



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (40) 2008

NR 1

2008

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

Jeszcze do niedawna stałym rezultatem badań epidemiologicznych w Polsce były coraz wyższe wskaźniki eksperymentowania młodzieży z narkotykami oraz utrzymujące się na wysokim poziomie picie przez młodzież alkoholu. Prezentowane w tym numerze dane, zebrane w 2007 roku w ramach ostatniej edycji projektu ESPAD, pokazują załamanie się wzrostowego trendu kontaktów młodzieży z środkami psychoaktywnymi. Autorzy artykułu łączą ten fakt ze skutecznością działań profilaktycznych coraz szerzej prowadzonych w środowiskach lokalnych i w szkołach. Optymizm studzi komentarz profesora Janusza Czapińskiego, którego zdaniem pozytywne zmiany są chwilowe i należy spodziewać się powrotu do negatywnego (czyli wzrostowego) trendu. Jak jest naprawdę? Z nadzieją, że jednak mamy do czynienia z jakościową pozytywną zmianą, czekam na wyniki kolejnych badań.

Podstawą do opisywania zjawiska narkomanii są przede wszystkim wyniki badań, warto więc zadać sobie pytanie, czy wiedza, którą dysponujemy, w wystarczającym stopniu opiera się na danych zbieranych w sposób poprawny metodologicznie? Czy reguły naukowego poznania obejmują całe spektrum zagadnień dotyczących zjawiska narkomanii? Na te pytania wyczerpująco odpowiada gość numeru – profesor Czesław Czabala, współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami.

Stosunkowo dużo uwagi w bieżącym numerze poświęcamy leczeniu substytucyjnemu, które ciągle w Polsce, w porównaniu ze „starymi” krajami Unii Europejskiej, stosowane jest zdecydowanie rzadziej i dla znacznej grupy osób kwalifikujących się do tej formy leczenia wciąż nie jest dostępne. Sytuacja w Polsce niewiele się zmienia, pomimo że Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 zakłada zwiększanie liczby programów leczenia substytucyjnego, a regulacje prawne wprowadzone w ostatnich latach powinny sprzyjać rozwojowi lecznictwa substytucyjnego. Artykuł Bożeny Bajerowskiej przybliży krok po kroku procedury uruchamiania programów leczenia substytucyjnego i być może skutecznie zainteresuje osoby, które zamierzają rozpocząć taką działalność. W kontekście leczenia substytucyjnego polecam także artykuł Artura Malczewskiego, który przedstawia wyniki badań dotyczących klientów francuskich programów niskoprogowych. Autor artykułu zwraca uwagę na konieczność zachowania dużej ostrożności w prowadzeniu tego typu terapii, gdyż substancje stosowane w leczeniu uzależnienia od opiatów mogą – jak buprenorfina w omawianych badaniach – wymknąć się spod kontroli i stać się samoistnym źródłem problemów. Wokół uzależnienia od opiatów pozostaje także artykuł dr Teresy Wereżyńskiej, który przybliży stosunkowo mało znaną w Polsce metodę terapii podtrzymującej abstynencję narkotykową poprzez wykorzystanie blokerów. Autorka jest pionierem stosowania w Polsce naltreksonu i – jak pisze – dzięki tej metodzie wielu pacjentów skutecznie odstawiło heroinę, choć nie jest to uniwersalna metoda pomagająca wszystkim uzależnionym od opiatów.

zupełnie inny styl życia w stosunku do uzależnionych od opiatów prezentują, opisywani w artykule Michała Kidawy i Marty Struzik, konsumenci kokainy. Autorzy dotarli do grupy warszawskich użytkowników kokainy, osób dobrze sytuowanych, dla których konsumpcja tego narkotyku stanowi wyznacznik statusu społecznego. Przeprowadzone analizy jakościowe nie pozwalają na uogólnienia, są jednak przyczynkiem do uświadomienia sobie, jak szerokie spektrum zjawisk obejmuje narkomania.

Odpowiadając na pytanie: „Kto powinien realizować zadania profilaktyki narkomanii w szkole?”, Dorota Macander z Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej zajmuje stanowisko kompromisowe. Uważa, że proces zmian mogą inicjować profesjonaliści z zewnątrz, jednak „najwięcej do zrobienia na terenie szkoły mają nauczyciele”, wspierając dzieci i młodzież w abstynencji narkotykowej. Problemem jest przygotowanie ich do prowadzenia nie tylko profilaktyki uniwersalnej, ale także do współpracy z profesjonalistami przy prowadzeniu profilaktyki selektywnej i wskazującej. Autorka zwraca też uwagę na inne bariery szerszego włączenia się nauczycieli w działania profilaktyczne.

Poza zasygnalizowanymi zagadnieniami, polecam artykuły będące kontynuacją tematów z poprzedniego numeru Serwisu: analizę osobowościowych uwarunkowań głębokich deficytów w funkcjonowaniu społecznym wykazywanych przez większość osób wychodzących z uzależnienia, przeprowadzoną przez Małgorzatę Kruk i Zespół, praktyczne wskazówki Tomasza Zakrzewskiego pomagające w organizacji lokalnej kampanii społecznej oraz relację Artura Malczewskiego z realizacji polsko-hiszpańskiego programu szkoleniowego mającego na celu przygotowanie samorządów do prowadzenia monitoringu zjawiska narkomanii na poziomie lokalnym i wdrożenia pilotażowego monitoringu na terenie gmin.

Życzę Państwu przyjemnej lektury

Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

BADANIA NAD UZALEŻNIENIAMI – STAN OBECNY, PERSPEKTYWY NA PRZYSZŁOŚĆ

Wywiad z profesorem Janem Czesławem Czabąłą..... 2

Badania, raporty

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ – WYNIKI BADANIA ESPAD 2007

Artur Malczewski, Robert Frączek..... 6

BADANIA ESPAD – KOMENTARZ

Janusz Czapiński..... 12

UŻYWANIE KOKAINY W EUROPIE I W POLSCE

Michał Kidawa, Marta Struzik..... 14

STRUKTURA OSOBOWOŚCI I KOMPETENCJE SPOŁECZNE OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY W OŚRODKACH MONAR

Małgorzata Kruk..... 19

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

PROGRAM LECZENIA BLOKEREM RECEPTORÓW OPIOIDOWYCH

Teresa Wereżyńska-Bolińska..... 25

JAK TWORZYĆ PROGRAMY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO?

Bożena Bajeroska..... 28

Współpraca międzynarodowa

FRANCUSKIE BADANIE KLIENTÓW PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH

Artur Malczewski..... 32

KALENDARIUM WYDARZEŃ..... 35

LIZBOŃSKA WIZYTA STUDYJNA

Marta Struzik..... 36

Społeczności lokalne, regiony

TWORZENIE MONITOROWANIA NA POZIOMIE LOKALNYM W RAMACH PROJEKTU TWINNING LIGHT POLSKA-HISZPANIA

Artur Malczewski..... 36

Profilaktyka

NAUCZYCIEL – REALIZATOR PROFILAKTYKI SZKOLNEJ

Dorota Macander..... 38

LOKALNA KAMPANIA SPOŁECZNA – CZĘŚĆ II. JAK REALIZOWAĆ SKUTECZNE I EFEKTYWNE DZIAŁANIA?

Tomasz Zakrzewski..... 43

Internet

STRONY WWW – WOKÓŁ PROBLEMÓW NARKOTYKOWYCH

Tomasz Zakrzewski..... III i IV okładka



Profesor dr hab. Jan Czesław Czabała jest kierownikiem Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, dyrektorem Instytutu Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej, współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami.

Jest zaangażowany w problematykę promocji zdrowia psychicznego, uczestniczy w realizacji programów, których celem jest ukształtowanie takich umiejętności osobistych oraz stworzenie takich warunków środowiskowych, które sprzyjałyby rozwojowi i utrzymaniu zdrowia psychicznego. Prowadzi badania dotyczące tzw. odporności na uzależnienie, mające na celu identyfikację czynników chroniących przed braniem środków psychoaktywnych. Z tej perspektywy narkotyki i alkohol traktowane są jako błędne sposoby radzenia sobie z przeżywanymi problemami emocjonalnymi i społecznymi. Uczestniczy w międzynarodowych programach badawczych mających na celu ewaluację programów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, w tym także uzależnieniom.

BADANIA NAD UZALEŻNIENIAMI – STAN OBECNY, PERSPEKTYWY NA PRZYSZŁOŚĆ

Z profesorem Janem Czesławem Czabałą rozmawia Tomasz Kowalewicz

– *Panie Profesorze, jak Pan ocenia stan wiedzy na temat problematyki narkomanii w Polsce? Czy wiedza, jaką dysponujemy w tej chwili, pozwala na podejmowanie merytorycznych, sensownych decyzji?*

– Niestety, aktualna sytuacja nie jest zadowalająca. Tak naprawdę w tej chwili jedynymi solidnymi badaniami dotyczącymi rozpowszechnienia używania przez młodzież środków psychoaktywnych są badania ESPAD¹. Z konieczności wykonuje się je co 4 lata, co ogranicza możliwości ich wykorzystania. Nie umiem powiedzieć, czy i w jakim stopniu wyniki tych badań przekładają się na politykę antynarkotykową. Na pewno stanowią ważne źródło informacji i myślę, że decydenci korzystają z nich przy kreowaniu tych elementów polityki społecznej, które dotyczą uzależnień. Ważnych i rzetelnych danych – dotyczących sytuacji w całej Unii Europejskiej i w poszczególnych krajach członkowskich – dostarcza Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie. My mamy tzw. Focal Point, usytuowany przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, który zbiera dane dotyczące Polski i współpracuje z EMCDDA. Dane te dotyczą głównie problemowego używania środków psychoaktywnych, konsekwencji uzależnień oraz metod

zapobiegania narkomanii i leczenia osób uzależnionych. Informacje pozyskiwane z poszczególnych krajów są zestawiane i publikowane w formie corocznych raportów². Są one ogólnie dostępne na stronach EMCDDA – www.emcdda.europa.eu. Nie umiem powiedzieć, jak szeroko są wykorzystywane w Polsce, do ilu instytucji badawczych docierają.

Oba te przedsięwzięcia: jedno – dotyczące epidemiologii eksperymentowania z narkotykami, drugie – bardziej skoncentrowane na problemach związanych z uzależnieniem uważam za niezwykle cenne źródła informacji o narkomanii i narkotykach. Natomiast zupełnie nie ma w Polsce badań dotyczących efektywności terapii uzależnień, pozwalających na ocenę skuteczności leczenia osób uzależnionych ze względu na zróżnicowanie płacówek i stosowane metody leczenia. Uważam, że to, co powinno się robić i co jest bardzo istotne, to identyfikacja najbardziej skutecznych systemów terapeutycznych w oparciu o empiryczną weryfikację podejmowanych oddziaływań.

– *Czy poza brakiem badań oceniających efektywność funkcjonujących w Polsce systemów leczenia dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych widzi*

Pan Profesor jakieś inne braki badawcze w obszarze narkomanii?

– Generalnie rzecz biorąc wydaje mi się, że mało jest badań oceniających profilaktyczną działalność antynarkotykową. A profilaktykę uważam za jedno z głównych zadań, które powinno być realizowane – zapobieganie szkodliwemu zażywaniu, reagowanie tam, gdzie ma miejsce eksperymentowanie z narkotykami. Profilaktyka powinna oczywiście obejmować przede wszystkim młodzież, bo to jest taki okres, w którym najwięcej ludzi eksperymentuje. Wydaje mi się, że niedostatek badań nad działaniami profilaktycznymi wynika ze słabej identyfikacji tych programów.

– Co Pan rozumie przez identyfikację programu profilaktycznego?

– Identyfikacja, czyli określenie na co program ma działać, jakie są jego zamierzone cele – odległe i bezpośrednie – co konkretnie w danym programie wywołuje pożądaną zmianę itp. Jedną z naszych koleżanek pisze pracę doktorską na temat tego, jak udaje się ludziom przestać brać narkotyki po pierwszych doświadczeniach z nimi. Co takiego dzieje się, że próbują i odchodzą od środków odurzających. To jest odporność na uzależnienie. Program profilaktyczny powinien identyfikować czynniki warunkujące poziom tej odporności. Poza tym wykorzystywane w praktyce programy podlegają wielu modyfikacjom – adaptacji do konkretnych warunków. Problem polega na tym, że nie bardzo wiadomo, na czym te modyfikacje polegają i co tak naprawdę działa jako czynnik wpływu czy uzyskania pożądanego modyfikacji. Mówię tu o konieczności prowadzenia monitoringu procesu zapobiegania narkomanii. A to jest istotne, bo wydaje mi się, że dysponenci środków finansowych przeznaczanych na działania profilaktyczne nie uwzględniają – w kryteriach oceny ofert profilaktycznych – tego czynnika. Podkreślana jest waga ewaluacji efektów (choćby chyba poprawna metodologicznie ewaluacja jest rzadko przeprowadzana), natomiast zupełnie nie jest brana pod uwagę ewaluacja procesu oddziaływań profilaktycznych. Ważne jest także podjęcie dyskusji dotyczącej rodzajów działań profilaktycznych. Coraz częściej mówi się, że programy ograniczone do zapobiegania używaniu narkotyków czy picia alkoholu nie są wystarczające, a niekiedy nawet szkodliwe, jeżeli są źle prowadzone lub niedostosowane do wieku. Wydaje się, że programy rozwijające osobiste umiejętności ważne dla radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi czy

społecznymi są bardziej skuteczne niż nastawione tylko na unikanie substancji psychoaktywnych.

Niedostatek badań profilaktycznych ma też inny wymiar. Większość tych projektów mierzy efekty bezpośrednio po zakończeniu interwencji. Prawdziwą rzadkością jest dokonywanie pomiaru katamnesticznego – w jakiejś odległości czasowej od zakończenia programu profilaktycznego – co pozwoliłoby na dokonanie analizy określającej trwałość w czasie przeprowadzonej interwencji.

– Czy widzi Pan jeszcze jakieś deficyty dotyczące badań w obszarze narkomanii?

– Myślę, że trzecia rzecz, która jest ważna (poza pomiarem skuteczności leczenia i efektywności profilaktyki), to monitorowanie jakości oddziaływań. Wydaje mi się niezwykle istotne zbieranie informacji od osób podlegających oddziaływaniom (zarówno terapeutycznym, jak i profilaktycznym) na temat tego, jak one reagują, jaka jest ich ocena tego, czego doświadczają w trakcie oddziaływań wobec nich prowadzonych. To daje nam informacje o tym, co w treści monitorowanych programów jest cenione przez ich odbiorców.

– A więc zidentyfikował Pan trzy obszary badawcze, które można by rozwijać, czy zwrócić większą uwagę na to, żeby podejmować działania ich dotyczące.

– Jest jeszcze jeden nieco odmienny nurt badań prowadzonych w Polsce, choć także w niedostatecznym stopniu. Myślę o badaniach z zakresu biologicznych podstaw uzależnienia i jego wymiarów neurofizjologicznych. Tą problematyką zajmują się m.in. Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Poznaniu, Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie i Uniwersytetu Medycznego w Warszawie oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii.

– Jaka jest opinia Pana Profesora na temat instytucjonalnej organizacji systemu zbierania w Polsce danych dotyczących narkomanii? Wiadomo, że jest Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), który się tym zajmuje, jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), które prowadzi monitoring na rzecz EMCDDA, ale również koordynuje i nadzoruje działania wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, w którym Obszar 5. dotyczy „Badań i monitoringu”.

– Wydaje mi się, że upowszechnianie zbieranych informacji jest niezwykle potrzebne. Instytut gromadzi

głównie dane z placówek służby zdrowia. Jest to trudne zadanie i realizowane bez dodatkowego finansowania. Długotrwały jest proces przetwarzania tych danych. Półtora roku trwa, zanim ukaże się rocznik z informacjami z poprzedniego okresu. Problemem jest też to, że danych za kolejne lata nie zestawia się w formie porównawczego raportu, który analizowałby trendy – zmiany zachodzące w czasie. A byłoby to cenne nie tylko z naukowego punktu widzenia, ale także dla polityków tworzących strategię i politykę państwa w zakresie profilaktyki i leczenia.

Pamiętać trzeba o jeszcze jednym źródle danych – informacjach o przestępczości związanej z łamaniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które gromadzone są przez policję.

Wydaje mi się, że w niedostatecznym stopniu dane z tych różnych źródeł są syntetyzowane, a już na pewno nie są dostatecznie szeroko upowszechniane.

– Czy miałby Pan jakieś propozycje lub sugestie zmian, jak powinno to być zorganizowane?

– Po pierwsze, żeby móc prowadzić znaczące programy badawcze, muszą być pieniądze, umożliwiające finansowanie tych programów. Realizacja badań została zaplanowana w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii i Program zabezpiecza ich finansowanie. Niestety, z doświadczenia wiadomo, że jeśli na cały Program pieniędzy jest za mało, to cięcia zaczynają się od ograniczania funduszu badawczego (trudniej jest zmniejszyć fundusze np. na bezpośrednie oddziaływania lecznicze). Zastanawiam się nad tym, czy pieniądze nie mogłyby pochodzić z funduszy europejskich. Co prawda Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007–2013 nie przewiduje finansowania badań dotyczących narkomanii, ale środkami na ten cel dysponuje bezpośrednio Komisja Europejska i tam można aplikować. Zastanawiam się też, czy ewentualnie Grupa Pompidou nie mogłaby wykorzystać swoich możliwości wynikających z tego, że jest to międzynarodowa sieć partnerska i zacząć wspierać przedsięwzięcia badawcze. Oni zajmują się polityką, a badania dotyczące narkomanii to nic innego jak wspieranie polityki w tym zakresie.

– W Polsce trwają w tej chwili prace nad ukonstytuowaniem się Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami. Czy mógłby Pan opowiedzieć o tej inicjatywie?

– Myślę, że warto zacząć od historii. Idea powołania Towarzystwa jest konsekwencją trwającego przez 5 lat

(zakończonego już) programu szkolenia osób zajmujących się badaniami nad uzależnieniami, realizowanego we współpracy między Instytutem Psychiatrii i Neurologii a Uniwersytetem Michigan w USA. Na pewno warto w tym miejscu wymienić profesora Roberta Zuckera. To on zainicjował tę współpracę (finansowaną przez Narodowy Instytut Zdrowia – International Fogarty Center w Waszyngtonie), której głównym celem było szkolenie osób realizujących projekty dotyczące problematyki uzależnień. Na początku szukaliśmy tych badaczy i organizowaliśmy dla nich warsztaty metodologiczne, doskonalące w zakresie prowadzenia badań w dziedzinie uzależnienia od alkoholu i narkotyków. W rokrocznie prowadzonym szkoleniu brało udział około 30 osób. Na początku zajęcia bardziej koncentrowały się na problematyce dotyczącej alkoholu, później powoli zaczęliśmy dochodzić do wniosku, że narkotyki wymagają specyficznej metodologii. Na zakończenie tego programu – to był rok 2006 – w trakcie ostatniego warsztatu w Zakopanem, powstała inicjatywa utworzenia Towarzystwa skupiającego absolwentów programu. Chodziło o to, żeby przygotowanie i energia tych ludzi nie rozproszyły się. We wrześniu 2007 roku odbyło się zebranie założycielskie Towarzystwa. W spotkaniu uczestniczyli nie tylko absolwenci programu. Przyjechali przedstawiciele wielu różnych, poważnych ośrodków badawczych, takich jak: Uniwersytet Warszawski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Farmakologii PAN w Krakowie, Akademii Medycznej ze Szczecina, Warszawy, Krakowa, Gdańska. W sumie zebrało się około 60 mądrych ludzi. Aktualnie Towarzystwo jest w fazie rejestracji w sądzie. Jego celem jest po pierwsze zintegrowanie ludzi, żeby się poznali nawzajem, podzielili doświadczeniami. Planowane jest organizowanie konferencji naukowych, które miałyby formę prezentowania dorobku i sygnalizowania zamierzeń. Bezpośrednia konfrontacja poglądów jest ważna, nie wystarczy tylko opublikować wyniki w specjalistycznym piśmie. Konferencje umożliwiają poszerzenie wiedzy o obszary badań, o wyniki zrealizowanych projektów, to jest oczywiście okazja do nawiązania współpracy. Kolejna rzecz, która jest ważna, to deklaracja współpracy Towarzystwa z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Biuro i Agencja zadeklarowały gotowość wspierania projektów badawczych, także finansowo. Jest to ważne, ponieważ projekty badań związanych z problematyką alkoholową czy narkomańską, składane do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, nie są konkurencyjne wobec ofert badań np. kardiologicznych czy onkologicznych. Myślmy także

o ściślejszym związaniu z Towarzystwem czasopisma „Alkoholizm i Narkomania”, publikującym większość wyników badań i o nadaniu mu większej renomy międzynarodowej poprzez zamieszczanie tekstów anglojęzycznych³.

– Gdyby któryś z naszych Czytelników chciał nawiązać współpracę z Towarzystwem, jak mógłby to zrobić?

– W tej chwili ta współpraca mogłaby się odbywać na poziomie konferencji naukowych. Towarzystwo może ponadto zaofiarować listę swoich członków z ich specjalnościami badawczymi. Może to być okazją do tego, żeby młodzi badacze – jeżeli interesują się konkretnym obszarem badań – nawiązali kontakt z odpowiednim ekspertem, wiedzieli, gdzie szukać publikacji i osób bardziej doświadczonych w interesującej ich dziedzinie. Kolejna istotna rzecz to umożliwienie – dzięki

udostępnieniu bazy członków Towarzystwa – prowadzenia badań w interdyscyplinarnych zespołach. Każdy chętny może się oczywiście zapisać do Towarzystwa.

– *Dziękuję bardzo za rozmowę.*

¹ Omówienie głównych wyników ostatniej edycji badań ESPAD z roku 2007 prezentowane jest w tym numerze Serwisu w artykule: Artur Malczewski, Robert Frączek, „Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – wyniki badania ESPAD 2007”.

² Omówienie najnowszego raportu w artykule: Artur Malczewski, „Sprawozdanie roczne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii o stanie problemu narkotykowego w Europie oraz wybrane aspekty sytuacji w Polsce”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4 (39) 2007.

³ Cele statutowe Towarzystwa przedstawione zostały w artykule: Marta Struzik, Michał Kidawa, „Badania z obszaru narkotyków i narkomanii w Polsce”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4 (39) 2007.

BADANIA REGIONALNE I MIEJSKIE

Projekt ESPAD, wspomniany w wywiadzie, diagnozuje sytuację w skali całego kraju. Żeby ocenić rozmiar zjawiska używania środków psychoaktywnych przez młodzież w konkretnym województwie lub mieście, konieczne jest przeprowadzenie badań na reprezentatywnych próbach regionalnych.

Najnowszym przykładem tego typu projektów są badania z udziałem 3162 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zlokalizowanych w województwie łódzkim oraz badania miejskie – 1847 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zlokalizowanych w Łodzi. Dzięki zastosowanej metodologii te badania są w pełni porównywalne z badaniami ESPAD. Popatrzmy na przykładowe zestawienie wyników dotyczących eksperymentowania młodzieży z przetworami konopi:

Odsetki chłopców eksperymentujących z przetworami konopi		ESPAD				woj. łódzkie 2007	Łódź 2007
poziom klasy	Marihuana lub haszysz	1995	1999	2003	2007		
III klasy gimnazjum	kiedykolwiek w życiu	14	20	25	21	19	33
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	9	17	20	15	16	26
	w czasie 30 dni przed badaniem	4	10	11	9	10	17
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	kiedykolwiek w życiu	22	32	48	37	36	47
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	14	26	35	26	24	35
	w czasie 30 dni przed badaniem	5	15	20	14	15	18

Odsetki dziewcząt eksperymentujących z przetworami konopi		ESPAD				woj. łódzkie 2007	Łódź 2007
poziom klasy	Marihuana lub haszysz	1995	1999	2003	2007		
III klasy gimnazjum	kiedykolwiek w życiu	7	11	14	11	9	22
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	4	8	10	7	6	16
	w czasie 30 dni przed badaniem	2	5	5	4	4	7
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	kiedykolwiek w życiu	12	14	26	20	20	33
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	6	10	17	10	13	21
	w czasie 30 dni przed badaniem	1	3	6	5	6	8

Wykorzystano dane z:

Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” (maszynopis), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Raport z badania „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa łódzkiego”, PBS DGA, Sopot-Warszawa 2007.

Raport z badania „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Miasta Łodzi”, PBS DGA, Sopot-Warszawa 2007.

Opracowanie: Redakcja

Jak pokazują wyniki badań ESPAD, napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej w Polsce, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Mimo oficjalnych zakazów sprzedaży alkoholu nieletnim okazjonalne picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież jest społecznie akceptowane w wielu krajach i kulturach, w tym również w Polsce.

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ – WYNIKI BADANIA ESPAD 2007

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Robert Frączek

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Polska od 12 lat uczestniczy w międzynarodowym badaniu ESPAD (Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na Temat Używania Alkoholów i Narkotyków). Pierwszy pomiar w ramach tego projektu został dokonany w 1995 roku na próbie losowej uczniów klas I i III szkół ponadpodstawowych. Kolejne edycje powtórzono w 1999, 2003 oraz w 2007 roku. W 2005 roku zostało przeprowadzone badanie, które miało na celu dostarczenie danych niezbędnych do ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. W badaniu wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz ESPAD oraz dodatkowy, wypełniany przez nauczycieli. Wyniki zostały przedstawione na łamach Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA nr 2 (33) 2006.

Ostatnie badanie szkolne według metodologii ESPAD zostało przeprowadzone w maju i czerwcu 2007 roku na ogólnopolskiej próbie losowej uczniów dwóch roczników: 15-16 lat (III klasa gimnazjum) i 17-18 lat (II klasa szkół ponadgimnazjalnych). Realizatorem badania, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, był Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Cel badania

Celem badania była ocena rozmiarów zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej. Zbadano rozpowszechnienie używania substancji legalnych i nielegalnych; oceniona została dostępność substancji

legalnych i nielegalnych; pytano o postawy wobec narkotyków i alkoholu, jak również rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych. Przedmiotem badania były także wzory picia alkoholu oraz rozmiary zjawiska nietrzeźwości. W artykule zostaną omówione wybrane wyniki dotyczące używania substancji psychoaktywnych oraz ich dostępności. Artykuł powstał na podstawie raportu Janusza Sierosławskiego. Raport jest dostępny na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl (dział Epidemiologia) i na stronie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych www.parpa.pl/?subL=2&checkL=1002.

Metodologia badania

W 2007 roku badanie zrealizowano na próbie losowej młodzieży III klas gimnazjów i II klas szkół ponadgimnazjalnych. Zastosowano w nim wystandaryzowany kwestionariusz do samodzielnego wypełniania przez respondentów. W ankiecie pytano o osobiste doświadczenia z każdą z wymienionych substancji osobno. Warto podkreślić, że zadbano o zapewnienie anonimowości zarówno na poziomie pojedynczych uczniów, jak i całych szkół. W ostatniej edycji zmieniona została ankieta, dlatego też część państw uczestniczących w projekcie, w tym Polska, podjęła decyzję, że w badaniu zostanie wykorzystana również wcześniejsza wersja ankiety, aby uzyskać pełną porównywalność danych z poprzednimi latami oraz zbadać różnice pomiędzy nową a poprzednią ankietą. Wyniki

przedstawiono w oparciu o ankietę wykorzystywaną w poprzednich badaniach, z pomocą której przebadano 2231 uczniów klas III gimnazjów oraz 2249 uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. Wśród ankietowanych uczniów gimnazjów 47,2% stanowiły dziewczęta, 52,8% chłopcy. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych 48,3% to byli chłopcy, a 51,7% dziewczęta.

Schemat doboru do badania zakładał losowy dobór trzystopniowy, co oznacza, że najpierw losowano gminy, potem szkoły, a następnie klasy. Badaniu poddawano wszystkich obecnych w klasie uczniów, w warunkach zapewniających anonimowość. W losowaniu zastosowano warstwowanie ze względu na typ szkoły.

Doświadczenie z używaniem narkotyków

Omawianie wyników badania zaczniemy od przedstawienia rozpowszechnienia eksperymentowania (tabela

1.), co oznacza kontakt chociaż raz w życiu, z substancją psychoaktywną. Do doświadczeń z konopiami indyjskimi przyznało się 15,7% uczniów młodszych i 27,9% uczniów starszych. Na drugim miejscu znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza (15,6% w młodszej grupie – czyli prawie taki sam odsetek jak w przypadku konopi i 19,0% w grupie starszej).

Na trzecim miejscu wśród gimnazjalistów odnotowujemy substancje wziewne (8,2%), natomiast w przypadku starszych uczniów – amfetaminę (7,8%). Czwarte miejsce w młodszej grupie zajmuje amfetamina (3,8%), zaś w starszej – substancje wziewne (6,8%). W grupie gimnazjalistów na kolejnych miejscach pod względem rozpowszechnienia powyżej lub na poziomie dwóch procent użytkowników odnotowujemy: ecstasy – 2,5%, sterydy anaboliczne – 2,0% i grzyby halucynogenne – 2,0%. Wśród uczniów w wieku 17-18 lat rozpowszechnienie używania pozostałych substancji powyżej 2% dotyczy: ecstasy – 4,2%, sterydów anabolicznych – 3,5%,

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu

Poziom klasy	Substancja	1995	1999	2003	2007
Trzecie klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	10,1	15,1	19,2	15,7
	Substancje wziewne	10,4	9,1	9,3	8,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,5	18,3	17,3	15,6
	Amfetamina	2,9	7,4	6,0	3,8
	LSD lub inne halucynogeny	1,9	4,0	2,5	1,8
	Crack	0,5	1,0	1,6	0,9
	Kokaina	0,8	1,9	2,2	1,8
	Relevin	0,4	0,6	1,0	0,8
	Heroina	0,8	5,7	1,8	1,4
	Ecstasy	0,8	2,8	2,8	2,5
	Grzyby halucynogenne			3,5	2,0
	GHB			0,8	0,5
	Sterydy anaboliczne	2,8	3,4	2,9	2,1
	Polska heroina (kompot)			2,3	1,8
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	17,1	22,4	36,7	27,9
	Substancje wziewne	7,9	5,4	6,3	6,8
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	20,8	20,8	20,1	19,0
	Amfetamina	2,8	10,5	15,4	7,8
	LSD lub inne halucynogeny	2,7	3,5	4,2	2,7
	Crack	0,4	0,8	1,4	1,4
	Kokaina	0,8	1,8	2,4	2,5
	Relevin	0,3	0,6	0,6	0,9
	Heroina	0,6	6,8	2,2	1,7
	Ecstasy	0,6	2,7	5,8	4,2
	Grzyby halucynogenne			4,9	2,9
	GHB			0,6	0,8
	Sterydy anaboliczne	4,0	2,6	3,5	3,5
	Polska heroina (kompot)			1,2	1,5

Źródło: Sierosławski 2007.

grzybów halucynogennych – 2,9%, LSD – 2,7%, kokainy – 2,5%. W przypadku substancji wziewnych młodsza grupa wiekowa używała ich częściej niż starsza.

Analizując rozmiary zjawiska na podstawie czterech pomiarów ESPAD (1995, 1999, 2003, 2007), widać załamanie się trendu wzrostowego z lat 1995–2003 eksperymentowania z substancjami legalnymi i nielegalnymi w obydwu badanych grupach wiekowych. Dotyczy to niemal wszystkich substancji innych niż alkohol i tytoń. Tendencja ta obecna jest zarówno wśród gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Przyjrzyjmy się, jak sytuacja rozwijała się w przypadku jednej z najbardziej popularnych substancji nielegalnych – konopi.

W latach 1995–2003 widzimy wyraźny wzrost odsetka osób eksperymentujących z pochodnymi konopi, w latach 1999–2003 wzrost był mniejszy w młodszej grupie wiekowej. Z kolei w starszej grupie wiekowej w tym czasie nastąpił większy wzrost odsetka osób sięgających po

konopie. W latach 2003–2007 odnotowujemy wyraźny spadek osób sięgających po konopie w obydwu grupach wiekowych.

Badania dowodzą również, że istnieje różnica w sięganiu po substancje psychoaktywne między płciami, i to zarówno wśród gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Chłopcy częściej używają substancji psychoaktywnych, jedynie eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi jest częściej rozpowszechnione wśród dziewcząt.

Aktualne używanie narkotyków

W tabeli 2. przedstawione zostały odsetki uczniów sięgających po substancje w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, co jest wskaźnikiem aktualnego używania. Najpopularniejszą substancją, podobnie jak w przypadku eksperymentowania, są konopie. W klasach III gimnazjów

Tabela 2. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Poziom klasy	Substancja	1995	1999	2003	2007
Trzecie klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	6,9	12,3	14,5	10,9
	Substancje wziewne	4,3	4,3	4,1	3,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza		6,4	8,9	7,1
	Amfetamina		6,8	3,5	2,0
	LSD lub inne halucynogeny		3,0	1,4	0,8
	Crack			0,9	0,3
	Kokaina		1,6	1,4	1,0
	Relevin			0,6	0,5
	Heroina		1,7	1,0	1,0
	Ecstasy			1,7	1,4
	Grzyby halucynogenne			1,7	1,0
	GHB			0,4	0,2
	Sterydy anaboliczne		2,5	1,8	1,3
	Polska heroina (kompot)			1,1	0,9
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	10,0	17,4	26,1	17,4
	Substancje wziewne	2,8	1,6	2,2	2,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza		5,8	9,4	9,0
	Amfetamina		7,7	9,5	4,4
	LSD lub inne halucynogeny		2,2	2,0	1,4
	Crack			0,7	0,8
	Kokaina		1,4	1,5	1,4
	Relevin			0,4	0,6
	Heroina		1,4	0,8	0,9
	Ecstasy			3,5	2,5
	Grzyby halucynogenne			2,5	1,3
	GHB			0,5	0,4
	Sterydy anaboliczne		2,3	2,3	2,2
	Polska heroina (kompot)			0,7	0,8

Zródło: Sierosławski 2007.

używa tego środka 10,9% uczniów, w klasach II szkół ponadgimnazjalnych – 17,4%. Następne w kolejności w obu kohortach są leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza (III klasy gimnazjum – 7,1%, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych – 9,0%). Na trzecim miejscu wśród badanych gimnazjalistów mamy substancje wziewne – 3,5%, a wśród młodzieży ponadgimnazjalnej 4,4% badanych przyznało się do używania amfetaminy.

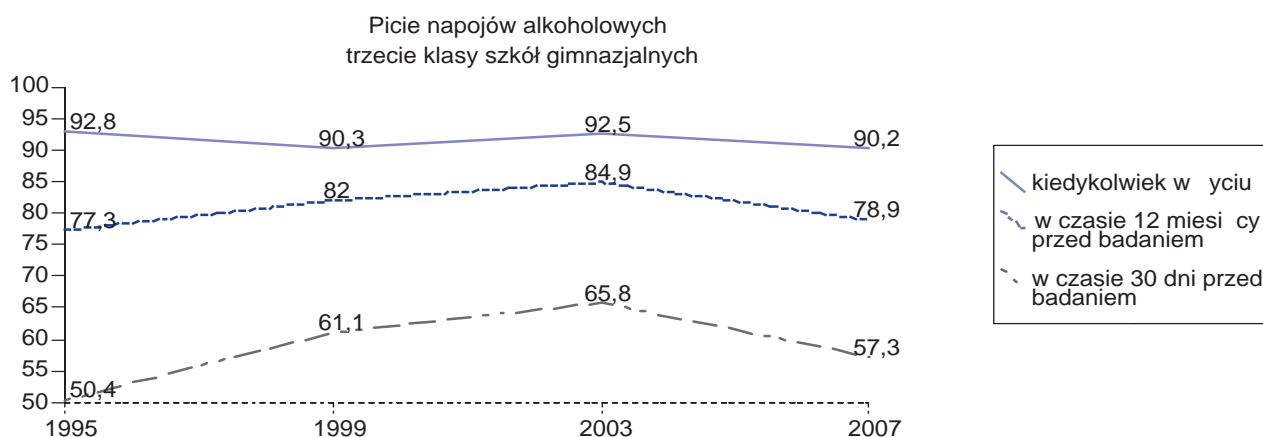
Częste używanie narkotyków

Za wskaźnik częstego używania przyjmuje się okres ostatnich 30 dni przed badaniem. W badaniach ESPAD zakłada się, że: „Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni, na pewno używają jej co najmniej raz na miesiąc.

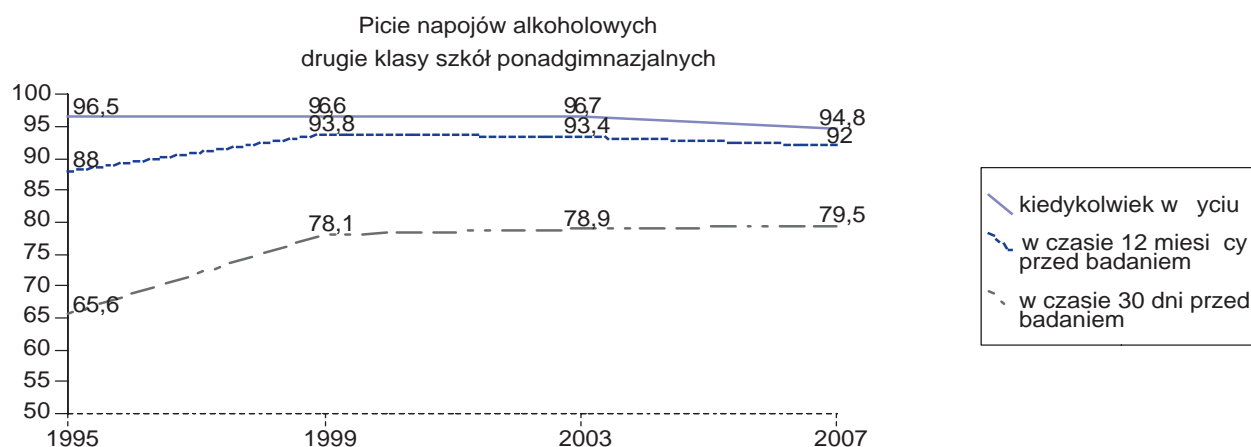
Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali substancji nielegalnych w ostatnim miesiącu, są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem” (Sierosławski 2007). Przyjrzyjmy się wynikom badania dla tego wskaźnika: 6,4% uczniów klas III gimnazjów i 9,5% starszych uczniów używa marihuany lub haszyszu co najmniej raz w miesiącu. W przypadku amfetaminy mamy odpowiednio 1,0% gimnazjalistów oraz 1,9% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Porównując trendy w używaniu konopi i amfetaminy, widzimy spadek odsetka użytkowników tych dwóch substancji w latach 2003–2007 w obydwu badanych grupach wiekowych.

Picie napojów alkoholowych

Jak wykazują wyniki ze wszystkich edycji badań ESPAD, napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sierosławski 2007.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sierosławski 2007.

substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej w Polsce, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Mimo oficjalnych zakazów sprzedaży alkoholu nieletnim, okazjonalne picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież jest społecznie akceptowane w wielu krajach i kulturach, w tym również w naszym kraju.

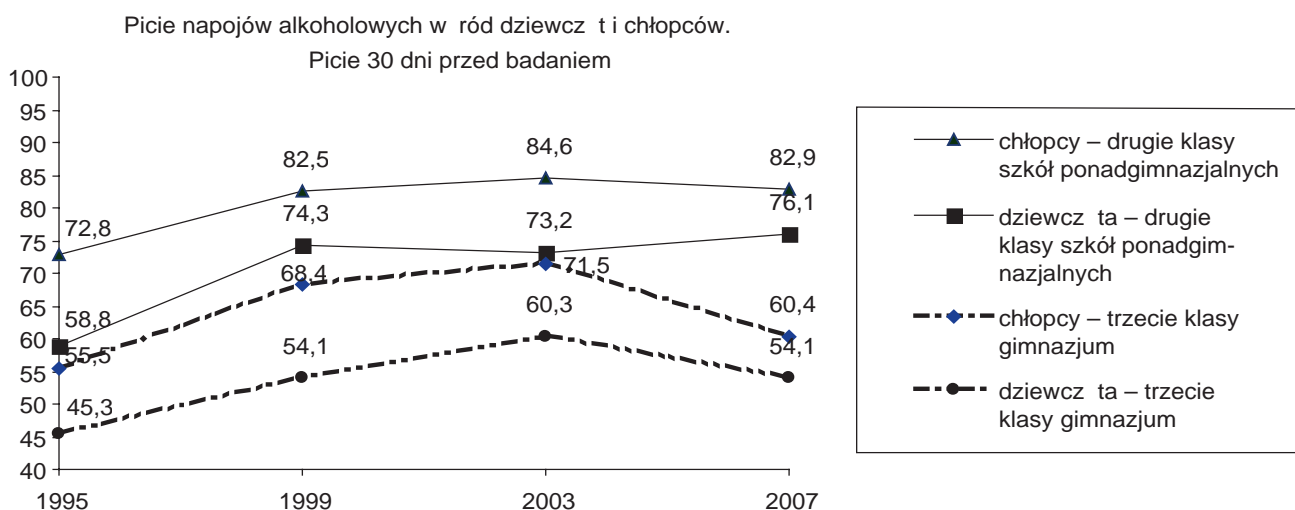
Według najnowszych badań ESPAD próby picia ma za sobą 90,2% gimnazjalistów z klas III i 94,8% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 78,9% młodszych uczniów i 92% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku młodszych uczniów nie odbiegają znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach populacji osób dorosłych (81,6% – badania wzorców konsumpcji alkoholu w Polsce – 2005 rok, PARPA).

Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakiegokolwiek napoje alkoholowe w tym czasie piło 57,3% uczniów z grupy młodszej i 79,5% uczniów z grupy starszej.

Wyniki uzyskane w 2007 roku w zestawieniu z wynikami z 2003 roku wskazują na spadek odsetka konsumentów napojów alkoholowych wśród gimnazjalistów oraz stabilizację w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych jest porównywalne w grupach chłopców i dziewcząt zarówno młodszych, jak i starszych. Wartości wskaźnika

picia kiedykolwiek w życiu dla chłopców i dziewcząt są niemal identyczne (94,9% i 94,6% w grupie starszej oraz 91,2% i 89,2% w grupie młodszej). Analiza picia w czasie ostatnich 12 miesięcy wskazuje na niewielkie różnice (92,6% i 91,4% w grupie starszej oraz 80,1% i 77,8% w młodszej), znaczące różnice między chłopcami i dziewczętami pojawiają się, gdy rozpatrujemy picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jednak nawet wyniki odnoszące się do częstego picia pokazują, że różnice między płciami nie są zbyt wielkie – do spożywania alkoholu w czasie ostatniego miesiąca przyznało się 82,9% chłopców i 76,1% dziewcząt z klas ponadgimnazjalnych oraz 60,4% chłopców i 54,1% dziewcząt z klasach gimnazjalnych. W Polsce coraz wyraźniej obserwujemy trend wyrównywania się zachowań ryzykownych wśród dziewcząt i chłopców. Badania prowadzone w innych krajach europejskich pokazywały ten proces emancypacji dziewcząt i unifikacji stylów życia młodych ludzi już od końca lat 90.

Najbardziej popularnym napojem alkoholowym zarówno w klasach III gimnazjów, jak i wśród młodzieży starszej, jest piwo. Na drugim miejscu znajduje się wódka, a dopiero na trzecim wino. Wódkę pił, co najmniej raz w ciągu ostatnich trzydziestu dni, co trzeci badany gimnazjalista (30,3%) i co drugi uczeń szkoły wyższego poziomu (50,8%). Picie piwa zdarzyło się w tym czasie ponad połowie gimnazjalistów (60,3%) i trzem czwartym uczniów starszych klas (78,8%). Wino piła prawie jedna czwarta młodszej młodzieży (22,6%) objętej badaniem i niespełna jedna trzecia uczniów ze starszej grupy (31,0%). W latach 1995–2003 obserwowaliśmy stały



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sierosławski 2007.

trend wzrostowy popularności piwa. Badania z roku 2007 roku wykazały załamanie tej tendencji – w młodszej grupie uczniów nastąpił spadek o 8%, w starszej zaś wskaźnik ten pozostał taki sam jak w 2003 roku.

Dostępność nielegalnych substancji psychoaktywnych

Badani uczniowie proszeni byli w ankietach o udzielenie odpowiedzi, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z substancji, gdyby tego chcieli. Kafeteria zbudowana była z następujących odpowiedzi: „niemożliwe”, „bardzo trudne”, „dość trudne”, „dość łatwe”, „bardzo łatwe” oraz „nie wiem”. Badani otrzymali listę substancji legalnych i nielegalnych.

Porównanie substancji legalnych i nielegalnych pokazuje, że dostępność tych pierwszych oceniana jest wyżej niż dostępność narkotyków, co nie jest zaskakujące. Gimnazjalistom najtrudniej jest zdobyć GHB – 23,4%, najłatwiej przetwory konopi – 17,6%. W przypadku tego środka 11,4% gimnazjalistów odpowiedziało, że bardzo łatwo byłoby go zdobyć. Najmniejszy odsetek gimnazjalistów odpowiedział pozytywnie na możliwość bardzo łatwego zdobycia cracku: 4,4%. W przypadku młodzieży starszej mamy podobne odsetki odpowiedzi dotyczące wskaźnika: bardzo łatwe uzyskanie poszczególnych substancji. Ostatni pomiar ESPAD z 2007 roku pokazał, że wzrost dostępności substancji psychoaktywnych uległ odwróceniu, tzn. respondenci rzadziej oceniają, że nie mieliby trudności w ich zdobyciu.

Dostępność alkoholu

Na pytanie o ocenę dostępności substancji psychoaktywnych młodzi ludzie uznali, że napoje alkoholowe są najłatwiejsze do zdobycia. Uczniowie klas III gimnazjów, a więc młodzież w wieku 15-16 lat, uznali za bardzo łatwe do zdobycia: piwo – 56,1% badanych, wino – 45,6% i wódkę – 38,7%. Jedynie niewielki odsetek tej grupy badanych uznał za niemożliwy do zdobycia alkohol (piwo 3,4% badanych, wino 4,9% i wódkę 6,3%). Młodzież ponadgimnazjalna, a więc prawie pełnoletnia, oceniła jako bardzo łatwe do zdobycia odpowiednio: piwo – 81%, wino – 75,9% i wódkę – 70,2%.

Ocenę dostępności możemy też porównać z doświadczeniami młodzieży dotyczącymi próby zakupu napojów alkoholowych.

Dane pokazują, że blisko połowa uczniów klas III gimnazjów podejmuje próby zakupu piwa (45,9%), zdecydowana większość takich prób kończy się powodzeniem. Odmową sprzedaży ze względu na zbyt młody wiek kończy się tylko 12,4% prób zakupu piwa, 15,5% wina i 11,2% wódki. Zwraca uwagę rosnący wskaźnik odmów sprzedaży alkoholu, na jakie napotykają nieletni – może to być efekt wielu działań lokalnych i kampanii ogólnopolskich odwołujących się do odpowiedzialności sprzedawców. Jedynie w przypadku wódki w 2007 roku wskaźnik ten zmienił się na niekorzyść.

Na zakończenie omawiania wyników warto przytoczyć jeden z wniosków autora badania: „obserwujemy załamanie trendu wzrostowego, trwającego od początku badań ESPAD. Wszystkie wskaźniki dostępności substancji psychoaktywnych zaczynają wykazywać korzystne tendencje spadkowe. Zarówno wskaźniki oceny dostępności substancji, jak i ekspozycji na propozycje w 2007 roku obniżyły się, chociaż nadal utrzymują się na wysokim poziomie. Warto zauważyć, że sygnały spadku dostępności dotyczą i substancji nielegalnych, i legalnych. Podobne wyniki zauważyliśmy w przypadku wskaźników akceptacja – potępienie. W 2007 roku w stosunku do 2003 roku nieznacznie spadł odsetek akceptujących używanie substancji, a wzrósł tych, którzy takie działanie zdecydowanie potępiają” (Sierosławski 2007).

Analiza wyników badań pozwala autorom artykułu sformułować następujące wnioski:

- ◆ W zakresie używania napojów alkoholowych obserwujemy tendencję do spadku wskaźników dotyczących zarówno picia, jak i upijania się. Trudno jednak oceniać, jakie czynniki mają decydujący wpływ na ten efekt oraz na ile te zmiany będą miały trwałe charakter. Z jednej strony można tu na pewno podkreślić rolę realizowanych od kilkunastu lat programów środowiskowych i szkolnych programów profilaktycznych, działań coraz większej liczby przeszkolonych nauczycieli, urzędników i animatorów. Z drugiej strony należy pamiętać, iż znaczne środki finansowe przeznaczane rokrocznie na profilaktykę i edukację są w przeważającej części w dyspozycji samorządów lokalnych. Stąd wynikają kolejne wyzwania dla Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – organizowanie systemu

szkoleń dla koordynatorów działań lokalnych, wdrażanie programów mających na celu podwyższenie jakości realizowanych programów, przekonanie samorządów do badania ich efektywności oraz promocja najciekawszych, najlepszych rozwiązań.

- ◆ Uwagę zwracają wysokie wskaźniki dotyczące zachowań ryzykownych wśród dziewcząt oraz te związane z piciem/upijaniem się przez nastolatków w ciągu ostatnich 30 dni. Te dane stanowią wyzwanie do poszukiwania nowych rozwiązań i programów profilaktycznych bądź korekcyjnych ukierunkowanych na pracę specyficznie z tymi grupami.
- ◆ W przypadku napojów alkoholowych wciąż możemy mówić o problemie ich ogromnej dostępności dla osób niepełnoletnich i nieprzestrzeganiu przez dorosłych obowiązującego zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim. Szczególny niepokój może budzić malejąca liczba odmów w przypadku sprzedaży napojów wysokoprocentowych. Programy środowiskowe skierowane na ograniczenie dostępności alkoholu dla osób niepełnoletnich oraz kontrole punktów sprzedaży powinny być w centrum zainteresowania samorządów. Wysiłki podejmowane w tych obszarach powinny być znacznie większe niż dotychczas.
- ◆ Pierwsze oznaki pozytywnych zmian obserwowaliśmy już w poprzednim badaniu młodzieży szkolnej przeprowadzonym w 2005 roku (jednak ze względu na inny – w stosunku do programu ESPAD – miesiąc przeprowadzenia badań, wnioski – że odsetki badanych, którzy

używali nielegalnych substancji psychoaktywnych, zmniejszyły się – nie byłby w pełni uprawniony). Dopiero wyniki z 2007 roku dały jednoznaczną odpowiedź, iż trend wzrostowy uległ odwróceniu.

- ◆ Dane z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii pokazują wzrost zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w przeciwdziałanie narkomanii. Krajowy Program na lata 2002–2005 wyznaczył gminom, powiatom i urzędom marszałkowskim szereg zadań do realizacji. Krajowy Program na lata 2006–2010 również nałożył na gminy i urzędy marszałkowskie obowiązek działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Nakłady finansowe gmin na profilaktykę i rehabilitację wzrosły z 17 293 944 złotych w 2003 roku do 51 557 299 złotych w 2006 roku. Podobnie w przypadku urzędów marszałkowskich, które wydały w 2003 roku 1 501 297 złotych, a w 2006 roku 2 493 070 złotych. Zwiększenie w ostatnich latach wydatków jednostek samorządu terytorialnego na działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii najprawdopodobniej miało przełożenie na spadek rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych.

Bibliografia

- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” (maszynopis), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
- „Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce” Raport tabelaryczny z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. przez PBS na zlecenie PARPA.

BADANIA ESPAD – KOMENTARZ

prof. Janusz Czapiński

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Badania ESPAD pokazują załamanie się trendu wzrostowego konsumpcji środków psychoaktywnych. W pomiarze z 2007 roku zarejestrowano spadek konsumpcji alkoholu w młodszej grupie respondentów, czyli wśród gimnazjalistów, i stabilizację w grupie starszej (uczniowie szkół ponadgimnazjalnych). Natomiast co do nielegalnych środków psychoaktywnych nastąpił spadek używania właściwie każdego z nich. Te wyniki wydają się na pierwszy rzut oka bardzo obiecujące, jednak dane z innych badań nie są optymistyczne i świadczyć mogą o tym, że opisany trend zatrzymał się w 2007 roku (myślę tu

o badaniach przeprowadzonych przez mój zespół w roku 2008, które objęły młodzież szkolną od V klasy podstawówki do końca szkoły ponadgimnazjalnej. Liczebność próby wyniosła N=21 757 respondentów). Tę pozorną sprzeczność wyjaśnia różny czas realizacji badań espadowskich (2007 rok) i tych, na których wyniki się powołuję (2008 rok). Rzeczywiście, w okresie między 2003 a 2007 rokiem nastąpił spadek konsumpcji narkotyków wśród 15- i 17-latków. Być może ten spadek był jeszcze większy w 2006 roku (w porównaniu z rokiem 2003). Tego się nie da wykluczyć, ale nie można też potwierdzić, bo takich

danych nie ma (pomiarzy w ramach programu ESPAD dokonywane są co 4 lata). Badania przeprowadzone w 2008 roku pokazują, że po okresie spadków nastąpiło odbicie w górę – młodzież zintensyfikowała w tym roku eksperymentowanie z środkami psychoaktywnymi.

Skąd wziął się spadek konsumpcji rejestrowany rok wcześniej? Badanie prowadzono w okresie, kiedy ministrem edukacji narodowej był Roman Giertych, wprowadzający do szkół procedury dyscyplinujące społeczność szkolną. Zintensyfikowano kontrole w szkołach, zrobiono zamieszanie wokół spraw problemowych uczniów. Na baczność postawiono także dyrekcje i nauczycieli. Prawdopodobne jest, że w konsekwencji decydenci szkolni rzeczywiście zaczęli więcej robić w sprawie zachowań problemowych młodzieży. W związku z tym ograniczono różne rodzaje patologii w szkole, także konsumpcję narkotyków i alkoholu. Nie można również wykluczyć, że w tej atmosferze młodzież była mniej skłonna do przyznawania się do zachowań nieakceptowanych społecznie. Mimo tego, że badania były anonimowe, być może respondenci „dmuchali na zimne”, tzn. na wszelki wypadek nie zaznaczali tego, co mogłoby wiązać się dla nich z negatywnymi konsekwencjami. Jednak moim zdaniem te badania pokazały realną zmianę w rzeczywistości. Bo gdyby to był efekt wyłącznie lęku przed ujawnieniem odpowiedzi przed kimś, kto ma władzę nad uczniami, to dotyczyłoby to również alkoholu, a wyniki w tym obszarze nie są jednorodne i tak jednoznaczne jak w przypadku narkotyków.

Ale era Giertycha skończyła się i w 2008 roku rejestrujemy powrót do „normalnego” trendu. Bo normalny trend jest trendem wzrostowym, a nie spadkowym. Polska jest ciągle na stosunkowo niskim poziomie – biorąc za punkt odniesienia rozwinięte kraje europejskie – pod względem eksperymentowania z narkotykami. Istotne czynniki warunkujące wzrost to spadek ceny rynkowej różnego rodzaju środków psychoaktywnych oraz wzrost zamożności polskich rodzin, przekładający się także na wzrost kieszonkowego otrzymywanego przez młodzież od rodziców. Tak więc za normę należy uznać wyniki tegorocznych badań, w 2007 roku mieliśmy do czynienia z sytuacją wyjątkową.

W pogoni za chłopcami

Innym ciekawym wynikiem uzyskanym w badaniach espadowskich jest zmniejszenie się różnicy między konsumpcją alkoholu i narkotyków między dziewczętami

a chłopcami. Jest to interpretowane jako „gonienie” przez dziewczęta chłopców w wymiarze powszechności zachowań ryzykownych. Po trzeciej edycji prowadzonej przez nasz zespół Diagnozy Społecznej¹ w 2005 roku ukułem termin „Pokolenie T”, w konsekwencji zarejestrowania dokładnie tego zjawiska: w badanych przez nas młodszych grupach wiekowych (16- i 17-latków, badania nie objęły 15-latków) następuje szybkie doganianie chłopców przez dziewczęta w zakresie palenia papierosów, picia alkoholu i brania narkotyków. To zjawisko jest zgodne z tym, co stwierdzono w niektórych innych krajach europejskich – najwyraźniej w Wielkiej Brytanii, ale także w Irlandii. Tam dziewczęta – jeśli chodzi o te „grzeszne” zachowania – w zasadzie dogoniły chłopców. Termin „Pokolenie T” ma sugerować, że chodzi tu o żeńskie tsunami. Coś takiego zaczęło się dziać w mentalności dziewcząt, zwłaszcza tych, które kończą gimnazjum i kontynuują naukę w szkołach ponadgimnazjalnych, że nabrały one apetytu, aby dorównać chłopcom nie tylko w zakresie zachowań autodestrukcyjnych związanych z używkami, ale także jeśli chodzi o sposób awansu w grupie – poprzez stosowanie przemocy. Współczesne dziewczęta są mniej grzeczne w porównaniu ze swoimi rówieśnikami sprzed kilku lat, podczas gdy w grupie chłopców te wskaźniki w zasadzie nie zmieniły się. Chłopcy pozostali na swoim poprzednim poziomie „rozrabiania”, „ćpania” i picia alkoholu. Ten poziom – jeśli chodzi o alkohol – już wcześniej był bardzo wysoki, zwłaszcza w grupie starszych chłopców, 17-letnich. I był jeszcze kilka lat temu zdecydowanie wyższy niż w grupie dziewcząt w tym samym wieku. W tej zmianie stylu bycia wśród dziewcząt pobrzmiewa też 100 lat ruchów emancypacyjnych, których niespodziewanym efektem jest wzrost zachowań problemowych wśród dziewcząt. W ten sposób pokazują one również swoim chłopakom, że nie dadzą się wpisać w rolę „dziewczyny gangstera”, nie chcą cicho siedzieć i służyć za ozdobę, tylko że mogą także dyktować swoje warunki. Dzięki temu układy między nimi a chłopakami są z ich punktu widzenia bardziej partnerskie. Są szanowane, bo potrafią być groźne dla innych. Tak samo jak ich koledzy mogą organizować mini grupy przestępcze. Dzięki temu potrafią uzyskać taki status w grupie rówieśniczej jak chłopcy, ich partnerzy.

Notował: Tomasz Kowalewicz

¹ Czapiński J., Panek T. (red.) „Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków”, VIZJA PRESS & IT 2006; www.diagnoza.com

Kokaina zajmuje drugie miejsce, po konopiach indyjskich, wśród najczęściej używanych nielegalnych narkotyków w Europie. Najnowsze europejskie dane mówią, że 7,5 mln młodych osób używało kokainy co najmniej raz w życiu, 3,5 mln w ostatnim roku, a 1,5 mln w ostatnim miesiącu.

UŻYWANIE KOKAINY W EUROPIE I W POLSCE

Michał Kidawa, Marta Struzik

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

Używanie kokainy w Europie – przegląd sytuacji

Jak wynika z danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w niektórych krajach Unii Europejskiej wzrasta konsumpcja kokainy i cracku. Wedle najnowszych informacji z roku 2005, kokainę zażywało ok. 4,5 mln dorosłych Europejczyków (co stanowi 1,3% ogółu dorosłej populacji). W ostatnim dziesięcioleciu zjawisko używania kokainy wykazało trend wzrostowy, przy czym występują różnice pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi. Używanie kokainy jest zjawiskiem częstszym wśród młodych dorosłych (czyli osób w wieku 15-34 lata). Występuje także częściej wśród mężczyzn (EMCDDA, Cel-narkotyki, 2007). Młodzi Europejczycy mają mniejsze doświadczenie w zakresie eksperymentowania z kokainą kiedykolwiek w życiu niż Amerykanie lub Kanadyjczycy. Jednak jeśli chodzi o używanie narkotyków przez młode osoby w ostatnim roku, wskaźnik jednokrotnego zażycia kokainy w Hiszpanii (5,2%) i Wielkiej Brytanii (4,9%) jest obecnie zbliżony do wskaźnika występującego w USA (4,8%), ale średnia w UE jest wyraźnie niższa (2,4%) (EMCDDA Selected Issue No 3, 2007).

Młodzi Europejczycy mają mniejsze doświadczenie w zakresie eksperymentowania z kokainą niż Amerykanie lub Kanadyjczycy. Jednak jeśli chodzi o używanie narkotyków przez osoby młode w ostatnim roku, wskaźnik jednokrotnego zażycia kokainy w Hiszpanii (5,2%) i Wielkiej Brytanii (4,9%) jest obecnie zbliżony do wskaźnika występującego w USA (4,8%), ale średnia w UE jest wyraźnie niższa (2,4%).

Kokaina zajmuje drugie miejsce, po konopiach indyjskich, wśród najczęściej używanych nielegalnych narkotyków w Europie. Zgodnie z najnowszymi danymi na poziomie europejskim, szacuje się, iż 7,5 mln młodych osób używało kokainy co najmniej raz w życiu, 3,5 mln w ostatnim roku, a 1,5 mln w ostatnim miesiącu. Ukierunkowane badania, prowadzone w klubach tanecznych w wybranych krajach europejskich, wykazały wskaźnik jednokrotnego zażycia kokainy na poziomie do 60% (EMCDDA Selected Issue No 3, 2007).

W ostatnim dziesięcioleciu obserwowano w Europie wzrost podaży i używania kokainy oraz problemów z tym związanych, natomiast spadła cena tego narkotyku. Widoczne są jednak znaczne różnice w skali zjawiska pomiędzy krajami, np. znaczny wzrost używania kokainy odnotowano w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii i we Włoszech, przy czym w krajach Europy Wschodniej problem ten jest raczej znikomy (EMCDDA, Cel-narkotyki, 2007).

Kokaina, zaraz za pochodnymi konopi indyjskich, jest najczęściej przemycaną substancją na świecie. W roku 2005 na świecie skonfiskowano 752 t kokainy, a w Europie – 107 t, przy czym około połowy ujawnień dokonano w Hiszpanii (EMCDDA, Cel-narkotyki, 2007).

Po opiatach i konopiach indyjskich kokaina jest trzecim najczęstszym powodem rozpoczęcia leczenia

w Europie. W 2005 roku używanie kokainy stanowiło około 13% zapotrzebowania na leczenie w całej Europie (48 tys. zgłoszonych przypadków) (EMCDDA Selected Issue No 3, 2007).

Wyróżniono trzy podstawowe grupy użytkowników kokainy:

- osoby dobrze zintegrowane społecznie, używające kokainy rekreacyjnie, najczęściej w połączeniu z alkoholem i innymi substancjami;
- użytkownicy opiatów;
- grupa zmarginalizowanych osób używających cracku.

Niejednorodność użytkowników kokainy wymaga elastycznego podejścia do kwestii oferowanej pomocy.

Grupy te są bowiem zróżnicowane pod względem wzorów używania, stanu zdrowia oraz warunków życia.

EMCDDA uznało badania nad użytkownikami kokainy za priorytetowe i wprowadziło je do krajowych raportów rocznych w 2006 roku jako jedno z kluczowych zagadnień

wymagających sprawozdania na poziomie każdego kraju członkowskiego (Selected Issue).

Rozpowszechnienie używania kokainy w Polsce

Polska znalazła się w statystykach dotyczących używania kokainy znacznie poniżej średniej europejskiej. W naszym kraju do tej pory używanie kokainy było problemem niszowym. Wskazują na to najnowsze wyniki badań ESPAD z 2007 roku przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej oraz ogólnopolskie badania ankietowe z 2006 roku. Wśród uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych w 2007 roku 1,4% respondentów używało cracku „kiedykolwiek w życiu”, a 2,5% używało kokainy (w roku 2003 było to odpowiednio 1,4% i 2,4%). Z badań na reprezentatywnej próbie populacji generalnej przeprowadzonych w 2006 roku wynika, że 0,8% respondentów przyznało się do używania kokainy, a 0,2% do używania cracku „kiedykolwiek w życiu”. Odsetki te znajdują się w granicach błędu

statystycznego. Można przypuszczać, że utrzymująca się wysoka cena tego narkotyku (Malczewski, 2006) jest cały czas czynnikiem, który najprawdopodobniej mocno wpływa na ograniczenie popytu.

Informacje dotyczące konsumentów kokainy oraz cracku, które pochodzą z ww. badań, ze względu na swój charakter oraz metodologię są w znacznym stopniu ograniczone. Badania realizowane do tej pory skupiały się głównie na młodzieży i posługiwały się ilościowymi metodami badawczymi. Z badań tych wynika, że użytkowanie kokainy ma charakter niszowy. Brak jest informacji na temat wzorów używania kokainy oraz preferowanego stylu życia tej grupy. Dotychczas nie badano także motywacji osób sięgających

po kokainę.

System informacji o narkotykach i narkomanii, poza ww. badaniami o charakterze ilościowym, wykorzystuje dane ze statystyk policyjnych oraz lecznictwa. Można przypuszczać (choć jest to oczywiście hipoteza), że część osób używających kokainy, ze względu na swój wysoki status społeczny,

nie miała kontaktu ani z policją, ani z systemem leczenia uzależnień. Informacje o takich osobach nie trafiają do istniejących systemów statystycznych.

Na podstawie wyników tych badań oraz systemów statystycznych nie można określić charakteru grupy, pozycji społecznej, sposobów spędzania wolnego czasu jej członków oraz lokalizacji w przestrzeni miejskiej. Właśnie w celu pogłębienia wiedzy na temat tego niszowego zjawiska w 2006 roku zespół badawczy Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii podjął prace nad projektem „Style życia użytkowników kokainy w Warszawie” (Palczak, Kidawa, Malczewski, 2006).

Style życia użytkowników kokainy w Warszawie

Metody i narzędzia badawcze

Pierwsza faza projektu polegała na przeglądzie literatury oraz badań dotyczących zjawiska używania kokainy w Polsce i na świecie. Projekt zakładał wy-

Kokaina, zaraz za pochodnymi konopi indyjskich, jest najczęściej przemycaną substancją na świecie. W roku 2005 na świecie skonfiskowano 752 t kokainy, a w Europie – 107 t, przy czym około połowy ujawnień dokonano w Hiszpanii.

korzystanie metod jakościowych do opisu zjawiska i stworzenia charakterystyki użytkowników kokainy oraz sposobów jej używania. Badaniom poddane zostały osoby, które przynajmniej 6 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy sięgnęły po kokainę. Próba dobrana została metodą kuli śniegowej, polegającej na uzyskiwaniu kontaktu z kolejnymi respondentami dzięki poprzednim badaniom. Ze względu na nieprobabilistyczną technikę doboru próby, jest ona wykorzystywana głównie w badaniach eksploracyjnych (Babbie, 2004), a więc mogła zostać użyta na potrzeby niniejszego badania.

W badaniu wykorzystane zostały nieustrukturalizowane (swobodne) indywidualne wywiady pogłębione. W tej metodzie badacz nie kieruje się wcześniej przygotowanym planem, nie zadaje pytań we wcześniej ustalonej kolejności. Zachęca natomiast osobę badaną (lekką ją ukierunkowując) do swobodnego opisywania swoich doświadczeń, tworzenia własnej definicji sytuacji i do ujawniania istotnych opinii i postaw. Osoba prowadząca wywiad ma ogromną swobodę w zadawaniu zróżnicowanych, szczegółowych pytań w trakcie wywiadu (Nachmias, Nachmias, 2001). Wywiady dotyczyły głównie kwestii związanych ze stylem życia, przyczynami sięgania po kokainę, sposobami jej zażywania oraz charakterystyk jej użytkowników. W trakcie badania planowane było przeprowadzenie 20 wywiadów indywidualnych.

Scenariusz wywiadu obejmował następujące obszary:

- praca (informacje o wykształceniu, pracy, satysfakcji z niej czerpanej, dochodach, relacjach w pracy, umiejętności utrzymania koncentracji, wydajności oraz o ilości czasu, jaką badani poświęcają na pracę);
- czas wolny (sposób spędzania czasu po pracy, weekendy, opis grup znajomych, z którymi spędza się czas, informacje o hobby, ulubionych miejscach, klubach, identyfikacja z subkulturą młodzieżową);
- rodzina i związki (informacje o stosunkach panujących w najbliższej rodzinie, w domu, wyobrażenie idealnej rodziny);
- doświadczenia z legalnymi substancjami (stosunek osób badanych do alkoholu i papierosów, wzory używania alkoholu i papierosów);
- doświadczenia z narkotykami (informacje dotyczące poglądu na temat używania narkotyków, własnych doświadczeń z różnymi substancjami psychoak-

tywnymi, inicjacji narkotykowej oraz okoliczności z tym faktem związanych);

- inicjacja kokainowa (informacje dotyczące wieku inicjacji kokainowej, sposobie przyjmowania, okolicznościach oraz motywacji);
- używanie kokainy (tzw. historia brania kokainy, częstotliwość przyjmowania tego środka obecnie, ilość przyjmowanego środka, fakt łączenia kokainy z innymi substancjami, najbliżsi znajomi badanego używający kokainy, opis pozytywnych i negatywnych skutków używania kokainy);
- skutki/efekty używania kokainy (informacje o doznaniach po kokainie, wpływie kokainy na życie prywatne i pracę oraz konsekwencje zdrowotne);
- kontakt z placówkami i poradniami dla osób uzależnionych – korzystanie z pomocy psychologicznej (opis kontaktów z leczeniem ogólnym w związku z narkotykami, a także swoich ewentualnych doświadczeń ze specjalistycznym leczeniem uzależnień);
- kupowanie kokainy (informacje na temat częstotliwości kupowania kokainy, oceny dostępności, faktu posiadania stałego źródła narkotyku oraz cen rynkowych narkotyku).

Charakterystyka próby badawczej

Podstawowym problemem, na jaki napotkano podczas realizacji badania, było nakłonienie osób, do których udało się dotrzeć badaczom, do zapisu wywiadu. Spośród 35 osób tylko 40% zgodziło się na rejestrację wywiadu. Grupą badawczą były osoby w wieku 25-40 lat, czyli młodzi dorośli oraz dorośli, pracujący w wolnych zawodach lub związani z mediami, branżą reklamową i modą, a także osoby zajmujące się nieruchomościami. Pod względem statusu materialnego była to grupa zarabiająca raczej dobrze (pow. 3,368 PLN brutto miesięcznie, co było średnim wynagrodzeniem miesięcznym dla Warszawy w roku 2005) (GUS, 2005) lub w kilku przypadkach bardzo dobrze (pow. 10 000 PLN – w niektórych wypadkach znacznie powyżej tej sumy). Osoby te raczej nie obnosiły się z faktem używania kokainy i nie chciały być identyfikowane w taki sposób. Używanie kokainy zamykało się w wąskim gronie najbliższych znajomych. Często podczas rozmów badani obawiali się, że nagranie zostanie wykorzystane przeciwko

nim, np. w pracy, na potrzeby organów ścigania lub do zepsucia (w przypadku kilku osób) ich wizerunku publicznego.

Badana grupa nie była jednolita. Kryteria wieku i dochodu były czynnikami różnicującymi osoby badane i świadczącymi o przynależności do różnych grup społecznych. Pomimo tych różnic udało się zidentyfikować dużą grupę cech wspólnych oraz wzory zachowań uniwersalne dla tej grupy.

Praca i czas wolny

Cała badana grupa uznawała pracę jako priorytet. Zdecydowana większość respondentów uznawała ją za ciekawą i satysfakcjonującą także pod względem finansowym. Czas zabawy i relaksu był podporządkowany rytmowi tygodniowemu. Spotkania ze znajomymi odbywały się raczej w weekendy. Najczęściej w soboty. Szczególnie młodsza grupa badanych (28-35 lat) zaznaczała, że taki rytm jest dużą odmianą w stosunku do trybu życia prowadzonego jeszcze kilka lat temu, kiedy spotkania ze znajomymi nie ograniczały się tylko do weekendów. W week-

endy najczęściej na miejsca rozrywki wybierano warszawskie kluby. Badani spotykali się w „knajpach”, a następnie przemieszczali się do rozmaitych klubów (kilku w ciągu wieczoru). Opisany powyżej sposób spędzania wolnego czasu jest bardzo zbliżony do ogólnego sposobu spędzania wolnego czasu przez młodzież i nie jest charakterystyczny dla tej grupy. Charakterystyczne są natomiast miejsca w przestrzeni miejskiej, do których uczęszczają. Są to kluby z tzw. selekcją, do których dostęp jest ograniczony. Oczywiście w zależności od klubu istnieją różne kryteria selekcji. Badani często biorą udział w tzw. imprezach zamkniętych, na które nie można wejść nie posiadając odpowiedniego zaproszenia rozprowadzanego w wąskim gronie.

Wzory używania

Osoby badane miały za sobą kontakt z różnymi środkami psychoaktywnymi. Eksperymentowały z różnymi substancjami, od kanabinoli zaczynając, a kończąc na tak egzotycznych w naszych warunkach jak ketamina, GHB czy kaktusy pejotl (zawierające meskalinę) przywiezione z Meksyku. Dwie osoby miały problem z uzależnieniem od innej substancji psychoaktywnej niż kokaina. W pierwszym przypadku była to heroina, w drugim amfetamina. Jedna osoba leczyła się z powodu uzależnienia od kokainy.

Poza tym cała reszta grupy nie miała doświadczeń z żadną formą leczenia uzależnień. Co ciekawe, większość badanych w chwili przeprowadzenia badania ograniczyła się do stosowania kokainy jako jedyne narkotyku (w niektórych przypadkach ewentualnie deklarowano jeszcze używanie kanabinoli).

Kokaina najczęściej była stosowana w połączeniu z alkoholem. Badani wskazywali na wiele zalet takiego połączenia. Uważali, że kokaina pozwala przedłużyć dobrą zabawę oraz nie pozwala się zbyt upić, a ponadto alkohol ogranicza „nerwowość”,

która często występuje po przyjęciu kokainy. Najczęstszym schematem postępowania jest rozpoczęcie wieczoru od alkoholu, a następnie na późniejszym etapie dodawanie kokainy. Spośród badanych wszyscy przyjmowali kokainę przez nos, ewentualnie, gdy warunki nie sprzyjały, rozpuszczoną w drinku. Spośród całej grupy tylko jedna osoba знаła kogoś, kto próbował cracku. Crack, podobnie jak heroina, uznawany jest za narkotyk „brudny”. Większość badanych wymieniała go jako jeden z niewielu narkotyków, których nigdy by nie spróbowali.

W ciągu jednego wieczoru przyjmowano jedną tzw. torbę, tzn. około 0,4-0,5 grama. Oczywiście zdarzały się osoby oraz sytuacje, w których przyjmowano znacznie więcej narkotyku. Używanie kokainy ograniczano do

Kokaina jest bardzo specyficznym narkotykiem. Pełni ona rolę pewnego rodzaju wyznacznika statusu i wiąże się z pewnego rodzaju zachowaniami ściśle związanymi z chęcią podkreślenia tego statusu. Sam fakt, że dowożona jest bezpośrednio do odbiorcy oraz wciągana jest do nosa przez np. złotą lub srebrną rurkę albo banknot o możliwie największym nominale, zdają się to potwierdzać. Elitarność kokainy jest także wzmacniana przez ceny rynkowe, które w porównaniu do innych narkotyków są znacznie wyższe.

weekendów. Praktycznie żaden badany nie używał kokainy w pracy. Jako powód wskazywano problemy z koncentracją oraz efekt dnia następnego, który w praktyce uniemożliwiałby efektywną pracę.

Zakup, ceny, dostępność oraz jakość kokainy

Kokaina jest sprzedawana na tzw. torby (0,4-0,5 grama). Ceny wahają się w zależności od źródła i, jak niektórzy badani podkreślali, znajomości, od 100 do 150 PLN. Większość osób uznała, że kokaina jest dla nich względnie łatwo (choć nie bardzo łatwo) dostępna. Jest tutaj jednak pewne zróżnicowanie regionalne. Część badanych zaznaczyła, że są miasta w Polsce, gdzie dostęp do kokainy jest ograniczony. Zdaniem badanych w warszawskich klubach nie ma problemu z „zaopatrzeniem się”. Natomiast jakość sprzedawanej tak kokainy pozostawia wiele do życzenia. Badani unikali raczej kupowania kokainy w klubach.

Najczęstszą formą dokonywania zakupu jest kupowanie na telefon. W takim wypadku kokaina dostarczana jest w dowolne miejsce (np. pod klub, do domu, mieszkania). Jest to charakterystyczne właśnie dla tej substancji. Przy zamawianiu innych narkotyków najczęściej trzeba je odebrać w miejscu wyznaczonym przez diler.

Jakość kokainy jest oczywiście uzależniona od źródła, z którego została kupiona. Generalnie jednak wszyscy badani oceniają ją bardzo krytycznie. W porównaniu do kokainy próbowanej przez badanych, np. przy okazji wyjazdów zagranicznych, jest ona oceniana dużo gorzej. Jest to niezgodne z danymi policji, według których kokaina w Polsce jest jedną z najczystszych w Europie (Malczewski, 2006).

Wnioski

Przy formułowaniu wniosków z badań jakościowych należy zachować daleko idącą ostrożność. Łatwo o nadinterpretację lub złą interpretację wyników. Pułapką podczas analizy może być ekstrapolacja otrzymanych wyników na całą populację użytkowników kokainy w Warszawie. Należy pamiętać, że w ramach opisywanego projektu udało się zebrać informacje jedynie o kilku grupach użytkowników kokainy i jakiegokolwiek wnioski mogą dotyczyć tylko tych grup. Jednak ob-

serwacje oraz opinie osób badanych dają nam jakies wyobrażenie o zjawisku.

Kokaina jest bardzo specyficznym narkotykiem. Nawet po pobieżnej analizie widać, że pełni ona rolę swoistego wyznacznika statusu i wiąże się z pewnego rodzaju zachowaniami ściśle związanymi z chęcią podkreślenia tego statusu. Sam fakt, że kokaina dowożona jest bezpośrednio do odbiorcy oraz np. opisywane przez badanych rytuały wciągania jej do nosa przez złotą lub srebrną rurkę albo banknot o możliwie największym nominale, zdają się to potwierdzać. Dodatkowo tę elitarną otoczkę kokainy „podkreślają” historie, np. o znanym amerykańskim raperze, który ponoć zorganizował swego czasu największą imprezę kokainową w Warszawie (informacja pojawiła się w jednym z wywiadów). Elitarność kokainy jest także wzmacniana poprzez ceny rynkowe, które w porównaniu do innych narkotyków są znacznie wyższe.

Osoby, do których udało się dotrzeć w trakcie badania, stanowią specyficzną elitę społeczną Warszawy, chociażby ze względu na wykonywany zawód oraz status materialny.

Jednak w przeprowadzanych wywiadach pojawiło się kilka informacji o tym, że kokaina jest także obecna na warszawskich blokowiskach. Właśnie elitarność kokainy może stać się magnesem dla młodych ludzi z dzielnic robotniczych i blokowisk, pewnego rodzaju „przepustką” do chociażby fasadowego, pozornego podwyższenia swojego statusu społecznego. Jest to jednak hipoteza, która wymaga weryfikacji empirycznej.

Bibliografia

- Babbie E., „Badania społeczne w praktyce”, PWN, Warszawa 2004.
- EMCDDA, „Cel-narkotyki”, nr 17, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich 2007.
- EMCDDA, „Selected Issue No 3. Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich 2007.
- Główny Urząd Statystyczny [online] http://www.stat.gov.pl/urzedzy/warsz/publikacje/rocznik_stolicy_woj/rynek_pracy_wynagrodzenia_warunki_pracy/144_03.pdf (z dnia 10.01.2007).
- Malczewski A. „Przestępczość narkotykowa oraz działania instytucji zaangażowanych w redukcję podaży”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (34) 2006.
- Nachmias Ch.F., Nachmias D., „Metody badawcze w naukach społecznych”, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Palczak K., Kidawa M., Malczewski A., „Style życia użytkowników kokainy w Warszawie”, raport z badań, KBPN, Warszawa 2007.

Zdecydowana większość osób wychodzących z uzależnienia wykazuje głębokie deficyty w zakresie umiejętności funkcjonowania w sytuacjach związanych z koniecznością poddania się ocenie ze strony innych. W związku z tym należy oczekiwać, że osoby te będą szczególnie źle funkcjonować w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej, takich jak: rozmowa kwalifikacyjna, różnego rodzaju wystąpienia publiczne, zabieranie głosu w dyskusji itp.

STRUKTURA OSOBOWOŚCI I KOMPETENCJE SPOŁECZNE OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY W OŚRODKACH MONAR

Małgorzata Kruk

Klinika Chorób Wieku Dziecięcego Akademii Medycznej, Stowarzyszenie MONAR

Wprowadzenie

Prezentowane badania zostały zrealizowane w ramach finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego projektu promocji aktywnej polityki społecznej poprzez wspieranie grup szczególnego ryzyka. Zasadniczym celem tego projektu jest organizowanie pomocy osobom z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Projekt realizowany jest przez Rodzinną Poradnię Profilaktyki Uzależnień MONAR na terenie dwóch województw: mazowieckiego i małopolskiego. Uczestniczą w nim beneficjenci ze stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień MONAR, osoby będące w leczeniu ambulatoryjnym, osoby w leczeniu substytucyjnym oraz przebywające w placówkach wychodzenia z bezdomności Markot.

Punktem wyjścia przeprowadzonych przez nasz zespół badań były dane dotyczące losów osób kończących leczenie w placówkach MONAR, z których wynika, że problemem beneficjentów nie jest znalezienie pracy, lecz stopniowe wycofywanie się tych osób z życia zawodowego i społecznego. Rozpoczynając badania przyjęliśmy założenie, zgodnie z którym skuteczność radzenia sobie jednostki z problemami po zakończeniu leczenia zależy nie tylko od opanowania deficytów leżących u podłoża uzależnienia lub bezdomności, ale i od wypracowania odpowiednich umiejętności wyznaczających poziom funkcjonowania w relacjach interpersonalnych i w środowisku pracy.

Na podstawie analizy danych dostępnych w literaturze przedmiotu i rozmów prowadzonych w zespołach terapeutycznych udało się ustalić, że podstawą stopniowego wycofywania się badanych osób z życia zawodowego

i społecznego są deficyty w zakresie: (1) zdolności do znajdowania rozwiązań oraz wytrwałości w realizowaniu podjętych działań, (2) umiejętności interpersonalnych związanych ze specyfiką pracy i komunikacji w grupie zadaniowej (pracowniczej), (3) umiejętności kontrolowania, rozpoznawania i wykorzystywania emocji w rozwiązywaniu problemów, (4) uruchamiania adekwatnych i efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

W związku z tym przedmiotem naszych badań uczyniliśmy takie zmienne psychologiczne, jak: nadzieja na sukces w ujęciu C.R. Snydera (2002), kompetencje społeczne (Matczak, 2001), inteligencja emocjonalna (Goleman, 1997) oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych w ujęciu N.S. Endlera i J.D.A. Parkera (1994).

Celem badań była próba ustalenia głębokości deficytów w zakresie wymienionych mechanizmów oraz ich uwarunkowań osobowościowych. W naszym przekonaniu wiedza ta może przyczynić się do usprawnienia procesu terapeutycznego, a przez to polepszyć sposób funkcjonowania beneficjentów placówek MONAR.

W niniejszym artykule skoncentrujemy się na omówieniu wyników dotyczących poziomu i osobowościowych uwarunkowań kompetencji społecznych w grupie osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR².

Charakterystyka badanych zmiennych

Kompetencje społeczne

Kompetencje społeczne – określane często mianem zdolności interpersonalnych, zdolności społecznych czy inteligencją społeczną – stanowią szczególnie ważne

wyznaczniki funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach życiowych. Najogólniej można je opisać jako „dyspozycję warunkującą efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych” (Maczak, 2001, s. 5).

Według niektórych autorów (Maczak, 1997; Oppenheimer, 1989) istotę kompetencji społecznych stanowią dwa kryteria: osiągnięcie przez jednostkę własnych celów oraz zgodność zachowań jednostki z oczekiwaniami społecznymi. Na tej podstawie można stwierdzić, że poziom kompetencji społecznych zależy od zdolności godzenia własnych interesów z interesami innych ludzi. Chodzi tu więc o umiejętność zachowania równowagi między realizacją osobistych potrzeb a wymaganiami społecznymi. W tym sensie pojęcie kompetencji społecznych zbliża się do pojęcia asertywności, która z przystosowawczego punktu widzenia stanowi jeden z ważniejszych komponentów kompetencji społecznych.

Inni autorzy (Greenspan, 1981; Pilecka, Pilecki, 1990) zwracają uwagę, że kompetencje społeczne znajdują swój wyraz w tak zwanej świadomości społecznej, która wiąże się ze zdolnością do rozumienia innych ludzi oraz rozmaitych zdarzeń i procesów społecznych. Jednocześnie zdolności te warunkowane są pewnymi cechami temperamentu (refleksyjność i opanowanie) oraz charakteru (aktywność społeczna i uprzejmość).

Zdaniem Maczak (2001) kompetencje społeczne należy rozumieć jako kształtujące się w toku treningu społecznego „konkretne umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych” (s. 6). Na podstawie przeglądu sposobów ujmowania kompetencji społecznych dokonanej przez autorkę, można stwierdzić, że ich poziom warunkuje zarówno plastyczność zachowań społecznych i umiejętności budowania więzi emocjonalnych z innymi, jak i efektywność komunikacji.

Z dotychczasowych rozważań wyłania się obraz kompetencji społecznych rozumianych jako nabyte w toku treningu społecznego, złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonych sytuacjach społecznych, ujawnianych w sytuacjach ekspozycji społecznej, sytuacjach wymagających asertywności oraz sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego. Zatem jednostka kompetentna społecznie to taka, która potrafi radzić sobie w sytuacjach związanych z występowaniem w roli obiektu uwagi otoczenia bądź wymagających poddania się ocenie ze strony innych ludzi, w sytuacjach związanych z aktywnością zmierzającą do osiągnięcia postawionych sobie celów poprzez wywieranie wpływu na innych bądź

też wymagających przeciwstawienia się wpływowi innych oraz w sytuacjach wymagających od niej zaangażowania się w bliskie relacje interpersonalne związane z daleko idącym odsłanianiem i ujawnianiem siebie.

Z badań przeprowadzonych przez Maczak (2001) wynika, że po pierwsze, poziom kompetencji społecznych idzie w parze z takimi właściwościami, jak zapotrzebowanie na stymulację, odporność na pobudzenie i ruchliwość. Kompetencje społeczne wiążą się również dodatnio z aktywnością i żwawością, natomiast ujemnie z reaktywnością emocjonalną, która jest czynnikiem utrudniającym radzenie sobie ze stymulacją, a co za tym idzie odpowiada za skłonność do unikania sytuacji nadmiernie stymulujących na przykład w kontaktach interpersonalnych.

Po drugie, im wyższy poziom kompetencji społecznych, tym większa skłonność jednostki do przekonania o poczuciu wewnętrznej kontroli wzmocnień (a więc przekonania o możliwości kontrolowania konsekwencji własnych działań) oraz radzenia sobie ze stresem przez koncentrowanie się na zadaniu. Natomiast niski poziom kompetencji wiąże się z nieefektywnymi stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Po trzecie, wyniki badań wykazały, że kompetencje społeczne wiążą się ujemnie z aleksytymią rozumianą jako brak wglądu we własne życie emocjonalne oraz brak umiejętności rozpoznawania, nazywania i wyrażania własnych emocji, co odbija się negatywnie na jakości relacji z innymi ludźmi. Ponadto okazało się, że poziom kompetencji społecznych idzie w parze z pragmatyzmem i dyrektywnością, a więc cechami, umożliwiającymi jednostce efektywną realizację wyznaczonych sobie celów.

Po czwarte, poziom kompetencji społecznych idzie w parze z pozycją socjometryczną. Oznacza to, że te osoby, które charakteryzują się wysokimi kompetencjami społecznymi, są lepiej spostrzegane przez najbliższe otoczenie, cieszą się opinią tych, którzy potrafią zrozumieć innych, którzy chętniej innym pomagają, którzy są skłonni walczyć o interesy najbliższych. Osobom kompetentnym społecznie częściej przypisuje się takie właściwości, jak otwartość, zdolności przywódcze i pewność siebie.

Po piąte, można mówić o związkach między deficytami w zakresie kompetencji społecznych a przystosowaniem. Okazuje się bowiem, że osoby charakteryzujące się niskim poziomem kompetencji społecznych przejawiają szereg zachowań i cech utrudniających im odpowiednie przystosowanie się. Trudności te prze-

jawiają się głównie w występowaniu długotrwałych stanów obniżonego nastroju i przygnębienia, poczuciu nieszczęścia, braku umiejętności radzenia sobie z frustracją i braku zdolności inicjowania i podtrzymywania satysfakcjonujących związków interpersonalnych.

Mając to wszystko na uwadze, można stwierdzić, że poziom kompetencji społecznych jest jednym z ważniejszych wyznaczników przystosowania się jednostki do życia w grupie, a deficyty w tej sferze mogą stanowić poważną przeszkodę w prawidłowym kształtowaniu się relacji z innymi ludźmi, zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym.

Struktura osobowości

Przystosowanie się do życia społecznego i zawodowego w znacznej mierze zależy od pewnych indywidualnych predyspozycji oraz tendencji reagowania jednostki. Według Cattella (1957) można wśród nich wyróżnić cechy temperamentalne (związane z wrodzonymi aspektami zachowania: szybkość reakcji, energia i wrażliwość emocjonalna), cechy dynamiczne (związane z motywacją do działania) oraz cechy zdolnościowe (związane z efektywnością, z jaką jednostka osiąga wyznaczone sobie cele). Układ tych cech, charakterystyczny dla jednostki, Cattell określał mianem osobowości, a jednocześnie był przekonany, że dzięki poznaniu tych indywidualnych wzorców zachowania możliwe jest przewidywanie, jak dana jednostka zachowa się w określonej sytuacji (Cattell, 1950).

Dzięki zastosowaniu odpowiedniego aparatu metodologicznego oraz matematycznego Cattell wyodrębnił 16 podstawowych cech osobowości uniwersalnych dla każdego człowieka. Szczegółowy opis przedstawiono w artykule opublikowanym w numerze 4 (39) 2007 Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA. W związku z tym tu czynniki wymieniamy tylko hasłowo: Serdeczność, Sposób rozumowania, Emocjonalna stabilność, Dominacja, Żwawość, Sumiennność, Śmiałość, Wrażliwość, Czujność, Abstrakcyjność, Skrytość, Bojaźliwość, Otwartość na zmianę, Samowystarczalność, Perfekcjonizm, Napięcie psychiczne.

Układ tych 16 cech stanowi zbiór indywidualnych, względnie trwałych (wrodzonych i wyuczonych) cech, będących podstawą, na której kształtują się inne właściwości jednostki, takie jak na przykład kompetencje społeczne.

Charakterystyka badanej grupy i metod badawczych

Badaniami objęto grupę 108 osób (23 kobiety i 85 mężczyzn) korzystających z pomocy ośrodków MONAR zlokalizowanych na terenie województw mazowieckiego i małopolskiego. Wiek badanych wahał się między 20. a 48. rokiem życia (średnia 27 lat). Badania przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS), opracowanego przez Annę Matczak (2001). Badanie tym testem pozwala uzyskać trzy wskaźniki szczegółowe: poziom kompetencji społecznych ujawnianych w sytuacjach ekspozycji społecznej, poziom kompetencji społecznych ujawnianych w sytuacjach wymagających asertywności, poziom kompetencji społecznych ujawnianych w sytuacjach intymnych oraz wskaźnik ogólnych kompetencji społecznych.

Do badania struktury osobowości wykorzystaliśmy Kwestionariusz Cattella 16 PF-5 w polskiej adaptacji Tomasza Kucharskiego (2004). Kwestionariusz ten przeznaczony jest do badania wymienionych powyżej 16 wymiarów osobowości.

Zakładaliśmy, że w terapii osób wychodzących z uzależnienia główny nacisk położony jest na zmianę zachowań związanych z leczonym zaburzeniem, co może skutkować zaniedbaniem obszarów związanych z poziomem kompetencji społecznych. W związku z tym oczekiwaliśmy niskiego poziomu kompetencji społecznych u beneficjentów ośrodków MONAR.

Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, iż wyodrębnione przez R.B. Cattella wymiary osobowości mają naturę względnie trwałych cech, oczekiwaliśmy istnienia związków między osobowością a poziomem kompetencji społecznych.

Wyniki badań

W tabeli 1. zestawiono dane dotyczące odsetka osób uzyskujących niskie, przeciętne i wysokie wyniki w zakresie kompetencji społecznych w grupie osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR. Dane te pozwalają stwierdzić, że jeśli chodzi o skalę kompetencji społecznych warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, to wśród beneficjentów MONARU aż 47,4% osób uzyskało wyniki niskie, 28,1% – wyniki przeciętne, a 24,6% – wyniki wysokie. Świadczy to o tym, że zdecydowana większość

Tabela 1. Odsetek osób uzyskujących niskie, przeciętne i wysokie wyniki w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych w zakresie zachowań intymnych, ekspozycji społecznej oraz zachowań asertywnych w grupie osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR

Kompetencje społeczne w zakresie:	Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie
zachowań intymnych	47,4%	28,1%	24,6%
ekspozycji społecznej	57,9%	33,3%	8,8%
zachowań asertywnych	43,9%	31,6%	24,5%

osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR uzyskuje niskie bądź przeciętne wyniki w tej skali, co należy interpretować w kategoriach większych i mniejszych deficytów w zakresie kompetencji społecznych związanych z funkcjonowaniem w bliskich relacjach interpersonalnych. Deficyty te stanowią przyczynę problemów w funkcjonowaniu społecznym związanych z trudnościami w ujawnianiu siebie wobec innych. Trudności te dotyczą głównie takich sytuacji, w których istnieje konieczność przeproszenia kogoś za wyrządzoną mu przykrość, pojawia się potrzeba podtrzymania na duchu bliskiej osoby czy potrzeba wyjaśnienia wzajemnych nieporozumień, także w kontakcie z psychologiem lub lekarzem. Osoby z deficytami w tym zakresie są na ogół zamknięte i wykazują raczej brak skłonności do zwierzania się z osobistych problemów bądź wysłuchiwanie zwierzeń ze strony innych.

Jeśli chodzi o skalę kompetencji społecznych warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, to 57,9% beneficjentów MONARU uzyskało wyniki niskie, 33,3% – przeciętne, a 8,8% – wysokie. Z danych tych wynika, że przeważającą grupę stanowią osoby uzyskujące niskie i przeciętne wyniki w tej skali, co pozwala stwierdzić, że zdecydowana większość osób wychodzących z uzależnienia wykazuje głębokie deficyty w zakresie umiejętności funkcjonowania w sytuacjach związanych z koniecznością poddania się ocenie ze strony innych. W związku z tym należy oczekiwać, że osoby te będą szczególnie źle funkcjonować w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej, takich jak rozmowa kwalifikacyjna, różnego rodzaju wystąpienia publiczne (np. zdanie relacji z własnej działalności przed większym gronem osób), zabieranie głosu w dyskusji itp.

Analiza wyników w skali kompetencji społecznych warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności wykazała, że 43,9% be-

neficjentów MONARU uzyskało wyniki niskie, 31,6% – przeciętne, a 24,5% – wysokie. Najliczniejszą grupę stanowią osoby uzyskujące niskie i przeciętne wyniki w zakresie kompetencji społecznych wymagających asertywności. Oznacza to, że znaczny odsetek tych osób wykazuje mniejsze bądź większe deficyty w zakresie umiejętności realizowania własnych celów czy własnych potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi ze strony innych.

Związki cech osobowości z poziomem kompetencji społecznych

W celu ustalenia związków między strukturą osobowości w ujęciu Cattella a poziomem kompetencji społecznych w grupie beneficjentów ośrodków MONAR skorelowano ze sobą wyniki kwestionariusza osobowości 16 PF-5 z wynikami Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS). Uzyskane w ten sposób dane zestawiono w tabeli 2.

Ogólny poziom kompetencji społecznych koreluje dodatnio (w sposób istotny statystycznie) ze skalą A (Serdeczność) ($r=0,29$; $p<0,01$), ze skalą E (Dominacja) ($r=0,30$; $p<0,01$), ze skalą F (Żywość) ($r=0,33$; $p<0,01$), ze skalą H (Śmiałość społeczna) ($r=0,52$; $p<0,01$), ze skalą I (Wrażliwość) ($r=0,29$; $p<0,01$) oraz ze skalą Q1 (Otwartość na zmiany) ($r=0,32$; $p<0,01$), natomiast ujemnie koreluje ze skalą N (Skrytość) ($r=-0,41$; $p<0,01$) i skalą Q2 (Samodzielność) ($r=-0,25$; $p<0,05$).

Skala mierząca kompetencje społeczne w zakresie zachowań intymnych koreluje istotnie dodatnio ze skalą A (Serdeczność) ($r=0,28$; $p<0,01$), ze skalą E (Dominacja) ($r=0,26$; $p<0,05$), ze skalą H (Śmiałość społeczna) ($r=0,22$; $p<0,05$), ze skalą I (Wrażliwość) ($r=0,27$; $p<0,01$) ze skalą Q1 (Otwartość na zmiany) ($r=0,26$; $p<0,05$) oraz ze skalą Q3 (Perfekcjonizm) ($r=0,30$; $p<0,01$), natomiast koreluje istotnie ujemnie

Tabela 2. Korelacje r Pearsona między kwestionariuszem osobowości 16 PF-5 a Kwestionariuszem Kompetencji Społecznych (KKS) w grupie osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR (N=108)

Skale 16 PF-5	Kompetencje społeczne w zakresie:			KKS Wynik ogólny
	zachowań intymnych (I)	ekspozycji społecznej (ES)	zachowań asertywnych (A)	
A Serdeczność	0,28**	0,21*	0,23*	0,29**
B Rozumowanie	0,14	0,23*	0,16	0,19
C Zrównoważenie emocjonalne	0,13	0,18	0,10	0,17
E Dominacja	0,26*	0,18	0,36**	0,30**
F Żywość	0,12	0,40**	0,30**	0,33**
G Świadomość reguł	0,09	-0,20	-0,04	-0,06
H Śmiałość	0,22*	0,57**	0,48**	0,52**
I Wrażliwość	0,27**	0,26*	0,17	0,29**
L Czujność	0,11	-0,06	0,08	0,02
M Abstrakcyjność	-0,07	-0,02	0,01	-0,04
N Skrytość	-0,43**	-0,37**	-0,21*	-0,41**
O Bojaźliwość	-0,15	-0,11	-0,18	-0,17
Q1 Otwartość na zmiany	0,26*	0,31**	0,23*	0,32**
Q2 Samodzielność	-0,33**	-0,16	-0,17	-0,25*
Q3 Perfekcjonizm	0,30**	0,01	0,16	0,16
Q4 Napięcie	-0,02	0,09	0,11	0,08

** p < 0,01 (dwustronna); * p < 0,05 (dwustronna).

ze skalą N (Skrytość) ($r=-0,43$; $p<0,01$) i skalą Q2 (Samodzielność) ($r=-0,33$; $p<0,01$).

Skala mierząca poziom kompetencji społecznych w zakresie ekspozycji społecznej koreluje istotnie dodatnio ze skalą A (Serdeczność) ($r=0,21$; $p<0,05$), ze skalą B (Rozumowanie) ($r=0,23$; $p<0,05$), ze skalą F (Żywość) ($r=0,40$; $p<0,05$), ze skalą H (Śmiałość społeczna) ($r=0,57$; $p<0,01$), ze skalą I (Wrażliwość) ($r=0,26$; $p<0,05$) i ze skalą Q1 (Otwartość na zmiany) ($r=0,31$; $p<0,01$), natomiast koreluje istotnie ujemnie ze skalą N (Skrytość) ($r=-0,37$; $p<0,01$).

Skala mierząca poziom kompetencji społecznych w zakresie zachowań wymagających asertywności koreluje istotnie dodatnio ze skalą A (Serdeczność) ($r=0,23$; $p<0,05$), ze skalą E (Dominacja) ($r=0,36$; $p<0,01$), ze skalą F (Żywość) ($r=0,30$; $p<0,01$), ze skalą H (Śmiałość społeczna) ($r=0,48$; $p<0,01$) i ze skalą Q1 (Otwartość na zmiany) ($r=0,23$; $p<0,05$), natomiast koreluje istotnie ujemnie ze skalą N (Skrytość) ($r=-0,21$; $p<0,05$).

Na podstawie uzyskanych wyników można więc stwierdzić, że wyższy poziom kompetencji społecznych charakteryzował osoby wykazujące zainteresowanie innymi ludźmi, preferujące zajęcia wymagające kontaktów z innymi, a jednocześnie czujące się swobodnie w sytuacjach wymagających bliskich kontaktów interpersonalnych. Poza tym bardziej kompetentne społecznie okazały się te osoby, które spostrzegają siebie jako ludzi śmiałych, angażujących się w różne sytuacje społeczne bez większych obaw. Z kolei niski poziom kompetencji społecznych charakteryzował badanych wykazujących trudności w zakresie ujawniania siebie, co przejawia się najczęściej w skrytości, niechęci do mówienia o sobie i zamykaniu się na świat społeczny.

Co do poszczególnych składników kompetencji społecznych, to:

po pierwsze, wyższe wyniki w skali mierzącej poziom kompetencji społecznych w zakresie zachowań intymnych wiązały się z większą wrażliwością (bycie

czułym, delikatnym i empatycznym) oraz silniejszym uzależnieniem od grupy (preferowanie przebywania i wykonywania rozmaitych czynności z ludźmi); po drugie, wyższy poziom kompetencji społecznych w zakresie ekspozycji społecznej wykazywały jednostki skłonne spostrzegać siebie jako osoby entuzjastyczne, spontaniczne, pełne życia, poszukujące uwagi i chętne do stwarzania sytuacji społecznych; po trzecie, wyższe wyniki w skali mierzącej poziom kompetencji społecznych w zakresie zachowań asertywnych uzyskiwały osoby charakteryzujące się tendencją do wywierania wpływu na innych, do podporządkowywania sobie innych oraz do wygłaszania swoich pragnień i domagania się tego, co w ich przekonaniu im się należy.

Wnioski

Celem naszych badań było ustalenie głębokości deficytów w zakresie kompetencji społecznych oraz ich związków z cechami osobowości w grupie osób wychodzących z uzależnienia. Przyświecało nam przekonanie, iż pogłębianie wiedzy w tym zakresie pozwoli ustalić psychologiczne aspekty niepokojącego zjawiska, jakim jest stopniowe wycofywanie się beneficjentów ośrodków MONAR z życia społecznego i zawodowego.

W przypadku osób borykających się z problemem readaptacji do życia po zakończonej terapii, odpowiednio wysoki poziom kompetencji społecznych ma niebagatelne znaczenie.

Z naszych badań wynika, że:

1. Przeważająca część badanych przez nas osób charakteryzuje się niskim lub przeciętnym poziomem kompetencji społecznych, a to oznacza, że zdecydowana większość osób wychodzących z uzależnienia nie dysponuje odpowiednimi zdolnościami umożliwiającymi im prawidłowe funkcjonowanie w sytuacjach związanych z: angażowaniem się w bliskie relacje interpersonalne, występowaniem w roli obiektu uwagi otoczenia bądź wymagających poddania się ocenie ze strony innych ludzi i aktywnością zmierzającą do osiągnięcia postawionych sobie celów poprzez wywieranie wpływu na innych lub też wymagających przeciwstawienia się wpływowi innych.
2. Poziom kompetencji społecznych wiąże się w sposób istotny ze strukturą osobowości. Wysokim kom-

petencjom społecznym towarzyszy serdeczność, dominacja, żywość, śmiałość społeczna, wrażliwość i otwartość na zmiany. Natomiast niskie kompetencje społeczne idą w parze z odosobnieniem, skrytością i zamknięciem się na sprawy innych oraz z trudnościami we współpracy z innymi ludźmi.

Uzyskane wyniki pokazują, że posiadanie wiedzy o poziomie kompetencji społecznych jednostki i ewentualnych deficytach w tym zakresie może być pomocne w dochodzeniu do źródeł trudności i niepowodzeń doświadczanych w pracy lub kontaktach z ludźmi. Jednocześnie warto podkreślić, że rozpoznanie braków w tej dziedzinie jest o tyle ważne, że kompetencje społeczne traktowane są jako umiejętności podlegające treningowi i dające się rozwijać.

Bibliografia

- Cattell R.B., „Personality: A systematic, theoretical and factual study”, McGraw-Hill, New York 1950.
- Cattell R.B., „Personality and motivation structure and measurement”, World Book, Yonkers-on-Hudson 1957.
- Endler N.S., Parker J.D.A., „Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies”, *Psychological Assessment*, 6, 50-60, 1994.
- Goleman D., „Inteligencja emocjonalna”, Media Rodzina, Poznań 1997.
- Greenspan S., „Defining childhood social competence: a proposed working model” (w:) B.K. Koegh (red.), *Advances in special education*, t. 3, JAI Press, Greenwich 1981.
- Kucharski T., „Wprowadzenie do kwestionariusza 16 PF-5”, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
- Matczak A., „Kwestionariusz Kompetencji Społecznych”, *Studia z Psychologii*, 8, 9-36, 1997.
- Matczak A., „Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik”, PTP, Warszawa 2001.
- Oppenheimer L., „The nature of social action: social competence versus social conformism” (w:) B.H. Schneider i in. (red.), *Social competence in developmental perspective*, Kluwer Academic Publishers, 1989.
- Pilecka W., Pilecki J., „Model kompetencji społecznych w ujęciu S. Greenspana”, *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 1, 58-79, 1990.
- Snyder C.R., „Hope theory: rainbows in the mind”, *Psychological Inquiry*, 13, 249-275, 2002.

¹ Skład zespołu badawczego: Jarosław Jastrzębski, Małgorzata Kruk, Sławomir Ślaski, Monika Jopkiewicz, Aleksandra Woś.

² Omówienie danych dotyczących poziomu i osobowościowych uwarunkowań nadziei na sukces w ujęciu C.R. Snydera przedstawiono w artykule „Struktura osobowości i poziom nadziei na sukces u osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR” opublikowanym w Serwisie Informacyjnym NARKOMANIA nr 4 (39) 2007.

Mimo że na świecie popularność terapii podtrzymującej abstynencję narkotykową poprzez stosowanie blokerów jest duża, w Polsce ta metoda nie jest szeroko stosowana. Leki, w których skład wchodzi bloker naltrekson, nie są w Polsce zarejestrowane. Można je sprowadzić w formie tzw. importu docelowego.

PROGRAM LECZENIA BLOKEREM RECEPTORÓW OPIOIDOWYCH

*lek. med. Teresa Wereżyńska-Bolińska
Koordynator terapii metadonem
Szpital Nowowiejski*

Naltrekson jest znanym lekiem antagonistycznym receptorów opioidowych, stosowanym w podtrzymującym leczeniu osób uzależnionych od heroiny. Pomaga utrzymywać abstynencję po odtruciu. Stosowany jest także w ośrodkach rehabilitacyjnych u osób po terapii, które nadal pozostają w środowisku osób uzależnionych. Niekiedy prowadzona jest tym lekiem szybka detoksykacja¹.

Dlaczego naltrekson?

Od 1996 roku obserwowano znaczny wzrost ilości osób przyjmujących wziewnie heroinę (*brown sugar*), która powoduje szybkie uzależnienie, głównie w sferze psychicznej, przy stosunkowo niewielkich objawach uzależnienia fizycznego.

Mimo ewidentnego bycia „w ciągu” tych osób ich leczenie (polegające w pierwszej fazie na odtruciu) można przeprowadzać w warunkach ambulatoryjnych. Leczenie odbywa się z udziałem rodziny, świadomej swej roli podczas podawania zleconych leków.

Także w grupie osób wchodzących w uzależnienie, u niektórych pacjentów można leczenie odtruające podjąć ambulatoryjnie, chociaż przyjmują oni heroinę już dożylnie.

Heroina dostępna na rynku jest słabej jakości, zanieczyszczona, powoduje więc niezbyt głębokie uzależnienie (głębokość uzależnienia zależy oczywiście także od wielkości dawki heroiny).

Usuwanie objawów abstynencyjnych u osób z umownym rozpoznaniem wstępnej fazy uzależnienia od heroiny nie wymaga w procesie detoksykacji stosowania leków z grupy opiatów, takich jak metadon, tramal, kodeina, a nawet buprenorfina. Można wręcz spodziewać się

negatywnych skutków – stosowanie leków opiatowych w tym jeszcze nie głębokim uzależnieniu powoduje jedynie wzrost tolerancji na opiaty, co przy powrocie do heroiny zmusza osoby uzależniające się do stosowania wyższych dawek heroiny.

Mimo że odtrucie może być prowadzone w warunkach domowych, bez czekania na miejsce w szpitalu, ambulatoryjne leczenie detoksykacyjne (także szpitalne) prowadzone jest profesjonalnie, niestety, tylko przez niektóre placówki. To samo dotyczy poszczególnych lekarzy podejmujących odtrucie domowe.

Wprowadzenie naltreksonu do drugiej fazy leczenia stało się przełomem i jedyną możliwością wyhamowania rozprzestrzeniania się uzależnień opiatowych.

Naltrekson zaczęłam stosować w kwietniu 1998 roku jako pierwszy lekarz w Polsce. Miałam już duże doświadczenie w leczeniu osób uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych, a powodem włączenia naltreksonu do terapii był stan bezsilności wobec młodych ludzi uzależniających się od heroiny przyjmowanej wziewnie, których leczenie tradycyjne (detoksykacja, rehabilitacja) było praktycznie nieskuteczne.

Liczba osób przyjmujących heroinę w latach 1996–1998 szybko rosła, a jej zasoby na czarnym rynku były niewyczerpane. Odnosiło się wrażenie, że mamy niewiele czasu, aby uchronić tę grupę młodzieży przed stosowaniem heroiny dożylnie ze wszystkimi tego konsekwencjami. Wiele osób dzięki leczeniu naltreksonem skutecznie odstawiło heroinę. Nie prowadzono niestety badań katamnetycznych w tym zakresie, trudno więc ocenić obiektywnie wyniki terapii blokerem, tym bardziej, że jest grupa osób leczonych w przeszłości naltreksonem (korzystały one także z innych form terapii), która nadal przyjmuje heroinę, obecnie dożylnie, co

skłania do refleksji o trudnej drodze do zdrowia osób uzależnionych od opiatów.

Kwalifikacja do leczenia naltreksonem

Nie jestem zwolenniczką serwowania blokerów wszystkim osobom uzależnionym. Uważam, że tę formę terapii należy proponować tym użytkownikom narkotyków, którzy spełniają następujące kryteria:

Charakterystyka blokera

Naltrekson został zsyntetyzowany w laboratoriach koncernu Du Pont w 1965 roku. Jest dostępny na rynku w postaci preparatów podawanych doustnie (**Nalorex, Nemexin, Revia, Antaxone** – w postaci tabletek) oraz preparatów o przedłużonym działaniu do implantacji podskórnej (**Naltrexone Pellet**) i iniekcji domięśniowej (**Naltrexone Palmitate, Vivitrol** – w postaci ampułek).

Naltrekson jest stosowany w celu wspomoczenia utrzymania abstynencji przez osoby uzależnione od opioidów oraz alkoholu. Jego działanie polega na łączeniu się z receptorami opioidowymi, co powoduje zniesienie euforyzującego działania narkotyków i w konsekwencji zablokowanie doznawania przyjemności po podaniu narkotyku (morfiny, heroiny, opium). Konieczne jest podjęcie – w trakcie kuracji naltreksonem – terapii ukierunkowanej na nabycie umiejętności funkcjonowania bez narkotyków. Inaczej po kuracji wraca się do punktu wyjścia, co jest równoznaczne z powrotem do nałogu.

Dzięki blokowaniu działania alkoholu, naltrekson zapobiega powstaniu uzależnienia od alkoholu w trakcie wychodzenia z uzależnienia opiatowego (jest stosowany także w terapii alkoholizmu).

Zaletą opisywanego blokera jest jego niska toksyczność. Według większości źródeł niemożliwe jest uzależnienie się od tego preparatu.

Źródła:

www.naltrexon.pl/naltrexon.html, www.detox24.pl/naltrek2.htm

Opracowanie: Redakcja

- ◆ Osoby, które przyjmują heroinę wziewnie lub dożylnie, u których fizyczne objawy abstynencyjne nie stanowią pełnego zespołu odstawiennego, natomiast nasilone są objawy „głodu psychicznego”. Przeważnie u tych osób nie występują objawy z przewodu pokarmowego, które by uzasadniały stosowanie dożylnie płynów infuzyjnych. Zbyt szybkie wypłukiwanie opiatów z krwi przyspiesza jedynie objawy psychiczne i jest powodem przerywania leczenia w ciągu trzech dni od jego rozpoczęcia. W oddziałach szpitalnych wypisy na żądanie są „gromadne” i nie można im skutecznie zapobiec, ponieważ przepisy nie pozwalają na zatrzymanie pacjenta wbrew jego woli. Odrucie domowe ma w tych wypadkach przewagę, gdyż o wyjściu z domu decydują rodzice lub inne osoby nadzorujące leczenie.
- ◆ Dotychczasowa linia życiowa pacjentów kwalifikowanych do leczenia blokerem nie wskazuje na znaczne zaburzenia adaptacyjne. Utrzymują się oni w różnych systemach szkolnych, pracują, studiują lub mają szansę na szybkie uzyskanie pracy, nie są zerwane ich więzi rodzinne, a rodzice lub partnerzy kontrolują abstynencję od opiatów i innych substancji psychoaktywnych.
- ◆ Leczenie naltreksonem stosuje się także u osób, które podejmowały po detoksykacji rehabilitację w różnych placówkach, utrzymywały się w nich krótko i nie akceptują dalszych prób takiego leczenia.
- ◆ Osoby, które ukończyły terapię w ośrodkach rehabilitacyjnych, ale nadal czują się zagrożone powrotem do nałogu.
- ◆ Osoby, które były już leczone naltreksonem, złamały abstynencję, chcą wrócić do tej metody leczenia.
- ◆ Osoby, które wprawdzie przyjmują dożylnie opiaty wytworzone ze słomy makowej (kompot), ale miały długie abstynencje, funkcjonują dobrze zawodowo i rodzinie, są w niedługim ciągu opiatowym i przyjmują niewielkie dawki tej substancji, a nie mieszczą się już wiekowo w żadnym programie rehabilitacyjnym.

Przebieg leczenia

Zakłada się roczny cykl leczenia, ponieważ blokowanie receptorów opioidowych musi trwać do wygaśnięcia ich aktywności. Dawka naltreksonu jest dostosowana do głębokości stwierdzanego uzależnienia od heroiny, lek przyjmuje się 3-4 razy w tygodniu. Przy trzydniowym

stosowaniu leku dawka weekendowa musi być wyższa. Podczas leczenia można podawać leki antypsychotyczne, o ile pacjent z powodu choroby psychicznej współistniejącej z uzależnieniem wymaga leczenia i farmakoterapii. Ten sposób leczenia osób z podwójną diagnozą jest w wielu przypadkach jedyną skuteczną metodą terapii, przy bardzo niewielkiej ofercie rehabilitacyjnej dla tego rodzaju pacjentów. W czasie leczenia naltreksonem można farmakologicznie korygować zaburzenia zachowania oraz prowadzić terapię indywidualną w innych placówkach, o ile terapeuci rozumieją sens leczenia blokerem. Odstawienie naltreksonu odbywa się stopniowo, w dziewiątym miesiącu leczenia można zacząć zmniejszać dawkę. Można przedłużyć okres leczenia blokerem, przechodząc na dawkę minimalną, ale stosowaną trzy razy w tygodniu. Przedłużenie leczenia prowadzi się na życzenie pacjenta i jego rodziny. Taki sposób leczenia przynosi pozytywne efekty u osób nieletnich lub osób mieszkających w okolicach, gdzie istnieją duże skupiska młodzieży przyjmującej heroinę. Naltreksonu nie wypisuje się na dłużej niż na około dwa miesiące, aby zapewnić kontrolę leczenia i sprawdzić postępy w adaptacji pacjenta. Podczas leczenia rodzice kontrolują testami moczu pacjenta w kierunku utrzymywania abstynencji, a o wynikach tych badań informują lekarza prowadzącego leczenie.

Dyskwalifikowani do leczenia naltreksonem są pacjenci, którzy szybko rezygnują z tej formy terapii, przechodzą na dożylne stosowanie opiatów. Przerywa się leczenie u osób, które popadają w konflikty prawne skutkujące wyrokami pozbawienia wolności. Leczenie naltreksonem przerywa się także u tych osób, które nie poddają się żadnej kontroli, ich stosunki z rodziną stają się wrogie z powodu prób egzekwowania badań testowych moczu.

Ocena skuteczności leczenia

Naltrekson jest jednym z leków pozwalających na pokonanie głodu psychicznego w początkowej fazie uzależnienia od opiatów. Gwarantuje odstawienie heroiny u osób dobrze przystosowanych do życia, które jeszcze nie wypadły z ról społecznych i rodzinnych, mają rzeczywistą, a nie deklarowaną motywację do odstawienia tej substancji. Może być skutecznym lekiem wykorzystywanym w podtrzymywaniu abstynencji od heroiny po przebytych leczeniu i rehabilitacji

w odpowiednich ośrodkach. Jest lekiem z wyboru przy leczeniu osób z podwójną diagnozą (tj. chorych psychicznie i uzależnionych od opiatów).

¹ Ultrakrótką detoksykacja opiatowa (ang. ultra rapid opiate detoxification – UROD) jest metodą pozwalającą w krótkim czasie (kilku do kilkunastu godzin) wyprowadzić osobę uzależnioną od narkotyków opioidowych z zależności fizycznej. Po zakończeniu UROD zostaje zlikwidowany fizyczny głód narkotyku, pragnienie narkotyku (zależność psychiczna) pozostaje nadal.

Naltrekson w leczeniu innych chorób

Naltrekson jest stosowany w LDN (Low Dose Naltrexone), czyli kuracji nisko dawkowanym naltreksonem, która została zapoczątkowana w 1985 roku przez dr. Bernarda Bihari, neurologa z Nowego Jorku. Przeprowadzone przez niego badania kliniczne potwierdziły skuteczność LDN, które jest polecane chorym na stwardnienie rozsiane (SM) oraz inne choroby związane z systemem immunologicznym: AIDS, chorobę Crohna-Leśniewskiego, chorobę Parkinsona, Lupus (toczeń), SLA, niektóre choroby nowotworowe, łuszczycę i inne.

LDN nie jest autoryzowaną metodą leczenia. Zainteresowani stosują ją na własne ryzyko, muszą też odpowiednie dawki leku przygotowywać samodzielnie lub z pomocą aptekarzy (poprzez dzielenie dostępnych tabletek 50 mg). W Internecie działa od 2 lat serwis www.ldn.org.pl/news.php propagujący metodę. Autorzy serwisu piszą: „Naszym celem nie jest namawianie kogokolwiek do stosowania LDN. Chcemy rozpowszechnić ten temat w podobny sposób, jak to zrobiono w USA, Niemczech, Wielkiej Brytanii i innych krajach. Opisujemy każdy znany nam przypadek stosowania LDN w Polsce. Wiele osób na świecie stosuje LDN z pozytywnym skutkiem, szacowanym przez różne źródła na poziomie 90-97%. Nasze doświadczenia pokazują, że warto było zająć się tematyką LDN, a nasze dalsze działania będą skierowane w stronę jak najlepszego informowania o wszystkim, co ma związek z LDN”.

Źródło:

www.ldn.org.pl/news.php

Opracowanie: Redakcja

Leczenie substytucyjne jest formą leczenia uzależnienia od opiatów stosowaną w Europie od wielu lat. Większość krajów europejskich prowadzi programy leczenia substytucyjnego. Liczba osób korzystających z tej formy leczenia różni się w zależności od kraju i regionu. Środkiem stosowanym w większości państw Unii Europejskiej w ramach leczenia zastępczego jest metadon (wyjątkiem jest Francja, która stosuje buprenorfinę). Jest on powszechnie używany również poza granicami Unii, m.in. w Stanach Zjednoczonych i w Australii.

JAK TWORZYĆ PROGRAMY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO?

Bożena Bajerowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

O zaletach i korzyściach płynących z uczestnictwa w programach substytucyjnych, zarówno dla uczestników programów, jak i dla społeczeństwa, napisano już wiele. Zwrócić należy uwagę, że nie tylko terapeuci popierają prowadzenie tego rodzaju leczenia. Najważniejszą rolę odgrywają tu pacjenci, którzy mają dzięki niemu szansę na powrót do normalnego funkcjonowania społecznego, a nade wszystko na poprawę stanu zdrowia psychicznego i somatycznego. Pomimo tego ta forma leczenia ma przeciwników, którzy negują przydatność programów substytucyjnych bądź też uważają, że jedyną akceptowalną metodą pomocy osobom uzależnionym jest metoda „drug-free”.

Trudności

Terapia metadonowa jest w Polsce wciąż zbyt mało dostępnym sposobem leczenia osób uzależnionych. Według danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2006 roku leczeniem tym objęto 1221 osób w 12 programach (10 województw). W roku 2007 powstały dwie kolejne placówki. Jednak w dalszym ciągu liczba miejsc w programie oraz placówek prowadzących tego typu świadczenia jest niewystarczająca. Zaznaczyć trzeba, że do części programów pacjenci są przyjmowani na

bieżąco i nie ma konieczności długiego oczekiwania (są to głównie programy prowadzone na terenie województw mazowieckiego i lubelskiego). Istnieją jednak ośrodki, w których czas oczekiwania na przyjęcie do programu wynosi nawet do sześciu miesięcy.

Skoro wiemy już, że programy leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opiatów są niezbędną

Terapia metadonowa jest w Polsce wciąż zbyt mało dostępnym sposobem leczenia osób uzależnionych. Według danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2006 roku leczeniem tym objęto 1221 osób w 12 programach (10 województw). W roku 2007 powstały dwie kolejne placówki. Jednak w dalszym ciągu liczba miejsc w programie oraz placówek prowadzących tego typu świadczenia jest niewystarczająca.

formą terapii, co stoi na przeszkodzie otwarciu kolejnych programów? Są to przede wszystkim dwa czynniki: kwestie administracyjne związane z utworzeniem programu, a więc zezwolenia i opinie oraz rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, który w pewnych regionach Polski finansuje w ograniczonym stopniu tego typu programy. Oczywiście dochodzą jeszcze problemy organizacyjne związane z koniecznością zagwarantowania zgodnego z przepisami sposobu

wydawania i przechowywania metadonu oraz postępowania z pacjentami.

Mając na uwadze powyższe informacje, postaram się przybliżyć krok po kroku procedurę tworzenia i prowadzenia programu leczenia substytucyjnego w nadziei, iż pomoże to podmiotom, które chciałyby stworzyć nowe programy dla osób uzależnionych od opiatów.

Regulacje prawne

Programy leczenia substytucyjnego w Polsce regulują dwa akty prawne:

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz.U. Nr 205, poz. 1493).

Przepisami obowiązującymi do dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku, a które utraciły moc prawną, były:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 roku w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz.U. Nr 77, poz. 873);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz.U. Nr 128, poz. 1349).

Dodatkowe regulacje dotyczące gospodarki odpadami oraz środkami odurzającymi zawarte są w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2003 roku w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane w celach medycznych (Dz.U. Nr 37, poz. 324);
- Ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 roku o odpadach (Dz.U. Nr 62, poz. 628);
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 roku w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. Nr 162, poz. 1152).

Rejestracja programu

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określa, że leczenie substytucyjne może prowadzić zakład opieki zdrowotnej. Aby dokonać rejestracji programu ZOZ (publiczny lub niepubliczny) zobowiązany jest do rejestracji u wojewody właściwego ze względu na siedzibę ośrodka nowej komórki organizacyjnej „leczenie substytucyjne”.

Kolejny etap rejestracji to skierowanie, zgodnie z art. 28 pkt 2 ww. ustawy, do dyrektora Krajowego Biura

ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) wniosku o wydanie opinii na temat projektu programu leczenia substytucyjnego. Organem opiniodawczo-doradczym dyrektora KBPN jest Zespół ds. Opiniowania Programów Leczenia Substytucyjnego, który ma obowiązek wyrażania stanowiska w sprawach odnoszących się do projektów programów leczenia substytucyjnego pod względem spełniania warunków określonych w art. 28 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. W uzasadnionych przypadkach członkowie Zespołu mogą wizytować podmiot ubiegający się o zgodę na prowadzenie leczenia substytucyjnego. Efektem pracy Zespołu jest przedstawienie dyrektorowi KBPN wniosków dotyczących powyższych postępowań. Na ich podstawie wydaje on pozytywną lub negatywną decyzję dotyczącą programu. Po uzyskaniu akceptacji programu podmiot powinien złożyć do wojewody właściwego ze względu na siedzibę instytucji wniosek uwzględniający:

- liczbę i ogólną charakterystykę osób, które poddane będą leczeniu;
- szczegółowy opis programu;
- dane o kwalifikacjach i liczbie pracowników, którzy uczestniczyć będą w programie;
- opis warunków lokalowych i posiadanego wyposażenia technicznego.

Do wniosku powinna zostać załączona pełna dokumentacja zawierająca:

- aktualny statut ZOZ-u;
- odpis wpisu do wojewódzkiego rejestru zakładów opieki zdrowotnej;
- odpis wpisu do KRS lub innego rejestru;
- uzasadnienie potrzeby realizacji programu w aspekcie sytuacji epidemiologicznej;
- opinię dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
- kopię umowy na badania laboratoryjne materiału biologicznego, jeśli nie są one realizowane bezpośrednio w placówce;
- kopię regulaminu programu;
- kopię umowy z apteką na prowadzenie obrotu narkotykami;

- wzór kontraktu terapeutycznego;
- wzór karty pacjenta.

Warto wspomnieć, że jednym z wymaganych warunków jest posiadanie przez ZOZ apteki lub przedstawienie umowy z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny. Doświadczenia ośrodków, które już prowadzą program, wskazują, że w przypadku braku podpisanej umowy z apteką w momencie składania wniosku do wojewody, wystarczającym dokumentem jest umowa przedwstępna. Umowa właściwa musi zostać jednak podpisana niezwłocznie po zakontraktowaniu świadczeń z NFZ.

Art. 42 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi, że zakłady opieki zdrowotnej mogą posiadać preparaty zawierające środki odurzające stosowane w celach medycznych po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Aby otrzymać zgodę, należy złożyć wniosek oraz kopię zezwolenia wydanego przez wojewodę. Wniosek powinien zawierać dane osoby, która będzie odpowiedzialna za stosowanie, przechowywanie i prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu produktu oraz kopię aktualnego prawa wykonywania zawodu lekarza.

Aby dopełnić wszystkich formalności, należy pamiętać o podpisaniu umowy na badania laboratoryjne materiału biologicznego, jeśli nie są one realizowane bezpośrednio w placówce. W przypadku gdy placówka nie jest oddziałem szpitalnym a samodzielną placówką, wskazane staje się również podpisanie umowy z agencją ochrony oraz zainstalowanie alarmu w obiekcie, w którym przechowywany i wydawany jest środek substytucyjny.

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 roku o odpadach oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi nakładają na ZOZ-y posiadanie zezwolenia na wytwarzanie odpadów medycznych. Zezwolenia takie leżą w gestii prezydenta miasta, wojewody lub starosty, a wydawane są na podstawie wniosków złożonych przez zainteresowany podmiot. Ustawa nakłada również obowiązek utylizacji odpadów medycznych przez firmę zapewniającą tego typu obsługę.

Podsumowując, aby móc prowadzić działalność w zakresie programu leczenia substytucyjnego, należy posiadać:

1. Decyzję dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

2. Zezwolenie wojewody.
 3. Umowę lub umowę wstępną z apteką.
 4. Zgodę wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.
 5. Zezwolenie właściwego organu zatwierdzającego program gospodarki odpadami niebezpiecznymi.
 6. Umowę na badania laboratoryjne materiału biologicznego.
 7. Umowę z firmą zapewniającą obsługę w ramach odbioru i utylizacji odpadów medycznych.
- Rekomendowana jest także umowa z agencją ochrony na monitorowanie obiektu.

Przystosowanie pomieszczeń

W celu prowadzenia programu leczenia substytucyjnego ośrodek powinien, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne, dostosować pomieszczenia do:

- wydawania środka substytucyjnego;
- prowadzenia terapii grupowej;
- pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego;
- pobierania próbek moczu oraz jego badania na obecność substancji psychoaktywnych;
- przechowywania (sejf lub kasetka metalowa na stałe przymocowana do podłogi lub ściany) i przygotowywania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osób nieupoważnionych;
- laboratorium do badania materiału biologicznego – o ile nie ma podpisanej umowy na świadczenie tego typu usług z innym podmiotem.

Zespół realizatorów

Zakład ubiegający się o zezwolenie na prowadzenie programów leczenia substytucyjnego powinien zatrudniać odpowiednio wykwalifikowany personel. W skład zespołu powinni wchodzić:

- kierownik programu – lekarz psychiatra z minimum 3-miesięcznym stażem pracy w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących leczenie osób uzależnionych bądź lekarz o innej specjalności z minimum

2-letnim stażem pracy w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących leczenie osób uzależnionych;

- lekarz psychiatra – niezbędny, kiedy kierownik programu nie jest lekarzem tej specjalności;
- terapeuta – osoba odpowiedzialna za działania rehabilitacyjne w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych; zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii osobą taką może być certyfikowany specjalista terapii uzależnień; w rehabilitacji pacjentów uczestniczyć mogą również osoby posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień;
- pielęgniarka (minimum 2 pielęgniarki na 50 pacjentów) – odpowiedzialna za podawanie pacjentom środka substytucyjnego oraz wykonująca badania kontrolne na obecność w moczu substancji psychoaktywnych innych niż podawane podczas leczenia;
- pracownik pomocniczy (minimum 2 pracowników na 50 pacjentów);
- pracownik socjalny;
- farmaceuta.

Pacjenci programów leczenia substytucyjnego

Grupą docelową programów leczenia substytucyjnego są osoby uzależnione od opiatów. Kwalifikacja pacjentów do programów należy do kierownika programu, przy uwzględnieniu wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Uczestnikami programu mogą zostać osoby, które spełniają łącznie następujące warunki:

- są uzależnione od opiatów co najmniej od 3 lata;
- mają ukończone 18 lat;
- podejmowały próby leczenia konwencjonalnymi metodami, które okazały się nieskuteczne;
- zobowiążą się do zachowania abstynencji od środków odurzających i substancji psychotropowych;
- wyrażą pisemną zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu.

Pacjenci uczestniczący w programach podlegają wpisowi do centralnego wykazu osób objętych leczeniem substytucyjnym. Rejestr ten prowadzony był przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, jednak na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października

2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne, będzie on prowadzony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Prowadzenie rejestru ma na celu uniknięcie sytuacji, kiedy pacjent uczestniczy w więcej niż jednym programie. Zgłoszenie pacjenta do wykazu jest obowiązkiem kierownika programu.

Uczestnicy objęci programem metadonowym w ośrodku powinni posiadać karty identyfikacyjne zawierające: imię i nazwisko, adres pacjenta, numer telefonu ośrodka prowadzącego program leczenia substytucyjnego oraz nazwę zastosowanego do leczenia środka substytucyjnego i jego dobową dawkę.

Pacjentom należy zagwarantować możliwość uczestnictwa w psychoterapii w wymiarze nie mniejszym niż 2 godziny w tygodniu.

Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia

W celu refundacji realizowanych świadczeń podmiot powinien przystąpić do konkursu ofert w ramach zadania „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Program substytucyjnego leczenia metadonem”. W przypadku uruchamiania programu po zakończeniu konkursu należy zwrócić się do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z wnioskiem o zawarcie umowy w trybie rokowań.

Po podpisaniu umowy z NFZ należy pamiętać o podpisaniu umowy właściwej z apteką zaopatrującą placówkę w metadon.

Procedura uwieńczona otrzymaniem wszystkich wymaganych zezwoleń, podpisaniem wszystkich niezbędnych umów, została zakończona. Czas przystąpić do realizacji programu. Mam nadzieję, że powyższy „przewodnik” zachęci wiele osób do tworzenia programów leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opiatów i znacznie ułatwi im przebrnięcie przez sprawy administracyjno-organizacyjne.

Dziękuję Pani Barbarze Robaszkiewicz, której wiedza i doświadczenie nabyte podczas tworzenia programu leczenia substytucyjnego w Stowarzyszeniu „Eleuteria” NZOZ Poradnia Uzależnień dla Dorosłych umożliwiły mi napisanie powyższego artykułu.

W grudniu 2007 roku w Falentach odbyło się trzecie spotkanie przedstawicieli organizacji pozarządowych, podejmujących działania z zakresu redukcji szkód, zorganizowane przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Na seminarium była reprezentowana większość organizacji pozarządowych zajmujących się street- oraz partyworkingiem.

FRANCUSKIE BADANIE KLIENTÓW PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH

Artur Malczewski

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

Pierwszego dnia przedstawione zostały wyniki najnowszych badań oraz Roczne Raportu EMCDDA. Zaprezentowano również założenia programu „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach”, w ramach którego organizacje pozarządowe mogą aplikować o środki unijne. Cele programu oraz sposób uzyskania dotacji zostały opisane na łamach Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA nr 3 (38) 2007.

Podczas pierwszego spotkania przedstawiciele programów redukcji szkód, zorganizowanego w Osiecku w 2006 roku, brał udział kierownik czeskiego Focal Pointa, z kolei na seminarium w Falentach jednym z zaproszonych ekspertów był pracownik francuskiego Focal Pointa, który zajmuje się tematyką redukcji szkód. Przedstawił on wyniki pierwszego francuskiego badania wśród klientów programów niskoprogowych. Druga edycja badania realizowana będzie w ramach międzynarodowego projektu wspólnie przez francuski i polski Focal Point w listopadzie 2008 roku. Z tego powodu chciałbym omówić powyższe badanie i przedstawić jego wyniki, co pozwoli również na pokazanie zakresu działań realizowanych przez francuskie organizacje pozarządowe w obszarze redukcji szkód.

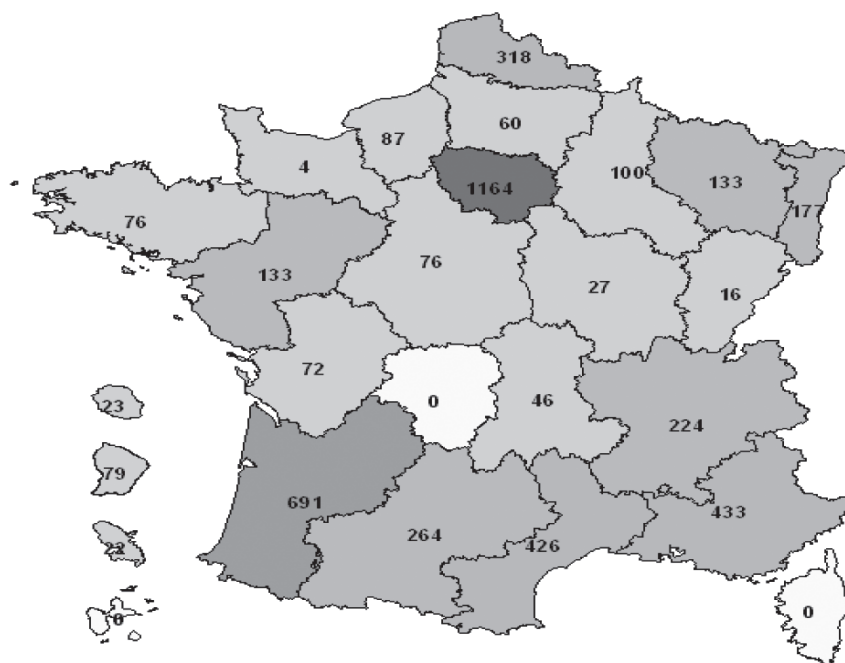
Założenia projektu

Projekt miał na celu zbadanie klientów programów niskoprogowych, czyli takich działań, gdzie abstynencja nie jest głównym kryterium uzyskania pomocy. Ich celem jest przede wszystkim ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych wśród użytkowników narkotyków. Kwestionariusz zastosowany w badaniu był zgodny z zatwierdzonymi protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

(EMCDDA) na temat wskaźnika zapotrzebowania na leczenie (TDI) oraz chorób zakaźnych (DRID). Z powyższych dokumentów wykorzystano pytania dotyczące: charakterystyki społeczno-demograficznej użytkownika, używania narkotyków oraz drogi ich przyjmowania, ryzyka praktyk oraz występowania chorób przenoszonych poprzez krew. W przygotowaniach do projektu oparto się również na efektach prac grupy Correlation Project EMCDDA, która pracowała nad zbieraniem danych z obszaru redukcji szkód. Jednym z dodatkowych celów badania było zebranie danych o cenach detalicznych narkotyków (jest to jeden ze wskaźników dotyczących nielegalnego rynku).

W trakcie badania pracownicy programów niskoprogowych podczas jednego tygodnia (20-26 listopada 2006 roku) ankietowali wszystkich klientów z nich korzystających. Większość osób przebadano w stacjonarnych programach niskoprogowych (3347 osób), ale również w trakcie pracy mobilnych punktów (652), pracowników ulicznych (364), jak również podczas imprez muzycznych w klubach (165). To ostatnie miejsce nie było głównym obszarem badawczym ze względu na inny rodzaj klientów niż w przypadku pozostałych miejsc. Badania realizowane wśród uczestników techno party czy imprez klubowych wymagają innej metodologii niż realizowane wśród klientów z przestrzeni miejskiej. W sumie użytkownicy narkotyków ankietowani byli w 114 punktach świadczących usługi z zakresu redukcji szkód we Francji, czyli w prawie wszystkich działających. Projekt miał na celu zbadanie klientów programów niskoprogowych. Zatem objął on swoim zasięgiem osoby, które nie są badane w ramach badań szkolnych czy wśród dorosłej populacji.

Mapa 1. Liczba respondentów w podziale na regiony we Francji

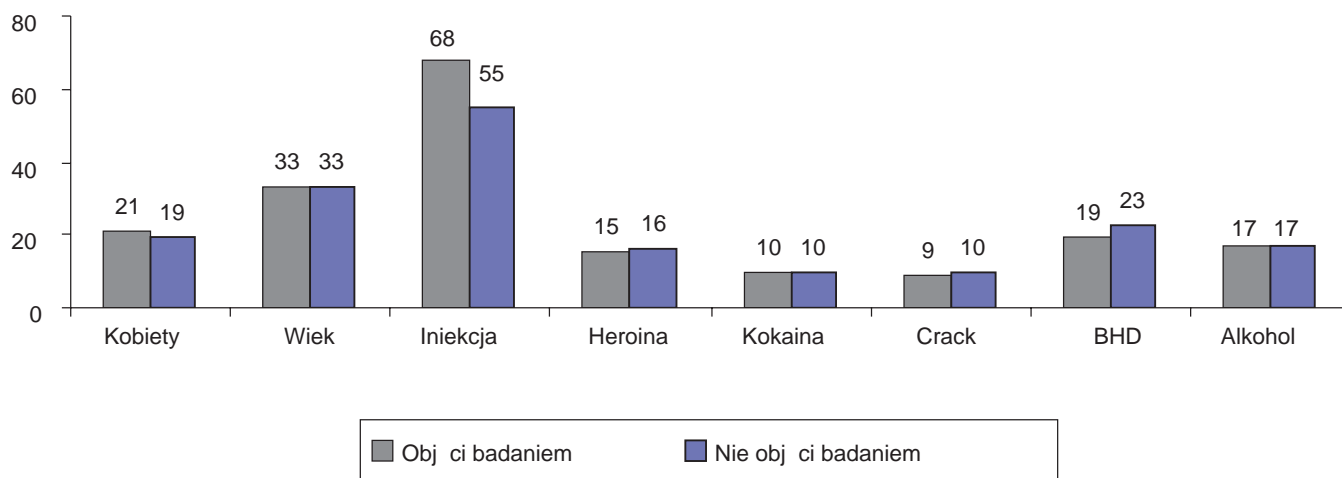


Źródło: Abdalla Toufik 2007.

Badanie przeprowadzono w krótkim czasie, aby maksymalnie ograniczyć problem podwójnego liczenia tych samych osób. W sumie otrzymano 4651 ankiet. Rozkład terytorialny liczebności badanych zaprezentowany został na mapie 1. Najwięcej użytkowników przebadano w Paryżu.

Przewidywano, iż część użytkowników odmówi udziału w badaniach. Dlatego też dla tych osób (1089 osób – 23,4% całej próby) wypełniane były specjalne pola, które pozwoliły na zebranie kilku podstawowych informacji. Uzyskano więc również pewne informacje o tych użytkownikach, dla których nie zebrano

Wykres 1. Porównanie osób, które wzięły udział w badaniu do osób, które odmówiły udzielania informacji – odsetki badanych wg płci, głównego narkotyku, iniekcji.



Źródło: Abdalla Toufik 2007.

wszystkich danych. Zestawienie wyników dla obydwu grup (objętych badaniem i tych, którzy odmówili) pokazało, że były one w miarę podobne. Na wykresie 1. porównano grupy. Jedyna różnica pomiędzy nimi występuje w przypadku „iniekcji”. W badaniu wziął udział większy odsetek iniekcyjnych użytkowników narkotyków w porównaniu do grupy odbiorców programów redukcji szkód, która odmówiła odpowiedzi na pytania kwestionariusza.

Co biorą badani?

Średni wiek badanych mężczyzn wyniósł 34 lata, a kobiet 31 lat. Respondenci byli pytani o aktualne, częste używanie, czyli do 30 dni przed badaniem. Najbardziej popularną substancją była marihuana, do której używania przyznała się połowa osób, na drugim miejscu znalazł się alkohol – 37%, a na trzecim (29%) buprenorfina. Na dalszych miejscach znalazły się następujące substancje psychoaktywne: kokaina – 28%, heroina 26% i crack 14% (tabela 1.). Do używania amfetaminy, która – inaczej niż w Polsce – nie jest we Francji popularnym stymulantem, przyznało się 7% badanych.

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych – odsetek badanych w ciągu ostatnich 30 dni

Substancja	Odsetek badanych
Konopie indyjskie	50
Alkohol	37
Buprenorfina (HD)	29
Kokaina	28
Heroina	26
Crack	14
Morfina	10
Ecstasy	9
Amfetamina	7

Źródło: Abdalla Toufik 2007.

Buprenorfina (tabela 2.) deklarowana była jako środek psychoaktywny najczęściej powodujący problemy (19%), przed alkoholem (16%) i heroiną (16%). Ten „najbardziej problemowy narkotyk” został w badaniu zdefiniowany jako ten, który wywołuje najczęściej problemów zdrowotnych i społecznych u użytkowników.

Tabela 2. Substancje psychoaktywne powodujące najczęściej problemów

Substancja	Odsetek badanych
Buprenorfina (HD)	19
Alkohol	16
Heroina	16
Konopie indyjskie	14
Kokaina	10
Crack	9
Morfina	7

Źródło: Abdalla Toufik 2007.

W ankiecie pytano również o zachowania ryzykowne. Wyniki wykazały, że 8% respondentów dzieliło się igłami. Spośród badanych, którzy używali narkotyków w iniekcjach, 9% było zakażonych HIV, a 48% HCV. W grupie nieużywającej narkotyków dożylnie, odsetek zakażonych HIV był o połowę mniejszy (4%), a rozpowszechnienie HCV sześciokrotnie mniejsze (8%).

Badanie wśród klientów programów niskoprogowych zostanie powtórzone w 2009 roku, co umożliwi porównanie wyników i pozwoli na wychwycenie zmian wśród uczestników tego typu programów.

Ostatniego dnia spotkania organizacji pozarządowych w Falentach przedstawione zostały nowe substancje psychoaktywne oraz leki wykorzystywane jako środki odurzające. Rozmawiano również o Systemie Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach, który działa w ramach Centrum Informacji. Na zakończenie seminarium omówiono kampanię Krajowego Biura zatytułowaną „Łocz jor drink”.

Następne spotkanie dla przedstawicieli programów redukcji szkód odbędzie się w czerwcu, w Krakowie, gdzie będziemy m.in. przygotowywać się do przeprowadzenia projektu badawczego z francuskim Focal Pointem w listopadzie 2008 roku. Dzięki współpracy z Francją uzyskamy możliwość porównania wyników pomiędzy krajami.

Bibliografia

Abdalla T., „First French National Survey among low threshold services clients”, 2007 (prezentacja ze spotkania w Falentach, dostępna w CINN).

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA		
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	1 kwietnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki i zainteresowanych państw członkowskich z delegacją Ukrainy i Bałkanów Zachodnich	2 kwietnia	Bruksela, Belgia
I wizyta studyjna CINN w Hiszpanii w ramach programu twinning light z Hiszpanią	14-18 kwietnia	Madryt, Hiszpania
61. spotkanie tzw. Permanent Correspondents Grupy Pompidou	16-17 kwietnia	Strassburg, Francja
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	16 maja	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX EMCDDA, coroczne spotkanie Head of National Focal Point	21-23 maja	Lizbona, Portugalia
II wizyta studyjna CINN w Hiszpanii w ramach programu twinning light z Hiszpanią	26-30 maja	Barcelona, Hiszpania
VIII spotkanie REITOX EMCDDA dotyczące Systemu Wczesnego Ostrzegania	12-13 czerwca	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA dotycząca danych ze skazań	czerwiec	Ryga, Łotwa
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	25 czerwca	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX EMCDDA na temat TDI FONTE	26-27 czerwca	Wilno, Litwa
Coroczne spotkanie EMCDDA dotyczące wskaźnika używania narkotyków w populacji generalnej	26-27 czerwca	Lizbona, Portugalia
III spotkanie koordynatorów krajowych programu „FRED”	30 czerwca-3 lipca	Luksemburg
SPOTKANIA KRAJOWE		
II szkolenie dla gmin dotyczące lokalnego monitoringu w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	7-9 kwietnia	Wrocław
Konferencja miejska dotycząca profilaktyki uzależnień	17 kwietnia	Chorzów
Szkolenie w ramach Dolnośląskiego Forum Koordynatorów i Realizatorów GPPN	17-18 kwietnia	Mysłakowice
Szkolenie dotyczące interpretacji i analizy danych w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	21-23 kwietnia	Kazimierz nad Wisłą
Spotkanie dotyczące standardów programu profilaktycznego w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	22-25 kwietnia	Warszawa
II spotkanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej organizowane przez polską prezydencję Grupy Pompidou, w którym udział wezmą przedstawiciele Komisji Europejskiej, EMCDDA, EUROPOLU, UNODC, WHO, Grupy Pompidou	28-29 kwietnia	Warszawa
Spotkanie Platformy Badawczej Grupy Pompidou	20-21 maja	Kraków
XIV spotkanie ekspertów wojewódzkich	10-12 czerwca	Falenty
III szkolenie dla gmin dotyczące lokalnego monitoringu w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	10-12 czerwca	Falenty

LIZBOŃSKA WIZYTA STUDYJNA

Marta Struzik

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

Wizyta studyjna Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA w Lizbonie w dniach 3-6 marca 2008 roku została zorganizowana w ramach realizacji umowy bliźniaczej zawartej pomiędzy rządem Polski i Hiszpanii, ukierunkowanej na wdrożenie w Polsce systemu monitoringu lokalnego zjawiska narkotyków i narkomanii. Wzięło w niej udział szesnastu ekspertów wojewódzkich, członek Zarządu Województwa Małopolskiego, czterech przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) oraz przedstawiciel Ambasady Polski w Lizbonie.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z siedzibą w Lizbonie jest głównym ośrodkiem informacyjnym o narkotykach w Unii Europejskiej, który zajmuje się dostarczaniem obiektywnych, rzetelnych oraz porównywalnych informacji o narkotykach i narkomanii. Uczestników powitał Wolfgang Götz, dyrektor EMCDDA, który wprowadził wszystkich w tematykę spotkania.

Celem wizyty było wzmocnienie w Polsce systemu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie regionalnym i lokalnym, poprawa jakości zbieranych danych, wzbogacenie doświadczeń w tym zakresie na poziomie wojewódzkim oraz zachęcenie do prowadzenia

monitoringu na szczeblu gminnym. Tematyka spotkania dotyczyła również prezentacji zadań i aktywności EMCDDA w obszarach monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, stosowanych narzędzi, priorytetów współpracy międzynarodowej oraz metod rozpowszechniania informacji. Podczas wizyty zorganizowano także spotkanie z lokalnymi władzami oraz pracownikami portugalskiego punktu kontaktowego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii.

Przeгляд aktywności EMCDDA oraz odniesienie działań z poziomu europejskiego na szczebel regionalny może służyć wzmocnieniu działań oddolnych i poprawie jakości systemu monitorowania. Omówiono propozycje dalszych form współpracy pomiędzy EMCDDA a siecią Ekspertów Wojewódzkich oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii funkcjonującym w ramach KBPN. Dzięki krajowym akademiom szkoleniowym REITOX (sieć krajowych punktów kontaktowych w Europie) planowane są spotkania eksperckie, mające na celu wsparcie merytoryczne oraz konsultowanie działań podejmowanych na szczeblu regionalnym i lokalnym. Ponadto zaleca się promowanie badań naukowych z zakresu narkotyków i narkomanii prowadzonych w Polsce przy wykorzystaniu platformy wymiany informacji z EMCDDA.

TWORZENIE MONITOROWANIA NA POZIOMIE LOKALNYM W RAMACH PROJEKTU TWINNING LIGHT POLSKA-HISZPANIA

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

W trakcie trzech szkoleń, z których każde potrwa trzy dni, gminy zostaną przygotowane do prowadzenia monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym i wdrożą pilotażowy monitoring na terenie swojej gminy. W szkoleniu biorą udział 63 gminy, tj. około 130 uczestników – po dwóch przedstawicieli z każdej gminy. Prelegentami są zarówno eksperci polscy, jak i hiszpańscy.

Rozpoczęcie prac – pierwsze szkolenie

Pierwsze szkolenie odbyło się w Falentach w lutym 2008 roku. W trakcie seminarium przedstawiono cele i założenia monitorowania, sposób budowania mapy informacyjnej oraz omówiono wykorzystanie technik jakościowych i ilościowych w monitoringu. W trakcie

jednej z prezentacji przedstawiono analizę danych oraz korzyści i ograniczenia wynikające z ich zbierania. Po między pierwszym a drugim seminarium uczestnicy mają za zadanie stworzyć własną lokalną mapę informacyjną poprzez dokładny opis wybranych wskaźników oraz zebranie danych z kilku ostatnich lat. Uzyskane informacje posłużą do przygotowania raportu o problemie narkotyków i narkomanii na poziomie gminy. Wskaźniki będą służyć do monitorowania zjawiska narkomanii: jego rozmiarów, dynamiki, specyfiki, jak również do odpowiedzi na pytanie o zasięg oraz intensywność działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych podejmowanych w gminie. Niektóre z danych (zgony z powodu narkotyków, dane policyjne oraz dane leczenia stacjonarnego) zostały zdezagregowane na poziom lokalny i przekazane gminom.

Pierwsze szkolenie zostało pozytywnie ocenione przez uczestników. Postulowano jednak, aby położyć większy nacisk na część warsztatową. Dlatego też program drugiego szkolenia (w kwietniu 2008 roku) będzie się opierał przede wszystkim na tej formie.

Zalety monitorowania

Prowadzenie lokalnego monitoringu dostarcza gminom szereg korzyści i może być wykorzystane nie tylko do śledzenia dynamiki sceny narkotykowej, ale również pozwala na przygotowanie raportu z realizacji gminnego programu przeciwdziałania narkomanii oraz dostarcza danych do ewaluacji tego programu. Niewątpliwie wprowadzanie tego systemu wymaga wysiłku i zaangażowania osób, które podejmą się monitorowania. Rekomendowane jest powołanie grupy osób z różnych instytucji, z którymi przedstawiciele gminy odpowiedzialni za zbieranie danych będą się kontaktować. Dane mają być zbierane co roku, więc taka sieć współpracowników pomoże w regularnym tworzeniu pełnego obrazu zjawiska.

Kolejny krok

Zebranie danych ma posłużyć do przygotowania raportu, który ma powstać między pierwszym a drugim seminarium. Dlatego też szkolenie kwietniowe będzie poświęcone analizie i interpretacji danych, strukturze raportu oraz metodom badawczym. Podstawowym elementem raportu będzie analiza danych zebranych od instytucji reagujących na problem oraz wyniki badań. Niektóre z gmin mogą się podjąć przeprowadzenia badań

jakościowych w celu uzupełnienia danych zebranych od służb zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. Podczas drugiego szkolenia część zajęć przeznaczona zostanie na omówienie praktycznych aspektów planowania i prowadzenia badań. Wsparcie hiszpańskich ekspertów pozwoli na uzupełnienie polskich doświadczeń o podejście zaczerpnięte z innego kraju.

Rola ekspertów wojewódzkich

System lokalnego monitorowania narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym wspierany jest przez sieć Ekspertów Wojewódzkich do spraw Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Eksperti uczestniczą w szkoleniach i będą mieli za zadanie koordynowanie lokalnego monitorowania po zakończeniu projektu twinning light. Niektórzy z nich (m.in. ekspert z województwa zachodniopomorskiego) już po pierwszym szkoleniu włączyli się w prace nad lokalnym monitorowaniem – w czasie pomiędzy spotkaniami krajowymi organizowane są dodatkowe, lokalne spotkania. Nawiązanie współpracy w trakcie szkoleń między ekspertem a gminami z danego województwa ułatwi z pewnością kontynuowanie prac nad lokalnym monitorowaniem.

Zakończenie szkoleń, ale nie monitorowania

Ostatnie szkolenie w ramach projektu odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2008 roku. W tym samym czasie zorganizowana zostanie XIV Konferencja Ekspertów Wojewódzkich. W lipcu najaktywniejsze gminy najprawdopodobniej wezmą także udział w wizycie studyjnej w Hiszpanii. Przedstawiciele samorządów będą mieli okazję przyjrzeć się hiszpańskim rozwiązaniom w obszarze monitorowania problemu narkotyków i narkomanii. Seminarium w czerwcu nie oznacza zakończenia prac, ponieważ monitorowanie wymaga corocznej obserwacji, tj. zbierania i analizy danych. Wypracowane narzędzia oraz stworzone kanały współpracy w gminie, które będą efektem szkolenia, pozwolą na kontynuowanie monitorowania. Dane zebrane retrospektywnie, uzupełnione o aktualne informacje, pozwolą na uchwycenie dynamiki zjawiska i dostosowanie działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii do potrzeb, które wynikną z przeprowadzonej analizy zawartej w gminnym raporcie z lokalnego monitorowania.

Współczesna uniwersalna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży prowadzona jest na szerszą skalę głównie w szkołach. Jednym z warunków skuteczności szkolnego programu profilaktyki jest udział nauczycieli w działaniach profilaktycznych oraz komunikacja i współpraca między nimi przy jego realizacji.

NAUCZYCIEL – REALIZATOR PROFILAKTYKI SZKOLNEJ

Dorota Macander

*Pracownia Profilaktyki Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej
w Warszawie*

W placówkach oświatowych gros czasu pracy z uczniem poświęca się na zajęcia dydaktyczne i wychowawcze. Wydaje się to słuszne – dzieci i młodzież należy nauczać i wychowywać, aby w dorosłym życiu poradzili sobie w różnych, także trudnych sytuacjach.

Warto jednak pamiętać o profilaktyce, która uzupełnia lub pogłębia oddziaływanie wychowawcze. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2007 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2007 r. Nr 157, poz. 1100) szkolny program profilaktyki ma być „dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców”. Każda placówka oświatowa powinna więc tworzyć własny system oddziaływań profilaktycznych. Pojawia się pytanie, kto ma realizować szkolną profilaktykę – nauczyciel przedmiotu, wychowawca klasy, psycholog/pedagog szkolny? Może należałoby działalność profilaktyczną „oddać w ręce” specjalistów spoza szkoły? Opinie w gronach pedagogicznych szkół, jak i samorządach lokalnych są podzielone. Dyrektorzy, przyglądając się organizacji pracy szkoły, zastanawiają się również, kiedy powinny się odbywać zajęcia profilaktyczne. Nie ma niestety prostej odpowiedzi na powyższe pytania. Szkoły realizują zadania z obszaru profilaktyki w sposób różny – zgodnie z własnymi możliwościami organizacyjnymi, kadrowymi i finansowymi.

Efektywność działań profilaktycznych

Większość placówek oświatowych, po przeprowadzeniu diagnozy stanu zjawiska używania substancji psycho-

aktywnych przez dzieci i młodzież, podejmuje przede wszystkim działania z poziomu profilaktyki uniwersalnej. Skierowana jest ona do całej społeczności szkolnej, głównie jednak jej odbiorcami są uczniowie.

Wśród wymienianych przez nauczycieli przyczyn sięgania przez młodzież po narkotyki najczęściej pojawiają się: niedostateczna wiedza uczniów i ich rodziców na temat konsekwencji różnych zachowań problemowych oraz deficyty w zakresie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych. Nauczyciele uważają również, że przyczyny zachowań problemowych wychowanków tkwią przede wszystkim poza szkołą i wymieniają między innymi destrukcyjne działanie mediów (telewizja, prasa młodzieżowa, Internet, gry komputerowe) lub niekorzystne czynniki w środowisku lokalnym (dysfunkcyjna rodzina, negatywna grupa rówieśnicza). Wskazane przez nich czynniki ryzyka należą do tych, na które szkoła ma mały wpływ, stąd przekonanie nauczycieli, że niewiele mogą w tym względzie zrobić.

Z moich doświadczeń jako szkolnego profilaktyka-praktyka oraz obserwacji i rozmów z wieloma nauczycielami wynika również, że profilaktyka uzależnień w szkole rzadko bywa prowadzona w sposób systemowy i długofalowy.

Część zadań proponowanych w szkolnych programach profilaktyki to zajęcia informacyjno-edukacyjne. Często przebiegają one w formie „masowej” i najczęściej są to spektakle teatralne lub pogadanki dla całej społeczności uczniowskiej i/lub rodzicielskiej. Niekiedy w klasach, na godzinach wychowawczych, przekazywanie uczniom wiedzy wzbogacane jest o krótkie ćwiczenia doskonalące ich umiejętności życiowe. Nie są to formy efektywne i nie zawsze nawet właściwie odbierane czy zauważane przez młodzież.

Szkolni malkontenci mnożą przykłady świadczące o tym, że profilaktyka uzależnień jest mało skuteczna i powołują się na rosnące lub utrzymujące się tendencje używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Nie kwapią się natomiast, aby przeanalizować rzeczywiste przyczyny fiaska niektórych działań profilaktycznych podejmowanych w szkole.

Nauczyciel-profilaktyk

Jednym z czynników chroniących dzieci i młodzież przed zachowaniami ryzykownymi są ich relacje ze znaczącą osobą dorosłą. Oczywiście w pierwszej kolejności najważniejsza jest więź dziecka z rodzicami (wsparcie emocjonalne i opieka przynajmniej jednego z rodziców), następnie innych osób dorosłych – na przykład nauczyciela czy instruktora/trenera (Ostaszewski, 2003). Wróć więc do pytania: **kto powinien realizować zadania profilaktyki narkomanii w szkole?** Niektórzy członkowie społeczności szkolnej są zdania, że ten obszar powinien być zarezerwowany tylko dla specjalistów, i to najlepiej z zewnątrz – terapeutów, psychologów. Opinia ta wynika prawdopodobnie z tego, że nauczyciele dość często sami przyznają, że brakuje im wiedzy na temat zjawiska narkomanii – głównie różnego rodzaju środków psychoaktywnych, ich działania i sposobu zażywania. Czasem przyznają się do braku umiejętności pracy metodami aktywnymi i trudności w przełamaniu pewnego „schematu” w kontaktach z uczniami. Stosunkowo mało więc działań, jak na profilaktykę na poziomie uniwersalnym, realizowanych jest przez nauczycieli – wychowawców, pedagogów szkolnych i tzw. przedmiotowców. W szkołach, szczególnie szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, za mało jest propozycji dotyczących realizacji profilaktyki selektywnej i wskazującej.

W wielu szkołach realizatorami działań z zakresu profilaktyki narkomanii są faktycznie głównie **specjaliści spoza niej** – terapeuta uzależnień, policjant, psycholog/pedagog z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub trenerzy – realizatorzy określonych programów profilaktycznych. Ponieważ są to osoby często nieznanne społeczności uczniowskiej oraz personelowi szkoły, postrzegane są niekiedy jako bardziej „atrakcyjne”, a przez to – „skuteczniejsze”.

Nauczyciele uważają, że uczniowie ich już nie słuchają, chociaż mówią im ciągle o zagrożeniach. Włączenie do programów profilaktyki instytucji z zewnątrz po-

strzegane jest też czasami jako bardziej profesjonalne i podnosi to rangę takich programów. Warto w tym miejscu przypomnieć o konieczności sprawdzania kwalifikacji osób, które realizują programy profilaktyczne. Powinny one być przygotowane do pracy z dziećmi i młodzieżą (pedagogicznie). Nie każdy specjalista, mający umiejętności pracy z dorosłymi, potrafi pracować z młodzieżą szkolną. Nie zawsze niestety zna potrzeby rozwojowe i możliwości uczniów na różnym poziomie wiekowym.

W przypadku profilaktyki wskazującej lub selektywnej skierowanej do młodzieży już eksperymentującej lub uzależnionej na pewno potrzebni są przygotowani, przeszkoleni do specjalistycznej pomocy psychologicznej i medycznej pracownicy różnych instytucji pomocowych spoza szkoły. Prowadzą oni interwencje psychologiczne/medyczne, terapie, dzielą się fachową wiedzą.

Specjaliści ci, mimo swoich kompetencji, nie zastąpią jednak nauczyciela czy pedagoga szkolnego, którzy na co dzień oddziałują profilaktycznie na uczniów.

Przeszkoleni nauczyciele także mogą i powinni podejmować interwencje profilaktyczne, gdy wiedzą lub podejrzewają swoich uczniów o sięganie po substancje psychoaktywne. Zobowiązuje ich nawet do tego Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem (Dz.U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226).

Profilaktyk spoza szkoły, zaproszony tylko „na chwilę” – po wygłoszeniu wykładu, pogadanki czy przeprowadzeniu nawet kilkunastogodzinnego warsztatu psychoedukacyjnego inicjuje tylko pewien proces zmian. Natomiast nauczyciele mogą go kontynuować i wspierać dzieci i młodzież w abstynencji narkotykowej dzień po dniu w ciągu całego roku szkolnego. Poznając potrzeby i trudności wychowanków, doskonaląc ich umiejętności życiowe, także podczas godzin lekcyjnych, włączają profilaktykę w proces dydaktyczny. Na poziomie uniwersalnej profilaktyki narkomanii, skierowanej do większej liczby odbiorców, **najwięcej do „zrobienia” na terenie szkoły mają więc nauczyciele.**

Mogą oni wzmacniać jeszcze inne czynniki (poza relacją nauczyciel – uczeń) chroniące młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, na przykład budować pozytywną samoocenę uczniów, zaspokajając ich potrzebę sukcesu, bezpieczeństwa, rozbudzać i pomagać realizo-

wać zainteresowania, wypełniać w sposób świadomy i zaplanowany uczniowski wolny czas.

Wychowawca, pedagog/psycholog szkolny mają możliwość na bieżąco diagnozować potrzeby i problemy społeczności szkolnej. Umożliwia to z kolei prowadzenie różnych form działań profilaktycznych dostosowanych do oczekiwań odbiorców oraz ich ewaluację.

Patrząc na szkołę jako miejsce realizacji systemowej profilaktyki narkomanii, warto moim zdaniem „inwestować” w zasoby ludzkie, czyli nauczycieli, którzy zachowują swoją energię i kompetencje na dłużej niż czas trwania jednego programu profilaktycznego (czyli na ogół kilka godzin lekcyjnych w roku szkolnym).

Inwestowanie w zasoby ludzkie

W wielu placówkach oświatowych w Polsce programy profilaktyczne bądź inne oferty przeciwdziałania narkomanii realizowane są przez specjalistów spoza szkoły, finansowane przez instytucje samorządowe, w ramach gminnych czy lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Warto również finansować doskonalenie umiejętności profilaktycznych nauczycieli, czyli inwestować w zasoby ludzkie konkretnej placówki, która realizuje zadania profilaktyczne.

Podejmowanie działań mających na celu wyeliminowanie zachowań ryzykownych wymaga zdecydowanego oraz jednolitego podejścia do problemu. Im więcej instytucji i osób (na przykład członków grona pedagogicznego i pozostałych przedstawicieli społeczności szkolnej) będzie w nie zaangażowane, tym będą one skuteczniejsze.

Ważna jest motywacja do podejmowania działań profilaktycznych i rozumienie ich spójnego łączenia z działaniami wychowawczymi. Taką motywację nauczycieli mogą wzmacniać decydenci, poprzez wsparcie zarówno psychiczne (dyrektor szkoły, nadzór pedagogiczny), jak i finansowe (samorządy – gmina, powiat), organizując szkolenia dotyczące doskonalenia kompetencji nauczycieli. Sami zainteresowani zgłaszają (podczas rozmów z nimi lub w różnych ankietach badających ich potrzeby szkoleniowe) chęć doskonalenia się przede wszystkim w następujących obszarach:

1. Wiedzy na temat narkotyków (rodzaje, dostępność, działanie), „sygnałów ostrzegawczych” – zmian, jakie występują w zachowaniu i wyglądzie zewnętrznym osób używających środki narkotyczne. Potrzebują

informacji o fazach uzależnienia i możliwościach oddziaływania na poszczególnych etapach narkomanii, o mechanizmach wchodzenia w uzależnienie.

Nauczyciele chcą wiedzieć między innymi, kiedy powinni kierować młodego człowieka do specjalisty – psychologa, terapeuty, ponieważ w niektórych sytuacjach ich kompetencje nie są wystarczające i uczeń oraz rodzice powinni jak najszybciej skorzystać z pomocy fachowców.

2. Wiedzy psychologicznej, przede wszystkim z zakresu faz rozwojowych dziecka, jego potrzeb i możliwości, aby dostosować do nich formy i metody pracy.

Zdobycie odpowiedniej wiedzy z dziedziny psychologii rozwojowej, społecznej, dotyczącej rozwoju psychofizycznego dzieci i młodzieży oraz mechanizmów społecznych wpływających na zachowania, pozwala nauczycielom na modyfikację między innymi ich oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych. Okres dzieciństwa i dojrzewania charakteryzuje bowiem duża dynamika zmian rozwojowych. Skuteczność programu profilaktyki w szkole jest uwarunkowana w szczególności znajomością uczniów, do których będą kierowane odpowiednie działania.

3. Wiedzy o metodach pracy profilaktycznej. Nauczyciele dość często, mimo że słyszeli o metodach aktywizujących czy interaktywnych w pracy z uczniami, nie potrafią lub obawiają się je stosować na lekcjach.

Stosowanie aktywizujących metod pracy (np. dyskusja, „burza mózgów”, odgrywanie ról), umożliwiających zaangażowanie uczniów i korzystanie z ich osobistych doświadczeń, podnosi efektywność nauki, a także działań profilaktycznych. Poznanie „właściwości” poszczególnych metod pozwala na unikanie stosowania technik, które naruszają mechanizmy obronne osobowości młodych odbiorców, a przez to zachowanie bezpieczeństwa uczestników. Dostosowanie form pracy profilaktycznej do wieku odbiorców zwiększa również atrakcyjność prowadzonych zajęć.

4. Wiedzy o prawnych uwarunkowaniach profilaktyki w szkole i procedurach postępowania w sytuacjach kryzysowych.

Na spotkaniach z radami pedagogicznymi w szkołach nieraz spotykałam się z pytaniami: „Co zrobić, kiedy w szkole pojawi się problem narkotyków? Jak zachować się w stosunku do ucznia, który wydaje się być pod wpływem środka odurzającego? Jak zachować się i postępować w przypadku złapania ucznia z narkotykiem

lub znalezienia narkotyku w szkole? Jak współpracować z rodzicami i gdzie szukać pomocy?”.

Nauczyciele bardzo często nie znają aktualnych przepisów prawnych (na przykład ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) i konsekwencji, jakie grożą za ich łamanie, mimo że w opracowanych programach profilaktyki pojawiają się cytowane akty prawne. Wiedzę tę często posiadają głównie pedagodzy szkolni, koordynujący działania profilaktyczne.

W czasie rozmów indywidualnych lub na podstawie zadawanych pytań na forum rady pedagogicznej zauważyłam, że wielu nauczycieli nie zna także swoich praw, a jeśli już posiadają wiedzę z dziedziny prawa oświatowego, to rzadko korzystają z przysługującego im prawa. Przy okazji spotkań z radami pedagogicznymi dowiedziałam się również, że niektóre szkoły nie opracowały procedur postępowania w różnych sytuacjach kryzysowych, jak na przykład wymienione wcześniej postępowanie nauczycieli, gdy uczeń ma przy sobie narkotyk (najczęściej jakąś „podejrzaną” substancję psychoaktywną, którą nauczycielowi faktycznie trudno jest zidentyfikować) lub jest pod jego wpływem na lekcji.

Większość szkół posiada natomiast wewnętrzne przepisy – zasady porządkujące tzw. życie szkoły, nie zawsze jednak kadra ma informacje o konsekwencjach, jakie spotkają osoby nie przestrzegające tych zasad.

Potrzeby doksztalcania nauczycieli w tym zakresie ujawniły także organizowane w 2007 roku przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie, a finansowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, ogólnopolskie konferencje profilaktyczne pn. „Budowanie systemu reagowania w sytuacjach zagrożenia niedostosowaniem i wykluczeniem społecznym”.

Nauczycielom potrzebna jest więc podstawowa wiedza profilaktyczna, prawna i proceduralna, informacje o standardach działań profilaktycznych. Dopiero po zaspokojeniu ich „niewiedzy” możliwe są skuteczne działania profilaktyczne w środowisku szkolnym.

Po pokonaniu bariery w sferze poznawczej, nauczyciel-profilaktyk śmieiej podejmuje nowe wyzwania, które stawiają przed nim dysfunkcyjne zachowania dzieci i młodzieży szkolnej. Zdobytą wiedzę może przekazywać swoim wychowankom.

Kolejną sygnalizowaną potrzebą w zakresie zawodowego doksztalcania się nauczycieli jest doskonalenie

osobowe. Potrzeby w tej kwestii są bardzo indywidualne i „rozwojowe”. Pojawiają się najczęściej, gdy przy wsparciu psychicznym ze strony innych członków szkolnej społeczności, profilaktycy dostrzegają pewne niedostatki własnych umiejętności psychologicznych. Najczęściej dotyczą one:

1. Umiejętności interpersonalnych, przede wszystkim w zakresie kompetencji komunikacyjnych (porozumiewania się z uczniami i ich rodzicami), stawiania granic i bycia konsekwentnym.

W procesie komunikowania się z uczniami nauczyciele posługują się zazwyczaj przyjętym schematem: nauczyciel mówi – uczeń słucha. Rozmowa nauczyciela z uczniem polega na ogół na zadawaniu przez niego pytań i udzielaniu na nie odpowiedzi przez ucznia (formą komunikacji są sprawdziany pisemne lub odpytywanie ustne, czasem dyskusje klasowe).

Na skuteczność oddziaływań profilaktycznych nauczyciela wpływa jednak prowadzenie z uczniem dialogu, empatyczne rozumienie i słuchanie ucznia.

Niekiedy wielką trudność sprawia dorosłym tolerowanie poglądów ucznia, rozmawianie z nim o jego doświadczeniach z substancjami psychoaktywnymi bez postawy oceniającej, krytykującej. Zrozumienie, że to nie dziecko jest „złe”, ale jego zachowanie jest niewłaściwe okazuje się sprawą podstawową w procesie wychowania i przeciwdziałania zachowaniom problemowym (szczególnie dotyczy to nastolatków).

2. Umiejętności realizacyjnych, które umożliwiają nauczycielowi sprawne posługiwanie się nabytymi metodami i środkami działania.

Profilaktycy nieustannie poszukują sprawdzonych metod docierania ze swoim przekazem do młodzieży. Chcą doskonalić własne kompetencje w zakresie realizacji określonych programów profilaktycznych. Zdobywają je w trakcie warsztatów, które są prowadzone przez autorów tych programów lub upoważnionych przez nich instruktorów. Dzięki temu stają się uprawnionymi realizatorami ogólnopolskich programów profilaktyki narkomanii.

Specjalistyczne umiejętności przydają się nauczycielom także w przypadku konstruowania samodzielnych, autorskich projektów profilaktycznych. Po pewnym czasie (nabytym doświadczeniu profilaktycznym) stają się oni liderami lokalnej

profilaktyki, często inicjują nowe formy pracy z młodzieżą szkolną.

Możliwość doskonalenia się powinna być procesem ciągłym i dostępnym dla licznej grupy nauczycieli, również dla młodych wychowawców-profilaktyków. Liderzy profilaktyki, podnosząc swoje umiejętności, wzmacniają własne poczucie sprawstwa. Nowi kandydaci na szkolnych profilaktyków podtrzymują i kontynuują działania profilaktyczne, gdy doświadczeni nauczyciele tracą zapal lub odchodzą na emeryturę. Wiedza i umiejętności danego grona pedagogicznego stają się zasobem, który pozwala prowadzić profesjonalne działania profilaktyczne.

Profesjonalni nauczyciele-profilaktycy wspierają zdrowy rozwój dzieci i młodzieży i ograniczają pojawiające się dysfunkcje. Od ich poziomu przygotowania zależy stopień bezpieczeństwa programów adresowanych do dzieci i młodzieży szkolnej.

Dzięki inwestowaniu w zasoby ludzkie danej placówki, z których przez długie lata można korzystać przy realizacji systemowych szkolnych działań profilaktycznych, zmniejsza się koszt realizacji lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii.

Osobnym, a bardzo ważnym problemem jest kwestia wiarygodności osób prowadzących dany program z punktu widzenia jego celów. „Realizatorzy powinni sami spełniać te standardy zachowań, do których nawołują” (Wojcieszek, Szymańska, 2002). Dotyczy to przede wszystkim postaw, stylu życia bez nałogów. Wiarygodność przekazu nauczyciela, który prowadzi zajęcia z profilaktyki zwiększa także jego świadomość dotyczącą własnych wyborów, potrzeb i zachowań. Jest to kolejny standard działań profilaktycznych, o którym muszą pamiętać nauczyciele i wart jest uwagi decydentów, organizujących i finansujących profesjonalne działania profilaktyczne w szkołach.

Czas realizacji profilaktyki

Dyrektorzy i nauczyciele pytają, kiedy prowadzić zajęcia z uczniami, często przy tym dowodząc, że podczas pobytu młodzieży w szkole, na lekcjach, nie ma czasu na profilaktykę narkomanii. Program nauczania jest obszerniejszy niż liczba dni nauki szkolnej. Nauczyciele zajęci są przede wszystkim realizacją zaplanowanego materiału. Jak w tym nawale zadań dydaktycznych, sprawozdań, posiedzeń rad

pedagogicznych poradzić sobie z wygospodarowaniem czasu na przeciwdziałanie zażywaniu przez uczniów substancji psychoaktywnych?

Można to robić po lekcjach, ale uczniowie nie chcą dłużej zostawać w szkole na zajęciach profilaktycznych. W tym przypadku potrzebna jest odpowiednia strategia i zmotywowanie uczniów i ich rodziców. Szkoły wykorzystują taką możliwość i część zadań z zakresu profilaktyki narkomanii, szczególnie dla uczniów z grup podwyższonego ryzyka, odbywa się po obowiązkowych zajęciach dydaktycznych. Wiele profesjonalnych zadań może być jednak realizowanych podczas każdej lekcji. Wymaga to przede wszystkim zaplanowanego, zespolonego działania całego grona pedagogicznego.

Na poziomie profilaktyki uniwersalnej mogą być prowadzone programy promocji zdrowego stylu życia (lekcje biologii, wychowania fizycznego), treningi umiejętności życiowych (godziny wychowawcze, języki – polski i obce). Korzystają wówczas z tego wszyscy uczniowie obecni na lekcji.

Pomysłów jest tyle, ilu chętnych do ich kreowania i realizowania w codziennej pracy z uczniami.

Zastanawiam się często, dlaczego tak mało rozmawiamy o używkach z dziećmi i młodzieżą? Różne substancje psychoaktywne są obok nas – legalne (papierosy, alkohol, leki) i nielegalne, ale także dostępne. Nastolatkomie używają takich samych narkotyków co dorośli, choć często z innego powodu – mają na przykład większą potrzebę eksperymentowania, przekraczania granic. Innym problemem jest sprawa finansowej gratyfikacji pracy nauczyciela-profilaktyka. Jeżeli nauczyciel – wychowawca, pedagog/psycholog szkolny realizuje program profilaktyczny poza swoimi godzinami pracy, powinien otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie. Wynagrodzenie pociąga za sobą sprawdzanie jakości wykonywanej pracy. Instytucji finansującej działania nauczycieli-realizatorów zależałoby wtedy bardziej na sprawdzaniu i doskonaleniu ich kompetencji.

Bibliografia

- Gaś Z.B., „Profilaktyka w szkole”, WSiP, Warszawa 2006.
 Macander D., „Profilaktyka uzależnień w szkole”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 1 (36) 2007.
 Ostaszewski K., „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
 Wojcieszek K., Szymańska J., „Standardy jakości pierwszorzędnym programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych”, www.cmppp.edu.pl/profilaktyka.

Nie ma prostej recepty na to, w jaki sposób zrealizować skuteczną i efektywną kampanię społeczną. Każdy z podejmowanych społecznych tematów, choćby w dziedzinie narkomanii, ma swoje uwarunkowania, a projekt musi być „szyty na miarę” potrzeb i zasobów danej społeczności lokalnej.

LOKALNA KAMPANIA SPOŁECZNA – CZĘŚĆ II JAK REALIZOWAĆ SKUTECZNE I EFEKTYWNE DZIAŁANIA?

Tomasz Zakrzewski
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Artykuł podaje konkretne wskazówki, których zastosowanie zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu działań informacyjnych lub perswazyjnych w procesie planowania i realizacji kampanii na poziomie lokalnym.

Po pierwsze: MOTYWACJA

Działania natury edukacyjnej, perswazyjnej czy informacyjnej są długofalowe i angażują wiele energii ze strony zarówno zespołu inicjującego proces, jak i koalicjantów/producentów konkretnej kampanii. Dlatego poziom motywacji realizatorów kampanii musi być na tyle wysoki i trwały, by zapewniał z jednej strony optymalną jakość działań, z drugiej zaś powinien być zidentyfikowany i opisany, by uniknąć sytuacji kryzysowych związanych z realizacją poszczególnych etapów projektu spowodowanych brakiem motywacji zespołu.

Poziom motywacji może wynikać zarówno z czynników wewnętrznych, jak i być wzmacniany lub osłabiany czynnikami zewnętrznymi. W tabeli poniżej przedsta-

wione są podstawowe czynniki, jakie należy określić przy wstępnej ocenie motywacji.

Jeśli motywacja zespołu jest niska, należy zadbać o wypracowanie takiego jej poziomu, aby cel kampanii społecznej mógł zostać zrealizowany. To warunek wstępny sukcesu, jednak często pomijany w instytucjach inicjujących tego typu działania.

Po drugie: PROBLEM

Przed podjęciem decyzji, czy wykorzystać narzędzie zmiany, jakim jest kampania społeczna na poziomie lokalnym, należy zidentyfikować problem. Identyfikacja problemu powinna opierać się na obiektywnych badaniach przeprowadzonych uprzednio na użytek np. gminnej diagnozy zagrożeń zjawiskiem narkomanii. Zazwyczaj problemów jest wiele i mają one różną charakterystykę, dlatego warto je różnicować na dwa sposoby: **według konsekwencji społecznych, zdrowotnych, finansowych, jakie dany problem generuje w społeczności lokalnej oraz według stopnia rozwiązywalności metodami właściwymi dla procedur kampanii społecznej.**

Czynniki wewnętrzne	Czynniki zewnętrzne
<ul style="list-style-type: none"> – etos pracy: „grupa inicjująca i produkująca kampanię jest głęboko przekonana o potrzebie realizacji działań ze względu na żywotną wagę idei kampanii w odniesieniu do hierarchii wyznawanych wartości”; – przekonanie racjonalne: „kampania może realnie coś zmienić/poprawić”; – subiektywna ocena zasobów: „mamy energię, środki i wiemy, w jaki sposób je wykorzystać”; – subiektywne poczucie opłacalności (antycypacja zysków): „przeprowadzenie kampanii opłaca się ze względów społecznych, materialnych, wizerunkowych itp.”. 	<ul style="list-style-type: none"> – nakaz: „odgórne polecenie – projekt należy zrealizować, polecenie wynikające z umowy o pracę, polecenie wynikające z harmonogramu, np. gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, polecenie wynikające z innego mandatu prawnego dla instytucji”; – nagroda/kara: „np. zrealizowanie projektu zakończonego sukcesem/porażką będzie skutkowało nagrodą lub karą możliwą do zastosowania”; – obiektywna ocena zasobów i ryzyka: „np. organizacja nie ma środków materialnych i pozamaterialnych, by rozpocząć przedsięwzięcie”.

Odpowiedzi wymagają m.in. następujące pytania:

1. Jakie problemy związane ze zjawiskiem narkomanii mamy w gminie/regionie?
2. Który z problemów jest najważniejszy? Który jest mniej ważny? Dlaczego (koszty społeczne, zdrowotne, finansowe; dynamika rozwoju problemu)?
3. Które ze zidentyfikowanych problemów można wspomóc bądź rozwiązać za pomocą środków masowego przekazu?

Po trzecie: PLANOWANIE

Jeśli mamy wstępnie zidentyfikowany problem oraz silną motywację, by podjąć się próby jego rozwiązania, musimy precyzyjnie zaplanować realizację projektu. Od etapu planowania zależy najwięcej, jest on warunkiem sukcesu przedsięwzięcia.

Praktycznie należy odpowiedzieć sobie na pytania:

Cele i korzyści:

1. Jaki jest cel programu, w ramach którego jednym z narzędzi będzie kampania?
2. Kto jest odbiorcą programu?
3. Jaki jest główny cel kampanii? Czy jest to cel informacyjny (np. wypromowanie lokalnego telefonu zaufania lub strony internetowej)? Czy jest to cel perswazyjny (np. zachęcenie do zmiany postaw lub zachowania)? Czy jest to cel edukacyjny (np. przekazanie wiedzy na temat negatywnych konsekwencji danego zjawiska)?

Główny cel kampanii powinien być jasno sprecyzowany, dodatkowo zawsze należy go konsultować z koalicjantami kampanii, przede wszystkim organizacjami pozarządowymi i grupami eksperckimi. Wśród celów identyfikacji wymaga:

- a. cel społeczny kampanii (jaką zmianę w społeczności lokalnej chcemy osiągnąć?);
- b. cel marketingowy kampanii (jaką funkcję spełnia cel kampanii w kontekście całości programu?);
- c. cel reklamowo-promocyjny (jaki cel stricte reklamowo-promocyjny spełni kampania, np. zbiórka funduszy, zainteresowanie broszurą edukacyjną czy wzbudzenie zainteresowania programami realizowanymi w gminie, adresowanymi np. do rodziców i dotyczącymi umiejętności wychowawczych).

4. Jaki charakter ma grupa docelowa kampanii?
5. Czy w procesie formułowania celów brano były pod uwagę modele teoretyczne (psychologiczne, socjologiczne) objaśniające mechanizmy danego zjawiska?
6. Czy główny cel kampanii da się zmierzyć? Kto będzie mierzył cele kampanii – firma zewnętrzna czy my sami?

Już na wstępie należy określić wskaźniki skuteczności¹ i efektywności² (poprzez pomiar np. deklaratywnej znajomości numeru telefonu, deklarowanej gotowości do danej reakcji, ilości unikatowych wejść na stronę www, zasięgu akcji, wysokości pozyskanych środków). Pomiaru poziomu deklaracyjnych postaw czy posiadanej wiedzy w grupie docelowej należy dokonać jeszcze przed rozpoczęciem działań w mediach.

7. Jakie korzyści odniosą:
 - beneficjenci kampanii;
 - lokalna społeczność;
 - koalicjanci projektu;
 - sponsorzy.

Czy korzyści są natychmiastowe czy odroczone? Czy korzyści wpisują się w zidentyfikowane potrzeby beneficjentów? Czy korzyści są realne do osiągnięcia?

Proces i organizacja

Fazę działań praktycznych musi poprzedzać skonstruowanie – wraz z podstawowymi grupami kompetencyjnymi - harmonogramów (pozyskiwania zasobów, planowanych działań, produkcji materiałów), określających jasny podział ról realizatorów wraz ze wskazaniem zakresu odpowiedzialności uczestniczących w projekcie podstawowych grup kompetencyjnych:

- grupa zarządzająca projektem;
- grupa doradcza w projekcie (ekspercka);
- grupa ds. ewaluacji projektu;
- grupa ds. kreacji projektu;
- grupa ds. produkcji projektu;
- grupa ds. logistyki materiałów;
- grupa ds. wsparcia public relation projektu;
- grupa ds. formalno-prawnych projektu.

Opis celów, korzyści i proponowanego procesu powinien być zwięzły i klarowny. Będzie on stanowił punkt wyjścia do zdobywania zasobów dla realizacji celu kampanii.

Schemat grup kompetencyjnych w odniesieniu do etapów projektu

Grupy kompetencyjne powinny być rozdzielne, ale jeśli nie ma dostatecznych zasobów kadrowych, można łączyć obowiązki grup pod warunkiem, że kompetencje ich członków będą odpowiadały zakresowi odpowiedzialności i ich czas pracy nie będzie się nakładał.

Zasoby

1. Czy budżet przeznaczony na kampanię jest wystarczający, aby stał się „zaczynem” do pozyskiwania kolejnych środków materialnych i niematerialnych?
2. Czy kosztorys działań jest realny?
3. Czy wiarygodność i siła instytucji inicjującej pozwoli na pozyskanie koalicjantów?
4. Jakich koalicjantów można pozyskać do kampanii?
5. Jakie korzyści dla koalicjantów wynikają z przystąpienia do wspólnej akcji?
6. Czy została przeprowadzona analiza SWOT?
7. Jakie mamy zasoby, aby realizować projekt (np. sprzęt, pomieszczenia, kadra)?
8. Jakie potencjalne zasoby mają koalicjanci, aby wesprzeć projekt?
9. Czy możemy uzyskać i w jaki sposób znaczące patronaty, sponsoring, wsparcie?
10. Czy i w jaki sposób możemy powołać grupy kompetencyjne?

W procesie planowania działań kampanijnych należy pamiętać o następujących zasadach:

1. Nie rób kampanii sam.
2. Unikaj zbyt ambitnych i niemierzalnych celów.
3. Jeśli nie masz wielowymiarowej wiedzy merytorycznej o problemie, nie rozpoczynaj planowania projektu.
4. Nie upieraj się przy swoich pomysłach – słuchaj i konsultuj, bądź gotowy na zdrowe kompromisy.
5. Nie promuj własnej organizacji i samego siebie – myśl o skutecznym rozwiązaniu problemu.
6. Nie oczekuj zbyt wiele od sponsorów – lepiej zwiększyć ich liczbę, niż rozczarować się jednym.
7. Nie działaj w chaosie – planuj swoje kroki z wyprzedzeniem, przewiduj i miej alternatywne sposoby rozwiązywania sytuacji kryzysowych.
8. Nie bój się oryginalnych i kreatywnych rozwiązań medialnych – przy niskim budżecie liczy się pomysł.
9. Nie bagatelizuj kwestii formalnych, prawnych i proceduralnych – prawa autorskie, umowy barterowe czy sponsorskie muszą być przestrzegane.
10. Nie zniechęcaj się – minimum raz na dwa tygodnie spotykaj się z koalicjantami i na początku spotkania jeszcze raz przeczytajcie wypracowane wspólnie cele kampanii i korzyści z ich realizacji.

Po czwarte: MONITOROWANIE

Ze względu na fakt, że proces odbywa się w czasie, a wiele zmiennych określających jego skuteczność ma charakter bądź zaburzający bądź niezależny od

Planowanie	Produkcja	Realizacja	Ocena końcowa
grupa zarządzająca projektem			
grupa doradcza w projekcie	X	w fazie monitoringu: grupa doradcza w projekcie	grupa doradcza w projekcie
grupa ds. ewaluacji projektu (w tym w fazie monitorowania projektu)			
X	grupa ds. kreacji projektu	X	X
X	grupa ds. produkcji projektu	X	X
X	X	grupa ds. logistyki materiałów	X
X	grupa ds. wsparcia public relation projektu	grupa ds. wsparcia public relation projektu	X
grupa ds. formalno-prawnych projektu	grupa ds. formalno-prawnych projektu	X	X



animatorów kampanii, w trakcie realizacji akcji należy zwrócić uwagę na monitorowanie ciągu zdarzeń składających się na ostateczny sukces. Dzięki monitorowaniu możemy:

- w porę zidentyfikować problemy powstające w trakcie trwania kampanii i im przeciwdziałać;
- zwiększyć adekwatność³ kampanii poprzez korekty w jej strategii komunikacyjnej (np. alokację mediów);
- zdobyć informację zwrotną o dotychczasowych efektach akcji i na tej podstawie usprawnić zarządzanie projektem;
- dopasować pojawiające się w trakcie trwania akcji propozycje współpracy do strategii komunikacyjnej;
- stworzyć strategię nacisku i lobbingu na media i rynkowych partnerów w przypadku niezadowolającego wypełniania przez nie zobowiązań wynikających z umów dotyczących emisji.

W konsekwencji – dzięki monitoringowi i ewaluacji okresowej – możemy, w szczególności jeśli oddziaływanie medialne mają charakter wieloletni, zmienić założenia projektu, przeformułować cele, zakończyć projekt, by zminimalizować straty lub zmienić strategię realizacji celów.

Monitorowanie należy zaplanować poprzez:

- stworzenie zespołu monitorującego lub ewaluacyjnego (wyznaczenie kompetentnych osób spośród wszystkich partnerów/koalicjantów kampanii, którzy byliby odpowiedzialni za dobór narzędzi monitoringu, analizę i formułowanie wniosków dla projektu i działań naprawczych oraz pozyskanie wsparcia dla monitoringu ze strony zewnętrznej firmy lub ekspertów);
- stworzenie harmonogramu monitoringu w oparciu o harmonogram realizacji kampanii (działania monitorujące powinny odbywać się przynajmniej raz w miesiącu);
- stworzenie wspólnie wypracowanych narzędzi monitoringu (np. raporty cząstkowe, analizy ryzyka, hot-line problemów).

Jeśli pojawi się sytuacja kryzysowa, można podjąć następujące typy działań:

- zapobiegawcze (ograniczające oczekiwane negatywne skutki zidentyfikowanego zdarzenia);
- korygujące (działania post factum, kiedy da się zastosować poprawki niwelujące konsekwencje zdarzeń negatywnych, prowadzące do powstania nowej jakości);

- niwelujące (stosowane w przypadku, kiedy korekta jest już niemożliwa, zmniejszające negatywne skutki zajścia).

Ocena końcowa kampanii społecznej

Pomiar skuteczności powinien umożliwić udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy kampania społeczna wywarła oczekiwany wpływ na grupę docelową? Szczegółowe pytania muszą się opierać na wskaźnikach wynikających z celów określonych w procesie planowania bądź przeformułowanych we wczesnym procesie monitorowania. Wyniki powinny odnosić się do pomiaru dokonanego przed rozpoczęciem kampanii, a różnica wyników między pomiarem końcowym i wstępnym może być przesłanką do formułowania wniosków na temat poziomu skuteczności podjętych działań.

Ewaluacja powinna umożliwić ocenę efektywności kampanii z punktu widzenia różnych kryteriów (np. organizacyjno-metodologicznego – ocena zarządzania projektem, medialnego – ocena zasięgu kampanii, finansowego – ocena kosztów i efektywności).

Poniżej przedstawiono szczegółowe pytania odnoszące się do oceny kampanii społecznej:

1. Czy osiągnięto wskaźniki skuteczności realizacji celu założone w procesie planowania kampanii?
2. Czy zrealizowano kampanię terminowo?
3. Czy zrealizowano kampanię w zakładanym budżecie?
4. Czy pozyskano dodatkowe zasoby finansowe? W jakiej wysokości? Jaki był koszt rynkowy kampanii?
5. Czy pozyskano dodatkowe zasoby pozafinansowe, np. bezpłatne emisje? W jakich mediach? Liczba?
6. Jaki był zasięg kampanii? Jaki procent grupy docelowej objął? Ile materiałów rozkolportowano w ramach akcji? Ile i jakie media wsparły akcję? W jakich miejscach? Jaki był poziom zauważalności kampanii?
7. Czy rezultaty kampanii są zadowalające w odniesieniu do poniesionych kosztów?
8. Czy wystąpiły problemy na poziomie zarządzania kampanią? Jakiego rodzaju? Czy przyjęta metoda zarządzania była skuteczna?
9. Ile i jakiego rodzaju sytuacje kryzysowe pojawiły się w procesie realizacji kampanii? Jak zostały one rozwiązane?

10. Które z materiałów kampanijnych cieszyły się największym powodzeniem? Dlaczego? Jakie były koszty ich wyprodukowania?
11. Czy sposób monitorowania projektu – kampanii działał sprawnie? Czy podejmowano działania naprawcze, korygujące lub niwelujące?
12. Czy środki finansowe były wydane w sposób maksymalnie celowy?
13. Jaki był wpływ kampanii społecznej na realizację celów programu społecznego na poziomie lokalnym?
14. Jaki był dodatkowy wpływ kampanii – poza celami określonymi na etapie planowania?
15. Jaki był odbiór społeczny działań w ramach kampanii (oddzielnie odbiór w grupie docelowej, odbiór wśród profesjonalistów, np. profilaktyków, odbiór poza grupą docelową)?
16. Ilu było koalicjantów, sponsorów, partnerów? Czy to dużo czy mało?

Ocenę końcową kampanii najlepiej powierzyć niezależnym ekspertom lub profesjonalnej zewnętrznej firmie badawczej. Uniknie się wówczas częstych błędów spowodowanych przez: nieprawidłową metodologię, tendencyjność w odpowiedziach, przecenianie własnej roli, grę interesów czy przekłamywanie faktów na korzyść realizatorów projektu (bądź na ich niekorzyść). Istotne jest podjęcie profesjonalnych działań oceniających, ponieważ analiza planowania, procesu czy wyników powinna doprowadzić do rozwoju warsztatu pracy animatora działań lokalnych, a rekomendacje wynikające z ewaluacji powinny usprawnić działania podejmowane w przyszłości i zwiększyć ich skuteczność.

Podsumowanie

Nie ma prostej recepty na to, w jaki sposób zrealizować skuteczną i efektywną kampanię społeczną. Każdy z podejmowanych społecznych tematów, także w dziedzinie narkomanii, ma swoje uwarunkowania, a projekt musi być „szyty na miarę” potrzeb i zasobów danej społeczności lokalnej. Istnieją jednak zasady

uniwersalne, których przestrzeganie zwiększa prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu:

1. Dobry projekt kampanii społecznej to przede wszystkim zmotywowani, posiadający wiedzę i umiejętności ludzie z różnych lokalnych środowisk.
2. Dobry projekt kampanii społecznej to klarowny rozdział obszarów odpowiedzialności wśród koalicjantów i partnerów.
3. Dobry projekt kampanii społecznej to dobra komunikacja pomiędzy grupami zadaniowymi.
4. Dobry projekt kampanii społecznej to mierzalny i jednoczący wokół idei cel główny wypracowany wspólnie.
5. Dobry projekt kampanii społecznej to trafny, przyciągający uwagę beneficjentów i dziennikarzy pomysł kreatywny.
6. Dobry projekt kampanii społecznej to posiadanie optymalnego budżetu lub pozyskanie non-profit strategicznych mediów.
7. Dobry projekt kampanii społecznej to skuteczna strategia komunikacji do grupy docelowej.
8. Dobry projekt kampanii społecznej to elastyczna odpowiedź organizatorów na sytuacje kryzysowe.
9. Dobry projekt kampanii społecznej to projekt realizujący cele szerszego programu społecznego.
10. Dobry projekt kampanii społecznej to wiedzieć, co się powiodło, a co się nie powiodło i dlaczego?

Bibliografia

- Chong Y.Y., Brown E., „Zarządzanie ryzykiem w projekcie”, Kraków 2001.
- Frame J.D., „Zarządzanie projektem w organizacji”, Warszawa 2001.
- Heerkens G.R., „Jak zarządzać projektem?”, Warszawa 2003.
- Kerzner H., „Advanced Project Management”, Warszawa 2005.
- Lock D., „Podstawy zarządzania projektem”, Warszawa 2003.
- Maison D., Wasilewski P., „Propaganda dobrych serc czyli rzecz o reklamie społecznej”, Warszawa 2002.
- „Więcej niż zysk czyli odpowiedzialny biznes. Programy, strategie, standardy”, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Warszawa 2001.
- Wysocki R.K., McGary R., „Efektywne zarządzanie projektami”, Warszawa 2005.

¹ Skuteczność – to miara logiczna odpowiadająca stopniowi realizacji celów poprzez zmierzenie efektów danego projektu. Określa ich trwałość oraz wpływ na otoczenie.

W przypadku kampanii to: poziom zmiany deklaratywnej danego zachowania, poziom poinformowania, poziom nabytej wiedzy itp.

² Efektywność – to miara gospodarności zasobów w projekcie. Pomiar efektywności to stosunek poniesionych wydatków do uzyskanych produktów w projekcie. W przypadku kampanii to: łączny koszt wyprodukowania materiałów wraz z kosztami ukrytymi realizacji projektu, koszt dystrybucji, koszt ewaluacji itp. w stosunku do np. wyedukowania jednego rodzica czy zaznajomienia jednego beneficjenta z np. adresem www.

³ Adekwatność – to zgodność celów projektu ze zidentyfikowanymi potrzebami jego beneficjentów.

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie dofinansowania z środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii staży i superwizji klinicznych, realizowanych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Dyrektor

Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54
tel. (0-22) 641 15 01, fax (0-22) 641 15 65, www.kbpn.gov.pl

na podstawie art. 27 i 27a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.)

ogłasza konkurs na dofinansowanie staży i superwizji klinicznych realizowanych w 2008 roku w ramach szkolenia w zakresie instruktora i specjalisty terapii uzależnień.

1. Dofinansowanie staży i superwizji klinicznych, realizowanych w ramach II modułu specjalistycznego szkolenia certyfikacyjnego, może zostać przyznane osobom, które spełniają poniższe warunki:
 - są uczestnikami szkolenia rekomendowanego przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, realizowanego na mocy decyzji Dyrektora Biura z dnia 21.09.2006 r.,
 - są zatrudnione w placówkach prowadzących rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków,
 - złożyły wniosek (do pobrania na stronie www.kbpn.gov.pl) oraz wymagane zaświadczenia, poświadczające zatrudnienie w placówkach prowadzących rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków.
2. Wymagany komplet dokumentów należy złożyć w podmiocie szkolącym w wyznaczonym przez kierownika programu terminie i miejscu.
3. Wnioski o dofinansowanie przesłane przez uczestników szkoleń bezpośrednio do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, nie będą rozpatrywane.
4. Podmiot szkolący zobowiązany jest do złożenia nadesłanych wniosków do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w terminie do dnia 10 kwietnia 2008 roku. O przyjęciu wniosków nadesłanych pocztą decyduje data stempla pocztowego.
5. Każdy wniosek powinien być opatrzony pieczęcią podmiotu oraz datą wpłynięcia wniosku do podmiotu szkolącego.
6. a) Kwota przeznaczona przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na dofinansowanie staży i superwizji klinicznych w roku 2008 wynosi 250 000,00 zł.
b) O przyznaniu dofinansowania decyduje data wpływu wniosku do podmiotu szkolącego, do wyczerpania środków określonych w pkt. a.
7. Kwota dofinansowania staży klinicznych, realizowanych w ramach II modułu szkolenia certyfikacyjnego, przyznawana jest imiennie i wynosi 400 złotych na realizację staży przez jedną osobę.
8. Kwota dofinansowania superwizji klinicznej, przypadająca na jednego uczestnika szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, jest wyliczana na podstawie następujących składowych:
 - stawki godzinowej za superwizję – 120 złotych,
 - liczby godzin 1 grupy superwizyjnej podlegającej dofinansowaniu – 70 godzin superwizji,
 - liczby osób w grupie superwizyjnej – grupę superwizyjną powinno tworzyć nie mniej niż 5 i nie więcej niż 7 osób.
9. Kwota dofinansowania 1 godziny superwizji przypadająca na jednego uczestnika wynosi maksymalnie 20 złotych, ale nie mniej niż 17 złotych, w zależności od ilości osób w grupie.
10. W ramach jednego podmiotu szkolącego dofinansowanie do realizacji staży i superwizji może otrzymać maksymalnie 45 osób.
11. Decyzja o przyznaniu dofinansowania podejmowana jest przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na podstawie następujących kryteriów:
 - spełniania przez aplikanta wymagań zawartych w punkcie 1,
 - stażu pracy w placówce zajmującej się rehabilitacją osób uzależnionych,
 - kolejności wpływu wniosków,
 - uzasadnienia wniosku.
12. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii prześle podmiotom szkolącym w terminie do 25 kwietnia br. imienną listę osób wraz z podaniem zakresu i kwoty przyznanego dofinansowania. Dane te zostaną zamieszczone również na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Krajowego Biura.
13. Środki finansowe na realizację staży i superwizji klinicznych, realizowanych w ramach II modułu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii uzależnień, przekazywane są na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia, reprezentowanym przez Dyrektora Krajowego Biura, a podmiotem realizującym szkolenie.

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

Termin składania ofert (w przypadku ofert nadsyłanych pocztą decyduje data stempla pocztowego): do 10.04.2008 r. Oferty należy składać do godziny 16.00.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursów.

*Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński*

STRONY WWW – WOKÓŁ PROBLEMÓW NARKOTYKOWYCH



KAMPANIE SPOŁECZNE – AKTUALNE WIADOMOŚCI

Dla zainteresowanych kampaniami społecznymi, w tym projektami medialnymi w dziedzinie edukacji oraz związanymi ze zjawiskiem używania narkotyków, polecam stronę www.kampaniespoleczne.pl. To pierwsza w Polsce platforma wymiany informacji na temat edukacji medialnej prowadzonej nie tylko w Polsce, ale także w Europie. Portal jest często aktualizowany. Jak przystało na Forum Komunikacji Społecznej, znajdziemy w nim aktualności i wydarzenia, opisy działań, raporty ewaluacyjne, ciekawe prezentacje multimedialne. Dodatkowo na stronie są artykuły na temat strategii komunikacyjnych, opisy działań wraz z komentarzami odbiorców i profesjonalistów z branży. Dodatkowym atutem jest możliwość zamówienia bezpłatnego newslettera, z którego internauta dowie się, jakie nowe akcje się rozpoczęły, jakie przedsięwzięcia są przygotowywane oraz co nowego zostało opublikowane na portalu FKS.



1% PODATKU DLA NGO ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROBLEMATYKĄ NARKOMANII

W tym roku przekazywanie części podatku dla organizacji pożytku publicznego zostało uproszczone. Wystarczy w odpowiednie rubryki zeznania podatkowego wpisać nazwę i KRS organizacji, a urząd skarbowy zrobi to za nas. Jak ważne jest przekazywanie funduszy na rzecz organizacji pożytku publicznego, nie trzeba nikomu tłumaczyć. Mimo że w Polsce z roku na rok rośnie liczba osób przekazujących 1% podatku dla organizacji, to jest to jednak ciągle mało, biorąc pod uwagę zarówno potrzeby społeczne, jak i liczbę podatników.

Baza organizacji KLON/JAWOR pod adresem <http://bazy.ngo.pl> daje możliwość szybkiego znalezienia odpowiedniej organizacji, jej poprawnej nazwy i KRS-u. Dodatkowo poprzez bazę łatwo znajdziemy link do jej strony w sieci. W bazie NGO jest obecnie ok. 100 organizacji zajmujących się profilaktyką narkomanii, terapią, rehabilitacją, readaptacją osób z problemem

narkotykowym. Bazę Stowarzyszenia KLON/JAWOR można także przeszukiwać wg miejscowości, co z pewnością ułatwia, jeśli zaistnieje taka potrzeba, odnalezienie odpowiedniej organizacji blisko naszego miejsca zamieszkania.



NAJŚWIEŻZA INFORMACJA O PROBLEMATYCE NARKOMANII Z SAMORZĄDÓW

Osoby zainteresowane aktualnymi doniesieniami prasowymi na temat tego, co dzieje się na poziomie lokalnym w kwestii problematyki narkotykowej, jakie nowe działania są podejmowane przez urzędy miast i gmin, które gminy przyjęły gminny program przeciwdziałania narkomanii, powinny zapoznać się ze stroną www.samorzad.pap.pl. Serwis dostarcza także informacji na temat bieżącej współpracy samorządów lokalnych w obszarze przeciwdziałania narkomanii, prezentuje dane dotyczące kosztów profilaktyki, raporty, sygnalizuje wydarzenia z zakresu polityki antynarkotykowej. Sieciowa baza artykułów i komunikatów z obszaru polityki zdrowotnej realizowanej przez lokalne społeczności, doniesienia o aktualnych działaniach w regionach czy miejscowościach, dają możliwość zarówno poszukiwania partnerów, jak i przyjrzenia się, jak inni radzą sobie z patologicznym zjawiskiem. Strona Polskiej Agencji Prasowej dla samorządów informuje, czy i jakie programy dotyczące przeciwdziałania

narkomanii ruszyły w ramach funduszy unijnych, jakie szkolenia i czego dotyczące są planowane w najbliższym czasie, jest także cennym źródłem danych archiwalnych. Osoby, które nie mają czasu przeglądać codziennych doniesień, mogą zamówić bezpłatny newsletter – Serwis Samorządowy. Ten dziennik on-line może stać się pomocnym narzędziem nie tylko w pracy biur prasowych urzędów, ale także praktyków – animatorów lokalnych działań profilaktycznych.

STRONY WWW – WOKÓŁ PROBLEMÓW NARKOTYKOWYCH



i prostytutką, a także informacje na temat aktualnie realizowanych programów. Każdy animator czy decydent działający w obszarze narkomanii powinien wiedzieć, jak wyglądają oficjalne procedury i zalecenia dla szkół w Polsce.

CMPPP – STANDARDY PROFILAKTYKI W SZKOLE

Po wejściu na stronę główną Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej – www.cmppp.edu.pl, należy kliknąć zakładkę „Profilaktyka”. Tam zainteresowani znajdą szereg ciekawych informacji na temat profilaktyki prozdrowotnej (w tym antynarkotykowej) w systemie szkolnictwa. Autorzy strony piszą: „Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanego zjawisk”. Na stronach CMPPP znajdziemy przede wszystkim „Standardy działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży szkolnej”, „Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z policją, w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności narkomania, alkoholizmem

KOMENDA GŁÓWNA POLICJI – DZIAŁANIA PREWENCYJNE, WYBÓR ARTYKUŁÓW PRASOWYCH I KOMUNIKATÓW POLICYJNYCH

Strona Komendy Głównej Policji to nieocenione źródło informacji na temat podaży na scenie narkotykowej. Ograniczenie popytu na narkotyki jest ściśle związane z rynkiem narkotykowym w Polsce, który w ostatnich latach przechodzi dynamiczne zmiany. Doniesienia policyjne i informacje prasowe znajdziemy, wpisując odpowiednie słowa kluczowe w wyszukiwarce na stronie głównej www.policja.pl. W zasobach serwisu znajduje się kilkaset artykułów w kategorii „Przestępczość narkotykowa”. Komunikaty są wyświetlane w kolejności zdarzeń i stale uzupełniane przez redaktorów serwisu. Dodatkowo po wpisaniu słowa kluczowego, np. z nazwą konkretnego środka psychoaktywnego, internauta może swobodnie zawęzić wyszukiwanie, ograniczając je do konkretnego obszaru. Serwis internetowy KGP jest szybki i nowoczesny. Prócz informacji i doniesień (często niepublikowanych w prasie) znajduje się



w nim szerokie spektrum danych na temat działalności prewencyjnej w obszarze przeciwdziałania zjawisku narkomanii realizowanej przez policję w całym kraju.

PORADA PRAWNA W SIECI NARKOTYKACH I NARKOMANII

Serwis prawniczko-edukacyjny „Porada Prawna” to przykład strony internetowej, gdzie możemy uzyskać podstawowe informacje dotyczące różnych aspektów prawnych związanych z problematyką narkotykową. Najpierw należy na stronie www.poradaprawna.pl założyć anonimowe konto. Indywidualne porady są obciążone obowiązkiem wykupienia abonamentu bądź uiszczenia jednorazowej opłaty. Niemniej jednak obszerna „Baza wiedzy” oraz podstrona zawierająca linki to prawdziwa kopalnia informacji prawnych, także dotyczących narkotyków i narkomanii. „Baza wiedzy” jest wyposażona w wyszukiwarkę. Dostęp do części porad jest nieodpłatny. Dodatkowo portal można traktować jako pierwszy krok w sieci w poszukiwaniu pomocy prawnej. Istotny jest także fakt, że profesjonalna obsługa prawna jest w internecie dużo tańsza niż w zespole adwokackim. Warto zarówno odwiedzić stronę, jak i poserfować po innych portalach, których adresy zestawiono w serwisie.

Wyboru dokonał: Tomasz Zakrzewski, KBPN

Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30
00-023 Warszawa
tel.: (022) 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl

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

Pismo bezpłatne