

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (98) 2022

NR 2

2022

SPIIS TREŚCI

Wprowadzenie

WPROWADZENIE

Piotr Jabłoński.....	1
----------------------	---

Analiza

WYZWANIA DOTYCZĄCE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII STOJĄCE PRZED EUROPĄ

Artur Malczewski	2
------------------------	---

Profilaktyka

PROJEKT LUSTRO – JAK POMÓC UCZNIOM I NAUCZYCIELOM W SZKOŁACH PONADPODSTAWOWYCH

Jerzy Rządski, Stanisław Bobula.....	6
--------------------------------------	---

„LOGUJ SIĘ Z GŁOWĄ!” – OFERTA SZYTA NA MIARĘ

Marcin J. Sochocki.....	12
-------------------------	----

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ. PODSTAWY SKUTECZNEGO WSPARCIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA

Ireneusz Siudem.....	17
----------------------	----

Leczenie, redukcja szkód

POTRZEBY TERAPEUTYCZNE OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI ICH ZASPOKOJENIA

Lukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska.....	21
--	----

Badania, raporty

NARKOTYKI, ZDROWIE PSYCHICZNE I REDUKCJA SZKÓD

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski, Joanna Stefaniuk.....	28
--	----

JESZCZE RAZ W ODPOWIEDZI NA KRYZYS. POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

Jakub Greń, Justyna Klingemann	34
--------------------------------------	----

Społeczności lokalne, regiony

EKSPERCI WOJEWÓDZCY DS. INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII – WSPÓŁPRACA Z SAMORZĄDEM WOJEWÓDZKIM.....

	42
--	----

Konkurs

KONKURS DLA DZIENNIKARZY „UZALEŻNIENIA XXI WIEKU”.....	45
--	----

Internet

FINANSOWANIE ZADAŃ OŚWIATOWYCH REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO. RAPORT NIK.....

	47
--	----

KRAJOWE CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA

UZALEŻNIENIOM NA FACEBOOKU	okładka IV
----------------------------------	------------

WPROWADZENIE

Piotr Jabłoński

Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Pierwsza połowa roku 2022 to dla Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) nie tylko kontynuowanie procesów integracji merytorycznej i instytucjonalnej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ale również wydarzenia na scenie międzynarodowej, wobec których nie mogliśmy przejść obojętnie.

Wszyscy pragnęliśmy wrócić do postCOVID-owej normalności, ale na drodze do niej pojawiło się kolejne zagrożenie ludzkiego życia i bezpieczeństwa, w postaci agresji Rosji na suwerenną Ukrainę. Wojna, w kraju sąsiadującym z Polską, wpłynęła bezpośrednio na sytuację w naszym kraju. KCPU, biorąc pod uwagę obecną sytuację związaną z dużą liczbą osób z Ukrainy przebywających na terenie Polski, uruchomiło w marcu Telefon Zaufania dla Osób z Ukrainy, doświadczających problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub ich bliskich. Do dyspozycji zainteresowanych są dwa numery czynne codziennie od godz. 16.00 do 21.00: bezpłatny 800 11 08 11 oraz płatny według taryfy operatora 22 290 70 00. Telefon obsługiwany jest w języku ukraińskim, polskim i rosyjskim.

Działania kierowane do osób z Ukrainy, które przyjechały do Polski w wyniku agresji Rosji na ich kraj, podjęły również placówki leczenia uzależnień. Od samego początku programy leczenia substytucyjnego zaczęły przyjmować osoby uzależnione od opioidów. Obecnie w programach tych leczy się około 100 osób z Ukrainy. Wsparciem w kierowaniu osób do tego typu programów były organizacje zajmujące się redukcją szkód, które wykorzystywały swoje doświadczenia we współpracy międzynarodowej. Istotną kwestią staje się przepływ informacji pomiędzy wszystkimi interesariuszami pomocy udzielanej osobom przebywającym w Polsce. Jako KCPU staramy się informować organizacje międzynarodowe o sytuacji w Polsce w obszarze wspierania osób z Ukrainy z problemami związanymi z uzależnieniami. W maju przeprowadziliśmy we współpracy z EMCDDA wywiad grupowy on-line dotyczący sytuacji Ukraińców z problemem narkotykowym,

którzy przybyli do UE w związku z wybuchem wojny. W badaniu wzięli udział przedstawiciele placówek leczniczych, programów redukcji szkód oraz programów leczenia substytucyjnego. Badanie miało na celu szybką ocenę zapotrzebowania, reakcji i gotowości Polski w zakresie zapewniania interwencji związanych z narkotykami. Obecnie trwają prace nad wydaniem wspólnie z EMCDDA materiałów informacyjno-educacyjnych związanych z pracą nad traumą, szczególnie wśród dzieci, dla osób z Ukrainy.

Wspierając systemowe reakcje na aktualne potrzeby i planowanie przyszłych działań, KCPU zleciło projekt dotyczący działań z zakresu profilaktyki selektywnej realizowanych wśród uchodźców z Ukrainy przebywających na terenie Polski, w szczególności matek i ich dzieci zagrożonych wystąpieniem lub rozwinięciem się ryzykownych zachowań, w tym używania substancji psychoaktywnych. W ramach tego projektu realizowane są działania we współpracy z ośrodkami akademickimi z Warszawy, Lublina oraz Białegostoku. W tym roku planujemy też zlecić badanie, mające na celu poznanie potrzeb matek oraz dzieci uciekających przed wojną z Ukrainy, aby lepiej poznać ich kondycję psychiczną. Wyniki badań mają posłużyć do poznania funkcjonowania uchodźców i ich potrzeb w zakresie wsparcia. Cały czas rozmawiamy z naszymi partnerami, aby system pomocy dla osób tego potrzebujących był jak najlepszy. Na przykład w trakcie spotkania Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii w województwie lubelskim, zorganizowanym wspólnie z ROPS w Lublinie, dyskutowano na temat pomocy osobom z Ukrainy w ramach działań Urzędów Marszałkowskich oraz podległych im instytucji.

Warto również wspomnieć, że polska delegacja wzięła udział w 65. sesji Komisji Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs /CND) w dniach 14-18 marca 2022 roku w Wiedniu. Tematem przewodnim debaty generalnej tegorocznej sesji było zagadnienie efektywnej odbudowy po pandemii COVID-19 przy jednoczesnym dążeniu do pełnej realizacji Agendy na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 (*Building back better from the coronavirus disease COVID-19 while*

advancing the full implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development). Jednakże sesja została zdominowana przez temat rosyjskiej agresji wobec Ukrainy. Liczne delegacje w swych wystąpieniach potępiły atak Rosji, domagając się jak najszybszego zakończenia działań wojennych przez stronę rosyjską. Unia Europejska w trybie pilnym rozszerzyła wszystkie swe wystąpienia o kwestie dotyczące agresji rosyjskiej i związanego z tym kryzysu humanitarnego. Mając na uwadze powyższe, UE wraz z państwami szeroko rozumianego Zachodu bojkotowała inicjatywy rosyjskie podczas tegorocznej sesji, w tym nie uczestniczyła w procedowaniu rezolucji rosyjskiej oraz poinformowała stronę rosyjską, że jeśli ich rezolucja pojawi się na Sesji Plenarnej UE – zgłasza za jej odrzuceniem. Wobec braku szerszego poparcia dla swej rezolucji,

Rosja wycofała ją podczas ostatniego dnia obrad CND. Także w kwestii planowanych wcześniej side-eventów z udziałem Rosji (decyzja w tej sprawie zapadła jeszcze w 2021 roku), UE podjęła decyzję o rezygnacji z organizacji spotkań, w których udział wzięliby przedstawiciele tego państwa.

Rosyjska agresja na wolną Ukrainę pokazuje, jak wiele dla nas w Polsce znaczy solidarność i empatia. Jak, w tych smutnych czasach, spontanicznie, a jednocześnie profesjonalnie, potrafiliśmy się zorganizować – przede wszystkim jako społeczeństwo obywatelskie, ale również jako instytucje publiczne – i dawać dowody niesienia realnej pomocy dla ludzi doświadczających traumy, potrzebujących pomocy we wszelkiej postaci, tak duchowej, jak i psychologicznej, zdrowotnej oraz materialnej.

Co roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) publikuje europejski raport narkotykowy, w którym przedstawiany jest najnowszy przegląd sytuacji narkotykowej w Europie. Analizowane są długoterminowe tendencje i pojawiające się zagrożenia na naszym kontynencie w obszarze problemu narkotyków i narkomanii. Raport powstaje m.in. na podstawie danych dostarczanych przez Krajowe Centra Monitorujące (Reitox Focal Point EMCDDA). W Polsce jego rolę pełni Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Artykuł przedstawia najważniejsze wnioski z raportu.

WYZWANIA DOTYCZĄCE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII STOJĄCE PRZED EUROPĄ

Artur Malczewski

Dział Badań, Monitorowania i Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Według raportu dostępność narkotyków utrzymuje się na wysokim poziomie w całej UE (w przypadku niektórych substancji, takich jak kokaina, notowane są przekroczenia poziomów sprzed pandemii), a substancje o silnym działaniu i niebezpieczne nadal występują. W raporcie wskazano również na coraz większą różnorodność produktów z konopi indyjskich oraz wzrost produkcji narkotyków syntetycznych w Europie. Rozwój sytuacji w obszarze konopi indyjskich stawia nowe wyzwania przed tym, jak kraje reagują na najczęściej spożywane w Europie narkotyki. Produkty z konopi indyjskich

są coraz bardziej różnorodne, w tym ekstrakty i produkty jadalne (o wysokiej zawartości THC) i produkty CBD (o niskiej zawartości THC). W 2020 roku średnia zawartość THC w haszyszu wynosiła 21%, niemal dwa razy więcej niż w przypadku marihuany (11%), co odwróciło tendencję obserwowaną w ostatnich latach, kiedy marihuana miała zazwyczaj większą siłę działania. Odzwierciedla to innowacje rynkowe, ponieważ wydaje się, że producenci haszyszu, zwykle spoza UE, zareagowali na konkurencję ze strony marihuany wytwarzanej w Europie.

Konopie w Europie

Prawie 48 mln mężczyzn i blisko 31 mln kobiet zgłosiło, że kiedykolwiek używali tej substancji. Wskaźniki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w ciągu całego życia są zróżnicowane w poszczególnych krajach i wahają się od 4,3% wszystkich osób dorosłych na Malcie do 44,8% we Francji. Polityka i działania regulacyjne dotyczące konopi indyjskich coraz częściej stają w obliczu dodatkowych wyzwań związanych z nowymi formami i zastosowaniami tej substancji. Wydaje się, że na rozwój sytuacji w tym obszarze wpływa po części tworzenie się rynków rekreacyjnych konopi indyjskich w obu Amerykach, a po części większe zainteresowanie handlowe wytwarzaniem produktów konsumpcyjnych zawierających wyciągi z roślin konopi. Zakres polityki w obszarze konopi indyjskich w Europie stopniowo się rozszerza i obecnie obejmuje, oprócz kontroli, przepisy dotyczące konopi przeznaczonych do zastosowań medycznych i innych pojawiających się zastosowań oraz form, w tym jako składników środków spożywczych i kosmetyków. Te istniejące i nowe wymiary polityki w zakresie konopi indyjskich w Europie niosą ze sobą szerszy zestaw kwestii zdrowia publicznego. Niektóre państwa członkowskie UE opracowują polityki w zakresie rekreacyjnych konopi indyjskich. W grudniu 2021 roku Malta przyjęła przepisy dotyczące domowej uprawy i używania konopi indyjskich w celach prywatnych wraz z niekomercyjnymi gminnymi klubami upraw do celów rekreacyjnych. Luksemburg zamierza zezwolić na uprawę marihuany, podczas gdy w Niemczech i w Szwajcarii trwają dyskusje na temat możliwości ustanowienia systemów umożliwiających legalną sprzedaż konopi indyjskich do celów rekreacyjnych. Ponadto Holandia pilotuje model zamkniętego łańcucha dostaw konopi indyjskich w przypadku kawiarni sprzedających marihuanę i haszysz (ang. coffeshops). Aby chronić zdrowie publiczne, należy uważnie monitorować wpływ wszelkich zmian regulacyjnych w tym obszarze, co wymaga dobrych danych podstawowych wykorzystywanych na potrzeby bieżącego monitorowania i oceny.

Większość państw UE dopuszcza obecnie stosowanie konopi indyjskich lub kannabinoidów do celów medycznych w określonej formie. Podejścia krajowe różnią się jednak znacznie pod względem dozwolonych produk-

tów i stosowanych ram regulacyjnych. Obecnie duże przedsiębiorstwa, które uprawiają i sprzedają konopie indyjskie w Kanadzie, również uprawiają je w Europie i dostarczają produkty lecznicze zawierające konopie indyjskie do niektórych państw członkowskich UE. Badanie Eurobarometru Komisji Europejskiej z 2022 roku wykazało, że siedmiu na dziesięciu respondentów uważa, że konopie indyjskie powinny być dostępne do medycznego stosowania.

O rozwoju legalnego handlu konopiami indyjskimi w Europie świadczą rejestracje odmian roślin konopi, znaki towarowe produktów, hektary uprawianych konopi i wnioski dotyczące nowych produktów spożywczych. Ponadto w wielu państwach członkowskich UE istnieją obecnie sklepy sprzedające produkty z konopi o niskiej zawartości THC, w tym żywność, kosmetyki i materiały ziołowe do palenia. Produkty te są wprowadzane do obrotu ze względu na niską zawartość THC lub jako źródło innych kannabinoidów, takich jak kannabidiol (CBD). W 2020 roku Europejski Trybunał Sprawiedliwości stwierdził, że CBD pochodzenia roślinnego nie jest „narkotykiem”, ponieważ zgodnie z obecnym stanem wiedzy naukowej na temat tej substancji nie ma ona właściwości psychoaktywnych. Konsekwencje tego są niejasne, ale potencjalnie można by interpretować, pod warunkiem spełnienia warunków regulacyjnych, że CBD może być wykorzystywana jako składnik niektórych produktów komercyjnych. Według raportu EMCDDA potrzebne są dalsze informacje, aby dokładnie ocenić ewentualne szkody lub korzyści związane ze stosowaniem produktów z konopi indyjskich o niskiej zawartości THC. Pojawiły się obawy dotyczące siły dowodów na poparcie twierdzeń dotyczących rzekomych korzyści zdrowotnych, kwestii kontroli jakości, odpowiednich ograniczeń bezpieczeństwa i trudności w mierzeniu dawkowania. Złożone otoczenie polityczne i postrzegana szara strefa wokół legalności i promocji tych produktów mogły ułatwić szybki rozwój tego rynku. Konieczne jest znormalizowane monitorowanie dostępności i powszechności używania produktów z konopi indyjskich oraz międzynarodowe badania w celu zrozumienia tych zmian i ich ewentualnych skutków na poziomie europejskim. W raporcie EMCDDA podkreślono również obawy związane z zafałszowaniem nielegalnych produktów z konopi indyjskich syntetycznymi kannabinoidami, które mogą być bardzo silne i toksyczne. Osoby, które

uważają, że zakupiły naturalne produkty z konopi indyjskich, mogą nie wiedzieć, że produkt zawiera syntetyczne kannabinoidy i że są one narażone na większe ryzyko dla zdrowia.

Spadek liczby osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji

Dostępne dane EMCDDA wskazują, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Europie spada. Zastrzeżenie dotyczy faktu, że tylko 15 krajów (w 2015 roku lub później) oszacowało rozpowszechnienie przyjmowania narkotyków w ten sposób. Liczby te wahają się od poniżej 1 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat w Grecji, Hiszpanii, na Węgrzech i w Niderlandach do ponad 10 przypadków na 1000 osób w Estonii. We wszystkich tych krajach opioidy są zgłaszane jako narkotyk podawany drogą iniekcji, a w wielu krajach heroina była kiedyś narkotykiem związanym z iniekcjami. Może to już nie mieć miejsca. Spośród pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 2020 roku, deklarujących heroinę jako swój podstawowy narkotyk, jedynie 22% zgłosiło wstrzykiwanie jako główną drogę podania, co stanowi spadek w porównaniu z rokiem 2013 (wskaźnik był wówczas na poziomie 35%).

Wstrzykuje się także inne narkotyki, w tym amfetaminę, kokainę, syntetyczne katynony, przepisane leki opioidowe oraz inne leki. Niewiele wiemy jednak na temat prawidłowości w przyjmowaniu narkotyków drogą iniekcji oraz tego, jak różnią się one w poszczególnych krajach. Przykładowo analiza 1392 zużytych strzykawek zebranych przez sieć ESCAPE w 8 miastach europejskich w latach 2020–2021 wykazała, że w 5 miastach połowa lub więcej strzykawek zawierała substancje pobudzające. Jedna trzecia strzykawek zawierała co najmniej dwa narkotyki, co wskazuje na jednoczesne używanie wielu substancji lub ponowne używanie materiału do iniekcji, przy czym najczęstszą kombinacją było połączenie substancji pobudzających i opioidowych.

Produkcja narkotyków w Europie

W 2020 roku zlikwidowano ponad 350 nielegalnych laboratoriów produkujących narkotyki, w tym niektó-

re duże miejsca produkcji kokainy, metamfetaminy i katynonów. Z najnowszej analizy EMCDDA wynika, że dostępność kokainy w Europie pozostaje wysoka, co stanowi wiele zagrożeń dla zdrowia. W 2020 roku w UE skonfiskowano rekordową ilość 213 ton kokainy (202 tony w 2019 roku) i zlikwidowano 23 laboratoria (15 w 2019 roku).

Dostępność amfetaminy jest również wysoka i może wzrastać. W 2020 roku państwa członkowskie UE skonfiskowały rekordową ilość 21,2 ton tej substancji (15,4 tony w 2019 roku), a 78 laboratoriów produkujących amfetaminę zlikwidowano (38 w 2019 roku). W raporcie wskazano na rosnącą liczbę zlikwidowanych w Europie zakładów produkujących metamfetaminę na średnią i dużą skalę. Ostatnio w Europie zmieniła się produkcja i podaż metamfetaminy. Rozwój ten niesie ze sobą ryzyko większej dostępności tej substancji i możliwości zwiększonego wykorzystania. Liczba wykrytych laboratoriów MDMA (29) pozostała w 2020 roku stosunkowo stabilna. Ponadto zlikwidowano 15 zakładów produkujących katynony (5 w 2019 roku) oraz skonfiskowano 860 kg prekursorów chemicznych do produkcji katynonu (438 w 2019 roku). W 2020 roku w UE wykryto również nielegalne laboratoria produkujące heroinę, ketaminę, GBL i DMT. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji wiąże się z poważnymi problemami zdrowotnymi, takimi jak choroby zakaźne, przedawkowanie i zgony. Chociaż liczba osób przyjmujących heroinę drogą iniekcji spada, coraz więcej obaw budzi wstrzykiwanie większej liczby substancji, w tym amfetamin, kokainy, syntetycznych katynonów, przepisanych opioidów oraz innych leków. Szacuje się, że w 2020 roku w UE doszło do 5800 zgonów spowodowanych przedawkowaniem niedozwolonych środków odurzających. Większość tych ofiar śmiertelnych była związana z toksycznością polinarkotykową, która zazwyczaj obejmuje połączenia niedozwolonych opioidów, innych narkotyków, leków i alkoholu⁵. Oprócz dużej dostępności kokainy w Europie, doniesienia wskazują, że używanie cracku może się zwiększać i jest obecnie obserwowane wśród szczególnie zagrożonych osób zażywających narkotyki w większej liczbie miast i krajów. Crack jest zwykle wdychany, ale można go również wstrzykiwać i jego używanie związane jest z szeregiem szkód zdrowotnych i społecznych (np. choroby zakaźne i przemoc).

Sytuacja międzynarodowa: nowe wyzwania i potencjalne zagrożenia

Problemy narkotykowe w Europie mogą być kształtowane przez międzynarodowe wydarzenia. W raporcie przeanalizowano ostatnie wydarzenia w Afganistanie i Ukrainie oraz potencjalne skutki dla dziedziny narkotyków. Mimo że jest jeszcze zbyt wcześnie, aby ocenić pełen wpływ tych wydarzeń, potrzebne będzie ukierunkowane monitorowanie sytuacji, aby dostarczyć informacji na potrzeby polityki i reakcji. Pomimo wprowadzonego w 2022 roku przez talibów zakazu produkcji, sprzedaży i handlu nielegalnymi narkotykami w Afganistanie, uprawa maku wydaje się być kontynuowana. Obecne problemy finansowe w tym kraju mogą sprawić, że przychody z używania narkotyków staną się ważniejszym źródłem dochodów, co może doprowadzić do wzrostu przemytu heroiny do Europy. Inną kluczową kwestią jest to, czy Europa stanie się rynkiem konsumenckim dla metamfetaminy wytwarzanej w Afganistanie. Producenci europejscy dostarczają obecnie ten narkotyk na rynek UE. W ostatnim czasie odnotowano jednak również produkcję metamfetaminy na dużą skalę opartą na efedrynie w Afganistanie, a także wzrost liczby konfiskat tego narkotyku na niektórych trasach przemytu heroiny. Inwazja Rosji na Ukrainę w lutym 2022 roku i destabilizacja tego kraju spowodowały poważny kryzys humanitarny. Obecna sytuacja prawdopodobnie będzie miała również konsekwencje dla światowej gospodarki. W momencie sporządzania raportu EMCDDA było jeszcze zbyt wcześnie, aby ocenić wpływ tych zmian na rynek narkotykowy, używanie narkotyków lub świadczenie usług dla osób z problemami narkotykowymi, ale zmiany te już istnieją. Osoby korzystające z leczenia uzależnienia od narkotyków w Ukrainie będą stanowiły niewielką część osób poszukujących azylu w Unii Europejskiej. Klienci ci będą jednak musieli mieć zapewnioną ciągłość opieki dostosowanej do ich szczególnych potrzeb, co potencjalnie obejmować będzie także usługi świadczone w ich własnym języku. Osoby uciekające przed konfliktem prawdopodobnie doświadczą poważnego stresu psychologicznego, co sprawia, że są potencjalnie bardziej narażone na problemy związane z nadużywaniem substancji odurzających, zwłaszcza jeżeli nie są dostępne odpowiednie usługi zdrowotne i pomocnicze.

Średnio- i długoterminowe skutki wojny w Ukrainie, chociaż jeszcze nieznane, mogą mieć potencjalnie znaczące konsekwencje dla szlaków przemysłowych i funkcjonowania rynku narkotykowego, czy to poprzez tworzenie nowych, słabych punktów, czy też w wyniku działań grup zajmujących się handlem ludźmi, które starają się unikać obszarów o zwiększonej obecności pod względem bezpieczeństwa.

Według autorów raportu EMCDDA istnieje zatem pilna potrzeba oceny i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i potrzeb w zakresie wsparcia osób uciekających przed wojną w Ukrainie, które używają narkotyków. Może to spowodować dodatkową presję na istniejące usługi, zwłaszcza w państwach UE graniczących z Ukrainą. Ciągłość leczenia, usługi językowe oraz zapewnienie zakwaterowania i wsparcia socjalnego prawdopodobnie będą kluczowymi wymogami. W przyszłości średnio- i długoterminowe konsekwencje wojny mogą być potencjalnie głębokie i wymagać będą ukierunkowanego monitorowania sytuacji w celu dostarczenia informacji potrzebnych do opracowania odpowiedniej polityki i reakcji operacyjnych. Dyrektor EMCDDA Alexis Goosdeel stwierdził: „Komunikat zwrotny z tego raportu można podsumować trzema słowami: wszędzie, wszystko, każdy. Znane narkotyki nigdy nie były tak dostępne jak obecnie, a do tego pojawiają się nowe substancje o dużej sile działania. Obecnie prawie wszystko, co posiada właściwości psychoaktywne, może być narkotykiem; substancje legalne od niedozwolonych oddziela czasami cienka linia. Każdy z nas może zostać w sposób bezpośredni lub pośredni dotknięty problemem narkotykowym, ponieważ tego rodzaju problemy zaostrzają większość innych ważnych kwestii zdrowotnych i społecznych, przed którymi obecnie stoimy. Sprawozdanie to pojawia się w momencie, gdy ważne wydarzenia o wymiarze globalnym dotyczą wszystkich obszarów naszego życia. Poprzez analizę obecnych tendencji i pojawiających się zagrożeń autorzy raportu zastanawiają się, w jaki sposób zmiany te mogą wpłynąć na problemy narkotykowe w Europie w przyszłości. Jestem głęboko przekonany, że możemy zająć się złożonymi kwestiami politycznymi w dziedzinie narkotyków tylko wtedy, gdy nasze odpowiedzi będziemy opierać na wyważonej i opartej na dowodach wiedzy na temat tego problemu”.

Raport jest dostępny na stronie EMCDDA w języku polskim: https://www.emcdda.europa.eu/news/2022/6/coming-soon-european-drug-report-2022_en

Największą słabością polskich nauczycielek i nauczycieli są kompetencje miękkie. Dlatego też proces szkoleniowy, przygotowujący nauczycieli do realizacji „Projektu LUSTRO”, koncentruje się nie na samych scenariuszach, a na sposobie pracy, zadawania pytań, moderowaniu dyskusji i aktywnym słuchaniu. Te kompetencje nauczyciele uznają za niezwykle przydatne w trakcie szkolenia, a na koniec tego procesu bardzo często mówią, że umiejętności, które ćwiczyli, wydają się absolutnie niezbędne do tego, żeby sensownie prowadzić jakiegokolwiek zajęcia z młodzieżą.

PROJEKT LUSTRO – JAK POMÓC UCZNIOM I NAUCZYCIELOM W SZKOŁACH PONADPODSTAWOWYCH

Jerzy Rządcki, Stanisław Bobula

Niepubliczny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli Sophia

Ostatnie dwa lata pandemii pokazały dorosłym w sposób szczególnie dobitny, jak ważna jest troska o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży na każdym etapie ich rozwoju. W mediach znajdujemy dramatyczne doniesienia o gwałtownym wzroście depresji i samobójstw, zaś rodzice i nauczyciele grzmą na temat opóźnień edukacyjnych młodych ludzi i zagrożeń związanych z nadużywaniem urządzeń elektronicznych. Powszechnie też wskazują na okres zdalnego nauczania jako główną przyczynę owych zjawisk.

Specjaliści z kolei zwracają uwagę (znacznie ostrożniej) na narastający od wielu lat problem obniżającego się nastroju wśród młodych ludzi i towarzyszące temu problemy, jak np. wzrost liczby prób samobójczych czy poczucie samotności i bezradności nastolatków. Opierając się na prowadzonych badaniach, specjaliści kładą jednak akcent na inne źródła ryzykownych zachowań młodych ludzi i kierują naszą uwagę w stronę zjawisk trwających dłużej niż pandemia COVID-19 oraz mających wpływ mniej doraźny, a bardziej rozłożony w czasie. Tym samym groźniejszych niż sama pandemiczna izolacja i wymagających szerszego spojrzenia.

Nie wchodząc głębiej w szczegółowe wyniki poszczególnych opracowań naukowców, odsyłamy tu do prac badawczych dotyczących nastolatków, a realizowanych w minionych latach między innymi przez zespoły kierowane przez prof. Jacka Pyżalskiego czy dr. Krzysztofa Ostaszewskiego. Obaj autorzy oprócz prezentacji szczegółowych wyników dotyczących aktualnej kondycji społecznej i emocjonalnej nastolatków, zwracają

uwagę, że z jednej strony nie należy demonizować negatywnego wpływu okresu izolacji związanej z pandemią na obserwowane zjawiska, a z drugiej nie należy ich opierać na swobodnych tezach, które nie znajdują potwierdzenia w badaniach.

Wydaje się, że okres pandemii i izolacji społecznej z nią związanej nie tyle bowiem spowodował wzrost problemów, co raczej ujawnił je, nasilił i wyeksponował, pozwalając dostrzec je szerszej publiczności. Szczególną ekspozycję obserwujemy dzięki nagłośnieniu ujawniających się zjawisk przez media oraz wzrostowi niepokoju rodziców i nauczycieli, obserwujących z nowej perspektywy ryzykowne zachowania młodych ludzi i towarzyszące temu problemy.

Ta sytuacja sprzyja publicznej dyskusji dotyczącej generalnie edukacji nastolatków. Niestety, wydaje się, że w tej dyskusji uwadze umykają zidentyfikowane znacznie wcześniej, ale wciąż niedoceniane przez dorosłych odpowiedzialnych za przygotowanie młodzieży do dorosłego życia, czynniki ryzyka. Czynniki wpływające zarówno na wzrost liczby zachowań ryzykownych wśród młodych ludzi, jak i na rozszerzanie się spektrum tych zachowań.

Badacze zjawisk towarzyszących uczniom w szkołach zwracają uwagę między innymi na takie czynniki obecne w nich już wcześniej, a uwypuklone przez czas pandemii, jak:

- negatywny stosunek uczniów do szkoły i obowiązków szkolnych podsycany niepewnością, brakiem poczucia sensu i celu, którym równolegle towarzyszy ogólnie zła kondycja psychiczna nauczycieli i ich słaby

poziom przygotowania do radzenia sobie z nowymi wyzwaniami;

- poczucie bezradności nastolatków wobec wyzwań związanych z aktualną sytuacją społeczną, polityczną i klimatyczną, pogłębione brakiem zrozumienia ze strony dorosłych dla postaw dzieci oraz konfliktami z tego wynikającymi, charakterystycznymi dla wieku burzliwymi relacjami rówieśniczymi i poczuciem odrzucenia i samotności;
- przeniesienie bezpośrednich kontaktów młodych ludzi z dorosłymi i rówieśnikami do form komunikacji zastępczej, gdzie rozwijane wprowadzają się wybiórcze kompetencje komunikacyjne i społeczne, lecz jednocześnie marginalizowane są kompetencje niezbędne w relacjach bezpośrednich;
- wygórowane i nieadekwatne oczekiwania, wyrażające się w charakterystycznym dla wieku krytycznym stosunku do siebie i otoczenia, którym towarzyszą często nadmierne oczekiwania dorosłych;
- niska samoocena, niski poziom oczekiwania sukcesu i skłonność do przywoływania głównie niepowodzeń i odwoływania się do nich jako dowodu swojej niedoskonałości;
- pozytywne oczekiwania dotyczące skutków picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych, traktowanych funkcjonalnie jako panaceum na frustrację;
- skupianie uwagi na obserwowanych u rówieśników przejawach aprobaty dla używania substancji psychoaktywnych i towarzysząca temu podatność na wpływy.

W efekcie na pierwszy plan wysuwają się takie zjawiska i problemy, jak:

1. Osłabione więzi uczniów ze szkołą, wyrażające się z jednej strony w osłabionym poczuciu bezpieczeństwa w relacjach z rówieśnikami, niskim poziomie współpracy i wzajemnych relacji w szkole oraz w niskim poziomie identyfikacji z zespołem klasowym. Z drugiej strony w braku poczucia bezpieczeństwa w relacji z nauczycielami, w obniżonym poziomie zaufania do nauczycieli i w poczuciu braku systematycznego i długofalowego wsparcia ze strony dorosłych.
2. Zakłócona socjalizacja nastolatków (mniej kreowanych w szkole sytuacji, w których modelowane są przez dorosłych postawy oraz umiejętności prospołeczne, a co za tym idzie zmniejszony poziom

doświadczenia i uczenia się tych postaw przez uczniów). Wynika to między innymi ze zmniejszającego się udziału różnorodnych doświadczeń związanych z bezpośrednim kontaktem osobistym z rówieśnikami i dorosłymi.

3. Istotne zwiększenie liczby nastolatków przejawiających lub deklarujących obniżony poziom nastroju związany z krytycznym sposobem myślenia o sobie (przewagą myśli negatywnych nad pozytywnymi) i wzrost grupy uczniów z obniżonym poczuciem własnej wartości (niezaspokojonymi potrzebami przynależności, kompetencji, wpływu i szlachetności) wymagających coraz bardziej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a czasem psychiatrycznej.
4. Ujawnianie się coraz większej grupy uczniów dotkniętych lękami wynikającymi z braku pewności siebie powiązanej z jednej strony z charakterystycznymi procesami rozwojowymi okresu dorastania, a z drugiej ze wzrastającymi oczekiwaniami ze strony świata dorosłych. Jednocześnie wraz z trudnościami izolacyjnymi narasta deficyt planowych i systematycznych działań dorosłych służących do racjonalnej samorefleksji i sprzyjających samorozumieniu i uczeniu się np. technik radzenia sobie ze stresem i silnymi emocjami.

Nowy program profilaktyki uniwersalnej

Jedną z propozycji będących odpowiedzią na aktualną sytuację i wyzwania jest nowy program profilaktyki uniwersalnej adresowany do nauczycieli i uczniów szkół ponadpodstawowych pod nazwą „Projekt LUSTRO”. Głównym celem programu „Projekt LUSTRO” jest zmniejszenie skali występowania ryzykownych zachowań oraz problemów zdrowia psychicznego wśród uczniów danej klasy (lub szkoły przy powszechnej realizacji programu w placówce) poprzez wspieranie rozwoju i wzmacnianie czynników chroniących. Tych czynników, które odpowiadają wprost na aktualne wspomniane zjawiska i problemy.

Program powstał na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach dotacji konkursowej. W procesie tworzenia był konsultowany z ekspertami, mającymi doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć profilaktycznych oraz był pilotażowo realizowany i analizowany przez

nauczycielki dziesięciu szkół ponadpodstawowych z terenu Polski. Był także ewaluowany w trakcie procesu pilotażu. Oprócz wyrażenia opinii o programie uczniowie mieli także wpływ na jego ostateczną nazwę. Najciekawszym pomysłem okazała się nazwa „Projekt Lustro”, ponieważ zdaniem uczniów w trakcie trwania programu zobaczyli oni siebie w zwierciadle swoich rówieśników.

Na pierwszy rzut oka program „Projekt Lustro” stanowi zestaw gotowych scenariuszy zajęć z uczniami, przeznaczony do realizacji w pierwszych trzech klasach szkoły ponadpodstawowej przez nauczyciela pracującego na co dzień z daną klasą i prowadzącego lekcje wychowawcze. Zawiera także scenariusze spotkań z rodzicami uczniów uczestniczących w programie.

Zestawy scenariuszy zostały tak opracowane, by stanowiły spójną całość, uwzględniając w kolejnych spotkaniach treści wspierające młodych ludzi w radzeniu sobie z bieżącymi wyzwaniami. Całość biorąc pod uwagę charakterystyczne dla wieku potrzeby i dynamiczne procesy wynikające z neurobiologicznych zmian zachodzących w mózgu nastolatków i z etapów rozwojowych, tak znacznie odróżniających zachowania i postawy uczniów w kolejnych latach nauki w szkole ponadpodstawowej. Całość wspierającą rozwój grupy rówieśniczej i wykorzystującą wiedzę o rozwoju grupy do wzmocnienia więzi i budowania bezpiecznego środowiska nauki i rozwoju. Program nie osiąga rezultatów dzięki zrealizowaniu konkretnych zajęć, lecz poprzez objęcie uczniów systematycznie realizowanymi spotkaniami oddziaływującymi jako całość.

Pisząc „całość”, mamy na myśli nie tylko zestaw świadomie ułożonych tematów zajęć i dobranych form, lecz przede wszystkim spójność pomiędzy celami programu a postawą osoby prowadzącej zajęcia. „Projekt Lustro” nie jest bowiem wyłącznie zestawem scenariuszy. To przede wszystkim specyficzna forma i atmosfera zajęć oparta na kompetencjach komunikacyjnych i pedagogicznych prowadzącego oraz świadomym doborze oddziaływań.

W pierwszym roku programu głównym celem podczas zajęć jest budowanie klasy jako zespołu, uczenie współpracy opierającej się na kooperacji przy jednoczesnym unikaniu zachowań rywalizacyjnych. Wspieranie procesu integracji i wzmocnianie więzi pomiędzy

uczniami, pomiędzy uczniami i nauczycielami oraz więzi uczniów z placówką jako całością (jej celami, wartościami i tradycjami). Zestawy scenariuszy na pierwszy rok zakładają także umiejętności związane z konstruktywnym rozwiązywaniem problemów (nie jest to w programie ukazane dosłownie, jednak bazą jest tutaj komunikacja oparta na Porozumieniu bez Przemocy – NVC), oraz pomaganiem sobie nawzajem. Scenariusze pojawiające się w pierwszym roku realizacji programu nie mają charakteru tylko i wyłącznie interpersonalnego. Wymiar intrapersonalny pojawia się w kontekście budowania własnych celów, rozmowach o swoich mocnych stronach oraz obawach dotyczących najbliższej przyszłości.

Ten intrapersonalny wymiar ma szczególne znaczenie, ponieważ kładzie akcent na to, by młodzi ludzie mieli okazję wzajemnie słuchać się, obserwować i polemizować, aby lepiej zrozumieć jednocześnie siebie samych i rówieśników. Ważna jest tu także nie tylko treść scenariuszy, ale sposoby pracy z młodymi ludźmi, opierające się na pracy w parach i w małych grupach, na wspólnych dyskusjach, swobodnej wymianie myśli i przede wszystkim zadawaniu przez nauczycieli prowadzących zajęcia świadomych otwartych pytań, dzięki którym proces jest pogłębiany. Podstawą jest tu postawa nauczyciela prowadzącego zajęcia, który pozwala na różnorodne, także kontrowersyjne wy-

Wypowiedzi nauczycieli zaczerpnięte z badań ewaluacyjnych programu:

- *tematy proponowanych w programie zajęć zmniejszały dystans między nauczycielami i uczniami;*
- *pojawiła się głębsza relacja wynikająca ze zdobycia wiedzy o uczniach z różnych obszarów;*
- *program pomógł lepiej się wzajemnie zrozumieć;*
- *zwiększyła się moja czujność, uważność na uczniów, na sposób postrzegania przez nich świata i ich poglądów;*
- *lepiej rozumiem ich wartości, potrzeby i reakcje;*
- *widzę, że uczniowie rozmawiają z sobą w nowych i różnych konfiguracjach;*
- *uczniowie są bardziej otwarci:*
 - *przepraszają się, gdy zostały przekroczone granice;*
 - *zaczęli o siebie dbać;*
 - *zwracają na siebie uwagę, okazują zrozumienie i lepiej się komunikują;*
 - *nauczyli się siebie słuchać.*

powiedzi, a potem za pomocą pytań tworzy przestrzeń do wzajemnych polemik i sporów. W rezultacie po pierwszym roku pracy tworzą się w klasie podwaliny wzajemnego zaufania pomiędzy samymi uczniami oraz uczniami i nauczycielami, a także pomiędzy nauczycielami i rodzicami.

Doświadczenie wynikające z relacji nauczycieli pokazuje, że to zaufanie procentuje w taki sposób, iż uczniowie przychodzą do prowadzących zajęcia nauczycieli z problemami (sytuacjami), z którymi zazwyczaj się nie zgłaszali (szczególnie w pierwszej klasie szkoły ponadpodstawowej, gdy dominująca jest nowość miejsca i ludzi, nieznane wyzwania i niepewna przyszłość). A to w sytuacji wspomnianej wcześniej epidemii, obniżonego nastroju i innych problemów młodzieży jest z profilaktycznego punktu widzenia niezwykle ważne. Bo my, dorośli, możemy pomóc, ale dopiero wtedy, gdy dowiemy się o problemie. Przykładem takiego działania programu może być doświadczenie nauczycielki z jednego z liceów w Sopocie, gdy w wyniku scenariusza zajęć dotyczącego tematu obaw dostrzegła poważne problemy uczniów, a dzięki zachęceniu ich do dzielenia się ich obawami i lękami można było wesprzeć pewnego ucznia i zatrzymać proces przemocy domowej w jego rodzinie.

Sami nauczyciele prowadzący zajęcia w ramach „Projektu Lustro” zauważają, że lepiej rozumieją młodzież, więc łatwiej im się z nią pracuje. Z doświadczeń programu wynika, że warsztatowe metody pracy wpisane w „Projekt Lustro” nauczyciele bardzo często wykorzystują w pracy dydaktycznej na swoich lekcjach przedmiotowych. Wynika to z faktu, że widzą, jak bardzo są one atrakcyjne dla młodych ludzi, jak skutecznie zwiększają zaangażowanie i motywację, a przy okazji, jak tworzą warunki do wzajemnych interakcji w bezpośrednich relacjach i jak wspierają rozwój umiejętności komunikacyjnych i społecznych.

Warto też zacytować wpis jednej z nauczycielek zamieszczony na grupie dyskusyjnej programu „Projekt Lustro” na Facebooku: *Klasa pierwsza. Scenariusz: Rozmawiamy o naszych mocnych*

Wypowiedzi uczniów na temat pozytywnego wpływu udziału w zajęciach programu zawarte w badaniu ewaluacyjnym po realizacji zajęć:

- *poznałam lepiej problemy innych; program był świetną okazją do wysłuchania perspektywy innych;*
- *dzięki programowi słyszałam wypowiedzi moich kolegów i koleżanek, poznałam ich poglądy i byłam w stanie lepiej zrozumieć ich samych;*
- *dostrzegliśmy swoje pozytywne cechy, o których wcześniej nie mieliśmy świadomości;*
- *zaczęliśmy nawzajem akceptować siebie i swoje poglądy;*
- *pomógł nam w nawiązywaniu kontaktów z innymi i otworzył nas na świat;*
- *nauczyliśmy się pracy w grupach i lepiej zrozumieliśmy się nawzajem;*
- *wreszcie mogliśmy usłyszeć pozytywne słowa od naszych kolegów;*
- *poznaliśmy więcej przykładów, jak sobie radzić z problemami;*
- *dostrzegam, że ludzie mają problemy podobne do moich;*
- *zrozumiałem, że potrzeba celu w życiu, żeby nie mieć problemów np. z depresją;*
- *warsztaty pozwoliły mi uzyskać wiele nowych narzędzi przydatnych w rozwiązywaniu problemów;*
- *podczas programu uczymy się określać swoje zdanie oraz indywidualny system wartości, co pomaga w pokonywaniu wszelkiego typu trudności;*
- *nauczyłam się podejmowania odpowiednich decyzji w odpowiednim czasie;*
- *lekcje nauczyły nas tego, aby najpierw przeanalizować sytuację i nie podejmować decyzji zbyt szybko;*
- *ważne było dla mnie wyodrębnianie korzyści i konsekwencji danego działania, którego dokonywaliśmy na podstawie rozmowy (często też własnych doświadczeń);*
- *skłoniło nas to do myślenia i uświadomiło, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach;*
- *jestem bardziej stanowcza;*
- *nauczyłam się rozpoznawać emocje;*
- *łatwiej zobaczyć, że ktoś ma problem;*
- *analizowanie ciągu przyczynowo-skutkowego (co z czego wynika);*
- *wiele z nas rozumie już swoje emocje i ma sposoby na radzenie sobie z nimi;*
- *uświadomienie sobie faktu, iż każdy może radzić sobie z daną rzeczą inaczej;*
- *zrozumienie, że mamy prawo do różnych emocji i nie są to złe rzeczy;*
- *zmieniło moje myślenie na problem uzależnienia.*

stronach. Ćwiczenie: *List na smutne dni*. Podczas realizacji tego ćwiczenia zaobserwowałam niebywałe zaangażowanie uczniów oraz ich entuzjazm, wzruszenie i pozytywne emocje podczas czytania wpisów. Dwa dni później podziękowania ze łzami w oczach od jednego z rodziców. „Dziękuję Wam za ten scenariusz. Dziękuję za to ćwiczenie”. Doświadczenie bezcenne. Nauczycielka E.E.

Kolejne lata programu to dalsze wzmacnianie zespołu klasowego i rozwijanie zagadnień uwzględniających zarówno procesy grupowe w klasie, jak i potrzeby rozwojowe wynikające z kolejnych etapów dojrzewania nastolatków. Wprowadzane są zagadnienia związane z rozumieniem uczuć i dostrzeganiem związanych z nimi potrzeb, sposobami radzenia sobie ze stresem, złością oraz doskonaleniem umiejętności komunikacyjnych. W programie inicjowane są dyskusje dotyczące przemocy (w tym cyberprzemocy) i sposobów reagowania na nią, ćwiczenia dotyczące krytycznego myślenia (szczególnie w kontekście fake newsów oraz umiejętności weryfikowania informacji), dbałości o własne zdrowie oraz zagrożenia związane ze zmianami klimatu. W ostatnim roku, kiedy uczniowie są mentalnie przygotowani na tę tematykę, zapraszani są do rozmów o wartościach, poruszane są z nimi kwestie dylematów moralnych i związanych z nimi decyzji. Ważnym elementem są także strategie profilaktyczne zawarte w scenariuszach dotyczących procesów uzależniania się i stosunku do środków psychoaktywnych na etapie wchodzenia w dorosłość.

Każdy rok jest zakończony podsumowaniem wspólnej pracy i tego, co grupa i jej poszczególni członkowie osiągnęli. Pewnego razu prowadziłem zajęcia dla maturzystów na temat motywacji do nauki oraz efektywnych sposobów uczenia się. W pewnym momencie zaczęliśmy rozmawiać o wartościach, abym mógł w następnej kolejności pokazać im, że w motywacji kluczowe jest osadzenie jej na tym, co jest dla nas ważne. Jakież było moje zdziwienie, gdy jeden z uczniów klasy maturalnej zapytał mnie: „A skąd ja mam wiedzieć, co jest dla mnie ważne?”. Zaniemówiłem, co w mojej pracy nie często się zdarza. Pojawiła mi się przede wszystkim myśl dotycząca tego, iż ten młody człowiek przeszedł przez całą szkołę podstawową i średnią (co daje w sumie 12 lat) i nie miał okazji zastanowić się nad tym, co jest dla niego w życiu ważne...

Uczniowie uważają, że ich udział w zajęciach przyczynił się do lepszego rozumienia samych siebie oraz rówieśników, że pozwolił im dostrzec swoje mocne strony, zastanowić się nad tym, co jest dla nich w życiu ważne oraz poprawić wzajemną komunikację. 90,9% uczniów, którzy wzięli udział w programie chętnie by polecili innym młodym ludziom udział w takim przedsięwzięciu.

Szkolenie nauczycieli

Kluczowym elementem oddziaływania profilaktycznego programu jest proces szkoleniowy przygotowujący realizatorów programu. Podczas treningów umiejętności prowadzonych przez autorów uczestnicy uczą się umiejętności niezbędnych do realizacji celów programu. Poznają wiedzę na temat procesów grupowych zachodzących w grupie rówieśniczej i uczą się, jak ją wykorzystać dla wspierania procesu dojrzewania uczniów. Zapoznają się z wiedzą dotyczącą dynamicznych zmian, zachodzących w rozwoju uczniów i uczą się sposobu prowadzenia zajęć, który wspiera te procesy bez zbędnej konfrontacji czy konfliktów. Poznają techniki prowadzenia dialogu sokratejskiego, pozwalającego nie tylko inspirować rozwój, ale także towarzyszyć młodym ludziom w ich troskach, a w razie potrzeby prowadzić rozmowy wspierające i podnoszące poziom nastroju.

Co istotne, proces szkoleniowy związany z szybkim wdrażaniem przez realizatorów programu w ich szkołach, sprzyja nie tylko procesom wychowawczym

W trakcie zajęć dotyczących mocnych stron z dużym napięciem czekam na sam ich koniec, kiedy to uczennice i uczniowie zaglądają do swoich „listów na smutne dni”, w których inne osoby z klasy napisały coś dobrego o nich. Ten moment, w którym poszczególne osoby otwierają list i zaczynają czytać i na ich twarzach pojawia się momentalnie uśmiech. Pewnego razu prowadziłem te zajęcia w szkole ponadpodstawowej dla niesłyszących. Wychowawczyni miała duże obawy, co do przebiegu i efektów zajęć, ponieważ osoby głuche lub niedosłyszące mają problem z przelewaniem swoich myśli na papier. Znając siłę tych zajęć, byłem przekonany, że będzie dobrze. I faktycznie – każda osoba po otwarciu swojego listu uśmiechnęła się w taki piękny, naturalny sposób.

i dydaktycznym, ale wpływa także na wzmocnienie kondycji samych nauczycieli.

Nauczyciele, bardzo często zmęczeni, wypaleni, nie czują się docenieni przez społeczeństwo (zarówno w kontekście finansowym, jak i prestiżu zawodowego). Często nie mają już sił na realizację programów profilaktycznych i w związku z tym chętnie powierzają takie zadania specjalistom zewnętrznym. Tymczasem warto zwrócić uwagę na to, iż paradoksalnie nauczyciele, którzy przeszli przez proces szkoleniowy, mają o wiele mniej pracy, ponieważ nie tylko otrzymują gotowe scenariusze, pozwalające im prowadzić systematyczną pracę profilaktyczną podczas lekcji wychowawczych, ale przede wszystkim zdobywają kompetencje pozwalające na skuteczne motywowanie uczniów, podnoszenie jakości wychowania i edukacji i wreszcie częściej doświadczają szybkiej informacji zwrotnej związanej ze skutecznością ich oddziaływań, co w znacznej mierze wspiera profilaktykę wypalenia zawodowego pedagogów. Przykładem mogą być choćby cytowane w tym artykule wypowiedzi uczniów i nauczycieli.

Wzmacnianie kompetencji miękkich

W europejskich badaniach TALIS polscy nauczyciele pod względem merytorycznym niczym nie ustępują swoim zagranicznym kolegom i koleżankom. To, co jest jednak największą słabością polskich nauczycielek

Na jednym z kongresów OSKKO miałem okazję uczestniczyć w dyskusji panelowej na temat budowania relacji w szkole. Wyjątkowość tego panelu polegała na tym, iż publiczność mogła się także włączyć do dyskusji nie tylko poprzez zadawanie pytań panelistom, ale też odpowiadając na pytania. Tak się złożyło, że na sali pojawili się uczniowie z jednego z toruńskich liceów. Jeden z uczniów zabrał głos i to, co powiedział mocno mnie poruszyło i jestem pewien, że jego wypowiedź zapamiętamy na zawsze. A wyglądała ona mniej więcej tak: „Kiedy byłem w szkole podstawowej, to nasza wychowawczyni nie robiła godzin wychowawczych, które uważała za stratę czasu. Dzięki temu mieliśmy dodatkową godzinę matematyki, tyle że ja z dzisiejszej perspektywy, bardzo tego żałuję, bo my, uczniowie, bardzo potrzebujemy rozmów z nauczycielami, a godziny wychowawcze są najlepszą ku temu okazją”.

i nauczycieli, to kompetencje miękkie. Dlatego też proces szkoleniowy, przygotowujący nauczycieli do realizacji „Projektu Lustro”, koncentruje się nie na samych scenariuszach, a na sposobie pracy, zadawania pytań, moderowaniu dyskusji i aktywnym słuchaniu. Te kompetencje nauczyciele uznają za niezwykle przydatne w trakcie szkolenia, a na koniec tego procesu bardzo często mówią, że umiejętności, które ćwiczyli przez cały ten czas, wydają się niezbędne do tego, żeby sensownie prowadzić jakiekolwiek zajęcia z młodzieżą. Młodzi ludzie, mówiąc o swoich problemach podczas zajęć, często nawiązują do tego, że ich relacje z rodzicami są trudne i rzadko kiedy opierają się na zaufaniu i wzajemnym zrozumieniu. Dlatego też w „Projekcie Lustro” zaproponowaliśmy scenariusze zajęć dla rodziców, które może zrealizować nauczyciel prowadzący zajęcia z uczniami. Jednym z najważniejszych elementów tych scenariuszy jest zapoznanie się rodziców z etapami rozwoju nastolatka, dzięki czemu mogą oni mieć więcej zrozumienia dla tego, z czym na co dzień spotykają się w związku z zachowaniem młodego człowieka. Materiały te pozwalają zobaczyć też „światelko w tunelu”, ponieważ pokazują naturalną ścieżkę rozwojową, dając rodzicom szansę na zrozumienie aktualnych zachowań ich dzieci i nadzieję na to, że za jakiś czas relacje z nastolatkiem będą lepsze. Program zakłada, że nauczyciel prowadzący zajęcia może rodzicom proponować udział w zajęciach opartych na scenariuszach, które są przeznaczone dla uczniów i uczennic, dzięki czemu rodzice mogą doświadczyć nie tylko atmosfery zajęć, ale również poznać treści i trenować umiejętności oferowane ich dzieciom.

Program „Projekt Lustro” zakłada nie tylko realizację oddziaływań profilaktyczno-rozwojowych adresowanych do uczniów, ale także wpływa na intensyfikację systematycznych działań profilaktycznych w szkole oraz budowanie pomostu pomiędzy doświadczeniami uczniów i rodziców, może stanowić doskonałe narzędzie wspierające pracę wychowawczo-profilaktyczną nauczycieli w szkołach ponadpodstawowych. O takim wpływie mówią nauczyciele ze szkół realizujących program. Zainteresowanych nauczycieli odsyłamy na stronę internetową www.projektlustro.pl oraz Facebook, gdzie znaleźć można więcej informacji na temat programu oraz materiały dotyczące doświadczeń nauczycieli.

„Loguj się z głową!” to program edukacyjno-profilaktyczny, dzięki któremu wzrastać ma bezpieczeństwo dzieci i młodzieży używającej cybermediów. Jest to szczególna propozycja: z jednej strony program powstał, odwołując się do profilaktyki opartej na nauce i korzystając z badań ewaluacyjnych, z drugiej zaś w możliwie dużym stopniu przystosowany został do masowego wdrażania w szkołach, w zasadzie bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów finansowych. Program jest adresowany do szerokiego grona odbiorców. Mogą w nim uczestniczyć dzieci w wieku od 7 lat aż po osoby w okresie późnej adolescencji. Projekt powstał z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a program opracowała Fundacja Poza Schematami¹.

„LOGUJ SIĘ Z GŁOWĄ!” – OFERTA SZYTA NA MIARĘ

Marcin J. Sochocki
Fundacja Poza Schematami

Program w skrócie

„Loguj się z głową!” jest projektem z zakresu profilaktyki uniwersalnej dotyczącej problemów wiążących się z niewłaściwym używaniem nowych mediów. Podobnie jak inne programy Fundacji, odwołuje się on do następujących wiodących strategii profilaktycznych: kształtowanie umiejętności życiowych oraz rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców/opiekunów, w tym aktywne ich angażowanie w aktywności profilaktyczne kierowane do dzieci. Ponadto wykorzystywane są strategie uzupełniające: informacyjna oraz kształtowanie odporności na wpływy społeczne.

Dobierając czynniki chroniące i ryzyka bazowano także na wcześniej zrealizowanych projektach Fundacji. Czynniki chroniące wzmacniane w programie to: stabilność emocjonalna, konstruktywne relacje z rówieśnikami, wsparcie rodziców, monitorowanie zachowań dziecka przez rodziców. Z kolei lista czynników ryzyka, które poprzez program mają być ograniczane to: deficyty kontroli nad impulsami, odrzucenie rówieśnicze, wybrane, negatywne wzory socjalizacyjne (środowisko rodzinne i/lub rówieśnicze), dostępność stron internetowych z treściami szkodliwymi dla dzieci, niedostateczne kompetencje psychospołeczne młodych odbiorców oraz niedostateczne kompetencje wychowawcze rodziców.

Program tworzą 4 moduły przeznaczone dla następujących grup wiekowych:

- uczniowie klas I-III szkół podstawowych,
- uczniowie klas IV-VI szkół podstawowych,
- uczniowie klas VII-VIII szkół podstawowych,

- uczniowie szkół ponadpodstawowych
- oraz rodzice wyżej wymienionych grup.

Program składa się ze scenariuszy zajęć. Każdy scenariusz adresowany do wymienionych wyżej grup docelowych składa się z 4 godzin zajęć z uczniami oraz 2 godzin zajęć z rodzicami (opiekunami). Program może być stosowany w szkołach i placówkach systemu oświaty. „Loguj się z głową!” w całości dostępny jest na stronie: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/loguj-sie-z-glowa-czyli-jak-bezpiecznie-korzystac-z-internetu>

Diagnoza

Opracowanie programu zostało poprzedzone diagnozą wskazującą na potrzebę realizacji projektu. Diagnozę oparto przede wszystkim na przeglądzie badań i statystyk dotyczących problematyki, do której odnosić się miał program. Korzystano ze źródeł polskich i anglojęzycznych. Wykazano, że istnieje duża potrzeba kierowania działań edukacyjno-profilaktycznych zarówno do dzieci i młodzieży na różnych etapach ich rozwoju i edukacji, jak i do ich najbliższego otoczenia – rodziców i opiekunów. Przyjeliśmy, że powinny one być przy tym skoncentrowane na rozwoju dzieci i młodzieży oraz na korzystaniu z zasobów ich środowisk.

Swoistym uzupełnieniem dokonanej diagnozy i zarazem jej częściowym potwierdzeniem były wyniki późniejszych badań, które przeprowadziliśmy, opracowując program. Były to pomiary ankietowe zrealizowane w 2019 roku wśród uczniów uczestniczących w zajęciach „Loguj się z głową!”.

Wyraźna większość pytaných korzystała z nowych mediów (por. tabela poniżej). Bartłomiej Walczak zauważył w raporcie, że „interesująco wygląda kwestia kont w mediach społecznościowych. Deklaruje je 39% siedmiolatków, wśród dziesięciolatków odsetek ten wzrasta do 2/3. W grupie jedenasto- i dwunastolatków, a zatem w wieku bezpośrednio poprzedzającym formalną możliwość utworzenia takiego konta, posiadanie profilu w *social mediach* deklarowało blisko 90% badanych”². Rezultaty te ilustrują potrzebę prowadzenia programów takich jak „Loguj się z głową!”.

Tabela 1. Odsetek dzieci uczestniczących w zajęciach „Loguj się z głową!” korzystających z nowych mediów.

Korzystanie z nowych mediów	Tak		Nie		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Telefon komórkowy, smartfon	673	95,3	33	4,7	706	100
Tablet	385	55,6	307	44,4	692	100
Komputer z dostępem do internetu	642	91,6	59	8,4	701	100
Konto na portalu społecznościowym	584	83,0	120	17,0	704	100

Etap I

Przygotowywanie programu podzielono na kilka etapów. Pierwszym było opracowanie pilotażowej wersji programu i przeprowadzenie ewaluacji formatywnej. Działania te zrealizowano w 2018 roku.

Na tym etapie przyjęto zasadnicze cele programu w odniesieniu do uczniów i ich rodziców. W przypadku pierwszej grupy obejmowały one podniesienie kompetencji z zakresu zarządzania swoimi emocjami, samopoznania, komunikacji interpersonalnej oraz zasad bezpiecznego korzystania z mediów elektronicznych. Cele dotyczące rodziców (opiekunów) obejmowały podniesienie wiedzy na temat wpływu mediów elektronicznych na rozwój ich dzieci oraz zasad bezpiecznego korzystania z cybermediów. Ponadto rodzice mieli zdobywać wiadomości na temat konsekwentnego wyznaczania zasad i ich przestrzegania w relacjach z dziećmi, w tym zasad korzystania z mediów elektronicznych.

W 2018 roku opracowano strukturę programu i sposoby oddziaływań. Jak wspomniano, program przeznaczony jest do realizacji w szkołach. Najlepiej w formie spotkań raz w tygodniu. Ważne bowiem jest, aby uczestnicy mieli możliwość zdobycia doświadczeń – skonfrontowania zdobywanych podczas zajęć kompetencji w codziennym życiu. Ponadto niekiedy potrzebny jest czas na wykonywanie „zadań domowych”, czyli specjalnie przygotowanych aktywności profilaktycznych dla młodszych dzieci i ich rodziców. Każdy „scenariusz

zawiera informacje dotyczące celów realizowanych zajęć, materiałów koniecznych do ich przeprowadzenia oraz szczegółowy plan realizacji zajęć wraz z praktycznymi wskazówkami dla realizatora, niezbędnymi do ich wdrożenia. Do wybranych scenariuszy zostały opracowane karty pracy dla uczniów. Scenariusze zawierają ćwiczenia indywidualne i grupowe, które mają być atrakcyjne dla danej grupy wiekowej”³.

Ewaluację zrealizowano za pośrednictwem badań jakościowych, które przeprowadził dr Marcin Jewdokimow. Ich celem było zgromadzenie ocen i ewentualnych propozycji modyfikacji dotyczących materiałów edukacyjnych. Badanie zrealizowano za pomocą dwóch wywiadów grupowych (z dwiema grupami nauczycieli – w każdej po 8 osób, w sumie 16 respondentów), w ramach których przedstawiono wybrane materiały i poddawano je ocenie w trakcie dyskusji. Wybór tej techniki podyktowany był przede wszystkim możliwością uzyskania wielu informacji we względnie niedługim czasie, weryfikowania na bieżąco (w trakcie badania) różnych pojawiających się opinii (lub wyjaśniania wątpliwości) i konfrontowania (także na bieżąco) wstępnych propozycji modyfikacji broszur, grafik itp. Wywiady dostarczyły szeregu szczegółowych informacji, które odnosiły się do wybranych fragmentów materiałów. Wyniki zostały zaprezentowane w osobnym raporcie. Raport stał się przedmiotem dyskusji w gronie autorek scenariuszy i posłużył do wprowadzenia modyfikacji.

Dyskusja w gronie osób przygotowujących program nad wynikami ewaluacji stanowiła jeden z jej ważnych elementów. Ustalono, że program należy dalej opracowywać, opierając się na uprzednio wybranych strategiach profilaktycznych. Generalnie uznano też, że przygotowując treści materiałów, dokonano trafnej operacjonalizacji czynników ryzyka i czynników chroniących, do których odwołuje się program. Pierwszy etap realizacji projektu dobiegł końca wraz z przygotowaniem kompletu pilotażowych wersji materiałów do realizacji programu w grupach docelowych.

Etap II

Kolejny, zrealizowany w pierwszej połowie 2019 roku, etap projektu rozpoczął się od druku wszystkich materiałów potrzebnych do wdrożenia „Loguj się z głową!” wraz z równoczesną rekrutacją realizatorów zajęć w szkołach i zainicjowaniem następnego procesu ewaluacji.

W marcu 2019 roku zorganizowano dwa dwugodzinne spotkania organizacyjno-informacyjne dla realizatorów

wdrażających pilotażową wersję programu. Spotkania miały na celu przekazanie informacji o warunkach wdrożeń, zasadach sprawozdawania projektu itp. Następnie, w drugim semestrze roku szkolnego 2018/19, zostało przeprowadzonych łącznie 40 pilotażowych wdrożeń. W programie uczestniczyło 30 klas ze szkół podstawowych i odpowiadających im poziomem klas gimnazjalnych: 10 klas I-III, 10 klas IV-VI, 7 klas VII-VIII, 3 klasy III gimnazjum. Pozostałych 10 wdrożeń odbyło się w szkołach ponadpodstawowych (2 grupy w liceach, 8 grup w zespołach szkół technicznych). W zajęciach uczestniczyło 714 uczniów oraz 655 rodziców. Każdy realizator, odpłatnie, przeprowadził łącznie 6 godzin zajęć, w tym 4 z uczniami oraz 2 z rodzicami (opiekunami). Wdrożeniom towarzyszyły badania ewaluacyjne, których celem było poznanie ocen na temat programu dokonywanych przez uczniów i rodziców. Badania przeprowadzono za pośrednictwem ewaluacji *ex post* z wykorzystaniem audytoryjnych pomiarów ankietowych (realizowanych bezpośrednio po zakończeniu cykli zajęć).

Badania miały także za zadanie poznanie opinii i uwag realizatorów „Loguj się z głową!” dotyczących struktury i zawartości merytorycznej programu w powiązaniu z monitoringiem wdrażania poszczególnych elementów zajęć – ewaluacja procesu. Tę część badań prowadzono za pośrednictwem kart realizacji zajęć prowadzonych przez realizatorów (wypełnianych bezpośrednio po zakończeniu poszczególnych wdrożeń). Ewaluacją objęto wszystkie realizacje programu z uczniami i rodzicami (opiekunami). Jak zauważył w podsumowaniu rezultatów B. Walczak: „zebrane dane wskazują na bardzo wysoką ocenę programu we wszystkich wymiarach i we wszystkich grupach wiekowych. Niemniej im starsi uczniowie, tym większy krytycyzm, przy czym nawet wśród badanych ze szkół ponadpodstawowych zdecydowanie przeważały pozytywne informacje zwrotne”³⁴. Zajęcia zostały także wysoko ocenione przez rodziców. Respondenci „(...) ze wszystkich wyróżnionych kategorii powszechnie: dostrzegali związek pomiędzy udziałem w zajęciach a przyrostem wiedzy odnośnie do zagadnień omawianych w programie; odnotowywali korzystny klimat zajęć; pozytywnie oceniali wiedzę zaprezentowaną przez osoby prowadzące; wysoko oceniali ogólną jakość programu; nie zgłaszali propozycji modyfikacji zajęć”³⁵.

Etap III

Ostatnia część projektu rozpoczęła się w lipcu 2019 roku i obejmowała przygotowanie końcowej wersji programu

gotowej do ogólnopolskiego wdrożenia. Niespodziewanie dla nas etap III został nieco rozbudowany. Z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii „Loguj się z głową!” poddano wnikliwej recenzji. Jej skutkiem było wprowadzenie pewnych modyfikacji, a program, jak poinformowano, „uzyskał opinię programu spełniającego standardy i kryteria jakości programów profilaktycznych, które są zgodne z założeniami Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”³⁶.

Wyzwania, wnioski i rekomendacje

Zadanie stworzenia programu korzystającego ze sprawdzonych, naukowych wzorców, który jednocześnie w możliwie najprostszy sposób będzie mógł być stosowany – jest sporym wyzwaniem. A w przypadku „Loguj się z głową!” dodatkowo miał być to program adresowany do bardzo szerokiego grona adresatów: uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz ich rodziców. Tak zróżnicowana grupa odbiorców wymagała starannego doboru celów, sposobów oddziaływania itp. z uwzględnieniem realiów (możliwości i ograniczeń) szkolnego systemu. Zadanie to wiązało się z koniecznością zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu, którego wiedza oraz doświadczenie praktyczne i naukowe będzie się odnosić do co najmniej kilku nauk społecznych i humanistycznych. Dodatkowym problemem, który należało brać pod uwagę, jest wciąż niezadowolający prestiż badań nad profilaktyką w środowiskach akademickich³⁷. Inaczej rzecz ujmując, skompletowanie kompetentnego i zaangażowanego zespołu specjalistów wokół opracowywania nowego projektu profilaktycznego wymagało odpowiedniego kapitału kulturowego skupionego w ramach instytucji (organizacji). W przypadku opracowywania programu „Loguj się z głową!” ten warunek został spełniony. Zespół Fundacji tworzyli przedstawiciele kilku dyscyplin: pedagogika, psychologia, socjologia, antropologia kulturowa, kulturoznawstwo, polonistyka. Członkowie zespołu mieli doświadczenie w tworzeniu i opracowywaniu różnych projektów edukacyjnych i profilaktycznych, sami prowadzili tego rodzaju zajęcia. Ważnym atutem było bogate doświadczenie w realizacji badań społecznych, w tym ewaluacji programów edukacyjnych i profilaktycznych. Dodatkowym walorem była możliwość włączenia perspektywy terapeutycznej (psychoterapia, psychoanaliza). Wyzwaniem organizacyjnym było przede wszystkim wdrożenie programu w różnych szkołach wraz

z równoległą realizacją projektu badawczego. Właściwy przebieg tego procesu wymagał wprowadzenia nadzoru nad wdrożeniami i badaniami od strony merytorycznej (potrzebna była np. wiedza o tym, czy możliwa jest modyfikacja jakiegoś elementu uwzględniająca specyficzne warunki i czy/jaki będzie miała ona skutek dla efektu finalnego; czasem, na pozór, drobne zmiany mogą prowadzić np. do artefaktów). Prowadzenie takiego nadzoru wymagało szczególnych umiejętności, wiedzy i doświadczenia we wdrażaniu badań. Efekt tej pracy miał bowiem duże znaczenie przy ocenie całości projektu. Zaplecze organizacyjne, którym dysponowaliśmy i kompetencje realizatorów pozwoliły na poprawne przeprowadzenie wdrożeń programu i badań.

Rezultaty przeprowadzonej w ramach projektu ewaluacji formatywnej dostarczyły materiału, który został wykorzystany w podnoszeniu jakości programu. Wyniki ewaluacji drugiego etapu wskazały, że „Loguj się z głową!” był dobrze przyjmowany i został wysoko oceniony przez odbiorców. Ewaluacja procesu pozwoliła na dokonywanie dalszych modyfikacji ulepszających program. Szersze zastosowanie badań ewaluacyjnych, wykorzystujących także techniki badawcze, pozwalające na obiektywizację ocen respondentów, umożliwiłoby bardziej pogłębioną analizę projektu. W przyszłości warto rozważyć możliwość realizacji badań ewaluacyjnych „Loguj się z głową!” o charakterze konkluzyjnym, z zastosowaniem schematów badawczych uwzględniających kilka punktów pomiarowych oraz podział grup na eksperymentalną i kontrolną. Jak wiadomo, korzystanie z takich schematów ewaluacji jest dość kosztowne i logistycznie skomplikowane (szczególnie przy tak zróżnicowanej grupie odbiorców, jak to ma miejsce w przypadku „Loguj się z głową!”), jednak ich stosowanie przynosi wiarygodne rezultaty, które pozwalają formułować wnioski na temat skuteczności zajęć.

Posługując się standardami wspomnianego „Sytemu rekomendacji”, można stwierdzić, że program w jednoznaczny sposób wskazuje na czynniki chroniące i czynniki ryzyka, do których odnoszą się zajęcia. Zostały one dobrane zgodnie z aktualną wiedzą na temat profilaktyki opartej na naukowych podstawach.

Program zawiera opis grup docelowych. Nie ogranicza się on wyłącznie do dzieci i młodzieży, ale – zgodnie ze standardami profesjonalnej profilaktyki – „Loguj się z głową!” angażuje także rodziców. Jest to element, który może mieć kluczowe znaczenie dla skuteczności zaplanowanych oddziaływań.

Cele programu sformułowano w sposób adekwatny do opisanego problemu (zjawiska) i zarazem realistycznie. Mając na uwadze zróżnicowane spektrum warunków wdrożeniowych.

„Loguj się z głową!” jest ugruntowany teoretycznie. Wyrazem tego jest m.in. czytelne wskazanie strategii profilaktycznych wiodących i uzupełniających.

Działania dobrano odpowiednio do celów i strategii profilaktycznych. Ich opis jest klarowny. Jasno wskazano typ działań, czas ich trwania, techniki pracy i przekazywane treści.

Zaproponowano także standardowe rozwiązania z zakresu ewaluacji do wykorzystania przez przyszłych realizatorów. Dzięki nim osoby prowadzące zajęcia będą mogły poznać ocenę jakości poszczególnych wdrożeń dokonywaną z perspektywy odbiorców.

„Loguj się z głową!” w obecnej formie jest programem dostosowanym do potrzeb odbiorców i warunków realizacyjnych w szkołach. Efekt ten uzyskano dzięki trzem głównym komponentom: zaangażowaniu kompetentnego zespołu opracowującego program, wykorzystaniu wyników badań ewaluacyjnych w sposób formatywny oraz wsparciu specjalistów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i recenzjom.

Reasumując, program „Loguj się z głową!” może być projektem dobrze przyjmowanym w szkołach i chętnie stosowanym. Stanowić może zatem realne wsparcie działalności wychowawczo-profilaktycznej placówek.

Przypisy

- ¹ Projekt był dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W artykule korzystałem z materiałów i dokumentów przygotowanych w ramach realizacji tego projektu.
- ² B. Walczak, M.J. Sochocki, „Raport z ewaluacji ex post programu „Loguj się z głową!” (II etap projektu)”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2019.
- ³ Materiały projektowe – Fundacja Poza Schematami, 2018.
- ⁴ B. Walczak, M.J. Sochocki, wyd. cyt.
- ⁵ Tamże.
- ⁶ „Loguj się z głową!, czyli jak bezpiecznie korzystać z internetu”, dostępne na: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/loguj-sie-z-glowa-czyli-jak-bezpiecznie-korzystac-z-internetu> [dostęp 24.06.2022].
- ⁷ K. Ostaszewski, K. Bobrowski, „Polityka i profilaktyka. Bariery rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy”, w: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), „Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce”, IPiN, Warszawa 2008.

	K. Sochocka, „Loguj się z głową! Program edukacyjno-profilaktyczny dla dzieci z klas I-III szkół podstawowych”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2019. W klasach I-III uczniowie z pomocą szeryfa Cyberzachodu i pani szeryfowej stawiają czoła Dzikiej Bandzie – zagrożeniom związanym z używaniem internetu i mediów cyfrowych, a także uczą się radzenia sobie z emocjami i komunikowania się językiem żyrafy. Do realizacji zajęć potrzebna jest pomoc dydaktyczna w postaci wydanej przez nas publikacji, którą można bezpłatnie pobrać ze strony: https://fundacijapozaschematami.pl/wp-content/uploads/rysia-i-tolek-na-cyberzachodzie.pdf (publikacja miała już kilka wydań, które każdorazowo były wysyłane przez naszą Fundację do publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych).
	K. Van Laere, „Loguj się z głową! Program edukacyjno-profilaktyczny dla dzieci z klas IV-VI szkół podstawowych”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2019. Uczniowie klas IV-VI przyglądają się takim zagadnieniom, jak nadużywanie mediów cyfrowych i cyberprzemoc, radzenie sobie z emocjami, radzenie sobie ze stresem. Poznają również sposoby na budowanie adekwatnej samooceny. Proponowane w ramach poruszanej tematyki zadania mogą stać się pomocne w realizowaniu działań mających na celu zapobieganie przemocy rówieśniczej zarówno online, jak i offline.
	A. Borkowska, M. Witkowska, „Loguj się z głową! Scenariusze zajęć dla uczniów klas VII-VIII szkół podstawowych”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2019. Z kolei uczniowie klas VII-VIII mają okazję przyjrzeć się własnym wzorcom korzystania z nowych technologii, dowiadują się, jakie sygnały mogą wskazywać na problemowe używanie internetu i gier komputerowych. Zdobywają również wiedzę na temat efektywnego zarządzania własnym czasem i równoważenia aktywności online i offline.
	A. Borkowska, M. Witkowska, „Loguj się z głową! Scenariusze zajęć dla uczniów szkół ponadpodstawowych i ich rodziców”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2019. Zajęcia dla uczniów klas szkół ponadpodstawowych zogniskowane zostały wokół czterech tematów: rozpoznania mechanizmów sprzyjających angażowaniu się w e-hazard i nadużywaniu gier komputerowych, rozwijania umiejętności radzenia sobie ze stresem, autoanalizy własnego zaangażowania nowymi technologiami oraz równoważenia aktywności online i offline.

Źródło: <https://fundacijapozaschematami.pl/projekty/loguj-sie-z-glowa-ogolnopolski-program-edukacyjny/>

Zawód i zadania kuratora sądowego zazwyczaj opisuje się w związku z funkcjonowaniem instytucji prawnych, które często przywodzą na myśl procedury charakterystyczne dla organów ścigania. Nic więc dziwnego, że mimo istnienia w teorii kurateli zadań profilaktycznych, opartych na podmiotowych relacjach partnerskich, dla dużej części społeczeństwa, w tym dla podopiecznych, jest to zawód bliższy profesjom prawno-dyscyplinującym i kontrolującym. Najnowszy projekt Towarzystwa Nowa Kuźnia próbuje inaczej rozłożyć akcenty.

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ. PODSTAWY SKUTECZNEGO WSPARCIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA

Ireneusz Siudem

Psycholog, przewodniczący Towarzystwa Nowa Kuźnia

Wprowadzenie

Wiosną 2021 roku Towarzystwo Nowa Kuźnia rozpoczęło realizację dwuletniego projektu szkoleniowego pod nazwą „Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka”. Projekt powstał z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, obecnie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i jest finansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Jego celem jest zwiększenie kompetencji zawodowych pracowników sądów rodzinnych w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowych relacji z klientem. Aktualnie projekt jest w trakcie realizacji.

Podstawy teoretyczne

Analizowanie działań i zadań pracowników wymiaru sprawiedliwości – w szczególności kuratorów sądowych, w kontekście współczesnych trendów profilaktyki uzależnień ujawnia pewne rozbieżności. Wynikają one m.in. z tego, że historycznie, z dużym wpływem na stan aktualny, zawód i zadania kuratora opisuje się w związku z funkcjonowaniem in-

stytucji prawnych, które często przywodzą na myśl procedury charakterystyczne dla organów ścigania (Jurczyk, Staniucha, 2015). Przywołać tu można jako przykład, znane osobom zgłębiającym problem, przesunięcie zadań z obowiązków, które przypadały wcześniej funkcjonariuszom policji na kuratorów (np. badanie stanu trzeźwości podopiecznych za pomocą zestawów umożliwiających wykrycie zażywanych środków psychoaktywnych). Nic więc dziwnego, że mimo istnienia w teorii kurateli zadań profilaktycznych opartych na podmiotowych relacjach partnerskich, dla dużej części społeczeństwa, w tym dla podopiecznych, jest to zawód bliższy profesjom prawno-dyscyplinującym i kontrolującym. Sytuacja taka sprzyja również temu, że nawet część kuratorów w sposób niezamierzony (nieświadomie)

przyjmuje narzucaną im społecznie rolę, niekorzystną z punktu widzenia kształtowania prawidłowych relacji pomocowych z podopiecznym, określonych we współczesnych koncepcjach nauk społecznych. Problem ten akcentowany jest przez wielu naukowców (np. Stępnia, 2010; Bałandynowicz, 2011; Zienkiewicz, 2015; Okólska 2019). Ta niekorzystna postawa/relacja części pracowników wymiaru sprawiedliwości, jaką tworzą z klientami, ma swoje odzwierciedlenie w skuteczności kurateli i resocjalizacji. Często uniemożliwia wręcz podjęcie działań



Fot. 1 Autor artykułu.

profilaktycznych. Dzieje się tak dlatego gdyż relacja charakterystyczna dla systemów represyjnych niestety jest sprzeczna z naukowo potwierdzonymi teoriami wyznaczającymi współczesne trendy w profilaktyce uzależnień. Te ostatnie lansują podejście mające swe korzenie w psychologii humanistycznej, w której osoba stojąca w konflikcie z prawem, traktowana jest przede wszystkim jako osoba wymagająca wsparcia, równoważny partner relacji.

Opisywany tu problem stał się podstawą do skonstruowania głównej idei realizowanego szkolenia, czyli doskonalenia umiejętności budowania prawidłowych, profesjonalnych relacji wspierających przez pracowników wymiaru sprawiedliwości, w tym przypadku przez kuratorów sądowych.

Osiągnięcie tego celu wymagało nie tylko wykonywania podczas szkolenia ćwiczeń doskonalących relacje, lecz również uzupełnienia wiedzy uczestników z zakresu profilaktyki uzależnień, umożliwiającego im korzystanie z aktualnego bogatego dorobku w tej dziedzinie. Chodzi tu m.in. o wynikającą ze zmieniającego się rynku narkotykowego konieczność zapoznania się ze specyfiką działania nowych substancji psychoaktywnych i problemu narkomanii w Polsce. Poznania niezbędnych z punktu widzenia diagnostyki mechanizmów rozwoju zachowań ryzykownych oraz wykorzystania obowiązujących przepisów prawnych do pomocy młodzieży i ich rodzinom w przypadku zagrożenia narkomanią. Zaplanowano zaznajomienie uczestników z programami rekomendowanymi, co ma ułatwić im kierowanie podopiecznych do odpowiednich programów profilaktycznych oraz umożliwić poznanie standardów współczesnej profilaktyki i skutecznych strategii

rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

W celu zwiększenia skuteczności przekazywania wiedzy podjęto decyzję, że wszystkie zagadnienia, nawet teoretyczne, zostaną przedstawione w aktywnej formie warsztatowej, w taki sposób, by stanowiły podbudowę do kształtowania profesjonalnych relacji z podsądnymi i podopiecznymi. Ćwiczenia wykorzystane podczas warsztatów szkoleniowych stały się więc nośnikiem treści merytorycznych i zasad etycznych, umożliwiając jednocześnie trenowanie umiejętności praktycznych.

Ze względu na podkreślaną tu wagę relacji w prawidłowym nadzorze kuratorskim, znaczącą część szkolenia poświęcono metodzie, w której prawidłowa relacja (specyficzny kontakt) z klientem jest jednym z kluczowych czynników w skutecznych działaniach pomocowych i profilaktycznych. Jest to dialog motywujący. Metoda ta wywodzi się z kilku koncepcji, w których podkreśla się wagę podmiotowych relacji w pracy z człowiekiem, są to m.in. Terapia skoncentrowana na osobie C. Rogersa, Teoria samoskuteczności A. Bandury, Teoria autopercepcji D. Bema, Teoria dysonansu poznawczego L. Festingera, Transteoretyczny model zmiany J. Prochaska i C. Di Clemente. Warto podkreślić, iż duża część współcześnie pracujących kuratorów i sędziów w trakcie nauki nie miała możliwości kształcenia się w zakresie takich stosunkowo nowatorskich metod.

Dialog motywujący ma szczególne zastosowanie w obszarach odnoszących się do złożonych, długotrwałych i trudnych do zmiany problemów, z jakimi spotykają się pracownicy wymiaru sprawiedliwości. Jest to metoda, która pozwala na zweryfikowanie uczestnikom szkolenia swojej postawy wobec klienta, zwiększając szanse na pokonanie opisywanego tu problemu represyjności, jednocześnie zwiększając skuteczność profilaktyki uzależnień realizowanej przez pracowników wymiaru sprawiedliwości.

Zakres szkolenia

W wyniku teoretycznych analiz problemu doprecyzowano cel główny oraz cele szczegółowe projektu, na podstawie których powstał program szkolenia. Głównym celem stało się więc zwiększenie kompetencji kuratorów sądowych w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowych relacji z klientem. Cele szczegółowe to:



Fot. 2. Sesja szkoleniowa.

- zwiększenie wiedzy uczestników szkolenia na temat aktualnie używanych substancji psychoaktywnych,
- zwiększenie wiedzy dotyczącej zachowań ryzykownych,
- zwiększenie wiedzy oraz umiejętności wykorzystania obowiązujących aktów prawnych w celu wsparcia osób uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i ich rodzin,
- zwiększenie wiedzy na temat aktualnych koncepcji profilaktyki uzależnień, w tym standardów, skutecznych strategii, programów rekomendowanych, zagadnień etycznych,
- zwiększenie umiejętności wyboru i stosowania oddziaływań profilaktycznych, m.in. dialogu motywującego i wczesnej interwencji do rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
- poznanie dialogu motywującego jako metody mającej zastosowanie w pracy kuratorów sądowych.

Wymienione cele stały się podstawą do skonstruowania zakresu merytorycznego programu szkolenia. W efekcie zaplanowano konferencje szkoleniowe, podczas których każdy uczestnik miał możliwość odbycia 21 godzin zajęć, prowadzonych w formie warsztatowej, otrzymał materiały szkoleniowe w formie papierowej i elektronicznej oraz certyfikat potwierdzający udział. Szkolenie zawierało następujące bloki szkoleniowe:

- **„Substancje psychoaktywne i ich użytkownicy”.** Aktualne informacje na temat substancji psychoaktywnych oraz przyczyn ich używania, ze szczególnym uwzględnieniem motywu wyboru konkretnej substancji psychoaktywnej i charakterystyki jej użytkowników.
- **„Ryzyko niejedno ma imię”.** Analiza zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Wskazanie przyczyn tych zachowań jako form przystosowania społecznego, mechanizmów obronnych oraz kontroli emocji.
- **„Lepiej zapobiegać, niż leczyć – czy to możliwe?”** Poznanie założeń i specyfiki współczesnej profilaktyki uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem standardów etycznych i działań o potwierdzonej skuteczności.
- **„Niewiarygodnie ciekawe akty prawne”.** Podstawy prawne regulujące działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii ze szczególnym uwzględnieniem zapisów, dotyczących form wsparcia osób objętych nadzorem kuratorskim, prawidłowych postaw i relacji pomocowych.
- **„Jaka to melodia, czyli duch dialogu motywującego”** – zastosowanie dialogu motywującego, ze szczególnym

uwzględnieniem jego wykorzystania do kształtowania relacji z osobami objętymi nadzorem kuratorskim.

- **„Zaakceptuj mnie, jakim jestem, żebym mógł być tym, kim chcę”** – rola osoby wspierającej na poszczególnych etapach „modelu zmiany” podopiecznego w myśl założeń dialogu motywującego.
- **„Trening czyni mistrza”** – przegląd i zastosowanie skutecznych technik dialogu motywującego.
- **„Im wcześniej tym lepiej”** – założenia i przykłady zastosowania metody wczesnej interwencji w pracy z osobami używającymi substancji psychoaktywnych.
- **„Profilaktyczne giganty”.** „Fred goes net” oraz inne programy rekomendowane. Możliwości wykorzystania w przypadku osób objętych kuratelą sądową.

Dotychczasowe efekty

W 2021 roku w szkoleniach wzięło udział 273 kuratorów sądowych. Poprowadzono dwanaście grup szkoleniowych z dwunastu województw, było to: lubelskie, świętokrzyskie, podkarpackie, zachodnio-pomorskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, lubuskie, dolnośląskie, opolskie, warmińsko-mazurskie i podlaskie.

Rekrutacja uczestników odbywała się we współpracy z kuratorami okręgowymi. Z przekazanych przez nich informacji wynika, że zainteresowanie szkoleniem było bardzo duże, a liczba chętnych znacznie przekraczała liczbę dostępnych miejsc na szkoleniu.

W celu oceny skuteczności szkolenia zostały skonstruowane trzy narzędzia ewaluacyjne. Pierwsze, oceniające przydatność przekazywanej wiedzy w pracy zawodowej, drugie to test wiedzy wykonywany w ramach ewaluacji wyników i trzecie oceniające warunki szkolenia, kompetencje kadry prowadzącej odnośnie poszczególnych bloków szkoleniowych. Opracowanie wyników ewaluacji zaplanowano na zakończenie realizacji całości projektu, czyli w grudniu 2022 roku, dlatego aktualnie można przekazać jedynie wstępne, ogólne wnioski sformułowane na podstawie dotychczas przeprowadzanych spotkań.

Po pierwsze, zdaniem kuratorów, tego typu szkolenia powinny się odbywać częściej (dla dużej grupy osób było to pierwsze szkolenie, w jakim uczestniczyli w tym zakresie) i powinno być więcej miejsc, które mogłyby oferować takie szkolenia, by brać w nich mogły udział całe zespoły kuratorskie.

Po drugie, wysoko oceniano praktyczny charakter zajęć, szczególnie warsztaty z dialogu motywującego,

jak również sposób prowadzenia zajęć o substancjach psychoaktywnych, ukazujący związek problemów użytkownika i rodzaju używanej substancji.

Jako pozytywne podkreślano możliwości dyskusji, wymiany doświadczeń oraz dostępność przygotowanej merytorycznie i doświadczonej kadry prowadzących. Doceniono także wysiłek szkoleniowców wkładany w zaprezentowanie skuteczności wsparcia opartego na partnerskiej relacji między kuratorem a nadzorowanym. W efekcie wśród uczestników szkolenia wyłaniały się dwie grupy osób. Byli to zwolennicy relacji podmiotowych, opartych na założeniach psychologii humanistycznej. Podkreślali oni, że od jakiegoś czasu jest to dominujący sposób ich pracy z podopiecznymi. Do drugiej grupy należeli kuratorzy, którzy uważali, że ze względu na funkcję reprezentowanej przez nich instytucji, jaką jest sąd, najodpowiedniejsze są relacje, które umożliwiają nadzór i kontrolę. Zdarzało się, że niektórzy kuratorzy twierdzili, iż w ich pracy możliwe jest połączenie tych dwóch rodzajów kontaktu z podopiecznym.

Zwrócono uwagę na informacje przekazane uczestnikom na temat programów rekomendowanych, podkreślając ich dużą przydatność w pracy kuratora, jako ofert dla osób nadzorowanych. Dotyczyło to szczególnie programów z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej. Wysoko oceniono również materiały edukacyjne. Głównym z nich jest osiemdziesięciostronicowa publikacja opracowana na potrzeby niniejszego projektu pt. „Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka”, autorstwa Michała Kuny, Roberta Rejniaka, Anny Siudem i Ireneusza Siudema. Zawiera ona następujące zagadnienia:

- Wybrane informacje na temat substancji psychoaktywnych oraz przyczyn ich używania.
- Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży.
- Pojęcie i zakres profilaktyki uzależnień.
- Rola kuratorów sądowych w przeciwdziałaniu narkomanii – aspekty prawne.
- Zastosowanie dialogu motywującego w pracy kuratora sądowego z osobami używającymi substancji psychoaktywnych.
- Oddziaływania i techniki profilaktyczne stosowane w dialogu motywującym i wczesnej interwencji.

Już niebawem publikacja będzie do pobrania w wersji elektronicznej na stronach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz Towarzystwa Nowa Kuźnia.

Zakończenie

Podsumowując, należy stwierdzić, że istnieje duże zapotrzebowanie w grupie zawodowej kuratorów sądowych na szkolenia w zakresie profilaktyki uzależnień. Biorąc pod uwagę liczbę kuratorów w Polsce, warto zastanowić się nad możliwością kontynuacji tego typu szkoleń.

W tym kontekście realizowany projekt ma również na celu weryfikację przyjętego zakresu i koncepcji szkolenia. Zebrane dotychczas opinie pozwalają potwierdzić słuszność obranej koncepcji, zakres szkolenia i prawidłowość jego realizacji. Należy jednak wziąć pod uwagę, że aktualnie projekt jest w trakcie realizacji, a jego szczegółowa ewaluacja nastąpi w grudniu 2022 roku¹. Biorąc pod uwagę, że zaplanowano zarówno ewaluację procesu, wyników, jak i formatywną, można się spodziewać interesujących informacji, szczególnie że jest to jeden z nielicznych, o ile nie jedyny o tak dużym zasięgu projekt (obejmujący przedstawicieli niemal wszystkich województw), dotyczący profilaktyki uzależnień adresowany do kuratorów sądowych.

Przypisy

- ¹ Wyniki ewaluacji całości projektu zostaną zaprezentowane w jednym z numerów „Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA” w 2023 roku.

Bibliografia

- Balandynowicz A. (2011), „Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa”, Warszawa, Wolters Kluwer Polska SA.
- Gąsińska A. (2017), „Oddziaływania kuratora sądowego wobec nieletnich niedostosowanych społecznie”, *Forum Pedagogiczne*, nr 1, s. 279-289.
- Jurczyk D., Staniucha A. (2015), „Współpraca kuratorów sądowych z innymi służbami w realizowaniu zadań profilaktyczno-resocjalizacyjnych”, *Resocjalizacja Polska*, nr 10, s. 111-123.
- Kusztal J., Muskała M. (2018), „Kurator sądowy wobec nowych zadań i zmian w systemie resocjalizacji”, *Studia Pedagogica Ignatiana*, nr 21, s. 19-39.
- Okólska K. (2019), „Badania nad kuratelą sądową w Polsce po wprowadzeniu ustawy o kuratorach sądowych”, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, nr 2019/2(9).
- Sajdak M. (2017), „Nadzór kuratora sądowego wobec ucznia wagarującego”, *Forum Pedagogiczne*, nr 2, s. 327-338.
- Stępiak P. (2010), „Modele kurateli sądowej po roku 2001 w świetle badań empirycznych”, *Archiwum Kryminologii*, t. XXXII, s. 157-203.
- Węgliński A. (2016), „Autopercepcja bezpośrednich oddziaływań wychowawczych społecznych kuratorów sądowych”, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. XXXV, s. 55-83.
- Zinkiewicz B. (2015), „Profilaktyczny wymiar działalności rodzinnych kuratorów sądowych”, Kraków, Oficyna Wydawnicza AFM.

Z subiektywnej perspektywy pacjentów problem hazardu nie jest wystarczająco podkreślany przez terapeutów. Czasami mają oni poczucie, że główna uwaga skupiona jest na zaburzeniach, których leczenie jest zgodne z profilem placówki, do której uczęszczają – zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, a problem zaburzeń hazardowych jest przez terapeutów pomijany. Jest to zgodne z wynikami polskich badań, prowadzonych wśród osób z zaburzeniami hazardowymi leczonymi w ośrodkach dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, ale także z wynikami badań prowadzonych w innych krajach.

POTRZEBY TERAPEUTYCZNE OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI ICH ZASPOKOJENIA

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykologią
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Koncept współwystępowania odnosi się do zaburzeń, których symptomy występują w tym samym czasie bądź do zaburzeń pojawiających się niezależnie podczas całego życia (Petry, 2005). Rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń wynikających z używania substancji (alkoholu i narkotyków) psychoaktywnych jest stosunkowo wysokie (Weinstock i współ., 2006; Ferentzy i współ., 2013), jednak nierozpoznane, ponieważ pacjenci nie demonstrują symptomów zaburzeń hazardowych podczas leczenia skoncentrowanego na terapii uzależnienia od alkoholu i narkotyków (Séguin i współ., 2010). Badania prowadzone w populacjach klinicznych, w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków, pokazują, że między 40 a 70% pacjentów przejawiało minimum jedno dodatkowe zaburzenie psychiczne (Castel i współ., 2006). Zaburzenia hazardowe występują od 4 do 10 razy częściej w grupie osób nadużywających alkoholu lub narkotyków niż w populacji generalnej (Rodriguez-Monguio i współ., 2017).

Wiele osób z zaburzeniami hazardowymi nie podejmuje leczenia; jedynie 7-12% osób z zaburzeniami hazardowymi decyduje się podjąć terapię (Ahab i współ., 2014). Wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych, które podejmują leczenie – 30% go nie kończy, a połowa z rezygnujących z leczenia, robi to w ciągu pierwszych 10 dni (Stinchfield, Winters, 2001). Jednym z powodów jest niezaspokajanie potrzeb pacjentów. Świadomość potrzeb i ich uwzględnienie w procesie terapeutycznym przyczynia się do utrzymywania się pacjentów w terapii (Kelly i współ., 2010).

Niewiele jest badań na temat potrzeb terapeutycznych osób z zaburzeniami współwystępującymi i oferty, która by je zaspokajała (Petry, 2007). Badania prowadzone w tym obszarze pozwalają na identyfikację indywidualnych potrzeb pacjentów dzięki czemu mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności oddziaływań terapeutycznych (Lorains i współ., 2011). Najczęściej potrzeby terapeutyczne opisywane są z perspektywy profesjonalistów, którzy czerpią

swoją wiedzę z badań, charakterystyki osób, które znajdują się w systemie, historii chorób i własnego doświadczenia zawodowego (Guggenbühl i współ., 2000). Prezentowany materiał badawczy obejmuje również perspektywę pacjentów.

Metodologia badania¹

W badaniu wykorzystano perspektywę badań jakościowych, pozwalającą na lepsze zrozumienie przyczyn badanego zjawiska (Ulin i współ., 2004). Zastosowaną techniką był wywiad semi-strukturyzowany. Badanie było prowadzone w dwóch miastach – w Warszawie i Wrocławiu. Próbę stanowiły osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji (alkoholu i narkotyków), jak również profesjonaliści – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz lekarze psychiatry. Informacje od pacjentów pochodziły z ich osobistych doświadczeń wynikających z leczenia, natomiast profesjonaliści przekazywali informacje w oparciu o osobiste kontakty z osobami z zaburzeniami współwystępującymi.

Dobór próby miał charakter celowy. Próba liczyła 65 respondentów, w tym 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu, 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od narkotyków, 5 lekarzy psychiatrów, 10 terapeutów uzależnień zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i tyle samo terapeutów zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

Badanie uzyskało pozytywną zgodę Komisji Bioetycznej działającej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (ref. 16/2015). Udział w badaniu był dobrowolny. Przed rozpoczęciem wywiadu respondenci otrzymywali informację o badaniu: jego anonimowości, celach, istotności dla poprawy organizacji systemu leczenia oraz programów terapeutycznych, szacowanym czasie wywiadu oraz danych kontaktowych do badaczy. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w badaniu oraz podpisać formularz zgody na udział w nim. Było to warunkiem niezbędnym do uczestnictwa w badaniu. Wywiady zostały oznaczone jedynie numerem, dane osobiste nie były zbierane.

Respondenci nie otrzymywali gratyfikacji za udział w badaniu.

Wyniki

Potrzeby terapeutyczne

Potrzeby terapeutyczne można podzielić na: 1) potrzeby psychologiczne, 2) potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym oraz 3) potrzeby związane ze strukturą leczenia.

Potrzeby psychologiczne

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami najczęściej szukają pomocy w sytuacjach kryzysowych, kiedy doświadczyły wielu negatywnych konsekwencji wywołanych przez hazard lub używanie substancji, np. próby samobójcze, depresja. Często ich kondycja psychiczna jest zła i szukają wsparcia w placówkach leczenia uzależnień. Tym samym poprawa kondycji psychicznej była potrzebą, którą często zgłaszali. Podobnego zdania byli profesjonaliści, którzy twierdzili, że pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami potrzebują wsparcia psychiatrycznego i psychologicznego. Czasami konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *W szpitalu chciałem popełnić samobójstwo, chciałem przeciąć sobie żyły. W szpitalu psychiatrycznym opiekował się mną psychiatra, przepisał lek. Myślę, że to były bardzo dobre leki, ponieważ szybko wróciłem do poprzedniego stanu psychicznego. (GA1204MWAW²)*

Profesjonalista: *W pierwszym okresie terapii ważną potrzebą osób z chorobami współwystępującymi jest stabilizacja ich stanu psychofizycznego. Bardzo często hazardziści są w tym momencie życia, że nie widzą jego sensu, podejmując próby samobójcze. Pogłębiając terapię, wpływ na różne sfery życia psychicznego jest silniejszy, na przykład na zrozumienie samych siebie, emocji. (TA2104FWAW²)*

W opinii osób ze współwystępującymi zaburzeniami diagnoza przeprowadzona w placówkach ma związek z problemami manifestowanymi przez pacjenta i nie

jest dostatecznie pogłębianą. Zdaniem pacjentów terapeuci powinni pogłębiać diagnozę, która identyfikowałaby inne problemy, z którymi pacjentom trudno jest sobie poradzić. Pogłębienie diagnozy poprawiłoby także skuteczność leczenia.

Zdecydowanie bardziej szczegółowe diagnozowanie przez lekarzy psychiatrów i wywiady [terapeutyczne – autorzy]. Ponieważ w moim przypadku myślę, że to nie tylko kwestia czystych zaburzeń [zachowania i wynikających z używania substancji – autorzy]. (GA2902MWAW)

Ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami mają potrzebę, aby dzielić się swoimi przemyśleniami z pacjentami, którzy mają podobne doświadczenia życiowe, rozumieją ich. Tak więc, oprócz kontaktów z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków, chcą mieć również kontakty z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Często jest to bardzo trudne w leczeniu, które koncentruje się na zaburzeniach związanych z używaniem substancji.

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi potrzebują kontaktów z innymi osobami z zaburzeniami hazardowymi. Stąd propozycja uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, podczas których mają kontakt z ludźmi borykającymi się z podobnym problemem. (TN2204FWRO)

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami obawiają się stygmatyzacji wynikającej z podejmowania leczenia. Nie chcą być postrzegane jako osoby uzależnione, szczególnie na początku terapii. Dlatego też chcą zachować anonimowość i oczekują tego od profesjonalistów.

W placówce szukałem anonimowości. Nie chciałem, żeby to wyszło. Teraz nie wstydę się tego, ale kiedy szukałem pomocy, wstydziłem się, że potrzebuję tego leczenia i szukam go. (GA0903MWRO)

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym odzwierciedlają sytuację życiową osoby ze współwystępującymi zaburzeniami i są głównie związane z rozwojem zaburzeń. W trakcie rozwoju zaburzeń ludzie tracą domy, pracę, popadają w długi itp. W przypadku pacjentów podjęcie leczenia powinno się przyczynić do poprawy ich warunków życia. Pilne potrzeby wiążą się głównie z doradztwem prawnym i w sprawach finansowych. Ludzie ze współwystę-

pującymi zaburzeniami potrzebują przedstawiciela, który negocjowałby w ich imieniu spłatę długów, bo sami nie mają takich umiejętności.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Hazard całkowicie zniszczył moje życie, straciłem mieszkanie, standard życia obniżył się, a alkohol pomógł w nim. Wylądowałem na ulicy, jestem bezdomny i potrzebuję pomocy.* (GA0904MWRO)

Profesjonalista: *Ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami bardzo często potrzebują pomocy prawnej. Żeby ktoś im powiedział, jak powinni postępować, ustalił plan spłaty długów, negocjował z komornikami. Powinni wiedzieć, jakie mają prawa.* (TA1503FWAW)

Bardzo ważne dla respondentów było poprawienie relacji z rodziną i innymi ważnymi osobami. Osoby z zaburzeniami współwystępującymi odczuwają wstyd za to, co zrobili przed podjęciem leczenia.

Odbudowa więzi rodzinnych. Chodzi mi o to, że widzimy się razem, ale strasznie mi wstyd za wszystko, co się wydarzyło. Chciałbym porozmawiać, przeprosić i podziękować im, ale to jeszcze nie ten moment. To samo powinno się wydarzyć z moją żoną. (GD-2705MWRO)

Potrzeby związane z dostępnością i jakością leczenia

Potrzeby związane z dostępnością i jakością leczenia rozumiane były jako czynniki istotne z punktu widzenia otrzymywania pomocy i utrzymania się w nim. Respondenci twierdzili, że nie mają problemów z dostępnością leczenia (ambulatoryjnego lub stacjonarnego) zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, kiedy to one dominują w ich życiu. Brakuje placówek, w których większy nacisk podczas terapii, zwłaszcza grupowej, kładziony jest na zaburzenia hazardowe. Większość sesji grupowych zorientowana jest na zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych. W trakcie procesu terapii osoby ze współwystępującymi zaburzeniami potrzebowały też większej liczby sesji indywidualnych, aby omówić swoje codzienne problemy. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków chciały leczyć choroby zakaźne oraz przyjmować metadon w tej samej placówce.

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Przyzwyczaiłem się do takich mieszanych (grup – autorzy). Ale tak się złożyło, że w grupie terapeutycznej było ośmiu pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, atmosfera była dla mnie lepsza. Czułem się komfortowo. Kiedy ktoś przyznał się, że jest hazardzistą, czułem taką więź. (GD1605MWAW)*

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *W poradni pojawiła się możliwość leczenia metadonem i spróbowałem. Nie miałem wyboru. Oddział zakaźny również był i z tego powodu zostałem. (GD0812MWAW)*

Możliwości zaspokojenia potrzeb w ramach istniejącego systemu leczenia

Potrzeby, które trudno zaspokoić

Potrzeby związane ze strukturą leczenia, które w ocenie respondentów nie są zaspokojone, zostały zidentyfikowane głównie przez profesjonalistów. Zdaniem terapeutów większy nacisk kładzie się na terapię zaburzeń substancji. Nie ma możliwości równoległego leczenia współwystępujących zaburzeń. Terapia prowadzona jest w placówkach zajmujących się leczeniem zaburzeń wynikających

Osoba ze współwystępującymi zaburzeniami: *Kiedy po raz pierwszy przyjechałem do placówki i zobaczyłem tych alkoholików, powiedziałem - nie, to nie moja bajka. (GD2402MWAW)*

Profesjonalista: *Zdecydowanie większy nacisk kładzie się na leczenie uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Większość placówek jest skierowana do pacjentów uzależnionych od substancji. Brak jest placówek zapewniających leczenie pacjentom z zaburzeniami behawioralnymi lub współwystępującymi zaburzeniami. Terapia odbywa się w ramach podstawowego programu leczenia urozmaiconego o spotkania grupowe lub treningi dotyczące zaburzeń behawioralnych i w ramach indywidualnego kontaktu z terapeutą podczas, którego leczone są zaburzenia hazardowe. Mityngi Anonimowych Hazardzistów uzupełniają tę ofertę. (TA0812FWAW)*

z używania alkoholu i narkotyków, a uczestnikami są głównie osoby od nich uzależnione. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami twierdziły, że ten model terapii nie odpowiada na ich potrzeby. Mają problem z identyfikacją z innymi członkami grupy, co wpływa na uczestnictwo w spotkaniach grupowych, podczas których powinni dzielić się swoimi doświadczeniami.

Brak ścieżki terapeutycznej dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji jest legitymizowany przez koncepcję uzależnienia, która zakłada, że mechanizmy jego rozwoju są takie same, bez względu na to, od czego ktoś jest uzależniony.

Nie ma potrzeby rozróżniania typów uzależnienia, ponieważ mechanizm, który je wywołuje, jest taki sam. Diagnozą jest uzależnienie, niezależnie od czego. Ludzie, którzy podejmują leczenie, postrzegają zaburzenia hazardowe jako konsekwencję uzależnienia od narkotyków. Nigdy nie lecę zaburzeń hazardowych i uzależnienia od narkotyków osobno, ale lecę uzależnienie ogólnie. (TN0611FWAW)

Zdaniem profesjonalistów zbyt mało czasu poświęca się na pracę indywidualną z pacjentami z rozpoznaniem współwystępujących zaburzeń. Potrzebują oni więcej uwagi ze strony terapeuty, ponieważ ich problemy i sytuacja życiowa są często bardziej skomplikowane. Również dostęp do terapii rodzinnej nie jest łatwy. Ta forma pomocy nie jest częścią programu terapeutycznego, chociaż istnieje na nią duże zapotrzebowanie w tej grupie pacjentów. Terapia rodzinna często jest realizowana poza programem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Profesjonaliści: *Na pewno terapia osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest bardziej czasochłonna. Pracuję w placówce, w której istnieje z góry założony plan leczenia, a warto byłoby poświęcić więcej godzin na terapię indywidualną. (TN1304FWAW)*

Profesjonaliści: *Dodatkowo prowadzimy terapię rodzinną, poza programem realizowanym w placówce. Ponieważ sesje z rodziną nie są objęte podstawowym programem leczenia i nie są finansowane. Kiedyś mieliśmy możliwość prowadzenia sesji rodzinnych finansowanych przez urząd miasta. Pacjenci mają duże zapotrzebowanie na te sesje. (TA2203FWAW)*

Placówki nie są w stanie zapewnić wszystkich usług, które byłyby ważne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów i pomocne w rozwiązywaniu ich problemów. Większość placówek nie jest w stanie pomóc pacjentom rozwiązać ich problemów finansowych, np. przygotować plan spłaty długów lub negocjować z bankami w imieniu pacjenta. Te osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, które mają problemy prawne lub problemy mieszkaniowe, również muszą szukać pomocy poza placówką.

Pacjenci nie mają szans na uzyskanie w placówce pomocy w sprawach finansowych. Myślę, że potrzebujemy specjalisty, który pomógłby w przygotowaniu planu spłaty długów, w rozmowach z bankami lub innymi instytucjami, gdzie zaciągali długi. Ja w tej kwestii nie czuję się kompetentny. (TN3004FWRO)

Potrzeby, które mogą być zaspokojone

Mocną stroną sektora leczenia uzależnień jest bezpłatna pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, a także dla osób z zaburzeniami uprawiania hazardu. Tym samym osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mają również bezpłatny dostęp do leczenia.

Mam bezpłatne leczenie. Podobno u hazardzisty łatwo jest zdiagnozować współwystępujące zaburzenia alkoholowe, dzięki czemu masz darmowe leczenie nawet bez ubezpieczenia. (GD2402MWAW)

Potrzeby osób ze współwystępującymi zaburzeniami mogą być zaspokojone w różnych formach leczenia – ambulatoryjnej (w tym w placówkach dziennego pobytu) lub w stacjonarnej. Istnieją placówki oferujące tylko jedną formę leczenia, ale są również takie, które oferują zróżnicowane formy terapii. Dzięki temu, po zakończeniu leczenia stacjonarnego istnieje możliwość kontynuowania terapii w formie ambulatoryjnej w tym samym ośrodku. Również możliwość detoksykacji jako formy poprawy zdrowia fizycznego po destrukcyjnym użyciu substancji była jedną z mocnych stron systemu leczenia. Poddanie się detoksykacji pozwalało poprawić kondycję fizyczną. *Pozostawanie na oddziałach detoksykacyjnych stawiało mnie fizycznie na nogach. Pierwszy pobyt był ambulatoryjny, otrzymałem kroplówkę. Podczas pobytu na oddziale stacjonarnym otrzymywałem dużo kroplówek, witamin, środków uspokajających, i to pomogło.* (GA2902MWAW)

Dostępny personel, zwłaszcza terapeuta, sprawiał, że łatwiej można było zaspokoić potrzeby pacjentów. Z doświadczeń osób ze współwystępującymi zaburzeniami wynika, że mogli oni w każdej chwili konsultować swoje problemy z terapeutami. W ocenie pacjentów terapeuci są kompetentni i potrafią skutecznie leczyć zaburzenia. Szczególnie doceniani i pożądanymi byli terapeuci, którzy w przeszłości byli uzależnieni, ukończyli leczenie i teraz utrzymują abstynencję.

Pamiętam, że kiedy byłem w Lublinie, było dwóch terapeutów, którzy byli trzeźwiejącymi alkoholikami. To była zupełnie inna rozmowa z tym ludźmi, oni wiedzieli, o czym mówię, doświadczyli tego samego co ja, doświadczyli halucynacji. (GA1705MWAW)

Z punktu widzenia zaspokajania potrzeb pacjentów istotnym elementem terapii były bezpłatne treningi interpersonalne uzupełniające leczenie. Ale nie były to treningi specjalnie zaprojektowane dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Mimo to badani twierdzili, że mogli tam spotkać innych pacjentów, będących na bardziej zaawansowanym etapie terapii. Treningi interpersonalne były prowadzone w weekendy, co czyniło je bardziej dostępnymi, szczególnie dla tych, którzy pracowali w ciągu tygodnia. Kontakty z innymi pacjentami pomagały budować sieć wsparcia, co wpływa na poprawę funkcjonowania społecznego i utrzymanie abstynencji po zakończeniu terapii. Niektórzy terapeuci zachęcali pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Alkoholików oraz różnych grupach wsparcia i w ten sposób budowania sieci kontaktów z innymi abstynentami. *Od początku leczenia terapeuci informują pacjentów o konieczności uczestnictwa w mityngach po zakończeniu terapii. Wiem od pacjentów, że wiele placówek tego nie robi. Tutaj wyraźnie mówimy, że terapia kiedyś się kończy i pacjenci muszą znaleźć sieć wsparcia poza poradnią, aby nie wrócić do picia czy grania.* (GA1305MWAW)

Niektóre placówki oferowały pacjentom możliwość udziału w specjalnych grupach terapeutycznych przeznaczonych dla osób, które zakończyły terapię, ale z różnych powodów nie udało im się utrzymać abstynencji. Podobnie jak w przypadku wspomnianych treningów interpersonalnych, grupy te były przeznaczone dla wszystkich byłych pacjentów, a nie dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami. W opinii

profesjonalistów uczestnictwo w grupie nawrotów było ważnym elementem programu terapeutycznego, który przeciwdziała pogłębianiu problemów.

Kierujemy pacjentów np. na grupę nawrotów w naszej poradni, tym samym dbamy o nich nawet po zakończeniu leczenia. (TA2104FWAW2)

Zdolność do zaspokajania potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji zależy od możliwości konkretnych instytucji oraz ich współpracy z innymi placówkami. Niektóre instytucje oferują pomoc lekarza psychiatry, pomoc prawną, w rozwiązywaniu problemów finansowych. Placówka może również nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej, który jest w stanie zapewnić wsparcie w zaspokajaniu potrzeb społecznych i życiowych. W razie potrzeby pacjenci są kierowani do innych instytucji, gdzie ich potrzeby z innych obszarów mogą zostać zaspokojone.

Profesjoniści: W zakresie pomocy w wychodzeniu z bezdomności i pokonania problemów finansowych zapewniona jest pomoc społeczna – konsultacje z pracownikiem socjalnym w lokalnym ośrodku pomocy społecznej. (TA0812FWAW)

Profesjoniści: Współpracujemy z różnymi placówkami, hostelami w których pacjenci mogą otrzymać pomoc, jeśli są w potrzebie, np. gdy są bezdomni. Placówka i terapeuci współpracują z różnymi klubami abstynenta, Anonimowymi Hazardzistami lub Alkoholikami i byłymi pacjentami. Tutaj, we Wrocławiu, działa klub abstynenta, w którym pacjenci mogą skorzystać z bezpłatnych konsultacji finansowych i prawnych. (TA2503FWRO)

Podsumowanie

Niski odsetek osób z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji i z zaburzeniami hazardowymi, które podejmują leczenie i wysoki odsetek osób, które go nie kończą, może wiązać się między innymi z niespełnieniem potrzeb terapeutycznych pacjentów. Zidentyfikowane w badaniu potrzeby można podzielić na: potrzeby psychologiczne, związane z funkcjonowaniem społecznym i związane ze strukturą leczenia. Są one w dużej mierze zaspokajane przez istniejącą ofertę leczenia. Ale są również

obszary, które wymagają poprawy, zwłaszcza kwestia potrzeb psychologicznych. Ten obszar obejmuje takie potrzeby, jak poprawa stanu zdrowia psychicznego, pogłębienie diagnozy, chęć dzielenia się doświadczeniami z innymi osobami ze współwystępującymi zaburzeniami.

Wśród potrzeb związanych z funkcjonowaniem społecznym, które nie zostały zaspokojone, zidentyfikowano niemożność otrzymania pomocy w rozwiązywaniu problemów finansowych, mieszkaniowych i prawnych. Istnieją placówki, które pomagają radzić sobie z tymi problemami. Jednak na ogół problemy te nie mogą być rozwiązane w placówce, w której odbywa się leczenie. Niektóre poradnie współpracują z konkretnymi instytucjami z obszaru opieki społecznej, np. z ośrodkami pomocy społecznej, które są w stanie rozwiązać takie problemy. Z perspektywy pacjentów warto poprawić taką współpracę międzyinstytucjonalną, nie tylko w obszarze opieki społecznej, aby pacjenci mogli otrzymywać kompleksową pomoc, która pozwoli na lepsze funkcjonowanie społeczne. Współpraca między instytucjami nie powinna obciążać życia pacjentów, na przykład poprzez konieczność stawienia się w różnego rodzaju placówkach, i to raczej pracownicy tych instytucji powinni być dostępni w placówce, w której odbywa się leczenie.

Brak ścieżki terapeutycznej adresowanej specjalnie dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami może się wydawać dużym problemem z punktu widzenia subiektywnych potrzeb. Jednak kwestia ta została podniesiona jedynie przez profesjonalistów, którzy mają większą wiedzę o systemie leczenia. Dla pacjentów ważniejsze niż uczestnictwo w programie terapeutycznym dostosowanym do leczenia współwystępujących zaburzeń było zaspokojenie ich indywidualnych potrzeby. Z subiektywnej perspektywy pacjentów problem hazardu nie jest wystarczająco podkreślany przez terapeutów. Czasami mają poczucie, że główna uwaga skupiona jest na zaburzeniach, których leczenie jest zgodne z profilem placówki, do której uczęszczają – zaburzeń wynikających z używania alkoholu lub narkotyków, a problem zaburzeń hazardowych jest przez terapeutów pomijany. Jest to zgodne z wynikami polskich badań, prowadzonych wśród osób z zaburzeniami hazardowymi leczonymi w ośrodkach dla osób uzależnionych od alkoholu lub

narkotyków (Dąbrowska i współ., 2017), ale także z wynikami badań prowadzonych w innych krajach, w których programy leczenia zaburzeń współwystępujących oparte są również na programach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków (Petry, 2007). Paradoksalnie na zaspokojenie potrzeb pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami może mieć wpływ leczenie w placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i narkotyków, w których można wyróżnić różne style pracy z pacjentami. Z jednej strony może to być traktowane jako mocna strona systemu, ponieważ podejście terapeutyczne może być modyfikowane przez terapeutę specjalnie dla osób o szczególnych potrzebach. Z drugiej strony brak jasnej ścieżki terapeutycznej i standardów terapii dla tej grupy pacjentów sprawia, że niektóre podejścia czy też style pracy są nieodpowiednie do ich potrzeb, a zatem nieskuteczne. Badania pokazują, że osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają bardziej intensywnych oddziaływań terapeutycznych, ponieważ ich zaburzenia mogą mocniej wpływać na codzienne aktywności (Bukstein i współ., 1989). Zidentyfikowane potrzeby powinny być wzięte pod uwagę przy tworzeniu oferty terapeutycznej. W rezultacie byłaby ona bardziej akceptowana przez pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami, przyczyniała się do poszukiwania leczenia na wcześniejszym etapie rozwoju zaburzeń i poprawiała wskaźnik utrzymywania się w leczeniu.

W celu zaspokojenia szerokiego spektrum potrzeb pacjentów ważne wydaje się stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego weszliby, poza terapeutami, przedstawiciele innych specjalności, takich jak lekarz psychiatra pomocny w leczeniu zaburzeń psychicznych, pracownik socjalny pomocny w rozwiązywaniu problemów prawnych i finansowych. Występowanie dwóch zaburzeń sprawia, że pacjenci mają większą potrzebę spotkań indywidualnych, pogłębienia diagnozy psychiatrycznej, zapewnienia anonimowości, czyli ogólnie rzecz biorąc – położenia większego nacisku na zaspokajanie ich potrzeb psychologicznych. W obszarze funkcjonowania społecznego należy poprawić dostęp do terapii rodzinnej. Natomiast w obszarze potrzeb odnoszących się do systemu leczenia istotne wydaje się wsparcie pacjentów w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych.

Przypisy

- ¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- ² Metoda kodowania: GA – osoba ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu; GD – osoba ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków; PS – Lekarz psychiatra; TA – Terapeuta zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu; TN – Terapeuta zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od narkotyków; XXXX – Numer wywiadu; M – Mężczyzna, F – Kobieta; WRO – Wrocław, WAW, Warszawa; Y – Numer wywiadu przeprowadzony tego samego dnia.

Bibliografia

- Achab S., Chatton A., Khan R., Thorens G., Penzenstadler L., Zullino D. et al., „Early Detection of Pathological Gambling”, *Betting on GPs' Beliefs and Attitudes*, 2014.
- Bukstein O.G., Brent D.A., Kaminer Y., „Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents”, *Am J Psychiatry*. 1989 Sep;146(9): 1131-41.
- Castel S., Rush B., Urbanoski K., Toneatto T., „Overlap of clusters of psychiatric symptoms among clients of a comprehensive addiction treatment service”, *Psychol Addict Behav*. 2006 Mar;20(1): 28-35.
- Dąbrowska K., Moskalewicz J., Wiczorek Ł., „Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence?”, *J Gambl Stud*. 2017;33(2): 487-503.
- Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I., „Illicit drug use and problem gambling”, *ISRN Addict*. 2013;2013:342392.
- Guggenbühl L., Uchtenhagen A., Paris D., „Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT). Part II: Treatment and Support Needs of Drug Addicts. Country Reports and Assessment Procedures”, *Addiction Research Institute: Zurich*, 2000 http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=12847
- Kelly S.M., O'Grady K.E., Brown B.S., Mitchell S.G., Schwartz R.P., „The role of patient satisfaction in methadone treatment”, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 May;36(3): 150-4.
- Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A., „Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys”, *Addiction*. 2011 Mar;106(3): 490-8.
- Petry N.M., „Gambling and substance use disorders: current status and future directions”, *Am J Addict*. 2007 Feb;16(1): 1-9.
- Petry N.M., „Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment (1st ed.)”, Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- Rodriguez-Monguio R., Errea M., Volberg R., „Comorbid pathological gambling, mental health, and substance use disorders: Health-care services provision by clinician specialty”, *J of Behav Addict*. 2017; 6(3):406-15. from: <http://doi.org/10.1556/2006.6.2017.054>
- Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M. et al., „Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking”, *Psychol Addict Behav*. 2010 Sep;24(3): 541-7.
- Stinchfield R., Winters K.C., „Outcome of Minnesota's gambling treatment programs”, *J Gambl Stud*. 2001;17(3): 217-45.
- Ulin P.R., Robinson E.T., Tolley E.E., „Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research. 1 edition”, San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004
- Weinstock J., Blanco C., Petry N.M., „Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic”, *Exp Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;14(1): 87-93.

Artykuł prezentuje kontekst teoretyczny i streszczenie wyników badań dotyczących stosowania strategii redukcji szkód oraz zjawiska samoleczenia, zrealizowanych w Polsce w latach 2020–2021 na dużej próbie osób używających różnych substancji psychoaktywnych.

NARKOTYKI, ZDROWIE PSYCHICZNE I REDUKCJA SZKÓD

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski, Joanna Stefaniuk
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Kontekst

Używanie substancji psychoaktywnych

Pomimo licznych wysiłków podejmowanych w celu zapobiegania, leczenia i zwalczania negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, utrzymuje się wysokie rozpowszechnienie tego zjawiska, co stanowi poważne zagrożenie, szczególnie dla osób młodych. Z ostatniego raportu z badań kondycji psychicznej Polaków (EZOP II; Moskalewicz i Wciórka, 2021) wynika, że najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych (narkotyków) występuje w przedziale wiekowym 18-29 lat. Z kolei wyniki ostatniej rundy badań populacyjnych młodzieży szkolnej (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, ESPAD; Sierosławski, 2020) wskazują na następujące rozpowszechnienie używania różnych substancji wśród polskich 17-18-latków: marihuana i haszysz (29,6%), ecstasy (3,6%), amfetamina (3,1%), kokaina (2,9%), metamfetamina i substancje wziewne (po około 2%) oraz heroina (1%). Wskaźniki te dotyczyły ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie i w przypadku większości z tych substancji były wyższe wśród chłopców niż dziewcząt (Sierosławski, 2020). Podobne poziomy częstości używania raportowane były także w innych polskich badaniach populacyjnych (Malczewski, 2019; Ostaszewski i in., 2017). Odsetki te biorą się ze złożonych motywów, jakimi kierują się osoby, które sięgają po substancje psychoaktywne. Wśród nich wymienić można motywy społeczne (np. by czuć się bardziej pewnym siebie wśród innych, przynależać do danej grupy); fizyczne (np. by utrzymać pobudzenie organizmu, móc tańczyć całą noc); zmiany nastroju (np. żeby się odprężyć, poczuć lepiej), ułatwienia wykonywania czynności (np. pracy lub nauki) lub też by wpłynąć na

działanie innych substancji, które przyjmuje się przy jednej okazji (np. Boys, Marsden i Strang, 2001).

Negatywne konsekwencje używania substancji

Tradycyjnie, uzależnienie traktowano jako główne zagrożenie związane z używaniem substancji psychoaktywnych (Ostaszewski, 2008). Jednakże dynamika „rynku” czy „sceny” narkotykowej, a także obserwacje w praktyce klinicznej sprawiły, że uzależnienie zaczęto traktować jako tylko jedną z możliwych konsekwencji przyjmowania substancji psychoaktywnych. Wśród nich wymienić można: szkody i problemy społeczne (np. problemy w relacjach i w związkach intymnych), zdrowotne, w tym zarówno dla zdrowia somatycznego (np. zatrucia, przedawkowania, infekcje, urazy i uszkodzenia ciała, a w ekstremalnych przypadkach także śmierć), jak i psychicznego (upośledzenie pamięci, uwagi i innych procesów poznawczych, trudne doświadczenia emocjonalne, kłopoty z regulacją emocji, objawy zaburzeń psychicznych oraz ryzyko uzależnienia), materialne (np. wydatki na substancje psychoaktywne oraz utrata lub zniszczenie mienia w związku z ich używaniem, a także potencjalnie pogorszenie startu na rynku pracy) i prawne (np. przestępstwa, wykroczenia, odpowiedzialność karna i konflikty z prawem, szczególnie w przypadku substancji nielegalnych).

Co więcej, okazało się, że uzależnienia lub zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych nie są tak szeroko rozpowszechnione wśród osób stosujących te substancje, jak dotychczas sądzono. Wśród osób, które mają doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi, stosunkowo niewielka grupa rozwija szkodliwy czy problemowy wzór używania, a jeszcze mniejsza spełnia kryteria uzależnienia (Okulicz-Kozaryn i in., 2008; Stockings i in., 2016). Ponadto szkodliwość używania substancji nie jest jed-

nakowa dla wszystkich, którzy po nie sięgają, ale wyraźnie zróżnicowana i zależna od wielu czynników (np. Zinberg, 1984). Wśród nich wymienić należy przede wszystkim: własności samej substancji (jak jej mechanizmy działania, wpływające na toksyczność oraz potencjał uzależniający); indywidualne decyzje i cechy użytkowników (np. ilość, częstość i sposób przyjmowania substancji, ale także cechy osobnicze, takie jak impulsywność lub potrzeba doznań); a także czynniki związane z otoczeniem, w którym dana substancja jest przyjmowana (np. czy miejsce to jest znajome czy obce, spokojne czy głośnie i chaotyczne itd.). Wiele badań wskazuje, że znaczenie mają również takie czynniki, jak wiedza na temat przyjmowanej substancji, doświadczenia w jej używaniu oraz stosowanie strategii ograniczających związane z tym ryzyka i szkody (np. Panagopoulos i Ricciardelli, 2005; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Fernández-Calderón i in., 2014; Cruz, 2015; Greń i in., 2021).

Strategie redukcji szkód i uzasadnienie badań w tym obszarze

Wbrew stereotypowemu przekonaniu, że osoby używające narkotyków nie są zainteresowane dbaniem o swoje zdrowie (np. Beccaria i in., 2015), badania wskazują, że większość z nich aktywnie angażuje się w próby minimalizowania zagrożeń związanych z używaniem przez nich substancji psychoaktywnych. Zachowania, które w tym celu podejmują, określane są zbiorczym terminem strategii redukcji szkód. Termin ten definiuje się jako specyficzne zachowania, które można zastosować przed, w trakcie lub po używaniu substancji psychoaktywnych, w celu ograniczenia związanych z tym zagrożeń i negatywnych konsekwencji (Martens i in., 2004; Pearson, 2013).

Na poziomie teorii, za strategiami redukcji szkód stoją koncepcje samokontroli i samoregulacji, które zakładają zdolność do kontrolowania i przewyższania wewnętrznych impulsów do zachowań przynoszących natychmiastową ulgę lub wzmocnienie, jak ma to miejsce m.in. w przypadku używania substancji psychoaktywnych (np. Magar i in., 2008). Strategie te są także zgodne z podejściem redukcji szkód (*harm reduction*), które charakteryzuje się koncentracją na ograniczaniu negatywnych konsekwencji bez konieczności eliminowania samego używania substancji, czym odróżnia się od podejść ukierunkowanych na abstynencję (Lenton and Single, 1998; Toumbourou i in., 2007). Przy czym obydwie te

podejścia nie powinny być postrzegane jako sprzeczne, ale raczej jako wzajemnie uzupełniające się i mające wspólny cel (np. Stockwell i in., 2005). Ponadto zgodnie z koncepcją resilience, dotyczącą fenomenu pozytywnej adaptacji do zagrożeń i niesprzyjających warunków (Ostaszewski, 2014), chroniące działanie strategii redukcji szkód przejawia się poprzez kompensowanie i/lub redukovanie ryzyka związanego z używaniem substancji (np. szkód zdrowotnych lub społecznych). Co istotne, strategie redukcji szkód, jak każde zjawisko behawioralne, są konstruktem mierzalnym empirycznie (Martens i in., 2004).

Dotychczasowe badania w tym zakresie mają kilka istotnych ograniczeń. Większość z nich ograniczała się do kilku pojedynczych strategii redukcji szkód, skupiała się jedynie na zdrowotnych konsekwencjach używania substancji lub traktowała te strategie w sposób pośredni, dążąc do ewaluacji programów lub interwencji ukierunkowanych na zapobieganie problemom związanym z używaniem substancji (np. Murphy i in., 2012). Przede wszystkim jednak dotychczasowe badania koncentrowały się jedynie na kilku specyficznych substancjach lub grupach podwyższonego ryzyka (przegląd: Greń i in., 2021), to jest na: osobach przyjmujących substancje w iniekcjach (głównie opioidy); studentach amerykańskich college'ów, głównie w kontekście picia alkoholu oraz, w coraz większym stopniu, używania marihuany; rekreacyjnych użytkowników ecstasy/MDMA i innych substancji w kontekście imprez klubowych czy festiwali muzycznych; tzw. psychonautach, czyli osobach eksperymentujących z substancjami halucynogennymi; lub na zjawisku chemsex, czyli używania różnych substancji w kontekście seksualnym. Co za tym idzie, brak jest także narzędzi mierzących rodzaj i częstość stosowania strategii redukcji szkód, które nie byłyby ograniczone do pojedynczej substancji lub specyficznego kontekstu używania. Tymczasem, ze względu na potencjalne korzyści wynikające ze stosowania tych strategii, narzędzie umożliwiające ich pomiar może być przydatne w działaniach profilaktycznych, diagnostycznych oraz terapeutycznych (Martens i in., 2004).

Zjawisko samoleczenia i uzasadnienie potrzeby badań w tym obszarze

Występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym często idzie w parze z używaniem substancji psy-

choaktywnych. Szacuje się, że mniej więcej 1/5 osób z zaburzeniami nastroju spełnia również kryteria zaburzeń związanych z używaniem substancji. W niektórych przypadkach używa się także określenia „podwójna diagnoza” (np. Carrà i in., 2015). W lepszym zrozumieniu przyczyn tego zjawiska może posłużyć pochodząca z połowy lat 80. koncepcja samoleczenia, zgodnie z którą niektóre osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne sięgają po substancje psychoaktywne w celu radzenia sobie z uciążliwymi symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego (Khantzian, 2017). Przy czym w znaczącej większości przypadków to zaburzenie psychiczne poprzedzało używanie substancji (Lazarecki i in., 2012). Z drugiej strony, niektóre substancje psychoaktywne, w tym także te o dużym potencjale nadużywania (jak pochodne amfetaminy czy benzodiazepiny), często stosowane są jako leki w konwencjonalnym leczeniu psychiatrycznym. Co więcej, obecnie obserwuje się rozwój badań nad zastosowaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych (głównie klasycznych psychodelików oraz MDMA) w leczeniu zaburzeń psychicznych (np. Mithoefer i in., 2019). Obiecujące rezultaty tych badań mogą skłaniać niektóre osoby z problemami psychicznymi do podejmowania leczenia na własną rękę, właśnie za pomocą tych substancji. Zjawisko samoleczenia stanowi więc interesującą problematykę, co do której nasza wiedza jest niewystarczająca i wymaga dalszych badań. W badaniach Hutten i in. (2019) oraz Muttoni i in. (2019) osoby z diagnozami zaburzeń psychicznych, które używały psychodelików jako formy samoleczenia, uznały to za bardziej skuteczne od leczenia u profesjonalisty. Znaczący to, że subiektywnie postrzegana skuteczność tych substancji może być jednym z czynników przyczyniających się do ich używania. Obserwacje te wspiera wiele badań przeprowadzanych obecnie nad medycznym zastosowaniem substancji psychodelicznych (np. psylocybiny, LSD czy MDMA), sprawdzających ich przydatność w leczeniu m.in. zaburzeń depresyjnych i lękowych (Muttoni i in., 2019; Carhart-Harris i in., 2021). Z podobną sytuacją mieliśmy już do czynienia w przypadku marihuany, o której niegdyś uważało się, że nie ma zastosowań medycznych, a aktualnie jej skuteczność potwierdzona jest m.in. w łagodzeniu przewlekłego bólu czy niektórych negatywnych konsekwencjach chemioterapii (Park i Wu, 2017). Zjawisko samoleczenia stanowi więc istotną i złożoną problematykę, która wymaga dalszych badań.

Projekt „Narkotyki, zdrowie psychiczne i redukcja szkód”

W kontekście opisanej powyżej problematyki związanej z używaniem substancji psychoaktywnych, zespół badaczy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie opracował projekt naukowy pt. *Narkotyki, zdrowie psychiczne i redukcja szkód – stosowanie strategii chroniących a negatywne konsekwencje związane z używaniem narkotyków wśród młodych dorosłych*¹. Projekt ten został pomyślany dwutorowo, skupiając się na kontynuacji badań w zakresie dwóch powiązanych ze sobą zagadnień: stosowania strategii redukcji szkód oraz zjawiska samoleczenia wśród młodych dorosłych używających substancji psychoaktywnych.

W kontekście strategii redukcji szkód badanie miało na celu naukową eksplorację rozpowszechnienia wybranych wzorów stosowania poszczególnych strategii redukcji szkód, a także pomiar szkód, problemów i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz efektów stosowania strategii redukcji szkód. Do tego opracowane zostało narzędzie do pomiaru częstości stosowania strategii redukcji szkód, które nie koncentrowało się na specyficznych substancjach psychoaktywnych, ale ogólnym ich przyjmowaniu.

W zakresie zjawiska samoleczenia skupiono się na: charakterystyce osób przyjmujących substancje psychoaktywne, które jednocześnie cierpią na różne problemy zdrowia psychicznego; oszacowaniu rozpowszechnienia zjawiska samoleczenia; sprawdzeniu, jakie substancje są najczęściej przyjmowane w celu samoleczenia danych zaburzeń oraz sprawdzeniu, jak w porównaniu z samoleczeniem oceniana jest skuteczność leczenia zaproponowanego przez konwencjonalną ochronę zdrowia.

Projekt został zrealizowany w latach 2020–2021, w ramach umowy 1/GA/2021 z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przy wcześniejszej akceptacji Komisji Bioetycznej, działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Metoda i realizacja badań

Rekrutacja uczestników badania, trwająca od marca do czerwca 2021 roku, przebiegała za pomocą ogłoszeń o badaniu zamieszczanych na witrynach internetowych (głównie stronach i wewnętrznych grupach na portalu Facebook) związanych z tematyką substancji psychoaktywnych; ze

wsparciem promocyjnym ze strony influencera zajmującego się problematyką narkomanii (Mestosław).

Do badania online przystąpiło 10 415 osób. Natomiast po weryfikacji i odrzuceniu części z nich pozostało 7253. Kryteriami odrzucenia były braki danych równe lub wyższe 80% odpowiedzi na kluczowe pytania lub odpowiedzi świadczące o niespełnianiu kryteriów włączenia do badania (to jest: wieku pomiędzy 18 a 30 lat oraz historii używania substancji innych niż alkohol i nikotyna w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Większość uczestników badań stanowili mężczyźni (69,1%); natomiast 80 osób (1,1% próby) zadeklarowało się jako osoby niebinarne. Średnia wieku wynosiła 22,3 lata (SD=3,62). Grupa badana charakteryzowała się dużym zróżnicowaniem ze względu na miejsce zamieszkania oraz wykształcenie i zajęcie.

Streszczenie wyników

Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodych dorosłych

W badanej populacji zdecydowanie najczęściej używana była marihuana, a najrzadziej syntetyczne kannabinoidy oraz dysocjanty. Przy czym według około 40% respondentów, pandemia koronawirusa (w okresie której realizowano badanie) nie wywołała zmian w częstotliwości używania substancji psychoaktywnych; jednak około 40% oceniło swoje używanie jako częstsze, a pozostałe około 20% jako rzadsze w stosunku do poprzedniego okresu.

Częstości używania większości z poszczególnych grup substancji były istotnie zróżnicowane ze względu na płeć oraz wiek uczestników badania. W przypadku każdej z grup substancji zaobserwowano istotną różnicę pomiędzy płcią męską i żeńską ($p<0,001$). Poza marihuaną, wszystkie z badanych grup substancji były używane znacząco częściej wśród kobiet niż mężczyzn. Zaobserwowano także znacząco częstsze używania kilku grup substancji (stymulanty, dysocjanty, leki uspokajające i nasenne, marihuana, opioidy) pomiędzy płcią męską a osobami niebinarnymi. Poza marihuaną, mężczyźni używali tych substancji rzadziej niż osoby niebinarne (od $<0,05$ do $p<0,01$). Najmniej istotnych statystycznie różnic zaobserwowano pomiędzy płcią żeńską i osobami niebinarnymi, gdzie kobiety zgłaszały rzadsze stosowanie substancji psychodelicznych ($p<0,001$). Z kolei w przypadku różnic ze względu na wiek, młodszy respondenci istotnie częściej od starszych używali syntetycznych kannabinoidów

($p<0,05$), opioidów ($p<0,001$) oraz leków uspokajających i nasennych ($p<0,001$). Starsi natomiast znacznie częściej zgłaszali używanie psychodelików ($p<0,001$) i stymulantów ($p<0,01$).

Uczestnicy badania najczęściej używali substancji we własnym domu (76,8% wszystkich wskazań), u swoich znajomych (71,2%) lub „na zewnątrz (np. w parku, przed domem/blokiem, na łonie natury, w lesie itd.” (60,6%). Przy czym większość z nich (56,8%) częściej raportowała używanie substancji w towarzystwie niż samemu/samej. Zjawisko mieszania substancji (podczas jednej okazji) występowało u około połowy uczestników, z czego blisko 17% robiło to przynajmniej 2-4 razy w miesiącu. Zachowanie to było znacznie częstsze wśród mężczyzn.

Jeśli chodzi o szkody i problemy związane z przyjmowaniem substancji, to najczęściej raportowane były: problemy ze snem, wyczerpanie, lęk/niepokój, spadek nastroju i obniżenie motywacji do działania. Najrzadziej zaś zgłaszano utratę przytomności, wypadki lub uszkodzenia ciała, samookaleczenia, niechciane doświadczenia seksualne czy hospitalizacje. Generalnie doświadczanie negatywnych konsekwencji było częstsze wśród kobiet oraz osób młodszych. Co istotne, w przypadku znacznej większości respondentów (67,30%) pandemia nie wywołała zmian w tym zakresie. Zgodnie z wynikami w teście przesiewowym AUDIT, około 38% respondentów nie wykazywała symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, niespełna 55% uzyskało wynik świadczący o umiarkowanym nasileniu tych zaburzeń (lub szkodliwym wzorze używania substancji), a około 8% badanej grupy uzyskało wynik sugerujący występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (wg ICD-11) lub ciężkiego zaburzenia związanego z używaniem substancji (wg DSM-5).

Stosowanie strategii redukcji szkód

Stosowanie strategii redukcji szkód wśród uczestników było stosunkowo częste. Strategiami stosowanymi najczęściej było „unikanie dożylnego przyjmowania substancji”, „unikanie jazdy z nietrzeźwym kierowcą” oraz „branie pod uwagę bieżących planów i obowiązków przy podejmowaniu decyzji o używaniu substancji”. Natomiast do strategii stosowanych najrzadziej można zaliczyć: „dawkowanie substancji na podstawie wagi własnego ciała”, „odmawianie propozycji używania”, „unikanie używania przy złym samopoczuciu” oraz „stosowanie suplementów”.

W przypadku większości pojedynczych strategii występowały znaczące różnice ze względu na płeć respondentów. Osiem z badanych strategii było raportowanych częściej przez mężczyzn niż przez kobiety, jednak stosowanie ośmiu innych było znacznie częstsze wśród kobiet niż mężczyzn. Wiek respondentów również miał znaczenie w przypadku większości strategii. Częstość ich stosowania była wyższa wśród osób starszych. Co istotne, ponad 70% oceniło, że pandemia nie wywołała zmian w tym, jak często stosują tego typu strategie. Niemniej jednak, 22% respondentów wskazało, że stosowanie strategii redukcji szkód było w tym okresie częstsze niż przed pandemią. Jeśli chodzi o źródła wiedzy na temat stosowanych strategii, najczęściej wskazywane były źródła internetowe (w tym fora, grupy na platformie Facebook, kanały YouTube czy inne strony internetowe), a także własne doświadczenia oraz znajomi. Za to najrzadziej wskazywano pozyskanie tej wiedzy „od rodzica” (około 3% respondentów) oraz „od partyworkera/streetworkera” i „z lekcji/wykładu” (po około 5%).

Analiza związku pomiędzy częstością stosowanych strategii redukcji szkód a nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji wskazała, że stosowanie strategii redukcji szkód było najczęstsze wśród respondentów, którzy nie wykazywali symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji, a także częstsze wśród osób, które wykazywały szkodliwy wzór używania, w stosunku do tych, u których prawdopodobnie występowało uzależnienie. Ciekawy wynik zaobserwowano w przypadku efektu płci – wśród osób, które nie wykazywały symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji, mężczyźni stosowali strategie redukcji szkód nieco rzadziej niż kobiety i osoby niebinarne; natomiast wśród osób prawdopodobnie uzależnionych, mężczyźni byli grupą stosującą tę strategię najczęściej. Znaczący był również efekt wieku – bez względu na nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji, osoby młodsze rzadziej angażowały się w redukowanie szkód. Przeprowadzono także analizę związków pomiędzy stosowaniem strategii redukcji szkód a występowaniem negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji. W tym celu zweryfikowano dwa modele hierarchicznej analizy regresji liniowej. W jednym modelu zmienną zależną była częstość doświadczania szkód/problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna. W drugim modelu zmienną zależną było nasilenie

zaburzeń związanych z używaniem substancji, czyli wynik testu AUDIT. Uzyskane wyniki wskazują, że w przypadku osób, które często stosowały strategie redukcji szkód, prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji (szkód/problemów oraz zaburzeń) było znacznie mniejsze w stosunku do osób, które stosowały te strategie rzadko. Wynik ten został potwierdzony za pomocą efektu głównego w analizie regresji oraz efektu interakcji (strategie chroniące x używanie substancji). Zaobserwowano także, że częste używanie substancji oraz posiadanie diagnozy psychiatrycznej były istotnymi czynnikami ryzyka szkód/problemów i zaburzeń związanych z używaniem substancji, natomiast istotnym czynnikiem chroniącym przed tymi konsekwencjami była zdolność do samoregulacji, czyli umiejętność związana ze stosowaniem strategii redukcji szkód.

Zjawisko samoleczenia

Spora grupa uczestników badania (26,5%, n=1791) potwierdziła posiadanie diagnozy jakiegoś zaburzenia psychicznego. Najczęściej raportowana była depresja (około 75% zdiagnozowanych), zaburzenia lękowe (52,5%) i zaburzenia związane z używaniem substancji (około 23%). Co więcej, spośród osób zdiagnozowanych wiele osób miało współwystępujące diagnozy: dwie diagnozy posiadało 35% osób, a 33% respondentów posiadało trzy diagnozy lub więcej. Zdiagnozowane osoby w przeważającej większości (około 75%) przypadków próbowały leczyć się na własną rękę, a w ponad połowie przypadków (około 55%) używały w tym celu różnych substancji psychoaktywnych – najczęściej w przypadku depresji i zaburzeń lękowych. Respondenci ocenili, że samoleczenie z wykorzystaniem substancji psychoaktywnych jest czasem skuteczniejsze niż profesjonalna terapia – dotyczyło to zwłaszcza samoleczenia z wykorzystaniem psychodelików, marihuany i empatogenów. Z drugiej jednak strony, u osób samoleczących się wzrasta prawdopodobieństwo rozwinięcia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Z samoleczeniem związane okazały się także: introwersja, niska samoregulacja, neurotyczność, otwartość na doświadczenia, sumienność oraz negatywna samoocena swojego zdrowia psychicznego oraz fizycznego. Z porównań ze względu na płeć wynikało, że kobiety stosują samoleczenie częściej niż mężczyźni, ale nie

w przypadku depresji i zaburzeń lękowych – w tych dwóch przypadkach częściej samoleczenie stosowali mężczyźni. Badania wykazały, że jeśli chodzi o inne (niż samoleczenie) motywy, dla których młodzi ludzie używają substancji psychoaktywnych, to najczęściej jest to chęć modulacji (zmiany) negatywnego nastroju oraz ułatwienie kontaktów społecznych/towarzyskich.

Przypisy

¹ Szczegółowe informacje na temat zastosowanej w tym projekcie metodologii oraz uzyskanych w nim wyników można znaleźć w całościowym raporcie z badań, który został opublikowany na portalu Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom): https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166055&fbclid=IwAR1WAqr9DR9l-jLl-e6eX3Rr_89CxKN1HloQjN4oxdIL-48Auj72LYSXNmvmM [dostęp 10.05.2022].

Bibliografia

Beccaria F., Rolando S., Hellman M., Bujalski M. & Lemmens P. (2015), „From criminals to celebrities: Perceptions of »the addict« in the print press from four European countries from nineties to today”, *Substance Use & Misuse*, 50(4), 439-453.

Boys A., Marsden J. & Strang J. (2001), „Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective”, *Health education research*, 16(4), 457-469.

Carhart-Harris R.L. & Nutt D.J. (2013), „Experienced drug users assess the relative harms and benefits of drugs: a web-based survey”, *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(4), 322-328.

Carhart-Harris R., Giribaldi B., Watts R., Baker-Jones M., Murphy-Beiner A., Murphy R. & Nutt D.J. (2021), „Trial of psilocybin versus escitalopram for depression”, *New England Journal of Medicine*, 384(15), 1402-1411.

Carrà G., Bartoli F., Brambilla G., Crocamo C. & Clerici M. (2015), „Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review”, *Substance Abuse*, 36(1), 75-81.

Cruz O.S. (2015), „Nonproblematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample”, *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150.

Fernández-Calderón F., Lozano-Rojas O., Rojas-Tejada A., Bilbao-Acedos I., Vidal-Giné C., Vergara-Moragues E. & González-Saiz F. (2014), „Harm reduction behaviors among young polysubstance users at raves”, *Substance Abuse*, 35(1), 45-50.

Greń J., Ostaszewski K., Dąbrowska K. & Wiczorek Ł. (2021), „It'll Never Be Safe, But You Can Limit the Harms”. Exploring Adolescents' Strategies to Reduce Harms Associated with Psychoactive Substance Use”, *Substance Use & Misuse*, 1-12.

Hutten N., Mason N., Dolder P., Kuypers K. (2019), „Self-Rated Effectiveness of Microdosing With Psychedelics for Mental and Physical Health Problems Among Microdosers”, *Front Psychiatry*, 10: 672.

Khantzian E.J. (1997), „The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications”, *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.

Lazareck S., Robinson J.A., Crum R.M., Mojtabai R., Sareen J. & Bolton J.M. (2012), „A longitudinal investigation of the role of self-medication in the development of comorbid mood and drug use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)”, *The Journal of clinical psychiatry*, 73(5).

Lenton S. & Single E. (1998), „The definition of harm reduction”, *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.

Magar E.C., Phillips L.H. & Hosie J.A. (2008), „Self-regulation and risk-taking”, *Personality and Individual Differences*, 45(2), 153-159.

Malczewski A. (2019), „Młodzież a substancji psychoaktywne” W: Grabowska M., Gwiazda M. (red.), *Młodzież 2018* (234-249). Warszawa: Centrum Badań Opini Społecznej.

Martens M.P., Taylor K.K., Damann K.M., Page J.C., Mowry E.S. & Cimini M.D. (2004), „Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students”, *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 390.

Mithoefer M.C., Feduccia A.A., Jerome L., Mithoefer A., Wagner M., Walsh Z. & Doblin R. (2019), „MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials”, *Psychopharmacology*, 236(9), 2735-2745.

Moskalewicz J., Wciórka J. (2021), „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Murphy J.G., Dennhardt A.A., Skidmore J.R., Borsari B., Barnett N.P., Colby S.M. & Martens M.P. (2012), „A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 876.

Muttoni S., Ardisino M. & John C. (2019), „Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: a systematic review”, *Journal of Affective Disorders*, 258, 11-24.

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Brykczynska C. & Pisarska A. (2008), „Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje”, *Alkoholizm i Narkomania*, 21(4), 391-411.

Ostaszewski K. (2008), „Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych”, *Alkoholizm i Narkomania*, 21(4), 363-389.

Ostaszewski K. (2014), „Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Panagopoulos I. & Ricciardelli L.A. (2005), „Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users”, *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 54-64.

Park J.Y. & Wu L.T. (2017), „Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use: a review”, *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 1-13.

Pearson M.R. (2013), „Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review”, *Clinical Psychology Review*, 33(8).

Sierosławski J. (2020), „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. (Alcohol and drug use among school children. The ESPAD Polish report), Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Stockings E., Hall W.D., Lynskey M., Morley K.I., Reavley N., Strang J. & Degenhardt L. (2016), „Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people”, *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.

Stockwell T., Gruenewald P., Toumbourou J. & Loxley W. (Eds.). (2005), „Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice”, John Wiley & Sons.

Toumbourou J.W., Stockwell T., Neighbors C., Marlatt G.A., Sturge J. & Rehm J. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”, *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.

Zinberg N.E. (1984), „Drug, set, and setting: The social bases of controlled drug use”, New Haven, CT: Yale University.

Artykuł opiera się na wynikach badań zamieszczonych w raporcie „Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód” (Klingemann i Klingemann, 2021), a także przedstawia niepublikowane wcześniej dane dotyczące funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie obowiązywania obostrzeń związanych z pandemią COVID-19.

JESZCZE RAZ W ODPOWIEDZI NA KRYZYS. POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

Jakub Greń

Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Justyna Klingemann

Zakład Badań nad Alkohologizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Od epidemii do pandemii

Pojęcie *redukcji szkód* odnosi się do szerokiego zakresu oddziaływań skupionych wokół przeciwdziałania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych. Przede wszystkim jednak pojęcie to określa specyficzne podejście w zakresie zdrowia publicznego, mające na celu zapobieganie negatywnym konsekwencjom wynikającym z używania substancji psychoaktywnych, niekoniecznie ograniczając ich ogólne spożycie. Beneficjentami działań z zakresu redukcji szkód są nie tylko użytkownicy substancji psychoaktywnych, ale również ich najbliższe otoczenie – członkowie rodziny oraz społeczności lokalnej (Lenton i Single, 1999; NHRC, 2020).

Niektórzy uważają, że podejście redukcji szkód, w taki czy inny sposób było praktykowane od najwcześniejszych dni używania przez ludzkość substancji psychoaktywnych (Collins i in., 2012). Skupiając się na współczesności, przyjmuje się, że pierwsze przejawy tego podejścia były spontaniczne i oddolne, a nie pochodzące od rządu czy towarzystw ekspertów (Tammiu, 2004). Jednakże szerszej akceptacji i upowszechnienia podejście to doczekało się dopiero, kiedy problematyka związana z przyjmowaniem narkotyków nabrała nagle prawdziwie populacyjnego znaczenia, co miało miejsce wraz z wybuchem epidemii wirusa HIV w latach 80. XX wieku.

Wkrótce po rozpoznaniu krwioprzodnej transmisji wirusa HIV, związana z nim panika społeczna została zawężona do jednostek i grup, które były szczególnie podatne na jego rozprzestrzenianie się, co w dużej mierze dotyczyło osób używających narkotyków drogą dożylną. A ponieważ osoby te znajdują się często w niekorzystnych warunkach społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych, co przyczynia się do

ich niezdolności bądź niechęci do zaprzestania używania narkotyków, ta kryzysowa sytuacja wymagała innego podejścia. W odpowiedzi opracowano więc takie inicjatywy, jak: wymiana zużytych igieł i strzykawek na sterylne; przepisywanie metadonu osobom uzależnionym od opioidów, dzięki czemu rezygnowały one z przyjmowania „ulicznej heroiny”, a często również z samych iniekcji; udostępnianie bezpłatnych prezerwatyw oraz edukacja na temat zagrożeń związanych z HIV oraz sposobów ich zapobiegania. W celu realizacji tych usług zaczęły powstawać zarówno stacjonarne (tzw. punkty drop-in), jak i mobilne (outreach, streetworking oraz programy z wykorzystaniem mobilnych serwisów) platformy, zwane programami redukcji szkód.

Pierwszy z takich programów, jeszcze w wersji eksperymentalnej, został powołany w metropolitarnym regionie ujścia rzeki Mersey, w Wielkiej Brytanii (O'Hare, 2007). Po jego sukcesie, w roku 1990 zorganizowano tam międzynarodową konferencję (First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm), w wyniku której powołano także międzynarodowe towarzystwo w tym zakresie (Harm Reduction International). Na przestrzeni kolejnych lat model programów redukcji szkód, który został nazwany od rzeki kształtującej ów brytyjski region – Mersey model – był powielany i adaptowany w wielu innych miejscach na całym świecie, w tym przede wszystkim w innych krajach europejskich, w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i do pewnego stopnia w krajach Azji Środkowej i Afryki Subsaharyjskiej (O'Hare, 2007; Collins i in., 2012).

Od momentu powstania programy redukcji szkód zmagają się przede wszystkim z ograniczonym finansowaniem ze środków publicznych oraz oporem ze strony części lokalnych społeczności. Jednocześnie, zarówno postępująca wiedza

w tym zakresie, jak i nowe problemy w obszarze uzależnień (np. zjawisko nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych), przyczyniały się do postępującej profesjonalizacji i poszerzania zakresu zastosowań podejścia redukcji szkód. Paradoksalnie, pierwszym poważnym wyzwaniem dla funkcjonowania programów redukcji szkód na skalę globalną był wybuch pandemii COVID-19, a więc sytuacja podobna do tej, która przyczyniła się do ich zapoczątkowania.

Osoby używające substancji psychoaktywnych narażone są na zwiększone ryzyko zdrowotne z powodu COVID-19 (np. Malczewski, 2020). Dotyczy to przede wszystkim osób przyjmujących substancje poprzez palenie, inhalacje lub drogą dożylną, jako że zagrożenia związane z COVID-19 obejmują głównie układ oddechowy oraz immunologiczny (przegląd: Wei i Shah, 2020). Wśród osób będących odbiorcami programów redukcji szkód obserwuje się także duże rozpowszechnienie współwystępujących problemów zdrowotnych (np. AIDS, HCV czy HBV), jak również inne niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne, które pogłębiają ich podatność (HRI, 2020).

Poza tymi bezpośrednimi zagrożeniami związanymi z potencjalną infekcją, odbiorcy programów redukcji szkód doświadczali także trudności związanych z rządowymi obostrzeniami, wprowadzanymi na całym świecie w odpowiedzi na ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia pandemii 11 marca 2020 roku. Obostrzenia te obejmowały przede wszystkim tzw. lockdown, czyli tymczasowe zamknięcie lub ograniczenie korzystania z większości instytucji publicznych, w myśl zasady samoizolacji i społecznego dystansowania się (Cucinotta i Vanelli, 2020). Ograniczenia te przekładały się także na utrudnienia pracy zarobkowej oraz dostępu do programów redukcji szkód i innych świadczeń, które dla niektórych mogły wiązać się z powrotem do uzależnienia lub polegania na nielegalnym dostępie do narkotyków, co z kolei niosło zagrożenia dla zdrowia publicznego. Dlatego ważne było, aby podczas pandemii utrzymać realizację działań dotyczących redukcji szkód.

Sytuacja ta przykuła uwagę wielu badaczy. Z jednej strony chciano monitorować wpływ pandemii na realizację działań programów redukcji szkód, oraz wskaźniki zdrowia i wzorów używania ich odbiorców. Z drugiej zaś, te niepowtarzalne warunki stanowiły okazję do przyjrzenia się, jak programy te funkcjonują w dobie kryzysu. Stąd, od końca 2020 roku zaczęły pojawiać się liczne publikacje raportujące wyniki badań w tym zakresie. Większość z nich dotyczyła jednak tylko początkowego okresu pandemii (np. Malczewski,

2020; Picchio i in., 2020), skupiała się na pojedynczych interwencjach, jak pomieszczenia do nadzorowanych iniekcji (np. Roxburgh i in., 2021) czy dystrybucja naloxonu (np. French i in., 2021). Dostępne są także wyniki badań międzynarodowych na ten temat, ale te nie obejmowały naszego kraju (Radfar i in., 2020). O sytuacji w Polsce wiadomo było dotychczas z artykułu opisującego działalność Centrum drop-in w Krakowie w okresie pandemii (Michalewski, 2020) oraz badań wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym, którym objęto również część programów redukcji szkód (Malczewski, 2020). Niniejszy artykuł dotyczy funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie obowiązywania głównych obostrzeń związanych z pandemią COVID-19, czyli na przestrzeni 2020 roku.

Metodologia badania

Na początku lutego 2021 roku badacze skontaktowali się z każdą z placówek za pomocą wiadomości e-mail z ogłoszeniem o prowadzonym badaniu i prośbą do przedstawicieli realizatorów poszczególnych programów (kierowników lub wydelegowanych przez nich pracowników) o wypełnienie ankiety. Na przesłanie odpowiedzi wyznaczono okres dwóch tygodni. Po jego upływie skontaktowano się telefonicznie z placówkami, które nie nadesłały w tym czasie wypełnionych ankiet z ponowną prośbą o wzięcie w nim udziału. Wydłużono wtedy również okres zbierania ankiet o kolejny tydzień.

Za wyjściową bazę programów redukcji szkód, działających na terenie Polski, posłużyła „Baza placówek pomocowych” (typ: „programy redukcji szkód: punkty wymiany igieł i strzykawek, punkty drop-in”: www.narkomania.org.pl), wskazana badaczom w korespondencji z Działem Lecznictwa i Certyfikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹. W bazie znajdowało się 15 placówek z całego kraju zarejestrowanych jako prowadzące programy redukcji szkód. Spośród tych placówek jedna okazała się już nie istnieć, a cztery inne zgłosiły, że nie prowadzą już programu redukcji szkód. Wypełnione ankiety uzyskano z dziewięciu spośród dziesięciu funkcjonujących programów.

Ankieta, rozesłana drogą elektroniczną do polskich programów redukcji szkód, składała się z 13 pytań i dotyczyła takich kwestii, jak: charakterystyka programu (lokalizacja, odbiorcy, personel, źródła finansowania, cele i realizowane działania); sukcesy i bariery w realizacji programu; oraz wpływ pandemii na funkcjonowanie

i realizację działań programu. Pytania poprzedzono informacją o celu badania wraz z zapewnieniem o poufności zbieranych danych. Ankieta została poddana badaniu pilotażowemu, w ramach którego przedstawiciel jednego z programów redukcji szkód udzielił po jej wypełnieniu informacji zwrotnych oraz odpowiedzi na techniczne pytania badaczy. Badanie pilotażowe przeprowadzono w formie rozmowy telefonicznej.

W niniejszym artykule skupiono się na danych dotyczących ogólnej charakterystyki programów redukcji szkód oraz ich funkcjonowaniu w warunkach spowodowanych pandemią COVID-19. Zebrane dane ilościowe przedstawiono na wykresach oraz opisano w raporcie. Odpowiedzi na pytania otwarte zostały poddane analizie zdanie po zdaniu i oznaczone słowami kluczowymi stanowiącymi podstawę kodowania otwartego danych jakościowych. Do analizy jakościowej na etapie kodowania ankiet wykorzystane zostało oprogramowanie komputerowe ATLAS.ti.

Ogólna charakterystyka programów redukcji szkód

Rozmieszczenie

Objęte badaniem ankietowym programy redukcji szkód zlokalizowane są w siedmiu dużych lub średnich ośrodkach miejskich na terenie Polski. Wykres 1. pokazuje rozmieszczenie programów redukcji szkód, które wzięły udział w badaniu, na mapie podziału administracyjnego Polski.

Zakres działań

W ramach objętych badaniem programów redukcji szkód wymieniano realizację takich działań, jak:

- dystrybucja czystych igieł i strzykawek (9 na 9 programów), z czego prawie wszystkie programy (8 na 9 programów) realizują także zbiórkę i utylizację zużytych igieł i strzykawek;
- terapia substytucyjna (3 z 9 programów), w tym dwa za pomocą metadonu i suboxonu, a jedna za pomocą buprenorfiny;
- lokalny streetworking (7 programów),
- mobilny serwis wymiany igieł i strzykawek (3 z 9 programów); przy czym w przypadku jednego z nich był to serwis w zakresie dowozu sprzętu iniekcyjnego do miejsc przebywania klientów – działania prowadzone w okresie lockdownu” (P5);

- liczne działania indywidualne realizowane w jednym z prowadzonych w ramach czterech programów punktów drop-in czy też poradniach związanych strukturalnie z niektórymi programami, w tym:

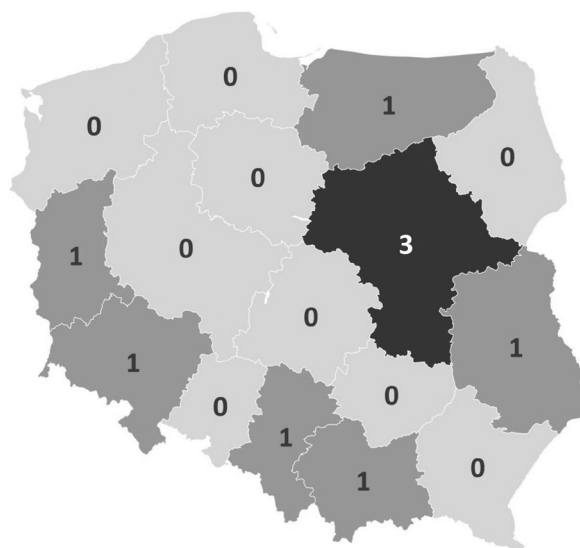
- interwencje kryzysowe (8 programów),
- poradnictwo socjalne (7 programów),
- poradnictwo prawne (5 programów),
- poradnictwo zawodowe (4 programy),
- udzielanie konsultacji/wsparcia psychologicznego (6 programów),
- udzielanie konsultacji lekarskich (4 programy),
- prowadzenie terapii indywidualnej (4 programy),
- usługi pielęgniarstwa (5 programów),
- testowanie w kierunku HIV/AIDS, HBV, HCV i kiły (5 programów).

Rzadziej, bo jedynie przez pojedyncze (1 lub 2) programy, realizowane są z kolei takie działania, jak: prowadzenie terapii grupowej i grup wsparcia, poradnictwo zawodowe, badanie na obecność narkotyków czy pomoc w wyrobieniu dokumentów (np. bezpłatne wykonanie zdjęć). Jeden z programów oferuje także opiekę noclegową.

Odbiorcy

Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami, w Polsce programy redukcji szkód skierowane są do osób pełnoletnich, które używają substancji psychoaktywnych w sposób problemowy i/lub są od nich uzależnione. Często przyjmują substancje drogą iniekcji. Ponadto odbiorcy programów

Wykres 1. Rozmieszczenie programów redukcji szkód (które wzięły udział w badaniu) w poszczególnych województwach na terenie kraju.



to osoby doświadczające szeregu problemów emocjonalnych, zdrowotnych, społecznych i prawnych (w tym problemów spowodowanych używaniem narkotyków), bez wsparcia rodziny, często bezdomne. Osoby te pozostają poza systemem leczenia albo na jego obrzeżach; jeśli podejmowali w przeszłości próby leczenia, to były one nieskuteczne, np. przerywali program terapeutyczny przed jego ukończeniem lub byli z nich usuwani, ponieważ nie potrafili dostosować się do zasad/zaleceń. Zazwyczaj osoby te charakteryzuje także niski poziom wiedzy w zakresie zdrowia.

- *Jeśli chodzi o wzory używania narkotyków to naszymi klientami są w większości osoby używające narkotyków drogą iniekcji (60-80%). Na ogół przyjmują oni opioidy, psychostymulanty i benzodiazepiny. W wielu przypadkach nadużywają dodatkowo alkoholu.* (P5)
- *Odbiorcy projektu są osobami wykluczonymi, z problemami socjalnymi, prawnymi, zdrowotnymi, żyjącymi w permanentnym kryzysie.* (P8)
- *Nasi odbiorcy to osoby pokaleczone emocjonalnie, z dramatycznymi historiami życia. Chcemy, aby dzięki korzystaniu z działań fundacji, mogły one odbudować poczucie wartości, godność i aby dostrzegli własne człowieczeństwo.* (P2)
- *Osoby przebywające na ulicy, bezdomni, przebywający w pustostanach i w ogródkach działkowych.* (P1)
- *Posiadają niską edukację na temat chorób zakaźnych.* (P6)

Cele programów

Programy redukcji szkód realizują szereg różnych celów, istotnych zarówno z perspektywy zdrowia publicznego, jak i osoby uzależnionej oraz jej otoczenia. Ich celami, zmierzającymi do poprawy zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, są: profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami, a także poprawa stanu zdrowia adresatów programu. Oznacza to prowadzenie kompleksowych oddziaływań w warunkach stacjonarnych oraz w środowisku klienta, które zmierzają do:

- podniesienia poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji i zmiany wzorów używania na mniej szkodliwe;
- zmniejszenia liczby schorzeń somatycznych związanych z iniekcjami;
- zwiększenia dostępu do anonimowego testowania w kierunku zakażeń HIV, HCV i kiły;

- zwiększenia liczby osób świadomych swojego statusu serologicznego oraz podejmujących leczenie w programach lekowych dla osób HCV+;
- wzrostu świadomości dotyczącej uzależnienia i chorób współistniejących oraz zwiększenia liczby osób podejmujących odpowiednie leczenie.

Ponadto istotne w tym kontekście są działania polegające na docieraniu do osób czynnie uzależnionych od substancji psychoaktywnych, również takich, które znajdują się w grupie wysokiego ryzyka występowania chorób zakaźnych, a które do tej pory nie zostały objęte działaniami pomocowymi. Realizatorzy programów wskazują, że możliwe jest to poprzez wyjście naprzeciw potrzebom osób uzależnionych i dostosowanie oferowanej pomocy do gotowości danego człowieka, niezależnie w jakiej znajduje się sytuacji życiowej.

Kolejnym istotnym celem programów redukcji szkód jest poprawa funkcjonowania społecznego adresatów programu. Cel ten realizowany jest poprzez szereg działań zmierzających do:

- poprawy higieny beneficjentów;
- zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych;
- konstruktywnego poradzenia sobie z kryzysami żywymi;
- uregulowania spraw urzędowych i socjalnych;
- oraz wsparcia w rozwiązaniu problemów prawnych klientów.
- *Działania redukcji szkód są w równej mierze działaniami na rzecz poprawy trudnej/opresyjnej sytuacji klienta, ale też działaniami na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. (...) Rolą rzecznictwa redukcji szkód (tak jak każdego rzecznictwa) jest: reagowanie tam, gdzie dostrzegamy bezsilność osób szukających pomocy wobec instytucji, identyfikacja problemów i potrzeb społecznych, ich opis i wskazywanie podmiotom odpowiedzialnym za politykę społeczną (narkotykową), wskazywanie rozwiązań zidentyfikowanych problemów, udział w budowaniu lokalnych i krajowych strategii i koalicji na rzecz optymalizacji modelu pomocy* (P3).
- *Redukcja szkód jest działaniem niezwykle ważnym i w wielu przypadkach ratuje życie i zdrowie osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych. Jednak interwencja ograniczona do redukcji szkód nie przerywa nie tylko wielu destrukcyjnych działań wielu klientów, ale też działań bardzo niebezpiecznych. Dlatego tak ważne jest podjęcie aktywności*

nakierowanych na nakłonienie przynajmniej części osób objętych wsparciem do podjęcia leczenia i w perspektywie – do wejścia na drogę readaptacji społecznej (P3).

Funkcjonowanie w trakcie pandemii COVID-19

Ograniczenie dostępu do świadczeń

Realizatorzy programów redukcji szkód wskazywali na wynikające z pandemii COVID-19 znaczne ograniczenie różnego rodzaju świadczeń, z których korzystali odbiorcy programów, przy jednoczesnym pojawieniu się szeregu nowych potrzeb.

- P8: *Dostrzeżliśmy duży problem z dostępem do informacji na temat działań innych organizacji, instytucji, wydawania posiłków, łaźni, schronisk, miejsc w noclegowniach. (...) Przez dłuższy czas żadne z lokalnych schronisk i noclegowni nie przyjmowało nowych klientów. Decyzja rządu o zamknięciu hosteli sprawiła, że wielu naszych klientów do tej pory korzystających z tego typu miejsc, trafiło na ulicę bez żadnej alternatywy. (...) Wiele spraw w urzędach odbywało się zdalnie, a część naszych klientów nie posiadała kont mailowych, nie potrafiła napisać maila, nie posiadała profilu zaufanego, żeby zarejestrować się np. w UP, nie potrafiła założyć sobie konta na IKP, aby mieć dostęp do e-recept, co w obecnej sytuacji jest koniecznością.*
- P3: *Sytuacja wielu osób szukających pomocy i leczenia substytucyjnego stała się wręcz dramatyczna, z uwagi na konieczność (...) pozostawiania osobą bezdomną w dużym mieście, tylko po to, by uniknąć podróży po leki i związanych z tym kosztów. (...) W okresie epidemii COVID liczba osób leczonych substytucyjnie w Warszawie wzrosła o 200 osób. Ten wzrost dotknął tylko programy substytucyjne w dzielnicy Praga-Północ, gdzie leczy się obecnie ponad 1200 osób. Tak duże skupisko osób wykluczonych społecznie jest bardzo niekorzystne dla celów leczenia, dla reintegracji społecznej pacjentów, ale też dla otoczenia, miasta, bezpieczeństwa publicznego.*

Trudności w realizacji celów programów

Jednocześnie pandemia COVID-19 i związane z nią obostrzenia sprawiły, że realizacja celów programów redukcji szkód

w Polsce była dużo trudniejsza i wiązała się z koniecznością sprostania wielu nowym wyzwaniom.

Jednym z celów programów, którego zakres realizacji uległ ograniczeniu w okresie pandemii, jest profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami.

- P6: *Klienci programu „zniknęli” z przestrzeni miejskiej. Mieszkańcy noclegowni i schronisk dla osób bezdomnych mieli bardzo ograniczoną możliwość opuszczania instytucji, w których przebywali, a pracownicy naszej poradni nie byli do nich wpuszczani. Beneficjenci przestali korzystać z wymiany sprzętu iniekcyjnego, wrócili do „starego” sposobu zażywania.*
- P8: *Z uwagi na zamknięcie Drop-in oraz zawieszenie dyżurów Mobilnego Serwisu Redukcji Szkód, klienci zostali pozbawieni dostępu do materiałów opatrunkowych, a dostęp do czystego sprzętu stał się utrudniony. W pierwszych tygodniach pandemii priorytetem stała się konieczność wsparcia w obszarze zaspokojenia podstawowych potrzeb związanych z dostępem do żywności, opatrunków, środków do dezynfekcji.*

Ponadto programy miały trudność w docieraniu do osób czynnie uzależnionych od substancji psychoaktywnych, również takich, które znajdują się w grupie wysokiego ryzyka występowania chorób zakaźnych, a które do tej pory nie zostały objęte działaniami redukcji szkód.

- P2: *Poprosiliśmy policję o wyrażenie opinii, czy mamy możliwość realizowania dyżurów, otrzymaliśmy odpowiedź, że nie, w opinii policji praca streetworkera powinna być zawieszona. Mimo to uznaliśmy, że nie możemy w sytuacji najbardziej kryzysowej i pełnej niepewności pozostawić naszych podopiecznych, ponieważ to właśnie w takich momentach jesteśmy najbardziej potrzebni. W pierwszym etapie pandemii nasi odbiorcy znacznie więcej używali substancji psychoaktywnych, mieli też utrudniony dostęp do zarobku, co wzmagало w nich niepokój i agresję. Po ok. 2-3 tygodniach sytuacja się unormowała.*

Wiązało się to w znacznym stopniu z wyzwaniami finansowymi, którym musiały sprostać programy, a także z dylematami dotyczącymi tego, na co przeznaczyć ograniczone fundusze i jak sfinansować nowe działania, których podjęcie wymusiła pandemia.

- P1: *Część środków z projektu przeznaczyliśmy na zakup środków ochrony osobistej, co znacznie uszczupliło nasz budżet przeznaczony na inne zadania. COVID wymagał od nas znacznych modyfikacji i rozwiązywania problemów bieżących.*

Praca w warunkach reżimu sanitarnego

Praca w reżimie sanitarnym oznaczała wypracowanie metod kontaktu, który zapewniał bezpieczeństwo zarówno pracownikom, jak i odbiorcom programów, w procesie realizacji celów programu, tak w warunkach stacjonarnych, jak i w środowisku klienta.

Poniżej przykłady zasad wprowadzonych w pracy programów w warunkach stacjonarnych:

- P5: W okresie marzec-maj 2020 roku (lockdown) prowadziliśmy obsługę klientów przez okienko w drzwiach lokalu drop-in. Wprowadziliśmy limity liczby klientów mogących jednocześnie przebywać w drop-in. Podzieliliśmy lokal na strefy bezpieczeństwa. Klienci (poza czasem spożywania posiłków) muszą pozostawać w masce ochronnej i przestrzegać wielu procedur bezpieczeństwa.
- P3: W okresie epidemii (...) działania stacjonarne skierowaliśmy do 35-osobowej stałej grupy, którą objęliśmy opieką całodobową w warunkach częściowej izolacji. Pozostałe osoby były obsługiwane przez zamkniętą kratę, online, telefonicznie. (...) Dystrybucja stacjonarna sprzętu do iniekcji i innych materiałów odbywa się jak zwykle, ale przez zamkniętą kratę, w przygotowanych wcześniej pakietach.
- P8: Dyżury stacjonarne zostały wznowione w połowie czerwca 2020 roku (początkowo zostały zawieszone na 3 miesiące), w pełnym reżimie sanitarnym – z zastosowaniem środków ochrony osobistej, mierzaniem temperatury, dezynfekcją rąk i powierzchni, ograniczoną liczbą osób przebywających jednocześnie w punkcie drop-in, a także z ograniczeniem czasowym dla pojedynczego klienta. Klient ma godzinę, by załatwić wszystkie niezbędne sprawy w punkcie – w przypadku interwencji wymagających więcej czasu – czas przebywania w punkcie może zostać przedłużony.

Poniżej przykłady zasad wprowadzonych w pracy programów w środowisku klienta:

- P2: Działania streetworkerskie odbywały się normalnie, jednak dbaliśmy o to, aby wymiana nie odbywała się „z ręki do ręki” oraz intensywnie upominaliśmy odbiorców, aby nie gromadzili się w większe grupy.
- P3: Działania streetworkerów: dostarczanie i przekazywanie gotowych pakietów z igłami, strzykawkami, opatrunkami i innymi materiałami pomocniczymi, umówionym osobom w dotychczas odwiedzanych przez streetworkerów miejscach. (...) Działania uliczne reali-

zowaliśmy niemal wyłącznie przez wymianę pośrednią oraz wizyty u osób niepełnosprawnych w miejscach ich pobytu (...). Liczba kontaktów jest niższa niż przy dystrybucji bezpośredniej, ale już liczby wydanych materiałów są porównywalne do okresów poprzedzających epidemię.

- P8: Dyżury uliczne realizowane były z zachowaniem środków bezpieczeństwa, takich jak obsługiwanie jednej osoby w oddaleniu od grupy, zachowywanie dwumetrowej odległości od klienta, używanie jednorazowych rękawiczek, maseczek, odkażanie rąk podczas dyżuru (przy zmianie rękawiczek) oraz po zakończeniu dyżuru. Odkażane były również przedmioty używane podczas dyżurów, takie jak np. metalowe szczypce do zbierania zużytego sprzętu iniekcyjnego. Streetworkerzy oraz peerworkerzy wyposażeni zostali w rękawiczki, maseczki i podręczne środki odkażające.

Nowe działania w odpowiedzi na nowe potrzeby

Odpowiedzią na nowe potrzeby klientów było podjęcie nowych, często innowacyjnych działań związanych z działalnością informacyjną i edukacyjną, udzielaniem wsparcia oraz zaspokajaniem podstawowych potrzeb osób korzystających z programów redukcji szkód.

- Działalność informacyjna, edukacja zdrowotna i wsparcie poprzez media społecznościowe:
 - P8: Założenie na Facebooku grupy dla naszych klientów. Miała ona pełnić rolę informacyjną, a także być miejscem, gdzie klienci mogli dzielić się tym, jak się czują, jak sobie radzą, mogli też zadawać nam pytania i informować nas o swoich potrzebach. W ramach funkcji informacyjnej na grupie klienci mogli znaleźć istotne informacje na temat: (a) form naszej pracy podczas pandemii; (b) koronawirusa – co to, jak można się zakażać, jak się chronić przed zakażeniem, objawy, postępowanie przy podejrzeniu zakażenia, kwarantanna etc.; (c) aktualnych możliwościach uzyskania pomocy (jedzenie, pomoc medyczna etc.); (d) aktualnym stanie prawnym – czym jest stan pandemii, jakie kary grożą za nieprzestrzeganie zasad kwarantanny, czym jest tarcza antykryzysowa, przepisy dotyczące ubezpieczeń, orzeczeń o stopniu niepełnosprawności. (...) Większość klientów bagatelizowała zagrożenie, nie stosowała się do zakazu niewychodzenia czy utrzymywania dystansu, dlatego też dużą część naszej

pracy podczas dyżurów outreach poświęcaliśmy na edukowanie klientów pod tym kątem. Staraliśmy się tłumaczyć, że nawet jeśli na nich wirus nie robi wrażenia – będąc samemu zakażonym w formie lekkiej lub bezobjawowej, mogą oni stanowić zagrożenie dla osób z obniżoną odpornością i starszych.

- Posiłki i paczki żywnościowe dla najbardziej potrzebujących klientów programów:
 - P2: Podczas pierwszego lockdownu zaczęliśmy wydawać ciepłą zupę naszym podopiecznym, którzy z racji pozamykania się jadłodajni i większości sklepów (możliwość zarobku) byli odcięci od możliwości zapewnienia sobie posiłku.
 - P3: Największy problem, jaki napotkaliśmy, dotyczył zapewnienia naszym podopiecznym (izolowana grupa bezdomnych klientów) żywności. Obecnie mamy już podpisaną umowę z Bankiem Żywności i stałe dostawy z tego źródła. Trzy razy w tygodniu jesteśmy też zaopatrywani w pieczywo i ciasta przez Piekarnię Szwajcarską. Opieka domowa nad osobami niepełnosprawnymi, w tym dostarczanie żywności.
 - P8: Zakup oraz dystrybucja żywności wśród najbardziej potrzebujących klientów – tych którzy nie mają rent ani zasiłków, pomocy od rodziny, którzy stracili pracę w związku z koronawirusem i tym samym zostali pozbawieni środków do życia, mieszkającym na pustostanach i klatkach. Dystrybucja była prowadzona indywidualnie z poszczególnymi osobami po uprzednim rozpoznaniu ich sytuacji.
- Izolacja grupy bezdomnych klientów oraz opieka nad klientami programów w kwarantannie:
 - P3: Działania streetworkerów w czasie epidemii: asysta osobom w kwarantannie (częściowej) podczas niezbędnych wyjść i całonocna opieka nad tymi osobami (zakupy, wyjścia do lekarza, odbiór świadczeń, odbiór leków, pozyskiwanie żywności ze sklepów itp.). (...) Działania zaradcze – izolacja grupy bezdomnych klientów. Grupa przebywająca w izolacji wymaga od nas opieki w zakresie odbierania metadonu z programu substytucyjnego, zakupów, zaopatrzenia w żywność, zapewnienia zajęć rekreacyjnych, większej niż zwykle liczby zajęć, w tym terapii indywidualnej i spotkań grupy wsparcia.
- Dystrybucja środków ochronnych oraz środków opatrunkowych do domu klienta:
 - P8: Dystrybuowaliśmy wśród klientów maseczki oraz buteleczki z płynem dezynfekującym. (...) Stali klienci

programu zmagają się z niegojącymi się owrzodzeniami podudzi, jeden klient był sparaliżowany od pasa w dół oraz miał rozległe odleżyny. Klienci ci mają problemy z poruszaniem się, ich duża część to osoby seropozytywne, obciążone innymi chorobami współistniejącymi, co znacząco zmniejsza ich odporność. Dlatego też zdecydowaliśmy się dostarczać im materiały opatrunkowe bezpośrednio do ich miejsca zamieszkania. Wykorzystywany do tego był prywatny samochód pracownika. Dystrybucja opatrunków tą drogą była prowadzona co 1-3 tygodnie, w zależności od zużycia materiałów opatrunkowych przez poszczególnych klientów.

Omówienie

Pandemia COVID-19, a w szczególności związane z nią obostrzenia, utrudniły realizację celów i poszczególnych działań programów redukcji szkód. Dotyczyło to przede wszystkim: utrudnionego dostępu do swoich odbiorców, którzy stanowili grupę osób szczególnie podatnych na zagrożenia związane z COVID-19; konieczności pracy w warunkach reżimu sanitarnego; oraz, w wielu przypadkach, uszczuplenia i tak już ograniczonych budżetów. Pomimo tego, działające na terenie naszego kraju programy redukcji szkód utrzymały realizację zdecydowanej większości ze swoich działań, co należy uznać za bardzo pozytywne zjawisko, gdyż ich przerwanie wiązałoby się z negatywnymi konsekwencjami dla osób problemowo używających substancji psychoaktywnych oraz ich najbliższego otoczenia. Co więcej, programy te nie tylko kontynuowały swoje funkcjonowanie w tym okresie, ale wdrożyły również nowe, często innowacyjne działania, będące odpowiedzią na nowe potrzeby i wyzwania. Taki obraz funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie pandemii pokrywa się z wynikami badań CINN² i EMCDDA³, dotyczącymi wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym. Wyniki te wskazywały zarówno na ograniczenia funkcjonowania programów na skutek regulacji prawnych dotyczących pandemii, jak i na rozwinięcie nowych form pomocy, w tym wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności, które nie były wcześniej bezpośrednimi odbiorcami tych programów (Malczewski, 2020). Warto także wspomnieć, że sytuacja programów redukcji szkód była inna niż placówek leczenia, gdzie spadek osób podejmujących leczenie był znacznie wyraźniejszy

(Malczewski, 2020). Część odbiorców tych programów zgłaszało się w tym okresie także po nowe formy pomocy, jak jedzenie czy środki do dezynfekcji, co przyczyniło się do obserwowanego poszerzenia oferty tych programów.

Należy jednak podkreślić, że kontynuowanie realizacji działań z zakresu redukcji szkód w trakcie pandemii COVID-19, a także wprowadzanie w tym okresie innowacyjnych odpowiedzi na nowe potrzeby i wyzwania, nie było specyficzne jedynie dla programów działających w Polsce. Liczne publikacje donoszą o przykładach dostosowywania pracy programów redukcji szkód do warunków reżimu sanitarnego oraz przestrzegania zasad społecznego dystansowania przy jednoczesnej kontynuacji swoich działań (np. Roxburgh i in., 2021). To, co było w tym kontekście pomocne, to oparcie realizacji tych działań na metodach niewymagających bezpośredniego kontaktu z klientem, czyli poprzez telefon, internet lub pocztę. Oprócz udzielania konsultacji i wsparcia w formie online oraz tworzenia specjalnych czatów, grup na portalach społecznościowych lub infolinii czy innych rozwiązań telemedycznych (np. Samuels i in., 2020), niektóre programy wprowadziły także pocztowe dostawy naloxonu oraz igieł, strzykawek i innego sprzętu redukcji szkód (np. HRI, 2020; French i in., 2021), lub nawet realizowały wirtualny nadzór nad iniekcjami (Schlosser i Harris, 2020). Celem kompensacji dostępu do programów redukcji szkód w tym okresie, w kilku krajach wydłużono także godziny pracy programów oraz znacznie obniżono wymagania korzystania z leczenia substytucyjnego czy wydawania naloxonu (HRI, 2020; Picchio i in., 2020). Innowacyjność, a często nawet upór w kontynuacji pracy programów redukcji szkód w obliczu trudnień i wyzwań związanych z pandemią COVID-19 może dziwić. Zjawisko to staje się jednak zrozumiałe w kontekście pragmatycznych, realistycznych i humanistycznych założeń podejścia redukcji szkód, wśród których leży dostosowanie oddziaływań do aktualnych potrzeb odbiorców oraz tzw. niskoprogowość, czyli nakładanie niewielu wymagań w dostępie do wsparcia i interwencji (np. NHRC, 2020; Michalewski, 2020). Elastyczność i przystosowawczość podejścia redukcji szkód, które jest często odpowiedzią na sytuację kryzysową, wynika także z samej historii powstania i rozwoju tego podejścia, czego krótki przegląd był przedmiotem wprowadzenia do niniejszego artykułu.

Raport

Osoby zainteresowane szczegółowymi wynikami przedstawionych tu badań, które wychodziły poza ramy niniejszego artykułu, zachęcamy do zapoznania się z treścią całościowego raportu pt. *Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie*, autorstwa dr hab. Justyny Klingemann oraz dr. h. c. Haralda Klingemanna, który został opublikowany na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Raport ten można znaleźć pod linkiem: <https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=11323424>

Podziękowania

Opisywane badanie zostało przeprowadzone w ramach zadania zrealizowanego na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Autorzy artykułu wyrażają również wdzięczność wszystkim programom redukcji szkód, które dostarczyły danych niezbędnych do przygotowania tego opracowania.

Przypisy

- ¹ Obecnie: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- ² Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii działające w ramach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- ³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii).

Bibliografia

- Collins S.E., Clifasefi S.L., Logan D.E., Samples L.S., Somers J.M. & Marlatt G.A. (2012), „Current status, historical highlights, and basic principles of harm reduction”.
- Cucinotta D. & Vanelli M. (2020), „WHO declares COVID-19 a pandemic”, *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157.
- French R., Favaro J. & Aronowitz S.V. (2021), „A free mailed naloxone program in Philadelphia amidst the COVID-19 pandemic”, *International Journal of Drug Policy*, 94, 103199.
- HRI – Harm Reduction International (2020). 1.2 COVID-19. In: *Harm Reduction International (2020). Global State of Harm Reduction 2020*. London: Harm Reduction International.
- Lenton S. & Single E. (1998), „The definition of harm reduction”, *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.
- Malczewski A. (2020), „Epidemia COVID-19 a system pomocy osobom uzależnionym”, *Serwis Informacyjny „Uzależnienia*, nr 2 (90) 2020.
- Michalewski B. (2020), „Ograniczanie szkód zdrowotnych i praca z użytkownikami narkotyków w dobie pandemii COVID-19”, *Serwis Informacyjny „Uzależnienia*, nr 4 (92) 2020.
- NHRC – National Harm Reduction Coalition (2020). *Principles of Harm Reduction*. <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction> [dostęp: 7.07.2022].

O'Hare P. (2007), „Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction”, *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 141-144.

Picchio C.A., Valencia J., Doran J., Swan T., Pastor M., Martró E. & Lazarus J.V. (2020), „The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain”, *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-11.

Radfar S.R., De Jong C.A., Farhoudian A., Ebrahimi M., Rafei P., Vahidi M. & Baldacchino A.M. (2021), „Reorganization of substance use treatment and harm reduction services during the COVID-19 pandemic: a global survey”, *Frontiers in Psychiatry*, 12, 639393.

Roxburgh A., Jauncey M., Day C., Bartlett M., Cogger S., Dietze P. & Clark N. (2021), „Adapting harm reduction services during COVID-19: lessons

from the supervised injecting facilities in Australia”, *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1-10.

Samuels E.A., Clark S.A., Wunsch C., Keeler L.A. J., Reddy N., Vanjani R. & Wightman R.S. (2020), „Innovation during COVID-19: improving addiction treatment access”, *Journal of Addiction Medicine*.

Schlosser A. & Harris S. (2020), „Care during COVID-19: Drug use, harm reduction, and intimacy during a global pandemic”, *The International Journal on Drug Policy*, 83, 102896.

Tammi T. (2004), „The harm-reduction school of thought: Three fractions”, *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 381-399.

Wei Y. & Shah R. (2020), „Substance use disorder in the COVID-19 pandemic: a systematic review of vulnerabilities and complications”, *Pharmaceuticals*, 13(7), 155.

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie wojewódzkim umożliwia prowadzenie działań w oparciu o wyniki analiz i badań, a tym samym pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb oraz bardziej efektywną alokację środków finansowych. Opiera się na założeniu, że reakcja społeczna i instytucjonalna powinna być adekwatna do problemów i zagrożeń związanych z używaniem substancji oraz że istotne jest uwzględnianie terytorialnego zróżnicowania problemów.

EKSPERCI WOJEWÓDZCY DS. INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII – WSPÓŁPRACA Z SAMORZĄDEM WOJEWÓDZKIM

Współpraca w ramach Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii została zainicjowana w 2001 roku w wyniku akcesji Polski do Unii Europejskiej. Pomysł na stworzenie tego typu platformy współpracy wynikał z potrzeby oparcia działań prowadzonych w województwach na monitorowaniu problemu narkotyków i narkomanii.

Warto podkreślić, że Eksperci Wojewódzcy wspierali działania w ramach tworzenia monitorowania nie tylko na poziomie wojewódzkim, ale również na poziomie lokalnym poprzez szereg szkoleń i konferencji, np. w województwie łódzkim, wielkopolskim czy świętokrzyskim. Cele i zadania Ekspertów Wojewódzkich określa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Organ wykonawczy samorządu województwa powołuje i odwołuje Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Do zadań eksperta, realizowanych ze środków określonych w budżecie samorządu województwa, należy:

1. zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki

publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych;

2. prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników;
3. gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii;
4. formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii;
5. gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii;
6. gromadzenie i analiza informacji dotyczących nowo pojawiających się trendów w używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

W ramach tworzenia sieci Ekspertów Wojewódzkich na początku XX wieku wykorzystane zostały programy twinningowe Komisji Europejskiej, co pozwoliło na skorzystanie z doświadczeń innych krajów w budowaniu nowego systemu (Niemiec, Francji, Portugalii czy Hiszpanii), zbierania i analizowania danych, jak również

wykorzystywania informacji do planowania działań na poziomie województwa. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (ang. EMCDDA) wspierało powstanie sieci Ekspertów Wojewódzkich poprzez wizyty studyjne w Lizbonie. Do decyzji urzędu marszałkowskiego należy umiejscowienie eksperta: może to być pracownik urzędu, podległej mu jednostki lub osoba, która pracuje w innych instytucjach w województwie.

Eksperci Wojewódzcy przygotowują raporty dotyczące problemu narkotyków i narkomanii, w których przedstawiają skalę zjawiska oraz podejmowane działania. Ponadto w ramach pracy Ekspertów Wojewódzkich odbywają się coroczne spotkania i zapraszani są oni na konferencje i spotkania Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. W tym roku takie spotkanie zostało zorganizowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Lublinie, czyli Eksperta Wojewódzkiego dr Justynę Syrokę, oraz Dział Badań, Monitorowania i Współpracy Międzynarodowej (DBMWM) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Narkomanii. DBMWM powstało w wyniku przekształcenia Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN oraz Działu Analiz, Edukacji oraz Współpracy z Zagranicą PARPA w nową komórkę organizacyjną KCPU. DBMWM zajmuje się współpracą z siecią Ekspertów Wojewódzkich.

Eksperci w województwie lubelskim

Tegoroczne spotkanie Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii odbyło się w Lublinie oraz w Kazimierzu Dolnym. Pierwszego dnia dokonano prezentacji działań ROPS w Lublinie i innych Ekspertów Wojewódzkich. Rozmawiano także o pomocy osobom z Ukrainy, które przyjechały do Polski w wyniku agresji Rosji na to państwo. Dla przykładu Regionalne Centrum Polityki Społecznej z Łodzi w pierwszej połowie roku uruchomiło program mikrograntów „Moce nadŁódzkie” dla organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy społecznej (m.in. osób uzależnionych). Wysokość wnioskowanej kwoty mieściła się w przedziale od 5 do 20 tys. złotych. Podstawowym celem tych działań było wsparcie, aktywizacja społeczna, integracja i poprawa sytuacji obywateli Ukrainy przebywających na terenie województwa łódzkiego.

W drugim kwartale br. RCPS w Łodzi zaplanowało webinary dotyczące traumy dla nauczycieli pracujących z ukraińskimi dziećmi i młodzieżą oraz polskimi rodzinami

przyjmującymi do siebie rodziny z Ukrainy. ROPS Lublin zorganizowało spotkanie 9 maja dla organizacji pozarządowych, które zajmują się tematyką przeciwdziałania uzależnieniom w województwie lubelskim, aby omówić pomoc dla osób z Ukrainy. Działaniami w tym obszarze w województwie lubelskim zajmują się m.in. Towarzystwo Kuźnia oraz program leczenia substytucyjnego z Lublina. Jednym z elementów spotkania Ekspertów Wojewódzkich była wizyta w placówce Stowarzyszenia Monar, które prowadzi również działania z zakresu redukcji szkód drop-in (dzienna świetlica dla czynnych użytkowników narkotyków). Drugiego dnia zaprezentowana została praca punktu diagnozy i terapii FAS/FASD, prowadzonego przez ROPS w Lublinie, który jest jedną z nielicznych tego typu placówek, oferujących swoje usługi bezpłatnie. Po południu Eksperci odwiedzili Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „Powrót z U” w Albrechtówce koło Kazimierza Dolnego. Przyszłoroczne spotkanie Ekspertów Wojewódzkich odbędzie się w Łodzi i będzie organizowane we współpracy z tamtejszym Regionalnym Centrum Polityki Społecznej.

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii

Jak już wspomniano, jednym z głównych celów powstania sieci Ekspertów Wojewódzkich było tworzenie monitorowania nie tylko na poziomie krajowym, ale również wojewódzkim. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie wojewódzkim¹ umożliwia prowadzenie działań w oparciu o wyniki analiz i badań, a tym samym pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb oraz bardziej efektywną alokację środków finansowych. Opiera się na założeniu, że reakcja społeczna i instytucjonalna powinna być adekwatna do problemów i zagrożeń związanych z używaniem substancji oraz, że istotne jest uwzględnianie terytorialnego zróżnicowania problemów. Uaktualnianie działań podejmowanych w odpowiedzi na dynamikę zjawiska umożliwia elastyczne i efektywne radzenie sobie z problemami. Monitorowanie dostarcza też danych stanowiących podstawę do ewentualnych modyfikacji wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii. Jako praktyczny cel monitorowania określa się dostarczenie wniosków i rekomendacji użytecznych praktycznie dla polityków i profesjonalistów zajmujących się problemem uzależnień.

Monitorowanie wojewódzkie prowadzone jest w ramach dwóch głównych obszarów:

1. Rozmiary i charakter problemu uzależnień np. rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych, wzory używania narkotyków, liczba problemowych użytkowników substancji, choroby zakaźne związane z narkotykami, przedawkowania narkotyków, w tym ze skutkiem śmiertelnym, poziom dostępności substancji.
2. Zinstytucjonalizowane reakcje społeczne to m.in. ocena zasięgu, różnorodności i kompleksowości działań profilaktycznych, jakość programów profilaktycznych, oferta pomocy (lecznictwo, rehabilitacja, reintegracja społeczna, redukcja szkód), zasoby ludzkie oraz środki finansowe.

W ramach monitorowania warto również uwzględnić kontekst kulturowy, społeczny i ekonomiczny, czyli np. poziom wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, postawy społeczne wobec substancji, ocenę ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, stopień przyzwolenia – potępienia dla używania różnych substancji, ocenę ważności problemu uzależnień na tle innych problemów w społeczności, gotowość do uczestnictwa lub wsparcia działań profilaktycznych.

Monitorowanie problemu narkotykowego zakłada zbieranie danych i współpracę w tym zakresie z różnymi instytucjami m.in. z placówkami leczenia uzależnień i leczenia ogólnego, policją, ośrodkami pomocy społecznej, placówkami oświaty, organizacjami pozarządowymi, prokuraturą, sądami, urzędami.

Zakładane fazy monitorowania to:

- konceptualizacja – zaplanowanie monitoringu, wybór wskaźników i metod monitorowania,
- zbieranie danych,
- opracowywanie, analiza i interpretacja danych,
- formułowanie wniosków i rekomendacji,
- opracowanie i opublikowanie raportu z monitorowania,
- upowszechnianie wyników monitoringu.

Dlaczego warto monitorować sytuację na poziomie województw?

Sytuacja w województwach może być bardzo zróżnicowana i wymaga innych odpowiedzi w różnych regionach Polski. Dla przykładu możemy przyrzeć się danym dotyczącym zgonów z powodu narkotyków. W tabeli 1 przedstawiona została liczba śmiertelnych przedawkowań. Widać duże

różnice pomiędzy województwami. W woj. śląskim wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców wyniósł 1,45 (65 przypadków), gdy w lubelskim był najniższy w kraju – 0,05 (jeden przypadek). Zatem inna powinna być skala działań w poszczególnych województwach i rozłożenie akcentów w planowych aktywnościach. Oczywiście przedstawione dane stanowią punkt wyjścia do dalszych analiz, na podstawie których można wyciągnąć bardziej pogłębione wnioski. W monitorowaniu uwzględnia się całą grupę różnych wskaźników.

Tabela 1. Liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków oraz wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w 2020 roku.

Województwo	Liczba zgonów wg krajowej definicji	Wskaźnik śmiertelności na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	12	0,42
Kujawsko-pomorskie	12	0,58
Lubelskie	1	0,05
Lubuskie	7	0,70
Łódzkie	15	0,62
Małopolskie	8	0,23
Mazowieckie	29	0,53
Opolskie	6	0,61
Podkarpackie	7	0,33
Podlaskie	8	0,68
Pomorskie	21	0,89
Śląskie	65	1,45
Świętokrzyskie	3	0,24
Warmińsko-mazurskie	12	0,85
Wielkopolskie	4	0,11
Zachodniopomorskie	19	1,13
Polska	229	0,60

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Redakcja

Przypisy

- ¹ Osoby zainteresowane monitorowaniem mogą zapoznać się z publikacją na ten temat pt. „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i dopalaczom” https://www.cinn.gov.pl/porta?id=15&res_id=1146668



Interesujesz się psychologią, ochroną zdrowia? A szczególnie – uzależnieniami? Robisz na ten temat wywiady? Pisziesz reportaże? A może podcasty? Zgłoś się do udziału w konkursie **UZALEŻNIENIA 21 WIEKU**.

W tym roku na nagrody dla dziennikarzy przeznaczono 7300 zł, zaś ich wręczenie odbędzie się w Warszawie podczas Międzynarodowej Konferencji 10th International Conference Pathological Gambling & Other Behavioural Addictions.

– Nasz konkurs organizowany jest corocznie już od 2015 roku. Dotychczas dziennikarze zgłosili na niego ponad 350 prac. I aż 33 z nich wyróżniono – mówi Maja Ruszpel, pomysłodawczyni konkursu. – W ostatnich latach dominującą formą dziennikarską był reportaż, a najpopularniejszym tematem – uzależnienie od seksu.

Misją konkursu jest bowiem popularyzowanie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia od hazardu lub innych zaburzeń behawioralnych, takich jak np. pracoholizm, seksoholizm, uzależnienie od komputera i internetu czy uzależnienie od zakupów. „Uzależnienia 21 wieku” to jedyny w Polsce konkurs dla dziennikarzy, którego celem jest promocja wiedzy na ten temat.

Ponieważ konkurs odbywa się w cyklu rocznym, aktualnie można więc zgłaszać prace, które powstały i zostały opublikowane po 29 października 2021 roku.

– Jednocześnie zachęcamy do kontaktu z nami. Naszym celem bowiem jest inspirowanie dziennikarzy do podejmowania tematyki uzależnień. Tym którzy się do nas zgłoszą, będziemy pomagać w kontakcie z ekspertami, bohaterami, podpowiadać, jakie tematy warto poruszyć – dodaje Maja Ruszpel.

Wywiady, reportaże i inne formy dziennikarskie można przygotowywać i nadsyłać **do 30 października 2022 roku**. Nadesłane prace oceni, powołane przez fundację, Jury.

Jego Przewodniczącą jest Katarzyna Surmiak-Domańska – autorka wielokrotnie nominowana do Nagrody Literackiej Nike, laureatka Nagrody „Newsweeka” im. Teresy Torańskiej. Jako tutorka i wykładowczyni współpracuje z Polską Szkołą Reportażu przy Instytucie Reportażu. Obok niej w Jury zasiadają – dziekan Wydziału Dziennikarstwa SWPS prof. Barbara Giza oraz dr Bernadeta Lelonek-Kuleta, międzynarodowa ekspertka w temacie uzależnień behawioralnych.

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dodatkowe nagrody w konkursie ufundowało także kilka instytucji:

- SWPS – kurs dziennikarstwa na wybranym przez laureata kierunku,
 - Wydawnictwo Iskry – antologię książek prof. Wiktora Osiatyńskiego poświęconą wychodzeniu z uzależnienia
- Regulamin konkursu oraz formularz zgłoszeniowy znajduje się na stronie www.fundacja-inspiratornia.pl

REGULAMIN KONKURSU „UZALEŻNIENIA XXI WIEKU” (8 EDYCJA)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Konkurs „Uzależnienia XXI wieku” odbywa się na zasadach określonych w niniejszym regulaminie. Regulamin ten jest dostępny na stronie internetowej Fundacji Inspiratornia – www.fundacja-inspiratornia.pl oraz w jej siedzibie przy ul. Zielone Zacisze 3 m. 111, Warszawa.
2. Zgłoszenie pracy do konkursu jest równoznaczne z akceptacją jego regulaminu.
3. Uczestnicy Konkursu poprzez podpis na formularzu zgłoszeniowym, wyrażają zgodę na rozpowszechnianie w ramach konkursu swojego imienia, nazwiska i własnego wizerunku oraz wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015, poz. 2135 ze zm.) w zakresie związanym z uczestnictwem w konkursie.

II. MISJA KONKURSU

Misją konkursu jest popularyzowanie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych, takich jak np. pracołizm, seksoholizm, uzależnienie od komputera i internetu czy uzależnienie od zakupów.

III. CEL KONKURSU

Celem konkursu jest upowszechnianie w mediach tematyki tzw. uzależnień behawioralnych, uwrażliwianie społeczeństwa na problemy związane z uzależnieniami behawioralnymi oraz inspirowanie dziennikarzy do podejmowania w różnych formach publicystycznych tej trudnej tematyki: m. in. opisywania problemu, informowania o sposobach rozpoznawania symptomów uzależnień, o możliwościach zapobiegania zjawisku, a także niesienia pomocy w rozwiązywaniu problemów osób z uzależnieniami behawioralnymi.

IV. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO KONKURSU

1. W konkursie mogą uczestniczyć dziennikarze prasy, radia, telewizji, a także redakcji portali internetowych, których prace dotyczące uzależnień behawioralnych zostały opublikowane lub będą opublikowane między 30.10.2021 r. a 29.10.2022 r.
2. Do konkursu można zgłaszać następujące formy dziennikarskie: wywiad, reportaż, artykuł publicystyczny, artykuł interwencyjny, audycja radiowa, program telewizyjny, tekst dziennikarski opublikowany na blogu.
3. Prace muszą być przygotowane w języku polskim.
4. Każdy z uczestników może zgłosić maksymalnie 3 prace.
5. Prace można zgłaszać do 29 października 2022 r. na formularzu, który stanowi załącznik do niniejszego regulaminu. Do formularza należy załączyć kopię pracy (tylko do 5MB) lub przesłać ją poprzez aplikację sieciową (np. WeTransfer). W formatach: doc, pdf, wmv, mp3.
6. Zgłoszenia należy przysyłać drogą mailową na adres: fundacja.inspiratornia@gmail.com, w temacie umieszczając jedynie słowa „ZGŁOSZENIE NA KONKURS”.
7. Organizator zastrzega sobie prawo do wydłużenia terminu naboru prac. W przypadku takiej decyzji, organizator zobowiązuje się do zamieszczenia informacji dotyczącej nowych terminów na stronie internetowej Fundacji Inspiratornia.
8. Udział w konkursie jest równoznaczny z oświadczeniem, iż uczestnik jest autorem nadesłanej pracy, a jej treść nie narusza praw autorskich osób trzecich.

V. ZASADY KONKURSU

1. W pierwszym etapie zostanie dokonana ocena zgłoszeń pod względem formalnym, tj. zgodności przedłożonych prac z niniejszym regulaminem (m. in.: termin dostarczenia pracy i formularza konkursu, termin opublikowania pracy konkursowej, zgodność nadesłanego materiału z tematem konkursu).
2. Prace spełniające wymogi formalne zostaną poddane ocenie jury.
3. Jury oceni prace w szczególności pod względem znajomości przez autora tematu uzależnień behawioralnych, a także walorów publicystycznych i edukacyjnych. W przypadku wszystkich form dziennikarskich prace będą oceniane według:

- jakości merytorycznej oraz zawartości treści informacyjnych, edukacyjnych czy opiniotwórczych (np. wypowiedzi autorytetów z obszaru uzależnień, wywiady z uzależnionymi),
- poziomu warsztatu dziennikarskiego (m.in. ciekawy, oryginalny sposób prezentacji tematyki uzależnień, jakość stylu i języka).

VI. NAGRODY

1. Jury wyłoni 3 najlepsze prace, które zostaną nagrodzone dyplomami oraz nagrodami rzeczowymi. Jury ma możliwość przyznania również dwóch dodatkowych wyróżnień honorowych.
2. Ogłoszenie wyników konkursu nastąpi nie później niż w dniu 10 grudnia 2022 r.
3. Decyzja jury jest ostateczna i nie przysługuje odwołanie od niej.

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Organizatorem Konkursu jest Fundacja Inspiratornia.
2. W przypadku wątpliwości dotyczących interpretacji niniejszego regulaminu, rozstrzygnięć dokonuje zarząd Fundacji Inspiratornia w porozumieniu z przedstawicielem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
3. Organizator zastrzega, że decyzja Jury, co do wyboru nagrodzonych prac, jest ostateczna i nie podlega zaskarżeniu.

W czerwcu 2022 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport z wyników kontroli, którą przeprowadzono w 59 jednostkach samorządu terytorialnego (j.s.t.) z terenu ośmiu województw: w 32 gminach, 16 powiatach oraz 11 jednostkach powołanych do wspólnej obsługi administracyjno-finansowej jednostek oświatowych. Kontrolą objęto lata 2017–2021. Raport dostępny jest na stronie <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/21/006/>.

FINANSOWANIE ZADAŃ OŚWIATOWYCH REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO. RAPORT NIK

Celem głównym kontroli było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy i w jakim stopniu dostępne jednostkom samorządu terytorialnego środki na zadania oświatowe, w szczególności środki przekazywane z budżetu państwa, zapewniają finansowanie potrzeb w tym zakresie? Gminy są zobligowane do prowadzenia szkół podstawowych i przedszkoli, a powiaty do prowadzenia przede wszystkim szkół ponadpodstawowych i szkół specjalnych oraz ośrodków szkolno-wychowawczych. Środki niezbędne do realizacji tych zadań, w tym na wynagrodzenia nauczycieli oraz utrzymanie placówek wychowania przedszkolnego, szkół i innych placówek oświatowych, są zagwarantowane w dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Dochodami j.s.t. są dochody własne, subwencja ogólna oraz dotacje celowe. Najistotniejszym źródłem finansowania wydatków pu-

blicznych na kształcenie, wychowanie i opiekę jest część oświatowa subwencji ogólnej. Pomimo tego, że z roku na rok z budżetu państwa ponoszone są na ten cel wyższe wydatki, ich kwota wywołuje dyskusje i w ocenie j.s.t. nie zapewnia finansowania wszystkich nakładanych na nie zadań oświatowych.

Wydatki na realizację zadań oświatowych poniesione przez wszystkie j.s.t. w Polsce w okresie od 1 stycznia 2017 roku do 30 września 2021 roku wyniosły 382 418,0 mln zł i stanowiły 29,8% wydatków j.s.t. ogółem. Wydatki poniesione na oświatę w roku 2021 (do 30.09) przez poszczególne typy j.s.t. przedstawia wykres 1.

Istotnym źródłem finansowania zadań oświatowych realizowanych przez j.s.t. jest subwencja oświatowa, która łącznie z rezerwą oświatową wyniosła w latach 2017–2021 (do 30 września) 226 074,4 mln zł w całej

Polsce, co stanowiło 59,1% wydatków ponoszonych przez j.s.t. na zadania oświatowe. Udział subwencji oświatowej w wydatkach na oświatę w roku 2021 (do 30.09) w poszczególnych typach j.s.t. przedstawia wykres nr 2. Subwencja oświatowa wzrosła w kontrolowanym okresie (porównując 2020 rok do 2017 roku) o 19,6% w skali całego kraju, tj. o ok. 3 punktów procentowych mniej niż wzrosły wydatki na oświatę ponoszone przez j.s.t., które wzrosły o 23,0% w całym kraju.

Poza środkami z subwencji oświatowej j.s.t. otrzymały również dotacje z budżetu państwa na realizację zadań oświatowych, natomiast miały one zdecydowanie mniejszy udział w wydatkach oświatowych ponoszonych przez j.s.t., który w latach 2017–2021 (do 30 września) wyniósł 5,6% w skali kraju. Udział dotacji z budżetu państwa w wydatkach na oświatę w roku 2021 (do 30.09) w poszczególnych typach j.s.t. przedstawia wykres nr 2. W kontrolowanych j.s.t. największy udział w wydatkach na oświatę stanowiły wydatki ponoszone na wynagrodzenia nauczycieli – 50,0%, które wzrosły w 2020 roku – w porównaniu do 2017 roku – średnio o 30,4%. Wydatki na wynagrodzenia pracowników administracji i obsługi w oświacie wyniosły średnio 13,1% wszystkich wydatków oświatowych, a wydatki majątkowe 5,3%. Pozostałe wydatki (31,6%) zostały przeznaczone na inne wydatki bieżące, tj. m.in. opłaty eksploatacyjne związane z utrzymaniem budynków oraz zakupy.

Wszystkie kontrolowane j.s.t. realizowały w pełni zadania oświatowe nałożone na nie przepisami prawa, przy czym 39,6% z nich stwierdziło, że o ile miałyby większe możliwości finansowe, mogłyby zaoferować dzieciom i młodzieży dodatkową ofertę zarówno edukacyjną, jak i opiekuńczą. Określone w tym zakresie potrzeby dotyczyły głównie szerszej oferty zajęć pozalekcyjnych, zapewnienia opieki psychologicznej, opieki medycznej (w tym stomatologicznej), a także potrzeb w zakresie poprawy warunków nauczania. Udział uczniów w poszczególnych rodzajach zajęć dodatkowych w kontrolowanych j.s.t. w 2021 roku (do 30.09.2021) przedstawia wykres 3.

Większość kontrolowanych j.s.t. wspierała uczniów szczególnie uzdolnionych poprzez wypłatę stypendiów za wyniki w nauce lub osiągnięcia sportowe (stypendia motywacyjne). Wiele j.s.t. przyjmowało również w drodze uchwał różnorodne programy mające na celu nagradzanie uczniów szczególnie uzdolnionych, a także fundowało nagrody w konkursach naukowych i sportowych.

Epidemia COVID-19 nie pozostała bez wpływu na finansowanie zadań oświatowych. Spośród kontrolowanych 48 j.s.t. 44 zgłosiło, że w latach 2020–2021 (do 30 września) poniosło dodatkowe, nieprzewidziane wydatki związane głównie z organizacją nauki zdalnej (zakup sprzętu) oraz zapewnieniem bezpieczeństwa sanitarnego w podległych jednostkach oświatowych (zakup środków do dezynfekcji oraz środków ochrony osobistej). Wysokość poniesionych wydatków kształtowała się na bardzo zróżnicowanym poziomie, od 7 tys. zł do 400 tys. zł. Epidemia spowodowała jednocześnie oszczędności w wydatkach na oświatę, na co wskazało 37 kontrolowanych j.s.t. (77% kontrolowanych j.s.t.).

W związku z epidemią COVID-19 wszystkie kontrolowane jednostki monitorowały wykluczenie cyfrowe dzieci i młodzieży. Przeprowadzono ankiety dotyczące zapotrzebowania na sprzęt komputerowy wraz z oprogramowaniem. Szkoły sprawdzały, czy dzieci uczestniczą w lekcjach zdalnych i w razie potrzeby wypożyczają sprzęt komputerowy lub zapewniały miejsce w szkole z dostępem do komputerów. Brały też udział w programach typu „Zdalna szkoła”, dzięki któremu otrzymały sprzęt komputerowy. Prawie wszystkie szkoły otrzymały pomoc rzeczową w postaci środków ochrony indywidualnej (np. maseczki, płyny do dezynfekcji, termometry bezdotykowe).

Niewiele, bo 11 z 48 kontrolowanych j.s.t. zdecydowało się na opracowanie strategii lub innego dokumentu, który obejmowałby diagnozę oraz prognozę rozwoju oświaty na terenie danej gminy lub powiatu.

W okresie objętym kontrolą liczebność uczniów zwiększyła się w szkołach prowadzonych przez powiaty, ale zmalała w szkołach prowadzonych przez gminy. W zależności od typu szkoły oraz rodzaju j.s.t. średnio na oddział w szkole podstawowej przez wszystkie lata objęte kontrolą przypadało w gminach wiejskich 18 uczniów, a w gminach miejskich 20–21 uczniów. Najbardziej liczne były oddziały w szkołach, których organem prowadzącym były powiaty. Oddziały w liceach ogólnokształcących i technikach, w okresie objętym kontrolą, miały średnio 25–26 uczniów, a oddziały w szkołach branżowych I stopnia – 22–23 uczniów.

Do egzaminów po ósmej klasie, począwszy od roku szkolnego 2018/2019 przystępowało w kontrolowanych jednostkach coraz więcej uczniów (od 6034 uczniów w 2019 roku do 6807 w 2021 roku). Większość uczniów

uzyskiwała wyniki powyżej 50%. Liczba uczniów przystępujących do egzaminu maturalnego wahała się pomiędzy 5995 a 6617, a jego zdawalność kształtowała się na poziomie od 83,6% (w roku szkolnym 2019/2020) do 88,2% (w roku 2018/2019). Liczba osób przystępujących do egzaminu zawodowego spadła z 9712 uczniów w roku szkolnym 2017/2018 do 7840 uczniów w roku 2020/2021. Natomiast liczba uczniów, którzy uzyskali

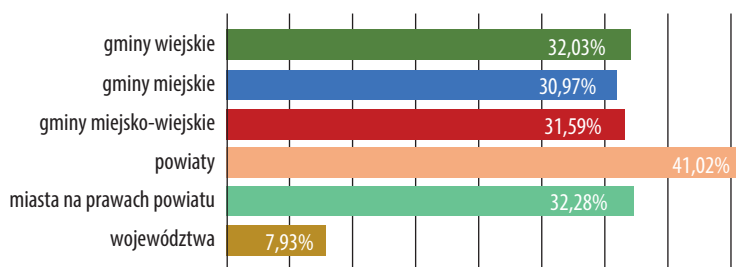
pozytywny wynik z tego egzaminu, utrzymywała się przez wszystkie objęte badaniem lata na tym samym poziomie, tj. 77%.

Główne wnioski

Ustalenia kontroli wskazują, że głównymi trudnościami, z jakimi mierzyły się kontrolowane gminy i powiaty

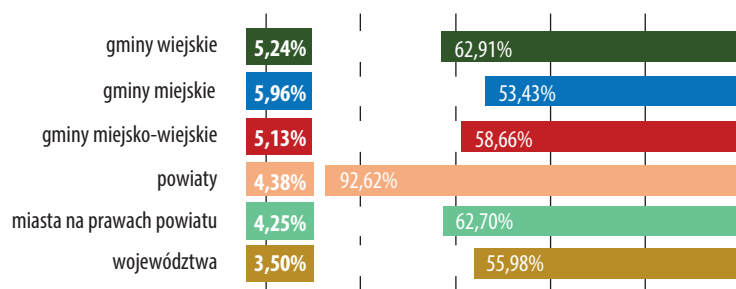
przy wykonywaniu zadań oświatowych, był brak środków na realizację dużych zadań inwestycyjnych (o charakterze budowlanym) oraz problemy z zapewnieniem odpowiedniej kadry nauczycielskiej. Potrzeby inwestycyjne stanowią istotny problem w gminach usytuowanych w pobliżu dużych miast, dla których stają się tzw. sypialniami. Napływ nowych mieszkańców stwarza konieczność zapewnienia im odpowiedniej infrastruktury, w tym szkół i przedszkoli, co oznacza potrzebę wybudowania nowych obiektów. Zapewnienie odpowiedniej kadry nauczycielskiej, w tym nauczycieli zawodów, języków obcych, przedmiotów ścisłych oraz nauczycieli mających przygotowanie z pedagogiki specjalnej jest kolejnym bardzo istotnym problemem występującym w samorządach. Ponadto organy wykonawcze kontrolowanych gmin i powiatów zwracały uwagę na odpływ nauczycieli ze szkół oraz małe zainteresowanie tym zawodem wśród młodych ludzi rozpoczynających dopiero swoją karierę zawodową.

Wykres 1. Udział wydatków na oświatę w wydatkach ogółem poszczególnych rodzajów j.s.t. w 2021 r. (do 30.09.2021)



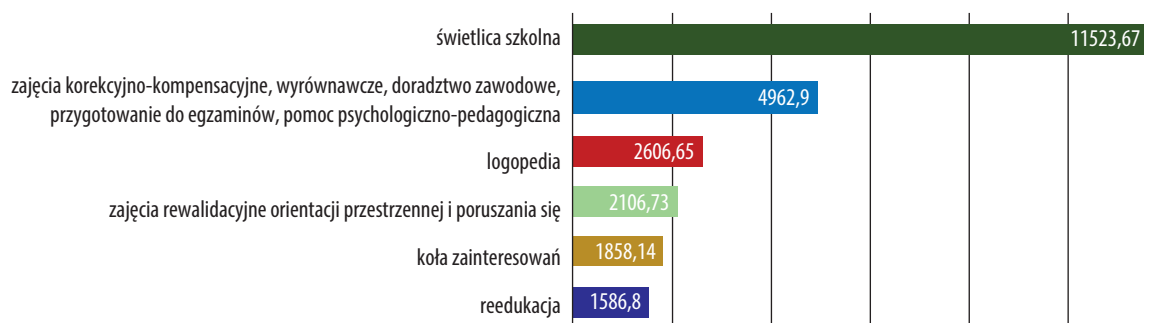
Źródło: Opracowanie własne NIK.

Wykres 2. Udział subwencji oświatowej i dotacji z budżetu państwa w wydatkach na oświatę ponoszonych przez j.s.t. w 2021 r. (do 30.09.2021)



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Wykres 3. Udział uczniów w poszczególnych rodzajach zajęć dodatkowych w kontrolowanych j.s.t. w 2021 r. (do 30.09.2021)



Źródło: Opracowanie własne NIK.

KRAJOWE CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM NA FACEBOOKU

Zapraszamy na facebookową stronę Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Na stronie na bieżąco umieszczane są interesujące informacje i odesłania dotyczące szeroko rozumianych uzależnień. Poniżej prezentujemy kilka ostatnio zaprezentowanych doniesień.

Najczęściej zadawane pytania dotyczące alkoholu i ciąży (19.07)

Czy można pić alkohol starając się o dziecko?

Dlaczego mężczyźni powinni unikać alkoholu, gdy starają się o dziecko?

Czy można pić alkohol po pierwszym trymestrze?



SŁOWNIK UZALEŻNIEŃ 2021



KOMPULSYWNE
ZACHOWANIA SEKSUALNE



SEKSOHOLIZM

Słownik uzależnień (16.07)

W słowniku zawarto zestaw najbardziej adekwatnych i niestygmatyzujących terminów z zakresu problematyki uzależnień na podstawie indywidualnych i grupowych konsultacji z ekspertami.

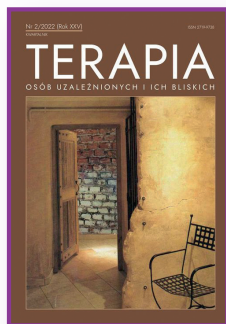
Dlaczego młodzi ludzie sięgają po alkohol? (14.07)

Zwykle mamy jakieś powody, by to robić, mamy oczekiwania dotyczące tego, jak alkohol zadziała.

Czytaj dalej... <https://niebotak.pl/dlaczego-mlodzi-ludzie-siegaja-po->

Projekt „Profilaktyka na miarę” (9.07)

...to działanie wspierające szkoły i placówki w realizacji działań wychowawczo-profilaktycznych. Dotyczy realizacji szkolnej diagnozy i ewaluacji oraz przekładania wyników badań na rekomendacje i treści do programu wychowawczo-profilaktycznego.



Terapia osób uzależnionych i ich bliskich (30.06)

Do pobrania i czytania drugi, tegoroczny numer kwartalnika <https://touiib.pl/kwartalnik/nr-2-22>.

„Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów w profilaktyce uzależnień behawioralnych” (22.06)

Publikacja do pobrania: https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=15&res_id=12628135.

„Profilaktyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży w sporcie – rekomendacje dla klubów sportowych” (21.06)

YOUTUBE.COM nagranie konferencji.

Fundacja ETOH i Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zapraszają na bezpłatne szkolenia przygotowujące do realizacji „Programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych”. Program ten mieści się w Bazie programów rekomendowanych i należy do programów z poziomu profilaktyki selektywnej.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kcpcu@kcpcu.gov.pl
www.kpcu.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl,
Katarzyna Łukowska, Artur Malczewski, Danuta Muszyńska,
Anna Radomska

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

Redakcja:

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

Egzemplarz bezpłatny

Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl