



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (95) 2021

NR 3

2021

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

WYWIAD Z DOMINIKĄ KROIS, STAŁYM PRZEDSTAWICIELEM RP PRZY BIURZE NARODÓW ZJEDNOCZONYCH I ORGANIZACJACH MIĘDZYNARODOWYCH W WIEDNIU, PRZEWODNICZĄCĄ KOMISJI DS. ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH	1
---	---

Prawo

PRAWNOKARNE PRZEPISY USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII A KODEKS KARNY <i>Krzysztof Krajewski</i>	3
---	---

Profilaktyka

IMPACT – PROGRAM EDUKACYJNO-PROFILAKTYCZNY ODPOWIEDZIĄ NA PRZEMOC RÓWIEŚNICZĄ <i>Anna Szuster</i>	9
PILOTAŻOWA EWALUACJA WYNIKU PROGRAMU PROFILAKTYKI PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH „DEBATA” <i>Maria Regina Wojcieszek, Iwona Piekarz, Stanisław Maciaszek, Krzysztof Andrzej Wojcieszek</i>	18

Leczenie, redukcja szkód

REDUKCJA SZKÓD WŚRÓD OSÓB CZYNNIE ZAŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE <i>Dawid Chojecki</i>	27
---	----

Uzależnienia behawioralne

ELEMENTY HAZARDU W GRACH WIDEO – PRZEGLĄD LITERATURY <i>Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska</i>	32
--	----

Badania, raporty

STRATEGIE OGRANICZANIA SZKÓD ZWIĄZANYCH Z PICIEM ALKOHOLU WŚRÓD MŁODZIEŻY Z GRUPY RYZYKA <i>Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski</i>	37
COVID-19 W EUROPIE A POMOC OSOBOM UZALEŻNIONYM <i>Artur Malczewski</i>	45

Internet

BEZPIECZEŃSTWO UCZESTNIKÓW RUCHU DROGOWEGO <i>Dane statystyczne z raportu NIK</i>	okładka III
CZAS WYKRYWALNOŚCI W ORGANIZMIE SUBSTANCJI OBNIŻAJĄCYCH ZDOŁNOŚĆ PROWADZENIA POJAZDU.....	okładka IV



Z Dominiką Krois, Stałym Przedstawicielem RP przy Biurze Narodów Zjednoczonych i Organizacjach Międzynarodowych w Wiedniu, przewodniczącą Komisji ds. Środków Odurzających, rozmawia Dominika Klimek.

– Jakie są Pani odczucia i refleksje po dotychczasowych sesjach Komisji?

Pełnienie funkcji przewodniczącej Komisji jest dla mnie ogromnym wyróżnieniem.

Myślę, że to bardzo ważne, aby Polska, poprzez swoje zaangażowanie w prace Biura Komisji, organu doradczego Rady Gospodarczej i Społecznej Narodów Zjednoczonych (ECOSOC), również w ten sposób zaznaczała swoją pozycję aktywnego członka społeczności międzynarodowej.

Tuż po zeszłorocznym, marcowym spotkaniu Komisji w Wiedniu, które odbyło się jeszcze z osobistym udziałem delegatów i przedstawicieli społeczności międzynarodowej, wprowadzono lockdown. Przez długi czas z wielu części świata docierały do nas dramatyczne relacje dotyczące rozwoju pandemii. Dlatego też to właśnie temat wypracowania odpowiedniej reakcji na pandemię właściwie zdominował dyskusję tegorocznej, kwietniowej sesji Komisji.

Zwyczajowo sesje przyjmują rezolucje i podejmują decyzje, natomiast obecna sesja przyjęła również statement, czyli pewnego rodzaju oświadczenie państw członkowskich. Odnosimy się w nim do próby wypracowania odpowiedniej, wieloaspektowej reakcji państw w dziedzinie środków odurzających w perspektywie rozwoju pandemii. Reakcji nie do końca jednolitej, bo trudno założyć, że wszystkie państwa będą podejmowały takie same działania zarówno od strony popytu na środki odurzające, jak i podaży. Ale świadomość istnienia wspólnego „wroga”, czyli świata przestępczego podejmującego działania na rzecz zwiększenia podaży środków odurzających i stworzenia łatwiejszego do nich dostępu – spowodowała integrację społeczności międzynarodowej na rzecz znalezienia wspólnej odpowiedzi na spowodowane pandemią problemy narkotykowe. W oświadczeniu poruszono zagadnienie konieczności wzmocnienia koordynacji i współpracy międzypaństwowej, również pomiędzy organami ścigania. Wiemy, że grupy przestępcze na początku pandemii też nie umiały sobie z nią poradzić, ale potem dość szybko zareagowały na zmieniające się warunki i zaczęły wykorzystywać nowe metody dystrybucji, przez co zwiększyły podaż środków odurzających i ich dywersyfikację. Dlatego tylko wspólne, wzmocnione

działania państw mogą być skuteczną reakcją na to, co dzieje się na rynkach narkotykowych.

Z drugiej strony oświadczenie jest bardzo zrównoważone. Koncentrujemy się w nim na człowieku, na problemach osób uzależnionych, którym przysługują pewne prawa. Kładziemy nacisk na zapobieganie problemom narkotykowym i pomoc uzależnionym.

Oświadczenie zostało przyjęte podczas segmentu otwierającego sesję Komisji, co nadało obradom określony kierunek. Komisja przyjęła też cztery rezolucje. Jedna z nich jest szczególnie nowatorska. Odnosi się do problematyki społeczności zmarginalizowanych. Mimo że tematyka jest bardzo trudna i złożona, zależało nam, by się nią zająć. W tym dokumencie chodzi o inne podejście do osób uzależnionych, zwłaszcza pochodzących ze społeczności zmarginalizowanych. O dostrzeżenie, że to nie uzależnienie powoduje marginalizację, tylko pewne czynniki społeczne i kulturowe. To właśnie pozostawanie na marginesie społeczeństwa może powodować sięganie po używki. Nie chodzi tylko o środki odurzające, ale również inne używki. Wiemy, że spożycie alkoholu wśród zmarginalizowanej części społeczeństwa też jest wysokie.

– To brzmi, jakby podejście związane z dostrzeganiem człowieka, z dużą empatią znajdowało swoje odzwierciedlenie w rezolucji.

Jak najbardziej. Ta rezolucja została przedstawiona przez Kanadę, a my – jako Unia Europejska – też byliśmy bardzo aktywnie włączeni w proces negocjacyjny.

Kolejna rezolucja dotycząca rozwoju alternatywnego została przedstawiona przez Tajlandię, Niemcy i Peru. Społecznościom, w życiu których dużą rolę odgrywają rośliny przeznaczone na środki odurzające, proponuje się innego rodzaju rozwój ekonomiczny i dostęp do rynku. Nie poprzez uprawę i sprzedaż chociażby maku opiumowego, ale inną uprawę rolną, która również przynosiłaby korzyści i środki do życia dla osób dotychczas zajmujących się uprawą maku czy krzewów koki.

Wspieranie tego typu działalności, czyli rozwoju alternatywnego, jest bardzo trudne. Uprawa jednego hektara maku opiumowego jest zdecydowanie bardziej lukratywna niż uprawa na przykład jednego hektara owoców mango,

dlatego wskazane i niezbędne jest tu aktywne działanie każdego państwa, którego ten problem dotyczy.

Co więcej, decyzja rolnika o podjęciu uprawy z przeznaczeniem na środki odurzające bywa wymuszona. Wiemy, że istnieją grupy przestępcze, które nie pozwalają „wyrwać” się rolnikowi z tego systemu i przestawić na uprawę kakao czy mango.

– Czy oprócz tych wątków, o których Pani wspomniała, podczas kwietniowego wydarzenia pojawiły się jeszcze jakieś inne istotne kwestie?

Podczas wcześniejszej sesji decydowaliśmy o rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia wobec konopi. Tym razem nie mieliśmy tak trudnych politycznie decyzji do podjęcia. Natomiast żadne wydarzenie w rodzaju sesji organu ONZ nie jest łatwe do prowadzenia. Problemy pojawiają się jeszcze przed sesją, często niespodziewanie. ONZ to grupa 193 państw reprezentujących 193 punkty widzenia na właściwie wszystkie sprawy społeczne, polityczne czy gospodarcze. Konieczne jest bardzo staranne przygotowanie sesji. Trzeba odbyć dużo rozmów, które prowadzi się w drodze spotkań bilateralnych, poza publicznością, zaproponować rozwiązania, aby przynajmniej niektóre problemy można było rozwiązać jeszcze przed rozpoczęciem sesji.

– Domyślam się, że nie jest to proste również dlatego, że kwestia „środków odurzających” zahacza o tak wiele różnych społecznych tematów, że właściwie niemalże każdy można by było z nią połączyć.

To prawda. Mówiąc „środki odurzające”, w powszechnym rozumieniu mamy na myśli narkotyki. Natomiast w języku angielskim w nazwie Komisji (Commission on Narcotic Drugs) pojawia się termin „drugs”. To są zarówno leki, czyli produkty przemysłu farmaceutycznego, rynku legalnego, jak i narkotyki – cały rynek nielegalny. Jeśli połączymy te dwa obszary, to jest to drugi co do wielkości biznes na świecie. Poza tym mamy też substancje, które są używane w medycynie, na przykład do uśmierzania bólu, ale również mogą one być wykorzystywane jako komponenty w produkcji nielegalnej. To wszystko jest bardzo skomplikowane.

– Jakie wyzwania nakreślili państwo na najbliższy czas? Myślę, że największym wyzwaniem pozostanie pandemia i odpowiedź na nią ze strony państw. Obawiam się, że problematyka uzależnień w najbliższym czasie może zejść na dalszy plan, bo jednak rządy będą musiały skon-

centrować się na reformach gospodarczych i wsparciu systemu ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 nadal trwa. Nie wiadomo, jak będzie się rozwijała w przyszłości. Nie wiemy, jakie będą kolejne fale, jakie mutacje wirusa się pojawią. Dlatego myślę, że z punktu widzenia polityki narkotykowej wyzwaniem będzie podjęcie starań, mających na celu podtrzymanie uwagi administracji rządowych na konieczności przeciwdziałania uzależnieniom i podaży narkotyków. Te problemy nadal istnieją i będą istnieć, a wręcz mogą się pogłębić.

Jeszcze jeden temat szczególnie zwrócił moją uwagę. W Unii Europejskiej mamy bardzo liberalną politykę narkotykową. O ile kiedyś wydawało się, że takie podejście może zainteresować również państwa w innych częściach świata, o tyle, opierając się na wypowiedziach delegacji państw członkowskich ONZ, wydaje mi się, że ta liberalna polityka traci na atrakcyjności. Państwa są raczej zainteresowane utrzymaniem swoich dotychczasowych, raczej restrykcyjnych polityk. Nie ich zaostrzeniem, ale utrzymaniem stabilnej polityki.

– Przyznam, że dało mi to do myślenia, bo w Europie mówi się dużo o redukcji szkód, o jeszcze bardziej otwartym podejściu do używek.

Pod koniec czerwca 2021 roku został wydany światowy raport narkotykowy. Z danych przekazywanych przez państwa członkowskie wynika, że w niektórych krajach, na przykład w Urugwaju, Kanadzie, także niektórych stanach USA – tam, gdzie został zliberalizowany dostęp do marihuany – wzrosła jej konsumpcja i częstotliwość sięgania po nią. Oczywiście brakuje nam jeszcze informacji o długoterminowych konsekwencjach takiej sytuacji. Nie wiemy, czy przełoży się to na zmniejszenie konsumpcji innych środków, które są bardziej uzależniające. Natomiast faktem jest, że spożycie marihuany wzrosło. To powoduje, że niektóre kraje sceptycznie podchodzą do liberalizacji prawa.

– Czy w przyszłości planuje Pani udział w innych wydarzeniach związanych z tematyką uzależnień?

Jesienią odbędą się spotkania pomocnicze Komisji, które będę współprowadzić, w grudniu poprowadzę natomiast sesję wznowioną. Jako przewodnicząca Komisji biorę też udział w spotkaniach ECOSOC-u oraz w innych wydarzeniach, dzięki którym możemy mieć wpływ na rozwój sytuacji i polityk narkotykowych.

– Dziękuję za rozmowę.

Akty ustawodawcze dotyczące problematyki narkomanii, poczynwszy od ustawy o zapobieganiu narkomanii z roku 1985 aż po ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2005, przyjęły pewien specyficzny model regulacji zagadnień związanych ze zjawiskiem narkomanii.

PRAWNOKARNE PRZEPISY USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII A KODEKS KARNY

Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii
Uniwersytet Jagielloński

Ten model sprowadza się do objęcia jednym aktem prawnym wszystkich kwestii związanych z przeciwdziałaniem używaniu w celach niemedycznych lub niezwiązanych z badaniami naukowymi substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Oznacza to, że ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku, a następnie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku miały z punktu widzenia rodzaju zawartych w nich norm prawnych mieszany charakter: przytłaczającą większość regulacji stanowiły normy o charakterze regulacyjnym, administracyjnoprawnym, z których wiele miało konsekwencje dla odpowiedzialności karnej. Poza tym jednak ustawy te zawierały zawsze osobny, obszerny rozdział z regulacjami o charakterze stricte prawnokarnym. Rozdział ten zawierał nie tylko definicje przestępstw polegających na naruszeniu różnego rodzaju zakazów i nakazów ustanowionych przez przepisy administracyjne ustawy, ale także przepisy dotyczące szczególnych zasad stosowania wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami substancji psychoaktywnych lub uzależnionymi od nich, pewnych środków oddziaływania prawnokarnego o charakterze leczniczym, z których niektóre przewidziane są także przez kodeks karny. Chodzi tutaj o szczególne regulacje dotyczące stosowania tzw. środków zabezpieczających o charakterze leczniczym oraz środków o charakterze probacyjnym. W obowiązującej ustawie z roku 2005 jest to rozdział 7, obejmujący art. 53-74. Jest to więc istotna objętościowo część ustawy.

Taki model jest przyjmowany w wielu krajach Europy (Austria, Holandia, Niemcy, Szwajcaria, Włochy, Zjednoczone Królestwo). Ale nie jest to model jedyny. Na przykład przed rokiem 1985 w Polsce większość kwestii administracyjnoprawnych w zakresie narkomanii uregulowana była w Ustawie z 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych

i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U.1951.1.4). Przepisy prawnokarne zawarte były natomiast w kodeksie karnym (z 1932 roku, a następnie z roku 1969). Takie rozdzielanie na „branżowych” zasadach materii legislacyjnej dotyczącej narkomanii ma miejsce w wielu krajach Europy (Belgia, Czechy, Hiszpania, Francja, Słowacja, Węgry). Każdy z tych modeli ma swoje zalety i wady. Zaletą regulacji kompleksowej jest to, że wszystko, co dotyczy materii związanej z narkotykami i narkomanią, jest skoncentrowane w jednym miejscu. Ponieważ polityka narkotykowa ma charakter „interdyscyplinarny”, „międzyresortowy”, bo obejmuje działania z zakresu polityki zdrowotnej i społecznej oraz z zakresu polityki kryminalnej, taka regulacja w jednym akcie prawnym ma głęboki sens. Wymaga to jednak także starannej koordynacji postanowień zawartych w takiej ustawie z regulacjami kodeksu karnego. W kraju mającym kłopoty ze standardami dobrej legislacji, a w Polsce problemy w tym zakresie narastają od lat, może to prowadzić do rozmaitych kłopotów. Poniżej przedstawię kilka przykładów wskazujących na brak koordynacji regulacji kolejnych polskich ustaw dotyczących narkomanii po roku 1990 z regulacjami kodeksów karnych.

Dualizm uregulowań

Polskie kodeksy karne zawierały zawsze regulacje dotyczące tzw. środków zabezpieczających. Dotyczy to także obowiązującego kodeksu z roku 1997. Chodzi o specjalne środki stosowane zamiast lub obok kary wobec pewnych specyficznych kategorii sprawców przestępstw. Takim najważniejszym środkiem jest tzw. detencja psychiatryczna, stosowana wobec sprawców niepoczytalnych. Ale specjalne środki stosowane są także wobec sprawców o ograniczonej

poczytalności oraz sprawców uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Kodeks karny z roku 1969 zawierał w tym ostatnim zakresie regulacje dotyczące izolacyjnego środka zabezpieczającego o charakterze leczniczym, orzekanego wobec sprawców uzależnionych od alkoholu lub narkotyków obok kary bezwzględnej pozbawienia wolności. Przewidywał także specjalne przepisy dotyczące szczególnych środków probacyjnych o charakterze leczniczym stosowanych wobec takich sprawców w przypadku orzeczenia kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W roku 1985 ustawa o zapobieganiu narkomanii (u.o.z.n.) wprowadziła w tym zakresie szczególne uregulowania w odniesieniu do osób uzależnionych od narkotyków. Oznaczało to zapoczątkowanie swoistego dualizmu rozwiązań w tym zakresie. Odrębne uregulowanie stosowania wobec sprawcy skazanego na karę bezwzględną pozbawienia wolności, będącego osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, specjalnego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia przed wykonaniem kary w stosownym zakładzie leczniczym, zawarte zostało w art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n. Oznaczało to, iż w praktyce stosowanie analogicznego leczniczego środka zabezpieczającego przewidzianego w art. 102 k.k. z 1969 roku, zostało ograniczone do sprawców uzależnionych od alkoholu. Wobec sprawców uzależnionych od narkotyków zastosowanie na zasadzie tzw. *lex specialis* miał art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n. Co jednak niezwykle istotne, w zakresie swego kształtu środek zabezpieczający przewidziany w u.o.z.n. z 1985 roku był dokładnym odpowiednikiem rozwiązań przyjętych w art. 102 k.k. Oba przepisy przewidywały bowiem możliwość umieszczenia pewnych kategorii sprawców uzależnionych skazanych na karę bezwzględną pozbawienia wolności w odpowiednim podmiocie leczniczym przed wykonaniem tej kary. Okresu tego pobytu nie określało się z góry, nie mógł on jednak przekroczyć 2 lat. O zwolnieniu z zakładu orzekał na podstawie wyników leczenia sąd, decydując równocześnie o tym, czy orzeczoną karę należy wykonać. Taka możliwość całkowitego nawet poniesienia wykonania orzeczonej kary bezwzględną pozbawienia wolności miała być premią za efektywne poddanie się leczeniu, a zarazem czynnikiem motywującym do terapii.

Art. 34 u.o.z.n. dodatkowo i odmiennie niż k.k. regulował tylko kilka szczegółowych kwestii. Podstawową różnicę między obiema regulacjami wprowadzał przepis art. 34 ust. 4 zd. 2 u.o.z.n., zgodnie z którym, jeśli skazany nie poddawał się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszczał się rażącego

naruszenia regulaminu placówki leczniczej, zwolnienie mogło nastąpić także na wniosek tego podmiotu, a więc nie tylko na skutek pomyślnego zakończenia leczenia lub upływu jego maksymalnego, dwuletniego okresu. Takiej podstawy zwolnienia nie przewidywał art. 102 k.k. z 1969 roku. Przepis ten był zapewne wynikiem uwzględnienia przez ustawodawcę realiów ówczesnej, bardzo szczupłej bazy leczniczej dla osób uzależnionych od narkotyków oraz obaw lekarzy i terapeutów prowadzących ośrodki leczenia uzależnień. Chodziło o to, że osoby umieszczone w takich ośrodkach na podstawie decyzji sądu, a więc przebywające w nich niedobrowolnie, mogą poważnie zakłócać ich funkcjonowanie i negatywnie oddziaływać na pozostałych pacjentów. Stąd stworzenie stosownej furtki bezpieczeństwa umożliwiającej placówce usunięcie takich trudnych przypadków.

Drugą odrębność stanowiło to, że minimalny okres pobytu w placówce leczniczej przewidziany w k.k., i wynoszący 6 miesięcy, nie występował w u.o.z.n. Inaczej mówiąc, zwolnienie osoby umieszczonej w placówce na podstawie art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n., mogło nastąpić w każdej chwili, przede wszystkim ze względu na odmowę poddania się leczeniu lub naruszanie regulaminu placówki, ale także na podstawie przesłanek natury terapeutycznej.

Poza wskazanymi dwiema różnicami, w obu wypadkach chodziło jednak o skonstruowany według tego samego modelu środek o charakterze izolacyjnym, wykonywany przed odbyciem kary pozbawienia wolności (tj. tzw. środek prepenalny), którego stosowanie miało fakultatywny charakter. W tym sensie dualizm rozwiązań kodeksowych i u.o.z.n. był racjonalny: ustawa przyjmowała co do zasady taki sam jak w k.k. model środka zabezpieczającego, a więc przyjęte regulacje miały jednolity systemowo charakter. U.o.z.n. odrębnie regulowała tylko pewne dodatkowe, szczegółowe kwestie.

Różnice uregulowań

Powyższy dualizm uregulowań dotyczących środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie leczniczym uzależnionego sprawcy przestępstwa skazanego na karę bezwzględną pozbawienia wolności został zachowany także po roku 1997, to jest po uchwaleniu nowego kodeksu karnego oraz nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (u.o.p.n. 1997). Przybrał on jednak odmienny charakter. O ile do roku 1997 u.o.z.n. po prostu dodatkowo regulowała pewne szczegółowe kwestie, ale według tego samego

modelu co k.k. z roku 1969, o tyle po tej dacie regulacje k.k. i u.o.p.n. zaczęły się wyraźnie, i raczej bez jakiegokolwiek wyraźnego uzasadnienia, rozchodzić. Taki stan rzeczy musi budzić zdziwienie, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, iż prace legislacyjne nad nowym kodeksem karnym i nową ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii toczyły się w Sejmie praktycznie równolegle, a obie ustawy zostały przyjęte w niewielkim odstępie czasu (u.o.p.n. w kwietniu, a k.k. w czerwcu 1997 roku). Najwyraźniej jednak nie podjęto jakiegokolwiek próby koordynacji przyjmowanych rozwiązań dotyczących omawianego środka zabezpieczającego, co miało jednoznacznie negatywne konsekwencje, które następnie już tylko się pogłębiały. Można wręcz odnieść wrażenie, że w trakcie prac legislacyjnych w latach 1996–1997 „nie wiedziała lewica, co czyni prawica” i twórcy obu ustaw po prostu nawzajem się ignorowali. W konsekwencji pojawiły się różnice w uregulowaniach kodeksowych i ustawowych, które najwyraźniej nie miały jakiegokolwiek uzasadnienia merytorycznego.

Rzecz w tym, że nowy kodeks karny w istotny sposób zmienił model leczniczego środka zabezpieczającego, uregulowanego dawniej w art. 102 k.k. z 1969 roku, natomiast u.o.p.n. z roku 1997 pozostała przy tym modelu bez jakichkolwiek zmian. W świetle nowych uregulowań przyjętych w art. 96 k.k. z 1997 roku różnice w stosunku do art. 56 ust. 3-5 u.o.p.n. 1997, który został po prostu bez jakichkolwiek zmian, *in extenso* inkorporowany z tekstu dawnej u.o.z.n., zaczęły nabierać istotnego charakteru. Wspólne dla uregulowań obu aktów prawnych pozostało zachowanie prepenalnego charakteru tych środków, wykonywanych przed karą pozbawienia wolności, oraz fakultatywnego ich charakteru. Różnic pomiędzy nowymi regulacjami było jednak znacznie więcej. Nowy k.k. przewidywał znowu minimalny czas wykonywania środka zabezpieczającego, ale tym razem wynoszący 3 miesiące, co – tak jak dawniej – nie miało odpowiednika w u.o.p.n. Środek kodeksowy można było orzec tylko w przypadku skazania na karę do 2 lat pozbawienia wolności, a w przypadku orzeczenia kary bezwzględnego pozbawienia wolności w wyższym wymiarze, leczenie mogło być realizowane w trakcie wykonania kary. U.o.p.n. z 1997 roku nie przewidywała tutaj jakichkolwiek ograniczeń. Wreszcie kodeks przewidywał nowe, sensowne rozwiązania w postaci możliwości przekształcenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym w leczenie ambulatoryjne i możliwości warunkowego przedterminowego zwolnienia, niezależne od reguł ogólnych, oraz stanowił, że okres pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwy-

kowego zalicza się na poczet kary. Pierwsze dwie spośród tych możliwości w ogóle nie były znane u.o.p.n., natomiast w trzecim przypadku ustawa pozostała przy starym rozwiązaniu: sąd po zakończeniu leczenia decydował o tym, czy orzeczoną karę wykonać.

Reasumując, można powiedzieć, iż w roku 1997 rozpoczął się proces „rozchodzenia się” regulacji k.k. i u.o.p.n. w odniesieniu do przewidzianych w obu ustawach środków zabezpieczających. Przyczyny przyjęcia przez ustawodawcę takich zróżnicowanych rozwiązań pozostają nieznane. Trudno jednak zakładać, że miały one merytoryczny charakter, i że ustawodawca uznał, iż kodeksowy leczniczy środek zabezpieczający, oparty na nowych rozwiązaniach, jest z jakichś powodów „lepszy” dla sprawców uzależnionych od alkoholu, podczas gdy stary środek zachowany w u.o.p.n., z równie tajemniczych powodów, jest „lepszy” dla osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych.

Wejście w życie nowej, obowiązującej do dzisiaj u.o.p.n. z 2005 roku, nic nie zmieniło w powyższym stanie rzeczy. Pomimo tego, iż nowa ustawa zmieniła wiele przepisów dotyczących przeciwdziałania narkomanii, zmiany w jej rozdziale 7, zawierającym przepisy karne, były relatywnie niewielkie, a przepis dotyczący środków o charakterze leczniczym stosowanych wobec skazanych uzależnionych od substancji psychoaktywnych (art. 71 u.o.p.n.) został po prostu *in extenso* przeniesiony z ustawy z 1997 roku (a więc *de facto* z u.o.z.n. z roku 1985). Tym samym ustawodawca nie skorzystał z nadarzającej się okazji skoordynowania czy wręcz ujednolicenia rozwiązań u.o.p.n. i k.k. Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii do dzisiaj twardo obstaje więc przy modelu środka zabezpieczającego stosowanego wobec uzależnionych od narkotyków, wywodzącego się z rozwiązań przyjętych w k.k. z 1969 roku i z żelazną konsekwencją ignoruje wszelkie zmiany, jakie dokonywały się w tym zakresie w polskim prawie karnym od roku 1997.

Kolejnym przejawem tego wzajemnego ignorowania się kodeksu karnego i ustawodawstwa narkotykowego jest pozostawienie nietkniętymi omawianych rozwiązań u.o.p.n. przez twórców noweli k.k. z roku 2015, która całkowicie na nowo napisała rozdział X k.k., radykalnie przekształcając regulacje dotyczące wszystkich kodeksowych środków zabezpieczających. Można powiedzieć, że po wejściu w życie tej nowelizacji k.k. (1 lipca 2015 roku) środki zabezpieczające uregulowane w obu aktach prawnych zaczęły w znacznym stopniu funkcjonować w dwóch odmiennych światach, według drastycznie odmiennych zasad. Ta schizofrenia

rozwiązań obu aktów prawnych ma dzisiaj dwie podstawowe konsekwencje. Po pierwsze, nowy środek zabezpieczający, wprowadzony przez art. 93a § 1 pkt 3 k.k., a mianowicie terapia uzależnień, jest wykonywany po odbyciu kary (tj. ma charakter środka postpenalnego) i ma wyłączne wolnościowy charakter, podczas gdy środek przewidziany w art. 71 ust. 3-5 u.o.p.n. w postaci umieszczenia skazanego na karę bezwzględnego pozbawienia wolności sprawcy uzależnionego od środków odurzających, substancji psychotropowych, a poczynając od nowelizacji u.o.p.n. z roku 2018 także nowych substancji psychoaktywnych, w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, ma nadal charakter izolacyjnego środka prepenalnego. Większą niespójność systemową trudno sobie chyba wyobrazić, tym bardziej, że w ogóle nie wiadomo, czym takie odmienne uregulowanie leczenia osób uzależnionych od alkoholu z jednej strony i od narkotyków z drugiej miałoby być uzasadnione. Po drugie, środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 3 k.k., stosowany wobec sprawców uzależnionych od alkoholu, ma w myśl art. 93d § 1 k.k. charakter środka bezwzględnie nieoznaczonego, tj. czasu jego stosowania nie określa się z góry i nie ma żadnej górnej granicy jego wykonywania (co zresztą jest rozwiązaniem wysoce wątpliwym). Natomiast umieszczenie sprawcy uzależnionego w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, w oparciu o art. 71 ust. 3 u.o.p.n., ma, zgodnie z treścią art. 74 ust. 4 zd. 1 u.o.p.n., charakter środka względnie nieoznaczonego, tj. czasu pobytu w podmiocie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata.

Wypada także zwrócić uwagę na inny problem będący wynikiem niespójności uregulowań obu aktów prawnych. Rzecz w sposobie ustalania faktu uzależnienia. W literaturze karnistycznej i orzecznictwie sądowym przez lata reprezentowany był pogląd, iż stwierdzenie istnienia uzależnienia jest w zasadzie okolicznością wymagającą posiadania tzw. wiadomości specjalnych w rozumieniu przepisów kodeksu postępowania karnego, a więc wymaga powołania biegłych, którymi powinni być specjaliści w zakresie psychiatrii. Poczynając jednak od nowelizacji u.o.p.n., dokonanej w roku 2011, ustawa zawiera w tym zakresie szczególnie rozwiązanie w postaci art. 70a u.o.p.n. Zgodnie z tym przepisem, jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że podejrzanym jest osobą uzależnioną lub używającą substancji psychoaktywnych szkodliwie, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządzają zebranie stosownych informacji w tym zakresie przez specjalistę psychoterapii

uzależnień, tj. osobę posiadającą kwalifikacje, o których mowa w art. 27 u.o.p.n. Procedura zbierania informacji przez specjalistę psychoterapii uzależnień jest w zasadzie zbliżona do wywiadu środowiskowego realizowanego w trybie art. 214 k.p.k. Podkreślić jednak należy, iż informacje zebrane przez specjalistę psychoterapii uzależnień oraz dokonana przez niego ich ocena zastępują w zasadzie opinie biegłych psychiatrów w tym zakresie i mogą stanowić podstawę stosowania instytucji przewidzianych w art. 71 i 72 u.o.p.n. Stanowi to niewątpliwie znaczne ułatwienie i uproszczenie postępowania. Jest jednak oczywiste, że przepis ten odnosi się tylko do przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych kontrolowanych na mocy u.o.p.n., a więc innych niż alkohol. Tryb ustalania faktu uzależnienia w stosunku do uzależnionych od alkoholu jest więc całkowicie odmienny, co musi budzić zdumienie, tym bardziej, że w warunkach polskich uzależnienie sprawcy przestępstwa od alkoholu jest niewątpliwie czymś znacznie częstszym. Jego ustalenie wymaga jednak znacznie bardziej skomplikowanego i czasochłonnego *modus procedendi*.

Nakładanie obowiązków probacyjnych

Kolejna kwestia związana ze wspomnianym dualizmem rozwiązań k.k. i u.o.p.n. dotyczy wprowadzonej po raz pierwszy przez u.o.z.n. z 1985 roku odrębnej regulacji dotyczącej zasad nakładania obowiązków probacyjnych na sprawców przestępstw popełnionych w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych będących osobami uzależnionymi od tych środków lub substancji, a także stosowania wobec nich instytucji dozoru wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej. Otóż w myśl art. 34 ust.1 u.o.z.n. w przypadku skazania takiego sprawcy na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, zobowiązanie skazanego do poddania się leczeniu i rehabilitacji w odpowiednim zakładzie leczniczym i rehabilitacyjno-readaptacyjnym miało obligatoryjny charakter. Obligatoryjne było także oddanie takiego skazanego pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej. Przepis art. 34 ust. 1 u.o.z.n. miał zatem charakter *lex specialis* w stosunku do art. 75 § 1 pkt 7 k.k. z 1969 roku, zgodnie z którym nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci zobowiązania do poddania się leczeniu miało jedynie charakter fakultatywny. Również oddanie skazanego, w stosunku do którego sąd skorzystał z możliwości warunkowego zawieszenia

orzeczonej kary pozbawienia wolności, pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej, miało, w myśl art. 76 § 2 k.k. z 1969 roku, co do zasady charakter fakultatywny. Ustawa z 1985 roku zawierała także odrębne uregulowania dotyczące zarządzenia wykonania warunkowo zawieszanej kary pozbawienia wolności. Zgodnie z treścią art. 34 ust. 2 u.o.z.n. sąd mógł na wniosek osoby, instytucji lub organizacji społecznej sprawującej dozór nad skazanym, a także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie i rehabilitację, zarządzić wykonanie zawieszanej kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchylał się od obowiązku leczenia albo dopuszczał się rażącego naruszania regulaminu zakładu leczniczego. Powyższa regulacja stwarzała dodatkową przesłankę fakultatywnego zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności orzeczonej z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, wychodzącą poza przesłanki obligatoryjnego i fakultatywnego zarządzenia jej wykonania określonego w art. 78 k.k. z 1969 roku.

Tak jak w przypadku wcześniej omówionej regulacji art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n., również szczególne regulacje art. 34 ust. 1-2 te same ustawy miały zborny systemowo charakter regulacji szczególnych w stosunku do przepisów k.k. z 1969 roku. Ustawodawca, wprowadzając takie rozwiązanie, oparł się na jednolitym modelu orzekania obowiązków probacyjnych, wprowadzając jedynie odmienne uregulowania w odniesieniu do skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Uzasadnieniem tych odmienności była zapewne potrzeba uwzględnienia w szerszym zakresie w prawnokarnej reakcji szczególnych cech sprawcy uzależnionego od narkotyków, a tym samym potrzebę jego leczenia i terapii, które – słusznie – postrzegano jako podstawowy czynnik mogący zapobiec jego powrotowi do przestępstwa. Można oczywiście zastanawiać się, dlaczego np. wprowadzając w roku 1985 szczególne rozwiązania w odniesieniu do sprawców uzależnionych od narkotyków, nie wprowadzono również do k.k. z 1969 roku obligatoryjności nałożenia obowiązku poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu? Ostatecznie trudno znaleźć merytoryczne uzasadnienie odmiennego sposobu traktowania obu form uzależnienia. Można jednak przypuszczać, że ówczesny ustawodawca przyjął tutaj swoistą postawę realistyczną. Wobec powszechności występowania problemów alkoholowych w polskim społeczeństwie, a w szczególności wśród sprawców przestępstw, obligatoryjność nałożenia obowiązku le-

czenia uzależnienia sprawcy przestępstwa od alkoholu okazałaby się po prostu niemożliwa do wyegzekwowania. W roku 1997, w momencie wejścia w życie nowego k.k. oraz nowej u.o.p.n., powyższa paralelność rozwiązań kodeksowych i ustawowych uległa pewnej komplikacji. Rzecz w tym, iż u.o.p.n. z roku 1997, tak samo jak w przypadku omawianych wcześniej regulacji dotyczących środka zabezpieczającego, w nowym przepisie art. 56 ust. 1-2 przejęła *in extenso* i bez jakichkolwiek zmian treść art. 34 ust. 1-2 u.o.z.n. Nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym utrzymało więc swój obligatoryjny charakter. Natomiast w myśl art. 72 § 1 k.k. z 1969 roku nałożenie takiego obowiązku probacyjnego, tak jak wszystkich innych obowiązków przewidzianych w tym przepisie, utrzymało charakter fakultatywny. Równocześnie jednak nowy kodeks wprowadził pewne *novum* w postaci art. 74 § 1 k.k., w myśl którego nałożenie obowiązku w postaci poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu (bo taką raczej archaiczną terminologię utrzymał nowy kodeks karny) lub rehabilitacyjnemu (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.), wymagało zgody skazanego. Przyjęcie takiego rozwiązania, być może co do zasady słusznego, bo zmierzającego do uniknięcia w takich sytuacjach trybu leczenia noszącego znamiona przymusu, miało jednak pewne problematyczne konsekwencje. Rodziło się bowiem pytanie, czy norma art. 74 § 1 k.k. znajdowała zastosowanie do orzekania obowiązku poddania się leczeniu w oparciu o art. 56 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku? Za takim rozwiązaniem przemawiała treść art. 116 k.k., zgodnie z którym przepisy części ogólnej kodeksu karnego stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłączają ich zastosowanie. Art. 58 u.o.p.n. z 1997 roku (dzisiaj art. 74 u.o.p.n.) wykluczał stosowanie w zakresie uregulowanym odrębnie w rozdziale 6 tej ustawy jedynie art. 96-98 k.k. Nie wykluczał stosowania art. 74 § 1 zdanie 2. Oznaczałoby to konieczność uzyskania zgody skazanego również w przypadku zastosowania art. 56 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku.

Równocześnie jednak nie ulega wątpliwości, że art. 58 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku (a dzisiaj art. 72 ust. 1 u.o.p.n.), poprzez brak wyrażonego *expressis verbis* wymogu uzyskania zgody skazanego na nałożenie takiego obowiązku, miał charakter *lex specialis* w stosunku do art. 74 § 1 k.k., co sugerowałoby, iż zgoda skazanego nie jest wymagana. Inna wykładnia mogłaby mieć zresztą paradoksalne konsekwencje. Brak zgody skazanego uniemożliwiałby bowiem

sądowi zastosowanie środka, do którego zastosowania był on skądinąd zobowiązany. Uzależnianie zastosowania środka o obligatoryjnym charakterze od zgody skazanego byłoby dość dziwaczne. Rodziło to także pytanie: jakie w przypadku braku zgody skazanego alternatywy miał do dyspozycji sąd? Czy niemożność zastosowania – na skutek braku zgody skazanego – środka, który co do zasady miał obligatoryjny charakter, oznaczała, że niedopuszczalne stawało się warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności? Byłaby to bardzo daleko idąca konsekwencja, chyba jednak niezbyt racjonalna i niezgodna z intencjami ustawodawcy. Stąd przyjmowano najczęściej, że nałożenie obowiązku, o którym była mowa w art. 58 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku (a dzisiaj w art. 72 ust. 1 u.o.p.n.), nie wymaga uzyskania zgody skazanego. Jest to jednak kolejny przypadek dysfunkcjonalności dualizmu regulacji kodeksowych i ustawowych w sytuacji, gdy obie regulacje nie opierają się na jednolitych założeniach modelowych, a regulacje u.o.p.n. nie są wyłącznie wyjątkami od regulacji kodeksowych. Najwyraźniej twórcy k.k. w ogóle nie wzięli pod uwagę konsekwencji wymagania zgody skazanego dla stosowania art. 71 ust. 1-2 u.o.p.n., a twórcy u.o.p.n. nie zastanowili się, jak ewentualnie do tej nowej regulacji dostosować przepisy nowej ustawy.

Taka sytuacja miała miejsce do 30 czerwca 2005 roku, albowiem przepisy nowej u.o.p.n. z 2005 roku nic w tym zakresie nie zmieniły. Art. 71 ust. 1-2 tej ustawy – pomijając pewne zmiany redakcyjne – przejął *in extenso* treść art. 56 ust. 1-2 u.o.p.n. z roku 1997, a tym samym treść art. 34 ust. 1-2 u.o.z.n. z roku 1985. Od 1 lipca 2015 roku relacja pomiędzy przepisami u.o.p.n. a znowelizowanymi przepisami k.k. uległa jednak dalszej komplikacji. Rzecz w tym, że nowelizacja z roku 2015 zmieniła w istotny sposób treść przepisu art. 72 § 1 k.k. Zgodnie z jego nowym brzmieniem, w przypadku warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności nałożenie przynajmniej jednego z wymienionych w tym przepisie obowiązków probacyjnych (w tym wymienionego w pkt 6 obowiązku poddania się terapii uzależnień), stało się obligatoryjne, poza przypadkami, gdy sąd orzeka środek karny (tj. jeden ze środków przewidzianych w rozdz. V k.k., jak zakaz zajmowania stanowisk, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych, przepadek przedmiotów itp.). W tym ostatnim wypadku nałożenie przynajmniej jednego obowiązku probacyjnego pozostaje fakultatywne. Zgodnie z treścią art. 74 § 1 k.k. nałożenie obowiązku poddania się terapii uzależnień wymaga jednak nadal

zgody skazanego. Jeśli sąd nie orzeka więc środka karnego, nałożenie obowiązku probacyjnego, o którym mowa w art. 72 § 1 pkt 6 k.k. (poddanie się terapii uzależnień), ma w zasadzie względnie obligatoryjny charakter. Jeśli skazany odmawia poddania się takiej terapii, sąd może nałożyć inne obowiązki probacyjne i uczynić tym samym zadość wymogom formalnym. Czy w przypadku osoby uzależnionej, zastąpienie obowiązku poddania się terapii jakimkolwiek innym obowiązkiem probacyjnym będzie miało sens merytoryczny, to osobna kwestia. Nałożenie jakiegokolwiek innego obowiązku probacyjnego niż ten wymieniony w art. 72 § 1 pkt 6 k.k. umożliwia jednak co do zasady zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności. W świetle regulacji art. 74 u.o.p.n. dotyczy to oczywiście tylko skazanych uzależnionych od alkoholu. Do skazanych uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych stosuje się bowiem nadal art. 71 ust. 1 u.o.p.n., a w ramach tego przepisu nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym ma charakter bezwzględnie obligatoryjny i nie jest uzależnione od zgody skazanego. Pozostaje jednak pytanie o konsekwencje odmowy skazanego poddania się takiemu leczeniu lub rehabilitacji wyrażonej już w momencie wyrokowania. Dotyczy to przede wszystkim tego, czy może ona być traktowana np. jako negatywna przesłanka dopuszczalności zastosowania instytucji warunkowego zawieszenia wykonania kary? Podstawowy problem związany z środkami leczniczymi mogącymi znaleźć zastosowanie wobec uzależnionych sprawców przestępstw, przewidywanymi przez przepisy k.k. i u.o.p.n., polega na tym, iż poczynając od roku 1997 skonstruowane są one w sposób najwyraźniej „antysystemowy” i stwarzają niekiedy wrażenie osobnych, niepowiązanych ze sobą regulacji. Ów dualizm sprowadzający się do dalece odmiennego regulowania leczenia sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu z jednej i od szeroko rozumianych narkotyków z drugiej strony, nie ma w gruncie rzeczy jakiegokolwiek uzasadnienia merytorycznego, a jego konsekwencje praktyczne mają jednoznacznie dysfunkcjonalny charakter. Dlatego postulować należy ujednolicenie regulacji dotyczących środków zabezpieczających i innych środków o charakterze leczniczym stosowanych wobec sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub innych podobnie działających środków. Jak to uczynić, to już zupełnie osobna kwestia.

W artykule prezentowany jest program IMPACT – Interdyscyplinarny Model Przeciwdziałania Agresji i Cyberprzemocy Technologicznej. Jest to innowacyjny program profilaktyczny dla szkół, którego celem jest zapobieganie zjawisku cyberprzemocy wśród młodzieży w wieku 13-16 lat. Został stworzony przez konsorcjum złożone z organizacji pozarządowych i jednostek naukowych przy udziale badaczy i praktyków zajmujących się tematyką przemocy rówieśniczej on-line¹.

IMPACT – PROGRAM EDUKACYJNO- -PROFILAKTYCZNY ODPOWIEDZIĄ NA PRZEMOC RÓWIEŚNICZĄ

Anna Szuster

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Partnerzy programu: cele i zadania

Grupa badaczy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (dr Julia Barlińska i prof. Anna Szuster) oraz Instytutu Medycyny Pracy z Łodzi (prof. Jacek Pyżalski i dr Piotr Plichta) zainicjowała napisanie wniosku w związku z ogłoszonym przez NCBiR konkursem w ramach Innowacji Społecznych. Przedsięwzięcie ukierunkowane było na profilaktykę cyberprzemocy rówieśniczej. Najważniejszym jego rezultatem miało być opracowanie programu lekcji z tego zakresu adresowanych do uczniów w wieku 13-16 lat.

Chcąc poszerzyć interdyscyplinarny charakter programu, do współpracy zaproszono także badaczy z Wydziału Informatyki Politechniki Warszawskiej (dr. Krzysztofa Gołofita i dr Magdalenę Szerzyńską). Natomiast do wdrożenia programu zaproszono grupę praktyków: osoby z Fundacji Praesterno, która zajmuje się profilaktyką uzależnień, oraz osoby z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. W konsekwencji powstała zróżnicowana grupa realizatorów tego szeroko zakrojonego przedsięwzięcia o komplementarnych kompetencjach. Część badawcza: treści lekcji, metody ich realizacji, opracowanie podręcznika dla nauczycieli była domeną badaczy. Część wdrożeniowa była udziałem praktyków: nad profesjonalnym dostosowaniem treści, ćwiczeń do poziomu beneficjentów programu – uczniów gimnazjów, graficznym opracowaniem materiałów wykorzystywanych na lekcjach, redaktorsko-edycyjnymi pracami nad podręcznikiem dla nauczycieli oraz kontaktami z nauczycielami czu-

wali przedstawiciele Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Liderem projektu odpowiedzialnym za organizację badań, rekrutację szkół i nauczycieli, przygotowanie szkoleń i rekrutację do nich nauczycieli, opracowanie i przeprowadzenie ewaluacji programu oraz przeprowadzenie analizy jej wyników była Fundacja Praesterno. Wszyscy partnerzy zaangażowani byli w szkolenia nauczycieli zainteresowanych realizacją programu lekcji w swoich szkołach.

IMPACT – odpowiedź na zjawisko przemocy rówieśniczej

Pomysłodawcą akronimu IMPACT był prof. Jacek Pyżalski – specjalista i badacz cyberprzemocy rówieśniczej. Za pośrednictwem nazwy chciano zwrócić uwagę na potencjał aplikacyjny programu: ograniczenie negatywnych zachowań młodzieży w przestrzeni cyfrowej. IMPACT zatem to Interdyscyplinarny Model Przeciwdziałania Agresji i Cyberprzemocy Technologicznej.

Punktem wyjścia konstrukcji programu była pogłębiona analiza zjawiska cyberprzemocy rówieśniczej. Cyberprzemoc postrzegano jako zjawisko o szczególnej naturze: interdyscyplinarne, wieloaspektowe, złożone, powszechne i uniwersalne. Interdyscyplinarność rozumiano jako zaangażowanie w proces tworzenia i realizacji programów specjalistów z różnych dziedzin (pedagogów i psychologów, ale również specjalistów IT). Wieloaspektowość oznacza m.in. działania kierowane zarówno do konkretnych dzieci (np. ofiar), jak i klasy oraz całej społeczności szkolnej, a także

aktywności codzienne oraz rzadsze – podejmowane aktywnie, proaktywne i reaktywne. Złożoność ujawnia się w różnych formach agresji, zarówno werbalnej, jak i fizycznej, realizowanej w przestrzeni on- i off-line, a także w wielości mechanizmów odpowiedzialnych za regulację tego rodzaju zachowań, które częściej mają charakter automatyczny, rzadziej refleksyjny. Jednocześnie zakres i stopień upowszechnienia zjawiska (głównie za sprawą mediów i narzędzi cyfrowych) czyni je, jak pokazują badania (Pyżalski, 2012; Smith, 2016), powszechnym. Jego uniwersalność wyraża się „brakiem narodowości” – niezależnie od kultury powielane są te same wzorce i przejawy zachowań.

Stare wino w nowej butelce – ta metafora wskazuje na specyfikę cyfrowego charakteru przemocy rówieśniczej: poczucie anonimowości i jej następstwa w postaci „efektu pilota”, rozproszenia odpowiedzialności, zachodzenia ról: świadka, sprawcy i ofiary, w tym nieintencjonalnego wspierania cyberprzemocy przez świadków w przestrzeni cyfrowej. Cyberprzemoc cechuje także wielokrotność i powielanie aktów przemocy w sieci. Te charakterystyki są pochodną cyfrowego charakteru narzędzi, a także ograniczonych możliwości ich kontroli przez dorosłych. Wszak to młodzi są tu ekspertami.

Takie podejście do zjawiska uzasadniało uwzględnienie, obok pedagogiczno-psychologicznego, także jego technologicznego aspektu. Powstał zatem pierwszy zintegrowany projekt przeciwdziałania cyberprzemocy, łączący aspekty: psychologiczny (UW), pedagogiczny (IMP) i technologiczny (PW).

Profilaktyczna perspektywa programu

Warunkiem podejmowania skutecznych działań profilaktycznych jest pogłębione rozumienie internetu jako ważnego środowiska funkcjonowania młodych ludzi, przynoszącego i korzyści, i zagrożenia, zarówno w perspektywie autorów programu, jak i jego potencjalnych beneficjentów. Potrzebne jest również zaakceptowanie tego, że funkcjonowanie on-line i off-line zwykle w znacznym stopniu nakłada się na siebie. W profilaktyce oznacza to m.in. potrzebę znajdowania równowagi między postrzeganiem cyberprzemocy jako zjawiska nowego, swoistego, odmiennego od tradycyjnych form krzywdzenia a taką perspektywą,

w której uważa się, że właściwie nic się nie zmieniło, używane jest „tylko” inne narzędzie.

Uznaliśmy za zasadne przesunięcie akcentów z działań skoncentrowanych głównie na czynnikach ryzyka w kierunku dowartościowania pozytywnego korzystania z kontekstu cyfrowego (ku działaniom prorozwojowym i prospołecznym). Oznacza to zaangażowanie młodych ludzi w pozytywne aktywności w internecie, stanowiące czynnik chroniący, wyrastający z koncepcji resilience (Ostaszewski, 2014; Barlińska, Plichta, Pyżalski, Szuster, 2018).

Przyjęliśmy założenie, iż uwzględnianie w większym stopniu perspektywy adresatów działań (ich satysfakcji, potrzeb, oceny skuteczności) powinno stanowić podstawę w tworzeniu oferty profilaktycznej. Wreszcie uznaliśmy potrzebę kształtowania i rozwijania uniwersalnych mechanizmów oraz dyspozycji wpływających na całokształt funkcjonowania młodego człowieka (np. przyjmowanie perspektywy, samokontrola, rozumienie norm, umiejętności społeczne i komunikacyjne) z wykorzystaniem zarówno tradycyjnych metod oddziaływania, jak i wpisanych w kontekst cyfrowy.

Cyberprzemoc – rozumienie zjawiska

Po prawie 15 latach intensywnych badań wciąż wskazuje się na problemy z definiowaniem cyberprzemocy, których źródłem są różne kryteria zjawiska, z których najprostszym i najpowszechniejszym jest użycie instrumentów TIK (technologii informacyjno-komunikacyjnych), głównie internetu, jako narzędzia realizacji wrogich działań wobec innych.

Rozpatrując zjawisko cyberprzemocy, można wyróżnić trzy obszary analizy (Pyżalski, 2013b): zastosowane instrumenty nowych mediów, relacje ofiary i sprawcy oraz formalne charakterystyki realizowanej przemocy. Przyjęliśmy, że cyberprzemoc rówieśnicza wiąże się z szerokim spektrum narzędzi internetowych użytych przez sprawcę, które modyfikują potencjał wiktymizacyjny (wrogie akty komunikacji kierowane bezpośrednio do ofiary lub o niej np. w portalu społecznościowym). Wykorzystywana może być zarówno komunikacja tekstowa, jak i obrazowa (zdjęcia lub filmy przedstawiające ofiarę w złym świetle). Ofiara może także doświadczać innych aktów, tj. kradzieży tożsamości czy ujawniania publicznie tajemnic. Wreszcie cyberprzemoc charakteryzuje się formalnymi

cechami zbliżonymi do tradycyjnej przemocy rówieśniczej (bullyingu), czyli jest zasadniczo działaniem długotrwałym (powtarzanym wobec tej samej ofiary), występuje w niej nierównowaga sił (sprawca lub sprawcy są silniejsi od ofiary lub przynajmniej ofiara tak to postrzega) oraz jest intencjonalna (działania nastawione są na skrzywdzenie) (Barlińska, Plichta, Pyżalski, Szuster, 2018).

Zatem cyberprzemoc rówieśniczą definiujemy jako ciąg aktów agresji podejmowanych celowo i w sposób powtarzalny kierowanych przeciwko innej osobie, która nie może się obronić (doświadczając bezradności w tym zakresie). Zaangażowane w nią jako sprawcy, ofiary i świadkowie są młode osoby funkcjonujące w grupie działającej na bazie on-line lub off-line (Barlińska, Szuster, Winiewski, 2013; Pyżalski, 2012, 2014; Tokunaga, 2010).

Struktura programu

Trójfazowy projekt, finansowany przez NCBiR w ramach konkursu Innowacje Społeczne, który realizowany był w latach 2015–2019, obejmował: fazę badawczą, pilotażową oraz wdrożeniową. Ta ostatnia realizowana była przez fundacje. Faza badawcza obejmowała przegląd literatury, metod, badania eksploracyjne – jakościowe i ilościowe, weryfikację poszczególnych elementów programu (ćwiczeń), ewaluację modułów oraz skonstruowanego prototypu – 10-godzinnego programu lekcji szkolnych. Faza pilotażowa polegała na opracowaniu i przeprowadzeniu szkoleń dla nauczycieli, opracowaniu ankiet ewaluacyjnych dla uczniów i nauczycieli, testowaniu programu w 25 szkołach, analizie efektywności programu (dwukrotny pomiar przed i po zakończeniu programu).

Badania w ramach programu

Punktem wyjścia była analiza i identyfikacja rozmiarów zjawiska cyberprzemocy wśród polskich gimnazjalistów, a także identyfikacja kategorii problemów najbardziej dotkliwych dla młodzieży w obszarze cyfrowych relacji rówieśniczych. Interesował nas także subiektywny obraz świata, w którym funkcjonują młodzi, ich opis problemów w relacjach rówieśniczych, ich doświadczenia ze zjawiskiem cyberprzemocy oraz ich

perspektywa możliwości uzyskania wsparcia i pomocy. Celem było zgromadzenie empirycznych przesłanek dla projektowania oddziaływań w postaci lekcji.

Zrealizowano szeroko zakrojone badania ilościowe (kwestionariuszowe) oraz jakościowe (metoda wywiadu strukturalizowanego). Ich uczestnikami byli uczniowie w wieku 13-16 lat z 36 szkół gimnazjalnych z całej Polski (N=689). Dobór szkół miał charakter celowy i uwzględniał następujące kryteria:

- wielkość miejscowości (brano pod uwagę szkoły z większych aglomeracji – Warszawy, Łodzi, mniejszych miast – Łomży, Wielunia, a także wsi – podwarszawskich, podkrakowskich, podpoznańskich, podkarpackich i z okolic Łodzi),
 - obszar Polski (centralnej, południowej, wschodniej),
 - typ szkoły (samodzielne gimnazja vs zespoły szkół).
- W efekcie uzyskano dostęp do zróżnicowanych szkół zarówno pod względem ich usytuowania terytorialnego, jak i jakości szkolnej infrastruktury informatycznej czy lokalnej sytuacji społeczno-demograficznej: 60% uczniów uczęszczało do szkół z miejscowości poniżej 50 tys. mieszkańców, a 40% – w szkołach zlokalizowanych w dużych miastach (powyżej 50 tys. mieszkańców).

Rezultaty badań wskazały m.in. na:

1. powszechność zjawiska cyberprzemocy. Niemal wszyscy uczniowie zetknęli się z jakąś formą cyberprzemocy w roli świadków, ofiar lub sprawców (najczęściej z łagodniejszymi jej formami),
2. przyczyny elektronicznej agresji, których źródła często tkwią w doświadczeniach off-line (związkach romantycznych, konfliktach szkolnych, interpersonalnych),
3. motywy sprawców: nieintencjonalność (impulsywność, trudności z definiowaniem krzywdy innego), intencjonalność (bez świadomości konsekwencji, antypatia, zazdrość),
4. dominację treści, które są skoncentrowane na wiktyzacji zarówno z perspektywy świadka, jak i ofiary. Zidentyfikowano także czynniki mające potencjał wiktyimizacyjny (udział publiczności, specyfika adolescencji),
5. zróżnicowanie techniczne form agresji elektronicznej przy niewielkim zróżnicowaniu treści aktów oraz wykorzystywaniu nowych form wynikających z zastosowania najnowszych narzędzi, np. Snapchata,
6. deficyty w poznawczym i emocjonalnym funkcjonowaniu (samokontroli i motywacji do przyjmowania

- perspektywy innej osoby, ograniczona refleksyjność, nieuwewnętrzniony charakter norm, usankcjonowanie norm przyzwalające na agresję),
7. rolę świadków w dynamice aktów cyberprzemocy (niezaangażowanie, wspieranie sprawców, wspieranie ofiar on- i off-line),
 8. przenikanie i ewolucję ról w relacjach o charakterze cyberprzemocy,
 9. nieefektywność działań naprawczych: dominację interwencji i reagowania „po fakcie” nad działaniami wyprzedzającymi, profilaktycznymi w szkolnej praktyce,
 10. niską efektywność działań profilaktycznych (punitarywność, schematyczny, rozciągnięty w czasie reaktywny, a nie zapobiegający model działania, dominacja modelu informacyjnego),
 11. oczekiwania uczniów w zakresie profilaktyki: obejmują różnorodność form, wykorzystanie narzędzi zarówno analogowych, jak i cyfrowych i wiedzę bazującą na ich doświadczeniach,
 12. mimo niskiej efektywności profilaktyki, młodzież poszukuje wsparcia ze strony dorosłych,
 13. podejmowanie zróżnicowanych działań konstruktywnych wobec przemocy i tendencje do ich zmniejszania się wraz z używaniem coraz bardziej zaawansowanych narzędzi internetowych,
 14. niską kulturę bezpieczeństwa cyfrowego w szkołach i wśród uczniów.

Uzyskane rezultaty stały się podstawą do zdefiniowania czterech bloków tematycznych, wokół których zorganizowane zostały poszczególne lekcje: prywatność i bezpieczeństwo w sieci; zjawisko agresji elektronicznej: sprawca – świadek – ofiara; kompetencje psychologiczne wspierające pozytywne zachowania w internecie; pozytywne możliwości wykorzystania internetu.

Aktywizacja kompetencji społecznych – psychologiczny aspekt projektu

Wybór kompetencji społecznych aktywizowanych i rozwijanych w ramach poszczególnych lekcji psychologicznych wyznaczony został ich potencjałem profilaktycznym. Stanowią one swoisty bufor chroniący przed negatywnymi zachowaniami (także w sieci). Ich uniwersalny charakter ujawnia się w tym, iż są udziałem wszystkich i dotyczą sfery on-line i off-line,

a ich aktywizacja niesie w sobie potencjał rozwojowy i adaptacyjny. Te kryteria wyznaczyły następujące kompetencje: samokontrolę, przyjmowanie perspektywy (zarówno wobec siebie – autodystansowanie się, jak i innych) i empatię.

Koncentracja na aktywizacji tych kompetencji była efektem fazy badawczej, w szczególności przeglądu programów profilaktycznych, rezultatów własnych badań ilościowych i jakościowych, pilotaży, a także szerszej zgromadzonej wiedzy empirycznej potwierdzającej regulacyjną rolę tych kompetencji dla ograniczania przemocy rówieśniczej (m.in. Barlińska, Szuster, Winiewski, 2013, 2015; Szuster, Barlińska, Kozubal, 2016; Szuster, Wojnarowska, 2016; Barlińska, Plichta, Pyżalski, Szuster, 2018; Mitschel, 2015).

Narzędzia i przestrzeń cyfrowa, jak pokazują rezultaty badań neuropsychologicznych, w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie mózgu, nasilając impulsywność, przerzutność uwagi, ograniczając natomiast uwagę wolicjonalną. Ograniczają też procesy efektywnego uczenia się i zapamiętywania (Carr, 2010; Small i Vogen, 2011; Desmurget, 2019). Wyróżnione kompetencje (z wyjątkiem empatii afektywnej) mają wspólne podłoże neuronalne (kora przedczołowa). Zarazem złożony, wieloaspektowy i wielopoziomowy charakter tych kompetencji uzasadnia oczekiwanie globalnego i niespecyficznego wpływu na ogólne społeczne i osobowe funkcjonowanie. Konsekwencje regulacyjne tych kompetencji dotyczą nie tylko większości aspektów społecznego funkcjonowania, w tym budowania i realizacji relacji rówieśniczych, ale także optymalizują funkcje poznawcze, stymulując pamiętanie, logikę argumentowania, antycypowanie, a także poznawcze formowanie obrazu własnej osoby i innych ludzi (Szuster, 2019). Wreszcie wszystkie te kompetencje mają nie tylko rozwojowy charakter (doskonala się niejako samoistnie wraz z wiekiem), ale przede wszystkim wymagają uważnego i systematycznego ich rozwijania i stymulowania. Bez tego istnieją zaledwie ograniczone szanse na ukształtowanie dojrzałej i refleksyjnej empatii, tzw. poznawczej (Szuster, Jarymowicz, 2020), czy przyjmowania perspektywy innej osoby (Szuster, 2019).

Ważną przesłanką dla aktywizacji tych kompetencji był także wiek uczestników naszego programu. Specyfika rozwojowa okresu adolescencji charakteryzuje się egocentryzmem wtórnym, impulsywnością,

relatywizmem moralnym, konformizmem wobec grupy rówieśniczej, tożsamością społeczną budowaną głównie na kontaktach on-line i asymetrią kompetencji cyfrowych dorośli – młodzież (Schaffer, 1996; Barlińska, Szuster, 2014).

Reasumując – filozofia leżąca u podstaw modelu projektowanych oddziaływań wyznaczona była dualistycznymi modelami funkcjonowania (refleksyjność vs impulsywność), najlepiej współcześnie opisującymi większość aspektów ludzkiego funkcjonowania (decyzje, postawy, zachowanie, a także funkcjonowanie afektywne) (Khaneman, 2011, Strack, Deutsch, 2014; Petty, Brinol, 2018; Imbir, 2018; Imbir, Jarymowicz, 2018).

Specyficzne rezultaty badań dowodzą, że empatia i przyjmowanie perspektywy innej osoby ograniczają agresję, w tym cyfrową (Balińska, Szuster, Winiewski 2013, 2015; Szuster, 2019), stereotypowe spostrzeganie, zniekształcenia egocentryczne (Szuster, 2018), sprzyjają wartościowaniu innych w kategoriach podmiotowych (Rutkowska, Szuster, 2011). Z kolei deficyty samokontroli sprzyjają sięganiu po używki, angażowaniu się w zachowania ryzykowne (Mischel, 2015). Jej rozwijanie sprzyja wytrwałości, efektywnej regulacji emocji (Gross, 1989), pewnej i stabilnej samoocenie.

Przykłady operacjonalizacji – cykl lekcji psychologicznych

Metafora robota stała się motywem przewodnim lekcji psychologicznych. Uznaliśmy, że stanowi dobrą ilustrację zjawisk, które są przedmiotem naszych lekcji. Odwołanie się do robota miało ukazać uczniom, jak automatyczne, nieświadome reakcje mogą wpływać na jego funkcjonowanie w świecie oraz komunikację z innymi. Ten wątek dotyczył powszechności

automatyzmów zarówno w przestrzeni realnej, jak i wirtualnej. Kolejnym celem lekcji było zachęcenie do opracowania strategii, które pomogą zapanować nad „robotem” lub choć ograniczyć jego wpływ. Chodziło także o aktywizację funkcji samokontroli. Wskazanie, co różni człowieka od bezmyślnych automatów, przywoływało zjawiska emocji, empatii i przyjmowania perspektywy innej osoby. Odniesienie metafory robota do obszaru komunikacji miało ukazać cechy i możliwe konsekwencje „automatycznej” komunikacji, która dominuje w relacjach w sieci i wyznacza specyfikę komunikacji on-line.

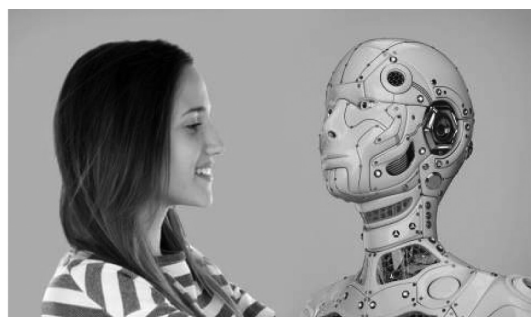
Osobne lekcje poświęcone były roli świadków cyberprzemocy i znaczeniu wiedzy o specyfice komunikacji on-line.

Nie dać się przynieść sieci – przykłady metod aktywizujących kompetencje

Wzbudzenie realnego zaangażowania uczniów oraz łatwość realizacji lekcji przez nauczycieli to istotne przesłanki efektywności programu. Tak więc prostota treści i języka, różnorodność form aktywności, atrakcyjność stosowanych materiałów i rozwiązań, dynamika oraz „krótkie formy” stały się kluczowymi wymogami przy planowaniu zawartości lekcji. Wykorzystywano różnorodne rodzaje aktywności:

- demonstracje (np. ekspozycja schematu mózgu, a w nim obszarów odpowiedzialnych za samokontrolę, filmy zawierające realne przykłady negatywnych zachowań w sieci, zdjęcia z ekspresją emocji),
- rozpoznawanie (np. ekspresji emocji podstawowych i wtórnych, zjawisk specyficznych dla komunikacji on-line, tj. efekt kabiny pilota, anonimowość, nieustanna dostępność, nieograniczona widownia),

Ryc. 1. Ilustracje zaczerpnięte z materiałów graficznych używanych na lekcjach programu IMPACT, opracowane przez FDDS.



- wykonywanie krótkich zadań, ćwiczeń (np. szacowanie czasu wykonywania zadania, gdy dane jest rozwiązanie oraz konfrontowanie tego z realnym czasem – jako wstęp do aktywizacji przyjmowania perspektywy),
- identyfikację, a w efekcie uświadomienie sobie własnych nawyków/automatyzmów (np. wskazanie automatyzmów w opowiadaniu),
- dyskusję (np. jako wprowadzenie do lekcji albo jako podsumowanie ćwiczenia),
- symulację sytuacji w sieci – antycypowanie reakcji uczestników sytuacji,
- nieliczne krótkie prace domowe.

Opisane aktywności realizowano zarówno w przestrzeni on-, jak i off-line.

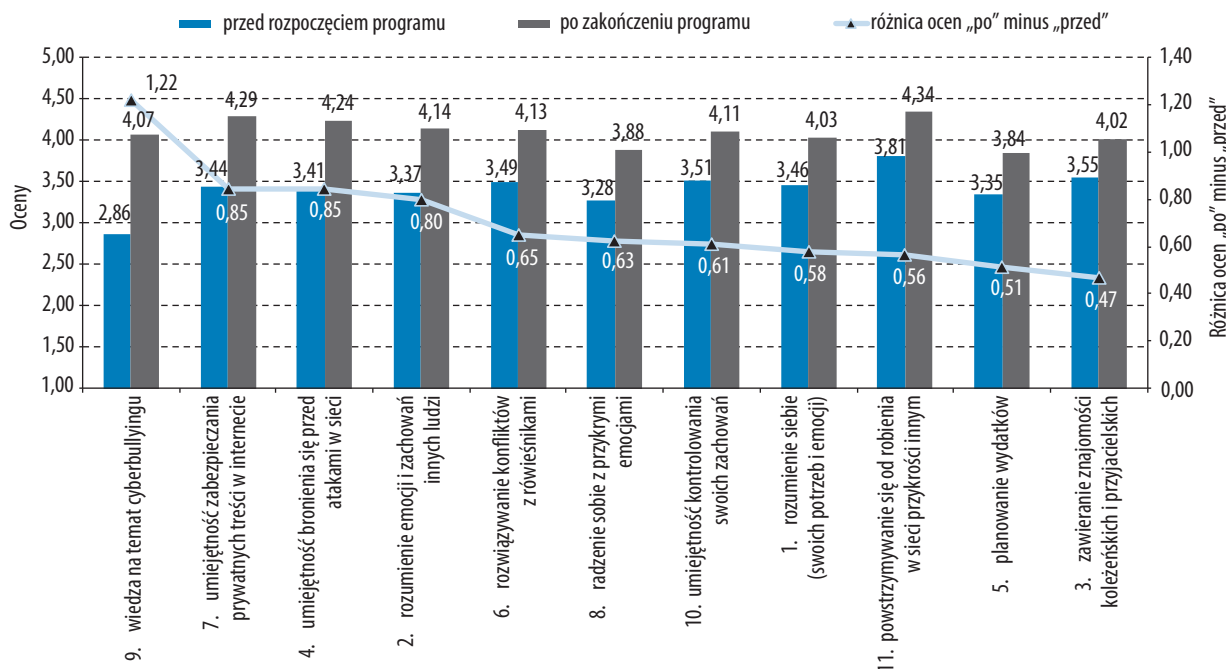
Ewaluacja programu

Podstawą ewaluacji programu była ankieta wypełniana dwukrotnie przez uczniów, przed i po odbyciu cyklu 10 lekcji. Zawierała ona pytania umożliwiające ocenę poziomu kompetencji i wiedzy w obszarach poruszanych w trakcie poszczególnych lekcji. W szczególności pytania dotyczyły oceny rozumienia siebie, swoich potrzeb i emocji, także rozumienia innych, zawierania znajomości, umiejętności zabezpieczania się w sieci, prywatności

i bronięcia się w niej przed atakami, rozwiązywania konfliktów z rówieśnikami, planowania wydatków, radzenia sobie z przykrymi emocjami, umiejętności kontrolowania zachowań, powstrzymywania się od robienia przykrości innym w sieci. Ocen dokonywano na pięciostopniowej skali, gdzie „0” oznaczało brak kompetencji, a „5” posiadanie jej w wysokim stopniu. Na ryc. 2. wskaźnikiem oddziaływania programu była różnica w ocenie kompetencji między końcowym a początkowym pomiarem. W zakresie każdej z mierzonych kompetencji odnotowano przyrost istotny statystycznie na poziomie $p.i.<0,001$ w zakresie każdej z 11 testowanych kompetencji. Jest on największy w zakresie wiedzy o cyberbullingu oraz zabezpieczania prywatności i bronięcia się przed atakami w sieci, ale także rozumienia emocji i zachowań innych ludzi. Niezależnie od wielkości (istotnego) przyrostu kompetencji cyfrowych i społecznych ta ewaluacja młodych uczestników programu wskazuje na jego efektywność dokładnie w zakresie tych umiejętności, które stanowią bufor dla rówieśniczych zachowań przemocowych zarówno w sieci, jak i w realu.

Drugą miarą ewaluacji programu była ocena poszczególnych lekcji dokonywana w ramach krótkiej, anonimowej ankiety wypełnianej bezpośrednio po zakończeniu lekcji. Takiej oceny dokonywali i na-

Ryc. 2. Średnie oceny wielkości posiadanych kompetencji przed i po odbyciu programu IMPACT wraz z wielkością różnic między pomiarami.



uczyciele, i uczniowie. Nauczyciele odpowiadali na pytanie, czy lekcja zrealizowała, czy nie zakładane cele i efekty kształcenia. Uczniowie oceniali, na ile poszczególne lekcje podobały im się (możliwe odpowiedzi: lekcja podobała mi się, podobała mi się średnio, nie podobała mi się). Miarą ewaluacji był odsetek nauczycieli pozytywnie oceniających poszczególne lekcje oraz odsetek uczniów, którym poszczególne lekcje się podobały.

Jak widać nauczyciele są bardziej optymistyczni w ocenie efektów prowadzonego przez nich kształcenia: znaczący ich odsetek (od 74% do 100% w zależności od lekcji) szacuje, iż lekcje spełniły swoją profilaktyczną funkcję.

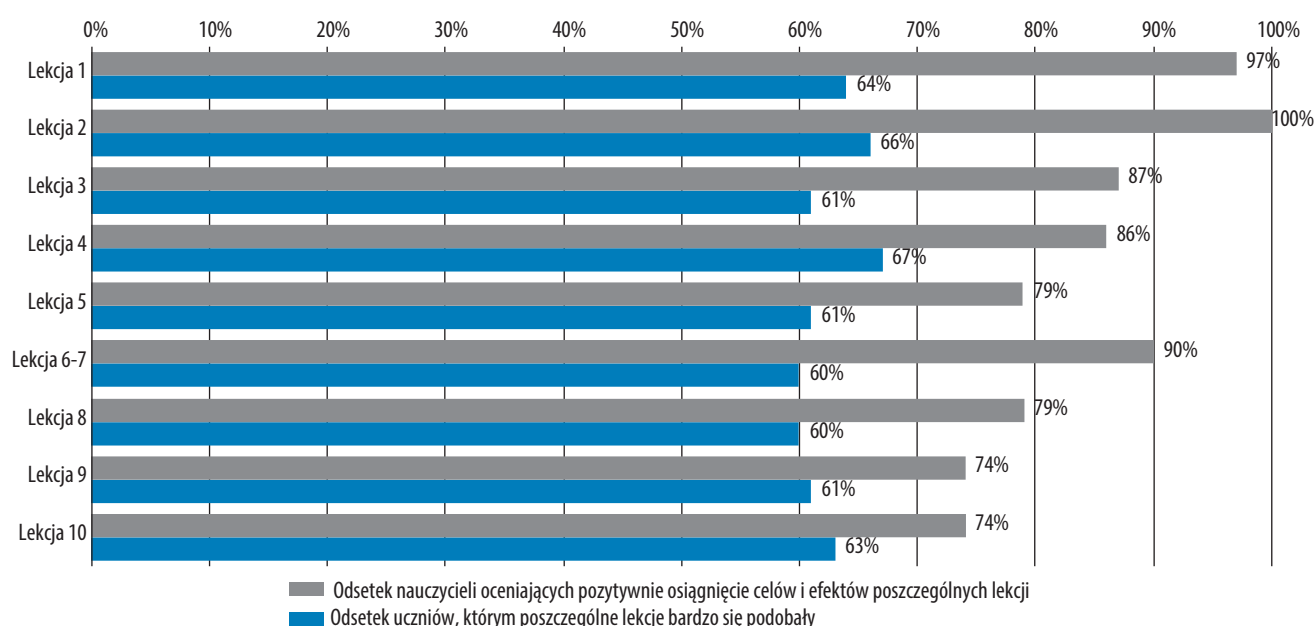
Oceny uczniów są bardziej powściągliwe. Mimo to ponad 60% młodzieży uczestniczącej w programie wskazało, że każda lekcja, w której brali udział, bardzo im się podobała. Na uwagę zasługuje znacząco mniejsze w porównaniu z nauczycielami spolaryzowanie ocen uczniów (odsetek zadowolonych z poszczególnych lekcji zawierał się w przedziale między 60% a 67%). Te bardziej powściągliwe oceny uczniów w pewnym stopniu wyjaśnia odpowiedź na jedno z pytań w ramach ewaluacji. Na pytanie: „Jakie zmiany spowodował w Tobie udział w programie?”, uczestnicy odpowiadali na skali 5-stopniowej, której punkty opisane były od „zdecydowanie na gorsze” do „zdecydowanie na lepsze”. Rycina 4. ilustruje uzyskane dane w podziale na dziewczęta i chłopców.

Analizy potwierdziły istotne znaczenie płci w zakresie oceny jakości zmian zaistniałych pod wpływem programu. Wyraźnie widać, że istotnie statystycznie więcej dziewcząt niż chłopców opowiada się za pozytywnymi i bardzo pozytywnymi zmianami, a zarazem mniej ich spostrzega brak zmian. Nie można jednocześnie lekceważyć znacznego odsetka (ok. 45%) młodzieży (52% chłopców i 40% dziewcząt), który wskazuje na brak zmian po uczestnictwie w programie. Nieznaczny i podobny wśród dziewcząt i chłopców odsetek (odpowiednio ok. 3,0% i 3,8%) uważa, że program spowodował w nich zmianę na gorsze. Takiego wyniku nie można pominąć, mimo marginalnego charakteru odsetka osób. Jest możliwe, że taka ocena ma charakter reaktancyjny i stanowi przejaw swoistego nonkonformizmu okresu adolescencji.

Ostatnim elementem ewaluacji była ocena jakościowa dokonana przez uczniów. Chodziło o wskazanie, w jakim zakresie postrzegają oni zmianę w swoim funkcjonowaniu, która jest rezultatem uczestnictwa w programie. W tym zakresie uczniowie najczęściej wymieniali dwa elementy:

1. nabycie kompetencji/umiejętności w zakresie:
 - wiedzy (*poznałam numer 116111; wiem, co to jest cookies; wiem, co to jest Java Script*),
 - samokontroli (*potrafię mieć większą samokontrolę; stosuję samokontrolę*),
 - hamowania (*zaczęłam powstrzymywać się od niepotrzebnych pokus*),

Ryc. 3. Odsetek nauczycieli i uczniów wartościujących pozytywnie poszczególne lekcje.



- zwiększenia uważności i selektywności (*będę uważać w internecie; będę ostrożniejsza w sieci*),
 - ograniczenia automatyzmów (*nauczyłem się planować wydatki; staram się kontrolować swoje zachowanie; nie korzystam z telefonu w szkole*),
 - radzenia sobie z negatywnymi zachowaniami otoczenia i rówieśników (*nauczyłem bronić się przed atakami w sieci; mam więcej zdolności samoobronnych; wiem, jak poradzić sobie z hejtem*),
 - dostrzegania, rozpoznawania emocji własnych i innych, a także regulacji emocji (*nauczyłem się dostrzegać, jakie emocje mają inni, kiedy się z nich śmieję; rozumiem, że ktoś może czuć się smutny przez moje wiadomości; nauczyłem się powstrzymać złość; zachowuję spokój; dowiedziałem się, jak radzić sobie z emocjami; mam więcej wrażliwości; bardziej rozumiem siebie i innych*),
2. zmianę percepcji (*wiem, że czasem lepiej nie pisać komentarza, niż napisać przykry; teraz patrzę inaczej na hejt w internecie; jestem ostrożniejsza w sieci; zobaczyłem, jak mało osób udziela się twórczo w internecie; jestem bardziej wyrozumiała*).

Podsumowując, proces ewaluacji obejmował zróżnicowane wskaźniki: pomiar pośredni przyrostu poziomu

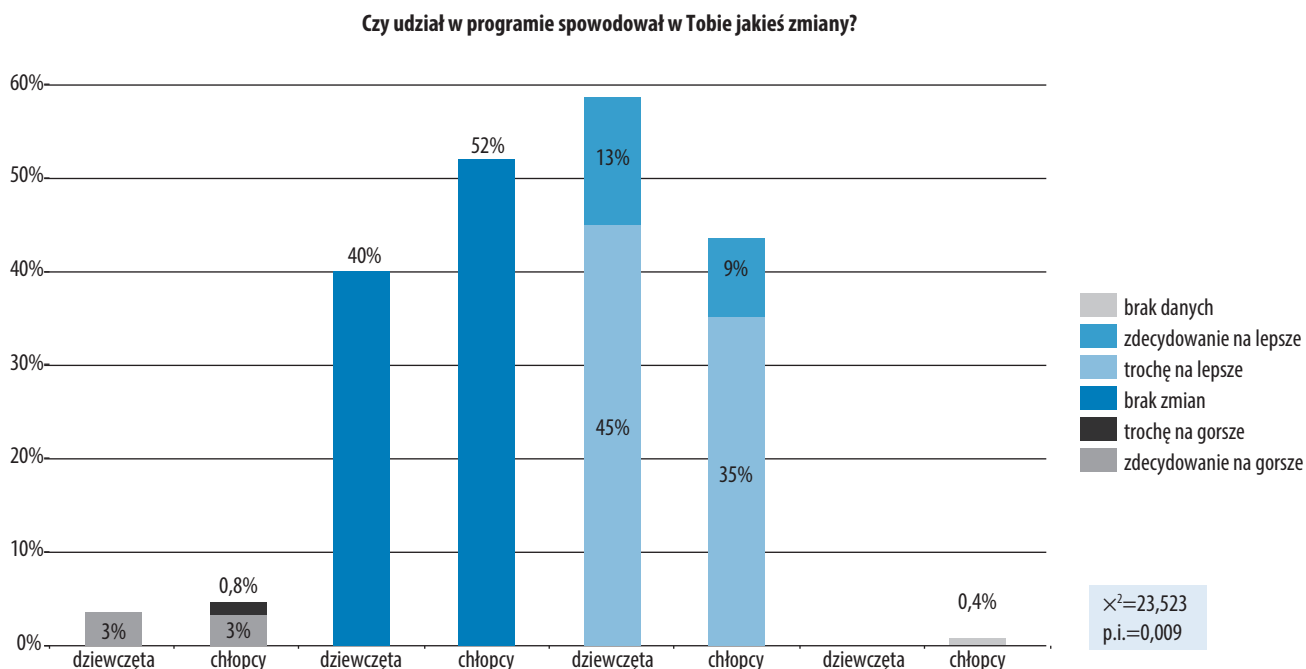
kompetencji po odbyciu programu, odsetek realizatorów programu, którzy pozytywnie oceniają, że zrealizowano założone cele programu, odsetek uczniów „zadowolonych” z programu. Te ilościowe miary ewaluacji wskazują generalnie na pozytywny odbiór programu przez nauczycieli i uczniów. Jakościowa ocena uczniów wydaje się dostarczać nieco więcej informacji, ma bowiem w większym stopniu autorski charakter, ujawnia też, że ta subiektywnie identyfikowana zmiana dotyczyła wielu obszarów funkcjonowania, na które ukierunkowany był program.

Produkty programu i możliwość wykorzystywania programu

Trwałymi produktami programu są¹: scenariusze 10 lekcji, podręcznik dla realizatorów programu, seria 7 prezentacji multimedialnych, seria 6 filmów edukujących, 2 aplikacje mobilne do ćwiczeń interaktywnych, platforma informatyczna, kurs e-learningowy dla nauczycieli.

Kurs e-learningowy dla nauczycieli umożliwia pełne przygotowanie się do prowadzenia programu IMPACT z klasą szkolną. Program można wykorzystywać na zasadach licencji Creative Commons Uznanie autor-

Ryc. 4. Odsetek uczestników programu: chłopców i dziewcząt prezentujących określony pogląd na zmianę po uczestnictwie w programie IMPACT.



stwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych Międzynarodowe 4.0 (CC BY-NC-ND). Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i realizację programu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (czyli nietworzenia utworów zależnych).

Zamiast podsumowania

Walorem interdyscyplinarnego charakteru programu jest zróżnicowane podejście do problemu ograniczenia przemocy rówieśniczej. Perspektywy technologiczna, pedagogiczna, psychologiczna oraz wdrożeniowa, reprezentowana przez praktyków (także z różnych obszarów), niewątpliwie wzbogaciły program.

Aby ta interdyscyplinarność stała się walorem, trzeba było pokonać bariery w postaci odmiennych języków, aparatu pojęciowego, odmiennych metodologii, sposobów formułowania pytań, przekonania o zasadności stosowania pomiarów pośrednich. Można użyć metafory, iż partnerzy w programie przeszli drogę od Wieży Babel do Okrągłego Stołu. Wypracowanie synergii było obciążeniem w pierwszej fazie programu, ale w dalszych stanowiło wartość dodaną.

Przypisy

¹ Informacja ogólna o programie jest dostępna na stronie <https://www.praesterno.pl/programy-biezace/cyberprzemoc/>; wszystkie wymienione materiały znajdują się na stronie <https://impact.fdds.pl>

Bibliografia

- Barlińska, J., Plichta, P., Pyżalski, J., Szuster, A. (2018). Ich słowami obraz pomocy w sytuacjach cyberprzemocy rówieśniczej z perspektywy uczniów. Dziecko Krzywdzone. Teoria badania i praktyka. Vol. 17 Nr 4 s. 82-115.
- Barlińska, J., Szuster, A. (2011). Cyberprzemoc – o starym zjawisku agresji w nowoczesnej przestrzeni internetu. W: Czarnota-Bojarska, J., Zinserling, I., (red.), W kręgu psychologii społecznej (s. 222–238). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Barlińska, J., Szuster, A. (2014). Cyberprzemoc. O zagrożeniach i szansach na ograniczenie zjawiska wśród adolescentów. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Barlińska, J., Szuster, A., Winiewski, M. (2013). Cyberbullying among Adolescent Bystanders: Role of the Communication Medium, Form of Violence, and Empathy. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23, 37–51.
- Barlińska, J., Szuster, A., Winiewski, M. (2015). The role of short- and long-term cognitive empathy activation in preventing cyberbystander reinforcing cyberbullying behaviour. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. DOI: 10.1089/cyber.2014.0412.

- Carr, N. (2010). *The Shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains*. N.Y., London: W. W. Norton & Company.
- Desmurget, M. (2019). *La Fabrique du cretin digital. Les dangers des ecrans pour nos enfants*. Paris: Seuil.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Imbir, K. (2018). Dwa systemy emocji i ich konsekwencje dla procesów poznawczych. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Imbir, K., Jarymowicz, M. (2018). Wzbudzanie emocji o genezie automatycznej bądź refleksyjnej a przejawy efektywności kontroli uwagi w Teście Antysakad.
- Kahneman, D. K. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Mischel, W. (2015). Test Marshmallow o pożytkach płynących z samokontroli. Sopot: Smak Słowa.
- Ostaszewski, K. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Petty, R. E., Brinol, P. (2014). The Elaboration Likelihood and Metacognitive Models of Attitudes Implications for Prejudice the Self and Beyond. W: J. W. Sherman, B. Gawronski, Y. Trope (red.), *Dual-process theories of the social mind* (s. 172–187). New York: Guilford Press.
- Pyżalski, J. (2012). Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell Published.
- Small, G., Vorgan, G. (2011). I-Mózg. Jak przetrwać technologiczną przemianę współczesnej umysłowości. Poznań: Vesper.
- Smith, P. K., (2016). Bullying: Definition, Types, Causes, Consequences and Intervention. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 519–532. DOI: 10.1111/spc3.12266.
- Strack, F., Deutsch, R. (2014). The Reflective-impulsive Model. W: W. Sherman, B. Gawronski, Y. Trope (red.), *Dual-Processes Theories of the Social Mind* (s. 92–104). Nowy Jork, NY: Guilford Press.
- Szuster, A. (2018). Self- vs. Other-Focused Altruism: Studies on Endocentric and Exocentric Prosocial Orientations. *Polish Psychological Bulletin*, vol. 49(2) 240–250 DOI - 10.24425/119492.
- Szuster, A. (2019). Z drugiej strony góry. Oczekiwane i nieoczekiwane następstwa przyjmowania perspektywy innej osoby. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Szuster, A., Jarymowicz, M. (2020). Human empathy of automatic vs. reflective origin: Diverse attributes and regulative consequences. *New Ideas in Psychology*, v. 56, 100748.
- Szuster, A., Wojnarowska, A. (2016). The Influence of Mimicry on the Reduction of Infra-Humanization *Frontiers in Psychology* doi: org/10.3389/fpsyg.2016.00975
- Szuster, A., Barlińska, J., Kozubal, M. (2016). In search of a Simple Method. Is Human Face an Effective and Automatic Filter Inhibiting Cyberbullying? [in:] M. F. Wright (Ed.), *A social-ecological approach to cyberbullying*. Hauppauge NY : Nova Publishing. (pp. 379-402). ISBN: 978-1-63483-755-2.

PILOTAŻOWA EWALUACJA WYNIKU PROGRAMU PROFILAKTYKI PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH „DEBATA”

Maria Regina Wojcieszek¹, Iwona Piekarz², Stanisław Maciaszek³, Krzysztof Andrzej Wojcieszek³

Przedruk artykułu opublikowanego w kwartalniku *Alkoholizm i Narkomania* nr 1/2021; vol. 34,

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Termedia sp. z o.o.

www.termedia.pl/Journal/-117/pdf-44666-10?filename=AIN-Wojcieszek.pdf

Streszczenie

Wprowadzenie: Program profilaktyczny „Debata” skierowany jest do dzieci w wieku 12–14 lat. Ma na celu wzmocnienie postaw proabstynenckich i opóźnienie inicjacji alkoholowej. Jest oparty na metodzie „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie”, trwa nieco ponad 2 godziny (tj. 3 godziny lekcyjne). Jest jednym z najpopularniejszych programów profilaktyki stosowanych w polskich szkołach podstawowych.

Materiał i metody: Poniższe badanie zostało przeprowadzone z udziałem grupy kontrolnej, a także z dwukrotnym pomiarem (*pre-test* i *post-test*). Pytania ankietowe dotyczyły wiedzy, postaw i zachowań, głównie w zakresie picia alkoholu.

Wyniki: Wśród wyników uwagę zwraca działanie ochronne programu „Debata” na poziomie zachowania: jego 12-letni uczestnicy – w porównaniu z uczniami z grupy kontrolnej – w większym stopniu powstrzymywali się od picia piwa w ciągu 30 dni poprzedzających *post-test*. Również odsetek osób deklarujących całkowitą abstynencję

różnił się na korzyść uczestników programu. Zaobserwowano także wzrost wiedzy o konsekwencjach używania alkoholu przez młodych ludzi pomiędzy obu pomiarami, co głównie było wynikiem korzystnej zmiany wśród uczniów uczestniczących w programie.

Omówienie: W odniesieniu do innych (niż piwo) rodzajów alkoholu zaobserwowane zmiany nie były istotne statystycznie – być może dlatego, że te zachowania występują stosunkowo rzadko, oraz ze względu na małą liczebność próby. Zaskakujące okazały się zmiany w zakresie intencji, postaw wobec używania substancji psychoaktywnych i przekonań o rozpowszechnieniu tego zjawiska. Rezultaty te wymagają powtórzenia badania prawdopodobnie z użyciem inaczej sformułowanych pytań.

Wnioski: Podsumowując, wyniki pilotażowej ewaluacji sumatywnej są obiecujące i mają znaczenie z punktu widzenia poszukiwania możliwie krótkich, łatwych w implementacji oddziaływań.

Słowa kluczowe: pedagogika, wczesna adolescencja, ewaluacja, interwencja profilaktyczna, alkohol.

Wprowadzenie

Używanie napojów alkoholowych przez dzieci jest uznawane za zachowanie ryzykowne, niosące ze sobą wiele różnego rodzaju strat [1–4]. Dotyczy to zwłaszcza dzieci

Przypisy

¹ Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Polska.

² Śląskie Centrum Profilaktyki i Psychoterapii, Katowice, Polska.

³ Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości, Instytut Społecznych Podstaw Penitencjarystyki, Warszawa, Polska.

Adres do korespondencji: Maria Wojcieszek, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, phone: +48 886 165 255; email: maria.r.wojcieszek@gmail.com

Wkład pracy autorów: **Koncepcja badania:** M.R. Wojcieszek, K.A. Wojcieszek; **Zebrań danych:** I. Piekarz, S. Maciaszek;

Analiza statystyczna: M.R. Wojcieszek; **Interpretacja danych:** M.R. Wojcieszek; **Akceptacja ostatecznej wersji pracy:**

M.R. Wojcieszek; **Przygotowanie literatury:** K.A. Wojcieszek.

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*.

Otrzymano: 17.07.2020 • **Przyjęto do druku:** 07.10.2020

© 2021 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Termedia sp. z o.o.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

z grupy podwyższonego ryzyka przedwczesnej inicjacji alkoholowej [5]. I chociaż po alkohol powinny ewentualnie sięgać wyłącznie osoby pełnoletnie (w zasadzie w trzeciej dekadzie życia), to jednak zjawisko przedwczesnej inicjacji alkoholowej występuje wśród dzieci i młodzieży, głównie w kręgu kultury europejskiej. W Polsce średni wiek inicjacji szacuje się na 12,5 roku, a dokładne badania wykazują, że znaczny odsetek młodzieży 15-letniej znajduje się w grupie stałych użytkowników napojów alkoholowych [6–10]. Skłania to pedagogów do poszukiwania sposobów zmiany tej sytuacji, m.in. przez wykorzystanie zajęć edukacyjno-profilaktycznych [11–13]. Takie zajęcia napotykać dwojakiego rodzaju trudności: stosunkowo małą skuteczność w zakresie zmiany zachowań dzieci i młodzieży [14, 15] oraz trudność we wdrażaniu programów bardziej skutecznych, lecz wymagających większych nakładów i rozłożonych w czasie [16–19], dla których brakuje miejsca w przeładowanym szkolnym programie zajęć [20, 21]. Stąd stałe poszukiwania metod adekwatnych do sytuacji. Jedną z nich jest krótka interwencja profilaktyczna w grupie. W swojej strukturze przypomina znany wywiad motywujący [22–24], lecz prowadzony w grupie. Oznacza to odmienną sytuację z punktu widzenia mechanizmów psychologicznych. Grupa wydaje się mieć lepsze sposoby niwelowania presji niż jednostka. Przykładem polskich poszukiwań tego rodzaju oddziaływania, które byłoby zarazem łatwe do wdrożenia i skuteczne pod względem wpływu na wiedzę, postawy i zachowania uczestników, jest program profilaktyczny „Debata”, skierowany do uczniów klas V–VII (wiek 12–14 lat) [25].

W programie stosuje się wiele ciekawych rozwiązań strukturalnych umożliwiających pracę z zespołem klasowym metodami aktywizującymi [11].

Program ma bardzo przemyślaną strukturę i opiera się na trzech wiodących strategiach profilaktycznych (z czterech opublikowanych i omawianych przez Hansena w 1993 r.) [26, por. też 11, 12]: na przekształcaniu przekonań normatywnych, ukazywaniu sprzeczności między wyznawanymi wartościami a piciem alkoholu oraz uświadamianiu (poznawaniu) konsekwencji picia. Czwarta skuteczna strategia (osobiste postanowienie dotyczące powstrzymywania się od używania alkoholu) jest podczas zajęć przybliżana. Taki wybór wynika z warunków realizacji programu – autor uważa bowiem, że faktycznie podjęte postanowienia wymagałyby stałej pomocy pedagogicznej, czego w przypadku „krótkiej

interwencji” nie można zapewnić. Być może w trakcie doskonalenia scenariusza programu znajdzie się miejsce i dla tej strategii. Najcenniejsze jest natomiast wprowadzenie „redukcji błędnych przekonań normatywnych”, zdaniem Hansena najskuteczniejszej strategii, jednocześnie trudnej w realizacji i stosunkowo rzadko stosowanej [11–13, 17, 25–27]. W trakcie programu okazuje się bowiem, że zdecydowana większość grupy ma negatywną postawę wobec picia, co zwykle nie wychodzi na jaw w innych warunkach.

Program prowadzi osoba, od której wymaga się abstynencji lub niekiedy bardzo ograniczonego używania napojów alkoholowych. Młodzi uczestnicy bardzo sobie cenią taką postawę, gdyż zapewnia ona spójność głoszonych podczas programu zasad z życiem prowadzącego [11]. Najlepszymi realizatorami są więc osoby, których styl życia w tym zakresie jawi się jako świadomy wybór, a nie jest przechodzeniem procesu terapeutycznego uzależnienia. Dorosły jako dobrowolny abstynent może śmiało i wiarygodnie proponować abstynencję młodym uczestnikom (w programie podnosi się kwestię roli norm proabstynenckich osób dorosłych [11, 28]). Program bywa uzupełniany przez edukację rodziców (scenariusz „Nasze dzieci w dżungli życia”) [29, 30], a także – w celu utrwalenia pozytywnych reakcji uczniów – przez spotkanie z radą pedagogiczną.

Dodajmy, że program uzyskuje wysokie oceny zarówno od jego uczestników, jak i szkół oraz realizatorów, którzy bardzo chętnie z niego korzystają. Oczywiście taka dobra recepcja nie oznacza jeszcze sukcesu profilaktycznego mierzonego zmianami w wiedzy, postawach i zachowaniach [14, 15]. Dotychczasowe badania, choć dość systematyczne i rozległe, nie miały charakteru pełnej ewaluacji wyniku [31]. Najbardziej obiecujące były wyniki badań dotyczące nieco odmiennego scenariusza dla młodzieży starszej – programu „Rewizja/Korekta” [32, 33]. Wyniki obecnego pilotażu zachęcają do głębszego badania programu – zarówno metodami ilościowymi, jak i jakościowymi. Jego charakter jako krótkiej interwencji w gruncie rzeczy ułatwia takie badania.

Szczególnym walorem programu okazała się dobra charakterystyka implementacyjna. „Debata” odbywa się w czasie trzech godzin lekcyjnych, prowadzonych jednego dnia, co oznacza możliwość pracy z całym środowiskiem szkolnym (np. ze wszystkimi klasami V i VI). Program zakłada też obecność nauczycieli na zajęciach, co dla wielu z nich miało istotny walor edukacyjny.

Wielokrotnie przyznawali, że „przy okazji” poznali wiele nowych treści i zaobserwowali odmienny, od zwyczajnej praktyki szkolnej, sposób pracy realizatorów. Program może prowadzić jedna dobrze przygotowana osoba, optymalnie – dwie osoby. Od czasu powstania programu (od 1998 r.) [25] jego autor, Krzysztof Wojcieszek, doskonalił scenariusz zarówno na podstawie regularnie prowadzonych przez siebie zajęć, jak i wyników ewaluacji. Dlatego obecny scenariusz różni się w wielu szczegółach od tego najstarszego, lecz zachowuje zasadniczy schemat. Ponieważ „Debate” znalazła się na liście programów rekomendowanych, wzrosło zainteresowanie jej realizacją. W ostatnich latach przeszkolono kolejnych kilkuset realizatorów. Wszystko to sprawia, że „Debate” jest w polskich szkołach jednym z najczęściej stosowanych scenariuszy [34, 35]. Rocznie w programie uczestniczy kilkadziesiąt tysięcy dzieci z klas V–VII. Ta sytuacja wymagała podjęcia prób ewaluacji wyniku z udziałem nie tylko grupy eksperymentalnej, lecz także kontrolnej. Ze względu na złożoność tego zadania w konkretnych polskich warunkach właściwą ewaluację musiało poprzedzić odpowiednie badanie pilotażowe, którego wyniki prezentowane są w niniejszym artykule.

Materiał i metody

Przeprowadzone w jednym z dużych miast na Śląsku badanie odbyło się w schemacie pre-test/post-test, z udziałem uczniów należących do grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Grupa eksperymentalna była złożona z 32 uczniów z trzech klas szóstych trzech szkół podstawowych. Grupę kontrolną stanowiło 39 uczniów z trzech klas szóstych dwóch innych szkół podstawowych. Grupa eksperymentalna po pierwszym pomiarze ankietowym (pre-test) uczestniczyła w programie „Debate”, następnie po 30 dniach powtórzone pomiar (post-test). W grupie kontrolnej, nieobjętej programem, przeprowadzono dwa pomiary (pre-test i post-test) w podobnym czasie jak w grupie eksperymentalnej.

Do pomiaru posłużyła ankieta audytoryjna opisująca podstawowe wymiary wiedzy, postaw i zachowań związanych z piciem alkoholu. Jej formuła była podobna do tematycznie zbliżonych narzędzi stosowanych w badaniach epidemiologicznych tej grupy wiekowej. Treść pytań zamieszczono w części Wyniki. Kluczowe pytania dotyczące zmiany zachowania zostały zadane na dwa niezależne sposoby i dlatego omawiane są osobno.

Wykorzystane w analizie wyników metody statystyczne uwzględniały analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami w schemacie mieszanym w przypadku sprawdzania istotności zmian w wiedzy uczestników, postaw wobec powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych oraz przewidywanej intencji dotyczącej używania tych substancji w dorosłym życiu. W odniesieniu do znacznej większości pozostałych pytań przeprowadzono test znaków rangowanych Wilcoxa osobno dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej, uwzględniając korektę poziomu istotności ze względu na liczbę dokonywanych porównań.

Wyniki

Zmiany w wiedzy dotyczącej konsekwencji picia alkoholu przez młodych ludzi

W teście wiedzy można było zdobyć od 0 do 8 punktów. Uwzględniał on następujące stwierdzenia, które trzeba było ocenić pod kątem ich prawdziwości (prawda–fałsz):

1. *Picie napojów alkoholowych w poważnym stopniu uszkadza mózg młodego człowieka.*
2. *Gdy pije się napoje alkoholowe w młodym wieku, bardzo wzrasta prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu.*
3. *Wspólne picie piwa wzmacnia przyjaźń pijących.*
4. *Picie alkoholu czyni młodych ludzi bardziej dorosłymi i niezależnymi.*
5. *Picie napojów alkoholowych jest główną przyczyną śmierci osób w wieku 16–24 lata.*
6. *Abstynencja od alkoholu jest czymś dobrym.*
7. *Picie alkoholu w młodym wieku nie pozwala się rozwinąć ważnym umiejętnościom nabywanym w młodości.*
8. *Picie napojów alkoholowych w młodym wieku powoduje obniżenie wyników w nauce.*

Efekt grupy nie był istotny statystycznie. Wystąpił istotny statystycznie efekt pomiaru, czyli wzrost wiedzy u uczniów bez uwzględniania podziału na grupy, $F(1,69) = 3,82$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,06$.

Efekt interakcji nie był istotny statystycznie, ale pomocniczo przeprowadzono analizę efektów prostych w interakcji. Analiza porównań parami sugeruje, że za zaobserwowaną zmianę odpowiada głównie wzrost wiedzy w grupie uczniów, którzy brali udział w programie, $F(1,69) = 5,26$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,07$ (ryc. 1).

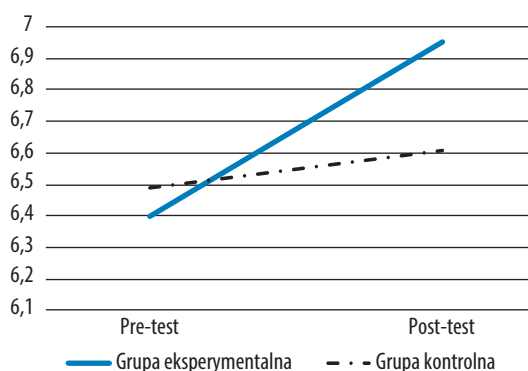
Intencje dotyczące powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych w dorosłym życiu

Utworzono zbiorczy wskaźnik – średnią odpowiedzi na następujące cztery pytania:

1. Czy bliska Ci jest myśl, że po ukończeniu 18. roku życia nie będziesz pił alkoholu (całkowicie)?
2. Czy bliska Ci jest myśl, że po ukończeniu 18. roku życia będziesz pił napoje alkoholowe bardzo umiarkowanie?
3. Czy bliska Ci jest myśl, że po ukończeniu 18. roku życia nie będziesz palił tytoniu?
4. Czy bliska Ci jest myśl, że po ukończeniu 18. roku życia nie będziesz używał narkotyków?

Uczestnicy mogli się do nich ustosunkować, wybierając jedną z trzech opcji odpowiedzi: „tak”, „nie”, „trudno powiedzieć”. Odpowiedzi kodowano w taki sposób, by wyższy wynik oznaczał większe nasilenie intencji powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych w dorosłości.

Ryc. 1. Wzrost wiedzy dotyczącej konsekwencji picia alkoholu przez młodych ludzi obserwowany w okresie między pre-test i post-test.



Efekt grupy oraz efekt pomiaru nie były istotne statystycznie, natomiast efekt interakcji grupy i kolejności pomiaru okazał się istotny statystycznie, $F(1,69) = 4,61$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,06$. Analiza porównań parami pokazała, że zmiana ta dotyczy wyłącznie grupy eksperymentalnej, $F(1,69) = 5,80$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,08$. U uczestników programu zaobserwowano zmniejszenie intencji powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych w dorosłości. Ten wynik został szerzej skomentowany w Omówieniu.

Postawa wobec powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych

Uczniowie zostali także poproszeni o ustosunkowanie się do czterech stwierdzeń odnoszących się do nieużywania substancji psychoaktywnych:

1. Czy nieużywanie napojów zawierających alkohol (całkowita trzeźwość, abstynencja) jest: bardzo dobre, dobre, obojętne, złe, bardzo złe, trudno powiedzieć?
2. Czy nieużywanie środków zastępczych, tzw. dopalaczy, jest: ... (kategorie jak wyżej)
3. Czy nieużywanie narkotyków jest: ... (jak wyżej)
4. Czy nieużywanie tytoniu jest: ... (jak wyżej)

Im lepiej było oceniane dane zachowanie, tym wyższy wynik (średnia odpowiedzi z czterech pytań).

Efekt grupy i kolejności pomiaru nie były istotne statystycznie, natomiast efekt interakcji obu tych czynników okazał się istotny statystycznie, $F(1,68) = 7,36$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,10$. Analiza porównań parami pokazuje, że w post-test istotna jest różnica między grupą eksperymentalną i kontrolną, $F(1,68) = 5,05$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,07$. Co zaskakujące, te wyniki sugerują, że uczestnicy programu oceniali nieużywanie substancji psychoaktywnych mniej pozytywnie. Więcej uwagi poświęcono temu wynikowi w Omówieniu.

Poziom aktualnego powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych

Powstrzymywanie się od palenia tytoniu

W grupie kontrolnej 72% uczniów (28 osób) w obu pomiarach zadeklarowało, że nigdy nie paliło tytoniu. W grupie eksperymentalnej takich uczniów było 78% (25 osób). Czterech uczniów z grupy kontrolnej (10%) w obu pomiarach deklaroowało, że paliło bardzo rzadko lub jednorazowo, analogicznie odpowiedział jeden uczeń z grupy eksperymentalnej. Warto zwrócić uwagę na to, że 18% uczniów z grupy kontrolnej i 19% z grupy eksperymentalnej podało niespójne odpowiedzi. Na przykład w każdej z grup pojawiły się trzy osoby, które zadeklarowały w drugim pomiarze całkowite powstrzymywanie się od palenia w dotychczasowym życiu, podczas gdy w pre-test udzieliły odpowiedzi twierdzącej na pytanie w sprawie palenia. Z tego powodu nie dokonano innego rodzaju analizy wyników, poprzestając na danych procentowych.

Powstrzymywanie się od picia różnego rodzaju napojów alkoholowych

Pytanie odnoszące się do picia piwa uwzględniało cztery rodzaje odpowiedzi określających częstotliwość zachowania (ostatni miesiąc, ostatni rok, kiedykolwiek w życiu, nigdy). Przeprowadzona analiza wykazała obecność negatywnego trendu rozwojowego wyłącznie w grupie kontrolnej ($Z = -2,36$, $p < 0,05$). Można ten wynik zinterpretować jako ochronne działanie programu w grupie

eksperymentalnej. Jeśli chodzi o poziom całkowitej abstynencji od piwa, to w grupie kontrolnej 51% uczniów zadeklarowało ją w obu pomiarach, natomiast w grupie eksperymentalnej – 69% uczniów. Warto zaznaczyć, że biorąc pod uwagę sam pre-test, grupy były porównywalne. W przypadku picia wina, wódki i innych napojów alkoholowych otrzymano analogiczne wyniki w grupie eksperymentalnej jak w przypadku picia piwa, czyli brak niekorzystnych zmian. Natomiast negatywna zmiana w grupie kontrolnej nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej w przypadku picia tych napojów. Zmiany w odsetkach w grupie kontrolnej i eksperymentalnej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zmiany w odsetkach uczniów deklarujących, że nigdy nie pili piwa, wina, wódki i innych napojów alkoholowych.

	Odsetek deklarujących abstynencję w pre-test		Odsetek deklarujących abstynencję w pre-test i post-test	
	Grupa kontrolna	Grupa eksperymentalna	Grupa kontrolna	Grupa eksperymentalna
Piwo	85	84	51	69
Wino	77	88	59	78
Wódka	87	88	69	84
Inne	85	84	67	78

Tabela 2. Odsetek uczniów, którzy na pytanie dotyczące rozpowszechnienia używania alkoholu odpowiedzieli, że ludzi pijących jest „dużo” lub „bardzo dużo”.

	Grupa kontrolna	Grupa eksperymentalna
Pre-test	90	81
Post-test	92	94

Tabela 3. Odsetek uczniów, którzy na pytanie dotyczące rozpowszechnienia palenia tytoniu odpowiedzieli, że ludzi palących jest „dużo” lub „bardzo dużo”.

	Grupa kontrolna	Grupa eksperymentalna
Pre-test	95	81
Post-test	92	84

Tabela 4. Odsetek uczniów, którzy na pytanie dotyczące rozpowszechnienia używania tzw. dopalaczy udzielili odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

	Grupa kontrolna	Grupa eksperymentalna
Pre-test	41	38
Post-test	36	25

Przekonania dotyczące powszechności używania substancji psychoaktywnych

Uczniowie mieli ustosunkować się do stwierdzenia: *Niektórzy ludzie piją napoje alkoholowe. Czy takich ludzi jest: bardzo dużo, dużo, mało, bardzo mało lub trudno powiedzieć?* Znacząca większość uczniów w obu grupach wybrała odpowiedzi „dużo” i „bardzo dużo” w obu pomiarach (tab. 2).

Analiza wykazała, że w grupie kontrolnej brak zmian w nasileniu przekonania o powszechności używania alkoholu ($Z = -0,85$, $p > 0,05$), a w grupie eksperymentalnej istotność statystyczna zmian jest na poziomie słabej tendencji ($Z = -0,85$, $p = 0,04$).

Uczniowie mieli także ustosunkować się do stwierdzenia: *Niektórzy ludzie palą papierosy. Czy Twoim zdaniem takich ludzi jest: bardzo dużo, dużo, mało, bardzo mało lub trudno powiedzieć?* Znacząca większość uczniów w obu grupach wybrała odpowiedzi „dużo” i „bardzo dużo” w obu pomiarach (tab. 3).

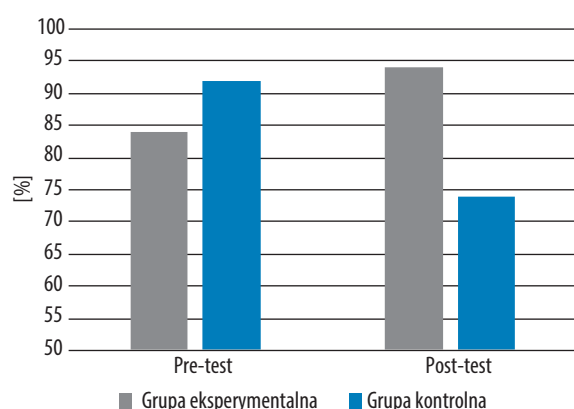
Uczniowie oceniali stopień używania tzw. dopalaczy w pytaniu skonstruowanym analogicznie do dwóch poprzednich. Tym razem odpowiedzi były bardziej zróżnicowane, a najczęściej wybierano kategorię „trudno powiedzieć” (tab. 4). Analiza wykazała, że uczniowie z grupy eksperymentalnej w drugim pomiarze uznali używanie „dopalaczy” za zjawisko bardziej rozpowszechnione w porównaniu z ich oceną w pierwszym pomiarze ($Z = -2,4$, $p < 0,025$).

Mógł to być efekt zwiększonej uważności w sprawie używania substancji psychoaktywnych.

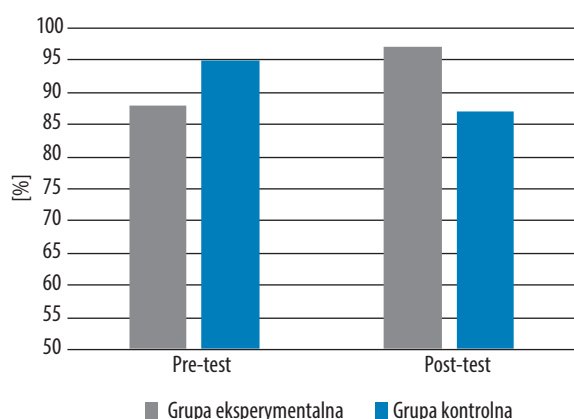
Powstrzymywanie się od spożywania alkoholu w ciągu 30 dni przed pre-test i post-test

W celu sprawdzenia ewentualnych zmian w picu piwa w ciągu ubiegłego miesiąca zadano następujące pytanie: *Czy zdarzyło Ci się picie napojów alkoholowych w czasie 30 dni przed tym badaniem (piwo)?* Do wyboru były cztery odpowiedzi: „nie piłam/nie piłem”, „tak, 1–2 razy”, „tak, 3–5 razy”, „tak, 6–9 razy”. Znacząca większość uczniów w obu grupach zadeklarowała abstynencję w obu pomiarach (dokładny odsetek odpowiedzi przedstawiono na ryc. 2). Analiza wykazała, że obniżenie się odsetka abstynentów w grupie kontrolnej było istotne statystycznie ($Z = -2,3$, $p < 0,025$). W grupie eksperymentalnej nie zaobserwowa-

Ryc. 2. Odsetek uczniów deklarujących całkowitą abstynencję od piwa w ciągu ostatnich 30 dni przed pre-test i post-test.



Ryc. 4. Odsetek uczniów deklarujących całkowitą abstynencję od wódki w ciągu ostatnich 30 dni przed pre-test i post-test.

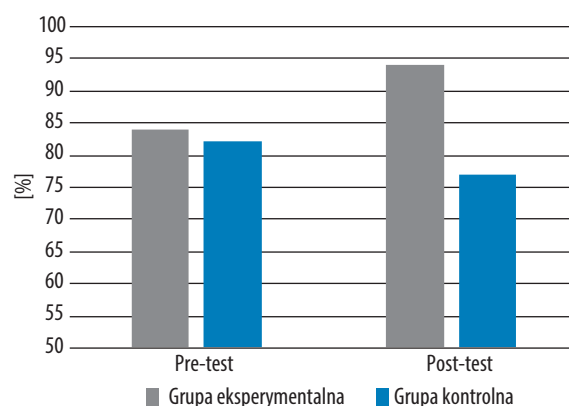


no takiej niekorzystnej zmiany, lecz pozytywna zmiana nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($Z = -1,6$, $p > 0,05$).

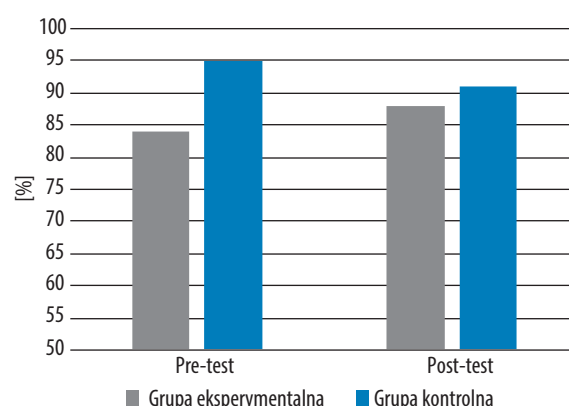
Analogiczne trzy odrębne pytania zadano w odniesieniu do wina, wódki i innych rodzajów alkoholu. Analiza danych odnoszących się do picia wina nie wykazała istotnych niekorzystnych zmian w grupie kontrolnej ($Z = -0,28$, $p > 0,05$). Natomiast pozytywna zmiana w grupie eksperymentalnej nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($Z = -1,9$, $p = 0,06$) (ryc. 3).

Brak istotnych zmian wykazała w obu grupach analogiczna analiza wykonana dla danych dotyczących picia wódki ($Z_{\text{kontrolna}} = -1,0$, $p > 0,05$; $Z_{\text{eksperymentalna}} = -1,6$, $p > 0,05$). Odsetek deklarujących abstynencję od wódki w obu grupach i pomiarach przedstawiono na ryc. 4. Nie zaszły również istotne zmiany w odniesieniu do rzadko tu występującego zjawiska picia innych – poza

Ryc. 3. Odsetek uczniów deklarujących całkowitą abstynencję od wina w ciągu ostatnich 30 dni przed pre-test i post-test.



Ryc. 5. Odsetek uczniów deklarujących całkowitą abstynencję od innych niż piwo, wino i wódka napojów alkoholowych w ciągu ostatnich 30 dni przed pre-test i post-test.



piwem, winem i wódką – napojów alkoholowych. Odsetek uczniów deklarujących abstynencję od nich w obu grupach i pomiarach zaprezentowano na ryc. 5.

Omówienie

Należy zauważyć, że choć zastosowano dobór celowy uczestników badania, to miało to miejsce w warunkach, które obiektywnie zbliżały go do doboru losowego. Zakładano stosunkowo niewielką liczebność badanych grup, jednocześnie starano się maksymalnie zadbać o poprawność metodologiczną badania pilotażowego, gdyż od jego wyników zależały dalsze posunięcia badawcze. W związku z tym zajęcia były prowadzone zgodnie z wypracowanym najnowszym scenariuszem, uwzględniającym poprawki wprowadzone od czasu powstania programu. Nie przeprowadzono natomiast pilotażu narzędzia (ankiety), nie wychwycono zatem w odpowiednim czasie trudności w rozumieniu niektórych pytań. W zbieraniu danych uczestniczyli doświadczeni prowadzący, natomiast autorzy – osoby odpowiedzialne za planowanie badania, obliczenie i interpretację wyników – nie byli realizatorami poddanych badaniu zajęć.

W interpretacji wyników dotyczących powstrzymywania się od picia alkoholu trzeba się liczyć z możliwością wystąpienia w obu grupach odpowiedzi niespójnych. Biorąc pod uwagę nawet nieunikniony błąd pomiaru, uzyskane wyniki są jednak optymistyczne i sugerują korzystny ochronny efekt działania programu w grupie eksperymentalnej w zakresie bardzo ważnego zachowania. Należy zaznaczyć, że badano tylko efekty krótkoterminowe, czyli występujące po 30 dniach od zakończenia zajęć, co nie pozwala wnosić o długoterminowych efektach oddziaływania programu. Nie są to jednak efekty natychmiastowe (badane tuż po zakończeniu programu), wywołane chwilowymi emocjami. Nie kontrolowano w trakcie badania zmian w środowisku uczestników, które mogłyby mieć wpływ na wyniki.

Najbardziej istotne wyniki badania odnoszą się do zachowania polegającego na powstrzymywaniu się od picia alkoholu. Uczestnicy programu nie zadeklarowali zwiększonego picia piwa przez 30 dni po zakończeniu zajęć, natomiast ten niekorzystny trend pojawił się w grupie kontrolnej. Picie piwa było mierzone dwoma odrębnymi pytaniami (umieszczonymi w dwóch różnych miejscach ankiety), co zwiększało wiarygodność uzyskanego wyniku. W odniesieniu do picia wina, wódki

i innych napojów alkoholowych oraz palenia tytoniu nie wykazano ochronnego działania programu na poziomie istotności statystycznej.

Jak wiadomo z badań epidemiologicznych [8], w tej grupie wiekowej najbardziej prawdopodobne jest używanie piwa, a nie mocniejszych napojów alkoholowych, stąd duże znaczenie uzyskanego wyniku. Stanowi on argument na rzecz możliwości znalezienia metod przeciwdziałania niekorzystnym zmianom, określanym czasami jako tzw. negatywny trend rozwojowy (wyrazem tego trendu może być np. przedwczesna inicjacja alkoholowa).

Kwestionariusz zawierał pytania odnoszące się nie tylko do alkoholu, lecz także innych substancji psychoaktywnych, brano bowiem pod uwagę możliwe rozszerzone oddziaływanie programu.

Co zaskakujące, nie udało się wykazać u uczestników programu pozytywnych zmian przekonań w zakresie powszechności używania substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do tzw. dopalaczy uzyskano nawet efekt odwrotny. Niewykluczone, że uczniowie uczestniczący w programie uważali swoje przekonania o rozpowszechnieniu używania tych substancji za świadczące o ich większej wiedzy i większej czujności. Ponieważ zastosowanie strategii „zmiana błędnych przekonań normatywnych” jest w programie „Debata” uznawane za kluczowe, odnotowany efekt – jako niespójny z obserwacjami prowadzących – wymaga ponownego zbadania, być może za pomocą innych narzędzi czy badań jakościowych. Bardzo interesującą perspektywą byłoby przeprowadzenie badań jakościowych dynamiki zmian w niewielkiej grupie eksperymentalnej, co mogłoby doprowadzić do udoskonalenia narzędzi służących badaniom ilościowym. Zespół badawczy jest przekonany, że niekiedy mamy do czynienia ze zniekształceniami wyników z powodu pewnej niedoskonałości narzędzi, które w zbyt małym stopniu uwzględnia dyspozycje poznawcze uczestników zajęć. Istotną, jak się wydaje, propozycją zmiany w pytaniu dotyczącym przekonań normatywnych byłoby przywołanie adekwatnej dla uczestników grupy odniesienia i zrezygnowanie z określenia „niektórzy ludzie”, ponieważ może być ono rozumiane różnie przez poszczególne osoby.

Warto skomentować tu pytanie dotyczące intencji powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych w dorosłości, gdyż zaobserwowaną zmianę można tłumaczyć także innymi czynnikami niż działaniem programu. Może to być tzw. regresja do średniej ze względu na stosunkowo wysoki wyjściowy poziom badanej zmien-

nej w grupie eksperymentalnej. Zjawisko to polega na samorzutnym obniżeniu chwilowo nasilonego poziomu jakiejś zmiennej. Inne wyjaśnienie dotyczy wspomnianej wyżej kwestii metodologicznej – złożonej konstrukcji pytań wykorzystującej przeczenie. Niektórzy uczniowie, odpowiadając „nie”, mogli mieć np. na myśli „nie będę pić”, a tymczasem ich odpowiedź kodowana była odwrotnie – jako postawa przeciwna. Takie wyjaśnienie jest prawdopodobne, ponieważ badane zjawisko zaobserwowano jedynie w grupie eksperymentalnej, w której spodziewano się zmian. Oznacza to, że omawianą kwestię należałoby zbadać ponownie, z użyciem innych pytań lub za pomocą metod jakościowych.

Z tego punktu widzenia dwa zakresy pytań wymagają powtórzeń w odrębnych badaniach. Uwaga ta dotyczy intencji powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych w dorosłym życiu oraz postawy uczniów wobec powstrzymywania się od używania. W tym ostatnim pytaniu zaobserwowany wynik może być pozorny, gdyż mógł pojawić się na skutek użycia słowa zawierającego przeczenie („nie-używanie”). Uczniowie mogli zatem odpowiadać na pytanie odwrotne do postawionego. Uzyskane wyniki sugerują, że sposób sformułowania pytań mógł wpłynąć na niewłaściwe odpowiedzi. Nie można więc wyciągać wniosków z analizy odpowiedzi na te dwa pytania. Z drugiej strony warto dodać, że nawet gdyby przyjąć te wyniki za wiarygodne, to nie przekreślałyby one pozytywów związanych z oddziaływaniem programu. Uczestnicy nie są jednoznacznie zachęceni do abstynencji po 18. roku życia, lecz podczas programu przedstawia się tę kwestię jako sprawę indywidualnego wyboru dokonywanego dopiero w dorosłym wieku. Promuje się natomiast zdecydowanie abstynencję w ich wieku. Niezaprzeczalną wartością programu „Debata” jest natomiast wzbogacenie wiedzy uczestników na temat konsekwencji picia alkoholu w młodym wieku. Podejście zastosowane w programie charakteryzuje się w tym zakresie wszechstronnością – wymienione szkody dotyczyły nie tylko zdrowia fizycznego, lecz także ryzyka ponoszonego w ramach funkcjonowania społecznego, rozwoju relacji rówieśniczych czy osiągnięć w szkole [36].

Wnioski

Uzyskane wyniki zachęcają do stosowania programu profilaktycznego „Debata” w praktyce szkolnej w ta-

kim stopniu, w jakim może to być uzasadnione przez pilotażowy charakter badania. Odnotowano wiele pozytywnych wyników, zwłaszcza zważywszy na krótki czas oddziaływania programu. Wydaje się, że w aktualnych warunkach społecznych trzeba koniecznie szukać takich form działania edukacyjno-profilaktycznego, które zachęca szkoły do ich zastosowania, a jednocześnie będą obiecujące w warstwie ewaluacji wyniku [35, 37–40]. Przy trzech godzinach lekcyjnych pracy z klasą uzyskane wyniki prezentują się bardzo zachęcająco.

Wyniki pilotażu wskazują na konieczność dalszych intensywnych badań ilościowych i jakościowych. Zwłaszcza te ostatnie pozwoliłyby lepiej zrozumieć całość procesu, jaki dokonuje się w trakcie pracy profilaktycznej i powinny, zdaniem autorów, poprzedzić dalsze badania ilościowe na większej grupie badanych. Uczestnicy zajęć mogli nie zrozumieć prostych, wydawałoby się, pytań ankiety. Wymaga ona zatem udoskonalenia i odejścia od pytań sformułowanych w sposób charakterystyczny dla badań starszej młodzieży (np. dla badania ESPAD czy badań mokotowskich). Krótkie interwencje profilaktyczne w środowisku szkolnym mają bardzo duże znaczenie i warto zwiększyć dokładność i wiarygodność badań nad ich efektywnością.

Na uwagę zasługuje fakt uzyskania dobrej wiarygodności wyników (na poziomie istotności statystycznej) przy stosunkowo nielicznej próbie. Dobrze rokuje to dla przyszłych badań, wymaga jednak metodologicznych udoskołań zasadniczej ewaluacji wyniku. Uzyskane wyniki pokazują zatem, że zarówno zaprojektowanie scenariusza, który dobrze implementuje się w realnych warunkach, jak i zaprojektowanie adekwatnego badania ewaluacyjnego niesie ze sobą wiele wyzwań. Nasz pilotaż wyraźnie te wyzwania odsłonił.

Konflikt interesów

Nie występuje.

Finansowanie

Nie zadeklarowano.

Etyka

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami UE dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

Bibliografia

1. Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn T., et al. Alcohol use. In: Ezzati M., Lopez AD., Rodgers A., Murray CJL. (eds.). Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004, p. 959-1108.
2. Jackowska T., Grzelczyk-Wielogórska M. Ostre zatrucia jako przyczyna hospitalizacji dzieci i młodzieży w oddziale pediatrycznym – 9-letnia analiza. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2014; 9: 628-32.
3. Bava S., Tapert SF. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drugs problems. *Neuropsychol Rev* 2010; 20(4): 398-413.
4. Nutt D., King L., Philips L. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376: 1558-65.
5. Hussong A., Bauer D. Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents. *J Abnorm Psychol* 2008; 117(1): 63-78.
6. Karasowska A. Profilaktyka na co dzień. Alkohol w życiu nastolatków. Warszawa: Wydawnictwo PARPAMEDIA; 2010.
7. Skalska-Sadowska J. Rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej miasta Poznania w powiązaniu z niektórymi elementami stylu życia. Poznań: rozprawa doktorska; 2008. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/plain-content?id=106337> (Accessed: 10.04.2020).
8. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pi-sarska A., Biechowska D., et al. Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004-2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2017.
9. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Warszawa: KBPN, PARPA, IPIŃ; 2016.
10. Malczewski A. Polska młodzież a substancje psychoaktywne. *Świat Problemów* 2017; 4 (291): 15-19.
11. Wojcieszek K. Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych. Kraków: Wydawnictwo Rubikon; 2013.
12. Botvin GJ. Substance use prevention: Theory, practice and effectiveness. In: Tonry M., Wilson Q (eds.). *Drugs and Crime*. Chicago: University of Chicago Press; 1990, p. 461-519.
13. Ostaszewski K. Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Warszawa: Wydawnictwo Scholar; 2003.
14. Foxcroft DR., Lister-Sharp D., Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 2003; 92: 531-8.
15. Anderson P., Baumberg B. Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Warszawa, 2007.
16. Botvin GJ., Baker E., Dusenbury L., Tortu S., Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(4): 437-46.
17. Perry CL., Williams CL., Komro KA., Veblen-Mortenson S., Stigler M., Munson KA., et al. Project Northland: long term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Educ Res* 2002; 17(1): 117-32.
18. Peters LW., Kok G., Ten Dam GT., Buijs GJ., Paulssen TG. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health* 2009; 9: 182.
19. Botvin GJ., Griffin KW., Paul E., Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2003; 12: 1-18.
20. Pick S., Athie D., Hietanen A.-E. Effectiveness of Brief Prevention Programs for Adolescents in Mexico. In: Israelashvili M., Romano JL (eds.). *The Cambridge Handbook of International Prevention Science*. New York: Cambridge University Press; 2016, p. 780-98.
21. Ringwalt C., Hanley S., Vincus AA., Ennett ST., Rohrbach LA., Bowling JM. The Prevalence of Effective Substance Use Prevention Curricula in the Nation's High Schools. *J Prim Prev* 2008; 29: 479-88.
22. Miller WR., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
23. Jaraczewska JM., Krasiejko I. (eds.). *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit; 2012.
24. McCambridge J., Cuninghame JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction* 2014; 109(4): 538-46.
25. Wojcieszek K. Debata – propozycja scenariusza zajęć profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych dla klas VI-VIII. *Remedium* 1998; 3(61): 18-24.
26. Hansen W. School-based alcohol prevention programs. *Alcohol Health Res World* 1993; 1(17): 54-60.
27. Gaś Z. Profilaktyka w szkole. Warszawa: WSiP; 2006.
28. Ramstedt M., Larm P., Raninen J. Changes in parenting as an explanation for the decline in youth drinking – can we learn something from a comparison of Sweden and Denmark? KBS thematic meeting: Youth drinking in decline. Kraków: 2019.
29. Wojcieszek K. Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać? Kraków: Wydawnictwo Rubikon; 2016.
30. Wojcieszek K. Program profilaktyczny dla rodziców „Dżungla”. Struktura, zasady i możliwości zastosowania. *Studia Paedagogica Ignatiana* 2019; 3(22): 39-57.
31. Sochocki M. Debata o „Debacie”. *Remedium* 2010; 3(203): 18-19.
32. Sochocki M. Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Rewizja-Korekta” – cz. I. *Remedium* 2010; 4(206): 26-7.
33. Sochocki M. Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Korekta-Rewizja” – cz. II. *Remedium* 2010; 5(207): 24-5.
34. Malczewski A. (ed.). Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2018.
35. Porzak R. (ed.). Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce. Lublin: Fundacja „Masz Szansę”; 2019.
36. Grzelak S. (ed.). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo ORE; 2015.
37. Szymańska J. Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. 1st ed. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 2000.
38. Faggiano F. Evaluation of effectiveness of complex interventions. III Annual EUSPR Conference and Members Meeting „Common risk and protective factors, and the prevention of multiple risk behaviours”. Kraków: 2012.
39. UNODOC, International Standards on Drug Use Prevention. Vienna: United Nations; 2015.
40. Wojcieszek K. Is the Ability of Implementation the Key Evaluation Criterion? Short or Long Prophylactic Impact on the Universal Level? X Annual EUSPR Conference and Members' Meeting 'Looking over the wall – promoting multidisciplinary work in prevention'. Gandawa: 2019 [poster, unpublished results].

Pojęcie redukcji szkód odnosi się do polityk, programów i praktyk, których podstawowym celem jest ograniczenie występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem legalnych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, a nie samo ograniczenie konsumpcji substancji psychoaktywnych.

REDUKCJA SZKÓD WŚRÓD OSÓB CZYNNIE ZAŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Orędownicy podejścia związanego z redukcją szkód wychodzą z założenia, że we współczesnym świecie zjawiska używania substancji odurzających nie da się całkowicie wyeliminować. Nie istnieją na tyle skuteczne oddziaływania profilaktyczne, które zniechęciłyby ludzi do używania narkotyków. Nie istnieją także na tyle efektywne metody leczenia, które umożliwiałyby zerwanie z nałogiem każdemu uzależnionemu. Z drugiej zaś strony istnieje bardzo duży popyt na narkotyki, co tym bardziej uzasadnia podejście związane z ograniczaniem szkód wśród osób je używających. Innym, nie mniej istotnym założeniem filozofii redukcji szkód jest uznanie, iż przyczyna najbardziej negatywnych następstw związanych z konsumpcją nielegalnych substancji (zarówno zdrowotnych, jak i społecznych) tkwi głównie w ich nielegalności. Farmakologiczne właściwości większości narkotyków stanowią tylko jeden z elementów zagrożeń związanych z ich używaniem. Cała reszta, np. wybrane choroby zakaźne, śmiertelne zatrucia i przedawkowania, kryminalizacja użytkowników itd., to raczej wynik polityk antynarkotykowych zorientowanych na prohibicję, a co się z tym wiąże braku jakiejkolwiek kontroli nad jakością tego, co zażywają miliony ludzi na całym świecie. Ideologia redukcji szkód jest całkowicie przeciwna kryminalizacji osób używających substancji psychoaktywnych.

Jak to się zaczęło?

Za początki świadomie realizowanej redukcji szkód przyjmuje się działania, które zostały podjęte w latach 80. przez władze w Liverpoolu. Skala używania heroiny

w tym mieście była tak duża, iż oddziały detoksykacyjne nie były w stanie zająć się ok. 200 tys. osób uzależnionych od heroiny. Poza tym większość pacjentów tuż po detoksykacji wracała na ulicę. Konieczna była więc zmiana strategii postępowania wobec tych osób, które nie były w stanie zdobyć się na abstynencję. Zaczęły powstawać serwisy pomocowe, których zadaniem było przede wszystkim ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków. W roku 1985 w Liverpoolu rozpoczął pracę drop-in center (centrum pomocy). Na dramatyczną sytuację w mieście wpływ miał także wzrost zakażeń wirusem HIV. Związek między dzieleniem się przez osoby uzależnione strzykawkami a rozprzestrzenianymi się zakażeniami był aż nadto oczywisty i dlatego właśnie skupiono się na dystrybucji darmowego, sterylnego sprzętu do iniekcji wśród tej grupy. W tym samym czasie podobny program powstał w Holandii, choć nie operowano tam jeszcze terminem „redukcja szkód”.

W Polsce pierwszy program redukcji szkód dla osób uzależnionych zaczął funkcjonować w roku 1996. Prowadzony był w Krakowie przez Polskie Towarzystwo Pomocy Osobom Uzależnionym i Poradnię Monar. Oczywiście w tamtych czasach profil klienta programów redukcji szkód odbiegał znacznie od dzisiejszego. Do rzadkości należała politoksykomania, nie istniały „dopalacze”, stymulanty (amfetamina) dopiero zaczynały „wchodzić” na polski rynek, a odbiorcy pierwszych programów redukcji szkód uzależnieni byli od tzw. kompotu – „polskiej heroiny” otrzymywanej z maku domowymi metodami. Obecnie dostępny jest szeroki wachlarz różnego rodzaju nowych, syntetycznych

substancji. Dystrybucja odbywa się także dodatkowo innymi kanałami niż miało to miejsce 25-30 lat temu, na przykład przez telefon i z wykorzystaniem internetu. Od samego początku w Polsce programy redukcji szkód zdrowotnych, kierowane zarówno do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, jak i użytkowników okazjonalnych (tzw. programy partyworkingowe), wdrażane są w zasadzie wyłącznie przez organizacje pozarządowe.

Cele i kompleksowość programów redukcji szkód

Według definicji Harm Reduction International, istniejącej od 24 lat międzynarodowej organizacji pozarządowej, pojęcie redukcji szkód odnosi się do „polityk, programów i praktyk, których podstawowym celem jest ograniczenie występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem legalnych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, a nie samo ograniczenie konsumpcji substancji psychoaktywnych”.

Warto zwrócić uwagę, iż często zakłada się również, że beneficjentami programów redukcji szkód powinni być nie tylko użytkownicy substancji psychoaktywnych, ale również ich najbliższe otoczenie – rodziny oraz społeczność lokalna. Z tego powodu, poza korzyściami dla bezpośrednich odbiorców programów redukcji szkód, konieczne należy także mieć na uwadze – jako cel główny tego typu interwencji i programów – poprawę ogólnego bezpieczeństwa publicznego. Nie ulega wątpliwości, że już sam fakt objęcia czynnych użytkowników narkotyków (najczęściej przebywających przecież w przestrzeni publicznej) jakąkolwiek formą pomocy, a także w pewnym sensie kontroli, korzystnie wpływa na bezpieczeństwo obywateli.

Szanse na skuteczną implementację działań z zakresu redukcji szkód w obszarze substancji psychoaktywnych w dużej mierze zależą od poziomu akceptacji tych działań zarówno w populacji generalnej, jak i w społecznościach lokalnych, w których takie programy i działania są realizowane. Problemem jest brak, szczególnie w polskim społeczeństwie, wystarczającej wiedzy na temat uzależnień i działań ograniczających szkody zdrowotne, a także obawa, czy nawet lęk, przed wszystkim, co ma jakikolwiek związek z narkotykami. Wielu ludzi uważa, że jedynym słusznym rozwiązaniem problemu jest izolacja i karanie osób używających nielegalnych substancji.

Ideologia redukcji szkód prezentuje zupełnie odmienne założenia. Za najbardziej skuteczne programy uważa się takie, w których poza wymianą sprzętu iniekcyjnego dodatkowo oferowane jest również takie wsparcie, jak: trening uczący „bezpieczniejszej” iniekcji, możliwość wykonania testu na HIV, konsultacje medyczne, opatrywanie ran i podjęcie prostych zabiegów pielęgnarskich, udostępnienie miejsca na nocleg, możliwość umycia się i skorzystania z pralni czy możliwość zjedzenia ciepłego posiłku, konsultacje prawne, pomoc socjalna, pomoc materialna (m.in. rozdawnictwo odzieży, środków czystości, środków opatrunkowych), poradnictwo psychologiczne, wsparcie rówieśnicze, udzielanie informacji na temat oferty terapeutycznej i socjalnej, dystrybucja różnego rodzaju materiałów dotyczących edukacji zdrowotnej.

Uważa się, że w obszarze ochrony zdrowia główne cele programów redukcji szkód zdrowotnych powinny być zorientowane na:

- podniesienie poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych;
- zmianę wzorów używania substancji psychoaktywnych na mniej szkodliwe;
- ograniczenie liczby schorzeń somatycznych związanych z iniekcjami;
- zwiększenie dostępu do anonimowego testowania w kierunku zakażeń HIV, HCV i kiły;
- zwiększenie liczby osób świadomych swojego statusu serologicznego oraz podejmujących leczenie w programach leczniczych dla osób HCV+;
- wzrost wiedzy na temat uzależnienia i chorób współistniejących oraz zwiększenie liczby osób podejmujących odpowiednie leczenie.

W sferze poprawy funkcjonowania społecznego główne cele programów redukcji szkód zdrowotnych to:

- poprawienie higieny beneficjentów poprzez rozdawanie czystej odzieży, udostępnienie prysznicy oraz środków higieny osobistej, środków czystości, maszynek do golenia itd.;
- zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych adresatów oddziaływań poprzez wydawanie posiłków, stworzenie bezpiecznego miejsca w postaci świetlicy drop-in i udostępnienie aneksu kuchennego, zapewnienie miejsca noclegowego;
- pomoc beneficjentom w konstruktywnym radzeniu sobie z kryzysami życiowymi;

- udzielanie konsultacji socjalnych wspierających odbiorców w uregulowaniu spraw urzędowych i socjalnych;
- bezpłatna pomoc beneficjentom w rozwiązywaniu problemów prawnych, zapobiegająca ich kryminalizacji;
- udzielanie beneficjentom pomocy w podejmowaniu przez nich pracy zawodowej.

Za dobrą praktykę w redukcji szkód uważa się prowadzenie działań kompleksowych, tj. zorientowanych na opisane wcześniej cele i oferujących jak najwięcej typów interwencji. By to było możliwe, organizacja realizująca program redukcji szkód powinna posiadać niezbędne zaplecze materialne, lokalowe i kadrowe. Organizacje, które jednocześnie prowadzą stacjonarne programy redukcji szkód (noclegownie, punkty drop-in) oraz działania, w trakcie których wychodzą z ofertą do klienta w miejscu jego przebywania (działania outreach), mają szansę dotrzeć do większej liczby użytkowników i w większym stopniu zaoferować im pomoc odpowiadającą ich potrzebom.

Warto zauważyć, że od blisko 10 lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspiera redukcję szkód. W ramach organizowanych otwartych konkursów ofert na zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii ogłaszane jest odrębne zadanie na prowadzenie zintegrowanych centrów pomocy i redukcji szkód. Aktualnie w Polsce działają cztery takie centra: w Warszawie – prowadzone przez Fundację Polityki Społecznej Prekursor, w Lublinie i Krakowie – prowadzone przez Stowarzyszenie Monar oraz w Zielonej Górze – prowadzone przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii. Poniżej przedstawiam opis funkcjonowania centrum w Krakowie.

Drop-in w Krakowie

W ciągu ostatnich dwóch lat wiele działań dotyczących problematyki narkomanii zostało znacznie zredukowanych w swym zakresie z powodu epidemii COVID-19 i związanych z nią obostrzeń. W dużym stopniu zmieniony został sposób realizacji zadań i ograniczone zostało korzystanie z niektórych serwisów. Tak było również w przypadku drop-in w Krakowie. Zmiany w oferowanych przez nie usługach były dostosowane do informacji epidemicznych i zaleceń rządowych. Mimo różnych przeciwności działania w tym miejscu były realizowane cały czas – od poniedziałku do piątku w godz. 10-18, a w soboty w godz. 10-16.

W miesiącach luty-marzec 2021 roku wprowadzono kilka istotnych zmian w funkcjonowaniu placówki. Wśród nich były:

- ograniczenia w liczbie klientów mogących jednocześnie przebywać w drop-in;
- ograniczenia czasowe w przebywaniu klientów w drop-in;
- przerwy na dezynfekcję pomieszczeń i powierzchni;
- brak dostępu/ograniczenia w korzystaniu z łazienki i „spalni” (wydzielona część placówki, w której istnieje możliwość przespania się w ciągu dnia);
- częściowe ograniczenia w odbywaniu praktyk i pracy wolontariuszy.

Przez pierwsze półrocze 2021 roku w drop-in przestrzegano obowiązku przebywania w maseczkach ochronnych. Wyjątkiem były sytuacje, kiedy klienci spożywali posiłek lub pili napoje. Każdorazowo przy wchodzeniu do placówki sprawdzana była temperatura ich ciała oraz przeprowadzana była ankieta pod kątem objawów mogących świadczyć o zakażeniu COVID-19. Dwa pomieszczenia, świetlica i toaleta dla klientów, były i są odkażane w nocy lampami UV.

Ponadto wydawano środki ograniczające ryzyko zakażenia COVID-19: maseczki i rękawiczki jednorazowe oraz płyn do dezynfekcji. Prowadzona była również edukacja na temat bezpieczeństwa oraz wprowadzonych przez rząd restrykcji w celu przeciwdziałania epidemii. Dodatkowym, ważnym elementem działań w związku z epidemią COVID-19 było motywowanie klientów do zaszczepienia się i udzielanie im pomocy w tej kwestii. Większość personelu placówki została zaszczepiona w styczniu i lutym 2021 roku w związku z zaklasyfikowaniem jej do grupy „0”.

Realizacja projektu

Krakowski projekt z obszaru redukcji szkód prowadzony jest zarówno w świetlicy dziennego przebywania (drop-in), jak i w warunkach ulicznych (streetworking/outreach) i jest nastawiony na realizację następujących celów:

1. zmiana zachowań związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków

Dzięki prowadzonej w ramach projektu wymianie igieł i strzykawek osoby problemowo używające narkotyków mają możliwość otrzymania sterylnych igieł i strzykawek, jak również utylizacji skażonego

materiałem zakaźnym sprzętu w sposób, który nie zagraża bezpieczeństwu osób postronnych ani innym użytkownikom. Nie wszystkie osoby będące klientami drop-in używają narkotyków w iniekcjach, jednak co najmniej 90% właśnie w ten sposób przyjmuje substancje odurzające. Wszyscy adresaci projektu używający narkotyków drogą iniekcji stosują na ogół czyste igły i strzykawki i nie dzielą się sprzętem iniekcyjnym. Taki wniosek można wysnuć wyłącznie na podstawie ich deklaracji. Nie ma pewności, czy wszystkie osoby rzeczywiście prezentują taką postawę na co dzień.

Poza wymianą sterylnego sprzętu do iniekcji wobec beneficjentów realizowano wiele działań edukacyjnych nastawionych na redukcję zagrożeń wynikających z tego wzoru przyjmowania narkotyków (używanie sterylnych igieł i strzykawek przy każdym podaniu narkotyku, niewkłuwanie się w miejsca szczególnie niebezpieczne, takie jak pachwiny itp.). Działania te zwiększają świadomość zasad bezpieczniejszego przyjmowania substancji psychoaktywnych, choć zmiany w postępowaniu zachodzą bardzo powoli. W pierwszym półroczu 2021 roku z programu krakowskiego centrum skorzystało 120 osób, łącznie odnotowano 2898 wizyt klientów, co daje średnio 16 wizyt dziennie. Drop-in odwiedziło w tym czasie 91 osób uzależnionych.

2. ograniczenie używania substancji psychoaktywnych, w tym ograniczenie przedawkowań i ostrych zatruc oraz ogólna poprawa zdrowia somatycznego klientów Realizatorzy projektu szacują, że w przypadku co najmniej połowy klientów nastąpiło ograniczenie używania substancji psychoaktywnych. Zredukowanie poziomu stresu przełożyło się na motywację do ograniczenia używania narkotyków przez klientów krakowskiego programu. Prowadzony przez pracowników drop-in monitoring kondycji psychicznej i fizycznej klientów spowodował, że niektórzy z nich sięgnęli po specjalistyczną pomoc medyczną lub skierowali się do placówek terapii uzależnień. Pracownicy centrum odnotowali wzrost liczby osób rozpoczynających leczenie substytucyjne. Niekiedy towarzyszyli oni klientom podczas wizyt w placówkach służby zdrowia. Dzięki prowadzonemu programowi obserwuje się zmniejszenie liczby przypadków przedawkowań oraz ciężkich zatruc narkotykami/nowymi substancjami psychoak-

tywnymi. Wydawane były środki opatrunkowe, w tym bandaże (161 sztuk), gazy jałowe (378 sztuk) i plastry (525 sztuk). Materiały te były wykorzystywane przez klientów w związku z komplikacjami po nieudanych iniekcjach (gojenie się nakłuc na skórze po iniekcjach i ran po ropniach).

3. zapobieganie chorobom przenoszonym przez krew (HIV, HBV, HCV)

Głównym sposobem zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych przez krew wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest udział tego typu osób w programie wymiany igieł i strzykawek. Drop-in prowadził jednocześnie i warsztaty, i rozmowy indywidualne poświęcone tej tematyce. Tymi działaniami objęto wszystkich klientów placówki. W pierwszym półroczu 2021 roku wydano 15 198 igieł, 10 711 strzykawek, przekazano także inny sprzęt – wodę do iniekcji, gaziki nasączone spirytusem odkażającym, tzw. cookery – pojemniki do przyrządzania narkotyku. Wydawano prezerwatywy. W celu dbania o bezpieczeństwo w środowisku lokalnym pracownicy zbierają i utylizują zużyty sprzęt iniekcyjny. Łącznie zebrano 14 198 zużytych igieł oraz 9779 strzykawek. Dodatkowo klienci zachęcani są do prowadzenia tzw. wymiany pośredniej – rozdają sterylny sprzęt iniekcyjny innym użytkownikom, zbierają zużyty i przekazują go (w specjalnie do tego przeznaczonych pojemnikach) personelowi krakowskiego Monaru. Efektem tych działań jest zaobserwowane zmniejszenie liczby zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew.

4. powrót do (przynajmniej częściowego) pełnienia podstawowych ról społecznych

Co dziesiąty klient placówki miał możliwość odbycia rozmowy na temat podjęcia przez niego pracy, skorzystał także z pomocy w napisaniu CV oraz sondowaniu rynku pracy. Ok. 20% z nich podjęło pracę zarobkową (zwykle okresową). Pomimo tego, że od odwiedzających drop-in nie jest wymagana abstynencja, to jednak oczekuje się od nich przestrzegania podstawowych norm zachowania. Dzięki temu osoby te uczą się (w warunkach, które są dla nich możliwe do osiągnięcia) współżycia społecznego. Obowiązujący regulamin ogranicza sytuacje konfliktowe zarówno na terenie placówki, jak i w jej najbliższym otoczeniu – nie pozwala na gromadzenie się klientów przed drzwiami czy

tworzenie przez nich sytuacji niekomfortowych dla osób postronnych.

5. zatrzymanie/spowolnienie procesu kryminalizacji
 Udzielanie klientom pomocy w podejmowaniu pracy, zachęcanie ich do skorzystania z oferty pomocy społecznej, w połączeniu z faktem zmniejszenia intensywności używania substancji psychoaktywnych wpłynęło częściowo na zatrzymanie procesu kryminalizacji niektórych z nich. W pierwszym półroczu 2021 roku udzielono 58 porad prawnych.
6. polepszenie/stabilizacja stanu zdrowia osób z diagnozą AIDS i diagnozą wirusowego zapalenia wątroby
 Wielu odbiorców programu jest zakażonych HIV i/ lub HCV. Dzięki pracownikom krakowskiego Monaru są oni w kontakcie z placówkami medycznymi świadczącymi pomoc w tym zakresie. Zauważalna jest jednak powszechna niewiedza klientów na temat własnego statusu serologicznego. W związku z tym podejmowano działania edukacyjne w zakresie HIV/AIDS i HCV. Objęły one wszystkich klientów programu. W przypadku HCV działania te zostały połączone z testowaniem przesiewowym na obecność przeciwciał. Prowadzono ustrukturyzowane wywiady dotyczące historii badania i leczenia HCV. Wprowadzono również procedurę zgłaszania się klientów do leczenia nowymi lekami na HCV, ułatwiającą kontakt z kliniką prowadzącą to leczenie. W ramach zintegrowanego centrum redukcji szkód uruchomiono dla klientów pralnię i łaźnię. W pierwszym półroczu 2021 roku z łaźni skorzystano 49 razy, z pralni 79 razy. W tym czasie wydano także 1813 ciepłych posiłków.

Na zakończenie

Poza zintegrowanymi centrami redukcji szkód prowadzone są programy redukcji szkód zdrowotnych. Są one zlokalizowane w Puławach (Monar), Olsztynie (Monar), Wieliczce (Monar), Częstochowie (Monar), Warszawie (Monar, Fundacja Edukacji Społecznej oraz Stowarzyszenie Jump '93), Nowej Soli (Stowarzyszenie Relacja), Wrocławiu (Stowarzyszenie Salida) oraz Zgorzelcu (Stowarzyszenie Subsydium). Programy te skierowane są do pełnoletnich osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, używających ich często iniekcyjnie. Uczestnicy programów doświadczają wielu problemów emocjonalnych, zdrowotnych, społecznych i prawnych wynikających z sięgania po

narkotyki; brakuje im wsparcia rodziny, często są bezdomni. Pozostają albo poza systemem leczenia, albo lokują się na jego obrzeżach. Jeśli podejmowali w przeszłości próby leczenia, to były one nieskuteczne: przerywali program terapeutyczny przed jego ukończeniem, nie byli w stanie dostosować się do jego zaleceń. Większość charakteryzuje niski poziom wiedzy w zakresie zdrowia.

Z „Przeglądu badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analizy czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie”, pracy autorstwa dr n. hum. Justyny Klingemann z Instytutu Psychiatrii i Neurologii z 2020 roku, wiemy, że głównym źródłem finansowania większości z aktualnie działających programów są fundusze otrzymywane z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Drugim istotnym źródłem są pieniądze pozyskiwane od samorządów lokalnych. Pozostałe środki – z Narodowego Funduszu Zdrowia, darowizny oraz finanse własne – odgrywają znacznie mniejszą rolę.

W Polsce, ze względu na ograniczenia prawne, nie udało się wdrożyć, mimo paru prób podjętych przez organizacje pozarządowe, takich skutecznych rozwiązań w obszarze redukcji szkód, jak: pokoje iniekcyjne, wydawanie naloksonu (leku ratującego życie w przypadku przedawkowania opiatami), szybkie testowanie składu narkotyków w klubach i na imprezach masowych. Te rozwiązania z powodzeniem funkcjonują w wielu krajach Europy Zachodniej, m.in. w Niemczech, Holandii, Danii, Portugalii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii.

Bibliografia

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Europejski raport narkotykowy 2021: tendencje i osiągnięcia”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2021.
- Klingemann J., „Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2020.
- Wodowski G., „Poradnia Stowarzyszenia Monar w Krakowie. Redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków”, Kraków 2019.
- Oferty składane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez organizacje pozarządowe na programy redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ogłaszane w ramach otwartych konkursów ofert na zadania publiczne z zakresu przeciwdziałania narkomanii.
- Sprawozdania merytoryczne z realizacji umów na programy zintegrowanych centrów redukcji szkód oraz na programy redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, składane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez organizacje pozarządowe.

W ostatnich latach można zaobserwować dynamiczne zmiany zarówno na rynku gier wideo, jak również na rynku gier hazardowych. Wiele współczesnych gier wideo zawiera elementy hazardu i gier losowych. Dlatego użytkownikom czasami trudno jest odróżnić, który rodzaj aktywności uprawiają.

ELEMENTY HAZARDU W GRACH WIDEO – PRZEGLĄD LITERATURY

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

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich lat świat gier komputerowych zmienił się znacząco, od prostych gier do gier w sieci, gdzie można współpracować lub rywalizować z innymi graczami lub z fikcyjnymi postaciami. Gra w gry komputerowe dla niektórych graczy stała się ścieżką kariery i sposobem na zarabianie pieniędzy (Griffiths, 2017). Rynek gier komputerowych i hazardowych jest bardzo dochodowy, mimo niewielkiej liczby użytkowników gier społecznościowych, którzy wydawali pieniądze na zakup (2,3% spośród wszystkich graczy) np. dodatków służących do personalizacji postaci (skins). Pomimo tak małej grupy użytkowników wydających pieniądze, przychody operatorów gier wyniosły w 2014 roku prawie 3 mld dolarów amerykańskich (USD) (Gainsbury i współ., 2016). W 2018 roku przychody z płatności za korzystanie z loot boxów (skrzynek) wyniosły około 30 mld dolarów.

Wiele współczesnych gier wideo zawiera elementy hazardu i gier losowych. Zwykle element hazardowy jest opcjonalny dla gracza, ale dość kuszący, gdyż dzięki niemu szybko zdobywa się upragniony efekt i większa szansę na postęp w grze. Co istotne, gry hazardowe są umieszczane w grupie gier opartych na umiejętnościach, co może dawać fałszywe złudzenie, że w grach hazardowych liczą się głównie umiejętności (Monaghan i współ., 2008).

Jacques i współpracownicy (2016) wyróżnili trzy podstawowe kategorie gier zawierające elementy hazardu:

1. Standardowe gry hazardowe, które są elektronicznie symulowaną interaktywną grą hazardową, strukturalnie identyczną z tradycyjnym formatem gry hazardowej, takim jak blackjack lub ruletka.
2. Niestandardowe gry hazardowe, czyli gry interaktywne, które obejmują celowe obstawianie zakładów

w grze o niepewnym wyniku, częściowo wzorowane na tradycyjnym hazardzie, lecz rozgrywane z zastosowaniem innych reguł lub zawierające inne komponenty strukturalne wyróżniające je spośród tradycyjnych gier hazardowych.

3. Gry mające odniesienia do hazardu, tj. gry wideo zawierające nieinteraktywne elementy pochodzące z gier hazardowych, takie jak oznaczenia stosowane w grach hazardowych, fabuła podobna jak w grach hazardowych, akcesoria pochodzące z gier hazardowych (Jacques i współ., 2016).

Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby młode są szczególnie wrażliwą subpopulacją osób uprawiających hazard (Delfabbro i Thrupp, 2003). Hazard może być atrakcyjny dla młodych ludzi, gdyż pomaga im radzić sobie z trudnymi emocjonalnymi stanami (Jacobs, 1986), szczególnie ma to miejsce w okresie dojrzewania, zanim młodzi ludzie nie wykształcą bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie z napięciem (Gupta i Derevensky, 1998). Zidentyfikowano szereg czynników ryzyka, na które narażeni są młodzi ludzie:

- większa dostępność hazardu w najbliższej społeczności,
- zaangażowanie w gry hazardowe we wczesnym wieku,
- doświadczenie dużej wygranej w młodym wieku,
- granie w okresach depresji czy poczucia osamotnienia,
- aprobata i/lub nacisk rówieśników,
- wzór rodziców,
- aprobata społeczna hazardu.

Czynniki te mają decydujące znaczenie również, jeśli chodzi o tak zwane nowe media. Gry dostępne we własnym domu, z użyciem internetu i ogromna oferta gier, także takich z elementem hazardu, zwiększają ich dostępność dla młodych ludzi. Wiek inicjacji, w związku ze zwiększonym dostępem do gier zawierających elementy hazardu, obniżył

się. W grach może pojawiać się element wielkich wygranych wirtualnych środków. Granica między wygranymi osiąganymi dzięki własnym umiejętnościom a losowymi wygranymi zostaje zatarta.

Zespół badaczy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii dokonał przeglądu doniesień naukowych mających na celu identyfikację dotychczasowych badań opisujących elementy gier hazardowych w grach wideo oraz identyfikację funkcji, jakie pełnią gry. Przegląd obejmował lata 2010–2019. Do wyszukiwania publikacji wykorzystano dwie bazy artykułów: EBSCO i Web of Science. W każdej bazie użyto kombinacji słów kluczowych: *video games*, *gaming*, *online gaming* i *gambling*. Po przeczytaniu streszczeń do przeglądu zakwalifikowano 48 artykułów.

Wyniki przeglądu literatury¹

Cechy wspólne gier wideo i hazardowych

King i współpracownicy (2015) opracowali listę cech, które są wspólne dla gier wideo i gier hazardowych. Definicja gry wideo zawiera komponent interaktywności, podkreśla znaczenie potrzebnych do gry umiejętności oraz łączy wynik z postępem i sukcesem w scenariuszu. Z kolei hazard definiowany jest przez dokonywanie zakładów z wykorzystaniem realnych pieniędzy, których wynik jest uzależniony od elementów losowych. Granie w gry hazardowe jest związane z ryzykiem oraz wypłatą wygranej dla gracza. Element wypłaty środków finansowych uznano za szczególnie ważny w kontekście definiowania hazardu. Użytkownicy mogą mieć trudność w rozróżnieniu produktów – gier wideo i gier hazardowych – z uwagi na podobne cechy (Teichert, Gainsbury, Muhlbach, 2017). Wśród cech wspólnych autorzy wymienili:

1. Interaktywność gier wideo i gier hazardowych – działanie i bodźce w ramach danej aktywności zmieniają się w zależności od sytuacji lub zachowania gracza. Gra, która aktywnie angażuje gracza i doprowadza do interakcji, może zostać uznana za interaktywną. Z drugiej strony są zachowania, które obejmują pasywne oglądanie aktywności lub oglądanie innych, przy czym uczestnik nie ma bezpośredniego wpływu na wynik. Wszystkie gry wideo zawierają głównie elementy interaktywne, ale nie jest to cechą niezbędną gier hazardowych.
2. Kwestie finansowe – ta kategoria związana jest z finansowymi aspektami gry, których można wyróżnić

6 rodzajów: 1) użytkownik dostaje pieniądze/walutę za darmo bądź za ukończenie etapu (progres); 2) użytkownik dostaje pieniądze/walutę za darmo w postaci punktów lojalnościowych wymienialnych na kredyt, prezenty lub przedmioty o wartości pieniężnej; 3) opcjonalne zakupy przedmiotów, które nie wpływają na mechanikę gry; 4) opcjonalnie kupowana waluta do gry (np. w celu osiągnięcia progresu, ukończenia gry); 5) opcjonalnie kupowana waluta, którą można wymienić na prezenty lub inne przedmioty; 6) obowiązkowa opłata – opłata za możliwość rozpoczęcia gry lub subskrypcja gry. Elementem gry, który może rozstrzygać, do której kategorii kwalifikuje się gra, jest to, czy walutę z danej gry można wymienić na pieniądze, czy ekwiwalentne środki (np. kryptowaluta Bitcoin), w tym towary lub inne usługi od sprzedawcy gry.

3. Mechanika zakładów w grze – odnosi się do możliwości postawienia przez gracza czegoś, co jest w jego posiadaniu. Czasami gracze mogą brać udział w obstawianiu za pomocą wirtualnych walut i przedmiotów, które nie mają żadnej wartości finansowej.
4. Rola umiejętności oraz szczęścia w ustanowieniu wyniku gry – ta kategoria związana jest ze sposobem, w jaki wynik jest determinowany w grze. Można tu wyróżnić sytuacje, kiedy wynik jest: 1) całkowicie determinowany przez umiejętności (np. rywalizacja z innymi); 2) całkowicie określony przez przypadek lub algorytmy (tj. losowanie, loteria) oraz 3) kombinacja losowo wygenerowanych lub z góry ustalonych wyników i wyników opartych na umiejętnościach.
5. Mierzalność uzyskanego wyniku – obejmuje takie elementy, jak: 1) brak wskaźnika wyniku lub postępu w grze; 2) wskaźniki niefinansowe (np. wirtualna waluta, punkty, odblokowania opcji, ogłoszenie zwycięzcy); 3) wynik finansowy (tj. wypłata). Typowym elementem charakterystycznym dla hazardu są wyniki finansowe.
6. Realizm – ta kategoria odnosi się do stopnia realizmu i strukturalnego podobieństwa do gry hazardowej, np. poker, blackjack. Można wyróżnić gry wideo, które mają: 1) minimalne podobieństwo lub jego brak; 2) podobieństwo jedynie w pewnym stopniu oraz 3) wysoki poziom podobieństwa.
7. Kontekst (centralizm gry hazardowej) – związany jest ze strukturalnym i sytuacyjnym umiejscowieniem czynności grania w grę hazardową. Może się

- on odnosić do 1) gry hazardowej samej w sobie, np. gra na konsolę; 2) drobnej czynności hazardowej pojawiającej się w fabule gry oraz gdy 3) gra jest dostępna na platformie poświęconej hazardowi, np. darmowa gra w kasynie online.
8. Główny nacisk – odnosi się do przewagi czynności, jakie trzeba podjąć w ramach gry: 1) hazard jest czynnością podstawową; 2) uprawianie hazardu jest na drugim planie, jednak jest obowiązkowym elementem oraz gdy 3) działalność hazardowa jest drugorzędna i nieobowiązkowa.
 9. Reklama – związana z obecnością materiałów reklamowych odnoszących się do hazardu. Można wyróżnić kategorie gier, gdzie jest: 1) brak materiałów reklamowych; 2) obecność reklam odnoszących się do symulowanych gier hazardowych; 3) obecność wyłącznie marek operatorów gier hazardowych (prowadzonych online lub stacjonarnie) oraz 4) obecność reklam skierowanych na określoną działalność hazardową i sprecyzowane produkty dostępne online lub stacjonarnie.

Postrzeganie gier

W badaniu jakościowym Calado i współpracownicy (2014) przeprowadzili zogniskowane wywiady grupowe z 37 młodymi Portugalczykami w wieku od 13 do 26 lat. Porównywali wyniki młodszej i starszej grupy (powyżej 18. roku życia). Młodsza grupa postrzegała granie w kategoriach uzależnienia, podczas gdy starsza głównie podkreślała możliwość zwiększenia swoich kompetencji osobistych i społecznych. W przypadku hazardu młodsza grupa mówiła o szczęściu i możliwości zdobycia pieniędzy, a starsza o tym, że hazard niesie ze sobą więcej szkód niż korzyści. Młodzi ludzie zapytani o wspólne cechy gier i hazardu wymienili: aspekt finansowy, pozytywne doznania, podobne cechy gier. Jednak bardziej byli skłonni podkreślać różnice.

Jimenez-Murcia i współpracownicy (2014) podjęli próbę określenia rozpowszechnienia używania gier wideo i uzależnienia od gier wideo wśród pacjentów z zaburzeniami hazardowymi ($n=193$). Uzależnienie od gier wideo stwierdzono u 15% omawianej populacji. Zarówno pacjenci używający gier wideo, jak i uzależnieni od nich cechowali się wyższym poziomem zaburzeń psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe i fobia społeczna). Oprócz tego reprezentowali bardziej dysfunkcyjny typ osobowości.

W badaniach Gainsbury i współpracowników (2016) analizowano, jak gracze postrzegają gry wideo zawierające elementy hazardu z grupy *social casino games* i gry hazardowe. Większość graczy w gry wideo z grupy *social casino games* stwierdziło, że zdecydowanie (25,5%) lub raczej zdecydowanie (31,1%) są zdania, że operatorzy tych gier zachęcają użytkowników do spróbowania uprawiania hazardu z wykorzystaniem realnych pieniędzy. Nie zgadzało się z tym 13,9% badanych.

Zdaniem respondentów gry wideo z grupy *social casino games* są podobne do gier hazardowych pod względem wizualnym (85% było tego zdania) i doświadczeń związanych z grą (71,6% było tego zdania). Ponad połowa (50,7%) odczuwała podniecenie na podobnym poziomie, kiedy wygrywali uprawiając hazard. Około jedna piąta (17,9%) graczy gier z grupy *social casino games* twierdziła, że ich doświadczenia w graniu w tego typu gry przyczynią się do zwiększenia ich sukcesów w grach hazardowych; 39,7% twierdziła, że jest to mało prawdopodobne. Ponad 85% graczy gier z grupy *social casino games*, którzy w związku z graniem w nie uprawiali hazard, przynajmniej raz wydało pieniądze w związku ze swoją grą w gry wideo. Było to ponad dwa razy więcej osób niż wśród tych, które nie uprawiały hazardu (41,7%). W zasadzie wszystkie osoby, które wydały pieniądze na gry wideo, zrobiły to w czasie ostatnich 12 miesięcy (98,8%). 11,6% spośród nich robiło to co najmniej raz dziennie lub raz w tygodniu (39,5%). Główną motywacją do grania w gry hazardowe przez użytkowników gier wideo z grupy gier *social casino games* była chęć wygrania pieniędzy, rozwój swoich umiejętności, spróbowanie grania w gry hazardowe bez konieczności wydawania własnych środków.

W badaniu King i współpracowników (2012) gracze w gry wideo, którzy poświęcali na to zajęcie średnio 20 godzin tygodniowo, wykazywali niski poziom zaangażowania w gry hazardowe, np. grali w karty, ale nie więcej niż 5 razy w roku oraz nie przejawiali cech hazardu problemowego. Mimo że nie odnotowano występowania zaburzeń hazardowych wśród graczy w gry wideo, to wyniki badań pokazały, że granie w gry wideo było istotnym czynnikiem wpływającym na złudne postrzeganie kontroli w grach hazardowych oraz wzmacniało złudne przekonania na temat grania w gry hazardowe. Granie w gry wideo było skorelowane z przeszacowywaniem umiejętności wymaganych przez gry hazardowe oraz przeświadczeniem, że doświadczenie zdobyte w grach wideo przyczynia się do odnoszenia wygranych w grach hazardowych. Granie

w gry wideo może nie być bezpośrednio związane z zachowaniami hazardowymi lub hazardem problemowym, ale może wpływać na niektóre przekonania, które mają gracze w gry komputerowe.

Funkcje gier wideo

W literaturze przedmiotu można wyróżnić szereg funkcji gier wideo, jakie pełnią one w życiu graczy. Są to funkcje społeczne, kontrolne, odgrywania ról, nagradzania i karania oraz funkcje estetyczne związane z grafiką. Funkcje, jakie pełnią gry, mogą przyczyniać się do zwiększenia częstotliwości oraz zaangażowania w granie, a jak pokazują badania – również do przechodzenia od grania w gry wideo do grania w gry hazardowe.

Funkcje społeczne

Dotyczą socjalizacyjnej roli gier, czyli możliwości nawiązywania komunikacji z innymi graczami zarówno online, jak i offline, jak również możliwości konkurowania oraz kooperacji w ramach gier. Gracze mogą się komunikować przed, w trakcie, a także po zakończeniu gry. Komunikacja służy wyrażaniu emocji oraz wymianie doświadczeń. Czasami jest to komunikacja z użyciem awatara. Gracze należą do gildii, które zaspokajają ich potrzebę kontaktów społecznych. Ducheneaut i inni (2006) stwierdzili, że 66% graczy gry *World of Warcraft* przynależy do gildii, a w przypadku zaawansowanych graczy liczba ta wzrasta do 90%. Osoby te nie muszą znać się osobiście, natomiast muszą się dopasować do panujących zasad, gdyż w innym wypadku mogą być na przykład usunięci z grupy.

Vorderer i inni (2003) wskazują, że element rywalizacji jest jednym z najistotniejszych czynników, jeśli chodzi o satysfakcję z gry. Gracze mogą śledzić swoje poczynania, bo ich wyniki są porównywane na bieżąco z wynikami innych graczy. Tabele z wynikami mogą zachęcać do kontynuowania gry, by poprawić swoje osiągnięcia.

Stosunkowo nowym fenomenem jest nawiązywanie bliższych relacji online i jest to w tej chwili część życia młodych ludzi. Wolak i inni (2002) zaraportowali, że 25% użytkowników internetu w wieku od 10 do 17 lat w roku poprzedzającym badania zawarło znajomość w sieci, a 14% za pośrednictwem internetu znalazło przyjaciela lub partnera.

Funkcje manipulacyjne i kontroli

Dotyczą możliwości gracza, by kontrolować grę i osiągać kolejne jej poziomy. Cechy samego użytkownika

są istotnym elementem gry, np. dobra koordynacja ręka-oko. Użytkownik musi być zdolny do pozyskiwania nowych informacji o grze, aby zmaksymalizować swoją szansę na postępy i odczuwać przyjemność z gry. Gracz w grach wideo ma możliwość naprawienia swoich błędów, może stopniowo odzyskiwać swoją pozycję, co obniża poczucie żalu po stracie. Wszystkie możliwości dostępne w grze są przedstawiane w postaci HUD (*heads and display*). Gracz decyduje o wykorzystaniu tych narzędzi, by zoptymalizować swoje szanse na wygraną. Podobnie jak w grach hazardowych, gracze w gry wideo mogą mieć trudność z zakończeniem grania, kiedy ich wynik jest niski. Niektórych cech gier gracze nie mogą kontrolować.

Funkcje odgrywania ról i fabularne

Dotyczą możliwości przyjmowania różnych tożsamości w grze. Gracz ma możliwość tworzenia postaci, w którą chce się wcielić według swoich preferencji. Blinka (2008) w swoim badaniu stwierdził, że młodzi ludzie identyfikują się ze swoim awatarem i nawiązują z nim emocjonalną więź. Badani często pomijają rolę narracji w grach, tymczasem może to być ważny element pozwalający na zagłębienie się w grę. Najbardziej powszechne są animowane lub filmowe (*live action*) wstawki, stanowiące nieinteraktywny fragment gry. Przerywniki filmowe zazwyczaj towarzyszą przejściom pomiędzy kolejnymi etapami lub są zapowiedzią ważnych wydarzeń (np. walki z bossem). Scenki te mają za zadanie przede wszystkim wzbogacić fabułę oraz budować napięcie. Niektórzy podejmują próby podzielenia gier ze względu na gatunek i tematykę, choć zwykle gry można dopasować do kilku gatunków. Gracze mogą wybierać gry ze względu na gatunek, do którego należą.

Funkcja nagradzania i karania

Funkcje nagradzające gier zwykle mają charakter psychologiczny, czasem postęp mierzony jest ilością zgromadzonych środków (złote monety) lub liczbą punktów. Określona liczba punktów pozwala przejść na kolejny poziom gry. Gracz może również zdobyć przedmioty czy cechy, które pozwolą jego postaci lepiej radzić sobie w grze. Niektóre elementy mogą być unikatowe i ich zdobycie wymaga poświęcenia znacznej ilości czasu.

Zwykle w grach dominują nagrody. Popularnymi formami kar jest utrata punktów lub obiektu, konieczność powtórzenia danego poziomu gry. Gry zawierają element *near miss*, który pokazuje graczowi, jak pomimo straty bliski był

zwycięstwa. Czasem gry zawierają swoiste podpowiedzi, co gracz powinien zrobić, by nie pomylić się po raz kolejny. W grach nie ma przerw na wypłatę, co oznacza, że gracz jest natychmiast nagradzany lub ponosi stratę. Szybki tok zdarzeń nasila zachowania hazardowe, bo nie pozwala refleksyjnie przyjrzeć się przegranej przed rozpoczęciem kolejnej gry (Delfabbro i Winefield, 1999).

Estetyczne funkcje gry

Dla graczy niebagatelne znaczenie odgrywa grafika i dźwięk, które mogą stymulować wrażenie uczestniczenia w realnej sytuacji. Tempo muzyki może wyznaczać tempo gry, stanowić element nagradzający. Gry budują swoje marki poprzez wyróżniające je elementy graficzne, a gracze często sięgają po to, co jest już im znane. Parke i Griffiths (2007) wykazali, że automaty do gier zawierające znane motywy, np. postaci z popularnego serialu, były chętniej wybierane przez użytkowników.

Podsumowanie

W ostatnich latach można zaobserwować dynamiczne zmiany zarówno na rynku gier wideo, jak również na rynku gier hazardowych. Wiele współczesnych gier wideo zawiera elementy hazardu i gier losowych. W literaturze wyróżnia się standardowe gry hazardowe, które są elektroniczną wersją tradycyjnych gier, niestandardowe gry hazardowe, zainspirowane tradycyjnymi rozgrywkami i gry wideo zawierające odniesienia do hazardu.

Gry wideo i gry hazardowe mają cechy wspólne, które sprawiają, że użytkownikom czasami trudno jest odróżnić, który rodzaj aktywności uprawiają. Wśród cech wspólnych badacze wymieniają: interakcyjność gier wideo i gier hazardowych, kwestie finansowe, mechanikę robienia zakładów, umiejętności oraz szczęście mające wpływ na ustanowienie wyników w grze, mierzalność uzyskanego wyniku, realizm, kontekst pojawiania się gry hazardowej oraz reklama hazardu. Grami wideo, które zawierają wiele elementów hazardu, są gry z grupy *social casino games*. Co piąty użytkownik tych gier jest zdania, że doświadczenia zdobyte w tego rodzaju grach przyczyniają się do zwiększenia ich sukcesów w grach hazardowych. Z kolei około 90% graczy w gry z grupy *social casino games* przynajmniej raz wydało pieniądze na hazard w związku ze swoją grą w gry wideo. Oznacza to, że tego typu gry zwiększają ryzyko przechodzenia od grania w gry wideo do uprawiania hazardu. Główną motywacją do grania

w gry hazardowe przez użytkowników gier wideo jest chęć wygrania pieniędzy oraz rozwój swoich umiejętności przydatnych w uprawianiu hazardu.

Gry wideo i gry hazardowe mogą pełnić wiele funkcji w życiu graczy. Można wyróżnić funkcje społeczne, kontrolne, odgrywania ról, nagradzania i karania oraz funkcje estetyczne związane z grafiką. Funkcje, jakie pełnią gry, mogą przyczyniać się do zwiększenia częstotliwości oraz zaangażowania w granie, a jak pokazują badania również do przechodzenia od grania w gry wideo do grania w gry hazardowe.

Na podstawie przeglądu literatury można sformułować szereg rekomendacji, których celem byłoby ograniczenie ryzyka przechodzenia od grania w gry wideo do grania w gry hazardowe. Jedną z nich jest edukacja, której celem byłoby zwiększenie świadomości na temat istnienia związków między grami wideo i grami hazardowymi. Uświadomienie graczom i pozostałym uczestnikom rynku gier tego, że elementy gier hazardowych obecne są w grach wideo, wydaje się kluczowe w tworzeniu strategii profilaktycznych skierowanych przede wszystkim do młodzieży. Kolejnym ważnym obszarem, na który należy zwrócić uwagę, jest odpowiedzialność społeczna operatorów gier oraz rodzaj wybieranych przez nich strategii marketingowych. Producenci gier wideo powinni w sposób transparentny informować graczy o umieszczeniu w grze elementów związanych z hazardem. W takich przypadkach należałoby weryfikować wiek kupujących.

Przypisy

- ¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Bibliografia

- Blinka L. (2008). The relationship of players to their avatars in MMORPGs: differences between adolescents, emerging adults and adults. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2, article 1.
- Calado F., Alexandr J. & Griffiths M. (2014). Mom, Dad It's Only a Game! Perceived Gambling and Gaming Behaviors among Adolescents and Young Adults: An Exploratory Study. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 12(6), 772–794, <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9509-y>
- Delfabbro P., & Thrupp L. (2003). The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *Journal of Adolescence*, 26 3, 313-30.
- Delfabbro P.H., Winefield A.H. (1999). Poker-machine gambling: an analysis of within session characteristics. *British Journal of Psychology*, 90, 425-439.
- Ducheneaut N., Yee N., Nickell E., & Moore R.J. (2006). 'Alone together?' Exploring the social dynamics of massively multiplayer online games.

Paper presented at the human factors in computing systems CHI 2006, April 22-27, Montreal, PQ, Canada.

Gainsbury S., Russell A., King D., Delfabbro P. & Hing N. (2016). Migration From *Social Casino Games* to Gambling: Motivations and Characteristics of Gamers Who Gamble. *Computers in Human Behavior*. 63. 59-67. 10.1016/j.chb.2016.05.021.

Gainsbury S., Russell A., King D., Delfabbro P. & Hing N. (2016). Migration From *Social Casino Games* to Gambling: Motivations and Characteristics of Gamers Who Gamble. *Computers in Human Behavior*. 63. 59-67. 10.1016/j.chb.2016.05.021.

Griffiths M.D. (2017). The psychosocial impact of professional gambling professional video gaming and e-sports. *Casino & Gaming International*, 28, 59-63.

Gupta R. & Derevensky J.L. (1998). Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 319-345, <https://doi.org/10.1023/a:1023068925328>

Jacobs D.F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Study*, 2, 15-31, <https://doi.org/10.1007/BF01019931>

Jacques C., Fortin-Guichard D., Bergeron P.-Y., Boudreault C., Lévesque D. & Giroux, I. (2016). Gambling content in Facebook games: A common phenomenon? *Computers in Human Behavior*, 57, 48-53, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.010>

Jiménez-Murcia S., Fernández-Aranda F., Granero R., Chóliz M., La Verde M., Aguglia E., Menchón J.M. (2014). Video Game Addiction in Gambling

Disorder: Clinical, Psychopathological and Personality Correlates. *Bio-Med Research International*, 2014, 1, <https://doi.org/10.1155/2014/315062>
King D.L., Gainsbury S.M., Delfabbro P.H., Hing N., & Abarbanel B. (2015). Distinguishing between gaming and gambling activities in addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 215-220, <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.045>

King D., Ejova A. & Delfabbro P. (2012). Illusory Control, Gambling, and Video Gaming: An Investigation of Regular Gamblers and Video Game Players. *Journal of Gambling Studies*, 28(3), 421-435, <https://doi.org/10.1007/s10899-011-9271-z>

Monaghan S., Derevensky J., Sklar A. (2008). Impact of gambling advertisements and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm. *Journal of Gambling Issues: Issue 22*.

Parke J. & Griffiths M.D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In: D. Smith, D. Hodgins & R. Williams (Eds.) *Research and measurement issues in gambling studies*, pp. 211-243. New York: Elsevier.

Teichert T., Gainsbury S. & Mühlbach C. (2017). Positioning of online gambling and gaming products from a consumer perspective: A blurring of perceived boundaries. *Computers in Human Behavior*. 75. 10.1016/j.chb.2017.06.025.

Vorderer P., Hartmann T., & Klimmt C. (2003). Explaining the enjoyment of playing video games: the role of competition. Paper presented at the Second international conference on Entertainment computing, Pittsburgh, PA.
Wolak J., Mitchell K.M., & Finkelhor D. (2002). Close online relationships in a national sample of adolescence. *Adolescence*, 37, 441-445.

Młodzież pijąca alkohol narażona jest na wiele problemów. Działania profilaktyczne zorientowane na abstynencję mają ograniczoną skuteczność, a wśród młodzieży z grup ryzyka mogą być po prostu nieadekwatne. Behawioralne Strategie Chroniące (Protective Behavioral Strategies, PBS) to specyficzne zachowania, które można stosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia negatywnych konsekwencji z tym związanych. Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania, w którym analizowano związki pomiędzy stosowaniem PBS a nasileniem problemów związanych z piciem alkoholu wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) i młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW).

STRATEGIE OGRANICZANIA SZKÓD ZWIĄZANYCH Z PICIEM ALKOHOLU WŚRÓD MŁODZIEŻY Z GRUPY RYZYKA

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Alkohol, młodzież i grupy podwyższonego ryzyka

Picie alkoholu przez młodzież stanowi stałe wyzwanie dla zdrowia i bezpieczeństwa zarówno na poziomie in-

dywidualnym, jak i publicznym (Hall i in., 2016). Dzieje się tak z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, pomimo obserwowanych od co najmniej dekady spadków w rozpowszechnieniu picia wśród młodzieży (np. Looze i in., 2015; Pape i in., 2018; Sierosławski 2020), alkohol jest wciąż zdecydowanie najczęściej używaną substancją psychoaktywną w większości krajów świata. Według

danych z ostatniego raportu WHO (2019) ponad jedna czwarta 15-19-latków (26,5%) to użytkownicy alkoholu, z czego największy udział ma młodzież w Europie. Wyniki najnowszych badań ESPAD wskazały, że we wszystkich europejskich krajach (z wyjątkiem Kosowa i Islandii) ponad połowa uczniów piła alkohol co najmniej raz w swoim życiu, przy czym prawie połowa z nich (47%) zgłosiła picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie (ESPAD, 2020). W Polsce picie alkoholu chociaż raz w swoim życiu zadeklarowało ok. 80% uczniów z młodziej (15-16 lat) i 93% ze starszej grupy (17-18 lat), które uczestniczyły w badaniu ESPAD, zaś upicie się przynajmniej raz w życiu raportowało ok. 47% młodszych oraz 76% starszych uczniów (Sierosławski, 2020). Wskaźniki dotyczące picia alkoholu są znacząco wyższe wśród młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Ostaszewski i in., 2011; Gren i in., 2019; Henderson i in., 2019).

Po drugie, z piciem alkoholu wiąże się wiele poważnych zagrożeń. Swoją popularność alkohol zawdzięcza przede wszystkim statusowi używki legalnej, a co za tym idzie, szeroko dostępnej, znanej i w dużym stopniu akceptowanej społecznie. Wbrew powszechnym przekonaniom spożywanie alkoholu, podobnie jak używanie wielu nielegalnych substancji psychoaktywnych, nie jest bezpieczne (np. Nutt i in., 2010; van Amsterdam i in., 2015). Picie alkoholu uznawane jest za istotny czynnik ryzyka wypadków, urazów i wielu chorób przewlekłych, a także problemów społecznych i interpersonalnych (Rehm i in., 2009; 2013; Frąckowiak i Motyka, 2015). Wśród młodzieży do tych negatywnych konsekwencji dochodzą jeszcze problemy z przestrzeganiem prawa (np. wykroczenia i kłopoty z policją), zaniedbania dotyczące nauki i obowiązków szkolnych oraz zakłócenia procesów rozwojowych (Tombourou i in., 2007; Viner i Taylor, 2007).

Co istotne, o stopniu szkodliwości alkoholu decydują nie tylko jego właściwości farmakologiczne, ale także decyzje osoby, która go spożywa, w tym ilość, częstość, sposób i kontekst picia alkoholu (Zinberg, 1984; Rehm i in., 2013; Jacobus i Tapert, 2013). Badacze są zgodni, że na negatywne konsekwencje picia alkoholu narażeni są przede wszystkim młodzi ludzie, którzy ze względu na kumulację indywidualnych i środowiskowych czynników ryzyka mają skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych oraz mają skoromne wzorce zachowań prozdrowotnych (np. McCrystal, 2008; Johnson i in., 2012; Rustecka-Krawczyk, 2012).

W naszym kraju młodzież przejawiająca powtarzające się trudności w nauce, zaburzenia zachowania czy inne problemy ze zdrowiem psychicznym, może zostać przekierowana do jednego z dwóch typów placówek o specjalnej organizacji nauki i wychowania (Kędzierski i Kulesza, 2008; Rustecka-Krawczyk, 2012). Do młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) kierowana jest młodzież zagrożona niedostosowaniem społecznym. Najczęściej są to uczniowie borykający się z problemami emocjonalnymi, zaburzeniami zachowania oraz trudnościami w wypełnianiu obowiązków szkolnych. Z kolei do młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) kierowani są nastolatki o potwierdzonym przez sąd rodzinny niedostosowaniu społecznym. Młodzież ta ma problemy z przestrzeganiem prawa, przejawia zaburzenia zachowania, inne problemy zdrowia psychicznego, a także nie wypełnia obowiązków szkolnych. W przypadku MOS, umieszczenie w placówce odbywa się na wniosek rodziców lub opiekunów prawnych, poparte jest to orzeczeniem poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego. Natomiast do MOW młodzież kieruje się na podstawie orzeczenia wydanego przez wydział rodzinny i nieletnich sądu rejonowego.

Młodzież kierowana do tego typu placówek pije alkohol i używa innych substancji psychoaktywnych znacznie częściej i bardziej szkodliwie niż młodzież z populacji generalnej (Gren i in., 2019). Oprócz tego wychowankowie MOS/MOW przejawiają inne zachowania ryzykowne i antyspołeczne (np. przemoc, wykroczenia). To współwystępowanie nasilonych problemów decyduje o tym, że podopieczni MOS/MOW znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka (Ostaszewski i in., 2019).

Ograniczanie szkód związanych z piciem alkoholu wśród młodzieży

Tradycyjnie profilaktyka picia alkoholu wśród młodzieży ukierunkowana jest na utrzymanie abstynencji lub przynajmniej opóźnienie rozpoczęcia spożywania alkoholu (np. Stockings i in., 2016). Skuteczność tych oddziaływań jest jednak bardzo ograniczona, a w przypadku grup ryzyka tego typu oddziaływania mogą nie być adekwatne (np. Midford, 2010; Jenkins i in., 2017). Z tego powodu zaproponowane zostały działania mające na celu nie tylko zniechęcanie do sięgania po alkohol, ale także edukowanie na temat efektów i mechanizmów działania alkoholu oraz uczenie strategii ograniczających szkody związane z jego spożywaniem (Saunders and Bailly, 1993).

Propozycja ta pojawiła się w Australii, gdzie od 1985 roku strategia minimalizacji szkód (harm minimization) jest jednym z głównych priorytetów Krajowej Strategii Narkotykowej (Midford, 2010). W efekcie, pod koniec lat 90., w australijskich ośrodkach badawczych opracowano kilka szkolnych programów profilaktyki picia alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych o potwierdzonej skuteczności (np. Vogl i in., 2009; Midford i in., 2014). Pierwszym z nich był School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP), szkolny program profilaktyki uniwersalnej, ukierunkowany na ograniczanie szkód związanych z piciem alkoholu (Farrington i in., 1999). Program ten, po ewaluacji i upowszechnieniu w Australii (McBride i in., 2007), został zaadaptowany w kilku innych krajach (np. McKay i in., 2012; McBride i in., 2013), dzięki czemu znajduje się również w europejskim rejestrze wysokiej jakości programów profilaktycznych Xchange¹.

Na początku lat dwutysięcznych, w odpowiedzi na poważny problem picia alkoholu wśród studentów szkół wyższych (ang. college), w Stanach Zjednoczonych opracowano koncepcję Behawioralnych Strategii Chroniących (*Protective Behavioral Strategies*, PBS). Zgodnie z definicją, PBS są specyficznymi zachowaniami, które można zastosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia związanych z tym negatywnych konsekwencji (Martens i in., 2005). Obejmuje to modyfikacje sposobów picia, zapewnianie bezpieczeństwa w trakcie i po wypiciu alkoholu, a także strategie zmierzające do ograniczania lub unikania picia alkoholu (Pearson, 2013). Idea PBS opiera się na behawioralnej koncepcji samokontroli, zakładającej zdolność do kontrolowania i przewyżczania wewnętrznych impulsów do podejmowania zachowań przynoszących natychmiastową ulgę lub wzmocnienie, jak w przypadku picia alkoholu (np. Magar i in., 2008; Percy, 2008). Strategie są także zgodne z podejściem redukcji szkód, które stara się zapobiegać negatywnym konsekwencjom bez konieczności ograniczania samego używania substancji psychoaktywnych (Toumbourou i in., 2007). Wspólnym mianownikiem obydwu tych perspektyw jest aktywna

rola osób używających substancji do regulowania swoich zachowań, a więc i współodpowiedzialności za skuteczność proponowanych oddziaływań.

Wpływ tych dwóch perspektyw widoczny jest wzdłuż całego spektrum oddziaływań ukierunkowanych na problematykę używania substancji psychoaktywnych. W obszarze terapii uzależnień, na skutek prowadzonych od lat 70. dyskusji dotyczących zakresu, intensywności i celów terapii (Allsop, 2018), opracowano m.in. koncepcję picia kontrolowanego (Heather i Robertson, 1984; Zinberg, 1984), programy ograniczania picia (Fudała, 2017) czy podejście redukcji szkód w psychoterapii uzależnień (Tatarsky, 2003; 2007). Natomiast w profilaktyce wpływ tych perspektyw przejawia się przede wszystkim w edukowaniu młodych ludzi, tak by mogli podejmować zdrowsze i bezpieczniejsze dla

siebie decyzje. O ile bowiem zidentyfikowano wiele czynników (np. genetycznych, rodzinnych, socjo-ekonomicznych) przyczyniających się do ograniczania picia alkoholu i związanych z tym szkód, o tyle ich zastosowanie w działaniach profilaktycznych jest często trudne lub niemożliwe, szczególnie na poziomie grupowym. Tymczasem koncepcja PBS charakteryzuje się zarówno łatwością przekazywania (edukowania), jak i uczenia się (Martens i in., 2005). Dotychczasowe badania sugerują bowiem, że strategie te są intuicyjne i naturalnie stosowane przez młodzież i młodych dorosłych (np. Howard i in., 2007; Jenkins i in., 2017).

Dziesiątki badań przeprowadzonych w ciągu ostatniej dekady wykazały, że PBS wiążą się z obniżonym spożyciem alkoholu i mniejszą ilością związanych z tym negatywnych konsekwencji wśród młodzieży i młodych dorosłych (np. Benton i in., 2004; Borden i in., 2011; Grazioli i in., 2015), w tym w grupach podwyższonego ryzyka (np. LaBrie i in., 2010; Doumas i in., 2017; Terlecki i in., 2020). Matthew R. Pearson z Center on Alcohol, Substance Use and Addictions przy Uniwersytecie w Nowym Meksyku (USA), wiodącej placówki naukowej w tej dziedzinie, dokonał krytycznego przeglądu literatury dotyczącej stosowania PBS. Z przeglądu tego wynikał ogólny wniosek, że PBS działają bardziej ochronnie dla osób

Behawioralne Strategie Chroniące są specyficznymi zachowaniami, które można zastosować przed, w trakcie lub po wypiciu alkoholu w celu ograniczenia związanych z tym negatywnych konsekwencji. Obejmuje to modyfikacje sposobów picia, zapewnianie bezpieczeństwa w trakcie i po wypiciu alkoholu, a także strategie zmierzające do ograniczania lub unikania picia alkoholu.

o podwyższonym ryzyku doświadczania konsekwencji związanych z piciem alkoholu (Pearson, 2013). A ponieważ zdecydowana większość z dotychczasowych badań nad PBS ogranicza się do studentów amerykańskich szkół wyższych, zasugerowano także rozszerzenie tych badań na inne, także młodsze, populacje (Palmer i in., 2010; Pearson, 2013; Crawford-Williams i in., 2016).

Badania własne

Biorąc to wszystko pod uwagę, wydaje się, że młodzież kierowana do placówek typu MOS i MOW stanowi znaczącą populację, która mogłaby odnieść korzyści ze stosowania PBS. Dlatego w przeprowadzanych w latach 2018–2019 badaniach podopiecznych MOS/MOW, zdecydowaliśmy się dokonać pomiaru nie tylko rozpowszechnienia picia alkoholu, ale także częstości stosowania PBS (Pisarska i in., 2019). Wyniki tych badań zostały przedstawione w kilku artykułach zamieszczonych w czasopiśmie „Alkoholizm i Narkomania” (4/2019, vol. 32). Z kolei analiza związków pomiędzy stosowaniem PBS a nasileniem problemów związanych z piciem alkoholu wśród podopiecznych MOS/MOW została opublikowana w międzynarodowym czasopiśmie „Addictive Behaviors” (Greń i in., 2021). Niniejszy artykuł został opracowany na podstawie tej ostatniej publikacji.

Metoda

Niniejsze badanie zostało zrealizowane za pomocą metody audytoryjnych badań ankietowych, przeprowadzanych w placówkach MOS i MOW. Zachowane były przy tym

procedury zapewniające anonimowość i poufność danych respondentów. Jak wspomniano powyżej, badanie to było częścią większego projektu, którego cele, założenia oraz metodologia zostały szczegółowo opisane w artykule Pisarskiej i wsp. (2019). Tutaj ograniczono się więc jedynie do niezbędnych informacji dotyczących uczestników badania, pytań ankietowych oraz analiz statystycznych.

Charakterystyka uczestników badania

Badanie obejmowało młodzież w wieku 12–19 lat z losowo wybranych placówek MOS i MOW z całej Polski (N=1730), które stanowiły ok. 40% wszystkich tego typu placówek (odpowiednio 30 MOS i 35 placówek MOW). Stu czterdziestu pięciu uczestników, którzy nie zgłosili picia alkoholu w ciągu swojego życia, zostało wyłączonych z próby badawczej, co obniżyło liczbę osób uwzględnionych w analizach do 1585. Podopieczni MOW stanowili 63,5%, a MOS 36,5% całej próby. Większość uczestników badania stanowili chłopcy (ok. 67%), co odzwierciedla rzeczywisty podział ze względu na płeć w placówkach MOS/MOW. Średnia wieku wynosiła 15,8 lat. Tylko ok. 33% uczestników mieszkało z obojgiem rodziców, 4% nie miało matki, a 15% ojca.

Narzędzia badawcze

Picie alkoholu oszacowano za pomocą pojedynczego pytania o częstość picia *w ciągu ostatnich 12 miesięcy* przed badaniem, które zostało zaczerpnięte z ankiety badań ESPAD (Sierosławski, 2015). Odpowiedzi obejmowały 7-stopniową skalę Likerta, od „1” = „nie piłem/łam” do

Tabela 1. Zróźnicowanie zmiennych ze względu na zmienne społeczno-demograficzne: średnia (odchylenie standardowe); *p<0,05; *p<0,001.**

	ŁĄCZNIE	PŁEĆ		WIEK		SKŁAD RODZINY		TYP PLACÓWKI	
		męska	żeńska	młodszy	starszy	pełna	inny	MOS	MOW
	N=1585	n=1063	n=517	12-15 lat	16-19 lat				
Picie alkoholu (ost. 12 m-cy)	4,88 (1,90)	4,85 (1,92)	4,94 (1,95)	4,60 (1,99)	5,04*** (1,83)	4,71 (1,99)	4,71 (1,96)	5,08 (1,83)	4,52*** (1,98)
Problemy związane z piciem alkoholu	3,47 (2,60)	3,29 (2,57)	3,85*** (2,61)	3,35 (2,55)	3,54 (2,63)	3,25 (2,63)	3,57* (2,57)	3,00 (2,60)	3,73*** (0,66)
PBS (pełna skala)	2,56 (0,66)	2,55 (0,67)	2,58 (0,65)	2,48 (0,68)	2,60*** (0,65)	2,53 (0,70)	2,57 (0,64)	2,61 (0,66)	2,53** (0,66)

„7” = „40 lub więcej razy”. Średnia częstość picia alkoholu wynosiła 4,88 (SD=1,90).

Problemy związane z piciem alkoholu zbadano za pomocą ośmiu pytań dotyczących m.in. zachowań ryzykownych lub wykroczeń pod wpływem alkoholu, problemów w relacjach z bliskimi, kłopotów z policją oraz picia pomimo doświadczanych z tego powodu szkód. Pytania te były adaptacją kilku pytań diagnozujących objawy zaburzeń związanych z piciem alkoholu (Sheehan i in., 2010; Adamowska i in., 2014). Pytania były mierzone na dychotomicznej skali (Tak=1; Nie=0). Ogólny wskaźnik był sumą wszystkich ośmiu pozycji (średnia=3,47; SD=2,60).

Behawioralne Strategie Chroniące (PBS) zostały zbadane za pomocą własnej adaptacji oryginalnej skali Protective Behavioral Strategies Scale-20 (Treloar i in., 2015). Skala ta została przetłumaczona na język polski, skrócona do 12 pozycji mierzonych na 4-stopniowej skali Likerta (1='nigdy', 2='rzadko', 3='często', 4='zawsze'), i zaadaptowana do kontekstu placówek MOS/MOW. Przykładowo, pozycja *Leave the bar/party at a predetermined time* została wykluczona ze względu na nieadekwatność, a pozycja *Only go out with people you know and trust* została zmodyfikowa-

wana do *Picie alkoholu wyłącznie w znanym i zaufanym towarzystwie*. Pełna skala PBS została utworzona poprzez uśrednienie odpowiedzi na wszystkie pozycje (średnia=2,56; SD=0,661), osiągając dobry poziom spójności wewnętrznej (α Cronbacha=0,84). Tabela 2. prezentuje poszczególne podskale, których spójność wewnętrzna była akceptowalna dla podskal *Sposoby picia* i *Ograniczanie poważnych szkód* (α =0,74), oraz nieco poniżej najczęściej przyjmowanego standardu w przypadku podskali *Ograniczanie/unikanie picia* (α =0,60).

Analizy statystyczne

W celu oszacowania częstości picia alkoholu, związanych z tym problemów oraz stosowania PBS posłużono się statystykami opisowymi. Testu t-studenta użyto do porównania średnich pomiędzy zmiennymi ze względu na płeć, wiek, skład rodziny oraz typ placówki (tabela 1). Współczynnik korelacji rho Spearmana posłużył do obliczenia korelacji pomiędzy wszystkimi zmiennymi. Do analizy związków pomiędzy PBS a problemami związanymi z piciem alkoholu wykorzystano model hierarchicznej analizy regresji.

Tabela 2. Częstość stosowania poszczególnych strategii ograniczania szkód związanych z piciem alkoholu (PBS) wśród podopiecznych MOS/MOW, z podziałem na podskale PBS (min=1, max=4), oraz ze względu na płeć: średnia; **p<0,01; *p<0,001.**

	PŁEĆ		ŁĄCZNIE
	męska	żeńską	
	n=1063	n=517	N=1585
SPOSOBY PICIA Manner of Drinking (MOD)	2,63	2,69	2,65
Przerywanie picia, gdy pojawiają się symptomy zatrucia alkoholem (np. zawroty głowy, mdłości)	2,73	2,74	2,74
Picie raczej wolno niż haustami	2,53	2,63	2,60
Unikanie kłótni i bójek, gdy jest się pod wpływem alkoholu	2,62	2,72	2,65
OGRANICZANIE/UNIKANIE PICIA Limmiting/Stopping Drinking (LSD)	2,25	2,28	2,26
Picie wody, podczas gdy pije się alkohol	1,65	1,51**	1,61
Wyznaczenie sobie limitu alkoholu, który można wypić przy danej okazji	2,39	2,41	2,39
Nieuleganie namowom do picia	2,33	2,46**	2,37
Unikanie zachowań, których można by potem żałować	2,69	2,80	2,73
OGRANICZANIE POWAŻNYCH SZKÓD Serious Harm Reduction (SHR)	2,81	2,80	2,80
Jedzenie przed lub w trakcie picia alkoholu	2,71	2,45***	2,63
Unikanie łączenia alkoholu z narkotykami	2,57	2,64	2,60
Unikanie picia alkoholu podczas stosowania leków	2,75	2,64	2,71
Picie alkoholu wyłącznie w znanym i zaufanym towarzystwie	3,14	3,13	3,14
Odmawianie jazdy z kierowcą, który pił alkohol	2,95	3,12**	3,01

Zmienne dotyczące częstości picia alkoholu oraz problemów z tym związanych zostały wystandaryzowane (z-scores) przed wprowadzeniem do modeli regresji. Istotność efektu interakcji została zilustrowana za pomocą wykresu *simple slope*, opracowanego przy pomocy programu PROCESS macro v3.3 (Hayes, 2017). Wszystkie analizy wykonano za pomocą SPSS v24.

Wyniki

Picie alkoholu

Większość uczestników badania rozpoczęła picie alkoholu w bardzo wczesnym wieku. Około cztery piąte badanych miało swój pierwszy kontakt z alkoholem przed 14. rokiem życia, z czego jedna piąta już w wieku 11 lat lub jeszcze wcześniej. Wysokie były także wskaźniki picia i upijania się. Około 70% podopiecznych MOS/MOW zgłosiło picie alkoholu 40 lub więcej razy w swoim życiu, a około 40% upiło się przynajmniej 40 razy w swoim życiu. W skali ostatnich 12 miesięcy przed badaniem picie alkoholu przynajmniej 40 razy zgłosiło 44% respondentów. W tabeli 1. zestawiono średnie częstości picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem dla całej próby oraz ze względu na poszczególne zmienne społeczno-demograficzne. Zgodnie z oczekiwaniami stwierdzono znaczące różnice ze względu na wiek i typ placówki. Starsi w porównaniu z młodszymi oraz podopieczni MOW w porównaniu z MOS, pili alkohol częściej. Nie zaobserwowano istotnych różnic ze względu na płeć i skład rodziny.

Problemy związane z piciem alkoholu

Około 77% uczestników zgłosiło przynajmniej jeden z wymienionych w ankiecie problemów związanych z piciem. W ciągu ostatniego roku przed badaniem około jedna trzecia uczestników doświadczyła jednego spośród badanych problemów, jedna piąta zgłosiła od dwóch do trzech problemów, a ponad połowa raportowała doświadczenie przynajmniej czterech. Przy czym najczęściej, bo w przypadku około połowy spośród badanych, zgłaszane było podejmowanie zachowań ryzykownych pod wpływem alkoholu (takich jak pływanie w rzece/jeziorze, jazda rowerem, prowadzenie samochodu, obsługiwanie maszyn czy uprawianie seksu bez zabezpieczeń) oraz bycie pijanym lub „na kacu”, gdy miało się coś ważnego do zrobienia (np. obowiązki szkolne lub domowe). Niektórzy pili alkohol nawet w okresach, gdy powodowało to problemy w relacjach z bliskimi lub przynosiło inne szkody (np. materialne czy w nauce szkolnej) – odpowiedni ok. 45 i 40% uczestników. Z kolei popełnienie wykroczeń lub przestępstw (np. kradzież, pobicie), będąc pod wpływem alkoholu, oraz doświadczenie z tego powodu konsekwencji prawnych, raportowało odpowiednio 40 i 30% badanej młodzieży. W tabeli 1. zestawione zostały średnie częstości doświadczania problemów związanych z piciem alkoholu w całej badanej próbie oraz ze względu na zmienne społeczno-demograficzne. Na doświadczanie tych problemy wyraźnie częściej narażone były dziewczęta oraz podopieczni MOW. Niewielkie choć istotne różnice zaobserwowano także ze względu na skład rodziny. Problemy związane z piciem były częstsze wśród młodzieży,

Tabela 3. Korelacje pomiędzy zmiennymi badania (N=1585); *p<0,05, **p<0,01.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.	Picie alkoholu (ost. 12 m-cy)	–									
2.	Problemy zw. z piciem alkoholu	.49**	–								
3.	PBS (pełna skala)	-.15**	-.25**	–							
4.	MOD podskala	-.22**	-.28**	.83**	–						
5.	LSD podskala	-.19**	-.24**	.82**	.65**	–					
6.	SHR podskala	-.13**	-.21**	.84**	.58**	.54**	–				
7.	Płeć ¹	.02	.10**	.01	.02	.01	-.01	–			
8.	Wiek	.12**	.02	.11**	.09**	.08**	.08*	-.01	–		
9.	Skład rodziny ²	.05*	.06*	-.00	-.01	.00	-.02	.10**	.02	–	
10.	Typ placówki ³	.00	.13**	-.07	-.05	-.06*	-.09**	.05	.27**	.78	–

¹ płeć (1=męska; 2=żeńską); ² skład rodziny (pełna=1; inny=2); ³ typ placówki (1=MOS; 2=MOW).

która nie mieszkała z obojgiem rodziców. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic ze względu na wiek.

Behavioralne Strategie Chroniące (PBS)

Stosowanie przynajmniej jednej spośród badanych strategii ograniczania picia i związanych z tym szkód (PBS) w ciągu roku poprzedzającego badanie zgłosiła zdecydowana większość (94%) podopiecznych MOS/MOW. W tabeli 1. zaprezentowano średnie częstotliwości stosowania PBS (pełna skala) ze względu na zmienne społeczno-demograficzne. Z danych tych wynika, że podopieczni MOS w porównaniu z podopiecznymi MOW ($p < 0,01$), a także starsi w porównaniu z młodszymi ($p < 0,001$) częściej stosowali PBS. Tabela 2. zestawia dane na temat stosowania poszczególnych PBS z uwzględnieniem różnic dotyczących płci. Najczęściej stosowanymi strategiami były te dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa w trakcie oraz po wypiciu alkoholu, natomiast najrzadziej używana była strategia pomagająca ograniczyć ilość wypijanego alkoholu.

Analiza korelacji

W tabeli 3. zaprezentowano macierz korelacji pomiędzy wszystkimi zmiennymi badania. Związki te okazały się istotne i szły w oczekiwanym kierunku. Picie alkoholu oraz problemy z tym związane były skorelowane po-

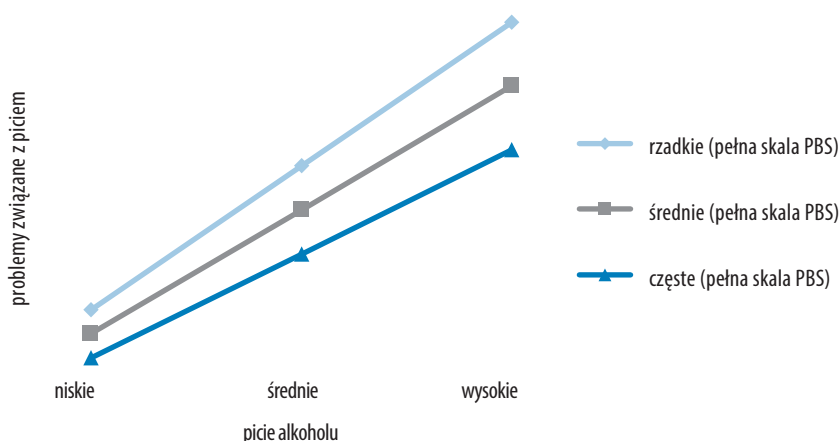
zytywnie (współczynnik korelacji 0,49). PBS (zarówno pełna skala, jak i wszystkie trzy podskale) były umiarkowanie negatywnie skorelowane z częstością picia oraz liczbą doświadczanych w związku z tym problemów (od -0,21 do -0,28). Natomiast związki pomiędzy tymi zmiennymi a zmiennymi społeczno-demograficznymi były nieistotne lub słabe.

Analiza regresji

Ideą analizy regresji jest szacowanie wartości danej zmiennej (zwanej wyjaśnianą) na podstawie danych dotyczących innych zmiennych (predyktorów). W tym przypadku próbowaliśmy oszacować nasilenie problemów związanych z piciem alkoholu na podstawie częstości picia alkoholu oraz stosowania PBS, przy kontrolowaniu zmiennych społeczno-demograficznych. W naszym modelu regresji zarówno picie alkoholu ($p < 0,001$), jak i stosowanie PBS ($p < 0,001$) miało istotny wpływ na wyjaśnianie nasilenia problemów związanych z piciem. Istotny okazał się także efekt interakcji zmiennych wyjaśniających (picie alkoholu x PBS; $p < 0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem częstości picia alkoholu wzrasta częstość związanych z tym problemów, jak również, że wzrost częstości stosowania PBS wiąże się ze spadkiem nasilenia tych problemów. Całościowo model ten wyjaśniał około 30% wariacji

problemy związane z piciem alkoholu wśród podopiecznych MOS/MOW.

Wykres 1. Związek pomiędzy piciem alkoholu i problemami związanymi z piciem a niską (-1 odchylenie standardowe poniżej średniej), średnią i wysoką (+1 odchylenie standardowe powyżej średniej) częstością stosowania PBS dla pełnej skali.



Na wykresie 1. zilustrowano efekt interakcji (moderacji) tego modelu. Wykres ten przedstawia średnie częstości stosowania PBS (pełna skala) oraz wartości o jedno odchylenie standardowe (SD) mniejsze i większe od średniej, a także analogicznie wyskalowane poziomy częstości picia alkoholu na osi X-ów. Z kolei na osi Y-ów zaznaczone są wystandaryzowane wartości nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu. Na wykresie tym widać, że w przypadku wysokiego poziomu częstości picia alkoholu (1 SD powyżej średniej), częstsze

stosowanie PBS obniżało prawdopodobieństwo doświadczania problemów związanych z piciem wśród badanej młodzieży, w porównaniu z tymi, którzy stosowali PBS rzadko (1 SD poniżej średniej). Analizy wykazały także istotny efekt interakcji dla podskali *Ograniczanie/unikanie picia* ($p < 0,029$), co wskazuje na istotność zachowań należących do tej podskali. Efekty interakcji dla podskali *Sposoby picia* oraz podskali *Ograniczanie poważnych szkód* okazały się nieistotne (odpowiednio $p = 0,053$ oraz $p = 0,098$).

Podsumowanie

Artykuł ten prezentuje wyniki badania, w którym analizowano związki pomiędzy stosowaniem PBS przez podopiecznych MOS/MOW a nasileniem u nich problemów związanych z piciem alkoholu. Było to jedno z nielicznych badań nad efektami PBS, które przeprowadzono w populacji innej niż studenci amerykańskich szkół wyższych. Wcześniejsze podobne próby podjęto w Szwecji (Grazioli i in., 2015), Australii (Crawford-Williams i in., 2016) i Argentynie (Pilatti i in., 2020). Żadne z dotychczasowych badań nad PBS nie obejmowało populacji tak młodej jak podopieczni MOS/MOW.

Znaczna większość uczestników naszego badania stosowała PBS. Potwierdza to wcześniejsze doniesienia o intuicyjnym stosowaniu tego typu strategii wśród młodych osób, które piją alkohol. Zgodnie z oczekiwaniami, PBS były związane z rzadszym piciem alkoholu oraz mniejszą ilością związanych z tym problemów. Analizy regresji wykazały, że stosowanie PBS ma znaczący wpływ na liczbę problemów związanych z piciem alkoholu wśród młodzieży z MOS/MOW. Wyniki te są bardzo obiecujące, jeśli weźmie się pod uwagę wyraźne deficyty czynników chroniących wśród podopiecznych MOS/MOW (Bobrowski i in., 2019).

Wykazano także istotne efekty interakcji dla pełnej skali PBS oraz dla podskali *Ograniczanie/unikanie picia*. Z jednej strony wspiera to hipotezę, że PBS mogą działać chroniąco poprzez przeciwdziałanie zagrożeniom obecnym w środowiskach podopiecznych MOS/MOW, gdzie picie alkoholu ma charakter normatywny (Bobrowski i in., 2019; Greń i in., 2019). Z drugiej strony wyniki naszych badań sugerują, że wśród podopiecznych MOS/MOW najskuteczniejsze zdają się być strategie zorientowane na ograniczanie i unikanie samego picia

alkoholu, a nie jedynie związanych z tym szkód. Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę, że podopieczni tych placówek piją alkohol w sposób szkodliwy (Greń i in., 2019), oraz że szkodliwość picia alkoholu zależy w dużej mierze od ilości i częstotliwości jego spożywania (np. Rehm i in., 2013).

Trzy spośród uwzględnionych w tym badaniu zmiennych społeczno-demograficznych (płeć, wiek i typ placówki) wykazały istotne efekty w analizach regresji. Młodszy wiek, płeć żeńska oraz uczęszczanie do MOW były związane z doświadczaniem większej liczby problemów. Wyniki te nie są zaskakujące, jeśli wziąć pod uwagę, że PBS były stosowane znacznie częściej przez starszych niż młodszych respondentów, że w dotychczasowych badaniach PBS okazywały się być bardziej chroniące dla dziewcząt niż chłopców (np. Delva i in., 2004; LaBrie i in., 2011), a także, że sytuacja podopiecznych MOW jest zwykle mniej korzystna niż młodzieży uczęszczającej do MOS (Kędzierski i Kulesza, 2008; Ostaszewski i in., 2019). Zaskakujący wydaje się być natomiast nieistotny efekt zmiennej „skład rodziny”. Poprzednie badania wskazywały bowiem na istotny wpływ tego czynnika wśród młodzieży uczęszczającej do MOS/MOW (Bobrowski i in., 2019).

Wyniki naszego badania wspierają opracowywanie i wdrażanie działań profilaktycznych opartych na uczeniu PBS wśród podopiecznych MOW/MOS, co zostało już zarekomendowane dla tej specyficznej populacji młodzieży (Pisarska i in., 2019b). Zgodnie z LaBrie i in. (2010), zarówno bierne (np. ulotki i plakaty), jak i aktywne oddziaływania (np. treningi umiejętności), które uczą stosowania PBS, mogą się przyczyniać do ograniczania picia i związanych z tym niekorzystnych konsekwencji wśród młodych osób z grup ryzyka.

Pogłębioną dyskusję wyników oraz szczegółowe przedstawienie zarówno ograniczeń naszego badania, jak i jego implikacji praktycznych, można znaleźć w oryginalnej publikacji (Greń i in., 2021).

Przypisy

- ¹ Oficjalna baza programów profilaktycznych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA): https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/exchange/school-health-and-alcohol-harm-reduction-project-shahrp_en (dostęp: 1.08.2021 r.).

Bibliografia dostępna w redakcji.

W kwietniu 2021 roku ukazał się raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) „Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons”. Niniejszy artykuł zawiera najważniejsze informacje i wnioski z raportu, a na końcu krótkie omówienie wyników dyskusji na temat wpływu pandemii na system pomocy w Polsce, przeprowadzonej w trakcie konferencji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i fundacji Res Humanae¹.

COVID-19 W EUROPIE A POMOC OSOBOM UZALEŻNIONYM

Artur Malczewski

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

Rynek narkotykowy w Europie

Według raportu EMCDDA dostępne dane sugerują, że krajowa produkcja narkotyków w państwach członkowskich UE nie zmieniła się w wyniku pandemii COVID-19. Uprawy konopi indyjskich w krajach europejskich pozostały względnie stabilne podczas pandemii. Ponadto, według źródeł organów ścigania z Belgii i Holandii, które są głównymi krajami produkującymi narkotyki syntetyczne w Europie, liczba ujawnionych miejsc produkcji narkotyków syntetycznych pozostała w drugiej połowie 2020 roku na podobnym poziomie jak wcześniej. Jednak szlaki handlu narkotykami, które są powszechnie transportowane do i przez Europę drogami lądowymi, zmieniły się nieco z powodu zamknięcia granic między krajami. Haszysz produkowany w Maroku, który jest zazwyczaj sprowadzany do UE przez Hiszpanię, a następnie przemycany drogą lądową do pozostałych krajów europejskich, zmienił swoją drogę transportu w kierunku bardziej morskich szlaków. Odnotowano również wzrost konfiskat morskich heroiny, która jest zazwyczaj przemycana drogą lądową szlakiem bałkańskim z Bliskiego Wschodu do Europy. Zarówno w przypadku haszyszu, jak i heroiny zgłoszono duże konfiskaty tych narkotyków w europejskich portach morskich w drugiej połowie 2020 roku.

Analiza rynku darknet przeprowadzona na początku pandemii wykazała wzrost poziomu aktywności sprzedaży online, głównie związanej z produktami konopi indyjskich. Pozwala to sformułować hipotezę, że nowi klienci, którzy szukali marihuany do użytku osobistego, zwiększali swoją aktywność w darknetcie w oczekiwaniu na zamknięcie tradycyjnych rynków narkotykowych. W nowszym badaniu przeanalizowano prawie 300 informacji zwrotnych wygenerowanych przez użytkowników

na temat dostaw i jakości narkotyków z transakcji w darknetcie². W okresie od 1 stycznia do 21 marca 2020 roku w 60-100% transakcji odnotowano udane dostawy zakupionych narkotyków. Od 21 marca odsetek niedostarczonych przesyłek szybko wzrósł i do dnia 28 marca większość przesyłek nie została dostarczona, a udane dostawy stanowiły jedynie 21% wszystkich transakcji.

Leczenie w trakcie pandemii

Raport EMCDDA prezentuje także wpływ pandemii na leczenie osób uzależnionych w Europie. Wstępne dane na temat zgłaszalności do placówek leczenia narkomanii w sześciu krajach UE³ za okres od stycznia do grudnia 2020 roku pozwalają na ocenę wpływu COVID-19 na działalność przedmiotowych służb i zapotrzebowanie na działania pomocowe. Chociaż przedstawione dane nie są wyraźnie reprezentatywne lub dające się uogólnić na cały obszar Unii Europejskiej, to wszystkie wskazują na blisko 80-procentowy spadek liczby klientów rozpoczynających leczenie w miesiącach od stycznia do kwietnia 2020 roku. Zgłaszalność do leczenia zaczęła wzrastać w maju 2020 roku, tj. od momentu znoszenia lockdownów. Wznawiano konsultacje stacjonarne, jednak zgłaszalność do leczenia nie osiągnęła poziomu sprzed wybuchu pandemii w żadnym z kolejnych miesięcy. W ostatnich miesiącach 2020 roku zaobserwowano kolejny spadek, który można tłumaczyć wystąpieniem drugiej, a nawet trzeciej fali zachorowań na koronawirusa oraz wprowadzeniem w tym czasie nowych obostrzeń w niektórych państwach Unii.

Na zaobserwowane spadki dotyczące nowych, jak i wszystkich klientów leczących się z powodu narkotyków w raportujących krajach w 2020 roku wpływ mogło mieć kilka czynników. Oprócz ograniczonej dostępności leczenia odwykowego spowodowanej obostrzeniami, w wielu miejscach zwiększyła się oferta usług zdalnych, których przedstawione dane na ogół nie obejmują. Niektórzy eksperci zgłaszali również, że klienci mogli unikać szukania pomocy z obawy przed zarażeniem się. Dostępność świadczeń związanych z leczeniem substytucyjnym pozostawała na wysokim poziomie i według doniesień krajowych Focal Pointów oraz nadesłanych raportów udało się utrzymać działania dostosowujące podjęte w pierwszych miesiącach pandemii (szersze wykorzystanie recept elektronicznych, zwiększenie dawek do samodzielnego zażycia, nadzór zdalny oraz dostęp niskoprogowy). Podobne dane zgłaszano w innych krajach podczas niedawnego spotkania europejskich ekspertów ds. zgłaszalności do leczenia zorganizowanego przez EMCDDA.

Poradnictwo stacjonarne i wizyty w ośrodkach ambulatoryjnych na ogół zostały wstrzymane lub w znacznym stopniu ograniczone w czasie pierwszego lockdownu. Jako działanie zastępcze często wprowadzano udzielanie teleporad. Według informacji z ankiety EMCDDA przeprowadzonej wśród krajowych Focal Pointów w okresie czerwiec-lipiec 2020 roku nastąpił wzrost korzystania z teleporadnictwa w obszarze leczenia uzależnienia od narkotyków i redukcji szkód. W opinii specjalistów opieki zdrowotnej szersze zastosowanie teleporad medycznych było możliwe dzięki lepszej znajomości technologicznych rozwiązań w zakresie świadczeń zdalnych zarówno wśród personelu, jak i klientów, ale również dzięki większemu przekonaniu co do użyteczności tej formy kontaktu. Jednakże wśród niektórych grup klientów (np. starsi użytkownicy narkotyków, klienci kierowani do leczenia przez wymiar sprawiedliwości, klienci cierpiący na poważne schorzenia lub choroby współistniejące) pojawiło się wiele trudności w korzystaniu z technologii do kontaktów zdalnych. Spadek kontaktów bezpośrednich pogłębił również izolację społeczną niektórych grup klientów.

Profilaktyka w trakcie pandemii

Realizacja programów profilaktycznych przebiegała analogicznie do działań adaptacyjnych podjętych w ramach innych usług, tj. poprzez wykorzystanie w tym celu platform internetowych zawierających również materiały

szkoleniowe. Na przykład we Francji zakrojona na szeroką skalę implementacja szkolnego programu profilaktycznego „Unplugged” była możliwa dzięki zdalnym szkoleniom dla nauczycieli i specjalistów profilaktyki. Jednakże realizacja interwencji profilaktycznych w środowisku szkolnym wymaga na ogół długofalowego planowania, uwzględniającego potrzeby określonych grup docelowych. Nieustanne zamykanie i otwieranie szkół oraz wykorzystanie rozwiązań na bazie internetu poważnie zdeorganizowały realizację zaplanowanych działań.

Wyzwania „nowej normalności” przed personelem i instytucjami pomocowymi

Pomimo wysiłków zmierzających do utrzymania odpowiedniej dostępności placówek pomocowych, wiele z nich borykało się z problemem stresu i wypalenia zawodowego wśród pracowników. Wynikało to ze strachu przed zarażeniem się w trakcie pracy, przeciążenia spowodowanego brakami kadrowymi na skutek pracy zmianowej oraz infekcji wśród personelu lub kwarantanny pracowników. Wiele placówek pomocowych jeszcze przed wybuchem pandemii zgłaszało problemy związane z niedostatecznym wyposażeniem pod kątem obsługi klientów z poważnymi chorobami współistniejącymi, co jeszcze bardziej pogłębiło się po wprowadzeniu obostrzeń pandemicznych. Pracownicy donosili o coraz to bardziej złożonych potrzebach wśród kilku grup klientów, których brak zaspokojenia objawiał się pogorszeniem ich zdrowia psychicznego oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej w trakcie pandemii.

Sytuacja w europejskich zakładach karnych

W okresie od marca do czerwca 2020 roku większość spośród 15 krajów, które nadesłały dane sprawozdawcze, zwróciła uwagę na poważne zaburzenia w funkcjonowaniu różnych form pomocy antynarkotykowej w zakładach karnych, takich jak poradnictwo psychospołeczne, terapia grupowa, interwencje rówieśnicze oraz działania realizowane przez zewnętrzne instytucje. Obostrzenia pandemiczne w więzieniach w związku z COVID-19 zostały na ogół utrzymane w większości krajów po wprowadzeniu lockdownu, co skutkowało kontynuacją przerw w dostępie do działań pomocowych z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Rozwiązania innowacyjne w świadczeniu usług

pomocowych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom od narkomanii w warunkach więziennych dotyczą głównie narzędzi IT. Pojawiły się doniesienia o redukcji personelu medycznego na skutek oddelegowania pracowników do walki z pandemią, co stanowi wyzwanie dla utrzymania właściwego poziomu świadczonych usług. Ponadto wyrażano obawy co do jakości relacji terapeutycznej, sugerując, że wskutek wprowadzenia zabiegów ochronnych istnieje ryzyko jej nadwątlenia. W celu przeciwdziałania przepełnieniu więzień, na podstawie nowych rozwiązań prawnych w 21 spośród 27 państw członkowskich UE wprowadzono środki polegające na przedterminowym zwalnianiu osadzonych. Do czerwca 2020 roku dzięki przedmiotowym przepisom populacja osadzonych zmniejszyła się o ok. 10%. Chodziło tu głównie o osoby, którym pozostało niewiele czasu do zakończenia okresu odbywania kary. Przepisy te nie obejmowały osób skazanych za przestępstwa na tle seksualnym lub akty terroryzmu. Według dostępnych informacji ok. 25% przedterminowo zwolnionych osadzonych odbywało kary za przestępstwa związane z narkotykami, podczas gdy odsetek tego typu więźniów utrzymuje się na ogół na poziomie 17%. Niektóre kraje wprowadziły odpowiednie interwencje mające na celu przygotowanie do takiego przedwczesnego opuszczenia zakładu karnego, np. sesje informacyjne i skierowania do pozawięziennych placówek opiekuńczych. Jednak niewiele wiadomo na temat faktycznej implementacji tego typu rozwiązań i ich wpływu na społeczną reintegrację przedterminowo zwolnionych, na recydywę, używanie narkotyków oraz szkody pośrednie. Istnieje potrzeba dodatkowych informacji w tej kwestii. Z koniecznością redukcji populacji więziennych wiąże się kwestia szerszego stosowania rozwiązań alternatywnych dla kary pozbawienia wolności za przestępstwa mniejszej wagi, w tym drobne wykroczenia w związku z narkotykami jako skutecznego środka walki z przestępczością narkotykową.

Realizacja szczepień przeciw COVID-19

W raporcie EMCDDA odniesiono się do kwestii szczepień. Do marca 2021 roku w Europie wiele szczepionek przeciw COVID-19 otrzymało już autoryzację, jednak dostawy wciąż były ograniczone. Schorzenia przewlekłe, będące czynnikami ryzyka w hospitalizacjach i zgonach

wywołanych przez COVID-19 (w każdej grupie wiekowej), które jednocześnie stanowią kryteria włączające do akcji szczepień w wielu krajach, obejmują również te szeroko rozpowszechnione wśród użytkowników narkotyków z grup wysokiego ryzyka, np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekłe choroby wątroby (np. przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C) oraz infekcje HIV. Według międzynarodowych zaleceń tego typu jednostki chorobowe są czynnikami ryzyka w poważnych przebiegach COVID-19. Ponadto zwrócono uwagę na inne czynniki ryzyka, które niewspółmiernie obciążają użytkowników narkotyków. Bieda i mieszkanie w rejonach słabo rozwiniętych generują wyższe ryzyko zakażenia i ciężkiego przebiegu COVID-19. Niektóre zaburzenia psychiatryczne (w tym uzależnienie od narkotyków) również określane są jako niezależne czynniki ryzyka w ciężkim przebiegu infekcji koronawirusowych. Instytucje naukowe (np. w Belgii i Francji) zaleciły, aby poważne schorzenia psychiczne (w niektórych przypadkach również uzależnienie od narkotyków) zostały uznane jako kryteria kwalifikujące do udziału w szczepieniach grup priorytetowych (fale 2 i 3). Instytucje naukowe zaleciły również, aby grupy wrażliwe społecznie ze względów etycznych traktowane były priorytetowo. W niektórych przypadkach, na przykład w Belgii, ta kategoria osób obejmuje użytkowników narkotyków, osoby bezdomne, osadzonych w zakładach karnych oraz pracowników seksualnych. Oprócz szczepienia osób używających narkotyków, działaniem priorytetowym jest również szczepienie pracowników służby zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami (służby pierwszej linii). Tego typu grupy zawodowe świadczą usługi uznawane za niezbędne, co w niektórych przypadkach wymaga bezpośredniej interakcji z wieloma ludźmi. Szybka ankieta przeprowadzona w ostatnim tygodniu marca 2021 roku wśród sieci krajowych Focal Pointów pokazała, że w większości krajów europejskich personel medyczny w leczeniu uzależnień od narkotyków i programach redukcji szkód uważany jest za pracowników pierwszej linii i przez to był objęty szczepieniami przeciwko COVID-19. Ponadto niektóre służby odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii (np. w Belgii) są aktywnie angażowane w krajowe programy szczepień z uwagi na ich kontakty ze szczególnymi grupami (np. osobami bezdomnymi lub nielegalnymi imigrantami), które nie są łatwo dostępne dla służb medycznych. Ważnym zadaniem jest uważne monitorowanie zaistniałej sytuacji w celu zapewnienia wszystkim grupom społecznym, w tym osobom

wykluczonym, pozostającym na marginesie społecznym, dostępu do szczepionek przeciwko COVID-19.

Sytuacja w Polsce

W trakcie wrześniowej, ogólnopolskiej konferencji „Uzależnienia – Polityka, Nauka, Praktyka. Profilaktyka ryzykownych zachowań” odbyła się sesja, podczas której omówiono sytuację dotyczącą wpływu pandemii COVID-19 na system leczenia osób uzależnionych w Polsce. W dyskusji przedstawiony został wpływ pandemii na pacjentów, jak również osoby zajmujące się leczeniem. W czasie pierwszego lockdownu wystąpiły problemy z kontynuowaniem superwizji, które były bardzo potrzebne w tym czasie. W opinii jednego z panelistów dominującym uczuciem wśród personelu placówek był lęk, z którym terapeuci musieli sobie radzić szczególnie na początku pandemii. Poziom eksploatacji i zmęczenia osób pracujących w placówkach leczenia był bardzo duży. Tym bardziej, że na początku zabrakło wytycznych dotyczących postępowania w trakcie pandemii. Placówki pomocowe musiały ponieść dodatkowe wydatki na bezpieczeństwo sanitarne, które w dużym stopniu obciążały ich budżety. W niektórych miastach wstrzymane zostały konkursy dla podmiotów zajmujących się leczeniem, co ograniczyło zakres prowadzonych działań w ramach leczenia ambulatoryjnego. W celu wsparcia personelu kierownictwo placówek organizowało spotkania zespołów częściej niż zwykle. W efekcie pandemii niektórzy terapeuci podjęli decyzję o odejściu z pracy z powodu dużego poziomu stresu i lęku. W jednym z miast wystąpiły problemy z funkcjonowaniem oddziału dziennego, który w konsekwencji przestał działać. W zamian pacjentom zaproponowano indywidualne porady. Ten typ leczenia (oddziały dzienne) miał największe problemy z dostosowaniem się do nowej sytuacji. Z dyskusji wynikała konstatacja, że w czasie pandemii pacjenci niekiedy radzili sobie lepiej niż terapeuci.

Z drugiej strony niektóre placówki wykorzystały czas pandemii do zmian i wzmocnienia swoich ośrodków. Według opinii jednego z panelistów Stowarzyszenie Monar jest przyzwyczajone do niestandardowego i elastycznego reagowania. Jako przykład podano pojawienie się w latach 80. osób zakażonych wirusem HIV. Wtedy również nie było wytycznych, jak postępować w nowej sytuacji. W opinii przedstawiciela Monaru każdy kryzys jest szansą na zmianę i rozwój. Sytuacja zamknięcia

ośrodka (brak odwiedzin z zewnątrz, brak przepustek i nieprzyjmowanie nowych osób na leczenie) była pozytywnym impulsem do wprowadzenia w nim zmian, takich jak np. remont czy stworzenie izolatorium, aby umożliwić podejmowanie leczenia przez nowe osoby. Paneliści przedstawiali również nowe rozwiązania w placówkach. Jednym z nich było wprowadzenie obowiązku wspólnego zamknięcia rodziców i dzieci przed przyjęciem do ośrodka stacjonarnego, co spowodowało, że dzieci i rodzice zaczęli ze sobą rozmawiać. Niektóre z ośrodków skorzystały z rządowej tarczy, aby ograniczyć negatywne skutki braku przyjęć osób na leczenie, a w efekcie zmniejszenia realizacji kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku dużych placówek, które np. leczyły osoby uzależnione chore na AIDS, kontynuowanie działalności było o wiele trudniejsze niż w przypadku ośrodków zajmujących się młodzieżą. W jednej z placówek o pomoc w sprzątaniu ośrodka stacjonarnego poproszono wojsko (brygadę terytorialną), ponieważ z powodu dużej liczby zakażeń personel nie był w stanie sam podołać temu zadaniu. W tej placówce otrzymano również wsparcie od sanepidu, który za darmo testował wszystkich przyjmowanych pacjentów. Mimo to nie udało się uniknąć zakażeń i łącznie blisko 100 osób zostało zakażonych. W placówce wykryto pięć ognisk zakażeń w ciągu dwóch miesięcy, a niektórzy z pacjentów spędzili dwa miesiące w izolatorium.

Na zakończenie warto podkreślić, że dyskusja pokazała, iż placówkom leczniczym udało się kontynuować działalność podczas pandemii, a terapeuci i osoby pracujące w lecznictwie uzależnień wykazały się dużym zaangażowaniem i poświęceniem w tym trudnym okresie w niesieniu pomocy swoim klientom.

Przypisy

¹ VIII Ogólnopolska Konferencja „Uzależnienia – Polityka, Nauka, Praktyka” odbyła się pod hasłem „Profilaktyka ryzykownych zachowań” w dniach 6-8 września 2021 r. Konferencja poświęcona była przede wszystkim profilaktyce ryzykownych zachowań w środowisku dzieci i młodzieży. W trakcie 13. sesji plenarnych i problemowych zajęto się m.in.: diagnozą sytuacji młodego pokolenia z uwzględnieniem czynników związanych z epidemią COVID-19, rozwiązaniami systemowymi w profilaktyce i terapii, diagnozą czynników chroniących, czynników ryzyka i zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, mechanizmami chroniącymi, podejściem partycypacyjnym w profilaktyce.

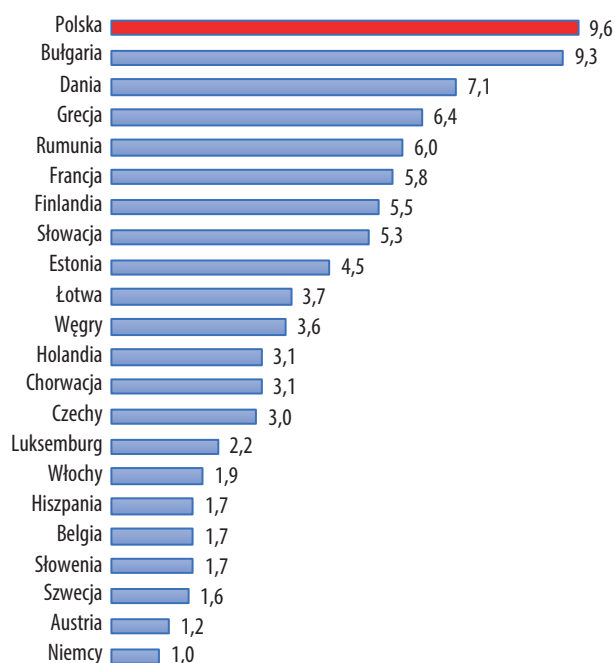
² Bergeron A., Décarý-Hétu D. and Giommoni, L. (2020), „Preliminary findings of the impact of COVID-19 on drugs crypto markets”, *The International Journal on Drug Policy* 83, p. 102870.

³ Belgia, Bułgaria, Czechy, Chorwacja, Litwa i Węgry.

BEZPIECZEŃSTWO UCZESTNIKÓW RUCHU DROGOWEGO

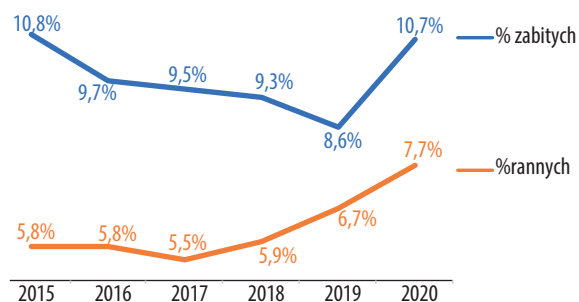
W lipcu 2021 roku opublikowany został raport pokontrolny Najwyższej Izby Kontroli odpowiadający na pytanie: Czy działania właściwych organów administracji publicznej pozwalają na skuteczne eliminowanie z ruchu drogowego kierujących pojazdami w stanie nietrzeźwości, w stanie po spożyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu oraz przyczyniają się do poprawy bezpieczeństwa w ruchu drogowym? Poniżej przedstawiamy wybrane z raportu dane statystyczne¹.

Wykres 1. Wskaźnik zabitych na 100 wypadków w krajach UE w 2019 roku.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie raportu KGP.

Wykres 2. Skutki wypadków spowodowanych przez kierujących będących pod działaniem alkoholu (w odniesieniu do skutków wypadków z winy kierujących pojazdami).



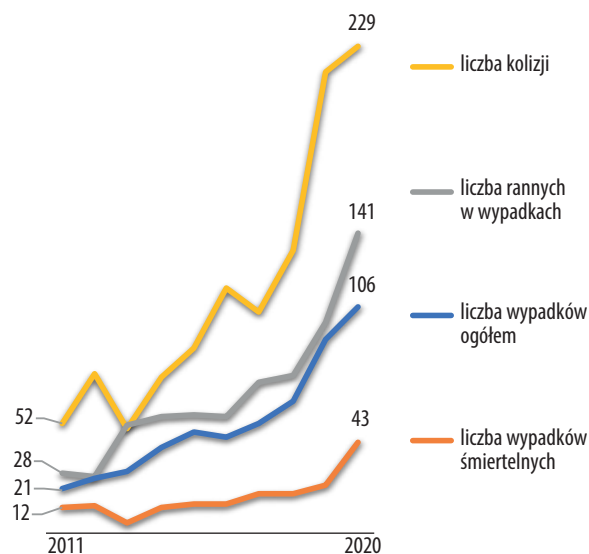
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie corocznych raportów KGP.

Polska, w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, jest krajem o najniższym poziomie bezpieczeństwa ruchu drogowego. Nasz kraj znajduje się na pierwszym miejscu pod względem wskaźnika liczby zabitych na 100 wypadków drogowych (wykres 1).

Według przytaczanych w raporcie danych corocznie przez polską policję ujawnianych jest ok. 100 tys. kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Jednocześnie wzrasta odsetek ofiar wypadków powodowanych przez kierowców „pod wpływem” – w latach 2017–2020 spowodowali oni 6528 wypadków, w których zginęło 809 osób, a ranne zostały 7763 osoby. W 2020 roku niemal 11% zabitych w wypadkach drogowych zginęło w zdarzeniach spowodowanych przez kierowców będących pod wpływem alkoholu. Ten odsetek wzrósł w przedziale lat 2016–2020. Wzrost odnotowano również w udziale procentowym rannych w wypadkach spowodowanych przez kierowców prowadzących pod wpływem alkoholu – do 7,7% w 2020 roku (wykres 2).

W okresie 2011–2020 znacząco wzrosła liczba kolizji i wypadków spowodowanych przez kierowców będących pod wpływem środków odurzających, w tym liczba rannych oraz liczba ofiar śmiertelnych (wykres 3).

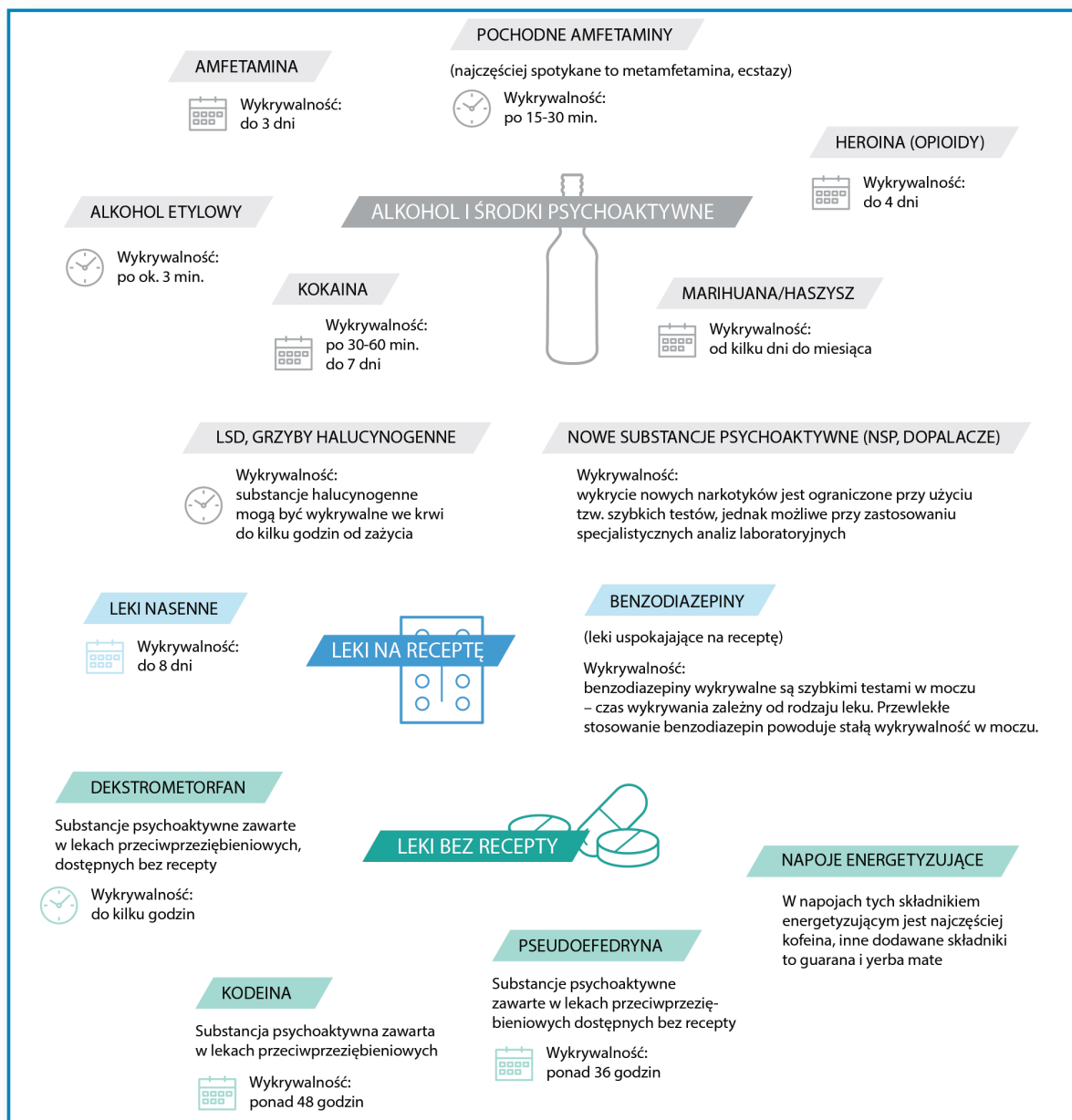
Wykres 3. Wypadki spowodowane przez kierujących będących pod wpływem środków odurzających.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie corocznych raportów KGP.

¹ Raport jest dostępny na stronie <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/megainformacja-bezpieczenstwo-uczestnikow-ruchu-drogowego.html>, także w formacie pdf.

CZAS WYKRYWALNOŚCI W ORGANIZMIE SUBSTANCJI OBNIŻAJĄCYCH ZDOLNOŚĆ PROWADZENIA POJAZDU¹



¹ Eliminowanie z ruchu drogowego kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, Raport NIK, Warszawa, 2021; <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/megainformacja-bezpieczenstwo-uczestnikow-ruchu-drogowego.html>



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

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

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

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

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