

UCHWAŁA NR XV/207/26
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

z dnia 31 marca 2026 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia "Wojewódzkiego Programu Profilaktyki
i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata
2022 – 2026"**

Na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) uchwała się, co następuje:

§ 1. W uchwale nr XXXV/406/22 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 27 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 - 2026" załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Sejmiku
Województwa
Zachodniopomorskiego

Teresa Kalina



**Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2026**

Szczecin, aktualizacja 2026 r.

Autorki Programu

prof. US, dr hab. Urszula Kozłowska - Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński

dr Karolina Izdebska - Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński

Autorzy zestawienia danych dotyczących zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim

dr Albert Terelak - Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński

dr Sebastian Kołodziejczak - Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński

Spis treści

Wprowadzenie.....	3
Podstawowe pojęcia dotyczące profilaktyki uzależnień	5
Używanie substancji psychoaktywnych i zachowania ryzykowne wśród młodzieży. Polska na tle Europy	26
Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w okresie pandemii COVID-19	31
Zestawienie danych dotyczące zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim.....	33
Instrumenty wdrażania oraz podstawy prawne	52
Cel główny i cele operacyjne Programu.....	55

Wprowadzenie

XXI wiek przyniósł bardzo dynamiczny postęp cywilizacyjny. Charakteryzuje się on gwałtownymi zmianami, związanymi ze stałym rozwojem nauki, technologii oraz gospodarki. Zmiany te wpływają na nasze życie, powodując wzrost jego tempa, jakości oraz utrwalania postaw konsumpcjonizmu. Człowiek staje przed koniecznością dostosowania się do zmieniającego się świata, co prócz niewątpliwych korzyści, jakie niesie postęp, może powodować zagubienie, stres oraz negatywne emocje. Dodatkowo w ostatnich latach, jako społeczeństwo, doświadczyliśmy pandemii Covid-19 oraz jej skutków. Prócz zmian demograficznych, pandemia przyniosła lęk przed utratą zdrowia, destabilizacją zawodową, finansową, a także przed ograniczeniami różnych form wolności.

Te wszystkie okoliczności powodują, że w społeczeństwie wzrasta chęć coraz szybszego zaspokajania potrzeb, w tym m.in. poprzez poszukiwanie natychmiastowych przyjemności. Obserwuje się stale wzrastającą potrzebę ucieczki od wyzwań stawianych przez czasy, w których żyjemy – ucieczki w najłatwiej i najszybciej osiągalną przyjemność, czy chwile zapomnienia – w narkotyki, alkohol, leki, gry komputerowe czy hazard.

Niestety, tego typu rozwiązania niosą za sobą wielkie szkody dla człowieka oraz jego otoczenia. Począwszy od jednostkowych szkód zdrowotnych zarówno somatycznych, jak i psychicznych, poprzez szkody społeczne (w tym osłabienie i rozpad więzi rodzinnych, współzależnienie, przemoc domowa, bezrobocie), kończąc na konfliktach z prawem (nietrzeźwość w miejscach publicznych, wypadki drogowe, przestępczość, itd.).

Zachowania nałogowe mają destrukcyjny wpływ zarówno na ulegającą im jednostkę, jak i na społeczeństwo, dlatego wychodząc naprzeciw konieczności zapobiegania im i zmniejszania ich destrukcyjnego oddziaływania, Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego dokonał aktualizacji *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022*. Zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom realizowane przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego ujęte zostały w niniejszym **Wojewódzkim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2026**.

W Programie zawarte zostały podstawowe pojęcia dotyczące profilaktyki uzależnień. Szczegółowo przedstawiono zagadnienie używania substancji psychoaktywnych i zachowań ryzykownych wśród młodzieży w świetle badań. Nawiązując do aktualnej sytuacji omówiono trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w okresie pandemii COVID-19. Opracowano zestawienie danych dotyczące zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim. Przytoczono instrumenty wdrażania Programu oraz jego podstawy prawne, a przede wszystkim sformułowano cel główny oraz cele

operacyjne Programu. Głównym celem Programu, opracowanym na podstawie przedstawionych w dokumencie informacji, danych, badań oraz wniosków jest „**Ograniczenie skali problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi**”.

Odbiorcami Programu są mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, szczególnie:

- dzieci i młodzież, w tym m.in. z grup podwyższonego ryzyka, ze środowisk zagrożonych z powodu dysfunkcji lub sytuacji społeczno-psychologicznej, a także ich rodzice i opiekunowie,
- osoby dorosłe z grup ryzyka,
- rodziny, w których występuje problem uzależnień,
- osoby uzależnione od środków psychoaktywnych i członkowie ich rodzin,
- osoby zagrożone uzależnieniem,
- osoby zajmujące się przeciwdziałaniem uzależnieniom i pomocą osobom i rodzinom z problemem uzależnienia,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty publiczne, społeczne i prywatne działające w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

Realizatorem Programu jest Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. Partnerami w realizacji Programu są osoby fizyczne i prawne realizujące zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Środki finansowe na realizację Programu pochodzą z dochodów uzyskiwanych przez Województwo Zachodniopomorskie z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023r., poz. 2151, z późn. zm.). Postanowienia Programu mają zastosowanie do umów zawartych po dniu 31 marca 2022 roku.

Program opracowany został przez zespół doświadczonych ekspertów z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie w składzie: prof. US, dr hab. Urszula Kozłowska, dr Karolina Izdebska, dr Albert Terelak, dr Sebastian Kołodziejczak. W pracach zespołu uczestniczyli także praktykujący terapeuci uzależnień ze Świnoujścia mgr Karolina Flacht i Bartosz Ślaski. Dokument został dodatkowo przenalizowany przez dra Artura Malczewskiego z Działu Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, który przekazał do Programu poniższe słowo:

„Szanowni Państwo! W tym roku zaszły duże zmiany w planowaniu i wdrażaniu działań również przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) w obszarze uzależnień. W wyniku połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji

Rozwiązywania Problemów Alkoholowych odeszliśmy od silosowego traktowania problemów uzależnień i połączyliśmy nasze siły w jednej instytucji: Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. W wyniku zmian prawnych wszystkie JST zostały zobowiązane do przygotowania i uchwalenia zintegrowanych programów przeciwdziałania uzależnieniom. Niniejszy program wychodzi w pełni naprzeciw tym nowym zmianom integrując różne działania mające na celu przeciwdziałanie narkomanii, rozwiązywanie problemów alkoholowych, jak również problemów dotyczących uzależnień behawioralnych. W programie znalazły się zarówno zadania dotyczące monitorowania i badań jak również wdrażania skutecznych i sprawdzonych rozwiązań z zakresu profilaktyki, jakim są programy w bazie programów rekomendowanych. W implementacji każdego programu, także niniejszego dla województwa zachodniopomorskiego, kluczowym wydaje się posiadanie przygotowanych i wyszkolonych kadr. Jestem przekonany, że tych w zachodniopomorskim nie zabraknie, bo od wielu lat realizowane są w województwie zachodniopomorskim wartościowe i cenne programy w tym m.in. przez organizacje pozarządowe.”

Podstawowe pojęcia dotyczące profilaktyki uzależnień

Uzależnienie

Truizmem jest stwierdzenie, że można uzależnić się od wszystkiego. Człowiek jest w stanie sięgnąć po różne środki, które pozwolą mu wpłynąć na stan jego umysłu. Mogą to być zarówno rozmaitego rodzaju substancje chemiczne, jak i działania oraz czynności, które podejmuje. Zasadniczy podział przebiega pomiędzy uzależnieniami o podłożu chemicznym i uzależnieniami czynnościowymi. Umownie uzależnienia dzielimy więc na **chemiczne** i **niechemiczne** (uzależnienia od czynności, uzależnienia behawioralne, nałogi behawioralne).

Do kategorii uzależnień chemicznych zalicza się: alkoholizm, nikotynizm, lekomanię, narkomanię. Natomiast do niechemicznych przypisuje się różnorodne nałogowe zachowania człowieka. Najczęściej w tym przypadku wskazuje się na patologiczny hazard, uzależnienie od jedzenia, pracy, komputera i gier komputerowych, internetu, telefonu komórkowego, zakupów czy uzależnienie od seksu. Oczywiście lista zachowań, od których człowiek może się uzależnić jest znacznie dłuższa¹.

Warto zaznaczyć, że różnego rodzaju uzależnienia mogą występować samodzielnie bądź równoległe z innymi. Najczęściej występują łącznie co najmniej dwa rodzaje uzależnienia. Nałogom behawioralnym przypisuje się tę samą naturę nałogową, podobieństwo, jak w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Język addyktologiczny

¹ M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, s. 36 – 37.

(addyktologia – nauka o uzależnieniach) przynajmniej w sposób częściowy wyjaśnia ich mechanizmy etiopatogenetyczne. Ponadto znaczna część kryteriów diagnostycznych przy ich określaniu pochodzi od uzależnień od substancji psychoaktywnych, również terapia uzależnień behawioralnych nawiązuje do terapii stosowanej w uzależnieniach chemicznych. Zaburzenia, którym przypisuje się nałogową naturę, określa się -izmami, poprzez analogię do alkoholizmu.

W piątym wydaniu (2013 rok) „*Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-5)*”, (zwanym dalej DSM-5), Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nałogi behawioralne zostały umieszczone w nowo utworzonej kategorii „zaburzenia nałogowe”, obejmującej zaburzenia używania substancji i zaburzenia uprawiania hazardu. W DSM-5 wyróżniono także grupę zaburzeń, które wymagają dalszych badań, jeżeli chodzi o nałogi behawioralne, np. problemowe korzystanie z gier komputerowych. Jak zaznacza Bogusław Habrat, zaproponowane rozwiązanie nie spełniło oczekiwań osób, które zawodowo zajmują się profilaktyką i terapią nałogów². Warto zaznaczyć, że jak wskazuje wyżej wspomniany badacz, współcześnie mamy różnorodne koncepcje, które tłumaczą nam złożoną naturę nałogów behawioralnych. Są one wyjaśniane w kategoriach nałogu (teorie addytywne). Podkreśla się ich dependencyjną (uzależnieniową) naturę. Są to najbardziej dominujące podejścia. Istoty nałogów behawioralnych poszukuje się także w koncepcjach zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, upośledzenia kontroli impulsów, w podejściach podkreślających ich złożoną etiopatogenezę czy stanowiskach ateoretycznych. Trudności te wynikają również z tego, na co zwracają uwagę autorzy DSM-5, że większość tak zwanych nałogów behawioralnych nie posiada wystarczającej konceptualizacji. Ponadto występuje przewaga rozważań teoretycznych nad rzetelnymi badaniami, zaś te które są prowadzone mają w dużej mierze charakter wycinkowy, fragmentaryczny. Sytuacja ta powoduje, że ustalenie jednoznacznych kryteriów diagnostycznych czy powszechnie akceptowanej etiopatogenezy oraz zaleceń konkretnych terapii o naukowo udowodnionej skuteczności jest znacznie utrudnione³. Podkreślić należy także fakt, że jeżeli chodzi o tak zwane nałogi behawioralne, to w odniesieniu do nich panuje „bałagan pojęciowy”. Występują zarówno terminy sugerujące nozologiczną naturę zjawiska („nałogowe”, „uzależnienie”, „-izm”, „kompulsywne”), jak i inne, dystansujące się terminy („problemowe używanie lub uprawianie”). Jak zaznacza Habrat, w naszym kraju dodatkowo nie rozróżnia się terminów „nałóg” (opisywany w kategoriach psychologicznych, którego fizjologiczne podłoże opiera się o mechanizmy neurobiologiczne) i „uzależnienie” (poważne powikłania związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych,

² B. Habrat, *Wstęp*, w: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, (red. B. Habrat), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 10.

³ *American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, Arlington, Wirginia, 2013; B. Habrat, *Wstęp*, w: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, (red. B. Habrat), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 12.

gdzie występują takie zjawiska jak zespół abstynencyjny, tolerancja)⁴. W polskim ustawodawstwie pewne zagadnienia dotyczące uzależnień behawioralnych reguluje ustawa o przeciwdziałaniu hazardowi i uzależnieniom behawioralnym⁵. Generalnie rzecz ujmując, termin **nałogi behawioralne** można potraktować jako zbiorcze określenie dla dużej grupy zaburzeń, które odznaczają się między innymi podobieństwem obrazu klinicznego, wspólnymi czynnikami etiologicznymi, podobnymi (jeśli nie identycznymi) mechanizmami patogenetycznymi, częstym współwystępowaniem⁶.

Inny sposób podziału uzależnień może obejmować: **uzależnienia fizyczne** (fizjologiczne), **psychiczne** (psychologiczne) i **społeczne** (środowiskowe).

W przypadku **uzależnień fizycznych** mamy do czynienia z fizjologiczną zależnością organizmu wskutek systematycznego zażywania, przyjmowania danej substancji psychoaktywnej. Prowadzi to do powstania nowej równowagi chemicznej organizmu, co przejawia się pod postacią przymusu przyjmowania danej substancji. Zależność fizyczna odznacza się kompulsywnym (przymusowym) dążeniem do zażywania substancji psychoaktywnej. Z uzależnieniem fizycznym wiąże się także zespół abstynencyjny oraz zjawisko tolerancji. Jak zaznacza Zygfryd Juczyński, uzależnienie fizyczne stanowi biologiczny skutek systematycznego zażywania substancji psychoaktywnej. Stoi on na stanowisku, że prawdziwą naturę uzależnienia stanowi uzależnienie psychiczne, będące w stosunku do fizycznego pierwotnym rodzajem uzależnienia⁷. Jeżeli zaś chodzi o **uzależnienie psychiczne**, można wskazać na kilka jego cech. Substancja powoduje szybkie, silne gratyfikacje emocjonalne. Jednostka dąży do jej zażycia, aby uzyskać pożądane stany psychiczne, zarówno emocjonalne, jak i umysłowe. Uzależnienie o tym charakterze powstaje wskutek interakcji, jaka zachodzi pomiędzy **osobą, substancją, a kontekstem** jej zażywania. Nie powoduje ono także pojawienia się zespołu abstynencyjnego. **Uzależnienie społeczne** odznacza się natomiast chęcią przynależności jednostki do określonych grup społecznych, gdzie zażywanie substancji psychoaktywnych uważa się za normę obyczajową, element integrujący, np. subkultury, grupy rówieśnicze, grupy przestępcze. W tym przypadku osoby, które pragną przynależać do danych grup, chcą zyskać ich akceptację, postępują podobnie jak ich pozostali członkowie. Istotą tego rodzaju uzależnienia jest to, że występuje pierwotna zależność od grupy, zaś uzależnienie od substancji psychoaktywnych ma wtórny charakter. Badacze wskazują, że **społeczne wzorce** zażywania narkotyków stanowią ważną **przyczynę inicjacji narkotykowej**, np. zażywanie substancji psychoaktywnych w różnych sytuacjach

⁴ B. Habrat, *Wstęp*, w: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, (red. B. Habrat), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 12.

⁵ Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540.

⁶ B. Habrat, *Koncepcje teoretyczne i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych*, w: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, (red. B. Habrat), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 18.

⁷ M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, op. cit., s. 46; L. Cierpiakowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, WAIp, Warszawa 2010, s. 160; Z. Juczyński, *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008, s. 61.

społecznych: w trakcie spotkań towarzyskich, w grupach zawodowych, w których występuje silny stres i duże obciążenie fizyczne, takich jak np. menadżerowie, żołnierze, handlowcy⁸.

Wojciech Kostowski wskazuje, że uzależnienie można traktować jako nawracające zaburzenie obejmujące procesy psychiczne, a także wegetatywne i somatyczne. Istotną cechą uzależnień jest utrata kontroli nad zachowaniami popędowymi, co skutkuje kompulsywnym poszukiwaniem kontaktu z substancją uzależniającą oraz jej używanie. Proces ten ma charakter chroniczny, któremu towarzyszą okresowe nawroty, pojawiające się nawet po bardzo długich okresach abstynencji⁹.

Z kolei Krzysztof Zajączkowski traktuje uzależnienie jako „stan psychiczny i fizyczny wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji”¹⁰.

W podobnym tonie uzależnienie charakteryzuje Mariusz Jędrzejko wskazując, że jest to „stan przewlekłej choroby charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów. Cechą uzależnienia jest dominacja potrzeby przyjęcia dawki substancji psychoaktywnej nad innymi zachowaniami i potrzebami natury osobistej i społecznej. Uzależnienie charakteryzuje interakcyjność reakcji fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych”¹¹. Wspomniany autor ponadto wskazuje, że do podstawowych cech uzależnienia można zaliczyć: **siłę**, której osłabienie może nastąpić wskutek zaspokojenia głodu narkotykowego, automatyzm obejmujący wewnętrzne mechanizmy określające częstotliwość konieczności przyjęcia następnej dawki narkotyku, **trwałość** wpisującą się w psychikę i somatykę człowieka, odznaczającą się indywidualnym, specyficznym charakterem u każdej jednostki. Jędrzejko zwraca także uwagę na jeszcze jeden element, a mianowicie mówi o **charakterze podstawowym, wiódącym uzależnienia**. Wskazuje, że ten komponent odznacza się bardzo silnym związkiem, przewyższającym inne elementy ważne dla danej osoby jak rodzina, przyjaciele, wykonywany zawód, zainteresowania. Komponent ten dominuje nad całym życiem danej osoby¹².

Na zagadnienie uzależnienia zwraca także uwagę Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (11). We wspomnianej klasyfikacji uzależnienie jest traktowane jako zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zjawiskami, mającymi

⁸ M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych*, op.cit., s. 47 – 48.

⁹ W. Kostowski, *Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie*, „Psychiatria” t. 2, nr 2/2005, s. 61 – 76.

¹⁰ K. Zajączkowski, *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, WSiP, Warszawa 2003.

¹¹ *Uwaga narkotyki*, zespół aut. M. Jędrzejko (et al.), Wydawnictwo Pedagogium, Warszawa 2007.

M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009.

¹² W. Kostowski, *Uzależnienia*, op. cit., s. 61 – 76.

upřednio dla pacjenta większą wartośc. Bogusław Hrabat wskazuje, że cechą uzależnienia jest silne, przemożne pragnienie zażycia substancji psychoaktywnej, tzw. głód. Uaktywnia się swego rodzaju „pamięć uzależnienia”, która polega na bardzo szybkim pojawieniu się pełnego zespołu uzależnienia nawet po wieloletnim okresie abstynencji. Wspomniany autor wskazuje, że aby rozpoznać uzależnienie należy stwierdzić co najmniej trzy z sześciu objawów – po dwa z trzech dziedzin:

- psychopatologii: pragnienie przyjmowania substancji lub odczuwanie przymusu jej przyjęcia, upośledzenie (a nawet utrata) możliwości kontrolowania używania substancji,
- patofizjologii: fizjologiczne objawy odstawienne, zmiana tolerancji,
- zachowania: narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności i zwiększająca się ilość czasu poświęconego na zdobywanie substancji, bycie pod jej wpływem oraz dochodzenie do siebie po jej przyjęciu, używanie substancji mimo wiedzy o jej szkodliwości¹³.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (2015)¹⁴ określa także pojęcie **osoby uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem**. Za osobę uzależnioną uznaje się tę osobę, „która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji”. Natomiast u osoby zagrożonej uzależnieniem występuje zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarzających duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Za osobę zagrożoną uzależnieniem uznaje się również taką, która sporadycznie używa środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych¹⁵.

Warto również wspomnieć o wymiarach uzależnienia. William R. Miller wskazuje na siedem następujących wymiarów:

- 1) sposób używania substancji (ilość, zmienność, częstotliwość),
- 2) problemy (konsekwencje, jakich doświadczyła dana osoba w danych obszarach),
- 3) przystosowanie fizjologiczne (tolerancja, zależność fizjologiczna),
- 4) uzależnienie behawioralne (używanie substancji zaczyna zastępować inne zajęcia, role, relacje), które stanowi główny sposób radzenia sobie z emocjami, trudną sytuacją (uzależnienie psychiczne),
- 5) zaburzenia poznawcze (nieznaczne/odwracalne, głębokie/nieodwracalne),

¹³ B. Hrabat, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia*, „Psychiatria”, tom 7, nr 2/2010, s. 75 – 81.

¹⁴ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2015 poz. 875.

¹⁵ Ibidem.

- 6) problemy zdrowotne: ostre następstwa (osoba rzadko podejmuje ryzyko, naraża się na niebezpieczeństwa) i długoterminowe przyjmowanie substancji (szkody, które można naprawić/nieodwracalne szkody),
- 7) motywacja do zmiany (znaczenie przywiązywane przez jednostkę do zmiany)¹⁶.

Substancje psychoaktywne

Definiując substancję psychoaktywną napotykamy na pewne trudności. Jedną z nich dotyczy tego, że substancje psychoaktywne nie tworzą jednorodnej grupy. Ponadto ich liczba stale się zmienia, ponieważ na rynku pojawiają się nowe. Próba podania jednoznacznej definicji substancji psychoaktywnej jest bardzo trudna. Warto również podkreślić, że istnieje subtelna granica pomiędzy tym, co posiada psychoaktywny charakter, a tym, co wspomaga funkcjonowanie jednostki.

Substancje psychoaktywne potocznie nazywane są **substancjami odurzającymi**. Lidia Cierpiłkowska wskazuje, że ich działanie obejmuje cały organizm, szczególnie mózg, powodując zarówno pożądane, oczekiwane efekty, jak i cały szereg efektów niepożądanych oraz negatywnych następstw¹⁷.

Współcześnie Światowa Organizacja Zdrowia zaleca posługiwanie się terminem substancje psychoaktywne, zaznaczając ich różnorodne oddziaływanie na psychikę. W związku z tym wspomniane substancje tworzą zróżnicowany zbiór, którego cechy są następujące:

- odznaczają się one zróżnicowaną budową chemiczną,
- otrzymywane są ze źródeł naturalnych, np. roślin (opiaty z maku, substancje halucynogenne z grzybów, marihuana z konopi indyjskich), modyfikowane chemicznie (heroina) oraz wytwarzane syntetycznie (amfetamina, LSD, rozpuszczalniki),
- są przyjmowane przez jednostkę różnorodną drogą, np. doustnie, dożylnie, przez śluzówkę nosa, wdychane,
- odznaczają się zróżnicowanym potencjałem uzależniającym,
- różnią się mechanizmami farmakologicznymi i efektami klinicznymi¹⁸.

W literaturze występują różnorodne klasyfikacje substancji psychoaktywnych. Dużą popularnością cieszy się ta zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia. Warte uwagi jest także klasyfikacja stworzona przez Trud Stevana i Petera Petrovića. Dzielą oni substancje psychoaktywne ze względu na typy uzależnień uwarunkowane rodzajem używanej substancji oraz zwracając uwagę na wywoływane przez ich zażywanie efekty¹⁹. Wydaje się

¹⁶ W.R. Miller, A.A. Forchimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

¹⁷ L. Cierpiłkowska, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2018.

¹⁸ J. Lesiak, Używanie narkotyków, w: *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, (red.) B. Bętkowska-Korpała, P.A.R.A., Warszawa 2009.

¹⁹ M. Jędrzejko (red.) *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, op. cit., s. 40.

jednak, że warto wskazać taką typologię, która posiada w sobie walor edukacyjny, mając na uwadze program przeciwdziałania uzależnieniom. Wspomniane wymogi spełnia klasyfikacja przedstawiona w tabeli poniżej.

Tab. 1. Klasyfikacja substancji psychoaktywnych według T. Dimoffa i S. Carpera

Typ substancji	Rodzaj substancji	Działanie
Środki tłumiące	alkohol, leki nasenne i uspokajające, środki wziewne	redukcja czynności mózgu i całego układu nerwowego, osłabienie hamulców wewnętrznych; małe dawki wywołują pobudzenie, a duże – senność; nawet małe dawki powodują upośledzenie procesów intelektualnych, tj. spostrzegania, zapamiętywania, podzielności uwagi
Środki pobudzające	kofeina, nikotyna, amfetamina, kokaina	pobudzenie czynności OUN, wyostrenie zmysłów, po długotrwałym przyjmowaniu środka: nadaktywność, brak apetytu, bezsenność
Halucynogeny	marihuana i haszysz ²⁰ , meskalina, LSD, psylocybina, PCP (fencyklidyna)	bezpośrednie zaburzenia czynności mózgu powodujące ubarwiony, zniekształcony obraz świata, poczucie spowolnionego upływu czasu, pseudohalucynacje
Opiaty	morfina, kodeina, heroina, opium, meperydyna, petydyna, hydromorfon, oksykodon, pentazocyna, propoksyfen	uśmierzanie bólu; małe dawki wywołują stany euforii, duże natomiast – stany zamroczenia

Źródło: M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009.

Do substancji psychoaktywnych zalicza się także **substancje psychotropowe**. Mogą one występować w formie czystego preparatu czy być pochodzenia naturalnego lub syntetycznego. Działają na ośrodkowy układ nerwowy. Substancje psychoaktywne obejmują

²⁰ W literaturze przedmiotu możemy także znaleźć klasyfikacje, w których **marihuana i haszysz** stanowią odrębną grupę. Klasyfikacja, którą przytacza Bogdan Szukalski, zakłada następujący podział substancji psychoaktywnych: depresanty ośrodkowego układu nerwowego, stymulanty OUN, opioidy, kannabinoidy (marihuana, haszysz, olej haszyszowy), halucynogeny, inhalanty albo wziewne środki odurzające. Zob. B. Szukalski, Charakterystyka środków psychoaktywnych, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Łódź 2012, s. 35 – 36.

także kategorię **środków zastępczych**. Są to produkty zawierające substancje o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy. Mogą być one użyte w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych²¹.

W 2005 roku Rada Europy wprowadziła pojęcie **nowej substancji psychoaktywnej** (NSP, NPS – New/Novel Psychoactive Substance). Uznano za nią środki psychotropowe, środki odurzające występujące zarówno w czystej postaci, jak i w różnego rodzaju preparatach, stanowiących potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, porównywalne do zagrożeń zdrowotnych wywoływanych przez substancje, które zwyczajowo nazywa się „narkotykami klasycznymi” jak marihuana, amfetamina i niektóre jej pochodne, kokaina, opioidy. W polskiej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2015 roku (uopn), również znalazła się definicja nowej substancji psychoaktywnej. Za taką uważa się „substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określoną wykazem rozporządzenia ministra zdrowia obejmującym te substancje lub ich grupy przy uwzględnieniu wpływu tych substancji na zdrowie lub życie ludzi lub możliwości spowodowania szkód społecznych”²². Ministerstwo Zdrowia poprzez wydawane rozporządzenia nowelizuje listę nowych substancji psychoaktywnych. Rokrocznie jest ona zmieniana ze względu na pojawiające się nowe substancje tego typu. Zasadniczy podział nowych substancji psychoaktywnych obejmuje: syntetyczne kannabinoidy – bardzo liczna grupa substancji, syntetyczne katynony, syntetyczne halucynogeny – odpowiedniki LSD, syntetyczne opioidy – grupa pochodnych fentanylu oraz substancji niefentanylowych. Jak zaznacza Piotr Burda za nową substancję psychoaktywną należy uznać każdą substancję chemiczną niezależnie od jej budowy, przynależności do określonej grupy substancji, która oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy oraz odpowiednie receptory obwodowe, powodując efekty psychiczne, somatyczne, porównywalne do tych wywołanych przez klasyczne narkotyki oraz szkód społecznych wynikających z jej używania²³.

W ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii pojawia się pojęcie **środek zastępczy**²⁴ („preparat” odpowiadający nazewnictwu istniejącemu w decyzjach Rady Europy), który może

²¹ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 października 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2020 poz. 2050).

²² Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2015 poz. 875.

²³ P. Burda, Definicja nowych substancji psychoaktywnych (NPS), w: *Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP) Poradnik dla pracowników medycznych*, red. M. Wojnara, Warszawa 2018, s. 6 – 7.

²⁴ Środek zastępczy – „produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym

być traktowany, w odniesieniu do polskich warunków, jako **dopalacz (katynon)**. Zazwyczaj są to preparaty będące mieszaniną suszu pospolitych roślin oraz substancji o psychoaktywnym działaniu. W swoim składzie mogą zawierać jedną bądź kilka tego rodzaju substancji²⁵. Według badań, które zostały przeprowadzone w Polsce w 2016 roku, nowe substancje psychoaktywne cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem i rosnącą popularnością. Wśród kategorii stymulantów, to właśnie katynony, stanowią grupę najczęściej używanych „dopalaczy”. „Dopalacze” mogą być pochodzenia naturalnego (źródłem naturalnych katynonów jest Khat) bądź syntetycznego. Ta ostatnia grupa jest powiązana strukturalnie z amfetaminą, metamfetaminą i MDMA (Ecstasy). Najczęściej stosowanym rekreacyjnie syntetycznym katynonem jest obecnie mefedron (4 – MMC). Czasem tę grupę substancji określa się mianem *bathsalts* (sole do kąpieli)²⁶, ponieważ swoją strukturą właśnie przypominają ten popularny produkt wykorzystywany w pielęgnacji.

Szkodliwe używanie (nadużywanie) substancji psychoaktywnych a używanie ryzykowne

Za szkodliwe używanie substancji uznaje się taki sposób jej stosowania, który prowadzi do konkretnych, określonych szkód zdrowotnych, zarówno w wymiarze somatycznym, jak i psychicznym. Nie wiąże się w ścisły sposób z czasowym jak i ilościowym określeniem przyjmowania substancji psychoaktywnych. Jeżeli zaś chodzi o używanie ryzykowne, to za tego typu zachowanie przyjmuje się nadmierne spożywanie alkoholu, które aktualnie nie pociąga za sobą żadnych negatywnych konsekwencji, ale wiąże się z szkodami zdrowotnymi, jeżeli dana osoba nie zaprzestanie swoich praktyk i nie zmieni sposobu spożywania alkoholu. Za ryzykowne używanie uważa się także spożywanie alkoholu w dowolnych ilościach, ale w sytuacjach potencjalnie niosących ze sobą ryzyko wystąpienia gwałtownych szkód²⁷.

Poniżej w tabeli przedstawiono rozróżnienia terminologiczne.

bezpieczeństwie produktów”, Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2015 poz. 875.

²⁵ P. Burda, Definicja nowych substancji psychoaktywnych (NPS), w: *Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP) Poradnik dla pracowników medycznych*, op. cit., s. 6.

²⁶ A. Klimikiewicz, *Nowe środki o działaniu stymulującym*, w: *Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP) Poradnik dla pracowników medycznych*, red. M. Wojnara, Warszawa 2018, s. 16.

²⁷ M. Jędrzejko (red.) *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, op. cit, s. 17.

Tab. 2. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych

Obecnie obowiązujące terminy według ICD – 10	Wcześniejsze synonimy/terminy	Definicja
Substancja Psychoaktywna	Narkotyki, środki odurzające, używki	Każdą substancją pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na OUN, określona w wykazie substancji psychotropowych
Używanie szkodliwe	Nadużywanie	Sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, którego następstwem jest wystąpienie szkód zdrowotnych
Uzależnienie	Narkomania, lekozależność, lekomania, nałóg, chemiozależność	Zespół zjawisk psychicznych lub fizycznych wynikających z działania tych środków lub substancji na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi

Źródło: M. Jędrzejko (red.) *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009.

Należy także zaznaczyć, że w DSM-5, wprowadzono pewne zmiany terminologiczne dotyczące zaburzeń. Zasadnicza zmiana zaszła w odniesieniu do pojęć nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu. Terminy te zostały połączone w jedno zaburzenie. Zostało ono nazwane jako **zaburzenie używania alkoholu** (*alcohol use disorder, AUD*), z podklasyfikacją na: ciężkie, łagodne, umiarkowane²⁸. Zmiana ta podyktowana była następującymi względami: trudności w rozpoznaniu nadużywania i uzależnienia, co powodowało, że rozpoznanie nadużywania było mniej wiarygodne klinicznie niż uzależnienie, trudności o charakterze diagnostycznym, a także sztuczny, niepraktyczny podział nieprzydatny z klinicznego punktu widzenia. W DSM-5 podkreślono także znaczenie **głodu substancji** (*craving*). Ponadto wspomniana klasyfikacja została wzbogacona o kryterium wynikające z zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu jakim jest chęć, pragnienie, pożądanie spożywania alkoholu. Odrzucono natomiast kryterium powtarzających się problemów prawnych²⁹.

Warto dodać, że w roboczej wersji ICD-11 **zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu** obejmują ostre zatrucie alkoholem, używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół

²⁸ W DSM – IV wyróżniono dwa zaburzenia: nadużywanie alkoholu i uzależnienie od alkoholu. Każde z nich miało swoje odrębne kryteria. Jednak taki podział nie był czytelny i w praktyce klinicznej trudno było odróżnić jedno zaburzenie od drugiego.

²⁹ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alcoholism and Drug Addiction”/Alkoholizm i Narkomania, Volume 28, Issue 1/ 2015, s. 55 – 63.

abstynencyjny oraz spowodowane przez alkohol zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania³⁰.

Z zażywaniem substancji psychoaktywnych związana jest także **tolerancja**. Rozwija się ona w oparciu o ciągłe przyjmowanie danego środka, co powoduje, że dana osoba odczuwa konieczność, przymus jego przyjmowania w coraz większych dawkach, aby osiągnąć wcześniejszy efekt jego działania na organizm w wymiarze fizycznym i psychicznym. Wskazuje się na **tolerancję osobniczą i funkcjonalną**. W przypadku tej pierwszej, wskutek regularnego przyjmowania danej substancji dochodzi do zwiększania jej metabolizmu. Natomiast jeżeli chodzi o tolerancję funkcjonalną, to wskutek regularnego przyjmowania danej substancji psychoaktywnej, dochodzi do zmniejszania się efektów jej oddziaływania na organizm. Równie ważnym kryterium charakteryzującym stopień uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest **zespół abstynencyjny (odstawienny)**. Za taki uznaje się stan fizyczny i/lub psychiczny organizmu, powstający wskutek braku danej substancji psychoaktywnej. Badacze wskazują, że zespół abstynencyjny może odznaczać się różnym nasileniem. Ponadto może on wystąpić w przebiegu uzależnienia od różnych substancji, np. zespół abstynencyjny alkoholowy (ciężką jego postacią jest majaczenie alkoholowe – *delirium tremens*), opioidowy, nikotynowy, kanabinolowy, w przebiegu uzależnienia od leków uspokajających i nasennych. Z zażywaniem substancji psychoaktywnych wiąże się również **ostre zatrucie**. Jak zaznacza Lidia Cierpiałkowska, opierając się na ICD-10, jest to stan ostrej, nagłej, przemijającej intoksykacji organizmu, której przebieg jest charakterystyczny dla danej, konkretnej substancji psychoaktywnej. Przejawia się w postaci zaburzeń świadomości, przyspieszenia/spowolnienia różnych procesów psychicznych, zaburzeń ilościowych i jakościowych w zakresie postrzegania, rozumienia, poznawania rzeczywistości, zaburzeń nastroju i zachowania oraz innych funkcji psychofizycznych. Stan ostrego zatrucia może być **powikłany** lub **niepowikłany**. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z dodatkowymi objawami somatycznymi, majaczeniami, drgawkami czy śpiączką. Przy stanie niepowikłanym występują natomiast objawy o nasileniu, które odpowiada użytej dawce danej substancji³¹.

Poniżej w tabeli przedstawiono kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

³⁰ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, op. cit., s. 55 – 63.

³¹ L. Cierpiałkowska, *Psychoterapia*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2018, s. 200.

Tab. 3. Kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Kryteria	
Tolerancja	
a) potrzeba zażycia coraz większej dawki substancji, w celu osiągnięcia podobnego stanu co wcześniej	b) coraz słabszy efekt działania dotychczasowej dawki substancji
Objawy	
a) zespół abstynencyjny charakterystyczny dla danego rodzaju substancji	b) przyjmowanie tej samej (lub podobnej) substancji w celu zminimalizowania objawów abstynencyjnych lub ich uniknięcia
Przyjmowanie większej dawki substancji lub przez dłuższy okres czasu niż to było w zamiarze	
Usilna potrzeba zażywania substancji lub nieudane próby kontrolowania jej przyjmowania	
Koncentracja działań na uzyskaniu, zażywaniu substancji oraz uwalnianiu się od negatywnych skutków jej zażywania	
Znacznie ograniczona aktywność społeczna i zawodowa lub jej zaprzestanie z powodu używania środka	

Źródło: M. Jędrzejko (red.) *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, s. 39.

Analizując szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, warto także wspomnieć o **osobach uzależnionych i osobach zagrożonych uzależnieniem**. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z „osobą, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji”. Biorąc pod uwagę koncepcję osób **zagrożonych uzależnieniem**, ustawodawca określił, że za taką „uważa się osobę, u której zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych albo osobę sporadycznie używającą środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych”³².

³² Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2015 poz. 875.

Alkohol

Alkohol jest traktowany jako legalny, najbardziej rozpowszechniony środek psychoaktywny. Jego działanie na organizm człowieka jest uzależnione od spożytej dawki. W niewielkich ilościach działa on stymulująco i wzmacniająco na aktywność psychofizyczną. Jednak wskutek jego zwiększania narasta pobudzenie. Pojawiają się również zachowania agresywne, zaś przy wysokich dawkach, alkohol działa silnie uspokajająco i hamująco na organizm. Wyróżnia się sześć faz upicia, w zależności od poziomu alkoholu we krwi³³:

- stopień pierwszy: **0,3 - 0,5 promila** – dochodzi do upośledzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej, pojawiają się nieznaczne zaburzenia równowagi, obniżeniu ulega krytycyzm, pojawia się uczucie odprężenia, relaksacji, podwyższony nastrój,
- stopień drugi: **0,5 - 0,7 promila** – wyraźniejsze zaburzenia sprawności ruchowej, osłabieniu ulega refleks, występuje nadmierna potliwość, gadatliwość, pojawia się obniżenie samokontroli, błędna ocena swoich możliwości, co wpływa na fałszywą ocenę sytuacji,
- stopień trzeci: **0,7 - 2,0 promile** – widoczne, obserwowalne zaburzenia równowagi, obniża się sprawność i koordynacja ruchowa, obniżeniu ulega również próg bólu, pogłębia się spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków, itp.), opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, znaczna zmienność nastroju, obniżeniu ulega tolerancja na zachowania innych, pojawiają się zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, dochodzi do wzrostu ciśnienia krwi, przyspieszenia akcji serca,
- stopień czwarty: **2,0 - 3,0 promile** – mowa staje się bełkotliwa, niewyraźna, pojawia się znaczne spowolnienie ruchów, zaburzenia równowagi (chód na szerokiej podstawie, chwieianie się, przewracanie) wzmożona senność, obniża się znacznie zdolność do kontroli własnych zachowań,
- stopień piąty: **3,0 - 4,0 promile** – dochodzi do spadku ciśnienia krwi, obniża się ciepłota ciała, zanikają odruchy fizjologiczne, pojawia się głębokie zaburzenie świadomości prowadzące do śpiączki,
- stopień szósty: **powyżej 4,0 promila** – pojawia się głęboka śpiączka, dochodzi do zaburzenia czynności ośrodka naczynioruchowego i oddechowego, występuje możliwość porażenia tych środków przez alkohol³⁴.

Według ICD-10 o **zespole ostrego zatrucia spowodowanego alkoholem** można mówić gdy u danej osoby pojawia się agresywność, kłótniowość, rozhamowanie, chwiejność emocjonalna, zaburzenia sądenia, uwagi. Ponadto występuje także co najmniej jeszcze jeden

³³ L. Cierpialkowska, *Psychoterapia*, op. cit., s. 201.

³⁴ B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jako choroba*, PARPA, Warszawa 1996.

z objawów: chwiejność chodu, trudności z utrzymaniem stojącej postawy, oczopląs, bełkotliwa mowa, obniżony poziom świadomości, przekrwienie twarzy, spojówek. W niektórych przypadkach zespół ostrego zatrucia alkoholem może prowadzić do **patologicznego zatrucia alkoholem**. W stanie tym mamy do czynienia ze wszystkimi objawami ostrego zatrucia alkoholem, a ponadto osoba staje się agresywna (agresja słowna, fizyczna)³⁵.

Według ICD-10 **uzależnienie od alkoholu** definiowane jest jako „zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami”. Aby można było mówić o uzależnieniu od alkoholu, do jego rozpoznania potrzebne jest także stwierdzenie trzech z poniższych objawów w czasie ostatniego roku:

- silna potrzeba (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu;
- trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem w sensie upośledzenia:
 - kontrolowania rozpoczęcia picia (np. powstrzymywania się od picia przed piciem),
 - długości trwania picia (np. ograniczania picia do jednego dnia),
 - ilości spożywanego alkoholu (np. konieczność picia do dna butelki);
- stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowania dawki alkoholu, przejawiający się:
 - charakterystycznym zespołem abstynencyjnym,
 - piciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany, eter) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- występowanie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami (są one nieraz tak duże, że mogłyby spowodować śmierć osoby nieuzależnionej);
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrócenie do normy po wypiciu;
- picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości, np. o uszkodzeniu wątroby spowodowanym piciem, stanach depresyjnych po dłuższym piciu³⁶.

W ICD-11 zespół **uzależnienia od alkoholu** definiuje się jako „przewlekłe zaburzenie wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji”. Wskazuje się kryteria opisujące „upośledzoną zdolność kontroli nad rozpoczynaniem, nasileniem, okolicznościami oraz

³⁵ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków – Warszawa 1998; L. Cierpiałkowska, *Psychoterapia*, op. cit., s. 201 – 202.

³⁶ B. Habrat, *Przewodnik lekarza praktyka. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, Springer, PWN Warszawa 1996, s. 33; A. Święcicki, *Współczesne klasyfikacje choroby alkoholowej według ICD i DSM*, <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/206-wspolczesne-klasyfikacje-choroby-alkoholowej-wedlug-icd-i-dsm.html> (dostęp 03.04.2022).

kończeniem przyjmowania substancji psychoaktywnej, z towarzyszącym często subiektywnym przymusem jej przyjmowania. Podkreśla się, że przyjmowanie substancji staje się nadrzędną i dominującą aktywnością i zainteresowaniem w stosunku do innych zainteresowań, codziennych aktywności i obowiązków, spraw osobistych i zdrowotnych³⁷.

W DSM-5 wprowadzono, jak wcześniej wspomniano, nową kategorię – **zaburzenia używania alkoholu**. Powstała ona z połączenia nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu. Zmianie natomiast nie uległo definiowanie **uzależnienia od alkoholu** (jest ono tak samo definiowane jak w poprzedniej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych, tj. DSM-IV-TR). Jest ono traktowane jako zbiór „behawioralnych i somatycznych objawów występujących u osób spożywających duże ilości alkoholu, obejmujących alkoholowy zespół odstawienia, tolerancję i głód alkoholu”³⁸. Według DSM-5 o problemowym wzorcu picia, który może prowadzić do poważnych zaburzeń klinicznych, można mówić wtedy, gdy występują co najmniej dwa kryteria, z listy wymienionej poniżej, oraz wspomniany wzorec utrzymuje się przez okres 12 miesięcy:

- „częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano,
- uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia,
- poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia,
- głód alkoholu lub silne pragnienie, lub potrzeba picia,
- nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu,
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu,
- ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych,
- powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa,

³⁷ Saunders JB. Substance dependence and non-dependence in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD): can an identical conceptualization be achieved? „Addiction”, 2006/101, s. 48 – 58; A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, op. cit., s. 55 – 63.

³⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington, APA2013; American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, APA 1994; A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, op. cit., s. 55 – 63.

- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu,
- ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu,
- występowanie zespołu abstynencyjnego, które wiąże się z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, np. benzodiazepiny) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów³⁹.

Warto dodać, że w celu rozróżnienia zaburzeń używania alkoholu zaproponowano stopnie nasilenia. Wyróżniono zatem: **łagodne zaburzenia używania alkoholu** (obecność 2 - 3 kryteriów zamieszczonych powyżej), **umiarkowane**, gdy liczba rozpoznanych kryteriów wynosi 4 - 5 i **ciężkie**, w przypadku wyróżnienia 6 i powyżej kryteriów. Ważną zmianą, która znalazła się także w DSM-5 jest pojęcie **remisji uzależnienia od alkoholu**. Wyróżniono **wczesną remisję**, za którą uznaje się, „że przez co najmniej 3 miesiące w ciągu roku u pacjenta nie występują objawy uzależnienia (może się pojawiać głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia)” oraz **długotrwałą remisję**. Dotyczy ona pacjentów, „którzy w ciągu roku lub dłużej nie mają żadnych objawów (może się pojawiać głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia)”⁴⁰.

Warto jednak zauważyć, że modyfikacje, które pojawiły się zarówno w DSM-5, jak i ICD-11, odnoszą się do potrzeb specjalistów prowadzących terapię osób uzależnionych, ich rodzin, wynikają z praktyki klinicznej. Ponadto stwarzają wymiar dla zaistnienia nowych strategii terapeutycznych i farmakologicznych pracy z osobami uzależnionymi. Stanowią one poniekąd odpowiedź na zmiany zachodzące w prewencji i profilaktyce w odniesieniu do tej kategorii osób.

Uwagę należy zwrócić także na szkodliwe oddziaływanie alkoholu na rozwój dziecka. **Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Płodu (FASD)** obejmuje Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) – pełnia objawów (10% FASD). Gdy nie występują wszystkie objawy, to możemy mieć do czynienia z:

- Częściowym Zespołem Alkoholowym (pFAS) – niektóre objawy FAS,
- Płodowym Efektem Alkoholowym (pEAS) – bez cech FAS,

³⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington, APA 2013; Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10), „Addiction” nr 101/2006, s. 59 – 75; A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, op. cit., s. 55 – 63.

⁴⁰ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, „Alcoholism and Drug Addiction”/Alkoholizm i Narkomania, op. cit., s. 55 – 63.

- Poalkoholowym Zaburzeniem Układu Nerwowego (ARND) – zaburzenia neurologiczne,
- Poalkoholowym Defektem Urodzeniowym (ARBD) – uszkodzenia serca, szkieletu, narządów zmysłów,
- Uszkodzeniem płodu spowodowanym alkoholem (FARC – Poalkoholowe Środowisko dla Rozwoju Płodu).

Płodowy Zespół Alkoholowy (Fetal Alcohol Syndrome, **FAS**) jest zespołem umysłowych i fizycznych zaburzeń, które mogą wyrażać się jako opóźnienie umysłowe, dysfunkcja mózgu, anomalie rozwojowe, zaburzenia w uczeniu się i zaburzenia psychologiczne powstałe na skutek działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym. FAS – to zespół wad wrodzonych, somatycznych (dotyczących ciała) oraz neurologicznych (dotyczących układu nerwowego, głównie mózgu). Choroba ta jest nieuleczalna, a zmiany, które raz zaszły w mózgu, nie ulegają ani pogłębieniu, ani nie mogą zostać cofnięte.

Profilaktyka

Działania profilaktyczne zdecydowanie różnią się od celów działalności naprawczej, np. leczenia uzależnień, któremu służą powyższe definicje o istocie uzależnienia. Profilaktyka jest rozumiana jako świadome działanie mające na celu zapobieganie problemom zanim one wystąpią. Wydaje się, że istotę działań profilaktycznych najtrafniej oddają słowa Williama Millera, badacza problematyki uzależnień: *Wyciąganie ludzi z wody tuż przed wodospadem to znaczne zajęcie, ale warto też popłynąć w górę rzeki i dowiedzieć się, dlaczego do niej wpadają*⁴¹.

Można zatem zadać sobie pytanie, jak należy działać, aby ograniczyć szkodliwość tych zjawisk, które są niekorzystne społecznie? Wydaje się, że dobrymi praktykami w tym aspekcie będą te, które oddziałują na zmianę postaw jednostki. Proces ich kształtowania, jak i zmiany, jest rozciągnięty w czasie poprzez oddziaływanie na elementy składowe postaw: poznawczy, emocjonalny, behawioralny. W pierwszym przypadku chodzi o dostarczenie wiedzy, w drugim aktywowanie emocji, zaś w komponent behawioralny wpisuje się zmiana zachowania, refleksja nad nim.

Współczesne poziomy profilaktyki

Współczesne definicje poziomów profilaktyki oparte są o ocenę indywidualnego ryzyka. Opis poziomów profilaktyki według współczesnej koncepcji został wprowadzony w 1994 roku do międzynarodowego obiegu przez amerykański instytut (Institute of Medicine). Autorzy tej

⁴¹ W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

terminologii, Mrazek i Haggerty (1994) zmodyfikowali i poszerzyli kwalifikacje poziomów profilaktyki proponując jej podział na uniwersalną, selektywną i wskazującą. Zaproponowana modyfikacja doprecyzowuje jasne granice pomiędzy promocją zdrowia, która pomnaża zdrowie, wzmacnia zasoby i jest działaniem nastawionym na podnoszenie czynników chroniących a profilaktyką, która jest ukierunkowana na zapobieganie problemom, dysfunkcjom i nastawiona na redukcję czynników ryzyka, jak i profilaktyką, a leczeniem uzależnień. Rezygnuje się tym samym z tradycyjnego już podziału czyli z profilaktyki pierwszorzędowej, drugorzędowej, trzeciorzędowej lub I stopnia, II stopnia, III stopnia.

Profilaktyka uniwersalna „to działania kierowane do całej populacji, bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych i dotyczą zagrożeń znanych, rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych. Ich celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych, wzmacnianie czynników chroniących i redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych oraz zapobieganie nowym przypadkom. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji, itp.).

Profilaktyka selektywna to działania kierowane do grup zwiększonego ryzyka (osób narażonych na działanie poważnych czynników ryzyka), tj.: dzieci osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dzieci przysposobione, uczniowie z problemami szkolnymi, miłośnicy „szalonych” imprez, itp. Główne działania polegają na dostarczaniu informacji i uczeniu najważniejszych umiejętności życiowych, uwzględniając specyfikę problemów jednostki lub grupy. Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia).

Profilaktyka wskazująca to działania kierowane do jednostek, których zachowania zaczynają być wysoce ryzykowne (np. nastolatki upijające się w weekendy) i mamy sygnały, że pojawiają się już poważne problemy związane z ich zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu, itp.). Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja. Działania te wymagają specjalistycznego przygotowania, dlatego na tym poziomie, w „profilaktykę” częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej”⁴².

Zalety nowych poziomów profilaktyki wskazują na uprzedzający a nie naprawczy charakter profilaktyki, jasno wytyczając granicę z innymi działaniami w ochronie zdrowia. Warto również

⁴² <https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/strategie,9#profilaktyka-wskazujaca>

dodać, że zarówno profilaktyka uniwersalna, selektywna jak i wskazująca dostarczają wiedzę, zmieniają, kształtują postawy, a ponadto działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej i selektywnej docierają do ludzi zanim staną się oni odbiorcami działań z zakresu profilaktyki wskazującej.

Czynniki chroniące, czynniki ryzyka

We współczesnej profilaktyce punktem wyjścia dla działań profilaktycznych jest wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących. **Czynniki chroniące** są to cechy, sytuacje oraz warunki, które wpływają na zwiększenie odporności jednostki na działanie czynników ryzyka. Nie działają jednak jako przeciwieństwo czynników ryzyka. Ich ochronny wpływ polega na tym, że działają one kompensacyjnie lub modelująco na różnorakie czynniki ryzyka odpowiedzialne za rozwój zachowań ryzykownych. **Czynniki ryzyka** są powszechnie rozumiane jako to, co zwiększa prawdopodobieństwo zachowywania się w sposób problemowy lub rozwoju zaburzeń. Na podstawie czynników ryzyka możemy przewidywać wystąpienie zachowań problemowych. Pojedynczych czynników ryzyka nie uznaje się za bezpośrednią przyczynę zaburzeń w rozwoju dzieci i młodzieży. Stopień prawdopodobieństwa pojawienia się u młodego człowieka nieprawidłowych zachowań zależy od wystąpienia określonej kombinacji czynników ryzyka i czynników chroniących.

Perspektywa pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większa im więcej jest czynników ryzyka, a tym bardziej są one szkodliwe jeśli dłużej trwa ich działanie przy jednoczesnym niskim poziomie czynników chroniących.

Efekty oddziaływania czynników ryzyka na różne osoby nie są takie same. To, co w przypadku jednej osoby może działać jako wyzwalacz zachowań problemowych, może nie mieć większego wpływu na zachowanie innej osoby.

Wpływ poszczególnych czynników ryzyka jest także odmienny w różnych fazach rozwojowych. Podczas gdy np. brak kontroli rodzicielskiej koreluje z zaburzeniami zachowania w okresie dzieciństwa to kontakt z rówieśnikami przejawiającymi zachowania antyspołeczne ma większy wpływ w okresie wczesnej adolescencji czyli około dwunastego roku życia. Ponadto korygujący efekt interwencji polegający na eliminowaniu czynników ryzyka z życia dziecka jest dużo silniejszy na wczesnych etapach rozwojowych niż w późniejszych fazach rozwoju⁴³.

Liczne badania wykonane w tym zakresie pozwoliły na wyodrębnienie różnych kategorii czynników. Najczęściej używane, które stanowią ważny element diagnozy adresatów oddziaływań profilaktycznych to **indywidualne, rodzinne i społeczne**.

⁴³ A. Palacz-Chrisidis, *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka. Mechanizmy powstawania zachowań problemowych*, Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Natanaelum, Lublin 2019.

Z powyższego można również wywnioskować, że profilaktyka ma również swoją podstawę naukową i jest nią **epidemiologia**. To epidemiologia poprzez rozpoznawanie czynników ryzyka problemów i zachowań powinna nadawać kierunek dla działań profilaktycznych.

Strategie profilaktyczne

Strategie profilaktyczne to przyjęty sprawdzony sposób działania, który ma na celu redukcję wpływu czynników ryzyka i/lub wzmacnianie czynników chroniących. Ich właściwe zastosowanie potwierdzone powinno być w badaniach ewaluacyjnych. Same już **strategie wiodące**, jak rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, rozwijanie umiejętności rodziców, włączenie mentorów, budowanie więzi ze szkołą mają mocne podstawy w koncepcjach teoretycznych wyjaśniających zachowanie człowieka. Można je jeszcze uzupełnić **strategiami uzupełniającymi** jak: edukacja rówieśnicza, trening umiejętności odmawiania, organizacja czasu wolnego, przekaz wiedzy. Jednak należy pamiętać, że ich efektywność ściśle powiązana powinna być ze strategiami wiodącymi⁴⁴. Stosowane samodzielnie dają mieszane rezultaty, a niekiedy mogą powodować negatywne skutki uboczne.

Tab. 4 Kluczowe cechy skutecznych programów profilaktycznych

Dobre podstawy teoretyczne	Skonstruowanie programu zgodnie z teoriami wyjaśniającymi zachowania
Wszelstronność	Szeroki zakres oddziaływań poprzez wykorzystanie zróżnicowanych strategii profilaktycznych oraz adresowanie działań do szerszego otoczenia społecznego nastolatków rodziców, rówieśników, szkoły i środowiska lokalnego.
Różne formy edukacji	Wykorzystywanie metod interaktywnych, aktywizujących, opartych na dwustronnej komunikacji.
Odpowiednia intensywność działań	Zalecane jest, aby realizacja programu profilaktyki uniwersalnej została zaplanowana na około 10 zajęć w pierwszym roku trwania programu.
Adekwatność programu do potrzeb odbiorców	Wprowadzenie programu w odpowiedniej fazie rozwoju dzieci i młodzieży, tj. bezpośrednio przed okresem inicjacji w podejmowaniu określonych zachowań ryzykownych.
Kompetencje realizatorów	Przekazanie realizatorom wiedzy teoretycznej o profilaktyce oraz praktycznej, dotyczącej prowadzenia konkretnego programu. Istotne jest także zapewnienie superwizji, wsparcia merytorycznego i finansowego. Kluczowe znaczenie ma motywacja realizatorów do pracy profilaktycznej oraz stały, codzienny kontakt z odbiorcami programu. Z tego względu

⁴⁴ K. Ostaszewski, *Kompendium wiedzy o profilaktyce. Niezbędnik profilaktyczny*, 2017; za: A. Borucka, A. Pisarska, K. Bobrowski, ABC szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, „Świat problemów” nr 1/2014.

Dobre podstawy teoretyczne	Skonstruowanie programu zgodnie z teoriami wyjaśniającymi zachowania
	zaleca się, by programy profilaktyczne realizowali odpowiednio przygotowani nauczyciele i wychowawcy
Scenariusze i materiały pomocnicze	Wyposażenie realizatorów i odbiorców programu w starannie przygotowane merytorycznie, atrakcyjne scenariusze, materiały oraz inne pomoce dydaktyczne.

Zródło: K. Ostaszewski, *Kompendium wiedzy o profilaktyce. Niezbędnik profilaktyczny*, 2017 (za: A. Borucka, A. Pisarska, K. Bobrowski, ABC szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, „Świat problemów” nr 1/2014)

Programy rekomendowane

Od 2010 roku działa system rekomendacji programów na poziomie krajowym. Budowany był on przez cztery instytucje: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Powstał on po to, aby pomóc osobom, które podejmują decyzje, o tym jaki program profilaktyczny wybrać do realizacji. W bazie znajdują się programy oparte na naukowych podstawach i wykorzystujące skuteczne strategie profilaktyczne. Jest to bardzo solidny fundament merytorycznej konstrukcji programów i mocnych podstaw teoretycznych. Rekomendacje uzyskują programy spełniające określone standardy w zależności od oceny efektów. Wyodrębniono trzy poziomy jakości programów:

- 1) I - Program obiecujący;
- 2) II - Dobra praktyka;
- 3) III - Program modelowy.

Baza programów rekomendowanych z roku na rok się powiększa i jest dostępna na stronie www.programyrekomendowane.pl. System rekomendacji pokazuje nam kierunek, w jakim powinniśmy projektować działania profilaktyczne.

Biorąc pod uwagę wszelkie działania profilaktyczne w odniesieniu do substancji psychoaktywnych, można przyjąć, że „**profilaktyka używania substancji psychoaktywnych**” to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami. Przyjmuje się również, że profilaktykę uzależnień można traktować „jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych”⁴⁵. W podobnym duchu o profilaktyce uzależnień mówią także Europejskie Standardy jakości w profilaktyce

⁴⁵ *Profilaktyka uzależnień w szkole*, <https://www.profnet.org.pl/profilaktyka-uzalezniem-w-szkole/> (dostęp 11.04.2022).

uzależnień⁴⁶. Zakładają one bowiem, że profilaktykę uzależnień można potraktować jako „ogół działań, które (przynajmniej częściowo) zmierzają do zapobiegania, opóźniania lub redukcji używania substancji psychoaktywnych i/lub związanych z tym negatywnych skutków w populacji ogólnej lub subpopulacjach. Przedmiotowe działania obejmują zapobieganie lub opóźnianie inicjacji narkotykowej, promowanie abstynencji, redukcję częstotliwości używania i/lub ilości używanych substancji, zapobieganie przechodzeniu na coraz bardziej niebezpieczne i szkodliwe wzory używania i/lub zapobieganie bądź redukcję negatywnych skutków używania”⁴⁷. Tak rozumiane działania profilaktyczne przyjmują różną postać, są realizowane w różnych miejscach, są skierowane do różnorodnych środowisk.

Używanie substancji psychoaktywnych i zachowania ryzykowne wśród młodzieży. Polska na tle Europy

W 2019 sporządzono najnowszy raport European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)⁴⁸. Niniejszy raport opiera się przede wszystkim na informacjach przekazanych w 2019 roku przez 99 647 uczniów z 35 krajów europejskich (w tym z Polski), z których 25 to państwa członkowskie Unii Europejskiej. Prawie 700 000 uczniów wzięło udział w siedmiu kolejnych edycjach zbierania danych ESPAD, co czyni projekt jednym z najbardziej obszernych uporządkowanych zbiorów danych dotyczących używania substancji psychoaktywnych i zachowań ryzykownych w Europie. Głównym celem jest gromadzenie porównywalnych danych na temat używania substancji psychoaktywnych i innych form zachowań ryzykownych wśród uczniów w wieku 15 - 16 lat w celu monitorowania tendencji w poszczególnych krajach, a także między nimi.

Według deklaracji młodzieży w Polsce najbardziej dostępny jest alkohol (wskazało tak 79% badanych). Zaraz po nim znajdują się papierosy (72%). Na dalszych miejscach plasują się marihuana (36%) oraz ecstasy, amfetamina i kokaina (po 15%).

Badani 15 - 16-latkowie zapytani, czy spożywali jakiegokolwiek substancje psychoaktywne (alkohol, marihuana, ecstasy, amfetamina/metamfetamina, kokaina/crack) przed ukończeniem 13 roku życia deklarowali, że najczęściej sięgali po alkohol (29%). Natomiast 2,9% spośród nich próbowało marihuanę.

⁴⁶ Wskazując na Europejskie Standardy Profilaktyki warto także wspomnieć o Międzynarodowych Standardach (UNODC) działań profilaktycznych. Wspomniane standardy zostały pogrupowane na okresy rozwojowe człowieka, od okresu prenatalnego do wczesnej dorosłości. Każdy bowiem okres rozwojowy charakteryzuje się specyficznymi zagrożeniami (czynnikami ryzyka) wymagającymi odpowiedniej interwencji profilaktycznej. Jak zakładają twórcy Międzynarodowych Standardów, to właśnie prawidłowości rozwojowe stanowią „swoisty drogowskaz dla profilaktyki”. Zob. K. Ostaszewski, *Standardy profilaktyki*, Warszawa 2016, s. 10.

⁴⁷ *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015.

⁴⁸ ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, The ESPAD Group, Luxembourg Publications Office of the European Union, Luxembourg 2020.

81% młodzieży w wieku 15 - 16 lat deklaruje, że przynajmniej raz w życiu spożywało alkohol (tu Polska młodzież plasuje się nieco powyżej średniej europejskiej, która wynosi 79%), 47% spożywało alkohol w ciągu ostatnich 30 dni, a 11% wskazuje na odurzenie alkoholem w ostatnich 30 dniach. Nie ma istotnych różnic między chłopcami i dziewczętami (przynajmniej jednokrotne spożycie i spożycie w ostatnich 30 dniach nieco częściej deklaruwały dziewczęta).

W przypadku narkotyków spożycie jakiegokolwiek nielegalnego narkotyku (marihuana, ecstasy, amfetamina, metamfetamina) deklaruje 22% badanych. 21% spożywało marihuanę, 3,4% amfetaminę, 2,6% ecstasy, 2,6% LSD i inne środki halucynogenne, 2,4% metamfetaminę, 2,3% kokainę, 1,5% heroinę, 0,9% crack i 0,9% GHB.

8,4% młodzieży w Polsce deklaruje używanie inhalantów, 5,9% substancji psychoaktywnych, a 18% środków farmaceutycznych. W tym ostatnim przypadku częściej spożywały dziewczęta. Natomiast wyższe wśród chłopców było spożycie nowych substancji psychoaktywnych – syntetycznej marihuany i syntetycznych katynonów. Ogółem spożycie tych substancji deklaruje 1,8% młodzieży (syntetyczna marihuana) i 0,9% (syntetyczne katynony).

Jeśli chodzi o spożywanie farmaceutyków w celu odurzenia, to 15% wskazało na leki uspokajające, 6,4% na środki przeciwbólowe, 2,0% na sterydy anaboliczne. Chłopcy częściej deklaruje używanie sterydów anabolicznych, natomiast dziewczęta spożywały znacząco częściej od chłopców środki uspokajające i środki przeciwbólowe. Polska młodzież pod względem spożywania farmaceutyków w celu odurzenia znajduje się powyżej średniej europejskiej, szczególnie jeśli chodzi o środki uspokajające.

W przypadku częstotliwości spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni (średnia liczba okazji wśród osób spożywających alkohol) Polska młodzież plasuje się w kategorii między 5,0 - 5,9 okazji. Wśród wszystkich badanych europejskich uczniów, którzy używali alkoholu, alkohol spożywany był średnio 5,6 razy w ciągu ostatnich 30 dni. Dla porównania uczniowie z Niemiec i Cypru spożywali alkohol odpowiednio 8,0 i 7,5 razy, a uczniowie ze Szwecji, Finlandii, Litwy, Islandii, Estonii, Łotwy i Norwegii pili średnio mniej niż cztery razy. W większości krajów chłopcy, którzy pili, robili to częściej niż dziewczęta.

Jako wskaźnik preferencji dotyczący napojów alkoholowych przyjęto względny udział każdego z napojów (w centylitrach etanolu) w całkowitej ilości alkoholu spożytego w ostatnim dniu picia. Średnio, preferowanymi napojami alkoholowymi były napoje spirytusowe (38%) i piwo (31%). W Hiszpanii (83%), Portugalii (59%), na Litwie (57%), w Szwecji (52%) i na Malcie (51%) ponad połowa uczniów, którzy pili alkohol, preferowała napoje spirytusowe, podczas gdy podobną preferencję dla piwa stwierdzono w Kosowie (62%), Serbii (52%), **Polsce** i Macedonii Północnej (po 49%).

Wśród wszystkich uczniów, którzy używali konopi indyjskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy (13% ogółu), narkotyk ten był używany średnio 9,9 razy. We Francji, Włoszech, Serbii, Austrii i na Cyprze konopie indyjskie były używane raz w miesiącu (12 lub więcej razy). Najniższą średnią częstotliwość używania konopi indyjskich stwierdzono na Wyspach Owczych (4,4 razy). Ogólnie rzecz biorąc, chłopcy zgłaszali częstsze używanie konopi indyjskich niż dziewczęta, przy czym znaczące różnice między płaciami występują w Monako, Gruzji, Holandii, Włoszech, na Ukrainie, w Szwecji, Norwegii, **Polsce**, Grecji, Czarnogórze, Estonii, Francji, Finlandii, Chorwacji, Litwie, Słowenii, Łotwie i Hiszpanii.

Ogółem średnio 2,5% uczniów używało Nowych Substancji Psychoaktywnych (NSP, tzw. dopalacze) przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy czym najwyższe wskaźniki odnotowano w Czechach, na Łotwie, w Estonii, **Polsce** i Monako (4,0 – 4,9%), a najniższe w Macedonii Północnej, Finlandii i Portugalii (0,4 – 0,8%).

Do hazardu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 19% młodzieży w Polsce (24% chłopców i 14% dziewcząt), natomiast do hazardu online 7,4% (13% chłopców i 2,3% dziewcząt). Proporcje różnych typów hazardzistów wśród osób, które grały w gry hazardowe na pieniądze w ciągu ostatnich 12 miesięcy przedstawiają się następująco: automaty do gry 27%, karty lub kości 50%, loterie 45%, zakłady sportowe i walki zwierząt 37%. Skłonności do hazardu częściej przejawiają chłopcy. Również chłopcy częściej zmagają się z problemami związanymi z uzależnieniem od hazardu.

W odniesieniu do postrzeganych przez siebie problemów związanych z korzystaniem z mediów społecznościowych i graniem w gry obliczono dwa wskaźniki sumaryczne służące do szacowania postrzeganego ryzyka związanego z korzystaniem z mediów społecznościowych i grami (zakres 0-3). Te niekliniczne narzędzia przesiewowe koncentrują się na postrzeganiu przez ucznia problemów związanych z czasem spędzonym na tych czynnościach, złych emocji w przypadku ograniczonego dostępu oraz obaw rodziny. Wyniki indeksu wynoszące 0-1 i 2-3 uznano za wskazujące na postrzegane przez siebie odpowiednio niskie i wysokie ryzyko problemowego używania. Średnio 46% uczniów uzyskało 2-3 punkty we wskaźniku postrzeganych przez siebie problemów z korzystaniem z mediów społecznościowych, co sugeruje wysokie ryzyko wystąpienia problemów związanych z korzystaniem z mediów społecznościowych; odsetek ten wahał się od 31-32% w Danii, **Polsce** i Islandii do 63% w Czarnogórze. Najwięcej polskich uczniów (31%) spędza w mediach społecznościowych w dni robocze 2-3 godziny dziennie (po równo chłopcy i dziewczęta). Natomiast 26% deklaruje, że w dni wolne spędza w mediach społecznościowych powyżej 6 godzin. Z kolei w gry gra 20% polskich nastolatków w dni robocze 2-3 godziny, a w dni wolne tyle samo czasu przeznaczają na to 19% badanych.

Analizując problematykę uzależnień, warto również pochylić się nad **wpływem pandemii COVID-19** na wzrost zagrożenia używania, nadużywania, uzależnienia i abstynencji

w zakresie środków odurzających, psychoaktywnych, NSP. Od początku pandemii COVID-19 badacze na całym świecie podejmowali, i wciąż podejmują, intensywne wysiłki na rzecz poznania zmian jakie wprowadziła ona w różne aspekty naszego codziennego życia. Temat wpływu globalnego zagrożenia epidemicznego stał się również przedmiotem zainteresowania badaczy zajmujących się problematyką uzależnień. Pozwoliło to na uzyskanie pierwszych, rzetelnych danych o zależnościach między aktualnym kryzysem a wzorcami stosowania substancji odurzających i problemami osób uzależnionych. Badania przeprowadzone między innymi w Stanach Zjednoczonych, Irlandii czy Słowacji uwidaczniają, że pandemia COVID-19 wywarła znaczący wpływ na sprzedaż i zmianę wzorców spożycia alkoholu. Badania wskazują, że podczas epidemii najbardziej cierpią osoby osiągające wyższe nasilenie codziennego stresu, a osoby uzależnione mają utrudniony dostęp do leczenia. Rodrigo Ramalho (2020) zaznacza, że w wyniku wybuchu pandemii spożycie alkoholu wzrosło u osób zakażonych wirusem, jak i osób zagrożonych i dotkniętych uzależnieniem⁴⁹. Wzrosło również spożywanie alkoholu ryzykowne i szkodliwe, wynikiem czego był wzrost przypadków przemocy domowej, przemocy wobec dzieci, jak również problemów psychicznych i chorób niezakaźnych⁵⁰. W Polsce znaczący wzrost spożycia alkoholu odnotowano nawet wśród pracowników medycznych. Wśród lekarzy poddanych kwarantannie lub będących w izolacji w związku z zakażeniem lub wysokim prawdopodobieństwem zarażenia wirusem SARS-CoV-2 wykazano, że spożywanie alkoholu wzrosło aż u 53% przebadanych lekarzy, zaś 20% badanych przyznało się do picia większej ilości alkoholu przy pojedynczej okazji. Ponad 40% respondentów spożywało alkohol częściej niż cztery razy w tygodniu. Według wyników tego badania to kobiety częściej spożywały alkohol, lecz mężczyźni częściej się upijali. Najczęstszymi motywami dla picia było poczucie braku nadziei oraz odczuwanie lęku przez badanych lekarzy⁵¹. Również badania przytaczane przez Annę Dudkowski-Sadowską zrealizowane w 2020 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej, wskazują, że 8% badanych deklaruowało częstsze spożywanie alkoholu w czasie pandemii⁵². Ponadto w badaniach zrealizowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Zakładem Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego wykazano, że w pierwszych tygodniach pandemii 28% Polaków piło w sposób ryzykowny⁵³. Doniesienia pochodzące z Irlandii⁵⁴

⁴⁹ R. Ramalho, Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review, "Australasian Psychiatry", Vol. 28(5) 2020, s. 524 – 526.

⁵⁰ Ibidem, s. 524 – 526.

⁵¹ A. Silczuk, Threatening increase in alcohol consumption in physicians quarantined due to coronavirus outbreak in Poland: the ALCOVID. „Journal of Public Health”, 42(3)/2020, s. 461 – 465

⁵² A. Dudkowski-Sadowska, Społeczeństwo ryzyka i zdrowotne implikacje pierwszej fali epidemii COVID-19 w Polsce – wyzwania dla socjologii i promocji zdrowia, „Władza Sądzenia”, nr 21/2021, s. 65 – 76.

⁵³ J. Murawiec, COVID-19 a uzależnienia: jak epidemia wpłynęła na spożycie alkoholu?, „Puls Medycyny”, maj 2020, <https://pulsmedycyny.pl/covid-19-a-uzaleznienia-jak-epidemia-wplynela-na-spozycie-alkoholu-992302> (dostęp: 25.02.2022).

⁵⁴ Wall, E., Study shows two thirds of Irish men drinking to cope during pandemic, 2020, <https://extra.ie/2020/06/15/news/irish-news/two-thirds-men-drinking-pandemic>, (dostęp: 21.11.2020).

przytoczone za agencją Drinkaware oraz B&A dowodzą jednoznacznie, że poziom spożywania środków odurzających w czasie epidemii znacznie wzrósł. Wzrost ten bezpośrednio związany był z nieradzeniem sobie z samotnością, niepokojem czy brakiem zajęcia. Badania pokazały, że w roku 2020 w stosunku do roku 2018 procent mężczyzn sięgających po alkohol, aby poradzić sobie z samotnością, nudą i lękiem wzrósł z 56% do 66%. Badacze uznają, że to właśnie mężczyźni są bardziej narażeni na problemy ze zdrowiem psychicznym oraz negatywny wpływ używek na pogłębianie tego typu problemów⁵⁵. Poza alkoholem, zwiększeniu uległo też spożycie marihuany – osoby, które używały konopi indyjskich przed pandemią, w trakcie jej trwania zwiększyły spożycie zarówno co do częstości, jak i co do ilości przyjmowania substancji⁵⁶. Główną przyczyną zwiększenia stosowania marihuany okazała się nuda podczas izolacji⁵⁷. Odnotowano także wzrost sprzedaży olejów z legalnym CBD przeznaczonych do inhalacji⁵⁸, a także spożycia benzodiazepin i opiatów⁵⁹. Ze względu na czasowe zamknięcie granic większości państw świata i ograniczenie swobodnego transportu, handel narkotykami stał się utrudniony, co jednak spowodowało wzrost obrotu nowymi środkami psychoaktywnymi i zainteresowanie „dopalaczami”⁶⁰, a także skłonności pacjentów do mieszania różnych leków psychotropowych⁶¹. Pandemia COVID-19 nasiliła ponadto i tak katastrofalną już skalę przedawkowania narkotyków i zaburzeń związanych z zażywaniem substancji⁶². Pandemia obciążyla nie tylko użytkowników, ale i osoby uzależnione w trakcie terapii. Sam paraliż gospodarki i systemu ochrony zdrowia utrudnił dostęp do opieki medycznej, co w wielu przypadkach zaburzyło proces terapii narażając osoby uzależnione na powrót do nałogu. Amerykanie zaobserwowali, że wybuch epidemii znacznie utrudnił dostęp do leczenia i terapii uzależnień w Stanach Zjednoczonych (według National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2020). Zmniejszeniu uległ też odsetek osób uzależnionych korzystających z programów redukcji szkód, w tym wymiany igieł⁶³. Pandemia COVID-19 wywarła też zgubny wpływ na osoby dotknięte uzależnieniem, ale nie będące

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ M. W. Van Laar, P. E. Oomen, Ch. J. A. Miltenburg, E. Vercoulen, T. P. Freeman, W. D. Hall, Cannabis and COVID-19: Reasons for concern, „Frontiers in Psychiatry”, 21/2020 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.601653>, (dostęp: 24.11.2020).

⁵⁷ S. Graupensperger, Ch. B. Fleming, A. E. Jaffe, I. C. Rhew, M. E. Patrick, Ch. M., Changes in young adults' alcohol and marijuana use, norms, and motives from before to during the COVID-19 pandemic, „Journal of Adolescent Health”, 68(4), s. 658 – 665, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.008>, (dostęp: 03.12.2021); R. Pavarin, R. M., Bettelli, S., Nostrani, E., Mazzotta, Ch., Salsano, V., i wsp., Substance consumption styles during the COVID-19 lockdown for socially integrated people who use drugs. Journal of Substance Use, „Journal of Substance Use”, 2021, <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1923842>, (dostęp: 23.11.2021).

⁵⁸ T. Agaku, C.O. Egbe, O. A. Ayo-Yusuf, Circumvention of COVID-19-related restrictions on tobacco sales by the e-cigarette industry in South Africa and comparative analyses of heated tobacco product vs combustible cigarette volume sales during 2018-2020, „Preventive Medicine”, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106526>, (dostęp: 11.02.2022)

⁵⁹ J. K. Niles, J. Gudin, J., Radcliff, H. W. Kaufman, The opioid epidemic within the COVID-19 pandemic: drug testing in 2020, „Population Health Management”, 24/ 2021, S1, <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0230>, (dostęp: 07.01.2022).

⁶⁰ S. Zaami, E. Marinelli, M. R. Vari, New trends of substance abuse during COVID19 pandemic: An international perspective, „Frontiers in Psychiatry”, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00700>, (dostęp: 16.07.2020).

⁶¹ J. K. Niles, J. Gudin, J. Radcliff, H. W. Kaufman, The opioid epidemic within the COVID-19 pandemic: drug testing in 2020, op.cit.

⁶² I. E. Cisneros, K. A. Cunningham, COVID-19 interface with drug misuse and substance use disorders. „Neuropharmacology”, 198/ 2021, 108766. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108766>, (dostęp: 07.02.2022)

⁶³ M. Whitefield, H. Reed, J. Webster, V. Hope, The impact of COVID-19 restriction on needle and syringe programme provision and coverage in England, „International Journal of Drug Policy”, 83/2020. 102851. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102851>, (dostęp: 12.03.2022).

w czynnym nałogu (abstynentów). Jin Un Kim i współpracownicy (2020) dostrzegli, że lockdown, stworzył sprzyjające warunki dla złamania abstynencji oraz długotrwałych ciężkich nawrotów alkoholowych⁶⁴. Wiele badań sygnalizuje potrzebę wzmocnienia systemu opieki nad osobami uzależnionym od narkotyków w czasie pandemii, zwracając uwagę na fakt, że stanowią oni grupę szczególnie narażoną na pogorszenie efektów dotychczasowej terapii z powodu pandemicznej izolacji, a ponadto stanowią grupę szczególnie zagrożoną ciężkim przebiegiem COVID-19⁶⁵.

Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w okresie pandemii COVID-19

Według europejskich badań internetowych przeprowadzonych w 2021 roku epidemia COVID-19 wpłynęła na używanie narkotyków. Badanie wykazało zmiany w trendach używania substancji psychoaktywnych. Ankiety wypełniło ponad 51 tysięcy respondentów, deklarujących używanie jakiegoś narkotyku w minionych 12 miesiącach. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁶⁶ przeanalizowało ankiety ponad 48 tysięcy respondentów z 21 państw UE.

Należy podkreślić, że ankiety internetowe nie są reprezentatywne dla ogółu społeczeństw, natomiast dostarczają szczegółowych danych ze specyficznych grup, np. na temat wzorów używania różnych substancji. O specyfice tego badania świadczy profil demograficzny, który reprezentuje 80% respondentów w wieku 18 - 34 lata, z czego znaczna większość, ponad dwie trzecie, to mężczyźni. Jest to charakterystyczna cecha badań internetowych, że uczestniczą w nich ludzie młodszy i zazwyczaj stykający się z tematyką badania, w tym przypadku używaniem narkotyków. Badanie przedstawia więc sytuację i zmiany zachowań osób używających.

Przeanalizowano preferencje dotyczące rodzaju i ilości spożywanych substancji. Najwięcej badanych to konsumenci marihuany lub haszyszu – 93% osób używało którejs z tych substancji w minionym roku. Na drugim miejscu znalazła się grupa stymulantów i narkotyków klubowych, tj.: MDMA 35%, kokaina 34% i amfetamina 28%. W różnych państwach substancje te mają różną popularność, jednak każdorazowo któraś z nich znajdowała się na drugim miejscu po marihuanie. Sporą popularność miało także LSD 20% oraz „dopalacze” czyli nowe substancje psychoaktywne, których używało 16% badanych.

⁶⁴ J. Un Kim, A. Majid, R. Judge, P. Crook., R. Nathwani, N. Selvapatt, J. Lovendoski, P. Manousou, M. Thursz, A. Dhar, H. Lewis, N. Vergis, M. Lemoine, M., Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. Published Online.

⁶⁵ F. Ornell, H. Ferreira Moura, J. Nichterwitz Scherer, F. Pechansky, F. Kessler, L. von Diemen, L., The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. „Psychiatry Research” 289/2020, 113096, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>, (dostęp: 16.11.2021).

⁶⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *European Web Survey on Drugs 2021: top level findings, 21 EU countries and Switzerland*, https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland_en#section3 (dostęp: 14.05.2022).

Możliwe, że do tych ostatnich zalicza się mefedron, który jest już w powszechnym użytku, na równi z „tradycyjnymi” stymulantami – być może powinien być więc wymieniany obok nich.

Jakie zaobserwowano zmiany w stosunku do nowej rzeczywistości? Okazuje się, że zmiany w sytuacji społecznej i wszelakie restrykcje spowodowane pandemią miały wpływ na częstotliwość i sposób używania substancji psychoaktywnych – przyczyniając się do wzrostu lub spadku częstotliwości używania. Można zatem uznać, że pandemia wpłynęła na dynamikę i rodzaj zażywanych substancji psychoaktywnych. Wzrost odnotowano w przypadku marihuany oraz heroiny, których częstsze używanie zgłosiło odpowiednio 32% i 26% użytkowników – znacznie więcej niż deklarujących ograniczenie (20% i 17%). Trend odwrotny zauważalny jest natomiast w grupie stymulantów, gdzie wyraźną przewagę ma grupa używająca rzadziej niż przed zmianami. Najlepiej widać tę zmianę w przypadku MDMA, co nie dziwi, jeśli wziąć pod uwagę okoliczności, w jakich najczęściej używa się tego narkotyku.

Pytani o motywację, czyli przyczyny używania wybranych substancji, w przypadku marihuany badani najczęściej wymieniali potrzebę relaksu 78%, rozrywkę 70% oraz poprawę snu 50% – a także przeciwdziałanie lękowi bądź socjalizację. Natomiast dla grupy stymulantów oraz MDMA, motywacja używania znacznie częściej uwzględnia kontekst społeczny, jak zabawa czy spotkanie towarzyskie. W przypadku MDMA 87% osób wskazało zabawę jako główną pobudkę używania; następnym miejscem ma socjalizacja – 41%.

Tab. 5. Odsetki (%) osób, które używały danej substancji mniej, tyle samo, bądź więcej niż przed pojawieniem się COVID-19

Substancja	używam mniej	używam tyle samo	używam więcej	nie wiem
Heroina	17	40	26	17
Haszysz	25	38	21	16
Marihuana	20	38	32	10
Crack	23	36	25	16
Nowe substancje psychoaktywne	22	35	25	18
Amfetamina	29	33	18	20
Metamfetamina	25	33	17	25
Ecstasy/MDMA	42	29	11	18
Kokaina	33	29	18	20

Źródło: European Web Survey on Drugs 2021: top level findings, 21 EU countries and Switzerland (dostęp: 14.05.2022).

Poniżej znajduje się szczegółowe **zestawienie danych dotyczące zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim**⁶⁷.

Wspomniane zestawienie pełni zasadnicze funkcje:

- stanowi uzupełnienie danych europejskich w wymiarze używania substancji psychoaktywnych i zachowań ryzykownych,
- prezentuje problematykę związaną z zażywaniem substancji psychoaktywnych na analizowanym obszarze,
- wyznacza kierunki dalszych eksploracji badawczych, jeżeli chodzi o omawiane zagadnienia.

Zestawienie danych dotyczące zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim

Zjawiska związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, narkotyków, czy tzw. dopalaczy rejestrowane są przez Główny Urząd Statystyczny w ramach sprawozdawczości dotyczącej zdrowia ludności, w kategorii *leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu*. Dostępne dane pozwalają na przedstawienie skali problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych w województwie oraz odnieść ją do sytuacji w innych regionach kraju.

Dla uzyskania podstawowego oglądu zjawisk związanych z nadużywaniem substancji uzależniających, dostępne dane zostały zagregowane w dwie kategorie odnoszące się do leczenia z powodu:

- 1) zaburzeń związanych z używaniem alkoholu,
- 2) zaburzeń związanych z używaniem środków psychoaktywnych innych niż alkohol.

Okres porównawczy (2009-2019) oraz zestawienie danych dla wszystkich województw oraz skali ogólnokrajowej, pozwalają uzyskać precyzyjny ogląd sytuacji Pomorza Zachodniego w zakresie omawianej problematyki.

1) Zaburzenia związane z używaniem alkoholu

W zakresie nadużywania napojów alkoholowych, natężenia liczebności rejestrowanych zaburzeń tym spowodowanych, w 2019 roku Pomorze Zachodnie plasowało się na dziewiątej pozycji wśród województw z najwyższym udziałem takich przypadków na 100 tysięcy mieszkańców po województwach: podkarpackim (388), lubelskim (387,0), kujawsko-pomorskim (386,9), dolnośląskim (357,6), pomorskim (356,3), opolskim (331,2), podlaskim

⁶⁷Zestawienie dotyczące zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim nie obejmuje danych dotyczących wpływu pandemii COVID-19 na zagrożenia używania, nadużywania, uzależnienia od substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim.

(322,1) i małopolskim (320,2). Porównując powyższe z sytuacją z roku 2009, można zauważyć jej relatywną poprawę. Pomorze Zachodnie plasowało się wówczas na pozycji czwartej (444,4), za województwami: lubelskim (377,9), wielkopolskim (393,7) i małopolskim (421,8).

Dynamika zmian liczebności przypadków zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w województwie zachodniopomorskim została przedstawiona w poniższym zestawieniu. Następujące po nim dwa wykresy pokazują dynamikę zmian omawianego zagadnienia na tle województw o najniższych wartościach omawianego parametru (wykres 1) oraz na tle województw, gdzie wartości te są najwyższe (wykres 2).

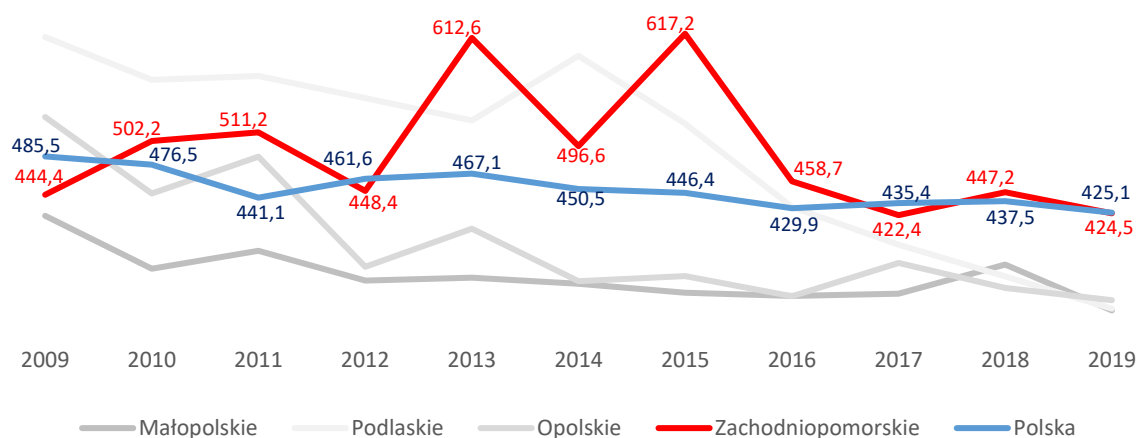
Tab. 6. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem wg województw

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polska	osoby	185	183	170	177	179	173	171	165	167	168	163
		306	602	011	869	820	332	587	238	349	031	167
	na 100 tys.	485,5	476,5	441,1	461,6	467,1	450,5	446,4	429,9	435,4	437,5	425,1
Dolnośląskie	osoby	14	13	13	13	15	14	12	10	10	10	10
		983	470	460	066	654	402	069	749	810	707	371
	na 100 tys.	520,9	461,7	461,5	448,3	537,9	495,2	415,6	370,2	372,4	369,1	357,6
Kujawsko-pomorskie	osoby	10	10	9 080	9 755	9 851	9 515	9 899	9 003	8 989	9 103	8 018
		292	164									
	na 100 tys.	497,4	484,3	432,7	465,3	470,8	455,3	474,5	432,0	431,6	438,1	386,9
Lubelskie	osoby	8 152	8 767	7 853	8 789	9 068	9 622	8 713	8 552	8 687	8 000	8 160
	na 100 tys.	377,9	402,4	361,6	405,8	420,6	448,0	407,2	400,9	408,5	377,8	387,0
Lubuskie	osoby	5 028	4 998	5 468	6 051	6 414	9 065	5 875	6 429	5 839	5 510	4 737
	na 100 tys.	497,8	488,5	534,4	591,3	627,9	888,5	577,1	631,9	574,2	543,1	468,3
Łódzkie	osoby	14	13	13	12	13	14	11	11	11	11	11
		527	425	209	690	352	208	904	952	613	253	343
	na 100 tys.	571,5	528,0	521,3	502,6	531,3	567,4	477,4	480,9	469,0	456,3	462,1
Małopolskie	osoby	13	12	12	11	11	11	11	11	11	12	10
		911	172	859	812	944	749	435	357	470	568	921
	na 100 tys.	421,8	364,8	384,2	352,2	355,4	348,8	339,1	335,8	338,2	369,6	320,2
Mazowieckie	osoby	24	33	22	33	23	22	22	21	22	24	28
		497	698	330	098	566	251	398	695	993	526	864
	na 100 tys.	469,1	639,8	422,5	624,3	443,2	417,1	418,7	404,3	427,0	453,9	532,2

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Opolskie	osoby	5 442	4 534	4 921	3 708	4 098	3 518	3 555	3 332	3 675	3 396	3 254
	na 100 tys.	527,8	445,7	485,3	367,1	408,0	351,5	356,9	335,5	371,2	344,2	331,2
Podkarpackie	osoby	9 432	8 978	9 679	10 312	10 408	9 623	9 835	10 016	9 120	8 890	8 253
	na 100 tys.	448,8	421,9	454,7	484,1	488,8	452,0	462,2	470,8	428,3	417,6	388,0
Podlaskie	osoby	7 301	6 833	6 866	6 568	6 262	7 075	6 187	5 118	4 628	4 215	3 795
	na 100 tys.	613,7	567,8	571,7	547,9	524,0	593,6	520,4	431,3	390,7	356,7	322,1
Pomorskie	osoby	10 925	9 809	7 124	5 221	6 965	7 464	7 870	6 832	7 835	7 193	8 351
	na 100 tys.	489,9	431,1	312,0	228,0	303,4	324,2	341,0	295,0	337,1	308,2	356,3
Śląskie	osoby	22 822	22 024	24 847	23 282	22 167	20 851	22 481	22 333	22 712	23 248	22 643
	na 100 tys.	491,8	475,2	537,1	504,4	481,9	454,7	491,8	489,8	499,4	512,8	501,2
Świętokrzyskie	osoby	7 703	6 227	6 469	6 437	6 821	6 285	6 187	6 053	5 945	5 939	5 910
	na 100 tys.	606,5	485,5	506,1	505,3	537,8	497,6	492,1	483,1	476,5	478,4	478,9
Warmińsko-mazurskie	osoby	9 350	7 734	7 417	7 355	7 571	6 928	6 776	7 184	7 340	6 262	6 110
	na 100 tys.	655,2	532,0	510,6	507,0	523,3	479,8	470,7	500,2	511,9	438,2	429,5
Wielkopolskie	osoby	13 417	12 112	9 623	12 006	15 149	12 258	15 846	16 798	18 488	19 614	15 236
	na 100 tys.	393,7	351,4	278,5	346,8	436,9	353,0	456,0	482,5	529,9	561,4	435,5
Zachodniopomorskie	osoby	7 524	8 657	8 806	7 719	10 530	8 518	10 557	7 835	7 205	7 607	7 201
	na 100 tys.	444,4	502,2	511,2	448,4	612,6	496,6	617,2	458,7	422,4	447,2	424,5

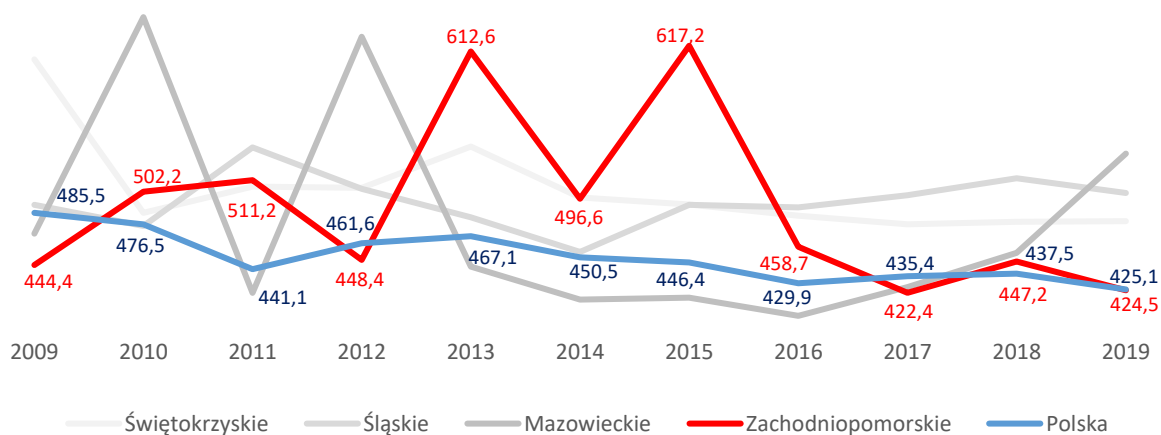
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 1. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu ogółem, na 100 tys. mieszkańców, Zachodniopomorskie na tle województw o najniższych wskaźnikach w roku 2019.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 2. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu ogółem, na 100 tys. mieszkańców, Zachodniopomorskie na tle województw o najwyższych wskaźnikach w roku 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

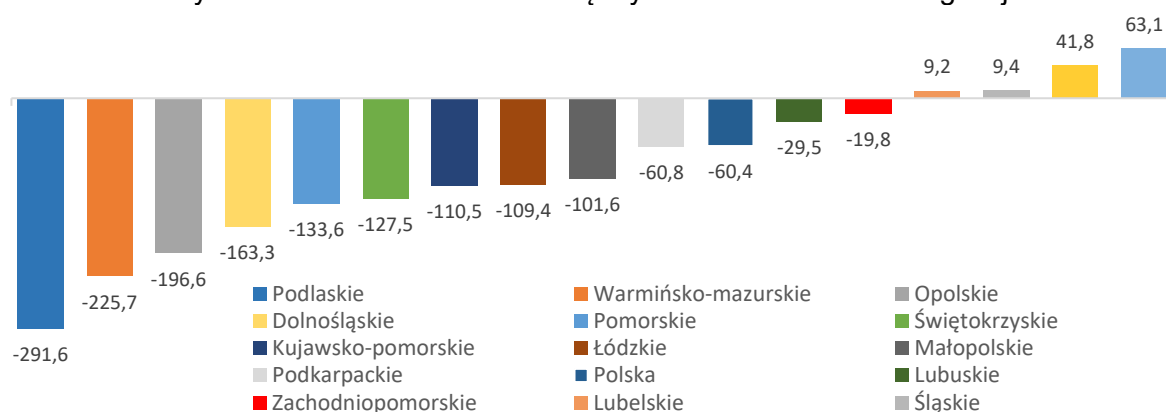
W wymiarze dynamiki zmian, które w zakresie liczebności zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu ogółem zaszły na przestrzeni dziesięciolecia 2009-2019, Pomorze Zachodnie uplasowało się na dwunastej pozycji, mieszcząc się w zbiorze regionów, w których nastąpił spadek liczebności przypadków omawianego zjawiska. W skali kraju, w omawianym okresie, liczba przypadków zaburzeń spowodowanych spożyciem alkoholu ogółem spadła o 60,4 dla 100 tysięcy mieszkańców, w województwie zachodniopomorskim spadek ten wyniósł 19,8. Szczegółowe dane prezentuje poniższa tabela i następujący po niej wykres.

Tab. 7. Liczebność osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu ogółem na 100 tys. mieszkańców – dynamika zmian między 2009 a 2019 rokiem wg województw

	2009	2011	2013	2015	2017	2019	zmiana
Podlaskie	613,7	571,7	524,0	520,4	390,7	322,1	-291,6
Warmińsko-mazurskie	655,2	510,6	523,3	470,7	511,9	429,5	-225,7
Opolskie	527,8	485,3	408,0	356,9	371,2	331,2	-196,6
Dolnośląskie	520,9	461,5	537,9	415,6	372,4	357,6	-163,3
Pomorskie	489,9	312,0	303,4	341,0	337,1	356,3	-133,6
Świętokrzyskie	606,5	506,1	537,8	492,1	476,5	478,9	-127,5
Kujawsko-pomorskie	497,4	432,7	470,8	474,5	431,6	386,9	-110,5
Łódzkie	571,5	521,3	531,3	477,4	469,0	462,1	-109,4
Małopolskie	421,8	384,2	355,4	339,1	338,2	320,2	-101,6
Podkarpackie	448,8	454,7	488,8	462,2	428,3	388,0	-60,8
Polska	485,5	441,1	467,1	446,4	435,4	425,1	-60,4
Lubuskie	497,8	534,4	627,9	577,1	574,2	468,3	-29,5
Zachodniopomorskie	444,4	511,2	612,6	617,2	422,4	424,5	-19,8
Lubelskie	377,9	361,6	420,6	407,2	408,5	387,0	9,2
Śląskie	491,8	537,1	481,9	491,8	499,4	501,2	9,4
Wielkopolskie	393,7	278,5	436,9	456,0	529,9	435,5	41,8
Mazowieckie	469,1	422,5	443,2	418,7	427,0	532,2	63,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 3. Dynamika zmian liczebności osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu na 100 tys. mieszkańców – różnica między 2009 a 2019 rokiem wg województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Istotnym aspektem, opisującym sytuację w zakresie problemów powodowanych spożyciem alkoholu, jest liczba przypadków uzależnienia od tej substancji. Dane na ten temat prezentuje poniższa tabela oraz następujące po niej wykresy.

Tab. 8. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu – zespół uzależnienia wg województw

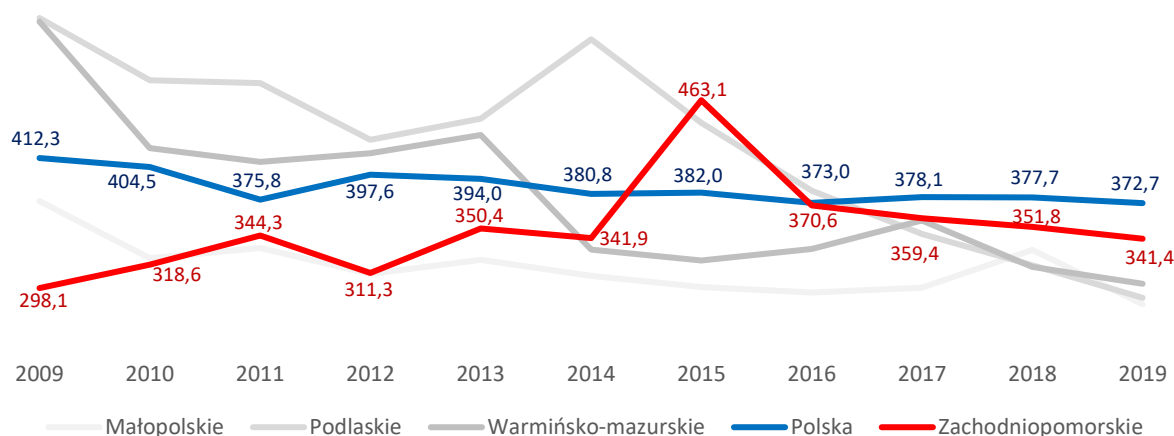
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polska	osoby	157	155	144	153	151	146	146	143	145	145	143
		372	852	814	211	681	508	837	373	320	066	057
	na 100 tys.	412,3	404,5	375,8	397,6	394,0	380,8	382,0	373,0	378,1	377,7	372,7
Dolnośląskie	osoby	13	12	12	11	12	12	10	9 614	9 064	9 796	9 277
		780	159	292	996	691	643	623				
	na 100 tys.	479,0	416,8	421,5	411,6	436,1	434,7	365,8	331,1	312,3	337,7	319,9
Kujawsko-pomorskie	osoby	9 072	8 758	7 540	8 072	8 379	8 423	8 617	8 020	7 812	8 123	7 138
	na 100 tys.	438,5	417,3	359,3	385,0	400,4	403,0	413,0	384,9	375,0	390,9	344,4
Lubelskie	osoby	5 844	7 047	6 486	7 345	7 641	7 939	7 330	7 388	6 962	6 886	6 956
	na 100 tys.	270,9	323,5	298,6	339,2	354,4	369,6	342,6	346,3	327,4	325,2	329,9
Lubuskie	osoby	4 245	4 002	4 366	5 319	5 730	8 330	4 919	5 289	4 715	4 545	3 966
	na 100 tys.	420,3	391,1	426,7	519,8	561,0	816,4	483,2	519,9	463,7	448,0	392,1
Łódzkie	osoby	12	12	11	11	11	11	10	10	10	10	9 839
		715	016	913	424	670	361	728	218	294	138	
	na 100 tys.	500,2	472,6	470,2	452,5	464,4	453,7	430,2	411,1	415,7	411,1	400,8
Małopolskie	osoby	12	10	11	10	10	10	10	9 954	10	11	9 682
		351	819	154	417	854	402	080		125	277	
	na 100 tys.	374,5	324,2	333,3	310,6	323,0	308,8	298,9	294,3	298,6	331,6	283,9
Mazowieckie	osoby	20	29	19	30	21	18	19	19	20	21	25
		907	482	962	800	166	861	591	250	342	414	587
	na 100 tys.	400,4	559,7	377,7	580,9	398,1	353,6	366,2	358,7	377,8	396,3	471,8

Opolskie	osoby	4 751	4 260	4 619	3 391	3 786	2 934	3 142	2 949	3 345	3 168	2 998
	na											
	100 tys.	460,8	418,8	455,5	335,7	376,9	293,1	315,5	297,0	337,9	321,1	305,1
Podkarpackie	osoby	8 128	7 693	8 161	8 634	8 630	7 779	8 117	8 202	8 372	8 197	7 607
	na											
	100 tys.	386,7	361,5	383,4	405,4	405,3	365,4	381,5	385,5	393,2	385,0	357,6
Podlaskie	osoby	6 369	5 785	5 741	5 133	5 339	6 159	5 269	4 553	4 093	3 760	3 412
	na											
	100 tys.	535,3	480,7	478,0	428,2	446,8	516,7	443,2	383,7	345,5	318,2	289,6
Pomorskie	osoby	10 020	8 837	6 033	4 618	6 479	6 951	7 412	6 347	7 255	6 556	7 380
	na											
	100 tys.	449,3	388,4	264,2	201,7	282,2	301,9	321,2	274,1	312,1	280,9	314,9
Śląskie	osoby	19 425	19 001	21 708	20 768	19 538	18 554	20 008	19 802	20 287	20 855	20 457
	na											
	100 tys.	418,6	410,0	469,2	449,9	424,8	404,6	437,7	434,3	446,0	460,0	452,8
Świętokrzyskie	osoby	5 999	5 474	5 574	4 116	4 911	4 918	4 745	5 378	5 263	5 221	5 348
	na											
	100 tys.	472,3	426,8	436,1	323,1	387,2	389,3	377,4	429,2	421,8	420,5	433,4
Warmińsko-mazurskie	osoby	7 594	6 122	5 941	6 044	6 257	4 792	4 639	4 775	5 125	4 526	4 295
	na											
	100 tys.	532,1	421,1	409,0	416,6	432,4	331,9	322,2	332,4	357,4	316,7	301,9
Wielkopolskie	osoby	11 125	8 905	7 392	9 776	12 587	10 597	13 695	15 304	16 136	14 619	13 324
	na											
	100 tys.	326,4	258,4	213,9	282,4	363,0	305,2	394,1	439,6	462,5	418,4	380,8
Zachodniopomorskie	osoby	5 047	5 492	5 932	5 358	6 023	5 865	7 922	6 330	6 130	5 985	5 791
	na											
	100 tys.	298,1	318,6	344,3	311,3	350,4	341,9	463,1	370,6	359,4	351,8	341,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

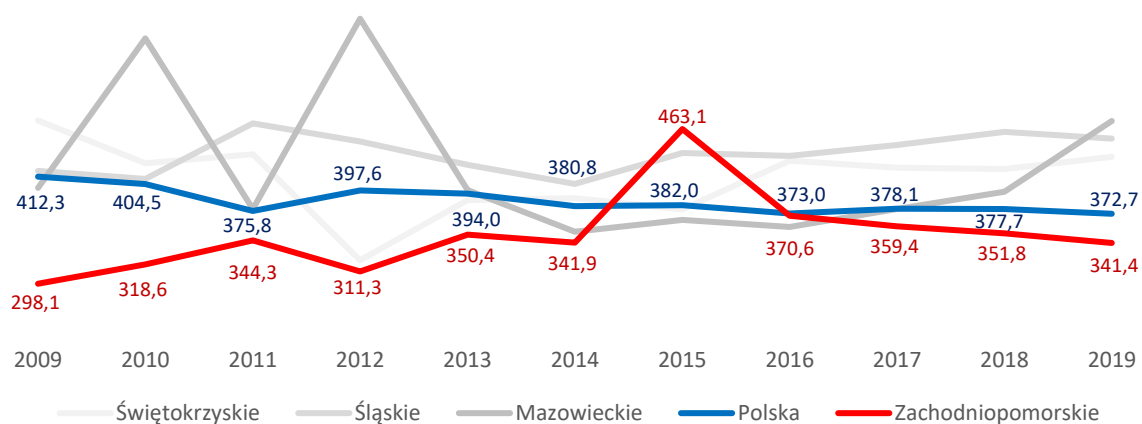
W zakresie liczebności występowania zespołu uzależnienia od alkoholu w 2019 roku Pomorze Zachodnie plasowało się na ósmej pozycji, z wartością 341,4 przypadków na 100 tys. mieszkańców, gdy średnia dla całego kraju wynosiła 372,7.

Wykres 4. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – zespół uzależnienia, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najniższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 5. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – zespół uzależnienia, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najwyższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

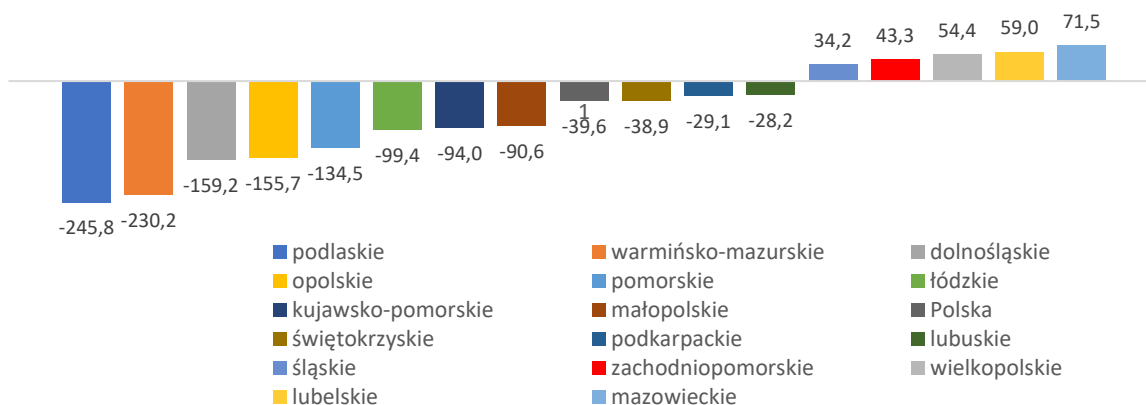
Dynamika zmian liczebności osób uzależnionych od alkoholu plasuje Pomorze Zachodnie wśród województw, w których wartości tego parametru wzrosły na przestrzeni dziesięciolecia 2009-2019. Są to województwa: śląskie (wzrost o 34,2 dla 100 tysięcy mieszkańców), wielkopolskie (54,4), lubelskie (59) oraz mazowieckie (71,5). W skali całego kraju nastąpił w tym wymiarze spadek o 39,6 dla 100 tysięcy mieszkańców.

Tab. 9. Liczebność osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu: zespół uzależnienia, na 100 tys. mieszkańców – dynamika zmian między 2009 a 2019 rokiem wg województw

	2009	2011	2013	2015	2017	2019	zmiana
Podlaskie	535,3	478,0	446,8	443,2	345,5	289,6	-245,8
Warmińsko-mazurskie	532,1	409,0	432,4	322,2	357,4	301,9	-230,2
Dolnośląskie	479,0	421,5	436,1	365,8	312,3	319,9	-159,2
Opolskie	460,8	455,5	376,9	315,5	337,9	305,1	-155,7
Pomorskie	449,3	264,2	282,2	321,2	312,1	314,9	-134,5
Łódzkie	500,2	470,2	464,4	430,2	415,7	400,8	-99,4
Kujawsko-pomorskie	438,5	359,3	400,4	413,0	375,0	344,4	-94,0
Małopolskie	374,5	333,3	323,0	298,9	298,6	283,9	-90,6
Polska	412,3	375,8	394,0	382,0	378,1	372,7	-39,6
Świętokrzyskie	472,3	436,1	387,2	377,4	421,8	433,4	-38,9
Podkarpackie	386,7	383,4	405,3	381,5	393,2	357,6	-29,1
Lubuskie	420,3	426,7	561,0	483,2	463,7	392,1	-28,2
Śląskie	418,6	469,2	424,8	437,7	446,0	452,8	34,2
Zachodniopomorskie	298,1	344,3	350,4	463,1	359,4	341,4	43,3
Wielkopolskie	326,4	213,9	363,0	394,1	462,5	380,8	54,4
Lubelskie	270,9	298,6	354,4	342,6	327,4	329,9	59,0
Mazowieckie	400,4	377,7	398,1	366,2	377,8	471,8	71,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 6. Dynamika zmian liczebności osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu: zespół uzależnienia, na 100 tys. mieszkańców – różnica między 2009 a 2019 rokiem wg województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Choć wzrost liczebności osób uzależnionych od alkoholu może być zjawiskiem niepokojącym, to pamiętać należy, że analizowane dane pochodzą z rejestrów placówek

medycznych. Postawić zatem należy pytanie: czy wzrost wartości omawianego parametru jest wynikiem rozprzestrzeniania się choroby alkoholowej w społeczeństwie, czy wynika z rosnącej sprawności systemu rozwiązywania problemów alkoholowych i/lub wzrostu świadomości osób nadużywających tej substancji i podejmujących decyzje o leczeniu?

2) Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol)

Mimo, że alkohol i nikotyna stanowią substancje psychoaktywne, to w systemie rejestracji danych, mianem tym określa się wszelkie inne substancje zmieniające stan świadomości, potocznie nazywane narkotykami, czy tzw. dopalaczami.

W 2019 roku, w województwie zachodniopomorskim, odnotowano ogółem 2408 przypadków zaburzeń psychicznych spowodowanych stosowaniem środków psychoaktywnych (142 na 100 tysięcy mieszkańców), co oznacza, że województwo plasuje się powyżej średniej krajowej, wynoszącej 119,4 na 100 tysięcy mieszkańców. Gorsza sytuacja jest w województwach: dolnośląskim (16,7), wielkopolskim (162,6), mazowieckim (167,8) oraz lubuskim (219,2). Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera poniższa tabela oraz następujące po niej wykresy.

Tab. 10. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem wg województw

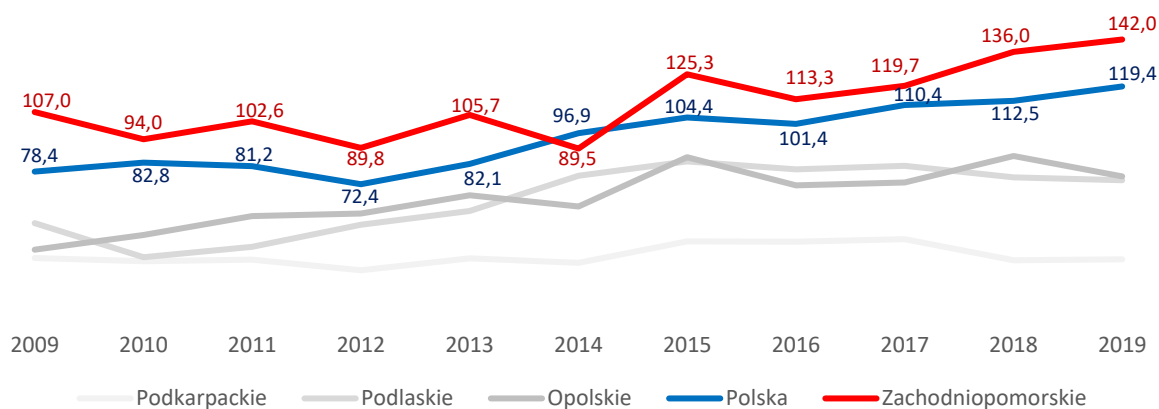
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polska	osoby	2993	3188	3127	2789	3161	3730	4012	3898	4244	4320	4582
	na	3	4	7	9	9	3	7	0	8	7	3
	100 tys.	78.4	82.8	81.2	72.4	82.1	96.9	104.4	101.4	110.4	112.5	119.4
Dolnośląskie	osoby	3749	3529	3252	2909	3239	4147	4660	4484	4582	4154	4660
	na	130.3	121.0	111.5	99.8	111.3	142.6	160.5	154.4	157.9	143.2	160.7
	100 tys.											
Kujawsko-pomorskie	osoby	1640	2200	1913	2069	2170	2176	2188	1929	1802	1994	2018
	na	79.3	104.8	91.2	98.7	103.7	104.1	104.9	92.6	86.5	96.0	97.4
	100 tys.											
Lubelskie	osoby	1470	1580	1573	1293	1255	2576	3456	2123	3594	3236	1848
	na	68.1	72.5	72.4	59.7	58.2	119.9	161.5	99.5	169.0	152.8	87.7
	100 tys.											

Lubuskie	osoby	913	1068	1180	1573	2264	2341	2032	2445	2135	2357	2217
	na 100 tys.	90.4	104.4	115.3	153.7	221.6	229.4	199.6	240.3	210.0	232.3	219.2
Łódzkie	osoby	1375	1680	1933	1568	1631	3046	2369	2676	2609	2727	2748
	na 100 tys.	54.1	66.1	76.3	62.1	64.9	121.6	95.0	107.7	105.4	110.6	111.9
Małopolskie	osoby	1711	1927	2115	2100	2303	2482	2480	2492	2460	2788	2937
	na 100 tys.	51.9	57.8	63.2	62.6	68.5	73.7	73.5	73.7	72.5	82.0	86.1
Mazowieckie	osoby	6735	8088	7291	4527	5406	5523	5275	6268	6808	7260	9099
	na 100 tys.	129.0	153.6	137.9	85.4	101.7	103.5	98.6	116.8	126.4	134.4	167.8
Opolskie	osoby	422	488	578	589	674	617	850	714	725	848	748
	na 100 tys.	40.9	48.0	57.0	58.3	67.1	61.6	85.3	71.9	73.2	86.0	76.1
Podkarpackie	osoby	776	754	768	661	784	736	955	954	979	762	772
	na 100 tys.	36.9	35.4	36.1	31.0	36.8	34.6	44.9	44.8	46.0	35.8	36.3
Podlaskie	osoby	638	449	509	634	711	912	991	944	963	895	875
	na 100 tys.	53.6	37.3	42.4	52.9	59.5	76.5	83.4	79.6	81.3	75.7	74.3
Pomorskie	osoby	1820	1773	2032	1280	1763	1770	2104	2147	2060	2295	2610
	na 100 tys.	81.6	77.9	89.0	55.9	76.8	76.9	91.2	92.7	88.6	98.3	111.4
Śląskie	osoby	3017	3090	2979	2696	2909	3078	4418	3889	3972	4449	4673
	na 100 tys.	65.0	66.7	64.4	58.4	63.2	67.1	96.7	85.3	87.3	98.1	103.4
Świętokrzyskie	osoby	488	359	1004	642	722	965	1209	915	979	1132	1356
	na 100 tys.	38.4	28.0	78.6	50.4	56.9	76.4	96.2	73.0	78.5	91.2	109.9

Warmińsko-mazurskie	osoby	1000	986	793	896	819	1100	1178	1268	1143	1040	1164
	na 100 tys.	70.1	67.8	54.6	61.8	56.6	76.2	81.8	88.3	79.7	72.8	81.8
Wielkopolskie	osoby	2367	2292	1589	2916	3152	4298	3819	3797	5596	4957	5690
	na 100 tys.	69.4	66.5	46.0	84.2	90.9	123.8	109.9	109.1	160.4	141.9	162.6
Zachodniopomorskie	osoby	1812	1621	1768	1546	1817	1536	2143	1935	2041	2313	2408
	na 100 tys.	107.0	94.0	102.6	89.8	105.7	89.5	125.3	113.3	119.7	136.0	142.0

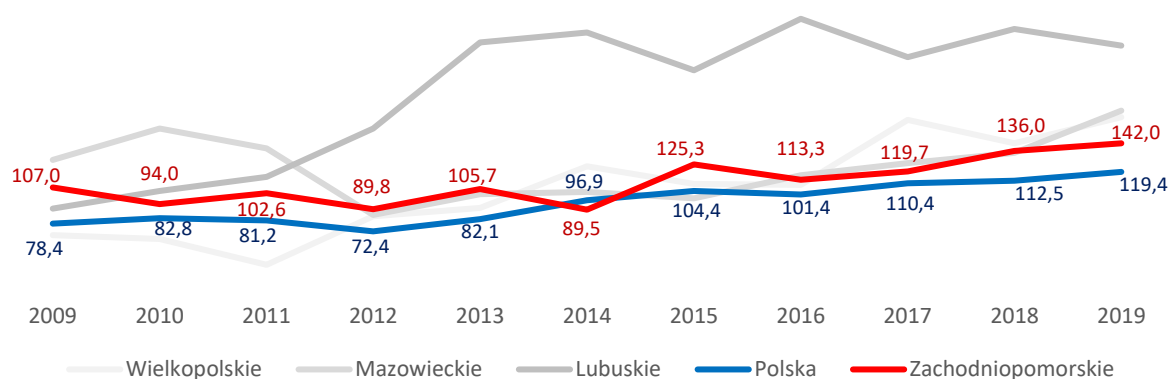
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 7. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych ogółem, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najniższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 8. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych ogółem, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najwyższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

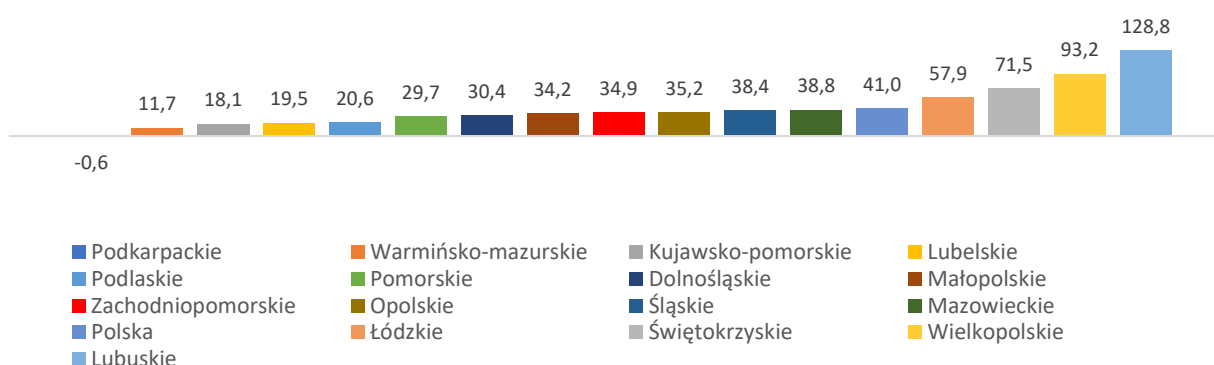
Zażywanie środków psychoaktywnych i powodowane przez to zaburzenia psychiczne w wymiarze ogólnym, jeśli wziąć pod uwagę dziesięciolecie 2009-2019, są problemem narastającym. W skali całego kraju nastąpił w tym wymiarze wzrost o 41 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców, w zachodniopomorskim wzrost ten wyniósł 34,9 na 100 tysięcy mieszkańców. Zasięg zjawiska potwierdza również fakt, że spadek (o 0,6, zatem stosunkowo nieznaczny) odnotowano jedynie w województwie podkarpackim. Interesujący jest również przypadek – sąsiadującego z zachodniopomorskim – województwa lubuskiego, gdzie liczebność występowania zaburzeń wynikających z zażywania środków psychoaktywnych jest najwyższa w kraju, przy czym najwyższa jest również dynamika wzrostu. Podobnie sytuacja ma się w drugim, sąsiadującym z Pomorzem Zachodnim, województwie – wielkopolskim, które natężenie zjawiska oraz dynamika jego wzrostu plasują na miejscu przedostatnim. Szczegółowe dane w omawianym zakresie zawarte zostały w poniższej tabeli i następującym po niej wykresie.

Tab. 11. Liczebność osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych ogółem, na 100 tys. mieszkańców – dynamika zmian między 2009 a 2019 rokiem wg województw

	2009	2011	2013	2015	2017	2019	zmiana
Podkarpackie	36,9	36,1	36,8	44,9	46,0	36,3	-0,6
Warmińsko-mazurskie	70,1	54,6	56,6	81,8	79,7	81,8	11,7
Kujawsko-pomorskie	79,3	91,2	103,7	104,9	86,5	97,4	18,1
Lubelskie	68,1	72,4	58,2	161,5	169,0	87,7	19,5
Podlaskie	53,6	42,4	59,5	83,4	81,3	74,3	20,6
Pomorskie	81,6	89,0	76,8	91,2	88,6	111,4	29,7
Dolnośląskie	130,3	111,5	111,3	160,5	157,9	160,7	30,4
Małopolskie	51,9	63,2	68,5	73,5	72,5	86,1	34,2
Zachodniopomorskie	107,0	102,6	105,7	125,3	119,7	142,0	34,9
Opolskie	40,9	57,0	67,1	85,3	73,2	76,1	35,2
Śląskie	65,0	64,4	63,2	96,7	87,3	103,4	38,4
Mazowieckie	129,0	137,9	101,7	98,6	126,4	167,8	38,8
Polska	78,4	81,2	82,1	104,4	110,4	119,4	41,0
Łódzkie	54,1	76,3	64,9	95,0	105,4	111,9	57,9
Świętokrzyskie	38,4	78,6	56,9	96,2	78,5	109,9	71,5
Wielkopolskie	69,4	46,0	90,9	109,9	160,4	162,6	93,2
Lubuskie	90,4	115,3	221,6	199,6	210,0	219,2	128,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 9. Dynamika zmian liczebności osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych ogółem, na 100 tys. mieszkańców – różnica między 2009 a 2019 rokiem wg województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

W wymiarze liczebności przypadków uzależnienia od środków psychoaktywnych, na przestrzeni lat 2009-2019, wystąpiła tendencja wzrostowa. W 2019 roku na Pomorzu Zachodnim odnotowano 1734 takie przypadki (102,2 na 100 tysięcy mieszkańców), natomiast

w skali całego kraju problem dotyczył 36511 osób (95,1 na 100 tysięcy mieszkańców). Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera poniższa tabela i następujące po niej wykresy.

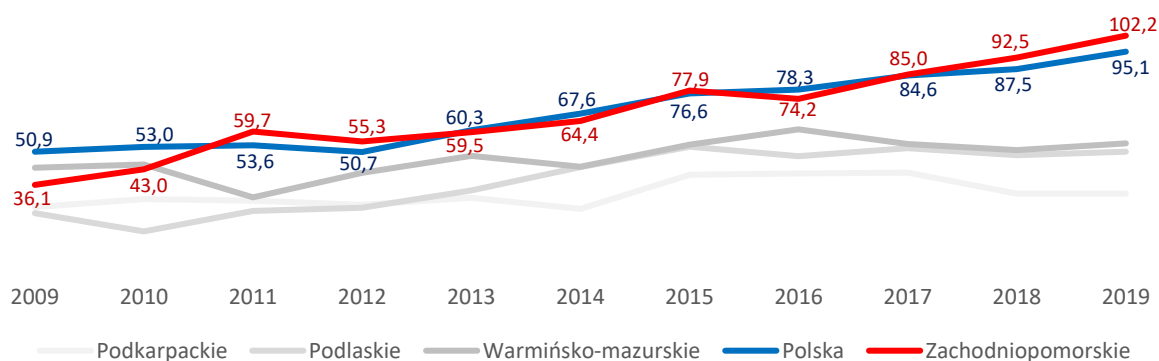
Tab. 12. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny wg województw

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polska	osoby	19410	20411	20644	19519	23227	26030	29428	30110	32509	33600	36511
	na 100 tys.	50.9	53.0	53.6	50.7	60.3	67.6	76.6	78.3	84.6	87.5	95.1
Dolnośląskie	osoby	2755	2426	2766	2601	2815	3243	3623	3466	3783	3583	4008
	na 100 tys.	95.8	83.2	94.8	89.2	96.7	111.5	124.8	119.4	130.3	123.5	138.2
Kujawsko-pomorskie	osoby	1088	1605	1295	1442	1348	1528	1684	1416	1284	1334	1609
	na 100 tys.	52.6	76.5	61.7	68.8	64.4	73.1	80.7	67.9	61.6	64.2	77.6
Lubelskie	osoby	795	1057	1139	1017	1047	1930	1640	1753	1828	2068	1470
	na 100 tys.	36.9	48.5	52.4	47.0	48.6	89.9	76.6	82.2	86.0	97.7	69.7
Lubuskie	osoby	745	372	755	1020	1712	1500	1645	1990	1766	1954	1796
	na 100 tys.	73.8	36.4	73.8	99.7	167.6	147.0	161.6	195.6	173.7	192.6	177.5
Łódzkie	osoby	952	1217	1324	1054	1043	1414	1681	1909	1705	1998	2018
	na 100 tys.	37.5	47.9	52.3	41.7	41.5	56.5	67.4	76.8	68.9	81.0	82.2
Małopolskie	osoby	1326	1623	1616	1767	1881	2003	1992	2019	2068	1946	2009
	na 100 tys.	40.2	48.6	48.3	52.7	56.0	59.5	59.1	59.7	61.0	57.2	58.9
Mazowieckie	osoby	3676	4415	4046	2219	3670	3626	3487	4674	5190	5430	7050
	na 100 tys.	70.4	83.8	76.5	41.9	69.0	68.0	65.2	87.1	96.4	100.5	130.0

Opolskie	osoby	289	389	444	440	512	496	694	602	617	762	673
	na 100 tys.	28.0	38.2	43.8	43.6	51.0	49.6	69.7	60.6	62.3	77.2	68.5
Podkarpackie	osoby	551	634	620	579	646	542	864	875	884	686	684
	na 100 tys.	26.2	29.8	29.1	27.2	30.3	25.5	40.6	41.1	41.5	32.2	32.2
Podlaskie	osoby	280	186	294	311	401	524	630	580	620	581	598
	na 100 tys.	23.5	15.5	24.5	25.9	33.6	44.0	53.0	48.9	52.3	49.2	50.7
Pomorskie	osoby	1504	1482	1293	1042	1380	1503	1780	1585	1777	1962	2096
	na 100 tys.	67.4	65.1	56.6	45.5	60.1	65.3	77.1	68.4	76.5	84.1	89.4
Śląskie	osoby	2161	2154	2314	2131	2354	2455	3572	3206	3346	3668	3826
	na 100 tys.	46.6	46.5	50.0	46.2	51.2	53.5	78.1	70.3	73.6	80.9	84.7
Świętokrzyskie	osoby	244	199	254	383	441	736	915	683	767	854	1142
	na 100 tys.	19.2	15.5	19.9	30.1	34.8	58.3	72.8	54.5	61.5	68.8	92.5
Warmińsko-mazurskie	osoby	624	656	444	602	708	637	776	872	777	735	776
	na 100 tys.	43.7	45.1	30.6	41.5	48.9	44.1	53.9	60.7	54.2	51.4	54.5
Wielkopolskie	osoby	1809	1254	1012	1959	2246	2789	3113	3212	4647	4465	5022
	na 100 tys.	53.1	36.4	29.3	56.6	64.8	80.3	89.6	92.3	133.2	127.8	143.5
Zachodniopomorskie	osoby	611	742	1028	952	1023	1104	1332	1268	1450	1574	1734
	na 100 tys.	36.1	43.0	59.7	55.3	59.5	64.4	77.9	74.2	85.0	92.5	102.2

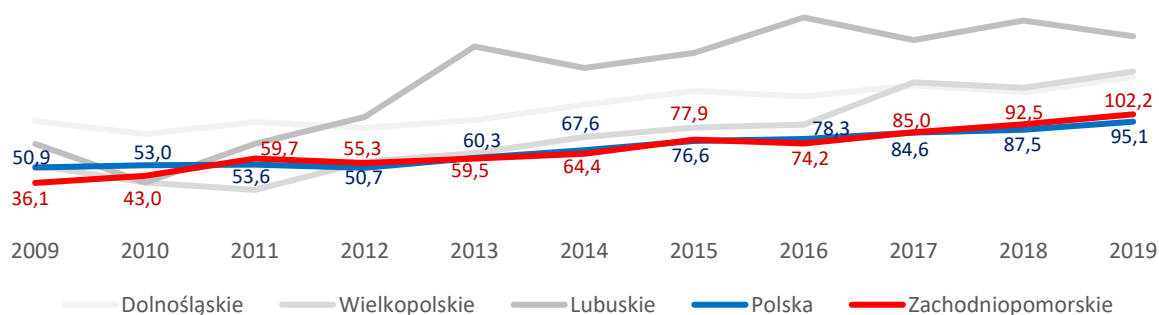
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 10. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najniższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 11. Liczebność zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, na 100 tys. mieszkańców: Zachodniopomorskie na tle województw o najwyższych wskaźnikach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

O ile w zakresie wszystkich zaburzeń spowodowanych zażywaniem środków psychoaktywnych, występuje jedno województwo, w którym – na przestrzeni lat 2009-2019 – nastąpił spadek liczebności odnotowywanych przypadków, to w wymiarze występowania zespołu uzależnienia i zespołu abstynencyjnego wszędzie następują wzrosty. W skali całego kraju liczba przypadków na 100 tysięcy mieszkańców wzrosła o 44,3. W zachodniopomorskim wzrost ten wyniósł 66,1, wyższy odnotowano w województwie świętokrzyskim (73,3), oraz sąsiednich: wielkopolskim (90,3) i lubuskim (103,8).

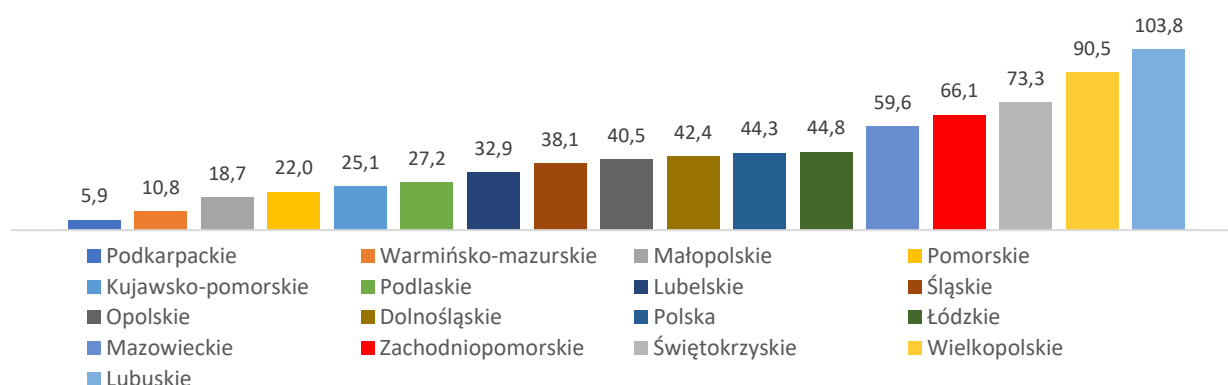
Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera poniższa tabela oraz wykres.

Tab. 13. Liczebność osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych: zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, na 100 tys. mieszkańców – dynamika zmian między 2009 a 2019 rokiem wg województw

	2009	2011	2013	2015	2017	2019	zmiana
Podkarpackie	26,2	29,1	30,3	40,6	41,5	32,2	5,9
Warmińsko-mazurskie	43,7	30,6	48,9	53,9	54,2	54,5	10,8
Małopolskie	40,2	48,3	56,0	59,1	61,0	58,9	18,7
Pomorskie	67,4	56,6	60,1	77,1	76,5	89,4	22,0
Kujawsko-pomorskie	52,6	61,7	64,4	80,7	61,6	77,6	25,1
Podlaskie	23,5	24,5	33,6	53,0	52,3	50,7	27,2
Lubelskie	36,9	52,4	48,6	76,6	86,0	69,7	32,9
Śląskie	46,6	50,0	51,2	78,1	73,6	84,7	38,1
Opolskie	28,0	43,8	51,0	69,7	62,3	68,5	40,5
Dolnośląskie	95,8	94,8	96,7	124,8	130,3	138,2	42,4
Polska	50,9	53,6	60,3	76,6	84,6	95,1	44,3
Łódzkie	37,5	52,3	41,5	67,4	68,9	82,2	44,8
Mazowieckie	70,4	76,5	69,0	65,2	96,4	130,0	59,6
Zachodniopomorskie	36,1	59,7	59,5	77,9	85,0	102,2	66,1
Świętokrzyskie	19,2	19,9	34,8	72,8	61,5	92,5	73,3
Wielkopolskie	53,1	29,3	64,8	89,6	133,2	143,5	90,5
Lubuskie	73,8	73,8	167,6	161,6	173,7	177,5	103,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wykres 12. Dynamika zmian liczebności osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych: zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, na 100 tys. mieszkańców – różnica między 2009 a 2019 rokiem wg województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych (dostęp: 14.02.2022)

Wnioski:

1. Liczebność zaburzeń wynikających ze spożywania alkoholu plasuje województwo zachodniopomorskie na dziewiątej pozycji (wg danych z 2019 roku), a w porównaniu z rokiem 2009 nastąpił nieznaczny spadek liczby takich przypadków.
2. W 2019 roku, liczebność przypadków zespołu uzależnienia od alkoholu plasowała Pomorze Zachodnie na ósmej pozycji wśród wszystkich województw, przy czym w porównaniu z 2009 rokiem odnotowano wzrost liczby takich przypadków. Tu zachodniopomorskie zalicza się do grupy pięciu regionów z rosnącą liczbą uzależnionych.
3. Następuje stały wzrost liczebności przypadków zaburzeń od środków psychoaktywnych innych niż alkohol ogółem. W 2019 roku zachodniopomorskie uplasowało się w tym wymiarze na piątej pozycji wśród regionów z najwyższą liczebnością tego rodzaju zaburzeń. Tendencja rosnąca w tym zakresie występuje we wszystkich województwach.
4. W zakresie wzrostu liczebności uzależnionych od środków psychoaktywnych innych niż alkohol Pomorze Zachodnie w 2019 roku znalazło się na piątej pozycji wśród województw z najwyższym wskaźnikiem tego zjawiska. W tym zakresie w całym kraju obserwowana jest tendencja wzrostowa, a zachodniopomorskie znajduje się wśród województw odnotowujących najwyższe wzrosty.
5. Województwa: lubuskie i wielkopolskie, należą do obszarów o najwyższej liczebności występowania oraz dynamiki wzrostu liczebności zaburzeń (w wymiarze ogólnym oraz w wymiarze zespołu uzależnienia) spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych innych niż alkohol. Jako że są to województwa sąsiednie, należy liczyć się z przenikaniem społecznych wzorców używania omawianych środków na teren Pomorza Zachodniego.
6. Przedstawione dane wtórne obrazują istotne aspekty zjawisk związanych z używaniem substancji o uzależniającym potencjale gromadzonych przez instytucje ochrony zdrowia oraz agregowanych i udostępnianych przez Główny Urząd Statystyczny. W związku z tym posiadają one wysoce zobiektywizowany charakter, przy czym nie uwzględniają wymiaru świadomości oraz postaw związanych z używaniem analizowanych substancji. Dla uzyskania pełnego obrazu opisywanej problematyki, niezbędne jest poszerzenie spektrum zagadnień i płaszczyzn oglądu zjawisk o dane pierwotne, pochodzące z badań terenowych. Badania takie, powinny być realizowane na dużej próbie mieszkańców województwa, najlepiej reprezentatywnej na poziomie gmin (tak, by wyniki badań mogły być wykorzystywane do działań praktycznych, oraz – nade wszystko – aby posiadały walor

porównywalności, a tym samym, stanowiły podstawę systemowego przeciwdziałania problemom związanym z uzależnieniami).

Instrumenty wdrażania oraz podstawy prawne

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r., poz. 2151, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023r., poz. 1939 z późn. zm.) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego odpowiada za koordynację przygotowania Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 – 2026. Zakres i założenia Programu są spójne z aktami prawnymi, programami, strategiami krajowymi, wojewódzkimi i międzynarodowymi.

Analogicznie do przyjętej Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego podmiotem programowania na poziomie regionalnym jest społeczność województwa. W realizację Programu angażowane będą podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, m.in. prawie wszystkie instytucje, urzędy administracji rządowej i samorządowej wszystkich szczebli, agencje, organizacje pozarządowe, ośrodki naukowo-badawcze, instytucje oświaty, kultury, zdrowia i opieki społecznej, a także poszczególni obywatele.

Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2026

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581, z późn. zm.);
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r., poz. 2151, z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023r., poz-1939 z późn. zm.);
4. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1338, z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.);
6. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.);
7. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1718);

8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2024, r. poz.1673);
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz.1214, z późn. zm.);
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, z późn. zm.);
11. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, z późn. zm.);
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz.1461, z późn. zm.);
13. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49, z późn. zm.).

Spójność Programu z krajowymi dokumentami programowymi

Przy tworzeniu Programu uwzględniono kryteria określone w krajowych programach, które określają kierunki i sposoby działania. Warto podkreślić, że Program został przygotowany głównie w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026 (Dz. U. z 2021 r., poz. 642, z późn. zm.) i odnosi się do wykazu zadań z NPZ służących realizacji celu operacyjnego nr 2 NPZ, tj. Profilaktyka uzależnień. NPZ jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Celem strategicznym NPZ na lata 2021–2026 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Jego częścią jest profilaktyka uzależnień, a wśród realizatorów zadań wskazane są jednostki samorządu terytorialnego.

Warto nadmienić, że Narodowy Program Zdrowia wprowadził zasadnicze zmiany jeżeli chodzi o tematykę uzależnień, która została ujęta w szerszym kontekście zdrowia publicznego. Wcześniej działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii były określane w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii (ostatni program obejmował lata 2011 – 2016), który w obecnej nowej formie stanowi część NPZ.

Inne uwzględnione w Programie programy krajowe to:

- 1) Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie;
- 2) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;

Natomiast dokumenty międzynarodowe odnoszące się do problemów uzależnień to:

- 1) Strategia UE w dziedzinie narkotyków na lata 2021–2025 oraz Plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2021–2025;
- 2) Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ogłoszona 24 października 2006 r.;

3) Globalna Strategia Redukująca Szkodliwe Spożywanie Alkoholu – dokument WHO przyjęty 21 maja 2010 r. podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego zapewni realizację Programu, udzielając merytorycznego i organizacyjnego wsparcia samorządom gminnym oraz instytucjom i organizacjom pozarządowym, jak również samopomocowym działającym na terenie województwa, specjalizującym się w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. W realizacji poszczególnych zadań Programu pod uwagę brane będą organizacje pozarządowe, które dobrze znają lokalne problemy i potrzeby konkretnych grup, jak też dysponują odpowiednią, wykwalifikowaną kadrą, która w sposób rzetelny i kompetentny będzie realizować zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom.

Cel główny i cele operacyjne Programu

Cel główny

Ograniczenie skali problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi

Cel operacyjny 1.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat skali używania substancji psychoaktywnych oraz problemów uzależnień

- 1.1. Monitorowanie problemów uzależnień we współpracy z różnymi podmiotami;
- 1.2. Realizacja badań ilościowych i jakościowych w różnych grupach społecznych;
- 1.3. Współpraca na rzecz rozwoju konsolidacji monitoringu wojewódzkiego i monitoringów lokalnych;
- 1.4. Gromadzenie i udostępnianie publikacji, raportów, analiz na temat uzależnień.

Wskaźniki

- a. liczba opracowań dotyczących epidemiologii uzależnień (raporty, publikacje, inne opracowania),
- b. liczba przeprowadzonych i zleconych badań,
- c. liczba działań i przedsięwzięć podjętych na rzecz konsolidacji monitoringu wojewódzkiego i monitoringów lokalnych,
- d. liczba publikacji, raportów, analiz na temat uzależnień.

Cel operacyjny 2.

Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności wśród mieszkańców województwa oraz zwiększenie umiejętności osób pracujących w obszarze uzależnień

- 2.1. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych na temat zagrożeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych;
- 2.2. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin;
- 2.3. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w zakresie używania substancji psychoaktywnych i możliwości przeciwdziałania przemocy domowej;

- 2.4. Opracowanie i upowszechnianie materiałów edukacyjno-informacyjnych;
- 2.5. Doskonalenie kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze uzależnień;
- 2.6. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych kierowanych do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST.

Wskaźniki

- a. liczba odbiorców,
- b. liczba działań informacyjnych, profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych,
- c. liczba działań edukacyjnych, szkoleń oraz liczba uczestników,
- d. kwota dotacji z budżetu Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów.

Cel operacyjny 3.

Zwiększenie dostępności do działań profilaktycznych

- 3.1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktycznych o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w tym programów rekomendowanych, będących w bazie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (<https://programyrekomendowane.pl>);
- 3.2. Wdrażanie i upowszechnianie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców.

Wskaźniki

- a. liczba działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki uzależnień,
- b. liczba odbiorców,
- c. liczba podmiotów, które otrzymały dofinansowanie,
- d. liczba wdrożonych programów profilaktyki uzależnień,
- e. liczba zrealizowanych programów profilaktyki uzależnień,
- f. kwota dotacji z budżetu Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów.

Cel operacyjny 4.

Zmniejszenie skali problemu uzależnień oraz związanych z nimi szkód zdrowotnych i społecznych

- 4.1. Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych;

- 4.2. Wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
- 4.3. Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
- 4.4. Wspieranie działalności środowisk abstynenckich;
- 4.5. Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów;
- 4.6. Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy domowej w zakresie używania substancji psychoaktywnych.
- 4.7. Zwiększenie dostępności do terapii dla osób uzależnionych i współuzależnionych.

Wskaźniki

- a. liczba i rodzaj programów redukcji szkód, które otrzymały wsparcie,
- b. liczba i rodzaj programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- c. liczba i rodzaj działań ukierunkowanych na aktywizację zawodową i społeczną osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- d. liczba i rodzaj działań wspierających środowiska abstynenckie,
- e. rodzaj i dostępność pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów,
- f. dostępność i formy pomocy dla osób doznających przemocy domowej w zakresie używania substancji psychoaktywnych,
- g. liczba dofinansowanych podmiotów,
- h. kwota dotacji z budżetu Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów.

Cel operacyjny 5.

Zmniejszenie skali problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi

- 5.1. Monitorowanie i badanie problematyki uzależnień behawioralnych;
- 5.2. Działania edukacyjne w zakresie uzależnień behawioralnych;
- 5.3. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktycznych o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w tym programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;
- 5.4. Doskonalenie kompetencji i umiejętności osób pracujących w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym;
- 5.5. Gromadzenie, opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym;

- 5.6. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi oraz ich rodzin;
- 5.7. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych kierowanych do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST.

Wskaźniki

- a. liczba i rodzaj przeprowadzonych badań,
- b. liczba wdrażanych programów profilaktyki uzależnień behawioralnych,
- c. liczba zrealizowanych programów profilaktyki uzależnień behawioralnych,
- d. rodzaj działań podnoszących kompetencje i umiejętności osób pracujących w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym,
- e. liczba i rodzaj działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym,
- f. liczba dofinansowanych podmiotów,
- g. kwota dotacji z budżetu Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów.

Cel operacyjny 6.

Zapewnienie dostępności i odpowiednich warunków leczenia uzależnień

- 6.1. Poprawa stanu infrastruktury Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia.
- 6.2. Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia odwykowego.

Wskaźniki

- a. Liczba podmiotów leczenia odwykowego z ulepszoną infrastrukturą,
- b. Liczba i rodzaje zrealizowanych działań inwestycyjnych (remontów, modernizacji, wyposażenia),
- c. kwota dotacji z budżetu Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na dofinansowane realizacji projektów.