska jest silnie zróżnicowane. Polska młodzież w 2003 r. z wynikiem 9% wraz z młodzieżą z Malty i Chorwacji znalazła się na szóstym miejscu wśród krajów, które przeprowadziły wszystkie trzy badania. Trzeba dodać, że uczniowie z naszego kraju należą też do siedmiu krajów, w których ten wskaźnik wzrósł między 1995 r. i 2003 r. Wprawdzie w Polsce skala wzrostu należy

do najmniejszych – tylko o 29%, to jednak trzeba zauważyć, że aż w 10 krajach nastąpił spadek, a w dwóch wskaźnik nie uległ zmianie. Największą dynamiką odznacza się Litwa (trzy i półkrotny wzrost) oraz Słowacja (trzykrotny wzrost).

Jednym z istotnych czynników rozpowszechnienia używania narkotyków jest ich dostępność. W badaniu ESPAD posłużono się pytaniem o dostęp do poszczególnych substancji jako wskaźnikiem dostępności. Uczniów pytano zatem o to, jak trudno byłoby im zdobyć poszczególne substancje, gdyby tego chcieli. Na *wykresie 7* zestawiono odsetki badanych, którzy zadeklarowali łatwy bądź bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi. Polscy uczniowie w 1995 r. w 18% potwierdzili co najmniej łatwy dostęp do marihuany lub haszyszu, lokując się wraz z uczniami z Wysp Owczych na 13 miejscu wśród krajów uczestniczących we wszystkich trzech badaniach. W 2003 r. wskaźnik dostępności w Polsce wzrósł ponad dwukrotnie, do poziomu 37%, w wyniku czego Polska przesunęła się na dziewiąte miejsce w rankingu dostępności przetworów konopi. Wzrost w Polsce nie należał do największych. Większe wzrosty odnotowano w pięciu krajach. Najsilniej bo ponad sześć i pół razy zwiększył się wskaźnik dostępności na Litwie, ponad dwu i półkrotny wzrost nastąpił w Estonii i na Ukrainie. W sześciu krajach można mówić o stabilizacji. Wśród nich w trzech nastąpił minimalny spadek (Irlandia, Wyspy Owcze i Szwecja), a w trzech pozostałych minimalny wzrost (Wielka Brytania, Norwegia i Dania).

Podsumowanie i wnioski

W 1995 r. Polska młodzież pod względem większości wskaźników niewiele odbiegała od średniej dla wszystkich badanych krajów lokując się w przypadku większości wskaźników poniżej owej średniej. To co wyróżniało młodych Polaków –

to zdecydowanie większe niż średnie rozpowszechnienie doświadczeń z lekami uspokajającymi i nasennymi bez przepisu lekarza. Jeśli chodzi o leki, to w 2003 r. mimo niewielkiego spadku rozpowszechnienia w naszym kraju ciągle znacznie przewyższamy średnią europejską lokując się nadal na pierwszym miejscu wśród wszystkich krajów uczestniczących we wszystkich trzech badaniach.

W latach 1995-2003 w Polsce nastąpił wzrost niemal wszystkich wskaźników. Wprawdzie skala wzrostu nie należała do największych, jednak w większości przypadków polska młodzież przesunęła się w rankingach poszczególnych wskaźników w stronę liderów. Największy relatywnie wzrost nastąpił w zakresie używania przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Wskaźnik ten zwiększył się ponad dwu i półkrotnie, w wyniku czego polska młodzież przesunęła się z dziesiątego miejsca na siódme. Oznacza to, że polska młodzież wpisuje się w ogólny trend wzrostu zainteresowania narkotykami w sposób szczególnie niebezpieczny. Znaczny wzrost w naszym kraju odsetka okazjonalnych użytkowników marihuany lub haszyszu, większy niż odsetka eksperymentujących z tymi substancjami i większy niż w innych krajach rodzi ryzyko pojawienia się poważnych problemów związanych z używaniem tych substancji.

W świetle wszystkich analizowanych wskaźników, ani popytu na narkotyki wśród młodzieży, ani podaży narkotyków nie udało się zahamować. Mało tego, zdaje się on rosnać w tempie nie mniejszym niż średnio w Europie. Mogłoby się zatem wydawać, że wysiłek w osiągnięciu efektu ograniczania popytu na narkotyki był całkiem bezowocny. Stwierdzenie takie wydaje się nie w pełni uzasadnione. Trend wzrostowy obserwujemy w większości krajów europejskich. Nie wiadomo, czy gdyby nie podejmowano działań profilaktycz-

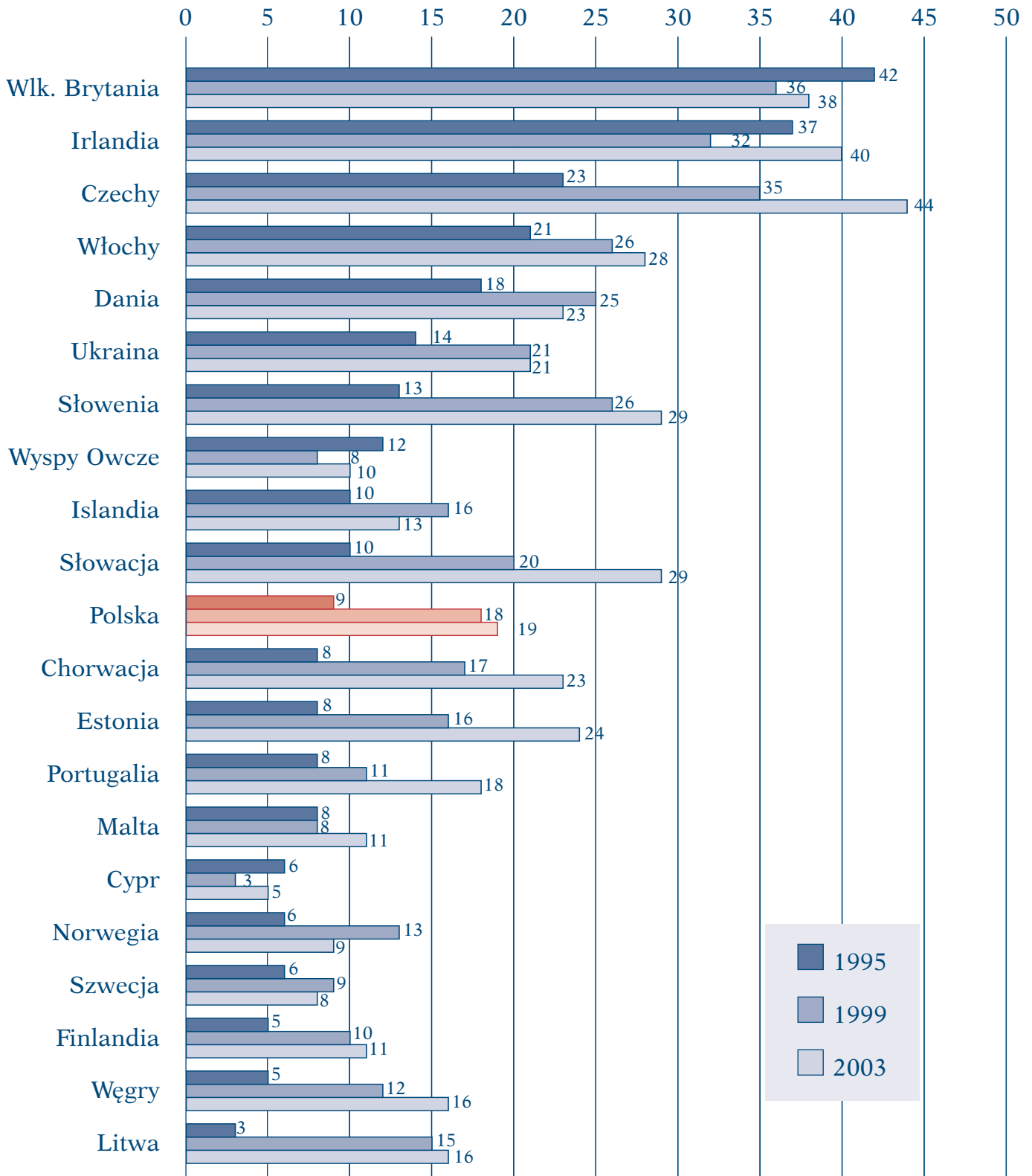
nych, to tempo wzrostu popytu na narkotyki nie byłoby jeszcze większe.

Wyniki porównań międzynarodowych wskazują na potrzebę przemyślenia dotychczas obowiązującej strategii profilaktycznej. Warto rozważyć w szczególności modyfikację priorytetów. W Polsce dotychczas główny nacisk kładzie się na wczesną profilaktykę nie przywiązując dość uwagi, jak się wydaje, do działań skierowanych na użytkowników substancji, którym daleko jeszcze do uzależnienia. Znaczne rozmiary grup silniej zaangażowanych w używanie substancji skłaniają do przemyślenia na nowo priorytetów w strategii prewencyjnej. Zastanowienia wymaga kwestia oferty dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych lub pijących często, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości. Wielu z nich nie uda się przekonać do zmiany tego stylu życia, konieczne wydaje się zatem zadbanie o minimalizację szkód, do jakich to może prowadzić.

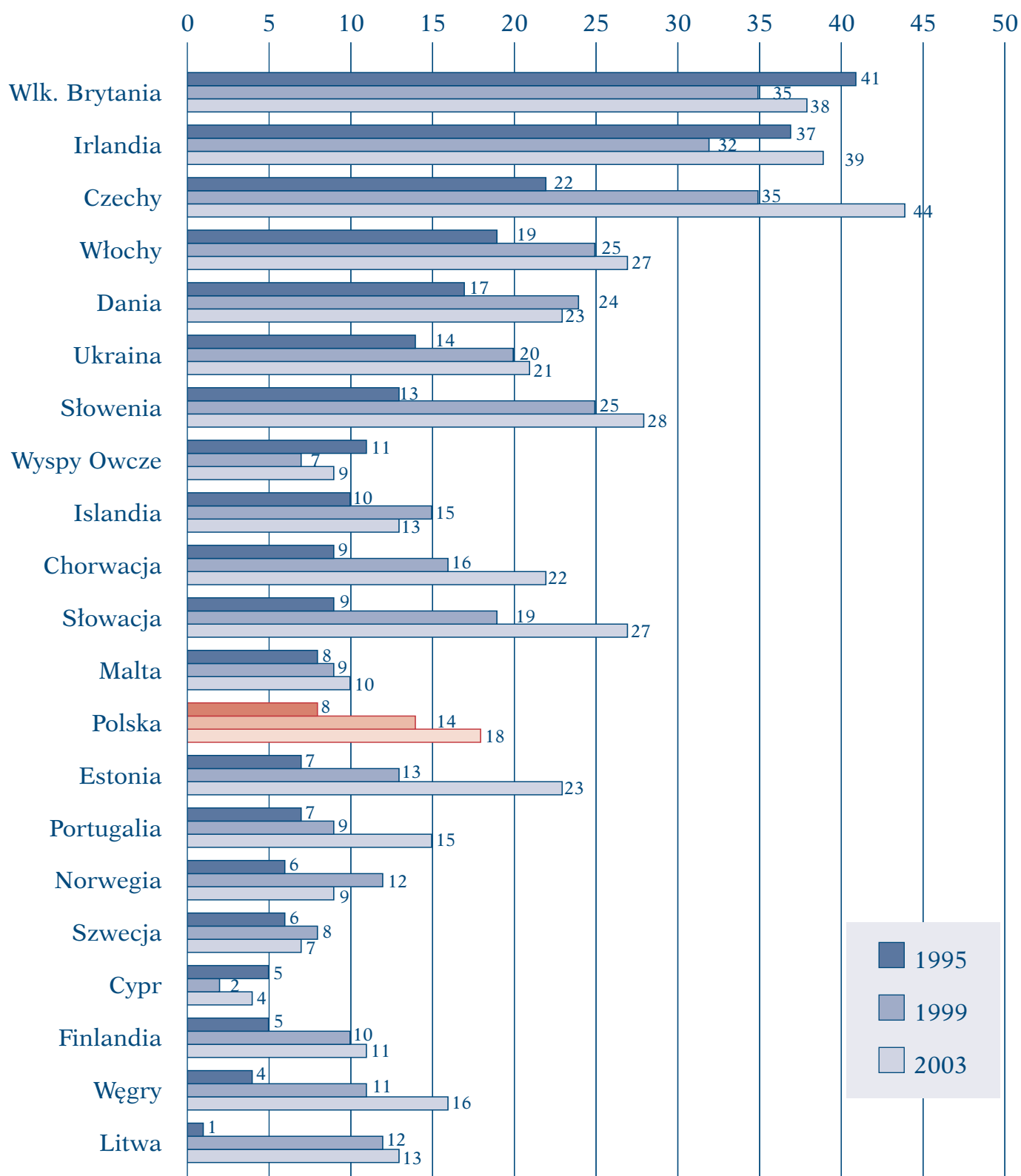
W zmieniającej się rzeczywistości kulturowej młodzieży, wydaje się, idzie w czołowiec zmian. Można zatem oczekiwać, że kwestia używania substancji nielegalnych przez młodzież także podlegać będzie znacznej dynamice. Głównym celem badania ESPAD było dostarczenie dających się porównać oszacowań na temat picia alkoholu i używania narkotyków wśród uczniów w Europie. Jednak najważniejszym, długoterminowym celem jest porównanie trendów w różnych krajach. Dlatego planowane jest kontynuowanie badań w latach następnych. Najbliższe badanie przewidziano na 2007 r., tak że już za dwa lata będziemy mogli się przekonać, czy w Polsce i innych krajach Europy utrzyma się nadal trend wzrostowy.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa

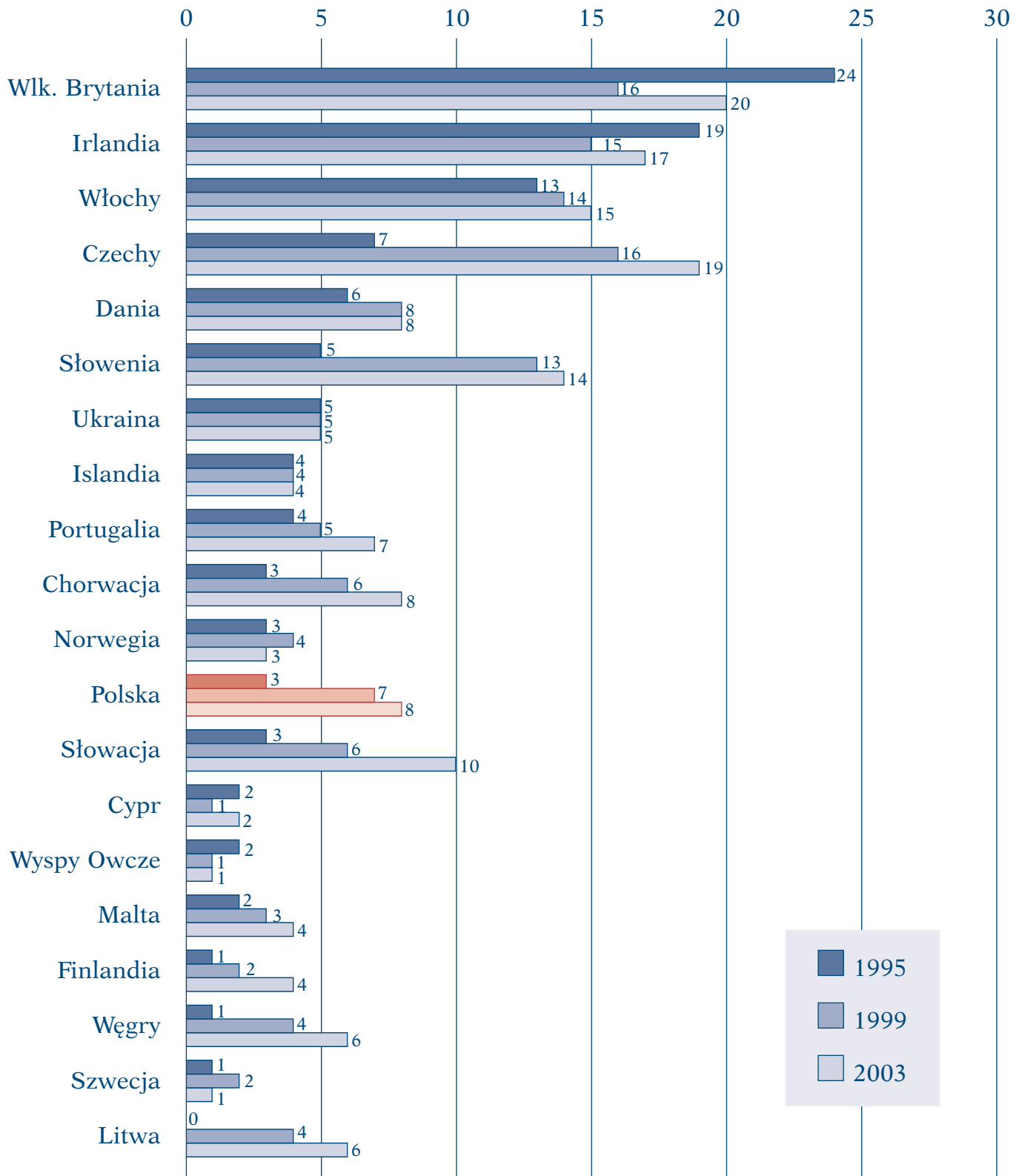
Wykres 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego



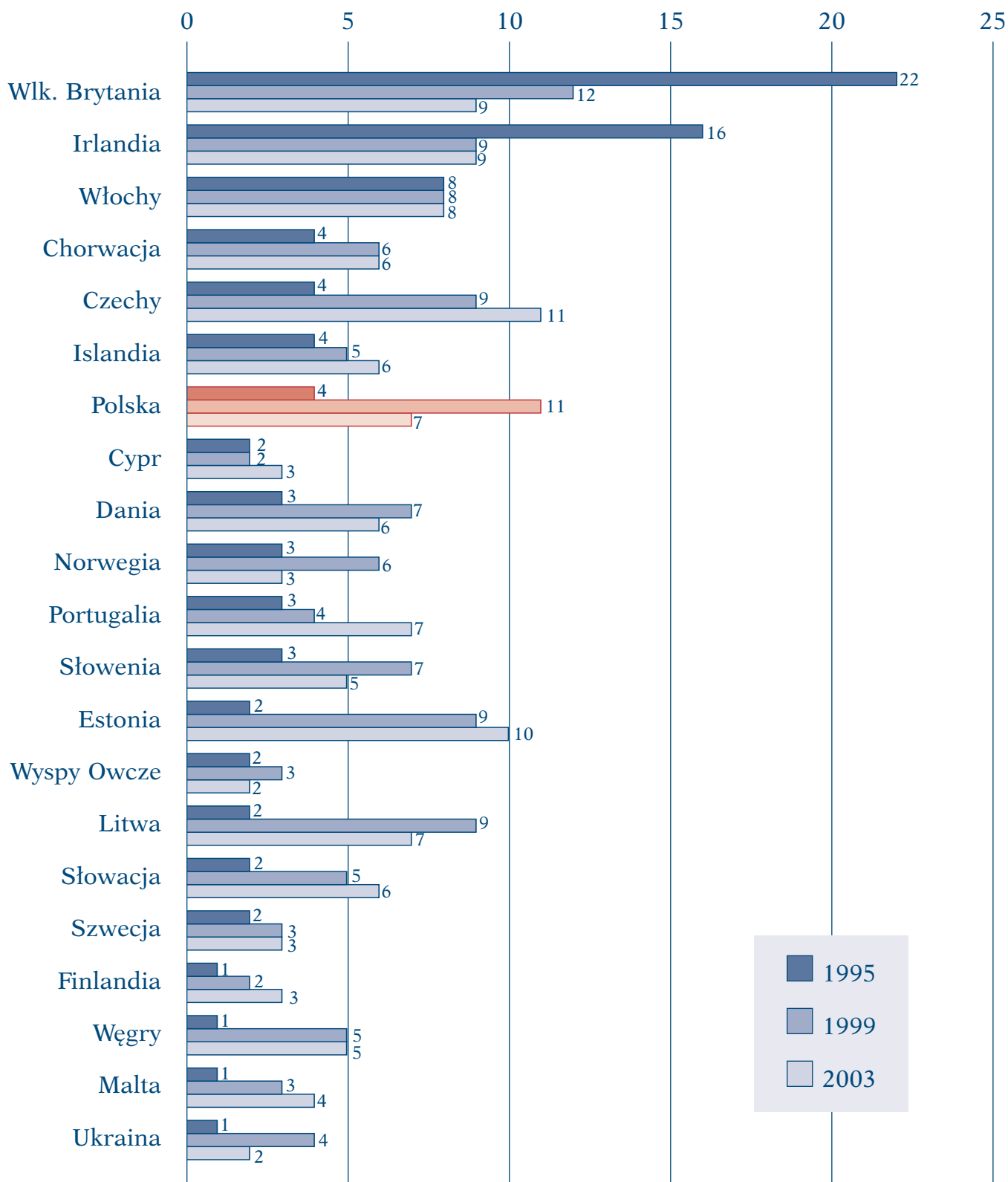
Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu marihuany lub haszyszu



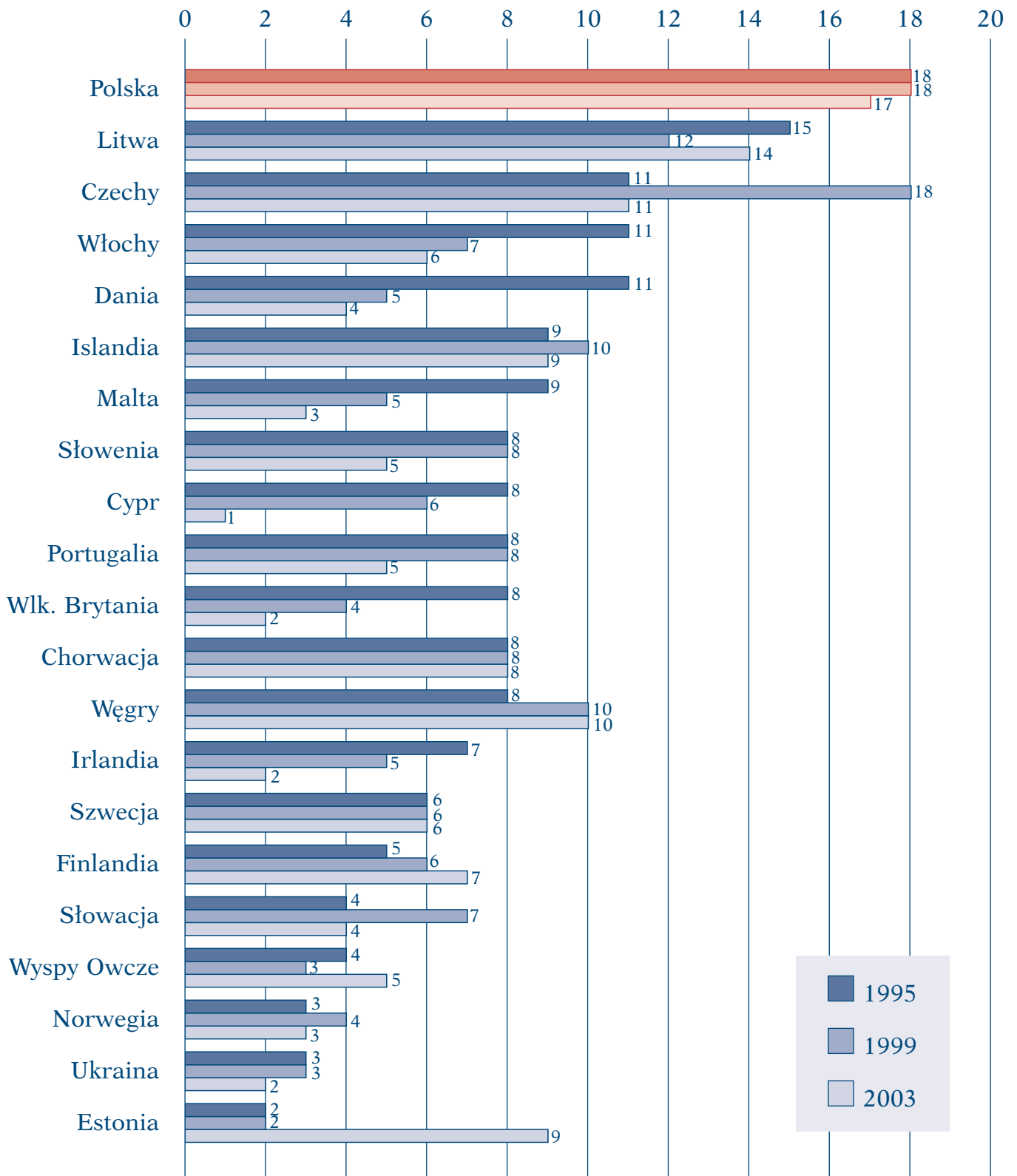
Wykres 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem marihuany lub haszyszu



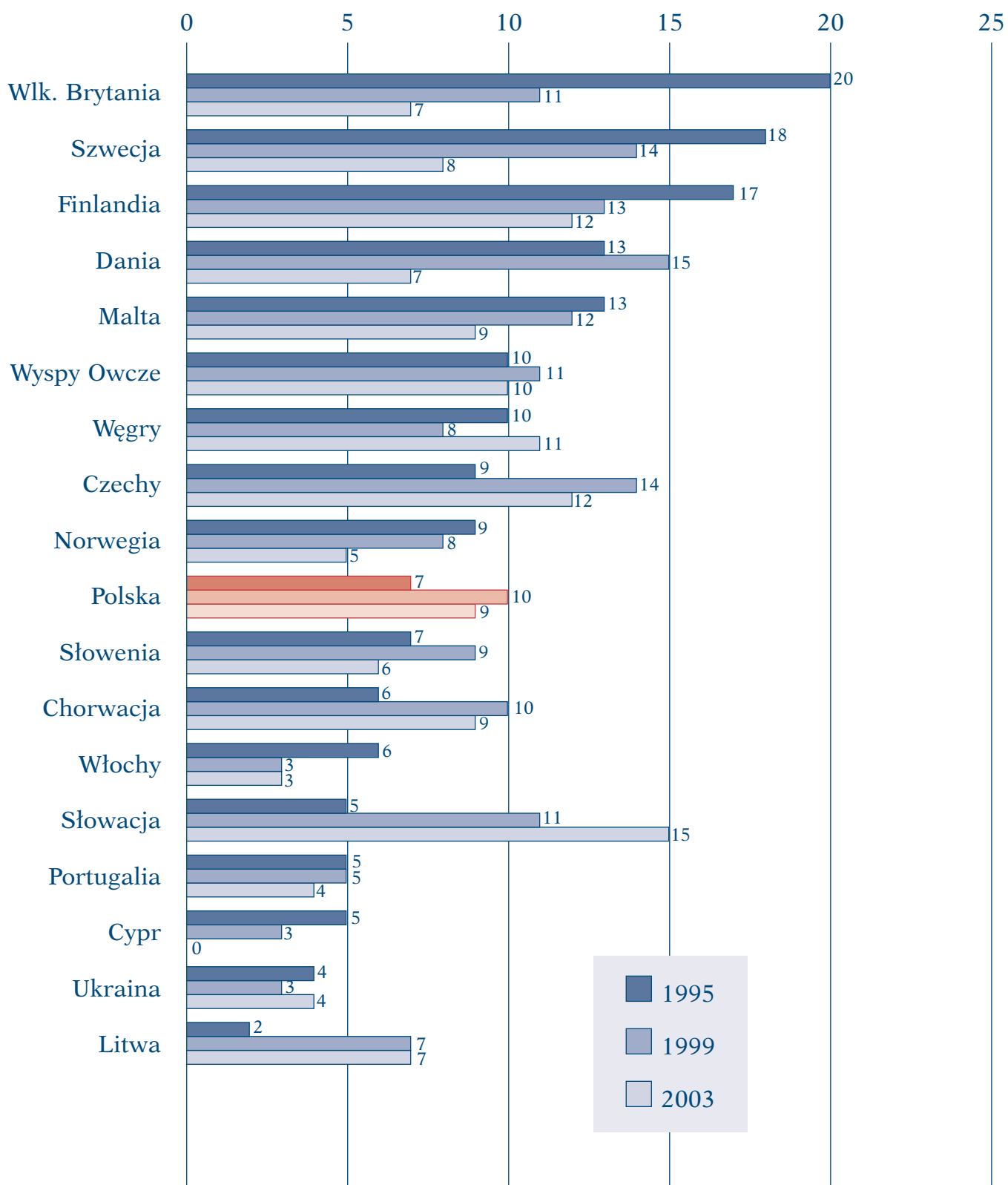
Wykres 4. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego innego niż marihuana lub haszysz



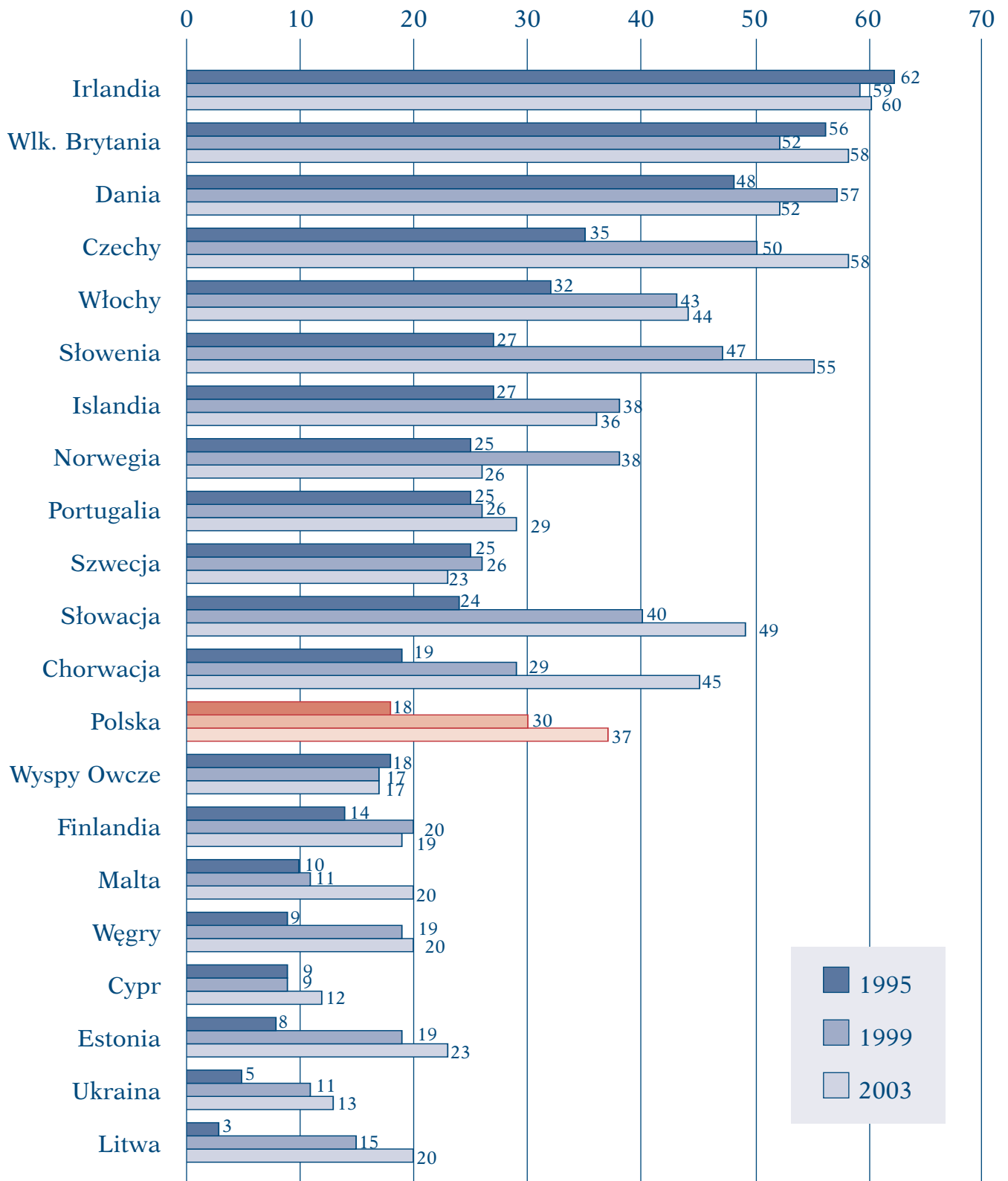
Wykres 5. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza



Wykres 6. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu alkoholu jednocześnie z lekami



Wykres 7. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy potwierdzili łatwy lub bardzo łatwy dostęp do marihuany lub haszyszu



DANE DOTYCZĄCE PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH jako element systemu zbierania informacji o problemie narkotyków i narkomanii w ramach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

W ciągu ostatnich dziesięciu lat programy niskoprogowe zaczęły odgrywać coraz większą rolę w docieraniu do grup wysokiego ryzyka, a także do grup ukrytych. Do działań tego typu zaliczamy m.in. programy ulicznej wymiany igieł i strzykawek (street workers), programy prowadzone w klubach, dyskotekach czy podczas imprez techno (party workers), a także część programów leczenia substytucyjnego. W definicji mieszczą się także noclegownie i inne miejsca, gdzie abstynencja od narkotyków nie jest warunkiem udzielenia pomocy. Dane dotyczące leczenia zbierane są według Protokołu Zgłaszalności do Leczenia (Treatment Demand Protocol – TDI). Trudno jest jednak zbierać informacje z zakresu redukcji szkód według standardów zawartych w TDI ze względu na charakterystykę klientów programów niskoprogowych, którzy często nie chcą być rejestrowani. Oznacza to dla nich złamanie anonimowości. W założeniu programy redukcji szkód mają docierać do osób nietrafiających do leczenia opartego na abstynencji. Specyficzność tej pomocy wymaga, aby dla uzyskania wiarygodnych danych wiązała się z wypracowaniem zupełnie innych metod ich zbierania niż w przypadku informacji z lecznictwa. Biorąc pod uwagę rozwój programów niskoprogowych w Europie, a szczególnie w ostatnich latach w krajach Europy Wschodniej, otrzymywanie wiarygodnych i porównywalnych informacji w tym obszarze stało się ważnym elementem całego systemu zbierania danych o problemie narkotyków i narkomanii w Europie. Dlatego więc EMCDDA rozpoczęło w grupie

ekspertów prace dotyczącej tej tematyki. Pierwsze seminarium odbyło się w grudniu 2004 roku w Lizbonie i poświęcone było omówieniu narzędzi do zbierania danych, jakości uzyskiwanych informacji oraz zasięgu monitorowania programów niskoprogowych. W trakcie spotkania uczestnicy zastanowili się, jakie dane są już dostępne, a także jakie działania mogą służyć poprawie jakości zbieranych informacji. Agencje w poszczególnych krajach unijnych rozpoczęły sporządzanie planu korzystania z dostępnych i dobrej jakości danych tworzonych przez inne instytucje. Praca ta pomoże EMCDDA otrzymać bardziej konkretną podstawę do monitorowania wdrażania decyzji Komisji Europejskiej z 2003 roku dotyczącej „przeciwdziałania i redukcji szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków“.

Drugie spotkanie ekspertów odbyło się w Lizbonie w czerwcu 2005 roku. Wzięło w nim udział 10 ekspertów z krajów Unii Europejskiej, którzy przedstawili krajowe podejścia oraz modele monitorowania programów, a także oceny profilu klientów w świetle specyficznych warunków pracy, w jakich realizowane są programy niskoprogowe. W trakcie dwóch dni seminarium wygłoszono szereg prezentacji przedstawiających krajowe sposoby zbierania informacji z programów niskoprogowych. Na początku pracownicy EMCDDA przedstawili zakres swoich prac ze szczególnym uwzględnieniem roli programów niskoprogowych.

Zgodnie z konkluzjami z listopadowego spotkania Dagmar Hedrich, organizatorka

seminariów z ramienia EMCDDA, przyjrzała się, jacy klienci, serwis i ogólne informacje są obecnie zbierane na poziomach krajowych. Podstawowe zmienne dotyczące klientów były całkiem podobne w poszczególnych krajach europejskich, znaczące różnice występowały w wyborze podejścia do zbierania danych: monitorowanie czy badanie. Biorąc pod uwagę rodzaje działań można wyróżnić cztery główne grupy dostarczanych usług w zakresie programów niskoprogowych:

- docieranie do użytkowników narkotyków – na przykład praca na ulicy, schroniska, noclegownie;
- informowanie – na przykład interwencja kryzysowa;
- redukcja ryzyka – na przykład wymiana igieł i strzykawek, dystrybucja prezerwatyw, treningi bezpiecznego używania;
- leczenie zachorowalności – choroby zakaźne, terapia antyretrowirusowa, szczepienia.

W następnym wystąpieniu pracownik EMCDDA wytłumaczył, że w ramach wskaźnika chorób zakaźnych zbierane są zagregowane dane o rozpowszechnieniu wirusa HIV, WZW C i przeciwciał WZW B wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Unii Europejskiej. Są one zbierane w wystandaryzowany sposób według tabeli standardowej EMCDDA nr 9 z wielu miejsc oraz źródeł, które są w stanie dostarczyć tego typu informacji. W rzeczywistości głównym źródłem danych są placówki lecznicze oraz programy niskoprogowe. Połowa krajów dostarcza dość dużo danych z programów niskoprogowych, a połowa prawie w ogóle ich nie dostarcza. Dane pochodzą z rutynowych systemów zbierania danych (punkty diagnostyczne), jak również z badań przeprowadzanych ad hoc albo z powtarzanych badań. Następnie menadżer projektu dotyczącego wskaźnika zgłaszalności do leczenia w programie EMCDDA „analiza sytuacji” – P1 przedstawiła obecny stan wprowadzania

TDI protokołu w obszarze programów niskoprogowych. Powyższy wskaźnik oparty jest na Protokole Standardowym zawierającym 20 zmiennych oraz cele. Zadaniem protokołu jest dostarczenie porównywalnych, wiarygodnych i anonimowych informacji o liczbie osób leczonych z powodu używania narkotyków oraz o charakterystyce, profilu, wzorach używania narkotyków osób zgłaszających się do leczenia. Zmienne składają się z:

- informacji o leczeniu (typ placówki leczniczej, czas leczenia, placówka kierująca);
- socjodemograficznych informacji o kliencie (płeć, wiek, warunki życia, status społeczny, edukacja, narodowość);
- informacji związanych z używaniem narkotyków (główna substancja i inne, leczenie substytucyjne, drogi przyjmowania, częstości używania, wiek pierwszego używania).

Programy niskoprogowe są realizowane w jednym z pięciu typów placówek leczniczych objętych obecnie funkcjonującym systemem zbierania danych. Dane z tych programów niskoprogowych wchodzące w skład protokołu TDI są wciąż dostarczane tylko częściowo. Tego typu placówki są włączone do TDI tylko wtedy, gdy oferują określony poziom usług. Jeżeli zajmują się wyłącznie wymianą igieł i strzykawek albo dostarczają tylko informacji, nie są wtedy objęte protokołem TDI. W 2003 roku dane z trzech krajów (Czech, Grecji, Holandii) były kompletne, dobrej jakości, pokrywały obszar całego kraju, kontrolowały podwójne liczenie i miały dobrą wewnętrzną konsystencję. Celem zbierania danych według TDI w następnym okresie jest poprawa zasięgu i jakości otrzymywanych informacji z różnych rodzajów placówek leczniczych włączając programy niskoprogowe.

W trakcie spotkania przedstawiono również informacje o pracach podjętych według wytycznych zawartych w rekomen-

dacji Komisji Europejskiej 2003/488/EC z 18 czerwca 2003 roku dotyczących prewencji oraz redukcji szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków, które najbardziej odnoszą się do zdrowia publicznego w Unii Europejskiej na poziomie redukcji zakażeń chorobami zakaźnymi i śmierci wśród użytkowników narkotyków. Kraje członkowskie, zgodnie z rekomendacją, powinny raportować wdrażanie powyższego dokumentu w ciągu dwóch lat. Dlatego też Komisja rozesłała do nich kwestionariusze. Doradcą w procesie zbierania informacji jest Instytut Trimbos z Holandii, który opracował kwestionariusz oraz dokonał przeglądu literatury. EMCDDA jest zaangażowane w przedsięwzięcie i wspiera przede wszystkim dostarczanie informacji z bazy danych o działaniach redukcji szkód. Współpraca z innymi zaangażowanymi instytucjami (Pompidou Group, WHO) i specyficzne badania pozwalają uzyskać brakujące informacje oraz uzupełniają pracę, którą mają wykonać konsultanci. Projekt ma zakończyć się w czerwcu 2006 roku. Komisja powinna, przy technicznym wsparciu EMCDDA, otrzymać draft raportu i przedstawić go Radzie Europejskiej.

W trakcie seminarium eksperci omówili systemy zbierania informacji w ich krajach. W Finlandii programy wymiany igieł i strzykawek znajdują się we wszystkich miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców, w prawie wszystkich z populacją pomiędzy 50 a 100 tys., ale tylko w kilku miastach poniżej 50 tysięcy mieszkańców. Około 80% aptek sprzedaje igły i strzykawki. W 2000 roku utworzono w Finlandii Sentinel Site Network, której celem było monitorowanie programów wymiany igieł i strzykawek oraz zbieranie uaktualnionych informacji o rozpowszechnieniu chorób zakaźnych – HIV i żółtaczek wśród grup ryzyka. Corocznie organizowane są treningi dla pracowników programów wymiany igieł i strzykawek, podczas których uzysku-

je się informacje zwrotne o rezultatach zbierania danych w ciągu ostatniego roku. Sentinel Site Network rozwija model podstawowego monitorowania miejsc wymiany igieł i strzykawek za pomocą anonimowego zbierania danych (używanie osobistego pseudonimu wybranego przez narkomanów). Pozwala to na kontrolowanie podwójnego liczenia tych samych osób w jednym programie, ale nie pomiędzy programami. Zbierane są bardzo podstawowe dane: pseudonim, rok urodzenia, region, płeć, liczba wymienionych igieł i strzykawek oraz innego sprzętu, informacje o specjalnych badaniach lub informacje zwrotne od klientów. Dodatkowo uzyskiwane są informacje o handlu detalicznym igłami i strzykawkami i o prowadzonych badaniach w aptekach, a także o liczbie wizyt iniekcyjnych użytkowników narkotyków w aptekach. W następnej prezentacji przedstawicielka Czech opisała rozwój jednolitego systemu zbierania danych z programów redukcji szkód. Obecnie istnieje w Czechach 90 programów niskoprogowych, a 72 z nich (77%) wykorzystuje „system zbierania jednolitych danych w programach niskoprogowych“ nazywany Freebase, który został wprowadzony i był rozwijany przez ogólnokrajową organizację pozarządową Umbrella. W systemie używa się osobistego identyfikatora zabezpieczającego anonimowość klientów, który pozwala na prowadzenie podstawowej dokumentacji o nich. Do zbierania danych służą kwestionariusze: „wejścia“ dla klientów oraz dzienny raport wypełniany przez pracowników. Sposób prowadzenia dokumentacji opisany jest w specjalnym podręczniku i przewodniku. Freebase pozwala użytkownikom, czyli organizacjom pozarządowym, na tworzenie własnych statystyk w łatwy i prosty sposób. Od 2004 roku czeski krajowy punkt monitoringu odpowiedzialny jest za finansowanie, administrowanie powyższym systemem, co oznacza również prowadzenie

szkoleń. W trakcie wprowadzania systemu podstawową trudnością było zwiększanie jego zasięgu. Potencjalnych partnerów motywowano do wprowadzenia Freebase poprzez pokazanie jego użyteczności dla samych realizatorów programu. Dzięki wprowadzeniu proponowanych rozwiązań można śledzić trendy, dokonywać porównań, monitorować wydatki.

Następnie ekspert z francuskiego krajowego punktu monitoringu omówił zmiany w systemie monitorowania programów niskoprogowych spowodowane zastrzeżeniami zgłoszonymi przez organizacje zajmujące się zbieraniem danych w ramach tego projektu. Organizacje biorące udział w monitoringu odmówiły dalszego zbierania danych za pomocą kwestionariusza oraz przeprowadzania jednomiesięcznego badania raz w roku z powodu braku personelu, specyfiki programów oraz obaw o utratę zaufania ze strony klientów. W wyniku spotkania przedstawiciele francuskiego krajowego punktu monitoringu, francuskiego Ministerstwa Zdrowia oraz szefów największych organizacji pozarządowych prowadzących programy niskoprogowe udało się wypracować kompromis. Wprowadzone zostaną dwa narzędzia: 1) roczny standardowy raport o podjętych działaniach zawierający ustrukturalizowane informacje o własnych pracach oraz zagregowane liczby o dostarczonym serwisie; 2) będzie jedno tygodniowe badanie przeprowadzane raz w roku. Kwestionariusz do corocznego badania skonstruowany jest według zaleceń TDI.

W trakcie spotkania przedstawiono również systemy zbierania danych z programów niskoprogowych w Słowacji, Anglii, na Węgrzech.

Przedstawione prezentacje stanowiły podstawę do dyskusji na temat rozszerzania zasięgu otrzymywanych danych z programów niskoprogowych. Eksperti zastanawiali się, w jaki sposób rozwijać narzędzia przystosowane do monitorowania programów niskoprogowych. Omawiano również problemy, wyzwania i korzyści zbierania danych w tym obszarze.

W wielu krajach terminy „redukcji szkód” i „programy niskoprogowe” nie są wciąż pojęciami jednoznacznymi. Istnieje potrzeba jednoznacznego zdefiniowania działań, które mieszczą się w zakresie powyższych terminów. Dyskutowano w jakim stopniu tego typu dane mają być zbierane w ramach protokołu TDI. Uzyskanie informacji o programach niskoprogowych oraz ich odbiorcach pozwoli nie tylko poprawić jakość podejmowanych działań, ale może być także cenne w planowaniu ewaluacji lokalnych i krajowych strategii. Warto wspomnieć, że wiedza o zasięgu i dostępności programów niskoprogowych oraz stopień, w jakim działania z zakresu redukcji szkód docierają do grup docelowych, będą kluczowym narzędziem do ewaluacji nowej europejskiej strategii na lata 2005–2012.

Artur Malczewski

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

OGŁOSZENIE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w roku 2006 zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Wykaz zadań konkursowych oraz środki finansowe przeznaczone na ich realizację.

Nr zadania	Nazwa zadania	Środki finansowe w roku 2005	Środki finansowe planowane na rok 2006
1.	Rówieśnicza edukacja zdrowotna.	250 000	240 000
2.	Programy profilaktyki narkomanii ukierunkowane na działania informacyjno-edukacyjne realizowane w środowisku akademickim.	70 000	70 000
3.	Pomoc psychologiczna dla osób zagrożonych narkomanią, eksperymentujących z narkotykami i ich rodzin.	3 820 000	3 816 000
4a.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków.	120 000	150 000
4b.	Ograniczenie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród osób uzależnionych.	340 000	400 000
5.	Programy wspierające leczenie substytucyjne	0	40 000
6.	Pomoc postrehabilitacyjna	1 020 000	800 000
7a.	„Szkolenie dla osób pracujących w placówkach resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży“	19 000	60 000
7b.	Szkolenie „Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych“	17 000	40 000
7c.	Szkolenie „Doskonalenie metod i technik pracy w obszarze ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych“	18 000	25 000
7d.	Szkolenie „Ewaluacja strategii i programów przeciwdziałania narkomanii“	23 000	25 000
8.	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym	270 600	250 000
9.	Serwis informacyjny „Narkomania“	50 000	70 000
10.	Przygotowanie metod i narzędzi diagnozy uzależnienia od narkotyków	40 000	70 000
	RAZEM :	6 057 600	6 056 000

Wzór oferty wraz z informacjami o załącznikach wymaganych do spełnienia kryteriów formalnych, wymagania merytoryczne oraz warunki realizacji poszczególnych zadań dostępne są na stronie internetowej Biura: www.narkomania.gov.pl oraz w siedzibie Biura w Warszawie przy ul. Dereniowej 52/54.

Oferty należy składać w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach w zamkniętych kopertach, w siedzibie Biura do **dnia 2 listopada 2005 r do godziny 16.00**. Oferta, która wpłynie po ww. terminie nie będzie objęta procedurą konkursową.

Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez dyrektora Biura. Warunkiem przyjęcia oferty programowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów:

- uregulowana sytuacja formalno-prawna oferenta,
- rzetelne i terminowe wykonywanie zadań zleconych przez Biuro w ostatnich trzech latach,
- zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową realizację zadania,
- sytuacja finansowa gwarantująca realizację zadania,
- kompletność oferty,
- konstrukcja programu merytorycznego zgodna ze schematem preferowanym przez Krajowe Biuro,
- zgodność zawartości merytorycznej oferty z zadaniami konkursowymi,
- adekwatność programu w odniesieniu do potrzeb grupy docelowej i sytuacji lokalnej,
- adekwatność planowanych działań w odniesieniu do planowanych efektów programu,
- adekwatność kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- rekomendacje i opinie organów administracji i jednostek samorządu terytorialnego.

Komisja dokona wyboru ofert w terminie do dnia:

16 grudnia 2005 – zadania: 1, 2, 3, 4a, 4b, 5, 6, 8, 9, 10

30 stycznia 2006 – zadania: 7a, 7b, 7c, 7d.



Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

pragnie serdecznie podziękować wszystkim firmom oraz instytucjom, które przyczyniły się do promowania ogólnopolskiej kampanii antynarkotykowej skierowanej do rodziców. Dzięki Państwa wsparciu i zaangażowaniu kampania medialna pod hasłem.

„Blżej siebie – dalej od narkotyków”

uzyskała wysoki stopień nagłośnienia i zwróciła społeczną uwagę na istotną rolę rodziny w profilaktyce uzależnień. Ogromnie cenimy Państwa wkład w sukces tegorocznej kampanii i pozostajemy w przekonaniu, że w przyszłości możemy liczyć na równie aktywne włączenie się w przeciwdziałanie narkomanii w Polsce.

Pragniemy wyrazić najwyższe słowa uznania i szczególnie podziękować:

Telewizji Polskiej, Radiu ZET, TV Polonia 1, TV 4, Tele 5, Firmie Best Marketing Promotion, Gazecie Wyborczej, Portalowi gazeta.pl, Grupie Radiowej Audytorium 17
 – 17 Rozgłośni Regionalnych Polskiego Radia, Firmie Stroer, CITYLIGHT – Relax Media, Radiu Kraków, Polskiemu Radiu Białystok, Radiu Lublin, Tygodnikowi Tina, Firmie Mediaskop, Media&Marketing, Magazynowi Aptekarskiemu TORFARM, Czasopismu „Psychologia w szkole”, Miesięcznikowi „Charaktery”, Czasopismu „Klub dla Ciebie”, Miesięcznikowi POLICJA 997, Tygodnikowi „Imperium TV”, Miesięcznikowi Ergo, magazynowi ZWIERCIAŁO, Portalowi internetowemu www.integracja.org, Firmie IDM NET, Portalowi Programu Być rodzicem – www.byćrodzicem.pl, Firmie Latoszek, Fundacji Komunikacji Społecznej, Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim, Urzędem Miast, Urzędem Gmin oraz Agencji Reklamowej Martis.



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**
 tel.: 641 15 01, fax: 641 15 65
 e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
<http://www.kbpn.gov.pl>

**Adres redakcji:
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa**

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**
 Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**
 Skład, łamanie: **Studio Ancom**
 tel. (022) 32 60 370

druk: **Zakład Poligraficzny LEGRAF**
 ul. Asnyka 9, 05-410 Michalin-Józefów

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Jacek Morawski
 (Ośrodek Informacji o Akoholu i Narkotykach ADIC)
Jacek Moskalewicz
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)
Janusz Sierosławski
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)
Teresa Wereżyńska
 (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator
 Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)
Włodzimierz Ziemia
 (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo bezpłatne