



Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego

Addiction to psychoactive substances as a public health challenge

Irena Sadło^{1,A-D}, Ewa Guz^{2,A,C-F}, Adrianna Wójciuk^{2,B-C}, Magdalena Brodowicz-Król^{3,E-F},
Monika Kaczoruk^{4,E-F}, Paulina Kaczor-Szkodny^{4,E-F}

¹ Oddział anestezyjologii i Intensywnej terapii, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II, Zamość, Polska

² Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Polska

³ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

⁴ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Sadło I, Guz E, Wójciuk A, Brodowicz-Król M, Kaczoruk M, Kaczor-Szkodny P. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego. Med Og Nauk Zdr. 2021; 27(1): 70–76. doi: 10.26444/monz/133713

■ Streszczenie

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie różnorodnych aspektów problemu narkomanii z uwzględnieniem cech społeczno-demograficznych respondentów. Z uwagi na trudności pojawiające się w każdej ze sfer funkcjonowania człowieka głównym aspektem było poznanie powodu podjęcia terapii, a także jej skuteczności.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 100 osób z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, wykorzystując w tym celu autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Istotny z punktu widzenia strategii zdrowia publicznego jest aspekt zdrowia psychicznego, społecznego i duchowego. Według 72% ankietowanych życie duchowe, a więc kontakt z Bogiem, należy rozwijać. W przypadku 62% badanych przyczyną rozpoczęcia terapii była utrata rodziny. Dla ponad połowy respondentów (54%) najtrudniejsze podczas terapii było podporządkowanie się panującym zasadom. Aż 65% badanych, mimo trudności pojawiających się podczas terapii, oceniło ją jako skuteczną.

Wnioski. W polskim systemie ochrony zdrowia sytuację tę reguluje Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. W terapii antynarkotykowej dąży się do wdrożenia modelu holistycznego, zakładającego powiązanie psychiki i ciała. Narkomania jest poważnym zjawiskiem o charakterze społecznym. F. Calvo opisuje skuteczność szybkiej komunikacji z osobami uzależnionymi poprzez aplikację WhatsApp® inter-Vention, z której korzysta się w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV i szkód wywołanych zażywaniem substancji nieznanego pochodzenia lub zanieczyszczonych chemicznie.

■ Słowa kluczowe

substancje psychoaktywne, narkomania, zdrowie publiczne, uzależnienia

■ Abstract

Objectives. The aim of the study was examination of various aspects of the drug addiction problem, with consideration of respondents' socio-demographic characteristics. Due to the difficulties occurring in each sphere of human functioning, the main aspect was recognition of the reason for undertaking therapy, as well as its effectiveness.

Material and methods. The research was carried out in a group of 100 people with the problem of addiction to psychoactive substances. The study was conducted using an author-constructed questionnaire.

Results. Mental, social and spiritual health are important aspects of public health strategy. According to 72% of the respondents, spiritual life and the belief in one's faith should be important. In the case of 62% of respondents, the reason for starting therapy was family loss. For more than a half (54%), the most difficult thing during therapy was compliance with the prevailing rules. As many as 65% of respondents noticed the effectiveness of therapy despite the occurring difficulties.

Conclusions. In the Polish health care system, this situation is regulated by the Act of 29 July 2005 on counteracting drug addiction. Drug addiction therapy is aimed at implementation of a holistic model, which includes the relationship between the psyche and the body. Drug addiction is a serious phenomenon of a social nature. Fran Calvo describes the effectiveness of quick communication with addicts through the WhatsApp® inter-Vention application, to reduce the risk of HIV infection and harm caused by the use of substances of unknown origin or chemically contaminated.

■ Key words

addiction, public health, psychoactive substances, drug addiction

WPROWADZENIE

W świadomości społecznej pojęcie narkomanii posiada bardzo pejoratywne konotacje i wzbudza negatywne emocje. Jest to spowodowane nie tylko uprzedzeniami, ale też realnymi skutkami zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Stosowanie tych środków zakłóca w poważny sposób funkcjonowanie człowieka i jego rodziny. Dotyczy także jego dalszego otoczenia, jak również jest dużym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia. Narkomania jest zjawiskiem patologicznym, które niewątpliwie prowadzi do uzależnienia. Powszechnie przyjmuje się, iż narkomania to nałogowe zażywanie środków, głównie chemicznych, których celem jest wprowadzenie organizmu w stan odurzenia [1]. Pierwsze publikacje dotyczące zjawiska narkomanii pojawiły się na początku lat 20. XX wieku w lecznictwie psychiatrycznym. W 1928 roku leczeniu poddano 85 uzależnionych, zaś już 5 lat później ich liczba wzrosła trzykrotnie. Osoby te sięgały głównie po kokainę, morfinę oraz heroinę. W tamtych czasach dominował medyczny model uzależnienia, dlatego trudno mówić o subkulturze narkomańskiej. Odbiór społeczny dotyczył zjawiska lekomanii, które rozumiane było jako uzależnienie od środków odurzających, m.in.: leków przeciwbólowych, przeciwciepłych czy antydepresantów [2]. Wzrost liczby hospitalizowanych i leczonych w związku z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych spowodował ograniczenie dostępności tych środków [3]. Jednak przyniosło to kolejne konsekwencje. Uzależnieni zaczęli poszukiwać wówczas innych alternatyw odurzania. Były to: pasty do butów, fenmetrazyna, parkopan czy też wszelkiego rodzaju środki do prania [4]. Ponadto sporządzane były mieszanki autorskie z przypadkowo dobranych składników. Opracowanie technologii wytwarzania tzw. kompotu (polskiej heroiny) przez gdańskich studentów w latach 70. XX wieku przyczyniło się do zwiększenia liczby uzależnionych, a tym samym osób hospitalizowanych, uzależnionych od opiatów. Początek lat 80. XX wieku charakteryzował się rozwojem narkomanii właściwej – uzależnienia od klasycznych środków psychoaktywnych [5]. Obraz polskiej narkomanii skonstruowany został pod koniec lat 80. XX wieku. Do jakościowej i ilościowej zmiany tego zjawiska przyczyniły się przede wszystkim otwarcie granic, wzrost zamożności ludności, powiększająca się grupa osób wykluczonych społecznie oraz narastająca atrofia norm społecznych [6]. Na początku XIX wieku odkryto morfinę, a następnie (1938) wyizolowano związek sporyszu, który posiadał właściwości halucynogenne [7]. Obecnie otrzymuje się z niego LSD, będący środkiem półsyntetycznym o ogromnej sile oddziaływania [8]. W 1969 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) wprowadziła termin „lek” na określenie substancji psychoaktywnej. Spowodowało to ogólne oburzenie, gdyż lek kojarzony jest z procesem leczenia, a nie z wprowadzaniem w stan odurzenia [9].

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają zapewniony bezpłatny dostęp do świadczeń związanych z leczeniem, rehabilitacją i reintegracją. W polskim systemie ochrony zdrowia sytuacja ta, jak również kwestie dotyczące przymusowego leczenia osób uzależnionych od narkotyków, została uregulowana w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [10]. Zgodnie z jej przepisami leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewnia możliwość dowolnego wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń, zarówno ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta [11]. Jedynym warunkiem jest konieczność posiadania przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia [12]. Świadczenia w tym zakresie obejmują pacjentów z rozpoznaniem kodowanym wg ICD-10 jako F15, czyli zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny [13].

Podstawową metodą leczenia uzależnień jest farmakologia i psychoterapia [14]. W terapii antynarkotykowej dąży się do wdrożenia modelu holistycznego, zakładającego powiązanie psychiki i ciała [15]. Podejście holistyczne rozumiane jest jako pewna umiejętność, która wymaga życzliwości i szczerzej gotowości pomocy, a więc tworzenia relacji podmiotowej [16]. Termin „holizm” wprowadzony został do zagadnień filozoficznych przez J. Ch. Smutsa w latach 20. XX wieku [17]. Definiowany jest jako równowaga pomiędzy fizyczną, psychiczną, społeczną oraz duchową płaszczyzną człowieka. W medycynie idea holizmu przypisywana jest Hipokratesowi, który uważał, że nie należy leczyć konkretnej choroby, na jaką cierpi pacjent, lecz samego człowieka [18]. Medycyna zachodu kieruje się modelem biomedycznym, który polega na rozdzieleniu ciała i psychiki człowieka. Zdrowie oraz chorobę traktuje jako dwie rozłączne kategorie [19, 20]. Obecnie jednym z najczęściej stosowanych rodzajów psychoterapii jest psychoterapia grupowa, która opiera się na modelu społeczności terapeutycznej. Ta forma terapii powstała w Kalifornii w 1958 roku. Jej twórcą był Ch. Dederich. Idea społeczności terapeutycznej obejmuje wspólne zamieszkanie danej grupy ludzi w celu radzenia sobie z zastanym problemem i udzielania sobie wzajemnie wsparcia [21]. Formą profesjonalnej terapii jest także readaptacja. Jej głównym założeniem jest pomoc w powrocie do normalnego życia. Do nieprofesjonalnej pomocy zalicza się głównie grupy samopomocy i instytucje wyznaniowe. Według Jacoba i Goodmana grupa samopomocy jest grupą osób, które wiąże wspólny problem. Członkowie grupy systematycznie spotykają się na celu uzyskania i udzielenia sobie nawzajem wsparcia (głównie psychicznego) [22]. Obecnie w terapii uzależnień wykorzystywany jest model Minnesota [23]. Głównym jego założeniem jest traktowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jako choroby oraz szacunek wobec godności osobistej uzależnionego [24]. Podejście holistyczne łączy główne modele narkomanii, a mianowicie wspólnotę terapeutyczną, model duchowy oraz model Minnesota. W terapii wykorzystuje się interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi psychologowie, lekarze, pracownicy socjalni, pielęgniarki, księża, jak również przeszkoleni specjaliści, wywodzący się spośród osób uzależnionych, ale zdrowiejących [23, 25].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zbadanie różnorodnych aspektów problemu narkomanii z uwzględnieniem cech społeczno-demograficznych respondentów, precyzując tym samym wyzwania systemu ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki uzależnień. Z uwagi na trudności pojawiające się w każdej

ze sfer funkcjonowania człowieka głównym aspektem było poznanie powodu podjęcia terapii, a także uzyskanie informacji na temat jej skuteczności.

MATERIAŁ I METODY

Udział osób, które zostały objęte badaniem, był dobrowolny i anonimowy. W badaniu uczestniczyli wszyscy pacjenci oddziałów zamkniętych, uzależnieni od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (tj. kokainy, heroiny, ecstasy, haszyszu, marihuany oraz depresantów i LSD) – niezależnie od etapu wychodzenia z uzależnienia. Badania przeprowadzono w grupie 100 osób z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Osoby badane zostały zapoznane z celem i procedurą badań. Badania zrealizowano w trzech ośrodkach, znajdujących się na terenie województwa lubelskiego. Kryterium doboru ośrodków stanowiła ich bliskość i dostępność dla badającego, nie sugerowano się natomiast innymi ich aspektami. Profesjonalne ośrodki, w których wykonano badania, to:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, Oddział Terapii Uzależnień.
2. Samodzielny Publiczny Szpital Psychiatryczny w Radecznicy, Oddział I Terapii Uzależnień Alkoholu – Koedukacyjny.
3. Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie.

Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę dyrekcji każdego z ośrodków na realizację sondażu diagnostycznego. Badania przeprowadzono, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety. Narzędzie badawcze zawierało pytania dotyczące aspektów socjodemograficznych (tj. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie), a także aspektów związanych ze zjawiskiem narkomanii występującej w badanej grupie. Pytania właściwe zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyły m.in. powodów zażywania substancji psychoaktywnej, celu podjęcia terapii oraz oceny jej jakości. Respondenci samodzielnie wypełniali kwestionariusz ankiety. Wykonując analizę statystyczną danych, a także określając prawdopodobieństwa zależności w próbie oraz uogólniając je na całą grupę badawczą, posłużono się metodą opisu materiału badawczego oraz badaniem współzależności cech ilościowych i jakościowych. W celu obliczenia istotności statystycznej użyto kalkulatora χ^2 [26]. Prawdopodobieństwo testowe $p < 0,05$ świadczyło o istotności statystycznej badanej zależności.

WYNIKI

Przebadano 31 kobiet i 69 mężczyzn. Zdecydowana większość badanych (86%) zamieszkiwała w miastach. Mieszkańcy wsi stanowili 14%. Największą grupę respondentów (49%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 22–30 lat. 34% badanych miało więcej niż 30 lat, zaś pozostały odsetek (17%) stanowiły osoby w wieku poniżej 22 lat. 41% badanych to osoby żonate/zamężne. Osoby samotne stanowiły w sumie 59% badanych. Najwyższy odsetek ankietowanych stanowiły osoby posiadające wykształcenie na poziomie szkoły średniej (32% badanych). 19% ankietowanych ukończyło szkołę wyższą, 29% posiadało wykształcenie gimnazjalne, zaś pozostali (20%) zdobyli wykształcenie podstawowe.

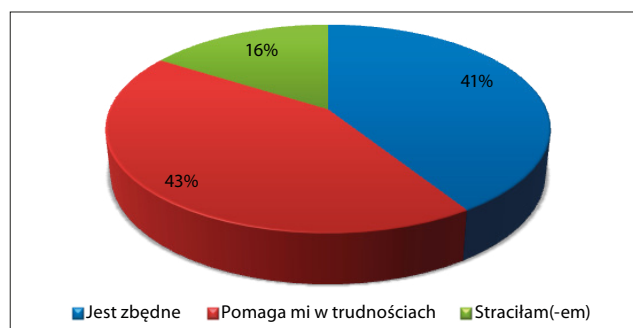
Z uzyskanych danych wynikało, iż 69% ankietowanych znajdowało się w trakcie terapii, zaś pozostała część (31%) zakończyła już proces terapii. W przypadku 35 badanych (71%) historia rodziny wskazywała, że przynajmniej jedno z rodziców było uzależnione od jakichś substancji, pozostała część respondentów nie udzieliła stosownej informacji. Początkiem inicjacji narkotykowej dla większości respondentów (41%) był wiek 21–25 lat. W przypadku 33% respondentów był to jeszcze młodszy wiek, tj. 15–20 lat. Niewiele ponad 3% ankietowanych po raz pierwszy zażyło substancje uzależniające w wieku 30 i więcej lat. Niepokojący jest fakt, że ponad 44% ankietowanych po narkotyki sięgnęło po raz pierwszy w domu. Dla kolejnych 22% respondentów była to impreza otwarta, 17% – dom znajomych, 12% – szkoła. Respondenci wskazywali, iż powodem dalszego zażywania narkotyków były przyjemne doznania (48%). Równorzędne wartości uzyskały takie powody jak: chęć pozostania w grupie (15%), poprawa nastroju (14%), zapomnienie o problemach (10%), szukanie mocnych wrażeń (10%) oraz problemy w rodzinie (3%) (tab. 1).

Tabela 1. Wiek i miejsce inicjacji narkotykowej

Wiek inicjacji narkotykowej	%	N
Poniżej 14 lat	6	6
15–20 lat	33	33
21–25 lat	41	41
26–30 lat	17	17
więcej niż 30 lat	3	3
Miejsce inicjacji narkotykowej	%	N
Dom znajomych	17	17
Impreza otwarta	22	22
Szkoła	12	12
Praca	5	5
Dom rodzinny	44	44

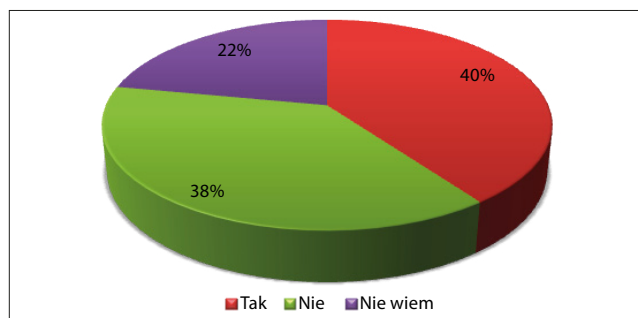
Istotny z punktu widzenia idei holizmu jest aspekt zdrowia psychicznego, społecznego i duchowego. Z przeprowadzonych badań wynika, iż 88% badanych nie zwracało się o pomoc do innych osób. Pozostali (12%) czynili to tylko w trudnych sytuacjach. Respondenci wskazywali, jakie znaczenie miało dla nich poczucie sensu życia – 43% osób poczucie sensu życia pomogło w przezwyciężeniu trudności, ale dla 41% było zbędne. Pozostała część ankietowanych (16%) uznała, że straciła poczucie sensu życia (ryc. 1).

Według 72% ankietowanych życie duchowe, a więc kontakt z Bogiem, należy rozwijać. 15% uznało to za niepotrzebne, zaś nieco mniej, bo 13%, nie miało zdania na ten temat. Takie



Rycina 1. Poczucie sensu życia

wartości jak miłość, pokój, dobroć, rodzina oraz zdrowie miały duże znaczenie zaledwie dla 40% ankietowanych. Nieco mniej, bo 38% respondentów, uważało wartości te za mało istotne. Pozostała część (22%) nie wiedziała, czy są to wartości znaczące w życiu (ryc. 2).



Rycina 2. Wartości znaczące w życiu

Istotne w leczeniu narkomanii jest uświadomienie sobie przez uzależnionego swojej sytuacji oraz chęć szukania profesjonalnej pomocy [27]. Jak wynika z badań, w przypadku 62% badanych przyczyną rozpoczęcia terapii była utrata rodziny, 24% miało problemy ze zdrowiem, zaś 11% – kłopoty z prawem. Przyczyną podjęcia terapii u 3% była utrata pracy. Dla przeważającego odsetka mężczyzn (64%) oraz kobiet (58%) utrata rodziny była głównym powodem podjęcia terapii. Analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną na poziomie bardzo wysokim $p < 0,00001$ ($\chi^2 = 77,6216$) pomiędzy powodem podjęcia terapii a miejscem zamieszkania badanych. Połowa mieszkańców wsi jako główny powód rozpoczęcia terapii podała problemy z prawem, natomiast wśród mieszkańców miast odsetek ten wynosił zaledwie 5%. Wyliczono, że aż 70% mieszkańców miast wskazało utratę rodziny jako powód rozpoczęcia terapii. W przypadku mieszkańców wsi odsetek ten wynosił tylko 14%. Problemy ze zdrowiem deklarował zbliżony odsetek mieszkańców wsi i miast (odpowiednio 29% oraz 23%). Także podobny odsetek mieszkańców wsi (7%) oraz miast (2%) wskazał na utratę pracy jako powód rozpoczęcia terapii (tab. 2).

Tabela 2. Powody podjęcia terapii a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Powód podjęcia terapii				Razem	
	Problemy ze zdrowiem	Utrata rodziny	Utrata pracy	Problemy z prawem		
Wieś	N	4	2	1	7	14
	%	29	14	7	50	100
Miasto	N	20	60	2	4	86
	%	23	70	2	5	100
Chi²	77,6216					
p	< 0,00001					

Analiza statystyczna wykazała także istnienie zależności pomiędzy powodem podjęcia terapii a wiekiem badanych $p < 0,00001$ ($\chi^2 = 85,88$). Wraz z wiekiem wzrastał odsetek badanych, dla których powodem podjęcia terapii była utrata rodziny i pracy. Najmłodsi badani decydowali się na nią głównie z powodu problemów z prawem (47%) oraz utraty rodziny (35%) (tab. 3).

Analiza statystyczna wykazała istnienie zależności pomiędzy powodem podjęcia terapii a stanem cywilnym badanych.

Tabela 3. Powody podjęcia terapii a wiek

Wiek badanych	Powód podjęcia terapii				Razem	
	Problemy ze zdrowiem	Utrata rodziny	Utrata pracy	Problemy z prawem		
< 22 lata	N	3	6	0	8	17
	%	18	35	0	47	100
22–30 lat	N	14	33	1	1	49
	%	29	67	2	2	100
> 30 lat	N	7	23	2	2	34
	%	21	68	6	6	100
Chi²	85,8788					
p	< 0,00001					

Zdecydowana większość wdów i wdowców (80%) jako przyczynę podjęcia terapii podała problemy ze zdrowiem. Taki powód wskazało także niewiele więcej niż ¼ (26%) panien i kawalerów, 14% osób rozwiedzionych oraz 12% osób będących w związkach małżeńskich. Na problemy z prawem wskazała największa grupa spośród osób rozwiedzionych (29%), w pozostałych grupach odsetek deklaracji nie przekraczał 10% (tab. 4).

Tabela 4. Powody podjęcia terapii a stan cywilny

Stan cywilny	Powód podjęcia terapii				Razem	
	Problemy ze zdrowiem	Utrata rodziny	Utrata pracy	Problemy z prawem		
Panna/kawaler	N	9	22	0	4	35
	%	26	63	0	11	100
Mężatka/żonaty	N	5	32	2	2	41
	%	12	78	5	5	100
Rozwiedziona/rozwiedziony	N	2	7	1	4	14
	%	14	50	7	29	100
Wdowa/wdowiec	N	8	1	0	1	10
	%	80	10	0	10	100
Chi²	172,9166					
p	< 0,00001					

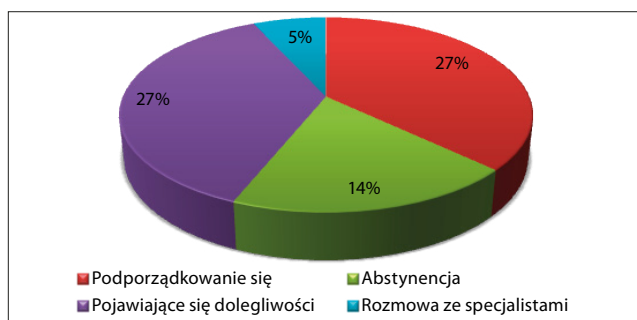
Analiza statystyczna wykazała także istotność statystyczną na poziomie bardzo wysokim $p < 0,00001$ ($\chi^2 = 109,3485$) pomiędzy powodem podjęcia terapii a wykształceniem badanych. Utratę rodziny jako główny powód skłaniający do rozpoczęcia terapii wskazało 91% badanych posiadających średnie wykształcenie, 58% posiadających wykształcenie wyższe, 55% badanych z wykształceniem gimnazjalnym oraz 30% respondentów, którzy zakończyli edukację na szkole podstawowej. Problemy z prawem skłoniły do podjęcia terapii 30% osób z wykształceniem podstawowym, 10% posiadających wykształcenie gimnazjalne, 5% osób z wykształceniem wyższym, oraz 3% badanych po szkole podstawowej. Utratę pracy wskazało zaledwie 11% osób posiadających wykształcenie wyższe oraz 3% badanych posiadających wykształcenie gimnazjalne (tab. 5).

Celem poznania sposobu prowadzenia terapii respondentom zadano pytanie o zasadność oraz przeszkody pojawiające się w trakcie procesu terapeutycznego. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla ponad połowy (54%) najtrudniejsze

Tabela 5. Powody podjęcia terapii a wykształcenie

Wykształcenie	Powód podjęcia terapii				Razem	
	Problemy ze zdrowiem	Utrata rodziny	Utrata pracy	Problemy z prawem		
Podstawowe	N	8	6	0	6	20
	%	40	30	0	30	100
Gimnazjalne	N	9	16	1	3	29
	%	31	55	3	10	100
Średnie	N	2	29	0	1	32
	%	6	91	0	3	100
Wyższe	N	5	11	2	1	19
	%	26	58	11	5	100
Chi²					109,3485	
p					< 0,00001	

podczas terapii było podporządkowanie się panującym zasadom. Dla 27% najtrudniejsze były pojawiające się dolegliwości. 14% twierdziło, że trudnością była konieczność abstynencji, zaś dla 5% rozmowa ze specjalistą. Pacjenci doceniali wkład wielorakich elementów terapii oraz rodzajów wsparcia w proces zdrowienia. Wyniki badań wykazały jej słuszność. Aż 65% badanych zauważyło skuteczność terapii mimo występujących trudności (ryc. 3).

**Rycina 3.** Trudności podczas trwania terapii

Wiek był determinantem różnicującym opinie o skuteczności terapii. Wraz z wiekiem wzrastał odsetek badanych, dla których terapia okazała się skuteczna. Istotnie częściej nie przyniosła ona rezultatów wśród respondentów z najmłodszych grup wiekowych. Niewiele mniej niż 3/4 badanych mających mniej niż 30 lat (74%) oraz 71% badanych w wieku 23–30 lat uznało prowadzoną terapię za skuteczną (tab. 6).

Tabela 6. Skuteczność terapii a wiek

Wiek	Skuteczność terapii		Razem	
	Tak	Nie/nie wiem		
< 22 lata	N	5	12	17
	%	29	71	100
22–30 lat	N	35	14	49
	%	71	29	100
> 30 lat	N	25	9	34
	%	74	26	100
Chi²			51,9704	
p			< 0,00001	

Analiza statystyczna nie wykazała istotności statystycznej pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a skutecznością prowadzonej terapii ($\chi^2 = 1,1168$; $p = 0,290607$). Wyliczono, że aż 71% mieszkańców wsi oraz 64% mieszkańców miast uznało prowadzoną terapię za skuteczną.

Badania pokazały, że poziom wykształcenia respondentów miał wpływ także na skuteczność podjętej terapii, na co wskazuje istotna statystycznie zależność na poziomie bardzo wysokim $p < 0,001$ ($\chi^2 = 16,7039$; $p = 0,000813$). Osoby z wykształceniem gimnazjalnym oraz średnim deklarowały największą skuteczność terapii. Aż 80% osób posiadających wykształcenie podstawowe, 66% osób posiadających wykształcenie średnie oraz 62% osób posiadających wykształcenie gimnazjalne uznało prowadzoną terapię za skuteczną. Niewiele więcej niż połowa badanych posiadających wykształcenie (53%) wyższe uznała prowadzoną terapię za skuteczną (tab. 7).

Tabela 7. Skuteczność terapii a wykształcenie

Wykształcenie	Skuteczność terapii		Razem	
	Tak	Nie/nie wiem		
Podstawowe	N	16	4	20
	%	80	20	100
Gimnazjalne	N	18	11	29
	%	62	38	100
Średnie	N	21	11	32
	%	66	34	100
Wyższe	N	10	9	19
	%	53	47	100
Chi²			16,7039	
p			0,000813	

Analiza statystyczna nie wykazała istotności statystycznej pomiędzy skutecznością prowadzonej terapii a stanem cywilnym badanych ($\chi^2 = 4,0905$; $p = 0,251854$). Bez względu na stan cywilny prowadzona terapia okazuje się skuteczna. Bez względu na stan cywilny ponad 60% respondentów deklaroowało skuteczność terapii. Panny i kawalerowie, osoby będące w związkach małżeńskich oraz osoby rozwiedzione decydowały się na terapię, kierując się lękiem o utratę rodziny, natomiast wdowy i wdowcy obawiali się głównie problemów natury zdrowotnej.

DYSKUSJA

Narkomania jest poważnym zjawiskiem o charakterze społecznym. Z roku na rok coraz więcej młodych osób sięga po różnego rodzaju używki. Narkotyki traktowane są przez nie jako swoiste antidotum na pojawiające się problemy, stres czy zbyt duże wymagania ze strony innych. Zauważa się, że po narkotyki sięgają coraz młodsze osoby [28]. Aż 6% osób objętych niniejszym badaniem sięgnęło po raz pierwszy po substancje psychoaktywne w wieku poniżej 14 lat, a obecnie są one pacjentami ośrodka terapii uzależnień. Inne badania wskazują, iż 27,7% ankietowanych uczniów uczęszczających do klas II i III gimnazjum przynajmniej raz zażyło narkotyki [29]. Szacuje się, że ok. 96 mln, czyli 29%, dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w Unii Europejskiej przynajmniej raz w życiu spróbowało narkotyków. Według szacunków w 2018 roku

narkotyki zażyło 19,1 mln (16%) osób dorosłych (w wieku 15–34), przy czym było wśród nich ok. dwukrotnie więcej mężczyzn (20%) niż kobiet (11%) [30].

W świetle przeprowadzonych badań najczęściej ankietowanych (44%) sięgnęło po raz pierwszy po narkotyki w domu [31]. Inne miejsce wskazali ankietowani w badaniu przeprowadzonym przez M. Szpringer i wsp. Największy odsetek badanych jako miejsce pierwszego kontaktu z narkotykami wskazał inne obszary niż te skategoryzowane w kwestionariuszu ankiety. Uczniowie osiągający bardzo dobre, dobre oraz dostateczne wyniki w nauce spośród miejsc, w których zetknęli się z substancjami psychoaktywnymi, wymieniali najczęściej: koncerty i inne imprezy masowe (inne niż dyskoteka), spotkania z przyjaciółmi/znajomymi, opuszczone pomieszczenia w blokach (strych, piwnica, suszarnia), akademiki oraz wycieczki klasowe. Jeśli wziąć pod uwagę uczniów z przewagą ocen dopuszczających, miejscem najczęstszego kontaktu z narkotykami były szkoła (33,33%) oraz dyskoteka (38,10%) [32].

Wyniki badań własnych pokazują, że przyczyną rozpoczęcia terapii była m.in. utrata rodziny – stwierdziło tak 62% respondentów. Dla 24% motywującym krokiem okazał się problem ze zdrowiem, zaś dla 11% respondentów – kłopoty z prawem. Przyczyną podjęcia terapii u 3% osób była utrata pracy. W badaniach przeprowadzonych przez H. Król i wsp. najbardziej motywujące do podjęcia leczenia przez badanych były konflikty z prawem (24%) oraz rodzina i sąd (23%). Przekonanie o konieczności podjęcia leczenia wyraziło tylko 15% badanych. Leczenie oraz wszechstronna pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych przysparza wiele trudności, co spowodowane jest charakterem choroby. Skuteczność leczenia narkomanii potwierdziło 88% respondentów [33]. Natomiast w badaniach zaprezentowanych w niniejszej pracy skuteczność deklarowało 65% respondentów. Z badań własnych wynika, że aż 88% w trudnej sytuacji nie wróciło się do nikogo o pomoc z obawy przed odrzuceniem.

Na świecie wciąż poszukuje się nowych sposobów pozyskania zaufania osób uzależnionych, by pomóc im zwalczyć nałóg. F. Calvo opisuje skuteczność szybkiej komunikacji z nimi poprzez aplikację WhatsApp® inter-Vention w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV i szkód wywołanych zażywaniem substancji nieznanego pochodzenia lub zanieczyszczonych chemicznie [34]. Osoby uzależnione mogą szybko skomunikować się w ten sposób z personelem ośrodków, jak i w grupach, i uzyskać pomoc. Taki rodzaj pomocy przywraca im wiarę we własną wartość i zaufanie do osób, które chcą im pomóc.

Pomimo szeroko stosowanych programów profilaktycznych uzależnienia to jedno z największych aktualnych wyzwań zdrowia publicznego. Spójna polityka narkotykowa wymaga racjonalnego połączenia ingerencji prawnokarnej ze środkami o charakterze leczniczym, terapeutycznym i profilaktycznym [35]. Istotnego znaczenia nabiera także holistyczny model leczenia narkomanii, zakładający koncentrację na człowieku jako całości złożonej z aspektu duchowego, psychicznego i społecznego. Bez względu na obowiązek społeczności terapeutycznej jest tworzenie podmiotowej relacji z pacjentem. Przeprowadzone badania pokazują, co jest największą motywacją do podjęcia terapii uzależnienia, a także jakie czynniki sprzyjają jej skuteczności. Wyniki badań dają podstawy do zaprojektowania rozszerzonych badań, którymi można byłoby objąć większą grupę, co dałoby większe możliwości analizy i opracowania nowych metod

wsparcia dla osób z uzależnieniem od środków psychoaktywnych, a także osób z grupy ryzyka zachorowania.

WNIOSKI

1. Problem narkomanii dotyczy wielu sfer funkcjonowania człowieka. Istotnym wyzwaniem jest uwzględnienie aspektu psychicznego, duchowego, społecznego i fizycznego w działaniach profilaktycznych oraz naprawczych, zarówno na poziomie jednostki, jak i populacji szczególnie narażonej na rozwój uzależnienia.
2. Istotne w terapii osób uzależnionych jest podejście holistyczne uwzględniające konieczność budowania przez zespół terapeutyczny relacji podmiotowej z pacjentem.
3. Powrót do zdrowia osoby uzależnionej stanowi proces bardzo złożony, który odbywa się na wielu płaszczyznach. Niewątpliwie konieczna jest aktywność profesjonalistów medycznych, a także fachowców z innych dziedzin, mających istotny wpływ na stan zdrowia w aspekcie duchowym, psychicznym i społecznym.

PIŚMIENICTWO

1. National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Use and Addiction: The Basics. NIDA, 2020 <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics> (dostęp: 2020.11.27).
2. Rychert M, Palczak K, Zobel F, Hughes B. Przeciwdziałanie narkomanii i narkotykom w Polsce. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug policy profile: Poland; 2014. p. 9–25.
3. Singer M, Page JB. Drug Users through the Ages: When Did We Decide Addicts Were a Separate Category? In: Singer M, Page JB, editors. The Social Value of Drug Addicts. 2nd ed. New York; 2016. p. 18–23.
4. Hearne E, Grund JPC, Van Hout MC, et al. A scoping review of home-produced heroin and amphetamine-type stimulant substitutes: implications for prevention, treatment, and policy. Harm Reduct J. 2016; 13 (14): 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0105-2>
5. Skowronek R, Celiński R, Chowaniec Cz. „Crocodile” – new dangerous designer drug of abuse from the East. Clin Toxicol. 2012; 50(4): 269–269. doi: 10.3109/15563650.2012.660574
6. Rewera M. The law on counteracting drug addiction in Poland versus the illegal trade of new drugs (boosters): between theory and practice. Economics and Culture. 2014; 9: 77–93.
7. Brook K, Bennett J, Desai SP. The Chemical History of Morphine: An 8000-year Journey, from Resin to de-novo Synthesis. J Anesth Hist. 2017; 3(2): 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.janh.2017.02.001>
8. Liu H, Jia Y. Ergot alkaloids: synthetic approaches to lysergic acid and clavine alkaloids. Nat Prod Rep. 2017; 34: 411–432. doi: 10.1039/C6NP00110F
9. Matyjek S. „Dopalacze” – nieprzewidywalne narkotyki. Problem społeczno-prawny. Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna. 2019; 1(8): 251–273. doi: 10.14746/fped.2018.7.2.2019.8.1.10
10. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Art. 26 ust. 5 (DzU z 2018 poz. 1030, ze zm.)
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2018 poz. 1510, ze zm.)
12. Jasińska A. Organizacja leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce. In: Wojnar M, editor. Standardy postępowania wobec osób używających psychoaktywnych (NSP) Poradnik dla pracowników medycznych. Warszawa; 2018. p. 93–97.
13. Kolwitz M. Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. Pomeranian J Life Sci. 2010; 56(3): 131–143.
14. Pasternak E, Paśnik K, Plewka N. Uzależnienie od opioidów – etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie oraz ważna rola pielęgniarki. Piel Zdr Publ. 2015; 5(2): 209–214.
15. Jarosz MJ, Kawczyńska-Butrym Z, Włoszczak-Szubda A. Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 212–218.

16. Letkiewicz S. Holistyczne podejście lekarza do pacjenta. *Prz Urol.* 2012; 72(2); 39–41.
17. Wdowiak L. Etnopielęgniarstwo a pielęgniarstwo transkulturowe, czyli „odwracanie kota ogonem” (na podstawie doświadczeń własnych. *Med Og Nauk Zdr.* 2012; 18(3); 193–199.
18. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(4): 682–686.
19. Wieczorkowska M. Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykacji – zarys problematyki. *Sociolo Rev.* 2017; 66(1): 33–52. doi: 10.26485/PS/2017/66.1/2
20. Zurzycka P, Czyżowicz K, Radzi T. Opieka duchowa powinnością w praktyce pielęgniarskiej — zarys problematyki. *Probl Piel.* 2017; 25(3): 210–214. doi: 10.5603/PP.2017.0035
21. Strzelecki J. Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień cz. I. *Serwis Informacyjny Uzależnienia.* 2018; 1(81): 26–31.
22. Poniatowska-Leszczynska K. Metody i techniki w socjoterapii. In: Waszyńska K, Filipiak M, editors. *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki.* Poznań; 2016. p. 117–129.
23. Koczurowska J. Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień. In: Jabłoński P, Bukowska B, Czabała J, editors. *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów.* Łódź: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2012. p. 183–197.
24. Anderson DJ, McGovern JP, DuPont RL. The origins of the Minnesota model of addiction treatment—a first person account. *J Addict Dis.* 1999; 18(1): 107–114. doi: 10.1300/J069v18n01_10
25. Langiewicz W. System leczenia psychiatrycznego. In: RPO. *Raport RPO. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki.* Warszawa: Biuro RPO; 2014.
26. Social Science Statistic. Chi-Square Calculator. <https://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/default2.aspx> (dostęp: 2019.11.14)
27. Ferreira ACZ, Capistrano FC, Souza EB, Borba LO, Kalinke LP, Mafum MA. Drug addicts treatment motivations: perception of family members. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(3): 415–422.
28. Motyka M. Dynamika zjawiska narkomanii: nowe populacje zażywających narkotyki. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 435–445.
29. Waszkiewicz L, Połtyn-Zaradna K, Zatońska K, Wargosz D. Kontakty z narkotykami młodzieży szkół gimnazjalnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2008; 89(4): 518–520.
30. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia.* Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; 2019.
31. Jędrzejko M, Paszkowski M. Narkotyki i narkomania jako zagrożenie bezpieczeństwa społecznego – wybrane problemy. In: Jędrzejko M, Netczuk-Gwoździewicz M, editors. *Człowiek wobec uzależnień.* Warszawa – Zielona Góra; 2013. p. 71.
32. Szpringer M, Kosecka J, Surowiec K. Stosowanie narkotyków przez młodzież gimnazjalną i licealną. Uwarunkowania szkolne i rodzinne. In: Szuścik U, Skibska J, Kochanowska E. *Profilaktyka, diagnoza i terapia w teorii i praktyce edukacyjnej.* Kraków; 2014. p. 151–164.
33. Król H, Zboina B, Sentkowska I. Styl życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne.* 2013; 1: 241–258.
34. Calvo F, Turró-Garriga O, Carbonell X. Evaluation of the efficacy of WhatsApp through a harm reduction intervention group for injecting drug users. *Adicciones.* 2020. doi: 10.20882/adicciones.1329
35. Celińska-Chomiuk P. Między represją, profilaktyką i terapią. Polityka narkotykowa w Polsce – kontekst prawny, społeczny i zdrowotny. część I. *Serwis Informacyjny Uzależnienia.* 2019; 1 (85); 1–7.