

Katarzyna Kocoń
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI OFERTY ZADANIA ZLECONEGO

Czynniki związane z zaprzestawianiem używania przetworów konopi indyjskich przez młodych dorosłych

Finansowanego ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wprowadzenie

Wyniki badań wskazują, że przetwory konopi są najczęściej używaną nielegalną substancją psychoaktywną (WHO, 1997; EMCDDA, 2005). Z badań (Sierosławski, 2002) wynika, że marihuana jest popularnym środkiem wśród młodych dorosłych (prawie 19% osób w wieku 16-24 lata i ponad 10% badanej populacji młodych dorosłych Polaków używa przetwory konopi). Jest to grupa wiekowa, w której oprócz nastolatków, używanie jest najbardziej rozpowszechnione. Od początku lat 90. zmieniał się obraz narkomanii w Polsce (Borucka, Okulicz-Kozaryn, 2008). W latach 70. i 80. młodzi ludzie najczęściej uzależniali się od opiatów (Rogała-Obłękowska, 1999). Charakterystyczny dla tego typu uzależnienia był krótki okres od inicjacji narkotykowej do nałogowego przyjmowania narkotyku. Otwarcie granic w 1989 roku spowodowało łatwiejszy dostęp do wielu innych narkotyków takich jak marihuana, haszysz, LSD, kokaina, crack, brown sugar (Rogała-Obłękowska, 2002) czy amfetamina (Rogała-Obłękowska, 1999; Szukalski, 2005). Opiaty przestały być środkiem dominującym na rynku narkotykowym, natomiast przetwory konopi indyjskich i amfetamina stawały się coraz bardziej popularne w środowiskach młodych osób sięgających po narkotyki. Obecnie używanie przetworów konopi indyjskich wydaje się nie ingerować aż tak bardzo w życie używających je osób, jak na przykład wyglądało to w latach wcześniejszych, kiedy to używanie silniejszych narkotyków prowadziło do bardzo szybkiego uzależnienia się. Ponadto w niektórych częściach świata, takich jak USA, Wielka Brytania, Niemcy, Nowa Zelandia, używanie marihuany (przynajmniej w sposób eksperymentalny) jest już uważane za normatywne wydarzenie życiowe charakterystyczne dla okresu dorastania lub wczesnej

dorosłości (Anthony i in., 1994; Fergusson, Horwood, 2000; McGee, 2000; Perkonig, 1999; Smart, Ogborne, 2000; Sydow, 2001). Może to wpływać na to, że używanie przetworów konopi jest często ignorowane lub bagatelizowane przez osoby zajmujące się polityką, pracowników służby zdrowia czy badaczy (Dennis, 2002). Z danych zebranych w USA w 1998 roku wynika, że 35% osób leczących się z uzależnień miało problemy związane głównie z marihuaną. EMCDDA (2005) podaje, że w latach 1996 – 2003 odsetek pacjentów uzależnionych od przetworów konopi wśród wszystkich pacjentów ubiegających się o leczenie z uzależnienia od narkotyków wzrósł z 9,4% do 21,9%. W krajach skandynawskich odsetek osób szukających leczenia z powodu nadużywania marihuany również wzrósł znacząco (Kouvonen, 2006).

Jednocześnie z badań prowadzonych od wielu lat wynika, że stosunkowo dobrze poznane są fazy dotyczące rozwijania się uzależnienia (Kandel, 2002, Dimoff, 1993, Maxwell, 1999). W znacznie mniejszym stopniu zbadano proces ograniczania lub całkowitego zaprzestawania używania, zwłaszcza w momencie, gdy używanie miało charakter okazjonalny lub problemowy. Najlepiej zbadanym obszarem jest leczenie uzależnienia przez specjalistów. Z tego powodu ogromnie ważnym do eksplorowania, wydaje się być, zagadnienie dotyczące zaprzestawania używania bez pomocy specjalistycznej. Jak wskazują wyniki amerykańskich badań longitudinalnych jest to możliwe, gdyż 82,5% weteranów wojny w Wietnamie udało się zaprzestać palić konopie indyjskie bez specjalistycznej pomocy (Price, Risk, Spitznagel, 2001).

Koncepcja realizacji zadań rozwojowych (Havighurst, 1981) mówi o tym, że na każdym etapie życia człowiek ma do zrealizowania konkretne zadania. Zrealizowanie zadań z jednego okresu, pozwala na realizowanie zadań z kolejnego okresu, a to z kolei jest niezbędne do prawidłowego rozwoju. Każdy okres życia charakteryzuje się innymi zadaniami do zrealizowania. W okresie rozwojowym, jakim jest adolescencja pojawia się przed nastolatkiem szereg zadań istotnych społecznie. Zalicza się do nich tworzenie nowych, bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami; przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie; osiągnięcie postępowania odpowiedzialnego społecznie. Część zadań ma charakter bardziej indywidualny: ukształtowanie własnej roli płciowej; akceptacja własnego wyglądu i skuteczne posługiwanie się swoim ciałem; osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych bliskich dorosłych; przygotowanie do niezależności ekonomicznej (przyszła kariera zawodowa). W tym okresie kształtuje się również ideologia nastolatka. Zadania te stanowią preludium do realizowania zadań z okresu dorosłości, dlatego tak ważne jest, by były one realizowane prawidłowo. Od wypełnienia poszczególnych zadań

rozwojowych zależy samopoczucie jednostki oraz stopień akceptacji ze strony innych. Poczucie akceptacji tworzy się często wtedy, gdy wykonuje się wraz z grupą, do której się chce przynależeć, czynności powszechne w tej grupie. Zalicza się do nich zarówno używanie narkotyków, jak i wykonywanie innych, również pozytywnych aktywności.

W okresie wczesnej dorosłości człowiek podejmuje role, do których przygotowywał się podczas wcześniejszych etapów rozwoju. Zalicza się do nich:

1. Dokonanie wyboru partnera życiowego.
2. Nauczenie się życia z partnerem – nauczenie się takiego życia z partnerem, w którym możliwe jest wyrażanie uczuć bez krzywdzenia drugiej osoby z zachowaniem intymności i poczucia szczęścia.
3. Założenie rodziny (posiadanie dzieci) – posiadanie bądź spodziewanie się dziecka.
4. Wychowywanie dzieci – wzięcie odpowiedzialności za drugiego człowieka.
5. Prowadzenie domu
6. Podjęcie pracy i realizacja roli zawodowej
7. Podjęcie obowiązków i odpowiedzialności obywatelskiej
8. Znalezienie własnej grupy społecznej.

Zadania pochodzące z okresu adolescencji, włączone do pomiaru za Rubachą (2000):

9. Uniezależnienie się od rodziców
10. Zrozumienie świata
11. Ustalenie hierarchii wartości

Obserwuje się, że okres przejścia od dorastania do dorosłości (usamodzielnianie się) wydłuża się w naszym społeczeństwie. Przejawia się to w późniejszym zawieraniu związków małżeńskich (Młodzi, 2005; Arnett, 2005), większej liczbie wczesnych rozwodów (Fox, 2005), późniejszym rodzeniu dzieci (GUS, 2004). Zmiana podejścia do życia w stosunku do wartości wyznawanych przez pokolenia poprzednie związana jest również ze zmianą przekonań normatywnych, a to z kolei wiąże się z większą akceptacją zachowań dawniej uważanych za nieakceptowane. Jednym z takich zachowań jest używanie przetworów konopi, najbardziej powszechnego narkotyku zarówno w Polsce, jak i na świecie (WHO, 1999; EMCDDA, 2005; Bobrowski, 2003; Ostaszewski, 2005; Sierosławski, 1999; 2002; Wojnarowska, Mazur, 2005).

Okazjonalne używanie przetworów konopi zdaje się być jednym z przejawów przechodzenia kryzysu adolescencji, związanego z buntem młodzieńczym, próbowaniem nowych zachowań i przesuwaniem granic. Z tego powodu interesujące jest zweryfikowanie, na ile różnią się od siebie w zakresie realizacji zadań rozwojowych osoby, które przestały używać przetworów konopi od osób, które używają je nadal. Wydaje się, że używanie przetworów konopi powodujące szkody w życiu osoby je używającej powinno utrudniać prawidłowe realizowanie zadań rozwojowych. Jeśli w okresie używania marihuany, zadania charakterystyczne dla okresu adolescencji nie są prawidłowo realizowane, realizowanie zadań z okresu późniejszego może zostać opóźnione. Arnett (1998a) zauważa, że w okresie wczesnej dorosłości w czasach obecnych kontrola społeczna jest mniejsza niż kiedykolwiek wcześniej. W związku z tym zachowania takie, jak używanie marihuany mogą być bardziej akceptowane niż miało to miejsce wcześniej. Badania z nurtu psychologii rozwojowej wskazują na naturalną tendencję do wyrastania z zachowań charakterystycznych dla okresu adolescencji (Havighurst, 1981; Bachman, 1997; 2002) bądź wydłużania okresu związanego z przygotowaniem do samodzielnego podjęcia zadań dorosłości czyli tzw. moratorium psychospołecznego (Góral, 2007; Młodzi, 2005; Fox, 2005). Część młodych dorosłych „wyrasta” z używania marihuany, jednak dane epidemiologiczne wskazują, że również spora część tych osób kontynuuje używanie przetworów konopi tak, jak robiła to w okresie dorastania. Istotne wydaje się tutaj poznanie powodów, jakie wpływają na to, że młodzi ludzie przestają używać przetworów konopi indyjskich bez pomocy specjalistycznej oraz zweryfikowanie, w jakim stopniu używanie przetworów konopi indyjskich utrudnia prawidłową realizację zadań rozwojowych. Z analiz sondażowych (Kocoń, 2008) wynika, że powody, jakie wpływają na ograniczenie bądź zaprzestanie używania przetworów konopi różnią się w zależności od stopnia zaawansowania problemu. Powodami ograniczenia czy zaprzestania używania marihuany zgłaszanymi przez respondentów było między innymi: znudzenie się marihuaną, dominacja innych zainteresowań, pasji niezwiązanych z używaniem oraz ważne dla respondentów ideologie. Ponieważ badania przeprowadzone były na niewielkiej grupie osób (N=30), istotne jest prześledzenie zależności pomiędzy powodami zaprzestawania używania a zaawansowania problemu.

Cele projektu

Celem projektu jest identyfikacja czynników wpływających na to, że część młodych ludzi, którzy w okresie dorastania sięgali po przetwory konopi indyjskich zaprzestaje ich używania, a część kontynuuje w wieku dorosłym.

Niniejszy projekt ma pozwolić odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

- Czy występują różnice pomiędzy powodami związanymi z zaprzestaniem używania przetworów konopi przez młodych dorosłych w zależności od stopnia zaawansowania problemu?
- W jakim zakresie występują różnice związane z realizacją zadań rozwojowych pomiędzy osobami używającymi przetwory konopi a tymi, które zaprzestały używania?

Metoda

Dobór próby i procedura badania

Zakładano, że grupę docelową stanowić będą osoby w wieku 24 – 35 lat, zgodnie z granicami wczesnej dorosłości określonymi przez Havighursta (1981). Podstawowym kryterium doboru grupy badawczej były doświadczenia z używaniem przetworów konopi w okresie dorastania, definiowanym jako 14-19 lat.

Dobór respondentów opierał się na metodzie kuli śniegowej (*snowball sampling*). Metoda ta polega na wskazywaniu kolejnych respondentów przez osoby, które same brały wcześniej udział w badaniu.

„Kula śniegowa” została zainicjowana w Warszawie i innych trzech mniejszych miastach Polski (wybór miast został poprzedzony zorientowaniem się w możliwościach znalezienia próby badawczej). Wszystkie wywiady i ankiety były przeprowadzane od sierpnia 2007 roku do kwietnia 2008 roku. Zbierane były przez trzy specjalnie do tego celu zatrudnione osoby: psychologa i dwóch pedagogów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Z respondentami początkowo nawiązano kontakt drogą telefoniczną lub mailową. Każdy respondent przed spotkaniem zapoznawał się z informacją dla osób badanych (załącznik 1). Osoby chętne i spełniające kryteria kwalifikacyjne (wiek oraz używanie przetworów konopi w okresie dorastania) były zapraszane na około dwugodzinne spotkanie.

Spotkania odbywały się w kawiarenkach, miejscu pracy lub zamieszkania (respondenta lub osoby prowadzącej wywiad) bądź w innych dogodnych miejscach. Spotkanie składało się z dwóch części: ankieta i wywiad.

Na początku spotkania każdy respondent był informowany o poufności danych zbieranych w toku badań oraz podpisywał formularz zawierający wyrażenie zgody na wzięcie udziału w badaniach (załącznik 2). Procedura taka jest niezbędna w przypadku badań społecznych.

Badania, w opisywanej formie, zostały pozytywnie zaopiniowane przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii (uchwała nr. 17/2007 z dnia 17 maja 2007 roku).

Następnie respondent wypełniał dwuczęściową ankietę „Wczoraj i Dziś. Droga do Dorosłości” (załącznik 3). Pierwsza część dotyczyła obecnej sytuacji respondenta: zawierała pytania socjodemograficzne, pytania o używanie substancji psychoaktywnych, pytania o objawy depresyjne, pytania mierzące ogólny wskaźnik zdrowia psychicznego, pytania o używanie substancji psychoaktywnych, mierzące problemowe picie alkoholu oraz problemowe używanie marihuany i problemowe używanie innych narkotyków. Druga część kwestionariusza poprzedzona była tzw. Kapsułą Czasu czyli kilkoma pytaniami służącymi przypomnieniu respondentowi siebie samego z okresu, kiedy miał 14-19 lat. W drugiej części respondent wymieniał powody, jakie wpływały, na używanie przez niego marihuany, powody zaprzestania używania, objawy depresyjne, pytania mierzące monitorowanie zachowania respondenta przez jego rodziców, pytania mierzące problemowe używanie marihuany i problemowe używanie innych narkotyków w okresie dorastania. Kolejną część stanowił test mierzący realizację zadań rozwojowych (Rubacha, 2000).

Dane z ankiety zostały zakodowane w elektronicznej bazie danych przez specjalnie w tym celu wyszkolone osoby.

W drugiej części respondent udzielał wywiadu swobodnego przeprowadzanego według ujednoliconej instrukcji w oparciu o projekcyjną metodę, jaką jest „linia życia”. Wywiad dotyczył:

- etapów w życiu respondenta
- ważnych wydarzeń w życiu respondenta
- powodów używania przetworów konopi
- wzoru używania substancji psychoaktywnych w okresie adolescencji, obecnie oraz w okresie przejściowym pomiędzy adolescencją a sytuacją obecną
- problemów psychicznych w okresie dorastania (zarówno internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych)
- powodów ograniczenia bądź zaprzestania używania marihuany lub powodów obecnego używania
- obecnej sytuacji życiowej respondenta

W badaniach zastosowano dwa elementy wywiadu poznawczego: odtworzenie kontekstu wydarzeń i pełną relację na ich temat. Zastosowanie tych elementów miało na celu zwiększenie wiarygodności zbieranych danych. Z badań wynika, że zastosowanie wywiadu poznawczego w badaniach retrospektywnych (Fisher, i in. 2000) jest skuteczną metodą

zbierania informacji pochodzących nawet sprzed 35 lat. Ponadto stwierdzono wpływ wywiadu poznawczego na zwiększenie wrażliwości wydobywania poprawnej informacji z pamięci o ok. 35-40% w porównaniu do standardowych technik (Kohnken i in., 1999).

Wszystkie wywiady były nagrywane na dyktafon, a następnie spisywane przez osoby dokonujące transkrypcji.

Zmienne, wskaźniki i sposoby ich pomiaru

Obecne używanie marihuany - Na podstawie pojedynczego pytania: *Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używałeś marihuanę lub jej przetwory?* zostały wyodrębnione osoby nie używające obecnie kanabinoli (abstynenci) oraz osoby nadal sięgające po te substancje (odpowiedzi zostały zakodowane w postaci dwu wymiarowej zmiennej: używał – nie używał).

Faza używania marihuany obecnie - mierzona za pomocą Testu PUM (Problemowe Używanie Marihuany) (Okulicz-Kozaryn, 2007; Kocoń, 2006), który podczas badań pilotażowych (Kocoń, 2006) został dostosowany jako narzędzie dla młodych dorosłych. Wynik w teście PUM odnoszącym się do czasu obecnego mieszczący się w przedziale od 0 do 2 punkty oznacza używanie okazjonalne, czyli takie, które nie powoduje zmian w funkcjonowaniu. Wynik wyższy wskazuje na używanie problemowe, co oznacza, że używanie marihuany powoduje zmiany w życiu danej jednostki.

Okazjonalne używanie przetworów konopi w okresie dorastania – mierzone za pomocą Testu PUM (Problemowe Używanie Marihuany) (Okulicz-Kozaryn, 2007; Kocoń, 2006). Test został dostosowany podczas badań pilotażowych (Kocoń, 2006) jako narzędzie diagnozy retrospektywnej. Odpowiedź twierdząca na dwa lub mniej pytania świadczy o okazjonalnym używaniu przetworów konopi.

Problemowe używanie przetworów konopi w okresie dorastania – mierzone za pomocą powyżej opisanego testu. Odpowiedź twierdząca na 3 lub więcej pytania świadczy o problemowym używaniu przetworów konopi w okresie dorastania.

Używanie innych narkotyków w okresie dorastania– zmienna utworzona na podstawie informacji uzyskanych podczas wywiadu, następnie zakodowana w postaci dychotomizowanej zmiennej: używał – nie używał.

Powody ograniczania używania przetworów konopi indyjskich – zmienna utworzona na podstawie otwartego pytania zawartego w ankiecie: *Jeśli ograniczyłeś lub przestałeś palić marihuanę, wymień trzy powody, które na to wpłynęły.* Użycie takiej formy

mikronarracji jest wygodne i skuteczne w opisywaniu specyficznych zmian w zachowaniu (Ellingstad, 2006).

Realizacja zadań rozwojowych – mierzona przy użyciu kwestionariusza KZR (Rubacha, 2000). Jest to 48 itemowy kwestionariusz, na który składa się 11 skal mierzących stopień realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości. Każde zadanie będzie stanowiło odrębną zmienną. Zadania z tego okresu to:

1. **Dokonanie wyboru partnera życiowego** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Jestem zaangażowany w głęboki związek uczuciowy z kimś, kto jest moim partnerem życiowym.*
2. **Nauczenie się życia z partnerem** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Staram się pozytywnie kończyć sprzeczki z partnerem życiowym.*
3. **Założenie rodziny (posiadanie dzieci)** – skala została utworzona na podstawie 4 pytań, m. in. *Mam dziecko/dzieci, lub mam to w najbliższych planach.*
4. **Wychowywanie dzieci** – skala została utworzona na podstawie 4 pytań, m. in. *Czas, który poświęcam dzieciom, nigdy nie jest stracony.*
5. **Prowadzenie domu** – skala została utworzona na podstawie 4 pytań, m. in. *Unikam wykonywania wielu prac domowych.*
6. **Podjęcie pracy i realizacja roli zawodowej** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Myszę, że podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest konieczne, by osiągnąć wysoką pozycję w swojej profesji.*
7. **Podjęcie obowiązków i odpowiedzialności obywatelskiej** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Nie biorę udziału w wyborach parlamentarnych, prezydenckich i do władz lokalnych.*
8. **Znalezienie własnej grupy społecznej** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Obecnie mam grupę przyjaciół, na których mogę polegać.*
9. **Uniezależnienie się od rodziców** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Moi rodzice mają nadal duży wpływ na moje działania.*
10. **Zrozumienie świata** – skala została utworzona na podstawie 5 pytań, m. in. *Często odnoszę wrażenie, że nie wiem jeszcze, jakie jest moje miejsce w świecie.*
11. **Ustalenie hierarchii wartości** – skala została utworzona na podstawie 4 pytań, m. in. *W sytuacjach wyboru nie zawsze kieruję się wartościami dla mnie ważnymi.*

Analiza danych

Analizy jakościowe

W analizach zastosowano metodę analizy treści. Metodą kategoryzowania a priori utworzono klucz kodowy określający kategorie powodów ograniczania lub zaprzestawiania używania przetworów konopi indyjskich.

Tworzenie klucza kodowego:

Celem utworzenia klucza kodowego było sprowadzenie treści zawartych w otwartym pytaniu zamieszczonym w ankiecie do mniejszej liczby spójnych kategorii. Opracowanie jasnego i przejrzystego klucza kodowego pozwala uniknąć sytuacji, w której różne osoby na podstawie tych samych wytycznych zakodują dany przekaz w odmienny sposób (Krejtz, Krejtz, 2005).

Na podstawie badań pilotażowych (przeprowadzonych na zlecenie KBdsPN w roku 2006) utworzono pierwowzór klucza kodowego czyli kategorie określające powody, jakie wpływały na ograniczanie lub zaprzestanie używania marihuany przez respondentów. Klucz ten powstał na podstawie danych zebranych z 30 wywiadów z młodymi dorosłymi mającymi doświadczenia z przetworami konopi indyjskich. Starano się, by kategorie były rozdzielne znaczeniowo i jednocześnie spójne wewnętrznie. Aby uniknąć zniekształceń wynikających z subiektywności badacza, na dalszym etapie badań niezależnie 5 sędziów kompetentnych, przyporządkowywało powody zaprzestawiania używania marihuany zebrane z 30 wywiadów w stworzoną uprzednio listę kategorii. Następnym krokiem były konsultacje między badaczami, które miały na celu stworzenie spójnego klucza kodowego (za Stempler, 2001). Każda z kategorii została dokładnie zdefiniowana i poparta przykładami zaczerpniętymi z wywiadów przeprowadzanych z respondentami. Na tej podstawie powstał klucz składający się z listy 8 kategorii powodów zaprzestawiania używania marihuany.

Powody zaprzestawiania używania marihuany:

1. Niesatysfakcjonujące efekty działania marihuany.

Kategoria ta oznacza, że

- b) Działanie marihuany nie sprawia respondentowi tyle przyjemności, by warto było kontynuować używanie (*Nigdy nie było takie atrakcyjne, by kontynuować; to nie dla mnie; nie podoba mi się to*)

- c) Respondent zaspokoił już swoje potrzeby, głównie poznawcze, w tym zakresie i nie zamierza kontynuować używania (*nie działa już na mnie tak, jak kiedyś; przestało mnie tak bawić, kręcić; zaspokoiliam ciekawość; znudziła mi się; zrobiło się niefajnie*)
- d) Respondent może też nie odczuwać żadnych efektów działania środka (*żadnych specjalnych efektów; nie działa na mnie*)

2. Potrzeba trzeźwiejszej oceny sytuacji

Kategoria ta oznaczała chęć poznania siebie na trzeźwo, zobaczenia życia bez narkotyków (*chęć poznania siebie*)

3. Trudności w nabyciu środka

Kategoria ta oznacza, że:

- a) Respondent nie ma w swoim otoczeniu lub nie utrzymuje kontaktów z osobami używającymi (*znajomi przestali, nie mam okazji*)
- b) Zbyt wysoka cena narkotyku (*brak kasy*)
- c) Brak okazji sprzyjającej używaniu (*znajomi z reguły nieużywający*)
- d) Niegodzenie się na wchodzenie w konflikt z prawem poprzez zakup marihuany (*jest nielegalna*)

4. Wpływ innej osoby

Kategoria ta oznacza, że:

- c) Respondent przestaje używać przetworów konopi pod wpływem lub dla innej osoby (*obawiam się reakcji narzeczonej; kobieta; matka bardzo mocno walczyła o mnie, bym przestał*).
- d) Przestaje używać z powodu przekonań religijnych (*Bóg, względy religijne*)

5. Obawa przed konsekwencjami

Kategoria ta oznacza, że respondent zdał sobie sprawę z konsekwencji, jakie powoduje używanie przetworów konopi i ta świadomość wpłynęła na podjęcie przez niego decyzji o zaprzestaniu używania (*własne przemyślenia na temat szkodliwości; z obawy przed „wciągnięciem się”*). Niekiedy miał na to również wpływ jakiś wypadek, czy obrażenie ciała (własne bądź innej osoby), co uświadomiło respondentowi zagrożenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (*wypadek*). Niekiedy na ograniczenie używania wpływ miały również negatywne doświadczenia z innym narkotykiem, które uświadomiły respondentowi siłę zagrożeń związanych z używaniem jakichkolwiek środków psychoaktywnych (*złe doświadczenia z innym narkotykiem*).

6. Negatywne skutki prawne, psychiczne, zdrowotne

W tej kategorii mieszczą się:

- a) Bezpośrednie konsekwencje związane ze złym samopoczuciem po zażyciu marihuany, np. *negatywne wrażenia po użyciu; depresje, lęki*
- b) Zespół amotywacyjny (*obniżenie motywacji życiowych; lenistwo po trawce*)
- c) Konsekwencje związane z długotrwałym używaniem przetworów konopi: trudności z koncentracją uwagi, pogorszenie pamięci
- d) Wyrzuty sumienia po użyciu środka (*kac moralny „po”*)
- e) Uzależnienie psychiczne
- f) Dolegliwości somatyczne (*tycie*)
- g) Konsekwencje prawne

7. Zmiana stylu życia

Kategoria ta oznacza:

- a) Zmianę stylu życia związaną z powstaniem nowych priorytetów, bardziej „dorosłych” zachowań, zainteresowań, wartości, np. *inne zainteresowania, szkoda czasu, wydorostałem, bardziej odpowiedzialne podejście do życia*
- b) Nabycie przez respondenta ideologii sprzecznnej z używaniem marihuany (np. ideologia Straight Edge lub *chciałem być wzorem osoby niepalącej dla młodszych osób*)
- c) Bardziej zindywidualizowane, odpowiedzialne podejście do życia (*nie chciałam robić tego, co inni*)

8. Inne, np.

- a) Terapia - uczestnictwo respondenta w jakiejś formie terapii (innej niż uzależnienia od przetworów konopi indyjskich) lub w grupach samopomocowych, typu AA, Alanon, NA.
- b) Substytucja - zastąpienie marihuany innym środkiem (legalnym – papierosy, alkohol, leki lub innym nielegalnym).

Następnie powody zaprzestawania używania zostały zakodowane w wyżej opisane kategorie przez dwóch niezależnych sędziów kompetentnych.

Analizy ilościowe

W analizach zastosowano pakiet statystyczny SPSS, wersja 14.0. Analizy dotyczące częstości występowania przeprowadzono za pomocą frekwencji. Do oceny zgodności sędziów kompetentnych zastosowano współczynnik zgodności Kappa Cohena. Przy obliczeniach korelacyjnych zastosowano tabele krzyżowe i współczynnik chi kwadrat.

Natomiast do analiz weryfikujących realizację zadań rozwojowych z zaprzestawianiem używania przetworów konopi wykorzystano test T Studenta.

Za pomocą współczynnika Kappa Cohena wyznaczono zgodność ocen powodów zaprzestawiania używania przetworów indyjskich zakodowanych przez dwóch sędziów. W pierwszym pomiarze współczynnik Kappa (policzony jedynie dla osób nie używających przetworów konopi w ostatnim roku) wynosił 0,784, co oznaczało wysoką zgodność pomiędzy sędziami. Aby zwiększyć wartość współczynnika Kappa Cohena dokonano powtórnej kategoryzacji zmiennych niespójnych w ocenie sędziów kompetentnych oraz zastosowano konsultacje metodologiczne. Wówczas wartość współczynnika wyniosła 1.

Na dalszym etapie prac utworzono zmienną uwzględniającą uspołnione wyniki uzyskane od dwóch sędziów. Ponieważ w pierwszych analizach liczba przypadków wchodzących w skład niektórych kategorii była niska, na potrzeby analiz statystycznych zredukowano liczbę 8 kategorii do trzech:

1. Niesatysfakcjonujące efekty działania marihuany.
2. Zmiana stylu życia (trudności w nabyciu narkotyku, wpływ innej osoby i zmiana stylu życia)
3. Konsekwencje związane z używaniem (obawa przed nimi i ich realne skutki).

Wyniki:

Charakterystyka respondentów:

W badaniu wzięło udział 200 osób. Przeprowadzono wywiady z 59 kobietami i 141 mężczyznami, co oznacza, że mężczyźni stanowili 70,5% próby. Respondenci byli w wieku od 22 do 37 lat (osoby urodzone w latach 1986 - 1971 Średnia wieku wynosiła 28 lat. Odchylenie standardowe wynosiło 2,66. Pojedyncze osoby urodziły się w roku 1971, 1973, 1985 i 1986.

51,5% badanych respondentów miało wykształcenie wyższe, 42,5% średnie, tylko 6% wykształcenie niepełne średnie, natomiast nie było osób z wykształceniem podstawowym. Ponad 50% badanych respondentów pracowało, w tym prawie 73% na pełnym etacie bądź oprócz etatu miało jeszcze dodatkowe dochody. Ponad 33% uczyło się i pracowało. Prawie 93% respondentów oceniało swoją sytuację finansową jako przeciętną, dobrą lub bardzo dobrą. Ponad 46% respondentów było w stałym związku, prawie 15% było w związku małżeńskim, a 1,5% było w separacji bądź po rozwodzie, ponad 38% stanowiły osoby

samotne. Zdecydowana większość badanych respondentów nie miała dzieci (ponad 89%) w momencie przeprowadzania badania.

35,4% respondentów stanowiły osoby, które przestały używać przetworów konopi, reszta badanych nadal używała marihuany w okresie przeprowadzania badania (Tab. 1). W okresie dorastania wszyscy respondenci mieli kontakt z przetworami indyjskimi. Prawie 63% badanych respondentów używało marihuany okazjonalnie i ponad 37% problemowo. 64% badanych respondentów w ostatnim roku używało przetworów konopi indyjskich. Spośród osób obecnie używających marihuany 45,8% stanowiły osoby używające ją okazjonalnie, a prawie 19% używało problemowo. Występujące braki danych związane były z brakami danych w teście PUM, co oznacza, że nie jest możliwe określenie, w jakiej fazie używania byli lub są wybrani respondenci.

Tabela 1

Charakterystyka wzoru używania marihuany w okresie adolescencji i obecnie.

Używanie marihuany	Okazjonalnie	Problemowe	Abstynenci	Wszyscy
w okresie adolescencji	62,9% N=122	37,1% N=72	0	100% N=194
w ostatnim roku	45,8% N=88	18,8% N=36	35,4% N=68	100% N=192

Prawie 52% badanych respondentów, którzy w okresie dorastania nie używali innych narkotyków nie zmienili wzoru używania marihuany, natomiast prawie 56% tych, którzy w okresie adolescencji używali innych narkotyków niż marihuana przestali lub ograniczyli używanie przetworów konopi (tabela 2).

Tabela 2

Zmiana wzoru używania pomiędzy okresem dorastania a dorosłością

	Razem
Przestali używać przetworów konopi	N=68
Ograniczyli używać przetworów konopi	N=20
Nie zmienili wzoru używania konopi	N=83
Zaawansowali się w używaniu konopi	N=10
Suma	N=171

Podział na grupy względem zmian we wzorze używania przetworów konopi indyjskich

Grupa 1:

(N=68) - ci, którzy przestali używać przetworów konopi indyjskich

Spośród osób, które obecnie nie używają marihuany (nie używały jej w ostatnim roku przed badaniem) 72,3% używało jej w okresie dorastania w sposób okazjonalny, czyli taki, który nie powodował zmian w funkcjonowaniu nastolatka. 27,7% używało przetworów konopi w okresie dorastania w sposób problemowy czyli taki, który prowadził do jakichś zmian w stylu życia i orientacji życiowej nastolatka (Okulicz-Kozaryn, 2007).

Następne trzy grupy zostały wyłonione na podstawie porównania obecnego używania marihuany z używaniem w przeszłości, na podstawie dwóch testów PUM (jeden dotyczący sytuacji obecnej, drugi retrospektywny).

Grupa 2:

(N=20) - ci, którzy ograniczyli używanie przetworów konopi, w stosunku do czasów, gdy mieli 14-19 lat. W tej grupie znajdują się osoby, które okresie dorastania używały przetworów konopi w sposób problemowy, natomiast obecnie (w ostatnim roku przed badaniem) używają przetworów konopi w sposób okazjonalny.

Grupa 3:

(N=83) - ci, którzy nie zmienili wzoru używania od okresu dorastania do chwili obecnej

Osoby, które w okresie dorastania używały przetworów konopi w sposób okazjonalny i nadal tak używają lub używały w sposób problemowy w okresie dorastania i obecnie.

Grupa 4:

(N=10) - ci, którzy zaawansowali się w używaniu, w porównaniu z okresem adolescencji, czyli osoby, które w okresie dorastania używały okazjonalnie, a obecnie używają problemowo.

Powody zaprzestawania używania marihuany

W tabeli 3 przedstawiono zestawienie kategorii powodów zaprzestawania używania marihuany wykorzystanych do analiz jakościowych. Brak jest kategorii nr. 2 oznaczającej Potrzebę trzeźwiejszej oceny sytuacji. Powód ten wymieniany jest przez osoby, które ograniczyły, jednak nie przestały całkowicie używać przetworów konopi indyjskich.

Tabela 3**Częstość występowania powodów zaprzestawiania używania**

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1. Niesatysfakcjonujące efekty	16	23,5	28,1	28,1
	3. Trudności w nabyciu	8	11,8	14,0	42,1
	4. Wpływ innej osoby	5	7,4	8,8	50,9
	5. Obawa przed konsekwencjami	4	5,9	7,0	57,9
	6. Negatywne skutki	16	23,5	28,1	86,0
	7. Zmiana stylu życia	5	7,4	8,8	94,7
	8. Inne	3	4,4	5,3	100,0
	Ogółem	57	83,8	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	11	16,2		
Ogółem		68	100,0		

W następnym kroku ograniczono liczbę powodów zaprzestawiania używania do trzech kategorii, w których liczebność przypadków przyporządkowanych do poszczególnych grup rozkładała się równomiernie (tabela 4).

Tabela 4**Częstość występowania powodów zaprzestawiania używania ograniczona do 3 kategorii**

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1. Niesatysfakcjonujące efekty	16	23,5	29,6	29,6
	2. Zmiana stylu życia	18	26,5	33,3	63,0
	3. Konsekwencje	20	29,4	37,0	100,0
	Ogółem	54	79,4	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	14	20,6		
Ogółem		68	100,0		

Przeprowadzone analizy wskazują, że wzór używania w okresie dorastania nie ma wpływu na powody, jakie decydują o tym, czy osoba wkraczająca w okres dorosłości przestanie używać przetworów konopi indyjskich czy też nie przestanie (chi²=5,376, przy dwóch stopniach swobody, p=0,068). Zarysowująca się tendencja może wskazywać, że wśród osób używających marihuanę w okresie dorastania w sposób problemowy najczęstsze powody wpływające na zaprzestanie używania wiążą się ze zmianą stylu życia i ponoszeniem negatywnych konsekwencji związanych z używaniem, natomiast wśród osób używających

okazjonalnie najczęstszym powodem zaprzestawania używania jest brak satysfakcjonujących efektów związanych z używaniem (tab. 5)

Tabela 5
Wzór używania a powody ograniczenia

Wzór używania w okresie dorastania		Powód zaprzestania używania			Ogółem
		Niesatysfakcjonujące efekty	Zmiana stylu życia	Konsekwencje	
Okazjonalni	Liczebność	14	10	12	36
	%	38,9%	27,8%	33,3%	100,0%
Problemowi	Liczebność	1	7	7	15
	%	6,7%	46,7%	46,7%	100,0%
Ogółem	Liczebność	15	17	19	51
	%	29,4%	33,3%	37,3%	100,0%

Aby zweryfikować występującą tendencję przeprowadzono analizy oddzielnie dla kobiet i dla mężczyzn. Wyniki wskazują, że dla kobiet nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy powodami zaprzestawania używania przetworów konopi indyjskich a wzorem używania w okresie dorastania ($\chi^2=0,229$, $p=0,892$, $df=2$). Wyniki istotne statystycznie są w grupie mężczyzn ($\chi^2=6,738$, $p=0,034$, $df=2$). Wśród mężczyzn używających w okresie dorastania marihuanę problemowo brak jest osób, które przestałyby ją używać z powodu niesatysfakcjonujących efektów. Powody wymieniane przez mężczyzn z tej grupy dotyczą zmiany stylu życia oraz doświadczanych konsekwencji lub obawy przed ich ponoszeniem. (tab. 6)

Tabela 6
Wzór używania a powody zaprzestania używania dla mężczyzn

Wzór używania w okresie dorastania		Powód zaprzestania używania			Ogółem
		Niesatysfakcjonujące efekty	Zmiana stylu życia	Konsekwencje	
Okazjonalni	Liczebność	7	6	4	17
	%	41,2%	35,3%	23,5%	100%
Problemowi	Liczebność	0	6	6	12
	%	0%	50%	50%	100%
Ogółem	Liczebność	7	12	10	29
	%	24,1%	41,4%	34,5%	100%

Porównanie średnich pomiędzy grupami osób obecnie nie używającymi marihuany (Grupa 1) z osobami używającymi jej obecnie (Grupa 2 + Grupa 3+ Grupa 4) wynika, że grupy te nie różnią się pomiędzy sobą istotnie statystycznie w zakresie realizacji zadań

rozwojowych. Jedyna różnica istotna statystycznie występuje w zakresie realizacji zadania, jakim jest „Zrozumienie świata”. Osoby, które używały przetworów konopi w ostatnim roku przed badaniem lepiej realizują to zadanie (tabela 7).

Realizacja zadań rozwojowych a zaprzestawanie używania

Tabela 7

Realizacja zadań rozwojowych a zaprzestawanie używania przetworów konopi

Zadania rozwojowe	Używanie marihuany	N	Średnia	Test T	
				t	p
Zadanie 1 Wybór partnera życiowego	Nie używa	60	7,93	1,77	0,079
	Używa	125	7,50		
Zadanie 2 Nauczenie się żyć w małżeństwie	Nie używa	62	8,73	-0,39	0,694
	Używa	124	8,82		
Zadanie 3 Założenie rodziny	Nie używa	64	5,83	0,61	0,542
	Używa	127	5,73		
Zadanie 4 Wychowywanie dzieci	Nie używa	52	5,77	0,97	0,336
	Używa	109	5,52		
Zadanie 5 Prowadzenie domu	Nie używa	66	6,67	1,57	0,118
	Używa	129	6,40		
Zadanie 6 Praca i realizacja roli zawodowej	Nie używa	65	8,86	-0,42	0,675
	Używa	130	8,94		
Zadanie 7 Obowiązki i odpowiedzialność obywatelska	Nie używa	68	6,88	-1,07	0,286
	Używa	132	8,67		
Zadanie 8 Znalezienie własnej gr. społecznej	Nie używa	65	7,17	-1,53	0,130
	Używa	132	7,42		
Zadanie 9 Uniezależnienie od rodziców	Nie używa	67	8,19	0,47	0,642
	Używa	131	8,08		
Zadanie 10 Zrozumienie świata	Nie używa	68	6,21	-2,19	0,030*
	Używa	130	6,62		
Zadanie 11 Ustalenie hierarchii wartości	Nie używa	68	7,00	1,04	0,302
	Używa	131	6,83		
Realizacja Zadań Rozwojowych	Nie używa	49	78,86	-0,95	0,342
	Używa	100	81,31		

Analizy przeprowadzone oddzielnie dla kobiet i mężczyzn pokazują, że w grupie kobiet nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami aktualnie używającymi przetworów konopi i aktualnie ich nie używającymi. Natomiast wyniki uzyskane dla mężczyzn (tab. 8) również w większości są nieistotne statystycznie. Jedynym wyjątkiem jest wynik uzyskany w zakresie realizacji zadania „Znalezienie własnej grupy społecznej”. Mężczyźni używający przetworów konopi lepiej realizują się w zakresie tego zadania rozwojowego.

Tabela 8

Realizacja zadań rozwojowych a zaprzestawanie używania przetworów konopi w grupie mężczyzn

Zadania rozwojowe	Używanie marihuany	N	Średnia	Test T	
				t	p
Zadanie 1 Wybór partnera życiowego	Nie używa	32	7,97	1,98	0,053
	Używa	95	7,33		
Zadanie 2 Nauczenie się żyć w małżeństwie	Nie używa	36	8,72	-0,31	0,975
	Używa	97	8,73		
Zadanie 3 Założenie rodziny	Nie używa	36	5,53	0,70	0,488
	Używa	97	5,66		
Zadanie 4 Wychowywanie dzieci	Nie używa	29	5,45	0,20	0,843
	Używa	83	5,39		
Zadanie 5 Prowadzenie domu	Nie używa	37	6,54	1,07	0,289
	Używa	99	6,30		
Zadanie 6 Praca i realizacja roli zawodowej	Nie używa	38	8,63	-1,96	0,292
	Używa	100	8,90		
Zadanie 7 Obowiązki i odpowiedzialność obywatelska	Nie używa	39	6,87	-1,07	0,288
	Używa	102	9,18		
Zadanie 8 Znalezienie własnej gr. społecznej	Nie używa	36	6,94	-2,24	0,030*
	Używa	102	7,46		
Zadanie 9 Uniezależnienie od rodziców	Nie używa	38	8,50	1,58	0,118
	Używa	101	8,05		
Zadanie 10 Zrozumienie świata	Nie używa	39	6,33	-1,54	0,128
	Używa	101	6,69		
Zadanie 11 Ustalenie hierarchii wartości	Nie używa	39	6,82	0,43	0,672
	Używa	101	6,73		
Realizacja Zadań Rozwojowych	Nie używa	27	77,96	-0,91	0,365
	Używa	76	81,07		

W zakresie realizacji zadań rozwojowych zasadniczo nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi wynikami osób, które ograniczyły lub przestały używać marihuany (Grupa: Ograniczyli czyli Grupa 1+ Grupa 2) a osobami, które nie zmieniły wzoru używania marihuany (używały w okresie adolescencji okazjonalnie i nadal tak używają lub używały problemowo i nadal używają problemowo) bądź zaawansowały się w swoim używaniu przetworów konopi (Grupa: Nie ograniczyli czyli Grupa 3 + Grupa 4). Oznacza to, że zmiana wzoru używania marihuany pomiędzy okresem adolescencji a dorosłością nie ma związku z realizacją zadań rozwojowych (Tab. 9). Wyjątek stanowią dwa wyniki istotne statystycznie. Jeden z nich dotyczy zadania, jakim jest prowadzenie domu, a drugi wyboru partnera życiowego. W obu tych wynikach osoby, które ograniczyły używanie przetworów konopi bądź zaprzestały używania lepiej realizują te zadania.

Tabela 9
Realizacja zadań rozwojowych a zmiana wzoru używania przetworów konopi

Zadania rozwojowe	Zmiana wzoru używania marihuany	N	Średnia	Test T	
				t	p
Zadanie 1 Wybór partnera życiowego	Ograniczyli	84	7,94	2,55	0,012*
	Nie ograniczyli	93	7,35		
Zadanie 2 Nauczenie się żyć w małżeństwie	Ograniczyli	86	8,79	-0,26	0,796
	Nie ograniczyli	93	8,73		
Zadanie 3 Założenie rodziny	Ograniczyli	88	5,89	1,72	0,087
	Nie ograniczyli	95	5,63		
Zadanie 4 Wychowywanie dzieci	Ograniczyli	74	5,74	0,86	0,391
	Nie ograniczyli	79	5,54		
Zadanie 5 Prowadzenie domu	Ograniczyli	90	6,68	2,28	0,024*
	Nie ograniczyli	96	6,29		
Zadanie 6 Praca i realizacja roli zawodowej	Ograniczyli	89	8,84	-0,57	0,575
	Nie ograniczyli	97	8,94		
Zadanie 7 Obowiązki i odpowiedzialność obywatelska	Ograniczyli	92	6,97	-1,00	0,318
	Nie ograniczyli	99	9,19		
Zadanie 8 Znalezienie własnej gr. społecznej	Ograniczyli	89	7,29	-0,47	0,640
	Nie ograniczyli	99	7,36		
Zadanie 9 Uniezależnienie od rodziców	Ograniczyli	91	8,14	0,27	0,788
	Nie ograniczyli	98	8,08		
Zadanie 10 Zrozumienie świata	Ograniczyli	92	6,34	-1,24	0,215
	Nie ograniczyli	97	6,57		
Zadanie 11 Ustalenie hierarchii wartości	Ograniczyli	92	7,04	1,74	0,084
	Nie ograniczyli	98	6,76		
Realizacja Zadań Rozwojowych	Ograniczyli	71	79,56	-0,52	0,602
	Nie ograniczyli	71	81,32		

Analizy przeprowadzone oddzielnie dla kobiet i mężczyzn pokazują, że w zakresie realizacji zadań rozwojowych w grupie kobiet nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami kobiet, które zmieniły wzór używania przetworów konopi i tymi, które go nie zmieniły. Natomiast mężczyźni, którzy ograniczyli bądź przestali używać marihuanę zdecydowanie lepiej realizują zadanie rozwojowe jakim jest „Dokonanie wyboru partnera życiowego” w porównaniu ze średnimi wynikami mężczyzn, którzy nie ograniczyli używania (tab. 10).

Tabela 10

Realizacja zadań rozwojowych a zmiana wzoru używania przetworów konopi w grupie mężczyzn

Zadania rozwojowe	Zmiana wzoru używania marihuany	N	Średnia	Test T	
				t	p
Zadanie 1 Wybór partnera życiowego	Ograniczyli	48	7,98	2,81	0,006**
	Nie ograniczyli	74	7,18		
Zadanie 2 Nauczenie się żyć w małżeństwie	Ograniczyli	52	8,83	0,70	0,489
	Nie ograniczyli	77	8,64		
Zadanie 3	Ograniczyli	52	5,67	0,45	0,653

Założenie rodziny	Nie ograniczyli	76	5,59		
Zadanie 4	Ograniczyli	43	5,40	-0,22	0,830
Wychowywanie dzieci	Nie ograniczyli	64	5,45		
Zadanie 5	Ograniczyli	53	6,55	1,53	0,128
Prowadzenie domu	Nie ograniczyli	77	6,23		
Zadanie 6	Ograniczyli	54	8,65	-1,17	0,243
Praca i realizacja roli zawodowej	Nie ograniczyli	78	8,91		
Zadanie 7	Ograniczyli	55	6,96	-1,02	0,313
Obowiązki i odpowiedzialność obywatelska	Nie ograniczyli	80	9,75		
Zadanie 8	Ograniczyli	52	7,21	-0,93	0,357
Znalezienie własnej gr. społecznej	Nie ograniczyli	80	7,39		
Zadanie 9	Ograniczyli	54	8,28	0,52	0,606
Uniezależnienie od rodziców	Nie ograniczyli	79	8,14		
Zadanie 10	Ograniczyli	55	6,53	-0,43	0,670
Zrozumienie świata	Nie ograniczyli	79	6,62		
Zadanie 11	Ograniczyli	55	6,89	0,89	0,373
Ustalenie hierarchii wartości	Nie ograniczyli	79	6,72		
Realizacja Zadań Rozwojowych	Ograniczyli	41	78,95	-0,56	0,578
	Nie ograniczyli	58	81,28		

W dalszych analizach wyodrębniono grupę osób, które w okresie dorastania używały przetwory konopi indyjskich w sposób problemowy. Analizy nie wykazują istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi wynikami osób, które zmieniły swój wzór używania i tymi, które go nie zmieniły, w zakresie realizacji zadań rozwojowych.

Porównanie osób używających obecnie marihuanę w sposób problemowy z osobami obecnie używającymi ją okazjonalnie lub nie używającymi jej wcale (Tabela 11) wskazują, że różnice istotne statystycznie w zakresie realizacji zadań rozwojowych istnieją w zadaniach: „Dokonanie wyboru partnera życiowego” i „Prowadzenie domu”. Osoby używające okazjonalnie lub abstynenci zdecydowanie lepiej realizują zadanie, jakim jest „Wybór partnera życiowego” oraz „Prowadzenie domu”.

Tabela 11
Realizacja zadań rozwojowych a obecny wzór używania przetworów konopi

Zadania rozwojowe	Używanie marihuany	N	Średnia	Test T	
				t	p
Zadanie 1 Wybór partnera życiowego	Okazjonalni lub abstynenci	144	7,86	4,50	0,000***
	Problemowi	33	6,64		
Zadanie 2 Nauczenie się żyć w małżeństwie	Okazjonalni lub	145	8,84	1,51	0,137

	abstynenci				
	Problemowi	34	8,41		
Zadanie 3 Założenie rodziny	Okazjonalni lub abstynenci	148	5,82	1,79	0,079
	Problemowi	35	5,49		
Zadanie 4 Wychowywanie dzieci	Okazjonalni lub abstynenci	125	5,69	0,91	0,368
	Problemowi	28	5,43		
Zadanie 5 Prowadzenie domu	Okazjonalni lub abstynenci	153	6,58	2,76	0,008**
	Problemowi	34	6,03		
Zadanie 6 Praca i realizacja roli zawodowej	Okazjonalni lub abstynenci	151	8,95	1,42	0,161
	Problemowi	36	8,67		
Zadanie 7 Obowiązki i odpowiedzialność obywatelska	Okazjonalni lub abstynenci	156	8,33	0,80	0,424
	Problemowi	36	7,19		
Zadanie 8 Znalezienie własnej gr. społecznej	Okazjonalni lub abstynenci	153	7,33	0,00	1,000
	Problemowi	36	7,33		
Zadanie 9 Uniezależnienie od rodziców	Okazjonalni lub abstynenci	154	8,10	0,05	0,963
	Problemowi	36	8,08		
Zadanie 10 Zrozumienie świata	Okazjonalni lub abstynenci	154	6,42	-0,94	0,353
	Problemowi	36	6,64		
Zadanie 11 Ustalenie hierarchii wartości	Okazjonalni lub abstynenci	155	6,95	1,32	0,194
	Problemowi	36	6,69		
Realizacja Zadań Rozwojowych	Okazjonalni lub abstynenci	116	81,20	1,71	0,090
	Problemowi	26	77,08		

Podsumowanie wyników i ograniczenia badań

W zaprezentowanych badaniach skoncentrowano się na procesie ograniczania, a przede wszystkim zaprzestawania używania marihuany. Uzyskane wyniki wskazują, że ponad 1/3 badanych respondentów przestała używać przetworów konopi indyjskich bez specjalistycznej pomocy, co potwierdza wyniki uzyskane przez Price i in. (2001) mówiące o tym, że takie zaprzestanie jest w ogóle możliwe.

Generalnie zmiana wzoru używania marihuany pomiędzy okresem adolescencji a dorosłością nie ma związku z realizacją zadań rozwojowych. Jednak osoby, które ograniczyły lub przestały używać przetworów konopi indyjskich istotnie lepiej realizują zadania rozwojowe takie, jak „prowadzenie domu” czy „wybór partnera życiowego”. Może wiązać się to z tym, że jednym z głównych powodów zaprzestawania używania jest zmiana stylu życia, a ona często wynika z przyjmowania bardziej dojrzałych społecznie ról. Osoby, które używały marihuany w okresie dorastania w sposób problemowy oprócz zmiany stylu życia, również ponosiły negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji psychoaktywnych, co wpłynęło na zaprzestanie przez nich przyjmowania marihuany i obecnie stanowią oni grupę abstynentów. Natomiast osoby, które używały okazjonalnie najczęściej przestają używać przetworów konopi indyjskich z powodu braku satysfakcjonujących efektów.

Opisywane badania potwierdzają wyniki uzyskane przeze mnie w badaniu pilotażowym w zakresie powodów zaprzestawania używania konopi indyjskich (Kocoń, 2008). Najczęstsze powody zaprzestawania używania to: efekty nie na tyle satysfakcjonujące, by warto było kontynuować, trudności w zdobyciu narkotyku, wpływy społeczne, ponoszenie konsekwencji bądź obawa przed nimi, zmiana stylu życia związana z dorastaniem. Powody opisane przeze mnie zgodne są z wynikami Ellingstad’a (2006), według którego zaprzestanie używania marihuany bez pomocy specjalistycznej związane było głównie z indywidualnymi czynnikami. Najczęstszym powodem zaprzestania używania tego narkotyku podawanym przez respondentów w przytoczonym badaniu była zmiana postrzegania marihuany z pozytywnego na bardziej negatywny, problemy zdrowotne, strach przed negatywnymi konsekwencjami związanymi z używaniem danej substancji.

Przeprowadzone przeze mnie badania wzbogacają wyniki Ellingstad’a (2006), gdyż wskazują, że wzór używania w okresie dorastania ma wpływ na powody, jakie w późniejszym okresie decydują o zaprzestaniu używania marihuany. Mężczyźni, którzy w okresie dorastania okazjonalnie sięgali po marihuane, w wieku dorosłym przestawali jej używać ponieważ jej

palenie nie dostarczało im wystarczająco pozytywnych doznań. Natomiast wśród używających problemowo nie ma osób, które przestałyby używać z powodu niesatysfakcjonujących efektów, jakie daje marihuana. Najprawdopodobniej dla mężczyzn używających problemowo efekty, jakie dostarcza im narkotyki są pożądane, a jeśli nawet nie, to nie jest to wystarczający powód, by zaprzestać używania. Marihuana powoduje bowiem już zmiany w ich życiu i zaprzestanie używania może być zbyt trudne. Dopiero negatywne konsekwencje lub obawa przed nimi bądź też zmiana stylu życia, przesuująca ich priorytety życiowe wpływają na podjęcie decyzji o zaprzestaniu używania.

Wyniki wskazują również, że zaprzestanie używania przetworów konopi nie ma dużego wpływu na realizację zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości. Oznacza to, że zarówno osoby używające, jak i nie używające obecnie realizują zadania rozwojowe na podobnym poziomie. Wyjątek stanowią mężczyźni używający nadal przetwory konopi, którzy lepiej realizują zadanie „znalezienie własnej grupy społecznej” niż mężczyźni, którzy już nie używają. Może wiązać się to z większą przynależnością do środowiska osób palących niż ma to miejsce wśród mężczyzn nie używających marihuany. W okresie wczesnej dorosłości posiadanie społecznej sieci przyjaciół jest niezwykle istotne (Arnett, 2005), a palenie marihuany jest często elementem życia społecznego i wiąże się z budowaniem wokół siebie kręgu znajomych o podobnych zainteresowaniach. Osoby, które używają przetworów konopi również lepiej realizują zadanie, jakim jest „zrozumienie świata”. Może wiązać się to albo z bogatym życiem kulturalnym, społecznym, towarzyskim albo z dużą ciekawością poznawczą, która również jest zaspokajana poprzez używanie konopi. Jedną z prób interpretacji odnosi się do tego, iż respondenci ci mają przekonanie, że rozumieją otaczającą ich rzeczywistość w dużym stopniu, jednak przy pomiarze realnej wiedzy na ten temat mogłoby okazać się, że jest inaczej. Wpływ na ocenę może mieć fakt, iż osoby używające marihuanę w sposób problemowy mogą doświadczać już zespołu amotywacyjnego, który objawia się między innymi zmniejszoną energią, spadkiem ambicji, nieadekwatną oceną sytuacji, wyraźnym pogorszeniem pamięci, roztargnieniem, rozkojarzeniem, nieracjonalnymi myślami, skłonnością do ulegania sugestiom, kłopotami w porozumieniu się z innymi, zanikiem zainteresowań (Maisto, S., A., 2008). Wynik ten wymaga dalszej eksploracji.

Niewątpliwie jednym z ograniczeń przeprowadzonych badań jest fakt, iż wywiady z respondentami przeprowadzane były w różnych miejscach, w związku z tym, w różnych sytuacjach społecznych. Co za tym idzie, informacje dostarczane przez respondenta, np. w miejscu pracy, mogą różnić się jakościowo od informacji, których dostarczałby ten sam respondent badany np. w kawiarni. Każde z miejsc, w których przeprowadzane było badanie,

narzucało pewien kontekst społeczny, w którym uaktywniał się specyficzny i wyjątkowy tylko dla danej osoby badanej sposób postępowania. W związku z tym, w każdym miejscu badania aktywowana była inna rola, w jakiej osoba badana funkcjonowała, czyli różne jej wartości, normy czy percepcja rzeczywistości (por. Kreutz, Kreutz, 2005). Z drugiej strony zbieranie danych w sposób zastosowany przeze mnie gwarantowało badanemu większy komfort psychiczny (badany miał decydujący wpływ na to, gdzie odbywało się badanie).

W wyniku napotkanych trudności związanych ze znalezieniem grupy badawczej zaistniała konieczność nieznaczego rozszerzenia przedziału wieku respondentów w stosunku do pierwotnego planu.

Kolejnym ograniczeniem związanym z przeprowadzanymi analizami statystycznymi była mała grupa badawcza. Po podzieleniu grupy na podgrupy, niekiedy w danej podgrupie zostaje zaledwie kilka jednostek. Jest też możliwe, że mała liczba kobiet wśród respondentów zdecydowała o braku istotnych statystycznie zależności między zmiennymi w tej grupie. Również z tego powodu niezbędne jest przeprowadzenie na zebranych materiale badawczym dalszych analiz jakościowych.

Bibliografia

1. Anthony, J.C., Warner, L.A., Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Study. *Experimental Clinical Psychopharmacology* 2, str. 244-268.
2. Arnett, J.J. (2005). The Developmental Context of Substance Use in Emerging Adulthood. W: *The Journal of Drug Issues*. Str. 235-253.
3. Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Bryant, A.L., Merline, A.C. (2002). The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles and beliefs. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
4. Bachman, J.G., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Johnston, L.D., Schulenberg, J.E. (1997). Smoking, Drinking and Drug Use in Young Adulthood: The Impacts of New Freedoms and New Responsibilities. Lea, Mahwah, NJ.
5. Bobrowski, K. (2003). Badania epidemiologiczne a kierunki rozwoju lokalnej strategii profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. *Badania Ławskie. Alkoholizm i Narkomania*, Tom 16, nr. 1-2, str. 39-56
6. Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2008). Wzory i konsekwencje używania środków psychoaktywnych wśród młodzieży w wieku 13-15 lat i 18-19 lat. *Maszynopis*.
7. Chen, K., Kandel, D.B. (1998). Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. W: *Drug and Alcohol Dependence*, 50, str. 109-121.
8. Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C., Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. W: *Addiction*, 97 (Supplement 1), str. 4-15.

9. Dimoff, T., Carper, S. (1993). Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki. Warszawa: ELMA BOOKS.
10. Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M., B., Eickleberry, L., Golden, C.,J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. W: *Addictive Behaviors*, nr. 31, str. 519-530.
11. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Sprawozdanie roczne 2005: Narkomania w Europie. <http://annualreport.emcdda.eu.int/pl/home-pl.html?CFID=197861&CFTOKEN=11328661&jsessionid=2e3054345d0e2c51143b>
12. Fergusson, D.M., Horwood, L.H. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction* 95 (4), str. 505-520.
13. Fisher, R.P., McCauley, M.R., Falkner, K.L., Trevisan, M. (2000). Adapting the cognitive interview to enhance long-term (35 years) recall of physical activities. *Journal Of Applied Psychology*, 85, 180-189.
14. Fox, K. (2005). Doming of age In the eBay generation. Life-shopping and the new skills in the age of eBay. Social Issues Research Centre: <http://www.sirc.org/publik/Yeppies.pdf>
15. Góral, M., Zagórska, W. (2007). Fenomen wydłużania się moratorium psychospołecznego. Maszynopis niepublikowany. Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.
16. GUS (2004). Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku.
17. Havighurst, R., J. (1981). *Developmental tasks and education*. New York and London: Longman.
18. Kandel, D.B. (2002). *Stages and Pathways of Drug Involvement. Examining the Gateway Hypothesis*. Cambridge University Press. Edinburgh. UK.
19. Kocoń, K. (2008). Powody zaprzestawania używania kanabinoli przez młodych dorosłych. W: Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (red.). *Promocja Zdrowia Psychicznego. Badania i działania w Polsce*. Str. 147-161.
20. Kocoń, K. (2006). Sprawozdanie z realizacji dodatkowych zadań realizowanych w ramach projektu „Pilotażowe wdrożenie i ewaluacja funkcjonowania testu PUM w procesie interwencji wobec nastolatków używających przetwory konopi i innych narkotyków”. Maszynopis. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa.
21. Kohnken, G., Line, R., Memon, A, Bull, R. (1999). The cognitive interview: a meta-analysis. *Psychology, Crime and Law*, 5, 3-28.
22. Kouvonen, P., Skretting, A., Rosenqvist, P. (2006). *Drugs in the Nordic and Baltic Countries. Common concerns, different realities*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. No. 48.
23. Krejtz, K., Krejtz, I. (2005). Metoda analizy treści – teoria i praktyka badawcza. W: Steplewska-Żakowicz, K., Kreutz, K. (red.) *Wywiad psychologiczny 1 – wywiad jako postępowanie badawcze*. Str. 129-148.
24. Maisto, S. A., Galizio, M., & Connors, G. J. (2008). *Drug use and abuse (Fifth Edition)*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.
25. Maxwell, R. (1999). *Dzieci alkohol narkotyki. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
26. McGee, R., Williams, S., Poulton, R., Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95 (4). Str. 491-503.

27. Okulicz-Kozaryn, K. (2007). Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe Używanie Marihuany” (PUM) dla dorastających. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. Nr. 16 (2), str. 105-111.
28. Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Kocoń, K., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2005). Raport techniczny z realizacji projektu badawczego pn. Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
29. Perkonig, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H., Wittchen, H.U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescence. *Addiction* 94 (11), str. 1663-1678.
30. Price, R.K., Risk, N.K. & Spitznagel, E.L. (2001). Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use. W: *American Journal of Public Health*, nr. 91, str. 1107-1113.
31. Rogala-Oblękowska J (1999) *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nalogu*. Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych nauk Społecznych, Warszawa.
32. Rogala-Oblękowska J. (2002) *Narkoman w rodzinie. Wskazania dla terapii*. Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych nauk Społecznych, Warszawa
33. Rubacha, K. (2000). *Pełnienie roli nauczyciela a realizacja zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Toruń.
34. Sierosławski, J. (1999). *Narkotyki i narkomania w Polsce*. Trendy w rozwoju zjawiska. www.kbnp.gov.pl
35. Sierosławski, J. (2002) Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2002 roku. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania.
36. Smart, R.G., Ogborne, A.C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors*, 25 (3), str. 455-460.
37. Stempler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7 (17), str: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=17>
38. Sydow, K., von Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., Sonntag, H., Wittchen, H.U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescence and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 64, str. 347-361.
39. Szukalski A. (2005) Amfetamina, metaamfetamina, metkatinon i khat. W: Szukalski: *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 33-42.
40. Woynarowska, B., Mazur, J. (2005). Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej 2001/2002. Warszawa. Wydział Pedagogiczny UW.
41. World Health Organization (WHO) (1997). Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda. Geneva, Szwajcaria: WHO. Dostępne na: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO>

Załącznik 1

Informacja dla respondentów

Został Pan/Pani zaproszony/a do udziału w badaniach naukowych. Ich celem jest poznanie czynników kulturowych, rodzinnych i indywidualnych, jakie mogą mieć związek z używaniem narkotyków, zwłaszcza przetworów konopi indyjskich, w okresie dorastania. W związku z tym, interesują nas Pana/Pani opinie i doświadczenia z tym związane.

Dane uzyskane podczas przeprowadzanej ankiety i rozmowy są poufne i nikt spoza zespołu badawczego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, nie będzie miał dostępu do odpowiedzi udzielanych przez Pana/Panią. Dane personalne i wszystkie informacje, które mogłyby umożliwić zidentyfikowanie respondenta zostaną utajnione. Zebrane informacje będą wykorzystywane jedynie do opracowań naukowych. Jeżeli nie chce Pan/Pani odpowiadać na jakieś pytanie, proszę je pominąć. W każdym momencie może się Pan/Pani wycofać z udziału w badaniach. Jednak Pańskie uczestnictwo w tych badaniach jest dla nas nieocenioną pomocą i bardzo zależy nam na szczerych i dokładnych odpowiedziach.

Dziękujemy za pomoc,

mgr Katarzyna Kocoń

e-mail: koconk@ipin.edu.pl

tel.: 022 45 82 894

kom.: 503 79 06 76

Załącznik 2

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU

Poświadczam swoim podpisem, że zrozumiałam powyższe wyjaśnienia i wyrażam zgodę na przystąpienie do badania. Rozumiem, że kopia mojego podpisu i dane osobiste traktowane są jako ściśle poufne i udostępnione będą wyłącznie koordynatorowi badań. Jestem świadoma przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

.....
Podpis uczestnika badania

.....
Podpis osoby przyjmującej zgodę

.....
Miejsce, data

.....
Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgodę

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU

Poświadczam swoim podpisem, że zrozumiałem powyższe wyjaśnienia i wyrażam zgodę na przystąpienie do badania. Rozumiem, że kopia mojego podpisu i dane osobiste traktowane są jako ściśle poufne i udostępnione będą wyłącznie koordynatorowi badań. Jestem świadomy przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

.....
Podpis uczestnika badania

.....
Podpis osoby przyjmującej zgodę

.....
Miejsce, data

.....
Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgodę

Załącznik 3

Ankieta w formacie PDF