

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu

Jolanta Zofia Chmielowiec

**Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków
psychoaktywnych w grupach zawodowych:
pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji
w województwie lubuskim**

Praca doktorska

Promotor pracy

prof. dr hab. Andrzej Rajewski

Poznań 2012

*Za cierpliwość, nieocenioną pomoc i wyrozumiałość dziękuję
Panu Profesorowi Andrzejowi Rajewskiemu.*

SPIS TREŚCI

I.	WSTĘP	5
II.	PRZEGLĄD LITERATURY	7
II.1.	POLITYKA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W NIEKTÓRYCH PAŃSTWACH NA ŚWIECIE.....	8
II.2.	POLSKA POLITYKA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII.....	21
III.	CEL PRACY I POSTAWIONE HIPOTEZY	28
IV.	MATERIAŁ I METODY	29
IV.1.	MATERIAŁ BADAŃ.....	29
IV.1.	METODY STATYSTYCZNE	33
V.	WYNIKI BADAŃ	34
V.1.	BADANE OSOBY MAJĄCE KONTAKT W SWOJEJ PRACY ZAWODOWEJ Z UZALEŻNIONYMI OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (LEKARZE, PIELEŃNIARKI, POLICJANCI, NAUCZYCIELE)	34
V.1.1.	WIEDZA NA TEMAT NARKOMANII	34
V.1.2.	EMOCJONALNY STOSUNEK DO NARKOMANII	45
V.1.3.	EMOCJONALNY STOSUNEK DO AKTÓW PRAWNYCH.....	57
V.1.4.	STOSUNEK DO ZAGROŻEŃ I SPOSOBÓW LECZENIA	66
V.1.5.	GOTOWOŚĆ NIESIENIA POMOCY	72
V.2.	OPINIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	79
VI.	OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ	91
VI.1.	WIEDZA NA TEMAT NARKOMANII.....	91
VI.2.	STOSUNEK EMOCJONALNY DO PROBLEMU NARKOMANII.....	98
VI.3.	EMOCJONALNY STOSUNEK DO AKTÓW PRAWNYCH	106
VI.4.	STOSUNEK DO ZAGROŻEŃ	115
VI.5.	GOTOWOŚĆ UDZIELANIA POMOCY W OPINII OSÓB UZALEŻNIONYCH.....	127
VII.	PODSUMOWANIE	135
VIII.	WNIOSKI	138
IX.	STRESZCZENIE	139
X.	ABSTRACT	144

XI. PIŚMIENNICTWO	149
XII. ANEKS.....	172
XII.1. KWESTIONARIUSZ ANKIETY PRZEZNACZONY DLA LEKARZY, PIEŁĘGNIAREK, POLICJANTÓW, NAUCZYCIELI.....	172
XII.2. KWESTIONARIUSZ ANKIETY PRZEZNACZONY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	180

I. WSTĘP

Narkomania jest zjawiskiem powszechnym, a wraz z postępowaniem procesu integracji europejskiej problem narasta [Sierosławski 1999]. Specyficzną cechą dwudziestego pierwszego wieku jest bardzo łatwy dostęp do narkotyków, co wiąże się ze wzrostem częstotliwości zażywania substancji odurzających. Powody, dla których ludzie sięgają po narkotyki są różnorodne. Niemniej jednak na pewnym etapie swojego rozwoju (życia) potrzebują pomocy, gdyż dalsza egzystencja zostaje mocno zaburzona. Odosobnienie, wyalienowanie, utrata kontaktu z rodziną, rówieśnikami, współpracownikami, negatywne oddziaływanie narkotyków na stan zdrowia, konflikty z prawem przyczyniają się do tego, że osoba uzależniona sama zaczyna poszukiwać profesjonalnej pomocy lub jest wręcz zmuszona do rozpoczęcia działań związanych ze zmianą dotychczasowego trybu życia. Profesjonalna pomoc dla każdej osoby jest sprawą indywidualną, gdyż dla jednych zaczyna się ona na poziomie szkoły, dla innych są to instytucje ochrony zdrowia, jeszcze inni doświadczają jej na poziomie działań służb prewencyjnych. Jakiego rodzaju pomoc zostanie udzielona osobie uzależnionej zależy od wielu czynników. Z jednej strony ważne jest nastawienie emocjonalne osoby uzależnionej, jej stan psychiczny, fizyczny, jej oczekiwania co do form pomocy. Z drugiej strony przygotowanie i profesjonalizm osób, które winne być zaangażowane w niesienie pomocy. W zależności od tego jakie postawy prezentują profesjonaliści, czyli ich trwałej oceny zjawiska w tym przypadku narkomanii zależy jakość i długotrwałość udzielonego wsparcia [Wojciszke 2001].

Problemy jakie dotyczą tysięcy ludzi uzależnionych mają wpływ na tych, którzy pozostają z nimi w związkach zawodowych i społecznych [Beck i wsp. 2007]. Pedagodzy, pracownicy służby zdrowia, służby prewencyjne z racji wykonywanego zawodu powinni być partnerami w działaniach zapobiegawczych uzależnieniom. Integracja tych służb w zapobieganiu zjawisku narkomanii zdaje się być niewystarczająca. Bagatelizowane są przypadki naruszenia prawa przez osoby uzależnione, zaś interwencja pojawia się wówczas gdy problemy stają się poważne, a uzależnienie zniszczyło wiele obszarów działalności ludzkiego życia.

Dlatego ważnym i ciekawym staje się podjęcie tematu jak osoby, które mają najczęstszy kontakt z uzależnionymi są przygotowane do udzielania pomocy, jakie jest ich nastawienie do zjawiska narkomanii i osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Z drugiej strony pozyskanie informacji od uzależnionych jak postrzegają tych, którzy udzielają im profesjonalnego wsparcia. Poznanie postaw może stać się przyczyną do rozpoczęcia zmian, poszukiwania nowych, satysfakcjonujących rozwiązań trudnych sytuacji i rozwijania form współpracy nacechowanych empatią, akceptacją i autentycznością.

II. PRZEGLĄD LITERATURY

Narkomania uznawana jest jako zjawisko groźne i patologiczne, jednakże nie jest zjawiskiem nowym ani też jednowymiarowym. Najczęściej rozpatrywana jest ona na wielu poziomach, gdyż dotyczy osób zróżnicowanych wiekowo, materialnie, legitymujących się różnym wykształceniem czy też miejscem zamieszkania [Waszkiewicz i Bolanowski 2002, Pach i wsp. 2005, March i wsp. 2006]. Nauki medyczne traktują narkomanię jako chorobę (problem medyczny) prowadzącą w ostatecznym rozrachunku do poważnych zmian somatycznych i psychicznych [Chrostek Maj i wsp. 2004, Krakowiak i wsp. 2010, Modrzejewska i Bomba 2010, Herrero i wsp. 2011, Nyhlén i wsp. 2011]. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest problemem społecznym, gdyż doprowadza do zaniku poczucia wartości społecznych czyniąc jednostki nieprzystosowane, wyalienowane społecznie. Jest to również problem wychowawczy dotyczący ludzi młodych, niedojrzałych emocjonalnie, nieodpornych, nie radzących sobie z sytuacjami trudnymi, którzy zamiast przygotowywać się poprzez naukę i pracę do pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych, uciekają w świat narkotyków [Merrill i wsp. 1999, Ostaszewski i Zimmerman 2006, Bargiel-Matusiewicz i wsp. 2010]. Narkomania to również problem prawny, ponieważ nierozzerwalnie wiąże się z przestępczością, działaniami sprzecznymi z prawem, ale skierowanymi na osiągnięcie szybkich i dużych zysków finansowych [Morawska 2001].

Z używaniem substancji psychoaktywnych człowiek miał do czynienia w najstarszych okresach historii. Jednakże zjawisko zaczęło wzbudzać niepokój ze względu na swoje rozmiary w XIX wieku na Dalekim Wschodzie. Kupcy brytyjscy wymuszali handel opium pomiędzy Indiami i Chinami prowadząc w ten sposób do rozszerzania się nałogu palenia opium. Inne kraje dość szybko przejęły ów zwyczaj. Początek wieku XX odnotował nałogowe używanie opium i jego pochodnych w wielu krajach kontynentu europejskiego i amerykańskiego. Do wzrostu liczby uzależnionych w wielu krajach przyczyniło się wprowadzenie do praktyk lekarskich morfiny (1805 rok), kokainy (1860 rok) jako leków dużej skuteczności terapeutycznej. Ubogi asortyment rynku farmaceutycznego przy jednoczesnym łatwym dostępie morfiny, kokainy czy heroiny doprowadził do stosunkowo szybkiego ich rozpowszechnienia [Sokalska 1986]. Poznane właściwości wprowadzonych substancji, ich szybkie

rozprzestrzenianie się a co za tym idzie skutki rozwijającego się uzależnienia, zmuszało społeczność międzynarodową do reakcji, poprzez wprowadzenie ścisłej kontroli substancji psychoaktywnych. Pierwsza Komisja Opiumowa w 1909 roku zebrała reprezentantów trzynastu krajów w Szanghaju, miejsca bardzo mocno dotkniętego „chorobą opiumową”, w celu wypracowania wspólnego stanowiska i metod rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem opium. W roku 1912 odbyła się konferencja międzynarodowa w Hadze, która zobowiązywała do kontroli środków narkotycznych w sposób wiążący. Polska czynny udział w zapobieganiu narkomanii na arenie międzynarodowej datuje od 10 stycznia 1920 roku, gdy rząd polski ogłosił przystąpienie do Konwencji Haskiej. Większość dokumentów zarówno w okresie przedwojennym, jak i powojennym była ratyfikowana przez nasz kraj, a czynny udział na forum międzynarodowym należałoby podkreślić, gdyż Polska do końca lat 70 XX stulecia nie doświadczała szkodliwych skutków nadużywania narkotyków na skalę masową [Sokalska 1986].

Środki psychoaktywne używane w celach niemedycznych stanowią problem interdyscyplinarny i prawdopodobnie wpisały się na trwałe w dzisiejszą rzeczywistość. Wizje o świetlanej przyszłości bez narkotyków są mało realistyczne, gdyż zawsze znajdzie się grupa osób, która z różnych powodów sięgnie po substancje psychoaktywne [Krajewski 2004]. W związku z powyższym, rządy krajów wyznaczają kierunki polityki wobec użytkowników narkotyków, jak i samych substancji narkotycznych. Poszczególne kraje dostosowują swoją politykę wobec narkomanii do wspólnie wypracowywanych standardów w Unii Europejskiej. Zasady postępowania, jednak różnią się w zależności od przyjętej strategii. Natomiast strategie zróżnicowane są pod względem represyjności, jak i określonych priorytetów [Ballotta i Bergeron 2006].

II. 1. POLITYKA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W NIEKTÓRYCH PAŃSTWACH NA ŚWIECIE

Przykładem represyjnego podejścia do problemu narkomanii jest Szwecja. Już w latach 60 - XX wieku zarysował się problem nadużywania substancji psychoaktywnych. Wdrożono w tym kraju eksperyment, który przypominał dzisiejsze

działania w zakresie redukcji szkód, a mianowicie lekarze zobowiązani zostali do „liberalnego przypisywania recept na leki psychoaktywne”. Eksperyment ten, jednakże nie wpłynął istotnie na zmniejszenie się liczby zachowań kryminogennych wśród osób nim objętych, natomiast na czarnym rynku pojawiały się leki przypisywane przez lekarzy. Wzrost umieralności uzależnionych od heroiny doprowadził obecnie do wzrostu zachowań represywnych wobec użytkowników narkotyków i przyjęciem przez parlament szwedzki polityki prowadzonej pod hasłem „społeczeństwo wolne od narkotyków”. Tak sformułowany ogólny cel polityki wobec narkotyków i narkomanii, w obecnej rzeczywistości, jest bardzo trudny do zrealizowania. Takie stanowisko, według środowisk eksperckich, wpływa na postawy społeczne wobec zjawiska nadużywania substancji psychoaktywnych. Polityka szwedzka nastawiona jest na prewencję polegającą na podtrzymywaniu negatywnych postaw wobec narkomanii. Działania koncentrują się na społeczności lokalnej, a więc rodzinie, nauczycielach, kręgu znajomych i przyjaciół, wspierane przez instytucje centralne mające dostarczać wiedzy, pomocy finansowej i motywacji do podejmowanych inicjatyw na szczeblu lokalnym. Bardzo ważnym terenem oddziaływań stała się szkoła, gdzie rozpowszechniana jest wiedza o narkomanii i rozwiązaniach legislacyjnych oraz możliwościach uzyskania pomocy [Bergmark i Oscarsson 1990, Świątkiewicz 2004, Laranjeira 2010].

Organizacje pozarządowe w Szwecji realizują zadania z zakresu zapobiegania nadużywaniu narkotyków. Drugi ważny aspekt polityki narkotykowej to zachęcanie, jak największej liczby osób uzależnionych do zmiany zachowań i leczenie. Założeniem dominującym w terapii i rehabilitacji stanowi całkowita abstynencja, co również sygnalizuje, brak przyzwolenia dla niemedycznego stosowania substancji narkotycznych. Oszczędnie w Szwecji prowadzone są programy wymiany igieł i strzykawek, a programy metadonowe podlegają ścisłej kontroli i adresowane są do ograniczonej liczby uzależnionych. Celem leczenia jest osiągnięcie całkowitej abstynencji. Leczeniem zajmują się specjalistyczne oddziały detoksykacyjne i rehabilitacyjne szpitali psychiatrycznych, lecznictwo stacjonarne, specjalistyczne instytucje do opieki nad osobami z HIV i AIDS, prywatne oddziały i fundacje lecznictwa odwykowego, młodzieżowe grupy wsparcia, poradnie dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji, które również oferują porady motywacyjne i pomoc w wychodzeniu z kryzysu itp. Opieka społeczna odgrywa niebagatelną rolę

w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Istnieje dobrowolność w poddawaniu się opiece tej instytucji, jednakże przy znacznym zaawansowaniu procesu uzależnienia, pracownik opieki ocenia potrzeby jednostki, a następnie wydawana jest decyzja przymusowego leczenia przez odpowiednią jednostkę administracyjną (przymus leczenia trwa do sześciu miesięcy) [Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004, Laranjeira 2010, Romelsjö 2010, Eriksson i wsp. 2011].

Trzeci aspekt prowadzonej polityki narkotykowej w Szwecji zmierza do kontroli i ograniczenia podaży substancji psychoaktywnych. Prawo i rozwiązania legislacyjne zmierzają do powiększenia wachlarza zachowań podlegających penalizacji oraz zaostrzeniu sankcji karnych. Penalizacja obejmuje handel, produkcję, przetwarzanie, nabywanie, magazynowanie, transportowanie, spożywanie i posiadanie substancji psychoaktywnych, a także pomoc (również informowanie) w nabyciu narkotyków. Policja posiada wydziały zajmujące się wykrywaniem zaawansowanych przestępstw narkotykowych na szczeblu krajowym. Ponadto każdy region dysponuje wydziałem narkotykowym, a na poziomie lokalnym do rutynowych zadań policji należy walka z narkomanią. Komendy policji powołują specjalne grupy, których zadaniem jest zwalczanie handlu ulicznego. Konfiskowane na ulicy narkotyki i aresztowania powodują, iż mało widoczne stają się miejsca sprzedaży substancji narkotycznych, co w pewnym stopniu daje poczucie ograniczenia rekrutacji nowych konsumentów. Ocena działalności władz szwedzkich w zakresie prowadzonej polityki narkotykowej, wskazuje na brak klarownych strategii długoterminowych prowadzonych na poziomie lokalnym [Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004].

W Danii określono narkomanię jako problemem złożony, który wymaga zintegrowanych działań na poziomie wielu struktur zarówno władz centralnych, regionalnych czy też lokalnych. Koncentracja działań wobec narkomanii dotyczy zapobiegania, leczenia oraz kontroli. Podstawowy kierunek działań dla polityki wobec uzależnienia od substancji psychoaktywnych wyznaczany jest przez organy władz centralnych. Celami tej polityki są: delegalizacja narkotyków, utrzymanie względnej równowagi pomiędzy zapobieganiem a leczeniem uzależnień, wzmocnienie działań władz lokalnych skierowanych do młodzieży z rodzin doświadczających społecznego wykluczenia, zwiększenie działań mających na celu poprawę lecznictwa oraz dostosowanie terapii do różnych potrzeb klienta, rozpowszechnienie zasady leczyć

zamiast karać. W prowadzonej polityce państwa wobec narkomanii priorytetowo potraktowano temat prohibicji [Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004].

Organizacje prywatne w Danii oraz skupiające wolontariuszy wspomagają działania instytucji publicznych. Rozważając strukturę i koordynację działań to na poziomie krajowym zostały określone kompetencje i obowiązki polityki narkotykowej poprzez: sformułowanie zasad działania i regulacji prawnych, prowadzenia kontroli podaży (finansowanie policji, służb celnych, więzień), stały monitoring występujących trendów epidemiologicznych, dokonywanie ewaluacji działań i upowszechnianie danych, promowanie badań, konsultacje i pomoc instytucjom regionalnym, działania i współpracę na arenie międzynarodowej. Profilaktyka narkomanii, promowanie zdrowego stylu życia, medyczne aspekty terapii narkomanów szczególnie programy metadonowe, leczenie chorych na HIV i AIDS leży w gestii i odpowiedzialności ministra zdrowia. Na poziomie władz regionalnych opracowywane są zapobiegawcze plany działania i przekazywane do poszczególnych kompetentnych instytucji [Świątkiewicz 2004, Lindholst i wsp. 2008, Hamunen i wsp. 2009, Kolind i wsp. 2010].

W Danii funkcjonuje Komisja do spraw Narkomanii, która jest jednocześnie interdyscyplinarnym komitetem doradczym mającym za zadanie określać i koordynować działania na polu zapobiegania, leczenia i kontroli. Komisja monitoruje trendy rozpowszechnienia zjawiska narkomanii proponując jednocześnie podjęcie konkretnych działań, opracowuje cele i strategie polityki, zakresy i obszary działania. Wymiana danych i doświadczeń, poprawa koordynacji działań, pogłębianie współpracy międzyregionalnej z jednoczesną ochroną prawną interesów w relacjach na poziomie władz krajowych i lokalnych należy do Stowarzyszenia Regionalnych Doradców. Odpowiednikiem takiej instytucji na poziomie lokalnym pełni Krajowe Stowarzyszenie Władz Lokalnych [Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004].

System prawny Danii zabrania eksportowania i importowania narkotyków, nabywania ich oraz sprzedaży, dostarczania, produkowania, przekazywania oraz posiadania określonych substancji w celu niemedycznym. Za złamanie powyższego grozi kara grzywny, areszt lub osadzenie w więzieniu. Szczególnie groźne przestępstwa narkotykowe zagrożone są karą pobytu w więzieniu do lat sześciu. Pierwsze zatrzymanie z powodu posiadania narkotyków zazwyczaj kończy się ostrzeżeniem

ze strony policji, a praktyka wskazuje na to, iż ostrzeżenia bywają powtarzane za kolejne przypadki nielegalnego posiadania na przykład kanabinoli. Jeżeli chodzi o inne substancje psychoaktywne niż kanabinoły, to kolejne ich wykrycie pociąga konsekwencje w postaci grzywny, aresztu lub kary więzienia w zależności od ilości posiadanego narkotyku. Osoby uzależnione od substancji narkotycznych rzadko osadzone są w więzieniach. Ministerstwo Sprawiedliwości zobowiązane jest do finansowania detoksykacji, programów integracyjnych dla osób uzależnionych odbywających karę więzienia, które wyraziły chęć leczenia. Biorąc pod uwagę system kontroli podaży, to każda komenda policji posiada specjalny wydział ewentualnie oficera do spraw narkomanii [Świątkiewicz 2004].

Aby poprawić i usprawnić międzyinstytucjonalny system działań powołano w Danii Krajowe Centrum Pomocy Śledczej, które prowadzi analizy, rejestruje, zbiera dane o przestępstwach związanych z narkotykami upowszechniając je na poziomie kraju i międzynarodowym. Centrum zobowiązane jest do współpracy z instytucjami zajmującymi się problemem narkomanii. Dania to kraj, którego hasłem leczenia osób uzależnionych stała się maksyma „uwzględnienie wielorakości potrzeb klientów”. Leczenie podporządkowane jest rzeczywistym potrzebom osób uzależnionych, również terapia, której celem nie jest całkowita abstynencja od narkotyków. Priorytetowy cel terapii to osiągnięcie poprawy jakości życia przez osobę uzależnioną. Prowadzone programy metadonowe są popularną formą ograniczania szkód zdrowotnych. Prowadzono debatę publiczną na temat udostępnienia pomieszczeń do higienicznego wykonywania iniekcji osobom ciężko uzależnionym oraz wypisywania recept na heroinę. Zakładano, iż działania takie doprowadzą do ograniczenia szkód zdrowotnych i społecznych związanych z zdobywaniem i nadużywaniem heroiny. Jednakże inicjatywa nie znalazła dostatecznej ilości zwolenników, toteż władze skoncentrowały się na intensyfikacji działań wobec osób poddających się leczeniu substytucyjnemu metadonem. Należy zaznaczyć, że duński system leczenia nie posiada tak naprawdę żadnej propozycji dla osób uzależnionych od amfetaminy, ekstazy czy marihuany [Świątkiewicz 2004].

Hiszpania także zmagają się z problemem narkomanii, a wagę problemu podkreśla fakt, iż zostały opracowane dokumenty zawierające strategie długoterminowe wobec narkomanii, którym nadano status Dekretu Królewskiego. Narodowa Strategia wobec Substancji Psychoaktywnych przyjęła filozofię, że wszystkie rozwiązania to rezultat

publicznej dyskusji, woli politycznej, które należy dostosowywać do zmieniającej się rzeczywistości. Niebagatelną sprawą dla hiszpańskiej polityki narkotykowej jest konieczność ciągłej i nieprzerwanej analizy sytuacji, ewaluowania otrzymanych wyników i dostosowywania działań do szybko zmieniającej się rzeczywistości (na przykład wzorów konsumpcji narkotyków). Podstawowe cele i zadania wobec zjawiska narkomanii zdefiniowane zostały poprzez: ograniczenie zasięgu używania i poprawy sytuacji osób nadużywających substancji psychoaktywnych, zachęcanie do współpracy prywatnych instytucji, osób, grup, stowarzyszeń na rzecz zapobiegania uzależnieniom, prowadzenie prewencji, działania zmierzające do wykształcenia umiejętności życiowych takich jak poczucie własnej wartości, krytycyzm. Ponadto rekomendowane jest otwarcie na wszelkie metody rehabilitacji, terapii, leczenia, których użyteczność została w jakikolwiek sposób potwierdzona. Biorąc pod uwagę współpracę służby zdrowia i pomocy społecznej, to według twórców strategii, powinna się ona uzupełniać i koncentrować na odmiennych potrzebach jednostek uzależnionych. Priorytetową sprawą jest tworzenie dla osób uzależnionych programów umożliwiających powrót do życia w społeczeństwie, gdzie celem w terapii nie musi być pełna abstynencja, aczkolwiek należy do niej zachęcać. Kontrola nad podażą i popytem narkotyków poprzez zintegrowane działania różnych instytucji na poziomie kraju, jak i poszerzanie współpracy międzynarodowej, dostosowywanie przepisów legislacyjnych to również zadania polityki narkotykowej [Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 1985, Ley 8/1998, de 25 de junio, sobre prevenció, asistencia e inserción em materia de drogodependencias. Boletín Oficial del País Vasco. 1998, Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004, Oliveira i wsp. 2010, Rial Boubeta i wsp. 2010, Tordable Merino i wsp. 2010, Díaz i wsp. 2011].

Hiszpańska strategia wobec narkomanii opiera się między innymi na prewencji pierwszego stopnia. Warto zwrócić uwagę, że bardzo poważnie potraktowano sprawę uwrażliwiania ludności na problemy w obszarze uzależnień. Podjęto działania mające dostarczyć jak najwięcej informacji o ryzyku związanym z konsumpcją substancji psychoaktywnych. Obszar profilaktyki zdominowany został przez komisję, której zadaniem jest merytoryczna standaryzacja, weryfikacja i autoryzacja programów szkolnych i dostarczanych materiałów profilaktycznych. Narkomani, którzy utrzymują kontakt z systemem pomocy uzyskali szczepienia przeciw tężcowi i żółtacze.

W kwestii integracji uzależnionych od substancji psychoaktywnych przyjęto programy terapeutyczne w ramach, których przeprowadzone zostaną standardowe treningi zatrudniania narkomanów [Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004, Wolańska 2009, Jiménez-Iglesias i wsp. 2010].

Węgry dostrzegły potrzebę opracowania polityki wobec narkomanii w latach 80 – XX wieku, toteż powstało wiele pomysłów, które niestety nie zostały ujęte w jeden wspólny system. Kraj ten ratyfikował wiele konwencji i uznał, że narkomania jest problemem o międzynarodowym zasięgu a jej związki z zorganizowaną przestępczością są bardzo silne. Generalnie opracowywana polityka narkotykowa na Węgrzech wyszła z założenia, że na terenie Państwa rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych jest stosunkowo małe. Podczas opracowywania multidyscyplinarnej strategii postępowania wobec narkomanii, kierowano się zasadą zorientowaną na realizację celów z zachowaniem równowagi pomiędzy oddziaływaniami redukującymi popyt a ograniczającymi podaż. Głównym celem walki z narkotykami było założenie, iż społeczeństwo powinno być wolne, produktywne i śmiałe, z zachowaniem jego duchowego i społecznego dobrostanu, gdyż tylko takie jest w stanie radzić sobie z kryminalnymi zachowaniami i problemami związanymi z używaniem oraz handlem narkotykami. Organy władzy państwowej miały odgrywać bardzo ważną rolę w tych działaniach. Społeczeństwo węgierskie według założeń strategii narkomanii uwrażliwiano na ten problem a szczególnie społeczność lokalną. Młodym osobom oferowano alternatywne formy spędzania wolnego czasu, by móc odrzucić narkotyki przy jednoczesnej redukcji dostępności do substancji psychoaktywnych. Jednocześnie osoby i ich najbliższe rodziny, które zmagają się z problemem uzależnienia objęto programem pomocy socjalnej, terapią i rehabilitacją [Elekes i Kovács 2002, Świątkiewicz 2002, Świątkiewicz 2004, Rącz i wsp. 2010].

Strategie przyjęte do walki z narkomanią na Węgrzech mają charakter długoterminowy, są poddawane procesowi ewaluacji, opierają się na badaniach, realizowane są przez instytucje państwowe i inne na przykład prywatne. Zakresem swoich działań obejmują rodziny, szkoły i społeczności lokalne. Do działań oprócz instytucji państwowych włączono lokalną społeczność, wolontariuszy, ekspertów, grupy prywatnych osób. Został powołany Komitet do spraw Koordynacji Działań w Zakresie Narkomanii, który koordynuje działania departamentów oraz czuwa

nad prawidłowością wypełniania zobowiązań międzynarodowych [Świątkiewicz 2004, Czobor i wsp. 2011].

Strategie czy też plany przyjmowane wobec zjawiska narkomanii w poszczególnych krajach są różne. Od bardzo rygorystycznie traktujących narkomanię po wręcz spolegliwe podejście do problemu. Patrząc z perspektywy czasu na postępy i osiągnięte wyniki w prowadzonej walce z narkomanią wnioski nie są jednoznaczne. Ustawodawstwa poszczególnych państw różnią się chociażby w kwestii karalności.

W Holandii zabrania się importowania, eksportowania, dostarczania, posiadania, wytwarzania, przyrządzania narkotyków, jednak wyżej wymienione działania nie stanowią czynu karalnego, jeżeli jest to ilość dopuszczalna przez prawo [Morawska 2001]. Uregulowania holenderskie i prowadzona polityka wobec uzależnienia od substancji psychoaktywnych doprowadziła do legalizacji sprzedaży marihuany. Popularna „trawka” uznana została za jeden z mniej groźnych narkotyków, toteż rynek najbardziej popularnego narkotyku został poddany kontroli państwa. Ograniczono w ten sposób handel prowadzony przez dilerów jak i organizacje przestępcze, a jednocześnie nastąpiły wpływy do skarbu państwa z opodatkowania sprzedaży narkotyku. Dużą popularnością cieszą się *coffee shops*, w których można legalnie nabyć i palić marihuanę. Różnego rodzaju statystyki wskazują, iż Holendrzy palą mniej „trawki” niż Niemcy, Włosi, Francuzi, Anglicy, którzy dodatkowo narażeni są na karę więzienia. Jak podają źródła masowego przekazu, w Holandii *coffee shops* do końca 2011 roku zostaną przekształcone w kluby, gdzie będzie można wejść po nabyciu specjalnej karty. Ilość członków takiego klubu będzie zależała od gęstości zaludnienia na danym terenie. Kwestią otwartą pozostaje możliwość wpisywania cudzoziemców na listy klubów. Owe zmiany podyktowane zostały narkoturystyką, która przybrała dość duże rozmiary i stała się uciążliwa dla mieszkańców gdzie znajdują się *coffee shops* [Krajewski 1995, Zieliński 2002, Gąsior 2008].

Zmęczenie narkoturystyką w Holandii wynikało również z zachowań agresywnych, jakich dopuszczali się uczestnicy wycieczek z Niemiec czy Francji. Polityka antynarkotykowa w Holandii opiera się o założenia redukcji szkód, a tym samym wychodzi z założenia, że narkomania to przede wszystkim choroba, którą należy leczyć pomimo tego, że nie zawsze osiągnięte są pożądane efekty. Nacisk został

położony na działania prewencyjne. Problem narkomanii postrzegany jest w Holandii w kategorii zdrowia publicznego a nie przestępczości. W związku z tym prowadzona jest na szeroką skalę wymiana igieł i strzykawek, dostępność prezerwatyw i pomieszczeń do higienicznego zażywania narkotyków. Prowadzone jest poradnictwo dla zakażonych wirusem HIV przy jednoczesnym udostępnieniu testów na HIV. Sprawowana jest opieka medyczna i psychologiczna dla osób uzależnionych od narkotyków, a także duża dostępność do różnorodnych form terapii. Holandia należy do państw Beneluksu określanymi, jako „poligon doświadczalny dla eksperymentów unijnych” [Krajewski 1995, Gąsior 2008, Westra i wsp. 2009, Blanken i wsp. 2010, Lambers i wsp. 2011].

Przykładem humanitarnego podejścia do problemu narkomanii, nierepresyjnej polityki oraz racjonalnego wydawania pieniędzy jest wskazywana przez wielu ekspertów na świecie Portugalia. Efekty prowadzonej polityki narkotykowej od 2001 roku przekładają się na wymierne efekty, a mianowicie spadek chorób przenoszonych drogą płciową, zgonów spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zakażonych wirusem HIV [Proceedings of the 2nd Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. March 2008. Lisbon, Portugal. 2009].

Narkotyki w Portugalii pojawiły się dość późno. Dyktatorskie rządy Salazara przyczyniły się do zamknięcia kraju na przemiany, jakie w owym czasie dokonywały się w społeczeństwach Zachodu. W drugiej połowie lat siedemdziesiątych XX wieku dokonała się rewolucja „goździków” oraz skończyła się wojna kolonialna w Angoli, która za sprawą żołnierzy wprowadziła nową jakość, to jest modę na palenie marihuany. Koniec lat osiemdziesiątych XX wieku przyniósł znaczny wzrost osób używających heroiny z Pakistanu po wprowadzeniu jej na czarny rynek. Heroiniści stali się zauważalni na ulicach. Drobne kradzieże celem zdobycia pieniędzy by zaspokoić głód, stały się plagą. Wzrastała w sposób bardzo niepokojący liczba osób zakażonych HIV. Rząd starając się zaradzić niepokojącej sytuacji otworzył centrum leczenia narkomanów. Działania nie przyniosły oczekiwanych efektów, gdyż prawo traktowało konsumpcję jako przestępstwo [Proceedings of the 2nd Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. March 2008. Lisbon, Portugal. 2009].

Utworzona na zlecenie rządu portugali grupa lekarzy, socjologów, prawników, psychologów stworzyła nową koncepcję podejścia do problemu narkomanii. Grupa ekspertów zaproponowała rządowi, by wprowadzić dekryminalizację używania narkotyków bez podziału na narkotyki „miękkie” czy „twarde”. Przeniesiono Instytut do spraw Narkotyków i Uzależnień z resortu sprawiedliwości do resortu zdrowia. Nowa filozofia wywołała burzliwe dyskusje, a jej przeciwnicy wysunęli argumenty o szybkim wzroście spożycia narkotyków oraz gwałtownym rozwoju narkoturystyki. Rząd pomimo wszystko przeprowadził ustawę o dekryminalizacji posiadania i konsumpcji wszystkich, bez wyjątku, narkotyków. Handel nimi nadal jest działaniem nielegalnym, jednak za ilość niehandlową przyjęto dawkę na 10 dni dla jednej osoby. Oczywiście posiadanie i konsumpcja narkotyków jest również nielegalna, jednakże nie stanowi ona przestępstwa a jedynie wykroczenie, za które grozi niewielka grzywna ewentualnie praca społeczna. Polityka opiera się na działaniach prewencyjnych (odstraszanie przez policję dilerów z uczelni, szkół, barów, dyskotek; pracownicy socjalni uczestniczą w młodzieżowych imprezach masowych, gdzie ostrzegają przed szkodliwością substancji psychoaktywnych), edukacji w szkołach, redukcji szkód zdrowotnych i leczenia (wymiana igieł i strzykawek, rozdawnictwo prezerwatyw, bezpłatne leczenie substytucyjne metadonem) oraz pomocy w powrocie do życia w społeczeństwie bez nałogu (mieszkania socjalne, pomoc w zdobyciu pracy) [Gyarmathy i Latkin 2008, Costa Storti i De Grauwe 2009, Proceedings of the 2nd Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. March 2008. Lisbon, Portugal. 2009]. Bardzo ważnym składnikiem polityki antynarkotykowej w Portugalii jest komisja do spraw zniechęcania. Konsumenci narkotyków zatrzymani na ulicy przez policję zostają spisani i puszczeni do domu, jednak ich obowiązkiem jest stawienie się przed komisją. Rozprawa, która się przed nią odbywa, ma charakter przyjacielskiej rozmowy i ostrzeżenia. Przekazywane są informacje o szkodliwości substancji psychoaktywnych i możliwościach leczenia. W ocenie policji takie ujęcie problemu narkomanii sprawiło, że nie musi się ona koncentrować na ściganiu konsumentów, a na walce z przemysłem i handlarzami [Costa Storti i De Grauwe 2009, Vale de Andrade i Carapinha 2010, Hughes i wsp. 2011].

Podjęcie permisywne do problemu narkomanii wymaga zmiany myślenia, a nawet przebudowania swego systemu wartości. Szwajcaria nie należy do państw lewicowych. W odbiorze społecznym postrzegana jest raczej jako państwo (ze względu

na słynną tradycję zachowania tajemnicy bankowej) konserwatywne. Szwajcaria lat osiemdziesiątych XX wieku stała się areną spotkań dla sympatyków kontrkultury i użytkowników substancji psychoaktywnych. Powstało wiele otwartych scen narkotykowych, gdzie pomimo intensywnych działań policji iniekcyjne używanie narkotyków stało się powszechne i rozprzestrzeniło się bardzo szybko. W Zurychu słynne stały się spotkania setek osób używających narkotyków na „Riwierze” – nadrzecznym bulwarze. Podejmowane próby ograniczenia liczby przestępstw związanych z używaniem narkotyków doprowadziły do wydzielenia stref dla ich użytkowników. Władze w Zurychu pozwoliły gromadzić się narkomanom w parku Platzspitz leżącego nieopodal dworca głównego, w rozwidleniu rzek, który zyskał nazwę „park igieł”. Wskaźniki epidemii HIV zaczęły rosnać, toteż specjaliści zdrowia publicznego zaproponowali system represji zastąpić systemem programów prozdrowotnych o szerokim zasięgu [Gervasoni i wsp.1996, Csete 2010].

Szwajcaria była inicjatorem stosowania programów substytucyjnych niskoprogowych (stosowanie metadonu), wymiany igieł i strzykawek (również w więzieniach), rozdawania prezerwatyw, środków odkażających, tworzenia pokoi iniekcyjnych (pomieszczeń do iniekcyjnego podawania narkotyków z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i higieny czasami w asyście pracowników ochrony zdrowia). W 1999 roku duże zainteresowanie wśród szwajcarskich lekarzy wzbudziła koncepcja podawania, pod kontrolą, heroiny osobom uzależnionym od opiatów, a nie reagujących na inne formy leczenia substytucyjnego. W Zurychu, Bazylei, Genewie, Bernie otwarto ośrodki, gdzie prowadzono terapię wspomagającą heroiną HAT (*heroin assisted therapy*). Wywołało to dyskusje ogólnokrajową. Przeciwnicy takiej formy leczenia wysunęli argument „rozdawnictwa heroiny”. Jednakże z krajobrazu miast Szwajcarii zaczęli znikać użytkownicy narkotyków, gdyż w większości objęto ich różnorodnymi formami leczenia i pomocy [Csete 2010, Frick i wsp. 2010, Uchtenhagen 2010, Arnaud i wsp. 2011].

Rada Federalna w Szwajcarii po dyskusji z władzami kantonów oraz licznymi specjalistami do spraw zdrowia publicznego wprowadziła zasady polityki narkotykowej, która opiera się na czterech filarach: profilaktyce, terapii, redukcji szkód i działaniach wymiaru sprawiedliwości. Narkomania postrzegana jest jako choroba lub zaburzenie i dlatego wobec niej powinna być w realizowana zasada leczenia, a w mniejszym stopniu karalności. Policjanci odebrali stosowanie tej zasady jako

burzenie pewnego porządku publicznego. Jednakże stopniowo komendanci dostrzegli cele długofalowe programów prozdrowotnych, które pokrywały się z zadaniami policji, a mianowicie ograniczenia liczby przestępstw i wypadków związanych z używaniem narkotyków. Szwajcaria jest przykładem kraju, który stosunkowo wcześnie uznał, że pomimo kontroli i wysiłków służb więziennych narkotyki przenikają przez mury więzień. Dzięki takiemu podejściu wprowadzono programy leczenia substytucyjnego i HAT, wymianę igieł i strzykawek co w konsekwencji ograniczyło rozprzestrzenianie się HIV i HCV w ośrodkach detencji. Władze Szwajcarii dostrzegając problem narkomanii jako priorytetowy, zinstytucjonalizowały specjalistyczne usługi zdrowotne, co zyskało poparcie społeczne. Nie wszystkie działania prowadzone przez władze szwajcarskie można i powinno wprowadzać się na grunt innych krajów, jednakże należy pozytywnie ocenić korzyści polityki odejścia od represji na rzecz leczenia i profilaktyki [Dubois-Arber i wsp. 2008, Csete 2010, Frick i wsp. 2010, Nordt i Stohler 2010, Uchtenhagen 2010].

Przykładem kraju, gdzie dominuje model polityki restrykcyjno - represyjny wobec narkomanii są Stany Zjednoczone Ameryki (USA). Systemy restrykcyjno - represyjny charakteryzuje się bardzo szerokim zakresem kryminalizacji wszelkich czynów wiążących się z narkotykami oraz stosowaniem tylko i wyłącznie represji karnej bez alternatywnych środków leczniczych wobec sprawców przestępstw - użytkowników narkotyków. Na terytorium własnego kraju Amerykanie zwalczają używanie substancji psychoaktywnych oraz handel nimi metodami policyjnymi i długoletnimi karami więzienia. Na terenach innych państw od wielu lat USA wspiera dużymi sumami pieniędzy oraz dostawami broni wojny, które prowadzone są z producentami, handlarzami narkotyków. Represje wobec narkomanów rozpoczęły się w latach trzydziestych, a później pięćdziesiątych. Znaczący temat twierdzą, że obecna wojna narkotykowa, jaką prowadzą Stany Zjednoczone rozpoczęła się od prezydentury Nixona. Prowadzono kampanię przeciwko ruchowi hipisowskiemu, pacyfistom, wolnej miłości, komunistycznym knowaniom. Narkomanię przedstawiono jako demona zła, który zagrażał zniszczeniem wartości i stylu życia. W latach osiemdziesiątych XX wieku, gdy nastąpiła deregulacja gospodarki, a państwo wycofało się z odpowiedzialności w wielu kwestiach społecznych wojna z narkomanią miała na celu „utrzymać autorytet państwa”. Na owe lata przypada duże spożycie cracku mające wręcz charakter epidemii, z którą podjęto irracjonalną walkę. Konsumentów

tej substancji masowo osadzano w więzieniach, co generowało olbrzymi koszt dla państwa, ale zupełnie nie przyczyniło się do ograniczenia konsumpcji narkotyku. Brak jakiegokolwiek tolerancji dla narkotyków oznaczał brak prowadzonego leczenia w więzieniu, a także po jego opuszczeniu. Pomoc socjalna i medyczna nie istniała. W USA narkomania postrzegana była jako zachowanie niemoralne, społecznie patologiczne wręcz dewiacyjne. Taka percepcja spowodowała nadanie narkotykom statusu substancji nielegalnych. Wobec powyższego narkomania stała się zachowaniem przestępczym, a stosowanie represji jest podstawową metodą walki z nią. Narkomanię traktuje się przede wszystkim jako problem polityki kryminalnej [Courtwright 2004, Krajewski 2007].

Prowadzona polityka bezwzględnej prohibicji okazała się bardzo kosztowną i całkowitą porażką. Wszystkie zakazy dotyczące narkotyków nie wpływają w żaden sposób na ich produkowanie, importowanie czy też dostępność w kraju. Korupcja na poziomie krajowym i międzynarodowym podważa system działań wymiaru sprawiedliwości karnej i w ten sposób narkotyki stają się towarem tanim i dostępnym na terenie Stanów Zjednoczonych. Prowadzona profilaktyka i edukacja w obszarze narkomanii podlega krytyce, gdyż tak naprawdę sprowadza się do przeświadczenia, iż wystarczy powiedzieć „po prostu nie”. Programy ambitniejsze, a jednocześnie bardziej kosztowne nie przynoszą spodziewanych wyników [White 2002, Caulkins i wsp. 2004, Newman 2005, Magura 2007].

Krytycyzm wobec działań prowadzonych w USA nie jest niczym nowym. Specjaliści od uzależnień już od wielu lat sprzeciwiali się prohibicji jako dominującej metodzie działania [Solano 2002, Reuter i wsp. 2011]. Opublikowany raport, Światowej Komisji do spraw Polityki Narkotykowej „*War on drugs*” w 2011 roku, ocenił prowadzoną do tej pory wojnę z narkotykami jako całkowitą porażkę i zalecił zmiany w podejściu do stosowanego modelu prohibicji. Raport uważa się za przełomowy, gdyż być może po raz pierwszy publicznie zostały wyartykułowane problemy związane z narkomanią przez osoby znaczące, to jest: mężów stanu, intelektualistów, przywódców cieszący się uznaniem i szacunkiem. Poddano krytyce działania tych państw, które hołdowały polityce represji, a mianowicie Chin, Rosji i USA. Holandię, Portugalię, Kanadę, Szwajcarię uznano za przykład dobrze prowadzonej polityki narkotykowej, szczególnie podkreślono pozytywne wyniki prowadzonego leczenia

i terapii substytucyjnej (metadon, buprenorfina) [Report Of The Global Commission On Drug Policy 2011].

Twórcy raportu sugerują przeprowadzenie niezwłocznie reformy polityki narkotykowej. Zmiany dotyczyć powinny rządowych modeli regulacji prawnych narkotyków, szczególnie konopi, by doprowadzić do osłabienia przestępczości zorganizowanej, wzmacniać bezpieczeństwo obywateli swojego kraju oraz chronić ich zdrowie. Postulowano zaprzestanie kryminalizacji, stygmatyzacji i marginalizacji użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy nie szkodzą innym. Proponowane jest upewnienie się, iż istnieje wiele metod leczenia przynoszących wymierne skutki. Zaproponowano by prawa człowieka i zasady redukcji szkód stosować zarówno dla osób używających środków psychoaktywnych jak i tych, którzy w hierarchii narkobiznesu znajdują się na końcu, a mianowicie rolnicy, kurierzy, drobni handlarze [Report Of The Global Commission On Drug Policy 2011, Reuter i wsp. 2011].

II. 2. POLSKA POLITYKA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Polska polityka przeciwdziałania narkomanii ma na celu ograniczenie popytu na substancje nielegalne, prowadzenie skutecznych programów profilaktyki, dostosowywanie rozwiązań prawnych do europejskich norm w tym zakresie, stosowanie skutecznych metod leczenia i terapii, ograniczania szkód zdrowotnych. Po drugiej wojnie światowej w Polsce zjawisko narkomanii występowało marginalnie. Najczęściej dotyczyło ono osób, które uzależniły się od środków podawanych w razie występowania bólu, po zabiegach operacyjnych, amputacjach lub innych dolegliwościach. Od roku 1960 zaczęła wzrastać liczba osób leczonych z powodu narkomanii oraz nastąpiło upolitycznienie zjawiska uzależnienia. Rozgorzała dyskusja społeczna na temat ruchu hipisowskiego, z którym wiązano nie tylko używanie narkotyków, ale również kryminogenne zachowania [Pajor 1962, Radziejewski i Majzner 1969, Abucewicz 2006(a), Pisarska 2009].

Kradzieże leków z placówek służby zdrowia, fabryk czy aptek, fałszowanie recept były głównymi źródłami zaopatrywania się w narkotyki w latach siedemdziesiątych XX wieku w Polsce [Abucewicz 2006(b)]. Do lat osiemdziesiątych XX wieku problem narkomanii w kraju był marginalizowany [Sierosławski i wsp. 1991, Abucewicz 2006(c)]. Jednak organizacje pozarządowe zainicjowały zajmowanie się

problemem narkomanii w Polsce. W roku 1999 dzięki przemianom w kraju decentralizacji państwa nastąpił proces włączania się samorządów w rozwiązywanie problemów społecznych, a takim była narkomania. Powołanie Biura do spraw Narkomanii w 1993 roku spowodowało utworzenie pierwszego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który zawierał zadania z zakresu ograniczania podaży i popytu narkotyków. Na początek lat dziewięćdziesiątych XX wieku notuje się w Polsce pierwsze próby leczenia metadonem. W 1994 roku zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów powołano Międzyresortowy Zespół do spraw Kontroli Środków Odurzających i Psychotropowych. Krajowe Biuro do spraw Narkomanii w 1999 roku przejęło współodpowiedzialność za realizowanie i współfinansowanie badań ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) w Polsce [Habrak i wsp. 1995, Sierosławski 1996, Steinbarth-Chmielewska i wsp. 1997, Moskalewicz i wsp. 1999, Sierosławski i Zieliński 2000, Sobiech 2008]. Od roku 2000 w kraju rozpoczęto organizować kampanie mające na celu ograniczenie popytu na środki psychoaktywne oraz uświadomienie społeczeństwu zasięgu problemu narkomanii. Pierwsza ogólnopolska kampania przeprowadzona została pod hasłem „Znajdź czas dla swego dziecka”. Kolejne zawierały tematy: „Narkotyki – najlepsze wyjście nie wchodzić” 2002-2003, „Uczelnie wolne od narkotyków” 2004, „Blżej siebie – dalej od narkotyków” 2005–2006, „Wsparcie społeczności lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii” 2006–2007, „Pilnuj drinka” 2007, „Czy wiesz, co przewozisz ?” 2008. W 2001 roku powołano zostało Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, które rozpoczęło współpracę z centrum europejskim monitorującym zjawisko narkomanii [Sobiech 2008].

W 2002 roku utworzono sieć 16 Ekspertów Wojewódzkich do spraw Narkotyków i Narkomanii powołanych przez urzędy marszałkowskie. Uruchomiony został specjalistyczny system szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków ze względu na braki, jakie powstały w tym zakresie, powołano Radę do spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz przeprowadzone zostały pierwsze badania ankietowe używania narkotyków wśród osób dorosłych według obowiązujących standardów europejskich. Od 2002 roku Polska rozpoczęła realizację umów o współpracy międzynarodowej w strukturach administracyjnych oraz dostosowania prawa do wymogów Unii Europejskiej w dziedzinie narkomanii. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła obowiązek opracowania

przez gminy programów przeciwdziałania narkomanii ze wskazaniem źródeł ich finansowania. Umożliwiła prowadzenie terapii substytucyjnej przez niepubliczne zakłady zdrowotne oraz dopuszczała stosowanie alternatywnych do karania metod postępowania w stosunku do użytkowników substancji psychoaktywnych [Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, Sobiech 2008, Szpringer 2008].

Współpraca na arenie międzynarodowej a szczególnie europejskiej jest ważnym elementem polityki narkotykowej. W 2006 roku Polska objęła przewodnictwo w Grupie Pompidou na okres czterech lat. Obecne kierunki polskiej polityki narkotykowej zostały ustalone na lata 2011–2016 w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Cel ogólny, jaki został wyznaczony to ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Działania będą koncentrowały się na profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji, ograniczeniu szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej, ograniczeniu podaży, współpracy międzynarodowej, prowadzeniu badań i monitoringu. Dla każdego obszaru wyznaczony został cel główny oraz rodzaje działań i kierunki, jakie zostaną podjęte by cel został osiągnięty. Jednocześnie wyznaczone zostały podmioty odpowiedzialne za rodzaj działań. Głównym celem z zakresu profilaktyki jest zmniejszenie popytu na narkotyki w społeczeństwie naszego kraju poprzez: wzmacnianie postaw społecznych, które sprzyjają ograniczaniu używania narkotyków, zmniejszenie wśród młodzieży rozpowszechnienia inicjacji narkotykowej, zmniejszenie używania środków odurzających, psychotropowych i zastępczych wśród dzieci i młodzieży oraz poprawę jakości działań profilaktycznych. Prowadzone leczenie skupiać się powinno przede wszystkim na poprawie jakości życia osób używających oraz uzależnionych od narkotyków [Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015; 2005]. Ze względu na wskaźnik odsetka osób leczonych, które przerywają terapię w placówkach stacjonarnych ważne jest zdiagnozowanie potrzeb pacjentów oraz przygotowanie odpowiedniej oferty leczniczej [Sobiech 2008].

W placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych opracowywane są między innymi standardy dobrej praktyki, podręczniki na temat leczenia, szkolenia dla pracowników placówek ochrony zdrowia. Podjęto działania umożliwiające zwiększenie nakładów finansowych ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie uzależnień. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż opracowano pakiet

edukacyjny z zakresu problemu narkomanii dla podstawowej opieki medycznej. Dalsze działania w obszarze leczenia będą skupiały się na wspieraniu programów redukcji szkód, dostępności leczenia substytucyjnego, zwiększenia ilości programów leczenia chorób zakaźnych, a szczególnie spowodowanych zakażeniem HIV, HCV, zwiększeniem liczby programów dla jednostek penitencjarnych, zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich [Habrata i wsp. 2003, Sobiech 2008].

Osoby używające i uzależnione od substancji psychoaktywnych często poprzez zachowania kryminogenne, brak pracy, bezdomność, niesatysfakcjonujące pełnienie ról doznają wykluczenia społecznego. Toteż ważny jest kierunek obranych działań, a mianowicie zmniejszenie marginalizacji wśród osób używających i uzależnionych od narkotyków [Fortenberry i wsp. 1997, Okulicz-Kozaryn i wsp. 2006, Tsirigotis i wsp. 2009]. Jednostki samorządów terytorialnych zobowiązane zostały udzielenia pomocy finansowej placówkom leczenia uzależnień, inicjowania powstawania nowych ambulatoryjnych placówek, wspierania programów dla osób uzależnionych, wspierania stacjonarnych i ulicznych programów wymiany igieł i strzykawek, profilaktyki HIV, HBV, HCV, prowadzenia noclegowni, schronisk, punktów dziennego pobytu, wspierania obozów i turnusów dla korzystających z leczenia substytucyjnego. Udzielanie świadczeń pomocy społecznej, wspieranie hosteli, mieszkań readaptacyjnych, dofinansowywanie szkoleń zawodowych to działania zapobiegające wykluczeniu społecznemu uzależnionych od narkotyków. Ważnym założeniem polskiej polityki narkotykowej jest zapewnienie dostępności do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach [Nadelman 2005, Malczewski 2007, Sierosławski 2007, Sobiech 2008, Szpringer 2008].

Polska pozostaje nadal głównym producentem amfetaminy wśród krajów Europy. Likwidacja nielegalnych laboratoriów jest pewnym osiągnięciem, gdyż przyczynia się do ograniczania produkcji, obrotu i dostępności do narkotyków, jednakże niepokojące są doniesienia o skali produkcji w tych laboratoriach. Niepokoić może fakt, że grupy przestępcze parające się zajęciem wytwarzania chociażby amfetaminy wchodzi w posiadanie jej prekursorów w tym substancji ściśle kontrolowanych. Ważna staje się likwidowanie nielegalnych laboratoriów, współdziałanie organów ścigania z przedstawicielami przemysłu chemicznego i farmaceutycznego oraz uszczegółowienie informacji o rynku amfetaminy. W naszym kraju w ostatnich latach nastąpił wzrost przestępstw nielegalnych upraw maku i konopi.

Po lekach uspokajających i nasennych najłatwiejsze do pozyskania są marihuana i haszysz. Na polskim rynku konopi króluje marihuana w wersji z zwiększoną zawartością THC (tetrahydrokanabinole) tak zwany „skun”. Haszysz jest mniej dostępny i pochodzi przede wszystkim z importu. Policja odnotowuje wzrost upraw innych roślin zawierających substancje psychoaktywne jak *Salvia divinorum*. Monitoring upraw, stworzenie baz danych, specjalistyczne szkolenia funkcjonariuszy organów ścigania i prokuratury w dziedzinie nielegalnych upraw, likwidacja grup przestępczych, rozpoznawanie nowych metod oraz dróg przemytu, współpraca z Europolem koordynowane są na szczeblu ministerialnym [Sobiech 2008].

Współdziałania policji, prokuratury, straży granicznej, służby celnej, żandarmerii wojskowej, agencji bezpieczeństwa wewnętrznego przyczyni się w znacznym stopniu do ograniczania podaży substancji psychoaktywnych. Członkostwo Polski w Unii Europejskiej spowodowało obowiązek uczestnictwa w wypracowywaniu kierunków polityki Unii Europejskiej w zakresie ograniczania podaży i popytu na narkotyki, tworzenia wewnętrznych aktów prawnych korespondujących z normami prawnymi obowiązującymi w Unii Europejskiej, udziale polskich służb w działaniach operacyjnych zwalczających przemyt, handel i produkcję narkotyków. Krajowe Centra Informacji o Narkotykach i Narkomanii dostosowały sposoby zbierania danych do wymagań narzuconych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Polska polityka narkotykowa nie zawęża się jedynie do współpracy europejskiej, ale posiada wymiar międzynarodowy. Jednym z obszarów działań jest rozwój współpracy międzynarodowej poprzez angażowanie się w prace nad redukcją podaży i popytu substancji psychoaktywnych, walką z nielegalnym ich obrotem oraz współtworzeniem programów ochrony zdrowia w dziedzinie uzależnień [Sprawozdanie roczne 2010: Stan problemu narkotykowego w Europie. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii: 2010].

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii tworzony jest w oparciu o analizę danych dostarczanych przez instytucje, zajmujące się badaniem problemu narkomanii. Prowadzona jest obserwacja sytuacji epidemiologicznej, a badania ankietowe, jakościowe, kohortowe oraz szacowanie liczby używających narkotyków dostarcza podstaw do zaplanowania odpowiednich działań. Opracowane dane statystyczne i wnioski z nich płynące dla profesjonalistów, polityków zajmujących się profilaktyką narkomanii mają charakter praktyczny. Instytucjonalna ewaluacja

Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii umożliwia wprowadzanie poprawek w konkretnych zakresach oraz efektywniejsze wydatkowanie środków finansowych. Ważnym źródłem dla oceny i poprawek nanoszonych w programie przeciwdziałania zjawisku narkomanii staje się poznanie postaw społecznych wobec problemu [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku: w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016.]. Badania populacji są cennym źródłem wiedzy dla praktyków kreujących politykę w obszarze uzależnień, gdyż wskazują one jak społeczeństwo odbiera i ocenia prowadzone działania. Wszystkie powyższe działania prowadzone są również na poziomie lokalnym i wojewódzkim [Lagerspetza i Moskalewicz 2002].

Należy nadmienić, że ważnym elementem polityki narkotykowej naszego kraju stały się organizacje pozarządowe. W państwach europejskich tak i w naszym kraju utrzymuje się tendencja ograniczania wykonywanych zadań przez administrację publiczną na rzecz organizacji pozarządowych lub komercyjnych. Dwie trzecie wszystkich instytucji o zasięgu ogólnokrajowym (68% w 1999 roku i 67% w 2003 roku) zajmujących się redukcją popytu na narkotyki stanowiły organizacje pozarządowe [Sobiech 2008].

Proces powstania instytucjonalnego systemu działalności organizacji w naszym kraju przebiegał w pewnych fazach. Pierwsza z nich to zdefiniowanie problemu, już w latach siedemdziesiątych i pierwszej połowie lat osiemdziesiątych XX wieku, gdzie zaobserwowano rozpoczęcie działalności zarówno instytucji rządowych i organizacji pozarządowych. Druga połowa lat osiemdziesiątych XX wieku stanowiła okres dalszego zainteresowania się organizacji pozarządowych problemem narkomanii. Początek lat dziewięćdziesiątych XX wieku to okres działalności wyżej wymienionych organizacji w zakresie redukcji popytu, natomiast koniec lat 90 – tych to okres poszerzenia systemu instytucji rządowych [Abucewicz 2006c, Sobiech 2008].

Przed rokiem 1989 w Polsce redukcję popytu na substancje psychoaktywne prowadziło 6 instytucji rządowych i 14 organizacji pozarządowych. W 1999 roku zdefiniowano 37 organizacji zajmujących się redukcją popytu, a cztery lata później 32 o zasięgu ogólnopolskim. Administracja publiczna i organizacje pozarządowe realizując zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii podzieliły się nimi. Oddziaływania terapeutyczne i rehabilitacyjne stały się domeną organizacji

pozarządowych (w 1999 r 56% a w 2003r 76%) [Sobiech 2008]. Instytucje publiczne częściej prowadziły prace badawcze, zajmowały się analizą i koordynacją działań innych organizacji, a także opracowywały programy i strategie. Oczywiście nie jest to sztywny podział obowiązków, gdyż zadania zarówno administracji publicznej jak i organizacji pozarządowych uzupełniają się. Ukazane zostały jedynie dominujące sfery oddziaływań poszczególnych instytucji i omawianych organizacji. Polska polityka wobec zjawiska narkomanii charakteryzuje się tym, że opiera się w znacznej mierze na organizacjach pozarządowych, koncepcji leczenia długoterminowego, szerokim zakresie działań oraz stosunkowo wczesnym zajmowaniem się młodzieżą, która sięga po substancje psychoaktywne [Lagerspetza i Moskalewicz 2002, Sobiech 2008, Szpringer 2008].

III. CEL PRACY I POSTAWIONE HIPOTEZY

Celem pracy jest poznanie postaw pracowników służby zdrowia, policjantów i nauczycieli w stosunku do zjawiska narkomanii. Kolejnym ważnym elementem jest poznanie opinii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w stosunku do służb, które mają bezpośredni kontakt z narkomanią.

Wydaje się ważne określenie związku pomiędzy wiedzą osób mających bezpośredni kontakt z narkomanią, a jej wpływem na emocjonalny stosunek do narkomanów, aktów prawnych zagrożeń jakie niesie zjawisko narkomanii, sposobów leczenia oraz gotowości pomocy osobom uzależnionym.

Podjęta została próba określenia, jak uzależnieni od narkotyków postrzegają i jakie prezentują postawy wobec osób mających zawodowy kontakt ze zjawiskiem narkomanii.

W PRACY POSTAWIONO NASTĘPUJĄCE HIPOTEZY:

- 1. Wiedza na temat narkomanii w badanych grupach nie powinna się różnić w istotny sposób.**
- 2. Jednoznaczny (negatywny lub pozytywny) stosunek emocjonalny do problemu narkomanii powinien występować w grupie nauczycieli następnie pracowników służby zdrowia i policjantów.**
- 3. Znajomość aktów prawnych związanych z problemem narkomanii będzie najwyższa u policjantów i lekarzy.**
- 4. Stosunek do zagrożeń powinien być wprost proporcjonalny do posiadanej wiedzy.**
- 5. Gotowość udzielania pomocy w opinii osób uzależnionych będzie najwyższa w grupie lekarzy i pielęgniarek.**

IV. MATERIAŁ I METODY

IV.1. MATERIAŁ BADAŃ

Materiał do badań stanowiły dwa kwestionariusze ankiety, opracowanie własne, osobny dla osób mających kontakt i zajmujących się zawodowo osobami uzależnionymi (aneks-kwestionariusz ankiety 1.) i kolejny dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (aneks-kwestionariusz ankiety 2.). Materiał do badań oraz sposób jego uzyskania pozytywnie został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - Uchwała nr. 1016/10. Dane zbierane były w 2007 i 2008 roku na terenie województwa lubuskiego w powiatach zielonogórskim, nowosolskim, krośnieńskim, żagańskim i świebodzińskim.

W kwestionariuszu ankiety dla osób mających kontakt i zajmujących się zawodowo osobami uzależnionymi (personel medyczny, osoby zajmujące się prewencją i edukacją) oprócz zasadniczych zagadnień związanych z badaniem postaw, uwzględniono podstawowe parametry socjoekonomiczne. U osób zajmujących się problemami uzależnień od środków psychoaktywnych uwzględniono płeć, wiek, zawód (pielęgniarki, lekarze, policjanci, nauczyciele), miejsce zamieszkania, wykształcenie, ilość przepracowanych lat w zawodzie.

Kwestionariusz ankiety dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oprócz zasadniczych zagadnień związanych z badaniem postaw, zawierał podstawowe dane takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania. Uwzględniono również rodzaj zażywanych substancji psychoaktywnych, czyli obecność w uzależnieniu heroiny lub jej brak i analogicznie amfetaminy i marihuany, a także wiek inicjacji i ilość pobytów w ośrodkach detoksykacji, terapii lub rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

CHARAKTERYSTYKA BADANEGO MATERIAŁU:

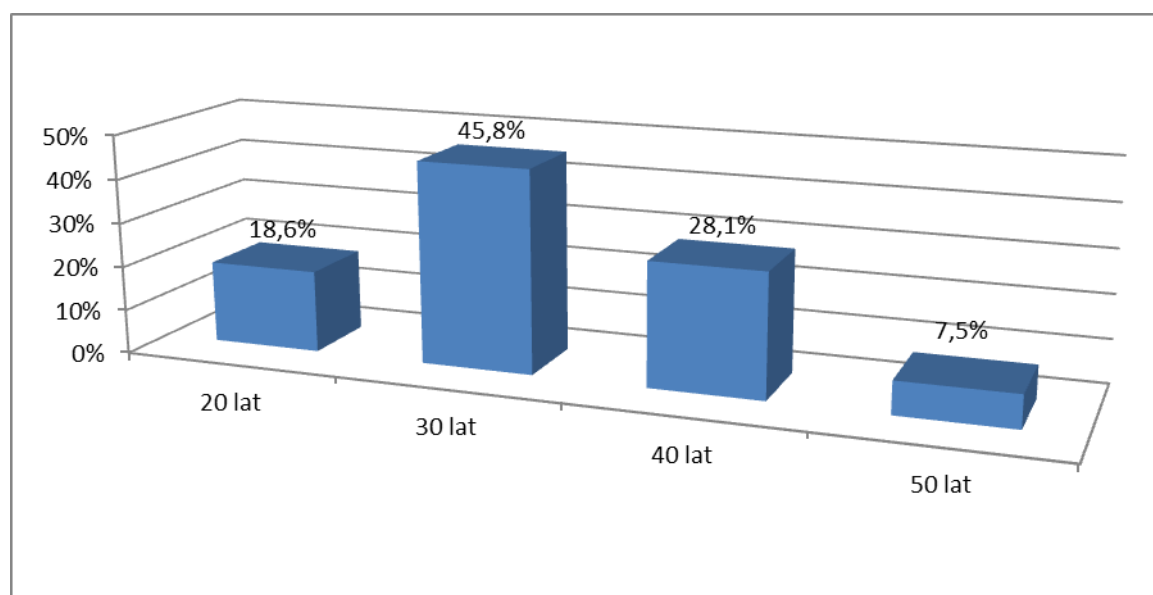
A. Osoby mające kontakt z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych „personel”:

Przebadano 253 osoby mające kontakt zawodowy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, w tym 102 mężczyzn i 151 kobiet co stanowi odpowiednio 40,3% i 59,7% (Tab. 1). Osoby w przedziale wieku od 20 do 30 lat stanowiły 18,6% (N-47), w wieku od 30 do 40 lat 45,8% (N-116), w wieku od 40 do 50 lat 28,1% (N-71) a powyżej 50 roku życia 7,5% (N-19) (Ryc. 1.). Personel

medyczny stanowił 37,9% (N-96) zatrudnionych w POZ oraz w szpitalach, w tym pielęgniarki 24,1% (N-61) i lekarze 13,8% (N-35). Osoby zatrudnione w policji - „policjanci” stanowiły 31,2% (N-79), „nauczyciele” 30,8% (N-78). 162 osoby zamieszkałe w mieście (64%), a pozostałe 91 we wsi (36%).

Tab. 1. Podstawowe cechy socjoekonomiczne osób mających kontakt z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych.

Czynnik społecznoekonomiczny		N	% ogółu		
płeć	mężczyźni	102	40,3%		
	kobiety	151	59,7%		
przedział wieku	od 20 do 30 lat	47	18,6%		
	od 30 do 40 lat	116	45,8%		
	od 40 do 50 lat	71	28,1%		
	powyżej 50	19	7,5%		
zawód	osobom		96	37,9%	
	personel medyczny	pielęgniarki		61	24,1%
		lekarze		35	13,8%
	policjanci		79	31,2%	
	nauczyciele		78	30,8%	
	miejsce zamieszkania	miasto	162	64%	
wieś		91	36%		
wykształcenie	wyższe	151	59,7%		
	średnie	102	40,3%		
Ilość przepracowanych lat w zawodzie	0-9 lat	76	30%		
	10-14 lat	43	17%		
	15-18 lat	50	19,8%		
	19-24 lat	43	17%		
	25-40 lat	41	16,2%		

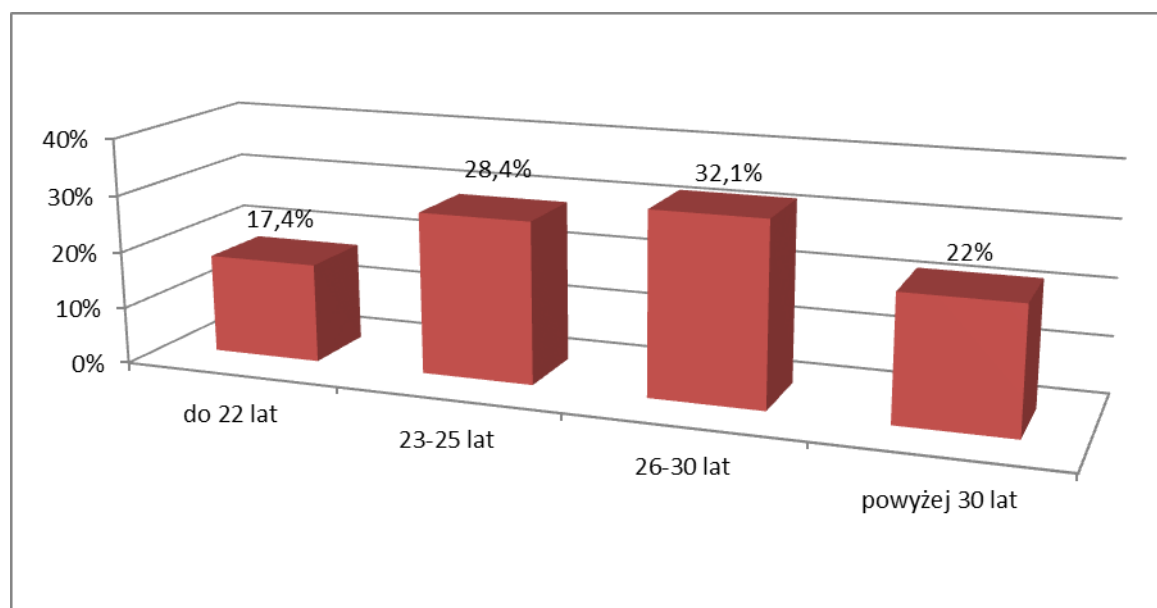


Ryc. 1. Struktura wiekowa badanych osób mających kontakt z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych.

Wykształceniem wyższym legitymowało się 151 osób co stanowiło 59,7%, a pozostałe 102 osoby legitymowały się wykształceniem średnim (40,3%). Struktura ilości przepracowanych lat w zawodzie kształtowała się w następujący sposób: osoby, które przepracowały do 9 lat stanowiły 30% (N-76), od 10 do 14 lat 17% (N-43), od 15 do 18 lat 19,8% (N-50), od 19 do 24 lat 17% (N-43), natomiast powyżej 25 lat 16,2% (N-41).

B. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych „narkomani”:

Przebadano 109 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym 84 mężczyzn i 25 kobiet co stanowiło odpowiednio 77,1% i 22,9% (Tab. 2.). Osoby w przedziale wieku do 22 lat stanowiły 17,4%, w wieku od 23 do 25 lat 28,4%, w wieku od 26 do 30 lat 32,1%, a powyżej 30 lat 22% (Ryc. 2). Wykształceniem wyższym legitymowały się tylko 3 osoby (2,7%), średnim 42 osoby (38,5%), zawodowym 23 (21,1%), a wykształceniem podstawowym (w tym również gimnazjalnym) 41 osób co stanowiło 37,6%. Sto osób zamieszkiwało w mieście pozostałe 9 we wsi. U 66 osób (60,6%) występowało uzależnienie od heroiny pozostałe 43 osoby (39,4%) zaprzeczały uzależnieniu od tego środka psychoaktywnego. Zbliżony odsetek osób deklarował uzależnienie od amfetaminy 64,2%, pozostałe 35,8% zaprzeczały uzależnieniu od tej substancji. Odmienne plasowało się uzależnienie od marihuany, gdyż 16,5% podawało odpowiedź twierdzącą dla uzależnienia od tego narkotyku, natomiast 83,5% zaprzeczało zażywaniu marihuany.



Ryc. 2. Struktura wiekowa badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Tab. 2. Podstawowe cechy socjoekonomiczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych „narkomani”.

Czynnik społecznoekonomiczny		N	% ogółu
płeć	mężczyźni	84	77,1%
	kobiety	25	22,9%
przedział wiek	do 22 lat	19	17,4%
	od 23 do 25 lat	31	28,4%
	od 26 do 30 lat	35	32,1%
	powyżej 30 lat	24	22%
wykształcenie	wyższe	3	2,7%
	średnie	42	38,5%
	zawodowe	23	21,1%
	podstawowe	41	37,6%
miejsce zamieszkania	miasto	100	91,7%
	wieś	9	8,3%
zażywanie heroiny	heroina w uzależnieniu	66	60,6%
	brak heroiny w uzależnieniu	43	39,4%
zażywanie amfetaminy	amfetamina w uzależnieniu	70	64,2%
	brak amfetaminy w uzależnieniu	39	35,8%
zażywanie marihuany	marihuana w uzależnieniu	18	16,5%
	brak marihuany w uzależnieniu	91	83,5%
wiek inicjacji	powyżej 16 lat	32	29,4%
	16 lat	23	21,1%
	15 lat	20	18,3%
	poniżej 15 lat	34	31,2%
ilości pobytów w specjalistycznych placówkach medycznych	1 pobyt	25	22,9%
	2 pobyty	35	32,1%
	3-4 pobyty	22	20,2%
	5 i więcej pobytów	27	24,8%
długość okresu abstynencji	miesiąc lub mniej	22	20,2%
	1-5 miesięcy	18	16,5%
	6-11 miesięcy	24	22%
	12-15 miesięcy	17	15,6%
	powyżej 15	28	25,7%

Inicjacja zażywania narkotyków w najwyższym odsetku odbywała się w wieku poniżej 15 lat (31,2%), w wieku 15 lat stanowiła 18,3%, 16 lat 21,1%, a powyżej 16 lat 29,4% badanych osób. 22,9% osób deklarowało 1 pobyt w specjalistycznych placówkach medycznych. Natomiast dwa pobyty deklarowało 32,1% osób, 3-4 pobyty 20,2% badanych osób, a pięć i więcej 24,8%. Rozpatrując długość abstynencji: miesiąc i mniej wytrzymało 20,2% badanych osób, od 1 do 5 miesięcy deklarowało 16,5% osób, od 6 do 11 miesięcy 22%, od 12 do 15 miesięcy 15,6%, a powyżej 15 miesięcy 25,7% badanych osób.

IV.1. METODY STATYSTYCZNE

Do obliczeń statystycznych posłużono się pakietem STATISTICA 6,0.

Podano dla każdego z pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety liczebności odpowiedzi, osobno dla wszystkich czynników społecznoekonomicznych dla każdej z dwóch badanych grup, czyli osób mających kontakt z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych „personel” oraz osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych „narkomani”. Ponadto wyliczono odsetek (%) dla każdego wariantu odpowiedzi, wartości obserwowane i oczekiwane danego pytania zawartych w kwestionariuszu ankiety w postaci tak zwanych tabel wielozmiennych.

Wartości różnic między odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety badanych osób z uwzględnieniem zmiennych społecznoekonomicznych, oceniono za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona (χ^2). Test ten wykorzystano zarówno do oceny frekwencji odpowiedzi u osób mających kontakt z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych „personel” oraz osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych „narkomani”.

Test ten zastosowano w celu zbadania zależności pomiędzy wieloma zmiennymi nominalnymi (kategorialnymi). Założenie tego testu opiera się na podziale próby na rozłączne klasy oraz porównaniu empirycznych i teoretycznych liczebności w tychże klasach. Porównano ze sobą wartości obserwowane (czyli takie, które uzyskano w badaniu) z wartościami oczekiwanymi (czyli takimi, które zakłada test, gdyby nie było żadnego związku pomiędzy zmiennymi). Jeżeli różnica pomiędzy wartościami obserwowanymi a oczekiwanymi była istotna statystycznie ($p \leq 0,05$) stwierdzono, że zachodzi relacja pomiędzy jedną zmienną a drugą. Poza tym zostały spełnione założenia testu chi-kwadrat Pearsona o minimalnej liczebności próby równej 5 (jeżeli liczebności były mniejsze niż 5 zastosowano poprawkę Yatesa) oraz niezależności grup.

Matematyczna postać testu chi-kwadrat Pearsona wyraża się wzorem:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Gdzie:

f_e – wartość oczekiwana,

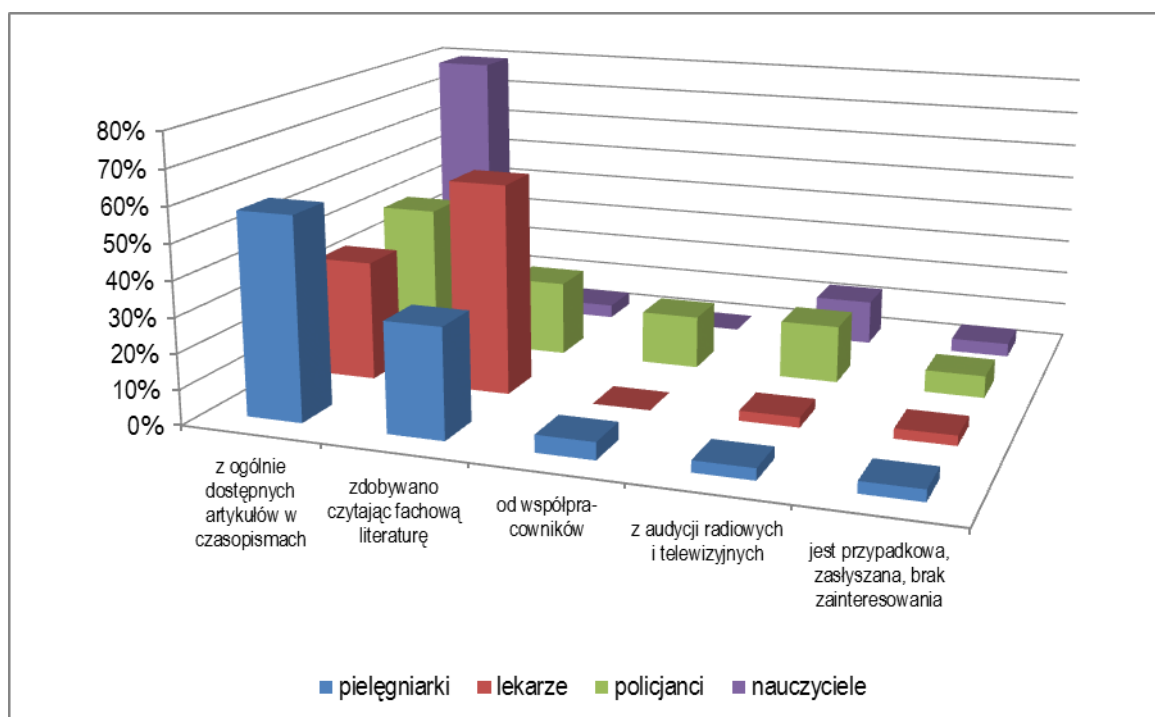
f_o - wartość otrzymana.

V. WYNIKI BADAŃ

V. 1. BADANE OSOBY MAJĄCE KONTAKT W SWOJEJ PRACY ZAWODOWEJ Z UZALEŻNIONYMI OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (LEKARZE, PIELEŃNIARKI, POLICJANCI, NAUCZYCIELE)

V.1.1. WIEDZA NA TEMAT NARKOMANII

Badane osoby w 99,6% deklarowały, że wiedzą czym jest narkomania, 54,6% badanych uważały ją za nieuleczalną chorobę, zaś 29,6% zwykle ją uważać jako obraz nowoczesnego społeczeństwa. Respondenci wiedzę na temat narkomanii w 55,7% zdobywali z ogólnie dostępnych czasopism, natomiast do fachowego piśmiennictwa sięgało 23,7% badanych.



Ryc. 3. Wiedza pozyskiwana o narkomanii przez lekarzy, pielęgniarki, policjantów i nauczycieli.

Ze względu na wykonywany zawód zaobserwowano różnice w udzielanych odpowiedziach. Wiedza osób wykonujących zawód nauczyciela w 79,5% i zawód

pielęgniarki w 57,4% pochodziła z czasopism ogólnie dostępnych, natomiast lekarze w 60% sięgali do fachowej literatury. Źródłem wiedzy o narkomanii dla grupy zawodowej lekarzy i nauczycieli nie byli współpracownicy (Tab. 3., Ryc. 3.). Różnice w odpowiedziach zaobserwowano ze względu na wykształcenie. 60,3% badanych legitymujących się wykształceniem wyższym wiedzę o narkomanii czerpało z ogólnie dostępnych artykułów, natomiast 22,5% respondentów z wykształceniem wyższym nabywała wiedzę czytając fachowe piśmiennictwo. 49% badanych z wykształceniem średnim deklarowało, iż posiadaną wiedzę o narkomanii zdobyli z ogólnie dostępnych czasopism, a 25,5% czytając fachową literaturę. Respondenci z wykształceniem średnim w 12,8% posiadaną wiedzę pozyskali od współpracowników, a osoby z wykształceniem wyższym w 1,3% dysponowali wiedzą zdobytą od współpracowników (χ^2 Pearsona: 15,4235, df=4, p=0,003901).

Tab. 3. Źródło wiedzy na temat narkotyków wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Źródło wiedzy na temat narkotyków	z ogólnie dostępnych artykułów w czasopismach	Zdobywam ją czytając fachową literaturę	od współpracowników	z audycji radiowych i telewizyjnych	jest przypadkowa, zasłyszana i nie bardzo się nią interesuję	Σ-wiersz
N- pielęgniarki	35	19	3	2	2	61
Oczekiwane- pielęgniarki	33,996	14,466	3,617	6,269	2,652	61
% (kolumna)	24,8%	31,7%	20%	7,7%	18,2%	
% (wiersz)	57,4%	31,1%	4,9%	3,3%	3,3%	
% (całość)	13,8%	7,5%	1,2%	0,8%	0,8%	24,1%
N- lekarze	12	21	0	1	1	35
Oczekiwane- lekarze	19,506	8,300	2,075	3,597	1,522	35
% (kolumna)	8,5%	35%	0%	3,8%	9,1%	
% (wiersz)	34,3%	60%	0%	2,8%	2,8%	
% (całość)	4,7%	8,3%	0%	0,4%	0,4%	13,8%
N- policjanci	32	17	12	13	5	79
Oczekiwane- policjanci	44,028	18,735	4,684	8,118	3,435	79
% (kolumna)	22,7%	28,3%	80,0%	50,0%	45,4%	
% (wiersz)	40,5%	21,5%	15,2%	16,5%	6,3%	
% (całość)	12,7%	6,7%	4,7%	5,1%	2%	31,2%
N- nauczyciele	62	3	0	10	3	78
Oczekiwane- nauczyciele	43,470	18,498	4,625	8,016	3,391	78
% (kolumna)	44%	5%	0%	38,5%	27,3%	
% (wiersz)	79,5%	3,8%	0%	12,8%	3,8%	
% (całość)	24,5%	1,2%	0%	3,9%	1,2%	30,8%
Σ - kolumna	141	60	15	26	11	253
%- całość (kolumna)	55,7%	23,7%	5,9%	10,3%	4,4%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 75,6370, df=12, p=0,000000.

Rozważając kwestię wiedzy na temat zjawiska narkomanii w otoczeniu ankietowanych badani stwierdzili w 58,1%, że w ich środowisku rodzinnym, pracy, kręgu znajomych czy sąsiedzkim nie ma osób nadużywających narkotyków. 30% ankietowanych uważała, że są takie osoby, 3,6% nic o takich osobach nie słyszało, a 8,3% widuje osoby nadużywające substancji psychoaktywnych, ale nie zna osobiście. Różnice w odpowiedziach dotyczyły płci, wieku, zawodu, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz ilości lat przepracowanych w zawodzie.

Ankietowane kobiety w 51% uważały, iż w ich środowisku nie ma osób nadużywających narkotyków, 31,8% stwierdziło, że są, 5,3% słyszały o takich osobach, a 11,9% widuje je, ale nie zna osobiście. Mężczyźni stwierdzili w 68,6%, że w ich środowisku nie ma osób nadużywających substancji psychoaktywnych, 27,5% deklarowało, że są, 1% słyszało o takich osobach, a 2,9% widywało je, ale nie znało osobiście (χ^2 Pearsona: 12,7431, df=3, p=0,005228).

Biorąc pod uwagę przedział wiekowy, w którym znajdowali się respondenci odpowiedzi zostały udzielone w następujący sposób:

- ankietowani w wieku od 20 do 30 roku życia stwierdzili w 44,7%, iż w ich środowisku nie ma narkomanów, 48,9% uważało, że są, a 6,4% widywało takie osoby, ale nie znała osobiście,

- badani w wieku od 31 do 40 roku życia w 65,5% uważali, że w ich środowisku nie ma osób nadużywających substancji psychoaktywnych, 23,3% stwierdziło, że są, 3,5% słyszało o takich osobach, a 7,8% widywało je, ale nie znała osobiście,

- osoby badane będące w przedziale wiekowym od 41 do 50 roku życia w 57,8% stwierdziły, że w ich środowisku nie ma narkomanów, 31% udzieliła odpowiedzi twierdzącej, 4,2% słyszała o takich osobach, 7% widywało je, ale nie znały osobiście,

- ankietowani powyżej 50 roku życia stwierdzili w 47,4%, iż w ich środowisku nie ma osób nadużywających substancji psychoaktywnych, 21%, że są, 10,5% słyszała o takich osobach, a 21% widywało je, ale nie znała osobiście (χ^2 Pearsona: 19,2846, df=9, p=0,022888).

Z uwagi na wykonywany zawód różnice w odpowiedziach przedstawiały się w następujący sposób:

- 40% lekarzy, 24,6% pielęgniarek, 74,7% policjantów, 75,6% nauczycieli stwierdziło brak narkomanów w ich środowisku,
- 42,9% lekarzy, 36,1% pielęgniarek, 25,3% policjantów, 24,4% nauczycieli potwierdziła obecność narkomanów w ich środowisku,
- 2,9% lekarzy, 13,1% pielęgniarek słyszało o osobach nadużywających substancji psychoaktywnych (policjanci i nauczyciele nic o nich nie słyszeli),
- 14,3% lekarzy i 26,2% pielęgniarek widywały w swoim środowisku narkomanów, ale nie znały ich osobiście (policjanci i nauczyciele nie widywali takich osób i nie znali ich osobiście), (Tab. 4.).

Dokonując analizy odpowiedzi pod względem miejsca zamieszkania, to osoby zamieszkałe w mieście w 64,2%, a na terenach wiejskich w 47,2% twierdziły, że w ich środowisku brak jest narkomanów. 30,2% zamieszkałych w mieście, a 29,7% mieszkających we wsi stwierdziło obecność takich osób, 1,2% mieszkających w mieście i 7,7% mieszkających we wsi słyszało o osobach nadużywających substancji psychoaktywnych. 4,3% ankietowanych zamieszkujących tereny miejskie i 15,4% zamieszkujących tereny wiejskie widywały takie osoby, ale nie znały ich osobiście (χ^2 Pearsona: 18,3095, df=3, p=0,000380).

Istotna statystycznie różnica w udzielanych odpowiedziach z uwagi na wykształcenie (χ^2 Pearsona: 11,5256, df=3, p=0,009201) przedstawiały się następujący sposób:

- osoby z wykształceniem wyższym w 63,6%, a ze średnim w 50% stwierdziły brak narkomanów w ich środowisku życia,
- 28,5% osób z wykształceniem wyższym i 32,3% z wykształceniem średnim stwierdziło obecność narkomanów w ich środowisku,
- około 1% z wykształceniem wyższym i 7,8% z wykształceniem średnim słyszało o takich osobach,
- 7,3% respondentów mających wykształcenie wyższe i 9,8% posiadających wykształcenie średnie widywała osoby uzależnione od narkotyków, ale nie znało ich osobiście.

Z uwagi na ilość lat przepracowanych w zawodzie to respondenci znajdujący się w przedziale od 0 do 9 lat pracy stwierdzili w 59,2%, że nie ma w ich środowisku narkomanów, 36,8% udzieliło odpowiedzi twierdzącej, a 3,9% widywała takie osoby,

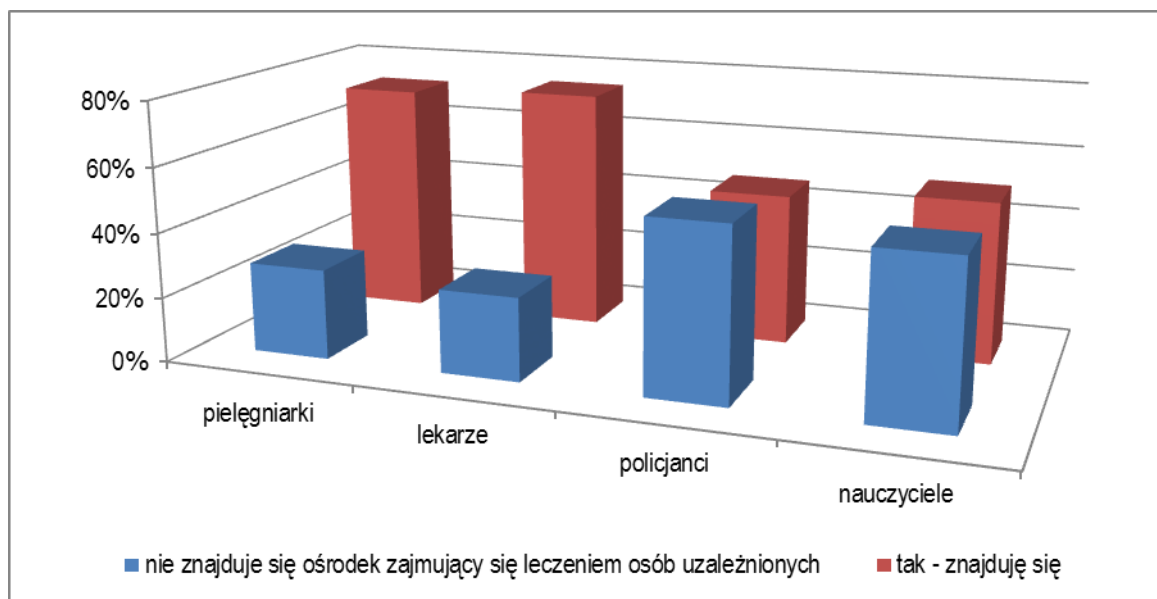
ale nie znała ich osobiście. Badani, którzy przepracowali w zawodzie od 10 do 14 lat w 62,8% twierdzili, że w ich środowisku brak jest osób nadużywających substancji psychoaktywnych, 13,9% stwierdziła obecność takich osób, 7% słyszała o takich osobach, a 16,3% widywała je, ale nie znała osobiście. Respondenci przepracowawszy od 15 do 18 lat w zawodzie w 68% zaprzeczyły istnieniu narkomanów w ich środowisku, 24% stwierdziła ich obecność, 2% słyszała o nich, 6% widywała takie osoby, ale nie znała osobiście. Ankietowani, którzy od 19 do 24 lat wykonywali swój zawód w 51,2% zaprzeczali istnieniu osób uzależnionych od narkotyków w ich środowisku życia, 37,2% udzieliło odpowiedzi potwierdzającej bytność osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 4,6% słyszało o takich osobach, a 7% widywała je, ale nie znała osobiście. Badane osoby które przepracowały od 25 do 40 lat w zawodzie w 46,3% stwierdziły brak obecności narkomanów w ich środowisku, 34,1% potwierdzało ich obecność, 7,3% słyszało i nich a 12,2% widywało je, ale nie znało osobiście (χ^2 Pearsona: 21,2255, df=12, p=0,047191).

Tab. 4. Wiedza o istnieniu w środowisku pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli osób używających narkotyków.

Wiedza o istnieniu w środowisku pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli osób używających narkotyków	nie - posiadają	słyszałem o takich osobach	tak - posiadają	widuję je, ale nie znam osobiście	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	15	8	22	16	61
Oczekiwane- pielęgniarki	35,443	2,170	18,324	5,063	61
% (kolumna)	10,2%	88,9%	28,9%	76,2%	
% (wiersz)	24,6%	13,1%	36,1%	26,2%	
% (całość)	5,9%	3,2%	8,7%	6,3%	24,1%
N- lekarze	14	1	15	5	35
Oczekiwane- lekarze	20,336	1,245	10,514	2,905	35
% (kolumna)	9,5%	11,1%	19,7%	23,8%	
% (wiersz)	40%	2,8%	42,8%	14,3%	
% (całość)	5,5%	0,4%	5,9%	2%	13,8%
N- policjanci	59	0	20	0	79
Oczekiwane- policjanci	45,901	2,810	23,731	6,557	79
% (kolumna)	40,1%	0%	26,3%	0%	
% (wiersz)	74,7%	0%	25,3%	0%	
% (całość)	23,3%	0%	7,9%	0%	31,2%
N- nauczyciele	59	0	19	0	78
Oczekiwane- nauczyciele	45,320	2,775	23,431	6,474	78
% (kolumna)	40,1%	0%	25%	0%	
% (wiersz)	75,6%	0%	24,4%	0%	
% (całość)	23,3%	0%	7,5%	0%	30,8%
Σ - kolumna	147	9	76	21	253
%- całość (kolumna)	58,1%	3,6%	30%	8,3%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 85,1712, df=9, p=0,000000.

W opinii 73,1% respondentów szkolenie w dziedzinie uzależnień od narkotyków jest niewystarczające, 20,2% badanych uznało, że zapewnia podstawy opieki a 6,7% uznało za wystarczające.



Ryc. 4. Posiadane informacje lekarzy, pielęgniarek, policjantów i nauczycieli o ośrodku dla narkomanów w ich najbliższym otoczeniu.

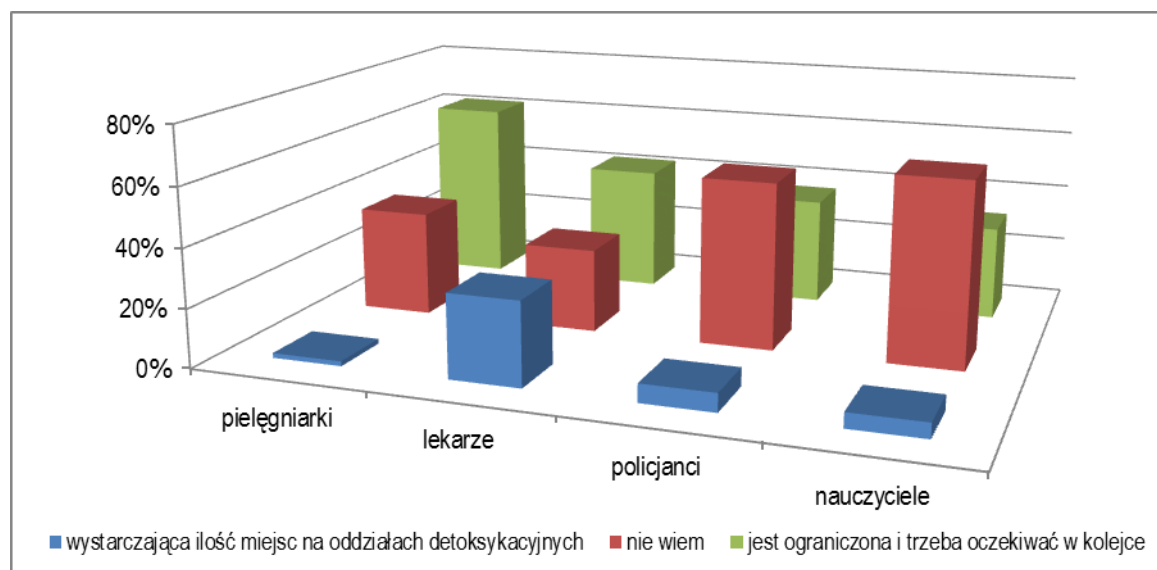
57,7% badanych osób zaprzeczyło istnieniu ośrodka zajmującego się leczeniem narkomanów w ich miejscu zamieszkania. Istotnie statystycznie zróżnicowane odpowiedzi wystąpiły w kategorii wiek, zawód i ilość lat przepracowanych w zawodzie. Respondenci będący w przedziale wiekowym 20 - 30 lat w 53,2% potwierdzali istnienie ośrodka dla narkomanów w miejscu zamieszkania. Twierdzącej odpowiedzi udzieliło 51,7% respondentów w wieku od 31 do 40 lat, 62% w wieku od 41 do 50 lat i 89,5% ankietowanych powyżej pięćdziesiątego roku życia (χ^2 Pearsona: 10,4791, df=3, p=0,014907). 72,1% pielęgniarek, 74,3% lekarzy, 46,8% policjantów i 50% nauczycieli potwierdziło istnienie ośrodka dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w ich miejscu zamieszkania (Tab. 5., Ryc. 4.). 50% ankietowanych którzy w zawodzie przepracowali do dziewięciu lat potwierdzało umiejscowienie ośrodka dla narkomanów w ich miejscu zamieszkania. 60,5% osób badanych ze stażem pracy od 10 do 14 lat, 42% ankietowanych ze stażem pracy od 15 do 18 lat, 67,4% ze stażem od 19 do 24 lat oraz 78% respondentów ze stażem pracy od 25 do 40 lat potwierdziło istnienie ośrodka dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w ich miejscu zamieszkania (χ^2 Pearsona: 15,6590, df=4, p=0,003514).

Tab. 5. Wiedza na temat istnienia ośrodka zajmującego się leczeniem osób uzależnionych w miejscowości zamieszkania badanych pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Istnienie ośrodka zajmującego się leczeniem osób uzależnionych w miejscowości badanych grup zawodowych	nie znajduje się	tak - znajduje się	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	17	44	61
Oczekiwane- pielęgniarki	25,798	35,202	61
% (kolumna)	15,9%	30,1%	
% (wiersz)	27,9%	72,1%	
% (całość)	6,7%	17,4%	24,1%
N- lekarze	9	26	35
Oczekiwane- lekarze	14,802	20,198	35
% (kolumna)	8,4%	17,8%	
% (wiersz)	25,7%	74,3%	
% (całość)	3,6%	10,3%	13,9%
N- policjanci	42	37	79
Oczekiwane- policjanci	33,411	45,589	79
% (kolumna)	39,2%	25,3%	
% (wiersz)	53,2%	46,8%	
% (całość)	16,6%	14,6%	31,2%
N- nauczyciele	39	39	78
Oczekiwane- nauczyciele	32,988	45,012	78
% (kolumna)	36,5%	26,7%	
% (wiersz)	50%	50%	
% (całość)	15,4%	15,4%	30,8%
Σ - kolumna	107	146	253
%- całość (kolumna)	42,3%	57,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 14,8658, df=3, p=0,001936.

Respondenci w 42,3% uznali, iż ilość miejsc na oddziałach detoksykacyjnych jest ograniczona i trzeba oczekiwać w kolejce, 7,9% badanych uznała liczbę miejsc detoksykacyjnych za wystarczającą, a 49,8% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat.



Ryc. 5. Wiedza lekarzy, pielęgniarek, policjantów i nauczycieli o ilości miejsc w oddziałach detoksykacyjnych.

Ze względu na wykonywany zawód pojawiły się różnice w odpowiedziach. 62,3% pielęgniarek, 42,7% lekarzy, 36,7% policjantów i 32% nauczycieli stwierdziło fakt ograniczonej ilości miejsc w oddziałach detoksykacyjnych i konieczności oczekiwania w kolejce. 28,6% lekarzy, 6,3% policjantów, 5,1% nauczycieli, i 1,6% pielęgniarek uznało, że ilość miejsc jest wystarczająca, natomiast 62,8% nauczycieli, 57% policjantów, 36,1% pielęgniarek i 28,6% lekarzy nie miała wiedzy na ten temat (Tab. 6., Ryc. 5.).

Tab. 6. Ilości miejsc na oddziałach detoksykacyjnych w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Ilość miejsc na oddziałach detoksykacyjnych	nie wiem	jest ograniczona i trzeba oczekiwać w kolejce	wystarczająca	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	22	38	1	61
Oczekiwane- pielęgniarki	30,379	25,798	4,822	61
% (kolumna)	17,5%	35,5%	5%	
% (wiersz)	36,1%	62,3%	1,6%	
% (całość)	8,7%	15%	0,4%	24,1%
N- lekarze	10	15	10	35
Oczekiwane- lekarze	17,431	14,802	2,767	35
% (kolumna)	7,9%	14%	50%	
% (wiersz)	28,6%	42,7%	28,6%	
% (całość)	3,9%	5,9%	3,9%	13,7%
N- policjanci	45	29	5	79
Oczekiwane- policjanci	39,344	33,411	6,245	79
% (kolumna)	35,7%	27,1%	25%	
% (wiersz)	57%	36,7%	6,3%	
% (całość)	17,8%	11,5%	2%	31,3%
N- nauczyciele	49	25	4	78
Oczekiwane- nauczyciele	38,846	32,988	6,166	78
% (kolumna)	38,9%	23,4%	20%	
% (wiersz)	62,8%	32%	5,1%	
% (całość)	19,4%	9,9%	1,6%	30,9%
Σ - kolumna	126	107	20	253
%- całość (kolumna)	49,8%	42,3%	7,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 40,1849, df=6, p=0,000000.

94,9% ankietowanych osób nie posiadało wiedzy na temat prowadzonych programów redukcji szkód. Wykształcenie wpłynęło na różnice w udzielonych odpowiedziach. 99% osób badanych legitymujących się wykształceniem średnim i 92% z wykształceniem wyższym nie znało żadnych prowadzonych programów redukcji szkód w stosunku do narkomanii (χ^2 Pearsona: 6,06161, df=1, p=0,013817).

W przekonaniu 92,9% badanych osób władze lokalne nie zajmują się w dostatecznym stopniu rozwiązywaniem problemu zjawiska narkomanii.

39,1% ankietowanych była zdania, że istnieje współpraca między policją, szkołą i służbą zdrowia w zapobieganiu narkomanii. 31,6% respondentów zajęła

odmienne stanowisko, a 29,2% nie miała zdania na ten temat. Istotnie statystycznie różne odpowiedzi pojawiły się ze względu na płeć i zawód badanych. O współpracy wyżej wymienionych podmiotów przekonanych było 49,4% policjantów, 37,7% pielęgniarek, 34,6% nauczycieli i 28,6% lekarzy. Odmienne stanowisko zajęło 45,7% lekarzy, 38% policjantów, 29,5% nauczycieli i 18% pielęgniarek. Nie miało zdania na ten temat 44,3% pielęgniarek, 35,9% nauczycieli, 25,7% lekarzy i 12,6% policjantów (Tab. 7.). 36,4% badanych kobiet i 43,1% mężczyzn dostrzegło współpracę pomiędzy policją, szkołą a ochroną zdrowia w zapobieganiu zjawisku narkomanii. Takiej współpracy nie dostrzegło 37,2% mężczyzn i 27,8% kobiet. 35,8% kobiet i 19,6% mężczyzn nie miało zdania na ten temat (χ^2 Pearsona: 7,84811, df=2, p=0,019764).

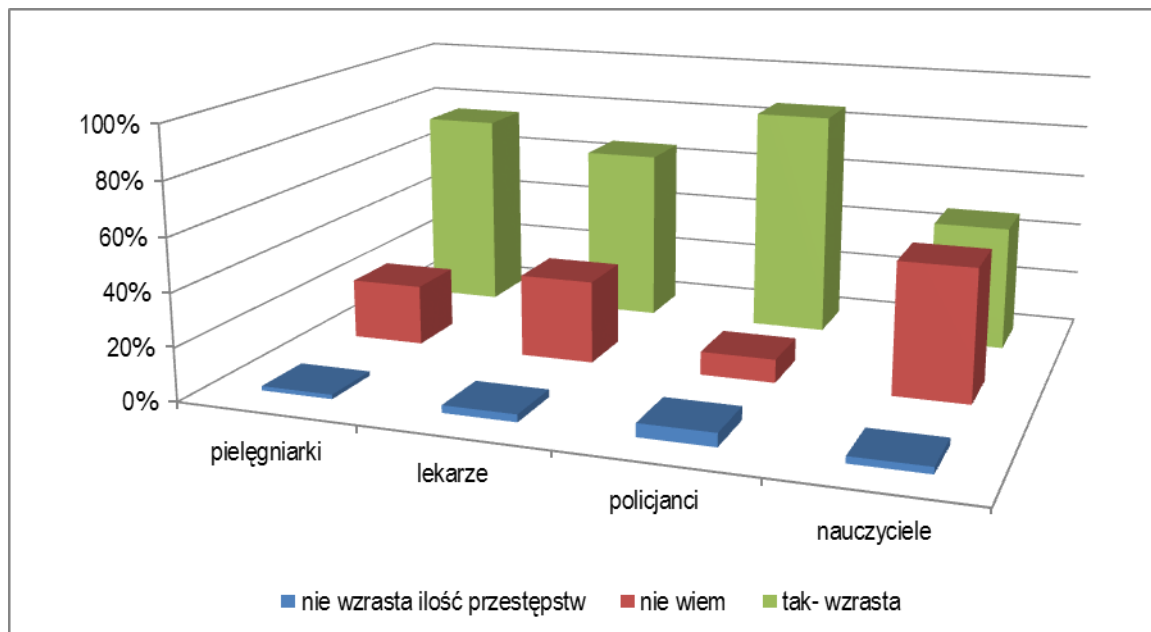
Tab. 7. Występowanie współpracy pomiędzy policją, szkołą, służbą zdrowia w zapobieganiu narkomanii w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Współpraca pomiędzy policją, szkołą, służbą zdrowia w zapobieganiu narkomanii	tak	nie wiem	nie	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	23	27	11	61
Oczekiwane- pielęgniarki	23,870	17,842	19,288	61
% (kolumna)	23,2%	36,5%	13,7%	
% (wiersz)	37,7%	44,3%	18%	
% (całość)	9,1%	10,7%	4,3%	24,1%
N- lekarze	10	9	16	35
Oczekiwane- lekarze	13,696	10,237	11,067	35
% (kolumna)	10,1%	12,2%	20%	
% (wiersz)	28,6%	25,7%	45,7%	
% (całość)	3,9%	3,6%	6,3%	13,8%
N- policjanci	39	10	30	79
Oczekiwane- policjanci	30,913	23,107	24,980	79
% (kolumna)	39,4%	13,5%	37,5%	
% (wiersz)	49,4%	12,6%	38%	
% (całość)	15,4%	3,9%	11,9%	31,2%
N- nauczyciele	27	28	23	78
Oczekiwane- nauczyciele	30,522	22,814	24,664	78
% (kolumna)	27,3%	37,8%	28,7%	
% (wiersz)	34,6%	35,9%	29,5%	
% (całość)	10,7%	11,1%	9,1%	30,9%
Σ - kolumna	99	74	80	253
%- całość (kolumna)	39,1%	29,3%	31,6%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 23,8957, df=6, p=0,000546.

68,8% badanych osób była przekonana, że ilość przestępstw związanych z używaniem narkotyków wzrasta, 3,2% była odmiennego zdania, a 28% nic nie wiedziała na ten temat. Ze względu na zawód i wykształcenie pojawiły się różnice w odpowiedziach. 86,1% policjantów, 75,4% pielęgniarek, 65,7% lekarzy, 47,4% nauczycieli stwierdziła fakt wrastającej ilości przestępstw związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych. 5% policjantów, 2,9% lekarzy, 2,6% nauczycieli,

1,6% pielęgniarek nie podzielała takiego poglądu, a 50% nauczycieli, 31,4% lekarzy, 22,9% pielęgniarek i 8,9% policjantów nic na ten temat nie widziało (Tab. 8., Ryc. 6.).



Ryc. 6. Ilość przestępstw popełnianych przez narkomanów w opinii badanych grup zawodowych.

Tab. 8. Wzrost ilości przestępstw związana z używaniem narkotyków w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Wzrost ilość przestępstw związana z używaniem narkotyków	nie wiem	tak- wzrasta	nie wzrasta	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	14	46	1	61
Oczekiwane- pielęgniarki	17,118	41,953	1,929	61
% (kolumna)	19,7%	26,4%	12,5%	
% (wiersz)	22,9%	75,4%	1,6%	
% (całość)	5,5%	18,2%	0,4%	24,1%
N- lekarze	11	23	1	35
Oczekiwane- lekarze	9,822	24,071	1,107	35
% (kolumna)	15,5%	13,2%	12,5%	
% (wiersz)	31,4%	65,7%	2,9%	
% (całość)	4,3%	9,1%	0,4%	13,8%
N- policjanci	7	68	4	79
Oczekiwane- policjanci	22,170	54,332	2,498	79
% (kolumna)	9,9%	39,1%	50%	
% (wiersz)	8,9%	86,1%	5%	
% (całość)	2,8%	26,9%	1,6%	31,3%
N- nauczyciele	39	37	2	78
Oczekiwane- nauczyciele	21,889	53,644	2,466	78
% (kolumna)	54,9%	21,3%	25%	
% (wiersz)	50%	47,4%	2,6%	
% (całość)	15,4%	14,6%	0,8%	30,8%
Σ - kolumna	71	174	8	253
%- całość (kolumna)	28%	68,8%	3,2%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 34,9544, df=6, p=0,000004

Ankietowani legitymujący się wykształceniem średnim 82,3% i 59,6% z wykształceniem wyższym byli przekonani o wzroście ilości przestępstw związanych

z zażywaniem narkotyków. Odmienne stanowisko prezentowały osoby z wykształceniem wyższym w 5,3%, natomiast 17,6% osób z wykształceniem średnim i 35,1% z wykształceniem wyższym nic nie wiedziało na ten temat (χ^2 Pearsona: 16,5927, df=2, p=0,000250).

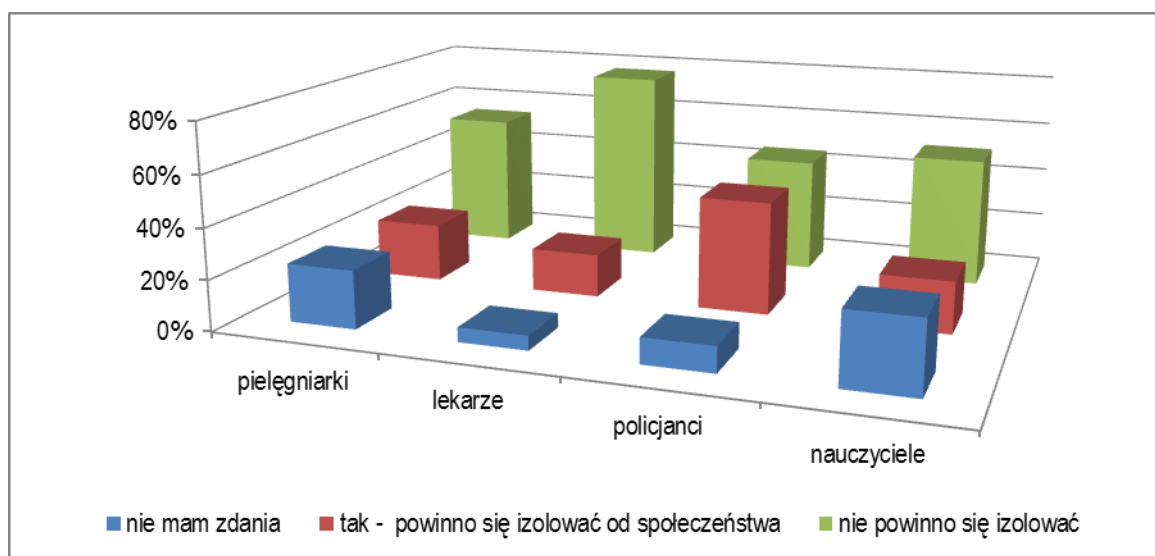
Reasumując, badane osoby stwierdziły, że wiedzą czym jest zjawisko narkomanii. Ponad połowa respondentów uznała uzależnienie od substancji psychoaktywnych za nieuleczalną chorobę, a około trzydzieści procent potraktowało problem nadużywania narkotyków w kategorii „obraz nowoczesnego społeczeństwa”. Wiedza o narkomanii, przez ankietowanych, była zdobywana z ogólnie dostępnych artykułów w czasopismach tylko grupa zawodowa lekarzy sięgała do fachowego piśmiennictwa. Biorąc pod uwagę środowisko życia ankietowanych, to ponad połowa z nich zaprzeczyła istnieniu osób nadużywających substancji psychoaktywnych w ich otoczeniu. Nauczyciele i policjanci zdecydowanie negowali bytność narkomanów w ich środowisku życia. Biorąc pod uwagę wiek życia respondentów to osoby będące pomiędzy 20 a 30 rokiem życia w największym odsetku stwierdziły, że w ich otoczeniu są narkomanii, natomiast im starsze były osoby badane tym bardziej zaprzeczały istnieniu narkomanów w ich środowisku życia. Ponad 73% respondentów uznała ilość szkoleń w dziedzinie uzależnień za niewystarczającą. Ponad 57% badanych zaprzeczyło sąsiedztwu ośrodka leczenia dla narkomanów, jednak osoby badane ze stażem pracy od 25 do 40 lat w 78% oraz respondenci w wieku powyżej 50 roku życia w 89,5% potwierdziły istnienie takiej placówki w ich środowisku. Ankietowane osoby w 49,8% nie posiadały wiedzy na temat ilości miejsc w oddziałach detoksykacyjnych, a 42,3% uznała tę ilość za niewystarczającą z długim czasem oczekiwania. Około 95% respondentów nic nie wiedziało na temat prowadzonych programów redukcji szkód. W przekonaniu 92,9% ankietowanych władze lokalne niedostatecznie zajmują się rozwiązywaniem problemów narkomanii. Opinie respondentów co do współpracy na rzecz zapobiegania zjawisku narkomanii takich podmiotów jak policja, szkoła czy ochrona zdrowia, były podzielone. Ponad 39% badanych potwierdzało spójność działań wyżej wymienionych instytucji, ponad 31% zaprzeczała takim działaniom, a ponad 29% nie miało zdania na ten temat. 68,8% ankietowanych osób była przekonana o wzrastającej liczbie przestępstw związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

V.1.2. EMOCJONALNY STOSUNEK DO NARKOMANII

Narkomania tak jak i każde zjawisko społeczne nie jest pozbawione ładunku emocjonalnego, dlatego w tym podrozdziale przedstawiona zostanie analiza odpowiedzi badanych osób w powyższej kwestii.

53,7% badanych osób zaprzeczyło sugestii demoralizującego wpływu narkomanów na społeczeństwo i możliwości izolacji osób uzależnionych od narkotyków, 28,1% była odmiennego zdania, natomiast 18,2% nie miała zdania na ten temat.

Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć i zawód badanych. Kobiety w 57,6% a mężczyźni w 48,1% nie dostrzegali negatywnego wpływu narkomanów na społeczeństwo i nie widzieli konieczności ich izolacji. 21,8% kobiet i 37,2% mężczyzn miało odmienną opinię, a 20,5% kobiet i 14,7% mężczyzn nie miało zdania na ten temat (χ^2 Pearsona: 7,31941, df=2, p=0,025744). Ze względu na wykonywany zawód lekarze w 77,1% nie dostrzegają negatywnego wpływu narkomanów na społeczeństwo i konieczności ich izolacji. Takich samych odpowiedzi w 54,1% udzieliły pielęgniarki, w 45,6% policjanci i w 51,3% nauczyciele. Odmienną opinię w tej kwestii posiadało 44,3% policjantów, 20,5% nauczycieli, 17,1% lekarzy. 28,2% nauczycieli oraz 5,7% lekarzy i 10,1% policjantów nie zajęło stanowiska. Pielęgniarki w 23% opowiedziały się za negatywnym wpływem narkomanów i za możliwością izolacji i w tylu samo procentach nie zajęły żadnego stanowiska (Tab. 9., Ryc. 7.).



Ryc. 7. Możliwość izolowania narkomanów w opinii badanych grup zawodowych.

Tab. 9. Opinia na temat izolowania od społeczeństwa „narkomanów” z powodu ich wpływu demoralizującego wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Izolowanie od społeczeństwa „narkomanów” z powodu ich wpływu demoralizującego	nie mam zdania	tak - powinno się izolować	nie powinno się izolować	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	14	14	33	61
Oczekiwane- pielęgniarki	11,091	17,119	32,790	61
% (kolumna)	30,4%	19,7%	24,3%	
% (wiersz)	22,9%	22,9%	54,1%	
% (całość)	5,5%	5,5%	13%	24%
N- lekarze	2	6	27	35
Oczekiwane- lekarze	6,364	9,822	18,814	35
% (kolumna)	4,4%	8,4%	19,8%	
% (wiersz)	5,7%	17,1%	77,1%	
% (całość)	0,8%	2,4%	10,7%	13,9%
N- policjanci	8	35	36	79
Oczekiwane- policjanci	14,364	22,170	42,466	79
% (kolumna)	17,4%	49,3%	26,5%	
% (wiersz)	10,1%	44,3%	45,6%	
% (całość)	3,2%	13,8%	14,2%	31,2%
N- nauczyciele	22	16	40	78
Oczekiwane- nauczyciele	14,182	21,889	41,929	78
% (kolumna)	47,8%	22,5%	29,4%	
% (wiersz)	28,2%	20,5%	51,3%	
% (całość)	8,7%	6,3%	15,8%	30,8%
Σ - kolumna	46	71	136	253
%- całość (kolumna)	18,2%	28,1%	53,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 26,5857, df=6, p=0,000173.

Respondenci w 54,1% uznali, że osoba uzależniona od substancji psychoaktywnych prowadzi pasożytniczy tryb życia, 27,3% była odmiennego zdania, a 18,6% nie zajęła stanowiska w tej kwestii.

Różnice w udzielonych odpowiedziach zaobserwowano pod względem płci i zawodu. 64,7% mężczyzn opowiedziało się za pasożytniczym trybem życia narkomanów. Takie stanowisko prezentowało 47% kobiet, natomiast 29,8% kobiet i 23,5% mężczyzn było odmiennego zdania. 23,2% kobiet i 11,8% mężczyzn nie miało zdania na ten temat (χ^2 Pearsona: 8,66398, df=2, p=0,013144).

Rozpatrując w dalszym ciągu kwestię „pasożytnictwa społecznego narkomanów” to osoby badane wykonujące zawód policjanta w 64,6% zgadzały się z takim ujęciem problemu, lekarze w 60%, pielęgniarki w 55,7% a nauczyciele w 39,7%. Nie zgadzało się z takim stanowiskiem 37,2% nauczycieli, 26,6% policjantów, 22,9% lekarzy oraz 18% pielęgniarek. Nie zajęło stanowiska na powyżej postawiony problem 26,2% pielęgniarek, 23,1% nauczycieli, 17,1% lekarzy i 8,9% policjantów (Tab. 10.).

Tab. 10. Opinia na temat „pasożytniczego” trybu życia osób nadużywających substancji psychoaktywnych wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

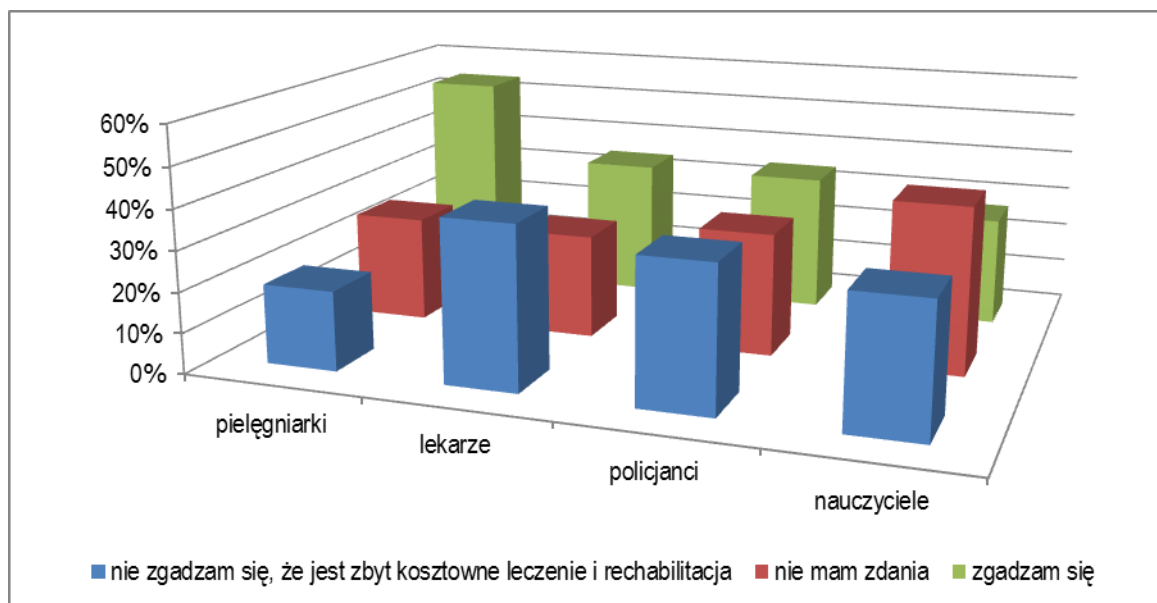
„Pasożytniczy” trybu życia osób nadużywających substancji psychoaktywnych	nie mam zdania	tak - istnieje	nie istnieje	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	16	34	11	61
Oczekiwane- pielęgniarki	11,332	33,032	16,636	61
% (kolumna)	34%	24,8%	15,9%	
% (wiersz)	26,2%	55,7%	18%	
% (całość)	6,3%	13,4%	4,3%	24%
N- lekarze	6	21	8	35
Oczekiwane- lekarze	6,502	18,953	9,545	35
% (kolumna)	12,8%	15,3%	11,6%	
% (wiersz)	17,1%	60%	22,9%	
% (całość)	2,4%	8,3%	3,2%	13,9%
N- policjanci	7	51	21	79
Oczekiwane- policjanci	14,676	42,779	21,545	79
% (kolumna)	14,9%	37,2%	30,4%	
% (wiersz)	8,9%	64,6%	26,6%	
% (całość)	2,8%	20,2%	8,3%	31,3%
N- nauczyciele	18	31	29	78
Oczekiwane- nauczyciele	14,490	42,237	21,273	78
% (kolumna)	38,3%	22,6%	42%	
% (wiersz)	23,1%	39,7%	37,2%	
% (całość)	7,1%	12,2%	11,5%	30,8%
Σ - kolumna	47	137	69	253
%- całość (kolumna)	18,6%	54,1%	27,3%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 16,6263, df=6, p=0,010764.

Ankietowani w 36,8% zgadzali się z opinią, że leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych jest zbyt kosztowna, 32% zaprzeczyła tej opinii a 31,2% nie miała zdania na ten temat.

W kategorii zawód i wykształcenie wystąpiły istotnie statystycznie zróżnicowane odpowiedzi. 54,1% pielęgniarek było przekonanych o dużych kosztach leczenia rehabilitacji narkomanów. 34,3% lekarzy, 34,2% policjantów i 26,9% nauczycieli potwierdzało pogląd zbyt dużych kosztów ponoszonych na leczenie i rehabilitację narkomanów. 40% lekarzy, 35,4% policjantów, 32% nauczycieli i 19,7% pielęgniarek miało odmienne zdanie na temat kosztów (Tab. 11., Ryc. 8.).

Ankietowane osoby mające wyższe wykształcenie w 30,4% stwierdziły, że koszty ponoszone na leczenie i rehabilitację narkomanów są zbyt duże, takie stanowisko w 46,1% prezentowali badani z wykształceniem średnim. 33,8% respondentów legitymująca się wykształceniem wyższym i 27,4% nie zgadzało się z taką opinią. Nie miało zdania na ten temat 35,8% badanych z wyższym i 26,5% z wykształceniem średnim (χ^2 Pearsona: 6,45912, df=2, p=0,039579).



Ryc. 8. Koszty leczenia i rehabilitacji postrzegane przez lekarzy, pielęgniarki, policjantów i nauczycieli.

Tab. 11. Opinia na temat zbyt kosztownego leczenia i rehabilitacji narkomanów wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Zbyt kosztowne leczenie i rehabilitacja narkomanów	zgadzam się	nie mam zdania	nie zgadzam się	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	33	16	12	61
Oczekiwane- pielęgniarki	22,423	19,530	19,047	61
% (kolumna)	35,5%	19,7%	15,2%	
% (wiersz)	54,1%	26,2%	19,7%	
% (całość)	13%	6,3%	4,7%	24%
N- lekarze	12	9	14	35
Oczekiwane- lekarze	12,866	11,205	10,929	35
% (kolumna)	12,9%	11,1%	17,7%	
% (wiersz)	34,3%	25,7%	40%	
% (całość)	4,7%	3,6%	5,5%	13,8%
N- policjanci	27	24	28	79
Oczekiwane- policjanci	29,039	25,292	24,668	79
% (kolumna)	29%	29,6%	35,4%	
% (wiersz)	34,2%	30,4%	35,4%	
% (całość)	10,7%	9,5%	11,1%	31,3%
N- nauczyciele	21	32	25	78
Oczekiwane- nauczyciele	28,672	24,972	24,356	78
% (kolumna)	22,6%	39,5%	31,6%	
% (wiersz)	26,9%	41%	32%	
% (całość)	8,3%	12,6%	9,9%	30,8%
Σ - kolumna	93	81	79	253
%- całość (kolumna)	36,8%	32%	31,2%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 14,2970, df=6, p=0,026496.

Respondenci w 65,5 % zanegowali możliwość wykonywania zawodu lekarza, policjanta czy nauczyciela przez osoby mające doświadczenie w używaniu substancji psychoaktywnych, natomiast 34,5% ankietowanych dopuszczała taką możliwość.

Płeć, wiek, zawód i wykształcenie determinowały różnice w odpowiedziach. 73,5% mężczyzn i 60% kobiet była przeciwna by narkomani wykonywali zawód lekarza, policjanta, nauczyciela. 26,5% mężczyzn i 40% kobiet miało odmienne zdanie na ten temat (χ^2 Pearsona: 4,91639, df=1, p=0,026605).

73,2% ankietowanych znajdujących się w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat była przeciwna wykonywaniu zawodu lekarza, policjanta, nauczyciela przez uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Takie samo stanowisko zajęło 69,6% ankietowanych w wieku od 31 do 40 lat i 52,6% w wieku powyżej 50 roku życia oraz 48,9% w wieku od 20 do 30 lat. Badani w przedziale wiekowym od 20 do 30 lat w 51,1%, powyżej 50 roku życia w 47,4%, od 31 do 40 lat w 30,4% oraz od 41 do 50 roku życia w 26,8% nie sprzeciwiała się wykonywaniu takich zawodów przez osoby mające doświadczenie w używaniu narkotyków (χ^2 Pearsona: 9,81843, df=3, p=0,020178).

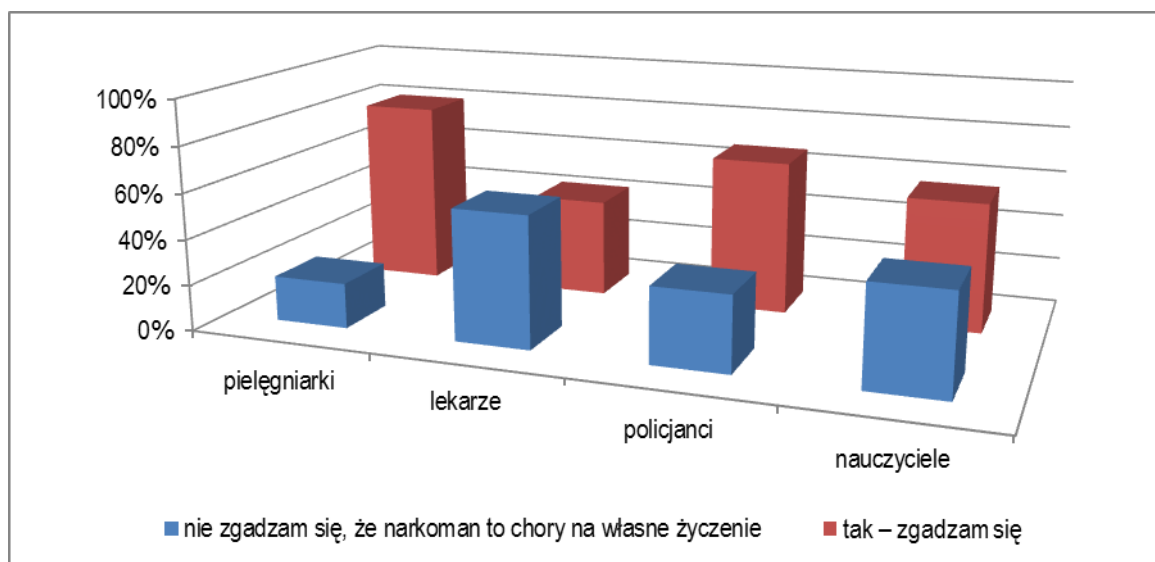
Tab. 12. Opinia na temat wykonywania zawodu lekarza, nauczyciela, policjanta przez osoby mające doświadczenie w używaniu narkotyków wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

Wykonywania zawodu lekarza, nauczyciela, policjanta przez osoby mające doświadczenie w używaniu narkotyków	tak – jest możliwe	nie jest możliwe	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	19	42	61
Oczekiwane- pielęgniarki	21,060	39,940	61
% (kolumna)	21,8%	25,4%	
% (wiersz)	31,2%	68,8%	
% (całość)	7,5%	16,7%	24,2%
N- lekarze	21	14	35
Oczekiwane- lekarze	12,083	22,917	35
% (kolumna)	24,1%	8,5%	
% (wiersz)	60%	40%	
% (całość)	8,3%	5,6%	13,9%
N- policjanci	19	60	79
Oczekiwane- policjanci	27,274	51,726	79
% (kolumna)	21,8%	36,4%	
% (wiersz)	24%	75,9%	
% (całość)	7,5%	23,8%	31,3%
N- nauczyciele	28	49	77
Oczekiwane- nauczyciele	26,583	50,417	77
% (kolumna)	32,2%	29,7%	
% (wiersz)	36,4%	63,6%	
% (całość)	11,1%	19,4%	30,5%
Σ - kolumna	87	165	252
%- całość (kolumna)	34,5%	65,5%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 14,3056, df=3, p=0,002519.

Ankietowane osoby z wykształceniem średnim w 75,5% nie dopuszczały możliwości wykonywania wyżej wymienionych zawodów przez narkomanów, a w 58,7% z wyższym. 24,5% z wykształceniem średnim a 41,3% z wyższym wyraziła odmienny pogląd w tej kwestii (χ^2 Pearsona: 7,60191, df=1, p=0,005832).

75,9% policjantów, 68,8% pielęgniarek, 63,6% nauczycieli i 40% lekarzy nie widziało możliwości wykonywania zawodu lekarza, policjanta czy nauczyciela przez mających doświadczenie w używaniu substancji psychoaktywnych. Przeciwny pogląd prezentowało 60% lekarzy, 36,4% nauczycieli, 31,2% pielęgniarek i 24% policjantów (Tab. 12.).



Ryc. 9. Narkoman - chory na własne życzenie w opinii badanych grup zawodowych.

Badani w 63,6% zgadzali się ze stwierdzeniem, że „narkoman to chory na własne życzenie sam jest winien swojej choroby”, natomiast 36,4% wyraziła odmienny pogląd.

Różnice odpowiedzi zaobserwowano pod względem miejsca zamieszkania wykształcenia i wykonywanego zawodu. Respondenci zamieszkujący tereny miejskie w 58%, a tereny wiejskie w 73,6% zgadzało się z powyższym, natomiast 42% badanych mieszkających w mieście i 26,4% mieszkający we wsi wyraziła odmienny pogląd (χ^2 Pearsona: 6,12923, df=1, p=0,013298).

Tab. 13. Opinia na temat stwierdzenia, że „narkoman to chory na własne życzenie sam jest winien swojej choroby” wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

Narkoman to chory na własne życzenie sam jest winien swojej choroby	tak – zgadzam się	nie zgadzam się	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	49	12	61
Oczekiwane- pielęgniarki	38,818	22,182	61
% (kolumna)	30,4%	13%	
% (wiersz)	80,3%	19,7%	
% (całość)	19,4%	4,7%	24,1%
N- lekarze	15	20	35
Oczekiwane- lekarze	22,273	12,727	35
% (kolumna)	9,3%	21,7%	
% (wiersz)	42,9%	57,1%	
% (całość)	5,9%	7,9%	13,8%
N- policjanci	53	26	79
Oczekiwane- policjanci	50,273	28,727	79
% (kolumna)	32,9%	28,3%	
% (wiersz)	67,1%	32,9%	
% (całość)	20,9%	10,3%	31,2%
N- nauczyciele	44	34	78
Oczekiwane- nauczyciele	49,636	28,364	78
% (kolumna)	27,3%	37%	
% (wiersz)	56,4%	43,6%	
% (całość)	17,4%	13,4%	30,8%
Σ - kolumna	161	92	253
%- całość (kolumna)	63,6%	36,4%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 16,0418. df=3, p=0,001112.

Badani legitymujący się wykształceniem średnim w 80,4%, a wyższym w 52,3% zgadzała się z powyższym stwierdzeniem, natomiast 19,6% z wykształceniem średnim i 47,7% z wyższym była przeciwna takiej opinii (χ^2 Pearsona: 20,7349, df=1, p=0,000005).

80,3% pielęgniarek 67,1% policjantów, 56,4% nauczycieli oraz 42,9% lekarzy zgadzało się z opinią o narkomanie jako chorym na własne życzenie i jako winnemu własnej choroby. Z takim podejściem nie zgodziło się 57,1% lekarzy, 43,6% nauczycieli, 32,9% policjantów i 19,7% pielęgniarek (Tab. 13., Ryc. 9.).

Rozważenie kwestii powrotu po leczeniu osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych do pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych i związanego z tym przymusu ukrywania swojej choroby ankietowani wyrazili pogląd w 62,8% iż osoba uzależniona nie musi tego ukrywać, a 37,1% była innego zdania.

Rozważając problem dyskryminacji osób nadużywających narkotyków, a będących po leczeniu tak zwanych „trzeźwych narkomanów” to 43,1% badanych uważało, że są dyskryminowane, 20,9% była przeciwna takiemu stanowisku a 36% nic nie wiedziała na ten temat.

Różnice w odpowiedziach dotyczyły wykształcenia. 50,3% ankietowanych z wykształceniem wyższym i 32,3% z średnim stwierdziła fakt dyskryminacji narkomanów pomimo bycia tzw. „trzeźwym narkomanem”. 29,4% z średnim i 15,2% z wyższym była przekonana, że narkomani nie są dyskryminowani. Natomiast 38,2% respondentów z wykształceniem średnim i 34,4% z wyższym nie wiedziało na ten temat (χ^2 Pearsona: 10,6545, df=2, p=0,004859).

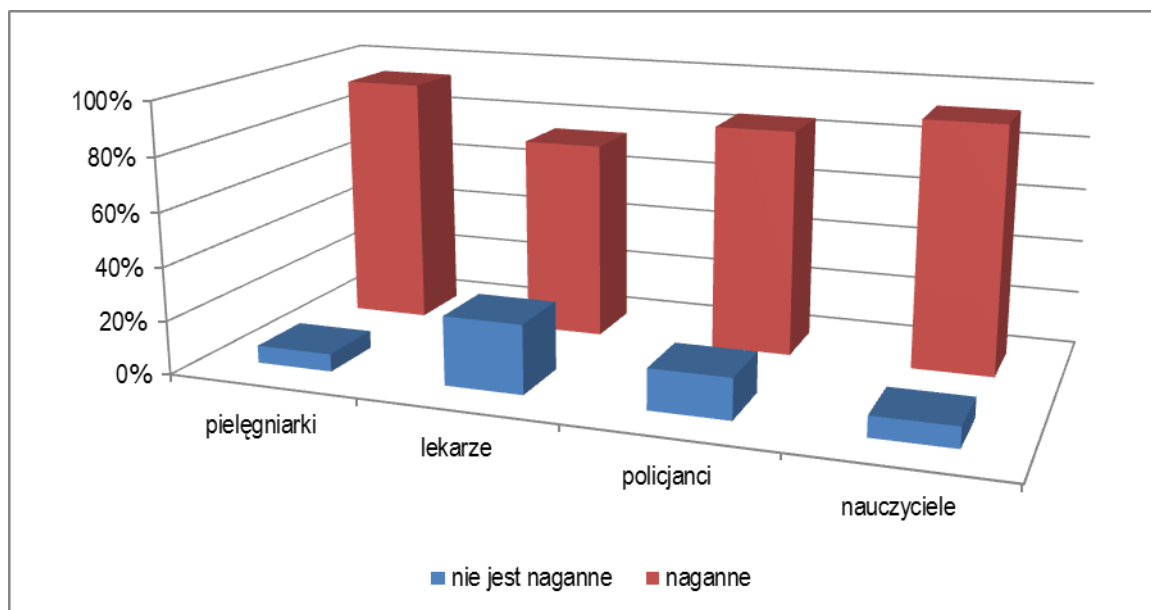
Ankietowane osoby w 87,7% uznały okazjonalne przyjmowanie narkotyków za naganne, a 12,3% dopuszczała taką możliwość.

Istotnie statystycznie różne były odpowiedzi udzielane ze względu na wiek, miejsce zamieszkania i zawód. Respondenci będący w przedziale wiekowym od 41 do 50 roku życia w 94,4% byli przeciwni okazjonalnemu przyjmowaniu narkotyków. Również 88,8% ankietowanych w wieku od 31 do 40 lat i 78,9% powyżej 50 roku życia oraz 78,7% w wieku od 20 do 30 lat uznało za naganne okazjonalne zażywanie substancji psychoaktywnych. 21% ankietowanych osób powyżej 50 roku życia, 21,3% będących w przedziale wiekowym od 20 do 30 lat, 11,2% od 31 do 40 roku życia oraz 5,6% w wieku od 41 do 50 lat wyraziła odmienne zdanie w tej kwestii (χ^2 Pearsona: 7,93922, df=3, p=0,047290).

94,5% badanych mieszkających na terenach wiejskich i 83,9% mieszkających w mieście sprzeciwiało się okazjonalnemu zażywaniu narkotyków, natomiast 16% mieszkających w mieście i 5,5% zamieszkujących tereny wiejskie dopuszczała taką możliwość (χ^2 Pearsona: 6,03766, df=1, p=0,014006).

Okazjonalne przyjmowanie substancji psychoaktywnych za naganne uznało 93,4% pielęgniarek, 92,3% nauczycieli, 84,8% policjantów i 74,3% lekarzy, odmienny pogląd wyraziło 25,7% lekarzy, 15,2% policjantów, 7,7% nauczycieli i 6,6% pielęgniarek (Tab. 14., Ryc. 10.).

35,1% ankietowanych współczuło osobą uzależnionym od narkotyków. 19,2% badanych deklarowało uczucie rozdrażnienia, 17,2% niechęci, 15,9% niepewności, a 12,6% odczuwała napięcie w kontakcie z narkomanem.



Ryc. 10. Okazjonalne używanie narkotyków według badanych grup zawodowych.

Tab. 14. Naganność okazjonalnego przyjmowania narkotyków w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

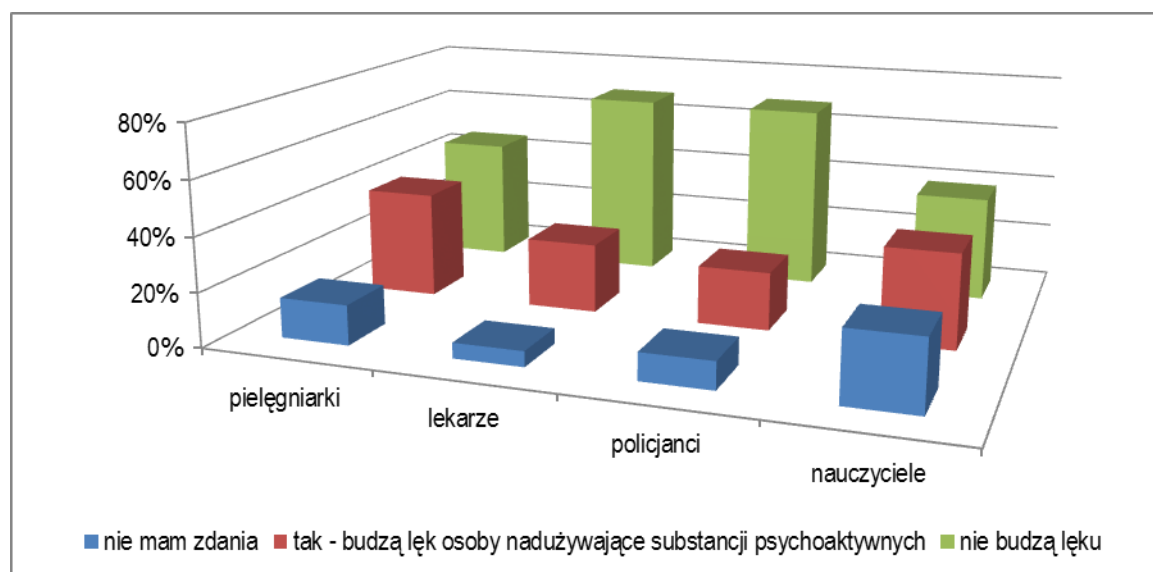
Naganność okazjonalnego przyjmowania narkotyków	tak	nie	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	57	4	61
Oczekiwane- pielęgniarki	53,526	7,474	61
% (kolumna)	25,7%	12,9%	
% (wiersz)	93,4%	6,6%	
% (całość)	22,5%	1,6%	24,1%
N- lekarze	26	9	35
Oczekiwane- lekarze	30,711	4,289	35
% (kolumna)	11,7%	29%	
% (wiersz)	74,3%	25,7%	
% (całość)	10,3%	3,5%	13,8%
N- policjanci	67	12	79
Oczekiwane- policjanci	69,320	9,680	79
% (kolumna)	30,2%	38,7%	
% (wiersz)	84,8%	15,2%	
% (całość)	26,5%	4,7%	31,2%
N- nauczyciele	72	6	78
Oczekiwane- nauczyciele	68,443	9,557	78
% (kolumna)	32,4%	19,3%	
% (wiersz)	92,3%	7,7%	
% (całość)	28,5%	2,4%	30,9%
Σ - kolumna	222	31	253
%- całość (kolumna)	87,7%	12,3%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 9,88210, df=3, p=0,019599.

Osoby uzależnione od substancji w 54% nie wzbudzały uczucia lęku u ankietowanych. 30,5% prezentowało odmienny pogląd, a 15,5% nie miało zdania na ten temat.

Różnice w odpowiedziach pojawiły ze względu na płeć i zawód. U 66,7% mężczyzn i 45,3% kobiet narkomani nie wzbudzali uczucia lęku, 38% kobiet

i 19,6% mężczyzn doświadczyło takiego uczucia. 16,7% kobiet i 13,7% mężczyzn nie miało zdania na ten temat (χ^2 Pearsona: 12,1809, df=2, p=0,002265).



Ryc. 11. Postawy lękowe badanych osób w stosunku do uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Tab. 15. Lęk wzbudzany przez osoby nadużywające substancji psychoaktywnych wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

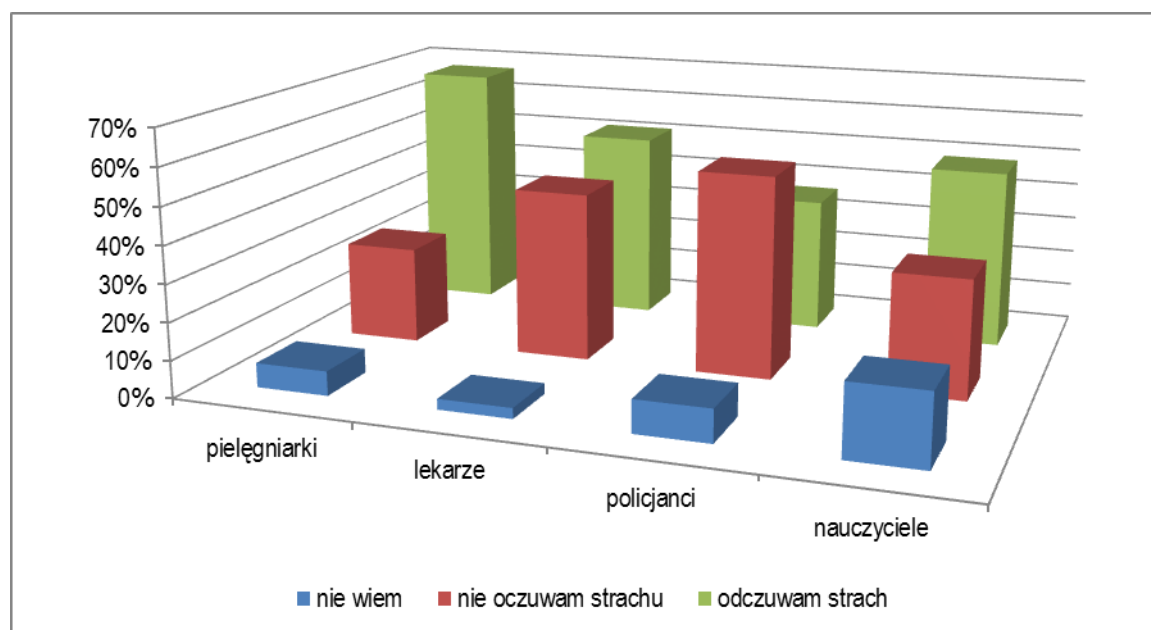
Lęk wzbudzany przez osoby nadużywające substancji psychoaktywnych	nie mam zdania	tak - budzą	nie budzą	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	9	24	28	61
Oczekiwane- pielęgniarki	9,440	18,639	32,921	61
% (kolumna)	23,1%	31,2%	20,6%	
% (wiersz)	14,8%	39,3%	45,9%	
% (całość)	3,6%	9,5%	11,1%	24,2%
N- lekarze	2	9	24	35
Oczekiwane- lekarze	5,417	10,694	18,889	35
% (kolumna)	5,1%	11,7%	17,6%	
% (wiersz)	5,7%	25,7%	68,6%	
% (całość)	0,8%	3,6%	9,5%	13,9%
N- policjanci	8	17	54	79
Oczekiwane- policjanci	12,226	24,139	42,635	79
% (kolumna)	20,5%	22,1%	39,7%	
% (wiersz)	10,1%	21,5%	68,4%	
% (całość)	3,2%	6,7%	21,4%	31,3%
N- nauczyciele	20	27	30	77
Oczekiwane- nauczyciele	11,916	23,528	41,556	77
% (kolumna)	51,3%	35,1%	22,1%	
% (wiersz)	26%	35%	39%	
% (całość)	7,9%	10,7%	11,9%	30,6%
Σ - kolumna	39	77	136	252
%- całość (kolumna)	15,5%	30,5%	54%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 21,9152, df=6, p=0,001256.

U 68,6% lekarzy, 68,4% policjantów, 45,9% pielęgniarek i u 39% nauczycieli narkomani nie budzili lęku. 39,3% pielęgniarek, 35% nauczycieli, 25,7% lekarzy

i 21,5% policjantów doświadczyło takich odczuć. Natomiast 26% nauczycieli, 14,8% pielęgniarek, 10,1% policjantów i 5,7% lekarzy nie miało zdania na ten temat (Tab. 15., Ryc. 11.).

49,8% badane osób podczas kontaktów z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych obawiały się zachowań agresywnych, 39,5% nie miała tego typu obaw a 10,7% nie miało zdania.



Ryc. 12. Zachowania agresywne narkomanów budzące strach w odczuciu lekarzy, pielęgniarek, policjantów i nauczycieli.

Różnice pojawiły się ze względu na płeć i zawód. 58,3% kobiet i 37,2% mężczyzn obawiała się zachowań agresywnych ze strony narkomanów, 30,5% kobiet i 52,9% mężczyzn nie zadeklarowała takich obaw, natomiast 11,3% kobiet i 9,8% mężczyzn nie zajęła stanowiska w tej kwestii (χ^2 Pearsona: 13,3050, df=2, p=0,001291). W kontaktach z osobami uzależnionymi od środków psychoaktywnych zachowań agresywnych obawiało się 67,2% pielęgniarek, 51,4% lekarzy, 48,7% nauczycieli i 36,7% policjantów. Odmienne stanowisko prezentowało 26,2% pielęgniarek, 45,7% lekarzy, 54,4% policjantów, 32% nauczycieli. Nie miało zdania na ten temat 6,6% pielęgniarek, 2,9% lekarzy, 8,9% policjantów, 19,2% nauczycieli (Tab.16., Ryc.12).

90,1% respondentów postrzegała uzależnionego od narkotyków jako osobę, która nie panuje nad swoimi emocjami, 1,2% miała odmienną opinię, a 8,7% badanych nie zajęła żadnego stanowiska w tej kwestii.

Tab. 16. Strach przed zachowaniem agresywnymi w kontaktach z osobą używającą narkotyków w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Strach przed zachowaniem agresywnymi w kontaktach z osobą używającą narkotyków	tak	nie	nie wiem	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	41	16	4	61
Oczekiwane- pielęgniarki	30,379	24,111	6,510	61
% (kolumna)	32,5%	16%	14,8%	
% (wiersz)	67,2%	26,2%	6,6%	
% (całość)	16,2%	6,3%	1,6%	24,1%
N- lekarze	18	16	1	35
Oczekiwane- lekarze	17,431	13,834	3,735	35
% (kolumna)	14,3%	16%	3,7%	
% (wiersz)	51,4%	45,7%	2,9%	
% (całość)	7,1%	6,3%	0,4%	13,8%
N- policjanci	29	43	7	79
Oczekiwane- policjanci	39,344	31,225	8,431	79
% (kolumna)	23%	43%	25,9%	
% (wiersz)	36,7%	54,4%	8,9%	
% (całość)	11,5%	17%	2,8%	31,2%
N- nauczyciele	38	25	15	78
Oczekiwane- nauczyciele	38,846	30,830	8,324	78
% (kolumna)	30,2%	25%	55,6%	
% (wiersz)	48,7%	32%	19,2%	
% (całość)	15%	9,9%	5,9%	30,8%
Σ - kolumna	126	100	27	253
%- całość (kolumna)	49,8%	39,5%	10,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 23,6470, df=6, p=0,000607.

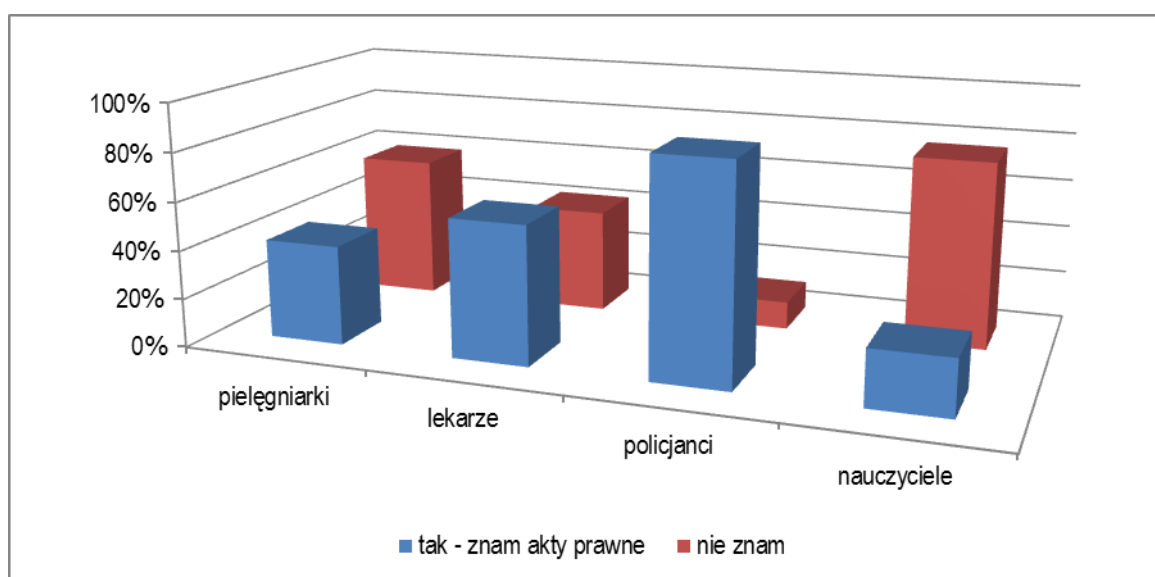
Reasumując, ponad 87% badanych uznała okazjonalne zażywanie narkotyków za naganne zjawisko. Około 54% respondentów nie dostrzegła konieczności izolacji narkomanów oraz ich demoralizującego wpływu na społeczeństwo. Badane osoby w ponad 54% uznały narkomana za osobę prowadzącą pasożytniczy tryb życia. Około czterdziestu procent badanych uważała, iż leczenie i rehabilitacja uzależnionych jest zbyt droga i kosztowna. Narkoman postrzegany był przez większość badanych jako osoba „chora na własne życzenie i sama winna swojej choroby”. Ponad 65% respondentów uważała, że osoby mające doświadczenie w używaniu środków psychoaktywnych nie powinny wykonywać zawodu lekarza, policjanta czy nauczyciela. Osoba uzależniona od narkotyków po leczeniu, próbująca powrócić do pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych w opinii ponad 60% badanych nie musi ukrywać swojej choroby. Ponad 40% ankietowanych uznała, że tzw. „trzeźwy narkoman” jest dyskryminowany. Narkomani najczęściej u ankietowanych wzbudzali współczucie. Ponad połowa badanych w kontakcie z osobą uzależnioną nie odczuwała lęku. Narkomanii byli postrzegani przez większość respondentów jako osoby nie panujące nad swoimi emocjami. Około połowa badanych bała się zachowań agresywnych ze strony osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

V.1.3. EMOCJONALNY STOSUNEK DO AKTÓW PRAWNYCH

Zjawisko narkomanii ma swoje odzwierciedlenie w aktach prawnych. Stosunek do kwestii w nich zawartych wyrazili badani w udzielanych odpowiedziach.

52,6% badanych osób deklarowało znajomość aktów prawnych dotyczących narkomanii, a 47,4% brak takiej wiedzy. Różnice zaobserwowano w udzielanych odpowiedziach ze względu na płeć, zawód, miejsce zamieszkania i wykształcenie. Biorąc pod uwagę płeć zaobserwowano większą znajomość aktów prawnych przez mężczyzn 72,6%, a u kobiet taką znajomość deklarowało 39,1% (χ^2 Pearsona: 27,3613, $df=1$, $p=0,000000$). Ze względu na wykonywany zawód największą znajomość aktów prawnych deklarowali policjanci 88,6%, następnie lekarze 57,1%, a najmniejszą nauczyciele 23,1% oraz pielęgniarki 41% (Tab. 17., Ryc. 13.).

Osoby badane zamieszkałe w mieście deklarowały w 57,4% znajomość aktów prawnych, a zamieszkujące obszary wiejskie w 44% (χ^2 Pearsona: 4,22841, $df=1$, $p=0,039755$). Akty prawne dotyczące narkomanii w 60,8% znane były dla osób z wykształceniem średnim, natomiast dla osób z wyższym w 47% (χ^2 Pearsona: 4,62575, $df=1$, $p=0,031498$).



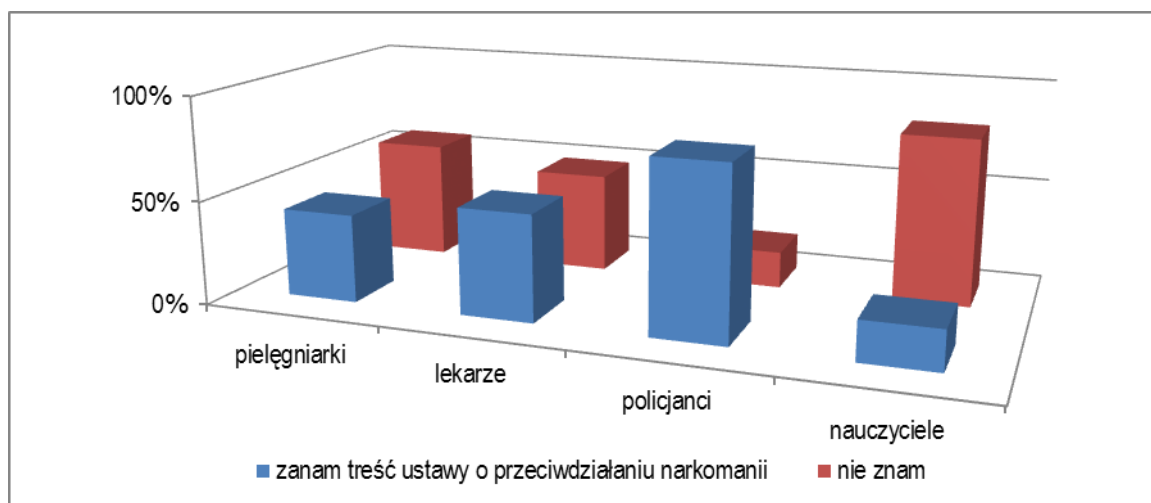
Ryc. 13. Akty prawne - ich znajomość w badanych grupach zawodowych.

Tab. 17. Znajomość aktów prawnych dotyczących narkomanii wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Znajomość aktów prawnych dotyczących narkomanii	tak	nie	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	25	36	61
Oczekiwane- pielęgniarki	32,067	28,933	61
% (kolumna)	18,8%	30%	
% (wiersz)	41%	59%	
% (całość)	9,9%	14,2%	24,1%
N- lekarze	20	15	35
Oczekiwane- lekarze	18,399	16,601	35
% (kolumna)	15%	12%	
% (wiersz)	57,1%	42,9%	
% (całość)	7,9%	5,9%	13,8%
N- policjanci	70	9	79
Oczekiwane- policjanci	41,530	37,470	79
% (kolumna)	52,6%	7,5%	
% (wiersz)	88,6%	11,4%	
% (całość)	27,7%	3,6%	31,3%
N- nauczyciele	18	60	78
Oczekiwane- nauczyciele	41,004	36,996	78
% (kolumna)	13,5%	50%	
% (wiersz)	23,1%	76,9%	
% (całość)	7,1%	23,7%	30,8%
Σ - kolumna	133	120	253
%- całość (kolumna)	52,6%	47,4%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 71,9365, df=3, p=0,000000.

Ankietowani znali ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii w 49%, a 51% badanych osób nie zapoznało się z nią. Różnice w udzielanych odpowiedziach dotyczyły płci, zawodu i wykształcenia. Znajomość ustawy deklarowało 64,7% mężczyzn i 38,4% kobiet (χ^2 Pearsona: 16,8439, df=1, p=0,000041). Ze względu na zawód, policjanci w 82,3% deklarowali znajomość ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarze w 51,4%, pielęgniarki w 42,6% a nauczyciele w 19,2% (Tab. 18., Ryc. 14.).



Ryc. 14. Znajomość treści ustawy - O przeciwdziałaniu narkomanii wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Tab. 18. Znajomość treści ustawy - O przeciwdziałaniu narkomanii wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Znajomość treści ustawy - O przeciwdziałaniu narkomanii	nie	tak	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	35	26	61
Oczekiwane- pielęgniarki	31,103	29,897	61
% (kolumna)	27,1%	21%	
% (wiersz)	57,4%	42,6%	
% (całość)	13,8%	10,3%	24,1%
N- lekarze	17	18	35
Oczekiwane- lekarze	17,846	17,154	35
% (kolumna)	13,2%	14,5%	
% (wiersz)	48,6%	51,4%	
% (całość)	6,7%	7,1%	13,8%
N- policjanci	14	65	79
Oczekiwane- policjanci	40,281	38,719	79
% (kolumna)	10,8%	52,4%	
% (wiersz)	17,7%	82,3%	
% (całość)	5,5%	25,7%	31,2%
N- nauczyciele	63	15	78
Oczekiwane- nauczyciele	39,771	38,229	78
% (kolumna)	48,8%	12,1%	
% (wiersz)	80,8%	19,2%	
% (całość)	24,9%	5,9%	30,8%
Σ - kolumna	129	124	253
%- całość (kolumna)	51%	49%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 63,7450, df=3, p=0,000000.

Ze względu na posiadane wykształcenie znajomość ustawy zadeklarowało 57,8% osób z wykształceniem średnim i 43% z wykształceniem wyższym (χ^2 Pearsona: 5,33360, df=1, p=0,020920).

Uczestnicy badań w 61,7% wyrazili pogląd, że osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych należy leczyć z zastosowaniem przymusu, 34,8% respondentów zgadzała się z opinią leczenia tylko gdy osoba uzależniona wyraża zgodę, 3,5% badanych uznała, iż narkomanów należy karać zamiast leczyć.

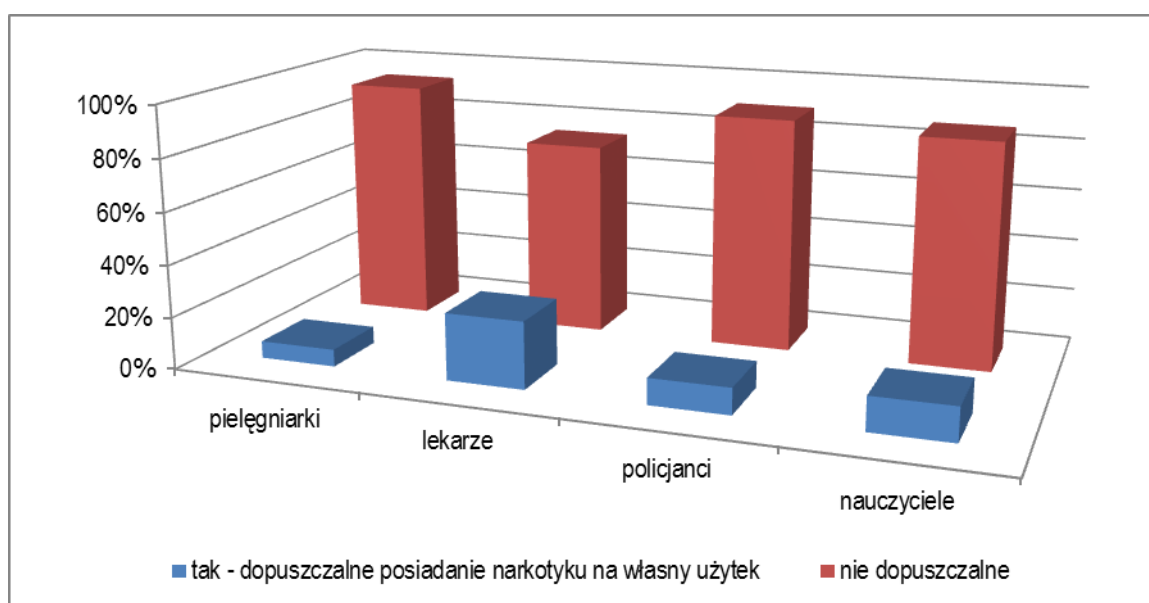
Ze względu na wykonywany zawód przez osoby badane pojawiły się różnice w odpowiedziach. 72,1% policjantów, 61,5% nauczycieli, 60,7% pielęgniarek oraz 40% lekarzy uznała zasadność leczenia narkomanów z zastosowaniem przymusu. 54,3% lekarzy, 38,5% nauczycieli, 36% pielęgniarek i 21,5% policjantów stwierdziło, że osoby uzależnione należy leczyć tylko wtedy, gdy wyrażą na to zgodę. 6,3% policjantów, 5,7% lekarzy i 3,3% pielęgniarek uznało zasadność karania zamiast leczenia uzależnionych od narkotyków (Tab. 19.).

Tab. 19. Postępowanie w stosunku do osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Postępowanie w stosunku do osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych	leczyć tylko gdy osoba uzależniona wyraża zgodę	leczyć z zastosowaniem przymusu	karać zamiast leczyć	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	22	37	2	61
Oczekiwane- pielęgniarki	21,217	37,613	2,170	61
% (kolumna)	25%	23,7%	22,2%	
% (wiersz)	36%	60,7%	3,3%	
% (całość)	8,7%	14,6%	0,8%	24,1%
N- lekarze	19	14	2	35
Oczekiwane- lekarze	12,174	21,581	1,245	35
% (kolumna)	21,6%	9%	22,2%	
% (wiersz)	54,3%	40%	5,7%	
% (całość)	7,5%	5,5%	0,8%	13,8%
N- policjanci	17	57	5	79
Oczekiwane- policjanci	27,478	48,712	2,810	79
% (kolumna)	19,3%	36,5%	55,6%	
% (wiersz)	21,5%	72,1%	6,3%	
% (całość)	6,7%	22,5%	2%	31,2%
N- nauczyciele	30	48	0	78
Oczekiwane- nauczyciele	27,130	48,095	2,775	78
% (kolumna)	34,1%	30,8%	0%	
% (wiersz)	38,5%	61,5%	0%	
% (całość)	11,9%	19%	0%	30,9%
Σ - kolumna	88	156	9	253
%- całość (kolumna)	34,8%	61,7%	3,5%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 17,1911, df=6, p=0,008610.

87,7% respondentów zanegowała dopuszczalność posiadania narkotyków na „własny użytek”, natomiast 12,3% dopuszczała taką ewentualność.



Ryc. 15. "Narkotyki na własny użytek" - opinia lekarzy, pielęgniarek, policjantów i nauczycieli.

Różnice pojawiły się ze względu na wykonywany zawód. 93,4% pielęgniarek, 89,9% policjantów, 87% nauczycieli i 74,3% lekarzy negowała możliwość posiadania narkotyku na tzw. „własny użytek” (Tab. 20., Ryc.15.).

88,9% respondentów opowiedziało się za wydalaniem ze szkół/uczelni osób zajmujących się handlem narkotykami, a 11% wyraziło odmienny pogląd.

Istotnie statystycznie różne były odpowiedzi udzielane ze względu na płeć i wiek badanych osób. 95,1% mężczyzn i 84,8% kobiet opowiedziało się za relegowaniem ze szkół/uczelni uczniów/studentów zajmujących się handlem substancjami psychoaktywnymi (χ^2 Pearsona: 6,59999, df=1, p=0,010199). Takie samo stanowisko zajęło 93% badanych osób w wieku od 41 do 50 lat, 92,2% w przedziale wiekowym 31 - 40 lat, 80,8% respondentów w wieku od 20 do 30 lat i 73,7% badanych powyżej pięćdziesiątego roku życia (χ^2 Pearsona: 10,0664, df=3, p=0,018014).

Tab. 20. Posiadanie narkotyku na tak zwany „własny użytek” w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

Posiadanie narkotyku na tak zwany „własny użytek”	nie dopuszczalne	tak - dopuszczalne	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	57	4	61
Oczekiwane- pielęgniarki	53,496	7,504	61
% (kolumna)	25,8%	12,9%	
% (wiersz)	93,4%	6,6%	
% (całość)	22,6%	1,6%	24,2%
N- lekarze	26	9	35
Oczekiwane- lekarze	30,694	4,306	35
% (kolumna)	11,8%	29%	
% (wiersz)	74,3%	25,7%	
% (całość)	10,3%	3,6%	13,9%
N- policjanci	71	8	79
Oczekiwane- policjanci	69,282	9,718	79
% (kolumna)	32,1%	25,8%	
% (wiersz)	89,9%	10,1%	
% (całość)	28,2%	3,2%	31,4%
N- nauczyciele	67	10	77
Oczekiwane- nauczyciele	67,528	9,472	77
% (kolumna)	30,3%	32,3%	
% (wiersz)	87%	13%	
% (całość)	26,5%	4%	30,5%
Σ - kolumna	221	31	252
%- całość (kolumna)	87,7%	12,3%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 8,08206, df=3, p=0,044352.

Konsekwencje prawne w opinii 90,1% należy wyciągać w stosunku do handlarzy narkotyków a w opinii 9,9% w stosunku do producentów.

Ze względu na zawód i wykształcenie pojawiły się różnice w odpowiedziach. 100% lekarzy, 96,7% pielęgniarek, 96,2% policjantów i 74,4% nauczycieli uznało, iż diler jest taką osobą co do której powinny być wyciągane konsekwencje prawne (Tab. 21.). Taki sam pogląd reprezentowało 98% badanych legitymujących się wykształceniem średnim i 84,8% badanych z wykształceniem wyższym (χ^2 Pearsona: 12,0401, df=1, p=0,000521).

Tab. 21. Opinia na temat wyciągania konsekwencji prawnych w stosunku do dilera czy producenta wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Opinia na temat wyciągania konsekwencji prawnych w stosunku do:	diler	producent	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	59	2	61
Oczekiwane- pielęgniarki	54,972	6,028	61
% (kolumna)	25,9%	8%	
% (wiersz)	96,7%	3,3%	
% (całość)	23,3%	0,8%	24,1%
N- lekarze	35	0	35
Oczekiwane- lekarze	31,542	3,458	35
% (kolumna)	15,3%	0%	
% (wiersz)	100%	0%	
% (całość)	13,8%	0%	13,8%
N- policjanci	76	3	79
Oczekiwane- policjanci	71,194	7,806	79
% (kolumna)	33,3%	12%	
% (wiersz)	96,2%	3,8%	
% (całość)	30%	1,2%	31,2%
N- nauczyciele	58	20	78
Oczekiwane- nauczyciele	70,292	7,708	78
% (kolumna)	25,4%	80%	
% (wiersz)	74,4%	25,6%	
% (całość)	22,9%	7,9%	30,8%
Σ - kolumna	228	25	253
%- całość (kolumna)	90,1%	9,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 31,8624, df=3, p=0,000001.

57,7% uczestników badań wyraziła pogląd, że karane powinny być kryminogenne zachowania związane z użycie narkotyków, a 42,3% uważała zasadność karania za używanie narkotyków.

Różnice w odpowiedziach zaobserwowano ze względu na wykonywany zawód. 74,3% lekarzy, 65,6% pielęgniarek, 51,3% nauczycieli i 50,6% policjantów dopuszczała możliwość karania za kryminogenne zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych (Tab. 22.).

Tab. 22. Opinia na temat karania za używanie narkotyków oraz kryminogenne zachowania związane z użyciem narkotyku wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Karane powinny być:	używanie narkotyków	kryminogenne zachowania związane z użyciem narkotyku	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	21	40	61
Oczekiwane- pielęgniarki	25,798	35,202	61
% (kolumna)	19,6%	27,4%	
% (wiersz)	34,4%	65,6%	
% (całość)	8,3%	15,8%	24,1%
N- lekarze	9	26	35
Oczekiwane- lekarze	14,802	20,198	35
% (kolumna)	8,4%	17,8%	
% (wiersz)	25,7%	74,3%	
% (całość)	3,6%	10,3%	13,9%
N- policjanci	39	40	79
Oczekiwane- policjanci	33,411	45,589	79
% (kolumna)	36,4%	27,4%	
% (wiersz)	49,4%	50,6%	
% (całość)	15,4%	15,8%	31,2%
N- nauczyciele	38	40	78
Oczekiwane- nauczyciele	32,988	45,012	78
% (kolumna)	35,5%	27,4%	
% (wiersz)	48,7%	51,3%	
% (całość)	15%	15,8%	30,8%
Σ - kolumna	107	146	253
%- całość (kolumna)	42,3%	57,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 8,42752, df=3, p=0,037960.

89,7% badanych osób była przeciwna legalnemu zdobywaniu narkotyków za odpowiednio wysoką cenę.

Istotne statystyczne różnice w wypowiedziach zaobserwowano dla zawodu i wykształcenia ankietowanych. 98,4% pielęgniarek, 92,4% policjantów, 87,2% nauczycieli, i 74,3% lekarzy była przeciwna możliwości legalizacji substancji psychoaktywnych i zdobywania ich za odpowiednio wysoką cenę (Tab. 23.). Powyższy pogląd wyraziło 97% ankietowanych z wykształceniem średnim i 84,8% osób mających wykształcenie wyższe (χ^2 Pearsona: 9,97345, df=1, p=0,001589).

64,4% badanych osób uważała, że zjawisko narkomanii należy zwalczać metodą zakazów, a 35,6% była odmiennego zdania.

Ze względu na płeć i wiek pojawiły się różnice w udzielanych odpowiedziach. 73,5% mężczyzn i 58,3% kobiet dopuszczała możliwość zwalczania narkomanii metodą zakazów (χ^2 Pearsona: 6,17845, df=1, p=0,012933). Za takim ujęciem problemu opowiedziało się 69,8% ankietowanych będących w przedziale wiekowym 31 - 40 lat, 63,8% w wieku od 20 do 30 lat, 63,4% w wieku od 41 do 50 lat i 36,8% powyżej pięćdziesiątego roku życia (χ^2 Pearsona: 7,82570, df=3, p=0,049761).

Tab. 23. Możliwość legalnego zdobywania narkotyku za odpowiednio wysoką cenę w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Legalne zdobywanie narkotyku za odpowiednio wysoką cenę	nie powinno być takiej możliwości	tak powinna być taka możliwość	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	60	1	61
Oczekiwane- pielęgniarki	54,731	6,269	61
% (kolumna)	26,4%	3,8%	
% (wiersz)	98,4%	1,6%	
% (całość)	23,7%	0,4%	24,1%
N- lekarze	26	9	35
Oczekiwane- lekarze	31,403	3,597	35
% (kolumna)	11,4%	34,6%	
% (wiersz)	74,3%	25,7%	
% (całość)	10,3%	3,6%	13,9%
N- policjanci	73	6	79
Oczekiwane- policjanci	70,881	8,119	79
% (kolumna)	32,2%	23,1%	
% (wiersz)	92,4%	7,6%	
% (całość)	28,8%	2,4%	31,2%
N- nauczyciele	68	10	78
Oczekiwane- nauczyciele	69,984	8,016	78
% (kolumna)	30%	38,5%	
% (wiersz)	87,2%	12,8%	
% (całość)	26,9%	3,9%	30,8%
Σ - kolumna	227	26	253
%- całość (kolumna)	89,7%	10,3%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 15,1454, df=3, p=0,001697.

W stosunku do zjawiska narkomanii w opinii 90,5% badanych prawo powinno być bardziej restrykcyjne, natomiast 9,5% prezentowało odmienny pogląd.

Wykonywany zawód, miejsce zamieszkania i wykształcenie determinowały różnice w udzielanych odpowiedziach. 96,7% pielęgniarek, 96,2% policjantów, 89,7% nauczycieli, 68,6% lekarzy wyraziło pogląd, że prawo w stosunku do zjawiska narkomanii winno być bardziej restrykcyjne (Tab. 24.). Również w odczuciu 95,6% badanych osób zamieszkujących obszary wiejskie i 87,6% mieszkających w miastach prawo winno być bardziej restrykcyjne (χ^2 Pearsona: 4,28916, df=1, p=0,038359). Taki też pogląd wyraziło 96,1% ankietowanych z wykształceniem średnim i 86,7% z wykształceniem wyższym (χ^2 Pearsona: 6,16319, df=1, p=0,013045).

82,6% osób ankietowanych była przeciwna stwierdzeniu „wolny rynek narkotyków, jednostka odpowiedzialna za swoje życie i zdrowie”. Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na miejsce zamieszkania, gdzie 90,1% respondentów z terenów wiejskich i 78,4% z terenów miejskich sprzeciwiała się takiej opinii (χ^2 Pearsona: 5,56608, df=1, p=0,018314).

Tab. 24. Odczucia w stosunku do prawa (jakie powinno być?) wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Odczucia w stosunku do prawa (jakie powinno być?)	bardziej restrykcyjne	łagodniejsze	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	59	2	61
Oczekiwane- pielęgniarki	55,213	5,787	61
% (kolumna)	25,7%	8,3%	
% (wiersz)	96,7%	3,3%	
% (całość)	23,3%	0,8%	24,1%
N- lekarze	24	11	35
Oczekiwane- lekarze	31,680	3,320	35
% (kolumna)	10,5%	45,8%	
% (wiersz)	68,6%	31,4%	
% (całość)	9,5%	4,3%	13,8%
N- policjanci	76	3	79
Oczekiwane- policjanci	71,506	7,494	79
% (kolumna)	33,2%	12,5%	
% (wiersz)	96,2%	3,8%	
% (całość)	30%	1,2%	31,2%
N- nauczyciele	70	8	78
Oczekiwane- nauczyciele	70,601	7,399	78
% (kolumna)	30,6%	33,3%	
% (wiersz)	89,7%	10,3%	
% (całość)	27,7%	3,2%	30,9%
Σ - kolumna	229	24	253
%- całość (kolumna)	90,5%	9,5%	

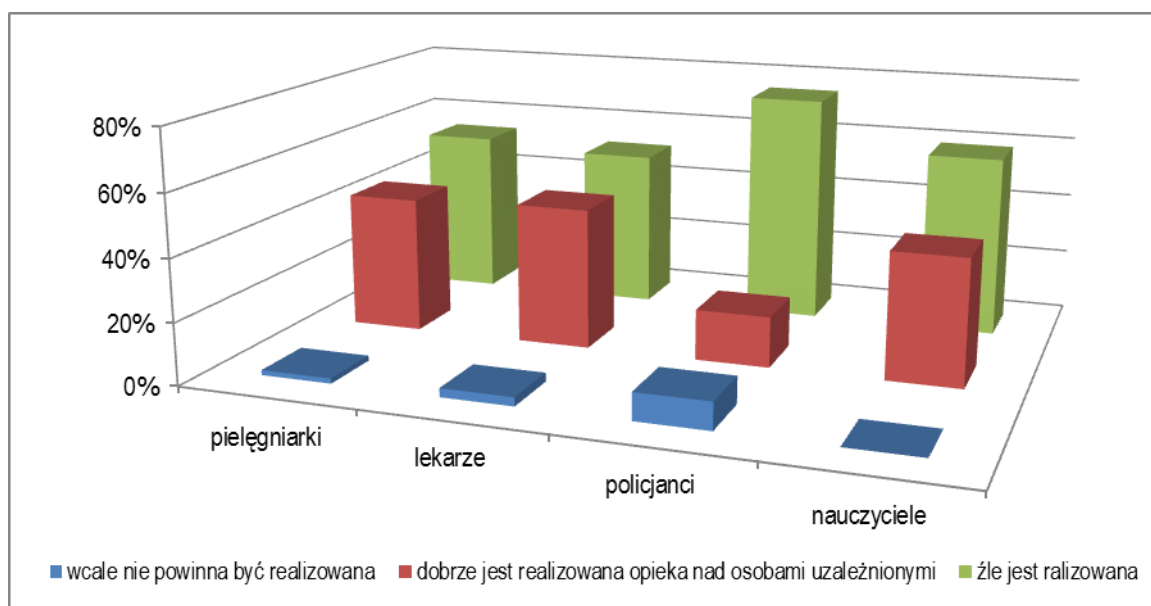
Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 25,3948, df=3, p=0,000013.

Podsumowując, największą znajomość aktów prawnych deklarowali policjanci, a w mniejszym odsetku lekarze i pielęgniarki. 57,7% badanych skłonna była ukarać osoby uzależnione za kryminogenne zachowania pod wpływem narkotyków, a nie za ich posiadanie. Większość respondentów 90,5% była zdania, że prawo w stosunku do zjawiska narkomanii powinno być bardziej restrykcyjne a narkomanię należy zwalczać metodami prohibicji (64,4%). W opinii 90,1% badanych osób karani powinni być dilerzy narkotykowi, a w niewielkim odsetku producenci substancji psychoaktywnych. Uczniowie, studenci zajmujący się handlem narkotyków w opinii 88,9% badanych powinni być relegowani z uczelni i szkół. 87,7% respondentów nie dopuszczała możliwości posiadania narkotyków na tak zwany własny użytek, a 89,7% sprzeciwiła się też możliwości legalnego zdobywania narkotyku za odpowiednio wysoka cenę. Badani w 82,6% negatywnie ustosunkowali się do możliwości wolnego rynku narkotyków i ponoszenia odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie przez jednostkę. 61,7% ankietowanych dopuszczała możliwość zastosowanie przymusu leczenia wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

V.1.4. STOSUNEK DO ZAGROŻEŃ I SPOSOBÓW LECZENIA

Jak każda choroba tak i narkomania powoduje, iż stawiane są pytania odnośnie zagrożeń, sposobu leczenia, instytucji, które takie leczenie prowadzą. Stosunek badanych osób do wyżej postawionych kwestii znalazł odzwierciedlenie w odpowiedziach na sformułowane problemy.

48,6% badanych osób była przekonana o możliwości wyleczenia narkomana, 34,8% stwierdziła, że jest to niemożliwe, a 16,6% nie miało zdania na ten temat.



Ryc. 16. Sprawowanie opieki nad uzależnionymi od substancji psychoaktywnych w opinii badanych grup zawodowych.

61,6% ankietowanych stwierdziła, że opieka nad osobami uzależnionymi jest realizowana źle, 34,8% uznała, że dobrze, a w opinii 3,6% wcale nie powinna być realizowana. Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć zawód i miejsce zamieszkania badanych. 56,3% kobiet i 69,6% mężczyzn uważało, że opieka nad uzależnionymi jest źle realizowana. Odmienne zdanie na ten temat posiadało 41,7% kobiet i 24,5% mężczyzn. 2% kobiet i 5,9% mężczyzn uznała, iż opieka nad uzależnionymi od narkotyków wcale nie powinna być realizowana (χ^2 Pearsona: 9,53297, df=2, p=0,008512). 74,7% policjantów 59% nauczycieli, 54,1% pielęgniarek i 51,4% lekarzy wyraziła negatywną opinię o realizowanej opiece w stosunku do narkomanów. 45,7% lekarzy, 44,3% pielęgniarek 41% nauczycieli i 16,4% policjantów zajęła odmienne stanowisko w tej kwestii, natomiast 8,9% policjantów, 2,9% lekarzy i 1,6% pielęgniarek uznała, iż opieka nad narkomanami

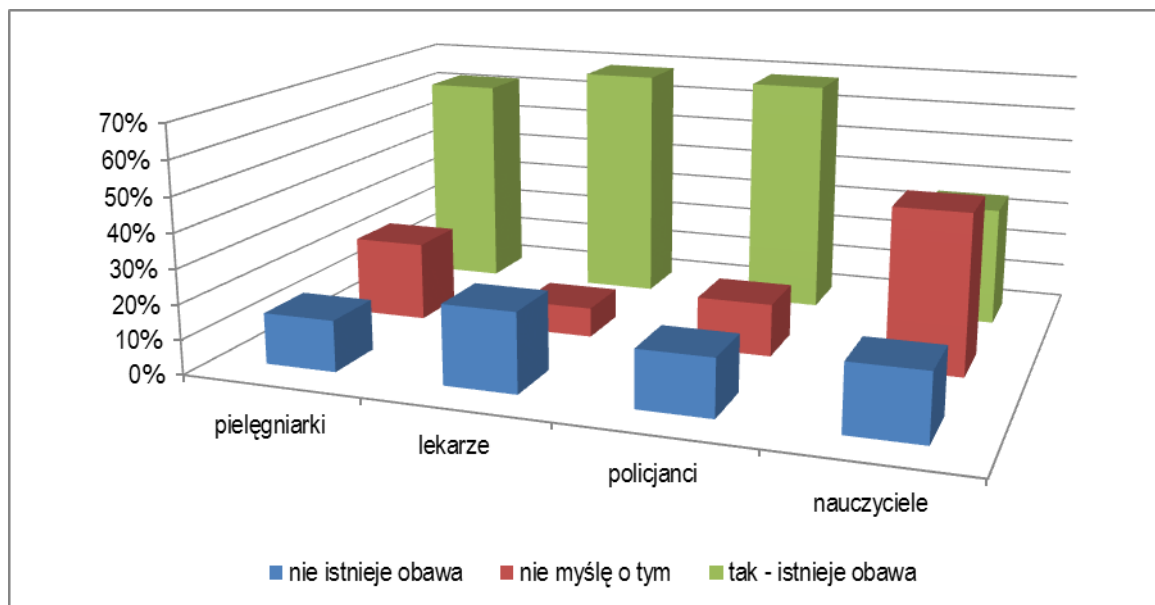
wcale nie powinna być realizowana (Tab. 25., Ryc. 16). 64,8% respondentów zamieszkujących miasto i 56% mieszkających na terenach wiejskich opiekę nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych uważały za źle realizowaną. 44% zamieszkujących wieś i 29,6% mieszkających w mieście była przekonana o dobrze sprawowanej opiece, natomiast 5,6% mieszkających w mieście wcale nie widziało celowości sprawowania takiej opieki (χ^2 Pearsona: 9,22086, df=2, p=0,009950).

Tab. 25. Opinia na temat realizacji opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Realizacji opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych	wcale nie powinna być realizowana	dobrze	źle	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	1	27	33	61
Oczekiwane- pielęgniarki	2,170	21,217	37,613	61
% (kolumna)	11,1%	30,7%	21,1%	
% (wiersz)	1,6%	44,3%	54,1%	
% (całość)	0,4%	10,7%	13%	24,1%
N- lekarze	1	16	18	35
Oczekiwane- lekarze	1,245	12,174	21,581	35
% (kolumna)	11,1%	18,2%	11,5%	
% (wiersz)	2,9%	45,7%	51,4%	
% (całość)	0,4%	6,3%	7,1%	13,8%
N- policjanci	7	13	59	79
Oczekiwane- policjanci	2,810	27,478	48,712	79
% (kolumna)	77,8%	14,8%	37,8%	
% (wiersz)	8,9%	16,4%	74,7%	
% (całość)	2,8%	5,1%	23,3%	31,2%
N- nauczyciele	0	32	46	78
Oczekiwane- nauczyciele	2,775	27,130	48,095	78
% (kolumna)	0%	36,3%	29,5%	
% (wiersz)	0%	41%	59%	
% (całość)	0%	12,6%	18,2%	30,8%
Σ - kolumna	9	88	156	253
%- całość (kolumna)	3,6%	34,8%	61,6%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 24,4053, df=6, p=0,000440.

W kontaktach z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych badane osoby w 56,5% obawiały się zakażeń wirusami HIV i WZW C, 17,8% respondentów nie wyraziła takich obaw, a 25,7% stwierdziła, że nie myślała o tym. Zawód i wykształcenie wpłynęły na różnice w odpowiedziach. 68,6% lekarzy, 68,3% policjantów, 62,3% pielęgniarek i 34,6% nauczycieli obawiała się zakażeń wirusami HIV i hepatotropowymi podczas kontaktu z narkomanem. Odmienne stanowisko prezentowało 22,8% lekarzy, 19,2% nauczycieli, 16,5% policjantów i 14,7% pielęgniarek. Nie myślało o tej kwestii 46,1% nauczycieli, 22,9% pielęgniarek, 15,2% policjantów i 8,6% lekarzy (Tab. 26., Ryc. 17.).



Ryc. 17. Postawy wobec zakażeń wirusem HIV i wirusami WZW w opinii badanych grup zawodowych.

Tab. 26. Obawa w kontakcie z narkomanem zakażenia się wirusem HIV i wirusami WZW wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Obawa w kontakcie z narkomanem zakażenia się wirusem HIV i wirusami WZW	tak - istnieje	nie myślę o tym	nie istnieje	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	38	14	9	61
Oczekiwane- pielęgniarki	34,478	15,672	10,850	61
% (kolumna)	26,6%	21,5%	20%	
% (wiersz)	62,3%	22,9%	14,7%	
% (całość)	15%	5,5%	3,6%	24,1%
N- lekarze	24	3	8	35
Oczekiwane- lekarze	19,783	8,992	6,225	35
% (kolumna)	16,8%	4,6%	17,8%	
% (wiersz)	68,6%	8,6%	22,8%	
% (całość)	9,5%	1,2%	3,2%	13,9%
N- policjanci	54	12	13	79
Oczekiwane- policjanci	44,652	20,296	14,051	79
% (kolumna)	37,7%	18,5%	28,9%	
% (wiersz)	68,3%	15,2%	16,5%	
% (całość)	21,3%	4,7%	5,1%	31,1%
N- nauczyciele	27	36	15	78
Oczekiwane- nauczyciele	44,087	20,039	13,874	78
% (kolumna)	18,9%	55,4%	33,3%	
% (wiersz)	34,6%	46,1%	19,2%	
% (całość)	10,7%	14,2%	5,9%	30,8%
Σ - kolumna	143	65	45	253
%- całość (kolumna)	56,5%	25,7%	17,8%	

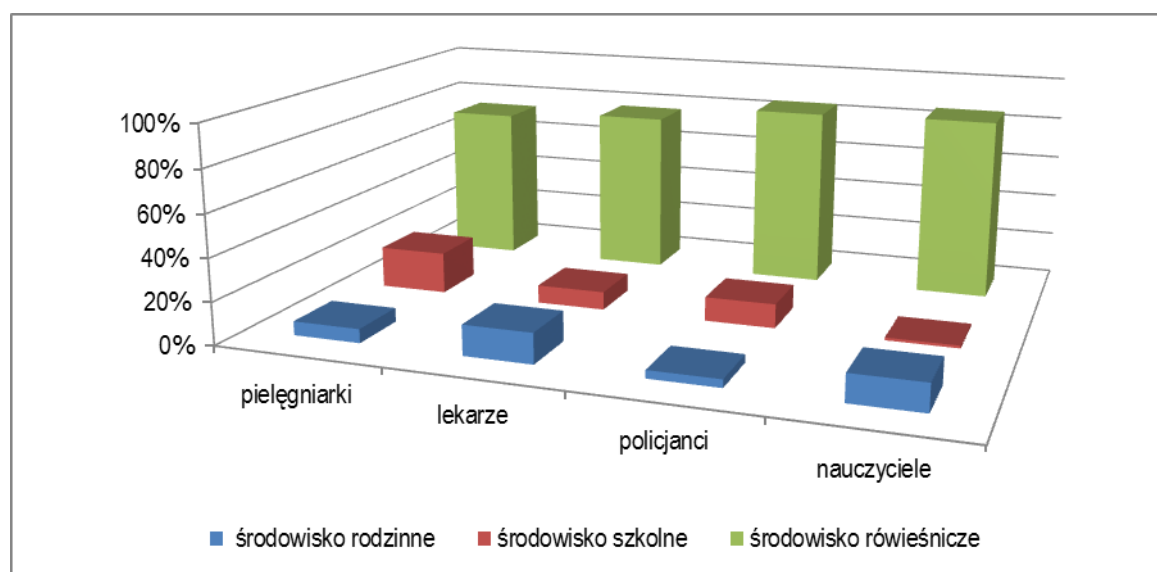
Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 31,1040, df=6, p=0,000024.

67,6% respondentów z wykształceniem średnim i 49% z wyższym obawia się zakażeń wyżej wymienionymi wirusami w kontaktach z osobami uzależnionymi od narkotyków. 14,7% badanych legitymujących się wykształceniem średnim i 19,9% z wykształceniem wyższym nie miało takich obaw. 31,1% ankietowanych

z wykształceniem wyższym i 17,6% z wykształceniem średnim nie myślało o tym podczas kontaktów z osobą uzależnioną (χ^2 Pearsona: 8,95923, df=2, p=0,011340).

Na przyjaźń swojego dziecka z rówieśnikiem uzależnionym od narkotyków nie wyraziłoby zgody 87,7% badanych osób a 12,2% była odmiennego zdania. Istotnie statystycznie różne wykazane zostały w odpowiedziach ze względu na wiek. Respondenci w wieku 20 do 30 lat w 85,1% nie zezwoliliby na przyjaźń z uzależnionym od narkotyków. Osoby badane w przedziale wiekowym 31 - 40 lat w 94,8% nie chcieliby przyjaźni swego dziecka z narkomanem. Badani w wieku od 41 do 50 roku życia w 83,1% nie dopuszczali możliwości przyjaźni z narkomanem, a powyżej 50 roku życia w 68,4% nie daliby takiej zgody (χ^2 Pearsona: 13,7411, df=3, p=0,003281).

W przekonaniu 81,4% badanych osób największy wpływ na rozwój narkomanii ma środowisko rówieśnicze, w mniejszym stopniu szkolne (9,9% osób ankietowanych) i rodzinne (8,7% respondentów). Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na zawód i wykształcenie ankietowanych. 86% nauczycieli i 84,8% policjantów, 77,1% lekarzy i 73,8% pielęgniarek wyraziło pogląd, że największy wpływ na rozwój uzależnienia ma środowisko rówieśnicze. 19,7% pielęgniarek, 11,4% policjantów, 8,6% lekarzy oraz 1,2% nauczycieli było zdania, że środowisko szkolne najbardziej sprzyja rozwojowi uzależnienia od substancji psychoaktywnych. 14,3% lekarzy, 12,8% nauczycieli, 6,5% pielęgniarek i 3,8% policjantów wyraziła opinię, iż na rozwój narkomanii największy wpływ wywiera środowisko rodzinne (Tab. 27., Ryc.18.).



Ryc. 18. Wpływ środowiska na rozwój narkomanii w opinii badanych grup zawodowych.

Tab. 27. Wpływu różnych środowisk na rozwój narkomanii w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów i nauczycieli.

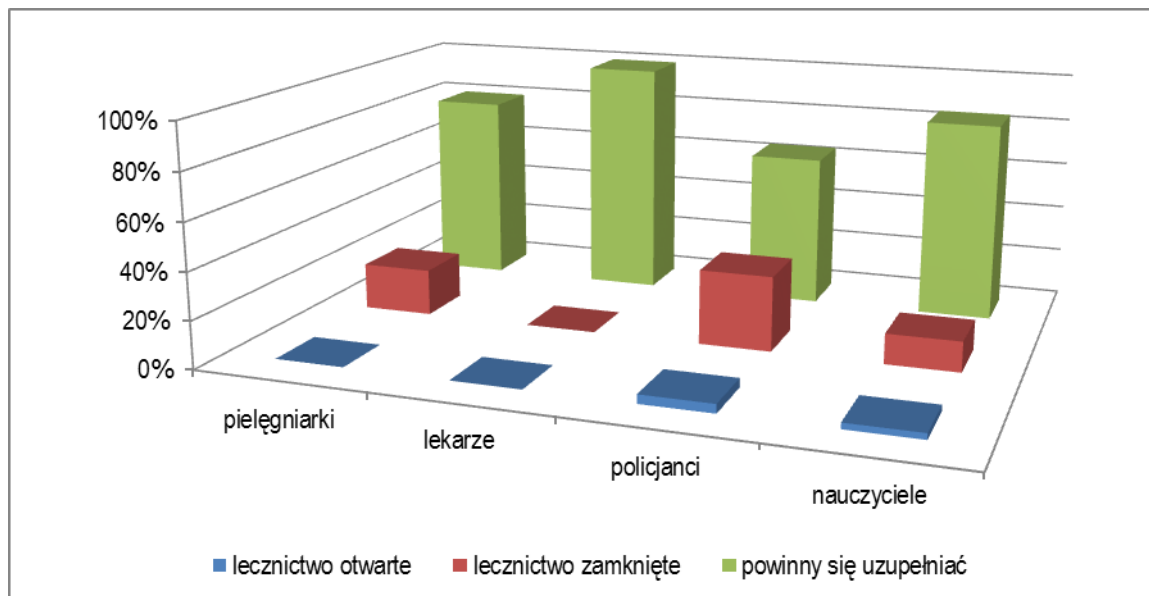
największy wpływ na rozwój narkomanii	środowisko rówieśnicze	środowisko szkolne	środowisko rodzinne	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	45	12	4	61
Oczekiwane- pielęgniarki	49,668	6,028	5,304	61
% (kolumna)	21,8%	48%	18,2%	
% (wiersz)	73,8%	19,7%	6,5%	
% (całość)	17,8%	4,7%	1,6%	24,1%
N- lekarze	27	3	5	35
Oczekiwane- lekarze	28,498	3,459	3,043	35
% (kolumna)	13,1%	12%	22,7%	
% (wiersz)	77,1%	8,6%	14,3%	
% (całość)	10,6%	1,2%	2%	13,8%
N- policjanci	67	9	3	79
Oczekiwane- policjanci	64,324	7,806	6,870	79
% (kolumna)	32,5%	36%	13,6%	
% (wiersz)	84,8%	11,4%	3,8%	
% (całość)	26,5%	3,6%	1,2%	31,3%
N- nauczyciele	67	1	10	78
Oczekiwane- nauczyciele	63,510	7,707	6,783	78
% (kolumna)	32,5%	4%	45,4%	
% (wiersz)	86%	1,2%	12,8%	
% (całość)	26,5%	0,4%	3,9%	30,8%
Σ - kolumna	206	25	22	253
%- całość (kolumna)	81,4%	9,9%	8,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 18,1030, df=6, p=0,005983.

Największy wpływ na rozwój narkomanii w przekonaniu 82,8% osób z wykształceniem wyższym ma środowisko rówieśnicze, taką opinię podzielały osoby z wykształceniem średnim w 79,4%. 17,6% osób badanych z wykształceniem średnim i 4,6% z wykształceniem wyższym wyraziło pogląd, iż na rozwój uzależnienia od substancji psychoaktywnych największy wpływ ma środowisko szkolne. 2,9% respondentów z wykształceniem średnim i 12,6% badanych z wykształceniem wyższym było zdania, że środowisko rodzinne wpływa najmocniej na rozwój narkomanii (χ^2 Pearsona: 17,0228, df=2, p=0,000201).

Leczeniem uzależnionych od narkotyków powinien zajmować w opinii 18,6% respondentów pion lecznictwa zamkniętego, w przekonaniu 2% pion lecznictwa otwartego a w opinii 79,4% badanych powinny się uzupełniać. Determinantem odpowiedzi był zawód ankietowanych osób. 31,6% policjantów, 19,7% pielęgniarek i 12,8% nauczycieli było zdania, że leczenie powinno odbywać się w warunkach lecznictwa zamkniętego. 2,6% nauczycieli i 3,8% policjantów bała zdania, że leczenie narkomana można prowadzić w warunkach ambulatoryjnych. 100% lekarzy, 84,6% nauczycieli, 80,3% pielęgniarek i 64,6% policjantów wyraziło opinię,

że leczenie zamknięte jak i ambulatoryjne powinno uzupełniać się w leczeniu narkomanów (Tab. 28., Ryc. 19.).



Ryc. 19. Leczenie uzależnionych od substancji psychoaktywnych w opinii badanych grup zawodowych.

Tab. 28. Najwłaściwszy rodzaj pionu leczenie osób uzależnionych od narkotyków w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

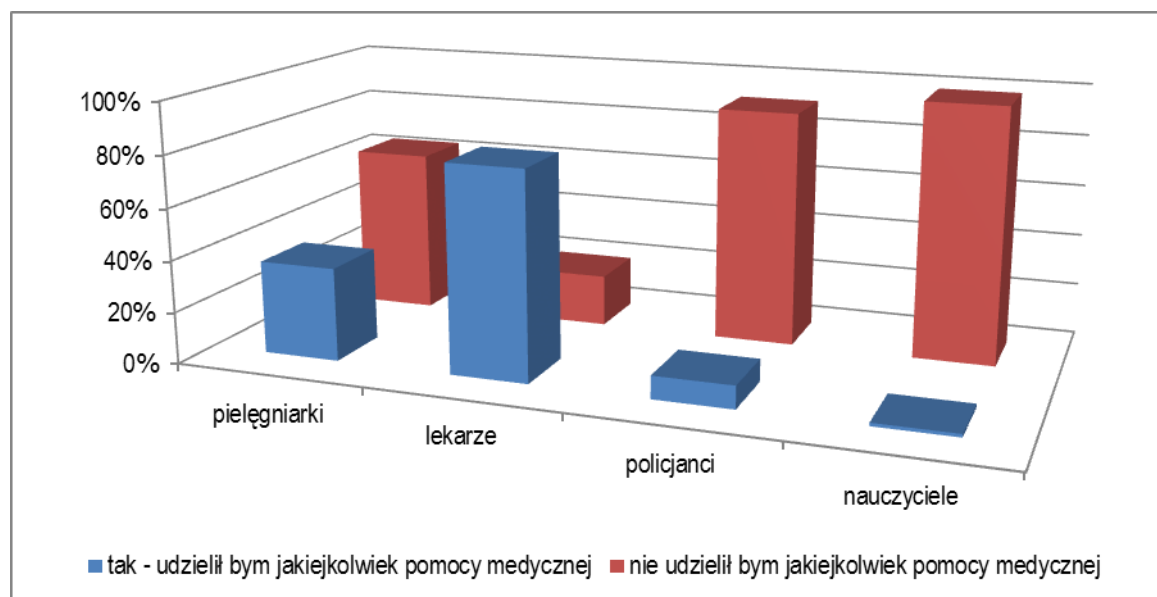
Najwłaściwszy rodzaj pionu leczenie osób uzależnionych od narkotyków	lecznictwa zamkniętego	powinny się uzupełniać	lecznictwo otwarte	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	12	49	0	61
Oczekiwane- pielęgniarki	11,332	48,462	1,206	61
% (kolumna)	25,5%	24,4%	0%	
% (wiersz)	19,7%	80,3%	0%	
% (całość)	4,7%	19,4%	0%	24,1%
N- lekarze	0	35	0	35
Oczekiwane- lekarze	6,502	27,806	0,692	35
% (kolumna)	0%	17,4%	0%	
% (wiersz)	0%	100%	0%	
% (całość)	0%	13,8%	0%	13,8%
N- policjanci	25	51	3	79
Oczekiwane- policjanci	14,676	62,763	1,561	79
% (kolumna)	53,2%	25,4%	60%	
% (wiersz)	31,6%	64,6%	3,8%	
% (całość)	9,9%	20,1%	1,2%	31,2%
N- nauczyciele	10	66	2	78
Oczekiwane- nauczyciele	14,490	61,968	1,542	78
% (kolumna)	21,3%	32,8%	40%	
% (wiersz)	12,8%	84,6%	2,6%	
% (całość)	3,9%	26,1%	0,8%	30,8%
Σ - kolumna	47	201	5	253
%- całość (kolumna)	18,6%	79,4%	2%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 22,8888, df=6, p=0,000835.

Reasumując, 81,4% badanych osób stwierdziła, że na rozwój uzależnienia od środków psychoaktywnych największy wpływ ma środowisko rówieśnicze w mniejszym stopniu szkolne i rodzinne. 87,7% ankietowanych nie zezwoliłoby na przyjaźń swego dziecka z uzależnionym od narkotyków. Leczenie narkomanii w opinii 79,4% respondentów powinno być prowadzone zarówno przez ambulatoria jak i szpitale, jako dwie uzupełniające się metody. 48,6% badanych była przekonana, że narkomana można wyleczyć pomimo opinii 61,6% respondentów o źle realizowanej opiece w stosunku do narkomanów. 56,5% badanych obawiała się zakażeń wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi podczas kontaktów z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych.

V.1.5. GOTOWOŚĆ NIESIENIA POMOCY

77,1% badanych osób nie udzieliło uzależnionym od narkotyków żadnej pomocy medycznej. Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na wykonywany zawód. 98,7% nauczycieli, 91,1% policjantów, 63,9% pielęgniarek i 20% lekarzy zaprzeczyło udzielaniu jakiegokolwiek pomocy medycznej osobom uzależnionym od narkotyków (Tab. 29., Ryc. 20.).



Ryc. 20. Opinia o udzieleniu pomocy przez badane grupy zawodowe dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Tab. 29. Udzielanie jakiegokolwiek pomocy medycznej osobie uzależnionej od narkotyków wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Udzielanie jakiegokolwiek pomocy medycznej osobie uzależnionej od narkotyków	nie	tak	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	39	22	61
Oczekiwane- pielęgniarki	47,016	13,984	61
% (kolumna)	20%	37,9%	
% (wiersz)	63,9%	36,1%	
% (całość)	15,4%	8,7%	24,1%
N- lekarze	7	28	35
Oczekiwane- lekarze	26,976	8,024	35
% (kolumna)	3,6%	48,3%	
% (wiersz)	20%	80%	
% (całość)	2,8%	11,1%	13,9%
N- policjanci	72	7	79
Oczekiwane- policjanci	60,889	18,111	79
% (kolumna)	36,9%	12,1%	
% (wiersz)	91,1%	8,9%	
% (całość)	28,4%	2,8%	31,2%
N- nauczyciele	77	1	78
Oczekiwane- nauczyciele	60,119	17,881	78
% (kolumna)	39,5%	1,7%	
% (wiersz)	98,7%	1,3%	
% (całość)	30,4%	0,4%	30,8%
Σ - kolumna	195	58	253
%- całość (kolumna)	77,1%	22,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 100,009, df=3, p=0,00000.

77,5% respondentów nie podejmowała żadnych działań prewencyjnych w stosunku do osób uzależnionych od narkotyków a zajmujących się ich handlem. Istotnie statystycznie różne odpowiedzi pojawiły się w kategorii płeć, wykształcenie i zawód. 85,4% kobiet i 65,7% mężczyzn nie podejmowało działań prewencyjnych (χ^2 Pearsona: 13,5971, df=1, p=0,000227). 96,1% nauczycieli, 86,9% pielęgniarek, 68,6% lekarzy i 55,7% policjantów nie podjęła żadnych działań prewencyjnych w stosunku do narkomanów handlujących środkami narkotycznymi (Tab. 30.). Działania prewencyjne nie podejmowały 82,8% badane osoby legitymujące się wykształceniem wyższym i 69,6% osoby z wykształceniem średnim (χ^2 Pearsona: 6,05308, df=1, p=0,013884).

W przekonaniu 68,8% ankietowanych profilaktykę narkomanii należy rozpocząć w szkole podstawowej, 24,1% badanych osób opowiedziało się za profilaktyką uzależnień w wieku przedszkolnym, a 7,1% w wieku gimnazjalnym. Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć ankietowanych. 69,5% kobiet i 67,6% mężczyzn uznało za właściwe rozpoczęcie profilaktyki narkomanii w szkole podstawowej. W opinii 26,5% kobiet i 20,6% mężczyzn

przedszkole było właściwym miejscem rozpoczęcia prowadzenia profilaktyki narkomanii. 4% kobiet i 11,8% mężczyzn uznało wiek gimnazjalny za właściwy do rozpoczęcia profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych (χ^2 Pearsona: 6,10520, df=2, p=0,047240).

Tab. 30. Podejmowane działania prewencyjne w stosunku do osoby uzależnionej lub zajmującej się handlem narkotyków wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Podejmowane działania prewencyjne w stosunku do osoby uzależnionej lub zajmującej się handlem narkotyków	nie	tak	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	53	8	61
Oczekiwane- pielęgniarki	47,257	13,743	61
% (kolumna)	27%	14%	
% (wiersz)	86,9%	13,1%	
% (całość)	20,9%	3,2%	24,1%
N- lekarze	24	11	35
Oczekiwane- lekarze	27,115	7,885	35
% (kolumna)	12,2%	19,3%	
% (wiersz)	68,6%	31,4%	
% (całość)	9,5%	4,3%	13,8%
N- policjanci	44	35	79
Oczekiwane- policjanci	61,202	17,798	79
% (kolumna)	22,4%	61,4%	
% (wiersz)	55,7%	44,3%	
% (całość)	17,4%	13,8%	31,2%
N- nauczyciele	75	3	78
Oczekiwane- nauczyciele	60,427	17,573	78
% (kolumna)	38,3%	5,3%	
% (wiersz)	96,1%	3,9%	
% (całość)	29,6%	1,2%	30,8%
Σ - kolumna	196	57	253
%- całość (kolumna)	77,5%	22,5%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 41,7453, df=3, p=0,000000.

Ankietowane osoby w 73,5% wyraziły niechęć do pracy z uzależnionymi od narkotyków. 12,2% respondentów chciałby pracować z narkomanami, gdyż może im pomóc, a 14,2% odmówiła takiej współpracy, gdyż nie była w stanie pomóc osobie uzależnionej od narkotyków. Ilość lat przepracowanych w zawodzie była determinantem różnic w udzielonych odpowiedziach. Respondenci, którzy przepracowali do 9 lat w zawodzie w 72,4% oraz 65,1% ze stażem pracy od 10 do 14 lat, 74% ze stażem od 15 do 18 lat, 86% ze stażem od 19 do 24 lat oraz 70,7% ze stażem od 25 do 40 lat nie byli zainteresowani pracą z osobami uzależnionymi od narkotyków. Chęć współpracy z narkomanami wyraziło 17,1% ankietowanych ze stażem pracy do 9 lat, 18,6% ze stażem od 10 do 14 lat, 2% ze stażem od 15 do 18 lat, 4,6% ze stażem od 19 do 24 lat i 17,1% ze stażem pracy od 25 do 40 lat.

Nie chciały współpracy z narkomanami, gdyż nie były w stanie im pomóc, ankietowane osoby w 10,5%, które przepracowały w zawodzie do 9 lat. Takie samo stanowisko zajęli badani w 16,3%, którzy przepracowali w zawodzie od 10 do 14 lat, w 24% legitymujący się stażem pracy w przedziale od 15 do 18 lat, w 9,3% ze stażem pracy od 19 do 24 lat oraz 12,2% ze stażem pracy od 25 do 40 lat (χ^2 Pearsona: 16,4275, $df=8$, $p=0,036665$).

51% badanych osób nie widziało przeciwwskazań do istnienia ośrodka dla osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV. Różnice w udzielanych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć, zawód i wykształcenie. 59,6% kobiet i 38,2% mężczyzn nie widziało przeszkód sąsiedztwa ośrodka dla narkomanów i zakażonych wirusem HIV (χ^2 Pearsona: 11,1221, $df=1$, $p=0,000853$). Nie widziało przeciwwskazań do istnienia takiego ośrodka 71,4% lekarzy 62,3% pielęgniarek, 51,3% nauczycieli, i 32,9% policjantów (Tab. 31.).

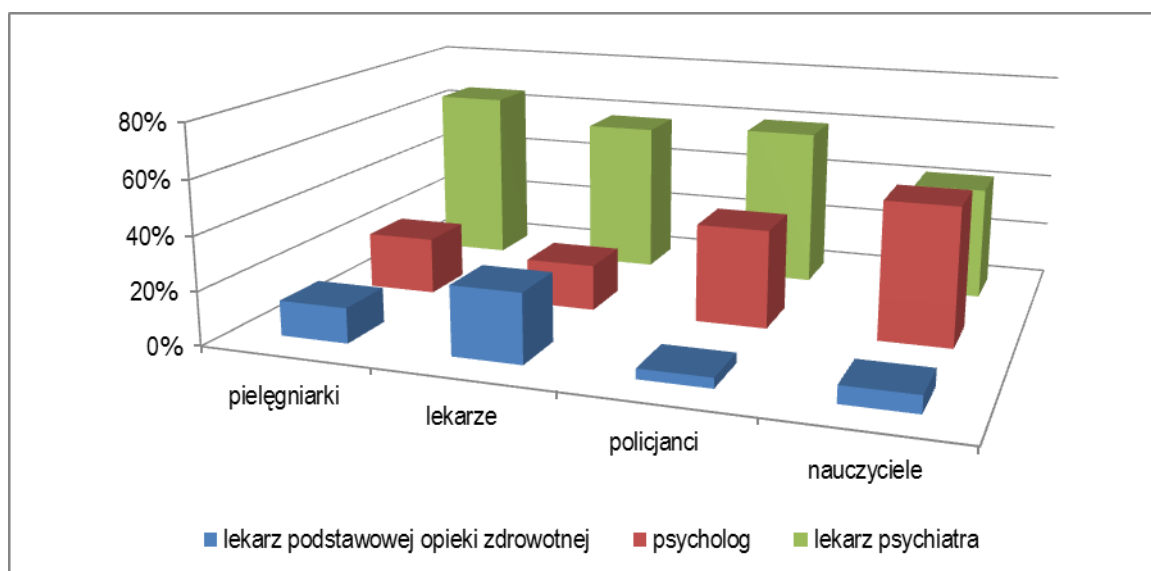
Tab. 31. Opinia na temat sąsiedztwa ośrodka osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Sąsiedztwo ośrodka osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV	nie powinno być takiego ośrodka w sąsiedztwie	tak – jest możliwość sąsiedztwa takiego ośrodka	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	23	38	61
Oczekiwane- pielęgniarki	29,897	31,103	61
% (kolumna)	18,5%	29,4%	
% (wiersz)	37,7%	62,3%	
% (całość)	9,1%	15%	24,1%
N- lekarze	10	25	35
Oczekiwane- lekarze	17,154	17,846	35
% (kolumna)	8,1%	19,4%	
% (wiersz)	28,6%	71,4%	
% (całość)	3,9%	9,9%	13,8%
N- policjanci	53	26	79
Oczekiwane- policjanci	38,719	40,281	79
% (kolumna)	42,7%	20,2%	
% (wiersz)	67,1%	32,9%	
% (całość)	20,9%	10,3%	31,2%
N- nauczyciele	38	40	78
Oczekiwane- nauczyciele	38,229	39,771	78
% (kolumna)	30,6%	31%	
% (wiersz)	48,7%	51,3%	
% (całość)	15%	15,8%	30,8%
Σ - kolumna	124	129	253
%- całość (kolumna)	49%	51%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 19,3050, $df=3$, $p=0,000237$.

43,1% ankietowanych z wykształceniem średnim i 56,3% z wykształceniem wyższym zgodziłaby się na sąsiedztwo placówki zajmującej się leczeniem osób uzależnionych i zakażonych wirusem HIV (χ^2 Pearsona: 4,21513, $df=1$, $p=0,040068$).

W przekonaniu 55,3% respondentów leczeniem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych powinien zajmować się lekarz psychiatra. 34,8% ankietowanych problem leczenia pozostawiłaby w gestii psychologa, a 9,9% w obowiązkach lekarza podstawowej opieki medycznej.



Ryc. 21. Opinia badanych grup zawodowych co do lekarza prowadzącego leczenie uzależnionych.

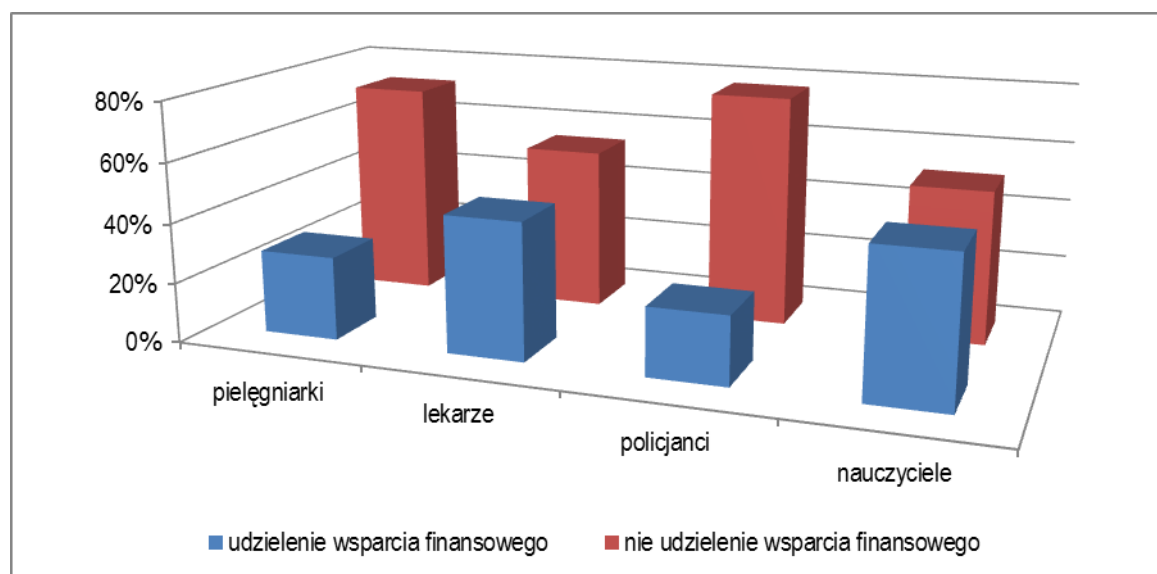
Tab. 32. Opinia na temat, kto powinien zajmować się leczeniem narkomanów, wśród pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Kto winien zajmować się leczeniem narkomanów?	psycholog	lekarz psychiatra	lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	Σ - wiersz
N- pielęgniarki	13	40	8	61
Oczekiwane- pielęgniarki	21,217	33,755	6,028	61
% (kolumna)	14,8%	28,5%	32%	
% (wiersz)	21,3%	65,6%	13,1%	
% (całość)	5,1%	15,8%	3,2%	24,1%
N- lekarze	6	20	9	35
Oczekiwane- lekarze	12,174	19,368	3,458	35
% (kolumna)	6,8%	14,3%	36%	
% (wiersz)	17,1%	57,1%	25,7%	
% (całość)	2,4%	7,9%	3,5%	13,8%
N- policjanci	29	47	3	79
Oczekiwane- policjanci	27,478	43,715	7,806	79
% (kolumna)	32,9%	33,6%	12%	
% (wiersz)	36,7%	59,5%	3,8%	
% (całość)	11,4%	18,6%	1,2%	31,2%
N- nauczyciele	40	33	5	78
Oczekiwane- nauczyciele	27,130	43,162	7,708	78
% (kolumna)	45,4%	23,6%	20%	
% (wiersz)	51,3%	42,3%	6,4%	
% (całość)	15,8%	13%	2%	30,8%
Σ - kolumna	88	140	25	253
%- całość (kolumna)	34,8%	55,3%	9,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 29,7529, df=6, p=0,000044.

Różnice w udzielanych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć i zawód ankietowanych. 53% kobiet i 58,8% mężczyzn leczenie narkomanów pozostawiłoby w gestii lekarza psychiatry. 13,9% kobiet i 3,9% mężczyzn leczenie uzależnionych od środków psychoaktywnych powierzyłoby lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. 33,1% kobiet i 37,2% mężczyzn leczeniem narkomanów powinien zajmować się psycholog (χ^2 Pearsona: 6,81918, $df=2$, $p=0,033059$). Leczenie narkomanów w gestii lekarza psychiatry pozostawiłoby 65,6% pielęgniarek, 59,5% policjantów, 57,1% lekarzy, 42,3% nauczycieli. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien zajmować się leczeniem narkomanów w przekonaniu 25,7% lekarzy, 13,1% pielęgniarek, 6,4% nauczycieli i 3,8% policjantów. Leczenie uzależnionych od substancji psychoaktywnych psychologowi pozostawiłoby 51,3% nauczycieli, 36,7% policjantów, 21,3% pielęgniarek i 17,1% lekarzy (Tab. 32., Ryc. 21.).

Osoby ankietowane w 64,8% nie udzieliłyby wsparcia finansowego uzależnionemu od substancji psychoaktywnych będącego w stanie abstynencji. Zawód wykonywany przez ankietowanych i wykształcenie wpłynęło na różnice w udzielanych odpowiedziach. 77,4% respondentów mających wykształcenie średnie oraz 56,3% legitymujących się wykształceniem wyższym odmówiło wsparcia finansowego uzależnionemu od narkotyków choć taka osoba pozostawała w stanie abstynencji (χ^2 Pearsona: 11,9530, $df=1$, $p=0,000546$). 77,2% policjantów, 72,1% pielęgniarek, 54,3% lekarzy, 51,3% nauczycieli nie udzieliłaby wsparcia finansowego narkomanowi w stanie abstynencji (Tab. 33., Ryc. 22.).



Ryc. 22. Opinia na temat wsparcia i finansowania osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych wśród badanych grup zawodowych.

Tab. 33. Możliwość udzielania wsparcia finansowego osobie uzależnionej będącej w stanie abstynencji w opinii pielęgniarek, lekarzy, policjantów, nauczycieli.

Możliwość udzielania wsparcia finansowego osobie uzależnionej będącej w stanie abstynencji	nie	tak	Σ - wiersz
N- pielęgniarce	44	17	61
Oczekiwane- pielęgniarce	39,542	21,458	61
% (kolumna)	26,8%	19,1%	
% (wiersz)	72,1%	27,9%	
% (całość)	17,4%	6,7%	24,1%
N- lekarze	19	16	35
Oczekiwane- lekarze	22,688	12,312	35
% (kolumna)	11,6%	18%	
% (wiersz)	54,3%	45,7%	
% (całość)	7,5%	6,3%	13,8%
N- policjanci	61	18	79
Oczekiwane- policjanci	51,209	27,791	79
% (kolumna)	37,2%	20,2%	
% (wiersz)	77,2%	22,8%	
% (całość)	24,1%	7,1%	31,2%
N- nauczyciele	40	38	78
Oczekiwane- nauczyciele	50,561	27,439	78
% (kolumna)	24,4%	42,7%	
% (wiersz)	51,3%	48,7%	
% (całość)	15,8%	15%	30,8%
Σ - kolumna	164	89	253
%- całość (kolumna)	64,8%	35,2%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 14,7251, df=3, p=0,002068.

Podsumowując, 77,1% badanych osób nie udzielała żadnej pomocy medycznej uzależnionym od substancji psychoaktywnych (głównie nauczyciele i policjanci). Ponad 77% ankietowanych nie podejmowała żadnych działań prewencyjnych w stosunku do narkomanów. Wiek w okresie szkoły podstawowej, w przekonaniu 68,8% badanych został uznany za optymalny do rozpoczęcia profilaktyki narkomanii. 73,5% ankietowanych nie wyraziła chęci współpracy z uzależnionymi od narkotyków, gdyż nie widziała możliwości pomocy. Około 51% ankietowanych nie widziała przeciwwskazań do istnienia placówki zajmującej się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV w ich miejscu zamieszkania. Ponad 55% ankietowanych leczenie uzależnionych od narkotyków pozostawiłoby w gestii lekarza psychiatry. Około 65% badanych odmówiła wsparcia finansowego narkomanowi będącemu w stanie abstynencji.

V.2. OPINIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych podejmują walkę z nałogiem z różnych powodów i z różnym skutkiem. Potrzebują pomocy i wsparcia osób bliskich a także instytucji, które zajmują się pomocą wyjścia z nałogu. Jak postrzegana jest ta pomoc przez osoby uzależnione i kto ma największy wpływ na próby podjęcia walki z uzależnieniem zostaną przedstawione w poniższym rozdziale.

O podjęciu leczenia uzależnienia 48,6% ankietowanych zdecydowała się po namowach innych osób, 25,7% sama podjęła decyzję o leczeniu ze względu na skutki somatyczne i psychiczne, 22% pod presją zdecydowała się na leczenie, a 3,7% wbrew własnej woli. Wiek i uzależnienie od marihuany determinowały różnice w udzielanych odpowiedziach. Za namową leczenie podjęły osoby w wieku: do 22 lat w 47,4%, od 23 do 25 lat w 71%, od 26 do 30 lat w 34,3% i powyżej 30 roku życia w 41,7%. 15,8% badanych do 22 roku życia oraz 12,9% w wieku od 23 do 25 lat, 48,6% w wieku od 26 do 30 lat i 16,7% powyżej 30 roku życia decyzję o leczeniu podjęła samodzielnie ze względu na skutki somatyczne i psychiczne uzależnienia. Pod presją leczenie rozpoczęło 31,6% ankietowanych do 22 roku życia, 12,9% w wieku od 23 do 25 roku życia, 17,1% w wieku od 26 do 30 roku życia i 33,3% powyżej 30 roku życia. Wbrew własnej woli leczenie podjęło 5,3% respondentów do 22 lat, 3,2% w wieku od 23 do 25 lat i 8,3% w wieku powyżej 30 lat (χ^2 Pearsona: 22,0869, $df=9$, $p=0,008613$). Ankietowane osoby w 50%, u których wystąpiło uzależnienie od marihuany decyzję o leczeniu podjęły same ze względu na konsekwencje somatyczne i psychiczne. 22,2% ankietowanych deklarujących uzależnienie od wyżej wymienionego środka leczenie podjęło za namową, u 16,7% respondentów leczenie było wynikiem presji, a u 11,1% badanych leczenie odbywało się wbrew ich woli (χ^2 Pearsona: 11,5855, $df=3$, $p=0,008949$). Odmienne stanowisko prezentowały ankietowane osoby u których nie wystąpiła w uzależnieniu marihuana. U 20,9% badanych decyzja o leczeniu została podjęta samodzielnie, u 53,8% respondentów decyzja podjęcia leczenia była wynikiem namowy, pod presją leczenie przebiegało u 23,1% ankietowanych, a 2,2% badanych podejmowało leczenie wbrew własnej woli (Tab. 34.).

Tab. 34. Sposób podjęcia leczenia u badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania marihuany.

Sposób podjęcia leczenia	wbrew woli	za namową	sam	pod presją	Σ - wiersz
N- marihuana w uzależnieniu	2	4	9	3	18
Oczekiwane- marihuana w uzależnieniu	0,661	8,752	4,624	3,963	18
% (kolumna)	50%	7,5%	32,1%	12,5%	
% (wiersz)	11,1%	22,2%	50%	16,7%	
% (całość)	1,8%	3,7%	8,3%	2,7%	16,5%
N- brak marihuany w uzależnieniu	2	49	19	21	91
Oczekiwane- brak marihuany w uzależnieniu	3,339	44,248	23,376	20,037	91
% (kolumna)	50%	92,4%	67,9%	87,5%	
% (wiersz)	2,2%	53,8%	20,9%	23,1%	
% (całość)	1,8%	45%	17,4%	19,3%	83,5%
Σ - kolumna	4	53	28	24	109
%- całość (kolumna)	3,7%	48,6%	25,7%	22%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 11,5855, df=3, p=0,008949.

Leczenie z uzależnienia podjęło za namową: lekarza 8,3% ankietowanych, rodziców 66,7%, rodzeństwa 14,3% i sympatii 10,7% badanych. Ze względu na wykształcenie respondentów wystąpiły różnice w udzielanych odpowiedziach. Pod wpływem lekarza leczenie podjęło 50% ankietowanych z wykształceniem wyższym, 12,1% z wykształceniem średnim, 5,9% z zawodowym i 3,1% z podstawowym. Za namową rodziców leczenie podjęło 63,6% badanych z wykształceniem średnim, 70,6% z zawodowym i 71,9% z podstawowym. Pod wpływem rodzeństwa leczenie rozpoczęło 18,2% respondentów z wykształceniem średnim, 23,5% z zawodowym i 6,2% z podstawowym. Za namową sympatii leczenie podjęło 50% ankietowanych z wykształceniem wyższym, 6,1% ze średnim, 18,7% z podstawowym (χ^2 Pearsona: 17,8449, df=9, p=0,037029).

Pierwszą rozmowę na temat leczenia 45,9% ankietowanych odbyła z terapeutą, z lekarzem 40,4% badanych, z psychologiem klinicznym 13,7% respondentów. Różnice istotne statystycznie wystąpiły z uwzględnieniem płci oraz obecności amfetaminy w uzależnieniu. 45,2% ankietowanych mężczyzn i 24% kobiet pierwszą rozmowę na temat leczenia odbyła z lekarzem. 39,3% mężczyzn i 68% kobiet z terapeutą oraz 15,5% mężczyzn i 8% kobiet z psychologiem klinicznym (χ^2 Pearsona: 6,39822, df=2, p=0,040803). 31,4% ankietowanych, u których wystąpiło uzależnienie od amfetaminy pierwszą rozmowę na temat leczenia odbyło z lekarzem, 48,6% z terapeutą a 20% z psychologiem klinicznym. Odmienne stanowisko w kwestii pierwszej rozmowy na temat leczenia prezentowały ankietowane osoby, które nie deklarowały spożycia

amfetaminy. 56,4% badanych pierwszą rozmowę odbyła z lekarzem, 41% z terapeutą a 2,6% z psychologiem klinicznym (Tab. 35.).

Tab. 35. Pierwsza rozmowa (fachowa porada) na temat leczenia u badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania amfetaminy.

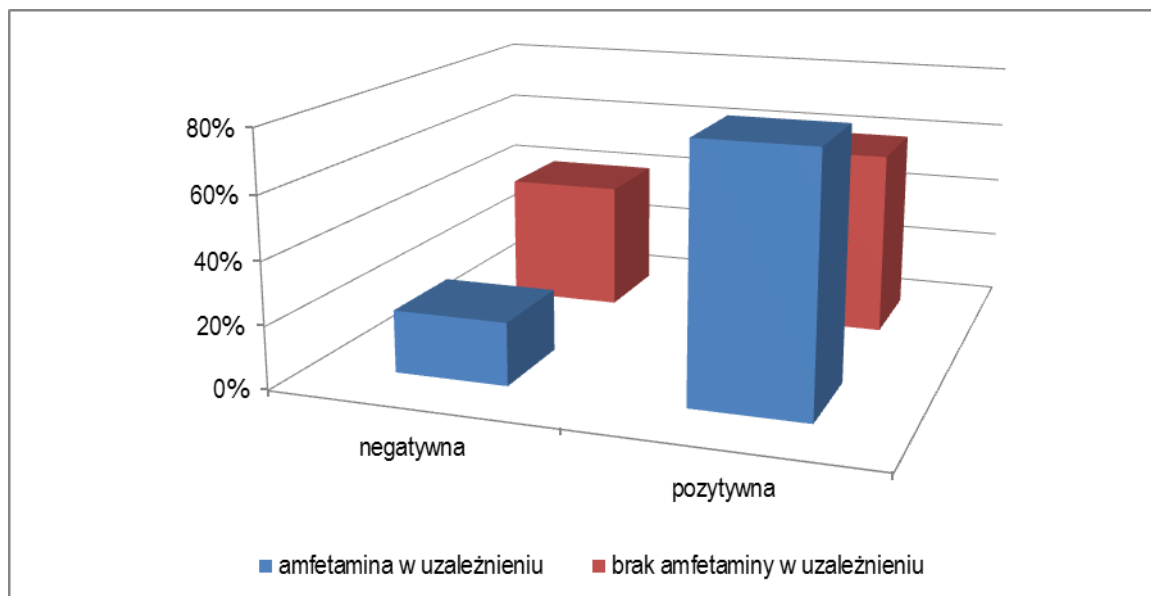
Pierwsza rozmowa (fachowa porada) na temat leczenia podjęta z:	lekarzem	terapeutą	psychologiem klinicznym	Σ - wiersz
N- amfetamina w uzależnieniu	22	34	14	70
Oczekiwane- amfetamina w uzależnieniu	28,257	32,110	9,633	70
% (kolumna)	50%	68%	93,3%	
% (wiersz)	31,4%	48,6%	20%	
% (całość)	20,2%	31,2%	12,8%	64,2%
N- brak amfetaminy w uzależnieniu	22	16	1	39
Oczekiwane- brak amfetaminy w uzależnieniu	15,743	17,890	5,367	39
% (kolumna)	50%	32%	6,7%	
% (wiersz)	56,4%	41%	2,6%	
% (całość)	20,2%	14,7%	0,9%	35,8%
Σ - kolumna	44	50	15	109
%- całość (kolumna)	40,4%	45,9%	13,7%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 9,71604, df=2, p=0,007768.

Pierwszą rozmowę na temat leczenia uzależnienia 27,5% ankietowanych odbyła w poradni uzależnień, 56% badanych w oddziale detoksykacji, 13,8% respondentów w zespole lekarza rodzinnego i 2,7% ankietowanych w ośrodku terapii uzależnień. Różnice w udzielanych odpowiedziach dotyczyły wykształcenia badanych osób. Pierwszą rozmowę na temat leczenia w poradni uzależnień odbyło 66,7% ankietowanych z wykształceniem wyższym, 28,6% z wykształceniem średnim, 26,1% z zawodowym i 24,4% z podstawowym. Oddział detoksykacji był miejscem, gdzie przeprowadzono rozmowę na temat leczenia dla 52,4% ankietowanych z wykształceniem średnim, 60,9% z zawodowym i 61% z podstawowym. Po raz pierwszy o leczeniu uzależnienia z lekarzem zespołu leczenia rodzinnego podjęło 14,3% ankietowanych z wykształceniem średnim, 13% z zawodowym i 14,6% z podstawowym. Ośrodek terapii uzależnień dla 33,3% ankietowanych z wykształceniem wyższym oraz 4,8% z wykształceniem średnim był miejscem, gdzie po raz pierwszy podjęto temat leczenia od substancji psychoaktywnych (χ^2 Pearsona: 16,9325, df=9, p=0,049797).

Osoby specjalizujące się w dziedzinie uzależnień w opinii 75,2% badanych osób szybko reagowały i starały się pomóc. W przekonaniu 72,5% ankietowanych

specjaliści byli operatywni w swoich działaniach pomocowych. Ze względu na wystąpienie w uzależnieniu amfetaminy były różnice w udzielanych odpowiedziach. 80% respondentów, u których w uzależnieniu występowała amfetamina i 59% ankietowanych, którzy nie deklarowali amfetaminy w uzależnieniu potwierdzały operatywność specjalistów (Tab. 36., Ryc. 23.).



Ryc. 23. Operatywność pracowników służby zdrowia w opinii osób uzależnionych od amfetaminy (dominowała w uzależnieniu).

Tab. 36. Ocena operatywność wyspecjalizowanych osób (pracownicy służby zdrowia) u badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania amfetaminy.

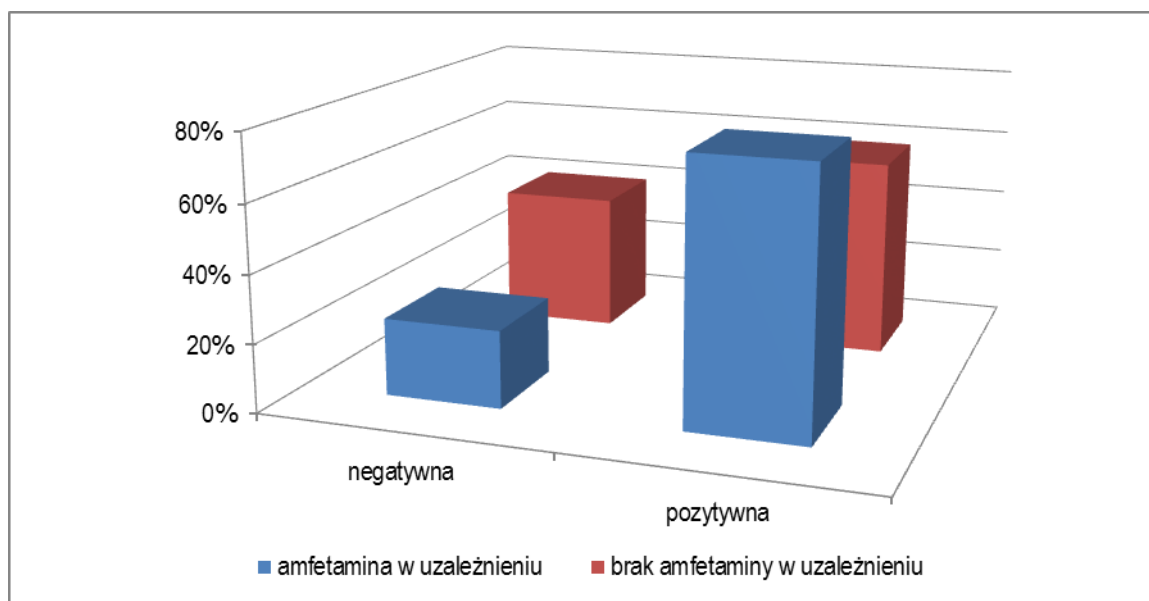
Ocena operatywność wyspecjalizowanych osób (pracownicy służby zdrowia)	tak - pozytywna	nie - negatywna	Σ - wiersz
N- amfetamina w uzależnieniu	56	14	70
Oczekiwane- amfetamina w uzależnieniu	50,734	19,266	70
% (kolumna)	70,9%	46,7%	
% (wiersz)	80%	20%	
% (całość)	51,4%	12,8%	64,2%
N- brak amfetaminy w uzależnieniu	23	16	39
Oczekiwane- brak amfetaminy w uzależnieniu	28,266	10,734	39
% (kolumna)	29,1%	53,3%	
% (wiersz)	59%	41%	
% (całość)	21,1%	14,7%	35,8%
Σ - kolumna	79	30	109
%- całość (kolumna)	72,5%	27,5%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 5,55059, df=1, p=0,018476.

W przekonaniu 70,6% ankietowanych specjaliści (pracownicy służby zdrowia) szybko reagowali dostosowywali się do potrzeb uzależnionych. Istotnie statystyczne różnice pojawiły się ze względu na wystąpienie amfetaminy w uzależnieniu badanych

osób. W opinii 77,1% respondentów, którzy deklaruwali wystąpienie amfetaminy w uzależnieniu i 59% deklarujących jej brak, wyspecjalizowane osoby wykazały się dużą szybkością reakcji na potrzeby ankietowanych (Tab. 37., Ryc. 24).

63,3% badanych osób kontakt z pracownikami służby zdrowia uważała za satysfakcjonujący.



Ryc. 24. Opinia na temat szybkiej reakcji i dostosowania się służby zdrowia do potrzeb badanych osób uzależnionych od zażywania amfetaminy (dominowała w uzależnieniu).

Tab. 37. Ocena pracowników służby zdrowia w stosunku do szybkiej reakcji i dostosowania się do potrzeb badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania amfetaminy.

Ocena pracowników służby zdrowia w stosunku do szybkiej reakcji i dostosowania się do potrzeb badanych osób uzależnionych	tak - pozytywna	nie - negatywna	Σ - wiersz
N- amfetamina w uzależnieniu	54	16	70
Oczekiwane- amfetamina w uzależnieniu	49,450	20,550	70
% (kolumna)	70%	50%	
% (wiersz)	77,1%	22,9%	
% (całość)	49,5%	14,7%	64,2%
N- brak amfetaminy w uzależnieniu	23	16	39
Oczekiwane- brak amfetaminy w uzależnieniu	27,550	11,450	39
% (kolumna)	29,87%	50,00%	
% (wiersz)	59%	41%	
% (całość)	21,1%	14,7%	35,8%
Σ - kolumna	77	32	109
%- całość (kolumna)	70,6%	29,4%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 3,98645, df=1, p=0,045870.

Po leczeniu 28,4% badanych wcale nie zachowało abstynencji. 22,9% wytrzymało w abstynencji do czterech miesięcy, od 5 do 12 miesięcy 22,9%, a powyżej 12 miesięcy abstynencję zadeklarowało 25,7% ankietowanych. Różnice w udzielanych odpowiedziach pojawiły się ze względu na wiek badanych oraz wiek inicjacji. 52,6% badanych w wieku do 22 lat, 12,9% w wieku od 23 do 25 lat, 37,1% w wieku od 26 do 30 lat i 16,7% powyżej 30 roku życia wcale nie zachowało okresu abstynencji pomimo odbycia leczenia. Do czterech miesięcy po leczeniu w abstynencji wytrzymało 15,8% ankietowanych do 22 roku życia, 32,3% w wieku od 23 do 25 lat, 11,4% od 26 do 30 roku życia i 33,3% powyżej 30 roku życia, od 5 do 12 miesięcy abstynencję po leczeniu zachowało 15,8% badanych do 22 roku życia, 16,1% od 23 do 26 roku życia, 31,4% w wieku od 26 do 30 lat i 25% powyżej 30 roku życia. Powyżej dwunastu miesięcy po odbyciu leczenia abstynencję zachowało 15,8% respondentów do 22 roku życia, 38,7% od 23 do 25 lat, 20% w wieku od 26 do 30 lat i 25% powyżej 30 roku życia (χ^2 Pearsona: 18,8030, df=9, p=0,026931).

Wiek inicjacji wpływał na okres abstynencji. Po leczeniu abstynencji nie zachowało wcale 28,1% ankietowanych, którzy pierwszy kontakt z narkotykami deklarowali powyżej 16 roku życia. 39,1% badanych z wiekiem inicjacji 16 lat, 15% w wieku 15 lat i 29,4% osób ankietowanych poniżej piętnastego roku życia. Do czterech miesięcy po leczeniu abstynencję zachowało 31,2% ankietowanych, których wiek inicjacji przypadał na okres życia ponad 16 lat. Taki sam okres abstynencji zachowało 17,4% respondentów, których wiekiem inicjacji był 16 rok życia, 15% ankietowanych z wiekiem inicjacji 15 lat i 23,5% badanych z wiekiem inicjacji poniżej piętnastego roku życia. W przedziale czasowym od 5 do 12 miesięcy abstynencję od substancji psychoaktywnych zadeklarowało 18,7% badanych, których pierwszy kontakt z narkotykami odbył się powyżej szesnastego roku życia. W powyższym przedziale czasowym abstynencję zachowało 17,4% z wiekiem inicjacji 16 lat, 55% z wiekiem inicjacji 15 lat i 11,8% z wiekiem inicjacji poniżej 15 lat. Ponad dwanaście miesięcy w abstynencji wytrzymało 21,9% ankietowanych, których wiek inicjacji przypadał powyżej szesnastego roku życia, 26,1% badanych z wiekiem inicjacji 16 lat, 15% z wiekiem inicjacji 15 lat i 35,3% poniżej piętnastego roku życia (χ^2 Pearsona: 17,6951, df=9, p=0,038892).

Według 44,9% ankietowanych osób leczenie uzależnionych od substancji psychoaktywnych powinno opierać się na psychoterapii. W opinii 40,4% ankietowanych leczenie winno być połączeniem procesu detoksykacji i psychoterapii.

W przekonaniu 12,8% badanych leczenie powinno odbywać większej liberalności wyboru metody leczenia przez uzależnionego, a 1,8% respondentów opowiedziało się za obojętnością co do zasad leczenia uzależnionych. Różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na wiek inicjacji. Osoby badane, których wiek inicjacji to ponad szesnasty rok życia w 50% opowiedziały się za psychoterapię jako metodą leczenia uzależnienia. Taką samą opinię reprezentowało 17,4% ankietowanych, których wiek inicjacji to szesnasty rok życia, 60% badanych z wiekiem inicjacji piętnaście lat i 50% z wiekiem inicjacji poniżej 15 lat. 31,2% ankietowanych, którzy zaczęli eksperymentować z narkotykami gdy mieli ponad szesnaście lat opowiedzieli się za połączeniem detoksykacji i psychoterapii jako metody leczenia uzależnień. Powyższą opinię podzieliło 69,6% respondentów z wiekiem inicjacji szesnaście lat, 35% w wieku inicjacji piętnaście lat i 32,3% poniżej piętnastego roku życia. Osoby ankietowane mające ponad szesnaście lat gdy rozpoczęły eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi w 12,5% wyraziły pogląd, iż leczenie winno opierać się na większej liberalności co do jego metody. Taką opinię podzielili ankietowani mający szesnaście lat w 13%, ankietowani w 5% mający piętnaście lat oraz w 17,6% badani poniżej piętnastego roku życia. Za zwiększonym rygorem w leczeniu narkomanów opowiedziało się 6,2% ankietowanych, których wiek inicjacji przypadła na ponad szesnasty rok życia (χ^2 Pearsona: 17,8529, $df=9$, $p=0,036931$).

Badane osoby w 81,6% po raz pierwszy w narkotyki zaopatrzyły się poza terenem szkoły. Istotnie statystyczne różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na płeć. Poza terenem szkoły, 77,4% ankietowanych mężczyzn i 96% badanych kobiet, pierwszy raz zaopatrzyła się w narkotyki (χ^2 Pearsona: 4,45801, $df=1$, $p=0,034740$).

73,4% respondentów uznała, że dostępność do narkotyków w szkole była łatwa. Różnice w udzielanych odpowiedziach pojawiły się ze względu na wiek badanych osób oraz obecność heroiny w uzależnieniu. Ankietowani w wieku do 22 lat w 94,7% uznali dostęp do narkotyków w szkole za rzecz łatwą. Powyższą opinię podzieliło 83,9% respondentów będących w przedziale wiekowym od 23 do 25 roku życia. 74,3% badanych w wieku od 26 do 30 lat oraz 41,7% badanych mających ponad 30 lat (χ^2 Pearsona: 18,5612, $df=3$, $p=0,000337$). 66,7% badanych, u których heroina występowała w uzależnieniu oraz 83,7% badanych, gdzie heroina nie wystąpiła w uzależnieniu stwierdzili fakt łatwej dostępności do substancji psychoaktywnych w szkole (χ^2 Pearsona: 3,87808, $df=1$, $p=0,048923$).

51,4% badanych nie korzystała w szkole z usług dilerów narkotykowych. Wiek badanych osób oraz wiek inicjacji determinował różnice w udzielonych odpowiedziach. Do 22 roku życia 31,6% respondentów zaprzeczyło korzystaniu z usług dilerów w szkole. Takie samo stanowisko zajęło 25,8% ankietowanych w wieku od 23 do 25 roku życia, 62,9% badanych w wieku od 26 do 30 lat oraz 83,3% w wieku ponad 30 lat (χ^2 Pearsona: 22,7526, df=3, p=0,000046). Badani, którzy eksperymentowanie z narkotykami rozpoczęli po ukończeniu szesnastego roku życia w 34,4% korzystali z usług dilerów szkolnych. Ankietowane osoby, których wiekiem inicjacji przypadł na szesnasty rok życia w 65,2% deklarowali korzystanie z usług dilerów w szkole. Taki pogląd zaprezentowali respondenci w 35% w wieku inicjacji piętnaście lat oraz 58,8% ankietowanych z wiekiem inicjacji poniżej piętnastego roku życia (χ^2 Pearsona: 8,03778, df=3, p=0,045243).

W opinii 77,1% badanych osób w szkole, do której uczęszczali, nie istniały grupy wsparcia, koła zainteresowań, świetlice. Obecność w uzależnieniu amfetaminy, marihuany oraz ilość pobytów w placówkach służby zdrowia wpływały na różnice w udzielanych odpowiedziach. Ankietowani, u których amfetamina wystąpiła w uzależnieniu w 70% i tych, którzy nie deklarowali w uzależnieniu amfetaminy 89,7% zaprzeczyli, istnieniu w szkole tego typu miejsc (Tab. 38.). Osoby ankietowane, w uzależnieniu, których była marihuana w 100% i w 72,5% ankietowanych, którzy nie deklarowali marihuany w uzależnieniu podzieliło powyższą opinię (Tab. 39.).

Tab. 38. Istnienie w szkole grup wsparcia, świetlice, koła zainteresowań w opinii badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania amfetaminy.

Istnienie w szkole grupy wsparcia, świetlice, koła zainteresowań w opinii badanych osób uzależnionych	nie	tak	Σ - wiersz
N- amfetamina w uzależnieniu	49	21	70
Oczekiwane- amfetamina w uzależnieniu	53,945	16,055	70
% (kolumna)	58,3%	84%	
% (wiersz)	70%	30%	
% (całość)	44,9%	19,3%	64,2%
N- brak amfetaminy w uzależnieniu	35	4	39
Oczekiwane- brak amfetaminy w uzależnieniu	30,055	8,945	39
% (kolumna)	41,7%	16%	
% (wiersz)	89,7%	10,3%	
% (całość)	32,1%	3,7%	35,8%
Σ - kolumna	84	25	109
%- całość (kolumna)	77,1%	22,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 5,52360, df=1, p=0,018764.

Tab. 39. Istnienie w szkole grup wsparcia, świetlice, koła zainteresowań w opinii badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania marihuany.

Istnienie w szkole grupy wsparcia, świetlice, koła zainteresowań w opinii badanych osób uzależnionych	nie	tak	Σ - wiersz
N- marihuana w uzależnieniu	18	0	18
Oczekiwane- marihuana w uzależnieniu	13,872	4,128	18
% (kolumna)	21,4%	0%	
% (wiersz)	100%	0%	
% (całość)	16,5%	0%	16,5%
N- brak marihuany w uzależnieniu	66	25	91
Oczekiwane- brak marihuany w uzależnieniu	70,128	20,872	91
% (kolumna)	78,6%	100%	
% (wiersz)	72,5%	27,5%	
% (całość)	60,6%	22,9%	83,5%
Σ - kolumna	84	25	109
%- całość (kolumna)	77,1%	22,9%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 6,41680, df=1, p=0,011306.

Według 80% respondentów, którzy byli jeden raz hospitalizowani w oddziale uzależnień, w szkole do której uczęszczali nie posiadał grup wsparcia, kół zainteresowań czy też świetlice. Taki pogląd wyraziło 94,3% badanych o dwukrotnym pobycie w oddziale uzależnień, 68,2% ankietowanych deklarujących pobyt w oddziale od 3 do 4 razy oraz 59,3% respondentów powyżej 5 pobytów w oddziale leczenia uzależnień (χ^2 Pearsona: 11,8193, df=3, p=0,008031).

W przekonaniu 87,2% ankietowanych osób nauczyciele w szkole, do której uczęszczali nie dostrzegli faktu uzależnienia a tym samym nie było z ich strony żadnej reakcji.

87,2% badanych stwierdziło fakt braku jakiegokolwiek kontaktu z pedagogiem szkolnym. W opinii 3,7% badanych kontakt z pedagogiem polegał na jego rozmowie z rodzicami osoby uzależnionej. Dla 4,6% ankietowanych pedagog szkolny zaoferował pomoc w podjęciu leczenia, a 4,6% badanych wyraziło pogląd, iż pedagog przeprowadził rozmowę na temat szkodliwości środków psychoaktywnych. Różnice w udzielonych odpowiedziach wystąpiły ze względu na obecność marihuany w uzależnieniu. 77,8% ankietowanych, u których występowała marihuana w uzależnieniu i 89% badanych, gdzie nie było substancji w uzależnieniu nie miało żadnego kontaktu z pedagogiem szkolnym. W przypadku 5,5% respondentów z uzależnieniem od marihuany i 3,30% ankietowanych, gdzie marihuana nie występowała w uzależnieniu kontakt z pedagogiem szkolnym oceniali jako rozmowę z rodzicami osoby uzależnionej. W opinii 16,7% badanych, gdzie marihuana była

w uzależnieniu i 2,2% gdzie marihuany nie było pedagog zaoferował pomoc w podjęciu leczenia. Dla 5,5% badanych, których nie było marihuany w uzależnieniu kontakt z pedagogiem szkolnym ograniczył się do rozmowy o szkodliwości narkotyków (Tab. 40.).

Tab. 40. Rodzaj kontaktu z pedagogiem szkolnym w opinii badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania marihuany.

Rodzaj kontaktu z pedagogiem szkolnym w opinii badanych osób uzależnionych	nie miałem takiego kontaktu	rozmowie z rodzicami	ofercie pomocy w podjęciu leczenia	rozmowie o szkodliwości środków psychoaktywnych	Σ - wiersz
N- marihuana w uzależnieniu	14	1	3	0	18
Oczekiwane- marihuana w uzależnieniu	15,688	0,660	0,826	0,826	18
% (kolumna)	14,7%	25%	60%	0%	
% (wiersz)	77,8%	5,5%	16,7%	0%	
% (całość)	12,8%	0,9%	2,8%	0%	16,5%
N- brak marihuany w uzależnieniu	81	3	2	5	91
Oczekiwane- brak marihuany w uzależnieniu	79,312	3,339	4,174	4,174	91
% (kolumna)	85,7%	75%	40%	100%	
% (wiersz)	89%	3,3%	2,2%	5,5%	
% (całość)	74,3%	2,8%	1,8%	4,6%	83,5%
Σ - kolumna	95	4	5	5	109
%- całość (kolumna)	87,2%	3,7%	4,6%	4,6%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 8,27377, df=3, p=0,040685.

Tab. 41. Rodzaj kolizji z prawem u badanych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem zażywania heroiny.

Rodzaj kolizji z prawem u badanych osób uzależnionych	tak, handel narkotykami	tak posiadanie narkotyków	nie	tak, kradzieże	Σ - wiersz
N- heroina w uzależnieniu	14	9	10	33	66
Oczekiwane- heroina w uzależnieniu	16,349	12,715	10,899	26,037	66
% (kolumna)	51,8%	42,9%	55,6%	76,7%	
% (wiersz)	21,2%	13,6%	15,1%	50%	
% (całość)	12,8%	8,3%	9,2%	30,3%	60,6%
N- brak heroiny w uzależnieniu	13	12	8	10	43
Oczekiwane- brak heroiny w uzależnieniu	10,651	8,284	7,101	16,963	43
% (kolumna)	48,2%	57,1%	44,4%	23,3%	
% (wiersz)	30,2%	27,9%	18,6%	23,3%	
% (całość)	11,9%	11%	7,3%	9,2%	39,4%
Σ - kolumna	27	21	18	43	109
%- całość (kolumna)	24,8%	19,3%	16,5%	39,4%	

Istotna statystycznie różnica w frekwencji odpowiedzi - χ^2 Pearsona: 8,51612, df=3, p=0,036472.

24,8% osób ankietowanych weszło w kolizję z prawem za handel narkotykami, 19,3% za posiadanie narkotyków i 39,4% za kradzieże dla zdobycia narkotyków.

16,5% respondentów nie weszło w kolizję z prawem. Istotnie statystyczne różnice pojawiły się ze względu na płeć i obecność heroiny w uzależnieniu. W kolizję z prawem za handel narkotykami deklarowało 27,4% ankietowanych mężczyzn i 16% kobiet. Za posiadanie narkotyków z wymiarem sprawiedliwości miało do czynienia 20,2% mężczyzn i 16% kobiet. 41,7% mężczyzn i 32% kobiet badanych weszła w kolizję z prawem za kradzieże dla zdobycia narkotyków. 10,7% mężczyzn i 36% kobiet ankietowanych nie miała nic wspólnego z organami ścigania (χ^2 Pearsona: 9,10268, $df=3$, $p=0,027961$). 21,2% ankietowanych z obecnością heroiny w uzależnieniu i 30,2% przy braku heroiny w uzależnieniu kolizję z prawem weszła z powodu handlu narkotykami. Obecność heroiny w uzależnieniu u 13,6% badanych i 27,9% przy braku substancji w uzależnieniu miała kontakt z wymiarem sprawiedliwości ze względu na posiadanie narkotyków. 50% respondentów w uzależnieniu, których była heroina i 23,3%, którzy nie deklarowali jej w uzależnieniu, kolizję z prawem zaliczyło z powodu kradzieży dla zdobycia narkotyku. 15,1% badanych osób z obecnością heroiny w uzależnieniu i 18,6% ankietowanych z brakiem wyżej wymienionych substancji uzależniającej nie było karanych (Tab. 41.).

Badane osoby uzależnione od narkotyków w 56,9% nie mają żadnych oczekiwań w stosunku do szkoły, 8,3% badanych opowiedziało się za zwiększeniem dyscypliny w szkołach, 14,7% oczekiwała szybkiej reakcji na fakt uzależnienia i pomocy, 11% opowiedziało się za tolerancją i empatią w stosunku do uczniów uzależnionych, 9,2% respondentów chciałoby lepszego przygotowania kadry nauczycieli do prowadzenia profilaktyki narkomanii. Miejsce zamieszkania determinowało różnice w udzielonych odpowiedziach. 58% ankietowanych z miasta i 44,4% ze wsi nie miało oczekiwań w stosunku do szkoły. 8% respondentów z obszarów miejskich i 11,1% z obszarów wiejskich oczekiwała zwiększenia dyscypliny w placówkach szkolnych, 16% badanych mieszkających w mieście chciałoby szybkiej reakcji i pomocy osobie uzależnionej. 8% badanych z miasta i 44,4% zamieszkujących wieś oczekuje większej tolerancji i empatii, a 10% ankietowanych z miasta chciałoby lepszego przygotowania kadry nauczycieli do prowadzenia profilaktyki uzależnienia od substancji psychoaktywnych (χ^2 Pearsona: 12,6650, $df=4$, $p=0,013038$).

W stosunku do policji jako instytucji 45,9% badanych nie miało żadnych oczekiwań, 39,4% respondentów oczekiwałoby większego profesjonalizmu w postępowaniu z uzależnionym, 14,7% badanych oczekiwała pomocy.

Istotnie statystyczne różnice w udzielonych odpowiedziach pojawiły się ze względu na wiek inicjacji. U 56,2% badanych osób, których kontakt z narkotykami nastąpił, gdy mieli więcej niż szesnaście lat oczekiwali większego profesjonalizmu w postępowaniu z narkomanami ze strony policji. Takie same oczekiwania prezentowało 21,7% ankietowanych z wiekiem inicjacji 16 lat, 35% z wiekiem inicjacji 15 lat i 38,2% z wiekiem inicjacji poniżej piętnastu lat. Pomocy ze strony policji oczekiwało 15,6% ankietowanych, którzy rozpoczynali eksperymenty z narkotykami po ukończeniu szesnastego roku życia, 8,7% badanych z wiekiem inicjacji 16 lat, 5% z wiekiem inicjacji piętnaście lat i 23,5% z wiekiem inicjacji poniżej piętnastego roku życia. 28,1% osób badanych z wiekiem inicjacji powyżej szesnastego roku życia nie posiadało żadnych oczekiwań w stosunku do policji. Powyższy pogląd zaprezentowało 69,6% respondentów z wiekiem inicjacji szesnastu lat, 60% w wieku inicjacji piętnastu lat i 38,2% badanych z wiekiem inicjacji poniżej piętnastego roku życia (χ^2 Pearsona: 14,2169, df=6, p=0,027313).

Podsumowując, badane osoby podejmowały leczenie najczęściej po namowach innych, a największy wpływ na taką decyzję posiadali rodzice. Pierwsze rozmowy na temat możliwości leczenia i terapii najczęściej odbywały się w oddziałach detoksykacji (56% badanych) i w poradni zdrowia psychicznego (27,5% badanych). Pracownicy okazali się profesjonalistami w podejmowanych działaniach, a jednocześnie byli elastyczni i wyczuleni na potrzeby ankietowanych, tak więc kontakt terapeutyczny był satysfakcjonujący. Najczęściej respondenci zaopatrywali się w narkotyki poza terenem szkolnym choć 73,4% uznała, że łatwo je było nabyć w szkole. Nauczyciele w opinii 87% badanych nie dostrzegali faktu uzależnienia i tym samym nie podjęli żadnych działań prewencyjnych. 77% ankietowanych zaprzeczało istnieniu kół zainteresowań, grup wsparcia w placówce szkolnej do, której uczęszczali.

VI. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

VI. 1. WIEDZA NA TEMAT NARKOMANII

Na całym świecie uzależnienia od narkotyków uważa się za poważny problem społeczny, prawny, medyczny. Rozpatrywany jest on na wielu płaszczyznach i stanowi wyzwanie zarówno dla praktyków jak i teoretyków, którzy pozostają w związkach społecznych i zawodowych z osobami uzależnionymi [Beck i wsp. 2007]. W rankingu polskich problemów społecznych narkomanię wyprzedzają: przestępczość, alkoholizm, zanieczyszczenie środowiska, sytuacja mieszkaniowa czy też spadek stopy życiowej i choć uznana została za jeden z najgroźniejszych problemów to nie jest ona traktowana priorytetowo [Tamilla i wsp. 1987, Moskalewicz i Świątkiewicz 1994].

Badane prze mnie osoby z trzech grup zawodowych (służba zdrowia - lekarze i pielęgniarki, policjanci i nauczyciele), które na co dzień spotykają się z problemem narkomanii w 96,6% stwierdziły, iż wiedzą czym jest to zjawisko. Ponad 54,5% badanych uznała ją za nieuleczalną chorobę, a 29,6% jako obraz nowoczesnego społeczeństwa. Jak podaje Andrejew-Frączek [1993] społeczeństwo polskie w 77,8% traktowało uzależnienie od narkotyków w kategoriach choroby, a według Godwod-Sikorskiej i Sierosławskiego [1987] 81,3% badanych narkomanię postrzegała jako chorobę. Narkomania nie zawsze jednak była uznawana za chorobę. Badania przeprowadzone wśród pracowników służby zdrowia wskazywały, że była traktowana, jako zjawisko społeczne o średnim znaczeniu (44% ankietowanych), lub też jako zjawisko o dużym znaczeniu (39% ankietowanych) [Lipowska-Teutsch i wsp. 1986]. Niezależnie od tego czy narkomanię postrzega się, jako problem medyczny czy jako społeczny, to jest ona zjawiskiem poważnym, które wymaga podjęcia działań zmierzających do ograniczenia negatywnych skutków.

Wiedza osób zawodowo zajmujących się uzależnieniami od substancji psychoaktywnych z założenia nie powinna się zasadniczo różnić. W badaniach własnych do piśmiennictwa fachowego sięgało 60% lekarzy, natomiast ponad 79% nauczycieli i ponad 57% pielęgniarek korzystała z artykułów ogólnie dostępnych. Źródłem wiedzy dla lekarzy i nauczycieli nie byli współpracownicy. Różnorodność, co do źródeł posiadanej wiedzy sprawia, że nie jest ona taka sama w badanych przeze

mnie grupach zawodowych. Można mówić o pewnej jej sloganowości. Jak podaje Demetrovics i wsp. [2007] nawet wiedza zdobyta ze źródeł fachowych, niekoniecznie przekłada się na jakość pracy z osobami uzależnionymi. Badania przeprowadzone wśród psychiatrów węgierskich, a dotyczące między innymi posiadanej wiedzy o substancjach psychoaktywnych jak i metodach leczenia prowadziły do dość nieoczekiwanych wniosków. Wielu respondentów tychże badań udzieliło błędnych odpowiedzi na pytania, które gdyby znalazły zastosowanie w praktyce lekarskiej, mogłyby spowodować poważne szkody zdrowotne pacjentom [Demetrovics i wsp. 2007]. Autorzy wyżej przytaczanych badań stwierdzili, że w praktyce zawsze lekarz może zwrócić się do swego kolegi mającego większe doświadczenie o pomoc. Jednakże psychiatrzy mający doświadczenie w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków nie osiągnęli lepszych wyników w teście od lekarzy bez takiego doświadczenia [Demetrovics i wsp. 2007]. Podobne opinie przedstawia Jacka i wsp. [1999], a mianowicie takie, iż australijscy lekarze wiedzą dużo o alkoholu, benzodiazepinach czy nikotynie, natomiast niewiele o nielegalnych substancjach. Według polskich badań wiedza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat narkomanii pozyskiwana była przede wszystkim ze źródeł pozamedycznych, a w niewielkim stopniu z opracowań naukowych. Ponad połowa badanych w swojej praktyce lekarskiej spotkała z pacjentem uzależnionym. Lekarze deklarowali znajomość dróg podawania substancji psychoaktywnych oraz rozpoznawania objawów jakie występują po zażyciu środka (młodszy stażem lepiej rozpoznawali objawy) [Latelski i wsp. 2003].

Z badań przeprowadzonych przeze mnie wynika, iż 58% ankietowanych nie miało żadnej wiedzy o uzależnionych w ich środowisku życia czy pracy. Dopuszczały możliwość obecności uzależnionych od środków psychoaktywnych (30%) w ich otoczeniu, natomiast nikt nie przyznał się do znajomości z osobą uzależnioną. Najmniej informacji o osobach uzależnionych posiadali nauczyciele (75,6%) i policjanci (74,7%) oraz ankietowani powyżej trzydziestego roku życia. Jedynie pracownicy służby zdrowia najbardziej dostrzegali problem narkomanii w swoim otoczeniu oraz badani.

Według Macander [2008] nauczyciele dość często przyznają się, że brak im wiedzy na temat zjawiska narkomanii a szczególnie nie mają orientacji, co do rodzaju środków psychoaktywnych, działania, sposobu ich zażywania. Nauczycielom brakuje wiedzy nie tylko o środkach uzależniających, ale również

z zakresu aktualnych przepisów prawnych na przykład ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Nieznajomość uwarunkowań prawnych pociąga za sobą brak umiejętności działań zgodnych z prawem w sytuacjach kryzysowych. Niektóre szkoły nie opracowały procedur postępowania w sytuacji kryzysowej i nauczyciele nie wiedzą, jakie procedury należy wdrożyć w związku z zaistniałą sytuacją kryzysową. Niestety bywają i takie sytuacje, gdy szkoły posiadają opracowane procedury postępowania, jednakże ich nieznajomość nie pozwala na skuteczne ich stosowanie.

Nauczyciele zgłaszają chęć podjęcia nauki i dalszego doskonalenia się w wiedzy na temat narkotyków. Obszarem ich zainteresowania są rodzaje, dostępność i działanie narkotyków, „sygnały ostrzegawcze” zmian zachowania, wyglądu zewnętrznego, jakie pojawiają się u osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Zgłaszana jest potrzeba posiadania informacji o fazach uzależnienia, możliwościach oddziaływania na poszczególnych jego etapach, mechanizmie „wchodzenia w narkomanię”. Podnoszona jest kwestia pokierowania młodego człowieka do odpowiedniego specjalisty [Macander 2008].

Wcześniejsze badania prowadzone wśród grupy zawodowej nauczycieli wskazywały, że dyrektorzy szkół nie negowali wagi problemu narkomanii, jednakże podkreślali jego marginalność i nieobecność we własnej szkole, jednocześnie dopuszczając możliwość występowania narkomanii w innych szkołach. Podkreślano trudność jaką sprawiało wykrycie zjawiska uzależnienia w początkowej fazie na terenie placówki dydaktycznej [Tamilla i wsp 1987]. Szkoła jest instytucją, która swymi działaniami obejmuje największą liczbę osób i zajmuje bardzo szczególne miejsce w profilaktyce narkomanii i innych niepokojących, negatywnych zjawiskach społecznych. Jednakże szeroki zasięg oddziaływań wychowawczych nie zawsze oznacza jego wysoką skuteczność. W badaniach przeprowadzonych wśród studentów wydziałów pedagogicznych – kandydatów na nauczycieli ukazano, iż w ich percepcji skuteczność działań szkoły w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom w porównaniu do innych podmiotów jest najmniej skuteczna. Ponad 30% ankietowanych uznała skuteczność działań profilaktycznych prowadzonych przez szkołę jako „żadną”, a 40% za „małą”. W ocenie skuteczności działań jeszcze słabsze wyniki uzyskał nauczyciel jako wyeksponowany element środowiska szkolnego [Cieślikowska 2005]. Autorka cytowanych badań uwidoczniała ważne kwestie, a mianowicie jak przyszli kandydaci na nauczycieli wywiążą się z zadania przeciwdziałania uzależnieniom skoro nisko oceniają skuteczność działań szkoły i nauczycieli. Czy można spodziewać się,

iż badana grupa sama zaangażuje się w takie działania, a jeśli nawet tak to jak będzie wyglądało ich nastawienie, motywacja do działania i czy zostanie podjęty wysiłek do zmiany negatywnego obrazu szkoły jako instytucji o bardzo niewielkiej skuteczności oddziaływań w obszarze uzależnienia od narkotyków.

W badaniach własnych ponad 73% ankietowanych uznała, iż liczba prowadzonych szkoleń w zakresie problematyki zjawiska narkomanii jest niewystarczająca. Według Sierosławskiego [1999] brak odpowiedniego przygotowania wpływa na postawy, jakie reprezentujemy wobec narkomanii i narkomanów. Stosunek nacechowany brakiem szacunku i zrozumienia nie sprzyja decyzji o podjęciu leczenia przez narkomana, a jego skuteczność nawet, gdy podejmie leczenie będzie z pewnością inna. Dobre przygotowanie kadry medycznej, już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz kadry nauczycielskiej czy policji zwiększa skuteczność działań podejmowanych w celu ograniczenia narkomanii.

Z badań własnych wynika, że respondenci wykonujący zawód lekarza (74,3%) i pielęgniarki (72,1%) były najbardziej zorientowane co do istnienia ośrodka leczenia bądź terapii narkomanów. Ankietowani im byli starsi oraz posiadali dłuższy staż pracy w zawodzie tym lepiej byli zorientowani, co do bytności ośrodka dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w ich miejscu zamieszkania. Najmniej informacji o tego typu ośrodku posiadali policjanci (46,8%). Około 94,9% ankietowanych nie posiadała żadnej wiedzy na temat prowadzonych w Polsce programów redukcji szkód. Według Latelskiego i wsp. [2003] około 85 % badanych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nie znała nowoczesnych metod leczenia narkomanii. Ich wykształcenie również nie wpłynęło na większą znajomość tematu. Wydaje się bardzo ważne posiadanie informacji o prowadzonych projektach, gdyż to one bezpośrednio wpływają na hamowanie niepożądanych skutków zdrowotnych jakie niesie ze sobą narkomania. Wspomnieć należy tu o programach niskoprogowych, to jest wymianie igieł i strzykawek oraz prowadzeniu dziennych świetlic dla czynnych narkomanów. Od 2002 roku w Polsce liczba prowadzonych programów wymiany igieł i strzykawek spadła w stosunku do 2008 roku z 21 do 13. Spadła również liczba miast, w których dostępne są te programy [Malczewski 2009(a)]. Jeżeli mówi się o programach redukcji szkód to oczywiście nie mogą się one zamykać tylko w kręgu wymiany igieł i strzykawek, choć są to jedne ze skuteczniejszych sposobów profilaktyki HIV czy HCV. Programy redukcji szkód to również informacja o narkotykach, z jednej strony rzeczywista wiedza o narkotykach i ich wpływie na organizm człowieka,

a z drugiej strony wiedza o tym, jakiego rodzaju „towar” jest sprzedawany i jakie konsekwencje zdrowotne będą po jego zażyciu.

Inną z metod redukowania szkód jest program leczenia substytucyjnego polegającego na podawaniu metadonu [McKeown i wsp. 2003, Krupka-Matuszczyk i Matuszczyk 2007, Barry i wsp. 2009]. Nadal oczywiście są zwolennicy jak i przeciwnicy tak prowadzonej formy profilaktyki [Bell i Zador 2000, Hickman i wsp. 2003]. Bezsprzecznie pozytywnym zjawiskiem, o jakim mówi się w tym przypadku jest dekryminalizacja osób uzależnionych. Jednym z filarów konstrukcji, na jakim zbudowane są programy redukcji szkód jest psychoterapia w redukcji szkód. Oznacza to takie podejście terapeutyczne, które nie wymaga od osoby uzależnionej bezwzględnej, kilkumiesięcznej abstynencji, lecz polega na pracy z nią wówczas, gdy uzależniony próbuje cokolwiek zmienić w swoim życiu na lepsze [Zygadło 2007, Nordt i wsp. 2009].

Z badań własnych wynika, iż ankietowani w ponad 49,8% (około 62,8% nauczycieli, 57% policjantów, 36% pielęgniarek, 28,6% lekarzy) nie posiadali wiedzy o ilości miejsc detoksykacyjnych, natomiast ponad 42,3% (62,3% pielęgniarek, 42,7% lekarzy, 36,7% policjantów i 32% nauczycieli) uznała, że ilość miejsc w oddziałach detoksykacji jest za mała w stosunku do potrzeb, a czas oczekiwania jest długi. Jak podaje Jabłoński [1999] i Bujalski [2008] z informacji Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że we wszystkich ośrodkach (zarówno dla młodzieży jak i dorosłych) istnieją kilkumiesięczne kolejki, a dostępność detoksykacji jest też bardzo mała.

W badaniach własnych ponad 49% badanych policjantów była przekonana o współpracy pomiędzy policją, szkołą i placówkami ochrony zdrowia. Odmienne stanowisko prezentowała grupa badanych lekarzy, w około 46% stwierdziło brak takiej współpracy. Ponad 44% pielęgniarek i około 36% nauczycieli zadeklarowało brak wiedzy na ten temat. W moim przekonaniu taki rozkład odpowiedzi wynika z tego, że grupa zawodowa pracowników służby zdrowia najczęściej styka się z nawrotami w chorobie oraz częstymi powrotami do leczenia szpitalnego.

Na terenie prowadzonych przez mnie badań około 93% ankietowanych stwierdziło fakt niedostatecznego zaangażowania się władz lokalnych w rozwiązywanie problemów narkomanii. W literaturze przedmiotu pierwsze oceny programów niskoprogowych redukcji szkód mówią o spadku ich ilości, co nie zawsze pozostaje w związku z malejącą liczbą osób zażywających narkotyki, lecz raczej z brakiem

funduszy gminnych na finansowanie programu przeciwdziałania narkomanii. Zarówno tworzenie programów profilaktycznych, jak i opracowanie programów przeciwdziałania narkomanii, powinno być poprzedzone sporządzeniem lokalnej diagnozy. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii w 2006 roku stwierdza, że na 120 przebadanych gmin, 42 przeprowadziło diagnozę sytuacji lokalnej, ale tylko 8 wykorzystało jej wyniki. Programy, które zostały przygotowane nie były zorientowane na osiągnięcie realnego celu. Tylko 8% programów uwzględniało wskaźniki realizacji zadań. Pomimo zaangażowania się władz lokalnych w realizację programów przeciwdziałania narkomanii stwierdzono, że nie były one odbierane, jako wystarczające. Potwierdzeniem powyższego był jeden z celów jaki został postawiony w projekcie realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez jednostki samorządu terytorialnego, a mianowicie zwiększenie zaangażowania samorządów terytorialnych w przeciwdziałanie narkomanii [Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2006].

W literaturze przedmiotu znajdujemy informacje, że w Polsce przestępstwa związane z narkotykami podzielono na dwie grupy. Do pierwszej z nich zaliczane są pospolite przestępstwa kryminalne przewidziane w kodeksie karnym i innych ustawach karnych takie jak: rozboje, kradzieże, fałszerstwa, włamania. Drugą grupę przestępstw stanowią przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii takie jak nielegalna produkcja, przemyt, posiadanie i wprowadzanie do obrotu środków odurzających czy psychotropowych, prowadzenie niedozwolonych upraw roślin, które służą do produkcji narkotyków [Malczewski i Struzik 2009]. Carpentier [2007] dzieli przestępstwa związane z narkotykami na cztery grupy. Przestępstwa psychofarmakologiczne, popełniane pod wpływem dużej dawki substancji psychoaktywnej lub pod wpływem jej długotrwałego zażywania. Kompulsywne przestępstwa o charakterze ekonomicznym, popełniane w celu zdobycia pieniędzy (lub narkotyków) dla zaspokojenia głodu narkotykowego. Przestępstwa o charakterze ogólnym, popełniane w ramach funkcjonowania nielegalnego rynku narkotyków, to jest zaopatrzenie w narkotyki, ich dystrybucję i zażywanie. Przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, popełniane przeciwko przepisom antynarkotykowym oraz innym przepisom powiązanych z zjawiskiem łamania prawa.

Około 69% badanych przez mnie osób uznała, iż ilość przestępstw związanych z narkotykami przyjmuje tendencje wzrostowe. 86% policjantów i około

75% pielęgniarek była przekonana o wzrastającej ilości przestępstw dokonanych przez osoby uzależnione. Istotnie mniej ankietowanych lekarzy (65,7%) i nauczycieli (47,4%) prezentowało powyższe stanowisko. Jak wynika z statystyk Głównej Komendy Policji od 2006 roku obserwowany był spadek przestępstw związanych z narkotykami. Spadek odnosił się nie tylko do młodzieży szkoły gimnazjalnej, ale również szkoły średniej i zawodowej. Jednakże obserwując statystyki z 2009 roku [Malczewski 2009(b)] jak i z pierwszego półrocza 2010 roku liczba ogólna przestępstw wzrosła.

Twórcy Raportu Krajowego 2009 zwracają uwagę, iż spadła liczba przestępstw dotyczących nakłaniania, ułatwiania, udzielania, posiadania narkotyków, które stanowiły znaczną liczbę przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na rzecz przestępstw, które dotyczyły przemytu i produkcji narkotyków oraz przemytu i obrotu ich prekursorami [Malczewski 2009(b)].

Założona hipoteza, iż wiedza na temat narkomanii w badanych grupach nie powinna się różnić w istotny sposób nie została potwierdzona. W mojej opinii poziom i zakres posiadanej wiedzy nie jest zadawalający. Wiedzę w zakresie narkomanii najczęściej respondenci zdobywali za pośrednictwem środków masowego przekazu. Wyjątek stanowi grupa zawodowa lekarzy, która jako jedyna sięgała do fachowego piśmiennictwa. Można mówić o pewnej sloganowości i braku usystematyzowania wiedzy pozostałych grup zawodowych. U wszystkich badanych grup zawodowych stwierdzono brak dostatecznej ilości szkoleń w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jeżeli chodzi o wiadomości dotyczące swego najbliższego środowiska i zjawiska narkomanii w nim występującego, to najmniej informacji posiadali policjanci i nauczyciele. Zaprzeczali istnieniu osób uzależnionych w ich środowisku życia, pracy. Nie przyznawali się do znajomości z takimi osobami. Najwięcej informacji posiadali pracownicy służby zdrowia, zarówno, co do placówek zajmujących się detoksykacją i terapią narkomanów, długości oczekiwania na miejsce w takiej placówce jak i skali zjawiska w swoim najbliższym otoczeniu. W żadnej z badanych grup zawodowych nie wykazano znajomości prowadzonej profilaktyki trzeciorzędowej (redukcji szkód zdrowotnych).

Przeważająca liczba badanych przez mnie policjantów i pielęgniarek przekonana była o wzrastającej liczbie przestępstw związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, choć zjawisko to podlega pewnym fluktuacjom. W grupie

zawodowej policjantów dominował pogląd o wystarczającej współpracy szkoły, placówek służby zdrowia i policji. Przeciwnie stanowisko prezentowano w grupie zawodowej lekarzy, pielęgniarek i nauczycieli. Wszystkie badane grupy zawodowe nie dostrzegały dostatecznego zaangażowania się władz lokalnych w rozwiązywanie problemów narkomanii.

VI. 2. STOSUNEK EMOCJONALNY DO PROBLEMU NARKOMANII

W ramach prowadzonych projektów badawczych, stanowiących podstawę do opracowywania programów profilaktycznych, prewencyjnych, zazwyczaj przeprowadzana jest diagnoza problemów i zagrożeń występujących na danym terenie. Respondenci takich badań oceniają, które zagrożenia są bardziej rozpowszechnione i stanowią największe źródło niepokoju. Bezrobocie, ubóstwo, alkoholizm, przestępczość i przemoc w rodzinie poprzedzają zjawisko narkomanii [Dąbrowska 2001]. Takie wyniki nie korespondują z doniesieniami medialnymi, z których wynika, że problem narkomanii ma duży zasięg i jest bardzo rozpowszechniony. W mojej opinii dysonans powstający w wyniku sprzecznych doniesień wpływa na nasz stosunek do tego problemu.

Respondenci badań własnych w 53,7% byli przeciwni sugestii izolacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze względu na ich demoralizujący wpływ. Oczywiście pojawiło się odmienne stanowisko u około 28%. Badania prowadzone w latach dziewięćdziesiątych podkreślały fakt traktowania narkomanii jako choroby jednocześnie wskazywały, że osoby uzależnione wpływają demoralizująco na otoczenie - 39% [Andrejew-Frączek 1993].

Badania prowadzone w Polsce wskazują na ewolucję poglądów w tej materii. Zmiany te zapewne wynikają z dynamiki rozwoju zjawiska narkomanii. Według Sierosławskiego [2004] minęły czasy kiedy narkotyki były przypisane tylko dla młodzieży tak zwanej „problemowej”. Niektóre z substancji psychoaktywnych są stałym elementem w kulturze osób młodych i ryzyko sięgania po nie dotyczy większości. Badania prowadzone w 1997 roku i w 2002 roku wskazują, iż ponad 95% respondentów chętnie skłania się do medycznej definicji narkomana. Czyli w percepcji

społecznej zasadniczo nie zmienił się wizerunek narkomana jako osoby chorej. Zmiana postaw nastąpiła w strategii postępowania z osobą uzależnioną. W 1997 roku za izolacją od społeczeństwa opowiedziało się 23,2% badanych a w 2002 roku 48,4%. Narkomana jako „osobę mającą zły wpływ na innych” w 1997 roku postrzegało 51,8% a w 2002 roku 71,9% badanych [Sierosławski 2004].

W badaniach własnych grupą zawodową, która zajęła zdecydowane stanowisko w kwestii izolacji uzależnionych od narkotyków byli lekarze. Ponad 77% badanych nie widziało potrzeby izolacji narkomanów i nie dostrzegało ich demoralizującego wpływu na otoczenie. W opinii ankietowanych nauczycieli (ponad 51%), pielęgniarek (ponad 54%) i policjantów (około 46%), choć nie tak zdecydowanie jak w grupie zawodowej lekarzy, izolacja z powodu demoralizującego wpływu narkomanów, również nie jest środkiem zaradczym na problemy związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Wykonywany zawód silnie determinował opinie ankietowanych przez mnie osób. Z badań własnych wynika, iż około 64,6% policjantów, 60% lekarzy, 55,7% pielęgniarek i 39,7% nauczycieli traktowała narkomanów jako pasożytów społecznych. W świetle badań Sierosławskiego [2004] wynika, że w 1997 r. 31,7% badanych traktowało narkomana jako pasożyta społecznego, natomiast w 2002 r. 48,6% respondentów wyraziła taką opinię.

Badane przez mnie grupy zawodowe uznały okazjonalne przyjmowanie narkotyków, eksperymentowanie z nimi za zjawisko wysoce naganne. Zdecydowane stanowisko w tej kwestii zajęły pielęgniarki (93,4%) oraz nauczyciele (92,3%). Jednocześnie badani przeciwni byli możliwości wykonywania zawodów tzw. zaufania publicznego przez osoby mające doświadczenie w używaniu narkotyków (75,9% policjantów, 68,8% pielęgniarek, 63,6% nauczycieli). Zupełnie odmienne stanowisko zaprezentowało 60% lekarzy, którzy dopuszczali możliwość wykonywania wyżej wymienionych zawodów przez osoby z doświadczeniem w zażywaniu narkotyków. Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych w zawodach medycznych nie jest zjawiskiem nowym i nie pojawiło się nagle. Choć to poważny problem jest często przemilczany toteż nie znamy rzeczywistych jego rozmiarów [Szczyrba-Maróń i Wons 2008].

Według Avery i wsp. [2000] najbardziej rozpowszechnione w grupie zawodowej lekarzy jest nadużywanie alkoholu, następnie benzodiazepin i opiatów.

Sięganie po środki psychoaktywne w tej grupie zawodowej jest szczególnym sposobem radzenia sobie ze stresem. Jak podają wyżej wymienieni badacze, lekarze w dość specyficzny sposób uzasadniają przyczyny używania na przykład kokainy w trakcie dyżuru, a mianowicie utrzymaniem gotowości. Wdychanie podtlenku azotu, czyli gazu rozweselającego tłumaczą tym, iż pomaga to w zrelaksowaniu się. Jak podaje Gossop [1993] środowisko medyczne generalnie ma ułatwiony dostęp do substancji psychoaktywnych w postaci leków, toteż istnieje większa możliwość uzależnienia się w porównaniu do ogółu społeczeństwa.

Badacze zjawiska twierdzą, że spożycie środków psychoaktywnych, alkoholu, leków jest uzależnione od poziomu stresu. Jeżeli wzrasta ilość sytuacji stresowych to wzrasta spożycie wyżej wymienionych substancji, gdyż to one rekompensują spadki endorfin jakie obserwujemy po przeżyciu napięcia [Klimasiński 2000]. Badania dowodzą, że duże znaczenie ma stres związany z wykonywanym zawodem [Stach 2003, Seligman i wsp. 1991]. Niektóre z zawodów są w sposób szczególny narażone na sytuacje stresowe a zwłaszcza te, które wymagają udzielania pomocy oraz tam, gdzie dochodzi do najczęstszego kontaktu z ludźmi (lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, pracownicy socjalni) [Fengler 2000, Hobfoll 2006, Wons 2006]. W badaniach kanadyjskich wskazano, że ponad połowa ankietowanych lekarzy postrzega praktykę medyczną za bardzo lub ekstremalnie stresującą [Wallace i Lemaire 2007]. Prowadzi to do wypalenia zawodowego i staje się przyczyną niekonstruktywnego radzenia sobie ze stresem, a więc sięgania po środki psychoaktywne. Według Firth-Cozens [2001] problem ten ma swój początek już na studiach gdzie, jak sygnalizują lekarze, alkohol i inne środki pomagają w zmaganiu się z codziennym stresem.

Hankes i Bissel przebadali lekarzy stażystów, leczących oraz studentów medycyny. Stwierdzili, że 66% studentów medycyny, 60% lekarzy na stażu i 58% lekarzy leczących używa narkotyków [Avery i wsp. 2000]. Jak podają źródła najczęściej uzależnień zaobserwowano w grupie anestezjologów, psychiatrów, pracowników pogotowia, dentystów [Kenna i Wood 2004, Dahlin i wsp. 2005, Katz i Hines 2005]. Według Habrata [2004] uzależnienie od substancji psychoaktywnych nie dotyczy tylko grupy zawodowej lekarzy. Nie występuje ono częściej niż w populacji ogólnej. Jednakże występowanie uzależnienia w tej grupie zawodowej budzi szczególne zainteresowanie ze względu na specyficzną odpowiedzialność tego zawodu oraz dość szybko pojawiające się dysfunkcje pełnionych ról społecznych.

Badane przeze mnie grupy zawodowe w około 88% wypowiedziały się negatywnie o okazjonalnym przyjmowaniu narkotyków. Pielęgniarki (93,4%), nauczyciele (92,3%), policjanci (84,8%) i lekarze (74,3%) nie akceptują takiej formy używania narkotyków. Jednakże jak podaje literatura w ostatnich dwóch dekadach wzrosła popularność tak zwanych „party drugs” i kanabinoli [Świątkiewicz i Bujalski 2010]. Zmienił się również konsument narkotyków. Narkoman z człowieka postrzeganego jako szczególnie zagrożonego degradacją społeczną, zajmującego miejsce wśród społecznie wykluczonych, o niskim statusie, przeistoczył się w konsumenta, który należy do grupy cieszącej się dobrobytem materialnym i wysoką pozycją społeczną. W literaturze przedmiotu znajdujemy opinie, że nie rodzaj używanej substancji psychoaktywnej, ale przede wszystkim status społeczny konsumenta narkotyków ma decydujący wpływ na szkody zdrowotne, które stają się jego udziałem. Badania metodologiczne prowadzone w tym zakresie potwierdzają istnienie związku pomiędzy używaniem narkotyków, a występowaniem problemów zdrowotnych i psychologicznych, natomiast nie rozstrzygają o związku przyczynowym jaki miałby zachodzić między wyżej wymienionymi zmiennymi [Macleod i wsp. 2004, Fisher i wsp. 2006]. Galea i Vlahov [2002] twierdzą, iż osoby o wysokim statusie społecznym rzadziej lub wcale nie doświadczają problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków w przeciwieństwie do osób o niskim i bardzo niskim statusie społecznym.

W moim przekonaniu zwykło się przyjmować pewien szablon myślenia, a mianowicie taki, że kontakt z narkotykami zawsze prowadzi do szybkiej degradacji, społecznej marginalizacji a w konsekwencji wykluczenia ze społeczeństwa. Wyniki badań przeprowadzonych pod kierunkiem European Centre for Social Welfare Policy and Research w sześciu miastach europejskich, to jest Londynie, Amsterdamie, Pradze, Turynie, Warszawie i Wiedniu wskazują, że średni czas konsumpcji okazjonalnej (rekreacyjnej) narkotyków przez uczestników badań wynosił dziesięć lat co nie koresponduje z opiniami, że wieloletni kontakt z nimi prowadzi do społecznej i psychicznej degradacji. Najchętniej używaną substancją psychoaktywną przez okazjonalnych konsumentów okazała się marihuana (98%), następnie ecstazy (34%), kokaina (24%), amfetamina (22%) [Świątkiewicz i Bujalski 2009].

Według Świątkiewicz i Bujalskiego [2009] konsumenci rekreacyjni to osoby wykształcone, z uregulowaną sytuacją mieszkaniową, pracujące, bez problemów z policją. Zupełnie inaczej ma się rzecz z uzależnionymi od opiatów. Jak podają

Świątkiewicz i Bujalski [2009] uzależnieni od opiatów spełniają wszystkie kryteria marginalizacji społecznej. Badane osoby z reguły nie osiągają średniego poziomu wykształcenia, posiadają status bezrobotnego, są bezdomne (ponad 40%), utrzymujące się z nielegalnych źródeł zarobkowania, wielokrotnie mające problemy z policją.

W społecznym odbiorze osoba używająca od nadużywającej narkotyków jest praktycznie nieróżnicowana. Najczęściej otrzymuje etykietkę narkomana. Taka osoba zostaje naznaczona i tak naprawdę pozbycie się owej etykiety staje się praktycznie niemożliwe. W moim odczuciu jednostka, o której dowiadujemy się, iż miała jakiegokolwiek doświadczenie z substancjami psychoaktywnymi lub też z tego powodu była leczona psychiatrycznie budzi niepokój. Osoby uzależnione od narkotyków postrzegane są jako ci, których choroba (narkomania) jest wynikiem łamania reguł życia społecznego. Innymi słowy „chorują na własne życzenie”. Stygmatyzacja uzależnionych od narkotyków lub też używających substancji psychoaktywnych nadal w społeczeństwie jest dość duża. W literaturze przedmiotu znajdujemy doniesienia świadczące o tym, że stygmatyzacja narkomanów jest duża, porównywalna do chorych na schizofrenię [Świtaj i wsp. 2010].

Z jednej strony, obserwuje się w postawach społeczeństwa w stosunku do narkomanów spolegliwość oraz chęć otoczenia uzależnionych opieką [Sierosławski 2004] z drugiej postrzegane są jako jednostki nieprzewidywalne, niebezpieczne i mało odpowiedzialne za swoją kondycję zdrowotną [Link i wsp. 1999, Crips i wsp. 2000]. W badaniach własnych ponad 80% pielęgniarek, ponad 67% policjantów i ponad 56% nauczycieli postrzegała narkomanów jako „chorych na własne życzenie” z taką opinią nie zgodziło się ponad 57% lekarzy. Odmienne stanowisko jakie zajęli lekarze, w moim przekonaniu należy wiązać z tym, że w swojej praktyce zawodowej, dosyć często spotykają się ze zjawiskiem stygmatyzacji chorych, zwłaszcza lekarze psychiatrzy.

Popularyzacja terminu „piętno” nastąpiła w latach 60 – tych przez socjologa Ervinga Goffmana. Używał go na określenie „atrybutu dotkliwie dyskredytującego”, a osoba nim określana była postrzegana jako naznaczona i niepełnowartościowa i w skrajnych przypadkach kwestionowane było jej człowieczeństwo. Autor podkreślał, że piętno nie jest cechą jednostki, lecz tylko społeczną konstrukcją (atrybutem). Stwierdził, że istnieją ludzkie atrybuty, które zawsze mają charakter dyskredytujący

i podlegają stygmatyzacji, czego niewątpliwym przykładem jest choroba psychiczna [Goffman 2005].

Według wielu badaczy zjawisko stygmatyzacji chorych z zaburzeniami psychicznymi w tym również uzależnionych od narkotyków, ma negatywne konsekwencje, gdyż ogranicza ich szanse życiowe i możliwości rozwoju osobistego. Dalsze konsekwencje to spadek samooceny, samoskuteczności, gorszej jakości życia, depresji, braku chęci współpracy podczas procesu leczenia [Farina 1998, Corrigan i Kleinlein 2005, Markowitz 2005], samobójstwo [Siris 2001, Pompili i wsp. 2003]. Odrzucenie społeczne dotyka również chorych somatycznie choć nie jest ono tak silne jak w przypadku chorych psychicznie [Lai i wsp. 2000, Corrigan i wsp. 2005, Lee i wsp. 2005].

W badaniach własnych 43% ankietowanych uważało, iż nawet po leczeniu tak zwany „trzeźwy narkoman” jest dyskryminowany, około 36% nic nie wiedziało na ten temat. Na opinię w tej kwestii wpływ wywierało wykształcenie badanych osób (im wykształcenie wyższe tym większe przekonanie o dyskryminacji). Według Bujalskiego [2008] uzależnienie od substancji psychoaktywnych i związane z tym zjawisko dyskryminacji jest przeszkodą w podjęciu decyzji o leczeniu przez osoby uzależnione. W momencie jej podjęcia jednostka taka najczęściej staje się „dewiantem”, a leczenie stygmatyzuje ją powodując upokorzenie. Toteż bycie „naznaczonym” odwleka w czasie decyzję zgłoszenia się do leczenia. Niezależnie od tego czy narkoman jest w stanie abstynencji czy też czynnie przyjmuje narkotyki doświadcza dyskryminacji. Jak podaje wyżej wymieniony autor do rozwoju tego zjawiska, w dużej mierze, przyczyniają się postawy personelu medycznego, który w jego przekonaniu prezentuje wąskie postrzeganie problemu uzależnień. Postrzeganie to sprowadza się do kategorii moralnych, lub też behawioralnych, co niestety nie prowadzi do wzrostu zaufania czy zmniejszeniu obaw przed podjęciem leczenia. Poza tym pacjent uzależniony od narkotyków jest zdecydowanie najgorzej oceniany przez lekarzy, po nim znajdują się uzależnieni od alkoholu, leczący się z powodu depresji, a najlepiej ocenieni zostali diabetycy. Takie postawy można również zaobserwować w placówkach terapii uzależnień. Najbardziej konserwatywne podejście w stosunku do uzależnionych od substancji psychoaktywnych okazały się mieć placówki ochrony zdrowia psychicznego [Bujalski 2008].

Z przeprowadzonych przeze mnie badań ankietowych wynika, że uzależnieni od substancji psychoaktywnych najmniejsze uczucie lęku wzbudzają u lekarzy (68,6%) i policjantów (68,4%), następnie pielęgniarek (45,9%) i nauczycieli (39%). Janiszewska [2003] podaje, że uczucie lęku towarzyszy każdemu człowiekowi, jest naturalną reakcją na niebezpieczeństwo. Lęk (obawa, strach) przed osobami uzależnionymi od narkotyków może mieć różne źródła. Jednakże niezależnie od nich badane przeze mnie osoby zwłaszcza lekarze i policjanci nie odczuwali go nagminnie w kontaktach z uzależnionymi. Istnieje wiele badań zwłaszcza dotyczących postaw w stosunku do chorych psychicznie, gdzie między innymi poruszany jest problem uczuć jakie wzbudzają osoby z zaburzeniami psychicznymi w tym uzależnione od narkotyków i alkoholu. Wskazują one, że jednak bardziej obawiano się chorób psychicznych aniżeli narkomanii czy też alkoholizmu [Sidorowicz 1998]. Według Kępińskiego [1987] nie znaczy to, że osoby wykonujące pewien zawód np. lekarza, pielęgniarki, policjanta pozbawione są lęku przed narkomanem. Lęk może być w maskowany na przykład przed nadmierną opiekuńczością, lekceważeniem, przesadną tolerancją, które stanowią pewien mechanizm obronny. Innym sposobem na rozładowanie lęku jest posiadanie jak najszerszej wiedzy na temat jego źródła oraz sposobu ochrony przed zagrożeniem [Janiszewska 2003]. W mojej opinii lekarze i policjanci często są tymi, którzy jako pierwsi mają kontakt z osobą uzależnioną. Na nich często spoczywa ciężar ratowania życia ludzkiego. Ich działalność zawodowa skierowana jest na profesjonalne, planowe i celowe działanie zmierzające do udzielenia pomocy człowiekowi potrzebującemu. Budująca staje się świadomość, iż taką pomoc otrzymają osoby uzależnione a strach przed nimi nie będzie paraliżował działań tych, którzy są do tego powołani.

Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że zachowań agresywnych ze strony osób używających czy też nadużywających narkotyków obawia się 67,2% pielęgniarek, 51,4% lekarzy w dalszej kolejności 48,7% nauczycieli i 36,7% policjantów. Środki psychoaktywne, lub też ich brak po długotrwałym nadużywaniu wpływają na stan świadomości, percepcję i zachowanie człowieka. Praktycznie każda substancja psychoaktywna wpływając na stan świadomości może prowadzić do zachowań agresywnych, czyli ukierunkowanych na wyrządzenie szkody bądź to fizycznej bądź psychicznej. Agresja może przybierać formę czynną lub słowną. Oczywiście ujawnienie agresji zależy od takich czynników jak wyposażenie biologiczne człowieka, wcześniej wrodzone a następnie wyuczone wzory zachowań

oraz środowiska społecznego [Masłowska 2007]. Gwałtowne zachowania osób uzależnionych od narkotyków oraz przemoc najczęściej towarzyszy intoksykacji. Jak podaje literatura zachowania agresywne obserwowano dosyć często w oddziałach pomocy doraźnej [Szuster i wsp. 1990, Richards 1999]. Środki psychoaktywne jak na przykład metamfetamina powoduje zwiększoną pewność siebie, redukuje lęk społeczny, wzmacnia zachowania asertywne, odhamowuje [Haltikis i wsp. 2005]. Konsekwencją powyższego staje się zwiększona impulsywność, podejmowanie zachowań gwałtownych i ryzykownych oraz brak jakiegokolwiek ostrożności [Murray Bennett i Roy-Byrne 2008].

Najczęściej osoby używające lub nadużywające narkotyków nie szukają żadnej pomocy, brak im poczucia choroby, czują się bardzo dobrze. To najbliżsi, a więc rodzina, przyjaciele, znajomi, dostrzegają różnorodne dysfunkcje uzależnionych, a z tym wiąże się dawanie dobrych rad lub bardziej radykalne interwencje. Pielęgniarki, lekarze, nauczyciele i policjanci są tymi, którzy z racji wykonywanego zawodu muszą podejmować takowe interwencje. Oczywiście powoduje to sprzeciw, a niejednokrotnie zachowania agresywne używających lub nadużywających narkotyków w stosunku do tych, którzy próbują pomagać. W wyniku badań prowadzonych w University of California w Los Angeles na grupie osób uzależnionych od metamfetaminy uzyskano następujące wnioski. Okazało się, iż grupa kobiet objęta tymi badaniami była częściej niż mężczyźni zaniepokojona tym, że nie mogły zapanować i kontrolować swoich zachowań gwałtownych [Murray Bennett i Roy-Byrne 2008]. Poza tym środki psychoaktywne mogą stać się czynnikiem wyzwalającym, lub też nasilającym epizody psychotyczne, maniakalne, depresyjne a czasem tak jak metamfetamina powodować przewlekłe zaburzenia psychotyczne [Chen i wsp. 2003]. Wśród uzależnionych od narkotyków znajdują się osoby z tak zwaną „podwójną diagnozą”, czyli takie, które wykazują oprócz uzależnienia, zaburzenia psychiczne. Smith i Hucker [1994] stwierdzili, że 50% pacjentów, przyjmowanych do szpitala w trybie nagłym z powodu zachowań agresywnych, chorych na schizofrenię było uzależnionych głównie od alkoholu i marihuany. Kanabinole wpływają na obraz kliniczny schizofrenii jak i na funkcjonowanie pacjenta. Palenie marihuany, chorych na schizofrenię, wywołuje zachowania agresywne. Powoduje to rozluźnienie więzi ze środowiskiem rodzinnym, przyjaciół, a następnie te i tak nadszarpnięte relacje zanikają zupełnie. Następuje dalsze obniżenie statusu materialnego prowadzące do bezdomności,

a w konsekwencji do podejmowania prób samobójczych. Takie działania stają się powodem hospitalizacji i budzą przekonanie, iż podejmowane próby leczenia nie przynoszą żadnych efektów [Kwiecińska i Kłoszewska 1999].

W niniejszej pracy sformułowano założenie, iż najbardziej zdecydowany stosunek emocjonalny do problemu narkomanii powinien występować w grupie nauczycieli a następnie w grupie pracowników służby zdrowia i policji. Po analizie udzielonych odpowiedzi przez respondentów (badania własne) nie stwierdzono, iż którakolwiek z badanych grup zawodowych prezentowała zdecydowany stosunek emocjonalny do zjawiska narkomanii. Badane osoby prezentowały postawy od permissywnej (spolegliwej) do represywnej w zależności od poruszanych kwestii.

VI. 3. EMOCJONALNY STOSUNEK DO AKTÓW PRAWNYCH

Substancje psychoaktywne wpływają na poszczególne funkcje psychiczne poczynając od zaburzeń świadomości poprzez zaburzenia spostrzegania, myślenia, a na zaburzeniach zachowania skończywszy [Degenhardt i Hall 2001, Bilikiewicz i wsp. 2002, Basford i wsp. 2003, Barry i wsp. 2009, Brådvik i wsp. 2009]. Osoby z wyżej wymienionymi zaburzeniami czasami dopuszczają się czynów zabronionych i w związku z tym ponoszą odpowiedzialność karną. Oczywiście prawodawstwo w naszym kraju, dopuszcza ponoszenie odpowiedzialności karnej wtedy, gdy sprawca był poczytalny, czyli taki, którego stan psychiczny pozwalał na rozpoznanie znaczenia zarzucanego czynu i kierowania swoim postępowaniem [Kulka i wsp. 2005].

W literaturze przedmiotu lat siedemdziesiątych XX wieku narkomanię odnajdujemy jako zjawisko marginalne, gdzie substancją dominującą w uzależnieniach była morfina. Z tego też powodu morfinistów uważano za sprawców czynów karalnych, których poczytalność była ograniczona, a nawet zniesiona w zależności od zmian psychicznych. Zwrócono uwagę, że poczytalność narkomanów winna być oceną indywidualną sprawcy z uwzględnieniem stanu zaawansowania nałogu [Uszkiewicz 1979]. Lata osiemdziesiąte XX wieku przyniosły rozkwit narkomanii, gdzie w uzależnieniu dominowały opiaty, zaś na lata dziewięćdziesiąte XX wieku przypada wzrost uzależnienia od substancji pobudzających, głównie amfetaminy

i jej pochodnych, kanabinoli, halucynogenów oraz lotnych rozpuszczalników organicznych [Ostaszewski 2001]. Odzwierciedleniem tego był wzrost przestępczości związanej z substancjami psychoaktywnymi, głównie młodych osób, co wiązało się ze wzrostem penalizacji wobec posiadania narkotyków [Kulka i wsp. 2005]. Organy procesowe często zwracały się do biegłych psychiatrów celem oceny poczytalności narkomanów będących pod wpływem środka psychoaktywnego lub od niego uzależnionego. Jednakże nadal istnieją duże trudności w opiniowaniu narkomanów, gdyż kryteria oceny są niejasne, brak jest standardów dotyczących opiniowania sprawców uzależnionych od narkotyku, będących pod jego wpływem ewentualnie po jego odstawieniu [Wereżyńska 1988, Pobocho 1990, Tarnawski 1990]. Jak podaje Kulka i wsp. [2005] najwięcej czynów zabronionych popełnianych przez uzależnionych stanowiły czyny przeciwko mieniu, następnie życiu i zdrowiu oraz rodzinie. Mniejszy odsetek stanowiły czyny popełniane przeciwko bezpieczeństwu publicznemu, działalności instytucji państwowych i ustawie o zwalczaniu narkomanii.

W świetle powyższego oraz zmieniających się przepisów prawa kwestia leczyć czy karać pozostaje otwarta. Około 61,7% uczestników badań własnych opowiedziało się za leczeniem uzależnionych od narkotyków z zastosowaniem przymusu, 34,8% uznała, że narkomanów należy leczyć tylko wtedy gdy wyrażają na to zgodę, natomiast niecałe 3,6% wyraziło opinię, iż osoby uzależnione należy karać zamiast leczyć. Oczywiście ze względu na wykonywany zawód pojawiły się różnice w opiniach. Za formą leczenia z zastosowaniem jego przymusu opowiedziało się 72,1% policjantów, 61,5% nauczycieli, 60,6% pielęgniarek i 40% lekarzy. W literaturze przedmiotu doszukujemy się prób podjęcia odpowiedzi na pytanie leczyć czy karać. Nie ma oczywiście jednoznacznej odpowiedzi i trudno byłoby wymagać by taka odpowiedź się pojawiła. Ludzie różnią się bagażem doświadczeń, wiedzy, umiejętności, co wpływa na kształtowanie poglądów i postaw jakie reprezentują wobec kwestii problemowych. Badania przeprowadzone w latach osiemdziesiątych XX wieku wśród pracowników służby zdrowia odnoszące się do problemu leczyć czy karać pokazały, że problem nie jest łatwy do rozstrzygnięcia. Konieczność stosowania przymusu leczenia widziało 23% badanych, 15% uważała, że należy kierować się zasadą pełnej dobrowolności leczenia, a 59% uznała za zasadne stosowanie przymusu leczenia w niektórych przypadkach, 2% badanych nie udzieliła żadnej odpowiedzi. Za karaniem narkomanii opowiedziało się 30% badanych osób (z tego 66% pielęgniarek

udzieliła takiej odpowiedzi), 62% zajęła odmienne stanowisko, 7% nie udzieliła odpowiedzi [Lipowska-Teutsch i wsp. 1986].

Zagadnienie leczyć czy karać znalazło swoje odbicie w aktach prawnych, które na przestrzeni lat zmieniały kilkakrotnie podejście do wyżej poruszanej kwestii. Okres przedwojenny to ustawa „przeciw narkotykom” z 22 czerwca 1923 roku w przedmiocie substancji przetworów odurzających, która uznawała za przestępstwo nielegalne przechowywanie środków narkotycznych, handlowanie nimi oraz używanie w towarzystwie innych osób. Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 1928 roku uznało eter etylowy i jego mieszanki, jako szczególnie niebezpieczne dla zdrowia. Kodeks karny z 1932 roku wprowadzał regulacje prawne problemu rozpowszechniania środków odurzających. Aktem, który kompleksowo regulował postępowanie w przypadku nielegalnego obrotu substancjami psychoaktywnymi był dekret o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych z 1951 roku. Karą zostało objęte wyrabianie, przerabianie, przechowywanie, przywożenie i wywożenie za granicę, wprowadzanie do obrotu substancji odurzających bez zezwolenia lub niezgodne z warunkami zezwolenia. Kodeks karny z 1969 roku przewidywał karalność za udzielanie środków odurzających lub nakłanianie do używania niezgodnego z prawem [Konikowska-Kuczyńska 2008]. Poważny problem społeczny zjawisko narkomanii zaczęło stanowić w latach 1970-1980, gdyż pojawiła się na rynku polska heroina tak zwany „kompot”. Wytwarzany był on prostymi metodami ze słomy makowej, praktycznie każdy narkoman potrafił uzyskać ten środek dla własnego użytku, lub też użytku kolegów. Polska stała się pierwszym krajem Europy, gdzie opiaty stanowiły „preparaty domowej produkcji”. Nastąpił istotny wzrost liczby osób, które odurzały się substancjami pochodzącymi z legalnych upraw maku i konopi [Staniaszek 1993] co skutkowało wzrostem prawomocnie skazanych za naruszenie uregulowań prawnych w tym zakresie (dekret z 1951 roku).

Pierwszą regulację prawną w zakresie odpowiedzialności karnej za nielegalny obrót narkotykami stanowiła ustawa o zapobieganiu narkomanii z 31 stycznia 1985 roku. Ustawa ta realizowała podejście profilaktyczno – lecznicze w stosunku do narkomanów (narkomanii), czyli takie, gdzie ważną rolę odgrywała profilaktyka wobec użytkowników substancji psychoaktywnych a jednocześnie leczenie ich, rehabilitacja i resocjalizacja. Sankcje karne wobec narkomanów miały mieć zastosowanie jako rzeczowy *ultima ratio* (*ostateczny argument*). Ustawa z 1985 roku

koncentrowała się na represji handlarzy i producentów narkotyków, czyli tych, którzy czerpali rzeczywiste korzyści z nałogu innych. Ten akt prawny dekryminalizował posiadanie i nabywanie narkotyku, czyli czyny związane z popytem, gdyż uznawał je za działania typowe dla użytkowników środków narkotycznych. Należy jednocześnie podkreślić, że w rozumieniu prawa administracyjnego posiadanie narkotyków było nielegalne i podlegały one konfiskacie. Na lata dziewięćdziesiąte przypada kształtowanie się w naszym kraju „normalnego czarnego rynku” narkotykowego i znaczny wzrost liczby osób używających substancji psychoaktywnych. Polska zaistniała na rynku europejskim jako istotny producent środków syntetycznych oraz kraj tranzytowy przemytu narkotyków. Wobec powyższego zaczęto krytykować liberalne podejście do zjawiska narkomanii i skłaniać się ku represji wobec niego [Krajewski 2008(a)].

Medialnie ostrej krytyce został poddany fakt dekryminalizacji posiadania narkotyków. W praktyce posiadanie nawet dużych ilości narkotyku (oprócz ich konfiskaty) było bezkarne, gdyż nie zawsze można było sprawcy udowodnić przemyt, handel czy inne czynności. Brak kryminalizacji posiadania środków psychoaktywnych według policji znacznie utrudniało walkę z przemytem, nielegalną podażą i produkcją narkotyków [Krajewski 2008(a)]. Narastająca fala krytyki spowodowała konieczność znowelizowania istniejącej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, co też nastąpiło w dniu 24 kwietnia 1997 roku. Utrzymała ona wiele z poprzedniej ustawy z 1985 roku, a mianowicie realizację działań profilaktycznych i leczniczych. Nie dopuszczała zmian w zakresie stosowania leczenia przymusowego i zachowała priorytet leczenia nie zaś represji. Jednakże ustawa wprowadziła kryminalizację posiadania środków odurzających lub psychotropowych. Sankcje karne, jakie ponosili posiadacze narkotyków stanowiły nie tylko instrument represji, lecz miały służyć motywowaniu do poddania się terapii. Godnym podkreślenia jest fakt, że po raz pierwszy w Polsce ustawa dała podstawy prawne do realizacji różnych strategii redukcji szkód w tym leczenia substytucyjnego metadonem. Podejście permissywne w ustawodawstwie powodowało krytykę zwolenników rozwiązań bardziej restrykcyjnych [Krajewski 2008(a)].

Rok 2000 przyniósł kolejną nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która wprowadziła zmiany odnośnie posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych. Powyższa nowelizacja, zwłaszcza w kwestii posiadania

środków odurzających na tak zwany własny użytek, miała swoich zwolenników jak i przeciwników. Z jednej strony istniała obawa, że rozpocznie się wyłapywanie i karanie ludzi chorych, którzy tak naprawdę powinni być leczeni zamiast karani, czyli „nagonka na narkomanów”. Z drugiej strony twierdzono, że kryminalizacja posiadania narkotyku będzie prowadziła do skutecznej walki z ich handlarzami i dilerami. Zwłaszcza organy ścigania (policja) przyjęły z zadowoleniem fakt możliwości karania za posiadanie nawet niewielkich ilości narkotyków, tłumacząc to tym, że dilerów z taką ilością substancji psychoaktywnych zatrzymywano kilkakrotnie praktycznie bez żadnych konsekwencji [Konikowska-Kuczyńska 2008]. Autorka podaje, że nowelizacja wprowadziła organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości na tory represji wobec używających substancji psychoaktywnych oraz wzrosła liczba przestępstw zarejestrowanych przez policję. Rozpoczął się zwrot ku modelowi restrykcyjno – represyjnemu oddziaływań wobec narkomanów [Konikowska-Kuczyńska 2008].

Kolejna nowelizacja i przyjęcie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2005 roku traktowała podaż i popyt jako czynności nielegalne. Uzależnionych od narkotyków – sprawców czynów karalnych – postrzegała w kategorii osoby chorej i wymagającej leczenia, a nie przestępcy. Oczywiście nie wprowadzono całkowitej dekryminalizacji przestępstw, które były udziałem narkomanów, gdyż byłoby to absurdem, niemniej jednak możliwym stało się stosowanie alternatywnych środków leczniczych (w tym rehabilitacyjnych). Osoba uzależniona od substancji psychoaktywnych, która weszła w konflikt z prawem miała możliwość wyboru pomiędzy karą a leczeniem [Konikowska-Kuczyńska 2008].

Wiele państw modyfikuje modele prohibicji wobec narkotyków. Tendencje są takie by tworzyć konstrukcje prawne umożliwiające osobie uzależnionej leczenie przed zastosowaniem represji karnej, a osoby uzależnione traktować jako chore i wymagające leczenia [Muszyńska 2004]. Badania ankietowe przeprowadzone w Polsce w 2002 roku przez Sierosławskiego [2004] odnoszące się do szeroko rozumianej profilaktyki narkomanii nakreśliły pewne strategie postępowania wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Narkoman przez dużą część społeczeństwa postrzegany był, jako osoba chora w związku z tym największą aprobatę budziły działania związane z leczeniem a następnie pomocą dla nich. 80% badanych opowiedziało się za leczeniem narkomanów, a 12% za pomocą i otoczeniem opieką

osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W opinii 1,3% respondentów osoby uzależnione należałoby karać. W percepcji mieszkańców naszego kraju narkoman częściej odbierany był jako pacjent (około 70% badanych) niż kryminalista (około 6% respondentów). Cytowane wyżej badania dały pewien obraz. Pomimo, że narkoman uznawany jest za osobę chorą i wymagającą pomocy, to jednak jak podaje Sierosławski nastąpił wzrost odsetka osób (w stosunku do roku 1997 takich badań), które postrzegają narkomana jako kryminalistę, awanturnika, chuligana. Nastąpiło przeorientowanie postaw ze spolegliwych na represyjne [Sierosławski 2004].

Problem posiadania narkotyku na tak zwany własny użytek jest nadal kwestią sporną, o której już wcześniej wspomniano. 87,7% respondentów badań własnych negowała możliwość posiadania narkotyku na tak zwany własny użytek. Zawód badanych determinował rozkład odpowiedzi. Najbardziej rygorystycznie do zagadnienia podeszła grupa zawodowa pielęgniarek (93,4%), następnie policji (89,9%), nauczycieli (87%) i lekarzy (74,3%). Posiadanie środka psychoaktywnego na własny użytek jest przysłowiową kością niezgody pomiędzy zwolennikami „twardego” i zwolennikami „miękkiego” tak zwanego „drobnego posiadania”.

Pomimo wielu nowelizacji aktów prawnych związanych z narkomanią, gdzie jedne były bardziej łagodne dla posiadaczy niewielkich ilości narkotyków, inne mniej, to należałoby zauważyć, że tak naprawdę żaden z nich nie definiował pojęcia „nieznaczna ilość”. Brak konkretnie sprecyzowanych ilości chociażby wagowych danego środka daje organom ścigania pewną swobodę i elastyczność w interpretacji posiadania narkotyku na własne potrzeby, ale też pewne ograniczenia. Zapewne nadal policja i prokuratura będzie miała trudności z oceną co tak naprawdę kryje się pod pojęciem „nieznacznej ilości” i jak praktycznie stosować ten zapis. Według Klinowskiego [2011] występowanie „terminu nieostrego”, jakim jest „nieznaczna ilość” utrudni organom ścigania odróżnienie przypadków posiadania narkotyku tak zwanego komercyjnego od konsumenckiego. Jednakże aspekty prawno-karne prowadzonej polityki narkotykowej nie mogą zapominać o społecznej reakcji na problemy narkotykowe, gdyż kształtują postawy wobec substancji psychoaktywnych i ich konsumpcji [Klinowski 2011]. Respondenci badań własnych w większości sprzeciwili się posiadaniu narkotyku na własny użytek, choć pewnie każda grupa zawodowa kierowała się innymi motywami w ocenie tego problemu.

Uczestnicy badań własnych w 90,1% uważali, że konsekwencje prawne należy wyciągać przede wszystkim w stosunku do handlarzy narkotyków, z tego 100% lekarzy, 96,7% pielęgniarek, 96,2% policjantów i 74,4% nauczycieli zajęło takie stanowisko. Tylko około 10% badanych uwzględniłoby producenta narkotyków jako osobę wobec, której zastosowałyby sankcje karne. Literatura przedmiotu podaje, że analiza badań aktowych przestępstw posiadania narkotyków pokazuje pewną prawidłowość, a mianowicie piątek, sobota i niedziela to takie dni, w których niewiele ujawniano przestępstw z tytułu posiadania narkotyków. Najwięcej tego typu przestępstw ujawnianych było w środy i wtorki. Nie oznacza to, że w weekendy spożywa się mniej narkotyków, natomiast pokazuje to, iż intensyfikacja działań policji przypada w dni powszednie. 60% przypadków posiadania narkotyków ujawnianych była podczas rutynowej kontroli patrolowej, a 50% w czasie rutynowej kontroli drogowej. Świadczy to o tym, że policja nie prowadzi działań „masowych” celem identyfikacji posiadaczy narkotyków. Taka strategia ujawnia drobnych konsumentów czy też „drobne płotki” handlu detalicznego. Handlarze średniego i wyższego szczebla najczęściej podejmują środki ostrożności wobec działań policji, tak więc czują się bezpieczni [Krajewski 2008(b)].

Komisja Parlamentu Europejskiego w 1990 roku uznała, że represje należy stosować w stosunku do zorganizowanych handlarzy narkotyków, a nie do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Eksperti twierdzą, że stopień punitowności zależy od poczucia zagrożenia problemem w danym kraju. Instrumenty działań, jakimi posługuje się policja w stosunku do zwalczania przestępczości narkotykowej nie wystarczają. Uważają oni bowiem, że przestępstwa związane z nielegalnym obrotem środkami psychoaktywnymi nie mają ofiar, czyli są tak zwanymi przestępstwami konsensualnymi. W praktyce oznacza to (ni mniej ni więcej), że policja nie może liczyć, iż osoba pokrzywdzona złoży zeznania jako świadek co spowoduje ujawnienie przestępstwa. Narkoman jak i handlarz narkotykowy zainteresowani są utrzymaniem w tajemnicy swoich działań i nie informują organów ścigania. Jest to sytuacja zupełnie odmienna od przypadku przestępstwa pospolitego, gdzie ofiara zainteresowana jest wykryciem sprawcy czynu karalnego i informuje policję. Organy ścigania mogą liczyć wyłącznie na własne działania proaktywne w ujawnianiu przestępstw narkotykowych [Andrejew-Frączek 1992].

Według 57,7% uczestników badań własnych, skłaniała się ku opinii, że należy karać kryminalne zachowania użytkowników narkotyków (z tego 74,3% lekarzy, 65,6% pielęgniarek, 51,3% nauczycieli i 50,6% policjantów). Używanie pozamedyczne środków psychoaktywnych jest nielegalne. Do nielegalnych sposobów pozyskania środków na narkotyki, przy braku stałego źródła dochodu, możemy zaliczyć przestępstwa popełniane przeciwko mieniu czy też prostytutkę. Oczywiście prawo w takich przypadkach musi wyciągać sankcje karne w stosunku do osób, które dopuściły się takich przewinień. Jednakże istnieje drugi aspekt zjawiska, a mianowicie taki, że odpowiedzialność karna doprowadza do zerwania kontaktów ze światem zewnętrznym przez osobę uzależnioną. Nie dotyczy to tylko policji, ale również instytucji zajmujących się leczeniem, pomocą, edukacją, czy rehabilitacją.

89,7% respondentów badań własnych sprzeciwiała się możliwości legalnego nabywania narkotyku za odpowiednio wysoką odpłatnością (z tego 98,4% pielęgniarek, 92,4% policjantów, 87,2% nauczycieli i 74,3% lekarzy). Według Krajewskiego [2005] za legalne i powszechnie używane narkotyki w naszym kręgu kulturowym można uznać alkohol i tytoń. Używanie tych substancji nie wzbudza tylu negatywnych emocji co inne środki psychoaktywne, które stanowią swoisty „powszechnik” kulturowy. Z tego też powodu mało realna staje się chęć utworzenia społeczeństwa wolnego od narkotyków. Idea społeczeństwa wolnego od substancji psychoaktywnych używanych w celach pozamedycznych jest skazana na porażkę. Jednocześnie potraktowanie używania narkotyków jako elementu wpisanego w naszą codzienność nie musi wyrażać zgody i aprobaty na „powszechność odurzania się” [Krajewski 2005]. Niemniej jednak wielu jest zwolenników legalizacji substancji psychoaktywnych, którzy swoje podejście nazywają pragmatycznym. Pragmatyzm ten opiera się na rachunku zysków i kosztów. Reprezentantami powyższego podejścia byli ekonomiści laureaci Nagrody Nobla Milton Friedmann i Gary S. Becker [Krajewski 2005].

W moim przekonaniu brak przyzwolenia na możliwość legalnego zdobywania narkotyków wiąże się z tym, iż w opinii 90,5% uczestników badań własnych prawo winno być bardziej restrykcyjne w stosunku do zjawiska narkomanii (z tego 96,7% pielęgniarek, 96,2% policjantów, 89,7% nauczycieli, 68,6% lekarzy). Walka z narkomanią poprzez stosowanie sztywnych zasad prohibicji nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Osiągnięty został wręcz efekt zupełnie odwrotny a przez to niebezpieczny. Literatura przedmiotu podaje, że prohibicja, zaostrenie kar,

powoduje szkody społeczne, indywidualne, które są znacznie poważniejsze niż te spowodowane samą narkomanią. Stwierdzono wręcz, że lekarstwo okazało się gorsze od choroby, którą miało leczyć. Większa restrykcyjność prawna wobec narkotyków prowadzi do wzrostu cen czarnorynkowych, choć tak naprawdę rzeczywiste koszty produkcji narkotyków są zazwyczaj minimalne. Wysokie ceny czarnorynkowe środków psychoaktywnych powodują, że handlarze, producenci i różnej „maści” przemytnicy rekompensują sobie w taki sposób ryzyko na jakie są narażeni poprzez swoją działalność. Paradoks tej sytuacji polega na tym, że to co powinno odstraszać ze względu na konsekwencje prawne staje się atrakcyjne ze względu na osiągnięte dochody. Dowodem na powyższe stają się najczęściej kraje, gdzie sytuacja gospodarcza pozbawia wielu obywateli dostępu do legalnych źródeł dochodu, utrzymania czy rozwoju kariery. Zabicie kolumbijskiego „barona narkotykowego” Pablo Escobara udowodniła jak wielu czekało na sukcesję po nim [Krajewski 2005].

Prohibicja, zaostżenia kar, zwiększenie restrykcyjności prawa wobec wszelkich przejawów narkomanii prowadzi do zwiększenia potęgi finansowej zorganizowanej przestępczości. Olbrzymie dochody „nakobiznesu” dają organizacjom przestępczym wręcz nieograniczone możliwości prowadzenia działań korupcyjnych w stosunku do sędziów, policjantów, prokuratorów, polityków czy urzędników państwowych. Taka sytuacja wprowadza chaos gdyż nie wiadomo, kto sprawuje władzę legalny rząd czy też „narkomafia”. Zyski otrzymane z nielegalnego handlu narkotykami stają się przyczyną rywalizacji pomiędzy zorganizowanymi grupami przestępczymi a przemoc przybiera okrutne oblicze. „Wojny gangów”, zabójstwa na zlecenia, zamachy bombowe niejednokrotnie zostają wpisane w krajobraz codzienności danego kraju [Krajewski 2005].

Uczestnicy badań własnych w 52,6% stwierdzili, że znają akty prawne dotyczące narkomanii z tego policjanci w 88,6%, lekarze w 57,1%, pielęgniarki w 41% i nauczyciele w 23,1%. Do znajomości aktualnie obowiązującej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przyznało się 49% respondentów z tego 82,3% policjantów, 51,4% lekarzy, 42,6% pielęgniarek i 19,2% nauczycieli. Otrzymane wyniki potwierdziły założoną hipotezę, że znajomość aktów prawnych związanych z problemem narkomanii będzie najwyższa wśród policjantów i lekarzy. Jednak należy zauważyć, że 50% badanych przez mnie osób nie zadeklarowała znajomości aktów prawnych. Jak podaje Łopatka [2000] świadomość prawna angażuje wolę, rozumową

i uczuciową stronę psychiki człowieka. Mając do czynienia z problemem narkomanii każdego dnia z racji wykonywanego zawodu, należałoby wieloaspektowo podchodzić do tematu, w tym również zwracać uwagę na odpowiedni stosunek do norm prawnych. Możliwym staje się to tylko wtedy, gdy znamy analizujemy i potrafimy zinterpretować przepisy prawne. Wtedy łatwiej jest uświadomić sobie zachodzące interakcje pomiędzy przepisami prawa a moralnością. Posiadana świadomość prawna często staje się wyznacznikiem wartości moralnych (również postaw) [Kopińska 2005]. W mojej opinii oczywiście jest to pewne uproszczenie, gdyż nieznanie przepisów prawa nie upoważnia w żaden sposób do stwierdzenia, że mamy do czynienia z niskim poziomem moralności i odwrotnie.

Największą znajomość aktów prawnych deklarowali policjanci i lekarze co potwierdza założoną hipotezę. Zarówno policjanci jak i lekarze są najczęściej osobami pierwszego kontaktu z uzależnionym bądź używającym substancji psychoaktywnych. Bardzo często to od nich zależy jak potoczą się dalsze losy jednostki również od strony prawnej. Nie oznacza to, że rozwiązania prawne nie będą respektowane przez lekarzy czy policjantów, ale w moim przekonaniu świadomość prawna przyczyni się do poszukiwania optymalnych rozwiązań problemu danej osoby. W stosunku do policjantów znajomość prawa ma też inny wymiar niż bezpośredni kontakt z uzależnionym, lub też rekreacyjnie biorącym narkotyki. W przypadku policji znajomość prawa jest niezbędna ze względu na wykroczenia, jakich dopuszczają się osoby zajmujące się handlem, produkcją substancji psychoaktywnych, przemytem. Inną sprawą jest umiejętność zastosowania owej wiedzy w praktyce i dotyczy to wszystkich zawodów mających kontakt z uzależnionymi, co jednakże nie stanowi bezpośredniego przedmiotu badań tej pracy.

VI. 4. STOSUNEK DO ZAGROŻEŃ

Środki psychoaktywne wpływają na działanie substancji w mózgu na przykład zwiększają wydzielanie endorfin (peptydy przeciwbólne). Dochodzi do hamowania ośrodka kary istoty szarej, co powoduje tłumienie nieprzyjemnych emocji. Zazywanie narkotyków, w początkowej fazie, powoduje ożywienie i pobudzenie, lecz wzrost częstotliwości ich przyjmowania doprowadza do hamowania nie tylko ośrodka kary,

ale również nagrody. Osoba uzależniona pozbawiona zostaje możliwości czerpania radości z życia dnia codziennego, odsuwa się od innych ludzi. Paradoxem staje się to, że zażywanie narkotyków wywołuje nieprzyjemne doznania po przejściu w stan trzeźwości, jednakże nasila chęć sięgnięcia po następną dawkę narkotyku aby oddalić negatywne emocje. Dochodzi do mechanizmu nałogowego regulowania uczuć. Dalsze przyjmowanie środków psychoaktywnych powoduje zniekształcenia poznawcze, zaburzone zostaje spostrzeganie i wnioskowanie. Człowiek staje się zagubiony i rozpoczyna się proces oszukiwania samego siebie, nie dostrzega destrukcyjnego wpływu narkotyków na jego życie, choć ze świata zewnętrznego dostaje odmienne informacje. Dysonans poznawczy stwarza pewną alternatywę, to jest zaniechanie używania szkodliwego lub trwania w nałogu. Nie można tu mówić o żadnych półśrodkach typu „brania” mniejszych ilości, zmniejszenia częstotliwości, kontrolowanego zażywania. W przeciwnym razie jest to następny mechanizm iluzji. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń doprowadza do stanu, w którym łatwiej jest znieść wstyd, cierpienie i nie ma konieczności rezygnacji ze swego nałogu. Środki psychoaktywne wpływają destruktywnie na trzon osobowości, to jest na strukturę „Ja”. Doprowadzają do jej dezintegracji co przejawia się niemożnością podejmowania racjonalnych decyzji co do własnego postępowania. Dochodzi do naruszania norm społecznych i systemu wartości, a człowiek staje się poszukującym szczęścia w substancji chemicznej. Pułapka uzależnienia w jaką wpada osoba odurzającą się staje się przyczyną osamotnienia, bezradności, nasila się cierpienie, wzrasta ograniczenie samokontroli wytworzony zostaje mechanizm rozpraszania i dezintegracji. Uzależnienie jest iluzorycznym stanem szczęścia, a utrata kontroli nad impulsem jest pierwszym etapem do osiągnięcia szczęścia wbrew instynktowi, który ewolucyjnie dąży do utrzymania równowagi [Baumeister i wsp. 2000].

W zależności jak długo trwa nałóg uzależnienie pogłębia się, a substancję psychoaktywną nie przyjmuje się tylko dla odczuwania przyjemności, lecz dla utrzymania minimum aktywności życiowej potrzebnej do jej zdobycia. Zasób neuromediatorów nie zapewnia już odpowiedniego poziomu odczuwania szczęścia i przeżyć pozytywnych. Układ nagrody (układ limbiczny, hipokamp, przegroda) nie dostarcza odczuć przyjemności i tak to co było do tej pory motorem uzależnienia, czyli przyjemność staje się zupełnie niedostępne. Wyniszczony biologicznie i psychicznie organizm, brak perspektyw, zubożone życie emocjonalne jest równią

pochyłą i drogą donikąd. Dążenie człowieka do samoakceptacji i samorealizacji poprzez substancje psychoaktywne badacze zjawiska nazywają „krzyżem cywilizacyjnym” [Radziwiłłowicz i Szeliga 2002].

Leczenie narkomanii jest zadaniem trudnym i przynosi najczęściej krótkotrwałe efekty. Nawrotów do nałogu najczęściej zdarza się we wczesnej fazie abstynencji [Juczyński 2002]. Ponad 48% respondentów badań własnych uważało, że osobę uzależnioną można wyleczyć, około 35% miała odmienne zdanie, a ponad 16% nie zajęła stanowiska w tej kwestii.

Według Syroka [2011] system specjalistycznej opieki medycznej w naszym kraju stał się częścią składową systemu opieki zdrowotnej jako opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Leczenie uzależnionych odbywa się bezpłatnie bez rejonizacji usług w tym zakresie. Prowadzą je zarówno publiczne jak i niepubliczne podmioty leczące ze środków NFZ, urzędów gmin lub urzędów marszałkowskich.

W systemie opieki nad uzależnionymi od substancji psychoaktywnych znajdują się przede wszystkim specjalistyczne placówki ambulatoryjne i stacjonarne oraz takie, które oferują pośrednie formy opieki (oddziały dzienne, hostele). Współczesny model terapii oparty jest na długotrwałym leczeniu stacjonarnym prowadzonym przez placówki zamknięte. W 2008 roku działało na terenie naszego kraju 85 oddziałów stacjonarnych w tym 33 placówki zajmujące się leczeniem uzależnionych poniżej osiemnastego roku życia. Od 1999 roku liczba miejsc dla pacjentów uzależnionych wzrosła z 900 łóżek do 2500. W Polsce w 2005 roku zidentyfikowano 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczeniem objęto 38 tysięcy ludzi z czego większość przypadków stanowiły osoby będące w przedziale wiekowym pomiędzy 19 a 29 rokiem życia i poniżej osiemnastego roku życia. 82% zgłaszających się do leczenia potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem. W ośrodkach leczonych było 20 tysięcy osób to prawie dwukrotnie mniej niż w poradniach. Obsada w wyspecjalizowany personel plasowała się w ten sposób, iż w poradniach zatrudnionych było 440 pracowników z czego 120 w pełnym wymiarze godzin czasu pracy (w tym 82 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień). W ośrodkach zatrudniano 774 osoby z czego 688 na pełnym etacie. W roku 2008 funkcjonowało około 300 placówek

ambulatoryjnych, które zajmowały się udzielaniem pomocy dla uzależnionych jak i ich bliskim [Marcinkowski i Jabłoński 2008].

Mało jest danych na temat liczby używających rekreacyjnie narkotyków. Trudno jest zdefiniować liczbę osób szukającą pomocy, gdyż brak jest odpowiednich programów, które mogłyby odegrać niebagatelną rolę w zapobieganiu używania narkotyków. Główny cel terapii ambulatoryjnej jak i prowadzonej w placówkach stacjonarnych to osiągnięcie przez pacjenta abstynencji. W lecznictwie ambulatoryjnym oprócz uzyskania abstynencji przez uzależnionego stawiane są i inne zadania takie jak poprawa jakości życia czy też ograniczenie używania narkotyku. Ograniczenia w zażywaniu substancji psychoaktywnej jest bardziej realnym zadaniem do zrealizowania niż całkowita abstynencja. Dla osób przebywających w jednostkach stacjonarnych priorytetem powinno być uzyskanie całkowitej abstynencji. Prowadzona jest też mikroedukacja, praca, nauka jako sfery oddziaływań przygotowujące do podjęcia pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych.

Badane osoby w 61,7% negatywnie wrażały się o szeroko pojętej opiece sprawowanej nad uzależnionymi od narkotyków z czego 75% policjantów, 59% nauczycieli, 54% pielęgniarek i ponad 51% lekarzy potwierdziło takie stanowisko. Około 8,9% policjantów, 2,9% lekarzy, 1,6% pielęgniarek i żaden z nauczycieli nie widział potrzeby by sprawować jakąkolwiek opiekę nad osobami uzależnionymi od narkotyków.

Badane przez mnie grupy zawodowe nie wypowiedziały się jednoznacznie, jakie ośrodki powinny wieść prym w leczeniu, terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Jedynie około 32% policjantów opowiedziało się za zamkniętym systemem leczenia w stosunku do uzależnionych. Pozostałe grupy zawodowe (100% lekarzy, około 85% nauczycieli, ponad 80% pielęgniarek) nie widziały przeciwwskazań do wzajemnie uzupełniającego się modelu leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Istnieją pewne ograniczenia w dostępie do leczenia uzależnień. Badania prowadzone przez IATPAD (*Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug Related Problems*) zidentyfikowały czynniki odpowiedzialne za ograniczenia w dostępie do leczenia takie jak: instytucjonalne związane z możliwościami i specyfiką funkcjonowania poszczególnych placówek, czynniki społeczno – kulturowe, które wpływają na postawy pacjentów a tym samym

ich determinację w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Trzecią grupą czynników niekorzystnie wpływających na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych opisano, jako ograniczenia zewnętrzne systemu opieki zdrowotnej, to jest: rozwiązania legislacyjne i polityka antynarkotykowa [Woźniak i wsp. 2006, Bujalski 2011].

Placówki wyspecjalizowane w leczeniu uzależnionych jak i podstawowej opieki zdrowotnej mają rozbudowany system biurokratycznych zasad przyjmowania. Pacjent zobligowany jest do dostarczenia różnego rodzaju dokumentacji nie tylko medycznej co zniechęca na samym wstępie. Badania IATPAD dostarczyły również informacji, że niektóre z placówek nie posiadają jasno określonych zasad przyjmowania pacjentów. Pacjenci nie są przyjmowani do leczenia według kryteriów formalnych, lecz na podstawie arbitralnych decyzji personelu. Jednostki trafiające do leczenia nie zawsze mogą zachować ciągłość leczenia ze względu na surowe zasady kontynuacji ewentualnie powtórnego przyjęcia do leczenia. Wielu pacjentów ma trudności ze spełnieniem wymogu zachowania okresu abstynencji przed leczeniem. Ośrodki wyspecjalizowane najczęściej udzielają pomocy dla uzależnionych [Woźniak i wsp. 2006, Bujalski 2008 i 2011].

Co szósta placówka ochrony zdrowia psychicznego i co dziesiąta podstawowej opieki medycznej udziela specjalistycznych świadczeń uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Dla pacjenta oznacza to tyle, że nie wszyscy chętni zostaną objęci leczeniem i opieką specjalistyczną ze względu na ograniczone możliwości. Wiele niezadowolenia budzi czas pracy ośrodków i kłopoty z dostosowaniem godzin pracy pacjentów uczestniczących w indywidualnych spotkaniach z lekarzem lub sesjach terapeutycznych. Do innych czynników ograniczających dostępność do świadczeń uzależnionym jest: lokalizacja placówek, brak bezpłatnych miejsc, listy oczekujących. Zaniepokojenie budzić może fakt, że tylko co dziesiąta placówka podstawowej opieki medycznej jest dostępna w weekendy, a w lecznictwie wyspecjalizowanym około 40% z nich przyjmuje w dni wolne od pracy. Czas oczekiwania na pierwszorazową wizytę lekarską dla jednostek ochrony zdrowia psychicznego trwa około 22 dni, w podstawowej opiece medycznej 9 dni. Na terapię w wyspecjalizowanych ośrodkach średnio czas oczekiwania wynosi trzy tygodnie. Osoby borykające się z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych nie zawsze otrzymywały informacje o możliwościach podjęcia leczenia nawet od lekarzy. Uczestnicy wyżej wymienionych

badania wskazali, że strategiczną przeszkodą dostępności w leczeniu uzależnień jest brak programów leczenia dostosowanych do potrzeb pacjenta lub wybór metody niewłaściwej. Często represyjne i bardzo radykalne programy terapeutyczne budzą niechęć do leczenia. Ważnym czynnikiem wskazującym, jako barierę dla podjęcia leczenia jest stan techniczny placówek. Pomimo kolejnych rozporządzeń mówiących o tym jakie wymagania pod względem technicznym powinny spełniać podmioty leczące, to jednak nie zawsze jest to możliwe do zrealizowania ze względu na ograniczenia finansowe tychże podmiotów [Woźniak i wsp. 2006, Bujalski 2011].

W 1999 roku rozporządzenie wprowadziło możliwość leczenia substytucyjnego, jednakże nie przywiązywano dostatecznej wagi do terapii metadonowej. Dane z 2009 roku podawały, że ten rodzaj leczenia dostępny był dla 1300 pacjentów w 16 programach, które zlokalizowane były w 12 miastach naszego kraju. Realizatorem tego typu świadczeń były w 14 przypadkach zakłady opieki zdrowotnej a w dwóch niepubliczne placówki. 50 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych była uczestnikami programu metadonowego prowadzonego w zakładach penitencjarnych Służby Więziennej. Wszystkie programy leczenia substytucyjnego opierały się na metadonie, ale również dopuszczano stosowanie innych leków podtrzymujących [Marcinkowski i Jabłoński 2008].

W roku 2010 działały na terenie Polski 23 programy leczenia substytucyjnego i udzielały świadczeń dla około 1500 pacjentów dziennie. W siedemnastu przypadkach tychże programów realizacją zajmowały się publiczne i niepubliczne jednostki opieki zdrowotnej a w sześciu jednostki penitencjarne. Liczba użytkowników opiatów mieści się w przedziale od 25 do 29 tysięcy z czego jedynie 7% jest objętych terapią metadonową. Najgorszą sytuację zarejestrowano w województwach podkarpackim, pomorskim, podlaskim, warmińsko – mazurskim i opolskim, ponieważ tutaj brak jest jakiegokolwiek dostępności do substytucji lekowej. W województwie śląskim czas oczekiwania na przyjęcie do programu trwa około trzech lat. Nadal leczenie substytucyjne dla osób uzależnionych od opiatów w Polsce jest mało dostępne. Na tle innych państw charakteryzujemy się najniższymi wskaźnikami dostępności do leczenia substytucyjnego [Gryn 2010]. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 zakłada zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach, dla co najmniej 25% osób

uzależnionych od opiatów, przez zwiększenie funduszy w planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Środki psychoaktywne powodują różnego rodzaju dolegliwości somatyczne. Jeszcze do niedawna można było zaopatrzyć się legalnie w tak zwane „dopalacze”. „Dopalacze” to substancje psychoaktywne, które wpływają pobudzająco, halucynogennie, mogą poprawiać nastrój, czasami dają poczucie zwiększonej wydolności fizycznej i psychicznej. Jednocześnie dają też objawy uboczne, do których zalicza się bóle głowy i zawroty, nudności, wymioty, kołatanie serca, bezsenność, pobudzenie psychoruchowe, lęk, zatrzymanie moczu, drgawki [Chmiel-Perzyńska i wsp. 2009]. Osoby doświadczające skutków ubocznych „dopalaczy” zgłaszają się do lekarza rodzinnego nierzadko zatajając fakt przyjmowania tego typu substancji. W ten sposób lekarz rodzinny staje się lekarzem pierwszego kontaktu a jego wiedza, postawa, umiejętności w zakresie kontaktu terapeutycznego rzutują niejednokrotnie na dalsze losy jednostki. Specjaliści tacy jak lekarze psychiatry, psychologowie, pedagodzy odgrywają ważną rolę w procesie leczenia. Jednak w ten proces zwłaszcza w fazie rozpoznania i wczesnej interwencji powinni się włączyć lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, rodzinnej, pediatrzy i pielęgniarki, ponieważ stają się osobami pierwszego kontaktu z nadużywającymi narkotyków [Woźniak i wsp. 2006]. Zdaniem Woźniaka i wsp. [2006] nie stworzono jak dotychczas systemu szkoleń dla wyżej wymienionych grup zawodowych. Uczestnicy badań własnych leczenia i terapię uzależnionych od substancji psychoaktywnych powierzyliby dla lekarza psychiatry (66% pielęgniarek, 59,5% policjantów, 57% lekarzy i 42% nauczycieli). Tylko 51,3% nauczycieli w roli leczącego i prowadzącego terapię widziałoby psychologa, a grupa zawodowa lekarzy 25,7% w roli zajmującego się leczeniem narkomanii widziałaby lekarza podstawowej opieki medycznej.

Wcześniejsze doniesienia w literaturze przedmiotu mówiły o tendencji większego udziału lekarzy rodzinnych w leczeniu i rozpoznawaniu uzależnień, a takimi przykładami była społeczność flamandzka i walońska w Belgii [Okulicz-Kozaryn 2002]. W Australii oferta leczenia obejmowała krótkie interwencje medyczne lub długotrwałe leczenie stacjonarne, a świadczeniodawcami usług byli lekarze i pielęgniarki medycyny rodzinnej [Zieliński 2002]. W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 jednym z rodzaju działań jest

opracowanie pakietu edukacyjnego z zakresu problematyki narkomanii dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej oraz prowadzenie szkoleń w tej dziedzinie.

56,5% uczestników badań własnych w kontakcie z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych obawiała się zakażenia wirusami HIV/HCV, około 18% nie miała obaw, a około 26% nie myślała o tym. Największe zaniepokojenie możliwością zakażenia się wyżej wymienionymi wirusami, wzbudzają uzależnieni od substancji psychoaktywnych u lekarzy (68,6%), następnie policjantów (68,3%), pielęgniarek (62,3%) i nauczycieli (34,6%). Wśród osób przyjmujących w postaci iniekcyjnej narkotyki szybko rozprzestrzeniło się zakażenie wirusem HIV. W Polsce pierwszy taki przypadek został stwierdzony w 1987 roku w Warszawie. Z 2548 wszystkich zarejestrowanych w 1993 roku nosicieli wirusa HIV ponad 70% stanowili narkomanii [Marcinkowski i Jabłoński 2008]. Osoby wykonujące zawód lekarza, pielęgniarki w sposób szczególny są narażone na zakażenia wirusami krwiopochodnymi co związane jest z czynnościami diagnostycznymi, interwencjami chirurgicznymi, dentystycznymi, ginekologicznymi czy pielęgnacyjnymi, gdzie materiałem zakaźnym jest nie tylko krew, ale i inne wydaliny i wydzieliny. Pielęgniarki zwłaszcza zabiegowe jak i lekarze chirurdzy to grupy najbardziej narażone na zakłucia i skaleczenia w czasie pracy [Pawińska 2002], toteż obawy przed zakażeniem wśród personelu medycznego mogą być wyższe [Janiszewska 2003]. Nastąpił spadek rejestrowanych zakażeń oraz orzeczeń z tytułu choroby zawodowej związanej z zakażeniami wirusami HBV, HCV, wśród pracowników służby zdrowia. Wiąże się to z upowszechnieniem wiedzy, wzrostem świadomości poprzez prowadzenie masowych akcji informacyjnych, wdrażanie procedur ograniczających stopień ekspozycji, stosowanie narzędzi pracy typu igły „bezdotykowe”, systemy narzędzi „non - touch” itp. [Smoliński i wsp. 2005].

Niemniej jednak pewne uprzedzenia wobec zakażonych wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi narkomanów pozostają. Personel medyczny prezentuje wobec zakażonych HIV i chorych na AIDS postawy negatywne, mniejszą gotowość utrzymywania kontaktów społecznych, niż do chorych na inne choroby [Janiszewska 2003]. Lekarze pielęgniarki, studenci medycyny często obawiali się kontaktów z zakażonymi wirusem HIV czy chorymi na AIDS. Nie potrafili okazać współczucia czy zwykłej serdeczności w pracy z chorymi [Ordakowski i Karwat 2000]. Pozostaje kwestia przepływu informacji wewnętrznych wśród pracowników ochrony zdrowia,

a mianowicie informowania o statusie serologicznym pacjenta – narkomana. Jak podaje Janiszewska [2003] badania prowadzone w wielu krajach pokazują, iż powzięcie informacji o dodatnim wyniku testu nie zmniejszało ryzyka zakażenia lekarza, pielęgniarki. Wyżej cytowana autorka twierdzi, że sytuacja może być wręcz odwrotna, ponieważ zmniejsza czujność epidemiologiczną w stosunku do osób HIV-ujemne, które aktualnie znajdują się w okienku serologicznym. Dezinformacja wydaje się również niepożądana. W zadania ochrony zdrowia wpisana jest edukacja pacjenta, a jeżeli personelowi brakuje pewnych informacji to zadania te nie będą realizowane. Edukacja i promocja zdrowia to nie tylko działania prowadzone wobec pacjenta, ale również w stosunku do najbliższych osób z jego środowiska rodzinnego. Z jednej strony obowiązuje tajemnica zawodowa z drugiej obowiązek ochrony zdrowia i życia innych. Tajemnica lekarska według teologa z Madrytu, Javiera Elizari, w takich przypadkach nie powinna mieć wartości absolutnej [Janiszewska 2003].

W badaniach własnych 51% uczestników (w tym 71% lekarzy, 62% pielęgniarek i 51% nauczycieli) nie dostrzegała przeciwwskazań do sąsiedztwa ośrodka dla nosicieli seropozytywnych HIV/HCV czy też chorych na AIDS. Odmienne stanowisko zajęło ponad 67% policjantów. Według Marcinkowskiego i Jabłońskiego [2008] pojawienie się zakażeń wirusem HIV, wirusami hepatotropowymi oraz AIDS wpłynęło na zmianę stosunku społeczeństwa do narkomanów oraz spowodowało szukanie rozwiązań dla nowego problemu. Istniejące ośrodki były nieprzygotowane do przyjęcia zarażonych zwłaszcza wirusem HIV, toteż z inicjatywy różnych osób powstały placówki przyjmujące tylko pacjentów uzależnionych – HIV dodatnich. Przykładem może być dom MONARU w Zbicku koło Opola. Jednak tworzenie społeczności jednorodnej, a więc w tym przypadku zakażonej wirusem niweczyło wysiłek i efekt terapeutyczny. Wynikiem tego doświadczenia stało się przyjmowanie do ośrodków osób uzależnionych bez względu na ich status zdrowotny. Obserwacje i doświadczenia wskazywały, że osiągnano lepsze efekty leczenia uzależnionych z HIV, gdzie skład pacjentów był mieszany. Takie postępowanie zapobiegało w znacznej mierze stygmatyzacji pacjentów seropozytywnych. Narastanie problemu HIV/AIDS pobudzało do dalszych inicjatyw społecznych jak i państwowych co zaowocowało powstaniem organizacji, które prowadziły osady dla zakażonych HIV i ich rodzin (Wandzin, Lutynka, Darzewo).

Nie zawsze ośrodki rehabilitacyjne, w których przebywali narkomani, nosiciele HIV zyskiwały aprobatę polskiego społeczeństwa. Rejestrowano akty przemocy wobec nosicieli czy też dewastację pomieszczeń przez nich zamieszkiwanych np. w Głoskowie, Kawęczynie [Moskalewicz 1992, Council of Europe 1993]. Zakażenia wirusem HIV w przeciwieństwie do innych zakażeń wirusowych oprócz aspektu medycznego posiada szczególny wydźwięk społeczny. Bardzo ważne staje się prowadzenie kampanii informacyjno edukacyjnej dla różnych grup społecznych i zawodowych. Jak podają źródła każdego dnia na świecie przybywa około 16 tysięcy zakażonych. 10% stanowią dzieci a około, połowa to młodzież w wieku od 15 do 24 lat. W Polsce szacunkowo przybywa codziennie 1 -2 osoby zakażone wirusem HIV. Każdego dnia na świecie umiera około 9 tysięcy osób chorych na AIDS [Gładysz i Knysz 2009].

Największy wpływ na rozwój narkomanii, według 81% respondentów badań własnych, ma środowisko rówieśnicze (około 86% nauczycieli, 85% policjantów, 77% lekarzy i 74% pielęgniarek wyraziło taki pogląd). Mniejsze ryzyko zagrożenia dostrzegano w środowisku szkolnym i rodzinnym. Według Juczyńskiego [2002] wejście do grupy osób uzależnionych od narkotyków jest spowodowane chęcią zaspokojenia potrzeby kontaktu i otrzymania wsparcia emocjonalnego. W takiej grupie następuje pełna akceptacja człowieka takim jaki jest i zbędne staje się ukrywanie swoich prawdziwych pragnień. Wielu rodziców przypisuje środowisku rówieśniczemu, pejoratywne znaczenie i obarcza odpowiedzialnością za zmuszenie ich dziecka do używania narkotyków. Niezaprzeczalnym jest fakt, iż środowisko rówieśnicze zwłaszcza w okresie dorastania może stanowić źródło konfliktów, zachowań dewiacyjnych. Jednakże grupa rówieśnicza może odrywać pozytywną rolę. Rodzice upatrując w środowisku rówieśniczym swego dziecka głównej przyczyny sięgania po narkotyki nie biorą pod uwagę tego, że tak naprawdę to ich potomek chce robić to, co grupa, gdyż w ten sposób uzyskuje gratyfikacje. Według Wójcika [2010] grupa rówieśnicza posiada swoje wewnętrzne normy, zasady, własny system przekonań i repertuar zachowań, które określają funkcjonowanie jednostek w grupie i te same grupy jako całości. „Jednomyslność” poszczególnych członków grupy, presja by postępować zgodnie z oczekiwaniami rówieśników staje się niebezpieczna w kontekście zachowań problemowych. Z przeprowadzonych przeze mnie badań ponad 87% respondentów nie zezwoliłaby na przyjaźń swego dziecka z rówieśnikiem uzależnionym od narkotyków.

Badacze problemu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież poszukują czynników ryzyka sięgania po tego typu środki [Hawkins i wsp. 1992]. Lista czynników ryzyka jak i chroniących przed nadużywaniem narkotyków jest długa i podzielona na pięć grup: indywidualne, rówieśnicze, rodzinne, szkolne oraz związane z szerszym kontekstem społecznym [Burrow-Sanchez i Hawken 2007]. Analiza badań nad indeksami czynników ryzyka i czynników chroniących przed narkomanią młodzieży, nasuwa wniosek, że jedne jak i drugie mogą stanowić dwa przeciwstawne krańce jednego kontinuum [Ostaszewski i Zimmerman 2006]. Według Okulicz-Kozaryn i Bobrowskiego [2008] wyniki badań wskazują niewątpliwie, że czynnikiem zwiększającym ryzyko używania narkotyków stają się rówieśnicy, którzy modelują nieodpowiednie zachowania. Toteż należałoby skupić się na „profilaktyce pozytywnej”, czyli wzmocnieniu czynników chroniących – pozytywnych, do których możemy zaliczyć budowanie dobrych relacji z rodzicami. Badania prowadzone wśród młodzieży w latach osiemdziesiątych, nad przyczynami sięgania po narkotyki wskazywały w pierwszej kolejności na środowisko rówieśnicze. Narkotyzowanie się, ułatwiało nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, poprawiało pozycję w grupie, ujednolicało poglądy i plany na życie innymi słowy integrowało z grupą, która stawała się przedmiotem aspiracji [Płonka-Syroka 1986]. W moim przekonaniu pomimo upływu czasu, zmian obyczajowych i systemowych oraz przeobrażeń społecznych nadal w środowisku rówieśniczym (jego presji) upatruje się głównych przyczyn rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

64,8% respondentów badań własnych odmówiłaby wsparcia finansowego uzależnionemu pomimo zachowania przez niego abstynencji (77% policjantów, 72% pielęgniarek, 54% lekarzy i 51% nauczycieli). Berne [20004] w kontekście analizy transakcyjnej przestrzega przed wciągnięciem się w grę „w narkomana”. W klasycznym wydaniu „gry” potrzebnych jest pięć osób, to jest: narkoman ten, który zażywa substancje psychoaktywne, dostarczyciel ten, który dostarcza narkotyki, kozioł ofiarny ten kto ponosi konsekwencje zachowania narkomana, a więc płaci rachunki, usprawiedliwia nieobecności w szkole lub pracy, okłamuje członków rodziny itp., oskarżyciel ten kto pokazuje, że dzieje się źle oraz wybawca, czyli taka osoba, która pomoże narkomanowi (lekarz, ksiądz, terapeuta). Taki układ nazwany został grą, gdyż tak naprawdę żadnej z tych osób tak do końca nie zależy na zmianie. Pełnienie ról samo w sobie przynosi satysfakcję i dostarcza gratyfikacji wyłącznie z jej pełnienia.

Narkoman jest zadowolony bo „bierze”, dostarczyciel cieszy się ponieważ zarabia, kozioł ofiarny ma poczucie przydatności, oskarżyciel odczuwa, że dobrze wypełnił swój obowiązek a wybawca pełni swoją rolę zawodową. Po staraniach wybawcy narkoman utrzymuje abstynencję przez pół roku i obie te osoby są zadowolone z sukcesu. Tylko okazuje się, że narkoman niebezpiecznie często spogląda w stronę narkotyków. Dla niego został rozbity system „gry”, jedynej konstelacji, w której potrafił funkcjonować.

Ważne jest by nie wejść w rolę kozła ofiarnego, a więc nie płacić rachunków, nie rozwiązywać problemów i spraw za osobę uzależnioną. Wszystkie kłopoty, które stały się jej udziałem powinna rozwiązywać samodzielnie. Zazwyczaj im bardziej pomagamy jednostce uzależnionej tym ona ma mniejszą motywację do zerwania z nałogiem [Berne 2004]. Toteż udzielanie pomocy finansowej uzależnionemu od narkotyków prawdopodobnie staje się mało motywujące do zmiany jego postawy wobec przyszłości bez substancji psychoaktywnych.

Badane przeze mnie osoby (73,5%) nie wyraziły chęci współpracy z osobami uzależnionymi od narkotyków, nie były zainteresowane charakterem pracy. Ponad czternaście procent ankietowanych odrzucała możliwość współpracy ze względu na przekonanie o niskiej własnej skuteczności w tego typu działaniach. Wcześniejsze doniesienia w literaturze przedmiotu wskazują na to, że pewne tendencje utrzymują się pomimo upływu czasu i zmian jakie następują. Badania prowadzone wśród pracowników klinik psychiatrycznych i poradni leczenia uzależnień na terenie Krakowa wskazują, iż 90% tychże pracowników nie widziało możliwości pracy w ośrodku zajmującym się leczeniem tylko uzależnionych od narkotyków. [Lipowska-Teutsch i wsp. 1986]. Być może wynika to z tego, że pacjent uzależniony od substancji psychoaktywnych jest specyficzny. Kooyman [2002] a także De Leon [2003] stwierdzają, że uzależnieni od narkotyków zazwyczaj mają niską samoocenę oraz negatywny obraz siebie. De Leon [2003] podaje, że tożsamość narkomana jest wynikiem internalizacji negatywnego wizerunku publicznego, który jest przypisywany przez otoczenie. Według Goffmana [2005] pacjenci leczenia w placówkach uzależnień od narkotyków stają się nosicielami piętna co decyduje jak postrzegają siebie i jak budują relacje z „normalnymi” członkami społeczeństwa. Zdaniem Lejzerowicz [2006] u osób naznaczonych pojawia się zjawisko autostygmatyzacji, które pozwala na dostosowywanie się do wymogów społecznych.

Leczenie pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych nastęczało wielu trudności ze względu na zachowanie tych chorych. W latach osiemdziesiątych XX wieku, gdzie leczenie odbywało się w oddziałach ogólnych psychiatrycznych, zaobserwowano, że narkomani podporządkowywali sobie chorych często pogardliwie się do nich odnosząc, próbowali manipulować personelem [Kaflik i Sternalski 1986]. Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii stwierdziły, że negatywne oceny osób uzależnionych od narkotyków wynikają z ich „trudnego”, „chaotycznego” i „manipulacyjnego” zachowania [McKeown i wsp. 2003]. Węgierscy lekarze – psychiatrzy uczestnicy badań (68%) woleliby nie leczyć uzależnionych od narkotyków [Demetrovics i wsp. 2007]. W tychże samych badaniach, respondentów poproszono o scharakteryzowanie pacjentów – narkomanów w czterech wymiarach: antyspołecznym (zaniedbany, chimeryczny, agresywny), eskapizmu (uciekający od rzeczywistości, apatyczny, z tendencjami samobójczymi), frustracji (leczenie pacjentów jest frustrujące, terapeuta musi wiele poświęcić), uleczalności (istnieje możliwość wyleczenia jeśli właściwie się do nich podejrze). Z otrzymanych danych wynika, że postrzeganie narkomana jako jednostki antyspołecznej, uciekającej od rzeczywistości poprzez narkotyki zmienia się na korzyść. Natomiast obawiano się frustracji w pracy z narkomanem oraz braku pozytywnych wyników leczenia. Badane osoby nie odczuwały komfortu w pracy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych [Demetrovics i wsp. 2007].

Postawiona hipoteza, iż stosunek do zagrożeń powinien być wprost proporcjonalny do posiadanej wiedzy potwierdziła się. Generalnie zachowania badanych osób nie odbiegają od zachowań rejestrowanych w społeczeństwie wobec uzależnionych od narkotyków. Z racji wykonywanego zawodu osoby badane podejmowały adekwatne działania do swojej wiedzy. Im wiedza respondentów była większa tym działania bardziej celowe.

VI. 5. GOTOWOŚĆ UDZIELANIA POMOCY W OPINII OSÓB UZALEŻNIONYCH

Narkomania jest problemem zróżnicowanym terytorialnie w zależności od regionu ma mniejszą lub większą skalę. Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego

i ambulatoryjnego z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest jednym ze sposobów monitorowania zjawiska. Najwyższy wskaźnik zgłoszeń do leczenia stacjonarnego utrzymuje się w województwie lubuskim a także mazowieckim, zachodniopomorskim, dolnośląskim i warmińsko – mazurskim. Do województw o najniższym wskaźniku należą podkarpackie, małopolskie, świętokrzyskie, lubelskie [Malczewski 2010].

Osoby uzależnione od narkotyków są grupą niejednorodną pod względem wiekowym. Z przeprowadzonych przeze mnie badań na terenie województwa lubuskiego wyciągnięto wniosek, a mianowicie taki, że uzyskane dane korespondują z danymi ogólnokrajowymi. Częściej uzależnienie występuje u mężczyzn, zamieszkujących tereny miejskie. Najwięcej osób zgłaszających się do leczenia występował w przedziale wiekowym 26-30 lat. 38,5% uzależnionych posiadała wykształcenie średnie, 37,6% podstawowe, 21% zawodowe, 2,8% wyższe. Jak podaje Kidawa i Struzik [2011] ponad 40% osób, które zgłosiły się do leczenia stacjonarnego legitymowało się wykształceniem podstawowym a 2,9% wyższym. Z moich badań wynika, że podstawową substancją występującą w uzależnieniu była amfetamina (64,2%), następnie heroina (60,6%) i marihuana (16,5%). Rozpatrując przedstawione powyżej przeze mnie dane, suma odsetków poszczególnych wymienionych substancji uzależniających daje wynik powyżej 100% (spowodowane jest to tym, że badane osoby stosowały naraz kilka substancji uzależniających). Kidawa i Struzik [2011] stwierdzają, iż pacjenci zgłaszający się do leczenia uzależnieni byli w 35,3% od amfetaminy, w 34,7% od marihuany i 18,1% od różnych form heroiny. Wiek inicjacji dla 31,2% badanych przeze mnie osób przypadła poniżej 15 roku życia, a dla 29,4% powyżej 16 roku życia. Osoby uzależnione od narkotyków swojej pierwszej iniekcji w 73% dokonały będąc w przedziale wiekowym od 15-24 lat [Kidawa i Struzik 2011].

Badane przeze mnie osoby rozpoczęły leczenie za namową innych (48,6%), a najczęściej w tej roli występowali rodzice (66,7%). Istnieje wiele teorii, które podejmują próbę wyjaśnienia uwarunkowań narkomanii wynikającej z problemów rodzinnych. Rodzina, jako system, w życiu każdego człowieka pełni ważną rolę, gdyż jest gwarantem utrzymania „homeostazy”. Zapewnia poczucie bezpieczeństwa, spójność i tożsamość członków systemu jakim jest rodzina. Zaburzenia, które wystąpią u jednego z członków tego systemu odzwierciedlają najczęściej jego dysfunkcje jako całości oraz nieprawidłowe w relacje występujące pomiędzy poszczególnymi

członkami [Tryjarska 1995, Namysłowska 2000]. Nadmierne dążenie do utrzymania równowagi w systemie rodzinnym może powodować, że staje się on mało elastyczny i nie pozwala na zmiany jakie dokonują się w fazach cyklu życia rodziny. Jeżeli dobrze funkcjonuje system rodzinny to nie ma problemu w utrzymaniu równowagi z jednoczesnymi naturalnymi zmianami. Jeżeli pojawia się konflikt lub kryzys to odpowiedzią nierzadko staje się narkomania. Jeden z członków systemu rodzinnego najczęściej zostaje delegowany w chorobę i o dziwo w związku z tym powraca stabilność w rodzinie. Jednakże dalej nie zostaje odnalezione źródło problemu, obecnie wszyscy skupiają się na ratowaniu dziecka nadużywającego narkotyków [Górska 2007]. Klagsbrun i Davis [1977] stwierdzają, że narkomania dziecka jest użyteczna dla niego jak i rodziny. Stabilizuje rodzinę i jednocześnie odwraca uwagę od głównych problemów najczęściej dotyczących pary małżeńskiej. Według wyżej wymienionych autorów dla rodzin, gdzie wystąpiło uzależnienie od substancji psychoaktywnych charakterystyczny jest brak tolerancji rodziców dla niezależności i poszerzającej się autonomii dorastającego potomka.

Stanton [1979] zaobserwował, że w rodzinach, gdzie uzależnieni od narkotyków zaczęli odnosić sukcesy w leczeniu i stawali się coraz bardziej niezależni od rodziców, zwiększała się ilość konfliktów w tej rodzinie. Prowadziło to do sytuacji kryzysowych, które nie sprzyjały odseparowaniu się uzależnionego od rodziny, a tym samym stawały się przyczyną powrotu do nałogu.

Charakterystyczną cechą narkomanów jest brak umiejętności oddzielenia się od rodziców (obserwowano 30 letnich narkomanów, którzy nie zakładali własnej rodziny, lecz utrzymywali nieprzerwany kontakt z rodzicami) [Stanton 1979, Rogala-Oblękowska 2002]. W rodzinach dominuje wzorzec bardzo mocnego zaangażowania jednego z rodziców w relację z potomkiem, zazwyczaj jest to rodzic płci przeciwnej, oraz drugiego zdystansowanego, karzącego ewentualnie nieobecnego rodzica (osoba tej samej płci). Dziecko służy w takim modelu rodzinnym jako środek komunikacji pomiędzy parą małżeńską [Stanton 1979].

Według Rogali-Oblękowskiej [1999] rodziny, w których wystąpił problem narkomanii można podzielić na trzy rodzaje: uzależnionych od heroiny, od amfetaminy i rodziny osób eksperymentujących z narkotykami. We wszystkich wyżej wymienionych typach rodzinnych występuje większe stężenie sytuacji konfliktowych

niż rodzinach, gdzie problem narkotyków nie występuje. Autorka podaje, iż taka klasyfikacja pozwoliła wyciągnąć dodatkowe wnioski, a mianowicie takie: najmniejsze natężenie konfliktów występuje w rodzinach, gdzie dzieci tylko eksperymentują z narkotykami, większe gdy w uzależnieniu występuje amfetamina i najwyższe gdy w grę wchodzi heroina. Panująca atmosfera jest bardziej przyjazna i ciepła gdy chodzi o eksperymentowanie i amfetaminę, a wrogość i nienawiść gdy mamy do czynienia z heroiną. W tych trzech typach rodzin pojawia się charakterystyczny podział ról matka jako osoba dominująca i ojciec zupełnie wycofany. Pomimo tego, że rodzice osób uzależnionych wykazują więcej cech intruzywnych, a więc są bardziej autorytarni, dominujący, agresywni, posesywni to w profilaktyce narkomanii nadal stanowią największą nadzieję uzależnionych na pomoc w pokonaniu nałogu [Rogała–Obłękowska 1999].

Według badań Sierosławskiego [2004] rodzina odgrywa wiodącą rolę w profilaktyce narkomanii (66,1% ankietowanych wyraziło taką opinię). Należałoby wspomnieć, że wiele osób uzależnionych podejmuje leczenie pod silną presją na przykład rodziny, pracodawcy czy też sądu. Tak naprawdę istnieje pogląd, że niewielu jest pacjentów „dobrowolnych” [Majcherczyk 2007].

28,4% ankietowanych przez mnie osób powracało do nałogu bezpośrednio po leczeniu, nie zachowały ani jednego dnia abstynencji, byli to najmłodszy uczestnicy badań. Najczęstszą przyczyną powracania do stanu sprzed podjęcia leczenia była rezygnacja z walki z nałogiem, a następnie nieumiejętność przewidywania sytuacji ryzykownych i radzenia sobie z nimi. Każde niepowodzenie, kontakt z osobami, które nadal trwają w nałogu, brak organizacji czasu wolnego stwarza dodatkowe źródło niepowodzeń w walce z uzależnieniem. Badacze zjawiska narkomanii zwracają uwagę, na sprawę organizacji czasu wolnego, szczególnie dla osób zagrożonych różnorodnymi nałogami. Jest to tak zwany model alternatywny, który zakłada między innymi prowadzenie prac służących społeczności lokalnej, dodatkowe zajęcia edukacyjne, różne formy spędzania czasu wolnego [Bobrowski 2007].

Respondenci moich badań (77%) stwierdzili, że w szkole, w której się uczyli nie istniały żadne grupy wsparcia, świetlice czy koła zainteresowań. Natomiast jak podkreślają Botvin i Botvin [1992] uczestnictwo, w niektórych rodzajach aktywności fizycznej, edukacyjnej, religijnej może ograniczać chęć sięgania

po substancje psychoaktywnych. Bobrowski [2003] stwierdził, że regularne i częste uczestnictwo młodzieży w zajęciach edukacyjnych, harcerskich, artystycznych, organizowanych przez Kościół obniżały ryzyko sięgania po narkotyki. Jak podaje Wójcik [2010] zajęcia sportowe indywidualne jak bieganie, ćwiczenia siłowe, jazda na rowerze itp. należały do czynników „ochronnych”, natomiast sportowe gry zespołowe, taniec wręcz przeciwnie. Codzienna aktywność jak odrabianie lekcji, czytanie książek dla przyjemności, chodzenie do kina przynajmniej raz w tygodniu odwraca skutecznie uwagę od niekonstruktywnych sposobów spędzania czasu.

W wieku dorastania młodzież potrzebuje pewnych wzorców zachowań. Taki wzorec prezentuje mentor, czyli osoba, która będzie wspierała w sytuacjach trudnych. Mentor staje się osobą znaczącą czasami jest to rodzic, osoba duchowna, rodzeństwo, trener, nauczyciel, pedagog. Mentor pełni rolę doradcy, a jednocześnie spełnia funkcję czynnika ochronnego dla zachowań autodestruktywnych, jakim niewątpliwie jest nadużywanie narkotyków [Werner 2000, Zimmerman i wsp. 2002]. Według Wójcika [2010] duże znaczenie ma fakt z jakiej grupy społecznej wywodzi się osoba znacząca – mentor ponieważ jego działania mogą nasilać zachowania problemowe. Dla 87,2% uczestników moich badań mentorem nie był pedagog szkolny, gdyż nie było z nim kontaktu, a dla pozostałych jego rola ograniczała się do rozmowy z rodzicami (3,7%) lub też do rozmowy o szkodliwości środków psychoaktywnych (4,6%), ewentualnie oferował pomoc w podjęciu leczenia (4,6%).

Proces komunikowania się jest ważną cechą życia jednostki w grupie ponieważ umożliwia wymianę informacji z otaczającym światem, pozwala na ciągłą poprawę, zdobycie doświadczenia w zakresie relacji międzyludzkich [Melibruda 1980], a „człowiek jest tak bardzo istotą społeczną, że nigdy nie może być samotny” [Kępiński 1993]. Młodzi ludzie mają poczucie, że jeżeli sprawy dotyczą środków psychoaktywnych to nikt z nimi poważnie i rzetelnie nie rozmawia. W ich odbiorze rozmowa ma charakter monologu, ukierunkowana jest od świata dorosłych czasem instytucji do młodych ludzi. Owe rozmowy przybierają zazwyczaj formę zakazu, ostrzeżenia, przestrogi, informacji tendencyjnych [Maj i Kowalewicz 2009]. Demonizowanie narkotyków powoduje nieufność młodzieży, ponieważ wiele jest osób znaczących w życiu społecznym - medialnych, które eksperymentowały z substancjami psychoaktywnymi i wcale nie skończyły jako degeneraci. Wręcz przeciwnie w swoim życiu wiele osiągnęły. Grożenie, straszenie, udzielanie „dobrych rad” nie przemawia

wywołuje skutek odwrotny, brak zainteresowania tematem, znudzenie, irytację [Maj i Kowalewicz 2009].

Młodzi ludzie swobodnie rozmawiają o substancjach psychoaktywnych, nie stawiają znaku równości pomiędzy ich używaniem a narkomanią. Dla nich narkotyki zostały wpisane w krajobraz codzienności, nie jest ekscysem, czymś specjalnym, tematem tabu. Zazwyczaj w szkole powszechna jest wiedza kto, co i z jaką częstotliwością „bierze”. Substancje psychoaktywne zostały „oswojone”. Generalnie młodzi ludzie wiedzą, gdzie zaopatrzyć się w narkotyki bez szczególnego wtajemniczenia (na przykład są to kluby, dyskoteki, imprezy), tę wiedzę posiadają również te osoby, które nie eksperymentują z narkotykami [Maj i Kowalewicz 2009, Carré Martí i wsp. 2011]. W moich badaniach ankietowani (73,4%) nie mieliby trudności z zaopatrzeniem się w narkotyki w szkole i 51,4% badanych nie korzystała z usług dilerów działających na jej terenie, niemniej pierwszy raz w narkotyki respondenci zaopatrywali się (81,6%) poza placówką szkolną. Według Malinowskiego [2005] 20% uczniów szkoły podstawowej 80% szkół średnich stwierdziła obecność narkotyków na terenie szkoły, do której uczęszczali. Autor uważa, iż na wszystkich szczeblach nauczania zagrożenie narkomanią jest duże. Bardzo łatwo można zaopatrzyć się w środki nielegalne nawet na ulicy, a więc tym bardziej zadomowiły się w „dobrych szkołach i uczelniach”. Mało skuteczne są akcje promujące zdrowy styl życia, zatrudnienie ochrony w szkole, pogadanki, nowelizacje statutów szkolnych.

Nauczyciele nie zawsze dostrzegają lub też nie chcą dostrzegać pojawiającego się problemu. 87,2% uczestników badań własnych stwierdziło brak reakcji środowiska nauczycielskiego na fakt uzależnienia ucznia. Jak podaje Maj i Kowalewicz [2009] szkoła w odbiorze uczniów postrzegana jest, jako element kontroli, ale raczej o dużej dozie rezerwy. Oczywiście podejmowane są różne działania, nawet ostre sankcje wobec użytkowników narkotyków, ale tylko wtedy, gdy fakt ten zostanie upubliczniony. Jeżeli nie to „nauczyciele raczej przymkną oczy niż zrobią aferę”.

Jakie działania podjęliby studenci pedagogiki – przyszli nauczyciele, gdyby zauważyli ucznia pod wpływem narkotyków, a mianowicie takie, że około 60% odbyłaby rozmowę z rodzicami, ok. 50% porozmawiałaby z uczniem, 30% z pedagogiem szkolnym, 21% z dyrektorem szkoły, 6% zawiadomiłaby policję. Około 0,5% optowałaby za usunięciem ucznia ze szkoły a 0,3% za udzieleniem nagany

[Malinowski 2005]. Uczestnicy moich badań uważali, że szkoła powinna informować rodziców (62,4%) o zaistniałym fakcie, wprowadzić większy rygor wobec uczniów używających narkotyki (15,6%), informować policję (13,8%), najmniej było odpowiedzi uznających bezzasadność zajmowania się przez szkołę problemem narkomanii (8,3%).

Badane przeze mnie osoby pierwszą rozmowę na temat możliwości leczenia najczęściej odbyły z terapeutą (45,9%) lub lekarzem (40,4%) w oddziale detoksykacji (56%) ewentualnie w poradni uzależnień (27,5%). Jak widać z powyższego dość późno nastąpiło zgłoszenie się do odpowiedniej placówki ochrony zdrowia. Oczywiście na taki stan rzeczy zapewne składa się wiele czynników, niemniej jak podają badacze zjawiska główną przyczyną jest brak wiedzy osób uzależnionych, gdzie można uzyskać pomoc. Osoby uzależnione również narzekają na brak informacji w jakich ośrodkach mogą kontynuować leczenie [Moskalewicz i Wieczorek 2010, Bujalski 2011]. Ankietowani moich badań pozytywnie wyrazili się o pracownikach służby zdrowia, z którymi mieli kontakt. Podkreślić należy fakt, że ponad 75% respondentów uznawała ich fachowość, profesjonalizm w działaniu 72,5% oraz dużą elastyczność i operatywność (70,6%) działań pomocowych. Osoby, u których wystąpiła w uzależnieniu amfetamina jeszcze lepiej oceniały działania pracowników służby zdrowia. Ponad 63% ankietowanych była usatysfakcjonowana kontaktem z personelem medycznym. Według Bujalskiego [2011] uzależnieni od środków psychoaktywnych podkreślają w swoich ocenach profesjonalność i zaangażowanie pracowników, a jednocześnie padają słowa krytyki pod ich adresem. Postawy personelu wpływają na motywację do dalszego leczenia. Jednakże traktowanie narkomanów jako pacjenta drugiej kategorii, brak zainteresowania lekarzy podstawowej opieki problemem używania narkotyków, a tym samym późne diagnozowanie i rozpoznanie problemu, aroganckie zachowania, brak szacunku i złe traktowanie, dyskryminacja, brak dyskrecji mogą skutecznie zniechęcić do leczenia. Pojawiają się też zarzuty braku umiejętności terapeutycznych, błędów lekarzy i pielęgniarek, rutyny i schematyczności pracy.

Stosunek lekarz – pacjent i pacjent – lekarz jest ważną cechą rozwijającej się medycyny, wspomina się o swoistej transformacji relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Następuje odejście od modelu paternalistycznego na rzecz partnerstwa [Ostrowska 1990; Richards 1999; Coultner 1999]. Israel szwedzki socjolog jako pierwszy badał problem relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i oczekiwań

pacjenta wobec lekarza [Dąbrowska 2007]. Jak podaje autorka w opinii badanych mieszkańców Warszawy przez OBOP najważniejsze cechy lekarza to: po pierwsze fachowość, doświadczenie, wiedza i wysokie kwalifikacje 44,9%, po drugie właściwy stosunek do pacjenta 41,8% i po trzecie sumienność zawodowa 31,2% [Dąbrowska 2007]. Hallström i Elander [2001] w swoich badaniach nad potrzebami pacjentów wymieniają potrzeby relacji z personelem. Miałyby one dotyczyć: pozyskiwanie informacji, traktowania pacjenta uprzejmie, z szacunkiem, humorem, zrozumieniem, bycia podmiotem nie przedmiotem w podejmowanych działaniach leczniczych. W mojej opinii nie tylko ważne są działania instrumentalne podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia, ale również ekspresywne nacechowane szacunkiem, zrozumieniem, a przede wszystkim traktowania chorego jako kogoś wyjątkowego.

Pomimo barier i niedostatków, jakie pojawiają się w kontakcie z osobami uzależnionymi od narkotyków na różnych szczeblach oddziaływań badanych zawodów, to pracownicy służby zdrowia wykazują największą gotowość do udzielania pomocy.

VII. PODSUMOWANIE

Badaniami został objęty teren województwa lubuskiego, gdzie uzależnienie od środków psychoaktywnych jest poważnym problemem społecznym w porównaniu do innych regionów naszego kraju. Badane osoby z racji wykonywanego zawodu mają częsty kontakt z osobami uzależnionymi, posiadają pewną wiedzę i prezentują różne postawy, toteż interesujące wydaje poszerzenie terenu badań i poznanie opinii, wiedzy i postaw jakie prezentują poszczególne grupy zawodowe w innych województwach Polski.

Każda badana grupa zawodowa posiadała pewną wiedzę, którą zdobywa z różnych źródeł. Intensyfikacja szkoleń w dziedzinie uzależnienia od substancji psychoaktywnych byłaby wskazanym i oczekiwanym posunięciem już na etapie nauki zawodu, czyli wpisana w program studiów wyższych. Ponadto nie stanowiłoby błędu, gdyby zwiększono ilość szkoleń dla osób już pracujących zawodowo zwłaszcza z zakresu profilaktyki narkomanii.

Ankietowani przedstawiciele poszczególnych zawodów negatywnie ustosunkowali się do okazjonalnego używania narkotyków, a tym samym przekazany został sygnał, że brak jest przyzwolenia społecznego na tego typu postępowanie.

Jakkolwiek rygorystyczne podejście zaprezentowane zostało wobec okazjonalnych użytkowników, tak bardzo spolegliwe wobec już uzależnionych poprzez kategoryczne odrzucenie sugestii o możliwości izolowania narkomanów od społeczeństwa. Nie dostrzegano ich demoralizującego wpływu na społeczeństwo.

Narkomania według większości ankietowanych była traktowana jako choroba, ale użytkownicy środków psychoaktywnych w odbiorze społecznym uważani byli za pasożytów społecznych, co może wynikać z tego, że jeszcze do niedawna mówiło się o narkomanii jako patologii.

Znajomość aktów prawnych deklarowali pracownicy policji, gdyż z racji wykonywanego zawodu jest to pewien obowiązek. Zachowania kryminogenne popełniane pod wpływem narkotyków bezdyskusyjnie powinny być karane, tak jak i dilerzy narkotykowi, producenci. Generalnie badani opowiedzieli się za zaostrzeniem

sankcji karnych wobec wszystkich przejawów posiadania narkotyków, relegowaniem uczniów i studentów z placówek edukacyjnych, jeżeli zajmują się handlem narkotykami oraz stosowaniem przymusu leczenia. W moim przekonaniu pytanie karać czy leczyć wzbudziłoby wiele kontrowersji w badanych grupach zawodowych, gdyby zostało zadane wprost.

Grupa rówieśnicza – środowisko rówieśnicze jego presja uważana była za czynnik mający największy wpływ na rozwój uzależnienia. Niewiele ankietowanych osób dopatrywała się przyczyn rozwoju narkomanii, jako wyniku zaburzonego systemu rodzinnego, gdzie najsłabsze ogniwo popada w chorobę. Badane osoby same będące rodzicami, prawdopodobnie obawiając się negatywnego wpływu na swojego potomka, nie zezwoliliby na przyjaźń swego dziecka z narkomanem. Pewnie takie zachowanie wynika z lęku przed ewentualnym wprowadzeniem ich dziecka w świat nielegalnych substancji i obawa przed późniejszymi konsekwencjami.

Leczenie ambulatoryjne i szpitalne osób uzależnionych w opinii ankietowanych są metodami uzupełniającymi się i zapewniają podstawy opieki. Choć większość przedstawicieli policji uznało za źle realizowane. Być może wynika to stąd, że nie ma właściwie przymusu leczenia, a większość policjantów opowiedziało się za taką formą leczenia. Największa obawa przed zakażeniem wirusami hepatotropowymi oraz wirusem HIV wystąpiła u lekarzy i policjantów i jest to uzasadnione. Jednakże większość pracowników policji nie chciałaby ośrodka dla osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych HIV. W mojej opinii powodów jest pewnie wiele. Być może doświadczenie podpowiada, że w przeszłości rezydenci tych ośrodków nie postępowali zgodnie z oczekiwaniami przyjętymi za ogólne normy zachowania. Może to być pewien rodzaj schematu myślowego „z nimi będą tylko kłopoty”. A być może niechęć do współpracy z narkomanami powoduje to, że nie jest to pożądanym sąsiadem a wręcz napiętnowany. Większość badanych grup zawodowych nie udzieliłaby wsparcia finansowego narkomanowi, a najbardziej zdecydowane stanowisko zaprezentowali policjanci.

W zależności od poruszanych problemowych kwestii najbardziej represywne postawy wobec narkomanii prezentowała grupa zawodowa policji. Być może wynikać to z charakteru pracy, bagażu doświadczeń niekoniecznie tych pozytywnych wynikających z kontaktu z uzależnionymi.

Uzależnione osoby od środków psychoaktywnych, niewiele oczekiwały od badanych grup zawodowych. Na podjęcie decyzji o leczeniu największy wpływ posiadali rodzice. Oczywiście istnieje wiele teorii, roli rodziny, jaką ona odgrywa zarówno w powstawaniu uzależnienia jak i wyjścia z nałogu. Większość badanych dostrzegała profesjonalizm, elastyczność służby zdrowia i adekwatnych zachowań w stosunku do uzależnionych. Jednak pierwsze rozmowy o możliwościach leczenia i terapii odbyły się w oddziałach detoksykacji i w mniejszym zakresie w poradniach zdrowia psychicznego.

Badane osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych w większości uznały, że na terenie ich szkoły, do której uczęszczali łatwy był dostęp do narkotyków, jednakże sami nie korzystali z usług dilerów szkolnych i zaopatrywali się w narkotyki poza placówką szkolną. Nauczyciele nie dostrzegali faktu narkotyzowania się, natomiast ankietowani nie uczęszczali na różnego rodzaju kółka zainteresowań, świetlice, gdyż najczęściej ich nie było. Być może powód braku chęci uczestniczenia w alternatywnych formach spędzania czasu wynikał z tego, że ciekawsze stawały się narkotyki niż cokolwiek innego.

W wyniku przeprowadzonych badań zaproponowano:

- powtórzyć ponownie badania po upływie czasu jednocześnie poszerzając je na inne regiony kraju,
- zreorganizować i zintensyfikować system szkoleń w zakresie narkomanii zwłaszcza dla grup zawodowych mających częsty kontakt z osobami uzależnionymi,
- na każdym poziomie edukacji wiedza na temat narkomanii powinna być poszerzona i przekazywana w formie łatwej do zaakceptowania przez młodego człowieka,
- położyć nacisk na większy udział pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w procesie rozpoznawania wczesnych objawów uzależnienia i kierowania do placówek specjalistycznych.

VIII. WNIOSKI

1. Wiedza badanych grup zawodowych jest zróżnicowana:
 - a) najwięcej wiadomości na temat zjawiska narkomanii posiadali pracownicy służby zdrowia,
 - b) wiedza na temat narkomanii była nieusystematyzowana, sloganowa i najczęściej zdobywana ze środków masowego przekazu (oprócz grupy zawodowej lekarzy),
 - c) wszystkie grupy zawodowe odczuwały niedostateczną ilość szkoleń w dziedzinie uzależnień od substancji psychoaktywnych.
2. Grupa zawodowa nauczycieli nie wykazała zdecydowanego stosunku emocjonalnego w stosunku do zjawiska narkomanii. Badane osoby prezentowały postawy zarówno permissywne jak i restrykcyjne w zależności od poruszanych kwestii problemowych.
3. Największa znajomość aktów prawnych wystąpiła w grupie zawodowej policjantów a następnie lekarzy.
4. Stosunek do zagrożeń w badanych grupach jest wprost proporcjonalny do stanu posiadanej wiedzy.
5. W opinii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych największą gotowość w udzieleniu różnego rodzaju pomocy wykazują pracownicy służby zdrowia.

IX. STRESZCZENIE

Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków psychoaktywnych w grupach zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji w województwie lubuskim

Narkomania nie jest zjawiskiem nowym w codziennej rzeczywistości. Swoim zasięgiem obejmuje grupy osób różniących się wiekiem, rodzajem wykonywanego zawodu, statusem społecznym, miejscem zamieszkania czy światopoglądem. Dla wielu ludzi dostępność do substancji psychoaktywnych nie stanowi trudności. Jak duże szkody zdrowotne i społeczne niesie nadużywanie narkotyków są powszechnie znane. Jednakże wiedza ta nie zawsze jest argumentem dla użytkownika substancji psychoaktywnych. Doświadczenie negatywnych skutków zdrowotnych, społecznych i prawnych prowadzi do mniej lub bardziej zamierzonych poszukiwań pomocy wśród profesjonalistów. Zintegrowane działania pracowników służby zdrowia, policji i nauczycieli wielokrotnie nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Interwencje pojawiają się zbyt późno, gdyż uzależnienie zniszczyło wiele obszarów działalności ludzkiego życia.

Celem pracy było poznanie postaw pracowników służby zdrowia, policji i nauczycieli w stosunku do zjawiska narkomanii oraz opinii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w stosunku do służb, które mają bezpośredni kontakt z narkomanią.

Postawiono następujące hipotezy:

- wiedza na temat narkomanii w badanych grupach nie powinna się różnić w istotny sposób,
- najbardziej zdecydowany stosunek do problemu narkomanii powinien występować w grupie nauczycieli następnie pracowników służby zdrowia i policji,
- znajomość aktów prawnych związanych z problemem narkomanii będzie najwyższa u policjantów i lekarzy,
- stosunek do zagrożeń powinien być wprost proporcjonalny do posiadanej wiedzy,

- gotowość udzielania pomocy w opinii osób uzależnionych będzie najwyższa w grupie lekarzy i pielęgniarek.

Opracowano dwa kwestionariusze ankiety. Jeden dla osób, które z racji wykonywanego zawodu mają częsty kontakt z uzależnionymi od narkotyków. Drugi dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Przebadano na terenie województwa lubuskiego 253 osoby „zawodowo” stykające się z problemem uzależnienia (lekarze, pielęgniarki, policjanci, nauczyciele) oraz 109 osób uzależnionych od narkotyków.

Wartości różnic między odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety badanych osób, z uwzględnieniem zmiennych społecznoekonomicznych, oceniono za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona.

Otrzymano następujące wyniki:

Opinie służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki), policjantów i nauczycieli

- 96,6% ankietowanych osób deklarowała, że wiedzą czym jest zjawisko narkomanii, 54,6% postrzegala jako chorobę, a 29,6% jako obraz nowoczesnego społeczeństwa,
- 55,7% badanych wiedzę na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych zdobywała z ogólnie dostępnych środków masowego przekazu, jedynie grupa zawodowa lekarzy w 60 % sięgała do fachowej literatury,
- nauczyciele 75,6% i policjanci 74,7% nie posiadała żadnych informacji na temat osób uzależnionych w ich środowisku pracy i najbliższym otoczeniu,
- o istnieniu ośrodka leczenia bądź terapii narkomanów najbardziej zorientowaną grupą zawodową okazała się grupa lekarzy 74,3% i pielęgniarek 72,1%, a najmniej informacji o tego typu ośrodkach posiadali policjanci 46,8%,
- 94,9% ankietowanych nie miała wiedzy o programach redukcji szkód prowadzonych w Polsce,
- około 93% ankietowanych stwierdziło fakt niedostatecznego zaangażowania się władz lokalnych w rozwiązywanie problemów narkomanii,
- 53,7% respondentów była przeciwna sugestii izolacji narkomanów od społeczeństwa ze względu na ich demoralizujący wpływ, 77,1% lekarzy nie widziała potrzeby izolacji narkomanów,
- 54,2% ankietowanych postrzegalo narkomanów jako osoby prowadzące pasożytniczy tryb życia, 64,6% policjantów zajęła takie stanowisko,

- 65,5% badanych sprzeciwiło się możliwości wykonywania zawodu lekarza nauczyciela, policjanta czy też pielęgniarki, przez osoby mające doświadczenie w używaniu substancji psychoaktywnych, największy sprzeciw wyraziła grupa zawodowa policjantów (76%),
- 87,7% osób badanych uznała okazjonalne używanie narkotyków za naganne,
- 63,6% ankietowanych uważało, że narkomania to choroba wynikająca z zawinionego łamania reguł społecznych,
- 68,8% respondentów była przekonana o wzrastającej liczbie przestępstw związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych, 86,1% policjantów było przekonanych o wzrostowej tendencji przestępstw związanych z narkotykami,
- 61,7% ankietowanych uważała, iż wobec osób uzależnionych należy stosować przymus leczenia, 72,2% policjantów prezentowało taki pogląd,
- 87,7% badanych negowała możliwość posiadania narkotyków na tzw. „własny użytek”, 93,4% pielęgniarek zajęła takie stanowisko,
- 88,9% respondentów opowiedziało się za wydaleniem z uczelni i szkół osób zajmujących się handlem narkotykami na terenie tychże placówek,
- 90,1% badanych osób prezentowało pogląd, iż konsekwencje prawne należy wyciągać przede wszystkim w stosunku do handlarzy i producentów,
- 90,5% respondentów stwierdziła, że prawo powinno być bardziej restrykcyjne w stosunku do zjawiska narkomanii,
- 82,6% badanych osób negatywnie ustosunkowała się do wolnego rynku narkotyków,
- w przekonaniu 81,4% badanych największy wpływ na rozwój uzależnienia ma środowisko rówieśnicze a w mniejszym szkolne czy rodzinne, 85% nauczycieli zajęło takie stanowisko,
- 87,7% badanych osób nie zezwoliłoby na przyjaźń swego dziecka z narkomanem,
- 79,5% respondentów uznała, że leczeniem uzależnionych od substancji psychoaktywnych powinno być prowadzone przez szpitale jak i ambulatoria jako dwie uzupełniające się metody,

- 61,7% badanych uznała, iż opieka nad osobami uzależnionymi jest źle realizowana (najwięcej policjantów wyraziła opinię o źle realizowanej opiece 74,7%),
- 56,5% respondentów obawiała się zakażeń wirusami HIV i wirusami hepatotropowymi podczas kontaktu z uzależnionymi, najwięcej obaw mieli lekarze 68,6% i policjanci 68,4%,
- 77,1% ankietowanych nie udzieliła żadnej pomocy osobie uzależnionej (aż 98,7% nauczycieli stwierdziło taki fakt),
- 77,5% badanych nie podjęło żadnych działań prewencyjnych w stosunku do narkomanów (96,2% nauczycieli zaprzeczyło podejmowaniu jakichkolwiek działań prewencyjnych),
- 73,1% ankietowanych uznała, że ilość szkoleń z zakresu uzależnień jest nie wystarczająca,
- 68,8% respondentów uznała wiek szkoły podstawowej za odpowiedni do rozpoczęcia profilaktyki narkomanii,
- 73,5% osób badanych wyraziła niechęć do współpracy z narkomanami,
- 51% badanych nie widziała przeciwwskazań do istnienia ośrodka w ich miejscowości dla osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV (przeciwnych takiemu ośrodkowi było aż 67% policjantów),
- 64,8% ankietowanych odmówiłoby wsparcia finansowego osobie nadużywającej narkotyków w stanie abstynencji, takie stanowisko zajęło 77,2% policjantów.

Opinie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

- 48,6% badanych podjęło próbę wyjścia z nałogu po namowach innych osób, a 25,7% decyzję o leczeniu podjęła ze względu na skutki somatyczne i psychiczne, które pojawiły się w wyniku zażywania substancji psychoaktywnych,
- 66,7% respondentów deklarowała, że największy wpływ na podjęcie decyzji o leczeniu mieli rodzice (14,3% rodzeństwo),
- 56% ankietowanych pierwszą rozmowę o leczeniu odbyła w oddziale detoksykacji a 27,5% w poradni zdrowia psychicznego,

- 70,6% ankietowanych stwierdziła iż pracownicy służby zdrowia szybko i profesjonalnie reagowali na ich potrzeby, 63,3% uznała kontakt z pracownikami służby zdrowia za satysfakcjonujący,
- 45% ankietowanych uważała, że jedyną formą leczenia uzależnionych powinna być psychoterapia, a 40,4% badanych opowiedziało się za łączeniem detoksykacji i psychoterapii jako formy leczenia uzależnień,
- 81,6% badanych osób w narkotyki zaopatrywała się poza terenem szkoły,
- 73,4% ankietowanych stwierdziła fakt łatwej dostępności środków psychoaktywnych na terenie szkoły,
- 51,4% respondentów nie korzystała z usług dilerów działających w szkole,
- 77,1% uzależnionych zaprzeczyło istnieniu kół zainteresowań, świetlic, grup wsparcia na terenie szkoły do której uczęszczali,
- 87,2% respondentów stwierdziła, że nauczyciele nie dostrzegali objawów uzależnienia a tym samym nie miała miejsca żadna reakcja z ich strony,
- 16,5% badanych osób nie weszła w kolizję z prawem ze względu na uzależnienie od narkotyków,
- 56,9% ankietowanych nie miała żadnych oczekiwań w stosunku do szkoły, 45,9% niczego nie oczekiwało od policji a 39,5% badanych oczekiwałyby od służb porządkowych większego profesjonalizmu w postępowaniu z uzależnionymi.

Wnioski:

a) Wiedza osób badanych na temat zjawiska narkomanii jest zróżnicowana. Pochodzi ona z różnych źródeł, najczęściej środków masowego przekazu i rzadziej w jej uzupełnieniu badani korzystali z fachowego piśmiennictwa (z wyjątkiem grupy zawodowej lekarzy). b) Żadna z badanych grup zawodowych nie wykazała zdecydowanego zaangażowania emocjonalnego w stosunku do zjawiska uzależnienia od narkotyków. c) Największą znajomość aktów prawnych została zadeklarowana przez policjantów i lekarzy. d) Stosunek do zagrożeń, jakie niesie ze sobą narkomania był wprost proporcjonalny do posiadanej wiedzy na jej temat. e) Uzależnieni od substancji psychoaktywnych uznali pracowników służby zdrowia za osoby najbardziej zaangażowane w niesienie im pomocy.

X. ABSTRACT

Knowledge and attitude and their role in addiction to psychotropic drugs in professional groups of national health service workers, teachers and policemen in Lubuskie province.

Drug addiction is not a new phenomenon in our everyday reality. Its extent spreads to the groups which differ in age, the type of occupation, place of residence or outlook. Availability of psychotropic drugs does not make any difficulties for most people. It is well-known what health and social damages are caused by drugs overdosing. However this knowledge is not an argument for the users of psychotropic drugs. The experience of negative health, social and legal results lead to less or more intended search for help among professionals. Integrated action of health service workers, police and teachers do not very often bring expecting results. The interventions occur too late since the addiction destroyed a lot of area of activities of human life.

The goal of the doctoral dissertation was to acquaint with the attitude of health service workers, police and teachers with relation to drug addiction phenomenon and the opinion of people dependent to psychotropic drugs in relation to service which has the direct contact with drug addiction.

The following hypothesis were put forward:

- the knowledge on the subject of drug addiction in the research groups should not differ in fundamental way,
- the most determined attitude to the problem of drug addiction should occur in the group of teachers, next in the group of health service workers and police,
- the knowledge of legal acts connection with the problem of drug addiction will be the highest for policemen and doctors,
- the ratio to risks should be directly proportional to the possessed knowledge,
- the readiness of giving help will be the higher in the group of doctors and nurses in the opinion of addicted people.

Two questionnaires were prepared. The first one for the individuals, which on account of occupation have frequent contact with drug addiction. The second one for drug addicted. 253 persons were tested which “professionally” have contact with drug addiction problem (doctors, nurses, policemen, teachers) and 109 persons drug addiction persons.

The values of difference between the answers on the questions in the questionnaire of tested persons with consideration to social economic variable were estimated using Pearson’s chi-square tests.

The following results were obtained:

Opinions of health service (doctors, nurses), policemen and teachers.

- 96.6% of respondents declared that they know what the phenomenon of drug addiction is, 54.6 % saw it as an illness, and 29.6% as a picture of modern society,
- the knowledge about drug addiction was acquired from public access media in 55.7% of respondents, only in the group of 60% of doctors, it was based on the specialist literature,
- 75.6% of teachers and 74.7% of policemen have no information on the drug addicted persons in their community and the nearest surroundings,
- the group of doctors (74.3%) and nurses (72.1%) were the best informed professional group about the treatment centres of drug addiction, the group of policemen was the least informed (46.8%)
- 94.9% of respondents doesn't have any knowledge about the programmes on reduction of damages carried out in Poland,
- app. 93% of respondents stated the fact of insufficient interests of local authorities in solving of drug addiction problems,
- 53.7% of respondents were against the suggestion of separation of drug addicts from the society regarding their depravation influence, 77.1% of doctors did not see the need of drug addict separation,
- 54.2% of respondents saw drug addicts as persons leading parasitic mode of life, 64.6% of policemen take the same position,

- 65.5% of respondents stood against the possibilities of being a doctor, a teacher or a nurse by those who have experiences in using psychotropic drugs, the biggest protest was shown by policemen (76%),
- 87.7% of respondents regarded occasional using of drugs as blameworthy,
- 63.6% of respondents considered drug addiction as an illness resulting from blameful breaking the social rules,
- 68.8% of respondents were convinced about growing number of crimes connected with taking drugs, 86.1% of policemen were convinced about growing tendencies of crimes connected with drugs.
- 61.7% of respondents considered that compulsion of treatment should be used against addicted persons, 72.2% of policemen shared this opinion,
- 87.7% of respondents negated the possibility of possession of drugs for so-called “for one’s own use”, 93.4% of nurses took such a position,
- 88.9% of respondents supported expelling drugs trafficking persons from the colleges and schools,
- 90.1% of respondents hold the views that first of all, appropriate measures should be taken for drug dealers and producers,
- 90.5% of respondents affirmed that the law should be more restrictive with relation to drug addiction phenomenon,
- 82.6% of respondents had a negative attitude to the drugs free market,
- 81.4% of respondents became convinced that the greatest influence on the drug addiction development has peer community, and in the less degree school or family, 85% of teachers took such a standpoint,
- 87.7% of respondents will not permit the friendship of their own child with a drug addict,
- 79.5% of respondents considered that treatment of drug addictions should be carried out by hospitals and out-patients’ clinic treatment as two complimentary methods,
- 61.7% of respondents recognized that medical care of drug addicts is badly realized, 74.7% of policemen stated their opinion about bad realized medical assistance,

- 56.5% of respondents are afraid of HIV infections and hepatotropic viruses during the contact with drugs addicts, doctors 68.6% and policemen 68.4 had the most anxiety when contacting drugs addicts,
- 77.1% of respondents will not provide help to drug addict, 98.7% of teachers stated that fact,
- 77.5% of respondents did not take any prevention action with the relation to drug addicts, 96,2% of teachers denied of undertaken any prevention actions,
- 73.1% of respondents stated that the amount of training on drug addiction is not sufficient,
- 68.8% of respondents stated the age of the primary school is suitable for beginning of drug addiction prevention,
- 73.5% of respondents expressed unwillingness to cooperate with drugs addicts,
- 51% of respondents did not see contradiction for the existence of the centre in their locality for drugs addicts infected by HIV virus, 67% of policemen were against such a centre,
- 64.8% of respondents would refuse financial support to the drugs addict in the time of abstinence, 77.2% of policemen took such a position,

Opinions of drugs addicts.

- 48.6% of respondents attempted to overcome one's addiction after persuading of other persons, and 25.7% took their decision for the sake of somatic and psychic effects, which occurred as a result of using psychoactive drugs,
- 66.7 of respondents declared, that the most influence on undertaking the treatment decision had their parents (14.3% their siblings),
- 56% of respondents had their first talk about treatment in the detoxification centre, and 27.5% in the mental health centre,
- 70,6% respondents maintained that the workers of health service quick and professional react on their need, 63.3% stated their contact with works of health service as satisfactory,
- 45% of respondents considered that one form of drugs addict treatment should be psychotherapy, and 40.4% of respondents were for combining detoxification and psychotherapy as a form of drugs addiction treatment,
- 81.6% of respondents bought drugs beyond school grounds,

- 73.4% of respondents stated the fact of easy access to the drugs on the school grounds
- 51.4% of respondents did not obtain drugs from drug dealers at school,
- 77.1% of respondents negated the fact of existence of interest circles, common rooms at school which they attended to,
- 87.2% respondents stated that teachers did not see and symptoms of drug addiction and thus there was no reaction from their side,
- 16.5% of respondents did not break the law in spite of drugs addiction,
- 56.9% of respondents did not have any expectation from school, 45.9% from the police, and 39.5% from expected greater professionalism from order service with drug addict dealing.

Conclusions:

- a) The knowledge of respondents on the subject of drugs addiction is different. The background of it comes from various sources, mainly from the mass media and seldom the respondents used specialist literature in its supplementing (with the exception of professional doctors).
- b) None of tested professional groups showed emotional engagement with relation to drugs addiction phenomenon.
- c) The most knowledge of legal acts was declared by policemen and doctors.
- d) The ratio to threats which is caused by drugs addiction was directly proportional to the possession knowledge on its subject.
- e) Drugs addicts regarded the workers of health service as the persons mostly engaged in bringing help to them.

XI. PIŚMIENNICTWO

1. Abucewicz M. (a): *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część druga okres powojenny do 1968/1969.* Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(1): 71-85.
2. Abucewicz M. (b): *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część trzecia: koniec lat 60. i lata 70.* Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(2): 183-202.
3. Abucewicz M. (c): *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część czwarta: pierwsza połowa lat 80.* Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(3): 285-304.
4. Andrejew-Frączek D.: *Narkomania w Polsce. Problemy opiekuńczo wychowawcze.* Warszawa 1993; 321(6): 82-111.
5. Andrejew-Frączek D.: *Narkomania w Polsce.* Raport nr 19, Kancelaria Sejmu 1992.
6. Arnaud S., Jeannin A., Dubois-Arber F.: *Estimating national-level syringe availability to injecting drug users and injection coverage: Switzerland, 1996-2006.* The International journal on drug policy 2011; 22(3): 226-232.
7. Avery D.M., Daniel W.D., McCormick M.B.: *The impaired physician.* Elsevier Science: Primary Care Update for OB/GYNS 2000; 4: 154-160.
8. Ballotta D., Bergeron H.: *What drug policies cost: does Europe know how much it is spending to face the drugs phenomenon?* Addiction 2006; 101(3): 339-340.
9. Bargiel-Matusiewicz K., Grzelak S., Weglinska M.: *Factors protecting against risk behavior concerning the psychoactive substances used by adolescents.* International Journal of Adolescent Medicine and Health 2010; 22(4): 503-510.
10. Barry D.T., Beitel M., Garnet B., Joshi D., Rosenblum A., Schottenfeld R.: *Relations among psychopathology, substance use, and physical pain*

experiences in methadone-maintained patients. The Journal of clinical psychiatry 2009; 70(9): 1213-1218.

11. Basford J.R., Rohe D.E., DePompolo R.W.: *Rehabilitation unit staff attitudes toward substance abuse: changes and similarities between 1985 and 2001.* Archives of physical medicine and rehabilitation 2003; 84: 1301-1307.

12. Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D.M.: *Utrata kontroli. Jak i dlaczego zdolność samoregulacji.* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000; 48-50.

13. Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S.: *Terapia poznawcza uzależnień.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

14. Bell J., Zador D.: *A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment.* Drug Safety 2000; 22(3): 179-190.

15. Bergmark A. Oscarsson L.: *Till frågan om Tvångsvårdens etik (On the question of the ethics of coercive care).* Nordiskt socialt arbete (Nordic Social Work) 1990; 90(3): 59-70.

16. Berne E.: *W co grają ludzie - psychologia stosunków międzyludzkich.* PWN, Warszawa 2004.

17. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: *Psychiatria. tom II. Psychiatria kliniczna.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002; 171-197.

18. Blanken P., van den Brink W., Hendriks V.M., Huijsman I.A., Klous M.G., Rook E.J., Wakelin J.S., Barendrecht C., Beijnen J.H., van Ree J.M.: *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context.* European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2010; 20 Suppl 2: S105-158.

19. Bobrowski K.: *Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych.* Medycyna Wieku Rozwojowego 2003; 7(1)2: 91-104.

20. Bobrowski K.: *Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży*. Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(3): 267-287.
21. Botvin G.J., Botvin M.: *School - Based and Community - based Prevention Approaches*. [W]: Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B.: *Substance Abuse*. A comprehensive Textbook 2th ed. Baltimore, Williams & Willkins Co 1992; 910-927.
22. Brådvik L., Berglund M., Frank A., Lindgren A., Löwenhielm P.: *Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death: A combined medico-legal and case-record study*. BMC Psychiatry 2009; 9: 48.
23. Bujalski M.: *Bariery w dostępie do leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków*. Komunikat z polskich badań IATPAD. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(4): 461-464.
24. Bujalski M.: *Bariery w dostępie do leczenia uzależnień*. Serwis Informacyjny Narkomania 2011; 53(1): 42-46.
25. Burrow-Sanchez J.J., Hawken L.S.: *Helping students overcome substance abuse. Effective practices for prevention and intervention*. New York, London: Guilford Press 2007.
26. Carpentier C.: *Narkotyki a przestępczość – złożona zależność*. Narkotyki w zbliżeniu 2007; 2. (Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA).
27. Carré Martí C.I., Jiménez Fernández M., Lara Rodríguez M.: *Alcohol, drug and tobacco use amongst adolescents in Barcelona region*. Revista de enfermería (Barcelona, Spain) 2011; 34(1): 15-19.
28. Caulkins J.P., Pacula R.L., Paddock S., Chiesa J.: *What we can-and cannot-expect from school-based drug prevention*. Drug and alcohol review 2004; 23(1): 79-87.
29. Chen C.K., Lin S.K., Sham P.C.: *Pre - morbid characteristics and co - morbidity of methamphetamine users with and without psychosis*. Psychological Medicine 2003; 33(8): 1407-1414.

30. Chmiel-Perzyńska I., Derkacz M., Grywalska E., Kowal A.: *Czy lekarz rodzinny powinien posiadać wiedzę o „dopalaczach”?* Family & Primary Care Review 2009; 11(3): 258-260.
31. Chrostek Maj J., Kroch S., Kamenczak A., Polewka A., Szerszeń-Motyka J.: *Assessment of disorders after chronic psychoactive drug abuse in patients hospitalized in detoxification units.* Przegląd Lekarski. 2004; 61(4): 317-319.
32. Cieślukowska J.: *Szkolna profilaktyka uzależnień w świetle opinii kandydatów na nauczycieli. [W]: Malinowski J.: Raport z badań „Używanie środków psychoaktywnych przez uczniów w percepcji studentów – kandydatów na nauczycieli.* Toruń 2005; 173-193.
33. Corrigan P.W., Kleinlein P.: *The impact of mental illness stigma. [W]: Corrigan P.W.: On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change.* DC: American Psychological Association, Washington 2005; 11-44.
34. Corrigan P.W., Lurie B.D., Goldman H.H., Slopen N., Medasani K., Phelan S.: *How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse.* Psychiatric Services 2005; 56(5): 544-550.
35. Costa Storti C., De Grauwe P.: *The cocaine and heroin markets in the era of globalisation and drug reduction policies.* The International journal on drug policy 2009; 20(6): 488-496.
36. Coultner A.: *Paternalism or partnership?* British Medical Journal 1999; 319: 719-720.
37. Council of Europe.: *Comparative study on discrimination against persons with HIV or AIDS.* Strasburg 1993.
38. Courtwright D.T.: *The Controlled Substances Act: how a "big tent" reform became a punitive drug law.* Drug and Alcohol Dependence 2004; 76(1): 9-15.
39. Crips A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J.: *Stigmatisation of people with mental illnesses.* The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2000; 177(1): 4-7.

40. Csete J.: *Ze szczytów gór. Czego możemy się nauczyć ze zmiany szwajcarskiej polityki narkotykowej?* Open Society Foundations 2010.
41. Czobor P., Bácskai E., Oberg D., Haack M.J., Gerevich J.: *The European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD): A Psychometric Evaluation.* European Addiction Research 2011; 17(6): 302-315.
42. Dahlin M., Vaglum P., Rølvik J.O, Bjelland I., Grønvold N.T., Ekeberg Ø.J., Casas M., Lusilla P., Tyssen R.: *W-17. Workshop: Addictive behaviours across the lifespan of a doctor.* European Psychiatry 2005; 20 Suppl 1: 20-21.
43. Dąbrowska K.: *Badania wykorzystania pakietu prewencyjnego dotyczącego zapobiegania narkomanii „Odlot”.* Alkoholizm i Narkomania 2001; 14(3): 421-431.
44. Dąbrowska K.: *Potrzeby pacjentów leczenia uzależnień dotyczące relacji z terapeutami w oczach pacjentów i terapeutów.* Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(4): 377-394.
45. De Leon G.: *Spółeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda.* Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
46. Degenhardt L., Hall W.: *The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being.* Nicotine & Tobacco Research 2001; 3(3): 225-234.
47. Demetrovics Z., Barth A., Bognar G., Kun B., Brink W.: *Wiedza i postawy psychiatrów wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz sposoby ich leczenia na Węgrzech.* Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(3): 303-312.
48. Díaz R., Goti J., García M., Gual A., Serrano .L, González L., Calvo R., Castro-Fornieles J.: *Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department.* European child & adolescent psychiatry 2011; 20(6): 279-289.

49. Dubois-Arber F., Balthasar H., Huissoud T., Zobel F., Arnaud S., Samitca S, Jeannin A., Schnoz D., Gervasoni J.P.: *Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006*. *Eurosurveillance* 2008; 13(21): 18881.
50. Elekes Z., Kovács L.: *Old and new drug consumption habits in Hungary, Romania and Moldova*. *European Addiction Research* 2002; 8(4): 166-169.
51. Eriksson C, Geidne S, Larsson M, Pettersson C.: *A research strategy case study of alcohol and drug prevention by non-governmental organizations in Sweden 2003-2009*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2011; 6: 8.
52. Farina A.: *Stigma*. [W]: Mueser K.T., Tarrier N.: *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon 1998; 247-279.
53. Fengler J.: *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
54. Firth-Cozens J.: *Interventions to improve physicians' well - being and patients care*. *Social Science & Medicine* 2001; 52(2): 215-222.
55. Fisher B., Firestone M., Rehm J.: *Illicit opioid use and its key characteristics: a select overview and evidence from a Canadian multisided cohort of illicit opioid users (OPICAN)*. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(10): 621-623.
56. Fortenberry J.D., Costa F.M., Jessor R., Donovan J.E.: *Contraceptive behavior and adolescent lifestyles: A Structural Modeling Approach*. *Journal of Research on Adolescence* 1997; 7: 307-329.
57. Frick U., Wiedermann W., Schaub M., Uchtenhagen A., Rehm J.: *Prognostic factors from a long-term follow-up of heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2007*. *Psychiatrische Praxis*. 2010; 37(4): 175-182.
58. Galea S., Vlahov D.: *Social determinants and health of drug users: socioeconomic status, homelessness and incarceration*. *Public Health Reports* 2002; 117, supl 1: S146-150.

59. Gąsior H.: *Wpływ integracji politycznej i ekonomicznej Belgii i Holandii na liberalizację polityki dotyczącej narkotyków miękkich*. Foundation For European Studies Working Papers 2008; 4. Dostępny na URL: http://feps.pl/sites/default/files/wpływ_integracji_politycznej_i_ekonomicznej_belgii_i_holandii.pdf.
60. Gervasoni J. P., Dubois-Arber F., Benninghoff F., Spencer B., Devos T., Paccaud F.: *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme Zweiter zusammenfassender Bericht 1990 – 1996*. Kurzfassung. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et preventive 1996.
61. Gładysz A., Knysz B.: *Diagnostyka, profilaktyka, klinika i terapia zakażeń HIV/AIDS - współczesne możliwości i problemy*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
62. Godwod-Sikorska C., Sierosławski J.: *Attitudes towards drug abusers. Alcoholism and other dependencies. World Psychiatric Association Regional Symposium Proceedings, Warsaw, Poland 22-25 November 1987*. Regionalne Sympozjum Światowego Towarzystwa Psychiatryków Warszawa 22-25 listopada 1987.
63. Goffman E.: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
64. Gossop M.: *Narkomania - mity i rzeczywistość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
65. Górska M.: *Relacje rodzic - dziecko w rodzinach młodzieży uzależnionej od narkotyków*. Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(1): 11-29.
66. Gryn K.: *Dostępność programów leczenia substytucyjnego*. Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 49(1): 20-23.
67. Gyarmathy V.A., Latkin C.A.: *Individual and social factors associated with participation in treatment programs for drug users*. Substance use & misuse 2008; 43(12-13): 1865-1881.
68. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: *Regulacje prawne i praktyka kliniczna w zakresie wydawania ośrodków substytucyjnych do domu*. Alkoholizm i Narkomania 2003; 16(3-4): 139-146.

69. Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga, H.: *Methadone programmes – some myths and facts (in Polish)*. Problemy Alkoholizmu 1995; 1: 11-12.
70. Habrat B.: *Problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez lekarzy*. Alkoholizm i Narkomania 2004; 17(3-4): 241-266.
71. Hallström I., Elander G.: *Needs during hospitalization: Definitions and descriptions made by patients*. Nursing Ethics 2001; 8(5): 409-418.
72. Haltikis P.N., Fischgrund B.N., Parsons J.T.: *Explanations for methamphetamine use among gay and bisexual men in New York City*. Substance use & misuse 2005; 40(9-10): 1331-1345.
73. Hamunen K., Paakkari P., Kalso E.: *Trends in opioid consumption in the Nordic countries 2002-2006*. European Journal of Pain 2009; 13(9): 954-962.
74. Hawkins W., Catalano R., Miller J.: *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. Psychological Bulletin 1992; 112(1): 64-105.
75. Herrero M.J., Domingo-Salvany A., Brugal M.T., Torrens M.: *Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users*. Journal of substance abuse treatment 2011; 41(1): 55-63.
76. Hickman M., Madden P., Henry J., Baker A., Wallace C., Wakefield J., Stimson G., Elliott P.: *Trends in drug overdose deaths in England and Wales 1993-98: methadone does kill more people than heroin*. Addiction (Abingdon, England) 2003; 98(4), 419-425.
77. Hobfoll S.E.: *Stres, kultura i społeczność*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
78. Hughes K., Bellis M.A., Calafat A., Blay N., Kokkevi A., Boyiadji G., Mendes Mdo R., Bajcárova L.: *Substance use, violence, and unintentional injury in young holidaymakers visiting Mediterranean destinations*. Journal of travel medicine 2011; 18(2): 80-89.

79. Jabłoński P.: *O sytuacji leczenia i rehabilitacji dla narkomanów*. Świat Problemów 1999; 78-79(7-8): 38-40.
80. Jacka D., Clode D., Patersson S., Wyman K.: *Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug using patients*. Drug and Alcohol Review 1999; 18(3): 287-291.
81. Janiszewska L.: *Uprzedzenia wobec chorych na AIDS ze szczególnym uwzględnieniem postaw pracowników medycznych*. Psychologia, Zeszyty naukowe WSHE w Łodzi 2003; 31(1), 45-58.
82. Jiménez-Iglesias A., Moreno C., Oliva A., Ramos P.: *An approach to the assessment of the effectiveness of a drug use prevention program in secondary education in Andalusia*. Adicciones 2010; 22(3): 253-265.
83. Juczyński Z.: *Narkomania*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
84. Kaflik I., Sternalski M.: *Leczenie odtruwające osób uzależnionych od środków odurzających*. [W]: Chruściel T.L., Hołyst B., Tyfczyńska J.: *Zeszyty problemowe narkomanii: Profilaktyka Narkomanii*. Warszawa 1986; 1: 166-172.
85. Katz J.D., Hines R.L.: *Substance - related disorders among anesthesiologist*. Advances in Anesthesia 2005; 23: 55-70.
86. Kenna G.A., Wood M.D.: *Alcohol use by healthcare professionals*. Drug and Alcohol Dependence 2004; 75(1): 107-116.
87. Kępiński A.: *Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy)*. Wydawnictwo Literackie Kraków 1993.
88. Kępiński A.: *Lęk*. PZWL, Warszawa 1987.
89. Kidawa M., Struzik M.: *Charakterystyka osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków w Polsce*. Serwis Informacyjny Narkomania 2011; 53(1): 32-42.
90. Klagsbrun M., Davis D.I.: *Substance abuse and family interaction*. Family Process 1977; 16: 149-164.

91. Klimasiński K.: *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
92. Klinowski M.: *Granice odpowiedzialności za posiadanie narkotyków*. Prawo i Prokuratura 2011; 3: 99-117.
93. Kolind T., Frank V.A., Dahl H.: *Drug treatment or alleviating the negative consequences of imprisonment? A critical view of prison-based drug treatment in Denmark*. International Journal of Drug Policy 2010; 21(1): 43-48.
94. Konikowska-Kuczyńska J.: *Odpowiedzialność karna za posiadanie narkotyków*. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(3): 311-322.
95. Kooyman M.: *Spoleczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
96. Kopińska V.: *Świadomość prawna studentów w zakresie uzależnień*. [W]: Malinowski J.: *Raport z badań „Używanie środków psychoaktywnych przez uczniów w percepcji studentów - kandydatów na nauczycieli*. Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2005; 154-172.
97. Krajewski K.(a): *Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii: pomiędzy represją a terapią*. Serwis Informacyjny Narkomania 2008; 44(5), 7-11.
98. Krajewski K.(b): *Przestępstwo posiadania narkotyków oraz środki stosowane wobec jego sprawców w świetle badań aktowych*. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(3): 221-234.
99. Krajewski K.: *Między prohibicją a legalizacją: holenderski eksperyment w polityce wobec narkomanii*. Państwo i Prawo 1995; 5: 86-95.
100. Krajewski K.: *Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii*. [W]: *Problemy narkotyków i narkomanii ustawodawstwie polskim*. Program Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju (UNDP). Warszawa 2004; 5-43. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/problemy-narkotykow-i-narkomanii.pdf>.

101. Krajewski K.: *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(4): 425-437.
102. Krajewski K.: *Prawo wobec narkotyków i narkomanii: [W] Malinowska-Sempruch K.: Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa i prawa człowieka*. Warszawa: International Debate Education Association 2005; 24-63.
103. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2006. ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.
104. Krakowiak A., Kotwica M., Sliwkiewicz K.: *Poisonings with street drugs: a review of 1993-2008 data from the toxicology unit in Poland*. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2010; 23(4): 357-365.
105. Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2007: 72-73.
106. Kulka Z., Bogdanowicz E., Tarczyńska K., Ruzikowska A.: *Opiniowanie sądowo - psychiatryczne sprawców uzależnionych od substancji odurzających lub działających pod ich wpływem: opinie biegłych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(3): 189-193.
107. Kwiecińska E., Kłoszewska I.: *Marihuana - działanie i niebezpieczeństwa*. *Wiadomości Psychiatryczne* 1999; 5(2): 207-211.
108. Lagerspetz M., Moskalewicz J.: *Drugs in the Postsocialist Transitions of Estonia, Latvia, Lithuania and Poland*. *European Addiction Research* 2002; 8: 177-183.
109. Lai Y.M., Hong C.P.H., Chee C.Y.I.: *Stigma of mental illness*. *Singapore Medical Journal* 2000; 42(3): 111-114.
110. Lambers F.A., Stolte I.G., van den Berg C.H., Coutinho R.A., Prins M.: *Harm reduction intensity-Its role in HAART adherence amongst drug users in Amsterdam*. *The International journal on drug policy* 2011; 22(3): 210-218.

111. Laranjeira R.: *Drugs legalization and public health*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3): 621-631.
112. Latelski M., Kulik T.B., Kobylecka E., Stefanowicz A., Pacian A.: *Staż pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej a wiedza na temat narkomanii*. *Zdrowie Publiczne* 2003; 113(3/4): 312-315.
113. Lee S., Lee M.T.Y., Chiu M.Y.L., Kleinman A.: *Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong*. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 186(2): 153-157.
114. Lejzerowicz M.: *Esej recenzyjny. Zarządzanie tożsamością. Erving Goffman: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. *Studia Psychologiczne* 2006; 2: 159-170.
115. Ley 8/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción em materia de drogodependencias. *Boletín Oficial del País Vasco* 1998; 131: 13065-13098.
116. Lindholst C, Andreasen MF, Kaa E.: *Narcotics and illicit drug market. Status and 10-year development*. *Ugeskrift for laeger* 2008; 170(1): 54-57.
117. Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A.: *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. *American Journal of Public Health* 1999; 89(9): 1328-1333.
118. Lipowska-Teutsch A., Wiernikowski A., Wołek E.: *Postawy pracowników służby zdrowia wobec narkomanii i narkomanów. [W]: Chruściel T.L., Hołyst B., Tyfczyńska J.: Zeszyty problemowe narkomanii: Profilaktyka Narkomanii*. Warszawa 1986; 1: 273-283.
119. Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*. 1985; 572: 2650-2657.
120. Łopatka A.: *Prawoznawstwo*. Warszawa 2000.
121. Macander D.: *Nauczyciel - realizator profilaktyki szkolnej*. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2008; 40(1): 38-42.

122. Magura S.: *Drug prohibition and the treatment system: perfect together*. Substance use & misuse 2007; 42(2-3): 495-501.
123. Maj Z., Kowalewicz T.: *Młodzież wobec narkotyków*. Serwis Informacyjny Narkomania 2009; 47(3): 36-42.
124. Majcherczyk A.: *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych zakładach karnych*. Alkoholizm i Narkomania 2007; 20(3): 321-342.
125. Malczewski A. (a): *Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogramowych*. Serwis Informacyjny Narkomania 2009; 46(2): 26-31.
126. Malczewski A. (b): *Przestępczość narkotykowa oraz nielegalny rynek narkotyków cz. I*. Serwis Informacyjny Narkomania 2009; 47(3): 26-35.
127. Malczewski A., Struzik M.: *Nielegalny rynek oraz przestępczość związana z narkotykami w świetle najnowszych danych*. Problemy Narkomanii 2009; 1: 34-65.
128. Malczewski A.: *Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i Europie*. Serwis Informacyjny Narkomania 2007; 1(36): 9-13.
129. Malczewski A.: *Problem narkotyków i narkomanii w Polsce - analiza zróżnicowania terytorialnego*. Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 50(2): 32-40.
130. Malinowski J.: *Używanie środków psychoaktywnych przez uczniów w percepcji studentów - kandydatów na nauczycieli*. Raport z badań. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2005; 80-97.
131. March J.C., Oviedo-Joekes E., Romero M.: *Drugs and social exclusion in ten European cities*. European addiction research 2006; 12(1): 33-41.
132. Marcinkowski J., Jabłoński P.: *Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*. Serwis Informacyjny Narkomania 2008; 44(5): 18-25.

133. Markowitz F.E.: *Social models of mental illness stigma*. [W]: Corrigan P.W.: *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. DC: American Psychological Association, Washington 2005: 129-144.
134. Masłowska E.: *Agresja - przyczyny powstawania, możliwe środki przeciwdziałania*. Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii 2007; 1: 62-68.
135. McKeown A., Matheson C., Bond C.: *A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care*. Family Practice 2003; 20: 120-125.
136. Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., Oppenkowski T., Stokes-Lampard H., Smith G.D.: *Psychological and social sequel of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal general population studies*. Lancet 2004; 363: 1579-1588.
137. Melibruda J.: *Ja - Ty - My. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1980.
138. Merrill J.C., Kleber H.D., Shwartz M.: *Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth*. Drug and Alcohol Dependence 1999; 56: 205-212.
139. Modrzejewska R, Bomba J.: *Prevalence of mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan 17-year old youth population*. Psychiatria Polska 2010; 44(4): 579-592.
140. Morawska J.: *Regulacje prawne dotyczące narkomanii w Polsce i na tle porównawczym*. Przegląd Lekarski 2001; 58(4): 208-214.
141. Moskalewicz J., Sierosławski J., Świątkiewicz G., Zamecki K., Zieliński A.: *Prevention and Management of Drug Abuse in Poland. Summary of Final Report*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999.
142. Moskalewicz J., Świątkiewicz G.: *Chaning Definitoins of the Drug Problem: An Analysis of Polish Newspapers in 1985 and the 1990-1993 Period*. NAD Publication No 28, Helsinki 1994.

143. Moskalewicz J., Wieczorek T.: *Dostępność pomocy w leczeniu uzależnień w Polsce dla pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych*. Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 49(1): 37-42.
144. Moskalewicz J.: *Poles Facing AIDS*. [W]: *Belgian-Polish Medical Week. Alcohol- And Other Drug-Related Problems*, Leuven-Brussels-Eupen, 20-27 October 1991, Ministry of Public Health and Environment, Brussels 1992, 86-95.
145. Murray Bennett W.R., Roy-Byrne P.: *Metamfetaminy: co powinien o nich wiedzieć lekarz pierwszego kontaktu*. Psychiatria po Dyplomie 2008; 5(1): 33-40.
146. Muszyńska A.: *Narkomani sprawcy czynów karalnych*. Zakamycze, Kraków 2004.
147. Nadelman A.E.: *Zdroworoządkowa polityka narkotykowa*. [W]: *Malinowska- Semprucha, K. : Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka*. International Debate Education Association, Warszawa 2005.
148. Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
149. Newman R.G.: *Uzależnienie i metadon z punktu widzenia Amerykanina*. [W]: *Malinowska - Sempruch K.: Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa i prawa człowieka*. Warszawa; 2005: 388-400. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/polityka-narkotykowa.pdf>.
150. Nordt C., Landolt K., Stohler R.: *Estimating incidence trends in regular heroin use in 26 regions of Switzerland using methadone treatment data*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2009; 4: 14.
151. Nordt C., Stohler R.: *Combined effects of law enforcement and substitution treatment on heroin mortality*. Drug and Alcohol Review 2010; 29(5): 540-545.
152. Nyhlén A., Fridell M., Hesse M., Krantz P.: *Causes of premature mortality in Swedish drug abusers: a prospective longitudinal study 1970-2006*. Journal of forensic and legal medicine 2011; 18(2): 66-72.

153. Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K.: *Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków*. *Alkoholizm i Narkomania* 2008; 21(2): 173-199.
154. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Kocoń K.: *Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież*. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(1): 35-52.
155. Okulicz-Kozaryn K.: *Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Belgia, Francja, Szwajcaria, USA)*. *Alkoholizm i Narkomania* 2002; 15(2): 137-154.
156. Oliveira L.G., Ponce Jde C., Nappo S.A.: *Crack cocaine use in Barcelona: a reason of worry*. *Substance use & misuse* 2010; 45(13): 2291-2300.
157. Ordakowski M., Karwat B.: *Stosunek personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS*. Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Społecznego „Stricte”, Szczecin 2000.
158. Ostaszewski K., Zimmerman M.: *The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency*. *American Journal of Community Psychology* 2006; 38(3-4): 237-249.
159. Ostaszewski K.: *Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych*. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14(3): 387-407.
160. Ostrowska A.: *Modele relacji pacjent - lekarz. [W]: Ostrowska A.: Wstęp do socjologii medycyny*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1990.
161. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: *Drug free universities-trends in illicit drugs use among Kraków university students*. *Przegląd lekarski* 2005; 62(6): 342-350.
162. Pajor W.J.: *Farmakomania jako zagadnienie społeczne*. *Wszechświat* 1962; 3: 69-72.
163. Pawińska A.: *Rękawice medyczne*. *Zakażenia* 2002; 2(3-4): 76-80.

164. Pisarska A.: *Właściwości środowiska sąsiedzkiego jako czynnik chroniący/ryzyka używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Przegląd badań.* Alkoholizm i Narkomania 2009; 22(1): 29-53.

165. Płonka-Syroka B.: *Narkomania młodzieży w opiniach grupy rówieśniczej. [W]: Chrusciel T.L., Hołyst B., Tyfczyńska J.: Zeszyty problemowe narkomanii: Profilaktyka Narkomanii.* Warszawa 1986; 1: 444-446.

166. Pobocho J.: *Problemy metodologiczne orzecznictwa sądowo - psychiatrycznego osób uzależnionych.* Materiały z VIII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Uzależnienie od środków odurzających a orzecznictwo sądowe psychiatryczno - psychologiczne. Wydawnictwo PTP, Warszawa 1990; 105-108.

167. Pompili M., Mancinelli I., Tatarelli R.: *Stigma as a cause of suicide.* British Journal of Psychiatry 2003; 183(2): 173-174.

168. Proceedings of the 2nd Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. March 2008. Lisbon, Portugal. The International journal on drug policy. 2009; 20(6): 455-528.

169. Rácz J., Melles K., Márványkövi F., Vadász V.: *Monitoring and evaluation of the Hungarian methadone maintenance programmes.* Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata 2010; 25(3): 202-220.

170. Radziejewski S., Majzner W.: *Uwagi o ruchu hippisów.* Służba MO 1969; 6: 791-795.

171. Radziwiłłowicz P., Szeliga J.: *W pułapce uzależnienia – refleksje na temat substytutu szczęścia.* Psychiatria Polska 2002; 36(5): 771-778.

172. Reuter P., Pacula R.L., Caulkins J.P.: *Addiction research centres and the nurturing of creativity.* RAND's Drug Policy Research Center. Addiction 2011; 106(2): 253-259.

173. Rial Boubeta A., Torrado Pérez N., Braña Tobío T., Varela Mallou J.: *Relationship between perceived health care quality and attitude toward substance abuse treatment*. *Psicothema* 2010; 22(4): 574-580.
174. Richards T.: *Patient' priorities*. *British Medical Journal* 1999; 318: 277.
175. Rogala-Obłękowska J.: *Młodzież i narkotyki - rodzinne czynniki nałogu*. ISNS UW 1999.
176. Rogala-Obłękowska J.: *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*. ISNS UW 2002.
177. Romelsjö A., Engdahl B., Stenbacka M., Fugelstad A., Davstad I., Leifman A., Thiblin I.: *Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?* *Addiction* (Abingdon, England) 2010; 105(9): 1625-1632.
178. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r.: w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 - 2016. *Dz.U. Nr 78, poz. 428*.
179. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L.: *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 1991.
180. Sidorowicz S.: *Stosunek społeczeństwa do osób psychicznie chorych (społeczny stereotyp i dystans)*. *Wiadomości psychiatryczne* 1998; 2(2): 165-186.
181. Sierosławski J, Zieliński A.: *Narkotyki a młodzież*. Serwis Informacyjny Narkomania 2000; 12-13: 26-46.
182. Sierosławski J., Szymanowski T., Zieliński A.: *Społeczne znaczenie narkomanii. [W]: Szymanowski T (red.) Patologia społeczna. Wybrane problemy*. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Warszawa 1991.
183. Sierosławski J.: *Diagnoza potrzeb w zakresie pomocy narkomanom w Poznaniu*. *Alkoholizm i Narkomania* 1999; 35(2): 209-223.
184. Sierosławski J.: *Gminne programy przeciwdziałania narkomanii*. Serwis Informacyjny Narkomania 2007; 36(1): 44-49.

185. Sierosławski J.: *Narkomania w Warszawie - wielowskaźnikowa ocena epidemiologiczna*. Alkoholizm i Narkomania 1996; 23(2): 233-254.
186. Sierosławski J.: *Substancje psychoaktywne, postawy i zachowania. Profilaktyka*. Serwis Informacyjny Narkomania 2004; 24(1): 13-21.
187. Siris S.G.: *Suicide and schizophrenia*. Journal of Psychopharmacology 2001; 15(2): 127-135.
188. Smith J., Hucker S.: *Schizophrenia and substance abuse*. British Journal of Psychiatry 1994; 165: 13-21.
189. Smoliński P., Serafińska S., Gładysz A., Szeszenia-Dąbrowska N.: *Choroby zawodowe wśród pracowników służby zdrowia związane z zakażeniami HBV/HCV/HIV zarejestrowane w Polsce w latach 1999 - 2003 - aktualne trendy epidemiologiczne i ich implikacje*. Zakażenia 2005; 5(2): 55-58.
190. Sobiech R.: *Ciągłość i zmiana. Polski system redukcji na narkotyki*. Serwis Informacyjny Narkomania 2008; 44(5): 30-35.
191. Sokalska M.E: *Polskie przepisy zapobiegania narkomanii świetle norm międzynarodowych*. [W]: Chruściel T.L., Hołyst B., Tyfczyńskiej J.: *Zeszyty problemowe narkomanii: Profilaktyka Narkomanii*. Warszawa 1986; 1: 360-371.
192. Solano P.L.: *Reconsideration of contemporary U.S. drug policy*. The Journal of Mental Health Policy and Economics 2002; 5(4): 175-183.
193. Sprawozdanie roczne 2010: *Stan problemu narkotykowego w Europie*. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii: 2010. Dostępny na URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_PL EMCDDA_AR2010_PL.pdf.
194. Stach R.: *Uzależnienie od alkoholu a depresja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
195. Staniaszek M.: *Narkomania w Polsce a.d. 1990*. [W] : Wasik J., Staniaszek M.: *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*. VIII Wrocławskie Sympozjum Kryminologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993; 14-41.

196. Stanton M.D.: *Family treatment approaches to drug abuse problems: a review*. Family Process 1979; 18: 251-280.
197. Steinbarth-Chmielewska K.; Baran H., Habrat B.: *Results of the first methadone programme in Poland. Three-years follow-up. Book of Abstracts: Heroin Addiction in Europe. 3rd European Methadone and Other Substitution Treatments Conference. 17-20 September 1997, Ljubljana, Slovenia, 1997: 148-148.*
198. Syroka K.: *Leczenie osób nieubezpieczonych w Polsce*. Serwis Informacyjny Narkomania 2011; 53(1): 15-21.
199. Szczyrba-Maróń B., Wons A.: *Używanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jako niekonstruktywny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami*. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21(1): 9-20.
200. Szpringer M.: *Organizacja profilaktyki uzależnień narkotykowych w Polsce i we Włoszech na przykładzie wybranego regionu*. Nowiny Lekarskie 2008; 77(2): 140-144.
201. Szuster R.R., Schanbacher B.L., McCann S.C, McConnell A.: *Underdiagnosis of psychoactive – substance - induced organic mental disorders in emergency psychiatry*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1990; 16: 319-327.
202. Świątkiewicz G., Bujalski M.: *Społeczne koszty ponoszone przez warszawskich konsumentów narkotyków*. Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 50(2): 27-31.
203. Świątkiewicz G., Bujalski M.: *The social position of socially integrated and marginalized drug users from an objective and subjective perspective [W]: Eisenbach- Stangl I., Moskalewicz J., Thom B.: Two worlds of drug consumption in late modern societies*. Ashgate 2009.
204. Świątkiewicz G.: *Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Szwecja, Dania, Hiszpania i Węgry)*. Alkoholizm i Narkomania 2002; 15(2): 155-169.

205. Świątkiewicz G.: *Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Szwecja, Dnia, Hiszpania, Węgry)*. [W]: *Problemy narkotyków i narkomanii ustawodawstwie polskim. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)*. Warszawa: 2004; 44-69. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/problemy-narkotykow-i-narkomanii.pdf>.

206. Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A.: *Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010; 19(4): 269-274.

207. Tamilla J., Kasprzak M., Olszewski W., Gruszczyński W.: *Postawy młodzieży, jej rodziców oraz nauczycieli szkół średnich wobec problematyki toksykomanii w świetle badań własnych. Przyczyny i skutki złej adaptacji społecznej dzieci i młodzieży*. IX Sympozjum Psychiatrów Dzieci i Młodzieży. Łódź 1987.

208. Tarnawski M.: *Niepoczytalność i zmniejszona poczytalność a stan odurzenia de lege i de lege ferenda. Materiały z VIII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Uzależnienie od środków odurzających a orzecznictwo sądowe psychiatryczno - psychologiczne*. Wydawnictwo PTP, Warszawa 1990; 19-33.

209. Tordable Merino I., Sánchez Sánchez A., Santos Sanz S., García Vicario M.I., Redondo Martín S.: *Trends in drug consumption among immigrants between 2004 and 2008*. *Gaceta Sanitaria* 2010; 24(3): 200-203.

210. Tryjarska B.: *Terapia rodzinna*. W: Grzesiuk L. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. PWN, Warszawa 1995; 245- 293.

211. Tsirigotis K., Gruszczyński W., Kruszyna M., Tsirigotis-Wołoszczak M.: *Autodestruktywność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków*. *Alkoholizm i Narkomania* 2009; 22(2): 119-128.

212. Uchtenhagen A.: *Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change*. *Addiction (Abingdon, England)* 2010; 105(1): 29-37.

213. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.

214. Uszkiewicz L.: *Zarys psychiatrii sądowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1979.

215. Vale de Andrade P, Carapinha L.: *Drug decriminalisation in Portugal*. BMJ (British medical journal) 2010; 341: c4554.

216. Wallace J.E., Lemaire J.: *On physician wellbeing - You'll get by with a little help from your friends*. Social Science & Medicine 2007; 64(12): 2565-2577.

217. War on drugs. Report Of The Global Commission On Drug Policy. June 2011. Dostępny na URL: http://idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf.

218. Waszkiewicz L., Bolanowski W.: *Drug addiction among young students aged 15-21*. Wiadomości lekarskie 2002; 55 Suppl 1: 560-564.

219. Wereżyńska T.: *Problemy medyczne i prawne przy opiniowaniu w sprawach karnych osób odurzających się środkami uzależniającymi. Materiały z VII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Teoria i praktyka oceny poczytalności”*. Wydawnictwo PTP, Warszawa 1988; 247-255.

220. Werner E.: *Protective factors and individual resilience*. [W]: Shonkoff J., Meisels S.: *Hand book of Early Childhood Intervention*. Second edition, Cambridge University Press 2000.

221. Westra M., de Haan H.A., Arends M.T., van Everdingen J.J., Klazinga N.S.: *Guideline 'Medicinal care for drug addicts in penal institutions'*. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2009; 153: A726.

222. White T.: *Controlling and policing substance use(rs)*. Substance Use & Misuse 2002; 37(8-10): 973-983.

223. Wojciszke, B.: *The consequences of being an influential minority on social controversies in the Polish emerging democracy*. [W]: W. Wosinska, R. B. Cialdini, J. Reykowski, D. W. Barrett.: *The practice of social influence in multiple cultures*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 2001; 173-188.

224. Wolańska M.: *Polityka antynarkotykowa w unii europejskiej*. Bezpieczeństwo Narodowe. I-II 2009; 9-10: 255-271.
225. Wons A.: *Wypalenie zawodowe*. [W]: Trzcieniecka-Green A.: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006; 407-424.
226. Woźniak J., Kobza J., Olejniczak M.: *Problem narkomanii w aspekcie dynamiki przyjęć do ośrodków leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych*. Zdrowie Publiczne 2006; 116(6): 327-330.
227. Wójcik M.: *Czynniki ryzyka czy czynniki chroniące młodzież?* Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 52(4): 36-41.
228. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015. Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005;. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/wst_ramo_proj_npz_2006_2015_11102005.pdf.
229. Zieliński A.: *Krajowe Programy Przeciwdziałania Problemom Związanym z Narkotykami (Holandia, Wielka Brytania, Australia)*. Alkoholizm i Narkomania 2002; 15(2): 171-188.
230. Zimmerman M., Bingenheimer J., Notaro P.: *Natural Mentors and Adolescent Resiliency: a Study with Urban Youth*. American Journal of Community Psychology 2002; 30(2): 221-243.
231. Zygadło M.: *Redukcja szkód jako konieczny element zintegrowanego podejścia do pomocy osobom uzależnionym*. Serwis Informacyjny Narkomania 2007; 36(1): 2-7.

XII. ANEKS

XII. 1. KWESTIONARIUSZ ANKIETY PRZEZNACZONY DLA LEKARZY, PIEŁĘGNIAREK, POLICJANTÓW, NAUCZYCIELI

Zjawisko narkomanii zatacza coraz szersze kręgi i dotyka różnych grup społecznych. Osoby uzależnione ze względu na doznane, z tytułu uzależnienia od narkotyków, szkody zdrowotne poszukują pomocy w placówkach medycznych, gabinetach psychologicznych, pedagogicznych i innych instytucjach. Jakość kontaktu osób uzależnionych z pracownikami różnych specjalności, zależy od postaw jakie prezentują pracownicy. Celem podjętych badań jest uzyskanie opinii ankietowanych na temat wiedzy o narkomanii, gotowości niesienia pomocy osobom uzależnionym, obaw, lęków i uczuć jakie budzi osoba uzależniona, możliwości leczenia, profilaktyki narkomanii, zapobieganie przestępczości oraz pomocy pedagogicznej. Chciałabym państwa zapewnić o anonimowości badań. Uzyskane informacje służą jedynie celom naukowym.

PŁEĆ M. K.

WIEK lata

ZAWÓD

.....
.....
.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Miasto

Wieś

WYKSZTAŁCENIE

Wyższe

Średnie

Ponadpodstawowe

IŁOŚĆ LAT PRZEPRACOWANYCH W ZAWODZIE

1. Czy Pan/Pani wie co to jest narkomania?.
- tak
 - nie
2. Czy narkomania według Pani/Pana to:
- sposób na życie
 - nieuleczalna choroba
 - problem tylko młodych ludzi
 - obraz nowoczesnego społeczeństwa
3. Skąd najczęściej czerpie Pan/Pani wiedzę na temat narkotyków?.
- z ogólnie dostępnych artykułów w czasopismach
 - z audycji radiowych i telewizyjnych
 - jest przypadkowa, zasłyszana i nie bardzo się nią interesuję
 - zdobywam ją czytając fachową literaturę
 - od współpracowników
4. Czy znane są dla Pana/Pani akty prawne dotyczące narkomanii
- tak
 - nie
5. Czy znana jest Panu/Pani treść ustawy O przeciwdziałaniu narkomanii z 1997
- tak
 - nie
6. Czy w Pana/Pani środowisku znajdują się osoby używające narkotyków
- tak - zaznacz które, może być więcej niż jedna odpowiedź (sąsiedzi , znajomi , współpracownicy , domownicy)
 - nie
 - słyszałem o takich osobach
 - widuję je, ale nie znam osobiście
7. Czy udzielał Pan/Pani jakiegokolwiek pomocy medycznej osobie uzależnionej od narkotyków
- tak (jeśli tak to jakiego rodzaju)
.....
.....
.....
 - nie

8. Czy podejmował Pan/Pani działania prewencyjne w stosunku do osoby uzależnionej lub zajmującej się handlem narkotyków
- tak (jeśli tak to jakiego rodzaju)
-
-
- nie
9. Czy uważa Pan/Pani, że narkomani powinni być izolowani od społeczeństwa gdyż wpływają na nie demoralizująco?
- tak
 - nie
 - nie mam zdania
10. Czy Pana/Pani zdaniem osoba nadużywająca substancji psychoaktywnych prowadzi tak zwany „pasożytniczy” tryb życia?
- tak
 - nie
 - nie mam zdania
11. Pani/Pana zdaniem leczenie i rehabilitacja narkomanów jest zbyt kosztowna.
- zgadzam się
 - nie zgadzam się
 - nie mam zdania
12. Czy osoby mające doświadczenie w używaniu narkotyków mogą wykonywać zawód lekarza, nauczyciela, policjanta:
- tak (dlaczego?)
-
-
- nie (dlaczego?)
-
-
13. Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że „narkoman to chory na własne życzenie sam jest winien swojej choroby”.
- tak (dlaczego?)
-
-
- nie (dlaczego?)
-
-

14. Pana/Pani zdaniem narkoman po leczeniu próbujący wrócić do pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych musi ukrywać swoją chorobę?.

- tak
- nie

15. Czy według Pana/Pani „trzeźwy narkoman” - po leczeniu - jest dyskryminowany?.

- tak
- nie
- nie wiem

16. Czy okazjonalne przyjmowanie narkotyków według Pana/Pani jest naganne?.

- tak
- nie

17. Co odczuwał Pan/Pani podczas kontaktu z osobą uzależnioną?. (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- poczucie napięcia
- rozdrażnienie
- niechęć
- złość
- poczucie winy
- niepewność
- współczucie
- żal

18. Czy osoby nadużywające substancji psychoaktywnych budzą w Panu/Pani lęk?

- tak
- nie
- nie mam zdania

19. Czy w kontaktach z osobą używającą narkotyków boi się Pan/Pani zachowania agresywnego?

- tak
- nie
- nie wiem

20. Czy Pana/Pani zdaniem osoby uzależnione zawsze panują nad swoimi emocjami?

- tak
- nie
- nie wiem

21. Według Pana/Pani osoby uzależnione od środków psychoaktywnych należy:

- karać zamiast leczyć
- leczyć z zastosowaniem przymusu
- leczyć tylko gdy osoba uzależniona wyraża zgodę

22. Czy w opinii Pana/Pani dopuszczalne powinno być posiadanie narkotyku na tak zwany „własny użytek”.

- tak
- nie

23. Czy w Pana/Pani opinii uczniów/studentów zajmujących się handlem narkotyków należy wydalać ze szkół/uczelni.

- tak
- nie

24. Według Pana/Pani w stosunku do której z niżej wymienionych osób należy wyciągać konsekwencje prawne (może być więcej niż jedna odpowiedź):

- dealer (handlarz) narkotyków
- producent
- przemytnik
- narkoman

25. Według Pana/Pani karane powinno być:

- używanie narkotyków
- kryminalne zachowania związane z użyciem narkotyku

26. Czy Pana/Pani zgadza się na możliwość legalnego zdobywania narkotyku za odpowiednio wysoką cenę

- tak
- nie

27. Czy według Pana/Pani narkomanie należy zwalczać metodami prohibicji (zakazów)

- tak
- nie

28. W odczuciu Pana/Pani prawo powinno być:

- bardziej restrykcyjne
- łagodniejsze

29. Czy zgadza się Pana/Pani z opinią „wolny rynek narkotyków, jednostka odpowiedzialna za swoje życie i zdrowie”:

- tak
- nie

30. Według Pana/Pani czy wzrasta ilość przestępstw związana z używaniem narkotyków?

- tak
- nie
- nie wiem

31. Pana/Pani zdaniem narkomana można wyleczyć?.

- tak
- nie
- nie wiem

32. Pana/Pani zdaniem opieka nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych jest realizowana:

- dobrze
- źle
- wcale nie powinna być realizowana

33. Pana/Pani zdaniem ilość miejsc na oddziałach detoksykacyjnych jest:

- wystarczająca
- jest ograniczona i trzeba oczekiwać w kolejce
- nie wiem

34. Czy w kontakcie z narkomanem obawia się Pan/Pani zakażenia wirusem HIV i wirusami WZW:

- tak
- nie
- nie myślę o tym

35. Czy Pana/Pani wyraziłby zgodę na przyjaźń swego dziecka z rówieśnikiem uzależnionym od narkotyków:

- tak (dlaczego)

.....

.....

.....

- nie (dlaczego)

.....

.....

36. Pana/Pani zdaniem największy wpływ na rozwój narkomanii ma:

- środowisko rówieśnicze
- środowisko rodzinne
- środowisko szkolne

37. Według Pana/Pani leczenie osób uzależnionych od narkotyków powinien prowadzić pion:

- leczenia otwartego (ambulatoria)
- leczenia zamkniętego
- powinny się uzupełniać

38. Czy Pana/Pani zdaniem szkolenie w dziedzinie uzależnień od substancji psychoaktywnych jest:

- wystarczające
- zapewnia podstawy opieki
- niewystarczające

39. W jakim wieku Pana/Pani zdaniem należy rozpocząć profilaktykę uzależnień?

- przedszkole
- szkoła podstawowa
- gimnazjum
- liceum
- wcale

40. Czy chciałby Pan/Pani pracować z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych?

- tak ponieważ mogę im pomóc
- nie ponieważ nie jestem w stanie im pomóc
- nie jestem zainteresowany takim rodzajem pracy

41. Czy w Pana/Pani miejscowości jest ośrodek zajmujący się leczeniem osób uzależnionych?

- tak
- nie
- nie interesuje się tym
- jestem zainteresowana społecznością tego ośrodka

42. Czy zgodziłby się Pan/Pani na sąsiedztwo ośrodka osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV?

- tak
- nie
- dlaczego?

.....
.....
.....

43. Czy znane są Panu/Pani prowadzone programy redukcji szkód:

▪ tak (jakie?)

.....
.....
.....

▪ nie

44. Pana/Pani zdaniem leczeniem narkomanów winien zajmować się:

▪ Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

▪ Lekarz psychiatra

▪ Psycholog

45. Czy udzieliliby Pan/Pani wsparcia finansowego osobie uzależnionej będącej w stanie abstynencji:

▪ tak

▪ nie

dlaczego?.....
.....

46. Czy w Pana/Pani opinii lokalne władze w dostatecznym stopniu zajmują się rozwiązywaniem problemów narkomanii

▪ tak (w jaki sposób?)

.....
.....
.....

▪ nie

47. Według Pana/Pani czy istnieje współpraca pomiędzy policją, szkołą, służbą zdrowia w zapobieganiu narkomanii:

▪ tak

▪ nie

▪ nie wiem

Otwarte własne przemyślenia o narkomanii

.....
.....
.....
.....

**XII. 2. KWESTIONARIUSZ ANKIETY
PRZEZNACZONY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI
PSYCHOAKTYWNYCH**

Problem uzależnień w chwili obecnej wymaga zaangażowania różnych instytucji np. Policji, Szkoły, Służby Zdrowia, w pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych.

Celem badań jest uzyskanie Państwa opinii jak postrzegana jest pomoc i zaangażowanie służb społecznych w rozwiązywanie tych problemów.

Badania, w których Państwo uczestniczycie są w pełni anonimowe a uzyskane wyniki będą wykorzystane jedynie do celów naukowych.

PLEĆ M. K.

WIEK lata

WYKSZTAŁCENIE

.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Miasto

Wieś

RODZAJ I POSTAĆ PRZYJMOWANEGO NARKOTYKU

.....

WIEK INICJACJI (pierwszego kontaktu z narkotykiem) lata

ILOŚĆ POBYTÓW W ODDZIALE UZALEŻNIEŃ

W ABSTYNNENCJI WYTRWAŁEM – ILE?

1. Leczenie podjąłem:

- sam ze względu na konsekwencje somatyczne i psychiczne (jakie?).....

.....

- pod presją (kogo?).....
- wbrew własnej woli.....
- za namową:

- rodziców
- rodzeństwa
- kolegi/koleżanki
- sympatii
- nauczyciela
- lekarza
- policjanta

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

2. Pierwszą rozmowę na temat leczenia odbyłem z:

- lekarzem
- pielęgniarką
- psychologiem klinicznym
- terapeutą

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

gdzie?

- w zespole lekarza rodzinnego
- w izbie przyjęć szpitala
- w oddziale detoksykacji
- innym (jakim?).....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

3. Wspecjalizowane osoby(pracownicy służby zdrowia):

- starały się dotrzeć do ciebie by pomóc tak nie
- były operatywne tak nie
- szybko reagowały i dostosowywały się do twoich potrzeb tak nie

4. Kontakt z pracownikami służby zdrowia uważam za:

- satysfakcjonujący
- niesatysfakcjonujący

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. Po leczeniu w abstynencji wytrzymałem:.....

6. Powróciłem do nałogu gdyż:

- nie umiem przewidywać ryzykownych sytuacji i radzić sobie z nimi
- zrezygnowałem z walki
- cały wysiłek uważam za kompletną stratę czasu
- zbyt długo muszę przyjmować leki
- często mam złe samopoczucie fizyczne
- przedłużały się objawy zespołu odstawienia

7. Leczenie według ciebie powinno opierać się na:

- detoksykacji
- psychoterapii
- farmakoterapii
- zaostrożnym rygorze
- większej liberalizacji co do wyboru metody leczenia
- połączeniu kilku metod (jakich?).....

- żadnej z wymienionych
- własne propozycje.....

--

8. Po raz pierwszy w narkotyki zaopatrzyłem się w:

- w szkole

--
- poza szkołą

--

9. Dostępność do narkotyków w szkole była:

- łatwa

--
- trudna

--

10. W szkole korzystałem z usług dealerów narkotykowych:

- tak

--
- nie

--

11. Czy w szkole istniały grupy wsparcia, świetlice, koła zainteresowań itp.:

- tak

--
- nie

--

należałem do ponieważ.....

nie należałem do ponieważ.....

12. Czy nauczyciele dostrzegli i zareagowali na fakt uzależnienia od narkotyków:

- tak (jak zareagowano?)
- nie

13. Kontakt z pedagogiem szkolnym polegał na:

- rozmowie o szkodliwości środków psychoaktywnych
- ofercie pomocy w podjęciu leczenia
- szybkim kontakcie z placówką leczenia uzależnień
- rozmowie o sankcjach jakie ponosi osoba uzależniona
- rozmowie z rodzicami
- nie miałem takiego kontaktu

14. „Szkoła” powinna:

- reagować zwiększonym rygorem wobec uczniów uzależnionych od narkotyków
- nie powinna wcale zajmować się tym problemem
- informować rodzinę
- poinformować policję

15. Wszedłem w kolizję z prawem:

- tak (z jakiego powodu?)
- nie

16. Miałem kontakt z policją:

- tak (w sytuacji)
- nie

17. Czy pracownicy policji są przygotowani do pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków:

- tak
- nie (ponieważ)

18. Oczekuję od:

- Służby zdrowia:

.....

.....

- Szkoły :

.....

.....

- Policji:

.....

.....