

**AKADEMIA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ  
im. Marii Grzegorzewskiej**

Agnieszka Kos

Rozprawa doktorska na temat:

**Zasoby osobiste osób uzależnionych od opioidów  
w trakcie leczenia substytucyjnego**

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem:

**Promotor**

dr hab. Agnieszka Lewicka-Zelent, prof. UMCS

***Promotor pomocniczy***

dr Ewa Grudziewska

Warszawa, 2023

Agnieszka Kos

.....  
imię (*imiona*) i nazwisko  
autora rozprawy doktorskiej

### OŚWIADCZENIE

- I. Świadom(a) odpowiedzialności prawnej oświadczam, że złożona rozprawa doktorska na temat „Zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego” została przygotowana przeze mnie przy wykorzystaniu wykazanej w tej rozprawie literatury przedmiotu i materiałów źródłowych.
- II. Oświadczam jednocześnie, że rozprawa ta nie narusza praw autorskich, dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym oraz nie zawiera informacji i danych uzyskanych w sposób niedozwolony prawem i nie była dotychczas przedmiotem żadnej procedury, związanej z uzyskaniem dyplomów lub tytułów zawodowych uczelni wyższej.
- III. Oświadczam ponadto, że niniejsza wersja rozprawy doktorskiej jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.
- IV. Wyrażam zgodę na udostępnianie egzemplarza mojej rozprawy doktorskiej w czytelni Biblioteki Głównej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.

Data .....  
Czytelny własnoręczny podpis autora rozprawy

---

### Oświadczenie promotora rozprawy:

Niniejsza rozprawa jest gotowa do oceny przez recenzentów.

Data .....  
Czytelny własnoręczny podpis promotora rozprawy

## Streszczenie rozprawy doktorskiej

Imiona i nazwisko autora rozprawy: Agnieszka Kos

Stopień / tytuł naukowy oraz imiona i nazwisko promotora rozprawy:

dr hab. Agnieszka Lewicka-Zelent, prof. UMCS

Stopień / tytuł naukowy oraz imiona i nazwisko promotora pomocniczego / kopromotora:

dr Ewa Grudziewska

Temat rozprawy doktorskiej: Zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego

Słowa kluczowe (max. 10): zasoby osobiste, wsparcie społeczne, uzależnienie od opioidów, substancje psychoaktywne, leczenie substytucyjne

### Streszczenie

Dotychczasowa problematyka uzależnień od substancji psychoaktywnych koncentruje się głównie na przyczynach rozwoju uzależnienia, deficytach osoby uzależnionej oraz niedostatkach tkwiących w jej otoczeniu, z podkreśleniem ich znaczenia dla przebiegu i efektów leczenia. Biorąc pod uwagę powyższe, niniejsze badania ułożono w nurcie psychologii pozytywnej, a przedmiotem zainteresowania uczyniono zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego.

Celem dysertacji doktorskiej jest rozpoznanie zasobów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego w wymiarach: samooceny, poczucia własnej skuteczności i natężenia wsparcia społecznego.

Zagadnienie to uczyniono przedmiotem podjętych badań naukowych, gdyż w Polsce dotychczas nie przeprowadzono analiz w tym obszarze.

Na realizację badań uzyskano pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (nr 132/2023).

Rozprawa doktorska składa się z siedmiu rozdziałów. Dysertację otwiera teoretyczne wprowadzenie w podejmowaną problematykę.

W rozdziale pierwszym dokonano przeglądu teorii związanych z czynnikami warunkującymi rozwój uzależnienia od substancji psychoaktywnych (w tym opioidów) i kryteriów diagnostycznych uzależnienia. Przedstawiono dane na temat rozpowszechnienia używania opioidów w Polsce oraz dokonano charakterystyki szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych używaniem opioidów.

Rozdział drugi stanowi charakterystyka modelu leczenia osób uzależnionych od opioidów w Polsce, w tym podtrzymującego leczenia substytucyjnego.

W rozdziale trzecim omówiono wybrane zasoby osobiste, w tym samoocenę, uogólnione poczucie skuteczności oraz wsparcie społeczne.

W rozdziale czwartym przedstawiono założenia metodologiczne. Wskazano cel i zakres badań, sformułowano problemy i hipotezy badawcze. Szczegółowo zaprezentowano metody i techniki badawcze.

Rozdział piąty, szósty i siódmy odnosi się do wyników przeprowadzonych badań. Udzielono odpowiedzi na postawione pytania oraz zweryfikowano postawione hipotezy badawcze.

Badania empiryczne zostały opisane i przedstawione graficznie za pomocą tabel i wykresów.

W zakończeniu dysertacji podsumowano wyniki opracowanego materiału empirycznego, których interpretacja pozwoliła na sformułowanie wniosków końcowych.

Do pracy dołączono również bibliografię, spis tabel, wykresów i rycin oraz aneks zawierający autorskie narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz do analizy dokumentów.

## **Summary of the Ph.D. Thesis**

Name of the author of the thesis: Agnieszka Kos

Academic title of the doctoral supervisor of the thesis:

dr hab. Agnieszka Lewicka-Zelent, prof. UMCS

Name of the auxiliary promoter: dr Ewa Grudziewska

The title of the thesis: Resources of people addicted to opioids in substitution treatment

Key words phrases: personal resources, social support, opioid addiction, psychoactive substances, substitution treatment

## **Abstract**

The current scientific analysis of the issue of addiction to psychoactive substances focuses mainly on the causes of addiction development, the deficits of the addicted person and the deficiencies in his or her environment, emphasizing their importance for the course and effects of treatment. Taking into account the above, this research was placed in a positive direction, and the subject of interest was the resources of people addicted to opioids undergoing substitution treatment.

The aim of the doctoral dissertation is to identify the resources of opioid addicts during substitution treatment in the following dimensions: self-esteem, self-efficacy and the intensity of social support.

This issue was the subject of scientific research, because no analyzes in this area have been carried out in Poland so far.

A positive opinion was obtained for the implementation of the research from the Ethics Committee at the Academy of Special Education in Warsaw (no. 132/2023).

The doctoral dissertation consists of seven chapters. The dissertation opens with a theoretical introduction to the issues discussed.

The first chapter reviews theories related to the factors determining the development of addiction to psychoactive substances (including opioids) and the diagnostic criteria of

addiction. Data on the prevalence of opioid use in Poland were presented and the health and social harm caused by the use of opioids was characterized.

The second chapter is a description of the treatment model for opioid addicts in Poland, including supportive substitution treatment.

The third chapter discusses selected personal resources, including self-esteem, generalized sense of efficacy and social support.

The fourth chapter presents the methodological assumptions. The purpose and scope of the research were indicated as well as problems and research hypotheses were formulated. Research methods and techniques were presented in detail.

Chapter five, six and seven refer to the results of the research conducted. The questions were answered and the research hypotheses were verified.

The empirical studies were described and presented graphically using tables and charts.

At the end of the dissertation, the results of the developed empirical material were summarized, the interpretation of which allowed for the formulation of final conclusions.

This dissertation also includes a bibliography, a list of tables, charts and figures, and an annex containing original research tools: a survey questionnaire and a document analysis questionnaire.

## **Spis treści**

Wykaz skrótów ..... 10

Wstęp..... 12

## **Rozdział 1**

**Wprowadzenie w problematykę przedmiotu badań** ..... 15

1.1. Pojęcie i kryteria diagnostyczne uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym opioidów..... 15

1.2. Przegląd teorii wyjaśniających uzależnienie od narkotyków, w tym opioidów..... 22

1.3. Rozpowszechnienie używania opioidów w Polsce ..... 26

1.4. Szkody zdrowotne i społeczne spowodowane używaniem opioidów ..... 28

## **Rozdział 2**

**Formy pomocy osobom uzależnionym od opioidów w Polsce** ..... 32

2.1. Oddziały detoksykacyjne ..... 34

2.2. Placówki leczenia ambulatoryjnego ..... 35

2.3. Placówki leczenia stacjonarnego ..... 35

2.4. Grupy wsparcia ..... 38

2.5. Postrehabilitacja ..... 39

2.6. Leczenie substytucyjne - prolegomena ..... 40

2.6.1. Farmakoterapia w leczeniu substytucyjnym ..... 44

2.6.2. Skuteczność podtrzymującego leczenia substytucyjnego ..... 49

## **Rozdział 3**

**Wybrane zasoby osobiste w ujęciu interdyscyplinarnym**..... 53

3.1. Zasoby – analiza pojęcia ..... 53

3.2. Charakterystyka wybranych zasobów osobistych..... 56

3.2.1. Samoocena ..... 56

3.2.2. Poczucie własnej skuteczności ..... 60

3.2.3. Wsparcie społeczne ..... 64

## **Rozdział 4**

<b>Podstawy metodologii badań własnych .....</b>	<b>70</b>
4.1. Przedmiot i cel badań .....	71
4.2. Problemy i hipotezy badawcze.....	72
4.3. Zmienne i ich operacjonalizacja.....	75
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	78
4.5. Przebieg i organizacja badań.....	83
4.6. Zastosowane analizy statystyczne .....	92

## **Rozdział 5**

<b>Zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego (n=224)....</b>	<b>93</b>
5.1. Charakterystyka społeczno–demograficzna badanych osób .....	93
5.2. Analiza wyników badań realizowanych w województwie mazowieckim i śląskim.....	103
5.2.1. Używanie substancji psychoaktywnych.....	103
5.2.2. Podtrzymujące leczenie substytucyjne .....	121
5.2.3. Samoocena i poczucie własnej skuteczności .....	143
5.2.4. Wsparcie społeczne osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego.....	146
5.2.4.1. Rodzina pochodzenia .....	147
5.2.4.2. Rodzina prokreacyjna i związki partnerskie .....	156
5.2.4.3. Pozarodzinne źródła wsparcia .....	162
5.3. Podsumowanie .....	172

## **Rozdział 6**

<b>Wyniki i analiza danych z długości leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów do 5 lat i powyżej 5 lat (n=224) .....</b>	<b>177</b>
6.1. Charakterystyka badanych osób uzależnionych.....	177
6.2. Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych przez badane osoby .....	187
6.3. Leczenie substytucyjne badanych osób.....	205
6.4. Samoocena i poczucie własnej skuteczności badanych osób.....	226



6.5. Wsparcie udzielane badanym osobom uzależnionym w trakcie leczenia substytucyjnego .....	229
6.5.1. Rodzina generacyjna badanych osób .....	229
6.5.2. Rodzina prokreacyjna i związki pozamałżeńskie badanych osób.....	238
6.5.3. Środowisko pozarodzinne badanych osób .....	243
6.6. Podsumowanie .....	252

## **Rozdział 7**

### **Zasoby osobiste w grupie osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego na terenie województwa mazowieckiego (n=10) .....**

7.1. Charakterystyka badanych osób.....	257
7.2. Analiza dokumentacji medycznej .....	265
7.2.1. Przebieg uzależnienia i leczenia substytucyjnego.....	265
7.3. Poziom samooceny.....	273
7.4. Poziom poczucia własnej skuteczności.....	276
7.5. Nasilenie postrzeganego wsparcia społecznego.....	279
7.6. Podsumowanie .....	284

### **Zakończenie i wnioski .....**

### **Bibliografia.....**

### **Spis tabel .....**

### **Aneks.....**

### **Załącznik 1 – Autorski kwestionariusz ankiety dla osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w leczeniu substytucyjnym**

### **Załącznik 2 – Kwestionariusz do analizy dokumentów konstrukcji własnej**

## Wykaz skrótów

WHO – World Health Organisation; Światowa Organizacja Zdrowia

ICD 10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICD 10; Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych  
ICD 10

DSM 5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition; Kryteria  
Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych DSM 5

APA- American Psychiatric Association; Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne

UON – ośrodkowy układ nerwowy

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction; Europejskie Centrum  
Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

HIV – Human Immunodeficiency Virus; ludzki wirus niedoboru odporności

HCV – Hepatitis C Virus; wirus zapalenia wątroby typu C

HBV – Hepatitis B Virus; wirus zapalenia wątroby typu B

NAS - Neonatal Abstinence Syndrome; noworodkowy zespół abstynencyjny

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime; Biuro Narodów Zjednoczonych  
ds. Narkotyków i Przestępczości

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KGP – Komenda Główna Policji

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

EWS - Early Warning System; Europejski System Wczesnego Ostrzegania o Nowych  
Substancjach Psychoaktywnych

ZOZ – Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

NZOZ – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

UP – Urząd Pracy

ONDCP - The Office of National Drug Control Policy; Narodowe Biuro Kontroli Narkotyków

DEA - Drug Enforcement Agency; Agencja ds. Kontroli Leków

ISEL - Interpersonal Support Evaluation List; Skala Oceny Wsparcia Społecznego

SES - Rosenberg Self-Esteem Scale; Skala Samooceny Rosenberga

GSES - Generalized Self-Efficacy Scale; Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences; oprogramowanie do statystycznej analizy  
danych dla nauk społecznych

CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

THC – tetrahydrokannabinol

„Każdy ma prawo do szczęścia i swego miejsca w społeczeństwie”

Maria Grzegorzewska

## Wstęp

Człowiek jest istotą społeczną, w związku z czym funkcjonowanie społeczne wydaje się być jednym z najważniejszych obszarów jego egzystencji. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń Działania i Uczestnictwa termin funkcjonowanie odnosi się do aktywności człowieka na trzech płaszczyznach: biologicznej, osobistej (*personal activities*) i społecznej (*participation in society*) (Kiwerski, 2005).

W psychologii funkcjonowanie człowieka rozpatruje się w jego relacjach z otoczeniem, jako interaktywny proces. Przedstawiciele podejścia socjologicznego natomiast określają rolę społeczną, jako system stałych zachowań jednostki, zgodnych z wzorami społecznymi, regułami i normami powszechnie obowiązującymi. W takim podejściu rola społeczna jest funkcją uczestnictwa jednostki w życiu społecznym, określoną przez układ odniesienia, do którego jednostka należy. Tym układem może być rodzina, znajomi, przyjaciele i otoczenie zawodowe (Szmatka, 1974).

Funkcjonowanie społeczne obejmuje wiele dziedzin życia, między innymi relacje z rodziną pierwotną i prokreacyjną, pracę zawodową, kontakty towarzyskie, jak również samodzielność w zaspokajaniu potrzeb życiowych. Przyjmuje się, że termin funkcjonowanie społeczne oznacza każdą formę uczestnictwa jednostki w dowolnym jej społecznym układzie odniesienia (Rymaszewska, Dobrzyńska, Kiejna, 2006).

Przyjmowanie środków psychoaktywnych wpływa na zachowanie człowieka, a tym samym na jego funkcjonowanie społeczne. Uzależnienie od narkotyków można określić ogólnie, jako ciąg powtarzających się zdarzeń, które zaburzają społeczną, psychologiczną oraz biologiczną równowagę człowieka (Pużyński, Wciórka, 2000). Zaburzenia zachowania społecznego związane z używaniem substancji psychoaktywnych polegają na zafałszowaniu w wymianie informacji i interakcji człowieka z szeroko rozumianym środowiskiem społecznym. Dodatkowo funkcjonowanie człowieka zażywającego środki psychoaktywne podlega ocenie społecznej, etycznej i prawnej (Jędrzejko, Kowalski, 2016).

Z danych pochodzących z raportu *Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostęp do Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej* (EZOP Polska) wynika, że liczba konsumentów narkotyków w Polsce dotyczy powyżej 300 tysięcy osób. Kryteria nadużywania spełnia blisko

100 tysięcy osób, z czego połowę stanowią osoby uzależnione (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012). Powyższe wyniki są spójne z badaniami zrealizowanymi przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii w 2010 roku, w których liczbę problemowych użytkowników narkotyków oszacowano na 56 -103 tysiące, z czego 11-18 tysięcy, to problemowi użytkownicy opioidów (Sierosławski, Malczewski, Misiurek, Strzelecka, Jędruszak, Leszczyńska, 2015). Dodatkowo, podobnie jak w wielu innych krajach, także i w Polsce mamy do czynienia z politoksykomanią – czyli zażywaniem kilku różnych substancji psychoaktywnych jednocześnie lub naprzemiennie (Hołyst, 1996, Jabłoński, 2012). Właśnie takim osobom – uzależnionym od substancji psychoaktywnych poświęcona jest niniejsza rozprawa naukowa. Zaznaczyć jednak należy, że nie dotyczy ona wszystkich użytkowników narkotyków. Tematyka dysertacji koncentruje się jedynie wokół pewnej jej szczególnej części, mianowicie osób, które podjęły próbę pokonania uzależnienia od opioidów poprzez uczestnictwo w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym. Inspiracją do podjęcia tematu były osobiste doświadczenia autorki badań, pochodzące z ponad 15-letniej praktyki terapeutycznej z osobami uzależnionymi, także uczestnikami terapii substytucyjnej.

W Polsce nadal głównym celem w procesie leczenia uzależnień od narkotyków jest osiągnięcie stanu abstynencji. Natomiast w ogóle nie poświęca się uwagi zasobom psychospołecznym osób uzależnionych od opioidów, jako czynnikom warunkującym udział w leczeniu i jego skuteczność. Wobec powyższego, zasadniczym celem dysertacji jest poznanie zasobów osobistych osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego. Wątek ten wpłynął zarówno na dobór próby badawczej (którą stanowią uczestnicy programów leczenia substytucyjnego), jak i na konstrukcję pracy, podzielonej na siedem rozdziałów.

Pierwszy, drugi i trzeci rozdział mają charakter teoretyczny. W rozdziale pierwszym przytoczono informacje na temat istoty uzależnienia od substancji psychoaktywnych (w tym opioidów) z uwzględnieniem diagnostyki, symptomatologii oraz destrukcyjnego wpływu opioidów na somatykę i psychikę człowieka.

W rozdziale drugim przeanalizowano formy pomocy świadczone osobom uzależnionym od opioidów z uwzględnieniem leczenia substytucyjnego, biorąc pod uwagę leki stosowane w podtrzymującej terapii substytucyjnej oraz efektywność leczenia substytucyjnego.

W rozdziale trzecim przedstawiono kategorie zasobów osobistych sprzyjających radzeniu sobie z sytuacją trudną, jaką niewątpliwie jest uzależnienie.

W rozdziale czwartym pracy zaprezentowano cel, problemy badawcze i metody badań własnych. Opisano przebieg eksploracji i metody analizy uzyskanych danych.

Rozdział piąty, szósty i siódmy mają charakter empiryczny. Scharakteryzowano w nich osoby badane w odniesieniu do ich danych społeczno – demograficznych. Dokonano prezentacji wyników z badań, dotyczących poziomu samooceny i uogólnionego poczucia własnej skuteczności, uzyskiwanego wsparcia społecznego w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym oraz subiektywnej oceny podtrzymującego leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów.

W zakończeniu zweryfikowano hipotezy robocze i sformułowano wnioski praktyczne.

## Rozdział 1

### Wprowadzenie w problematykę przedmiotu badań

Mechanizm powstawania uzależnień od wszystkich substancji psychoaktywnych ma podłoże psychospołeczne i neurobiologiczne. Istnieje wiele szczegółowych teorii wyjaśniających bardzo różnorodne i złożone zarazem ich przyczyny (Woronowicz, 2009; Wojnar, Brower, 2010).

W pierwszym rozdziale pracy przedstawiono teoretyczne zagadnienia dotyczące uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym od opioidów. Przybliżono kwestie terminologiczne związane z pojęciem i kryteriami diagnostycznymi uzależnienia (punkt 1.1); zaprezentowano dotychczasowe teorie wyjaśniające uzależnienie od narkotyków (punkt 1.2), przedstawiono dane statyczne dotyczące rozpowszechniania używania opioidów w Polsce (punkt 1.3) oraz dokonano charakterystyki konsekwencji zdrowotnych i społecznych spowodowanych używaniem opioidów (punkt 1.4).

#### **1.1. Pojęcie i kryteria diagnostyczne uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym opioidów**

Przegląd literatury pozwala na stwierdzenie istnienia wielu różnych podziałów substancji psychoaktywnych. Podziały te dokonywane są zarówno ze względu na pochodzenie tych substancji, jak i sposób oddziaływania na centralny i ośrodkowy układ nerwowy (Jędrzejko, Kowalewska, 2008). Z uwagi na to, że nie jest możliwe zaprezentowanie wszystkich klasyfikacji, w pracy przedstawiono najpopularniejszy podział substancji psychoaktywnych opisany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*). Klasyfikacja ta dokonuje podziału zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych przyjmowaniem następujących substancji psychoaktywnych: alkoholu, opiatów, kanabinoli, leków uspokajających i nasennych, kokainy, innych niż kokaina substancji stymulujących w tym kofeiny, substancji halucynogennych, tytoniu, lotnych rozpuszczalników oraz używaniem kilku substancji psychoaktywnych lub innych substancji niż te wyżej wymienione (WHO, 1992).

Pojęcia opioidy i opiaty – w literaturze przedmiotu używane są niekiedy zamiennie. Najczęściej jednak terminem „opioidy” określa się wszystkie substancje psychoaktywne, które działają na receptory opioidowe ( $\mu$  (*mi*),  $\kappa$  (*kappa*),  $\delta$  (*delta*)), występujące w ośrodkowym układzie nerwowym. Z kolei termin „opiaty” dotyczy wszystkich grup opioidów pochodzenia

naturalnego, czyli izolowanych z maku *Papaver somniferum*. Wobec powyższego, termin „opioidy” jest w swoim zakresie znacznie szerszy (Szukalski, 2012).

W Polsce osoby uzależnione od opiatów, przez blisko 35 lat zażywały narkotyki wyrabiane na początku z makówek, a następnie po zmianach w ustawodawstwie i zaostrzeniu przepisów, ze słomy makowej. Powstałe w ten sposób opiaty określano terminem „kompot” lub „polska heroina”. W związku ze zmianami na rynku narkotykowym pod koniec XX wieku zaczęto w Polsce stosować bardziej oczyszczone preparaty heroiny, głównie *brown sugar* (Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Habrat, 2007).

Opioidy mogą być zażywane na różne sposoby: doustnie, dożylnie lub palone. Najpopularniejszą formą pozostaje jednak przyjmowanie drogą dożylną, które daje intensywniejsze, choć krótkotrwałe uczucie przyjemności (Puri, Treasaden, 2014).

Opioidy niwelują uczucie bólu, powodując uczucie odprężenia i euforii. U osoby zażywającej opioidy „charakterystyczny jest wygląd oczu – zwężone źrenice (szpileczkowate), szkliste oczy, opadające powieki, źrenice słabo reagują na światło” (Jędrzejko, 2015, s. 82). Odstawienie opioidów wiąże się z występowaniem nieprzyjemnych objawów abstynencyjnych: mdłości, torsji, drgawek, zaburzeń żołądkowo-jelitowych (ból brzucha, biegunka), piloerekcji, poczucia lęku i przygnębienia oraz głodu narkotykowego, jak również podwyższonego ciśnienia tętniczego lub hipotonii (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Swift, Leggio, 2018; Wojnar, 2018a). Objawy pojawiają się zazwyczaj do 12 godzin od momentu ostatniego zażycia opioidów i ustępują najczęściej w ciągu 7-10 dni (Kleber, 1998; Teesson, Degenhardt, Hall, 2005).

Uzależnienie oraz używanie szkodliwe substancji psychoaktywnych definiuje się niezależnie od rodzaju przyjmowanego środka odurzającego. W celu rzetelnej identyfikacji uzależnienia stworzono dwa główne systemy diagnostyczne – ICD-10 oraz DSM-5.

Klasyfikacja ICD-10 ogłoszona w 1992 roku przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organisation – WHO*) definiuje uzależnienie jako kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, którego głównym objawem jest pragnienie (głód) przyjmowania środka psychoaktywnego (WHO, 1992).

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10, zespół uzależnienia od opioidów stwierdza się w sytuacji występowania trzech lub więcej objawów występujących łącznie w ciągu ostatniego roku. Objawy, które składają się na zespół uzależnienia to:

- a) potrzeba zażywania opioidów, mająca charakter przymusu;
- b) obniżona zdolność kontrolowania ilości i częstotliwości zażywanych opioidów;



- c) zespół abstynencyjny występujący po całkowitej lub częściowej redukcji zażywanych opioidów;
- d) stwierdzona tolerancja na opioidy, czyli potrzeba zażywania większych dawek narkotyku w celu uzyskania tego samego efektu odurzenia;
- e) zwiększenie ilości czasu na zdobywanie i zażywanie opioidów, kosztem innych zajęć;
- f) używanie opioidów, mimo świadomości o szkodliwości ich zażywania (WHO, 1992).

ICD-10 różnicuje uzależnienie od używania szkodliwego, które w przypadku opioidów oznacza taki sposób ich zażywania, który powoduje wyraźne szkody zdrowotne (somatyczne lub/i psychiczne) (WHO, 1992).

Z dniem 1 stycznia 2022 oficjalnie zaczęła obowiązywać w Europie klasyfikacja ICD-11. Proces wdrażania ICD-11 potrwa w Polsce co najmniej do 2025 lub nawet do 2026 roku. W tym okresie w praktyce medycznej stosowana będzie wyłącznie klasyfikacja ICD-10. Warto nadmienić, że w ICD-11 poza zmianami w kodach odnoszących się do konkretnych zaburzeń psychicznych, wprowadzono również grupę zaburzeń: „*zaburzenia spowodowane używaniem substancji*” (odpowiadającą grupie zaburzeń określonych w ICD-10 jako „*zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych*”). Ponadto innowacją jest uwzględnienie w ICD-11 zaburzeń związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, tj. syntetycznych kanabinoidów, metamfetaminy, metylokatynonu, syntetycznych katynonów, 3,4-metylenodioksymetamfetaminy (MDMA) i pochodnych, ketaminy, fencyklidyny (PCP) oraz innych substancji, które nie mają właściwości psychoaktywnych (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017; Krawczyk, Świącicki, 2020, Gałecki, Szulc, 2023).

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*) opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association – APA*) i opublikowana w 2013 roku różnicuje trzy podstawowe typy zaburzeń związane z opioidami: zatrucie substancją, odstawienie substancji oraz zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnej, które we wcześniejszych edycjach klasyfikacji określano jako uzależnienie.

Zatrucie w klasyfikacji DSM-5 definiowane jest jako ostry stan kliniczny, spowodowany nadużywaniem opioidów.

Odstawienie określa zbiór objawów specyficznych dla opioidów, który ma miejsce w sytuacji, gdy osoba często zażywająca je przestaje to robić lub ogranicza dawkę.

Z kolei zaburzenia związane z używaniem opioidów, diagnozowane są jako problematyczny wzorzec ich używania, prowadzący do klinicznie znaczącego upośledzenia funkcjonowania lub cierpienia (APA, 2013).

W klasyfikacji DSM-5 wyodrębniono kryteria pozwalające zdiagnozować zaburzenia związane z używaniem opioidów, wyrażające się przez co najmniej dwa z poniższych objawów, występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- 1) przyjmowanie opioidów w dużych ilościach lub w czasie dłuższym od zamierzonego;
- 2) niemożność zaprzestania lub kontroli używania opioidów;
- 3) poświęcanie dużej ilości czasu na czynności dotyczące używania opioidów lub łagodzenia skutków ich działania;
- 4) pragnienie, silna potrzeba lub przymus zażywania opioidów;
- 5) trudności w wypełnianiu obowiązków dnia codziennego (domowych, szkolnych, zawodowych) z powodu używania opioidów;
- 6) przyjmowanie opioidów, pomimo wystąpienia szkód społecznych i problemów w relacjach interpersonalnych na skutek ich użytkowania;
- 7) ograniczanie lub porzucenie ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub związanych z odpoczynkiem z powodu używania opioidów;
- 8) kontynuowanie zażywania opioidów w sytuacjach zagrażających zdrowiu fizycznemu;
- 9) kontynuowanie zażywania opioidów pomimo doświadczanych z tego powodu problemów natury fizycznej i psychicznej;
- 10) wystąpienie zjawiska tolerancji na opioidy:
  - a) potrzeba zażywania większych dawek opioidów, w celu osiągnięcia stanu odurzenia lub pożądanego efektu;
  - b) osłabiony efekt działania przyjmowanej dotychczas dawki opioidów;
- 11) pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego w przypadku odstawienia opioidów
  - a) charakterystycznego dla opioidów;
  - b) przyjmowanie opioidów lub podobnie działającego narkotyku w celu zmniejszenia bądź uniknięcia objawów odstawienia (APA, 2013).

W klasyfikacji DSM-5 w zależności od występowania liczby objawów wyróżnia się stopnie nasilenia uzależnienia od opioidów:

- a) łagodny (2-3 objawy),
- b) umiarkowany (4-5 objawów),
- c) ciężki (6 i więcej objawów) (APA, 2013).

Porównując klasyfikację ICD-10 stosowaną w Europie i amerykańską DSM-5 w zakresie diagnostyki uzależnienia od substancji psychoaktywnych można dostrzec wiele podobieństw. Przy czym zdaniem autorki badań, amerykański termin dotyczący zażywania substancji psychoaktywnych jest nieco szerszy, niż europejski - zawiera więcej subtelnych aspektów diagnostycznych, przyczyniając się tym samym do lepszego zrozumienia mechanizmów uzależnienia.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2023 poz. 1939) definiuje uzależnienie od środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych jako „zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem”. Natomiast używanie szkodliwe określa jako „używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi” (Dz. U. 2023 poz. 1939).

Współcześni znawcy problematyki przedmiotu, K. Chmielewska i H. Baran-Furga (2006, s. 4) twierdzą, że „uzależnienie (zespół uzależnienia) jest przewlekłą chorobą, która charakteryzuje się okresami remisji (abstynencji) i nawrotów”. Z kolei M. Wojnar i K. J. Brower (2010, s. 120) uzależnienie traktują jako „chorobę mózgu, której rozwój uwarunkowany jest predyspozycją genetyczną oraz wpływem czynników środowiskowych, kulturowych i psychospołecznych”, a W. Kostowski (2006, s. 140) twierdzi, że „uzależnienie można określić jako nawracające zaburzenie obejmujące procesy psychiczne, ale również często wegetatywne i somatyczne”. Inny znawca tematyki, Cz. Cekiera (1999, s. 10), definiuje uzależnienie jako: „nałogowe odurzanie się środkami uzależniającymi pochodzenia naturalnego lub syntetycznego”.

M. Jędrzejko i A. Kowalewska (2008, s. 39) wskazują, że uzależnienie to „stan przewlekłej choroby charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów. Siła uzależnienia pokonuje wszystkie inne zdolności oraz możliwości człowieka. Jest to stan, w którym stajemy się niewolnikiem substancji psychoaktywnej, a nasz organizm w pierwszej kolejności dąży do stanu zaspokojenia potrzeby na nią”.

Istnieją także tacy autorzy, dla których uzależnienie nie jest ani chorobą, tak jak wskazują klasyfikacje diagnostyczne (ICD-10, DSM-5), ani też wyuczonym nawykiem. Do takich autorów należy C. Guerreschi (2010, s. 21), który stwierdza, że uzależnienie to „proces rozpoczynający się w chwili, kiedy osoba dzięki kontaktowi z pewnym wyjątkowym przedmiotem odbiera siebie w sposób inny niż dotychczas i postrzega zmianę wizerunku samej siebie jako coś pozytywnego lub lepiej odpowiadającego swoim potrzebom”. Z kolei T. McGill (2007, s. 22) określa uzależnienie jako „nienormalną zależność od nałogu” (McGill, 2007, s.22), a W. Wanat (2006) twierdzi, że uzależnienie to nowotwór duszy, który jest nieuleczalny, postępujący i śmiertelny.

Rozwój uzależnienia od opioidów jest krótki. Zaledwie po kilku miesiącach w miarę regularnego ich zażywania obserwować można wszystkie objawy uzależnienia. Jednocześnie opioidy mogą być przyjmowane w ciągach nawet przez kilkadziesiąt lat, doprowadzając do niemalże całkowitej degradacji fizycznej i psychicznej (konsekwencje zdrowotne i społeczne opisane są w podrozdziale 1.4) (Connolly, 2003; Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2012).

W procesie rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych, także od opioidów wyróżnia się cztery podstawowe fazy:

1) Faza pierwsza - często zwana fazą wstępną. To okres inicjacji narkotykowej. Pierwszy kontakt z narkotykami dotyczy przeważnie substancji, której używana najbliższe otoczenie eksperymentatora (przyjaciele, koledzy ze szkoły). Zazwyczaj środowisko (rodzice, nauczyciele, rodzeństwo) nie dostrzega oznak zażywania narkotyków. Osoby eksperymentujące z używkami cechuje skłonność do izolowania się, przesadna ochrona własnej prywatności, niechęć do szczerych rozmów z członkami rodziny generacyjnej. Pierwsza faza trwa stosunkowo krótko.

2) Faza druga – to czas, który charakteryzuje się przyjemnością ze stanu odurzenia. Jednostka poszukuje sytuacji, w których może kupić środek odurzający i go zażyć (często jest to samotna konsumpcja). Powoli wzrasta tolerancja narkotykowa - przyjmuje się coraz większe dawki substancji psychoaktywnej, w celu osiągnięcia zadowalającego efektu euforyzującego. Użytkownik narkotyków próbuje sobie wytłumaczyć powody sięgania po substancje psychoaktywne, zazwyczaj znajdując wytłumaczenie (tzw. ważne powody) np. problemy w szkole, brak zrozumienia ze strony rodziców. Na tym etapie osoba odurzająca się ma poczucie kontroli nad ilością i częstotliwością zażywanej substancji psychoaktywnej. Symptomy świadczące o tej fazie stają się widoczne dla otoczenia. Obserwuje się ogólne zaniedbanie zewnętrzne, labilny nastrój, posługiwanie się osobliwym żargonem, kłamstwa,

nieusprawiedliwione nieobecności i pogarszające się oceny w szkole, dystans fizyczny i emocjonalny. Faza ta zwana jest często ostrzegawczą.

3) Faza trzecia – stan, w którym narkotyk przyjmowany jest regularnie, a odurzenie stanowi najważniejszą potrzebę człowieka. Rozwija się tolerancja – zapotrzebowanie na coraz większe dawki narkotyku. Obserwuje się pogorszenie stanu zdrowia, zawężenie grona przyjaciół niemalże wyłącznie do osób uzależnionych. Mają miejsce zachowania nieakceptowane społecznie i czynności przestępcze, m.in. kradzieże, handel narkotykami, bójki, prostytutka. Pojawia się poczucie winy i wstydu z powodu zażywania substancji psychoaktywnych, pierwsze przedawkowania i decyzje o podjęciu terapii. Faza określana jest także jako krytyczna.

4) Faza czwarta – inaczej zwana chroniczną. Stan odurzenia jest normą, tzn. narkotyk jest niezbędny do normalnego funkcjonowania. Niemożliwa jest jakakolwiek aktywność społeczna, z wyłączeniem działań zmierzających do zdobycia narkotyku. Faza ta kończy się śmiercią, jeżeli osoba uzależniona nie podejmie stosownego leczenia (Zajączkowski, 2003; Makara-Studzińska, 2012; Pospiszyl, 2012).

Istotną cechą uzależnienia, w tym uzależnienia od opioidów jest zjawisko nawrotu (*relapse*). Termin nawrotu do badań nad psychoterapią został zapożyczony z medycyny (Cooper, 2010). W literaturze przedmiotu wyróżnia się szereg definicji tego zjawiska. R. Franken (2013, s. 255) definiuje nawrót jako „stan charakteryzujący się odstępstwem od realizacji wybranego zachowania prozdrowotnego. Dotyczy on nie tylko zaniechania określonego zadania (rezygnacji z wybranego i realizowanego zadania), ale także pogorszenie jego realizacji”. Z kolei B. Woronowicz (2009) nawrót rozumie jako powrót osoby uzależnionej do starych wzorów funkcjonowania, w tym m.in. sposobu rozumienia i postrzegania świata, emocji, zachowań, stylu radzenia sobie z problemami, który może doprowadzić do przerwania abstynencji. T. Gorski i M. Miller nawrotem określają „proces, który przebiega u pacjenta i manifestuje się postępującym narastaniem objawów, prowadząc do reaktywacji choroby u osoby, która uprzednio doprowadziła do jej wyhamowania” (za: Wojnar, Ślufarska, Jakubczyk, 2006, s. 387). Dla S. Shiffmana (1997) nawrót jest konstruktem psychologicznym, który oznacza niepowodzenie kończące cały wysiłek przeprowadzenia zmiany wzorca zachowania.

M. Wojnar, A. Ślufarska i A. Jakubczyk (2006) wskazują na pięć sposobów rozumienia zjawiska nawrotu:

- a) proces, przebiegający stopniowo i prowadzący do zainicjowania używania substancji;
- b) pojedyncze zdarzenie tzw. „wpadka” (*lapse*) polegające na powrocie do inicjującego używania substancji;
- c) powrót do używania substancji psychoaktywnej tak samo intensywnie jak przed abstynencją, tzw. „nawrót” (*relapse*);
- d) codzienne używanie substancji psychoaktywnej przez określoną liczbę kolejnych dni;
- e) konsekwencje używania substancji, prowadzące do przerwania aktualnego leczenia lub konieczności rozpoczęcia nowego.

Najogólniej mówiąc, nawrót w uzależnieniach polega tym, że zażycie środka psychoaktywnego np. opioidów nawet po bardzo długim okresie abstynencji ponownie wyzwała objawy uzależnienia (Habrat, 2007; Stewart, 2018) i jak podkreślają G. A. Marlatt i J. Gordon (1985), występowanie nawrotów w uzależnieniach stanowi regułę, a nie wyjątek w procesie zdrowienia. Jak wskazują L. Cierpiąłkowska i J. Chodkiewicz (2020) nawroty u osoby uzależnionej poprzedzają sytuacje wysokiego ryzyka, którym towarzyszą negatywne emocje i silny stres oraz brak dostępnych w danym momencie zasobów osobistych, koniecznych do poradzenia sobie z nimi bez substancji psychoaktywnej.

Pomimo licznych badań nad zjawiskiem nawrotu, nadal istnieją rozbieżności w określeniu momentu, od którego powrót do używania substancji psychoaktywnej można nazwać nawrotem (Gossop, 1997).

Podsumowując, uzależnienie od opioidów to regularnie powtarzana czynność, połączona z poczuciem wewnętrznego przymusu, prowadząca do niezdolności przerwania tego zachowania, pomimo wyraźnych szkód zdrowotnych i społecznych, jakie się z nim wiążą (Miller, Forcehimes, Zweben, 2014; Erickson, 2019).

## **1.2. Przegląd teorii wyjaśniających uzależnienie od narkotyków, w tym opioidów**

W podrozdziale 1.2. omówione zostaną czynniki, które wpływają na rozwój, nasilenie oraz przebieg uzależnienia od narkotyków, w tym opioidów. Zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytania: kto może się uzależnić? gdzie należy szukać przyczyn uzależnienia? w jakim stopniu przyczyną uzależnienia mogą być cechy osobowości człowieka?

Złożony charakter przyczyn uzależnienia od substancji psychoaktywnych powoduje, że nie opracowano dotychczas jednej ich teorii. M. Jędrzejko i A. Kowalewska (2009) twierdzą, że istnieją wiele wariantów wytłumaczenia istoty uzależniania się od narkotyków. Niektórzy badacze wskazują na dominującą rolę czynników biopsychicznych, inni z kolei — środowiskowych, a jeszcze inni — na tkwiące w formacji moralnej człowieka słabości. W ocenie autorki badań przegląd kilku wybranych, istotnych podejść teoretycznych pozwoli na lepsze zrozumienie istoty uzależnienia. Wśród istniejących już teorii, wyróżnia się trzy główne, wyjaśniające mechanizmy uzależnienia od substancji psychoaktywnych: biologiczne, psychologiczne i społeczne (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Augustynek, 2011).

Wśród licznych teorii biologicznych warunkujących powstanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych wyróżnić należy trzy, które są szczególnie istotne.

Pierwsza z nich, to teoria uczenia asocjacyjnego związanego z dopaminą G. Di Chiary. Zakłada ona, że dopamina odgrywa kluczową rolę w rozwoju uzależnienia. Stężenie dopaminy wzrasta na skutek zaktywizowania jej przez zażycie narkotyku, co pobudza organizm do ponownego przyjęcia środka psychoaktywnego (swoista reakcja łaknienia). W wyniku czego, osoba zaczyna przyjmować coraz większe dawki narkotyku, tym samym tracąc kontrolę nad zżywaną ich ilością (Di Chiara, 1999; Kostowski, 2006).

Model procesów przeciwstawnych R. L. Solomona wskazuje, że każdy organizm żywy dąży do utrzymania homeostazy biologicznej i psychicznej. Brak równowagi skutkuje negatywnymi reakcjami organizmu. W przypadku narkotyków na skutek pojawiającego się zjawiska tolerancji, pierwotnie odczuwana z powodu zażycia substancji psychoaktywnej przyjemność nie pojawia się już nigdy więcej, tak samo intensywna. Osoba, mając jednak w pamięci pierwotne doznania, nieustannie dąży do tego, aby je za wszelką cenę powtórzyć. Biorąc pod uwagę powyższe, narkotyk wywołuje w organizmie procesy, skutkujące tym, że domaga się on przyjęcia kolejnych dawek środka psychoaktywnego (Kostowski, 2006; Jędrzejko, Neroj, Kowalewska, Wojcieszek, 2009).

Teoria sensytyzacji zachęt T. E. Robinsona i K. C. Berridge'a opiera się na założeniu, że uzależnienie powstaje w wyniku zmian neuroadaptacyjnej funkcji mózgu. Na skutek zżywania substancji psychoaktywnych dochodzi do nadmiernej sensytyzacji układu nagrody i organizm staje się coraz bardziej podatny na narkotyki. W wyniku tego, osoba skłania się do zżywania kolejnych dawek środków psychoaktywnych (Robinson, Berridge, 2001; Kostowski, 2006; Jędrzejko, Neroj, Kowalewska, Wojcieszek, 2009).

Teorie psychologiczne z jednej strony koncentrują się na czynnikach emocjonalnych, a z drugiej na zachowaniach w drodze uczenia się jednostki.

Jedną z bardziej popularnych teorii psychologicznych jest psychoanalityczna teoria Z. Freuda. W myśl tego założenia, zażywanie narkotyków połączone jest z deficytami osobowościowymi. Osoby, które cechuje niedojrzałość emocjonalna, zażywają narkotyki w celu zaspokojenia potrzeby przyjemności i innych stanów euforycznych. Warto podkreślić, że Z. Freud uważał także, iż uzależnienie stanowi substytut braku satysfakcjonującego życia seksualnego. Sugerując, że osoba będzie powracała do zażywania narkotyków, dopóki nie podejmie odpowiedniego, zadowalającego życia seksualnego (Rogała-Obłękowska, 2000; Jędrzejko, Neroj, Kowalewska, Wojcieszek, 2009).

W literaturze przedmiotu poświęca się także dużo uwagi społeczno-poznawczej teorii uczenia A. Bandury. W rozumieniu tej teorii na uzależnienie ma wpływ uczenie się i otoczenie. Zasadnicza teza tej teorii wskazuje, że osoba uczy się różnych zachowań, w tym zachowań destrukcyjnych związanych z uzależnieniem na podstawie obserwacji zachowań osób znaczących. Z teorii wynika, że do rozwoju uzależnienia nie jest konieczna obserwacja sytuacji bezpośrednio związanych z zażywaniem narkotyków, czy spożywaniem alkoholu. Czasami wystarczy obserwacja osób znaczących, które pozytywnie wypowiadają się na tematy dotyczące używek (Maisto, Carey, Bradizza, 2003; Bandura, 2007).

Potwierdzeniem powyżej teorii mogą być badania A. Marzec-Tarasińskiej (2001), z których wynika, że blisko 55% młodzieży zażywającej substancje psychoaktywne, to osoby wywodzące się z rodzin niepełnych, a ponad 87% z rodzin z problemem alkoholowym.

Na podstawie literatury dotyczącej teorii charakterystyk indywidualnych użytkownika substancji psychoaktywnych (w tym opioidów) można stwierdzić, że młodzi ludzie najbardziej zagrożeni uzależnieniem odznaczają się charakterystycznymi cechami: słabymi kompetencjami szkolnymi, niską samooceną, zaburzeniami komunikacji interpersonalnej, obniżoną zdolnością radzenia sobie ze stresem i lękiem, niską sprawnością w podejmowaniu decyzji (Zajączkowski, 2003; Sartor, Lynskey, Heath, Jacob, True, 2007; Lisowska, 2011; Jędrzejko, Netczuk-Gwoździewicz, 2013; Jędrzejko, Rosik, Kozielski, 2016; Jędrzejko, 2018a).

Teorie socjologiczne zakładają, że oprócz mechanizmów działania substancji psychoaktywnych istotną rolę w procesie rozwoju uzależnień pełnią czynniki społeczne m.in. presja środowiska czy rozpowszechnienie określonych zachowań w środowisku bytowania (Makara-Studzińska, 2012; Jędrzejko, 2018b).

Wśród teorii socjologicznych wyjaśniających mechanizmy powstania uzależnienia warto przedstawić najpopularniejszą teorię zachowań dewiacyjnych – tj. teorię anomii R. Mertona. W myśl tej teorii uzależnienie nie jest spowodowane czynnikami biologicznymi.



Teoria ta kładzie nacisk na rozbieżności (napięcia), powstałe pomiędzy normami i celami kulturowymi, a możliwościami ich realizacji. Uzależnienie powstaje na skutek braku dostępu do środków niezbędnych do realizacji kulturowo wyznaczonego celu. Tym samym, zmusza osobę do wycofania się z realizacji działań lub prowadzi do podejmowania nonkonformistycznych zachowań (Merton, 1982; Rogala-Obłękowska, 2000).

Inna teoria socjologiczna – teoria etykietowania H. Beckera wskazuje, że nie istnieją predyspozycje ani psychiczne, ani biologiczne do zażywania substancji psychoaktywnych. H. Becker (2009) twierdzi, że to społeczeństwo określa osobę, jako uzależnioną (dewianta), gdy uzna, że złamała ona ustanowione społeczne reguły, czyli weszła w proces dewiacji. Zdaniem autora, osoba określona jako uzależniona (dewiant) zaczyna zachowywać się zgodnie z tym określeniem i kształtuje w sobie tożsamość dewiacyjną – postrzega siebie jako osobę uzależnioną.

Znamienita badaczka problematyki patologii społecznych Irena Pospiszyl (2021) wyróżnia cztery podstawowe hipotezy narkomanii:

1. Hipoteza o biologicznym podłożu narkomanii, zakłada, że narkotyk w istotny sposób wpływa na procesy fizjologiczne, powodując powstanie przyjemnych doznań u osoby, które jednostka poprzez odurzenie chce powtórzyć.
2. Druga hipoteza zakłada, że narkotyk w sposób istotny wpływa na regulację emocji, przede wszystkim jako reduktor napięć związanych z różnymi problemami jednostki, m.in. lęków, niepokoju, niskiej samooceny, skłonności agresywnych.
3. Trzecia hipoteza dotyczy niedojrzałej osobowości jednostki, ujawniającej się m.in. w słabych mechanizmach kontroli emocji, niedojrzałości sfery emocjonalnej, słabym ego i problemach tożsamościowych, np. brak systemu wartości, brak celów życiowych, nieadekwatna samoocena, nastawienie egocentryczne, czy też wygórowanych potrzebach.
4. Z kolei hipoteza czwarta koncentruje się wokół społecznych uwarunkowań narkomanii. W tym założeniu przyczyn narkomanii poszukuje się m.in. w dostępności substancji psychoaktywnych, tradycji stosowania poszczególnych środków odurzających, istnieniu okoliczności sprzyjających zażywaniu narkotyków, jak również społecznych nagród, jakie jednostka uzyskuje poprzez zażywanie środków odurzających, np. poczucie przynależności grupowej.

Z kolei kryminolog B. Hołyst (1996) wymienia następujące przyczyny narkomanii:

- a) przyczyny związane z nieprawidłową socjalizacją pierwotną – m.in. uzależnienia w rodzinie, konflikty wewnątrzrodzinne, przemoc domowa;
- b) przyczyny tkwiące w środowisku szkolnym – np. trudności w nauce;

- c) przyczyny związane ze środowiskiem rówieśniczym – np. presja grupy na zażywanie narkotyków (zachęcanie, zmuszanie), poszukiwanie akceptacji;
- d) przyczyny tkwiące w społeczeństwie – m.in. brak dostatecznej wiedzy na temat uzależnień i środków psychoaktywnych, brak możliwości atrakcyjnego spędzenia czasu wolnego;
- e) przyczyny osobowościowe – np. niedojrzałość, niskie poczucie własnej wartości, poczucie odrzucenia.

Reasumując, istnieje wiele teorii dotyczących uwarunkowań narkomanii. Ich autorzy podkreślają, że zarówno czynniki indywidualne, jak i środowiskowe warunkują podatność związaną z rozwojem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym opioidów (Jędrzejko, Janusz, Walancik, 2013). Z kolei zrozumienie podstaw uzależnień pozwala na opracowanie skutecznych metod ich leczenia – zarówno na dobór leków, których działanie wspomaga układ nerwowy, jak również szereg oddziaływań psychospołecznych, które będą sprzyjać społecznej reintegracji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (McLellan, Lewis, O'Brien, Kleber, 2000).

### **1.3. Rozpowszechnienie używania opioidów w Polsce**

Z danych pochodzących z raportu United Nations Office on Drugs and Crime wynika, że w latach 2010-2019 niemalże podwoiła się na całym świecie liczba ludzi zażywających nielegalne substancje opioidowe, z 31 mln na 62 mln (UNODC, 2021). Tymczasem szacunkowe dane wskazują, że w Polsce jest około 100 tys. problemowych użytkowników narkotyków, z czego liczba problemowych użytkowników opioidów w roku 2014 lokowała się w przedziale 11 - 18 tysięcy osób (Sierosławski, Malczewski, Misiurek, Strzelecka, Jędruszek, Leszczyńska, 2015). W roku 2020 liczbę problemowych użytkowników opioidów oszacowano z kolei na poziomie około 15 tysięcy (KBPN, 2020). Użytkownicy opioidów koncentrują się przede wszystkim na obszarze trzech województw: mazowieckim, a następnie dolnośląskim i śląskim (Sierosławski, 2012). Szacuje się, że liczba iniekcyjnych użytkowników opioidów waha się w przybliżeniu od 4 307 do 10 304 osób (Malczewski, 2013a).

W badaniach realizowanych cyklicznie od 2008 roku przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii dotyczących użytkowników narkotyków obserwuje się zmiany proporcji korzystania z różnych substancji psychoaktywnych, w tym opioidów. Porównanie badań z kilku ostatnich lat wskazuje na 14% spadek zażywania heroiny (z 44% w roku 2008 do 30% w roku 2012). Szczególnie interesująca wydaje się być informacja, wskazująca, że odsetek osób przyjmujących metadon wzrósł o 15% (z 30% w roku 2008 do 45% w roku 2012).

Wnioskować należy, że zwiększająca się liczba użytkowników tej substancji, może być związana z jednej strony z większą liczbą osób objętych leczeniem substytucyjnym, a z drugiej z nielegalnym handlem metadonem, pochodzącym z tych programów (Malczewski, 2013b).

Wyniki ogólnopolskich badań z przełomu 2018/2019 roku w odniesieniu do użytkowania opioidów wskazują, że do przynajmniej jednokrotnego użycia heroiny przyznało się 1,3%, (innych opioidów 0,3%) mężczyzn i 0,4% kobiet w wieku od 15 do 64 lat (KBPN, 2020). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*) opublikowało szacunkowe dane dotyczące rozpowszechnienia ryzykownego używania opioidów w Europie. Zgodnie z wynikami analiz, ryzykowne użytkowanie opioidów w krajach europejskich waha się od mniej niż 1 do więcej niż 7 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Do krajów o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia problemowego używania opioidów należą m.in.: Wielka Brytania, Francja i Włochy. Biorąc pod uwagę polski wskaźnik (0,55 na 1000 osób), skala problemów związanych z opioidami w Polsce jest jedną z najmniejszych w Europie (EMCDDA, 2021). Jednym z czynników, które prawdopodobnie wpływa na mniejszą skalę zażywania opioidów w Polsce poza trudnościami z dostępnością opioidów, mogą być przekonania związane z ryzykiem ich przyjmowania. Z badań przeprowadzonych w roku 2015 na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że aż 96,6% respondentów łączy regularne używanie opioidów z następstwami w postaci poważnych szkód zdrowotnych (Sierosławski, Malczewski, Misiurek, Strzelecka, Jędruszak, Leszczyńska, 2015).

Sięganie po substancje psychoaktywne, w tym opioidy jest domeną przede wszystkim mieszkańców miast, szczególnie dużych (powyżej 500 tys. mieszkańców). Najwyższe odsetki użytkowników narkotyków stwierdza się wśród osób z wykształceniem średnim i w grupie wiekowej nieprzekraczającej 40 lat. Po środki uzależniające częściej sięgają mężczyźni niż kobiety (Malczewski, Kidawa, 2010; KBPN, 2013). Optymizmem napawa fakt, że zauważalny jest spadek wskaźników wzrostowych używania opioidów w Polsce.

#### **1.4. Szkody zdrowotne i społeczne spowodowane używaniem opioidów**

Współcześnie uzależnienie jest powszechnym zjawiskiem społecznym (Galanter, Kleber, 2008). Jak zauważają Cz. Cekiera, Z. Juczyński oraz M. Jędrzejko jest ono zjawiskiem wielopłaszczyznowym, które wiąże się z wieloma problemami zdrowotnymi, psychologicznymi i społecznymi (Jędrzejko, 2012b).

I. Pospiszyl (2008, 2012) podzieliła skutki użytkowania narkotyków na trzy grupy:

- a) osobiste – czyli m.in. rozpad więzi w rodzinie, utrata znajomych, problemy natury somatycznej i psychicznej, wzrost agresji, pogorszenie warunków bytowych, izolacja społeczna;
- b) zawodowe – tj. pogorszenie warunków pracy, trudności lub brak możliwości wykonywania pracy, rezygnacja z podnoszenia kwalifikacji zawodowych, niemożność uzyskania awansu;
- c) prawne – czyli sankcje związane m.in. z przestępstwami narkotykowymi.

Uzależnienie opioidowe ze względu na ryzyko powstania poważnych szkód zdrowotnych i niezdolność do funkcjonowania społecznego zajmuje szczególne miejsce wśród innych uzależnień. U osób, które regularnie przyjmują opioidy w stosunkowo krótkim czasie pojawiają się poważne skutki zdrowotne i społeczne. Najbardziej powszechne z nich dotyczą: stanów zapalnych skóry oraz naczyń żylnych, niedożywienia do anoreksji włącznie, grzybicy, próchnicy zębów, zaburzeń miesiączkowania (u kobiet), jak również gruźlicy, kiły i kacheksji (Habrat, Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2017). Przy długotrwałym stosowaniu opioidów dochodzi również do utraty popędu seksualnego (Heinz, Epstein, Schroeder, Singleton, Heishman, Preston, 2006).

Zakażenie HCV to jedna z najgroźniejszych konsekwencji iniekcyjnego używania narkotyków, najczęściej opioidów. Brak leczenia prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych, nawet do śmierci. W Polsce w latach 2004-2005 zrealizowano lokalne badania, obejmujące sześć województw. Na podstawie wyników tych badań oszacowano, że rozpowszechnienie HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (najczęściej opioidów) wahało się od 43,7% w województwie lubelskim do 68,3% w województwie śląskim (Sierosławski, 2017). Na tle krajów europejskich, gdzie odsetek zakażonych HCV jest znacznie wyższy niż zakażonych HIV, tak niski polski wskaźnik wręcz zaskakuje (Giraudon, Hedrich, Duffell, Kalamara, Wiessing, 2016).

Zakażenia HIV i AIDS stanowią kolejne konsekwencje użytkowania opioidów. Ogólnopolskie dane o zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, udostępnia Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. W 2018 roku rozpoznano 1 165 zakażeń HIV, z czego 18 przypadków wśród

iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz 23 nowe zachorowania na AIDS, z czego 2 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (KBPN, 2019). W roku 2019 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków rozpoznano 24 zakażenia, a w roku 2020 tylko 9 nowych zakażeń (Malczewski, 2021). Dane dotyczące zakażeń HIV z roku 2020 roku wymagają dalszych analiz.

Dożylne zażywanie opioidów, wiąże się między innymi z ryzykiem przedawkowania narkotyku, a także zgonem. Według Światowego Raportu o Narkotykach Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) w ciągu ostatniego dziesięciolecia łączna liczba zgonów związanych z używaniem opioidów wzrosła o 71%. U kobiet odnotowano wzrost 92-procentowy, a 63-procentowy u mężczyzn (UNODC, 2020). Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce zbierane są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Z raportu Głównego Urzędu Statystycznego z 2019 roku wynika, że w Polsce z powodu przedawkowania narkotyków zarejestrowano 212 zgonów. To jest o 13 zgonów więcej, niż w 2018 roku i o 10 więcej niż w roku 2017 (KBPN, 2018; KBPN, 2019). Najwyższe wskaźniki zgonów z powodu narkotyków w roku 2019 zarejestrowano w województwie pomorskim, zachodniopomorskim, mazowieckim i opolskim. Porównując dane z ostatnich lat obserwuje się stabilny trend z niewielkimi wzrostami i spadkami liczby zgonów (tabela 1). Zgony z powodu narkotyków podobnie, jak w latach ubiegłych dotyczą w większości mężczyzn, w przedziale wieku 30-39 lat (Malczewski, 2021).

**Tabela 1. Zgony z powodu zażywania narkotyków w latach 2010-2019**

<b>Rok</b>	<b>Liczba zgonów</b>
2010	261
2011	285
2012	227
2013	247
2014	279
2015	255
2016	204
2017	202
2018	199
2019	212

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/>), dostęp z dnia: 8.11.2023)

Dla porównania wskaźnik umieralności w UE wskutek przedawkowania narkotyków wskazuje, że w roku 2019 ponad  $\frac{3}{4}$  zgonów dotyczyło mężczyzn, o średnim wieku 42 lat w momencie zgonu. Porównując liczbę zgonów w UE w dłuższej perspektywie czasowej, można stwierdzić, że od roku 2012 liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków wzrasta, szczególnie w grupie wiekowej powyżej 50 lat (EMCDDA, 2021).

Zażywanie opioidów, istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia zjawisk takich jak wykluczenie i marginalizacja społeczna, długotrwałe bezrobocie, bieda i ubóstwo (Świątkiewicz, Bujalski, 2010). W roku 2012 Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził badania dotyczące kosztów ponoszonych przez konsumentów narkotyków. Analizy potwierdziły, że zjawisku marginalizacji społecznej, najbardziej sprzyja użytkowanie opioidów. Część tego badania została poświęcona mieszkańcom Warszawy. Wynika z niej, że osoby zażywające opioidy, to w ponad 40% osoby doświadczające bezdomności, mające konflikt z prawem. Respondenci - użytkownicy opioidów, potrzebowali blisko trzech średnich krajowych pensji miesięcznie, aby się utrzymać (Świątkiewicz, Bujalski, 2010; Moskalewicz, Ward, Thom, 2009).

W roku 2012 przestępstwa związane z opioidami stanowiły 1,5% wszystkich popełnionych przestępstw narkotykowych (KBPN, 2013).

Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że sukcesywnie wzrasta liczba kobiet w ciąży, które zażywają opioidy. Szacuje się, że liczba ta stanowi już ponad 20% populacji kobiet w ciąży (Kozhimannil, Graves, Levy, Patrick, 2017). To bardzo niebezpieczny trend z punktu widzenia skutków zażywania nielegalnej substancji psychoaktywnej. Jak twierdzą M. W. Stover i J. M. Davis (2015) u kobiet w ciąży opioidy mogą przyczynić się do zahamowania wzrostu płodu i przedwczesnego odklejenia się łożyska, a tym samym do zbyt wczesnego porodu. Dodatkowo opioidy przyjmowane przez kobietę w ciąży zwiększają ryzyko śmierci okołoporodowej, a u noworodków wystąpienia tzw. noworodkowego zespołu abstynencyjnego (*neonatal abstinence syndrome – NAS*) (Hulse, Milne, English, Holman, 1998; Jones, Fielder, 2015).

Dane statystyczne wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, częściej niż osoby w populacji generalnej sięgają po narkotyki (Regier, Farmer, Rea, Locke, Keith, Judd, Goodwin, 1990). Badania przeprowadzone przez H. Baran-Furgę i K. Chmielewską (1999) wskazują, że 50-80% osób uzależnionych prezentuje okresowo zaburzenia psychiczne. U 50% osób przyjmujących opioidy stwierdza się dysocjalne zaburzenia osobowości, a stany depresyjne u 12-62%. Współwystępowanie uzależnienia od opioidów i schizofrenii ocenia się w granicach od 0,2% do nawet 5% (Maremmani, Pacini, Lovrecic, Lubrano, Perugi, 2003).

To niepokojące zjawisko, gdyż osoby doświadczające zaburzenia psychicznego i dodatkowo uzależnione od opioidów przejawiają więcej zachowań agresywnych, myśli samobójczych i uzyskują gorsze wyniki podjętych działań leczniczych (Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2008).

Problem narkomanii, w tym zażywanie opioidów generuje także ogromne koszty dla państwa. Zwalczanie produkcji, dystrybucji oraz przemytu narkotyków wymaga niezwykle dużych nakładów finansowych (Krauz, 2012). W 2019 roku zarejestrowano blisko 67 tys. przestępstw za naruszenie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z czego aż 64% spraw za posiadanie narkotyków. Z danych Komendy Głównej Policji (KGP) wynika, że w roku 2019 w ramach wydziałów do walki z przestępczością narkotykową, zatrudnionych było 1 230 funkcjonariuszy (KBPN, 2020).

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii powołując się na dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z roku 2016 wskazuje, że na leczenie stacjonarne osób uzależnionych przeznaczono kwotę 166 276 512 zł. Leczenie w warunkach ambulatoryjnych to koszt rzędu 61 210 375 zł. Z kolei na leczenie substytucyjne wydatkowano 21 838 690 zł (KBPN, 2019).

Do Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych (EWS) w latach od 2005 do 2016 zgłoszono 25 niepodlegających kontroli prawnej nowych syntetycznych opioidów (EMCDDA, 2018). Zagrożenia, które mogą wynikać z ich użytkowania, nie zostały jeszcze właściwie rozpoznane. Przewiduje się jednak, że syntetyczne opioidy będą stanowić poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego (Wojnar, 2018b; Malczewski, 2020a).

## **Rozdział 2**

### **Formy pomocy osobom uzależnionym od opioidów w Polsce**

Leczenie uzależnienia od narkotyków jest jednym z najtrudniejszych przedsięwzięć, gdyż przez cały czas trwania terapii należy mieć na uwadze wszelkie jej aspekty: fizyczny, psychiczny i społeczny.

W aspekcie fizycznym nie chodzi wyłącznie o samą zależność fizyczną od substancji psychoaktywnej, ale również o powikłania, jakie występują na skutek uszkodzenia narządów wewnętrznych lub ich zaburzonego działania. W aspekcie społecznym uzależnienia od narkotyków ważną rolę odgrywa rodzina, znajomi, przyjaciele i ich stosunek do osoby uzależnionej. Głównym jednak celem terapii jest przezwyciężenie zależności psychicznej, co można osiągnąć poprzez maksymalne zaangażowanie osoby uzależnionej w proces leczenia (Kranitz, Holt, Cooney, 2013).

W Polsce leczenie uzależnienia od narkotyków opiera się na procedurach i standardach, opracowanych przez profesjonalistów (między innymi specjalistów psychoterapii uzależnień), jak również na przepisach prawnych zawartych w ustawie z dn. 17 sierpnia 2023 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2023 poz. 1939). Ustala ona, że leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest dobrowolne u osób, które ukończyły 18 rok życia. W zależności od rodzaju zażywanej substancji psychoaktywnej, częstości i czasu używania środka, osoba przyjmująca narkotyk może skorzystać z proponowanego w naszym kraju systemu leczenia uzależnień. W tym celu ma do dyspozycji podmioty lecznicze takie jak: oddziały detoksykacyjne, poradnie ambulatoryjne, ośrodki terapii stacjonarnej, grupy samopomocowe oraz programy leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2023 poz. 1939).

Leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym osób uzależnionych od opioidów finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, leczenie finansowane jest z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia z dnia 30 czerwca 2023 roku w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 poz. 1265). Sektor niepubliczny również kieruje bardzo szeroki zakres swoich usług do osób uzależnionych od opioidów. Ze względu na niski status ekonomiczny, korzysta z niego niewielki odsetek osób uzależnionych (Habrak, 2018).



Nie każdy psycholog, czy psychoterapeuta posiada odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia leczenia osób uzależnionych. Tym samym, nie każdy ze specjalistów będzie skuteczny w procesie terapeutycznym. W związku z powyższym, leczeniem osób uzależnionych od opioidów winny zajmować się osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, które dysponują w tym zakresie odpowiednią wiedzą, umiejętnościami i kompetencjami (Dz. U. 2023 poz. 1939).

Wszystkie podmioty lecznicze dają osobie uzależnionej od opioidów możliwość:

- a) uświadomienia sobie faktu uzależnienia;
- b) nauki skutecznych sposobów radzenia sobie z nawrotami uzależnienia;
- c) nabycia umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z emocjami (m.in. stresem, agresją);
- d) wykształcenia pozytywnego stylu życia (funkcjonowania w rolach społecznych);
- e) zmiany wizerunku własnej osoby z negatywnego na realistycznie pozytywny;
- f) wykształcenia i utrwalenia umiejętności tworzenia dojrzałych i bliskich relacji z innymi ludźmi;
- g) internalizacji społecznie akceptowanych norm, zasad i wartości (Karpowicz, 2002; Strzelecki, 2018a).

Można zatem stwierdzić, że celem leczenia osób uzależnionych od opioidów jest poprawa całościowego ich funkcjonowania w aspekcie: osobistym, rodzinnym i społecznym.

W Polsce stosunkowo nowym trendem jest wyjście poza paradygmat abstynencji w leczeniu uzależnienia od narkotyków. W znacznej części programów leczenia nadal nadrzędnym celem jest dążenie do utrzymywania długotrwałej abstynencji (*drug free programs*), a zażycie narkotyku wiąże się z wyłączeniem z programu terapeutycznego. Warto podkreślić, że skuteczność leczenia mierzona osiągnięciem takiego celu nie przekracza 10-15% w ciągu roku (Habrat, 2007).

W roku 2019 - 84 000 uzależnionych, tj. 27% wszystkich osób rozpoczynających terapię uzależnienia od narkotyków w krajach europejskich, wskazało używanie opioidów jako główną przyczynę podjęcia leczenia. Niespełna 20 000 spośród nich, to osoby uzależnione, które zdecydowały się na podjęcie leczenia po raz pierwszy (EMCDDA, 2021). Liczba osób rozpoczynających leczenie w związku z uzależnieniem od heroiny po raz pierwszy spadła o ponad połowę w porównaniu z wartościami szczytowymi zaobserwowanymi w roku 2009. Biorąc pod uwagę dostępne dane, osoby podejmujące leczenie od opioidów w Europie to w 19% kobiety, a w 81% mężczyźni. Średni wiek osób podejmujących leczenie po raz pierwszy to 36 lat (EMCDDA, 2021).

## 2.1. Oddziały detoksykacyjne

Detoksykacja to z powodu niedostatecznej dostępności innych możliwości leczniczych (zwłaszcza podtrzymującej terapii substytucyjnej) najbardziej powszechna forma leczenia osób uzależnionych od opioidów.

W drodze detoksykacji następuje przede wszystkim łagodzenie objawów abstynencyjnych, leczenie zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych spowodowanych przyjmowaniem opioidów i innych substancji psychoaktywnych, jak również motywowanie do podjęcia psychoterapii uzależnień (Habrat, 2018). W Polsce funkcjonują 24 oddziały detoksykacyjne (KBPN, 2019).

Czas trwania leczenia zależy jest od kondycji psychofizycznej osoby uzależnionej. Ultrakrótką detoksykacją trwa nie dłużej niż 3 dni, krótka detoksykacja do 5 dni, natomiast typowe leczenie objawowe w warunkach szpitalnych trwa zazwyczaj około 10 dni. W Polsce najbardziej rozpowszechniona jest detoksykacja w postaci leczenia objawowego. W tej formie leczenia stosuje się leki łagodzące objawy psychopatologiczne i wegetatywne, m.in. lęk i niepokój, bezsenność oraz głód psychiczny opioidów (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2008). W tym celu zazwyczaj stosuje się syntetyczne opioidy – najczęściej metadon (rzadziej buprenorfinę) stopniowo zmniejszając ich dawkę, jak również leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, przeciwbiegunkowe oraz witaminy w celu uzupełnienia ich niedoborów (Bisaga, Wojnar, 2012; Habrat 2018).

W Polsce detoksykacja realizowana jest najczęściej przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (POZ). Działanie prywatnych praktyk lekarskich w tym zakresie budzi poważne zastrzeżenia. Detoksykacja w warunkach domowych nie jest polecana (Habrat, 2007).

Jak wskazuje Habrat i wsp., aż 90% osób uzależnionych od opioidów nie utrzymuje abstynencji po zakończonej detoksykacji i w ciągu 3 miesięcy wraca do zażywania opioidów (Habrat, 2007; Habrat, Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2017). Stąd wniosek, że prawdopodobieństwo ponownego zażywania opioidów u osób, które przeszły detoksykację, nie zmniejsza się w porównaniu z osobami, które z tej formy pomocy nie skorzystały (Mattick, Hall, 1996). W związku z powyższym, detoksykacja powinna stanowić jedynie wstęp do bardziej zaawansowanych form leczenia, a osoby uzależnione od opioidów należy kierować na dalsze leczenie w warunkach ambulatoryjnych lub placówkach stacjonarnych.

## **2.2. Placówki leczenia ambulatoryjnego**

W Polsce w roku 2014 określono liczbę leczonych ambulatoryjnie użytkowników opioidów na 7 733 osoby (Sierosławski, Malczewski, Misiurek, Strzelecka, Jędruszek, Leszczyńska, 2015), a w 2016 roku takich osób było 3 677, co stanowi 9% wszystkich osób leczonych w warunkach ambulatoryjnych (IPiN, 2018).

Leczenie osób uzależnionych w placówkach ambulatoryjnych nie wymaga skierowania od lekarza POZ. Osoba, która chce skorzystać z tej formy pomocy najczęściej umawia się telefonicznie na konsultację ze specjalistą w zakresie psychoterapii uzależnień. Problematiczny jest okres oczekiwania na pierwszą wizytę. W niektórych jednostkach leczniczych nie czeka się dłużej niż tydzień, a w innych czas oczekiwania wynosi 4 i więcej tygodni. Zakres usług placówek ambulatoryjnych jest mocno zróżnicowany. Większość podmiotów leczniczych oferuje osobom uzależnionym poradnictwo, psychoterapię indywidualną, terapię grupową oraz rodzinną. Realizuje kompleksową diagnozę nozologiczną i problemową uzależnienia. W placówkach ambulatoryjnych podejmowane są różne formy pracy z osobą uzależnioną od opioidów. Znaczna ich część ma charakter ekлекtyczny – zawiera elementy poznawcze, behawioralne i edukacyjne. W większości placówek przeprowadza się kontrolne badania krwi lub moczu na obecność środków odurzających. W niektórych placówkach zatrudniony jest pracownik socjalny, który wspiera osoby uzależnione w podjęciu zatrudnienia, czy znalezieniu schronienia. Niestety działania socjalne to wciąż słabe ogniwo placówek ambulatoryjnych (Bukowska, 2013).

Leczenie w warunkach ambulatoryjnych trwa przeważnie kilkanaście miesięcy. Osoby uzależnione uczestniczą w sesjach terapeutycznych zazwyczaj raz w tygodniu, a w miarę stabilizowania się wzoru zażywania substancji psychoaktywnych częstość terapii maleje (Karpowicz, 2002; Kos, 2018).

Według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zawartych w VIII edycji informatora „*Narkomania – gdzie szukać pomocy?*“ w Polsce działa 212 placówek ambulatoryjnych (KBPN, 2017).

## **2.3. Placówki leczenia stacjonarnego**

W Polsce pierwszy ośrodek dla osób uzależnionych od narkotyków bazujący na metodzie społeczności terapeutycznej, powołał do życia w 1987 roku w Głuskowie Marek Kotański. Następne placówki stacjonarne pojawiały się głównie za przyczyną Stowarzyszenia Monar, a dopiero w dalszej kolejności tworzone były przez inne organizacje pozarządowe lub jednostki państwowe i samorządowe (Abucewicz, 2012; Strzelecki, 2018a).

Aktualnie według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii funkcjonuje w Polsce 76 ośrodków stacjonarnych (KBPN, 2017). W większości zlokalizowane są poza obszarami miejskimi i realizują programy leczniczo-rehabilitacyjne (KBPN, 2020).

W placówkach stacjonarnych znaczna część zajęć ma charakter grupowy, gdzie wykorzystuje się leczniczy wpływ społeczności terapeutycznej. Oferują one następujące formy oddziaływań terapeutycznych:

- a) psychoterapię grupową, czyli grupowe zajęcia terapeutyczne;
- b) psychoterapię indywidualną, czyli pracę indywidualną osoby uzależnionej z psychoterapeutą;
- c) ergoterapię (terapię pracą);
- d) terapię zajęciową;
- e) grupowe zajęcia psychoedukacyjne, dotyczące m.in. podstawowych zagadnień z zakresu psycho- i socjoedukacji, poświęcone także problematyce chorób współwystępujących z uzależnieniami;
- f) treningi i warsztaty, m.in. radzenia sobie z agresją, stresem, motywacyjny, umiejętności społecznych;
- g) grupowe zajęcia alternatywne, m.in. integracyjne, sportowe, kulturalno-oświatowe.

Wszystkie formy aktywności powinny znaleźć się w ofertach programowych ośrodków i występować w nich w sposób zrównoważony, dostosowany do potrzeb aktualnie leczących się osób (Koczurowska, 2012; Strzelecki, 2018b).

Pobyt osób uzależnionych w ośrodkach stacjonarnych przebiega zazwyczaj według następujących etapów:

1. Etap motywacyjny - czas, w którym osoba uzależniona zapoznaje się ze społecznością (grupą osób leczących, kadrą terapeutyczną) i regulaminem placówki. To okres motywowania osoby uzależnionej do pozostania w ośrodku i kontynuacji terapii – zazwyczaj na tym etapie leczenie traktowane jest jako konieczność, przymus. U osoby uzależnionej pojawia się silna ambiwalencja emocjonalna, która również nie zachęca do kontynuowania procesu leczniczego.
2. Etap adaptacji – dotyczy przystosowania się do zasad obowiązujących w ośrodku, stałego rytmu dnia, rozkładu zajęć, codziennej pracy i zajęć terapeutycznych. To trudny dla osoby leczącej moment, gdyż praca i obowiązki postrzegane są na ogół jako przykra konieczność, a ich wykonywanie charakteryzuje niewielki stopień odpowiedzialności.

3. Etap transformacji – to kluczowy moment w całym okresie terapii. To czas zmian u osoby uzależnionej w zakresie systemu wartości, internalizacji norm społecznych, stosunku do używania narkotyków i innych osób uzależnionych oraz konsekwencji związanych z podjęciem abstynencji od środków psychoaktywnych. To właśnie od tego, na ile powyższe zmiany będą uwewnętrznione, a na ile pozorowane i wymuszone przez otoczenie, zależy końcowy efekt terapii.

4. Etap konfrontacji - często bardzo trudny okres dla osoby uzależnionej. To czas sprawdzania siebie w warunkach rzeczywistości zewnętrznej. Osoba uzależniona nadal przebywa w ośrodku, ale ma możliwość realizowania zainteresowań, budowania relacji rodzinnych oraz nawiązywania nowych znajomości poza placówką leczniczą. To czas na organizowanie sobie miejsca pobytu i aktywności zawodowej po ukończeniu terapii.

5. Etap asymilacji – dotyczy funkcjonowania osoby uzależnionej poza ośrodkiem. To moment integracji ukształtowanych podczas terapii zachowań, umiejętności i postaw w „nieterapeutycznych” warunkach, czyli w życiu codziennym (Gaś, 1992, De Leon, 2003; Karpowicz, 2002; Kooyman, 2002; Koczurowska, 2012).

Programy terapeutyczne w ośrodkach stacjonarnych różnią się, co do swojej długości. Można wyróżnić trzy grupy programów:

- a) krótkoterminowe – czas trwania leczenia nie przekracza 6 miesięcy,
- b) średnioterminowe – leczenie trwa od 6 do 12 miesięcy,
- c) długoterminowe – terapia trwa od 1 do 2 lat (Gaś, 1992).

Czas trwania leczenia w warunkach stacjonarnego ośrodka terapii wynosił początkowo dwa lata. Aktualnie po wielu sporach i długim dyskursie profesjonalistów zajmujących się pomocą osobom uzależnionym od narkotyków, czas ten w połowie placówek uległ skróceniu do jednego roku. Co istotne, efekty działania placówek krótko- i średnioterminowych nie są gorsze, niż długoterminowych podmiotów leczących (Gaś, 1992; De Leon, 2003)

Analiza trendów epidemiologicznych w zakresie struktury rozpoznań w lecznictwie stacjonarnym wskazuje na systematyczny spadek odsetka osób z uzależnieniem opioidowym. W 2001 roku odsetek ten wynosił 40%, w roku kolejnym 30%. W roku 2014 określono liczbę leczonych stacjonarnie użytkowników opioidów na 4 584 osób (Sierosławski, Malczewski, Misiurek, Strzelecka, Jędruszek, Leszczyńska, 2015). Z kolei w roku 2015 odsetek osób uzależnionych od opioidów wynosił zaledwie 4,3%. Do stacjonarnych placówek leczenia uzależnień w roku 2016 zgłosiło się 20 022 osób, z czego 5,2% stanowiły osoby z rozpoznaniem uzależnienia od opiatów (1 044 osób). Ten nieznaczny wzrost odsetka osób leczonych z powodu uzależnienia od opioidów pojawił się po raz pierwszy od wielu lat.

## 2.4. Grupy wsparcia

Samopomocowe grupy wsparcia są alternatywą lub uzupełnieniem formalnego programu psychoterapii leczenia uzależnień. Osoby do grupy samopomocowej trafiają zazwyczaj po ukończeniu terapii w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych. Nieznaczna część osób uzależnionych właśnie w grupach wsparcia szuka pomocy, nigdy wcześniej nie decydując się na podjęcie leczenia specjalistycznego (Miller, Forcehimes, Zweben, 2014).

Jak zauważają R. H. Moos i B. S. Moos (2005), członkowie grupy spotykają się, gdyż potrzebują pomocy. Wobec powyższego, zasadniczym celem grupy samopomocowej jest szukanie pomocy, przy jednoczesnej chęci jej niesienia. Każda grupa samopomocowa ma swój wewnętrzny regulamin – normy, zakazy, powinności. Uczestnictwo jest dobrowolne. Grupy mają charakter egalitarny, obowiązuje zasada równości – wszyscy członkowie mają taki sam status. Grupy samopomocowe dają swoim członkom możliwość zaakceptowania problemu uzależnienia, rozładowania napięcia emocjonalnego, doskonalenia umiejętności radzenia sobie z nawrotem choroby, poszerzenia sieci społecznych, a przede wszystkim dają poczucie szczególnej więzi, która gwarantuje akceptację i wsparcie. Tym samym, uczestnictwo w grupie samopomocowej daje możliwość ograniczenia skutków różnorodnych problemów psychicznych i społecznych (McKay, Hiller-Sturmhöfel, 2011; Mikołajczyk, 2014).

Najbardziej rozpowszechnioną grupą samopomocy w Polsce jest wspólnota Anonimowych Narkomanów. Działania pomocowe w tej grupie opierają się na osobistych doświadczeniach jej członków. Lider grupy najczęściej nie jest profesjonalistą w temacie uzależnień i nie posiada wykształcenia w zakresie psychoterapii. Na spotkanie grupy wsparcia może przyjść każda osoba uzależniona, która wyraża gotowość zaprzestania zażywania narkotyków, w tym opioidów. Uczestnictwo w spotkaniu nie wymaga wcześniejszej rejestracji i jest bezpłatne. Źródłem finansowania są dobrowolne składki członków grupy (Kos, 2021). Przerwanie abstynencji narkotykowej nie wyklucza z możliwości uczestnictwa w kolejnych spotkaniach grupy.

Polska - biorąc pod uwagę wielość organizacji promujących działania samopomocowe w porównaniu z innymi europejskimi krajami jest państwem ubogim. Nie ma jednak wątpliwości, że istnieje potrzeba, a nawet konieczność funkcjonowania grup wsparcia. Niestety brakuje badań katamnesticznych w tym zakresie. W Polsce nie zaobserwowano dotychczas zaplecza samopomocowego wyłącznie dla osób ograniczających zażywanie opioidów, tj. pozostających w programach leczenia substytucyjnego.

## 2.5. Postrehabilitacja

Działania postrehabilitacyjne mają za zadanie pomóc osobom uzależnionym od narkotyków, które ukończyły leczenie terapeutyczne w ponownym włączeniu ich do społeczeństwa. Jak twierdzą I. Bourdeau, J. Desrosiers i S. Gosselin (2008) zapewnienie pomocy w powrocie do normalnego życia po przejściu choroby przyczynia się do poprawy jego efektywności. Włączenie do społeczeństwa opiera się na trzech zasadniczych elementach: zapewnieniu schronienia (np. mieszkanie readaptacyjne, hostel), uzupełnieniu wykształcenia oraz podjęciu i utrzymaniu zatrudnienia, w tym podniesienia kwalifikacji zawodowych (Rachowska, 2012).

W ramach pomocy postrehabilitacyjnej ważne jest zapewnienie możliwości korzystania ze wsparcia psychoterapeutycznego i stworzenia warunków do dalszego rozwijania umiejętności niezbędnych do trzeźwego życia, m.in. poprzez indywidualną terapię wspierającą, treningi zapobiegania nawrotom uzależnienia, mityngi NA oraz zapewnienie pomocy lekarskiej i socjalnej. Forma i zakres wsparcia zależy od potrzeb osoby uzależnionej.

Warto podkreślić, że Ustawa z dnia 28 września 2022 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2022 poz. 2241) obliguje jednostki samorządu terytorialnego i ośrodki pomocy społecznej, w ramach strategii integracji i polityki społecznej, do realizacji programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.

Według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Polsce funkcjonuje 28 hosteli i mieszkań readaptacyjnych (KBPN, 2019). Niestety, oferta postrehabilitacyjna dla osób uzależnionych od narkotyków nadal jest niedostateczna. Istnieje zbyt mała liczba mieszkań readaptacyjnych oraz hosteli, która swoimi świadczeniami obejmuje zaledwie 15% wszystkich osób uzależnionych, którzy ukończyli pełny cykl terapeutyczny. Dodatkowo hostele winny być zorganizowane w większych miastach. Taka lokalizacja daje większą szansę na podjęcie zatrudnienia (więcej miejsc pracy, mniejsza odległość hostelu od miejsca zatrudnienia), uzyskania lokalu socjalnego, jak również sprzyja aktywności kulturalnej (bliskość muzeów, teatru, kina itp.). Umiejscowienie hosteli i mieszkań readaptacyjnych w większych miastach sprzyja również możliwości rozpoczęcia szkoleń zawodowych, dość często bezpłatnych. Co istotne, w większych aglomeracjach miejskich funkcjonuje więcej placówek pomocowych, umożliwiając osobie uzależnionej wybór najatrakcyjniejszej oferty pomocowej (Sieniawska, Charmast, 2011).

Pomoc w znalezieniu schronienia oraz działania zmierzające do podjęcia pracy lub/i nauki, to najważniejsze formy pomocy postrehabilitacyjnej, a właściwa organizacja ich usług rzutuje na jakość pozostałych świadczeń służących reintegracji społecznej osób uzależnionych.

Niestety, jak pokazują badania J. Moskalewicza, J. Klingemann i J. Stokwiszewskiego (2015) zaledwie 20% programów substytucyjnych prowadzi tego typu działania, a ich efektywność nie jest potwierdzona badaniami.

Podsumowując, w Polsce w systemie leczenia osób uzależnionych od opioidów dominują stacjonarne formy rehabilitacji zarówno długo-, jako i średnioterminowej. Obserwuje się jednak tendencję do skracania czasu trwania leczenia (Jędrzejko, Jabłoński, Korczak, 2008). Liczba osób zgłaszających się do lecznictwa w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych z powodu uzależnienia od opioidów, systematycznie maleje. Sukcesywnie zaś rośnie odsetek osób w podtrzymujących programach leczenia substytucyjnego. Podobnie sytuacja wygląda w innych krajach europejskich. Według danych EMCDDA w 2018 roku niecałe 20 tys. osób uzależnionych od opioidów rozpoczęło leczenie po raz pierwszy, co stanowi spadek o 10% wobec roku 2017 (Malczewski, 2020b).

## **2.6. Leczenie substytucyjne - prolegomena**

Leczenie substytucyjne jest stosowaną w uzależnieniu od opioidów formą opieki medycznej, w której wykorzystuje się do leczenia substancję (lek) o podobnych właściwościach i działaniu do narkotyku, który spowodował uzależnienie (Miller, Forchimes, Zweben, 2014). Jest to jedna z form redukcji szkód, dedykowana osobom, które chcą zażywać opioidy, przy jednoczesnym poddawaniu się oddziaływaniom psychoterapeutycznym (Tatarsky, 2002).

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dn. 17 sierpnia 2023 definiuje leczenie substytucyjne jako „stosowanie, w ramach programu leczenia uzależnienia, produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy” (Dz. U. 2023 poz. 1939). Leczenie substytucyjne skierowane jest do osób, które z powodu swojego uzależnienia od opioidów nie są w stanie podjąć leczenia w programach *drug free*, czyli zakładających utrzymywanie całkowitej abstynencji narkotykowej (Habrak, Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2017).

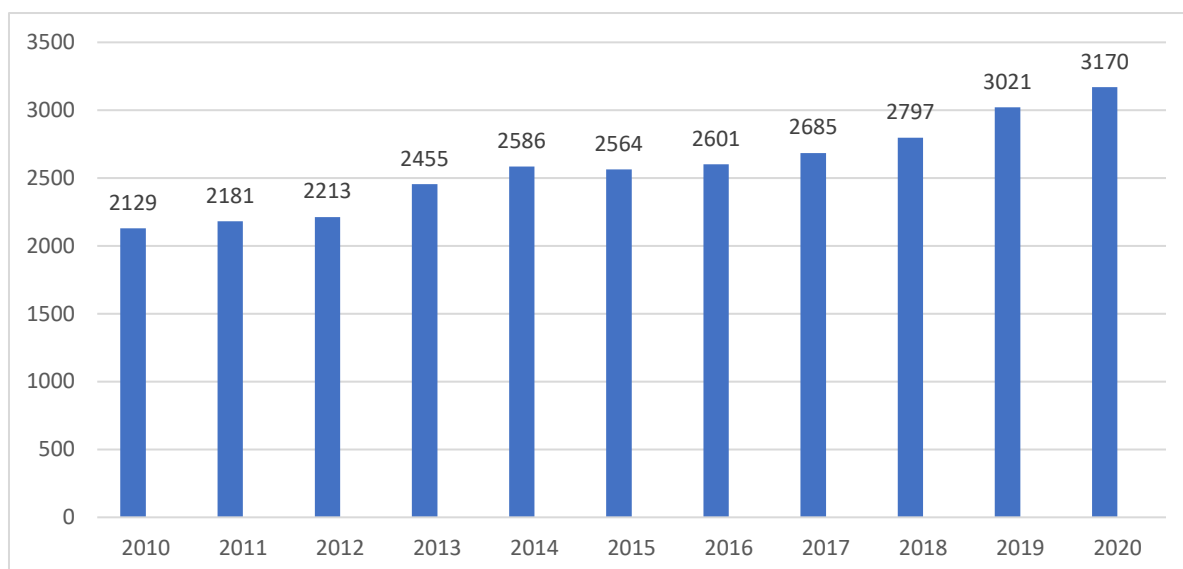
Nadrzędnym celem leczenia substytucyjnego jest ograniczenie szkód (*harm reduction*) związanych z zażywaniem opioidów. Mówiąc szczegółowiej, leczenie substytucyjne ma zmniejszyć objawy choroby, jaką jest uzależnienie do stanu akceptowalnego, jak również poprawić jakość życia osoby uzależnionej i jej funkcjonowanie w życiu osobistym i społecznym (Chrostek-Maj, 2008, Gąsiorowski, 2018).



Wszystkie kraje członkowskie Unii Europejskiej, jak również Stany Zjednoczone oraz Australia umożliwiają osobom uzależnionym od opioidów leczenie substytucyjne (Gryn, 2010).

W Polsce pierwszy program substytucyjny powstał w Warszawie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w roku 1992. Był to pierwszy kraj Europy Środkowej i Wschodniej, który włączył leczenie substytucyjne do praktyki klinicznej (Baran-Furga, Chmielewska, 1999). W roku 1993 w Warszawie w Szpitalu Nowowiejskim powstał drugi program leczenia substytucyjnego, dedykowany osobom uzależnionym od opioidów, zakażonych wirusem HIV. Przełom w zakresie podtrzymującej terapii substytucyjnej stanowił artykuł 15 Ustawy z dn. 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997 Nr 75 poz. 468), który stworzył podstawy prawne do leczenia osób uzależnionych z wykorzystaniem środka substytucyjnego (Jabłoński, 2008).

Aktualnie w Polsce programy substytucyjne poza województwami podkarpackim i podlaskim uruchomione są we wszystkich pozostałych województwach. Łącznie funkcjonuje 25 programów leczenia substytucyjnego. Warto zaznaczyć, że programy te realizowane są zarówno przez zakłady publicznej (ZOZ) oraz niepublicznej opieki zdrowotnej (NZOZ), jak również jednostki penitencjarne (KBPN, 2018). Liczba uczestników programów substytucyjnych sukcesywnie rośnie. Około 700 osób uzależnionych podejmowało leczenie w roku 2005 (Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2008). Trzy lata później, czyli w roku 2008 leczenie substytucyjne stało się dostępne dla 1200 osób (Jabłoński, 2008). Kolejno w roku 2015 w całej Polsce około 2 600 osób korzystało z programów podtrzymującego leczenia substytucyjnego, a więc jedynie około 17% osób uzależnionych od opioidów (Mounteney, Griffiths, Sedefov, Noor, Vicente, Simon, 2016). W roku 2018 z leczenia korzystało już 2 797 osób, a w roku 2019 leczenie substytucyjne obejmowało już 18% użytkowników opioidów (KBPN, 2019). W 2020 roku leczeniem substytucyjnym objęto już 3 170 osób (KBPN, 2020) (wykres 1).



**Wykres 1. Liczba osób w leczeniu substytucyjnym w latach 2010-2020**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KBPN (<https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923>, dostęp z dnia: 13.11.2023)

Dla porównania, odsetek osób leczonych substytucyjnie w krajach Unii Europejskiej wynosi blisko 50% (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002). Poza Polską najniższe wskaźniki dostępności leczenia substytucyjnego obserwuje się tylko na Słowacji oraz Łotwie (Mounteney, Griffiths, Sedefov, Noor, Vicente, Simon, 2016). Z powodów ideologicznych i kulturowych niektóre kraje odrzucają leczenie substytucyjne. Jednym z takich państw jest Rosja, gdzie podtrzymująca terapia substytucyjna jest zabroniona prawem (Bisaga, Wojnar, 2012). W krajach Unii Europejskiej w 2019 roku blisko 510 000 osób uzależnionych od opioidów objęto leczeniem substytucyjnym (UNODC, 2021).

W Polsce leczenie substytucyjne reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r. (Dz. U. 2013 poz. 368).

Kierownikiem programu leczenia substytucyjnego jest zazwyczaj lekarz psychiatra. Przy czym, zgodnie z zapisami rozporządzenia o leczeniu substytucyjnym, osobą nadzorującą program może być również lekarz posiadający inną specjalizację. Ważne, aby miał przynajmniej 12-miesięczny staż pracy z osobami uzależnionymi. W placówkach leczniczych poza lekarzem psychiatrą zatrudnieni winni być - specjalista psychoterapii uzależnień oraz pielęgniarka. Liczba pracowników zależna jest od liczby uczestników programu leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 poz. 368).

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w wyżej wymienionym rozporządzeniu kryteriami warunkującymi leczenie substytucyjne są: ukończony 18 r.ż., uzależnienie od opioidów oraz wyrażenie świadomej zgody na podjęcie leczenia i przestrzeganie wymagań programu leczniczego. Rozporządzenie przewiduje również możliwość zakwalifikowania do leczenia substytucyjnego osoby, za którą zgodę wrazić może jej przedstawiciel ustawowy. Jak podkreśla wyżej wymieniony dokument, muszą przemawiać za tym istotne względy zdrowotne (Dz. U. 2013 poz. 368).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) również formułuje trzy warunki, które należy spełnić, aby przystąpić do leczenia substytucyjnego:

- a) rozpoznanie uzależnienia od opioidów,
- b) zdolność wyrażenia świadomej zgody na leczenie,
- c) brak przeciwwskazań do takiej formy leczenia (WHO, 2009).

W związku z tym, że medycyna nie dysponuje jak dotąd żadnymi lekami, które w pełni skutecznie leczą uzależnienie, rozporządzenie o leczeniu substytucyjnym określa przesłanki, zgodnie z którymi osoba uzależniona od opioidów może zostać wyłączona z programu. Dwie pierwsze przesłanki związane są z przyjmowaniem przez osoby uzależnione substancji psychoaktywnych. Pierwsza przesłanka dotyczy potwierdzenia przyjmowania substancji psychoaktywnych (innych, niż stosowane w leczeniu substytucyjnym) na podstawie badania płynów ustrojowych przez trzy kolejne razy. Z założeniem, że badania wykonane zostały w odstępach minimum 6-dniowych (Dz. U. 2013 poz. 368). Druga przesłanka dotyczy osób, u których w ciągu sześciu miesięcy pięciokrotne badania płynów ustrojowych potwierdziły obecność substancji psychoaktywnych (innych, niż te stosowane w leczeniu substytucyjnym). Innymi kryteriami wyłączającymi z programu leczenia substytucyjnego jest odmówienie poddania się badaniom na obecność narkotyków, stosowanie przemocy psychicznej lub fizycznej wobec innych uczestników lub pracowników programu oraz udostępnianie innym osobom środka substytucyjnego (Dz. U. 2013 poz. 368).

Powszechną praktyką jest wydawanie środka substytucyjnego w podmiocie leczniczym przez członka personelu medycznego (najczęściej pielęgniarkę) w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowanie substancji leczniczej przez osobę uzależnioną w obecności osoby wydającej lek. Środek substytucyjny może być wydany osobie uzależnionej od opioidów przez podmiot leczniczy na okres 7, 14, a nawet 30 dni. Szczegółowe przepisy w tym zakresie określa rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 poz. 368).

Leczenie substytucyjne, jak każda inna forma ma swoje ograniczenia. Z badań J. Moskalewicz, J. Klingemann, J. Stokwiczewskiego (2015) wynika, że największym problemem tego typu leczenia jest jego dostępność, tj. ograniczona liczbą placówek leczniczych. Niektóre osoby po środek substytucyjny muszą dojeżdżać kilkadziesiąt lub nawet kilkaset kilometrów. Innymi trudnościami, które badanie uwidocznilo, to problemy związane z aktywnością zawodową lub/i kontynuacją nauki, spowodowane przymusem codziennego odbioru środka substytucyjnego. Oczywiście nie wszystkich uczestników programów substytucyjnych dotyczą powyższe trudności, ale warto zasygnalizować istnienie takiego problemu i rozważyć zmiany w zakresie wydawania leków substytucyjnych tak, by zachęcały do podejmowania pracy i nauki, a nie ograniczały.

Podsumowując, stosowanie środka substytucyjnego w połączeniu ze wsparciem psychoterapeutycznym, w tym terapią poznawczą i behawioralną oraz technikami sterowania wzmocnieniami (*contingency management*) zwiększa skuteczność leczenia substytucyjnego. Tym samym sprzyja lepszemu funkcjonowaniu zdrowotnemu i społecznemu osoby uzależnionej (Habrata, Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2017). Wobec powyższego, dopuszczenie możliwości zażywania środków substytucyjnych i poprawa ich dostępności u osób, które nie mogą (lub nie chcą) osiągnąć długotrwałej abstynencji, staje się pożądaną strategią, która może uzupełniać obowiązujący model leczenia uzależnienia od opioidów (Bukowska, 2018).

### **2.6.1. Farmakoterapia w leczeniu substytucyjnym**

W programie leczenia substytucyjnego najczęściej wykorzystuje się metadon i zdecydowanie mniej powszechną substancję leczniczą - buprenorfinę (Feelemyer, Jarlais, Arasteh, Abu, 2012). Działanie obydwu środków jest wyłącznie objawowe. Leczenie substytucyjne nie eliminuje fizycznego uzależnienia. Odbiorcy tej formy leczenia nadal pozostają w zależności, tylko tym razem w kontrolowanej zależności od metadonu lub buprenorfiny, a nie jak to miało miejsce wcześniej – niekontrolowanej zależności od opioidów (Swift, Leggio, 2018).

Badania w zasadzie jednoznacznie wskazują, że środki substytucyjne przyjmowane w zalecanych średnich dawkach tj. 80 mg metadonu i 12 mg buprenorfiny na dobę nie wpływają na funkcje poznawcze i nie upośledzają sprawności psychomotorycznej. Tym samym osoby podejmujące leczenie substytucyjne są zdolne do kontynuowania nauki, podejmowania pracy i aktywności fizycznej (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2008).

Wybór stosowanego produktu leczniczego u osoby uzależnionej od opioidów powinien wynikać z oceny potrzeb leczniczych, w tym współwystępowania innych zaburzeń psychicznych oraz chorób somatycznych, historii używania narkotyków, dostępności terapii oraz akceptacji leczenia przez uczestnika programu substytucyjnego. Dawka lecznicza środka substytucyjnego ma za zadanie chronić osobę uzależnioną przed wystąpieniem objawów abstynencyjnych przez okres 24 godzin (Steinbarth-Chmielewska, Baran-Furga, 2008; Bisaga, Wojnar, 2012). Niedopełnienie powyższych warunków może utrudnić prawidłowe rozpoznanie, a zatem opóźnić leczenie właściwe. Co istotne, planowane leczenie winno zakładać perspektywę długoterminową, o czym uczestnik programu powinien zostać poinformowany (WHO, 2009). W Polsce obydwie środki substytucyjne osoby uzależnione od opioidów otrzymują bezpłatnie.

Leczenie substytucyjne z wykorzystaniem metadonu i buprenorfiny składa się z trzech etapów: indukcji, stabilizacji i podtrzymania.

Etap indukcji, to czas w którym osobie uzależnionej od opioidów ustala się minimalną dawkę środka substytucyjnego. Dawka leku ma wyeliminować (lub zmniejszyć) objawy głodu narkotykowego, a tym samym spowodować zaprzestanie przyjmowania opioidów w celach niemedycznych.

Drugi etap ma miejsce wówczas, gdy osoba uzależniona przestaje doświadczać niekontrolowanych napadów głodu narkotykowego, nie odczuwa lub odczuwa w sposób minimalny niepożądane efekty z powodu przyjmowania leku (metadonu, buprenorfiny).

Etap podtrzymania – to najdłuższy okres leczenia substytucyjnego, który nie ma ograniczeń czasowych. Osoba uzależniona winna w tym czasie utrzymywać całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych, z wyłączeniem środka substytucyjnego. Czas trwania tego etapu dostosowany jest do indywidualnych potrzeb osoby uzależnionej (Zalewska-Kaszubska, 2017).

W trakcie leczenia część osób uzależnionych decyduje się na stopniowe zmniejszanie dobowej dawki środka substytucyjnego, aż do całkowitej jego redukcji. Niestety aż 10-70% osób uzależnionych, które przestały przyjmować środek substytucyjny ponownie sięga po opioidy (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2008). Biorąc pod uwagę powyższe, zaprzestanie przyjmowania środka substytucyjnego stwarza wysokie ryzyko nawrotu uzależnienia (Zanis, McClellan, Alterman, Cnaan, 1996). Tym samym, specjaliści rekomendują przyjmowanie leku przez wiele lat (co najmniej pięć), a nawet do końca życia w przypadku osób z przewlekłym przebiegiem uzależnienia (Szczepańska, 2008; Bisaga, Wojnar, 2012).

## **Metadon**

Na świecie leczenie substytucyjne z wykorzystaniem substancji leczniczej – metadonu powszechnie stosowane jest już ponad pół wieku (Kreek, 2000). Lek w Polsce zastosowano po raz pierwszy w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie w roku 1992 (Jabłoński, 2008).

Metadon – to agonista receptorów opioidowych mózgu, przyjmowany doustnie w postaci syropu. Dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego. Ma także działanie przeciwbólowe, które pojawia się po 30-60 minutach po zażyciu (Gumułka, 2008; Steinbarth-Chmielewska, 2008). Stosowanie metadonu zapobiega występowaniu u osoby uzależnionej od opioidów zespołu abstynencyjnego i blokuje euforyzujące działanie innych opioidów (Woronowicz, 2009; Kreek, Borg, Ducat, Ray, 2010). Rekomendowana przez lekarzy psychiatrów dawka metadonu waha się od 60 do 120 mg na dobę (Bisaga, Wojnar, 2012). W celach leczniczych stosuje się również wyższe dawki metadonu, nawet do 150 mg na dobę (Donny, Brasser, Bigelow, Stizer, Walsh, 2005).

Z medycznego punktu widzenia leczenie tym środkiem substytucyjnym jest bezpieczne. Tym bardziej niepokoi zjawisko, coraz częstszego iniekcyjnego zażywania metadonu przez osoby uzależnione od opioidów. Może być to związane z stosowaniem w lecznictwie substytucyjnym bardziej stężonego metadonu, który jest łatwiejszy do stosowania iniekcyjnego. Dodatkowo, stosowanie metadonu zazwyczaj nie jest oparte na pełnej abstynencji uczestników programu. Badania amerykańskie z 1997 roku wskazują wzrost częstości zażywania kanabinoli i kokainy u osób w programach substytucyjnych. Badanie wykazało nadto, że osoby uzależnione od opioidów przyjmowały poza przepisany środek substytucyjnym, nadprogramową dawkę substytutu (Best, Gossop, Marsden, Farrell, Strang, 1997). Warto w tym miejscu podkreślić, iż taka forma stosowania środka substytucyjnego stoi w całkowitej opozycji wobec idei redukcji szkód zdrowotnych i społecznych (Dubiel, 2016).

Wśród skutków ubocznych stosowania metadonu, których najwięcej występuje w początkowym okresie leczenia, tj. około pół roku po rozpoczęciu terapii, wymienić należy: zaburzenia snu, zmniejszenie libido, zwiększenie masy ciała, utrzymujące się zaparcia (u ponad 20% osób nawet przez okres 3 lat), utrzymującą się przez wiele lat nadmierną potliwość, której doświadcza blisko 50% leczonych metadonem (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2008).

Metadon wskazany jest dla osób z przewlekłym przebiegiem uzależnienia od opioidów. Dodatkowo metadon pozostaje preferowanym środkiem w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym kobiet w ciąży. Dotyczy to szczególnie tych ciężarnych, które wymagają

większych dawek opioidów w celu uzyskania równowagi organizmu (Zalewska-Kaszubska, 2018). Agresja, w tym autoagresja, niepełnosprawność intelektualna oraz przede wszystkim ciężka niewydolność wątroby to kryteria, które wykluczają osobę z leczenia substytucyjnego metadonem (Szukalski, 2005).

Metadon jest substancją, która ze względu na swoje wspomniane wyżej właściwości – uzależnia. Stąd funkcjonujące nieustannie wokół tego środka kontrowersje. Przeciwnicy metadonu dyskwalifikują go, gdyż ich zdaniem zastępowanie narkotyku (np. heroiny) inną substancją (metadonem) jest całkowicie pozbawione sensu (Szukalski, 2012).

### **Buprenorfina**

Buprenorfina dopiero od lat 90-tych stosowana jest w leczeniu osób uzależnionych od opioidów. Po raz pierwszy we Francji w 1996 roku, a w 2002 roku w USA (Carrieri, Amass, Lucas, Vlahov, Wodak, Woody, 2006). Obecnie leczenie substytucyjne buprenorfiną jest prowadzone w ponad 44 krajach na świecie.

Buprenorfina jest częściowym agonistą receptorów  $\mu$ -opiodowych mózgu (Swift, Leggio, 2013). Charakteryzuje się silnym działaniem przeciwbólowym, aż 25–50 razy silniejszym od morfiny (Elkader, Sproule, 2005). Wykazuje mniejsze niż metadon prawdopodobieństwo przedawkowania, stąd została zakwalifikowana do leków III kategorii – zgodnie z klasyfikacją Agencji ds. Kontroli Leków (*Drug Enforcement Agency - DEA*). Zmniejsza tzw. głód opiodowy (Parran, Adelman, Merkin, Pagano, Defranco, Ionescu, Mace, 2010). Dobrze wchłania się z jamy ustnej, w związku z tym podawana jest w lingwetkach – raz na dobę. Lek stosowany w przeciętnych dawkach leczniczych rzadko powoduje występowanie nudności i wymiotów, praktycznie nie wywołuje objawów psychomimetycznych (psychoz, halucynacji) (Walsh, Eissenberg, 2003).

Buprenorfina ma niższy od metadonu potencjał uzależniający (Oliveto, Kosten, 1997). W przypadku odstawienia leku zespół abstynencyjny występuje po kilku dniach, najczęściej nasilone objawy pojawiają się po 3-5 dniach, gdyż efekt kliniczny leku utrzymuje się od 36 do nawet 72 godzin od momentu zażycia. Objawy mają stosunkowo łagodny przebieg i ustępują w ciągu następnych kilku dni (Gumułka, 2008).

Średnia dawka podtrzymująca buprenorfiny wynosi 8-12 mg na dobę, gdyż mniejsze dawki nie są skuteczne (Johnson, Jaffe, Fudala, 1992; Habrat, 2012). Przy czym, niektórzy badacze wskazują 16 mg buprenorfiny jako minimalną dawkę dzienną, pozwalającą wydłużyć czas pozostawania osoby uzależnionej w leczeniu substytucyjnym (Strang, Groshkova, Metrebian, 2012). W tym miejscu warto zaznaczyć, że podawanie 12 mg buprenorfiny raz na

dobę jest równie skuteczne, co dzienna dawka 50-60 mg metadonu (Mattick, Kimber, Breen, Davoli, 2014).

Buprenorfina została zaakceptowana przez Agencję ds. Żywności i Leków do leczenia osób uzależnionych od opioidów pod nazwą Subutex i Suboxon. Przy czym pierwszy środek jest lekiem czystym, a drugi stanowi mieszaninę buprenorfiny i naloksonu w stosunku 4:1. (Erickson, 2019). Preparat Suboxon został wprowadzony do leczenia zależności opioidowej przez Komisję Europejską w roku 2006. Z kolei w Polsce lek w podtrzymującej terapii substytucyjnej stosuje się od 2008 roku. Połączenie buprenorfiny z naloksonem w leku Subutex ma na celu ograniczenie przyjmowania medykamentu niezgodnie z jego przeznaczeniem, tj. dożylnie. Po dożylnym wstrzyknięciu preparatu, rozwija się gwałtowny zespół abstynencyjny, a efekt euforyzujący nie występuje (Fudala, Johnson, 2006).

Buprenorfina wskazana jest dla osób z krótkim i łagodnym przebiegiem uzależnienia od opioidów (Szukalski, 2005). Z przeglądu literatury wynika, że buprenorfina jest bezpieczniejsza od metadonu dla matek i noworodków (Zedler, Mann, Kim, Amick, Joyce, Murrelle, Jones, 2016).

Lek został zatwierdzony jako środek substytucyjny później niż metadon. W związku z powyższym, w literaturze przedmiotu znajduje się mniej doniesień na temat działania tego medykamentu.

Jak podaje KBPN blisko 93% wszystkich osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie w Polsce przyjmuje metadon, tylko 3% buprenorfinę, a 4% osób inne leki (KBPN, 2020). Ograniczenie stosowania buprenorfiny związane jest bezpośrednio z dużo wyższymi kosztami leczenia w porównaniu z wydatkami związanymi z terapią metadonem (Zalewska-Kaszubska, 2017). Dla porównania w krajach Unii Europejskiej blisko 40% osób uzależnionych przyjmuje preparat inny niż metadon (Charmast, 2020).

Łączenie środków substytucyjnych z innymi lekami, zwłaszcza benzodiazepinami oraz alkoholem powoduje osłabienie funkcji poznawczych i ruchowych, sedację, a nawet depresję układu oddechowego - czego uczestnicy podtrzymującego leczenia winni być świadomi (Rogowska-Szadkowska, 2008; Lintzeris, Mitchell, Bond, Nestor, Strang, 2007).

Stosowanie medykamentów, nigdy nie skutkuje uzyskaniem oczekiwanych rezultatów u 100% osób leczonych. Podobnie jest ze środkami substytucyjnymi. Część osób uzależnionych od opioidów odczuwa nasilone skutki oboczne leku, u niektórych obserwować można narastającą na substytut tolerancję, z powodu której, dawka środka substytucyjnego musi być nieustannie zwiększana.



W rezultacie pojawiają się osoby, które nigdy nie osiągną zamierzonych leczeniem substytucyjnym efektów (Chrostek-Maj, 2008).

### **2.6.2. Skuteczność podtrzymującego leczenia substytucyjnego**

Jak twierdzą J. De Maeyer, W. Vanderplasschen i E. Broekaert (2010) na rozpoczęcie podtrzymującego leczenia substytucyjnego decydują się zwykle osoby uzależnione od opioidów, które mają liczne problemy zdrowotne, prawne, ekonomiczne i rodzinne.

Leczenie substytucyjne, zarówno metadonem jak i buprenorfiną eliminuje lub ogranicza dożylnie przyjmowanie opioidów a zatem zmniejsza ryzyko zakażeń wszczepiennych, takich jak HIV, HCV, HBV (Szczepańska, 2008; MacArthur, Minozzi, Martin, Vickerman, Deren, Bruneau, Degenhardt, Hickman, 2012). Z kolei u osób już zakażonych HIV, HCV, HBV a leczonych środkami substytucyjnymi umożliwia się leczenie tychże zakażeń w sposób bardziej efektywny (Farrell, Wodak, Gowing, 2012) i opóźnia się rozwój AIDS (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2008).

Na podstawie niektórych wyliczeń osoby uzależnione, które co najmniej rok uczestniczyły w leczeniu substytucyjnym, ograniczyły używanie opioidów minimum o 80% (The Office of National Drug Control Policy, 1999). Przy czym istnieją też badania, które wykazały, że u osób, które przyjmują metadon zaobserwować można wzrost spożycia innych narkotyków, m.in. kanabinoli (Best, Harris, Gossop, Farrell, Finsch, Noble, Strang, 2000). Podtrzymujące leczenie substytucyjne zmniejsza śmiertelność wśród osób uzależnionych, co jest jednym z ważniejszych, jak nie najważniejszym celem tej formy redukcji szkód (Cornish, Macleod, Strang, Vickerman, Hickman, 2010).

U osób przyjmujących środek substytucyjny następuje poprawa zdrowia psychicznego, m.in. stabilizacja nastroju oraz poprawia się stan somatyczny. Zmniejsza się przestępczość. Poprawia się funkcjonowanie w różnych obszarach życia społecznego (Ward, Mattick, Hall, 1998; Avants, Margolin, Sindelar, Rounsaville, Schottenfeld, Stine, Cooney, Rosenheck, Li, Kosten, 1999; Vocci, Acri, Elkashef, 2005; Schwartz, Jaffe, Highfield, Callaman, O'Grady, 2007; Gibson, Degenhardt, Mattick, Ali, White, O'Brien, 2008).

Temat przestępczości uczestników leczenia substytucyjnego w Polsce podejmowała w swoich badaniach H. Baran-Furga (2001). Na ich podstawie stwierdzono, że już 12-miesięczny udział w terapii substytucyjnej skutkuje spadkiem przestępczości wśród osób uzależnionych. Zaledwie 7% osób przyjmujących środek substytucyjny kontynuowało działalność przestępczą po roku od rozpoczęcia leczenia. Warto zaznaczyć, że przed podjęciem leczenia substytucyjnego, odsetek ten wynosił aż 87%. Dodatkowo badanie wykazało, że wraz

ze spadkiem przestępczości zwiększyła się liczba osób korzystających z legalnych źródeł dochodu: z pracy dorywczej – odsetek wzrósł z 11% na 27%, renty lub świadczeń z pomocy społecznej – wskaźnik z 43% wzrósł aż do 74%.

Na szczególną uwagę zasługują badania P. Serafina, który stwierdził, że udział w leczeniu substytucyjnym wiąże się z mniejszą częstością stosowania i bycia osobą doświadczającą przemocy fizycznej (Serafin, 2017). To pierwsze w Polsce badania, w których dokonano szerokiej analizy zależności pomiędzy stosowaniem przemocy fizycznej i byciem jej ofiarą wśród osób uzależnionych. Z całą pewnością warto w przyszłości w kolejnych działaniach badawczych skupić się na szukaniu elementów (czynników) leczenia substytucyjnego, które mogą przyczynić się do ograniczenia stosowania przemocy fizycznej i stawania się jej ofiarą u osób uzależnionych od opioidów.

Warte podkreślenia jest zastosowanie leczenia substytucyjnego u kobiet w ciąży. Jak wskazuje J. Zalewska-Kaszubska terapia substytucyjna pozwala znacznie ograniczyć ryzyko powikłań w czasie trwania ciąży, jak i podczas porodu. Zastosowanie środka substytucyjnego zmniejsza ryzyko korzystania z nielegalnych opioidów, poprzez złagodzenie „głodu narkotykowego” matki. Minusem leczenia substytucyjnego kobiet w ciąży jest konieczność leczenia zespołu abstynencyjnego u noworodków (Zalewska-Kaszubska, 2018).

Subiektywne postrzeganie jakości życia przez osoby uzależnione od opioidów, to jedno z kryterium, na podstawie którego również można ocenić efektywność leczenia substytucyjnego. Wyniki badania zrealizowanego przez lekarzy psychiatrów B. Habrata, K. Chmielewską i H. Baran-Furgę w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie oraz Centrum Profilaktyki Uzależnień w Poznaniu wskazują, że po 12 miesiącach uczestnictwa w leczeniu substytucyjnym, osoby uzależnione dostrzegały znaczącą poprawę m.in. w obszarze zdrowia somatycznego i psychicznego, witalności oraz funkcjonowania społecznego (Habrat, Chmielewska, Baran-Furga, Kęszycka, Taracha, 2002). Z kolei z badań przeprowadzonych przez IPiN w 2004 roku, zrealizowanych na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że u uczestników leczenia substytucyjnego następuje poprawa stanu zdrowia somatycznego oraz psychicznego. Funkcjonowanie społeczne ulega poprawie, ale rzadko (Moskalewicz, Dąbrowska, Habrat, Langiewicz, Sierosławski, Świątkiewicz, 2005).

Ciekawe wyniki badań własnych prezentują Ł. Szczepańska, J. Chrostek-Maj i B. Jenner (2005), którzy wykazali, że u osób leczonych substytucyjnie obniżają się kompetencje społeczne w okolicznościach, wymagających zachowań asertywnych, a nasilają się kompetencje społeczne dotyczące bliskiego kontaktu interpersonalnego, w tym również sytuacji intymnych. Badania nad uczestnikami programów leczenia substytucyjnego

prowadzone przez Ł. Szczepańską wykazały nadto, że uczestnictwo w nich wpłynęło na zmniejszenie symptomów zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych (Szczepańska, 2008). Natomiast E. Corty, J. C. Ball i C. P. Mayers (1988) stwierdzili, że leczenie substytucyjne nie wpływa na stan psychiatryczny osób uzależnionych od opioidów. Pozwala jedynie na większą kontrolę nad doświadczanymi objawami.

Badania podłużne realizowane przez M. Nalaskowską i L. Cierpiałkowską (2014) w 2011 i 2012 roku w pięciu placówkach leczenia substytucyjnego wykazały natomiast, że po sześciu miesiącach leczenia u uczestników programu wzrósł poziom poczucia koherencji, jak również wzrosło poczucie sensu życia. Jednocześnie autorki podkreślają, że nie zaobserwowano zmiany w stopniu nasilenia objawów psychopatologicznych oraz nie stwierdzono zmian w zakresie zmiennych socjoekonomicznych.

W roku 2013 w Punkcie Leczenia Substytucyjnego w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi przeprowadzono badania, z których wynika, iż większość osób badanych wskazuje, że udział w leczeniu substytucyjnym, z wykorzystaniem metadonu korzystnie wpływa na ich życie, a sam metadon jest lekiem, dzięki któremu są w stanie normalnie funkcjonować. Warto odnotować, że część osób badanych wskazała także, że udział w leczeniu substytucyjnym skutkuje ich stygmatyzowaniem w społeczeństwie (Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubska, 2014).

Wyniki prospektywnych badań realizowanych przez S. Fudalej i M. Wojnara (2016), wskazują, że u osób biorących udział w leczeniu substytucyjnym wzrasta wskaźnik aktywności zawodowej, zmniejsza się wskaźnik przestępczości oraz poprawia się stan psychiczny, zwłaszcza w zakresie zaburzeń snu oraz zaburzeń depresyjnych.

Kolejne lata uczestnictwa w programie leczenia substytucyjnego pozwalają osobom uzależnionym od opioidów w większości przypadków na zmniejszanie przyjmowanej dawki terapeutycznej leku (metadonu, buprenorfiny). Przy czym jak pokazują badania A. Kotwasa i wsp. u osób podejmujących leczenie substytucyjne 10 lub więcej lat, tendencja jest odwrotna (Kotwas, Zabielska, Karakiewicz, 2020).

Kwerenda biblioteczna literatury krajowej i zagranicznej potwierdza, że podtrzymujące leczenie substytucyjne jest najlepiej udokumentowaną i najskuteczniejszą metodą leczenia uzależnienia od opioidów. Długość leczenia substytucyjnego jest jednym z czynników wpływających na jego efektywność (Pollack, Heimer, 2004; Beck, Wright, Newman, Liese, 2007; Chrostek-Maj, 2008; Darke, Degenhardt, Mattick, 2007; Sierosławski, 2012). Należy jednak zadbać o zmniejszenie zasięgu wykluczenia społecznego osób leczonych substytucyjnie i zapewnić dostęp do podstawowych świadczeń z pomocy społecznej, zwłaszcza w zakresie

potrzeb bytowych (jedzenie, schronienie). Niezaspokojenie tych wymogów, z dużym prawdopodobieństwem będzie rzutować na możliwość podjęcia zachowań prozdrowotnych przez uczestników programów substytucyjnych (Karlińska, 2015).

## Rozdział 3

### Wybrane zasoby osobiste w ujęciu interdyscyplinarnym

Problematyka związana z zasobami osobistymi stanowi przedmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych. Zasoby są czynnikiem motywującym w zakresie podejmowania działań na rzecz zdrowia człowieka. Jak wskazują refleksje badaczy zajmujących się problematyką zasobów, im wyższy ich poziom, tym większa umiejętność radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami, m.in. z uzależnieniem (Chodkiewicz, 2005; Modrzyński, 2018).

W dysertacji podjęty temat rozpatrywano na gruncie psychologii pozytywnej. Psychologia pozytywna koncentruje się na pozytywnej stronie funkcjonowania człowieka, na jego mocnych stronach. Zmierza do doskonalenia sposobu funkcjonowania jednostki, w celu osiągnięcia przez nią bardziej satysfakcjonującego życia. Psychologia pozytywna co prawda, nie odżegnuje się od dysfunkcji, jakiej doświadcza człowiek, ale skupia uwagę przede wszystkim na tym, co pozytywne: szczęście, przyjemności, cnoty i zalety (Duckworth, Steen, Seligman 2005). Tym samym, psychologia pozytywna koncentruje się na eksponowaniu silnych stron człowieka, zamiast na jego deficytach i ograniczeniach, co oznacza uznanie problemu bez zagłębiania się w jego patologizację (Burwell, Chen, 2008).

Rozdział trzeci otwiera teoretyczne wprowadzenie w problematykę zasobów. Dokonano w nim analizy podstawowych pojęć i wybranych sposobów ich systematyzowania (3.1). W rozdziale analizom poddano takie zasoby jak: samoocena (3.2.1), poczucie własnej skuteczności (3.2.2.) oraz wsparcie społeczne (3.2.3).

#### 3.1. Zasoby – analiza pojęcia

W wielu naukach, takich jak pedagogika, psychologia, zarządzanie czy socjologia, zasoby poddaje się eksploracjom badawczym.

R. H. Moos i J. A. Shaefer (1993, s. 234) określają zasoby osobiste jako „złożony układ czynników osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie”. H. Alder i B. Heather (2000, s. 317) mianem zasobów określają „jakikolwiek środek, za pomocą którego można doprowadzić do osiągnięcia rezultatu: fizjologia, samopoczucie, myśli, strategie, doświadczenie, ludzie, wydarzenia, posiadane przedmioty. Z kolei A. Antonovsky podaje definicję uogólnionych zasobów odpornościowych, wskazując, że są to właściwości jednostki, grupy społecznej, środowiska lub kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną, tj. umożliwiają uniknięcie stresorów lub też zapobiegają przekształceniom napięcia w stan stresu (za: Sęk, 2012a).

Helena Sęk (2003, s. 18) określa zasoby następująco: „Jako zasoby mogą więc funkcjonować zarówno cechy człowieka (biologiczne, psychologiczne, społeczne i duchowe) oraz cechy środowiska (fizyczne, materialne, biologiczne), jak i cechy społeczne (więzi, grupy, instytucje, organizacje), gwarantujące wsparcie i pomoc, oraz cechy kultury. Są to więc najogólniej cechy świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami, jakie napotyka w życiu, pełnią potrójną, regulacyjną i prozdrowotną funkcję: (a) zapobiegają wystąpieniu stresorów, (b) zapobiegają przekształcaniu się napięcia stresowego w chroniczny stres, (c) sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem.

Tymczasem S. E. Hobfoll (2006) do zasobów zalicza: przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które są cenne same w sobie, gdyż są potrzebne do przetrwania (w sposób bezpośredni lub pośredni), bądź też służą do zdobycia owych zasobów, które przetrwanie umożliwiają.

W literaturze przedmiotu nie ma jednego spójnego sposobu systematyzowania zasobów. Dotychczas wyodrębniono wiele różnych klasyfikacji.

K. Mudyń (2003) dokonał podziału zasobów na faktyczne i potencjalne.

Zasoby faktyczne to takie, które sprzyjają realizacji potrzeb bądź celów jednostki, do których ma ona bezpośredni i niekwestionowany dostęp. Autor podkreśla, że aby mówić o zasobach faktycznych, muszą być spełnione określone warunki, czyli:

- jednostka musi posiadać konkretną, sprecyzowaną potrzebę lub określony cel,
- musi istnieć pewne „coś”, w sensie materii, energii lub informacji,
- jednostka musi posiadać wiedzę o istnieniu tego „czegoś”,
- musi dostrzegać relację między tym „czymś” a określoną potrzebą lub celem.

Z kolei zasoby potencjalne K. Mudyń rozumie jako takie, do których dostęp ma charakter warunkowy, tzn. dostęp może zostać przez jednostkę uzyskany lub odzyskany w przyszłości.

S. E. Hobfoll (2006) dokonał klasyfikacji zasobów ze względu na pochodzenie, wyodrębniając zasoby wewnętrzne i zewnętrzne. Zasoby wewnętrzne to wszystkie strukturalne i funkcjonalne cechy osobowości niezbędne do procesów samoregulacji i rozwoju, m.in. samoocena, tożsamość, uogólnione poczucie własnej skuteczności, poczucie sprawstwa oraz kompetencje poznawcze, emocjonalne, interpersonalne i społeczne. Zasoby wewnętrzne nazywa się także osobowymi lub podmiotowymi, gdyż pozostają w posiadaniu podmiotu (Sęk, 2012).

Zasoby zewnętrzne w przeciwieństwie do zasobów wewnętrznych, nie pozostają w posiadaniu podmiotu, czyli trzeba je zdobyć, pielęgnować, kupić etc. Zalicza się do nich cechy środowiska fizycznego, biologicznego, materialnego, informacyjnego, kulturowego oraz społecznego (Sęk, 2012a). Przykładem tego typu zasobów jest wsparcie społeczne, zatrudnienie i status ekonomiczny (Hobfoll, 2006). Z kolei R. H. Moos do zasobów zewnętrznych zalicza finanse, aktywność zawodową, relacje z rodziną generacyjną i prokreacyjną oraz kontakty z przyjaciółmi (za: Ziarko, 2014).

Zdaniem R. Poprawy (2001) do najczęściej wymienianych w literaturze zasobów podmiotowych należą: wsparcie społeczne, otwartość, umiejętność swobodnej ekspresji emocji stresowych, zaufanie do samego siebie, poczucie sprawstwa, poczucie własnej skuteczności, samoocena i samoakceptacja, optymizm, nadzieja, poczucie humoru, wiara w siłę wyższą, wola życia, umiejętności interpersonalne, prężność (elastyczność) ego, asertywność, inteligencja emocjonalna, samokontrola, osobiste doświadczenia życiowe, pasje i zainteresowania.

Zasoby można podzielić również ze względu na ich rodzaj. Kategoryzacja zaproponowana przez S. E. Hobfolla (2006) przedstawia się następująco:

- a) Zasoby materialne – czyli różnego rodzaju obiekty fizyczne i przedmioty, służące do zapewnienia przetrwania i świadczące o posiadaniu określonego statusu społecznego, np. dom i jego wyposażenie, biżuteria, samochód.
- b) Zasoby osobiste – określane jako umiejętności (np. kompetencje zawodowe, umiejętności społeczne) oraz cechy osobowości (m.in. samoocena, optymizm, uogólniona własna skuteczność). Wiele z nich, jak podkreśla S. E. Hobfoll kształtuje się w bliskiej relacji z rodzicami i w procesie edukacji.
- c) Zasoby stanu – szczególnie istotne, gdyż warunkują dostęp do innych zasobów. Mogą być uwarunkowane biologicznie, odziedziczone, otrzymane lub wypracowane. Przykładem zasobów stanu jest pozycja społeczna, zdrowie, małżeństwo i zatrudnienie.
- d) Zasoby energii – rozumiane jako środki do zdobycia innych zasobów, np. wiedza i umiejętności, czas, pieniądze i wiarygodność kredytowa. Cechą charakterystyczną zasobów energii jest to, że po wymianie na inne zasoby tracą na wartości.

Powyższa kategoryzacja zasobów niestety nie jest wyczerpująca. Nie ma możliwości przyporządkowania niektóre zasobów do konkretnych kategorii m.in. wsparcia społecznego, posiadającego cechy zarówno zasobu stanu, jak i zasobu energii. Tym samym kategoryzacji S. E. Hobfolla nie należy traktować jako klasyfikacji (Sęk, 2012a).

Badania empiryczne na temat znaczenia zasobów osobistych i społecznych potrzebnych do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi prowadzą do wniosku, że nie można mówić o jedynym, skutecznym zespole zasobów, gdyż każdy problem, sytuacja obciążająca wymaga uruchomienia odmiennych predyspozycji (Sęk, 2012a).

Pomimo tego, że dotychczas nie wypracowano jednoznacznej definicji zasobów, to uznaje się, że oznaczają one właściwości biologiczne, psychologiczne i społeczne, które w sposób pozytywny wpływają na procesy radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Hobfoll, 2002).

Doniesienia o znaczeniu zasobów osobistych i społecznych prowadzą do wniosku, że poziom samooceny, uogólniona własna skuteczność oraz system wsparcia społecznego należą tzw. zasobów kluczowych. Charakteryzują się tym, że pełnią funkcję zarządzania innymi zasobami, jakie posiada człowiek (Hobfoll, 2002). Posiadanie zasobów kluczowych umożliwia efektywne funkcjonowanie, zwłaszcza w sytuacjach obciążających, tym samym może wywierać znaczący wpływ na przebieg uzależnienia i utrzymywanie abstynencji od substancji psychoaktywnych. Jak dowodzą badacze, osoby dysponujące większymi zasobami, mają większą odporność psychiczną i zachowują lepsze zdrowie (Hobfoll, 1989; Hobfoll, 2002; Kaczmarek, Curyło-Sikora, 2016; Modrzyński, 2018).

## **3.2. Charakterystyka wybranych zasobów osobistych**

### **3.2.1. Samoocena**

Samoocena (*self-esteem*) zaliczana jest do osobistych zasobów człowieka, który stanowi element samoświadomości i jest nieodłącznie związany z pojęciem Ja. B. Wojciszke i D. Doliński (2016, s. 316) poprzez Ja określają „luźną strukturą różnych ról i tożsamości społecznych, przekonań na własny temat i samoocen oraz wartości i celów uznawanych za własne”.

R. F. Baumeister i in. (2003) określają samoocenę jako uogólnioną ocenę własnego Ja, która może mieć wpływa na myśli, nastrój oraz zachowanie. W. James, uważany powszechnie za twórcę pojęcia samooceny definiuje ją jako „subiektywną ocenę powstającą na bazie dokonania bilansu osobistych sukcesów i porażek” (za: Szymborski, 2007, s. 42). Z kolei B. Wojciszke (2006) postrzega samoocenę jako afektywną reakcję człowieka na samego siebie, rozpatrywaną jako względnie stałą cechę lub też jako aktualny stan i motyw podmiotu.

E. Aronson, T. D. Wilson i R. M. Akert (1997) samoocenę rozumieją jako oszacowanie przez ludzi wartości samych siebie, tj. w jakim stopniu spostrzegają siebie jako ludzi dobrych, kompetentnych oraz przyzwoitych. Tymczasem M. H. Kernis i B. M. Goldman (2006) postrzegają samoocenę jako stosunkowo stabilną cechę związaną z poczuciem własnej wartości



lub jako aktualnie doświadczany stan, który może ulegać modyfikacjom pod wpływem różnych czynników zewnętrznych, np. informacji zwrotnej, nastroju, akceptacji otoczenia.

Według L. Niebrzydowskiego (1989, s. 37) samoocena to „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby, a w szczególności do swojego wyglądu, uzdolnień, osiągnięć i możliwości życiowych”. M. Rosenberg postrzega istotę samooceny w przekonaniu jednostki o własnej wartości, ujawniającej się w samoopisie (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008), a J. Reykowski (1975) wskazuje, że samoocena to ocena własnej osoby (samego siebie) oraz swoich możliwości. Zdaniem K. Baumann (2005) samoocena polega na krytycznym stosunku do samego siebie. R. J. Gerrig i P. Zimbardo (2006) definiując to pojęcie stwierdzają, że jest to uogólniona postawa wartościująca wobec samego siebie, która wpływa zarówno na nastrój, jak i na zachowania indywidualne oraz społeczne.

Jak wskazują J. Kirenko i M. Boczkowska (2017, s. 174), samoocena spełnia trzy podstawowe funkcje: „poznawczo-uświadamiającą, wartościująco-oceniającą, integrująco-scalającą, determinując tym samym prawidłowe funkcjonowanie jednostki”.

Zagadnienie samooceny cieszy się szerokim zainteresowaniem badaczy. Literatura przedmiotu nie przedstawia jednak definicji samooceny w sposób jednoznaczny i definitywny. Jak wskazuje K. Lachowicz-Tabaczek i J. Śniecińska (2013) nadal nie opracowano koncepcji, która określiłaby naturę, źródła i funkcje samooceny w sposób w pełni zrozumiały. W związku z powyższym w literaturze funkcjonuje pewne zamieszanie terminologiczne. Termin *self-esteem* w tłumaczeniu na język polski zazwyczaj oznacza samoocenę, ale stosuje je się go zamiennie, odnosząc się również do poczucia własnej wartości (*self-worth*) (Dymkowski, 1993, Mruk 2006). Niektórzy badacze stosują zamiennie termin samoocena i poczucie własnej wartości, m.in. Kofta i Doliński (2000), Moskowitz (2009) oraz Huflejt-Łukasik (2010), a inni obydwie terminy różnicują m.in. Reykowski (1992), Grzegółowska-Klarkowska (2001), Fila-Jankowska (2009).

W literaturze spotkać można różne kryteria podziału samooceny i rozpatrywać na wielu wymiarach. Biorąc pod uwagę stopień ogólności wyróżnia się samoocenę globalną i szczegółową (cząstkową) (Kulas, 1986). Pojęcie samooceny globalnej odnosi się do całościowego stosunku człowieka do samego siebie, w tym posiadanych właściwości i postępowania. Stanowi też „sumę” samoocen szczegółowych. Jest względnie stała, przy czym może zostać zachwiana przez silne czynniki o charakterze negatywnym (np. śmierć bliskiej osoby, długotrwała i ciężka choroba) lub/i pozytywnym (nagłe osiągnięcie wysokiego statusu społecznego, sukces itp.). Samooceny szczegółowe (cząstkowe) odnoszą się do określonych aspektów życia człowieka i podlegają zmianom. Warto nadmienić, że osoby, które

charakteryzuje taka sama ocena globalna, niekoniecznie będą cechować się taką samą oceną swoich zdolności, możliwości, czy kompetencji (Kulas, 1986; Łaguna, Lachowicz-Tabaczek Dzwonkowska, 2007). Korelacje między samooceną globalną a samoocenami szczegółowymi (częstkowymi) stosunkowo często bywają niskie (Łukaszewski, 1974).

Ze względu na kryterium wartości można wyróżnić samoocenę pozytywną i negatywną, a biorąc pod uwagę poziom wymienia się wysoką i niską samoocenę.

M. Rosenberg (1965) definiuje samoocenę jako pozytywną (wysoką) lub negatywną (niską) postawę wobec Ja. Wysoka samoocena oznacza przekonanie, że jest się „wystarczająco dobrym i wartościowym” człowiekiem (Rosenberg, 1979). Osoba z wysoką samooceną nie musi uważać się za lepszą od innych ludzi (Rosenberg, 1965). Wysoka samoocena oznacza postrzeganie samego siebie jako osoby kompetentnej, inteligentnej, uzdolnionej, przekonanej o byciu ważnym i zasługującym na szczęście (Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003). B. Wojciszke (2006) podkreśla, że posiadanie wysokiej samooceny jest dla jednostki korzystne. Stanowi skuteczny bufor chroniący człowieka przed lękiem, podnosi poziom oczekiwania na sukces, co skutkuje podejmowaniem intensywniejszych aktywności i osiąganiem lepszych rezultatów. J. Solomon, S. Greenberg i T. Pyszczński (1991) wskazują, że lepsze samopoczucie psychiczne i ogólnie lepszy stan zdrowia charakteryzuje osoby z wysokim poziomem samooceny. Z kolei negatywna (niska) samoocena w postrzeganiu M. Rosenberga oznacza odrzucenie własnego Ja oraz niezadowolenie z siebie, brak wiary we własne możliwości i brak pewności siebie (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008; Niemczyk, 2009). Udowodniono również, że osoby z niską samooceną cechuje większa ostrożność w wykonywaniu zadań, podejmowanie wysiłku w celu uniknięcia niepowodzeń oraz niepewność wobec podejmowanych działań (Niemczyk, 2009). Zaniżony poziom samooceny koreluje również z brakiem poczucia szczęścia (Neiss, Sedikides, Stevenson, 2006). M. Rosenberg (1965) podkreśla, że im niższy poziom samooceny, tym więcej u człowieka różnorodnych objawów psychosomatycznych. Podobne stanowisko przedstawia G. Iniewicz (2005), który w swoich badaniach udowadnia, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania cechuje zaniżony poziom samooceny. Ponadto, jak wskazują S. L. Murray, P. Rose, G. M. Bellavia, J. G. Holmes i A. G. Kusche (2002), osoby z niską samooceną mają skłonności do podejmowania destruktywnych zachowań i żywią przekonanie, że nie mogą być przedmiotem czyjejs troski.

Uwzględniając kryterium trwałości wyróżnia się samoocenę stabilną (stałą) i niestabilną (niestałą). Samoocena stabilna to względnie stały system sądów i opinii człowieka na swój własny temat, który nie jest podatny na zmiany. Z kolei niestabilna ocena cechuje ludzi, którzy stosunkowo często zmieniają opinie o sobie, uzależniając ją od kontekstu sytuacyjnego, doświadczanych porażek, sukcesów, informacji zwrotnych od innych osób. Jednostki z niestabilną samooceną charakteryzują się stosunkowo dużymi wahaniami w zakresie posiadanego poziomu aspiracji (Kernis, 2005).

Biorąc pod uwagę kryterium zgodności i trafności samooceny z faktycznymi możliwościami jednostki, wyróżnia się samoocenę adekwatną i nieadekwatną. O ocenie adekwatnej mówimy wówczas, gdy jednostka w sposób prawidłowy ocenia swoje zdolności i właściwości. Tym samym osoba z adekwatną samooceną podejmuje zadania zgodne z jej realnymi możliwościami, unikając przy tym niepowodzeń i przykrych doznań emocjonalnych. Z kolei z nieadekwatnością oceny mamy do czynienia, gdy jednostka w sposób niezgodny ze stanem faktycznym określa swoje możliwości, podejmując się zadań, których nie jest w stanie w pełni zrealizować (Kulas 1986; Niebrzydowski, 1989; Hipisz, 2014).

Kształtowanie się samooceny to długi i złożony proces rozwojowy. Samoocena formuje się od wczesnego dzieciństwa pod wpływem czynników zewnętrznych (środowiskowych), m.in. informacji zwrotnych, różnych doświadczeń życiowych, jak również czynników wewnętrznych, które tkwią lub tworzone są przez człowieka (na przykład system wartości, czy całokształt przekonań) (Branden, 2012). Nie można pominąć faktu, że niektórzy badacze wskazują, że zarówno wysokość, jak i poziom samooceny można przypisać w znaczącym stopniu (30–50%) działaniu czynników genetycznych (Neiss, Sedikides, Stevenson, 2006). Przeprowadzone dotychczas badania w zakresie poziomu samooceny w zależności od płci nie są jednoznaczne. Przy czym część z nich wskazuje na niższy poziom własnej wartości i poczucia samoskuteczności u kobiet (Ogińska-Bulik, 2004).

Polskie narzędzia i adaptacje metod służące do pomiaru samooceny to: SES Morrisa Rosenberga, CSEI Stanleya Coopersmitha, MSEI Edwarda O'Briena i Seymoura Epsteina, CSES Andrew Paradise'a i Michaela Kernisa, Skala Samooceny Macieja Dymkowskiego (SSD), Inwentarz Samowiedzy Sherwooda (ISC), Kwestionariusz Samooceny Pamięci (Squire Subjective Memory Questionnaire; SSMQ). Najczęściej stosowanym narzędziem do pomiaru poziomu samooceny jest opracowana przez M. Rosenberga w 1965 roku Skala Samooceny SES, mierząca przekonania na temat własnej wartości i diagnozująca ważny aspekt koncepcji Ja, którą można badać zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe (Anastazi, Urbina, 1999) (narzędzie dokładniej opisano w rozdziale 4.4). W Polsce niestety nadal nie ma zbyt wielu

narzędzi służących do pomiaru poziomu samooceny. W krajach zachodnich do badania tej zmiennej, jest znaczenie więcej metod (Szpitalak, Polczyk, 2015).

Reasumując, samoocena to względnie stała struktura dynamiczna, która może podlegać modyfikacjom. Poziom samooceny warunkuje ludzkie zachowania, w tym sposób radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Można przyjąć, że wysoka samoocena pozytywnie koreluje z wieloma pozytywnymi cechami, m.in. z optymizmem, racjonalizmem, elastycznością i stanowi predyktor zdrowia fizycznego i psychicznego (Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003).

### **3.2.2. Poczucie własnej skuteczności**

Wśród zasobów osobistych, szczególnie ważną rolę pełni poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*). Pojęcie to do literatury przedmiotu wprowadził w ramach społeczno-poznawczej teorii kształtowania się zachowań i postaw ludzi Albert Bandura, którego uznaje się za twórcę koncepcji własnej skuteczności. Bandura pojęcie własnej skuteczności definiuje jako przekonania jednostki na temat osobistych możliwości osiągnięcia zamierzonego rezultatu w określonej sytuacji (Bussey, Bandura, 1999; Bandura, 2007).

P. Oleś (2005, s. 213) wskazuje, że samoskuteczność to „przekonanie o możliwości prowadzenia skutecznego działania w nowych, niejednoznacznych, nieprzewidywalnych, a nawet stresujących sytuacjach (...)”. Zdaniem A. Bańki (2016) poczucie własnej skuteczności to wiara jednostki w to, że potrafi kontrolować wydarzenia, w których uczestniczy i w to, że potrafi zmotywować się do działania, jak również podejmować adekwatne zachowania niezbędne do realizacji określonych zadań. Z kolei R. Gerrig i P. Zimbardo (2006) definiując to pojęcie stwierdzają, że poczucie skuteczności to nic innego, jak całokształt przekonań jednostki o możliwości adekwatnego funkcjonowania w danej sytuacji.

A. Bandura (2007) zdefiniował cztery źródła poczucia własnej skuteczności. Zaliczyć do nich można:

- a) doświadczenia bezpośrednie (osiągnięcia);
- b) doświadczenia zastępcze (pośrednie);
- c) werbalną persfaję;
- d) stany fizjologiczne i pobudzenie emocjonalne.

Źródła dotyczące doświadczeń bezpośrednich są najbardziej znaczącym źródłem kształtowania poczucia własnej skuteczności. Opierają się na osobistych doświadczeniach i spostrzeganiu związku między własnym wysiłkiem i powiązaniem z nim konkretnym działaniem. To właśnie doświadczenia osobiste wskazują, czy człowiek potrafi osiągać

zamierzone cele. Doświadczenia wynikające z panowania nad sytuacją i odnoszonymi sukcesami wzmocniają poczucie samoskuteczności i odwrotnie, często odnoszone porażki skutkują jego osłabieniem. Przy czym sukcesy odniesione przy mniejszym wysiłku bardziej zwiększają samoskuteczność, niż sukcesy odniesione ze znacznym wysiłkiem (Bandura, 2007).

Innym źródłem wpływającym na kształtowanie poczucia własnej skuteczności są doświadczenia zastępcze. Jednostki czerpią przekonanie o własnej skuteczności w oparciu o bezpośrednią obserwację innych ludzi. Modelowanie samoskuteczności jest efektywniejsze, gdy jednostka postrzega podobieństwo między własnym zachowaniem, a postępowaniem innych ludzi, z którymi mocno się identyfikuje. Widząc, że wysiłki tych ludzi przynoszą efekty, jednostka może nabrać przekonania, że poprzez swoje zachowanie, także może coś osiągnąć (Bandura, 2007).

A. Bandura (2007) wymienia perswazję werbalną jako kolejne źródło kształtujące samoskuteczność jednostki. Wpływ komunikacyjnej osoby będącej autorytetem (postrzeganej jako kompetentnej i wiarygodnej) dla danej jednostki, może podnosić jej poziom własnej skuteczności i motywować do podejmowania kolejnych wyzwań. Niebagatelną rolę w kształtowaniu poczucia własnej skuteczności odgrywają pochwały i słowa uznania pochodzące od innych osób.

Ostatnim źródłem kształtującym poczucie własnej skuteczności są stany fizjologiczne i pobudzenie emocjonalne. Poczucie zmęczenia, napięcia, zdenerwowania, żalu, czy też lęku nie sprzyja osiągnięciu przez jednostkę określonych celów, czyli sukcesu. To pozytywne pobudzenie emocjonalne i pozytywne emocje m.in. radość, satysfakcja, szczęście zwykle podwyższają poziom wykonania zadania i sprzyjają osiągnięciu zamierzonych rezultatów (Bandura, 2007).

Tymczasem M. Chomeczyńska-Rubacha i K. Rubacha (2013, s. 7-8) twierdzą, „że poczucie własnej skuteczności powstaje na bazie osobistych doświadczeń jednostki w zakresie dysponowania zasobami motywacyjnymi i poznawczo-działaniovymi. Na te pierwsze składają się: umiejętność odraczania gratyfikacji, wiara we własne siły, motywacja rozwojowa i wytrwałość w działaniu. Natomiast zasoby poznawczo-działaniowe budują takie zmienne, jak: umiejętność przekładania celów na program działania, odporność na frustrację i stres, poczucie sprawstwa oraz wewnątrzsterowność”.

A. Bandura (1997) wyróżnił trzy aspekty własnej skuteczności:

- poziom (*magnitude*);
- ogólność (*generality*);
- siłę (*strenght*).

Poziom - odnosi się do stopnia trudności zadania i może być przez jednostkę postrzegane jako łatwe lub trudne do wykonania;

Ogólność – związana jest z wielością różnych sytuacji, wśród których sytuacje specyficzne mogą wymagać szczególnych kompetencji i umiejętności;

Siła – wskazuje na stopień pewności, co do posiadanych przez jednostkę kompetencji (Juczyński, 2000).

Analizy teoretyczne i wyniki licznych badań wskazują, że osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności charakteryzuje:

- a) postrzeganie trudnych zadań w kategorii wyzwania, które trzeba podjąć, a nie się go obawiać;
- b) zaangażowanie w wykonywanie zadań;
- c) samodzielność w generowaniu celów i dążenie do ich realizacji;
- d) przekonanie o sprawowaniu kontroli nad tym, co się dzieje;
- e) przekonanie, że porażki, trudności i niepowodzenia nie prowadzą do obniżenia poczucia własnej skuteczności, gdyż źródło doświadczanych porażek, trudności i niepowodzeń wynika z niedostatecznego wysiłku lub deficytów w zakresie wiedzy, kompetencji i umiejętności, a zatem elementów, które można zmienić;
- f) wiara w możliwość kontroli czynników środowiskowych mających wpływ na zachowanie;
- g) zdolność do redukcji stresu, co przekłada się na mniejszą podatność na depresję;
- h) dobry nastrój (Łukasik, 2013).

Z kolei osoby o niskim poczuciu własnej wartości cechuje:

- tendencja do wycofywania się z trudnych zadań, gdyż te postrzegane są jako zagrożenie;
- niski poziom aspiracji;
- koncentracja w sytuacjach trudnych na przeszkodach wewnętrznych lub własnej niekompetencji, a nie na mobilizowaniu sił;
- brak dostatecznego wysiłku w realizację zadań postrzeganych jako trudne i szybka rezygnacja z ich wykonania;
- utrata wiary we własne możliwości po poniesionej porażce (niepowodzeniu);
- szybkie uleganie stresowi i popadanie w depresję (Łukasik, 2013).

Przegląd różnych badań wskazuje, że poczucie własnej skuteczności koreluje dodatnio z wiarą we własne możliwości, odraczeniem gratyfikacji, motywacją i wytrwałością w działaniu oraz koncentracją na zadaniu (Chomczyńska-Rubacha, Rubacha, 2013) oraz jak wskazuje Z. Juczyński (2000) stawianiu sobie wyższych celów i zaangażowaniu w działanie. Wykazano również, że poczucie własnej skuteczności ma związek z zaangażowaniem w zachowania prozdrowotne oraz proces leczenia (Warnecke, Baum, Peer, Goreczny, 2014). Kilka badań wskazuje, że poczucie samoskuteczności wiąże się m.in. z większą kontrolą zachowań seksualnych, podejmowaniem regularnej aktywności fizycznej, przestrzeganiem prawidłowych zaleceń żywieniowych oraz zapobieganiem uzależnieniom, obniżeniem intensywności picia alkoholu i używania narkotyków (Schwarzer, Fuchs 1996; Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler, Frey, 1997; Marlatt, Gordon, 2005; Hser, 2007; Levin, Ilgen, Moos, 2007; Kadden, Litt, 2011).

J. Chodkiewicz (2005) w swoich badaniach wykazał, że wysokie poczucie własnej skuteczności mierzone na początku leczenia, jest predyktorem utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione w okresie 12 miesięcy po leczeniu. Dowiódł również, że możliwy jest wzrost poczucia samoskuteczności w trakcie terapii. Podobnie R. S. Stephens, J. S. Wertz i R. A. Roffman (1995) którzy stwierdzili, że poczucie własnej skuteczności można uznać za stosunkowo silny prognostyk utrzymywania abstynencji po zakończeniu leczenia w przypadku używania marihuany. I. Vielva i I. Iraurgi (2001) udowodnili, że osoby uzależnione od alkoholu, którzy posiadali wysokie zaufanie do własnej zdolności opierania się spożywaniu alkoholu, byli bardziej skłonni utrzymywać abstynencję przez 6 miesięcy po ukończeniu terapii, niż osoby niewierzące w swoje możliwości aż tak bardzo. Z kolei A. W. Blume, K. B. Schmalting i A. G. Marlatt (2003) zauważyli, że większe poczucie własnej skuteczności jest związane z rzadszym występowaniem u pacjentów epizodów upijania przez okres 3 miesięcy po ukończeniu terapii. Natomiast M. A. Walton, F. C. Blow, C. R. Bingham i S. T. Chermack (2003) dostrzegają ujemny związek pomiędzy własną skutecznością a nawrotem picia alkoholu, przy czym badanie nie dotyczyło nawrotu używania narkotyków. Tymczasem R. M. Kadden, M. D. Litt, E. Kabela-Cormier i N. M. Petry (2007) w badaniu porównującym metody terapii osób uzależnionych od marihuany, to właśnie poczucie własnej skuteczności – a nie rodzaj terapii wskazali jako najważniejszy predyktor nawrotów w rok po jej zakończeniu.

Do pomiaru poziomu uogólnionej skuteczności stworzono niewiele narzędzi. Warto wspomnieć jednak o Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale*) autorstwa R. Schwarzera i M. Jerusalem (Schwarzer, 1993), w adaptacji Z. Juczyńskiego (2012), która w Polsce jest najpopularniejszym narzędziem do badania tej zmiennej (szczegółowa charakterystyka narzędzia znajduje się w rozdziale 4.4.).

Jak wynika z powyższych rozważań poczucie własnej skuteczności to przeświadczenie jednostki, że jest zdolna do realizacji obranego celu, niezależnie od sytuacji, których doświadcza (Łuszczynska, 2004). Osoby ufające swoim możliwościom bardziej realnie oceniają swoją sytuację, są odporniejsze na stres, mają więcej optymizmu i są zdecydowanie wytrwalsze w działaniu (Bandura, 2001). Jak twierdzą A. A. Locke i G. P. Latham (1990), im silniejsze przekonania człowieka dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe stawia on sobie cele i tym silniejsze jest jego zaangażowanie w działanie. Tym samym samoskuteczność jest jednym z czynników wpływających na możliwość odniesienia sukcesu – zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym (Nauta, Kahn, Angell, Cantrelli, 2002).

W przypadku osób uzależnionych najczęściej obserwuje się znacznie niższe wyniki normatywne poczucia własnej skuteczności niż w populacji osób zdrowych (Szulc, 2017). Tym samym poczucie własnej skuteczności odgrywa bardzo ważną rolę w życiu osób uzależnionych od opioidów, wpływając zarówno na kształtowanie obrazu siebie, jak również wspomagająco na leczenie substytucyjne.

### **3.2.3. Wsparcie społeczne**

Problematyka wsparcia społecznego jest od wielu lat popularna wśród badaczy różnych dyscyplin naukowych. Dotychczas nie udało się stworzyć jednej, sprawdzonej empirycznie teorii wsparcia społecznego. Pojęcie wsparcia społecznego nadal posiada jedynie status hipotetyczny - nie ma ani odpowiednich ram teoretycznych, ani wypracowanych procedur metodologicznych (Antonucci, Lansford, Ajrouch, 2007).

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na szereg różnych definicji terminu „wsparcie społeczne” (*social support*).

S. Cobb (1976, s. 300) wsparcie społeczne ujmuje jako „informację przekazywaną podmiotowi o tym, że ktoś się nim opiekuje, jest kochany, darzony szacunkiem i stanowi część sieci wzajemnych powiązań”. B. R. Sarason definiuje wsparcie społeczne jako „pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych” (za: Jaworska-Obłój, Skuza, 1986, s. 733), z kolei A. Vaux (1988) postrzega wsparcie społeczne jako proces transakcyjny obejmujący aktywną interakcję pomiędzy jednostką i jej otoczeniem. Tymczasem dla



P. Franksa i wsp. (1992, s. 7) wsparcie społeczne to „pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni lub pośredni na jednostkę”, a dla S. Kawuli (1996, s. 6) to „pomoc dostępna dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których bez wsparcia innych nie są w stanie przezwyciężyć”. Podobną definicję prezentuje M. Winiarski (1999), który stwierdza, że wsparcie społeczne to kompleks czynności jednostek lub grup społecznych na rzecz innych. Działanie to może być świadome lub nieświadome, zamierzone lub niezamierzone. Najczęściej jednak ma charakter niesformalizowany i nieprofesjonalny. Wsparcie definiowane jest również jako „pomoc emocjonalna, informacyjna lub materialna, udzielana jednostce przez ludzi, z którymi jest ona powiązana” (Kenrick, Neuberg, Cialdini, 2002, s. 347)

W ujęciu R. J. Gerriga i P. G. Zimbardo (2006, s. 616) wsparcie społeczne to „zasoby dostarczane przez innych, mające dopomóc danej osobie w radzeniu sobie ze stresem; obejmują pomoc materialną, wsparcie społeczno-emocjonalne oraz pomoc informacyjną”. B. Wojciszke (2006, s. 475) terminem wsparcia społecznego określa „interakcje, dzięki którym ludzie nawzajem sobie pomagają oraz tworzą sieć kontaktów i związków spostrzeganych jako źródło akceptacji, troski i ewentualnej pomocy w razie potrzeby”. Podobną koncepcję przedstawia J. Terelak (2008) wskazując, że wsparcie społeczne to rodzaj asymetrycznych relacji międzyludzkich, w których jedna ze stron oczekuje pomocy, a druga potrafi temu oczekiwaniu sprostać. Podobne stanowisko prezentują J. Kirenko i E. Sarzyńska (2010) podkreślając, że wsparcie społeczne jest to pomoc powszechnie oczekiwana w sytuacjach, których jednostka nie jest w stanie sama przezwyciężyć.

Podstawowe kryterium podziału wsparcia społecznego różnicuje wsparcie społeczne na strukturalne i funkcjonalne. Zaproponowana przez H. Sęk i R. Cieślaka (2012, s. 15) definicja ujmuje wsparcie społeczne strukturalne jako „obiektywne istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji (...), czyli działają na rzecz dobra swoich członków lub osób, dla których sieć ta jest dostępna”.

Niekiedy definiuje się wsparcie społeczne dokonując bardziej szczegółowej analizy środowiska społecznego, oceniając dodatkowo:

- rozmiar (wielkość) sieci, czyli liczbę kontaktów jednostki;
- siłę więzi, a zatem czas trwania i intensywność kontaktów;
- zwartość sieci, tj. stopień, w jakim członkowie sieci znają się i kontaktują między sobą;

- homogeniczność sieci, tj. podobieństwo lub zróżnicowanie członków pod względem podstawowych cech społeczno-demograficznych lub doświadczanego problemu;
- rozproszenie członkostwa, czyli łatwość w utrzymywaniu kontaktów członków sieci (Turner, 1981; Sęk, Cieślak, 2012).

Innym sposobem ujmowania wsparcia społecznego jest podejście funkcjonalne. Rozumie się przez nie zasoby dostarczane przez innych i pomagające jednostce w sytuacjach trudnych, problemowych. Definicja H. Sęka określa je jako rodzaj interakcji społecznej, charakteryzujący się tym, że:

- zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników interakcji w sytuacji problemowej;
- w ramach interakcji dochodzi do przekazania lub wymiany: informacji, emocji, instrumentów działania bądź też dóbr materialnych;
- wymiana może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek *dawca – biorca* może być stały lub zmieniać się w różnych odstępach czasowych;
- w dynamicznym układzie interakcji wspierającej można wyróżnić osobę wspierającą oraz odbierającą wsparcie;
- dla skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest odpowiedniość między rodzajem udzielanego wsparcia a potrzebami odbiorcy;
- celem interakcji wspierającej jest spowodowanie zbliżenia do rozwiązania problemu i przewyciężenia sytuacji trudnej, kryzysowej (Sęk, Cieślak, 2012).

Innym wymiarem wsparcia społecznego jest wsparcie otrzymane (*received social support*) i spostrzegane (*perceived social support*). Wsparcie otrzymywane koncentruje się na różnych formach pomocy uzyskanej w przeszłości i nie zawsze odgrywa pozytywną rolę, m.in. ze względu na nieadekwatność formy wsparcia w stosunku do potrzeb jednostki bądź niewłaściwe źródło pomocy (Norris, Kaniasty, 1996). Wsparcie spostrzegane odnosi się do subiektywnego poczucia potencjalnej dostępności wsparcia przez jednostkę, tj. od kogo i gdzie może uzyskać pomoc (Cieślak, 2012). Badania wskazują, że wsparcie spostrzegane jest lepszym predyktorem dobrostanu i zdrowia w porównaniu do wsparcia otrzymywanego (Łuszczynska, Cieślak, 2005; Smoktunowicz, Cieślak, Żukowska, 2013).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się również różne typy (rodzaje) wsparcia społecznego.

T. Wills dzieli wsparcie społeczne na:

- podtrzymujące samoocenę, co odpowiada wsparciu emocjonalnemu;
- prestiżowe, które dotyczy więzów ze znaczącymi organizacjami;
- informacyjne, czyli wszelkiego typu rady, sugestie, oceny w sytuacjach trudnych;

- instrumentalne, polegające na dostarczaniu pomocy;
- obcowanie społeczne, odnoszące się do przyjemnych kontaktów towarzyskich;
- motywacyjne, czyli zachęty do wytrwałości w pokonywaniu sytuacji trudnych, stresowych (za: Pommersbach, 1988).

Inny podział zaproponował J. S. House (1981), wyróżniając cztery rodzaje wsparcia:

- 1) wsparcie emocjonalne (przejawy miłości, życzliwości, empatii i zainteresowania ze strony innych osób);
- 2) wsparcie instrumentalne (zachowania, które bezpośrednio zaspokajają potrzeby materialne jednostki);
- 3) wsparcie informacyjne (przekazywanie informacji użytecznych w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i stresem);
- 4) wsparcie oceniające (informacje zwrotne, pomocne w budowaniu wysokiej samooceny i dokonywaniu społecznych porównań).

Z kolei B. Szluz (2006) wymienia się także inne rodzaje wsparcia: formalne i nieformalne, profesjonalne i nieprofesjonalne oraz samopomocowe i wolontariatowe.

Najczęściej wymienia się jednak następujące rodzaje wsparcia społecznego:

- a) emocjonalne – polegające na przekazywaniu pozytywnych emocji osobie wspieranej;
- b) informacyjne – odnoszące się do wymiany informacji, sprzyjających lepszemu rozeznaniu w sytuacji i problemu sensu stricto;
- c) instrumentalne – rozumiane jako swoisty instruktaż na temat sposobów postępowania; ten rodzaj wsparcia może przyjąć formę wymiany sposobów postępowania, zdobywania potrzebnych informacji i dóbr materialnych;
- d) rzeczowe (materialne) – czyli wszelkiego rodzaju pomoc materialna, rzeczowa oraz finansowa; to rodzaj wsparcia, który jest najbardziej oczekiwany przez osoby znajdujące się w sytuacji problemowej;
- e) duchowe – to szczególny rodzaj wsparcia, który znajduje zastosowanie zwłaszcza w sytuacjach krytycznych, związanych z cierpieniem, śmiercią i bólem egzystencjalnym (Heszen-Celińska, Sęk, 2020; Sęk, Cieślak, 2012).

Pisząc o wsparciu społecznym nie sposób nie odnieść się do źródeł wsparcia. Mogą to być osoby indywidualne, zorganizowane grupy oraz instytucje.

J. E. Singer i D. Lord wyróżniają trzy możliwe źródła wsparcia:

- a) osobiste (*personal*),
- b) formalne (*formal*),
- c) profesjonalne (*professional*)

Pierwszą grupę stanowią rodzime źródła wsparcia, tj. członkowie rodziny generacyjnej i prokreacyjnej oraz przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, jak również współpracownicy i co ważne, osoby obce, które znalazły się w podobnej sytuacji krytycznej. Źródła formalne to instytucje kościelne, organizacje pozarządowe oraz inne nieprofesjonalne grupy wsparcia. Ostatnie źródło wsparcia stanowią ośrodki i poradnie medyczne, pedagogiczne, psychologiczne i terapeutyczne (za: Kacperczyk, 2006).

Aktualnie do oceny wsparcia społecznego stosuje się wiele narzędzi badawczych. A. M. Lindsey i B. C. Yates (2004) wymieniają niemalże 30 psychometrycznych narzędzi służących do mierzenia wsparcia społecznego. Dołączając do nich kolejnych 5 skierowanych do badania specyficznych grup odbiorców, m.in. matek, osób starszych, przewlekle chorych. W Polsce nie ma zbyt wielu narzędzi do badania wsparcia społecznego, które posiadają zadowalające walory psychometryczne. Narzędziami do pomiaru wsparcia społecznego stosowanymi w badaniach polskich są m.in. Skala Wsparcia Społecznego (ISSB) M. Barrery, I. Sandlera i T. Ramsaya w adaptacji H. Sęk (Cieślak, 2012), Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS) R. Schwarzera i U. Schutz w adaptacji A. Łuszczyńskiej i M. Kowalskiej (Łuszczyńska i in., 2006), Skala Wsparcia Społecznego (SWS) K. Kmieciak-Baran (1995) oraz ISEL-40 v. GP – Kwestionariusz Spostrzeganego Wsparcia Społecznego S. Cohena w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej, M. Makary-Studzińskiej (Zarzycka i in., 2010). To ostatnie narzędzie zostało wykorzystane w niniejszym badaniu, a jego szczegółową charakterystykę umieszczono w rozdziale 4.4.

Dotychczasowe badania wskazują, że więzy społeczne wywierają pozytywny wpływ na różne aspekty zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka, a także minimalizują stres związany z chorobą (Pommersbach, 1988; Reblin, Uchino, 2008). Przy czym wsparcie społeczne osób uzależnionych jest znacznie słabiej wyrażone niż wśród osób nieuzależnionych. Analiza literatury przedmiotu prowadzi jednak do wniosku, że system wsparcia społecznego może wywierać znaczący wpływ na przebieg uzależnienia i utrzymywanie abstynencji (Whittaker, Garbarino, 1983; Żulewska-Sak, Dąbrowska, 2005).

W oparciu o dostępną literaturę i wyniki badań empirycznych uznać można, że właśnie jakość otrzymywanego wsparcia warunkuje się często radzenie sobie z uzależnieniem. Poziom integracji społecznej oraz odczuwane wsparcie uznawane są za potencjalne wyznaczniki ryzyka wystąpienia nawrotów u osób uzależnionych. Im wyższy poziom wsparcia społecznego, tym mniejsze ryzyko ponownego sięgnięcia po używki (Havassy, Hall, Wassennan, 1991). W przypadku osób uzależnionych stwierdzono również, że wielość źródeł wsparcia, ma pozytywny wpływ na długość abstynencji (Johnsen, Herringer, 1993).

Podsumowując, wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych, stresowych zarówno przez osoby zdrowe, jak i osoby uzależnione, a skuteczność wsparcia zdaniem H. Sęk zależy przede wszystkim od trafności oferowanej pomocy, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, czyli od dostosowania pomocy do potrzeb osoby wspieranej. Brak wsparcia wiąże się z pogorszeniem dobrostanu psychicznego człowieka, a z kolei nadmierne lub nieadekwatne wsparcie może doprowadzić do zaburzenia poczucia sprawstwa oraz obniżenia samooceny (Sęk, 2012). Tym samym, wsparcie społeczne stanowi ważny czynnik sprzyjający utrzymywaniu abstynencji przez osoby uzależnione.

## **Rozdział 4**

### **Podstawy metodologii badań własnych**

Wiedza na temat uzależnień chemicznych i zasobów osób uzależnionych korzystających z leczenia substytucyjnego jako grupy społecznej o specyficznych normach, zasadach i wzorcach postępowania jest niezbędnym warunkiem do inicjowania działań mających na celu pomoc osobom uzależnionym w ponownej reintegracji społecznej. Przy czym literatura na temat zasobów osób korzystających z podtrzymującego leczenia substytucyjnego pozostawia duży niedosyt. Większość badań nad używaniem substancji psychoaktywnych koncentruje się na problemie jakim jest uzależnienie, pomijając mocne strony i zdolności osób uzależnionych (Saleebey, 1996; Stajduhar i in., 2009).

Problematyka zasobów nie była jak dotąd przedmiotem odrębnego szerszego opracowania naukowego. Ze względu na specyfikę grupy badawczej praca ma nowatorski charakter. W związku z powyższym, zasadne jest prowadzenie badań koncentrujących się wokół zagadnień dotyczących nie tyle samego uzależnienia, ile zasobów osobistych i wsparcia społecznego osób uzależnionych pozostających w programach leczenia substytucyjnego.

Na kontekst podjętego zagadnienia można spojrzeć z kilku perspektyw teoretycznych. Jako podstawę teoretyczną pracy, wpływającą na dobór metod badawczych przyjęto dziedzinę psychologii, zwaną psychologią pozytywną. Zgodnie z jej założeniami, człowiek posiada osobisty potencjał, dzięki któremu może rozwijać swoje mocne strony oraz pokonywać osobiste deficyty i przeciwności losu (Jelonkiewicz, 2020).

Jak wskazuje P. Fortuna (2012) psychologia pozytywna:

- umożliwia rozpoznanie pozytywnej strony natury człowieka (alternatywnej wobec natury psychopatologicznej);
- pozwala rozpoznać drogi prowadzące do dobrostanu;
- kieruje człowieka do pełni życia, rozwoju i szczęścia.

Biorąc pod uwagę powyższe, zasoby osób uzależnionych będą postrzegane jako czynniki osobowościowe i społeczne, które prowadzą do wzrostu dobrostanu poprzez wzbudzanie pozytywnych emocji, przekonań oraz zachowań, traktowanych jako źródła radzenia sobie z kryzysami życiowymi.

Uzależnienie od narkotyków w ujęciu P. Jabłońskiego i M. Jędrzejko (2012, s. 21) jest „ciężką, przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego (OUN), charakteryzująca się możliwością występowania nawrotu choroby nawet po długich okresach abstynencji (remisji)”. Za B. Szukalskim (2012, s. 37) przyjęto, że „opioidy to wszystkie substancje działające na receptory opioidowe  $\mu$  (mi),  $\delta$  (delta) lub  $\kappa$  (kappa), występujące w ośrodkowym układzie nerwowym i odpowiedzialne za analgetyczne i euforyczne działanie tych substancji”. Z kolei leczeniem substytucyjnym B. Habrat (2018) określił jedną z najbardziej skutecznych form leczenia uzależnienia od opioidów, polegającą na zastąpieniu opioidów lekami substytucyjnymi o podobnych mechanizmach farmakologicznych.

Określenie strategii rozwiązania postawionego problemu badawczego stanowi punkt wyjścia każdego procesu badawczego (Guzik, 2005). W związku z powyższym, w dalszej części rozdziału przedstawiono cel badań (punkt 4.1.), problemy i hipotezy badawcze (punkt 4.2.), zmienne i wskaźniki (punkt 4.3.), zastosowane metody, techniki i narzędzia badawcze (punkt 4.4), przebieg i organizację badań (punkt 4.5.) oraz zastosowane analizy statystyczne (punkt 4.6).

#### **4.1. Przedmiot i cel badań**

Zdaniem J. Gniteckiego (1993, s. 35) przedmiot badań to „ogół zjawisk występujących w postaci faktów empirycznych. Podstawową ich cechą jest to, że są one obserwowalne i poddają się kwalifikacji (pomiarowi)”. W **kontekście wybranej tematyki rozprawy przedmiotem badań uczyniono zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego.**

W dalszej kolejności, należy określić cel badań. J. Sztumski (2020, s. 21) cel badań definiuje następująco: „To, co chcemy badać – podobnie też to – jak chcemy realizować nasze zamierzenia badawcze, wiąże się z potrzebą świadomego lub milczącego przyjęcia określonych podstaw filozoficznych, dotyczących tego czym jest dla nas wybrany przedmiot badań oraz jakie są uwarunkowania jego poznania”. Z kolei A. W. Maszke (2008, s. 28) cel badań określa jako „dostarczenie dającej się zweryfikować wiedzy umożliwiającej opisanie, zrozumienie i wyjaśnienie interesujących badacza zjawisk i procesów, jak i przewidywanie wynikających z nich następstw”.

Biorąc pod uwagę powyższe, **celem niniejszego badania jest wskazanie zasobów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego.**

## **4.2. Problemy i hipotezy badawcze**

W badaniach pedagogicznych po określeniu celu badań, należy sformułować problem badawczy. M. Łobocki (2011) twierdzi, że problem badawczy to takie pytanie, które wskazuje na braki w dotychczasowej wiedzy i najczęściej jest uszczegółowieniem celu badań. Podkreśla konieczność precyzyjnego formułowania problemów badawczych, gdyż zbyt ogólnie sformułowane problemy stwarzają ryzyko, że badania będą nierzetelne i niedostatecznie trafne. Z kolei S. Palka (2006) definiuje problem badawczy jako pytanie, na które odpowiedź uzyskuje się na drodze badań naukowych.

Sformułowany cel implikuje główny problem badawczy, który zawiera się w pytaniu:

### **Jakie zasoby posiadają osoby uzależnione od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego?**

Problemy badawcze mogą być cząstkowe, ogólne i szczegółowe, teoretyczne i praktyczne (Apanowicz, 2002). S. Palka (2006, s. 18) podkreśla, że „badacz-pedagog, określając problemy szczegółowe, zważa na to, by były one implikowane z problemu głównego, a ich rozwiązanie pozwoliło go rozwiązać oraz by w działalności badawczej była sposobność otrzymania na nie odpowiedzi”.

Wobec powyższego, sformułowano pytania szczegółowe wynikające z założonego celu badawczego i podzielono je na dwie grupy:

#### **I. Pytania szczegółowe dotyczące zasobów osobistych osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego uczestniczących w badaniach ilościowych na terenie województwa mazowieckiego i śląskiego:**

1. Jaka jest specyfika używania substancji psychoaktywnych przez osoby badane?
2. Jak osoby badane oceniają aktualnie realizowane leczenie substytucyjne?
3. Jak osoby badane oceniają siebie samych (samoocena) i poczucie własnej skuteczności?
4. Jakie wsparcie uzyskują osoby badane od członków rodziny, partnerów i środowiska pozarodzinnego?
5. W jakim stopniu miejsce leczenia substytucyjnego różnicuje badane osoby?
6. W jakim stopniu długość leczenia substytucyjnego różnicuje badane osoby?



## **II. Pytania szczegółowe dotyczące zasobów osobistych osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego uczestniczących w badaniach na terenie województwa mazowieckiego:**

1. Jaka jest historia używania substancji psychoaktywnych i leczenia substytucyjnego badanych osób?
2. Jakim poziomem samooceny cechują się badane osoby?
3. Jakim poziomem własnej skuteczności cechują się badane osoby?
4. Jakim nasileniem postrzeganego wsparcia społecznego w zakresie: wsparcia materialnego, wsparcia z przynależności, wsparcia samooceniającego, wsparcia wartościującego i ogólnym cechują się badane osoby?

Kolejnym etapem prac badawczych jest sformułowanie hipotez. S. Juszczyk (2005, s. 72) definiuje hipotezę jako „przypuszczenie lub domysł (naukowy, czyli spełniający wymogi metodologiczne) wysunięty prowizorycznie dla określenia lub wyjaśnienia czegoś, co wymaga sprawdzenia, czyli weryfikacji poprzez odpowiednie badania stosowane w danej nauce”. Zważywszy jednak na istniejące w metodologii badań pedagogicznych reguły, nie wszystkie problemy badawcze wymagają formułowania hipotez. Jak wskazuje M. Łobocki (2011) sformułowanie hipotez konieczne jest w przypadku badań odnoszących się do relacji między zmiennymi. M. Łobocki (2011) i S. Palka (2006) sugerują, aby nie formułować hipotez do pytań badawczych mających charakter diagnostyczny. W związku z powyższym, na podstawie analizy literatury przedmiotu i przede wszystkim ze względu na eksploracyjny charakter niniejszych badań, które związane są z mało poznanym jeszcze obszarem życia społecznego, wysunięto dwie hipotezy.

### **Hipoteza do pytania piątego:**

*Przypuszcza się, że istnieje negatywna zależność między miejscem leczenia substytucyjnego (województwo śląskie), a poziomem zasobów osobistych (samooceny, własnej skuteczności, wsparcia społecznego) u osób uzależnionych od opioidów.*

Z informacji zamieszczonych na stronie Krajowego Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że na terenie województwa śląskiego istnieje tylko jeden podmiot leczenia substytucyjnego, co w stosunku do dużej liczby problemowych użytkowników jest niewystarczające (źródło: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107094>, dostęp z dnia 18.06.2019). Długookresowe leczenie substytucyjne w jednej placówce skutkuje tym, że osoba,

która np. z powodu łamania abstynencji (narkotykowej lub/i alkoholowej) po określonym okresie karencji, musi rozpocząć leczenie w tym samym miejscu: pod opieką tego samego lekarza psychiatry i z tymi samymi terapeutami. Co może skutkować negatywnym nastawieniem personelu medycznego wobec takich osób. Ponadto, jak wskazuje raport A. Karlińskiej z 2015 roku, w palcówkach leczenia substytucyjnego czasami dochodzi do nadużyć wobec osób uzależnionych ze strony kadry leczniczej, co ostatecznie zamiast chęci wprowadzenia dalszych zmian w życiu, prowadzi do rezygnacji i zniechęca do dalszego leczenia.

Z drugiej strony, zdecydowanie utrudniony dostęp do leczenia substytucyjnego w województwie śląskim, uniemożliwia osobom uzależnionym podjęcie leczenia bez konieczności rezygnacji z aktywności społecznej i zawodowej, których to podtrzymywanie sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego. Tym samym nie sprzyja czynnikom stabilizującym sytuację społeczną osób uzależnionych, a w rezultacie motywującym do zachowania abstynencji. Co więcej, samowolne przerwanie leczenia substytucyjnego, np. z powodu braku środków potrzebnych początkowo na codzienny dojazd do placówki leczniczej, jak i karne usunięcie z terapii substytucyjnej, oznaczają dla osób uzależnionych powrót do zażywania narkotyków (Kobus, 2003), tym samym, przyczyniając się do obniżenia zasobów osobistych osób uzależnionych.

### **Hipoteza do pytania szóstego:**

*Przypuszcza się, że istnieje pozytywna zależność między dłuższym leczeniem substytucyjnym (minimum 5-letnim), a poziomem zasobów osobistych (samoocena, przekonaniem o własnej skuteczności, wsparciem społecznym) u osób uzależnionych od opioidów.*

Leczenie substytucyjne, przy wszystkich swoich ograniczeniach, wydaje się być wartościowe, a dla pewnej grupy osób uzależnionych od opioidów stanowi jedyną formę terapii. Z badań przeprowadzonych przez J. De Maeyer, W. Vanderplassen, L. Camfield, S. Vanheule, B. Sabbe i E. Broekaert (2011) wynika, że leczenie substytucyjne (metadonem) realizowane 5 lat lub dłużej, wpływa na poprawę jakości życia osób uzależnionych od opioidów w zakresie: utrzymywania relacji społecznych, aktywności zawodowej oraz zasobów osobistych w postaci dobrego samopoczucia, poczucia niezależności oraz sensu życia.

Z kolei wyniki badań Ł. Szczepańskiej, J. Chrostka-Maja i B. Jennera (2005) wskazują, że długi staż osoby uzależnionej w programie leczenia substytucyjnego (metadonem) podnosi poziom jej kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych i bliskiego kontaktu interpersonalnego. Z przeprowadzonych przez Ł. Szczepańską, J. Chrostka-Maja i B. Jennera (2005) badań wynika również, że wraz z długością leczenia metadonem zmiana ulega obraz psychopatologiczny osób uzależnionych. Ponadto, dłuższe leczenie substytucyjne przyczynia się do odbudowy więzi społecznych osób uzależnionych.

Z badań A. Kuby, Z. Wawrzyniaka i J. Zalewskiej-Kaszubskiej (2014) (gdzie najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby uczestniczące w terapii substytucyjnej powyżej 5 lat) wynika, że stosowanie substytucyjne metadonu sprzyja poprawie jakości życia osób uzależnionych. Co więcej, dowiedziono, że zdrowie somatyczne i psychiczne, jak i relacje społeczne ulegają poprawie.

Przeciwnie stanowisko prezentuje A. Kobus (2003), który stwierdza, że pozytywna korelacja okresu leczenia metadonem, dotyczy najprawdopodobniej okresu od 1 roku do 5 lat trwania leczenia, a dalsze wydłużanie terapii substytucyjnej, zmniejsza szansę na ukończenie leczenia i utrzymywanie abstynencji.

Biorąc pod uwagę powyższe, większość przeprowadzonych badań potwierdza, że długoterminowe leczenie substytucyjne sprzyja pozytywnym zmian zachodzącym w osobach uzależnionych i przyczynia się do wzrostu ich zasobów osobistych.

### **4.3. Zmienne i ich operacjonalizacja**

Kolejną czynnością w trakcie realizacji procesu badawczego jest określenie zmiennych. A. W. Maszke (2008, s.114) zmienne określa jako „próbę uszczegółowienia przedmiotu badań oraz problemów, na które badacz zamierza udzielić odpowiedzi”. W literaturze można odnaleźć wiele klasyfikacji zmiennych. Jak wskazują T. Pilch i T. Bauman (2010) każde zjawisko posiada pewien zespół tworzących go zmiennych, a przejęte zmienne określają kierunek i cel badania. Zmienne umożliwiają ustalenie, pod jakim względem będzie rozpatrywany przedmiot badań (Nowak, 2011).

Wyróżnia się zmienne niezależne i zależne. Zmienna niezależna określa cechę, która wywiera wpływ na inną cechę, do której dobrana jest zmienna zależna (Pilch, Bauman, 2010).

Przy określaniu zmiennych uwzględnić należy także odpowiednie wskaźniki. Wskaźnik to pewna cecha, zdarzenie lub zjawisko na podstawie którego „wnioskujemy o występowaniu czy natężeniu tego zjawiska, które naprawdę nas interesuje (Nowak, 2011, s. 51). Wskaźnik umożliwia urzeczywistnienie zmiennych, określa stopień ich nasilenia, pozwala zaobserwować badane cechy, jak również istniejące między nimi zależności.

Z. Krzysztozek (1977, s. 71) wskazuje, że dla „zbadań, że zachodzi zjawisko, jakie nas interesuje, służy wskaźnik, będący pewną cechą, zdarzeniem lub zjawiskiem, na podstawie którego wnioskujemy z całą pewnością lub z określonym prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego”.

Wskaźnik może być jednocześnie zmienną (Pilch, Bauman, 2010). M. Łobocki (2011) podkreśla, że w badaniach pedagogicznych określenie wskaźników jest niezbędne, gdyż to właśnie one czynią pomiar w pełni możliwym i zgodnym z rzeczywistością, a badania zyskują na trafności i rzetelności. Tylko dobrze dobrane zmienne i ich wskaźniki mają wartość poznawczą (Apanowicz, 2002).

Szczegółowo zmienne zależne i niezależne oraz ich wskaźniki zaprezentowano w tabeli 2 i 3.

**Tabela 2. Zmienne zależne i wskaźniki istotne dla badania**

Zmienne zależne	Wskaźniki	Narzędzie
Leczenie substytucyjne	Ocena leczenia substytucyjnego: odpowiedź na pytanie nr 1-16	Autorski kwestionariusz ankiety – obszar II
Samoocena	Poziom samooceny: - niski - przeciętny - wysoki	Skala Samooceny (SES) M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny
	Subiektywna ocena samego siebie: - zdecydowanie wysoka - raczej wysoka - przeciętna - raczej niska - zdecydowanie niska	Autorski kwestionariusz ankiety

Poczucie własnej skuteczności	Poziom własnej skuteczności: - niski - przeciętny - wysoki	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera i M. Jerusalem w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego
	Subiektywna ocena własnej skuteczności: - zdecydowanie wysoka - raczej wysoka - przeciętna - raczej niska - zdecydowanie niska	Autorski kwestionariusz ankiety
Wsparcie społeczne	Nasilenie postrzeganego wsparcia społecznego w zakresie ogólnym oraz: - wsparcia materialnego (0-10 pkt), - wsparcia z przynależności (0-10 pkt), - wsparcia samooceniającego (0-10 pkt), - wsparcia wartościującego (0-10 pkt);	Skala Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL- 40 v. GP) w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Spili, I. Wrońskiej, M. Makary-Studzińskiej
	Nasilenie wsparcia uzyskiwanego od rodziny generacyjnej: odpowiedź na pytanie nr 3-8	Autorski kwestionariusz ankiety - obszar III
	Nasilenie wsparcia uzyskiwanego od partnera: odpowiedź na pytanie nr 9-14	Autorski kwestionariusz ankiety - obszar III
	Nasilenie wsparcia uzyskiwanego od osób niespokrewnionych (znajomych, przyjaciół): odpowiedź na pytanie nr 15-21	Autorski kwestionariusz ankiety - obszar III

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 3. Zmienne niezależne i wskaźniki istotne dla badania**

Zmienne niezależne	Wskaźniki	Narzędzie
Miejsce leczenia substytucyjnego	- województwo mazowieckie - województwo śląskie	Autorski kwestionariusz ankiety
Długość leczenia substytucyjnego	- do 5 lat - powyżej 5 lat	Autorski kwestionariusz ankiety

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Jak zauważa M. Łobocki (2011) warunkiem koniecznym do osiągnięcia określonego celu badań jest właściwy dobór metod, technik oraz narzędzi badawczych. A. Kamiński (1974, s. 65) poprzez metodę badań rozumie „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania kreślonego problemu naukowego”. Z kolei S. Nowak (2011) wskazuje, że metody badań to pewien określony i powtarzalny sposób postępowania, który skierowany jest na realizację pewnego celu poprzez dobór środków adekwatnych do tego celu.

W literaturze zaobserwować można liczne podziały i klasyfikacje metod i technik badawczych. Dla potrzeb przeprowadzonych badań wykorzystano metodologię opracowaną przez T. Pilcha i T. Bauman (2010). Autorzy przyjmują, iż metoda badań to „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego” (Pilch, Bauman, 2010, s. 71). Proponując następujący podział metod badawczych: metodę sondażu diagnostycznego, metodę indywidualnych przypadków, eksperyment pedagogiczny oraz monografię pedagogiczną (Pilch, Bauman, 2010).

W autorskich badaniach zastosowano **metodę sondażu diagnostycznego**.

Przez metodę sondażu diagnostycznego T. Pilch i T. Bauman (2010) rozumieją taki sposób gromadzenia informacji o różnych zjawiskach społecznych, które mają znaczenie dla wychowania, świadomości społecznej czy opinii określonych zbiorowości w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą, w której dane zjawisko występuje. Z kolei M. Łobocki (2011, s. 248) podkreśla, że sondaż diagnostyczny zaleca się stosować szczególnie wtedy, gdy „pragniemy dowiedzieć się o opiniach (także przekonaniach) respondentów na temat interesujących nas spraw oraz o tym, jak je oni oceniają i w ogóle co o nich wiedzą lub chcieliby wiedzieć na ich temat”.

Technika badań jest bardziej uszczegółowionym sposobem postępowania badawczego. Według A. Kamińskiego techniką badawczą określa się „czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii faktów” (za: Pilch, Bauman, 2010, s. 71). Technika jest zatem metodą badań, lecz w węższym (a nie w ogólnym) znaczeniu. Dodatkowo technika badawcza podporządkowana jest metodom badawczym (Łobocki, 2011). T. Pilch i T. Bauman (2010) do technik badawczych w ramach sondażu diagnostycznego zaliczają m.in. ankietę, analizę dokumentów, techniki statystyczne.

Techniki, które znalazły zastosowanie w ramach niniejszych badań to **ankieta i analiza dokumentów**.

Ankieta zdaniem T. Pilcha i T. Bauman (2010, s. 96) to technika „gromadzenia informacji polegająca na wypełnianiu najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej bez obecności ankietera”. Autorzy twierdzą, że „ankieta jest niezastąpiona w badaniach pedagogicznych jako narzędzie poznawania cech zbiorowości, faktów, opinii o zdarzeniach, danych liczbowych” (Pilch, Bauman, 2010, s. 97). Dane uzyskane za pomocą ankiety mogą być przydatne w ogólnym zrozumieniu poznawanego zagadnienia, nie mogą jednak stanowić podstawy do wyprowadzenia uogólnień teoretycznych. Ankieta jest zatem techniką, służącą zbieraniu danych ilościowych (Krajewski, 2020).

Ankieta z pewnością ułatwia zbieranie danych. Posiada wiele zalet, jak i ograniczeń. Wśród zalet należy wymienić:

1) możliwość uzyskania wysokiej jakości danych

- badanie ankietowe zapewnia badanemu bardzo dogodne warunki. Respondent może dłużej zastanowić się nad pytaniem i tym samym udzielić bardziej wyczerpującej odpowiedzi;

2) komfort osoby badanej

- osoba badana sama decyduje, czy i kiedy wypełni kwestionariusz ankiety;

3) oszczędność czasu i kosztów

- koszt zależy od trybu badania;

4) możliwość dotarcia do dużej grupy badawczej

- ankietę mogą wypełnić osoby zamieszkujące różne miasta, także osoby mieszkające za granicą (zwłaszcza w przypadku ankiety internetowej);

Do najistotniejszych wad zalicza się:

1) ograniczone możliwości pogłębienia badań

- nawet jeżeli ankieta zawiera otwarte pytania uzupełniające, to osoba badana może je pominąć lub udzielić lakonicznej odpowiedzi;

2) ryzyko niezrozumienia pytań przez respondenta

- ryzyko niezrozumienia pytań istnieje zawsze, zwłaszcza gdy pytania są długie i sformułowane fachowym językiem;

3) zróżnicowane zaangażowanie respondentów

- część osób nie wypełni ankiety z powodu braku czasu, inne nie będą miały ochoty na dzielenie się swoimi przemyśleniami, wnioskami czy doświadczeniami. Niektórzy mogą unikać ankiet ze względu na brak poczucia anonimowości (Siuda, 2016).

Analiza dokumentów zdaniem M. Krajewskiego (2020, s.16) jest „techniką badawczą służącą do ewaluacji wstępnych, opisowych, a także ilościowych informacji o badanej instytucji czy zjawisku wychowawczym. Może być również techniką poznawania biografii jednostek i opinii wyrażonych w dokumentach”.

Dokumenty objęte analizą, mogą występować w trzech postaciach, jako: dokumenty pisane (werbalne), cyfrowe (statystyczne) oraz obrazowo-dźwiękowe (Krajewski, 2020).

Badanie dokumentów nie jest pozbawiona zalet i ograniczeń. R. K. Yin (2014) do zalet dokumentów jako podstawowego źródła danych zalicza:

- a) stałość – z dokumentów można korzystać wielokrotnie, w dowolnych odstępach czasowych;
- b) niezależność - dokumenty nie są wynikiem prac nad studium przypadku;
- c) specyficzność – dokumenty mogą zawierać nazwiska, dane bibliograficzne, szczegółowo opisane wydarzenia;
- d) obszerność – dokumenty mogą obejmować długi okres czasu, wiele faktów i okoliczności.

Z kolei wśród wad dokumentów jako źródła danych autor dostrzega:

- a) osiągalność - dokumenty mogą być trudne do odszukania;
- b) tendencyjna selektywność – dokumenty mogą być niekompletne;
- c) stronniczość przekazu – dokumenty odzwierciedlają błędy autora danego dokumentu;
- d) dostępność – dokumenty z różnych przyczyn mogą być celowo niedostępne.

Wymienione techniki realizowane będą poprzez zastosowanie różnorodnych narzędzi badawczych. „Narzędziem badawczym jest przedmiot służący do realizacji wybranej techniki badań” (Pilch, Bauman, 2010, s.71). Przy czym technika badawcza oznacza czynności, m.in. prowadzenie wywiadu, obserwację, a narzędzie badawcze stanowi instrument służący do gromadzenia danych z badań (Pilch, Bauman, 2010).

**W niniejszej dysertacji posłużono się następującymi narzędziami badawczymi:**

- 1) Kwestionariuszem ankiety – konstrukcja własna (załącznik nr 1);
- 2) Kwestionariuszem do analizy dokumentów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego – konstrukcja własna (załącznik nr 2);
- 3) Skalą Samooceny M. Rosenberga (SES) w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny;
- 4) Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzera, M. Jerusalema (GSES) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego;
- 5) Skalą Oceny Wsparcia Społecznego S. Cohena (ISEL-40 v. GP) w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej i M. Makary-Studzińskiej.



W badaniach przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej wykorzystano narzędzie badawcze, jakim jest autorski **kwestionariusz ankiety**. W celu uzyskania pełniejszego materiału badawczego kwestionariusz ankiety został podzielony na kilka grup problemowych. Część pierwsza koncentruje się na kwestiach dotyczących uzależnienia od narkotyków. Część druga to przekonania respondentów na temat realizowanego leczenia substytucyjnego. Trzecia część poświęcona jest zasobom osób uzależnionych w zakresie samooceny, poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego. W ostatniej części kwestionariusza znalazły się pytania dotyczące sytuacji socjodemograficznej, do których zaliczono między innymi wiek, płeć, wykształcenie i dietność. Ostatecznie kwestionariusz składa się z 46 pytań – otwartych, półotwartych oraz zamkniętych z kafeteriami: koniunktywną i dysjunktywną oraz jedenastu pytań „metryczkowych”.

Drugim narzędziem badawczym, które znalazło zastosowanie w badaniach jest **kwestionariusz do analizy dokumentów**. Całość kwestionariusza podzielono na części:

- a) część pierwsza: obejmuje dane socjodemograficzne, do których zaliczono: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, podstawowe źródło utrzymania, liczbę dzieci, sytuację mieszkaniową oraz informacje charakterystyczne dla osób uzależnionych, m.in.: współwystępujące zaburzenia psychiczne, odbywanie kary pozbawienia wolności, występowanie uzależnień w rodzinie generacyjnej;
- b) w części drugiej uwzględniono historie używania substancji psychoaktywnych: wiek inicjacji narkotykowej, długość trwania uzależnienia od narkotyków oraz dotychczas podejmowane próby pokonania nałogu narkotykowego;
- c) trzecia część dotyczy leczenia substytucyjnego, m.in: liczby dotychczas podejmowanych prób leczenia substytucyjnego, czasu pozostawania w aktualnym leczeniu substytucyjnym, rodzaju i wielkości przyjmowanego substytutu;
- d) czwarta uwzględnia inne istotne informacje zawarte w dokumentacji medycznej.

**Skala Samooceny Rosenberga (SES)** została skonstruowana przez Morrisa Rosenberga w 1965 roku i jest jedną z najpopularniejszych na świecie metod badania samooceny (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007; Kwan, Mandisodza, 2007). W polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny (2008) skala zbudowana jest z 10 twierdzeń diagnostycznych z możliwością wyboru jednej z czterech odpowiedzi: „zdecydowanie zgadzam się”, „zgadzam się”, „nie zgadzam się” oraz „zdecydowanie nie zgadzam się”. Skala jest narzędziem pozwalającym na ocenę ogólnego poziomu samooceny osoby badanej, diagnozuje ważny aspekt koncepcji Ja. Wynik skali mieści

się w przedziale od 10 (samoocena niska) do 40 punktów (samoocena wysoka). Wyniki mieszczące się w przedziale 10-27 punktów oznaczają niską samoocenę, 28-31 przeciętną samoocenę, a 32-40 samoocenę wysoką. Średni wynik obliczony z danych zgromadzonych w 53 krajach wynosi 30,85 punktów przy odchyleniu standardowym równym 4,82 (Schmitt, Allik, 2005). Z kolei w polskiej wersji skali uzyskano średni wynik 29,49 punktów przy odchyleniu standardowym wynoszącym 4,29 (Dzwonkowska i in., 2008; Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007). Badania wykazały, że polska wersja metody jest narzędziem rzetelnym o potwierdzonej trafności teoretycznej. Rzetelność polskiej skali mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,81– 0,83. Z kolei stabilność bezwzględna w odstępie tygodniowym równa się 0,83, a w odstępie roku wynosi 0,50 (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008).

**Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)** to czwarte narzędzie badawcze, które znalazło zastosowanie w badaniach. Skala GSES jest autorstwa R. Schwarzera i M. Jerusalema z Freie Universität w Berlinie (Schwarzer, 1993). Autorami polskiej wersji narzędzia jest Z. Juczyński (2012). Narzędzie mierzy siłę ogólnego przekonania osoby badanej o skuteczności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i życiowymi przeszkodami. Kwestionariusz diagnostyczny zawiera 10 twierdzeń, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby oceniana jest w czterostopniowej skali: od 1 (nie) do 4 (tak). W badaniu można uzyskać minimalnie 10, a maksymalnie 40 punktów. Im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wynik surowy przelicza się na standaryzowane normy stenowe, gdzie: 1–4 sten (10–24 pkt) oznacza wynik niski, 5–6 sten (25–29 pkt) - przeciętny, a 7–10 sten (30–40 pkt) - oznacza wynik wysoki. Rzetelność skali oceniana metodą test-retest wynosi 0,78, a współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,85. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych - zarówno zdrowych, jak i chorych (Juczyński, 2012).

Ostatnim zastosowanym w badaniu narzędziem jest **Skala Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL-40 v. GP)** autorstwa S. Cohena (Cohen, i in., 1985) w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej i M. Makary-Studzińskiej. Narzędzie badawcze umożliwia oszacowanie potencjalnego postrzegania możliwości uzyskania wsparcia społecznego w opinii osób badanych. ISEL składa się z 40 stwierdzeń o charakterze dychotomicznym z możliwością wyboru jednej z dwóch odpowiedzi: „prawdopodobnie prawda” lub „prawdopodobnie fałsz”. W kwestionariuszu wyodrębniono 4 podskale, obejmujące po 10 stwierdzeń. Pierwsza skoncentrowana na wsparciu materialnym, druga polegająca na utożsamianiu się z sytuacją innych osób, trzecia dotycząca samooceny poprzez porównywanie siebie z innymi osobami oraz czwarta odnosząca się do poczucia własnej

wartości. Każde stwierdzenie pozytywnie wskazane przez osobę badaną ma wartość 1, a wybór negatywny wartościowany jest jako 0. W związku z powyższym, ogólna wartość punktowa zawiera się w przedziale 0–40. Z kolei wartości poszczególnych podskal wahają się od 0 do 10. Wskaźnik rzetelności skali ISEL ma wartość 0,87 alfa Cronbacha, a dla 4 podskal 0,67–0,84 (Zarzycka, Śpila, Wrońska, Makara-Studzińska, 2010).

#### **4.5. Przebieg i organizacja badań**

Badania dotyczące zasobów osobistych osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego przebiegały w czterech etapach:

- a) etap pierwszy - studia nad literaturą, opracowanie koncepcji metodologicznej badań, przygotowanie narzędzi badawczych;
- b) etap drugi - badania pilotażowe;
- c) etap trzeci - badania właściwe;
- d) etap czwarty - analiza zgromadzonego materiału empirycznego, interpretacja wyników badań.

**Badania pilotażowe**, realizowano wśród uczestników programu substytucyjnego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Stowarzyszenia Eleuteria w Warszawie. Badaniami z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety objęto 30 osób. Jak twierdzi S. Nowak (2011) badanie pilotażowe stanowi rodzaj badania o charakterze wstępnym, którego główną funkcją jest kontrola przydatności metod oraz narzędzi badawczych, które zostaną wykorzystane w określonym środowisku.

Biorąc pod uwagę powyższe, badania pilotażowe miały za zadanie zweryfikować narzędzie badawcze, pod kątem zrozumienia go przez osoby uzależnione od opioidów i zweryfikować jego sprawność pod kątem przydatności do dostarczania poszukiwanych informacji.

Po zapoznaniu się z wynikami badań pilotażowych i opiniami respondentów, kwestionariusz ankiety uległ zmianie.

Z kwestionariusza ankiety usunięto pytania:

- a) Jakie wykształcenie ma Pana(i) ojciec/matka - respondenci niechętnie udzielali odpowiedzi na to pytanie. Ponad 10 osób nie udzieliło w ogóle odpowiedzi, a siedem osób po zakończonym badaniu udzieliło informacji, iż pytanie o wykształcenie rodziców jest wstydlive i mają obawy, iż badacz może oceniać respondenta przez pryzmat wyłącznie tego pytania.

- b) Przypuśćmy, że jest Pan(i) chory i musi spędzić w łóżku kilka dni. Tym samym potrzebuje Pan(i) pomocy w domu. Do kogo zwróciłby się Pan(i) z prośbą o pomoc w pierwszej kolejności? - respondenci w kwestionariuszach dopisywali notatkę, iż powyższe pytanie jest dla nich tożsame z pytaniem numer 21 ankiety.
- c) Jaka była reakcja obecnego partnera na wiadomość o Pana(i) uzależnieniu? - z odpowiedzi na to pytanie wynikało, że respondenci, którzy są w związkach, mają w większości za partnerów osoby uzależnione, a informację o chorobie (uzależnieniu) partnerzy respondentów odbierali jak coś oczywistego, nie wykazując specjalnych emocji.
- d) Jakie cechy obecnego partnera są dla Pana(i) najważniejsze? – ponad 50% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. W rozmowie po zakończeniu badania respondenci udzielali informacji, iż traktowali to zagadnienie, jako mało istotne, nie warte tego, by udzielać informacji.
- e) Ile miał Pan(i) lat, kiedy po raz pierwszy napił się alkoholu?
- f) Ile miał Pan(i) lat, kiedy po raz pierwszy zapalił papierosa? – niemalże wszyscy respondenci na dwa powyższe pytania udzielili odpowiedzi: „nie wiem, „nie pamiętam”, „nie chce mi się liczyć”.
- g) Jak oceniłby Pan(i) swoją wiedzę na temat przyczyn i mechanizmu uzależnienia? – w rozmowie respondenci twierdzili, że pytanie „nie ma sensu”, gdyż każda z osób uzależnionych doskonale wie, czym są narkotyki i uzależnienie.
- h) Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy wypijał Pan(i) przy jednej okazji 6 lub więcej standardowych porcji alkoholu? (Standardowa porcja oznacza – 0, 25 l szklanki piwa lub 100 ml kieliszka wina lub 30 ml kieliszka wódki)? – respondenci w większości nie udzielili odpowiedzi na to pytanie, a kilka osób udzieliło odpowiedzi pisemnej: „nikomu nie chce się przeliczać dawek”, „kto by to liczył”, „nie będę tego liczył”.
- i) Na czym Pana(i) zdaniem powinna przede wszystkim polegać pomoc udzielana osobom uzależnionym od narkotyków? – 90% respondentów udzielając odpowiedzi użyła sformułowania „zależy od potrzeb” lub określenia zbliżonego.
- j) Jak Pan(i) sądzi, czy warto pomagać osobom uzależnionym od narkotyków? – w ankietach respondenci formułowali odpowiedzi „jak w ogóle można zadać takie pytanie” lub podobne, o tym samym znaczeniu.

Modyfikacji uległo jedno pytanie z kwestionariusza ankiety:

- Pytanie 21 - Przypuśćmy, że czuje się Pan(i) smutny, przygnębiony, chciał(a)by z kimś porozmawiać i otrzymać wsparcie emocjonalne. Do kogo by się Pan(i) zwrócił(a)? – do kafeтерии dodano odpowiedź „inne (jakie?)”.

Czas trwania pilotażu wyniósł około ośmiu godzin. Respondenci początkowo byli negatywnie nastawieni do badań, trzeba było namawiać ich i zachęcać do udziału w nich. Czternastu uczestników poprosiło o możliwość wypełniania kwestionariusza ankiety w obecności autorki badań, by mieć możliwość dopytania o zagadnienia wątpliwe. Szesnaście osób wypełniło kwestionariusz ankiety w pokoju do tego przeznaczonym, bez udziału autorki badań oraz innych osób przebywających w poradni. Badania odbywały się w warunkach zapewniających anonimowość i bezpieczeństwo osobom badanym.

Respondenci po wypełnieniu kwestionariusza ankiety chętnie udzielali informacji na temat narzędzia badawczego, podkreślając najczęściej, że powinno zawierać zdecydowanie mniejszą liczbę pytań. Ponad połowa badanych po uzyskaniu informacji, iż autorka badań zawodowo zajmując się psychoterapią, opowiadała szczegółowo o swoim życiu i problemach. Wyrażała gotowość rozpoczęcia sesji psychoterapeutycznych w realizowanej przez autorkę badań prywatnej praktyce klinicznej.

**Badania właściwe** realizowano od 2019 do 2022 roku. Czas realizacji badań znacząco wydłużył się w związku z trwającą pandemią Covid-19, która uniemożliwiła jego prowadzenie w ciągu kilkunastu miesięcy.

Jak podkreśla M. Łobocki (2011) warunkiem koniecznym w badaniach pedagogicznych jest trafny dobór próby i wymienia trzy typy dokonywania doboru: dobór losowy, dobór celowy oraz dobór na podstawie zgłoszeń ochotniczych. W niniejszych badaniach posłużono się **doborem celowym**, obejmując badaniami wyłącznie osoby uzależnione od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego. Aczkolwiek losowo dobierano poszczególne osoby do badań.

Badania miały charakter **indywidualny i anonimowy**. Respondenci przed rozpoczęciem badań zostali ustnie poinformowani o ich celu, przebiegu oraz zasadach udziału. Uczestnikom udzielono informacji o możliwości wycofania się z badań, bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji.

### **Kryterium doboru osób do badań stanowiły następujące kryteria:**

Kryteria włączające do badań:

- 1) wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) uzależnienie od opioidów rozpoznane przez lekarza psychiatrę zgodnie z *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*;
- 3) udział w programach substytucyjnych dla osób uzależnionych od opioidów na terenie województwa mazowieckiego lub śląskiego;
- 4) wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniach.

W związku z tym, że osoby uzależnione leczone substytucyjnie, poddawane są w razie potrzeby równoległemu leczeniu innych zaburzeń psychicznych, współwystępowanie zaburzeń osobowości, zaburzeń afektywnych i lękowych, jak również schizofrenii nie było kryterium dyskwalifikującym z grupy badawczej.

Osoby, które w chwili badania nie ukończyły 18 roku życia, nie spełniały kryteriów diagnostycznych uzależnienia od opioidów określonych w klasyfikacji ICD-10, wykazywały objawy zaburzeń psychicznych wymagających obserwacji lub leczenia bez zgody (nie pozostawały w fazie remisji) oraz nie były zdolne do wyrażenia pisemnej zgody, nie zostały zakwalifikowane do badań.

Projekt badań uzyskał pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych APS (nr 132/2023).

Badanie właściwe z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety zostało przeprowadzone w sześciu placówkach leczenia substytucyjnego, w dwóch województwach w Polsce – mazowieckim i śląskim. Ich dobór miał charakter celowy. Taki dobór placówek uzasadniony był dwiema przesłankami.

Po pierwsze Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z powodu dużej liczby problemowych użytkowników opioidów szczególnie rekomenduje uruchomienie kolejnych programów terapii substytucyjnej w województwie śląskim. Na obszarze tego województwa jest tylko jeden podmiot leczniczy - Szpital Zakaźny w Chorzowie, który realizuje program terapii substytucyjnej. Z danych pochodzących od kierownika programu substytucyjnego Marka Beniowskiego wynika, że w chorzowskiej poradni terapię substytucyjną realizuje około 200 osób. Jeden podmiot leczniczy na całe województwo, to jednak wciąż za mało, by można było mówić o skutecznej pomocy osobom uzależnionym od opioidów.

Po drugie województwo mazowieckie jest tym, w którym mieści się największa liczba pomiotów zajmujących się leczeniem substytucyjnym. W warunkach wolnościowych taką formę leczenia realizuje osiem podmiotów. Wśród nich, sześć mieści się w Warszawie,

pozostałe zlokalizowane są w Siedlcach i Kazuniu-Bielanach koło Nowego Dworu Mazowieckiego.

**Wobec powyższego, dostęp do leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów jest najlepszy w województwie mazowieckim, a zdecydowanie utrudniony w województwie śląskim.**

Do badań właściwych wytypowano wszystkie placówki lecznicze tj. dziewięć podmiotów, oznaczonych w wykazie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jako jednostki realizujące programy substytucyjne na rzecz osób uzależnionych w województwie mazowieckim i śląskim. Baza placówek umieszczona na stronie internetowej KBPN zawierała kilka braków danych kontaktowych, w tym głównie aktualnych numerów telefonów i adresów poczty elektronicznej. W rezultacie stworzenie bazy placówek leczenia substytucyjnego wymagało indywidualnych kontaktów z większością instytucji leczniczych (źródło: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107094>, dostęp z dnia 18.06.2019).

Zgodę na badania uzyskano w siedmiu placówkach. W jednym podmiocie leczniczym na terenie województwa mazowieckiego zrealizowano badania pilotażowe, a w pozostałych sześciu podmiotach leczniczych badania właściwe (tabela 4). Dwie prywatne placówki lecznicze mieszczące się w Warszawie nie wyraziły zgody na przeprowadzenie badań. Instytucje nie wskazały powodów swojej decyzji.

**Tabela 4. Placówki, w których realizowano badania właściwe z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety**

<b>Województwo</b>	<b>Nazwa placówki</b>	<b>Liczba badanych</b>
<b>Śląskie</b>	Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, Szpital Specjalistyczny Chorzów	102
<b>Mazowieckie</b>	Punkt Substytucyjny, Centrum Medyczo-Diagnostyczne Siedlce	20
	Zakład Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	33
	Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacyjny Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, Kazuń-Bielany	3

	Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej Warszawa	46
	Centrum Leczenia Uzależnień Mały Rycerz Warszawa	20
<b>RAZEM</b>		224

Źródło: opracowanie własne.

Rozmowa telefoniczna była pierwszym kontaktem z podmiotem leczenia substytucyjnego. W trakcie trwania rozmowy z osobą funkcyjną – dyrektorem/kierownikiem placówki medycznej, autorka badań charakteryzowała cel badań oraz sposób ich realizacji. Drugim etapem była rozmowa osobista z kierownictwem placówki lub dyrektorem do spraw medycznych. Podczas osobistej rozmowy pytano autorkę badań o kompetencje zawodowe, metodologię badań i przygotowanie merytoryczne do kontaktu z osobami uzależnionymi. Dyrektorzy warszawskich placówek leczniczych prosili o dostarczenie kwestionariusza ankiety, następnie narzędzie badawcze omawiano w zespołach terapeutycznych jednostek leczenia substytucyjnego.

Kolejnym etapem była powtórna rozmowa autorki badań z lekarzem psychiatrą, pełniącym funkcję kierownika lub/i dyrektora do spraw medycznych, podczas której przedstawiano opinie zespołów terapeutycznych na temat narzędzi badawczych i ewentualnych wątpliwości kadry medycznej. **Warto podkreślić, że w szpitalach psychiatrycznych warunkiem koniecznym do uzyskania zgody na przeprowadzenie badań było przedstawienie przez autorkę badań dowolnego certyfikatu specjalisty psychoterapii.**

Wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań przez dyrektora/kierownika jednostki leczniczej nie gwarantowało jednak ich realizacji. W większości placówek leczniczych osoby uzależnione nie były poinformowane o realizacji badań naukowych.

Reakcje osób uzależnionych od opioidów na propozycję wzięcia udziału w **badaniach ankietowych** były mocno zróżnicowane. Niektórzy respondenci, reagowali bardzo agresywnie. Jeden z mężczyzn w wieku produkcyjnym w trakcie wypełniania kwestionariusza ankiety zaczął krzyknąć na autorkę badań: „*Nie będę po raz kolejny wypełniał żadnej ankiety*”. Innym razem padł komentarz: „*Ileż można, ja już wiele razy wypełniałem ankiety. Mam tego dość*”. Zdarzało się również, że respondenci pytali wprost: „*Co dostanę za wypełnienie tej ankiety?*”.



Bywały też pozytywne komentarze: „*Cieszę się, że ktoś wreszcie pyta o moją ocenę terapii. To dla mnie bardzo ważna sprawa*”. Niektórzy uczestnicy wykazywali obojętność wobec badań: „*Dobrze, jak tak pani na tej ankiecie zależy, to wypełnię*” lub „*Nie mam za bardzo czasu, ale niech już będzie, może coś napiszę*”. Poza powyższymi postawami, autorka badań spotkała się również z życzliwością respondentów, którzy sami prosili o możliwość wypełnienia kwestionariusza. Niektórzy uczestnicy badań z województwa śląskiego mówili „*Zobaczcie, pani terapeutka przyjechała do nas z Warszawy, trzeba jej pomóc*”, albo „*Panowie, niech każdy weźmie ankietę, ileż to roboty, a pani przynajmniej coś będzie miała wypełnionego*”. Zdarzyło się kilkukrotnie, że respondenci chcąc pomóc, proponowali: „*To może ja jeszcze jedną ankietę wypełnię?*”. Nie wyrażono zgody na żadną tego typu propozycję.

Wypełnianie kwestionariusza ankiety trwało średnio około czterdziestu minut, najkrócej piętnaście minut, a najdłużej blisko dwie godziny.

W siedmiu przypadkach w województwie śląskim i pięciu w województwie mazowieckim poproszono autorkę badań o czytanie pytań z kwestionariusza ankiety i zaznaczanie odpowiedzi wskazanych przez respondentów. W subiektywnej ocenie autorki badań, takie zmiany w jego przebiegu były zasadne. Dotyczyły bowiem sytuacji, gdy np. respondent był osobą słabo widzącą, miał złamaną prawą rękę (twierdząc, że jest praworęczny) lub wskazywał na trudności w czytaniu z powodu doświadczanych zaburzeń psychicznych. Porównując respondentów z dwóch województw mazowieckiego i śląskiego, zdecydowanie chętniej kwestionariusze ankiety wypełniali mieszkańcy Śląska.

Tworząc projekt badawczy założono, że w badaniach z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety udział weźmie 200 respondentów – 100 z województwa śląskiego i 100 z województwa mazowieckiego. Ostatecznie zebrano 234 kwestionariusze ankiety, jednak po usunięciu niekompletnie wypełnionych kwestionariuszy, do analizy zakwalifikowano 224 kwestionariusze, 102 ze Śląska i 122 z Mazowsza. Przy wyborze respondentów do badań zastosowano metodę celową.

**Badania z wykorzystaniem arkusza do analizy dokumentów** oraz **wystandaryzowanych narzędzi badawczych** tj. Skali Samooceny Rosenberga (SES), Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz Kwestionariusza Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL-40v.GP) przeprowadzono w drugiej kolejności. Przy wyborze respondentów do badań zastosowano metodę celową (tabela 5).

**Tabela 5. Placówka, w której realizowano badania właściwe z wykorzystaniem kwestionariusza do analizy dokumentacji medycznej oraz wystandaryzowanych narzędzi badawczych**

Województwo	Nazwa placówki	Narzędzie badawcze	Liczba badanych
mazowieckie	Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej Warszawa	Kwestionariusz do analizy dokumentów; Skala Samooceny M. Rosenberga (SES); Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES); Skala Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL-40 v. GP);	10

Zródło: opracowanie własne.

W badaniach udział wzięło **10 wybranych celowo osób**. Badania zrealizowano w 2022 roku i prowadzono je z osobami realizującymi leczenie substytucyjne w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Warszawie.

Zadbane, by badania z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi badawczych mogły być zrealizowane w pomieszczeniu zapewniającym poczucie komfortu, bezpieczeństwa i spokoju, bez ingerencji osób trzecich tj. personelu medycznego, czy innych osób uzależnionych. w zależności od respondenta, badanie trwało od około 15 do nawet 60 minut. Długość badań kilkakrotnie uwarunkowana była rodzajem zaburzenia psychicznego osoby badanej, np. brakiem dostatecznej spójności w mowie i w myśleniu, czy rozkojarzeniu.

Każdorazowo badanie rozpoczynano od nawiązania kontaktu, poruszając tematy neutralne. Kolejno udzielano informacji dotyczących m.in. celu badań oraz praw osoby badanej. Umożliwiono respondentom zadawanie pytań dotyczących badań. Żaden z respondentów nie zrezygnował z uczestnictwa w badaniach w trakcie ich trwania. Autorka badań zwracała szczególną uwagę na to, by zakończenie badań nie miało pejoratywnego wydźwięku i nie zakończyło się w sposób nagły, niespodziewany dla osoby badanej.

Po zakończeniu badań wszyscy respondenci zgłaszali gotowość do dalszej współpracy. Z informacji zwrotnych wynika, że wszystkie osoby badane wyraziły zadowolenie z przebiegu badań, podkreślając istotność podejmowanego problemu badawczego. Poniżej przytoczono wybrane wypowiedzi osób badanych:

*„Wreszcie ja narkomanka, też mogę się dla kogoś liczyć i moje zdanie może być dla kogoś ważne (...)” (Kobieta, 41 lat)*

*„Cieszę się, że właśnie mnie zaprosiłaś do udziału w tych badaniach. Muszę przyznać, że czuję się wyróżniony (...). Co prawda denerwowałem się przed ich rozpoczęciem, ale uważam, że może wreszcie zmieni się coś w tych programach” (Mężczyzna, 40 lat)*

*„Mam nadzieję, że pomogłem. Na pewno bardzo chciałem pomóc. Dzięki za rozmowę i jakbyś potrzebowała jeszcze pomocy, to ja chętnie. Poproszę też o ksero wyników tych badań, jak już skończysz pisać doktorat (...)” (Mężczyzna, 61 lat)*

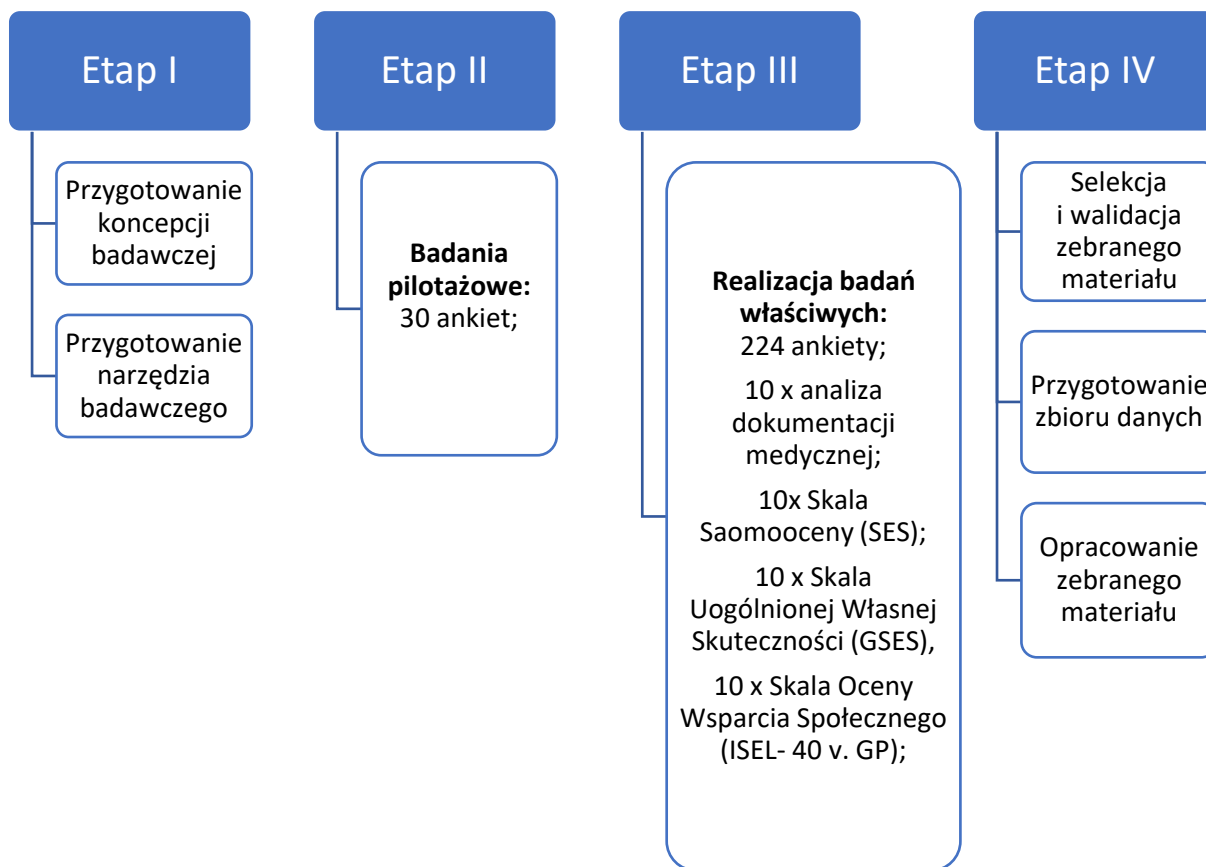
Respondenci zwracali się także z prośbą o możliwość omówienia jeszcze innych, trudnych spraw osobistych, nie związanych z tematem badań. Autorka badań pozytywnie odpowiedziała na wszystkie zgłaszane prośby uczestników.

Kolejno analizie poddano udostępnioną dokumentację medyczną dziesięciu osób uzależnionych od opioidów, leczonych substytucyjnie, które wcześniej brały udział w badaniach z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi badawczych.

Autorka badań miała wgląd do dokumentacji medycznej wyłącznie w obecności członka kadry terapeutycznej oddziału prowadzącego leczenie substytucyjne. Przed rozpoczęciem badań zweryfikowano tożsamość osoby badającej za pomocą dowodu osobistego.

W trakcie analizy dokumentów, autorka badań mogła sporządzać krótkie notatki w postaci papierowej. Nie wykonywała żadnych zdjęć, nagrań, ani kopii dokumentacji medycznej w formie kserokopii, czy wydruku. Zapoznała się z dokumentacją wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów naukowych. Czas analizy jednej dokumentacji medycznej zazwyczaj trwał około dwóch godzin.

Podsumowując, badanie przebiegło prawidłowo i składało się z czterech etapów podstawowych (rycina 1).



**Rycina 1. Przebieg realizacji badań**

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.6. Zastosowane analizy statystyczne

Uzyskane w trakcie badań dane poddano analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu programów statystycznych SPSS. Do analizy grup w skali nominalnej zastosowano test niezależności Chi-kwadrat.

Przyjęto następujące wartości dla stopnia istotności zależności:

- 0,001-0,050 – wysoki stopień istotności
- 0,051-0,100 – średni stopień istotności
- 0,101-0,500 – niski stopień istotności
- 0,501-1 – brak istotności.

W prezentacji wyników podawano wartość testowania, liczbę stopni swobody (df) oraz poziom istotności (p).

W przypadku zmiennych o charakterze ciągłym użyto statystyk opisujących parametry położenia, takie jak: minimum, maksimum i średnia. Zastosowano również klasyczne miary zmienności tj. odchylenie standardowe.

Uzyskane wyniki przedstawiono w dalszej części pracy w formie tabel i wykresów.

## **Rozdział 5**

### **Zasoby osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego (n=224)**

Badaniami ilościowymi objęto łącznie 224 osoby uzależnione od opioidów leczone substytucyjnie, sto dwadzieścia dwie osoby podejmujące terapię w placówkach w województwie mazowieckim i sto dwie osoby z poradni substytucyjnej w województwie śląskim. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, składający się zarówno z pytań otwartych, półotwartych, jak i zamkniętych. W celu zaprezentowania otrzymanych wyników dokonano podziału na następujące zagadnienia:

1. charakterystyka społeczno–demograficzna badanych osób (punkt 5.1.),
2. analiza wyników badań realizowanych w województwie mazowieckim i śląskim (punkt 5.2.),
3. używanie substancji psychoaktywnych (punkt 5.2.1.),
4. podtrzymujące leczenie substytucyjne (punkt 5.2.2.),
5. samoocena i poczucie własnej skuteczności (punkt 5.2.3.),
6. wsparcie społeczne osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (punkt 5.2.4.),
7. rodzina pochodzenia (punkt 5.2.4.1.),
8. rodzina prokreacyjna i związki partnerskie (punkt 5.2.4.2.),
9. pozarodzinne źródła wsparcia (punkt 5.2.4.3.),
10. podsumowanie (punkt 5.3.).

#### **5.1. Charakterystyka społeczno–demograficzna badanych osób**

Szczegółowe dane dotyczące społeczno-demograficznych cech badanych osób, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, dietność oraz aktywność zawodowa przedstawiono w tabelach 6-13 oraz na wykresach 2-3.

**Tabela 6. Płeć badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Płeć	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	35	28,7	27	26,5	62	27,7
Mężczyzna	87	71,3	75	73,5	162	72,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,136$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,711$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotyczących płci wskazuje, że na terenie województwa mazowieckiego i śląskiego przebadano podobną liczbę kobiet i mężczyzn (tabela 6). Wśród respondentów z Mazowsza kobiety stanowiły 29%, a mężczyźni 71%. W grupie badanych ze Śląska znajdowało się 27% kobiet i 74% mężczyzn. Znaczna przewaga mężczyzn wynika z faktu, że to właśnie mężczyźni, częściej niż kobiety rozpoczynają leczenie z powodu uzależnienia od opioidów. Dla porównania, z danych pochodzących z Europejskiego Raportu Narkotykowego, wynika, że w krajach UE w roku 2020 leczenie z powodu uzależnienia od heroiny rozpoczęło 17% kobiet i 83% mężczyzn (EMCDDA, 2022).

**Tabela 7. Wiek badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Wiek	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
18 - 30 lat	11	9,0	15	14,7	26	11,6
31 - 40 lat	75	61,5	45	44,1	120	53,6
41-50 lat	24	19,7	30	29,4	54	24,1
51 i więcej lat	12	9,8	12	11,8	24	10,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 7,052$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,070$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby pogrupowano na cztery grupy wiekowe: do 30 roku życia, do 40 roku życia, do 50 roku życia oraz powyżej 51 roku życia (tabela 7). Okazało się, że ta zmienna nie różnicuje badanych osób z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego w sposób istotny statystycznie. Wśród osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w leczeniu substytucyjnym z województwa mazowieckiego najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 31 a 40 rokiem życia (62%), najmniej liczną zaś osoby pomiędzy 18 a 30 rokiem życia (9%). Natomiast wśród respondentów z województwa śląskiego największą grupę również stanowiły osoby w wieku od 31 do 40 lat (44%), a najmniejszą - osoby będące po - 51 roku życia (12%). Najmłodszy badany z Mazowsza miał 20 lat, a najstarszy 61 lat, ze Śląska odpowiednio - 26 lat i 67 lat. Średnia wieku badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego wyniosła 39 lat i 6 miesięcy, a respondentów z województwa śląskiego 39 lat i 5 miesięcy. Wobec powyższego, nasuwa się wniosek bardziej natury ogólnej, niż wynikający z autorskiego badania, że osoby we wczesnym okresie dorosłości ujawniają największą gotowość do podejmowania leczenia substytucyjnego. Z kolei osoby najstarsze, mają zdecydowanie większe trudności w generowaniu działań sprzyjających poprawie sytuacji życiowej, niż młode osoby uzależnione od opioidów.

**Tabela 8. Miejsce zamieszkania badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Miejsce zamieszkania	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	6	4,9	-	-	6	2,7
Małe miasto do 50 tys.	14	11,5	17	16,7	31	13,8
Miasto do 200 tys.	10	8,2	34	33,3	44	19,6
Miasto 200-500 tys.	8	6,6	28	27,5	36	16,1
Miasto powyżej 500 tys.	84	68,9	23	22,5	107	47,8
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

W województwie mazowieckim dominowali respondenci z miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (69%) – prawdopodobnie mieszkańcy Warszawy, natomiast najmniej badanych zamieszkiwało podmiejskie wsie (5%). Wśród respondentów z województwa

śląskiego najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miast liczących do 200 tys. mieszkańców (33%). Żadna z osób nie była mieszkańcem wsi (tabela 8). Można zatem przypuszczać, że środowisko zamieszkania (szczególnie wielkie i średnie miasta), najczęściej charakteryzuje osoby z uzależnieniem od opioidów. Zastanawiający jest natomiast bardzo niski odsetek osób uzależnionych podejmujących leczenie substytucyjne pochodzących ze wsi. Stąd nasuwa się wniosek, że osoby uzależnione zamieszkujące podmiejskie wsie, ujawniają największe trudności w podejmowaniu leczenia substytucyjnego, być może spowodowane brakiem dostatecznych środków finansowych, związanych z dojazdem (początkowo codziennym) do placówki leczniczej.

**Tabela 9. Wykształcenie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Wykształcenie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe lub niższe	26	21,3	15	14,7	41	18,3
Zasadnicze zawodowe	27	22,1	41	40,2	68	30,4
Średnie	57	46,7	36	35,3	93	41,5
Policealne	5	4,1	5	4,9	10	4,5
Wyższe zawodowe lub wyższe magisterskie	7	5,7	5	4,9	12	5,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 9,196$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,056$

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienie: tendencja statystyczna.

Analiza danych dotyczących wykształcenia wykazała, że badane osoby uzależnione podejmujące leczenie substytucyjne na terenie województwa mazowieckiego to najczęściej osoby posiadające wykształcenie średnie (47%) lub zasadnicze zawodowe (22%). Natomiast w województwie śląskim istnieje podobna tendencja, chociaż rozkład liczebności różni się od rozkładu osób z województwa mazowieckiego (tabela 9). M. Kwiek (2015) sugeruje, że międzypokoleniowe wzorce „przekazywania” wykształcenia we wszystkich systemach europejskich, a szczególnie w systemach środkowoeuropejskich nadal pozostają niezwykle



sztynne. Dzieci osób słabo wykształconych w większości uzyskują niskie wykształcenie, zaś dzieci osób dobrze wykształconych, zazwyczaj same są dobrze wykształcone. Przyjmując powyższe założenie, można przypuszczać, że badane osoby uzależnione uzyskały prawdopodobnie poziom wykształcenia co rodzice.

Ponadto taki rozkład omawianej cechy może mieć istotny związek z trudnościami w podjęciu zatrudnienia przez osoby uzależnione. Pomimo faktu, iż osoby z wykształceniem średnim, nierzadko posługujące się przynajmniej jednym językiem obcym, czy tak jak osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym, poszukiwane są na rynku pracy, to jednak osoby uzależnione od opioidów mogą nie posiadać wystarczających kompetencji, przede wszystkim osobowościowych (np. brak poczucia własnej sprawczości, trudności w radzeniu sobie ze stresem, brak asertywności, deficyty w motywacji do działania, niska samoocena), które umożliwiłyby im znalezienie pracy.

**Tabela 10. Stan cywilny badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Stan cywilny	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kawaler/panna	41	33,6	29	28,4	70	31,3
Żonaty/zamężna	13	10,7	17	16,7	30	13,4
Rozwiedziony/ rozwiedziona	17	13,9	9	8,8	26	11,6
Wdowiec/wdowa lub w separacji	5	4,1	8	7,8	13	5,8
Związek nieformalny	46	37,7	39	38,2	85	37,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,571$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,334$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego porównano pod względem stanu cywilnego. Okazało się, że nie różnicuje on ich w sposób istotny statystycznie. W województwie mazowieckim największy odsetek stanowili respondenci pozostający w związku nieformalnym (38%). Niewiele mniej badanych deklaroowało stan wolny (34%). Zaledwie pięciu badanych to osoby owdowiałe lub pozostające w separacji (4%).

Wśród badanych z województwa śląskiego rozkład wyników był podobny, chociaż zaobserwowano niewielkie różnice procentowe między badanymi grupami (tabela 10). Można przypuszczać, że rozkład omawianej cechy może mieć związek z wiekiem badanych osób uzależnionych, gdyż najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 31 a 40 rokiem życia (tabela 7). Należy podkreślić, że z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że osoby w stałym związku małżeńskim lub partnerskim w porównaniu z osobami samotnymi, mają większą szansę na ukończenie leczenia i utrzymywanie abstynencji (Chodkiewicz, 2006; Soyka, 2009). Tym samym, uzyskane wyniki mogą napawać optymizmem.

**Tabela 11. Sytuacja zawodowa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

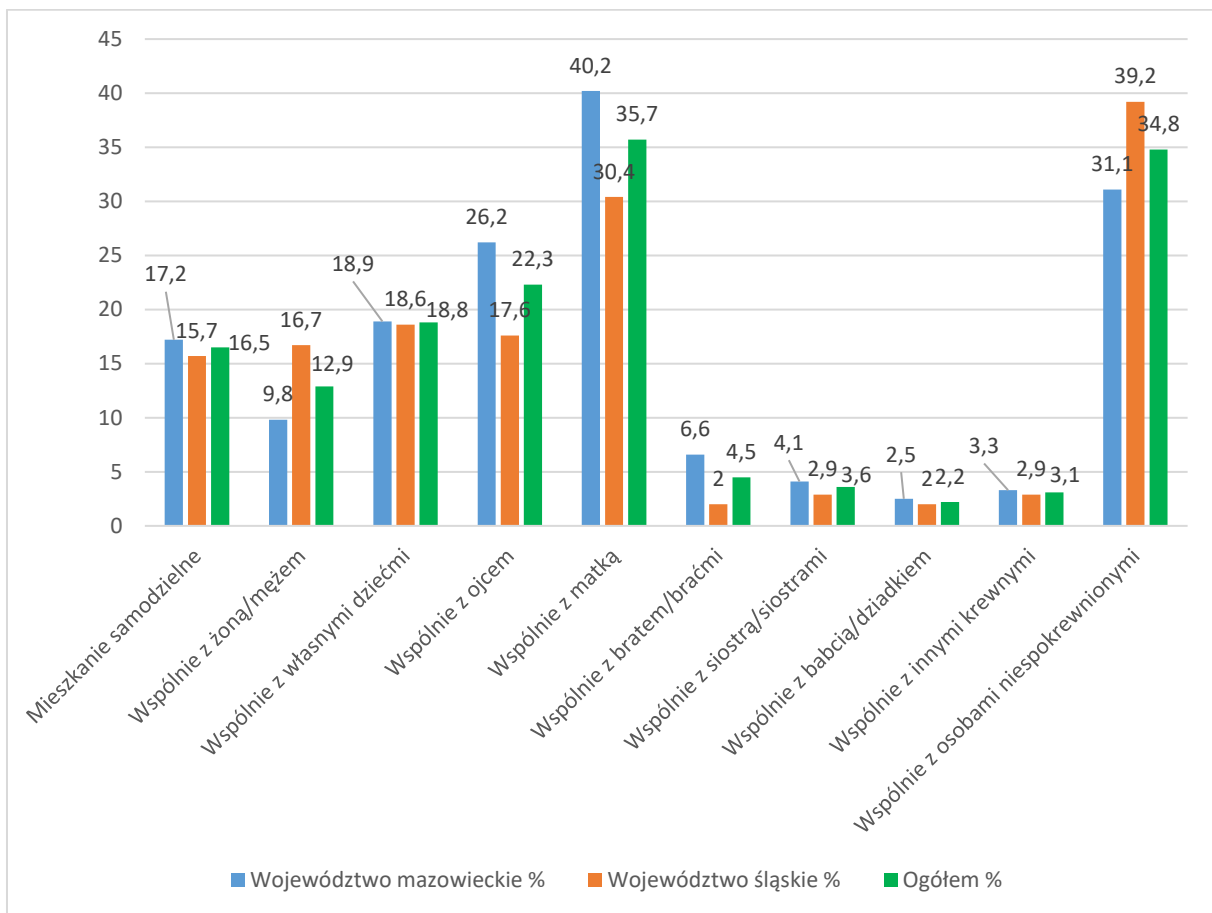
Sytuacja zawodowa	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Aktywny zawodowo	41	33,6	21	20,6	62	27,7
Bezrobotny, zarejestrowany w UP	24	19,7	22	21,6	46	20,5
Bezrobotny, niezarejestrowany w UP	9	7,4	3	2,9	12	5,4
Rencista	31	25,4	50	49,0	81	36,2
Zajmujący się domem	3	2,5	1	1,0	4	1,8
Student/uczeń	2	1,6	4	3,9	6	2,7
Inna sytuacja	12	9,8	1	1,0	13	5,8
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Wśród badanych z województwa mazowieckiego dominowały osoby aktywne zawodowo (34%), a w drugiej kolejności renciści (25%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby uczące się (2%). W województwie śląskim blisko połowa badanych to renciści (49%), w dalszej kolejności osoby bezrobotne, zarejestrowane w UP (22%). Najmniej badanych zajmowało się domem (1%) (tabela 11). Taki rozkład badanej cechy można wiązać z panującą wśród osób uzależnionych tendencją do nie koncentrowania się na celach zawodowych i nie podejmowania aktywności zawodowej, ze względu na zły stan zdrowia lub/i dotychczasową

karalność. W związku z tym, że nie prowadzono stosowanych analiz empirycznych w celu zweryfikowania powyższego założenia, rozważania te stanowią jedynie przesłanki teoretyczne. W odniesieniu do sytuacji zawodowej osób uzależnionych, wyniki badań zgodnie wskazują, że osoby aktywne zawodowe w porównaniu z osobami niepracującymi mają większą szansę na ukończenie leczenia oraz zachowanie abstynencji od substancji psychoaktywnych (Chodkiewicz 2006, Soyka 2009). Biorąc pod uwagę powyższe, uzyskane dane wzbudzają niepokój.



**Wykres 2. Sytuacja mieszkaniowa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Analiza uzyskanych danych dotycząca liczby osób wspólnie zamieszkujących (wykres 2) wskazuje, że wśród osób uzależnionych od opioidów podejmujących leczenie substytucyjne z województwa mazowieckiego dominowali respondenci mieszkający wspólnie z matką (40%) oraz z osobami niespokrewnionymi (31%). Zaledwie 17% badanych deklarowało samodzielne

prowadzenie gospodarstwa domowego. Z kolei badani z województwa śląskiego najczęściej mieszkali wspólnie z osobami niespokrewnionymi (39%) lub z matką (30%). Samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego dotyczyło 15,7% respondentów. Taki rozkład badanej cechy można wiązać z tendencją do opóźniania zawierania związków formalnych oraz większego skupiania się na własnych potrzebach i celach (także związanych z leczeniem substytucyjnym), jak również obniżonego statusu materialnego osób uzależnionych, spowodowanego niskimi przychodami lub brakiem dochodów. Uzyskane wyniki, korespondują z badaniami Ł. Szczepańskiej, J. Chrostka-Maja, B. Jenner (2005) i wskazują na tendencję pozostawiania osób uzależnionych przy rodzinie generacyjnej, niezależnie od wieku własnego i rodziców.

**Tabela 12. Liczba dzieci badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Liczba dzieci	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak dzieci	59	48,4	49	48,0	108	48,2
Jedno dziecko	39	32,0	25	24,5	64	28,6
Dwoje lub troje dzieci	24	19,7	28	27,5	52	23,2
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,530$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,282$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i śląskiego nie różnią się istotnie statystycznie pod względem liczby posiadanych dzieci. Osoby uzależnione od opioidów podejmujące leczenie substytucyjne z Mazowsza najczęściej nie posiadały dzieci (48%) lub posiadały jedno dziecko (32%). W przypadku badanych ze Śląska również dominowały osoby bezdziejne (48%), a w dalszej kolejności osoby posiadające dwoje lub troje dzieci (28%). Wśród wszystkich badanych nie odnotowano osób, które posiadałyby czworo lub więcej dzieci (tabela 12). Powyższe dane mogą sugerować, że sytuacja życiowa osób uzależnionych od opioidów, pomimo podjęcia leczenia substytucyjnego nie skłania do podejmowania decyzji o posiadaniu potomstwa, może natomiast stanowić powód opóźniania decyzji o posiadaniu dzieci.

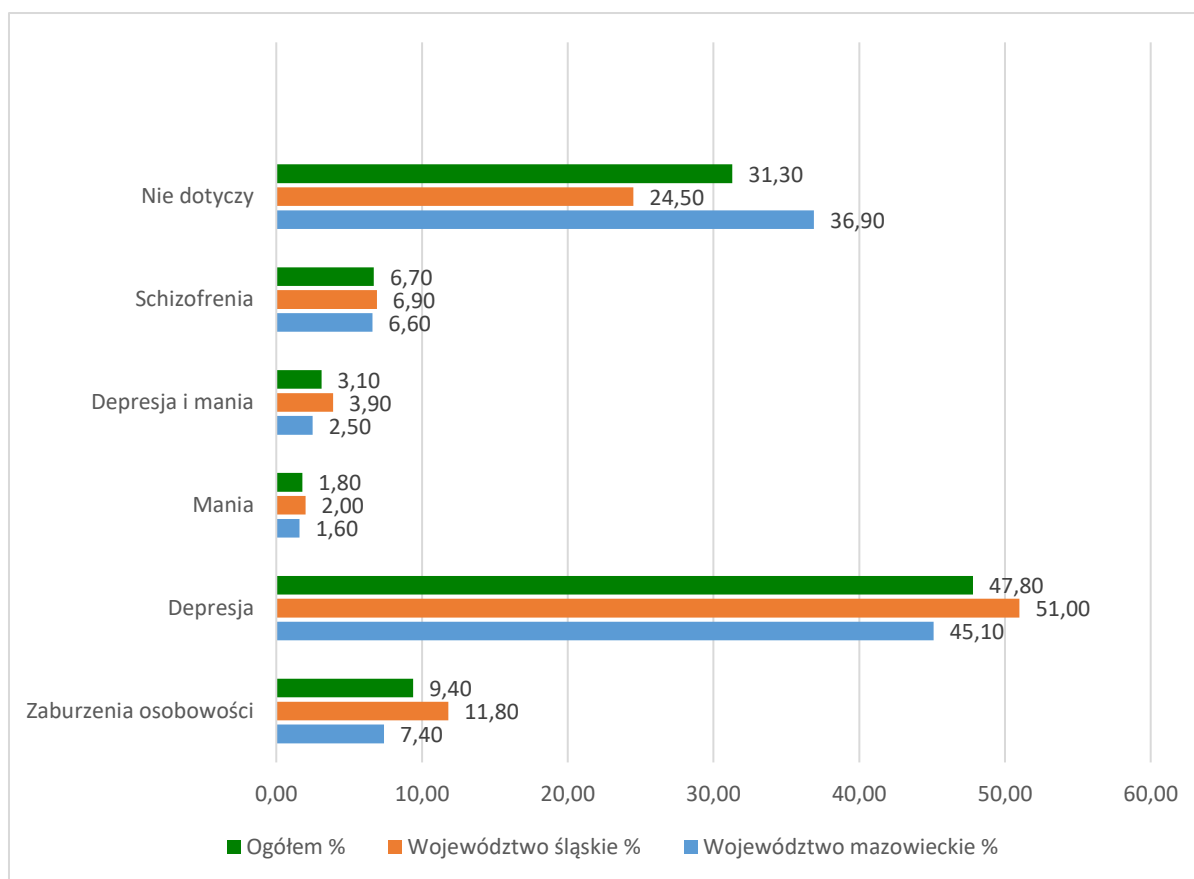
**Tabela 13. Subiektywna ocena zadowolenia z sytuacji finansowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena sytuacji finansowej	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie zadowolony ze swojej sytuacji finansowej	6	4,9	1	1,0	7	3,1
Zadowolony ze swojej sytuacji finansowej	35	28,7	12	11,8	47	21,0
Niezadowolony ze swojej sytuacji finansowej	39	32,0	34	33,3	73	32,6
Zdecydowanie niezadowolony ze swojej sytuacji finansowej	23	18,9	28	27,5	51	22,8
Trudno powiedzieć	19	15,6	27	26,5	46	20,5
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Pytania dotyczące uzyskiwanych dochodów należą do kwestii drażliwych. Osoby badane niechętnie udzielają informacji na ten temat. W związku z powyższym, zadano badanym osobom pytanie o ocenę zadowolenia z własnej sytuacji finansowej. Odpowiedź ich co prawda nie wskazuje wprost na poziom dochodów, jednak traktowana jest przez respondentów jako mało zagrażająca. Zgodnie z uzyskanymi wynikami najliczniejszą grupę w województwie mazowieckim stanowili respondenci niezadowoleni z własnej sytuacji finansowej, tj. osoby oceniające swoje dochody jako niewystarczające do zaspokojenia podstawowych potrzeb (51%). Badanych zadowolonych z własnej sytuacji finansowej, czyli takich, którzy uważają, że ich dochody są wystarczające lub więcej niż wystarczające, było łącznie 34%. Wśród badanych z województwa śląskiego niezadowolonych ze swojej sytuacji finansowej było 61%, a zadowolonych 13% (tabela 13).



**Wykres 3. Współwystępujące zaburzenia psychiczne badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Występowanie zaburzeń psychicznych wykracza poza standardowy zestaw cech społeczno-demograficznych. Ich uwzględnienie podyktowane jest powszechnym występowaniem różnych zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych. Jak wskazuje M. Lambert (2007) wśród istotnych czynników, wpływających na efekty terapii, poza nasileniem uzależnienia i jego złożoności oraz funkcjonowaniem osoby uzależnionej na początku leczenia, znajdują się tzw. zaburzenia współwystępujące. Analiza uzyskanych danych dotycząca współistniejących zaburzeń psychicznych (wykres 3) wskazuje, że wśród badanych zarówno z województwa mazowieckiego, jak i śląskiego dominowały osoby doświadczające depresji – odpowiednio 48% i 51%. Z kolei współistniejące zaburzenia psychiczne nie występują u 31% badanych z Mazowsza i 25% badanych ze Śląska. Można przypuszczać, że osobom badanym z obu województw, trudniej będzie osiągnąć zamierzone efekty leczenia i utrzymywać abstynencję w stosunku do osób uzależnionych, u których inne zaburzenia psychiczne nie występują (Gamble, Conner, Talbot, Yu, Tu, Connors, 2010).

Podsumowując wyniki analiz danych społeczno-demograficznych badanych osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym, należy stwierdzić, że wśród badanych z województwa mazowieckiego dominowali mężczyźni, pomiędzy 31 a 40 rokiem życia, mieszkańcy największych miast. W większości były to osoby dzietne, posiadające wykształcenie średnie, mieszkające z matką, aktywne zawodowo i jednocześnie niezadowolone z własnej sytuacji finansowej, pozostający w związkach nieformalnych. Z kolei wśród badanych osób uzależnionych z województwa śląskiego, dominowali renciści, legitymujący się wykształceniem zasadniczym zawodowym, zamieszkujący z osobami niespokrewnionymi. Zarówno badani z województwa mazowieckiego, jak i śląskiego w większości doświadczali depresji. Okazało się, że zmienne socjodemograficzne nie różnicują badanych grup w sposób istotny statystycznie.

## **5.2. Analiza wyników badań realizowanych w województwie mazowieckim i śląskim**

Badania ilościowe przeprowadzono na podstawie wyników z autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego łącznie 57 pytań. Poniżej przedstawiono wyniki badań, zmierzających do udzielenia odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze i potwierdzenia/odrzućenia hipotez roboczych.

### **5.2.1. Używanie substancji psychoaktywnych**

Uzależnienie jest zaburzeniem psychicznym mogącym mieć różnorodny przebieg. Bywa, że u jednego człowieka rozwija się powoli, a u innego nagle, niespodziewanie. W niniejszym opracowaniu postanowiono przyjrzeć się temu obszarowi problemowemu, biorąc pod uwagę m.in. subiektywną ocenę przyczyn zażywania substancji psychoaktywnych, wiek inicjacji narkotykowej, długość uzależnienia oraz dotychczas podejmowane przez badane osoby uzależnione próby leczenia.

Uzyskane wyniki zamieszczono w tabelach 14-36 oraz na wykresie 4.

**Tabela 14. Subiektywna ocena przyczyn zażywania narkotyków przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena przyczyn zażywania narkotyków	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ciekawość	34	27,9	19	18,6	53	23,7
Poczucie nudy	16	13,1	12	11,8	28	12,5
Własna głupota	10	8,2	4	3,9	14	6,3
Problemy życiowe	51	41,8	59	57,8	110	49,1
Trudno powiedzieć	11	9,0	8	7,8	19	8,5
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,711$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,151$

Źródło: opracowanie własne.

Przyczyny sięgania po narkotyki mogą mieć różne podłoże i są indywidualne dla każdego człowieka. Z uzyskanych danych wynika (tabela 14), że nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w porównywanych grupach w analizowanym zakresie. Większość badanych osób z województwa mazowieckiego (42%) i województwa śląskiego (58%) wskazało, że ludzie sięgają po narkotyki z powodu różnych problemów życiowych. Drugim powodem inicjacji narkotykowej zdaniem respondentów była ciekawość. Tak stwierdziło 28% badanych z Mazowsza i 19% badanych ze Śląska. Wyniki badań własnych w największym stopniu korespondują z tymi otrzymanymi przez J. De Maeyer, Ch. Nieuwenhuizen, I. L. Bongers, E. Broekaert i W. Vanderplasschen (2013). Autorzy wskazują na problemy związane z życiem rodzinnym i brak możliwości ich rozwiązania jako główne powody zażywania substancji psychoaktywnych. Nieco inne powody przedstawiają E. Stępień, K. Kocoń i L. Jakubowska (2004) stwierdzając, że inicjacja narkotykowa wynika częściej z motywów społecznych, niż z osobistych potrzeb.



**Tabela 15. Poglądy badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim na temat ludzi uzależnionych od narkotyków**

Poglądy na temat ludzi uzależnionych od narkotyków	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chorzy ludzie	44	36,1	31	30,4	75	33,5
Osoby potrzebujące pomocy	15	12,3	10	9,8	25	11,2
Osoby wzbudzające żal i współczucie	12	9,8	4	3,9	16	7,1
Osoby z problemami/zagubieni/nieszczęśliwi	15	12,3	23	22,5	38	17,0
Osoby takie same, jak ludzie zdrowi	12	9,8	12	11,8	24	10,7
Trudno powiedzieć	24	19,7	22	21,6	46	20,5
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z analizy danych wynika, że większość respondentów z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego postrzega osoby uzależnione, jako ludzi chorych, odpowiednio 36% i 30%. Najmniej liczną grupę w województwie mazowieckim stanowili respondenci postrzegający osoby uzależnione jako ludzi wzbudzających żal i współczucie (10%) oraz ludzi, niczym nie różniących się od osób zdrowych (10%). W województwie śląskim najmniej liczną grupę stanowili zaś respondenci postrzegający osoby uzależnione, jako ludzi wzbudzających żal i współczucie (n=4) (tabela 15).

Być może uzyskane wyniki są odpowiedzią badanych osób na stygmatyzację, której na co dzień doświadczają. Z badań Ł. Wieczorka (2020) wynika, że w różnego typu kontaktach, zwłaszcza z przedstawicielami instytucji, osoby uzależnione mają poczucie przedmiotowego traktowania, odrzucenia oraz niechęci. Informacja o podjętym leczeniu substytucyjnym, także niekorzystnie wpływa na postrzeganie społeczne, co w odczuciu badanych osób uzależnionych, związane jest jednoznacznie z posiadaniem etykiety „narkomana”.

**Tabela 16. Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Wiek inicjacji narkotykowej	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
8-12 lat	16	13,1	9	8,8	25	11,2
13-16 lat	77	63,1	68	66,7	145	64,7
17-20 lat	25	20,5	18	17,6	43	19,2
21 lat i więcej	4	3,3	7	6,9	11	4,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że najliczniejsza grupa respondentów zarówno z województwa mazowieckiego, jak i z województwa śląskiego to osoby, które pierwszego kontaktu z substancjami psychoaktywnymi doświadczyły pomiędzy, 13 a 16 rokiem życia, odpowiednio 63% i 67% (tabela 16). Wyniki te korespondują z wcześniej przeprowadzonymi badaniami (Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubka, 2014; EMCDDA, 2022). Warto jednak podkreślić, że wczesne rozpoczęcie zażywania substancji psychoaktywnych jest czynnikiem niekorzystnym dla utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione (Yoshino, Kato, 1996).

**Tabela 17. Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Rodzaj narkotyku	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Marihuana	94	77,0	64	62,7	158	70,5
Amfetamina	7	5,7	16	15,7	23	10,3
Heroina	21	17,2	22	21,6	43	19,2
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 7,515$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,023$

Źródło: opracowanie własne.

Wynik testu Chi-kwadrat świadczy o tym, że miejsce leczenia różnicuje badane osoby pod względem rodzaju substancji psychoaktywnej ( $p < 0,05$ ). Z tabeli 17 wynika, że 77% badanych z województwa mazowieckiego i 63% badanych z województwa śląskiego podczas inicjacji narkotykowej sięgnęło po marihuanę. Z kolei 17% respondentów z Mazowsza i 22% respondentów ze Śląska podczas inicjacji narkotykowej zażyło heroinę. Dla porównania z danych pochodzących z Europejskiego Raportu Narkotykowego wynika, że inicjacja narkotykowa najczęściej związana jest z zażywaniem marihuany (EMCDDA, 2022).

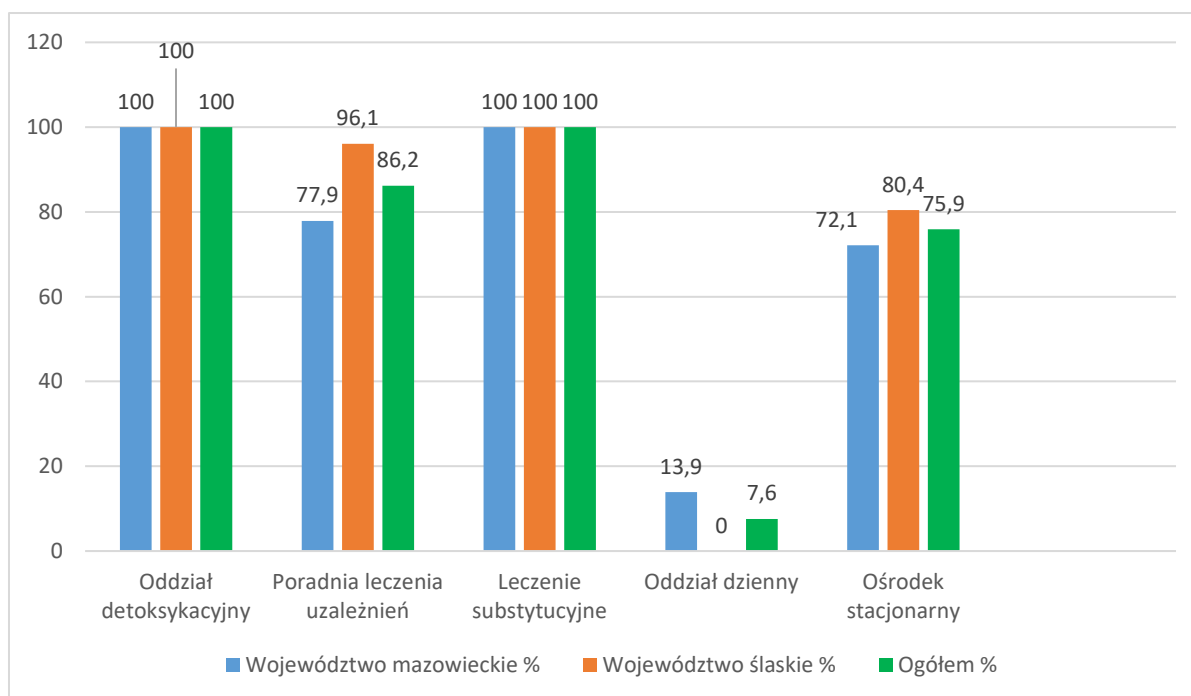
**Tabela 18. Sytuacje, podczas których badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim doświadczyły presji zażycia narkotyków ze strony znajomych**

Presja zażycia narkotyków	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wywieranie presji podczas imprezy	17	13,9	5	4,9	22	9,8
Usilne zachęty pod pretekstem poprawy nastroju	7	5,7	11	10,8	18	8,0
Zmuszanie siłowe	10	8,2	8	7,8	18	8,0
Nie dotyczy	88	72,1	78	76,5	166	74,1
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,525$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,088$

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy badanymi osobami z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w analizowanym aspekcie. Niespełna 28% respondentów z województwa mazowieckiego i 24% respondentów z województwa śląskiego doświadczyło sytuacji, podczas której znajomi wywierali na nich presję zażycia narkotyków. Wśród badanych z województwa mazowieckiego presja zażycia narkotyków najczęściej związana była z uczestnictwem w imprezie (14%). Z kolei respondenci z województwa śląskiego najczęściej doświadczali silnej perswazji zażycia narkotyku pod pretekstem poprawy nastroju (tabela 18). Uzyskane wyniki korespondują z badaniami E. Stępień, K. Kocój i L. Jakubowska (2004), które wskazują, że zażywanie narkotyków ma zazwyczaj miejsce w grupie rówieśniczej. Często odbywa się to za namową starszych kolegów i pełni funkcję integracyjną.



**Wykres 4. Dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Wyniki badań wskazują, że respondenci z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego najczęściej podejmowali leczenie na oddziale detoksykacyjnym i leczenie substytucyjne - odpowiednio 100% w każdej z grup oraz leczenie w poradni uzależnień – odpowiednio 78% i 96% (wykres 4). W obydwu grupach badanych nie odnotowano osób, które korzystały z innych form leczenia uzależnień. Wyniki badań własnych w największym stopniu korespondują z danymi zawartymi w Europejskim Raporcie Narkotykowym, który wskazuje, że 74% uzależnionych od opioidów to osoby podejmujące leczenie po raz kolejny (EMCDDA, 2022). Jak podkreśla Z. Juczyński i wsp. (1992) obok stabilizacji zawodowej i małżeńskiej, istotną rolę w określeniu wyznaczników efektywności leczenia odgrywa właśnie liczba hospitalizacji odwykowych.

**Tabela 19. Częstość korzystania przez badane osoby realizujące terapię substytucyjną w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z leczenia na oddziale detoksykacyjnym**

Częstość korzystania z leczenia na oddziale detoksykacyjnym	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Od 0 do 5 razy	48	39,3	22	21,6	70	31,3
Od 6 do 10 razy	22	18,0	14	13,7	36	16,1
Od 11 do 15 razy	10	8,2	6	5,9	16	7,1
16 razy i więcej	14	11,5	3	2,9	17	7,6
Brak danych	28	23,0	57	55,9	85	37,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Dane zawarte w tabeli 19 wskazują, że badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego z leczenia na oddziale detoksykacyjnym korzystały zazwyczaj nie więcej niż pięć razy, odpowiednio 39% i 22%. Z badań Z. Juczyńskiego, J. Szamborskiej i A. Jędrzejczyka (1992) wynika, że dla ukończenia terapii i utrzymywania abstynencji znaczenie ma liczba podejmowanych prób leczenia uzależnienia - im większa liczba terapii, tym mniejsze prawdopodobieństwo osiągnięcia trwałej abstynencji przez osobę uzależnioną.

**Tabela 20. Częstość korzystania przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z poradni leczenia uzależnień**

Częstość korzystania z poradni leczenia uzależnień	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	27	22,1	4	3,9	31	13,8
Jeden raz	19	15,6	18	17,6	37	16,5
Od 2 do 4 razy	30	24,6	9	8,8	39	17,4
5 razy i więcej	22	18	-	-	22	9,8
Brak danych	24	19,7	71	69,6	95	42,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z danych zawartych w tabeli 20 wynika, że respondenci z województwa mazowieckiego najczęściej korzystali z leczenia w poradni uzależnień od dwóch do czterech razy (25%). Z kolei badane osoby z województwa śląskiego z leczenia w poradni uzależnień najczęściej korzystały tylko raz (18%). Być może wyniki okazałyby się inne, gdyby nie duży odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o liczbę podejmowanych prób leczenia ambulatoryjnego.

**Tabela 21. Częstość korzystania przez badane osoby realizujące terapię substytucyjną w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z leczenia na oddziale dziennym**

Częstość korzystania z leczenia na oddziale dziennym	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	105	86,1	102	100	207	92,4
Jeden raz	15	12,3	-	-	15	6,7
Dwa razy	2	1,6	-	-	2	0,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Dane wskazują, że 86% respondentów z województwa mazowieckiego i wszyscy respondenci z województwa śląskiego dotychczas nie podejmowali leczenia na oddziale dziennym (tabela 21). Taki wynik nie zaskakuje, gdyż osoby uzależnione od opioidów bardzo rzadko korzystają z tej formy leczenia, między innymi z powodu niewielkiej liczby tego typu placówek.

**Tabela 22. Częstość korzystania przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z terapii w ośrodku stacjonarnym**

Częstość korzystania z terapii w ośrodku stacjonarnym	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	34	27,9	20	19,6	54	24,1
Jeden raz	27	22,1	9	8,8	36	16,1
Od 2 do 3 razy	25	20,5	15	14,7	40	17,9
4 razy i więcej	16	13,1	7	6,9	23	10,3
Brak danych	20	16,4	51	50,0	71	31,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,857$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,602$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych danych wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami. Badane osoby z województwa mazowieckiego to najczęściej osoby, które nie podejmowały leczenia uzależnień w ośrodku stacjonarnym (28%), lub podejmowały leczenie stacjonarne jednokrotnie (22%). Wśród respondentów z województwa śląskiego dominowały osoby, które nigdy nie realizowały leczenia uzależnień w ośrodku stacjonarnym (20%) i osoby, które podejmowały leczenie stacjonarne od dwóch do trzech razy (15%) (tabela 22). Prawdopodobnie wyniki badań pochodzące z województwa śląskiego byłyby inne, gdyby nie duży odsetek osób (50%), które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o liczbę podejmowanych prób leczenia stacjonarnego.

**Tabela 23. Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Od roku do 5 lat	21	17,2	22	21,6	43	19,2
Od 6 do 10 lat	28	23,0	22	21,6	50	22,3
Od 11 do 15 lat	21	17,2	10	9,8	31	13,8
Od 16 do 20 lat	35	28,7	35	34,3	70	31,3
21 i więcej lat	17	13,9	13	12,7	30	13,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,421$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,489$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie pod względem czasu trwania w uzależnieniu narkotykowym. Jak wskazują uzyskane wyniki, respondenci z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego to najczęściej osoby pozostające w uzależnieniu narkotykowym od 16 do 20 lat, odpowiednio 29% i 34% (tabela 23).

Średni czas trwania uzależnienia narkotykowego respondentów z województwa mazowieckiego wynosił 14 lat i 1 miesiąc, a respondentów z województwa śląskiego 13 lat i 5 miesięcy. Z przeglądu badań dotyczących predyktorów terapii uzależnień wynika, że im głębsze jest uzależnienie i wielkość dotychczasowo przyjmowanej substancji psychoaktywnej, tym gorsze są wyniki leczenia (Adamson, Sellman, Frampton, 2009). Biorąc pod uwagę średni czas trwania uzależnienia narkotykowego badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego, wyniki mogą budzić niepokój.



**Tabela 24. Częstość zażywania narkotyków do momentu podjęcia aktualnej terapii przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Częstość zażywania narkotyków	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kilka razy w ciągu dnia	112	91,8	79	77,5	191	85,3
Raz dziennie	10	8,2	23	22,5	33	14,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\text{Chi}^2 = 9,109$ ;  $\text{df} = 1$ ;  $C = 0,197$ ;  $p < 0,002$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych danych pozwala stwierdzić występowanie istotnych statystycznie różnic w zakresie częstości zażywania narkotyków przed podjęciem leczenia substytucyjnego przez respondentów z porównywanych grup. Większość badanych z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego do momentu podjęcia leczenia substytucyjnego przyjmowało narkotyki kilka razy dziennie, odpowiednio 92% i 78% (tabela 24). Wyniki badań własnych w największym stopniu korespondują z danymi zawartymi w Europejskim Raporcie Narkotykowym, który wskazuje, że średnia częstość używania opioidów w ciągu ostatniego miesiąca przez osoby uzależnione to 5-6 dni w tygodniu (EMCDDA, 2022).

**Tabela 25. Uczestnictwo w bójkach badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Uczestnictwo w bójkach	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	16	13,1	18	17,6	34	15,2
Tak, więcej niż jeden raz	57	46,7	53	52,0	110	49,1
Nie, ani razu	49	40,2	31	30,4	80	35,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\text{Chi}^2 = 2,507$ ;  $\text{df} = 2$ ;  $p < 0,285$

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego nie wystąpiły istotne statystycznie różnice. W obydwu porównywanych grupach przeważały osoby, które z powodu zażywania narkotyków wdały się w bójkę więcej niż jeden raz, odpowiednio 47% respondentów z Mazowsza i 52% respondentów ze Śląska. Stosunkowo liczna była również grupa respondentów, którzy nigdy nie wdali się w bójkę w związku z zażywaniem narkotyków, odpowiednio 40% i 30% (tabela 25). Związek występowania zachowań agresywnych ze spożywaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych wydaje się oczywisty (Serafin, 2017). Stąd dane uzyskane z tego zakresu nie dziwią.

**Tabela 26. Wypadek lub zranienie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Wypadek lub zranienie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	24	19,7	12	11,8	36	16,1
Tak, więcej niż jeden raz	47	38,5	60	58,8	107	47,8
Nie, ani razu	51	41,8	30	29,4	81	36,2
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 9,312$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,009$

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań wskazują na to, że występuje związek istotny statystycznie między odpowiedziami na pytanie o wypadek lub zranienie a miejscem leczenia. Do wypadku lub zranienia spowodowanego zażywaniem narkotyków przyznało się łącznie 58% badanych z województwa mazowieckiego i 71% badanych z województwa śląskiego. Z kolei do wypadku lub zranienia powstałego na skutek zażywania narkotyków nie przyznało się 42% respondentów z województwa mazowieckiego i 29% respondentów z województwa śląskiego (tabela 26).

**Tabela 27. Samookaleczenie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Samookaleczenie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	12	9,8	6	5,9	18	8,0
Tak, więcej niż jeden raz	29	23,8	37	36,3	66	29,5
Nie, ani razu	81	66,4	59	57,8	140	62,5
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,678$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,096$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie samookaleczeń spowodowanych zażywaniem narkotyków. Większość respondentów z województwa mazowieckiego i śląskiego to osoby, u których nigdy nie doszło do samookaleczenia spowodowanego zażywaniem narkotyków, odpowiednio 66% i 58% (tabela 27).

**Tabela 28. Powtarzanie klasy przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Powtarzanie klasy	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	18	14,8	12	11,8	30	13,4
Tak, więcej niż jeden raz	28	23,0	31	30,4	59	26,3
Nie, ani razu	76	62,3	59	57,8	135	60,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,721$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,422$

Źródło: opracowanie własne.

Wyżej zaprezentowane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że powtarzanie klasy spowodowane zażywaniem narkotyków wystąpiło z podobną częstością u respondentów z porównywanych grup. Wśród badanych z województwa mazowieckiego i śląskiego dominowały osoby, które nigdy nie powtarzały klasy z powodu zażywania narkotyków,

odpowiednio 62% i 58%. Stosunkowo liczna była również grupa respondentów, którzy z powodu zażywania narkotyków powtarzali klasę więcej, niż jeden raz, odpowiednio 23% i 30% (tabela 28). Kryzys edukacyjny to jeden z czynników zwiększający ryzyko kontaktu z narkotykami, a jednocześnie skutek zażywania substancji psychoaktywnych (Jędrzejko, 2012). Tym samym uzyskane wyniki nie zaskakują.

**Tabela 29. Problemy w relacji z rodzicami badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z rodzicami	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	5	4,1	10	9,8	15	6,7
Tak, więcej niż jeden raz	97	79,5	79	77,5	176	78,6
Nie, ani razu	20	16,4	13	12,7	33	14,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,232$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,198$

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego nie wystąpiły istotne statystycznie różnice. Z tabeli 29 wynika, że wśród respondentów dominowały osoby, które z powodu zażywania narkotyków wielokrotnie doświadczyły problemów w relacji z rodzicami, odpowiednio 80% badanych z województwa mazowieckiego i 78% badanych z województwa śląskiego. Zażywanie substancji psychoaktywnych ma związek z pojawieniem się problemów w relacji z najbliższymi osobami (Pospiszyl, 2008, 2012). W związku z powyższym, otrzymane wyniki nie zaskakują.

**Tabela 30. Problemy w relacji z przyjaciółmi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z przyjaciółmi	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	6	4,9	11	10,8	17	7,6
Tak, więcej niż jeden raz	96	78,7	75	73,5	171	76,3
Nie, ani razu	20	16,4	16	15,7	36	16,1
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,730$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,255$

Źródło: opracowanie własne.

Badani z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w wziętym pod uwagę aspekcie. W grupie badanych zarówno z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego przeważają osoby, które z powodu zażywania narkotyków doświadczyły problemów w relacji z przyjaciółmi więcej, niż jeden raz, odpowiednio 79% i 74% (tabela 30).

**Tabela 31. Problemy w relacji z partnerem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z partnerem	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	7	5,7	8	7,8	15	6,7
Tak, więcej niż jeden raz	93	76,2	75	73,5	168	75,0
Nie, ani razu	22	18,0	19	18,6	41	18,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,432$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,805$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych danych wskazuje, że problemy w relacji z partnerem spowodowane zażywaniem narkotyków występują z podobną częstotliwością u osób z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego. Wielokrotnych problemów w relacji z partnerem, które spowodowane były zażywaniem narkotyków doświadczyło trzy czwarte respondentów z Mazowsza (76%) i ze Śląska (74%) (tabela 31). Z przeprowadzonych przez N. El-Bassel, L. Gilbert, E. Wu, M. Chang, C. Gomes, D. Vinocur i T. Spevack (2007) badań wynika, że 38% mężczyzn – uczestników programów substytucyjnych – stosowało przemoc wobec partnerek w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających badanie, a 58% w trakcie całego życia. Biorąc pod uwagę powyższe, uzyskane dane nie zaskakują, aczkolwiek budzą niepokój.

**Tabela 32. Problemy z policją badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy z policją	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	14	11,5	9	8,8	23	10,3
Tak, więcej niż jeden raz	86	70,5	76	74,5	162	72,3
Nie, ani razu	22	18,0	17	16,7	39	17,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,564$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,754$

Źródło: opracowanie własne.

Porównywane grupy nie różnią się istotnie statystycznie w wziętym pod uwagę aspekcie. Z powodu zażywania narkotyków 71% badanych z województwa mazowieckiego i 75% badanych z województwa śląskiego doświadczyło problemów z policją więcej, niż jeden raz (tabela 32). Jak wskazuje M. Jędrzejko (2018a) długotrwałe używanie substancji psychoaktywnych skutkuje podejmowaniem dewiacyjnych prób pozyskiwania środków na narkotyki. Może to być związane zarówno z kradzieżą, jak i handlowaniem narkotykami, co oznacza naruszenie norm prawnych.

**Tabela 33. Doświadczenie napaści badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków**

Doświadczenie napaści	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	23	18,9	22	21,6	45	20,1
Tak, więcej niż jeden raz	48	39,3	58	56,9	106	47,3
Nie, ani razu	51	41,8	22	21,6	73	32,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 10,786$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,004$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego w zakresie doświadczenia napaści spowodowanej zażywaniem narkotyków różnią się istotnie statystycznie ( $p < 0,01$ ). Większość badanych z województwa mazowieckiego nigdy nie doświadczyła napaści z powodu zażywania narkotyków (42%). Natomiast ponad połowa badanych z województwa śląskiego (57%) wielokrotnie doświadczyła napaści spowodowanej zażywaniem narkotyków (tabela 33).

**Tabela 34. Pobyt w szpitalu badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowany zażywaniem narkotyków**

Pobyt w szpitalu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	27	22,1	18	17,6	45	20,1
Tak, więcej niż jeden raz	47	38,5	76	74,5	123	54,9
Nie, ani razu	48	39,3	8	7,8	56	25,0
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 35,707$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych danych pozwala stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice międzygrupowe w analizowanym aspekcie. Ponad 39% badanych z województwa mazowieckiego nie przebywało w szpitalu z powodu zażywania narkotyków, natomiast wielokrotnego pobytu w szpitalu z powodu zażywania narkotyków doświadczyło 39%

badanych. Z kolei trzy czwarte badanych (75%) z województwa śląskiego wielokrotnie było w szpitalu z powodu zażywania narkotyków, a zaledwie ośmiu badanych nie miało takich doświadczeń (tabela 34).

**Tabela 35. Spożywanie alkoholu przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w trakcie ostatnich 12 miesięcy**

Spożywanie alkoholu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Codziennie lub prawie codziennie	20	16,4	7	6,9	27	12,1
3 - 4 dni w tygodniu	6	4,9	10	9,8	16	7,1
1 – 2 dni w tygodniu	19	15,6	15	14,7	34	15,2
2 – 3 dni w miesiącu	10	8,2	13	12,7	23	10,3
1 raz w miesiącu	12	9,8	16	15,7	28	12,5
Rzadziej niż raz w miesiącu	21	17,2	6	5,9	27	12,1
W ogóle w ciągu ostatnich 12 miesięcy	34	27,9	35	34,3	69	30,8
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 15,377$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,017$

Źródło: opracowanie własne.

Zróznicowanie badanych z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego pod względem spożywania alkoholu w ciągu ostatniego roku okazało się istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ). W czasie ostatnich 12 miesięcy 28% badanych osób z województwa mazowieckiego nie spożywało alkoholu, 17% spożywało alkohol rzadziej niż raz w miesiącu, a 16% spożywało alkohol codziennie lub prawie codziennie (tabela 35). Z kolei respondenci z województwa śląskiego w ciągu ostatnich 12 miesięcy w ogóle nie spożywali alkoholu (34%), raz w miesiącu (16%) lub jeden lub dwa dni w tygodniu (15%). Warto zauważyć, że wszyscy respondenci w ciągu ostatnich 12 miesięcy leczyli się już substytucyjnie. Niestety, spożywanie alkoholu i zażywanie innych substancji psychoaktywnych przez osoby leczone substytucyjnie staje coraz powszechniejsze, co potwierdzają badania m.in. A. Kuby, Z. Wawrzyniaka i J. Zalewskiej-Kaszubskiej (2014) oraz Ł. Wieczorka (2020a).



Podsumowując analizy dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez badane osoby z województwa mazowieckiego i śląskiego, stwierdzono znaczne podobieństwo porównywanych grup. Respondenci z województwa mazowieckiego i śląskiego to osoby, których inicjacja narkotykowa odbyła się pomiędzy 13 a 16 rokiem życia. Narkotykiem wykorzystanym podczas inicjacji była marihuana. W uzależnieniu narkotykowym badane osoby pozostają od 16 do 20 lat. Z powodu zażywania narkotyków respondenci wielokrotnie doświadczyli bólek, problemów z rodzicami, przyjaciółmi, partnerem i policją, natomiast niewiele osób doświadczyło samookaleczenia i powtarzania klasy. Zdecydowana większość badanych z obu województw korzystała z jakiejś formy pomocy w placówkach leczenia odwykowego. Dominowały tradycyjne miejsca i metody leczenia uzależnień. Poza leczeniem substytucyjnym, respondenci podejmowali leczenie na oddziale detoksykacyjnym, w poradni leczenia uzależnień oraz ośrodku stacjonarnym. Osoby badane jako najczęstszą przyczynę zażywania narkotyków wskazywały problemy życiowe, natomiast osoby uzależnione postrzegały jako ludzi chorych, z problemami, zagubionych i nieszczęśliwych.

Różnice istotne statystycznie między porównywanymi grupami stwierdzono, w obrębie: rodzaju substancji użytej podczas inicjacji narkotykowej; częstotliwości zażywania narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego; wypadku lub zranienia, doświadczenia napaści i pobytu w szpitalu w związku z zażywaniem narkotyków oraz spożywania alkoholu w ostatnich 12 miesiącach leczenia substytucyjnego.

### **5.2.2. Podtrzymujące leczenie substytucyjne**

Narkomania jako zjawisko wielowymiarowe wymaga pogłębionej analizy. Należy zwrócić uwagę nie tylko na motywy skłaniające ludzi do sięgania po substancje psychoaktywne, ale również na podtrzymujące leczenie substytucyjne, które dla osób uzależnionych od opioidów może stanowić jeden z ważniejszych zasobów.

Szczegółowe wyniki w zakresie leczenia substytucyjnego, jako formy wsparcia osób uzależnionych od opioidów, zaprezentowano w tabelach 36–58 oraz na wykresie 5.

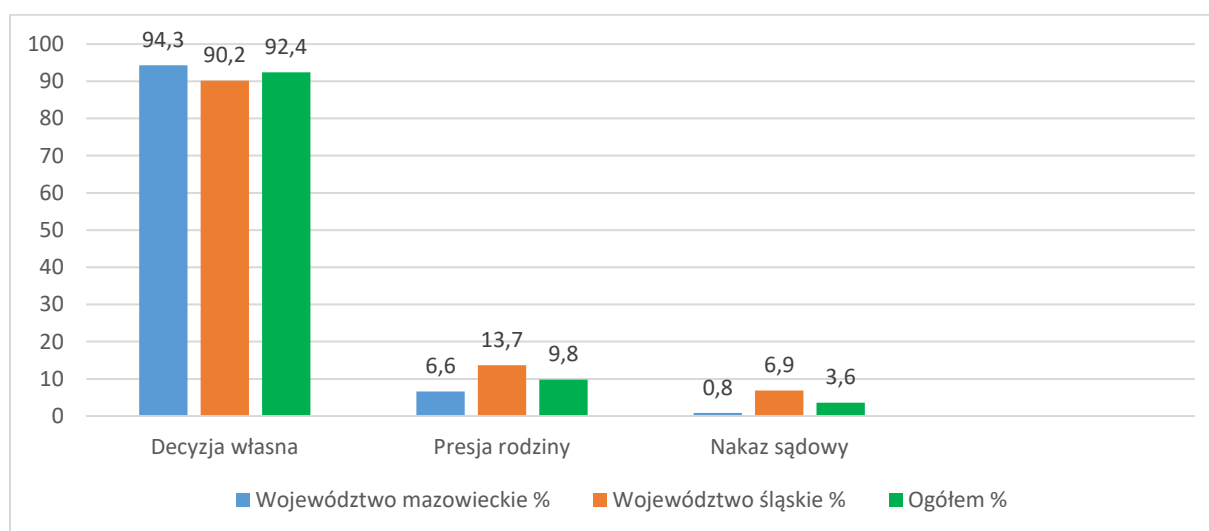
**Tabela 36. Liczba podejmowanych terapii substytucyjnych przez badane osoby leczone w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Liczba terapii substytucyjnych	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jeden raz	63	51,6	62	60,8	125	55,8
Od 2 do 3 razy	49	40,2	33	32,4	82	36,6
4 i więcej razy	10	8,2	7	6,9	17	7,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,888$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,388$

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabeli 36 wynika, że liczba podejmowanych terapii substytucyjnych przez osoby z porównywanych grup jest podobna. Większość respondentów realizowała leczenie substytucyjne po raz pierwszy, w województwie mazowieckim było to 52% badanych, a w województwie śląskim 61% badanych. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że osoby uzależnione, które po raz pierwszy podejmują leczenie, osiągają lepsze rezultaty względem długości utrzymywania abstynencji, niż osoby dla których leczenie było kolejnym w życiu (Soyka, Schmidt, 2009).



**Wykres 5. Czynniki, które skłoniły badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

M. L. Cooper (2010) twierdzi, że motywacja to jeden z najsilniejszych predyktorów efektów leczenia uzależnienia, występujących po stronie osoby uzależnionej. W związku z powyższym, respondentów zapytano o czynniki, które skłoniły ich do podjęcia obecnego leczenia substytucyjnego, umożliwiając wybór więcej niż jednej odpowiedzi. Ponad 94% badanych z województwa mazowieckiego i ponad 90% badanych z województwa śląskiego wskazało, że leczenie substytucyjne realizuje na podstawie własnej decyzji (wykres 5). Jak widać, motywacja wewnętrzna była dla większości badanych z obydwu grup czynnikiem warunkującym podjęcie leczenia substytucyjnego. Taki rozkład uzyskanych wyników, to ogromny zasób osób badanych. Jak wskazuje M. L. Cooper (2010) osoby rozpoczynające leczenie wolnym wyborem, są w większym stopniu zaangażowane w proces terapeutyczny, a tym samym mają większą szansę na wprowadzenie istotnych zmian we własnym życiu.

**Tabela 37. Elementy kluczowe decyzji własnej, które skłoniły badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej**

Elementy kluczowe własnej decyzji	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chęć zmiany dotychczasowego stylu życia	54	44,3	36	35,3	90	40,2
Problemy ze zdrowiem	38	31,1	33	32,4	71	31,7
Problemy finansowe	5	4,1	8	7,8	13	5,8
Chęć poprawy relacji z rodziną	18	14,8	15	14,7	33	14,7
Nie dotyczy	7	5,7	10	9,8	17	7,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,690$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,449$

Źródło: opracowanie własne.

W trakcie realizacji procesu badawczego dokonano próby uzyskania odpowiedzi na pytanie o kluczowe powody decyzji własnej, dla których respondenci postanowili rozpocząć leczenie substytucyjne. Wyniki przedstawione w tabeli 37 pozwalają stwierdzić, że elementy kluczowe decyzji własnej, które skłoniły do podjęcia leczenia substytucyjnego nie różnią się istotnie statystycznie u osób uzależnionych z porównywanych grup. Głównymi powodami, dzięki którym rozpoczęły one leczenie substytucyjne były: chęć zmiany dotychczasowego stylu

życia (odpowiednio: 44% i 35%), problemy ze zdrowiem (odpowiednio: 31% i 32%) oraz chęć poprawy relacji z rodziną (odpowiednio: 15% i 15%) (tabela 36). Otrzymane dane w pewien sposób potwierdzają wyniki badań Ł. Wieczorka (2020), który uznał, że motywami, które miały wpływ na chęć utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione były: zmęczenie używaniem substancji psychoaktywnej (co można rozumieć właśnie jako chęć zmiany dotychczasowego życia) oraz pogarszający się na skutek zażywania narkotyków stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Motywacji do leczenia niestety nadal poświęca się za mało miejsca w badaniach i rozważaniach teoretycznych dotyczących uzależnień. W związku z powyższym, nie opracowano dotychczas jednego, spójnego modelu czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które oddziałują na motywację osoby uzależnionej (Groshkova, 2010).

**Tabela 38. Długość uczestnictwa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w obecnej terapii substytucyjnej**

Długość aktualnego leczenia substytucyjnego	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Od 1 miesiąca do 5 lat (do 60 miesięcy)	71	58,2	42	41,2	113	50,4
Powyżej 5 lat (61 miesięcy i więcej)	51	41,8	60	58,8	111	49,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,437$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,011$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotyczących czasu aktualnego trwania leczenia substytucyjnego wykazała istotne statystycznie różnice między badanymi grupami osób ( $p < 0,05$ ). Większość respondentów z województwa mazowieckiego w procesie leczenia pozostawała nie dłużej niż 5 lat (58%). Respondenci z województwa śląskiego w leczeniu substytucyjnym pozostawali w większości powyżej 5 lat (59%) (tabela 38). Średni czas trwania podtrzymującego leczenia substytucyjnego badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego wynosił ponad 6 lat (72 miesiące), a respondentów z województwa śląskiego niemalże 7 lat (82 miesiące). Najkrótszy czas leczenia substytucyjnego badanych osób z obydwu grup wynosił 1 miesiąc, najdłuższy 25 lat (300 miesięcy).

**Tabela 39. Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Rodzaj przyjmowanego substytutu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Metadon	111	91,0	96	94,1	207	92,4
Buprenorfina	11	9,0	6	5,9	17	7,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 0,778; df = 1; p < 0,377

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki wskazują na to, że między badanymi grupami nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie rodzaju przyjmowanego substytutu. Dane z tabeli 39 pokazują, że niemalże wszystkie osoby uzależnione z województwa mazowieckiego (91%) i województwa śląskiego (94%) w trakcie leczenia substytucyjnego przyjmowały metadon. Z buprenorfiny w trakcie leczenia substytucyjnego korzystało 9% respondentów z Mazowsza i 6% respondentów ze Śląska. Taki wyniki nie zaskakuje, gdyż z danych KBPN wynika, że 93% wszystkich osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie w Polsce przyjmuje metadon, 3% buprenorfinę, a pozostałe 4% - inne leki (KBPN, 2020).

**Tabela 40. Dawka metadonu przyjmowanego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Dawka metadonu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 50 mg	17	15,3	19	19,8	36	17,4
Od 51 do 100 mg	71	64,0	40	41,7	111	53,6
Od 101 do 150 mg	22	19,8	31	32,3	53	25,6
151 mg i więcej	1	0,8	6	6,3	7	3,4
Ogółem	111	100,0	96	100,0	207	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 40, większość badanych osób przyjmowała metadon w ilości od 51 do 100 mg. W województwie mazowieckim odsetek takich osób wynosił 64,0%, a w województwie śląskim - 42%. Jak wskazują A. Bisaga i M. Wojnar (2012) dawka metadonu oscylująca pomiędzy 60 a 120 mg na dobę, jest dawką rekomendowaną przez lekarzy psychiatrów. Z kolei M. Radomska, A. Bisaga i P. Popik (2000) stwierdzają, że u osób uzależnionych, które otrzymują metadon w dawce powyżej 80 mg obserwuje się dużo rzadsze stosowanie heroiny, niż w grupie osób otrzymujących mniejsze dawki.

**Tabela 41. Dawka buprenorfiny przyjmowanej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Dawka buprenorfiny	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 10 mg	1	9,1	3	50,0	4	23,5
11-20 mg	7	63,6	3	50,0	10	58,8
21 mg i więcej	3	27,3	-	-	3	17,6
Ogółem	11	100,0	6	100,0	17	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 41, 64% badanych z województwa mazowieckiego i 50% badanych z województwa śląskiego przyjmowało buprenorfinę w dawce od 11 do 20 mg na dobę. Średnia dawka podtrzymująca buprenorfiny wahała się od 8 do 12 mg na dobę, gdyż jak wskazują liczne badania mniejsze dawki nie są skuteczne (Johnson, Jaffe, Fudala, 1992; Habrat, 2012). Jak dowodzi w swoich badaniach M. Wójcik (2010) – gdyby 57% uczestnikom terapii substytucyjnej, dać swobodę wyboru dawki substytutu, przyjmowaliby taką samą dawkę, jak obecnie. Można zatem przypuszczać, że większość osób uzależnionych od opioidów ma właściwie ustaloną dawkę leku substytucyjnego.

**Tabela 42. Cechy, którymi zdaniem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim powinien charakteryzować się specjalista psychoterapii uzależnień**

Cechy specjalisty psychoterapii	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyrozumiałość	31	25,4	27	26,5	58	25,9
Empatia	13	10,7	8	7,8	21	9,4
Szczerłość i uczciwość	9	7,4	9	8,8	18	8,0
Życzliwość i otwartość	38	31,1	24	23,5	62	27,7
Wrażliwość	13	10,7	6	5,9	19	8,5
Doświadczenie zawodowe	3	2,5	5	4,9	8	3,6
Posiadać status neofity	6	4,9	9	8,8	15	6,7
Odpowiednie wykształcenie i wiedza	9	7,4	8	7,8	17	7,6
Spokój i opanowanie	-	-	6	5,9	6	2,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Dane zamieszczone w tabeli 42 wskazują, że badane osoby uzależnione wymieniły wiele pożądanых cech specjalisty psychoterapii uzależnień. Wśród respondentów z województwa mazowieckiego najczęściej powtarzały się: życzliwość i otwartość (31%), wyrozumiałość (25%), empatia (11%) oraz wrażliwość (11%). Z kolei respondenci z województwa śląskiego wśród pożądanых cech wymienili: wyrozumiałość (27%), życzliwość i otwartość (24%), a także szczerłość i uczciwość (9%) oraz posiadanie statusu neofity (9%) (neofita – osoba uzależniona, która pokonała swój nałóg). Analizując uzyskane dane, można odnieść wrażenie, że badane osoby uzależnione chciałyby widzieć w terapeutę kolegę lub dobrego znajomego, który nie będzie narzucał swojej perspektywy postrzegania rzeczywistości i własnego zdania. Warto mieć jednak na uwadze fakt, że osoby uzależnione z niższych klas społecznych przejawiają tendencję do większej pasywności w kontaktach z personelem leczniczym, który stanowi dla nich swego rodzaju autorytet. Uzyskane wyniki są zbieżne m.in. z wynikami otrzymanymi przez K. Dąbrowską (2007).

**Tabela 43. Poczucie zrozumienia przez kadrę terapeutyczną przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Poczucie zrozumienia	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	49	40,2	20	19,6	69	30,8
Raczej tak	39	32,0	47	46,1	86	38,4
Raczej nie	11	9,0	13	12,7	24	10,7
Zdecydowanie nie	12	9,8	9	8,8	21	9,4
Trudno powiedzieć	11	9,0	13	12,7	24	10,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 12,004$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,017$

Źródło: opracowanie własne.

Wystąpiły istotne statystycznie różnice ( $p < 0,05$ ) między badanymi grupami w przypadku subiektywnej oceny poczucia zrozumienia ze strony terapeutów placówki leczenia substytucyjnego. Badane osoby z województwa mazowieckiego najczęściej wskazywały, że zdecydowanie czują się rozumiane przez prowadzących terapię w placówce leczenia substytucyjnego (40%). Z kolei badane osoby z województwa śląskiego w większości wskazywały, że raczej czują się rozumiane przez kadrę terapeutyczną (46%) (tabela 43).



**Tabela 44. Doświadczenie przejawów niechęci przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim ze strony prowadzących terapię**

Doświadczenie przejawów niechęci	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	18	14,8	23	22,5	41	18,3
Raczej tak	25	20,5	31	30,4	56	25,0
Raczej nie	30	24,6	37	36,3	67	29,9
Zdecydowanie nie	40	32,8	5	4,9	45	20,1
Trudno powiedzieć	9	7,4	6	5,9	15	6,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 28,245$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami zaobserwowano w zakresie subiektywnej oceny doświadczenia niechęci ze strony kadry terapeutycznej placówki leczenia substytucyjnego ( $p < 0,001$ ). Badane osoby z województwa mazowieckiego w większości wskazywały, że nie doświadczyły niechęci ze strony prowadzących terapię w placówce leczenia substytucyjnego (57%). Z kolei większość respondentów z województwa śląskiego doświadczyła niechęci ze strony kadry terapeutycznej (53%) (tabela 44). Sytuacja ta może być związana z zatrudnianiem w placówkach lecznictwa substytucyjnego personelu, posiadającego niewystarczające kompetencje interpersonalne lub wypalonego zawodowo oraz braku systematycznej superwizji.

**Tabela 45. Subiektywna ocena osób najbardziej pomocnych w miejscu terapii wśród badanych leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Osoby pomocne	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Specjalista psychoterapii uzależnień	62	50,8	78	76,5	140	62,5
Osoba z grupy pacjentów	11	9,0	5	4,9	16	7,1
Nie ma takiej osoby	19	15,6	14	13,7	33	14,7
Lekarz psychiatra	23	18,9	3	2,9	26	11,6
Pielęgniarka	7	5,7	2	2,0	9	4,0
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Dane z tabeli 45 świadczą o tym, że połowa respondentów z województwa mazowieckiego za najbardziej pomocną osobę w placówce leczenia substytucyjnego uznaje specjalistę psychoterapii uzależnień (51%), a w dalszej kolejności lekarza psychiatrę (19%). Respondenci z województwa śląskiego również wskazali na specjalistę psychoterapii uzależnień jako osobę najbardziej wspierającą (77%), a w dalszej kolejności - na brak osoby pomocnej w placówce leczenia substytucyjnego (14%). Posiadanie osoby, której można zaufać i powierzyć wszystkie trudne sprawy, licząc na pomoc w ich rozwiązaniu to istotny zasób zewnętrzny. Jak dowodzą m.in. S. E. Hobfoll (2002) i R. Modrzyński (2018) osoby dysponujące większymi zasobami, posiadają większą odporność psychiczną i zachowują lepsze zdrowie.

**Tabela 46. Subiektywna ocena terapii indywidualnej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena terapii indywidualnej	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsza w realizacji	94	77,0	80	78,4	174	77,7
Najbardziej przydatna	106	86,9	84	82,4	190	84,8
Najmniej przydatna	16	13,1	18	17,6	34	15,2

Chi<sup>2</sup> = 0,893; df = 2; p < 0,639

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 46 wynika, że między badanymi osobami z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w analizowanym aspekcie. Terapię indywidualną za najtrudniejszą w realizacji uznało 77% badanych z województwa mazowieckiego i 78% badanych z województwa śląskiego, a za najbardziej przydatną, odpowiednio 87% i 82%. Terapia indywidualna to powszechnie stosowana metoda w terapii uzależnień i nadal najczęstsza forma interwencji w walce z problemami narkotykowymi, stosowana niemalże we wszystkich ambulatoryjnych placówkach leczenia substytucyjnego (Kotwas, Zabielska, Karakiewicz, 2020). Uczestnictwo w terapii indywidualnej umożliwia rozpoznanie i wzrost posiadanych przez osobę uzależnioną zasobów, m.in. samooceny, poczucia własnej sprawczości, radzenia sobie z lękiem itd. W związku z powyższym, przedstawione analizy, jawią się optymistycznie.

**Tabela 47. Subiektywna ocena terapii grupowej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena terapii grupowej	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsza w realizacji	46	37,7	40	39,2	86	38,4
Najbardziej przydatna	50	41,0	40	39,2	90	40,2
Najmniej przydatna	72	59,0	62	60,8	134	59,8

$\chi^2 = 0,095$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,953$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że subiektywna ocena terapii grupowej jest podobna w porównywanych grupach osób (tabela 47). Niewielki odsetek badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego i śląskiego uznał terapię grupową za najtrudniejszą w realizacji (odpowiednio: 38% i 39%). Większość respondentów z obydwu grup uznała jednocześnie terapię grupową za nieprzydatną (odpowiednio: 59% i 61%). Terapia grupowa tworzy pewnego rodzaju społeczność, wraz z wewnętrznymi zależnościami. Dlatego też terapia grupowa daje możliwość nie tylko przepracowania niewłaściwych zachowań, postaw i nawyków, ale również stwarza okazję do zbudowania sieci wsparcia społecznego, co w przypadku osób uzależnionych, jest niezwykle ważne. Niestety terapia grupowa, to forma interwencji nieczęsto wykorzystywana w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym, co często wynika z negatywnej postawy samych osób uzależnionych. Jak wskazuje M. Wójcik (2010) 54% osób uzależnionych stwierdza, że placówki leczenia substytucyjnego dobrze funkcjonowałyby bez terapii grupowej.

**Tabela 48. Subiektywna ocena treningu asertywności przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena treningu asertywności	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	22	18,0	21	20,6	43	19,2
Najbardziej przydatny	30	24,6	19	18,6	49	21,9
Najmniej przydatny	92	75,4	83	81,4	175	78,1

$\chi^2 = 1,311$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,518$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Otrzymane wyniki dowodzą, że subiektywna ocena treningu asertywności jest zbliżona w obydwu grupach osób. Trening asertywności w opinii obydwu grup badanych nie jest najtrudniejszy w realizacji (tabela 48). Respondenci z województwa mazowieckiego i śląskiego, uznali go w większości za mało przydatny (odpowiednio: 75% i 81%). Trening asertywności daje możliwość nauczenia się wyrażania swoich uczuć i potrzeb oraz wzmacnia poczucie wpływu na rzeczywistość. Jest rzadko realizowany w placówkach leczenia substytucyjnego, stąd być może taki rozkład uzyskanych wyników.

**Tabela 49. Subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena treningu komunikacji interpersonalnej	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	10	8,2	14	13,7	24	10,7
Najbardziej przydatny	20	16,4	16	15,7	36	16,1
Najmniej przydatny	102	83,6	86	84,3	188	83,9

$\chi^2 = 1,446$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,485$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej jest podobna w porównywanych grupach. Trening ten w opinii respondentów z województwa mazowieckiego i śląskiego jest mało przydatny (odpowiednio: 84% i 84%) i niekoniecznie

najtrudniejszy w realizacji (odpowiednio: 8% i 14%) (tabela 49). Trening komunikacji interpersonalnej odnosi się do promowania, nabywania i utrwalania umiejętności potrzebnych w sytuacjach społecznych, przy czym nieczęsto stanowi formę interwencji wobec osób leczonych substytucyjnie. Biorąc pod uwagę fakt, że trening ten rzadko realizowany jest wśród osób podejmujących terapię substytucyjną, wyniki nie zaskakują.

**Tabela 50. Subiektywna ocena treningu motywacyjnego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena treningu motywacyjnego	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	13	10,7	17	16,7	30	13,4
Najbardziej przydatny	31	25,4	19	18,6	50	22,3
Najmniej przydatny	91	74,6	83	81,4	174	77,7

$\chi^2 = 2,784$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,248$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Dane zamieszczone w tabeli 50 dowodzą, że subiektywna ocena treningu motywacyjnego jest zbliżona wśród respondentów z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego. Większość badanych osób uzależnionych z obydwu grup stwierdziła, że trening motywacyjny nie należy do najbardziej przydatnych i najtrudniejszych w realizacji. Trening motywacyjny ma na celu wydobywanie i wzmacnianie motywacji osoby uzależnionej do zmiany - pragnienia trwania w trzeźwości. Jest rzadko stosowany w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym. Z tego powodu prawdopodobnie wynikają otrzymane dane.

**Tabela 51. Subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena treningu zapobiegania nawrotom	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	20	16,4	19	18,6	39	17,4
Najbardziej przydatny	36	29,5	23	22,5	59	26,3
Najmniej przydatny	86	70,5	79	77,5	165	73,7

Chi<sup>2</sup> = 1,519; df = 2; p < 0,467

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom jest podobna w obu przypadkach. Większość badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego uznała ten trening za mało przydatny (odpowiednio: 71% i 78%). Trening zapobiegania nawrotom służy nabywaniu przez osoby uzależnione wiedzy na temat swoich indywidualnych wyzwalaczy i sygnałów ostrzegawczych nawrotu. W związku z tym, że rzadko realizowany jest przez placówki leczenia substytucyjnego, rozkład uzyskanych wyników nie zaskakuje.

**Tabela 52. Subiektywna ocena zajęć psychoedukacyjnych przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena zajęć psychoedukacyjnych	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsze w realizacji	13	10,7	10	9,8	23	10,3
Najbardziej przydatne	26	21,3	14	13,7	40	17,9
Najmniej przydatne	96	78,7	88	86,3	184	82,1

Chi<sup>2</sup> = 2,216; df = 2; p < 0,330

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Brak istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami zaobserwowano w zakresie subiektywnej oceny zajęć psychoedukacyjnych. Niespełna 79% respondentów z województwa mazowieckiego i ponad 86% respondentów z województwa śląskiego wskazało, że zajęcia psychoedukacyjne są mało przydatne. Z kolei większość respondentów z obydwu grup nie uznaje zajęć z zakresu psychoedukacji jako najtrudniejszych w realizacji

(odpowiednio: 11% i 10%) (tabela 52). Psychoedukacja to jedna z metod terapeutycznych, dzięki której osoba uzależniona poznaje własne zasoby w radzeniu sobie z trudnościami codziennego życia, nabywa wiedzę w zakresie rozumienia przyczyn i przebiegu uzależnienia od narkotyków oraz podnosi motywację do zaprzestania przyjmowania substancji psychoaktywnych. W placówkach leczenia substytucyjnego zajęcia psychoedukacyjne rzadko są realizowane.

**Tabela 53. Zmiany, które zdaniem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim należy wprowadzić w placówce terapeutycznej**

Potrzebne zmiany	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Niczego nie należy zmieniać	56	45,9	40	39,2	96	42,9
Zwiększyć liczbę personelu terapeutycznego	8	6,6	10	9,8	18	8,0
Wydłużyć godziny pracy placówki	8	6,6	5	4,9	13	5,8
Zmienić podejście personelu do pacjentów	16	13,1	33	32,4	49	21,9
Zwiększyć liczbę godzin zajęć grupowych	10	8,2	6	5,9	16	7,1
Trudno powiedzieć	24	19,7	8	7,8	32	14,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 16,827$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,004$

Źródło: opracowanie własne.

Istotnie statystycznie różnice między badanymi osobami z województwa mazowieckiego i śląskiego zaobserwowano w przypadku zmian, które warto wprowadzić w placówce leczenia substytucyjnego ( $p < 0,01$ ). Wśród respondentów z Mazowsza najczęściej pojawiała się informacja, że nic nie należy zmieniać (46%) lub trudno powiedzieć coś na temat ewentualnych zmian w placówce leczenia substytucyjnego (20%). Z kolei respondenci ze Śląska najczęściej wskazywali na brak potrzeby jakichkolwiek zmian (39%) oraz potrzebę zmiany podejścia personelu medycznego do uczestników terapii substytucyjnej (32%), co może wskazywać, że aktualne nie jest właściwe (tabela 53). Zaskakiwać może niewielki odsetek badanych osób z obydwu województw, dla których ograniczeniem w leczeniu substytucyjnym okazały się godziny otwarcia placówki. W literaturze to właśnie konieczność zgłaszania się do



placówki leczenia substytucyjnego w ściśle określonych godzinach oraz jego odległość od miejsca zamieszkania stanowią jedne z częściej wymienianych problemów osób uzależnionych (De Mayer, Vanderplassen, Camfield, Vanheule, Sabbe, Broekaert, 2011; Madden, Lea, Bath, Winstock, 2008).

**Tabela 54. Subiektywna ocena przyczyn przedwczesnej rezygnacji z terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena przyczyn rezygnacji z leczenia	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Nieodpowiednie towarzystwo tj. osoby uzależnione	15	12,3	2	2,0	17	7,6
Brak lub słaba motywacja do trwania w trzeźwości	21	17,2	5	4,9	26	11,6
Pragnienie (głód) przyjmowania narkotyków	42	34,4	50	49,0	92	41,1
Brak wsparcia	22	18,0	23	22,5	45	20,1
Brak możliwości pogodzenia aktywności zawodowej z leczeniem substytucyjnym	3	2,5	10	9,8	13	5,8
Trudno powiedzieć	19	15,6	12	11,8	31	13,8
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego i śląskiego dostrzegają wiele przyczyn sprzyjających przedwczesnej rezygnacji z leczenia substytucyjnego. Respondenci z Mazowsza i ze Śląska najczęściej wskazywali na dwie przyczyny: głód narkotykowy (odpowiednio: 34% i 49%) oraz brak wsparcia (odpowiednio: 18% i 23%). Warto dodać, że w leczeniu uzależnień dostrzec można zmniejszającą się tendencję do wycofywania się osób uzależnionych z terapii wraz z upływem wieku. Można wysnuć wniosek, że z jednej strony wraz z upływem lat osoby uzależnione mają poczucie większej bezsilności wobec substancji psychoaktywnych, a z drugiej, że osobom młodszym trudniej pogodzić się z koniecznością utrzymywania całkowitej abstynencji (Opora, Breska, 2018).

**Tabela 55. Subiektywna ocena korzyści wynikających z terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena korzyści z leczenia	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Trzeźwość	36	29,5	10	9,8	46	20,5
Poprawa sytuacji ekonomicznej (praca)	20	16,4	21	20,6	41	18,3
Ogólna poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego	36	29,5	44	43,1	80	35,7
Poprawa relacji z najbliższą rodziną	19	15,6	14	13,7	33	14,7
Trudno powiedzieć	11	9,0	13	12,7	24	10,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 14,776; df = 4; p < 0,005

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań wskazują, że miejsce leczenia różnicuje badane osoby pod względem subiektywnej oceny korzyści wynikających z leczenia substytucyjnego ( $p < 0,01$ ) (tabela 55). Respondenci z województwa mazowieckiego najczęściej wymieniali trzy korzyści wynikające z leczenia substytucyjnego: trzeźwość (30%), ogólną poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (30%) oraz poprawę sytuacji ekonomicznej (16%). Z kolei respondenci ze Śląska najczęściej wskazywali na korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia (43%) i sytuacji ekonomicznej (21%) oraz poprawy relacji z najbliższą rodziną (14%). Benefity wynikające z leczenia substytucyjnego potwierdzają także wyniki badań A. Kuby, Z. Wawrzyniaka i J. Zalewskiej-Kaszubskiej (2014). Stwierdzono, że 89% osób uzależnionych wprowadziło pozytywne zmiany w swoim życiu na skutek podjętego leczenia substytucyjnego.

**Tabela 56. Subiektywna ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Utrzymywanie kontaktów z osobami uzależnionymi	69	56,6	56	54,9	125	55,8
Brak wsparcia ze strony najbliższych	17	13,9	15	14,7	32	14,3
Brak pracy/zajęcia	5	4,1	10	9,8	15	6,7
Różne problemy życiowe	18	14,8	4	3,9	22	9,8
Trudno powiedzieć	13	10,7	17	16,7	30	13,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Zdaniem badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego najczęstszymi powodami utrudniającymi utrzymywanie abstynencji po zakończeniu leczenia substytucyjnego są: kontakty z osobami uzależnionymi (57%), różne problemy życiowe (15%) oraz brak wsparcia ze strony najbliższych (14%). Z kolei respondenci z województwa śląskiego najczęściej wskazywali na utrzymywanie kontaktów z osobami uzależnionymi (55%) oraz brak wsparcia ze strony najbliższych (15%) (tabela 56). Jak widać wsparcie społeczne okazało się ważnym czynnikiem, którego niedostatek lub całkowity brak może przyczynić się do złamania abstynencji narkotykowej przez osobę uzależnioną. Jak podkreślają H. Sęk i R. Cieślak (2012) życzliwość innych ludzi sprzyja bezsprzecznie lepszemu radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, poprawia samopoczucie i ogólny dobrostan.

**Tabela 57. Subiektywna ocena czynników najbardziej pomocnych w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena czynników wspierających abstynencję	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zmiana środowiska (miejsca zamieszkania) i zakończenie znajomości z osobami uzależnionymi	21	17,2	15	14,7	36	16,1
Wsparcie bliskich (rodzina, przyjaciele)	29	23,8	38	37,3	67	29,9
Praca zawodowa/obowiązki	19	15,6	19	18,6	38	17,0
Kontynuowanie psychoterapii uzależnień	28	23,0	18	17,6	46	20,5
Hobby/pasja	8	6,6	5	4,9	13	5,8
Trudno powiedzieć	17	13,9	7	6,9	24	10,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 7,516$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,185$

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku uzyskanym przez badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego i śląskiego w zakresie oceny czynników najbardziej pomocnych w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego nie wystąpiły istotne statystycznie różnice (tabela 57). Respondenci z województwa mazowieckiego najczęściej wskazywali, że w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego najbardziej pomocne może być wsparcie osób bliskich (24%), kontynuowanie psychoterapii (23%) oraz zmiana miejsca zamieszkania i brak kontaktu z osobami uzależnionymi (17%). Z kolei badane osoby z województwa śląskiego za czynniki najbardziej pomocne w utrzymywaniu abstynencji wskazali: wsparcie bliskich (37%), pracę zawodową lub inne obowiązki (19%) oraz kontynuowanie psychoterapii (18%). Jak się okazało dla prawidłowego funkcjonowania psychospołecznego badanych osób niezbędne jest wsparcie osób bliskich. System wsparcia w przypadku osób uzależnionych dotyczy najczęściej podejmowania współpracy w obliczu zagrożeń i kryzysów oraz dostarczaniu pomocy w sytuacjach trudnych. Istotna jest liczba wspierających relacji, w tym osób niezależnych oraz to, aby system wsparcia był

funkcjonalny i spójny. Jak wskazuje R. Modrzyński (2012) większe wsparcie społeczne zmniejsza ryzyko nawrotu.

**Tabela 58. Optymizm w postrzeganiu przyszłości przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Optymistyczne nastawienie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie optymistycznie postrzeganie przyszłości	37	30,3	22	21,6	59	26,3
Raczej optymistycznie postrzeganie przyszłości	46	37,7	30	29,4	76	33,9
Raczej pesymistyczne postrzeganie przyszłości	22	18,0	25	24,5	47	21,0
Zdecydowanie pesymistyczne postrzeganie przyszłości	12	9,8	13	12,7	25	11,2
Trudno powiedzieć	5	4,1	12	11,8	7	7,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 8,578$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,072$

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują R. Moos i J. Schaefer (1993) ważnym zasobem osobistym poza samooceną, poczuciem własnej skuteczności i wsparciem społecznym jest optymizm. Optymizm wzmacnia samoocenę i podnosi własną skuteczność człowieka (Czerw, 2010). Osoby pozytywnie nastawione do życia łatwiej nawiązują relacje interpersonalne i wykazują tendencję do korzystania ze strategii ukierunkowanych na rozwiązanie problemów, a to ważne cechy u osób podejmujących leczenie substytucyjne.

W przeprowadzonych badaniach sprawdzono, czy wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupą badanych z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego w zakresie optymistycznego postrzegania przyszłości. Z danych zawartych w tabeli 58 wynika, że osoby z porównywanych grup były podobnie optymistyczne co do przyszłości. Badane osoby charakteryzowały się zróżnicowanym postrzeganiem przyszłości. W województwie mazowieckim optymistycznie spoglądało w przyszłość 68% badanych, a pesymistycznie 29% badanych. Z kolei w województwie śląskim 51% badanych z optymizmem patrzyło w przyszłość, a 37% badanych pesymistycznie.

Analiza uzyskanych danych może wskazywać, że badane osoby uzależnione z obydwu grup przejawiają tendencję do koncentracji na pozytywnych aspektach własnego funkcjonowania, skupiając swoją uwagę na zjawiskach pozytywnych, a tym samym podejmowaniu określonych oddziaływań terapeutycznych. Tym samym wyniki uzyskane przez badane osoby z województwa mazowieckiego jawią się optymistycznie, a uzyskane przez respondentów z województwa śląskiego umiarkowanie pozytywnie.

Podsumowując wyniki dotyczące przebiegu uzależnienia od substancji psychoaktywnych badanych osób, stwierdzono znaczące podobieństwo badanych grup. Zarówno w grupie respondentów z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego dominowały osoby, realizujące leczenie substytucyjnie po raz pierwszy. Decyzja o rozpoczęciu leczenia była najczęściej ich własną decyzją. W ramach podtrzymującej terapii substytucyjnej zazwyczaj badane osoby otrzymywały lek w postaci metadonu, w dawce oscylującej od 51 do 100 ml. W specjalistach psychoterapii badane osoby z obydwu grup najbardziej ceniły życzliwość i otwartość oraz wyrozumiałość. Za najbardziej przydatną, przy czym jednocześnie najtrudniejszą w realizacji, wskazały terapię indywidualną. Wśród korzyści z aktualnie realizowanego leczenia substytucyjnego najczęściej wymieniały poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Badane osoby żywiły przekonanie, że trwanie w trzeźwości po zakończeniu leczenia substytucyjnego zdecydowanie utrudnia utrzymywanie kontaktów z osobami uzależnionymi, a najbardziej pomocne jest wsparcie od osób bliskich. Badane grupy różniły się jedynie w subiektywnym odczuciu niechęci ze strony personelu w placówce leczenia substytucyjnego. Badane osoby z województwa mazowieckiego w większości nie doświadczyły negatywnej postawy ze strony pracowników placówek leczenia substytucyjnego, z kolei respondenci z województwa śląskiego mieli inne doświadczenia w tym zakresie. Co istotne, większość badanych osób z obydwu grup optymistycznie postrzegało własną przyszłość, co można uznać za ważny zasób osobisty, który jest niezwykle pomocny w zapobieganiu sytuacjom problemowym i skutecznym ich rozwiązywaniu.

W zakresie: długości leczenia substytucyjnego, poczucia zrozumienia i doświadczenia przejawów niechęci przez kadrę terapeutyczną oraz zmian, które należy wprowadzić w programie leczenia substytucyjnego i korzyści wynikających z obecnego leczenia substytucyjnego stwierdzono różnice istotne statystycznie między badanymi grupami, na korzyść badanych osób z województwa mazowieckiego.

### 5.2.3. Samoocena i poczucie własnej skuteczności

Zasoby osobiste, to względnie stałe czynniki osobowe i społeczne wpływające na sposób, w jaki człowiek próbuje opanować transakcje stresowe i kryzysy życiowe, których doświadczą (Moos, Schaefer, 1993). W kontekście poruszanej tematyki zwrócono uwagę na poziom ważnych zasobów osobistych: samooceny i poczucia własnej skuteczności w subiektywnej ocenie respondentów. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabelach 59-60.

**Tabela 59. Subiektywny poziom samooceny badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Poziom samooceny	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie wysoki	5	4,1	9	8,8	14	6,3
Raczej wysoki	44	36,1	23	22,5	67	29,9
Przeciętny	29	23,8	31	30,4	60	26,8
Raczej niski	35	28,7	25	24,5	60	26,8
Zdecydowanie niski	9	7,4	14	13,7	23	10,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 8,829$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,065$

Źródło: opracowanie własne.

Znaczącym zasobem, bezsprzecznie sprzyjającym radzeniu sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi, jest samoocena. Wysoka samoocena wpływa na większe zaangażowanie w realizację podjętych działań oraz uzyskiwanie lepszych rezultatów wykonywanego zadania. Pozytywna samoocena sprzyja również wyższej jakości kontaktów społecznych (Wojciszke, Doliński, 2016). Natomiast niska samoocena wiąże się z częstym przeżywaniem negatywnych emocji, predysponuje w określonych okolicznościach do wystąpienia depresji i negatywnie wpływa na budowanie relacji (Kernis, 2003).

Analiza uzyskanego materiału empirycznego wskazuje, że osoby z porównywanych grup nie różnią się w sposób istotny statystycznie w zakresie poziomu samooceny (tabela 59). Nie mniej jednak wystąpiła tendencja. Badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego częściej określały samoocenę jako raczej wysoką (36%). Z kolei raczej niską samoocenę deklarowało 29% badanych. Respondenci z województwa śląskiego wskazywali najczęściej na przeciętny poziom samooceny (30%), a w dalszej kolejności - na jej niski poziom (25%). Można przypuszczać, że badane osoby uzależnione, które subiektywnie wysoko oceniły własną samoocenę akceptują siebie, mają dobre zdanie o sobie i ze spokojem patrzą w przyszłość. Z kolei respondenci, którzy ocenili swoją samoocenę jako niską, mogą żywić przekonanie, że są osobami mało znaczącymi, z lękiem patrzą w przyszłość, a porównywanie się z innymi ludźmi zawsze wypada na ich niekorzyść. Badane osoby uzależnione, których samoocena nie jest ani wysoka ani niska, to prawdopodobnie osoby, które co prawda nie są sobą zachwycone, ale nie myślą o sobie z niechęcią i pomimo swojego uzależnienia, nie czują się tymi najgorszymi. Uzyskane wyniki badań nie korespondują z tymi, otrzymanymi przez E. Morawiecką (2009), w których stwierdzono, że osoby uzależnione cechuje istotnie niższy poziom samooceny, niż u osób zdrowych (nieuzależnionych). Jak wskazują R. F. Baumeister, J. D. Campbell, J. I. Krueger i K. D. Vohs (2003) samoocena stanowi predyktor zdrowia fizycznego i psychicznego. Biorąc pod uwagę powyższe, przedstawione analizy, pomimo widocznych różnic międzygrupowych, jawią się umiarkowanie optymistycznie.



**Tabela 60. Subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Poziom własnej skuteczności	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie wysoki	6	4,9	5	4,9	11	4,9
Raczej wysoki	42	34,4	26	25,5	68	30,4
Przeciętny	37	30,3	35	34,3	72	32,1
Raczej niski	25	20,5	22	21,6	47	21,0
Zdecydowanie niski	12	9,8	14	13,7	26	11,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,490$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,646$

Źródło: opracowanie własne.

A. Wojnarska i M. Osińska (2020, s. 174) poczucie własnej skuteczności definiują jako „przekonanie jednostki na temat osobistych możliwości spełnienia różnorodnych warunków zadania, prowadzących do osiągnięcia zamierzonych rezultatów”. Wysokie poczucie własnej skuteczności w sposób istotny decyduje o podjęciu określonego działania, sposobie radzenia sobie z przeszkodami czy też wytrwałości, tym samym jest ważnym mechanizmem pozytywnej readaptacji społecznej (Niewiadomska, Chwaszcz, 2010). Z kolei niskie poczucie własnej skuteczności zbliżone jest w swojej istocie do poczucia bezradności (Seligman, 2010). Sprzyja słabemu rozeznaniu we własnej sytuacji życiowej, gorszemu samopoczuciu, braku długofalowych celów życiowych i nieumiejętności odraczania gratyfikacji (Kościelak, 2010).

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności jest podobna w porównywanych grupach (tabela 60). Osoby z województwa mazowieckiego najczęściej raczej wysoko (34%) lub przeciętnie (30%) oceniły poczucie własnej skuteczności. Z kolei osoby z województwa śląskiego poczucie własnej skuteczności oceniły przeciętnie (34%), a dopiero w drugiej kolejności - raczej wysoko (26%). Poczucie własnej skuteczności mierzone na początku leczenia, jest predyktorem utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione w okresie 12 miesięcy po leczeniu (Chodkiewicz, 2005). Tym samym, uzyskane wyniki dają podstawę do zadowolenia. Otrzymane dane mogą jednocześnie zaskakiwać, gdyż jak wskazuje M. Szulc (2017) u osób uzależnionych najczęściej obserwuje się znacznie niższe wyniki normatywne poczucia własnej skuteczności niż

w populacji osób zdrowych. Jednocześnie być może taki wynik odzwierciedla poziom poczucia własnej skuteczności w zakresie działalności narkomańskiej, związanej np. z umiejętnością handlu substytutem, nabywaniem substancji psychoaktywnych lub innych czynności przestępczych albo jest wynikiem zniekształconego postrzegania własnych możliwości.

Z przeprowadzonych analiz na temat samooceny i poczucia własnej skuteczności badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego i śląskiego wynika ich zbliżony obraz. Ponad połowa badanych z obydwu grup deklaruje wysoki lub średni poziom samooceny, podobnie jak poziom poczucia własnej skuteczności. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami w analizowanych aspektach. Z badań Ł. Szczepańskiej, J. Chrostka-Maja i B. Jennera (2005) wynika, że obraz psychopatologiczny osób uzależnionych od narkotyków ulega zmianie w zależności od długości pozostawania w leczeniu substytucyjnym. Stąd nasuwa się wniosek, że uzyskane przez badane osoby uzależnione wyniki w zakresie samooceny i poczucia własnej skuteczności są bezpośrednio związane z podtrzymującym leczeniem substytucyjnym. Biorąc pod uwagę, że samoocena i poczucie własnej skuteczności uważane są za kluczowe zasoby osobiste dla ukończenia terapii (Adamson, Sellman, Frampton, 2009; Chodkiewicz, 2006b), przedstawione analizy jawią się optymistycznie.

#### **5.2.4. Wsparcie społeczne osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego**

Uzależnienie od opioidów jest poważną i skomplikowaną chorobą. Dodatkowo stereotypowe postrzeganie osób uzależnionych (stygmatyzacja) oddziałuje negatywnie właściwie na wszystkie aspekty ich życia, w tym m.in. na zdrowie fizyczne, samoocenę, aż po sieci społeczne (Thoits 2011; Markowitz, Angell, Greenberg, 2011). W związku powyższym, wsparcie społeczne, zwłaszcza od najbliższego otoczenia, to istotny zasób osobisty, który umożliwi osobom uzależnionym walkę z nałogiem. Poniżej przedstawiono badane osoby uzależnione uwzględniając uzyskiwane przez nie wsparcie od członków rodziny generacyjnej, prokreacyjnej oraz osób niespokrewnionych. Wyniki badań przedstawiono w tabelach 61-84.

### 5.2.4.1. Rodzina pochodzenia

Rodzina to naturalne środowisko rozwoju człowieka oraz podstawowa jednostka społeczna. Spełnia rozliczne funkcje, które służą przygotowaniu nowych jej członków do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Realizacja tych funkcji zależy w głównej mierze od postaw małżeńskich i rodzicielskich (Tyszka, 1995; Pierzchała, 2009). Prawidłowo funkcjonująca rodzina przyczynia się do rozwoju człowieka. Z kolei nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny poprzez niezaspokojenie niezbędnych materialnych, psychicznych i społecznych potrzeb swoich członków, może być przyczyną powstania u nich wielu niekorzystnych zjawisk, m.in. uzależniania od narkotyków, które często staje się problemem na całe życie (Becker-Pestka, Dubis, Różyńska, 2018). Dane dotyczące rodziny pochodzenia badanych osób uzależnionych zaprezentowano w tabelach 61-69.

**Tabela 61. Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z matką**

Relacje z matką	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	31	25,4	21	20,6	52	23,2
Relacje raczej dobre	43	35,2	37	36,3	80	35,7
Relacje raczej złe	6	4,9	5	4,9	11	4,9
Relacje zdecydowanie złe	5	4,1	7	6,9	12	5,4
Trudno powiedzieć	18	14,8	10	9,8	28	12,5
Nie mam takiej osoby/nie żyje	19	15,6	22	21,6	41	18,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,545$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,616$

Źródło: opracowanie własne.

Analizując uzyskane dane okazało się, że oceny relacji z matkami są podobne w obu grupach. Badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego najczęściej twierdziły, że są one raczej dobre (35%) i zdecydowanie dobre (25%). Respondenci z województwa śląskiego relacje z matką określili jako raczej dobre i zdecydowanie dobre (odpowiednio: 36% oraz 21%) (tabela 61).

A. Billings i R. Moos (1983) wskazują, że osoby uzależnione, które są zadowolone z własnej sytuacji rodzinnej dokonują większych postępów terapeutycznych i rzadziej niż u osób pozbawionych takiego wsparcia, występują u nich nawroty uzależnienia. Biorąc pod uwagę ocenę relacji badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego z matkami, wydaje się być to ważny zasób osobisty, sprzyjający procesowi zdrowienia.

**Tabela 62. Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z ojcem**

Relacje z ojcem	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	18	14,8	5	4,9	23	10,3
Relacje raczej dobre	24	19,7	12	11,8	36	16,1
Relacje raczej złe	11	9,0	14	13,7	25	11,2
Relacje zdecydowanie złe	11	9,0	9	8,8	20	8,9
Trudno powiedzieć	17	13,9	20	19,6	37	16,5
Nie mam takiej osoby/nie żyje	41	33,6	42	41,2	83	37,1
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 10,460$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,063$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i śląskiego nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie relacji z ojcem, aczkolwiek występuje pewna tendencja. Blisko 20% badanych z województwa mazowieckiego oceniło swoje relacje z ojcem jako raczej dobre, a 15% badanych - jako zdecydowanie dobre. Z kolei 14% badanych uznało, że trudno określić ich relacje z ojcami. Respondenci z województwa śląskiego najczęściej twierdzili, że trudno ocenić im relacje z ojcem (20%) lub uznawali je jako raczej złe (14%). Za raczej dobre i zdecydowanie dobre uznało je odpowiednio 12% i 5% badanych (tabela 62). Zaskakiwać może duży odsetek badanych osób z obydwu województw wskazujący na brak ojca. Jak wiadomo, uzależnienie od narkotyków może warunkować jakość kontaktów pomiędzy osobą uzależnioną a jego najbliższym otoczeniem, powodując liczne konflikty, a nawet doprowadzić do utraty kontaktu. Być może właśnie brak stałego kontaktu badanych osób uzależnionych z ojcami stanowi powód takich wyników. Należy podkreślić, że niezadowolenie z relacji

z ojcami może być czynnikiem zagrażającym procesowi zdrowienia, a tym samym sprzyjać nawrotom uzależnienia.

**Tabela 63. Liczba rodzeństwa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Liczba rodzeństwa	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jedno	58	47,5	59	57,8	117	52,2
Dwoje	19	15,6	15	14,7	34	15,2
Troje	8	6,6	8	7,8	16	7,1
Czworo i więcej	5	4,1	4	3,9	9	4,0
Jedynak/jedynaczka	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badane osoby uzależnione zapytano o posiadanie rodzeństwa. Blisko 74% respondentów z województwa mazowieckiego i ponad 84% respondentów z województwa śląskiego odpowiedziało, że posiada rodzeństwo (tabela 63). Analiza otrzymanych danych wskazuje, że wśród wszystkich badanych dominowały osoby pochodzące z rodzin małodziejnych.

**Tabela 64. Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z rodzeństwem**

Relacje z rodzeństwem	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	30	24,6	25	24,5	55	24,6
Relacje raczej dobre	24	19,7	35	34,3	59	26,3
Relacje raczej złe	12	9,8	10	9,8	22	9,8
Relacje zdecydowanie złe	7	5,7	3	2,9	10	4,5
Trudno powiedzieć	17	13,9	13	12,7	30	13,4
Jedynak/jedynaczka	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Oceniając swoje relacje z rodzeństwem, większość badanych osób z województwa mazowieckiego określiło je jako zdecydowanie dobre (25%) lub raczej dobre (20%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby określające relacje z rodzeństwem jako zdecydowanie złe (6%). Wśród respondentów z województwa śląskiego dominowały osoby określające relacje z rodzeństwem jako raczej dobre (34%) i zdecydowanie dobre (25%). Podobnie jak w województwie mazowieckim, najmniej liczną grupę stanowiły osoby oceniające relacje z rodzeństwem jako zdecydowanie złe (3%) (tabela 64). Jak wykazano, osoby uzależnione zadowolone z własnej sytuacji rodzinnej dokonują większych postępów terapeutycznych, niż osoby takiego wsparcia pozbawione (Billings, Moos, 1983). Tym samym można przypuszczać, że relacje z rodzeństwem, mogą stanowić ważny zasób osobisty, wzmacniający trzeźwość osób uzależnionych.

**Tabela 65. Palenie tytoniu przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Palenie tytoniu przez rodzeństwo	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo palące	50	41,0	49	48,0	99	44,2
Rodzeństwo nie palące	30	24,6	32	31,4	62	27,7
Brak wiedzy w tym zakresie	10	8,2	5	4,9	15	6,7
Jedynak/jedynaczka	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 5,331$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,149$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie palenia tytoniu przez rodzeństwo. Większość respondentów z województwa mazowieckiego przyznała, że ich rodzeństwo pali papierosy (41%). Na niepalące rodzeństwo wskazało 25% badanych. W tej grupie odnotowano dziesięć osób (8%), które nie posiadają wiedzy o tym, czy ich rodzeństwo pali papierosy. W grupie badanych osób uzależnionych z województwa śląskiego najwięcej badanych (48%) deklarowało, że ich rodzeństwo pali papierosy, a 31% badanych wskazało, że ich rodzeństwo nie pali papierosów. Pięć osób (5%) przyznało, że nie wie nic na temat palenia papierosów przez swoje rodzeństwo (tabela 65). W związku z tym, że wykazano, iż modelowanie używania substancji psychoaktywnych przez rodziców i innych członków rodziny, w tym rodzeństwo, ma wpływ na ryzyko wystąpienia uzależnień u młodzieży, uzyskane wyniki nie zaskakują (Jędrzejko, Netczuk-Gwoździewicz, 2013).

**Tabela 66. Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo spożywające alkohol	39	32,0	45	44,1	84	37,5
Rodzeństwo nie spożywające alkoholu	39	32,0	35	34,3	74	33,0
Brak wiedzy w tym zakresie	12	9,8	6	5,9	18	8,0
Jedynak/jedynaczka	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,242$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,100$

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują uzyskane wyniki, badane osoby z województwa mazowieckiego i śląskiego nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie spożywania alkoholu przez rodzeństwo. Dane zwarte w tabeli 66 pokazują, że badani z województwa mazowieckiego to osoby, których rodzeństwo spożywa alkohol (32%), jak i w jednej trzeciej nie spożywa alkoholu (32%). Wśród respondentów z województwa śląskiego dominowały osoby, których rodzeństwo spożywa alkohol (44%), natomiast 34% badanych deklarowało, że ich rodzeństwo nie spożywa alkoholu. Brak wiedzy na temat spożywania alkoholu przez rodzeństwo dotyczyło 10% badanych z województwa mazowieckiego i 6% badanych z województwa śląskiego. Rodzeństwo spożywające alkohol, to dla osób uzależnionych czynnik ryzyka, gdyż stwarza możliwość codziennego, wspólnego spożywania alkoholu.



**Tabela 67. Zażywanie narkotyków przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Zażywanie narkotyków przez rodzeństwo	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo zażywa narkotyki	10	8,2	10	9,8	20	8,9
Rodzeństwo nie zażywa narkotyków	64	52,5	61	59,8	125	55,8
Brak wiedzy w tym zakresie	16	13,1	15	14,7	31	13,8
Jedynak/jedynaczka	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,681$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,298$

Źródło: opracowanie własne.

Nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w zakresie zażywania narkotyków przez rodzeństwo badanych osób z porównywanych grup. Większość respondentów z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego wskazała, że ich rodzeństwo nie zażywa narkotyków (odpowiednio: 53% i 60%). Zaskakiwać może stosunkowo duży odsetek badanych osób nie posiadający wiedzy na temat zażywania narkotyków przez rodzeństwo, który dla województwa mazowieckiego wynosił 13%, a dla województwa śląskiego 15% (tabela 67). Taki wynik może wskazywać na brak zaufania i nie najbliższe relacje między badanymi osobami a rodzeństwem. Niemniej jednak, uzyskane wyniki napawają optymizmem, gdyż posiadanie rodzeństwa niezależnego to ważny zasób osób uzależnionych.

**Tabela 68. Gotowość badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do zwrócenia się o pomoc materialną (finansową, rzeczową) do rodzeństwa**

Gotowość do zwrócenia się o pomoc	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Pełna gotowość do zwrócenia się o pomoc	44	36,1	43	42,2	87	38,8
Brak gotowości do zwrócenia się o pomoc	28	23,0	29	28,4	57	25,4
Trudno powiedzieć	18	14,8	14	13,7	32	14,3
Brak rodzeństwa	32	26,2	16	15,7	48	21,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,109$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,249$

Źródło: opracowanie własne.

Istotnych różnic między badanymi grupami nie zaobserwowano w przypadku oceny gotowości zwrócenia się z prośbą o pomoc materialną do rodzeństwa (tabela 68). Ponad 36% respondentów z województwa mazowieckiego i ponad 42% badanych z województwa śląskiego zwróciłoby się z prośbą o pomoc materialną do rodzeństwa. O wsparcie materialne nie zwróciłoby się 23% badanych z Mazowsza i 28% badanych ze Śląska. Uzyskane dane wzbudzają umiarkowany optymizm, gdyż dobre relacje z rodzeństwem badanych osób (tabela 63) nie przekładają się na gotowość zwrócenia się do niego z prośbą o pomoc. Można przypuszczać, że taki wynik świadczy o deficytach materialnych i emocjonalnych rodzeństwa badanych osób, których respondenci z obydwu województw są świadomi albo z sytuacją, gdy badane osoby zwróciły się z prośbą o pomoc we wskazanych wymiarach i spotkały się odpowiedzią negatywną ze strony rodzeństwa. Uzyskane wyniki mogą świadczyć także o braku zaufania badanych osób do rodzeństwa, albo są skutkiem niewdzięczności osób uzależnionych za wcześniej okazaną przez rodzeństwo pomoc.

**Tabela 69. Poczucie akceptacji badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim przez rodzinę**

Poczucie akceptacji przez rodzinę	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowane poczucie akceptacji	45	36,9	29	28,4	74	33,0
Raczej czuje się akceptowany	28	23,0	30	29,4	58	25,9
Raczej nie czuje się akceptowany	15	12,3	24	23,5	39	17,4
Zdecydowany brak poczucia akceptacji	13	10,7	7	6,9	20	8,9
Trudno powiedzieć	21	17,2	12	11,8	33	14,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 8,139$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,086$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie poczucia akceptacji przez rodzinę. Respondenci z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego to najczęściej osoby, które czuły się akceptowane przez najbliższą rodzinę. Wynik poczucia akceptacji dla badanych osób uzależnionych z Mazowsza wynosił 60%, a dla badanych ze Śląska - 58%. Brak akceptacji ze strony rodziny odczuwało odpowiednio 23% badanych z województwa mazowieckiego i 30% badanych z województwa śląskiego (tabela 69). Jak wskazuje M. Wójcik (2010) 74% osób leczonych substytucyjnie stwierdziło, że ich rodziny akceptują substytucję jako metodę leczenia. Można zatem przypuszczać, że to właśnie podjęcie walki z nałogiem w postaci podtrzymującego leczenia substytucyjnego, przyczyniło się do wzrostu poziomu akceptacji przez członków rodzin badanych osób uzależnionych.

Podsumowując wyniki dotyczące rodziny prokreacyjnej badanych osób uzależnionych z Mazowsza i ze Śląska, stwierdzono znaczne podobieństwo porównywanych grup. Zarówno w grupie z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego dominowały osoby, które czują się akceptowane przez najbliższą rodzinę, mają dobre relacje z matką i posiadają rodzeństwo. Mają pozytywny stosunek do rodzeństwa i w razie potrzeby są gotowe zwrócić się do niego z prośbą o pomoc materialną. Zarówno u badanych z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego większość rodzeństwa korzysta z używek, takich jak papierosy i alkohol, ale nie z narkotyków. Badani z województwa mazowieckiego w większości

pozytywnie ocenili relacje z ojcami, a respondenci z województwa śląskiego najczęściej relacje z ojcem ocenili negatywnie. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między porównywanymi grupami osób.

#### 5.2.4.2. Rodzina prokreacyjna i związki partnerskie

Posiadanie małżonka/partnera oraz innych osób bliskich pozytywnie wpływa na proces leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej, w tym terapii uzależnień (McCrary, Epstein, Kahler, 2004). Osoby z najbliższego otoczenia stanowią naturalną sieć wsparcia społecznego, towarzyszą w procesie leczenia, udzielają niezbędnej pomocy i wspierają w trudnych chwilach (Kaszyński, Bronowski, Maciejewska, 2019). Charakterystyki rodziny prokreacyjnej i związków partnerskich badanych osób uzależnionych dokonano na podstawie szczegółowych danych zaprezentowanych w tabelach 70-75.

**Tabela 70. Posiadanie partnera życiowego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Kategorie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	59	48,4	56	54,9	115	51,3
Nie	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,951$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,329$

Źródło: opracowanie własne.

Nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie między porównywanymi grupami w zakresie posiadania partnera życiowego. Większość respondentów z województwa mazowieckiego nie posiadała partnera życiowego (52%), z kolei w województwie śląskim większość badanych osób pozostawała w związku partnerskim (55%) (tabela 70).

**Tabela 71. Długość pozostawania badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w związku z partnerem życiowym**

Długość związku	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 1 roku	5	4,1	7	6,9	12	5,4
Od 2 do 5 lat	27	22,1	22	21,6	49	21,9
Od 6 do 10 lat	15	12,3	12	11,8	27	12,1
11 lat i więcej	12	9,8	15	14,7	27	12,1
Nie dotyczy	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,395$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,663$

Źródło: opracowanie własne.

W zakresie długości pozostawania w związku z partnerem życiowym nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w badanych grupach. Wśród respondentów z województwa mazowieckiego dominowały osoby pozostające w związku od 2 do 5 lat (22%). Wśród osób z województwa śląskiego funkcjonowanie w związku trwającym od 2 do lat 5 deklarowało 22% (tabela 71). Stosunkowo liczna okazała się grupa respondentów pozostających w związkach 11 lat i dłużej, odpowiednio 10% badanych z Mazowsza i 15% respondentów ze Śląska. Uzależnienie od opioidów wprowadza wiele ograniczeń, wpływa na styl życia i jest jednym z wielu elementów wpływających na relacje partnerskie, ale nie musi decydować o powodzeniu związku.

**Tabela 72. Partnerzy życiowi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Partnerzy życiowi	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od narkotyków i alkoholu	14	11,5	26	25,5	40	17,9
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od narkotyków i nie utrzymująca abstynencji od alkoholu	11	9,0	2	2,0	13	5,8
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od alkoholu i nie utrzymująca abstynencji od narkotyków	2	1,6	3	2,9	5	2,2
Osoba uzależniona, nie utrzymująca abstynencji od narkotyków i alkoholu	4	3,3	5	4,9	9	4,0
Niezależniona	21	17,2	15	14,7	36	16,1
Osoba uzależniona, pozostająca w programie leczenia substytucyjnego	7	5,7	5	4,9	12	5,4
Nie dotyczy	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Wśród badanych osób z województwa mazowieckiego przeważały osoby pozostające w związkach z osobą niezależną (17%) lub uzależnioną, utrzymującą abstynencję od narkotyków i alkoholu (12%). W grupie badanych z województwa śląskiego dominowali respondenci pozostający w związkach z osobą uzależnioną utrzymującą abstynencję od narkotyków i alkoholu (26%) lub osobą niezależną (15%) (tabela 72). Może mieć to istotny związek z przekonaniem respondentów, że partnerem osoby uzależnionej powinna być osoba zdrowa. Tylko osoba zdrowa (nie zażywająca substancji psychoaktywnych) może zapewnić osobie uzależnionej odpowiednie wsparcie, mobilizować do nieustannej walki

o trzeźwość i ze zrozumieniem znieść trudności wynikające z występujących nawrotów choroby. Tym samym uzyskane wyniki dają podstawę do zadowolenia.

**Tabela 73. Wykształcenie partnerów życiowych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Wykształcenie partnerów	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe lub niższe	3	2,5	6	5,9	9	4,0
Zasadnicze zawodowe	18	14,8	21	20,6	39	17,4
Średnie	30	24,6	24	23,5	54	24,1
Wyższe zawodowe lub magisterskie	8	6,6	5	4,9	13	5,8
Nie dotyczy	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Większość badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego deklarowała, że ich partnerzy życiowi posiadają wykształcenie średnie (odpowiednio: 25% i 24%). Stosunkowo liczna była również grupa osób twierdzących, że ich partnerzy mają wykształcenie zasadnicze zawodowe, odpowiednio 15% w województwie mazowieckim i 21% w województwie śląskim (tabela 73). Najmniej było osób z wykształceniem wyższym.

**Tabela 74. Wiedza aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Wiedza partnera o uzależnieniu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Partner/ka dowiedział się o uzależnieniu na początku związku lub przed wejściem w związek	45	36,9	47	46,1	92	41,1
Partner/ka dowiedział się o uzależnieniu po pewnym czasie	14	11,5	9	8,8	23	10,3
Nie dotyczy	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,012$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,365$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione zapytano, czy przekazały obecnemu partnerowi informację dotyczącą swojego uzależnienia. Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie różnic w zakresie wiedzy aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu osoby badanej w porównywanych grupach. Z danych zawartych w tabeli 74 wynika, że 37% respondentów z województwa mazowieckiego i 46% respondentów z województwa śląskiego przekazało taką informację obecnemu partnerowi na początku związku lub przed wejściem w związek.



**Tabela 75. Subiektywna ocena życia seksualnego badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena życia seksualnego	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie udane	12	9,8	20	19,6	32	14,3
Raczej udane	24	19,7	21	20,6	45	20,1
Raczej nieudane	8	6,6	12	11,8	20	8,9
Zdecydowanie nieudane	15	12,3	3	2,9	18	8,0
Nie dotyczy	63	51,6	46	45,1	109	48,7
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badane osoby z województwa mazowieckiego oceniły swoje życie seksualne, jako raczej udane (20%) lub zdecydowanie udane (10%). W województwie śląskim ponad jedna piąta respondentów oceniała swoje życie seksualne jako raczej udane (21%) i niemalże tyle samo - jako zdecydowanie udane (20%) (tabela 75).

Taki wynik może zaskakiwać, gdyż uzyskane dane nie korespondują z dotychczasowymi wynikami badań, które wskazują, że funkcje seksualne w grupie osób uzależnionych od opioidów ulegają pogorszeniu w związku z chorobą podstawową, chorobami towarzyszącymi i stosowanym leczeniem substytucyjnym. Jak wskazują B. Salata, A. Toczek-Wasiak, A. Kluczna i T. Dzierżanowski (2022) długość przyjmowania opioidu, jak i wysokość dawki mogą być istotnym czynnikiem etiologicznym zaburzeń seksualnych wśród mężczyzn. Z kolei z analiz A. Yee i wsp. (2014) wynika, że częstość występowania zaburzeń seksualnych wśród osób przyjmujących metadon wynosi aż 52%, a u osób przyjmujących buprenorfinę 24%. Można zatem przypuszczać, iż duży odsetek osób uzależnionych za partnera ma także osobę uzależnioną, która z powodu obniżonego poziomu libido, charakteryzuje się najprawdopodobniej mniejszymi potrzebami seksualnymi. Uzyskane wyniki mogą świadczyć także o braku szczerości respondentów, gdyż życie seksualne powszechnie uznawane jest za zagadnienie wstydlive.

Podsumowując, analiza otrzymanych wyników wskazuje na duże podobieństwo badanych osób z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego. Prawie połowa badanych z województwa mazowieckiego i większość respondentów z województwa śląskiego pozostawała w związku partnerskim trwającym od 2 do 5 lat. Partnerzy badanych osób z obydwu grup posiadali w większości wykształcenie średnie. W przypadku respondentów z województwa mazowieckiego partnerzy byli zazwyczaj osobami niezależnymi, a w przypadku respondentów z województwa śląskiego osobami uzależnionymi, utrzymującymi abstynencję od substancji psychoaktywnych. Co więcej, badani z obydwu grup raczej wykazywali zadowolenie ze swojego życia seksualnego. Różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami nie stwierdzono. Uzyskane wyniki napawają optymizmem, gdyż jak wskazują B. S. McCrady, E. E. Epstein i C. W. Kahler (2004) zadowolenie z małżeństwa/związku partnerskiego osób uzależnionych jest pozytywnie skorelowane z utrzymywaniem abstynencji.

#### **5.2.4.3. Pozarodzinne źródła wsparcia**

J. Klingemann i J. Moskalewicz (2017) wskazują, że potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym dla osób uzależnionych w trakcie i po zakończeniu terapii są jednymi z najbardziej podstawowych. Ich niezaspokojenie wpływa na dobrostan osoby uzależnionej i może skutkować obniżeniem poziomu osobistej skuteczności, nasilaniem wyuczonej bezradności, obniżeniem poczucia jakości życia oraz pojawieniem się zachowań dewiacyjnych (Niewiadomska, Chwaszcz, 2010). Odpowiednia sieć wsparcia społecznego uznawana jest za istotny zasób, zarówno w zdrowiu, jak i chorobie. Jak podkreślają B. E. Havassay, S. M. Hall i D. A. Wassermann (1991) u osób posiadających gęstą sieć społeczną, rzadziej dochodzi do złamania abstynencji. Poniżej przedstawiono charakterystykę badanych osób uzależnionych uwzględniając pozarodzinne źródła wsparcia, a szczegółowe dane zaprezentowano w tabelach 76-84.

**Tabela 76. Utrzymywanie kontaktów towarzyskich przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Utrzymywanie kontaktów towarzyskich	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	51	41,8	32	31,4	83	37,1
Raczej tak	37	30,3	29	28,4	66	29,5
Raczej nie	23	18,9	36	35,3	59	26,3
Zdecydowanie nie	11	9,0	5	4,9	16	7,1
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 8,717$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,033$

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań pozwalają na stwierdzenie z 95-procentowym prawdopodobieństwem, że występuje związek istotny statystycznie pomiędzy badanymi grupami w wziętym pod uwagę aspekcie ( $p < 0,05$ ). Wśród badanych z województwa mazowieckiego i śląskiego dominowały osoby utrzymujące kontakty towarzyskie (odpowiednio: 72% i 60%). Z kolei w województwie mazowieckim 28% badanych osób uzależnionych nie utrzymywało kontaktów towarzyskich, a województwie śląskim - 40% (tabela 76). Jak widać, badane osoby z obydwu województw nie są pozbawione sieci społecznych. Jak wskazują w swoich badaniach B. E. Havassy, S. M. Hall i D. A. Wassermann (1991) niemalże wszystkie osoby uzależnione, które pozbawione były sieci społecznej lub miały sieć społeczną źle zintegrowaną doświadczyły nawrotu choroby (złamały abstynencję) w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu leczenia. Tym samym wyniki badań, są optymistyczne.

**Tabela 77. Kontakty przyjacielskie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Kontakty przyjacielskie	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	46	37,7	33	32,4	79	35,3
Raczej tak	32	26,2	26	25,5	58	25,9
Raczej nie	16	13,1	30	29,4	46	20,5
Zdecydowanie nie	21	17,2	9	8,8	30	13,4
Trudno powiedzieć	7	5,7	4	3,9	11	4,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Większość badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego posiadała kontakty, które można nazwać przyjacielskimi (odpowiednio: 64% i 58%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, którym trudno powiedzieć, czy posiadają przyjaciół (n=7 – Mazowsze i n=4 – Śląsk) (tabela 77).

**Tabela 78. Częstość spotkań badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim ze znajomymi w celach towarzyskich**

Częstość spotkań ze znajomymi	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Codziennie	19	15,6	10	9,8	29	12,9
Kilka razy w tygodniu	30	24,6	29	28,4	59	26,3
Mniej więcej raz w tygodniu	22	18,0	21	20,6	43	19,2
Kilka razy w miesiącu (2-3 razy)	11	9,0	16	15,7	27	12,1
Mniej więcej raz w miesiącu	13	10,7	11	10,8	24	10,7
Kilka razy w roku	6	4,9	6	5,9	12	5,4
Prawie w ogóle lub w ogóle	21	17,2	9	8,8	30	13,4
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,996$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,321$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie pod względem częstotliwości spotkań towarzyskich. Zarówno w województwie mazowieckim, jak i województwie śląskim dominowały osoby, realizujące spotkania towarzyskie kilka razy w tygodniu (odpowiednio: 25% i 28%). Stosunkowo niewielu badanych twierdziło, że nie utrzymuje kontaktów towarzyskich, odpowiednio 17% w województwie mazowieckim i 9% w województwie śląskim (tabela 78).

**Tabela 79. Preferowany przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim rodzaj kontaktu ze znajomymi**

Preferowany sposób kontaktu	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kontakt osobisty	100	82,0	91	89,2	191	85,3
Kontakt przez Internet	22	18,0	21	20,6	43	19,2
Kontakt telefoniczny	36	29,5	25	24,5	61	27,2
Kontakt listowny	2	1,6	2	2,0	4	1,8

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badanych zapytano o preferowany rodzaj kontaktu ze znajomymi. Można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Analizując otrzymane dane zauważyć można, że respondenci z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego doceniali kontakt osobisty (odpowiednio: 82% i 89%). W drugiej kolejności badane osoby kontaktowały się ze znajomymi telefonicznie. Takiej odpowiedzi udzieliło 30% respondentów z Mazowsza i 25% respondentów ze Śląska (tabela 79). Taki wynik nie zaskakuje, gdyż użytkownicy narkotyków spotykają się ze znajomymi osobiście, aby wspólnie przyjmować substancje psychoaktywne lub tworzyć swoje środowisko z innymi uczestnikami podtrzymującego leczenia substytucyjnego. W pewien sposób potwierdzają to badania Ł. Wieczorka (2020).

**Tabela 80. Subiektywna ocena relacji ze znajomymi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Ocena relacji ze znajomymi	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	21	17,2	15	14,7	36	16,1
Relacje raczej dobre	67	54,9	66	64,7	133	59,4
Relacje raczej złe	8	6,6	8	7,8	16	7,1
Relacje zdecydowanie złe	3	2,5	1	1,0	4	1,8
Trudno powiedzieć	23	18,9	12	11,8	35	15,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Według ponad połowy badanych z województwa mazowieckiego ich relacje ze znajomymi są raczej dobre (55%). Podobnie swoje relacje ocenili respondenci z województwa śląskiego, również określając je jako raczej dobre (65%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby negatywnie oceniające swoje relacje ze znajomymi (odpowiednio 9% respondentów z województwa mazowieckiego i 9% respondentów z województwa śląskiego) (tabela 80). Wyniki badań własnych korespondują z tymi otrzymanymi przez Ł. Wieczorka (2020). Autor stwierdził bowiem, że badane osoby uzależnione od narkotyków, w tym leczone substytucyjnie, określiły swoje relacje z innymi ludźmi, jako dobre.

**Tabela 81. Palenie tytoniu przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Palenie tytoniu przez znajomych	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak palących znajomych lub jeden palący znajomy	9	7,4	4	3,9	13	5,8
Połowa palących znajomych	27	22,1	14	13,7	41	18,3
Większość palących znajomych	74	60,7	67	65,7	141	62,9
Wszyscy palący znajomi	12	9,8	17	16,7	29	12,9
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Zródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Ponad połowa badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego przyznała, że ich znajomi w większości palą papierosy (61%). Na niepalących znajomych wskazało 7% badanych. W grupie badanych osób uzależnionych z województwa śląskiego sytuacja wyglądała podobnie (tabela 81). Najwięcej badanych (66%) deklarowało, że ich znajomi w większości palą papierosy, a 4% badanych wskazało, że ich znajomi nie palą papierosów.



**Tabela 82. Spożywanie alkoholu przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Spożywanie alkoholu przez znajomych	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak pijących znajomych lub jeden pijący znajomy	16	13,1	10	9,8	26	11,6
Połowa pijących znajomych	34	27,9	23	22,5	57	25,4
Większość pijących znajomych	58	47,5	60	58,8	118	52,7
Wszyscy pijący znajomi	14	11,5	9	8,8	23	10,3
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,865$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,412$

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskany wynik wskazuje, że nie można mówić o istotności statystycznej między porównywanymi grupami w wziętym pod uwagę aspekcie. Dane z tabeli 82 pokazują, że badani z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego to osoby, których znajomi w większości spożywają alkohol (odpowiednio: 48% i 59%). Zaledwie 13% respondentów z województwa mazowieckiego i 10% respondentów z województwa śląskiego deklarowało, że ich znajomi są osobami nie spożywającymi alkoholu. Być może ograniczenie kręgu towarzyskiego do osób spożywających alkohol wynika z faktu, że respondenci zbyt długo przebywają w środowisku osób uzależnionych i trudno jest im się od niego odciąć, szczególnie jeśli pozyskują od nich alkohol lub inne substancje psychoaktywne.

**Tabela 83. Zażywanie narkotyków przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim**

Zażywanie narkotyków przez znajomych	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak znajomych zażywających narkotyki lub jeden znajomy zażywający narkotyki	42	34,4	25	24,5	67	29,9
Połowa znajomych zażywająca narkotyki	34	27,9	29	28,4	63	28,1
Większość znajomych zażywających narkotyki	34	27,9	43	42,2	77	34,4
Wszyscy znajomi zażywający narkotyki	12	9,8	5	4,9	17	7,6
Ogółem	122	100,0	102	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 6,914; df = 3; p < 0,074

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 83 wynika, że badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie oceny zażywania narkotyków przez znajomych. Większość badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego posiadała znajomych, którzy zażywają narkotyki. Zaskakiwać może stosunkowo duży odsetek badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego nie posiadających znajomych zażywających narkotyki (odpowiednio: 34% i 25%). Zazwyczaj osoby w trakcie leczenia substytucyjnego nadal podtrzymują kontakt z innymi osobami uzależnionymi, które nie utrzymują abstynencji narkotykowej. Trzeba mieć nadzieję, że wiąże się to z dużą świadomością badanych osób, o zagrożeniu, jakie wiąże się z kontaktem z innymi osobami uzależnionymi, mogącym doprowadzić do nawrotu choroby u osoby w terapii substytucyjnej, a tym samym skutkować przymusowym zakończeniem leczenia.

**Tabela 84. Subiektywne postrzeganie osób do których zdaniem badanych leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne**

Osoby wspierające	Województwo mazowieckie		Województwo śląskie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Żona/mąż/partner/partnerka	45	36,9	45	44,1	90	40,2
Rodzice	29	23,8	23	22,5	52	23,2
Teściowie	-	-	-	-	-	-
Rodzeństwo	14	11,5	10	9,8	24	10,7
Inny krewny	4	3,3	1	1,0	5	2,2
Przyjaciele/znajomi	29	23,8	31	30,4	60	26,8
Sąsiedzi	-	-	-	-	-	-
Ksiądz lub inna osoba duchowna	3	2,5	2	2,0	5	2,2
Lekarz rodzinny	-	-	-	-	-	-
Specjalista psychoterapii uzależnień	20	16,4	18	17,6	38	17,0
Grupa samopomocowa	3	2,5	-	-	3	1,3
Ktoś inny	8	6,6	8	7,8	16	7,1
Nie ma takiej osoby	23	18,9	8	7,8	31	13,8

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i śląskiego nie różniły się znacząco między sobą w zakresie postrzegania osób, do których warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne (tabela 84). Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź. W obydwu grupach respondenci wskazali na żonę/męża lub partnera/partnerkę jako osoby, do których warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne (odpowiednio: 37% i 44%). Osoby uzależnione z województwa mazowieckiego w dalszej kolejności wskazały na rodziców (24%) oraz przyjaciół i znajomych (24%). Osoby uzależnione z województwa śląskiego twierdziły, że po wsparcie emocjonalne udałyby się także do przyjaciół i znajomych (30%) oraz rodziców (23%). Ponad 16% badanych z województwa mazowieckiego i ponad 17% respondentów z województwa śląskiego deklarowało gotowość zgłoszenia się z prośbą o wsparcie emocjonalne do specjalisty psychoterapii uzależnień. Sytuacja ta związana jest zapewne z jednej strony z cechami, które powinien posiadać psychoterapeuta, to jest m.in.

empatia, troska, akceptacja, a z drugiej z uzyskiwaniem niedostatecznego wsparcia emocjonalnego ze strony osób z najbliższego otoczenia. Zaskakiwać może fakt, że respondenci rzadko wskazywali na osoby duchowne lub grupy samopomocowe, jako te najbardziej wspierające, gdyż to właśnie one z założenia powinny być szczególnie pomocne.

Podsumowując należy stwierdzić, że analiza danych dotyczących środowiska pozarodzinnego badanych osób uzależnionych od opioidów z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego wskazuje na podobieństwo porównywanych grup. Zarówno wśród respondentów z Mazowsza, jak i respondentów ze Śląska zdecydowanie dominowały osoby, które utrzymują częste kontakty towarzyskie, a relacje ze znajomymi określają jako raczej dobre. W większości znajomi badanych osób palą tytoń, spożywają alkohol i zażywają narkotyki. Wyżej zaprezentowane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego i śląskiego istotnie statystycznie różnicuje utrzymywanie kontaktów towarzyskich - na korzyść respondentów z Mazowsza.

W związku z tym, że wsparcie społeczne zalicza się do ważnych zasobów osobistych, uzyskane wyniki nie są optymistyczne, gdyż środowisko pozarodzinne osób uzależnionych leczących się substytucyjnie, to w dużej mierze użytkownicy różnych substancji psychoaktywnych.

### **5.3. Podsumowanie**

Zasoby osobiste rozumiane jako wglądnie stałe czynniki osobowe i społeczne, pomagające jednostce opanować kryzysy życiowe, w sposób istotny mogą wspomagać osobę uzależnioną w leczeniu. Posiadanie zasobów, co prawda nie implikuje ich uruchomienia w zetknięciu się z sytuacją krytyczną, ale stanowi ważną zmienną pośredniczącą pomiędzy sytuacjami trudnymi, stresującymi a radzeniem sobie z nimi (Chodkiewicz, 2001).

Podsumowując prowadzone analizy można skonstatować, że wśród badanych osób uzależnionych z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego dominowali mężczyźni pomiędzy 31 a 40 rokiem życia, z wykształceniem średnim, pozostający w związku partnerskim, posiadający dzieci, mieszkańcy miast największych, cierpiący na depresję. Wśród badanych z województwa mazowieckiego najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające z matką, aktywne zawodowo, niezadowolone z własnej sytuacji finansowej. Z kolei w województwie śląskim, dominowali renciści, legitymujący się wykształceniem zasadniczym zawodowym, zamieszkujący z osobami niespokrewnionymi.

Znaczne podobieństwo badanych osób z województwa mazowieckiego i śląskiego, stwierdzono także w obrębie przebiegu uzależnienia od narkotyków. Inicjacja narkotykowa, badanych osób z obydwu grup odbyła się pomiędzy 13 a 16 rokiem życia. W uzależnieniu narkotykowym badane osoby pozostawały od 16 do 20 lat. Większość respondentów z województwa mazowieckiego i śląskiego z powodu zażywania narkotyków doświadczyła wielokrotnie bójek, problemów z rodzicami, przyjaciółmi, partnerem oraz policją. Jako przyczynę zażywania narkotyków wskazując najczęściej problemy życiowe, a osoby uzależnione postrzegając jako ludzi chorych lub osoby z problemami.

Osoby uzależnione od opioidów podejmujące leczenie substytucyjne muszą nauczyć się konstruktywnie radzić sobie w wielu trudnych sytuacjach życiowych. Jedną z nich jest umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami, bez potrzeby zażywania substancji psychoaktywnych. Istnieje zatem konieczność udzielenia wsparcia osobom uzależnionym przede wszystkim przez wyspecjalizowane placówki lecznicze.

Badane osoby z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego korzystały ze wsparcia wielu różnych placówek leczenia uzależnień - zarówno ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Ranking placówek i metod terapeutycznych wskazuje nie tylko na preferencje osób uzależnionych od opioidów, ale w dużej mierze jest funkcją dostępności ofert terapeutycznych w danym województwie. Dla większości badanych, aktualne leczenie substytucyjne było pierwszym w życiu. Badane osoby uzależnione najczęściej korzystały z leku substytucyjnego w postaci metadonu w dawce od 51 do 100 mg na dobę.

Badania pozwoliły również na uchwycenie czynnika istotnego dla rozpoczęcia procesu leczenia. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia substytucyjnego, a tym samym utrzymaniu abstynencji narkotykowej to w większości decyzja własna badanych osób uzależnionych, zarówno z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego. Decyzja ta, jak się okazało u badanych osób z obydwu grup, podyktowana była chęcią zmiany dotychczasowego życia. Można zatem przypuszczać, że leczenie substytucyjne poprzedzone było „osiągnięciem dna”, czyli silnym kryzysem życiowym, będącym rezultatem zażywania narkotyków.

Z uzyskanych badań wynika, że badane osoby uzależnione dostrzegają korzyści wynikające ze wsparcia z podejmowanego leczenia substytucyjnego. Respondenci z województwa mazowieckiego najczęściej wymieniali trzy korzyści wynikające z podejmowanej terapii: trzeźwość, ogólną poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poprawę sytuacji ekonomicznej. Z kolei respondenci ze Śląska najczęściej wskazywali na korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia i sytuacji ekonomicznej oraz relacji z najbliższą rodziną. Najczęściej wymienianymi przez badane osoby uzależnione z Mazowsza i Śląska

barierami uniemożliwiającymi trwanie w abstinencji narkotykowej były przeszkody natury społecznej, szczególnie brak kapitału społecznego, czyli deficyty takich zasobów jak wsparcie osób bliskich, wsparcie terapeutyczne i praca, ale również środowisko społeczne, które nie sprzyja zmianie tj. otoczenie zażywające substancje psychoaktywne.

Leczenie substytucyjne dla osób uzależnionych stanowi ważny zasób osobisty. Tym bardziej optymistyczny jest wynik wskazujący, że większość badanych osób uzależnionych z obydwu województw czuje się rozumiana przez pracowników placówki leczenia substytucyjnego.

W toku przeprowadzonych badań uzyskano również dane od osób uzależnionych, którzy w pytaniach otwartych mogli wyrazić swoje uwagi oraz wskazać, co ich zdaniem należałoby zmienić w placówce leczenia substytucyjnego. W konsekwencji większość badanych osób z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego uznało, że nie ma potrzeby niczego zmieniać.

Optymizm przez R. Poprawę (2001) wymieniany jest jako jeden z zasobów, który sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Osoby optymistycznie nastawione do życia preferują zdrowszy styl życia, a w sytuacji choroby bardziej angażują się w proces leczenia (Carr, 2009). Tym samym zadowalający jest fakt, że badane osoby uzależnione w większości optymistycznie patrzą w przyszłość.

W związku z tym, że samoocena i poczucie własnej skuteczności są ważnymi zasobami osobistymi dla utrzymywania abstinencji i ukończenia terapii, badane osoby uzależnione dokonały również subiektywnej oceny tych zmiennych. Analizy empiryczne wykazały, że samoocena i poziom poczucia własnej skuteczności nie różnicuje istotnie statystycznie badanych grup. Badani z województwa mazowieckiego i śląskiego najczęściej określali poziom swojej samooceny jako raczej wysoki lub przeciętny. Podobnie oceniając poziom poczucia własnej skuteczności, jako raczej wysoki lub przeciętny. Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że badane osoby uzależnione żywią przekonanie, iż potrafią zachować się w określony sposób, wykonać określone w terapii uzależnień zadania, a tym samym są zdolne do kontynuowania leczenia substytucyjnego.

Badania potwierdzają, że wsparcie społeczne korzystnie oddziałuje na zdrowie, w tym zarówno na powrót do zdrowia, jak i proces rehabilitacji (Knoll, Schwarzer, 2012; Wrześniewski, Włodarczyk, 2012). Środowisko rodzinne ma duży wpływ na zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Analiza wyników badań wskazuje, że w grupie z województwa mazowieckiego, jak i województwa śląskiego dominowały osoby, które czują się akceptowane przez najbliższą rodzinę, mają dobre relacje z matkami

i pozytywny stosunek do rodzeństwa. Biorąc pod uwagę powyższe, oraz fakt, że rodzeństwo badanych osób z obydwu grup w większości nie zażywa narkotyków można stwierdzić, że rodzina prokreacyjna w postaci matki i rodzeństwa stanowi istotny bufor bezpieczeństwa dla osób uzależnionych, bezsprzecznie sprzyjający utrzymywaniu abstynencji. Badani z województwa mazowieckiego w większości pozytywnie ocenili relacje z ojcami, a respondenci z województwa śląskiego najczęściej relacje z ojcem ocenili negatywnie. W związku z tym, dla badanych z Mazowsza relacja z ojcem stanowi czynnik chroniący przed nawrotem uzależnienia, a dla badanych osób ze Śląska stanowi czynnik zagrażający abstynencji narkotykowej.

Prawie połowa badanych z województwa mazowieckiego i większość respondentów z województwa śląskiego pozostawała w związku partnerskim z osobą posiadającą wykształcenie średnie, nieuzależnioną lub uzależnioną utrzymującą abstynencję od substancji psychoaktywnych. To istotny zasób osobisty osób uzależnionych, gdyż jak wykazali B. McCrady, E. Epstein i C. Kahler (2004) funkcjonowanie w zadowolającym związku partnerskim jest pozytywnie skorelowane z utrzymywaniem abstynencji od substancji psychoaktywnych. Wykazano również, że troska o dzieci może skłaniać uzależnionych rodziców do podejmowania terapii (Wojcieszek, 2019).

Osoby posiadające gęstą sieć społeczną, rzadziej łamią abstynencję (Havassay, Hall, Wassermann, 1991). Tym samym środowisko pozarodzinne odgrywa istotną rolę wśród zasobów osobistych osób uzależnionych. Analiza danych wskazuje, że wśród badanych z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego dominowały osoby utrzymujące kontakty towarzyskie, określające swoje relacje ze znajomymi jako raczej dobre. Byłby to znaczący zasób osobisty osób leczonych substytucyjnie, gdyby nie fakt, że kontakty towarzyskie oparte są na znajomości z osobami zażywającymi różne substancje psychoaktywne, w tym narkotyki. Biorąc pod uwagę powyższe, środowisko pozarodzinne badanych osób uzależnionych należy rozpatrywać bardziej w kategorii czynnika zagrażającego - sprzyjającego nawrotowi, niż zasobu osobistego, sprzyjającego utrzymywaniu abstynencji narkotykowej.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki badań, wymienić można grupy czynników ryzyka, mogących przyczynić się do złamania abstynencji i nawrotu uzależnienia przez osoby podejmujące leczenie substytucyjne zarówno w województwie mazowieckim, jak i w województwie śląskim:

- a) czynniki społeczne: niski status ekonomiczny, brak pracy, złe relacje z ojcem, obecność osób uzależnionych w rodzinie generacyjnej, prokreacyjnej i środowisku pozarodzinnym;
- b) czynniki biologiczne: większe ryzyko nawrotu uzależnienia występuje wśród osób z współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi;

Otrzymane wyniki badań pozwoliły również na weryfikację postawionej hipotezy, w której założono, że miejsce leczenia substytucyjnego przyczynia się do znacznego zróżnicowania badanych osób uzależnionych od opioidów. Hipoteza ta, tylko w niewielkiej części została potwierdzona na podstawie porównania wyników badań osób podejmujących leczenie w województwie mazowieckim i województwie śląskim. Okazało się, że różnice istotne statystycznie wystąpiły w zakresie:

- rodzaju substancji użytej podczas inicjacji narkotykowej,
- częstość zażywania narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego,
- doświadczenia wypadku lub zranienia oraz napaści na skutek zażywania substancji psychoaktywnych,
- pobytu w szpitalu w związku z zażywaniem narkotyków,
- spożywania alkoholu w ostatnich 12 miesiącach leczenia substytucyjnego,
- długości leczenia substytucyjnego,
- poczucia zrozumienia i doświadczenia przejawów niechęci przez kadrę terapeutyczną placówki leczenia substytucyjnego,
- zmian, które należy wprowadzić w programie leczenia substytucyjnego,
- korzyści wynikających z obecnego leczenia substytucyjnego,
- kontaktów towarzyskich utrzymywanych przez osoby pozostające w leczeniu substytucyjnym.

Można zatem zakładać, że badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego i województwa śląskiego cechują się podobnym przebiegiem uzależnienia, zasobem osobistym w postaci leczenia substytucyjnego, oraz zasobami osobistymi w postaci poziomu samooceny i poczucia własnej skuteczności oraz nasileniem wsparcia społecznego od członków rodziny generacyjnej, prokreacyjnej i środowiska pozarodzinnego.

B. Saunders i S. Allsop (1997) twierdzą, że osoby mogące liczyć na oparcie w postaci dobrych stosunków interpersonalnych, dobrej pracy i kontaktów rodzinnych, mają większe szanse na udaną zmianę zachowania, niż osoby dotknięte złymi warunkami socjalno-bytowymi, brakiem pracy i zaburzonymi kontaktami z innymi ludźmi. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenie, uzyskane wyniki badań pozwalają dość optymistycznie patrzeć na leczenie substytucyjne, jako formę wsparcia osób uzależnionych od opioidów.



## Rozdział 6

### Wyniki i analiza danych z długości leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów do 5 lat i powyżej 5 lat (n=224)

W rozdziale szóstym wyniki badań podporządkowano hipotezie badawczej, która zakładała, że długość leczenia substytucyjnego różnicuje badane osoby uzależnione od opioidów.

Uzyskane wyniki omówiono w kolejności: charakterystyka badanych osób uzależnionych (punkt 6.1.), charakterystyka używania substancji psychoaktywnych przez badane osoby (punkt 6.2.), leczenie substytucyjne badanych osób (punkt 6.3.), samoocena i poczucie własnej skuteczności badanych osób (punkt 6.4.), wsparcie udzielane badanym osobom uzależnionym w trakcie leczenia substytucyjnego (punkt 6.5.), rodzina generacyjna badanych osób (punkt 6.5.1.), rodzina prokreacyjna i związki pozamałżeńskie badanych osób (punkt 6.5.2.), środowisko pozarodzinne badanych osób (punkt 6.5.3.) oraz podsumowanie (punkt 6.6.).

Większość obliczeń zilustrowano w formie opisowej (tabeli) oraz graficznej (wykresu).

#### 6.1. Charakterystyka badanych osób uzależnionych

Ogółem przebadano 224 osoby uzależnione od opioidów. Szczegółowe dane socjodemograficzne przedstawiono w tabelach 85-92 oraz na wykresach 6-7.

**Tabela 85. Płeć badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Płeć	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	28	24,8	34	30,6	62	27,7
Mężczyzna	85	75,2	77	69,4	162	72,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,957$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,327$

Źródło: opracowanie własne.

Powyżej przedstawiono charakterystykę badanych osób ze względu na płeć (tabela 85). Uzyskane wyniki wskazują, że długość leczenia substytucyjnego nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób pod względem płci (tabela 85). Większość respondentów z obydwu grup stanowili mężczyźni (odpowiednio: 75% i 69%). Warto jednak zwrócić uwagę na wzrost odsetka kobiet pozostających w leczeniu substytucyjnym powyżej 5 lat. Biorąc pod uwagę powyższe, można stwierdzić, że wraz z długością terapii substytucyjnej, wzrasta liczba kobiet podejmujących taki rodzaj leczenia.

**Tabela 86. Wiek badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Wiek	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
18 - 30 lat	20	17,7	6	5,4	26	11,6
31 - 40 lat	72	63,7	48	43,2	120	53,6
41-50 lat	15	13,3	39	35,1	54	24,1
51 i więcej lat	6	5,3	18	16,2	24	10,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 28,989$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

W związku z przeprowadzonym wnioskowaniem, potwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy długością leczenia substytucyjnego a wiekiem badanych osób ( $p < 0,01$ ) (tabela 86). Uzyskane w trakcie badań dane wskazują, że wśród respondentów z obydwu grup, dominowały osoby mające od 31 do 40 lat (odpowiednio: 64% i 43%). Wiek osób leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat mieścił się w przedziale 20-62 lata, a osób leczonych powyżej 5 lat, odpowiednio: 23-77 lat. Średnia wieku badanych osób leczonych krócej niż 5 lat wyniosła - 36 lat i 4 miesiące, a respondentów pozostających w aktualnym leczeniu substytucyjnym dłużej niż 5 lat - 42 lata i 8 miesięcy. Jak wskazują T. M. Chaplin, K. Hong, K. Bergquist i R. Sinha (2007), młody wiek jest czynnikiem zmniejszającym szanse na ukończenie całego programu terapeutycznego i uniknięcie nawrotów w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. W związku z tym, że w grupie osób leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat przeważają osoby młode, tym samym mają oni mniejsze szanse na ukończenie leczenia i utrzymywanie abstynencji, niż osoby o dłuższym stażu terapii substytucyjnej.

**Tabela 87. Miejsce zamieszkania badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Miejsce zamieszkania	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	5	4,4	1	0,9	6	2,7
Małe miasto do 50 tys.	20	17,7	11	9,9	31	13,8
Miasto do 200 tys.	17	15,0	27	24,3	44	19,6
Miasto 200-500 tys.	17	15,0	19	17,1	36	16,1
Miasto powyżej 500 tys.	54	47,8	53	47,7	107	47,8
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

W grupie badanych osób leczonych substytucyjnie do 5 lat i powyżej 5 lat, dominowali respondenci z miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (odpowiednio: 48% i 48%), natomiast najmniej było mieszkańców wsi (odpowiednio: 4% i 1%) (tabela 87). W związku z tym, że programy leczenia substytucyjnego zlokalizowane są głównie w dużych aglomeracjach miejskich, osoby uzależnione od opioidów, mieszkające w miejscowościach daleko położonych od dużych miast, pozbawione są niejednokrotnie możliwości skorzystania z substytucji (Charmast, 2020).

**Tabela 88. Wykształcenie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Wykształcenie	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe lub niższe	20	17,7	21	18,9	41	18,3
Zasadnicze zawodowe	37	32,7	31	27,9	68	30,4
Średnie	42	37,2	51	45,9	93	41,5
Policealne	6	5,3	4	3,6	10	4,5
Wyższe zawodowe lub wyższe magisterskie	8	7,1	4	3,6	12	5,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi2 = 3,140; df = 4; p < 0,534

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione z obu grup nie różniły się istotnie statystycznie pod względem posiadanego wykształcenia. Analiza wskazuje, że wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (odpowiednio: 37% i 46%) oraz wykształceniem zasadniczym zawodowym (odpowiednio: 33% i 28%) (tabela 88).

Wyniki badań własnych korespondują z wynikami otrzymanymi przez M. Nalaskowską i M. Cierpiałkowską (2014), wskazującymi na to, że większość osób leczonych substytucyjnie posiadało wykształcenie średnie.

**Tabela 89. Stan cywilny badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Stan cywilny	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kawaler/panna	40	35,4	30	27,0	70	31,3
Żonaty/zamężna	11	9,7	19	17,1	30	13,4
Rozwiedziony/ rozwiedziona	7	6,2	19	17,1	26	11,6
Wdowiec/wdowa lub w separacji	5	4,4	8	7,2	13	5,8
Związek nieformalny	50	44,2	35	31,5	85	37,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 12,422; df = 4; p < 0,014

Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane w tabeli 89 wyniki badań pozwalają stwierdzić, że stan cywilny różnicuje w sposób istotny statystycznie badane osoby z porównywanych grup ( $p < 0,05$ ). Większość badanych osób uzależnionych pozostawała w związku nieformalnym (odpowiednio: 44% i 32%). Niewiele mniej respondentów deklarowało stan wolny (odpowiednio: 35% i 27%). Znaczący jest również wzrost odsetka badanych osób leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, pozostający w związkach formalnych oraz wzrost odsetka osób rozwiedzionych (tabela 89).

Wśród predyktorów sukcesu w leczeniu uzależnień wymienia się m.in. zaangażowanie w związek. Oznacza to, że osoby uzależnione pozostające w związkach są bardziej zmotywowane do ukończenia terapii, niż osoby uzależnione – samotne (Wojnar, Ślufarska, Klimkiewicz, 2007).

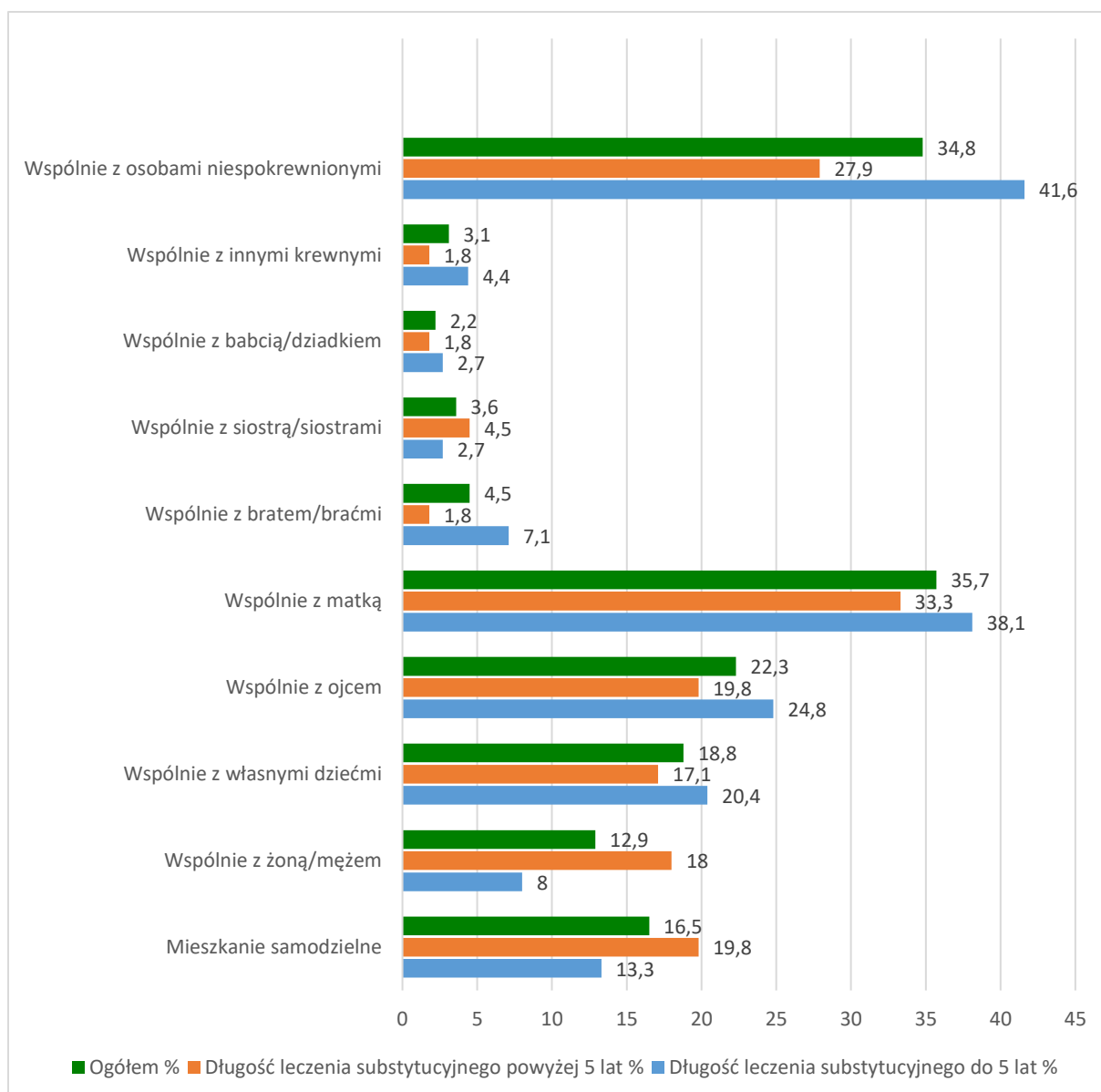
**Tabela 90. Sytuacja zawodowa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Sytuacja zawodowa	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Aktywny zawodowo	35	31,0	27	24,3	62	27,7
Bezrobotny, zarejestrowany w UP	26	23,0	20	18,0	46	20,5
Bezrobotny, niezarejestrowany w UP	9	8,0	3	2,7	12	5,4
Rencista	29	25,7	52	46,8	81	36,2
Zajmujący się domem	2	1,8	2	1,8	4	1,8
Student/uczeń	5	4,4	1	0,9	6	2,7
Inna sytuacja	7	6,2	6	5,4	13	5,8
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Uzyskane w trakcie badań dane wskazują, że wśród respondentów leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, dominowały osoby aktywne zawodowo (31%) oraz renciści (26%). Z kolei w grupie osób leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, 47% stanowili renciści, a w drugiej kolejności osoby aktywne zawodowo (24%). Tym samym, można wysnuć wniosek, że długotrwałe leczenie substytucyjne, prawdopodobnie nie sprzyja podejmowaniu przez osoby uzależnione od opioidów aktywności zawodowej.



**Wykres 6. Sytuacja mieszkaniowa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Badane osoby uzależnione leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat najliczniej deklarowały wspólne zamieszkiwanie z osobami niespokrewnionymi (42%) oraz z matką (38%), a w dalszej kolejności z ojcem (25%). Z kolei wśród badanych osób leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, dominowali respondenci zamieszkujący wspólnie z matką (33%) oraz z osobami niespokrewnionymi (28%). Samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego dotyczyło odpowiednio: 13% i 20% badanych z obu grup (wykres 6).

**Tabela 91. Liczba dzieci badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Liczba dzieci	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak dzieci	60	53,1	48	43,2	108	48,2
Jedno dziecko	30	26,5	34	30,6	64	28,6
Dwoje lub troje dzieci	23	20,4	29	26,1	52	23,2
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 2,258; df = 2; p < 0,323

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane w trakcie badań dane wskazują, że w zakresie liczby posiadanych dzieci nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w porównywanych grupach (tabela 91). W grupie osób leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, przeważali respondenci bezdzietni (53%). Z kolei osoby uzależnione leczone substytucyjnie dłużej niż 5 lat w większości posiadały dzieci (57%). Taki rozkład omawianej cechy może mieć związek z wiekiem badanych osób, gdzie najliczniejszą grupę wśród respondentów leczonych substytucyjnie do 5 lat stanowiły osoby pomiędzy – 31 a 40 rokiem życia, a wśród respondentów leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, osoby pomiędzy 31-40 rokiem życia i niemalże tyle samo osób pomiędzy - 41 a 50 rokiem życia.



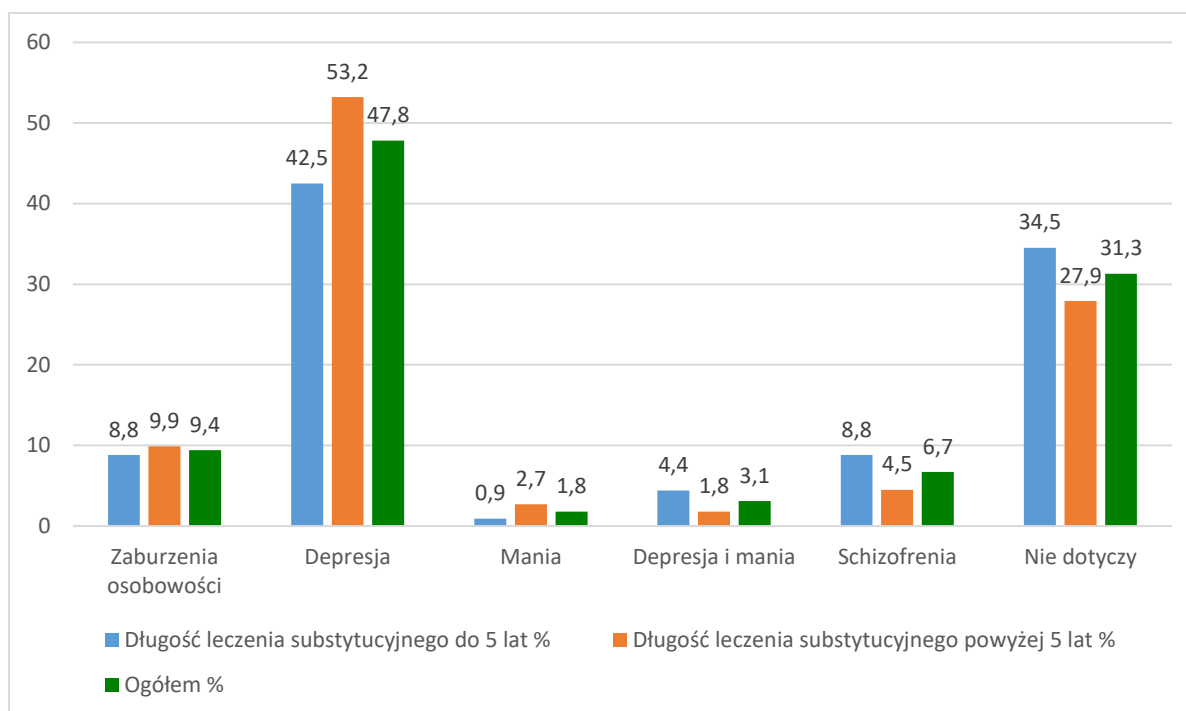
**Tabela 92. Subiektywna ocena zadowolenia z sytuacji finansowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena sytuacji finansowej	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie zadowolony ze swojej sytuacji finansowej	4	3,5	3	2,7	7	3,1
Zadowolony ze swojej sytuacji finansowej	27	23,9	20	18,0	47	21,0
Niezadowolony ze swojej sytuacji finansowej	35	31,0	38	34,2	73	32,6
Zdecydowanie niezadowolony ze swojej sytuacji finansowej	26	23,0	25	22,5	51	22,8
Trudno powiedzieć	21	18,6	25	22,5	46	20,5
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Większość badanych osób uzależnionych z obu grup nie była zadowolona ze swojej sytuacji finansowej (odpowiednio: 54% i 57%). Stąd nasuwa się wniosek bardziej natury ogólnej, niż wynikający z obecnych badań, że długość leczenia substytucyjnego nie wpływa na postrzeganie sytuacji finansowej przez osoby uzależnione od opioidów.



**Wykres 7. Współistniejące zaburzenia psychiczne badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Na podstawie analizy współistniejących zaburzeń psychicznych (wykres 7) należy stwierdzić, że wśród badanych z porównywanych grup przeważały osoby doświadczające depresji (odpowiednio: 43% i 53%). W dalszej kolejności znalazły się osoby doświadczające zaburzeń osobowości (odpowiednio: 9% i 10%) oraz schizofrenii (odpowiednio: 9% i 5%). Najczęściej spotykanymi zaburzeniami psychicznymi u osób uzależnionych od opioidów są zaburzenia o typie depresyjnym i lękowym oraz antyspołeczne zaburzenia osobowości (Radomska, Bisaga, Popik, 2000). Tym samym uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze badania.

Reasumując, należy podkreślić, że uzyskane wyniki osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat okazały się podobne do rezultatów osób leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat. Z puli cech społeczno-demograficznych tylko dwie miały istotniejsze (pod względem statystycznym) znaczenie, był to wiek oraz stan cywilny.

## 6.2. Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych przez badane osoby

Problemem związanym z używaniem narkotyków zajmuje się Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), będące agendą Komisji Europejskiej. Jak wynika z raportów EMCDDA, problem uzależnienia od narkotyków zarówno w Polsce, jak i w całej Europie sukcesywnie się pogłębia. Zmiany te dotyczą zarówno wieku inicjacji narkotykowej, jak i rodzajów substancji psychoaktywnych oraz sposobów ich przyjmowania. Biorąc pod uwagę powyższe, dokonano charakterystyki używania substancji psychoaktywnych przez badane osoby uzależnione. Wyniki badań w tym zakresie prezentują tabele 93-114 oraz wykres 8.

**Tabela 93. Subiektywna ocena przyczyn zażywania narkotyków przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena przyczyn zażywania narkotyków	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ciekawość	31	27,4	22	19,8	53	23,7
Poczucie nudy	14	12,4	14	12,6	28	12,5
Własna głupota	11	9,7	3	2,7	14	6,3
Problemy życiowe	48	42,5	62	55,9	110	49,1
Trudno powiedzieć	9	8,0	10	9,0	19	8,5
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

W trakcie realizacji procesu badawczego dokonano próby udzielenia odpowiedzi na pytanie o powody, dla których ludzie sięgają po narkotyki. Wyniki przedstawiono w tabeli 93. Najczęściej wskazywanym argumentem były problemy życiowe. Takiego wyboru z obu porównywanych grup dokonało 43% i 56% badanych. Nieco rzadziej wskazywaną odpowiedzią była ciekawość (odpowiednio: 27% i 20%). Badane osoby podawały także, że poczucie nudy było ważnym powodem sięgnięcia po narkotyki. W pewien sposób uzyskane dane potwierdzają badania A. Kotwasa, P. Zabielskiej i B. Karakiewcz (2020). Autorzy stwierdzili bowiem, że zdaniem osób uzależnionych leczonych substytucyjnie inicjacja narkotykowa związana jest poza ciekawością, z przyjemnymi odczuciami płynącymi

z odurzania się oraz chęcią dostosowania do zachowań grupy rówieśniczej. Z kolei problemy rodzinne oraz intymne przyczyniają się do rozwoju uzależnienia.

**Tabela 94. Poglądy badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego na temat osób uzależnionych od narkotyków**

Poglądy na temat ludzi uzależnionych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chorzy ludzie	41	36,3	34	30,6	75	33,5
Osoby potrzebujące pomocy	14	12,4	11	9,9	25	11,2
Osoby wzbudzające żal i współczucie	5	4,4	11	9,9	16	7,1
Osoby z problemami/zagubieni/nieszczęśliwi	20	17,7	18	16,2	38	17,0
Osoby takie same, jak ludzie zdrowi	8	7,1	16	14,4	24	10,7
Trudno powiedzieć	25	22,1	21	18,9	46	20,5
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,365$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,272$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby charakteryzowały się zróżnicowanym postrzeganiem osób uzależnionych od narkotyków (tabela 94). Najwięcej badanych postrzegало osoby uzależnione, jako ludzi chorych (odpowiednio: 36% i 31%). Stosunkowo liczna była również grupa określająca osoby uzależnione jako ludzi z problemami, zagubionych i nieszczęśliwych (odpowiednio: 18% i 16%). Analiza uzyskanych danych nie wykazała istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w analizowanym aspekcie.

**Tabela 95. Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Wiek inicjacji narkotykowej	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
8-12 lat	15	13,3	10	9,0	25	11,2
13-16 lat	68	60,2	77	69,4	145	64,7
17-20 lat	25	22,1	18	16,2	43	19,2
21 lat i więcej	5	4,4	6	5,4	11	4,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,771$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,428$

Źródło: opracowanie własne.

Wiek rozpoczęcia zażywania środków psychoaktywnych, wskazywany przez respondentów, podzielono zgodnie z przyjętą przez autorkę klasyfikacją przedziałową (tabela 95). Z przeprowadzonej analizy wynika, że najliczniejsza grupa respondentów, tj. 60% leczonych substytucyjnie nie dłużej niż 5 lat oraz 69% leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, doświadczyła pierwszego kontaktu z substancjami psychoaktywnymi przed ukończeniem 16 roku życia. Wyniki testu Chi-kwadrat świadczą o tym, że długość leczenia substytucyjnego nie różnicuje badanych osób pod względem wieku inicjacji narkotykowej. Uzyskane dane korespondują z tymi, przedstawionymi przez A. Kubę, Z. Wawrzyniaka, J. Zalewską-Kaszubską (2014), wskazującymi, że większość osób podejmujących terapię metadonem to osoby, które inicjacji narkotykowej dokonały w wieku adolescencji.

**Tabela 96. Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Rodzaj narkotyku	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Marihuana	88	77,9	70	63,1	158	70,5
Amfetamina	11	9,7	12	10,8	23	10,3
Heroina	14	12,4	29	26,1	43	19,2
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 7,309$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,025$

Źródło: opracowanie własne.

W badaniach uwzględniono także pytanie dotyczące środka psychoaktywnego użytego podczas inicjacji narkotykowej. Grupy objęte badaniami różniły się istotnie statystycznie pod względem przyjmowanej podczas inicjacji narkotykowej substancji psychoaktywnej ( $p < 0,05$ ). Dane zamieszczone w tabeli 96 wskazują, że 78% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 63% leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, podczas inicjacji narkotykowej zażywało marihuanę. Można również zauważyć, że osoby leczone substytucyjnie dłużej, częściej dokonywały inicjacji narkotykowej zażywając heroinę.

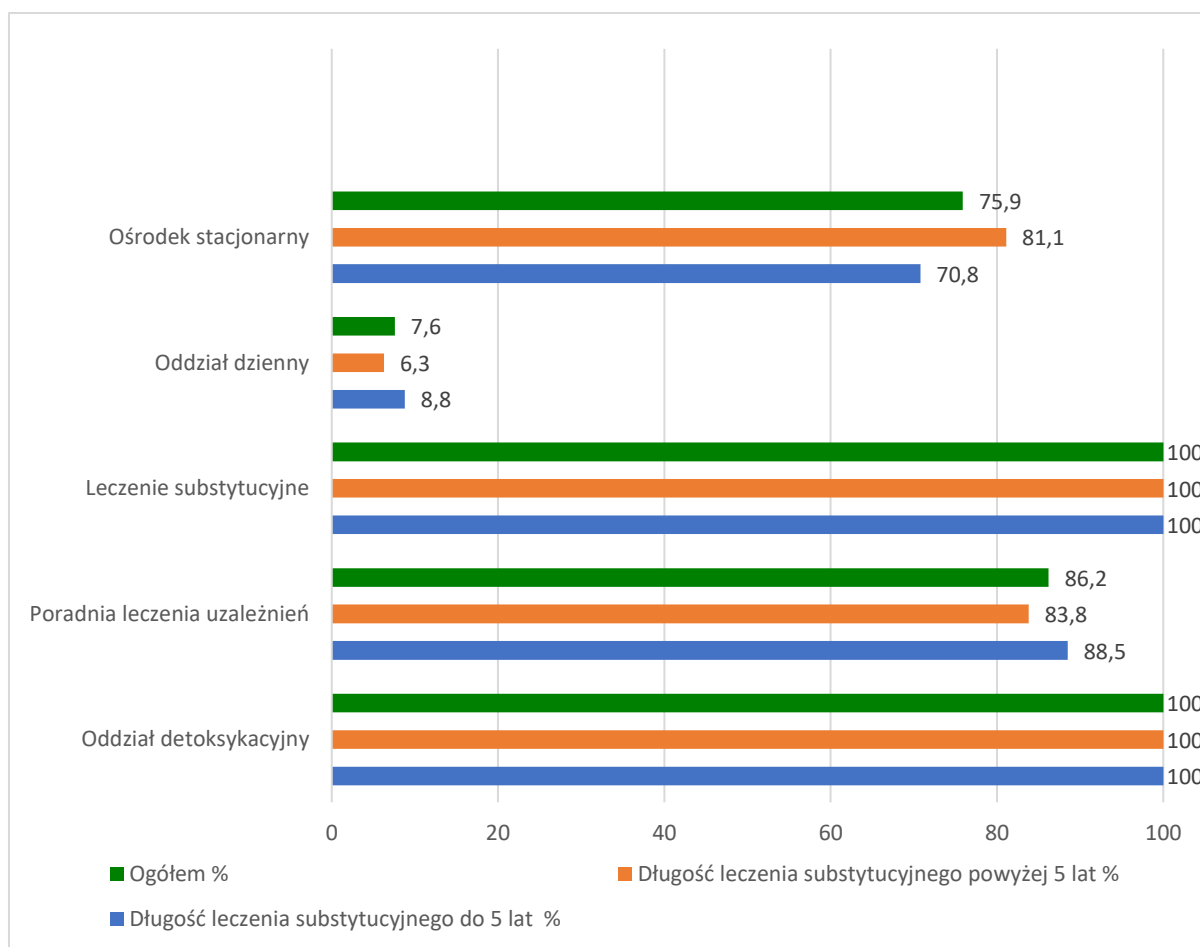
**Tabela 97. Sytuacje, podczas których badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego doświadczyły presji zażycia narkotyków ze strony znajomych**

Presja zażycia narkotyków	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wywieranie presji podczas imprezy	17	15,0	5	4,5	22	9,8
Usilne zachęty pod pretekstem poprawy nastroju	12	10,6	6	5,4	18	8,0
Zmuszanie siłowe	8	7,1	10	9,0	18	8,0
Nie dotyczy	76	67,3	90	81,1	166	74,1
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 9,931; df = 3; p < 0,019

Źródło: opracowanie własne.

Analiza międzygrupowa wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie sytuacji, odnoszących się do wywoływania presji w celu zażycia narkotyków ( $p < 0,05$ ). Wśród badanych osób - 26% leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat i 10% leczonych powyżej 5 lat, doświadczyło takiej sytuacji. Presji zażycia narkotyków podczas udziału w imprezie doświadczyło odpowiednio: 15% i 5% badanych. Z kolei presji związanej z zażyciem narkotyków pod pretekstem poprawy nastroju doświadczyło odpowiednio: 10,6% oraz 5,4% badanych (tabela 97). Jak dowodzi B. Kosek-Nita (2008), młodzi ludzie często wbrew swojej woli, pod wpływem presji znajomych i chęci zdobycia szacunku rówieśników, sięgają po substancje psychoaktywne.



**Wykres 8. Dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Analiza dotychczasowego przebiegu leczenia wskazuje, że wśród badanych z porównywanych grup dominowały osoby, które przed podjęciem aktualnego leczenia substytucyjnego korzystały z różnych form leczenia uzależnień. Najczęściej było to leczenie na oddziale detoksykacyjnym, w poradni leczenia uzależnień i terapia w ośrodku stacjonarnym (wykres 8). Uzyskane dane potwierdzają wcześniejsze badania A. Kotwasa, P. Zabielskiej i B. Karakiewicz (2020), wskazującymi, że większość osób uzależnionych (73,9%) przed przystąpieniem do terapii substytucyjnej przebywała w innych ośrodkach leczenia uzależnienia od narkotyków.



**Tabela 98. Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości terapii substytucyjnej z leczenia na oddziale detoksykacyjnym**

Częstość korzystania z leczenia na oddziale detoksykacyjnym	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Od 0 do 5 razy	39	34,5	31	27,9	70	31,3
Od 6 do 10 razy	18	15,9	18	16,2	36	16,1
Od 11 do 15 razy	7	6,2	9	8,1	16	7,1
16 razy i więcej	7	6,2	10	9,0	17	7,6
Brak danych	42	37,2	43	38,7	85	37,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,629$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,652$

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych osób z obu grup przeważali respondenci korzystający z leczenia na oddziale detoksykacyjnym nie więcej, niż pięć razy (odpowiednio: 35% i 28%), a w dalszej kolejności osoby przebywające na oddziale detoksykacyjnym do dziesięciu razy (odpowiednio: 16% i 16%). Nie wykryto istotności statystycznej w analizowanym aspekcie. Biorąc pod uwagę analizy międzygrupowe w tym zakresie, wyniki mogą niepokoić, gdyż z przeglądu literatury wiadomo, że wcześniejsze problemy z ukończeniem terapii uzależnień, są czynnikiem zmniejszającym szanse na ukończenie całego programu terapeutycznego (Chaplin, Hong, Bergquist, Sinha, 2007).

**Tabela 99. Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego z poradni leczenia uzależnień**

Częstość korzystania z poradni uzależnień	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	13	11,5	18	16,2	31	13,8
Jeden raz	21	18,6	16	14,4	37	16,5
Od 2 do 4 razy	20	17,7	19	17,1	39	17,4
5 razy i więcej	13	11,5	9	8,1	22	9,8
Brak danych	46	40,7	49	44,1	95	42,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,044$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,563$

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 99 wskazują, że liczba podejmowanych prób leczenia w poradni uzależnień jest podobna w porównywanych grupach. Respondenci podejmujący terapię substytucyjną krócej niż 5 lat, najczęściej korzystali z leczenia w poradni uzależnień jeden raz (19%). Z kolei badane osoby pozostającej w terapii substytucyjnej dłużej niż 5 lat, z leczenia w poradni uzależnień korzystały zazwyczaj od dwóch do czterech razy (17%). Warto wziąć pod uwagę duży odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o częstość leczenia w poradni uzależnień. Być może uzyskane dane, w sposób znaczący zmieniłyby otrzymane wyniki.

**Tabela 100. Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości terapii substytucyjnej z leczenia na oddziale dziennym**

Częstość korzystania z leczenia na oddziale dziennym	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	103	91,2	104	93,7	207	92,4
Jeden raz	10	8,8	5	4,5	15	6,7
Dwa razy	-	-	2	1,8	2	0,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z danych zawartych w tabeli 100 wynika, że większość respondentów z porównywanych grup nie podejmowała leczenia uzależnień na oddziale dziennym (odpowiednio: 91% i 94%). Z powodu niewielkiej liczby takich placówek w Polsce, uzyskany wynik nie zaskakuje.

**Tabela 101. Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego z terapii w ośrodku stacjonarnym**

Częstość korzystania z leczenia w ośrodku stacjonarnym	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ani razu	33	29,2	21	18,9	54	24,1
Jeden raz	20	17,7	16	14,4	36	16,1
Od 2 do 3 razy	19	16,8	21	18,9	40	17,9
4 razy i więcej	8	7,1	15	13,5	23	10,3
Brak danych	33	29,2	38	34,2	71	31,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 5,031$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,169$

Źródło: opracowanie własne.

Badane grupy zostały porównane pod względem częstości korzystania z leczenia w ośrodku stacjonarnym (tabela 101). Nie wykryto różnic istotnych statystycznie w analizowanym aspekcie. Wśród badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat dominowały osoby, które podejmowały leczenie uzależnień w ośrodku stacjonarnym (42%). Z terapii stacjonarnej nie korzystało 29% badanych. Z kolei wśród badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, również przeważały osoby, które realizowały leczenie stacjonarne (47%). Odsetek respondentów nie korzystających z leczenia w tej formie wynosił - 19%. Można przypuszczać, że uzyskane wyniki byłyby inne, gdyby nie duży odsetek osób z obu grup (odpowiednio: 29% i 34%) które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o podejmowane próby terapii stacjonarnej.

**Tabela 102. Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Czas trwania uzależnienia	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Od roku do 5 lat	29	25,7	14	12,6	43	19,2
Od 6 do 10 lat	34	30,1	16	14,4	50	22,3
Od 11 do 15 lat	12	10,6	19	17,1	31	13,8
Od 16 do 20 lat	34	30,1	36	32,4	70	31,3
21 i więcej lat	4	3,5	26	23,4	30	13,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 29,468$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym różnicuje w sposób istotny statystycznie badane osoby uzależnione z porównywanych grup ( $p < 0,01$ ). Wśród badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, przeważały osoby pozostające w uzależnieniu od 6 do 10 lat (30%) i osoby długotrwale pozostające w uzależnieniu narkotykowym, tj. od 16 do 20 lat (30%). Z kolei wśród badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, dominowały osoby, u których uzależnienie trwało od 16 do 20 lat (32%) oraz respondenci pozostający w uzależnieniu narkotykowym co najmniej 21 lat (23%) (tabela 102).

Średni czas trwania uzależnienia narkotykowego respondentów leczonych substytucyjnie poniżej 5 lat, wynosił - 2 lata i 8 miesięcy, a badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat - 16 lat i 8 miesięcy.

**Tabela 103. Częstość zażywania narkotyków do momentu podjęcia aktualnej terapii przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Częstość zażywania narkotyków	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kilka razy w ciągu dnia	93	82,3	98	88,3	191	85,3
Raz dziennie	20	17,7	13	11,7	33	14,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,598$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,206$

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 103 wynika, że częstość zażywania narkotyków przed podjęciem leczenia substytucyjnego jest podobna u respondentów z porównywanych grup. W obu grupach przeważały osoby, które do momentu podjęcia leczenia substytucyjnego zażywały narkotyki kilka razy w ciągu dnia (odpowiednio: 82% i 88%).

**Tabela 104. Uczestnictwo w bójkach badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Uczestnictwo w bójkach	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	15	13,3	19	17,1	34	15,2
Tak, więcej niż jeden raz	52	46,0	58	52,3	110	49,1
Nie, ani razu	46	40,7	34	30,6	80	35,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,580$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,275$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby z porównywanych grup nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie uczestnictwa w bójkach spowodowanych zażywaniem narkotyków (tabela 104). W obu grupach dominowali respondenci, którzy z powodu zażywania narkotyków wdali się w bójkę więcej niż jeden raz (odpowiednio: 46% i 52%). Stosunkowo liczną grupę stanowiły również osoby, które nigdy nie wdały się w bójkę z powodu zażywania narkotyków (odpowiednio: 41% i 31%).

**Tabela 105. Wypadek lub zranienie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Wypadek lub zranienie	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	14	12,4	22	19,8	36	16,1
Tak, więcej niż jeden raz	60	53,1	47	42,3	107	47,8
Nie, ani razu	39	34,5	42	37,8	81	36,2
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,450$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,178$

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że nie występuje różnica istotnie statystyczna w zakresie wypadku lub zranienia spowodowanego zażywaniem narkotyków (tabela 105). Wśród badanych z obu grup przeważały osoby, które na skutek zażywania narkotyków doświadczyły wypadku lub zranienia (odpowiednio: 53% i 42%).

**Tabela 106. Samookaleczenie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Samookaleczenie	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	7	6,2	11	9,9	18	8,0
Tak, więcej niż jeden raz	28	24,8	38	34,2	66	29,5
Nie, ani razu	78	69,0	62	55,9	140	62,5
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,215$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,121$

Źródło: opracowanie własne.

Pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badane osoby leczonymi substytucyjnie krócej niż 5 lat i leczonymi substytucyjnie dłużej niż 5 lat, nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie samookaleczenia (tabela 106). Zdecydowana większość respondentów z obu porównywanych grup nie samookaleczała się z powodu zażywania narkotyków. Tak odpowiedziało - 69% i 56% badanych osób.

**Tabela 107. Powtarzanie klasy przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Powtarzanie klasy	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	12	10,6	18	16,2	30	13,4
Tak, więcej niż jeden raz	27	23,9	32	28,8	59	26,3
Nie, ani razu	74	65,5	61	55,0	135	60,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,858$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,112$

Źródło: opracowanie własne.

Nie ujawniono istotnych zależności pomiędzy długością leczenia substytucyjnego a powtarzaniem klasy przez badane osoby uzależnione (tabela 107). Zarówno w grupie osób leczonych substytucyjnie mniej niż 5 lat, jak i w grupie badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, przeważały osoby, które z powodu zażywania narkotyków nie powtarzały klasy (odpowiednio: 66% i 55%).

**Tabela 108. Problemy w relacji z rodzicami badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z rodzicami	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	12	10,6	3	2,7	15	6,7
Tak, więcej niż jeden raz	89	78,8	87	78,4	176	78,6
Nie, ani razu	12	10,6	21	18,9	33	14,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z danych zawartych w tabeli 108 wynika, że większość badanych osób z obu grup, wielokrotnie doświadczyła problemów w relacji z rodzicami na skutek zażywania narkotyków (odpowiednio: 79% i 78%).

**Tabela 109. Problemy w relacji z przyjaciółmi badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z przyjaciółmi	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	9	8,0	8	7,2	17	7,6
Tak, więcej niż jeden raz	93	82,3	78	70,3	171	76,3
Nie, ani razu	11	9,7	25	22,5	36	16,1
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 6,801$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,033$

Źródło: opracowanie własne.



Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi osobami uzależnionymi w zakresie problemów w relacji z przyjaciółmi, spowodowanymi zażywaniem narkotyków ( $p < 0,05$ ). Dane zawarte w tabeli 109 wskazują, że osoby leczone substytucyjnie krócej, częściej doświadczaly problemów w relacji z przyjaciółmi na skutek zażywania narkotyków, niż osoby podejmujące leczenie substytucyjnie trwające dłużej.

**Tabela 110. Problemy w relacji z partnerem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy w relacji z partnerem	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	9	8,0	6	5,4	15	6,7
Tak, więcej niż jeden raz	86	76,1	82	73,9	168	75,0
Nie, ani razu	18	15,9	23	20,7	41	18,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,287$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,525$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione z obu grup nie różniły się między sobą w sposób istotny statystycznie pod względem problemów w relacji z partnerem, spowodowanych zażywaniem narkotyków. Do wielokrotnych problemów w relacji z partnerem przyznało się 76% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 74% badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat (tabela 110).

**Tabela 111. Problemy z policją badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Problemy z policją	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	10	8,8	13	11,7	23	10,3
Tak, więcej niż jeden raz	83	73,5	79	71,2	162	72,3
Nie, ani razu	20	17,7	19	17,1	39	17,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,497$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,779$

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 111 wynika, że badane osoby uzależnione z porównywanych grup mają podobne problemy z policją, powstałe na skutek zażywania narkotyków. Do wielokrotnych problemów z policją z powodu zażywania narkotyków przyznało się odpowiednio: 74% i 71% respondentów. Jak wskazuje literatura przedmiotu, problemy z prawem są czynnikiem zmniejszającym szanse na ukończenie terapii (Chaplin, Hong, Bergquist, Sinha, 2007). W związku z powyższym, przedstawione analizy międzygrupowe nie jawią się optymistycznie.

**Tabela 112. Doświadczenie napaści badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków**

Doświadczenie napaści	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	24	21,2	21	18,9	45	20,1
Tak, więcej niż jeden raz	54	47,8	52	46,8	106	47,3
Nie, ani razu	35	31,0	38	34,2	73	32,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,343$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,842$

Źródło: opracowanie własne.

Napaści spowodowanej zażywaniem narkotyków podobnie często doświadczały osoby leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz osoby leczone substytucyjnie powyżej 5 lat (tabela 112). Wśród badanych z porównywanych grup dominowały osoby, które z powodu zażywania narkotyków doświadczyły napaści więcej, niż jeden raz (odpowiednio: 48% i 47%).

**Tabela 113. Pobyt w szpitalu badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowany zażywaniem narkotyków**

Pobyt w szpitalu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak, jeden raz	18	15,9	27	24,3	45	20,1
Tak, więcej niż jeden raz	66	58,4	57	51,4	123	54,9
Nie, ani razu	29	25,7	27	24,3	56	25,0
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,512$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,284$

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 113 wskazują, że badane osoby z obu grup nie różniły się w sposób istotny statystycznie w analizowanym aspekcie. Wśród badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat – 58% doświadczyło wielokrotnego pobytu w szpitalu z powodu zażywania narkotyków. Podobne wyniki uzyskali respondenci podejmujący leczenie substytucyjne trwające dłużej niż 5 lat (51%).

**Tabela 114. Spożywanie alkoholu przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego w trakcie ostatnich 12 miesięcy**

Spożywanie alkoholu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Codziennie lub prawie codziennie	16	14,2	11	9,9	27	12,1
3 - 4 dni w tygodniu	9	8,0	7	6,3	16	7,1
1 – 2 dni w tygodniu	20	17,7	14	12,6	34	15,2
2 – 3 dni w miesiącu	11	9,7	12	10,8	23	10,3
1 raz w miesiącu	8	7,1	20	18,0	28	12,5
Rzadziej niż raz w miesiącu	20	17,7	7	6,3	27	12,1
W ogóle w ciągu ostatnich 12 miesięcy	29	25,7	40	36,0	69	30,8
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 15,417$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,017$

Źródło: opracowanie własne.

Badanych zapytano także o spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a zatem w trakcie aktualnego leczenia substytucyjnego. Okazało się, że badane osoby różniły się w sposób istotny statystycznie w wziętym pod uwagę aspekcie ( $p < 0,05$ ). Do spożywania alkoholu, pomimo udziału w terapii substytucyjnej przyznało się 74% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 64% badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat. Jak donosi literatura przedmiotu, osoby uzależnione, pomimo leczenia substytucyjnego mają skłonność do spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubska, 2014; Fudalej, Wojnar, 2016; Kotwas, Zabielska, Karakiewicz, 2020).

Podsumowując uzyskane wyniki dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez osoby uzależnione, stwierdzono znaczne podobieństwo porównywanych grup. Między grupami w obrębie: rodzaju substancji użytej podczas inicjacji narkotykowej, presji zażycia narkotyku, czasu trwania nałogu narkotykowego, problemów z policją spowodowanych zażywaniem narkotyków oraz spożywaniem alkoholu w ostatnich 12 miesiącach stwierdzono różnice istotne statystycznie.

### 6.3. Leczenie substytucyjne badanych osób

W rozdziale tym przedstawiono w tabelach 115–137 i na wykresie 9 wyniki badanych osób uzależnionych od opioidów w zakresie leczenia substytucyjnego.

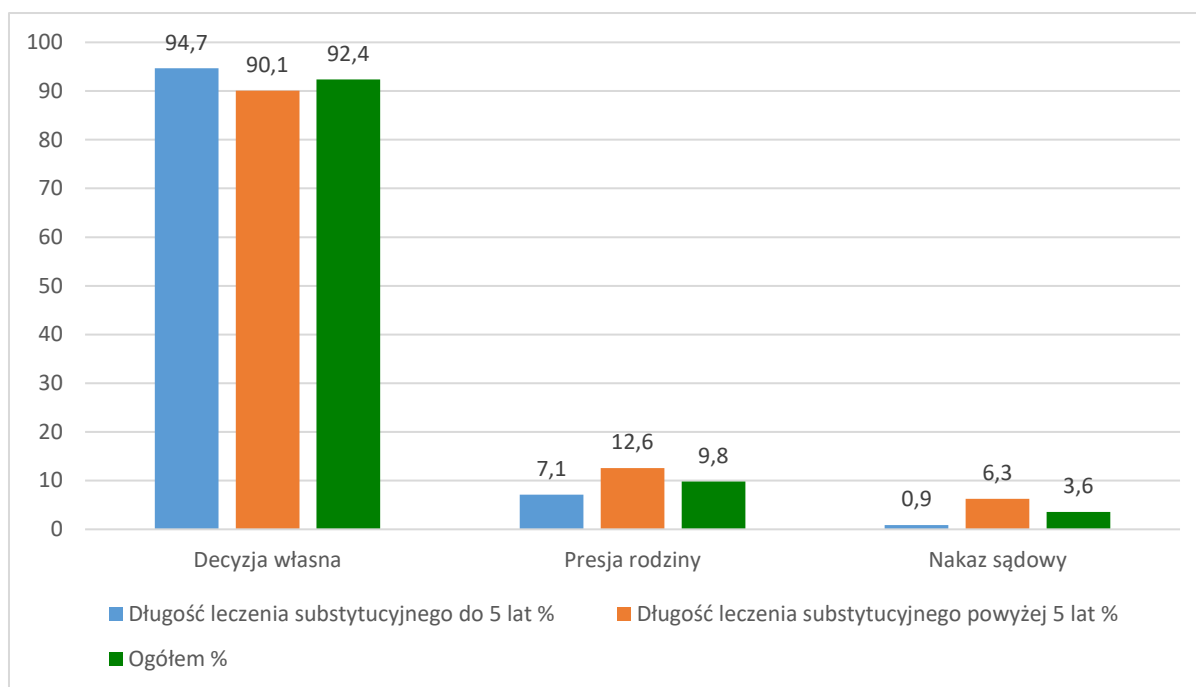
**Tabela 115. Liczba terapii substytucyjnych podejmowanych przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Liczba terapii substytucyjnych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jeden raz	58	51,3	67	60,4	125	55,8
Od 2 do 3 razy	45	39,8	37	33,3	82	36,6
4 i więcej razy	10	8,8	7	6,3	17	7,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,940$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,379$

Źródło: opracowanie własne.

Badane grupy zostały porównane pod względem liczby podejmowanych terapii substytucyjnych (tabela 115). Okazało się, że badane osoby uzależnione są podobne w analizowanym aspekcie. Aktualnie realizowana terapia była dla większości badanych pierwszą próbą walki z uzależnieniem od opioidów opartą o program substytucyjny (odpowiednio: 51% i 60%). Taki rozkład uzyskanych danych może być związany z faktem, że badane osoby z województwa śląskiego, to w dużej mierze osoby leczące się powyżej 5 lat, a na Śląsku istnieje tylko jeden podmiot leczenia substytucyjnego. Tym samym można przypuszczać, że badane osoby z województwa śląskiego wskazywały, iż leczą się po raz pierwszy, gdyż realizowały terapię zawsze w tym samym podmiocie leczniczym.



**Wykres 9. Czynniki, które skłoniły badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej**

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Stopień w jakim osoba uzależniona czuje się gotowa do zmiany swojego dotychczasowego życia i względny wpływ innych czynników motywujących przyczyniających się do podejmowania decyzji, mogą stanowić dobry predyktor skuteczności terapii. Poza gotowością do zmiany, ważne jest również to, czy motywacja jest wewnętrzna czy zewnętrzna. Literatura przedmiotu wskazuje, że terapia podyktowana presją otoczenia może być skuteczna, ale prawdopodobieństwo osiągnięcia trwałego sukcesu terapeutycznego wzrasta, w momencie ukształtowania się w osobie uzależnionej, motywacji wewnętrznej (Holt, Kranitz, Cooney, 2013). Większość badanych z obu porównywanych grup wskazała, że aktualne leczenie substytucyjne podyktowane było ich własną decyzją (odpowiednio: 95% i 90%). Biorąc pod uwagę powyższe, uzyskane wyniki budzą optymizm.

**Tabela 116. Elementy kluczowe decyzji własnej, które skłoniły badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej**

Elementy kluczowe decyzji własnej	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chęć zmiany dotychczasowego stylu życia	50	44,2	40	36,0	90	40,2
Problemy ze zdrowiem	36	31,9	35	31,5	71	31,7
Problemy finansowe	7	6,2	6	5,4	13	5,8
Chęć poprawy relacji z rodziną	14	12,4	19	17,1	33	14,7
Nie dotyczy	6	5,3	11	9,9	17	7,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,412$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,491$

Źródło: opracowanie własne.

Przeanalizowano również czynniki mające wpływ na udział w aktualnym leczeniu substytucyjnym (tabela 116). Najczęściej padającym motywem, wskazywanym przez większość badanych, była chęć zmiany dotychczasowego stylu życia (odpowiednio: 44% i 36%). Spośród innych powodów wymieniano: problemy ze zdrowiem (odpowiednio: 32% i 32%) oraz chęć poprawy relacji rodzinnych (odpowiednio: 12% i 17%). Wyżej zaprezentowane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że elementy kluczowej decyzji własnej, które skłoniły badane osoby do podjęcia leczenia substytucyjnego, nie różnicują ich w sposób istotny statystycznie. Uzyskane dane korespondują z wcześniej przeprowadzonymi badaniami, z których wynika, że większość badanych osób uzależnionych podejmuje leczenie substytucyjne z powodu chęci zerwania z nałogiem – co można rozumieć, jako chęć zmiany dotychczasowego stylu życia (Kotwas, Zabielska, Karakiewicz, 2020).

**Tabela 117. Miejsce aktualnej terapii badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Miejsce aktualnego leczenia substytucyjnego	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Województwo mazowieckie	71	58,2	51	41,8	122	100
Województwo śląskie	42	41,2	60	58,8	102	100
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 6,437; df = 1; p < 0,011

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy ujawniły zależności istotne statystycznie pomiędzy długością trwania leczenia substytucyjnego a miejscem aktualnego leczenia w porównywanych grupach ( $p < 0,05$ ) (tabela 117). W grupie respondentów leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, dominowały osoby podejmujące terapię w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie województwa mazowieckiego (58%). Z kolei w grupie respondentów leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, przeważały osoby pozostające w terapii w placówkach zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego (59%). Można zatem przypuszczać, że lokalizacja placówki leczenia substytucyjnego ma wpływ na długość leczenia substytucyjnego. Takie rozstrzygnięcie jest prawdopodobnie związane z tym, że na terenie województwa mazowieckiego jest kilka placówek leczniczych oferujących terapię substytucyjną. Dzięki temu, osoby uzależnione mogą w dowolnym momencie zmienić miejsce leczenia. Z kolei w województwie śląskim jest tylko jeden podmiot leczniczy oferujący terapię substytucyjną, co skutkuje koniecznością realizacji terapii substytucyjnej w konkretnej placówce leczniczej.



**Tabela 118. Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Rodzaj przyjmowanego substytutu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Metadon	103	91,2	104	93,7	207	92,4
Buprenorfina	10	8,8	7	6,3	17	7,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 0,516; df = 1; p < 0,472

Źródło: opracowanie własne.

Badane grupy zostały porównane pod względem rodzaju przyjmowanego substytutu. Okazało się, że rodzaj przyjmowanego substytutu nie różnicuje ich w sposób istotny statystycznie (tabela 118). Zdecydowana większość badanych osób w trakcie leczenia substytucyjnego przyjmowała metadon (odpowiednio: 91% i 94%). Takie rozstrzygnięcie nie zaskakuje, gdyż metadon wg KBPN (2020) stosowany jest w 93% przypadków osób leczonych w programach substytucyjnych. Jednocześnie można wysnuć wniosek, że dłuższe leczenie substytucyjne, sprzyja częstszemu przyjmowaniu metadonu, a rzadszemu buprenorfiny.

**Tabela 119. Dawka metadonu przyjmowanego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Dawka metadonu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 50 mg	21	20,4	15	14,4	36	17,4
Od 51 do 100 mg	56	54,4	55	52,9	111	53,6
Od 101 do 150 mg	23	22,3	30	28,8	53	25,6
151 mg i więcej	3	2,9	4	3,8	7	3,4
Ogółem	111	100,0	96	100,0	207	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że większość badanych osób z obu grup przyjmowała metadon w ilości od 51 do 100 mg (odpowiednio: 54% i 53%) (tabela 119). Przedstawione analizy sugerują, że dłuższe leczenie substytucyjne, sprzyja zwiększaniu ilości przyjmowanego przez osoby uzależnione metadonu.

Warto jednocześnie zwrócić uwagę na odsetek osób przyjmujący duże dawki metadonu (powyżej 100 mg). Jak wskazuje literatura przedmiotu, istnieje ograniczona liczba dowodów na to, że dobową dawkę metadonu wyższą, niż 100 mg przynosi dodatkowe korzyści osobom uzależnionym od opioidów (Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubska, 2014).

**Tabela 120. Dawka buprenorfiny przyjmowanej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Dawka buprenorfiny	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 10 mg	3	30,0	1	14,3	4	23,5
11-20 mg	5	50,0	5	71,4	10	58,8
21 mg i więcej	2	20,0	1	14,3	3	17,6
Ogółem	10	100,0	7	100,0	17	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Dane zamieszczone w tabeli 120 wskazują, że połowa badanych (50%) leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz większość badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat (71%) przyjmowało buprenorfinę w dawce od 11 do 20 mg na dobę. Jak wskazują A. Bisaga i M. Wojnar (2012) dobową dawkę buprenorfiny powinna mieścić się w granicach od 12 do 24 mg, gdyż wyższe dawki (powyżej 24 mg dziennie) rzadko są skuteczniejsze niż dawki niższe.

**Tabela 121. Cechy, którymi zdaniem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego powinien charakteryzować się specjalista psychoterapii uzależnień**

Cechy specjalisty	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wyrozumiałość	27	23,9	31	27,9	58	25,9
Empatia	14	12,4	7	6,3	21	9,4
Szczerość i uczciwość	10	8,8	8	7,2	18	8,0
Życzliwość i otwartość	28	24,8	34	30,6	62	27,7
Wrażliwość	11	9,7	8	7,2	19	8,5
Doświadczenie zawodowe	5	4,4	3	2,7	8	3,6
Posiadać status neofity	9	8,0	6	5,4	15	6,7
Odpowiednie wykształcenie i wiedza	7	6,2	10	9,0	17	7,6
Spokój i opanowanie	2	1,8	4	3,6	6	2,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Analizie poddano cechy specjalisty psychoterapii uzależnień, które są istotne dla osób realizujących leczenie substytucyjne (tabela 121). Zdecydowanie najczęściej wymienianą w obu grupach cechą była życzliwość i otwartość (odpowiednio: 25% i 31%) oraz wyrozumiałość (odpowiednio: 24% i 28%). Warto podkreślić, że każda osoba uzależniona jest inna, wymaga indywidualnego traktowania i ma prawo pożądać u specjalisty psychoterapii uzależnień cech osobowości, które są dla niej istotne.

**Tabela 122. Poczucie zrozumienia ze strony kadry terapeutycznej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Poczucie zrozumienia	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	45	39,8	24	21,6	69	30,8
Raczej tak	40	35,4	46	41,4	86	38,4
Raczej nie	15	13,3	9	8,1	24	10,7
Zdecydowanie nie	9	8,0	12	10,8	21	9,4
Trudno powiedzieć	4	3,5	20	18,0	24	10,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi2 = 19,388; df = 4; p < 0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza testem Chi-kwadrat wykazała różnice istotne statystycznie w porównywanych grupach w analizowanym aspekcie ( $p < 0,01$ ) (tabela 122). Zdecydowana większość badanych czuła się rozumiana przez kadrę terapeutyczną (odpowiednio: 75% i 63%). Przedstawione analizy sugerują jednak, że osoby leczone substytucyjnie dłużej (powyżej 5 lat), częściej doświadczały braku zrozumienia ze strony kadry terapeutycznej, niż osoby leczone krócej (poniżej 5 lat).

**Tabela 123. Doświadczenie przejawów niechęci ze strony prowadzących terapię przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Doświadczenie przejawów niechęci	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	22	19,5	19	17,1	41	18,3
Raczej tak	26	23,0	30	27,0	56	25,0
Raczej nie	35	31,0	32	28,8	67	29,9
Zdecydowanie nie	26	23,0	19	17,1	45	20,1
Trudno powiedzieć	4	3,5	11	9,9	15	6,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi2 = 4,977; df = 4; p < 0,289

Źródło: opracowanie własne.

Subiektywna ocena doświadczenia niechęci ze strony terapeutów placówek leczenia substytucyjnego nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób. W obu grupach przeważały osoby, które nie doświadczyły niechęci ze strony prowadzących terapię w placówce leczenia substytucyjnego (odpowiednio: 43% i 44%) (tabela 123).

**Tabela 124. Subiektywna ocena osób najbardziej pomocnych w placówce terapeutycznej wśród badanych o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Osoby pomocne	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Specjalista psychoterapii uzależnień	70	61,9	70	63,1	140	62,5
Osoba z grupy pacjentów	9	8,0	7	6,3	16	7,1
Nie ma takiej osoby	18	15,9	15	13,5	33	14,7
Lekarz psychiatra	10	8,8	16	14,4	26	11,6
Pielęgniarka	6	5,3	3	2,7	9	4,0
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Otoczenie społeczne odgrywa istotną rolę w przebiegu leczenia uzależnień. Jeżeli otaczając osobę uzależnioną środowisko oferuje mu wsparcie, to tym samym przyczynia się do procesu zdrowienia takiej osoby. Z danych zawartych w tabeli 124 wynika, że respondenci z porównywanych grup za najbardziej wspierającą osobę w podmiocie leczenia substytucyjnego uznali - specjalistę psychoterapii uzależnień (odpowiednio: 62% i 63%), a w dalszej kolejności lekarza psychiatrę (odpowiednio: 9% i 14%). Przedstawione analizy mogą sugerować, że długość leczenia substytucyjnego ma związek z pozytywnym postrzeganiem terapeutów i lekarzy psychiatrów przez osoby uzależnione. Taki stan może wynikać z faktu, że w trakcie procesu terapeutycznego osoby uzależnione nabierają zaufania do kadry terapeutycznej, a różnego typu powinności i ograniczenia wynikające z leczenia substytucyjnego, które egzekwują zarówno psychoterapeuci, jak i lekarze psychiatrzy, postrzegają nie w kategorii kary, lecz jako czynnik wspierający proces zdrowienia.

**Tabela 125. Subiektywna ocena terapii indywidualnej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena terapii indywidualnej	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsza w realizacji	86	76,1	88	79,3	174	77,7
Najbardziej przydatna	96	85,0	94	84,7	190	84,8
Najmniej przydatna	17	15,0	17	15,3	34	15,2

$\chi^2 = 0,044$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,978$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Programy terapeutyczne w placówkach leczenia substytucyjnego przybierają zazwyczaj formę terapii indywidualnej, prowadzonej przez specjalistów psychoterapii uzależnień. Analiza uzyskanych danych wskazuje, że między badanymi grupami nie ma istotnych różnic statystycznych (tabela 125). Większość badanych z porównywanych grup uznało terapię indywidualną za najtrudniejszą w realizacji (odpowiednio: 76% i 79%) oraz za najbardziej przydatną (odpowiednio: 85% i 85%). W leczeniu substytucyjnym, terapia indywidualna to najpowszechniejsza metoda terapeutyczna. W związku z tym, rozkład uzyskanych tutaj wyników nie jest zaskakujący.

**Tabela 126. Subiektywna ocena terapii grupowej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena terapii grupowej	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsza w realizacji	45	39,8	41	36,9	86	38,4
Najbardziej przydatna	51	45,1	39	35,1	90	40,2
Najmniej przydatna	62	54,9	72	64,9	134	59,8

$\chi^2 = 2,417$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,298$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

W związku z tym, że programy terapeutyczne w placówkach leczenia substytucyjnego mogą być oparte poza terapią indywidualną, także na grupach terapeutycznych, respondentom zadano pytanie o to, czy taka forma terapii może być przydatna. Otrzymane wyniki dowodzą, że subiektywna ocena terapii grupowej jest zbliżona w porównywanych grupach. W obu badanych grupach przeważały osoby, które uznały terapię grupową za nieprzydatną (odpowiednio: 55% i 65%) oraz stosunkowo trudną w realizacji (odpowiednio: 40% i 37%). Taki rozkład badanej cechy można wiązać z panującą tendencją do stosunkowo rzadkiego wykorzystywania tej metody terapeutycznej w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym.

**Tabela 127. Subiektywna ocena treningu asertywności przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena treningu asertywności	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	28	24,8	15	13,5	43	19,2
Najbardziej przydatny	35	31,0	14	12,6	49	21,9
Najmniej przydatny	78	69,0	97	87,4	175	78,1

$\chi^2 = 14,195$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Trening asertywności pomaga osobom uzależnionym w wyznaczaniu granic, odpowiednim reagowaniu w sytuacjach konfliktowych, jak również w ograniczeniu zachowań ryzykownych. Dane zamieszczone w tabeli 127 wskazują, że badane osoby z obu grup uznały trening asertywności, jako mało przydatny w podejmowanym leczeniu substytucyjnym (odpowiednio: 69% i 87%). Uzyskane wyniki świadczą także o tym, że porównywane grupy różnią się istotnie statystycznie w wziętym pod uwagę aspekcie. ( $p < 0,01$ ). Badane osoby podejmujące leczenie substytucyjne krócej (poniżej 5 lat), częściej, niż osoby leczone substytucyjnie dłużej (powyżej 5 lat) wskazywały, że trening asertywności jest trudny w realizacji.



**Tabela 128. Subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena treningu komunikacji	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	14	12,4	10	9,0	24	10,7
Najbardziej przydatny	24	21,2	12	10,8	36	16,1
Najmniej przydatny	89	78,8	99	89,2	188	83,9

$\chi^2 = 5,056$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,079$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Dobra komunikacja to kluczowa umiejętność, bez której efektywna współpraca z innymi ludźmi jest niemożliwa. Trening komunikacji interpersonalnej ma na celu wzmocnienie potencjału osoby uzależnionej, a tym samym ułatwieniu jej funkcjonowania w środowisku (Chodkowski, 2017). Niestety ten rodzaj treningu rzadko znajduje się w ofercie placówek leczenia substytucyjnego. Otrzymane wyniki dowodzą, że subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej jest zbliżona w obu grupach osób. Trening komunikacji interpersonalnej w opinii respondentów z porównywanych grup uznano za mało przydatny (odpowiednio 79% i 89%) (tabela 128).

**Tabela 129. Subiektywna ocena treningu motywacyjnego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena treningu motywacyjnego	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	17	15,0	13	11,7	30	13,4
Najbardziej przydatny	27	23,9	23	20,7	50	22,3
Najmniej przydatny	86	76,1	88	79,3	174	77,7

$\chi^2 = 0,735$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,692$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Trening motywacyjny ma za zadanie zmienić sposób myślenia i zachowania, aby maksymalnie zmotywować osobę uzależnioną do trwania w abstynencji narkotykowej i alkoholowej. Przy czym trening motywacyjny w placówkach leczenia substytucyjnego, realizowany jest sporadycznie. Zamieszczone w tabeli 129 dane wskazują, że dla większości badanych osób z porównywanych grup, trening motywacyjny nie należy do najbardziej przydatnych (odpowiednio: 24% i 21%) i najtrudniejszych w realizacji (odpowiednio: 15% i 12%). Uzyskane wyniki świadczą o tym, że subiektywna ocena treningu motywacyjnego jest podobna w porównywanych grupach.

**Tabela 130. Subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena treningu zapobiegania nawrotom	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejszy w realizacji	22	19,5	17	15,3	39	17,4
Najbardziej przydatny	34	30,1	25	22,5	59	26,3
Najmniej przydatny	79	69,9	86	77,5	165	73,7

$\chi^2 = 2,126$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,345$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Trening zapobiegania nawrotom polega na m.in. na analizie behawioralnej wcześniejszego przyjmowania narkotyków i konsekwencji z tego wynikających, aczkolwiek przez placówki leczenia substytucyjnego realizowany jest rzadko. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 130, zdecydowana większość badanych osób uznała trening zapobiegania nawrotom za mało przydatny (odpowiednio: 70% i 78%). Analiza otrzymanych wyników wskazuje, że subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom nie różnicuje istotnie statystycznie badanych grup.

**Tabela 131. Subiektywna ocena zajęć psychoedukacyjnych przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena zajęć psychoedukacyjnych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Najtrudniejsze w realizacji	11	9,7	12	10,8	23	10,3
Najbardziej przydatne	23	20,4	17	15,3	40	17,9
Najmniej przydatne	90	79,6	94	84,7	184	82,1

$\chi^2 = 1,026$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,598$

\*Respondenci mogli wskazać więcej, niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

W psychoterapii uzależnień wykorzystuje się różne techniki leczenia - zarówno indywidualne jak i grupowe, m.in. w formie zajęć psychoedukacyjnych. Przy czym w leczeniu substytucyjnym tego typu zajęcia realizowane są rzadko. Dane zamieszczone w tabeli 131 dowodzą, że 80% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 85% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, uznało zajęcia psychoedukacyjne za mało przydatne, jednocześnie nie uznając ich za trudne w realizacji (odpowiednio: 10% i 11%). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w zakresie subiektywnej oceny zajęć psychoedukacyjnych.

**Tabela 132. Zmiany, które zdaniem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego należy wprowadzić w placówce terapeutycznej**

Potrzebne zmiany	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Niczego nie należy zmieniać	48	42,5	48	43,2	96	42,9
Zwiększyć liczbę personelu terapeutycznego	10	8,8	8	7,2	18	8,0
Wydłużyć godziny pracy placówki	8	7,1	5	4,5	13	5,8
Zmienić podejście personelu do pacjentów	20	17,7	29	26,1	49	21,9
Zwiększyć liczbę godzin zajęć grupowych	8	7,1	8	7,2	16	7,1
Trudno powiedzieć	19	16,8	13	11,7	32	14,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,675$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,597$

Źródło: opracowanie własne.

Sprawdzono również, na ile oferta placówek leczenia substytucyjnego odpowiada ich odbiorcom – osobom uzależnionym od opioidów. Okazało się, że w przypadku zmian, które warto wprowadzić w placówce leczenia substytucyjnego nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w porównywanych grupach. Większość badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat (43%) oraz 43% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat stwierdziła, że nie należy niczego zmieniać w placówce leczniczej. W dalszej kolejności wskazując, że pożądana byłaby zmiana w podejściu personelu do osób leczących się substytucyjnie (odpowiednio: 18% i 26%). Taki rozkład omawianej cechy może mieć związek z brakiem widocznych, poświadczonych zmian w leczonych substytucyjnie osobach uzależnionych, co prawdopodobnie skutkuje negatywnym nastawieniem personelu.

**Tabela 133. Subiektywna ocena przyczyn przedwczesnej rezygnacji z terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena przyczyn rezygnacji z leczenia	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Nieodpowiednie towarzystwo tj. osoby uzależnione	9	8,0	8	7,2	17	7,6
Brak lub słaba motywacja do trwania w trzeźwości	13	11,5	13	11,7	26	11,6
Pragnienie (głód) przyjmowania narkotyków	51	45,1	41	36,9	92	41,1
Brak wsparcia	19	16,8	26	23,4	45	20,1
Brak możliwości pogodzenia aktywności zawodowej z leczeniem substytucyjnym	6	5,3	7	6,3	13	5,8
Trudno powiedzieć	15	13,3	16	14,4	31	13,8
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,326$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,802$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby zapytano, jakie czynniki sprzyjają rezygnacji z leczenia substytucyjnego. Nie stwierdzono w tym zakresie istotnych statystycznie różnic międzygrupowych. Z przeanalizowanych danych wynika, że respondenci wskazali na wielość takich czynników (tabela 133). Najczęściej wskazywaną przyczyną był głód narkotykowy (odpowiednio: 45% i 37%), a w drugiej kolejności brak wsparcia (odpowiednio: 17% i 23%). Na podstawie uzyskanych danych można domniemywać, że wraz z długością leczenia substytucyjnego osoby uzależnione bardziej doceniają wsparcie otoczenia, jako czynnika sprzyjającego zdrowieniu.

**Tabela 134. Subiektywna ocena korzyści wynikających z terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena korzyści z leczenia	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Trzeźwość	27	23,9	19	17,1	46	20,5
Poprawa sytuacji ekonomicznej (praca)	18	15,9	23	20,7	41	18,3
Ogólna poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego	37	32,7	43	38,7	80	35,7
Poprawa relacji z najbliższą rodziną	17	15,0	16	14,4	33	14,7
Trudno powiedzieć	14	12,4	10	9,0	24	10,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,130$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,536$

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie subiektywnej oceny korzyści wynikających z leczenia substytucyjnego. Zarówno osoby leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat, jak i osoby leczone substytucyjnie powyżej 5 lat, najczęściej wskazywały na poprawę stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego jako korzyści wynikających z aktualnego leczenia (tabela 134). W dalszej kolejności badane osoby wskazały - trzeźwość (odpowiednio: 24% i 17%) oraz poprawę sytuacji ekonomicznej (16% i 21%). Stąd nasuwa się wniosek bardziej natury ogólnej, że im dłuższy czas pozostawania w terapii substytucyjnej, tym lepszy ogólny stan zdrowia.

**Tabela 135. Subiektywna ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Utrzymywanie kontaktów z osobami uzależnionymi	66	58,4	59	53,2	125	55,8
Brak wsparcia ze strony najbliższych	11	9,7	21	18,9	32	14,3
Brak pracy/zajęcia	5	4,4	10	9,0	15	6,7
Różne problemy życiowe	14	12,4	8	7,2	22	9,8
Trudno powiedzieć	17	15,0	13	11,7	30	13,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 7,336; df = 4; p < 0,119

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione z obu grup nie różniły się między sobą w sposób istotny statystycznie pod względem subiektywnej oceny powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego. Dla badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, najczęstszymi powodami utrudniającymi utrzymywanie abstynencji po zakończeniu leczenia substytucyjnego były przede wszystkim kontakty z osobami uzależnionymi (58%) oraz różne problemy życiowe (12%). Z kolei respondenci podejmujący leczenie substytucyjne dłużej niż 5 lat, również wskazywali na kontakty z osobami uzależnionymi jako czynnika utrudniającego utrzymywanie abstynencji (53%) oraz na brak wsparcia ze strony osób najbliższych (19%) (tabela 135). Jak wskazuje C. Evren i in., (2010) wprowadzenie zmian w ryzykownym środowisku, jest niezbędnym elementem chroniącym osoby uzależnione przed nawrotem.

**Tabela 136. Subiektywna ocena czynników najbardziej pomocnych w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena czynników wspierających abstynencję	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zmiana środowiska (miejsca zamieszkania) i zakończenie znajomości z osobami uzależnionymi	15	13,3	21	18,9	36	16,1
Wsparcie bliskich (rodzina, przyjaciele)	33	29,2	34	30,6	67	29,9
Praca zawodowa/obowiązki	18	15,9	20	18,0	38	17,0
Kontynuowanie psychoterapii uzależnień	24	21,2	22	19,8	46	20,5
Hobby/pasja	10	8,8	3	2,7	13	5,8
Trudno powiedzieć	13	11,5	11	9,9	24	10,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Analiza uzyskanych wyników dowodzi, że badane osoby z porównywanych grup za czynniki najbardziej pomocne w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego uznały: wsparcie bliskich (odpowiednio: 29% i 31%) oraz kontynuowanie psychoterapii (odpowiednio: 21% i 20%) (tabela 136). Dane te skłaniają do wysunięcia wniosku, że współcześnie wsparcie społeczne jest najbardziej znaczącym zasobem dla osób uzależnionych. Taki wynik nie zaskakuje, gdyż jak wskazuje literatura przedmiotu utrzymywanie abstynencji może być szczególnie trudne dla osób, które pozbawione są wsparcia społecznego, lub których sieć społeczna jest słabo zintegrowana (Havassy, Hall, Wassermann, 1991). Ponadto, często niestety pomijanym aspektem w okresie wczesnej abstynencji jest kontynuacja psychoterapii. Jak wskazuje T. Nordfjaern (2011) zwłaszcza w pierwszych miesiącach po ukończeniu leczenia, terapia powinna być bardzo intensywna. Być może znaczenie psychoterapii jest przez badanych niedocenione, bądź też stosowane metody



terapeutyczne badane osoby uznały za mało skuteczne w zapobieganiu nawrotom uzależnienia od narkotyków.

**Tabela 137. Optymizm w postrzeganiu przyszłości przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Optymistyczne nastawienie	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie optymistycznie postrzeganie przyszłości	36	31,9	23	20,7	59	26,3
Raczej optymistycznie postrzeganie przyszłości	36	31,9	40	36,0	76	33,9
Raczej pesymistyczne postrzeganie przyszłości	19	16,8	28	25,2	47	21,0
Zdecydowanie pesymistyczne postrzeganie przyszłości	13	11,5	12	11,8	25	11,2
Trudno powiedzieć	9	8,0	8	7,2	7	7,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,879$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,299$

Źródło: opracowanie własne.

Optymizm jest ważnym zasobem wewnętrznym, który ma znaczenie dla utrzymania abstynencji oraz podejmowania przez osobę uzależnioną, innych prozdrowotnych zachowań (Chodkiewicz, 2001). Z danych zawartych w tabeli 137 wynika, że optymistyczne postrzeganie przyszłości kształtuje się podobnie w porównywanych grupach. Większość badanych osób z obu grup na przyszłość patrzy optymistycznie (odpowiednio: 64% i 57%). Chociaż przedstawione analizy wykazały przewagę osób mających optymistyczne nastawienie co do przyszłości, to jednak uzyskane dane mogą niepokoić, gdyż wraz z długością leczenia substytucyjnego wzrasta odsetek osób pesymistycznie postrzegających przyszłość.

Podsumowując analizy nad danymi dotyczącymi leczenia substytucyjnego badanych osób uzależnionych, stwierdzono znaczne podobieństwo porównywanych grup.

Uzyskane dane ujawniły istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi osobami uzależnionymi pozostającymi w leczeniu substytucyjnym krócej niż 5 lat i powyżej 5 lat w zakresie: miejsca leczenia substytucyjnego, poczucia zrozumienia przez kadrę terapeutyczną oraz subiektywnej oceny treningu asertywności.

Do najistotniejszych zasobów badanych osób z obu porównywanych grup należą:

- niski wskaźnik prób leczenia substytucyjnego (respondenci w większości po raz pierwszy leczyli się substytucyjnie);
- rozpoczęcie terapii substytucyjnej na podstawie decyzji własnej;
- umiarkowana dawka leku substytucyjnego;
- dostrzeganie w specjalistach psychoterapii osób najbardziej wspierających, co skutkuje większym zaufaniem, a tym samym poprawą jakości relacji terapeutycznej;
- poczucie zrozumienia ze strony kadry terapeutycznej placówki leczenia substytucyjnego;
- dostrzeganie istotnej roli terapii indywidualnej w procesie leczenia.

Wszystkie wymienione elementy sprzyjają kontynuacji leczenia substytucyjnego, a tym samym stwarzają większe szanse na utrzymywanie abstynencji przez osoby uzależnione od opioidów.

#### **6.4. Samoocena i poczucie własnej skuteczności badanych osób**

Kolejnymi zmiennymi w zakresie zasobów osobistych osób uzależnionych od opioidów podejmujących leczenie substytucyjne, które zostały poddane wnikliwej analizie były samoocena i poczucie własnej skuteczności. Sprawdzone, czy wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy średnimi wynikami badanych osób uzależnionych z porównywanych grup. Wyniki zaprezentowano w tabelach 138-139.

**Tabela 138. Subiektywny poziom samooceny badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Poziom samooceny	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie wysoki	6	5,3	8	7,2	14	6,3
Raczej wysoki	39	34,5	28	25,2	67	29,9
Przeciętny	28	24,8	32	28,8	60	26,8
Raczej niski	32	28,3	28	25,2	60	26,8
Zdecydowanie niski	8	7,1	15	13,5	23	10,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,738$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,315$

Źródło: opracowanie własne.

Samoocena odzwierciedla stosunek osoby do samego siebie i jest istotnym motywem, skłaniającym do działania (Scherrer, Preckel, 2019). Pozytywna samoocena motywuje do realizacji podjętych zamierzeń i sprzyja wytrwałości w działaniu. Tym samym, pozwala podejmować zadania i radzić sobie z porażkami (Kofta, Doliński, 2000). Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych często charakteryzują się niskim poziomem samooceny. Dodatkowo regularne zażywanie narkotyków, czy spożywanie alkoholu może prowadzić do wtórnego obniżenia samooceny na skutek stygmatyzacji społecznej, trudności zawodowych i niemożności wywiązywania się z powierzonych obowiązków (Leary, Schreindorfer, Haupt, 1995). Analiza międzygrupowa nie ujawniła istotnych statystycznie różnic między badanymi osobami w zakresie samooceny (tabela 138). Z uzyskanych danych wynika, że osoby leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat, najczęściej wskazywały na wysoki poziom samooceny (40%). Z kolei badane osoby uzależnione pozostające w leczeniu substytucyjnym dłużej niż 5 lat częściej deklarowały niską samoocenę (39%). Stąd wniosek, że dłuższe pozostawanie w leczeniu substytucyjnym może mieć związek z niższym poziomem samooceny osób uzależnionych.

**Tabela 139. Subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Poziom własnej skuteczności	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie wysoki	7	6,2	4	3,6	11	4,9
Raczej wysoki	35	31,0	33	29,7	68	30,4
Przeciętny	40	35,4	32	28,8	72	32,1
Raczej niski	23	20,4	24	21,6	47	21,0
Zdecydowanie niski	8	7,1	18	16,2	26	11,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 5,615$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,229$

Źródło: opracowanie własne.

Poczucie własnej skuteczności ma znaczenie dla zmiany zachowań. Umożliwia właściwą ocenę sytuacji i poszukiwanie skutecznego sposobu radzenia sobie w sytuacjach problemowych. Wyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności wskazuje, że osoba wyznacza sobie bardziej ambitne cele i ma większą motywację do angażowania się w ich realizację. Żywi przekonanie o możliwościach rozwiązania danego problemu, pomimo pojawiających się trudności i przeszkód (Lewtak, Smolińska, 2011). Z danych zaprezentowanych w tabeli 139 wynika, że subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności nie różnicuje istotnie statystycznie porównywanych grup. Badane osoby leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat, najczęściej wysoko oceniały poczucie własnej skuteczności (37%). Z kolei osoby leczone substytucyjnie powyżej 5 lat, określały poczucie własnej skuteczności jako niskie (38%). Sytuacja ta może wskazywać, że dłuższy czas pozostawania w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym, nie sprzyja wysokiemu poziomowi poczucia własnej skuteczności u osób uzależnionych.

Podsumowując, biorąc pod uwagę przedstawione analizy - uzyskane wyniki nie jawią się optymistycznie. Wskazują bowiem, że długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat, prawdopodobnie nie sprzyja wysokiemu poziomowi ważnych zasobów osobistych, tj. samooceny i poczucia własnej skuteczności u osób uzależnionych.

## 6.5. Wsparcie udzielane badanym osobom uzależnionym w trakcie leczenia substytucyjnego

Wsparcie stanowi pewien zasób społeczny i jest niezwykle ważne dla każdego człowieka - szczególnie uzależnionego, gdyż niejednokrotnie osoby uzależnione są niesamodzielne w rozwiązywaniu codziennych problemów. Zarówno wielkość siatki wsparcia, jak i źródło wsparcia jest istotnym predyktorem ewentualnego nawrotu u osób uzależnionych (Hunter-Reel, 2009). Dane dotyczące wsparcia społecznego badanych osób uzależnionych od opioidów zaprezentowano w tabelach 140-163.

### 6.5.1. Rodzina generacyjna badanych osób

Wsparcie społeczne uważa się powszechnie za czynnik, który może pomóc osobie uzależnionej w leczeniu i utrzymywaniu abstynencji. Szczególnym źródłem wsparcia, zwłaszcza w sytuacjach trudnych jest rodzina. Współcześnie to właśnie rodzina, powinna wykazywać się gotowością do wspierania swoich członków, gdyż możliwości zabezpieczania potrzeb osób uzależnionych za pośrednictwem różnego typu instytucji są niewystarczające. Szczegółowe dane dotyczące członków rodziny generacyjnej badanych osób przedstawiono w tabelach 140-148.

**Tabela 140. Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z matką**

Relacje z matką	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	30	26,5	22	19,8	52	23,2
Relacje raczej dobre	45	39,8	35	31,5	80	35,7
Relacje raczej złe	8	7,1	3	2,7	11	4,9
Relacje zdecydowanie złe	5	3,5	7	6,3	12	5,4
Trudno powiedzieć	11	9,7	17	15,3	28	12,5
Nie mam takiej osoby/nie żyje	14	12,4	27	24,3	41	18,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

W obu grupach przeważały osoby, które dobrze oceniły relacje z matkami (odpowiednio: 66% i 51%). Warto jednak zwrócić uwagę, że wraz z długością trwania terapii substytucyjnej, zmniejszył się odsetek osób oceniających relacje z matką jako dobre, a wzrósł odsetek respondentów, który przejawia trudności w określeniu rodzaju relacji (tabela 140). W związku z tym, że większość badanych osób z porównywanych grup oceniło relacje z matkami jako dobre, można przyjąć, że zadowolenie z tej relacji stanowi istotny zasób osobisty badanych osób.

**Tabela 141. Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z ojcem**

Relacje z ojcem	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	13	11,5	10	9,0	23	10,3
Relacje raczej dobre	20	17,7	16	14,4	36	16,1
Relacje raczej złe	13	11,5	12	10,8	25	11,2
Relacje zdecydowanie złe	14	12,4	6	5,4	20	8,9
Trudno powiedzieć	22	19,5	15	13,5	37	16,5
Nie mam takiej osoby/nie żyje	31	27,4	52	46,8	83	37,1
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 10,696$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,057$

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienie: tendencja statystyczna.

Relacja z ojcem nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób z porównywanych grup, przy czym stwierdzono występowanie pewnej tendencji (tabela 141). Większość badanych osób leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz większość respondentów leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat, oceniło swoje relacje z ojcem jako dobre (odpowiednio: 29% i 23%), a w dalszej kolejności jako złe (odpowiednio: 24% i 16%). Biorąc pod uwagę, spadek odsetka badanych osób leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat w zakresie dobrych relacji z ojcem i wzrost odsetka badanych osób wskazujący na brak ojca, można wyciągnąć wniosek, że długi okres leczenia substytucyjnego nie sprzyja poprawnym kontaktom z ojcem.

**Tabela 142. Liczba rodzeństwa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Liczba rodzeństwa	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jedno	55	48,7	62	55,9	117	52,2
Dwoje	22	19,5	12	10,8	34	15,2
Troje	9	8,0	7	6,3	16	7,1
Czworo i więcej	2	1,8	7	6,3	9	4,0
Brak rodzeństwa	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Uzyskane dane wskazują, że większość badanych osób posiadała rodzeństwo (tabela 142). W obu grupach badanych dominowały osoby posiadające jednego brata lub siostrę (odpowiednio: 49% i 56%). Zaledwie dwie osoby badane (2%) z grupy osób leczonych substytucyjnie poniżej 5 lat i siedem osób pozostających w leczeniu substytucyjnym powyżej 5 lat (6%) pochodziło z rodzin wielodzietnych.

**Tabela 143. Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z rodzeństwem**

Relacje z rodzeństwem	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	30	26,5	25	22,5	55	24,6
Relacje raczej dobre	26	23,0	33	29,7	59	26,3
Relacje raczej złe	10	8,8	12	10,8	22	9,8
Relacje zdecydowanie złe	6	5,3	4	3,6	10	4,5
Trudno powiedzieć	16	14,2	14	12,6	30	13,4
Brak rodzeństwa	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,065$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,840$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby zapytano o relacje z rodzeństwem. Okazało się, że ta cecha nie różnicuje ich w sposób istotny statystycznie (tabela 143). Wśród badanych osób z porównywanych grup większość dobrze oceniła relacje z rodzeństwem (49,5% i 52,2%). Z kolei relacje z rodzeństwem jako złe, określiło 14,1% badanych leczonych substytucyjnie poniżej 5 lat i 14,4% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat.



**Tabela 144. Palenie tytoniu przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Palenie tytoniu przez rodzeństwo	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo palące	47	41,6	52	46,8	99	44,2
Rodzeństwo nie palące	32	28,3	30	27,0	62	27,7
Brak wiedzy w tym zakresie	9	8,0	6	5,4	15	6,7
Brak rodzeństwa	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,982$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,805$

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki wskazują, że palenie tytoniu przez rodzeństwo nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób (tabela 144). W grupie leczonych substytucyjnie nie dłużej niż 5 lat, największy odsetek stanowiły osoby, których rodzeństwo paliło papierosy (42%), a w dalszej kolejności respondenci, posiadający rodzeństwo niepalące. Wśród osób leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat sytuacja wyglądała podobnie, chociaż rozkład liczebności był inny w obu grupach.

**Tabela 145. Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo spożywające alkohol	37	32,7	47	42,3	84	37,5
Rodzeństwo nie spożywające alkoholu	40	35,4	34	30,6	74	33,0
Brak wiedzy w tym zakresie	11	9,7	7	6,3	18	8,0
Brak rodzeństwa	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 2,631$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,452$

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 145 świadczą o tym, że nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi osobami w zakresie spożywania alkoholu przez rodzeństwo. W grupie leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, największy odsetek stanowiły osoby, których rodzeństwo nie spożywa alkoholu (35%), a w dalszej kolejności rodzeństwo spożywające alkohol (33%). Z kolei w grupie badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat dominowały osoby, których rodzeństwo spożywa alkohol (42%).

**Tabela 146. Zażywanie narkotyków przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Zażywanie narkotyków przez rodzeństwo	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzeństwo zażywa narkotyki	10	8,8	10	9,0	20	8,9
Rodzeństwo nie zażywa narkotyków	62	54,9	63	56,8	125	55,8
Brak wiedzy w tym zakresie	16	14,2	15	13,5	31	13,8
Brak rodzeństwa	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,105$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,991$

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują uzyskane wyniki, zażywanie narkotyków przez rodzeństwo nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób (tabela 146). Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że ich rodzeństwo nie zażywa narkotyków (odpowiednio 55% i 57%). Zastanawiający jest natomiast znaczny odsetek osób z obu grup, nie posiadający wiedzy na temat zażywania narkotyków przez rodzeństwo. Można przypuszczać, że ma to związek z brakiem właściwych relacji badanych osób uzależnionych z rodzeństwem.

**Tabela 147. Gotowość badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego do zwrócenia się o pomoc materialną (finansową, rzeczową) do rodzeństwa**

Gotowość do zwrócenia się o pomoc	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Gotowość do zwrócenia się o pomoc	41	36,3	46	41,4	87	38,8
Brak gotowości do zwrócenia się o pomoc	31	27,4	26	23,4	57	25,4
Trudno powiedzieć	16	14,2	16	14,4	32	14,3
Nie dotyczy	25	22,1	23	20,7	48	21,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,791$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,851$

Źródło: opracowanie własne.

Nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w porównywanych grupach w analizowanym aspekcie (tabela 147). Gotowość do zwrócenia się o pomoc materialną lub finansową do rodzeństwa zadeklarowało odpowiednio: 36% i 41%. Taki stan może wynikać z faktu, iż osoby pozostające w leczeniu substytucyjnym powyżej 5 lat, z powodu swojego wieku i chorób współistniejących częściej znajdują się w trudnej sytuacji ekonomicznej (są rencistami lub/i klientami pomocy społecznej), co może być bezpośrednią przyczyną konieczności skorzystania z pomocy rodzeństwa.

**Tabela 148. Poczucie akceptacji badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego przez rodzinę**

Poczucie akceptacji przez rodzinę	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowane poczucie akceptacji	37	32,7	37	33,3	74	33,0
Raczej czuje się akceptowany	34	30,1	24	21,6	58	25,9
Raczej nie czuje się akceptowany	21	18,6	18	16,2	39	17,4
Zdecydowany brak poczucia akceptacji	9	8,0	11	9,9	20	8,9
Trudno powiedzieć	12	10,6	21	18,9	33	14,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Chi<sup>2</sup> = 4,592; df = 4; p < 0,331

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby zapytano, czy czują się akceptowane przez członków najbliższej rodziny (tabela 148). Okazało się, że poczucie akceptacji przez rodzinę nie różnicuje ich w sposób istotny statystycznie. Najwięcej respondentów z obu grup stwierdziło, że czują się akceptowani przez najbliższą rodzinę (odpowiednio: 63% i 55%). Z kolei braku akceptacji doświadczało 27% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat i 26% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat. Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki można przypuszczać, że dłuższe leczenie substytucyjne, nie sprzyja większej akceptacji osoby uzależnionej przez członków najbliższej rodziny.

Podsumowując przedstawione analizy, należy stwierdzić znaczne podobieństwo porównywanych grup w zakresie wsparcia od członków rodziny generacyjnej. Grupy objęte badaniami nie różniły się istotnie statystycznie w żadnym brany pod uwagę aspekcie. Uzyskane w trakcie badań dane wskazują na istnienie zasobów osobistych w obu grupach badanych osób uzależnionych w zakresie: dobrych relacji z matką, posiadaniu rodzeństwa i dobrych z nim relacji, gotowości do zwrócenia się o wsparcie materialne do rodzeństwa i poczucia akceptacji przez najbliższą rodzinę. To istotny kapitał społeczny, gdyż jak wskazuje literatura przedmiotu zadowolenie z własnej sytuacji rodzinnej, sprzyja dokonywaniu przez osoby uzależnione większych postępów w terapii uzależnień (Billings, Moos, 1983).

### 6.5.2. Rodzina prokreacyjna i związki pozamałżeńskie badanych osób

Dla osób podejmujących próbę walki z uzależnieniem, szczególnie istotne są postawy jej otoczenia społecznego. Negatywne postrzeganie osoby uzależnionej przez partnera skutkuje brakiem dostatecznego wsparcia i stanowi czynnik utrudniający przezwycięzenie uzależnienia. Z kolei im większe zaangażowanie partnera w pomoc osobie uzależnionej, tym większe szanse na pokonanie nałogu (Hunter-Reel, McCrady, Hildebrandt, 2009).

Dane dotyczące rodziny prokreacyjnej i związków partnerskich badanych osób uzależnionych zaprezentowano w tabelach 149-154.

**Tabela 149. Posiadanie partnera życiowego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Posiadanie partnera życiowego	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	58	51,3	57	51,4	115	51,3
Nie	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 0,001$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,997$

Źródło: opracowanie własne.

Badane grupy zostały porównane pod względem posiadania partnera życiowego. Okazało się, że posiadanie partnera życiowego nie różnicuje ich w sposób istotny statystycznie (tabela 149). Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że większość respondentów z obu grup posiadała partnera (odpowiednio: 51% i 51%).

**Tabela 150. Długość pozostawania badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego w związku z partnerem życiowym**

Długość związku	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 1 roku	5	4,4	7	6,3	12	5,4
Od 2 do 5 lat	34	30,1	15	13,5	49	21,9
Od 6 do 10 lat	10	8,8	17	15,3	27	12,1
11 lat i więcej	9	8,0	18	16,2	27	12,1
Nie dotyczy	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 12,507$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,013$

Źródło: opracowanie własne.

Istotnie statystycznie różnice między badanymi grupami zaobserwowano w zakresie długości pozostawania w związku z partnerem życiowym ( $p < 0,05$ ) (tabela 150). Wśród badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat, dominowały osoby pozostające w związku partnerskim od 2 do 5 lat (30%). Z kolei wśród respondentów leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, przeważały osoby w związkach trwających 11 lub więcej lat (16%). Tym samym można przypuszczać, że uzależnienie od opioidów nie decyduje o powodzeniu związku, a leczenie substytucyjne sprzyja funkcjonowaniu w związkach wieloletnich.

**Tabela 151. Partnerzy życiowi badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Partnerzy życiowi	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od narkotyków i alkoholu	22	19,5	18	16,2	40	17,9
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od narkotyków i nie utrzymująca abstynencji od alkoholu	5	4,4	8	7,2	13	5,8
Osoba uzależniona, utrzymująca abstynencję od alkoholu i nie utrzymująca abstynencji od narkotyków	2	1,8	3	2,7	5	2,2
Osoba uzależniona, nie utrzymująca abstynencji od narkotyków i alkoholu	5	4,4	4	3,6	9	4,0
Niezależniona	18	15,9	18	16,2	36	16,1
Osoba uzależniona, pozostająca w programie leczenia substytucyjnego	6	5,3	6	5,4	12	5,4
Nie dotyczy	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z danych zawartych w tabeli 151 wynika, że badane osoby z obu grup najczęściej pozostawały w związkach z osobami uzależnionymi, utrzymującymi abstynencję od substancji psychoaktywnych (odpowiednio: 20% i 16%) oraz z osobami niezależnymi (odpowiednio: 16% i 16%). Dane te skłaniają do wysunięcia wniosku, że dłuższe leczenie substytucyjnie prawdopodobnie nie jest związane w sposób znaczący z wyborem partnera życiowego pod kątem jego uzależnień.



**Tabela 152. Wykształcenie partnerów życiowych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Wykształcenie partnerów	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe lub niższe	4	3,5	5	4,5	9	4,0
Zasadnicze zawodowe	20	17,7	19	17,1	39	17,4
Średnie	31	27,4	23	20,7	54	24,1
Wyższe zawodowe lub magisterskie	3	2,7	10	9,0	13	5,8
Nie dotyczy	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Kolejną cechą, którą wzięto pod uwagę, był poziom wykształcenia partnerów badanych osób. Okazało się, że badane osoby leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat, najczęściej posiadały partnera z wykształceniem średnim (27%) lub wykształceniem zasadniczym zawodowym (18%). Wśród osób leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat zaobserwowano podobne wyniki, chociaż wystąpiły różnice procentowe między badanymi grupami. Zaskakiwać może wzrost odsetka osób leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat, których partnerzy posiadali wykształcenie wyższe (9%) (tabela 152). Taki rozkład uzyskanych wyników jest zadowalający, gdyż pozwala przypuszczać, że wyższe wykształcenie partnera przekłada się na jego większą wiedzę w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, jak również samego leczenia substytucyjnego - co jest ważnym czynnikiem chroniącym, sprzyjającym zachowaniu abstynencji przez osoby uzależnione.

**Tabela 153. Wiedza aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Wiedza partnera o uzależnieniu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Partner/ka dowiedział się o uzależnieniu na początku związku lub przed wejściem w związek	44	38,9	48	43,2	92	41,1
Partner/ka dowiedział się o uzależnieniu po pewnym czasie	14	12,4	9	8,1	23	10,3
Nie dotyczy	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,252$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,534$

Źródło: opracowanie własne.

Wiedza aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych osób z porównywanych grup. Zdecydowana większość badanych poinformowała obecnego partnera na początku związku o swoim uzależnieniu (odpowiednio: 39% i 43%).

**Tabela 154. Subiektywna ocena życia seksualnego badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Ocena życia seksualnego	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie udane	12	10,6	20	18,0	32	14,3
Raczej udane	29	25,7	16	14,4	45	20,1
Raczej nieudane	11	9,7	9	8,1	20	8,9
Zdecydowanie nieudane	6	5,3	12	10,8	18	8,0
Nie dotyczy	55	48,7	54	48,6	109	48,7
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 7,947$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,093$

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między badanymi osobami w zakresie subiektywnej oceny życia seksualnego (tabela 154). Większość badanych osób z obu grup oceniło swoje życie seksualne, jako udane (odpowiednio: 36% i 32%). Jako nieudane, uznało je 15% respondentów leczonych substytucyjnie mniej niż 5 lat oraz 19% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat. Uzyskane wyniki są zadowalające, aczkolwiek mogą niepokoić, gdyż wraz z długością leczenia substytucyjnego maleje liczba osób usatysfakcjonowanych własnym życiem seksualnym.

Podsumowując, na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że porównywane grupy badanych osób uzależnionych od opioidów były do siebie podobne pod względem funkcjonowania w związkach partnerskich. Jedyną znaczącą statystycznie różnicę stanowiła długość związku z partnerem.

Rozkład uzyskanych wyników wskazuje, że do najważniejszych zasobów badanych osób uzależnionych należą: posiadanie partnera – najczęściej uzależnionego utrzymującego abstynencję lub nieuzależnionego, wykształcenie partnera (na poziomie szkoły średniej) oraz zadowolenie z życia seksualnego. Wszystkie czynniki stanowią ważny kapitał społeczny, gdyż jak wskazuje literatura przedmiotu, satysfakcja ze związku partnerskiego jest skorelowana z liczbą dni abstynencji osób uzależnionych (Hunter-Reel, McCrady, Hildebrandt, 2009).

### **6.5.3. Środowisko pozarodzinne badanych osób**

Wsparcie ze strony przyjaciół i znajomych skoncentrowane na utrzymywaniu abstynencji, wiąże się z mniejszym ryzykiem powrotu do zażywania substancji psychoaktywnych (Modrzyński, 2012, 2017).

Szczegółowe wyniki w zakresie środowiska pozarodzinnego, jako jednego z ważniejszych zasobów osobistych osób uzależnionych, przedstawiono w tabelach 155-163.

**Tabela 155. Utrzymywanie kontaktów towarzyskich przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Utrzymywanie kontaktów towarzyskich	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	45	39,8	38	34,2	83	37,1
Raczej tak	28	24,8	38	34,2	66	29,5
Raczej nie	34	30,1	25	22,5	59	26,3
Zdecydowanie nie	6	5,3	10	9,0	16	7,1
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 4,460$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,215$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione dokonały subiektywnej oceny własnych kontaktów towarzyskich (tabela 155). Okazało się, że ta cecha nie różnicuje ich w sposób istotny statystycznie. Wśród badanych z obu grup zdecydowanie dominowały osoby deklarujące utrzymywanie kontaktów towarzyskich (odpowiednio: 65% i 68%). Tym samym można przypuszczać, że długość leczenia substytucyjnego sprzyja zdolności osób uzależnionych do podejmowania i utrzymywania kontaktów towarzyskich. To optymistyczne dane, gdyż gęsta i dobrze zintegrowana sieć wsparcia społecznego korzystnie wpływa na utrzymywanie abstynencji przez osoby uzależnione (Havassy i in., 1991).

**Tabela 156. Kontakty przyjacielskie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Kontakty przyjacielskie	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	42	37,2	37	33,3	79	35,3
Raczej tak	32	28,3	26	23,4	58	25,9
Raczej nie	26	23,0	20	18,0	46	20,5
Zdecydowanie nie	10	8,8	20	18,0	30	13,4
Trudno powiedzieć	3	2,7	8	7,2	11	4,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że badane osoby uzależnione w większości posiadały przyjaciół (odpowiednio: 65% i 57%) (tabela 156). Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że osoby leczone substytucyjnie powyżej 5 lat, deklarowały mniejszą liczbę relacji przyjacielskich, niż osoby leczące się krócej. Ogólnie rzecz biorąc, to zadowalające dane, gdyż jak wskazuje R. Modrzyński (2017), im więcej osoba uzależniona ma przyjaciół, tym lepsze uzyskuje wyniki w leczeniu. Warunkiem jest jednak to, żeby były to osoby utrzymujące abstynencję od substancji psychoaktywnych.

**Tabela 157. Częstość spotkań badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego ze znajomymi w celach towarzyskich**

Częstość spotkań ze znajomymi	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Codziennie	19	16,8	10	9,0	29	12,9
Kilka razy w tygodniu	30	26,5	29	26,1	59	26,3
Mniej więcej raz w tygodniu	20	17,7	23	20,7	43	19,2
Kilka razy w miesiącu (2-3 razy)	14	12,4	13	11,7	27	12,1
Mniej więcej raz w miesiącu	11	9,7	13	11,7	24	10,7
Kilka razy w roku	6	5,3	6	5,4	12	5,4
Prawie w ogóle lub w ogóle	13	11,5	17	15,3	30	13,4
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,738$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,712$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza międzygrupowa nie ujawniła istotnych statystycznie różnic w zakresie częstości spotkań ze znajomymi badanych osób uzależnionych (tabela 157). Wśród badanych z obu grup przeważały osoby realizujące spotkania towarzyskie kilka razy w tygodniu (odpowiednio: 27% i 26%) oraz respondenci spotykający się ze znajomymi średnio raz w tygodniu (odpowiednio: 18% i 21%). Przeprowadzone badania wskazują, że wraz z długością leczenia substytucyjnego, maleje częstość spotkań towarzyskich badanych osób. Taki rezultat może być związany ze stanem zdrowia badanych osób uzależnionych, leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat (prawie połowa to renciści) (tabela 90).

**Tabela 158. Preferowany przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego rodzaj kontaktu ze znajomymi**

Preferowany sposób kontaktu	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kontakt osobisty	96	85,0	95	85,6	191	85,3
Kontakt przez Internet	21	18,6	22	19,8	43	19,2
Kontakt telefoniczny	29	25,7	32	28,8	61	27,2
Kontakt listowny	4	3,5	-	-	4	1,8

Zródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Zdecydowaną większość badanych z porównywanych grup, stanowiły osoby preferujące kontakt osobisty ze znajomymi (tabela 158). Tym samym można założyć, że długość leczenia substytucyjnie prawdopodobnie nie ma związku z upodobanym przez osoby uzależnione rodzajem kontaktu ze znajomymi.

Osoby uzależnione często spotykają się ze znajomymi w celu wspólnego zażywania substancji psychoaktywnych (Wieczorek, 2020). W związku z tym, że na podstawie niniejszych badań stwierdzono, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy, alkohol spożywało 74% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 64% badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat (tabela 114), można przypuszczać, że spotkaniom towarzyskim badanych osób towarzyszy alkohol lub inne używki.

**Tabela 159. Subiektywna ocena relacji badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego ze znajomymi**

Ocena relacji ze znajomymi	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Relacje zdecydowanie dobre	20	17,7	16	14,4	36	16,1
Relacje raczej dobre	66	58,4	67	60,4	133	59,4
Relacje raczej złe	11	9,7	5	4,5	16	7,1
Relacje zdecydowanie złe	1	0,9	3	2,7	4	1,8
Trudno powiedzieć	15	13,3	20	18,0	35	15,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

Zródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badane osoby z porównywanych grup podobnie oceniają relacje ze znajomymi (tabela 159). Najwięcej osób oceniło swoje relacje ze znajomymi jako dobre (odpowiednio: 76% i 75%). Tym samym, można założyć, że długość leczenia substytucyjnego prawdopodobnie nie ma związku z oceną relacji osób uzależnionych ze znajomymi.



**Tabela 160. Palenie tytoniu przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Palenie tytoniu przez znajomych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak palących znajomych lub jeden palący znajomy	7	6,2	6	5,4	13	5,8
Połowa palących znajomych	24	21,2	17	15,3	41	18,3
Większość palących znajomych	68	60,2	73	65,8	141	62,9
Wszyscy palący znajomi	14	12,4	15	13,5	29	12,9
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,466$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,690$

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość znajomych badanych osób uzależnionych pali papierosy (odpowiednio: 60% i 66%) (tabela 160). Zaledwie 6% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 5% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat posiadało niepalących znajomych.

**Tabela 161. Spożywanie alkoholu przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Spożywanie alkoholu przez znajomych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak pijących znajomych lub jeden pijący znajomy	13	11,5	13	11,7	26	11,6
Połowa pijących znajomych	33	29,2	24	21,6	57	25,4
Większość pijących znajomych	53	46,9	65	58,6	118	52,7
Wszyscy pijący znajomi	14	12,4	9	8,1	23	10,3
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 3,710$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,294$

Źródło: opracowanie własne.

Wyżej zaprezentowane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że spożywanie alkoholu przez znajomych nie różnicuje istotnie statystycznie badanych osób uzależnionych. Z danych zawartych w tabeli 161 wynika, że respondenci to osoby, których znajomi w większości spożywają alkohol (odpowiednio: 47% i 59%). Znajomych niepijących alkoholu posiadało 12% respondentów leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat oraz 12% respondentów leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat.

**Tabela 162. Zażywanie narkotyków przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego**

Zażywanie narkotyków przez znajomych	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Brak znajomych zażywających narkotyki lub jeden znajomy zażywający narkotyki	37	32,7	30	27,0	67	29,9
Połowa znajomych zażywająca narkotyki	33	29,2	30	27,0	63	28,1
Większość znajomych zażywających narkotyki	34	30,1	43	38,7	77	34,4
Wszyscy znajomi zażywający narkotyki	9	8,0	8	7,2	17	7,6
Ogółem	113	100,0	111	100,0	224	100,0

$\chi^2 = 1,967$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,579$

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione z porównywanych grup są podobne pod względem zażywania narkotyków przez znajomych (tabela 162). Respondenci z obu badanych grup to osoby, posiadające znajomych zażywających narkotyki. Brak znajomych zażywających narkotyki dotyczył 33% badanych leczonych substytucyjnie krócej niż 5 lat i 27% badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat. Rozkład uzyskanych tutaj wyników jest dość zaskakujący, ponieważ wraz z długością leczenia substytucyjnego (powyżej 5 lat) w sposób znaczący wzrósł odsetek osób uzależnionych, posiadających znajomych w większości zażywających narkotyki. To niepokojące dane, gdyż na ich podstawie można domniemywać, że prawie połowa badanych leczonych substytucyjnie dłużej niż 5 lat łamie abstynencję, gdyż jak wskazuje Ł. Wiczorek (2020) osoby uzależnione często zawężają krąg swoich znajomych

do innych osób uzależnionych w celu pozyskiwania lub/i wspólnego zażywania substancji psychoaktywnych.

**Tabela 163. Subiektywne postrzeganie osób do których zdaniem badanych o różnej długości leczenia substytucyjnego warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne**

Osoby wspierające	Długość leczenia substytucyjnego do 5 lat		Długość leczenia substytucyjnego powyżej 5 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Żona/mąż/partner/partnerka	43	38,1	47	42,3	90	40,2
Rodzice	26	23,0	26	23,4	52	23,2
Teściowie	-	-	-	-	-	-
Rodzeństwo	11	9,7	13	11,7	24	10,7
Inny krewny	3	2,7	2	1,8	5	2,2
Przyjaciele/znajomi	29	25,7	31	27,9	60	26,8
Sąsiedzi	-	-	-	-	-	-
Ksiądz lub inna osoba duchowna	-	-	5	4,5	5	2,2
Lekarz rodzinny	-	-	-	-	-	-
Specjalista psychoterapii uzależnień	22	19,5	16	14,4	38	17,0
Grupa samopomocowa	-	-	3	2,7	3	1,3
Ktoś inny	6	5,3	10	9,0	16	7,1
Nie ma takiej osoby	16	14,2	15	13,5	31	13,8

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: nie przeprowadzono testu Chi-kwadrat, gdyż co najmniej jedna wartość jest mniejsza od 5.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że badane osoby uzależnione o wsparcie materialne zwróciłyby się w pierwszej kolejności do partnera (odpowiednio: 38% i 42%), a następnie do przyjaciół i znajomych (odpowiednio: 26% i 28%) oraz rodziców (odpowiednio: 23% i 23%). Uzyskane wyniki upoważniają do stwierdzenia, że dłuższy czas pozostawania w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym sprzyja docenianiu najbliższej rodziny, znajomych oraz osób duchownych i członków grupy samopomocowej jako źródła wsparcia (tabela 163).

Podsumowując należy przyjąć, że zarówno osoby leczone substytucyjnie poniżej 5 lat, jak i osoby pozostające w leczeniu substytucyjnym dłużej niż 5 lat w zbliżony sposób postrzegają uzyskiwane wsparcie – zarówno od członków najbliższej rodziny, jak i środowiska pozarodzinnego.

## **6.6. Podsumowanie**

Podsumowując prowadzone analizy należy stwierdzić, że badane osoby uzależnione leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat i podejmujące leczenie substytucyjne powyżej 5 lat, charakteryzują się znacznym podobieństwem pod względem cech socjodemograficznych, specyfiki używania substancji psychoaktywnych, subiektywnej oceny leczenia substytucyjnego oraz w zakresie wsparcia społecznego uzyskiwanego od członków rodziny generacyjnej, prokreacyjnej i środowiska pozarodzinnego, chociaż występują również różnice.

W literaturze przedmiotu opisano wiele czynników związanych z nawrotem zażywania substancji psychoaktywnych. Oceniano również ich znaczenie predykcyjne (Wojnar, Ślufarska, Jakubczyk, 2006; Wojnar, Ślufarska, Klimkiewicz, 2007; Hunter-Reel, McCrady, Hildebrandt, 2009, Nordfjaern, 2011). Do istotnych predyktorów zdrowienia w uzależnieniu zaliczając m.in.: samoocenę, poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne (Chodkiewicz, 2006; Modrzyński, 2017).

Poszczególne czynniki chroniące przed nawrotem osoby uzależnione leczone substytucyjnie krócej niż 5 lat i pozostające w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym powyżej 5 lat, przedstawiono w tabeli 164.

**Tabela 164. Czynniki chroniące badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego przed nawrotem**

<b>CZYNNIKI CHRONIĄCE</b>	
<b>Osoby uzależnione leczone substytucyjnie do 5 lat</b>	<b>Osoby uzależnione leczone substytucyjnie powyżej 5 lat</b>
<b>I Czynniki związane z osobą uzależnioną</b>	
<b>Czynniki społeczno-demograficzne</b>	
Miejsce zamieszkania - miasto powyżej 500 tys. mieszkańców Wykształcenie średnie Związek partnerski (nieformalny) z osobą utrzymującą abstynencję od substancji psychoaktywnych lub nieuzależnioną Aktywność zawodowa	Miejsce zamieszkania - miasto powyżej 500 tys. mieszkańców Wykształcenie średnie Związek partnerski (nieformalny) z osobą utrzymującą abstynencję od substancji psychoaktywnych lub nieuzależnioną Posiadanie dzieci
<b>Czynniki psychologiczne</b>	
Optymizm w postrzeganiu przyszłości Poziom samooceny (najczęściej wysoki) Poziom poczucia własnej skuteczności (najczęściej wysoki)	Optymizm w postrzeganiu przyszłości
<b>II Czynniki związane z leczeniem</b>	
Motywacja do zmiany podyktowana decyzją własną Dobowe dawki metadonu (mniejsze niż 100 mg/dobę) Wsparcie społeczne w osobach specjalistów psychoterapii uzależnień	Motywacja do zmiany podyktowana decyzją własną Dobowe dawki metadonu (mniejsze niż 100 mg/dobę) Wsparcie społeczne w osobach specjalistów psychoterapii uzależnień

<b>III Czynniki środowiskowe</b>	
Dobre relacje z matką Posiadanie rodzeństwa nie zażywającego narkotyków i dobre z nim relacje Poczucie akceptacji przez najbliższą rodzinę	Dobre relacje z matką Posiadanie rodzeństwa nie zażywającego narkotyków i dobre z nim relacje Poczucie akceptacji przez najbliższą rodzinę

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość badanych z obu grup to mieszkańcy dużych miast. Z jednej strony ten aspekt może być przyczyną zażywania substancji psychoaktywnych, z powodu większego dostępu do substancji nielegalnych na terenie miast, ale w przypadku osób już uzależnionych może stanowić zasób, z powodu łatwiejszego dostępu do leczenia substytucyjnego i ilości placówek leczenia uzależnień.

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że większość badanych to osoby w wieku 31–40 lat, pozostające w związkach partnerskich. W związku z tym, że osoby zaangażowane w związek są bardziej zmotywowane do leczenia, to czynnik ten stanowi predyktor sukcesu w terapii. Wśród innych czynników sprzyjających utrzymywaniu abstynencji, wymienia się również zatrudnienie oraz posiadanie dzieci (Wojnar, Ślufarska, Klimkiewicz, 2007). W związku z tym, że większość badanych leczonych substytucyjnie do 5 lat jest aktywna zawodowo, a większość badanych leczonych substytucyjnie powyżej 5 lat posiada dzieci, należy uznać te czynniki jako ważne zasoby osób uzależnionych, sprzyjające dalszemu procesowi terapeutycznemu.

Optymizm najogólniej ujmując jest względnie stałą w czasie i niezależną od sytuacji, cechą osobowościową, zgodnie z którą jednostka oczekuje, że w jej życiu będą przytrafiać się raczej dobre rzeczy (Scheier, Carver, 1985). Osoby optymistyczne częściej przeżywają pozytywne emocje, akceptacją nowości i nie boją się sytuacji nietypowych (Czerw, 2010). W związku z tym, optymizm jest cechą, która w znaczący sposób może wpływać na zachowania człowieka, także te podejmowane przez osobę uzależnioną w odniesieniu do leczenia substytucyjnego. Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że wśród badanych dominują osoby optymistyczne spoglądające w przyszłość, co może wiązać się z mniejszym ryzykiem powrotu do zażywania narkotyków.

Istotnym predyktorem utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione jest także wysoka samoocena i poczucie własnej skuteczności. Wysoki poziom tych zasobów pozwala

osobom uzależnionym inicjować posiadane umiejętności zaradcze w sytuacji nawrotu. Z kolei niski ich poziom powoduje nasilenie oczekiwania poniesienia porażki, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu (Chodkiewicz, 2006; Holt, Lit, Cooney, 2012). Przeprowadzone analizy empiryczne wykazały, że wraz z długością leczenia substytucyjnego, u osób uzależnionych obniżył się poziom samooceny i poczucia własnej skuteczności. Tym samym, widoczna staje się potrzeba wprowadzania zmian w systemie leczenia substytucyjnego, aby osoby uzależnione od opioidów mogły skuteczniej pracować nad poziomem samooceny i własnej skuteczności.

Dodatkowo badane osoby posiadają zasób w postaci motywacji do leczenia, a jak wskazuje literatura przedmiotu, prawdopodobieństwo osiągnięcia abstynencji wzrasta w momencie ukształtowania się w osobie uzależnionej - motywacji wewnętrznej do leczenia (Holt, Kranitz, Cooney, 2013).

Większość respondentów biorących udział w badaniach zażywa nie więcej niż 100 mg metadonu na dobę. Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że najwyższą skuteczność leczenia substytucyjnego gwarantują dawki dobowe metadonu od 60 do 100 mg (Fullerton, Kim, Thomas, Lyman, Montejano, Dougherty, Daniels, Ghose, Delphin-Rittmon, 2014). Tym samym, uzyskane wyniki upoważniają do uznania dawki przyjmowanego metadonu do czynników wspierających utrzymywanie abstynencji przez osoby uzależnione.

Ponadto wyniki badań wskazują, że respondenci za najbardziej wspierającą osobę w placówce leczenia substytucyjnego uznają specjalistę psychoterapii uzależnień. To istotne dane, gdyż relacja między osobami uzależnionymi a terapeutami jest istotnym czynnikiem wspierającym proces leczenia uzależnień (Wild, Wolfe, 2013).

Wsparcie społeczne to „forma informacji otrzymywanej od otoczenia, dającej nam wiedzę dotyczącą tego, w jakim stopniu możemy ufać ludziom i jakiej pomocy możemy od nich oczekiwać” (Filipkowski, Gerymski, 2020, s. 254). Najczęściej wymienianym przez badane osoby czynnikiem umożliwiającym poradzenie sobie z uzależnieniem narkotykowym jest kapitał społeczny, zwłaszcza wsparcie ze strony rodziny. Jak wskazują wyniki licznych badań, brak grupy wsparcia znacznie obniża zarówno odporność psychiczną, jak i fizyczną człowieka. U osób posiadających wysokie wsparcie społeczne rzadziej występuje wiele chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych (Jakubik, Kowaluk, 1997). W związku z powyższym, dobre relacje z matką oraz posiadanie pozytywnych relacji z rodzeństwem nie zażywającym narkotyków stanowi ważny zasób osobisty badanych osób uzależnionych i jest czynnikiem predykcyjnym w radzeniu sobie z uzależnieniem.

Jak ustalono, środowisko pozarodzinne badanych osób, to w większości użytkownicy różnych substancji psychoaktywnych. Tym samym, nie można uznać go za czynnik sprzyjający lepszym wynikom leczenia osób uzależnionych, podejmujących walkę z nałogiem narkotykowym w postaci leczenia substytucyjnego.

Aby ustalić, w jakim stopniu długość leczenia substytucyjnego różnicuje istotnie statystycznie osoby uzależnione od opioidów, posłużono się testem Chi-kwadrat. Przeprowadzone badania osób leczonych substytucyjnie do lat 5 i powyżej 5 lat wykazały zróżnicowanie w zakresie jedenastu aspektów:

- a) wieku badanych osób;
- b) stanu cywilnego;
- c) rodzaju substancji zażywanej podczas inicjacji narkotykowej;
- d) presji związanej z zażywaniem narkotyków;
- e) czasu trwania uzależnienia;
- f) problemów z przyjaciółmi powstałych na skutek zażywania narkotyków;
- g) spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
- h) miejsca leczenia substytucyjnego (województwa);
- i) poczucia zrozumienia przez kadrę terapeutyczną w placówce leczenia substytucyjnego;
- j) subiektywnej oceny treningu asertywności;
- k) długości związku z partnerem.

Analiza wyników doprowadziła do wniosku, że nie osoby leczone substytucyjnie dłużej, jak założono, ale osoby leczone substytucyjnie krócej, dysponują większym zakresem zasobów.

Nie można zatem w pełni przyjąć drugiej hipotezy badawczej, mówiącej o tym, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami uzależnionymi leczonymi substytucyjnie nie dłużej niż 5 lat oraz powyżej 5 lat.

Uprawnionym natomiast wydaje się być założenie, że długoterminowe trwanie osoby uzależnionej od opioidów w terapii substytucyjnej przynosi spodziewane efekty, ale w ograniczonym wymiarze.

Obie grupy badanych osób uzależnionych były podobne pod względem liczebności. Można zatem wnioskować, że substytucja to sposób leczenia, w którym osoby uzależnione od opioidów są zdolne uczestniczyć długoterminowo.



## Rozdział 7

### Zasoby osobiste w grupie osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego na terenie województwa mazowieckiego (n=10)

Badaniami objęto grupę 10 osób uzależnionych od opioidów z województwa mazowieckiego, pozostających w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym. Wykorzystano w tym celu cztery narzędzia badawcze: kwestionariusz do analizy dokumentacji medycznej, Skalę Samooceny M. Rosenberga (SES) w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzera i M. Jerusalema (GSES) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Skalę Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL- 40 v. GP) S. Cohena w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej i M. Makary-Studzińskiej.

Wyniki i ich szczegółową analizę zaprezentowano dokonując podziału materiału badawczego na siedem punktów: charakterystyka badanych osób (7.1.), analiza dokumentacji medycznej (7.2.), przebieg uzależnienia i leczenia substytucyjnego (7.2.1.), poziom samooceny (7.3.), poziom poczucia własnej skuteczności (7.4.), nasilenie postrzeganego wsparcia społecznego (7.5.) oraz podsumowanie (7.6.).

#### 7.1. Charakterystyka badanych osób

Cechy socjodemograficzne dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia i aktywności zawodowej przygotowano na podstawie analizy dokumentacji medycznej badanych osób uzależnionych od opioidów. Zaprezentowano je w tabelach 165-177.

**Tabela 165. Płeć badanych osób (n=10)**

Płeć	N
Kobieta	3
Mężczyzna	7
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Badaniami objęto 10 osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego, w tym trzy kobiety i siedmiu mężczyzn (tabela 165). Jak wynika z Europejskiego Raportu Narkotykowego leczenie z powodu uzależnienia od heroiny w roku 2020 rozpoczęło 83% mężczyzn i 17% kobiet (EMCDDA, 2022).

**Tabela 166. Wiek badanych osób (n=10)**

Wiek	N
Do 35 lat	1
36 - 40 lat	3
41 - 45 lat	4
46 i więcej lat	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby uzależnione pogrupowano ze względu na cztery przedziały wiekowe: do 35 roku życia, do 40 roku życia, do 45 roku życia oraz powyżej 46 roku życia (tabela 166). Najwięcej osób miało od 41 do 44 lat (n=4) i od 36 do 40 lat (n=3).

Najmłodszy respondent w momencie badania miał 35 lat, a najstarszy 61 lat. Średnia wieku wynosiła 42 lata i 8 miesięcy. W polskich programach substytucyjnych leczą się już osoby, które przekroczyły 60-ty rok życia, a w Europie osoby nawet o dziesięć, piętnaście lat starsze (Charmast, 2020).

**Tabela 167. Miejsce zamieszkania badanych osób (n=10)**

Miejsce zamieszkania	N
Wieś	1
Małe miasto do 50 tys.	2
Miasto powyżej 500 tys.	7
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowaną większość badanych osób uzależnionych stanowili mieszkańcy miast (n=9). Jedna osoba pochodziła z podmiejskiej wsi (tabela 167). Wynika to z rozmieszczenia placówek leczenia substytucyjnego w miastach.

**Tabela 168. Wykształcenie badanych osób (n=10)**

Wykształcenie	N
Podstawowe lub niższe	4
Zasadnicze zawodowe	1
Średnie	5
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Większość osób posiadała wykształcenia średnie (n=5) i podstawowe (n=4). Jedna osoba legitymowała się wykształceniem zasadniczym zawodowym (tabela 168). Uzyskane w tym zakresie wyniki korespondują z tymi otrzymanymi przez A. Kotwasa, P. Zabielską i B. Karakiewicz (2020). Autorzy stwierdzili bowiem, że uczestnicy terapii substytucyjnej to w większości osoby posiadające wykształcenie średnie.

**Tabela 169. Stan cywilny badanych osób (n=10)**

Stan cywilny	N
Kawaler/panna	4
Żonaty/zamężna	1
Związek nieformalny	5
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

W związku formalnym lub nieformalnym, pozostawało sześć badanych osób uzależnionych. Cztery osoby były stanu wolnego (tabela 169). Brak udziału wdowców, osób rozwiedzionych, czy w separacji prawdopodobnie związany był z wiekiem osób uzależnionych biorących udział w badaniach. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami otrzymanymi przez M. Nalaskowską i M. Cierpiałkowską (2014), wskazującymi na to, że większość osób leczonych substytucyjnie pozostawało w związku formalnym lub posiadało status kawalera/panny. Uzyskane dane są optymistyczne, gdyż posiadanie partnera bywa rozpatrywane jako zasób wspomagający zmianę, wpływający na efektywność leczenia uzależnień (Wojnar, Ślufarska, Klimkiewicz, 2007).

**Tabela 170. Podstawowe źródło utrzymania badanych osób (n=10)**

Źródło utrzymania	N
Wynagrodzenie za pracę	2
Przychody z własnej działalności gospodarczej	1
Zasiłek dla bezrobotnych	1
Pomoc społeczna	6
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę podstawowe źródło utrzymania badanych osób uzależnionych, można zauważyć, że większość z nich stanowili klienci pomocy społecznej, otrzymujący zasiłek stały (n=6). W grupie respondentów zaledwie trzy osoby były aktywne zawodowo, w tym jedna prowadziła własną działalność gospodarczą (tabela 170).

Większą zapadalność w uzależnienie odnotowuje się wśród ludzi ubogich, o niskim statusie ekonomicznym (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2012). Co więcej, w swoich badaniach M. Nalaskowska i L. Cierpiatkowska (2014) wykazały, że po 6 miesiącach terapii metadonowej zadania związane z pracą zawodową były dla osób uzależnionych mniej ważne, niż w chwili rozpoczęcia leczenia.

**Tabela 171. Liczba dzieci badanych osób (n=10)**

Liczba dzieci	N
Brak dzieci	4
Jedno dziecko	4
Dwoje dzieci	1
Troje i więcej dzieci	1
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotycząca liczby dzieci wykazała, że cztery badane osoby uzależnione nie posiadały dzieci, a kolejne cztery posiadały jedno dziecko. Jedna osoba badana posiadała dwoje dzieci i jeden respondent troje dzieci (tabela 171). Średni wiek badanych osób wynosił prawie 43 lata, co skłania do wysunięcia wniosku, że respondenci nie posiadający dzieci, prawdopodobnie nie zostaną już rodzicami.

**Tabela 172. Sytuacja mieszkaniowa badanych osób (n=10)**

Sytuacja mieszkaniowa	N
Mieszkanie samodzielne	1
Wspólnie z rodziną	4
Wspólnie z żoną/mężem	1
Wspólnie z partnerem/partnerką	4
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Sytuacja mieszkaniowa respondentów jest zróżnicowana. Cztery badane osoby uzależnione mieszkały wspólnie z rodziną, kolejne cztery z partnerem/partnerką, jedna osoba badana mieszkała z żoną/mężem i jeden badany mieszkał samodzielnie (tabela 172). Biorąc pod uwagę sytuację finansową osób uzależnionych, można założyć, że badane osoby w większości nie są właścicielami mieszkań. Tym samym przedstawione analizy nie jawią się optymistycznie, gdyż jak wskazuje M. Soyka (2009) posiadanie własnego mieszkania jest jednym z predyktorów decyzji o utrzymywaniu abstynencji.

Żadna z badanych osób uzależnionych nie była ubezwłasnowolniona. Uzyskane wyniki nie zaskakują, gdyż terapia substytucyjna opiera się na przyjętej przez ustawodawcę zasadzie dobrowolności poddania się leczeniu przez osoby uzależnione od opioidów (Dz. U. 2013 poz. 368).

Wszyscy respondenci posiadali rozpoznanie podstawowe w postaci uzależnienia od opioidów. Uzyskane wyniki nie zaskakują, gdyż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. (Dz. U. 2013 poz. 368) leczenie substytucyjne skierowane jest właśnie do osób uzależnionych od opioidów.

**Tabela 173. Współistniejące zaburzenia psychiczne badanych osób (n=10)**

Współistniejące zaburzenia psychiczne	N
Depresja	6
Brak współwystępujących zaburzeń psychicznych	4
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Podwójna diagnoza jest terminem klinicznym, który określa współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia psychicznego oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Analiza uzyskanych danych wskazuje, że badane osoby różniły się między sobą w zakresie współistniejących zaburzeń psychicznych (tabela 173). Większość respondentów stanowiły osoby, u których poza uzależnieniem od narkotyków stwierdzono depresję (n=6). Kolejnych czterech respondentów nie posiadało diagnozy wskazującej na występowanie dodatkowych zaburzeń psychicznych. Liczni autorzy zwracają uwagę na fakt występowania zaburzeń współistniejących u osób uzależnionych w większym stopniu, niż u osób w populacji generalnej (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour, Compton, Pickering, Kaplan, 2004). Warto dłużej zastanowić się nad występowaniem zaburzeń psychicznych u badanych osób, gdyż jak się powszechnie uważa, przynajmniej część zaburzeń psychicznych może być dziedziczna. Oczywiście nie ma pewności, czy w rodzinach badanych osób uzależnionych występowały takie przypadki. Ponadto, z podwójnej diagnozy wynika wiele trudności diagnostycznych i terapeutycznych, co może skutkować gorszą współpracą, częstym przerywaniem leczenia przez osoby uzależnione, a w konsekwencji niską skutecznością leczenia (Błachut, Badura-Brzoza, Jarzab, Gorczyca, Hese, 2013).

**Tabela 174. Myśli samobójcze badanych osób (n=10)**

Myśli samobójcze	N
Występują	2
Nie występują	8
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 174 zdecydowana większość badanych osób uzależnionych nie doświadczała myśli samobójczych - osiem osób. Dwie z 10 badanych osób doświadczały ich. Warto zwrócić uwagę na fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) nie przyjęła ogólnej definicji myśli samobójczych, wprowadzając jednak termin „parasamobójstwo”. Termin ten oznacza indywidualną, nieadaptacyjną zmianę, będącą negatywną przyczyną aktów autoagresji lub zaburzeń w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym jednostki z konsekwencjami dla ogólnej jakości jej życia (WHO, 2014). Tym samym, pojęciem myśli samobójczych można określić każdą myśl lub refleksję pod wpływem której jednostka negatywnie postrzega samą siebie, ukierunkowując procesy myślowe w stronę potencjalnych zachowań autodestrukcyjnych (Ribeiro, Franklin, Fox, Bentley, Kleiman, Chang, Nock, 2016).

**Tabela 175. Zakażenie wirusem HIV badanych osób (n=10)**

Zakażenie wirusem HIV	N
Osoba zakażona wirusem HIV	3
Osoba niezakażona wirusem HIV	7
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że większość badanych osób uzależnionych nie była zakażona wirusem HIV (n=7) (tabela 175). To optymistyczne dane, gdyż jak wskazują C. R. Cloninger, S. Sigvardsson i M. Bohman (2000) współwystępujące zaburzenia somatyczne u osób uzależnionych wpływają niekorzystnie na przebieg i ukończenie leczenia. Wyniki badań mogą potwierdzać panujący w ostatnim dziesięcioleciu trend, dotyczący spadku ogólnej liczby przypadków zakażenia HIV w Europie, który prawdopodobnie związany jest ze zwiększonym dostępem do zintegrowanego testowania i leczenia w kierunku HIV w ramach usług redukcji szkód (EMCDDA, 2021).

**Tabela 176. Odbywanie kary pozbawienia wolności przez badane osoby (n=10)**

Odbywanie kary pozbawienia wolności	N
Przebywał w ZK	4
Nie przebywał w ZK	6
Ogółem	10

Źródło: badania własne.

Wśród osób uzależnionych obserwuje się wzrost przestępczości (Feelemyer, Jarlais, Arasteh, Abu, 2012). W grupie badanych osób uzależnionych sześciu respondentów odbywało karę pozbawienia wolności, a czterech badanych kary pozbawienia wolności nie odbywało (tabela 176). Jak wskazują T. M. Chaplin, K. Hong, K. Bergquist R. Sinha (2008) wcześniejsze problemy z prawem zmniejszają szanse na ukończenie całego programu terapeutycznego.

**Tabela 177. Występowanie uzależnień chemicznych w rodzinie generacyjnej badanych osób (n=10)**

Występowanie uzależnień chemicznych	N
Tak	8
Nie	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 177 można stwierdzić, że ośmiu na 10 badanych wywodziło się z rodzin, w których funkcjonowały osoby zmagające się z uzależnieniami chemicznymi. W czterech przypadkach obydwój rodziców było uzależnionych od substancji chemicznych, a w pozostałych czterech uzależniony był tylko ojciec. Powszechnie uważa się, że człowiek dziedziczy predyspozycje do uzależnienia. Można zaryzykować stwierdzenie, że występowanie uzależnień chemicznych w rodzinach generacyjnych respondentów, w sposób znaczący przyczynia się do powstania uzależnienia opioidowego. Warto również podkreślić, że obciążenie rodzinne alkoholizmem lub/i narkomanią jest czynnikiem niekorzystnym dla utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione (Yoshino, Kato, 1996).



Podsumowując dane społeczno-demograficzne badanych osób uzależnionych można wnioskować, że większość osób pochodziła z miasta. Byli to w większości mężczyźni w wieku produkcyjnym, mający blisko 43 lata, funkcjonujący w związkach nieformalnych, posiadający dzieci i pełną zdolność do czynności prawnych. Najczęściej wywodzili się z rodzin, w których jedno lub oboje rodziców to osoby uzależnione. Najwięcej z nich nie odbywało kary pozbawienia wolności, nie było zakażonymi wirusem HIV i nie doświadczało myśli samobójczych. Świadczenia z pomocy społecznej stanowiły główne źródło ich utrzymania. Ponadto, co druga osoba badana posiadała diagnozę nozologiczną depresji.

## 7.2. Analiza dokumentacji medycznej

Analizie poddano dokumentację medyczną osób uzależnionych od opioidów pod kątem przebiegu uzależnienia od narkotyków i aktualnego leczenia substytucyjnego. Badanie aktowe przeprowadzono posługując się autorskim kwestionariuszem. Druga jego część dotyczyła informacji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym wieku inicjacji narkotykowej, czasu trwania uzależnienia i podejmowanych prób leczenia. Trzecia część zawierała pytania dotyczące aktualnego leczenia substytucyjnego, m.in. rodzaju i ilości przyjmowanego substytutu.

### 7.2.1. Przebieg uzależnienia i leczenia substytucyjnego

Uzależnienie jest chorobą mogącą mieć różnorodny przebieg. Bywa, że u jednego człowieka rozwija się powoli, a u innego nagle, niespodziewanie. W niniejszym opracowaniu postanowiono przyrzeć się temu obszarowi problemowemu, biorąc pod uwagę wiek i rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej, długość uzależnienia oraz dotychczas podejmowane przez osoby badane próby leczenia. Uzyskane wyniki w postaci statystyki opisowej zawarto w tabelach 178-181.

**Tabela 178. Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób (n=10)**

Wiek inicjacji narkotykowej	N
8-12 lat	2
13-16 lat	6
17-20 lat	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 178 wskazują, że badane osoby różniły się między sobą wiekiem inicjacji narkotykowej. Największą grupę badanych stanowiły osoby, u których inicjacja narkotykowa nastąpiła między 13 a 16 rokiem życia (n=6). Wiek inicjacji narkotykowej respondentów zawierał się w przedziale od 9 do 19 lat, a średnia wieku inicjacji wynosiła 14 lat i 5 miesięcy. Można przypuszczać, że inicjacja w zakresie używania narkotyków zaczyna być dość powszechnym zjawiskiem wśród młodzieży i coraz większa grupa adolescentów posiada osobiste doświadczenia w tym zakresie, co potwierdzają badania polskie i zagraniczne (Skrodzka, Kowalczyk, 2020; EMCDDA, 2021).

**Tabela 179. Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób (n=10)**

Rodzaj substancji psychoaktywnej	N
Marihuana	7
Amfetamina	1
Heroina	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Obok informacji dotyczącej wieku inicjacji narkotykowej, istotna jest także wiedza, od jakiej substancji psychoaktywnej badane osoby uzależnione rozpoczęły swoją „przygodę” z narkotykami. Z tabeli 179 wynika, że większość badanych osób podczas inicjacji narkotykowej zażywało marihuanę (n=7), a pozostałe kolejno: heroinę (n=2) i amfetaminę (n=1).

**Tabela 180. Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym badanych osób (n=10)**

Czas trwania w uzależnieniu	N
11-15 lat	1
16-20 lat	3
21 lat i więcej	6
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Dane wskazują, że większość respondentów (n=6) zmagало się ze swoim uzależnieniem narkotykowym dłużej niż 21 lat (tabela 180). Czas trwania uzależnienia badanych osób zawierał się w przedziale od 15 do 30 lat, a średni czas trwania w nałogu narkotykowym wynosił 21 lat i 8 miesięcy. W pewnym stopniu uzyskane dane, potwierdzają wyniki badań A. Kuby, Z. Wawrzyniaka i J. Zalewskiej-Kaszubskiej (2014), z których wynika, że 57% osób leczących się w programie metadonowym, pozostaje w uzależnieniu opioidowym powyżej 10 lat.

**Tabela 181. Liczba dotychczas podejmowanych prób leczenia uzależnienia przez badane osoby (n=10)**

<b>Przebieg leczenia</b>				
	<b>Oddział detoksykacyjny</b>	<b>Poradnia leczenia uzależnień</b>	<b>Program leczenia substytucyjnego</b>	<b>Ośrodek stacjonarny</b>
<b>B-1</b>	6	4	5	0
<b>B-2</b>	9	1	1	1
<b>B-3</b>	20	2	1	2
<b>B-3</b>	6	1	2	3
<b>B-5</b>	6	2	1	0
<b>B-6</b>	6	2	2	3
<b>B-7</b>	15	2	4	3
<b>B-8</b>	5	1	1	0
<b>B-9</b>	10	0	4	1
<b>B-10</b>	15	2	2	1
<b>Średnia</b>	<b>9,8</b>	<b>1,7</b>	<b>2,3</b>	<b>1,4</b>

\*B-1 - badany nr 1, B-2 – badany nr 2, itd.

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane w trakcie badań dane wskazują, że wszyscy respondenci korzystali z leczenia detoksykacyjnego i leczenia substytucyjnego. Żadna z badanych osób nie korzystała z leczenia na oddziale dziennym oraz innych form leczenia uzależnień (tabela 181).

Najpopularniejszą formą leczenia badanych osób uzależnionych była detoksykacja. Osoby badane z tej formy pomocy korzystały średnio 9,8 razy. Zaskakiwać może fakt, że wśród respondentów, znalazła się jedna osoba, która nigdy nie korzystała z leczenia w poradni uzależnień. Zazwyczaj to właśnie leczenie ambulatoryjne jest pierwszym miejscem, do którego udają się po pomoc osoby uzależnione od narkotyków. Ponadto, dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób uzależnionych może wskazywać w dużej mierze na dostępność ofert terapeutycznych, a nie tylko preferencje osób uzależnionych od opioidów. W pewnym stopniu uzyskane dane potwierdzają wcześniejsze badania A. Kotwasa, P. Zabielskiej i B. Karakiewicz (2020), które wskazują, że leczenie substytucyjne osób uzależnionych poprzedzone było podejmowaniem różnych prób walki z nałogiem narkotykowym.

Leczenie substytucyjne jest jednym z ważniejszych czynników mających wpływ na pokonanie lub zminimalizowanie skutków uzależnienia opioidowego i powrót do zdrowia. Ponadto, dokładniejsze przyjrzenie się temu obszarowi wydaje się niezbędne biorąc pod uwagę tematykę dysertacji. W związku z powyższym, analizie poddano dane, takie jak: podmiot kierujący do leczenia substytucyjnego, liczbę dotychczas podjętych terapii substytucyjnych, długość uczestnictwa w leczeniu substytucyjnym, rodzaj i dawkę przyjmowanego substytutu, regularność korzystania z psychoterapii w miejscu leczenia oraz częstość łamania abstynencji narkotykowej i alkoholowej. Wyniki badań w tym zakresie prezentują tabele 182-189.

We wszystkich przypadkach podmiotem kierującym badane osoby uzależnione do leczenia substytucyjnego był oddział detoksykacyjny mieszczący się w szpitalu psychiatrycznym. Nie jest to wynik w żadnym stopniu zaskakujący, gdyż leczenie substytucyjne metadonem zazwyczaj poprzedza detoksykacja. Warto zaznaczyć, że wcześniejsza detoksykacja nie jest konieczna przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego buprenorfiną.

**Tabela 182. Liczba podejmowanych przez badane osoby terapii substytucyjnych (n=10)**

Liczba podejmowanych terapii	N
1	4
2-3	3
3 i więcej	3
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę liczbę podejmowanych terapii substytucyjnych, można zauważyć, że dla czterech badanych osób uzależnionych aktualne leczenie substytucyjne było pierwszym w życiu. Dla pozostałych sześciu badanych osób było kolejnym leczeniem substytucyjnym (tabela 182). Średnia liczba podejmowanych przez respondentów terapii substytucyjnych wynosiła 2,3 razy. Uzyskane dane nie korespondują z wynikami badań autorstwa A. Kotwasa i wsp. (2020), z których wynika, że zaledwie dla 22% badanych realizowana terapia nie była pierwszą próbą leczenia substytucyjnego.

**Tabela 183. Czas trwania leczenia substytucyjnego badanych osób (n=10)**

Czas trwania leczenia substytucyjnego	Liczba
Leczenie substytucyjne do 5 lat	2
Leczenie substytucyjne powyżej 5 lat	4
Leczenie substytucyjne powyżej 10 lat	3
Leczenie substytucyjne powyżej 15 lat	1
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych dotycząca czasu trwania leczenia substytucyjnego wykazała, że 40% badanych leczyło się substytucyjnie dłużej niż 5 lat (tabela 183). Najkrótszy czas leczenia substytucyjnego wynosił 6 miesięcy, najdłuższy 22 lata. Średni czas trwania podtrzymującego leczenia substytucyjnego badanych osób uzależnionych wynosił 9 lat i 3 miesiące. Wyniki badań własnych w największym stopniu korespondują z tymi otrzymanymi przez A. Kotwasa i wsp. (2020). Autorzy stwierdzili bowiem, że w grupie osób leczonych substytucyjnie, najkrótszy czas udziału w terapii wynosił 8 miesięcy, najdłuższy zaś 20 lat i 7 miesięcy, a średni okres leczenia stanowił 6 lat i 6 miesięcy.

**Tabela 184. Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby (n=10)**

Rodzaj substytutu	Liczba
Metadon	7
Buprenorfina	3
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Analizie poddano także rodzaj przyjmowanego substytutu. Tabela 184 wskazuje, że większość respondentów (n=7) w ramach leczenia substytucyjnego przyjmowała metadon, a trzy osoby badane korzystały ze środka substytucyjnego w postaci buprenorfiny. Taki rozkład badanej cechy nie zaskakuje, gdyż w Polsce 93% wszystkich osób uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie przyjmuje metadon (KBPN, 2020).

**Tabela 185. Dawka przyjmowanego przez badane osoby metadonu (n=10)**

Dawka metadonu	N
do 50 mg	1
51-100 mg	5
101-150 mg	1
Ogółem	7

Źródło: opracowanie własne.

Największa liczba badanych (n=5) przyjmowała metadon w dawce oscylującej między 51 a 100 mg (tabela 185). Średnia dawka przyjmowanego przez badane osoby uzależnione metadonu wynosiła 80 mg. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali A. Kotwas, P. Zabielska i B. Karakiewicz (2020), w których ustalono, że osoby uzależnione na początku w leczeniu substytucyjnego przyjmowały 80,75 mg metadonu, natomiast w momencie przeprowadzania badania średnio 62,27 mg, a w obu okresach dotyczących prowadzonego pomiaru, wartość dawki dobowej wynosiła 70 mg.

**Tabela 186. Dawka przyjmowanej przez badane osoby buprenorfiny (n=10)**

Dawka buprenorfiny	N
Do 10 mg	1
21 mg i więcej	2
Ogółem	3

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 186 wynika, że dwie osoby uzależnione przyjmowały duże dawki buprenorfiny, tj. powyżej 21 mg. Średnia dawka przyjmowanej przez badane osoby uzależnione buprenorfiny wynosiła 18 mg. Taki rozkład omawianej cechy związany jest prawdopodobnie z długim okresem trwania badanych osób w uzależnieniu narkotykowym.

**Tabela 187. Regularność korzystania z psychoterapii w miejscu leczenia substytucyjnego przez badane osoby (n=10)**

Regularność psychoterapii	N
Regularne korzystanie z psychoterapii	3
Nieregularne korzystanie z psychoterapii	3
Sporadyczne korzystanie z psychoterapii	2
Nie korzystanie z psychoterapii	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Według danych z dokumentacji medycznej osób uzależnionych trzech respondentów regularnie korzystało z psychoterapii w miejscu leczenia substytucyjnego. Trzy osoby z psychoterapii korzystały w sposób nieregularny, dwie osoby korzystały sporadycznie, a dwóch respondentów nie korzystało z psychoterapii w ogóle (tabela 187). Powyższe wyniki w pewien sposób potwierdzają badania J. Pacha, A. Kamenczak, J. Chrostka-Maja i Z. Forysia (2001) podkreślające, że osoby w leczeniu substytucyjnym w większości nie korzystają z systematycznej psychoterapii w miejscu leczenia. Wyniki nie napawają optymizmem, gdyż brak systematycznych sesji terapeutycznych może skutkować u osób uzależnionych brakiem znaczących postępów w leczeniu, jak również nawrotem choroby tj. powrotem do zażywania substancji psychoaktywnych w celach niemedycznych.

**Tabela 188. Częstość łamania abstynencji narkotykowej w trakcie leczenia substytucyjnego przez badane osoby (n=10)**

Częstość łamania abstynencji narkotykowej	N
Jednokrotnie złamana abstynencja narkotykowa	1
Kilkukrotnie złamana abstynencja narkotykowa	7
Nie doszło do złamania abstynencji narkotykowej	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Sprawdzono także, czy badane osoby zażywały narkotyki w trakcie aktualnego leczenia substytucyjnego. Kilkukrotne łamanie abstynencji narkotykowej w trakcie leczenia substytucyjnego odnotowano w siedmiu przypadkach, w jednym przypadku doszło do jednokrotnego złamania abstynencji narkotykowej. Zaledwie dwóch badanych ani razu nie złamało abstynencji narkotykowej w trakcie podtrzymującej terapii substytucyjnej (tabela 188). Nie jest to wynik zadowalający, gdyż leczenie substytucyjne z założenia ma wspomagać osoby uzależnione od opioidów w zachowywaniu pełnej abstynencji od substancji psychoaktywnych. Uzyskane wyniki w pewnym stopniu potwierdzają badania A. Kotwasa, P. Zabielskiej i B. Karakiewcz (2020). Autorzy stwierdzili bowiem, że substancje narkotyczne, mimo udziału w programie substytucyjnym, zażywała ponad połowa badanych (60,3%).

**Tabela 189. Częstość łamania abstynencji alkoholowej przez badane osoby w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

Częstość łamania abstynencji alkoholowej	N
Kilkukrotnie złamana abstynencja alkoholowa	8
Nie doszło do złamania abstynencji alkoholowej	2
Ogółem	10

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane dane wskazują, że ośmiu badanych złamało abstynencje alkoholową w trakcie leczenia substytucyjnego. Dwie osoby badane zachowały w trakcie leczenia pełną trzeźwość (tabela 189). Powyższe dane mogą wskazywać na fakt, że badane osoby uzależnione zastępują swój nałóg innym, odmiennym od pierwotnego. Z badań A. Kuby, P. Wawrzyniaka i J. Zalewskiej-Kaszubskiej (2014) wynika, że prawie 70% badanych przyjmowało różne



substancje psychoaktywne w trakcie terapii metadonowej. Najwięcej badanych paliło papierosy (81%) oraz spożywało alkohol (60%).

Podsumowując dane z dokumentacji medycznej można wnioskować, że większość badanych osób to mężczyźni w średnim wieku, wywodzący się z rodzin z problemem uzależnienia, pochodzący z miasta, posiadający średnie wykształcenie, nieubezwalnieni, nie zarażeni wirusem HIV, podejmujący próbę inicjacji narkotykowej w wieku 14 lat poprzez zażycie marihuany. Najczęściej pozostający w uzależnieniu narkotykowym od blisko 22 lat. Mieli za sobą kilka nieudanych prób pokonania nałogu narkotykowego. Skierowani byli do leczenia substytucyjnego przez pracownika oddziału detoksykacyjnego. Pozostali w leczeniu substytucyjnym ponad 9 lat. Przyjmowali średnio 80 mg metadonu, okresowo zażywali substancje psychoaktywne. W większości nie mieli myśli samobójczych, nie uczęszczali regularnie na psychoterapię. Funkcjonowali w związkach nieformalnych, posiadali potomstwo, nie odbywali kary pozbawienia wolności i nie podejmowali pracy zarobkowej.

### **7.3. Poziom samooceny**

M. Rosenberg (1965) jest badaczem, który wniósł niebagatelny wkład w rozumienie zagadnień związanych z samooceną. Rosenberg definiuje samoocenę jako przekonanie jednostki dotyczące jej własnej wartości, które ujawnia się w pozytywnym lub negatywnym samoopisie. Autor traktuje samoocenę jako stosunkowo stałą cechę, a nie chwilowy stan danej jednostki.

Do oceny poziomu samooceny osób uzależnionych od opioidów, pozostających w leczeniu substytucyjnym posłużono się Skalą Samooceny (SES) autorstwa M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny. Skala SES służy do pomiaru samooceny globalnej, traktowanej jako konstrukt jednowymiarowy. Skala złożona jest z 10 twierdzeń. Osoba badana ocenia adekwatność każdego z nich, wybierając jedną z czterech odpowiedzi. Wynik oblicza się sumując punkty za poszczególne odpowiedzi. Przy zliczaniu punktów odwraca się twierdzenia sformułowane pozytywnie (1, 2, 4, 6, 7) tak, aby wyższa wartość punktowa była przyznawana za odpowiedzi wyrażające wyższy poziom samooceny. Suma punktów od 10 do 40 jest ogólną miarą stopnia samooceny. Im wyższy wynik, tym wyższy jest poziom samooceny (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008).

Średnik wynik w zakresie samooceny badanych osób uzależnionych od opioidów wyniósł  $M = 24,2$  punktu, co świadczy o niskim poziomie samooceny. Statystycznie wynik był znacznie niższy od średniej obliczonej na podstawie polskich badań normalizacyjnych ( $M = 29,49$ ) (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007). Biorąc pod uwagę uzyskane odchylenie standardowe, które dla osób badanych wyniosło  $SD = 3,12$  można stwierdzić, że rozkład otrzymanych wyników w zakresie analizowanej zmiennej nie był znaczący. Wyniki badań poziomu samooceny badanych osób zaprezentowano w tabeli 190 i 191.

**Tabela 190. Poziom samooceny badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

<b>Samoocena</b>				
<b>Poziom SES</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Średnia</b>
<b>Niski</b>	8	18	27	23,25
<b>Przeciętny</b>	2	28	28	28,0

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 190 zaprezentowano wyniki badań odnośnie poziomu samooceny badanych osób uzależnionych. Z analizy danych dotyczących poziomu samooceny wynika, że uzyskane przez badanych wyniki mieściły się w przedziale 18 – 28 pkt. Wyodrębnienie trzech poziomów samooceny wykazało, że większość tj. ośmiu badanych uzyskało niski jej poziom, a dwie osoby - przeciętny. Niepokoić może brak osób uzyskujących wysokie wyniki w zakresie samooceny.

**Tabela 191. Samoocena badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

<b>Samoocena</b>			
<b>Itemy</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Średnia</b>
<b>T1</b>	2,0	3,0	2,9
<b>T2</b>	2,0	3,0	2,9
<b>T3</b>	1,0	3,0	2,4
<b>T4</b>	1,0	3,0	2,7
<b>T5</b>	2,0	3,0	2,2
<b>T6</b>	1,0	3,0	2,8
<b>T7</b>	2,0	3,0	2,5
<b>T8</b>	2,0	3,0	2,0
<b>T9</b>	2,0	3,0	1,9
<b>T10</b>	1,0	3,0	1,9

Źródło: opracowanie własne.

Skala Samooceny SES składa się z 10 twierdzeń. Każde twierdzenie punktowane jest od 1 do 4 pkt. Ze wszystkich twierdzeń Skali Samooceny badani najwyżej ocenili przekonanie: „*Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni*” (2,9 pkt), „*Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech*” (2,9 pkt) oraz w zakresie twierdzenia „*Lubię siebie*” (2,8 pkt). Najniżej ze wszystkich pozycji oceniono przekonanie: „*Czasami czuję się bezużyteczn(a)y*” (1,9 pkt) oraz „*Niekiedy uważam, że jestem do niczego*” (1,9 pkt) (tabela 191). Wynika z tego, że osoby uzależnione od opioidów są przekonane o swojej wartości, jednocześnie czasami czują się niechciane i nikomu niepotrzebne, co najprawdopodobniej jest wynikiem niezdolności do interakcji z otaczającą rzeczywistością.

Średnie wyniki samooceny badanych osób uzależnionych od opioidów potwierdzają założenie, że ich poziom samooceny jest niższy, biorąc pod uwagę zarówno wynik globalny, jak i poszczególne itemy, niż w przypadku populacji zdrowych osób dorosłych. Wynik ten jest zgodny z badaniami E. Morawieckiej (2009), wskazującymi na istotnie niższą samoocenę osób uzależnionych.

Wartości przeciętne w odniesieniu do badanych osób uzależnionych (n=10) nie korespondują z wynikami badań zrealizowanymi na terenie województwa mazowieckiego i śląskiego (n=224), w których to badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego istotnie częściej określały samoocenę jako raczej wysoką (36,1%), a respondenci z województwa śląskiego wskazywali najczęściej na średni poziom samooceny (30,4%). Badanych grup (n=10 i n=224) nie można oczywiście wprost porównywać, przy czym wyniki wcześniejszego badania osób uzależnionych (n=224) można potraktować jako swego rodzaju wyniki odniesienia. Niemniej jednak, w obu badanych grupach można mówić o deficytach w zakresie samooceny. Warto zauważyć, że posiadanie niskiego poziomu samooceny u osób uzależnionych może skutkować większą lęklnością, wycofaniem z realizacji trudniejszych zadań, gorszym radzeniem sobie z problemami, trudnościami w podejmowaniu decyzji oraz przyczynić się do poczucia odrzucenia i braku akceptacji społecznej. Nie jest to komfortowa sytuacja dla osób uzależnionych od opioidów, od których oczekuje się sprostania wyzwaniom związanym z leczeniem substytucyjnym.

#### **7.4. Poziom poczucia własnej skuteczności**

Koncepcję własnej skuteczności A. Bandura (1977) zdefiniował w 1977 roku na Uniwersytecie Stanforda, określając tym terminem przekonanie jednostki o tym, że jest w stanie zainicjować i zrealizować zaplanowane działanie.

R. Schwarzer (1997) twierdzi, że im silniejsze jest przekonanie o własnej skuteczności, tym wyższe cele stawia sobie człowiek i tym bardziej angażuje się w zamierzone zachowanie. Podążając za tą myślą, można założyć, że im silniejsze będzie poczucie własnej skuteczności osób uzależnionych od opioidów, tym większe będzie zaangażowanie w leczenie substytucyjne.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) autorstwa R. Schwarzera i M. Jerusalem z Freie Universität Berlin, opracowaną w 1992 roku, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego z 1998 roku, która mierzy siłę ogólnego przekonania co do skuteczności radzenia sobie z problemami i życiowymi trudnościami. Zakres punktacji uzyskanej w badaniu mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności osób badanych, co przekłada się na lepsze umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, problemowych. Autorzy skali wyodrębnili trzy poziomy poczucia własnej skuteczności, gdzie: 1–4 sten (10–24 pkt) to wynik niski, 5–6 sten (25–29 pkt) wynik przeciętny, 7–10 sten (30–40 pkt) to wynik wysoki (Juczyński, 2000).

Z analizy danych dotyczących poczucia własnej skuteczności osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego wynika, że uzyskane przez badanych wyniki mieściły się w przedziale 16 – 33 pkt. Średnia arytmetyczna wyniosła  $M = 26,4$ , a odchylenie standardowe  $SD = 4,43$ . Średni wynik uogólnionego poczucia własnej skuteczności wyniósł  $M = 26,4$  i był statystycznie niższy, niż w polskich badaniach normalizacyjnych ( $27,32$ ;  $p < 0,001$ ). Po przeliczeniu wyniku surowego na jednostkę standaryzowaną odpowiada on poziomowi 5-go stena i interpretowany jest jako wynik przeciętny.

Wyniki badań poziomu własnej skuteczności osób badanych zaprezentowano w tabeli 192 i 193.

**Tabela 192. Poziom poczucia własnej skuteczności badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

Sten	N	Poziom	N
1	1	Niski	3
4	2		
5	3		
6	2	Przeciętny	5
7	1	Wysoki	2
8	1		
Razem	10	Razem	10

Źródło: opracowanie własne.

Z prezentowanych w tabeli 192 danych wynika, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby o przeciętnym poczuciu własnej skuteczności ( $n=5$ ). Z kolei jego niski poziom prezentowały trzy badane osoby. Dwie osoby uzyskały wynik świadczący o wysokim poziomie własnej skuteczności.

**Tabela 193. Poczucie własnej skuteczności badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

Poczucie własnej skuteczności			
Itemy	Minimum	Maksimum	Średnia
<b>T1</b>	1,0	4,0	2,9
<b>T2</b>	1,0	3,0	2,6
<b>T3</b>	1,0	4,0	2,4
<b>T4</b>	2,0	3,0	2,6
<b>T5</b>	2,0	4,0	3,0
<b>T6</b>	3,0	3,0	3,0
<b>T7</b>	1,0	4,0	2,6
<b>T8</b>	1,0	3,0	2,4
<b>T9</b>	1,0	3,0	2,5
<b>T10</b>	1,0	3,0	2,4

Zródło: opracowanie własne.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES zbudowana jest z 10 twierdzeń. Każde oceniane jest na czterostopniowej skali rangowej. Biorąc pod uwagę średnie wyniki poszczególnych składowych poczucia własnej skuteczności zauważono, że badane osoby uzależnione od opioidów najwyższy wynik uzyskały w zakresie dwóch twierdzeń: „*Dzięki swojej pomysłowości mogę dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach*” (3,0 pkt) oraz „*Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku*” (3,0 pkt).

Z kolei najniższą średnią zanotowano u badanych osób w zakresie trzech twierdzeń: „*Łatwo jest mi trzymać się swoich celów*” (2,4 pkt), „*Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań*” (2,4 pkt) oraz „*Niezależnie od tego, co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić*” (2,4 pkt) (tabela 193). Powyższe wyniki mogą wskazywać na dużą kreatywność osób badanych, przy jednoczesnym niskim poczuciu sprawstwa i niskim stopniu wydajnego działania.

Wartości przeciętne i zróżnicowanie w ramach poszczególnych itemów w odniesieniu do badanych osób (n=10) okazały się zbliżone do wartości uzyskanych w badaniu osób uzależnionych na terenie województwa mazowieckiego i województwa śląskiego (n=224), w których to respondenci raczej wysoko lub średnio (przeciętnie) ocenili poczucie własnej skuteczności. Być może pewne znaczenie miał zbliżony wiek i wykształcenie. Biorąc pod uwagę powyższe, w obu badanych grupach sytuacja pod względem poczucia własnej skuteczności jest dobra.

Liczne badania wykazały, że wyższe poczucie własnej skuteczności u osób uzależnionych związane jest z obniżeniem intensywności zażywania substancji psychoaktywnych i utrzymywaniem abstynencji (Chodkiewicz, 2006; Hser, 2007; Levin, Ilgen, Moos, 2007). W związku ze znaczącą rolą poczucia własnej skuteczności w przebiegu i efektach leczenia osób uzależnionych, powyższe wyniki wzbudzają umiarkowany optymizm. Niewiele osób uzyskujących wysokie wyniki w tym zakresie, może świadczyć o tym, że badane osoby uzależnione nie są przekonane, co do własnych możliwości i bycia skutecznym w działaniach zmierzających do osiągnięcia wyznaczonego celu terapeutycznego. Można również przypuszczać, że osoby badane właśnie w narkotykach szukały ukojenia swojej bezsilności i braku nadziei na poprawę swojej sytuacji życiowej. Co więcej, samo leczenie substytucyjne prowadzi do respektowania sytuacji kontroli i podporządkowania się regulaminowi placówki leczniczej, co także ma wpływ na kształtowanie poczucia własnej skuteczności osób uzależnionych.

### **7.5. Nasilenie postrzeganego wsparcia społecznego**

Kolejne wyniki dotyczą szczególnie ważnego zagadnienia dla rozważań na temat zasobów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego, a mianowicie wsparcia społecznego.

Pojęcie wsparcia społecznego pojawiło się w literaturze w latach 70-tych ubiegłego wieku. Najczęściej rozumiane jest jako interakcja społeczna, oparta na wymianie emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr rzeczowych, której celem jest zmniejszenie stresu oraz próba znalezienia rozwiązania i przezwyciężenia trudności (Sęk, Cieślak, 2012). Innymi słowy wsparcie społeczne to wszelkiego rodzaju zasoby związane z procesem radzenia sobie w sytuacji stresowej, problemowej dostarczane przez innych ludzi (Cohen, Gottlieb, Underwood, 2000).

Do pomiaru oceny wsparcia społecznego w badaniach wykorzystano Skalę Oceny Wsparcia Społecznego (ISEL-40 v. GP) S. Cohena w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej, M. Makary-Studzińskiej. Narzędzie to zbudowane jest z 40 stwierdzeń o charakterze dychotomicznym. W skali ISEL-40 v. GP wyodrębniono cztery podskale: skoncentrowaną na wsparciu materialnym, przynależności, samooceny i wartościowania. Każda podskala zawiera 10 twierdzeń. W badaniu można uzyskać maksymalnie 40 punktów (od 0 do 10 pkt na każdej podskali) (Zarzycka, Śpila, Wrońska, Makara-Studzińska, 2010). W analizie skupiono się na czynnikach różnicujących poziom deklarowanego, postrzeganego przez badanych poziomu wsparcia społecznego oraz w poszczególnych jego rodzajach (tabela 194, 195, 196).

**Tabela 194. Wsparcie społeczne badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

<b>Wsparcie społeczne</b>			
<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>
17	31	22,6	4,17

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych z badań empirycznych danych odnoszących się do postrzeganego wsparcia społecznego wykazała, że uzyskane przez badane osoby uzależnione wyniki mieściły się w przedziale 17 – 31 pkt. Średnia arytmetyczna w wyniku ogólnym wyniosła  $M = 22,6$ , a odchylenie standardowe  $SD = 4,17$ . Obliczona średnia jest nieznacznie wyższa od środka skali ogólnej, który wynosi 20 pkt (tabela 194).



**Tabela 195. Wartości średnie i zróżnicowanie w ramach podskal skali oceny wsparcia społecznego badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

<b>Wsparcie społeczne</b>				
<b>Podskala</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>
Wsparcia materialnego	4	8	6,1	1,3
Przynależności	1	9	5,7	2,1
Samooceny	1	6	4,0	1,61
Poczucia wartości	2	9	6,8	1,94

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań zaprezentowane w tabeli 195 wskazują, że sytuacja badanych osób uzależnionych pod względem przeciętnego postrzeganego wsparcia społecznego jest dobra.

Wartości średnie w ramach podskal były zróżnicowane. Najwyższe wyniki badane osoby uzależnione uzyskały w podskali poczucia wartości, opisującą szanse na uzyskanie przez badanych wsparcia od osób, które respondent uważa za ważne i z których opinią się liczy (M = 6,8 pkt). Najniższe wyniki respondenci uzyskali w zakresie samooceny, mierzonej poprzez porównywanie siebie z innymi osobami (M = 4,0 pkt).

Zaskakiwać może fakt, że badane osoby uzależnione uzyskały w podskali wartościowania praktycznie taki sam średni wynik (M = 6,8 pkt), jak osoby biorące udział w badaniach normalizacyjnych, gdzie średnia arytmetyczna wyniosła - 6,83 pkt, a odchylenie standardowe — 2,25 pkt (Zarzycka, Śpila, Wrońska, Makara-Studzińska, 2010). Biorąc pod uwagę pozostałe trzy podskale, uzyskane przez badane osoby uzależnione wyniki są niższe, niż wyniki osób dorosłych biorących udział w badaniach normalizacyjnych. Największa różnica widoczna jest w wynikach odnoszących się do samooceny, gdzie dla całej podskali samooceny średnia arytmetyczna w grupie normalizacyjnej wyniosła 7,13 pkt, a odchylenie standardowe — 2,2 pkt (Zarzycka, Śpila, Wrońska, Makara-Studzińska, 2010), z kolei w badanej grupie osób uzależnionych wyniosła odpowiednio M = 4,0 pkt i SD = 1,61.

**Tabela 196. Poszczególne itemy wsparcia społecznego badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10)**

<b>Itemy</b>	<b>Średnia</b>
<b>T1</b>	0,9
<b>T2</b>	0,9
<b>T3</b>	0,9
<b>T4</b>	0,6
<b>T5</b>	0,7
<b>T6</b>	0,6
<b>T7</b>	0,8
<b>T8</b>	0,8
<b>T9</b>	0,8
<b>T10</b>	0,8
<b>T11</b>	0,5
<b>T12</b>	0,2
<b>T13</b>	0,9
<b>T14</b>	0,3
<b>T15</b>	0,6
<b>T16</b>	0,1
<b>T17</b>	0,6
<b>T18</b>	0,9
<b>T19</b>	0,5
<b>T20</b>	0,4
<b>T21</b>	0,9
<b>T22</b>	0,3
<b>T23</b>	0,2
<b>T24</b>	0
<b>T25</b>	0,8
<b>T26</b>	0,8
<b>T27</b>	0,3

<b>T28</b>	0,3
<b>T29</b>	0,2
<b>T30</b>	0,3
<b>T31</b>	1
<b>T32</b>	0,4
<b>T33</b>	0,2
<b>T34</b>	0,5
<b>T35</b>	0,9
<b>T36</b>	0,2
<b>T37</b>	0,8
<b>T38</b>	0,3
<b>T39</b>	0,4
<b>T40</b>	1

Źródło: opracowanie własne.

Skala składa się z 40 stwierdzeń, a każde punktowane jest dwustopniowej skali rangowej. Jak pokazano w tabeli 196 badane osoby uzależnione najwyższe średnie arytmetyczne uzyskały w zakresie twierdzeń: „*Gdybym utknął 10 km poza miastem, znalazłbym osobę, do której mógłbym zadzwonić i która mogłaby mnie stąd zabrać*” (1 pkt), „*Jestem w stanie tak samo dobrze wykonywać różne rzeczy, jak większość innych ludzi*” (1 pkt) oraz „*Znam przynajmniej jedną osobę, której rady doceniam*” (0,9 pkt), „*Gdybym zdecydował w piątkowe popołudnie o tym, że chcę iść do kina, tego samego wieczora, znalazłbym osobę, która mogłaby mi towarzyszyć*” (0,9 pkt), „*Gdybym z jakiegoś powodu trafił do więzienia, znalazłbym osobę, do której mógłbym zadzwonić i która wpłaciłaby za mnie kaucję*” (0,9 pkt), „*Kiedy potrzebuję porady odnośnie tego, jak sobie radzić ze swoimi problemami, wiem, że jest taka osoba, której mogę zaufać*” (0,9 pkt), „*Gdybym chciał pójść z kimś na obiad, z łatwością znalazłbym osobę, która by mi towarzyszyła*” (0,9 pkt), „*Jest taka osoba, do której mogę się zwrócić o radę w sprawie problemów związanych z obowiązkami domowymi*” (0,9 pkt), „*Gdybym musiał wysłać ważny list do godziny 17.00 i sam nie mógłbym tego zrobić, jest ktoś, kto mógłby to dla mnie zrobić*” (0,9 pkt).

Najniższą średnią wartość uzyskało twierdzenie: „*Jestem bardziej zadowolony ze swojego życia niż inni*” (0 pkt) oraz „*Większość ludzi, których znam, wysoko mnie ceni*” (0,1 pkt). Wynik ten można tłumaczyć zadowalającym wsparciem materialnym i negatywną postawą w stosunku do samego siebie badanych osób.

Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane przez grupę badanych osób uzależnionych można stwierdzić, że osoby uzależnione od opioidów pozostające w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym charakteryzują się raczej przeciętnym (średnim) nasileniem postrzeganego wsparcia społecznego. Okazało się, że uzyskane wyniki korespondują z subiektywną oceną wsparcia uzyskiwanego przez badane osoby uzależnione z województwa mazowieckiego i śląskiego (n=224). Niewątpliwie pewne znaczenie miał zbliżony wiek i poziom wykształcenia. Nie można oczywiście wprost porównywać obydwu grup, choć wyniki wcześniejszego badania osób uzależnionych (n=224) można potraktować jako swego rodzaju punkt odniesienia.

Podsumowując można powiedzieć, że sytuacja pod względem przeciętnego postrzeganego wsparcia społecznego w obu badanych grupach (n=10 i n=224) jest dobra.

Świadomość posiadania wsparcia dla osób uzależnionych jest bardzo ważna, gdyż jak wskazują badania prowadzone przez A. Krupę, K. Bargiel-Matusiewicz i G. Hofman (2005), osoby uzależnione mające poczucie większego wsparcia społecznego koncentrują się bardziej na rozwiązaniu problemów, w tym swojego uzależnienia. Z kolei osoby uzależnione, odczuwające niskie wsparcie społeczne charakteryzuje myślenie życzeniowe i stosowanie strategii ucieczkowych od problemów życiowych.

Z dotychczas przeprowadzonych badań wnioskować można, że wsparcie społeczne obok cech osobowościowych, ogrywa istotną rolę w radzeniu sobie z uzależnieniem (Jakubik, Kowaluk, 1997). Swego rodzaju potwierdzeniem powyższego stanowiska są także dane przedstawione przez J. Żulewską-Sak i K. Dąbrowską (2005), z których wynika, że czynniki, takie jak brak wsparcia ze strony otoczenia i niestabilna sytuacja społeczna osób rozważających zmianę są najczęściej wymienianymi barierami uniemożliwiającymi przezwycięzenie uzależnienia.

## **7.6. Podsumowanie**

Podsumowując prowadzone analizy można skonstatować, iż typowy respondent z grupy osób uzależnionych od opioidów to blisko 43-letni mężczyzna, legitymujący się wykształceniem średnim, pochodzący z miasta. Był wychowywany w rodzinie z problemem uzależnień. Jest mało aktywny zawodowo. Utrzymuje się ze świadczeń z pomocy społecznej.

Pozostaje w związku nieformalnym, posiada dzieci. Zazwyczaj mieszka z rodziną, posiada pełną zdolność do czynności prawnych, nie odbywał kary pozbawienia wolności. Posiada często podwójne rozpoznanie (depresja).

Niezwykle ważny jest wiek inicjacji narkotykowej - im wcześniejsza inicjacja, tym większe prawdopodobieństwo szybszego i silniejszego uzależnienia (Yoshino, Kato, 1996). Średni wiek inicjacji narkotykowej badanych osób to 14 lat i 5 miesięcy, a substancją od której osoby badane zaczęły „przygodę” z narkotykami jest marihuana.

Z przeprowadzonych badań wynika, że typowy respondent z uzależnieniem zmaga się blisko 22 lata i ma za sobą niemal 10 prób detoksykacji. Zazwyczaj realizuje drugie leczenie substytucyjne, przyjmując metadon w średniej dawce 80 mg. Z psychoterapii w miejscu leczenia korzysta nieregularnie. W podtrzymującym leczeniu substytucyjnym pozostaje ponad 9 lat, łamiąc wielokrotnie abstynencję narkotykową i alkoholową. Jak podają niektórzy autorzy, u osób leczonych substytucyjnie często obserwuje się nadużywanie alkoholu, jak również innych substancji psychoaktywnych, także przyjmowanych dożylnie (Cholewińska, Puławska-Popielarz, Gąsiorowski, 2013; Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubska, 2014). Wobec powyższego, przyjmowanie substancji psychoaktywnych w celach niemedycejskich przez osoby badane nie zaskakuje, aczkolwiek budzi niepokój. Tym bardziej, że używanie narkotyków i łamanie abstynencji alkoholowej w trakcie leczenia substytucyjnego zaburza przebieg terapii i zmniejsza jej skuteczność (Kobus, 2003).

Ponadto, typowy respondent uzależniony od opioidów nie jest zakażony wirusem HIV. Odpowiada to obserwowanej już od około dziesięciu lat tendencji do zmniejszenia liczby rejestrowanych nowych zakażeń HIV wśród osób uzależnionych od narkotyków w krajach wysoko rozwiniętych (EMCDDA, 2021). To ważny zasób badanych osób, gdyż występujące u osób uzależnionych zaburzenia somatyczne mają niekorzystny wpływ zarówno na przebieg, jak i ukończenie leczenia (Cloninger, Sigvardsson, Bohman, 2000).

Wyniki badań przedstawiają osoby uzależnione jako krytyczne wobec siebie, o niskim poziomie samooceny. Jak się okazuje, badane osoby uzależnione nie są zadowolone z posiadanych kompetencji, nie są świadome swoich mocnych stron, dostrzegają przede wszystkim wiele własnych słabości, jednocześnie lubią siebie - co może wskazywać na pogodzenie się ze swoim uzależnieniem. W związku z powyższym, można przypuszczać, że samoocena badanych osób uzależnionych nie jest adekwatna, gdyż nie uwzględnia w sposób realny cech ich osobowości. Wynik badanych osób w zakresie samooceny nie dziwi. Badania prowadzone przez Z. Kulkę, G. Świątkiewicz i A. Zielińskiego (1998) potwierdzają, że obniżona samoocena jest jednym z częściej zgłaszanych problemów przez osoby uzależnione

od substancji psychoaktywnych. Ponadto z przeglądu literatury wynika, że używanie substancji psychoaktywnych, w tym opioidów może prowadzić do obniżenia samooceny. Badania wykazały również, że osoby uwikłane w nałogi, kradzieże i prostytutkę mają niższą samoocenę niż osoby, które takich doświadczeń nie posiadają (Alavi, 2011; Akhter, 2013; Hendy, Black, Can, Fleischut, Aksen, 2018; Kostandy, 2020).

Zaprezentowane wyżej wyniki badań wskazują również, że badane osoby uzależnione cechuje przeciętny poziom własnej skuteczności. Są to osoby o średnim poziomie wiary w siebie i własne możliwości. Cechuje ich przedsiębiorczość i kreatywność, dzięki czemu dają sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach. Potrafią także zachować spokój w obliczu trudności, gdy bardzo im na czymś zależy. Uzyskane wyniki są umiarkowanie optymistyczne, gdyż jak wskazują S. Mohamed, S. Hassan, R. Abdelmonem (2022) istnieje dodatnia istotna korelacja między poczuciem własnej skuteczności a motywacją do leczenia.

Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym także dla osób uzależnionych głównym źródłem wsparcia jest zazwyczaj rodzina. To właśnie wsparcie osób najbliższych odgrywa szczególną rolę w procesie zdrowienia. Pomoc i wsparcie osobom uzależnionym jest potrzebne, aby poradzić sobie z autodestrukcyjnym stylem życia oraz przywrócić stabilizację psychiczną i społeczną. Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby uzależnione od opioidów pozostające w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym charakteryzują się przeciętnym nasileniem postrzeganego wsparcia społecznego, w tym zadowalającym poziomem wsparcia materialnego. To optymistyczne dane, gdyż jak wynika z przeprowadzonych badań, większość respondentów znajduje się w trudnej sytuacji finansowej i zawodowej, więc wsparcie materialne jest dla nich szczególnie ważne. Co więcej, świadomość, że w najbliższym otoczeniu są osoby gotowe udzielić wsparcia w sytuacjach trudnych, stanowi dla osób uzależnionych swoisty bufor bezpieczeństwa, dodając im pewności siebie i siły do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Warto podkreślić, że osoby uzależnione w trakcie leczenia substytucyjnego, podobnie jak ludzie zdrowi, potrzebują wsparcia na co dzień, a nie tylko w chwilach kryzysu. Brak wsparcia może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia oraz zwiększenia ryzyka zgonu (Schwarzer, Knoll, Rieckman 2004). Nie można jednak przesadzać z okazywaną pomocą i wsparciem, gdyż nadmiar w tym zakresie może potęgować poczucie bezsilności i niekompetencji u osób uzależnionych, a w konsekwencji doprowadzić do postawy wyuczonej bezradności (Kościelak, 2010).

Reasumując, należy stwierdzić, że leczenie substytucyjne powinno uwzględniać możliwie szeroki zakres zasobów osobistych osób uzależnionych, gdyż ich wysoki poziom zwiększa prawdopodobieństwo pozostania w terapii substytucyjnej i utrzymywania abstynencji. Im wyższy poziom samooceny i poczucia własnej skuteczności, tym lepsze długotrwałe rezultaty leczenia uzależnień (Marlatt, Gordon, 2005). Z kolei wszystkie rodzaje pomocy, stanowią dla osób leczonych substytucyjnie nieocenioną formę wsparcia społecznego.

## **Zakończenie i wnioski**

Problematyka zasobów osobistych u osób uzależnionych od opioidów pozostających w leczeniu substytucyjnym jest zagadnieniem podejmowanym niezmiernie rzadko. Większość badań dotyczy osób uzależnionych, które realizują terapię ukierunkowaną na utrzymywanie pełnej abstynencji od substancji psychoaktywnych, uwzględniając przede wszystkim ich deficyty. Z kolei w literaturze przedmiotu coraz częściej akcentuje się potrzebę wykorzystywania w procesie reintegracji społecznej i terapii wszystkiego, co jest w człowieku dobre i pozytywne, bez nadmiernej koncentracji na tym, co destrukcyjne (Bałandynowicz, 2012). Właśnie konieczność wzbogacenia dostępnej literatury na temat zasobów osobistych osób uzależnionych, skłoniła do przeprowadzenia niniejszych badań empirycznych.

Badania rozpoczęto w 2018 roku od przeprowadzenia pilotażu. W roku następnym rozpoczęto badania właściwe, które z powodu pandemii Covid-19 zakończyły się w roku 2022. Zrealizowano je w jednej placówce leczenia substytucyjnego na terenie województwa śląskiego i w pięciu punktach terapii substytucyjnej na terenie województwa mazowieckiego. W badaniach udział wzięły pełnoletnie osoby uzależnione od opioidów leczone substytucyjnie. Autorka badań była jednocześnie ich realizatorem.

Zgodnie z przyjętymi założeniami teoretyczno-metodologicznymi celem przeprowadzonych badań było wskazanie zasobów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano dwie techniki badawcze: ankietę i analizę dokumentów (Pilch, Bauman, 2010). W badaniach posłużono się pięcioma narzędziami badawczymi: autorskim kwestionariuszem ankiety, kwestionariuszem do analizy dokumentów osób uzależnionych od opioidów w trakcie leczenia substytucyjnego konstrukcji własnej, Skalą Samooceny M. Rosenberga (SES) w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny, Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzera, M. Jerusalema (GSES) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Skalą Oceny Wsparcia Społecznego S. Cohena (ISEL-40 v. GP) w polskiej adaptacji D. Zarzyckiej, B. Śpili, I. Wrońskiej i M. Makary-Studzińskiej.

Realizacja badań przebiegała w dwóch etapach. W pierwszym przebadano 224 osoby uzależnione będące w procesie leczenia substytucyjnego na terenie województwa mazowieckiego i województwa śląskiego. Średnia wieku w tej grupie wyniosła ponad 39 lat. Największy odsetek badanych stanowiły osoby mieszkające w mieście, pozostające w związku nieformalnym, posiadające potomstwo, z wykształceniem średnim. Przeważały osoby niepracujące, doświadczające depresji.



W drugim etapie wystandaryzowanymi narzędziami badawczymi przebadano dziesięć osób uzależnionych, średnia wieku wyniosła niespełna 43 lata. Zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy miast, niepracujący mężczyźni, pozostający w związku nieformalnym, posiadający potomstwo, z wykształceniem średnim. Badani najczęściej wywodzili się z rodzin, w których co najmniej jeden rodzic był osobą uzależnioną. Większa część badanych poza uzależnieniem, zmagала się z innym zaburzeniem psychicznym (depresją), nie odbywała kary pozbawienia wolności, nie doświadczała myśli samobójczych i nie była zakażona wirusem HIV.

Otrzymane wyniki badań przeprowadzonych za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety wśród 224 osób uzależnionych od opioidów pozwoliły na poznanie ich historii uzależnienia oraz zasobów osobistych.

**Pytanie szczegółowe:** *Jaka jest specyfika używania substancji psychoaktywnych przez osoby badane?*

Dla ukończenia terapii i utrzymywania abstynencji znaczenie ma liczba podejmowanych prób pokonania uzależnienia. Większa liczba terapii, zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia trwałej abstynencji przez osobę uzależnioną (Juczyński, Szamborska, Jędrzejczyk, 1992). W związku z tym, jednym z analizowanych w trakcie badań aspektów była historia uzależnienia badanych osób. Przeprowadzone analizy wykazały, że inicjacja narkotykowa badanych osób odbyła się pomiędzy 13 a 16 rokiem życia, przez zażycie marihuany. Powodem inicjacji narkotykowej były najczęściej doświadczane problemy życiowe. Badani w uzależnieniu pozostawali najczęściej od 16 do 20 lat. Zażywanie narkotyków doprowadziło ich do problemów z rodzicami, przyjaciółmi, partnerem oraz konfliktów z policją i wielokrotnych bójek. Jednocześnie z badań wynika, że zdecydowana większość badanych korzystała z różnych formy leczenia odwykowego – najczęściej z leczenia detoksykacyjnego i terapii ambulatoryjnej. Co więcej, z badań wynika, że zdecydowana większość badanych osób uzależnionych w trakcie ostatnich 12 miesięcy łamała abstynencję alkoholową. Uzyskane dane pozostają w znacznym stopniu w zgodzie z innymi doniesieniami badawczymi (m.in. Kuba, Wawrzyniak, Zalewska-Kaszubska, 2014; Kotwas, Zabielska, Karakiewicz, 2020). Warto podkreślić, że badane osoby uzależnione pomimo wieloletniego trwania w uzależnieniu narkotykowym nie poddały się i szukały pomocy, o czym świadczy podjęcie aktualnego leczenia substytucyjnego. Tym samym determinacja w działaniach zmierzających do poprawy własnego zdrowia, stanowi dla osób badanych swoisty zasób osobisty.

**Pytanie szczegółowe:** *Jak osoby badane oceniają aktualnie realizowane leczenie substytucyjne?*

Jednym z badanych zasobów było leczenie substytucyjne. Wyniki badań wskazują, że średnia długość leczenia substytucyjnego badanych osób wyniosła prawie 7 lat. Większość osób biorących udział w badaniach realizowała terapię substytucyjną po raz pierwszy, a decyzja o aktualnym leczeniu była ich decyzją własną. Dominowały osoby przyjmujące metadon w dawce oscylującej od 51 do 100 mg na dobę. W większości badani doświadczali zrozumienia ze strony kadry terapeutycznej i cenili w terapeutach cechy takie jak: życzliwość i otwartość oraz wyrozumiałość. Badane osoby uznały terapię indywidualną za najbardziej pomocną w leczeniu substytucyjnym, wskazując jednocześnie, że spośród innych metod terapeutycznych jest najtrudniejsza w realizacji. Większość badanych osób uzależnionych negowała potrzebę wprowadzenia zmian w placówkach leczenia substytucyjnego. Z badań wynika także, że badane osoby wśród korzyści płynących z terapii substytucyjnej, najczęściej wskazywały na poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Żywiły one przekonanie, że trwanie w trzeźwości po zakończeniu leczenia substytucyjnego zdecydowanie ułatwia posiadanie wsparcia osób bliskich (rodziny, przyjaciół). Poza tym, przeprowadzone analizy wykazały, że większość badanych była pozytywnie nastawiona do życia. To satysfakcjonujący wynik, biorąc pod uwagę fakt, że osoby optymistycznie postrzegające własną przyszłość w sytuacji choroby, bardziej angażują się w proces leczenia (Carr, 2009). Otrzymane wyniki są zgodne z wynikami analiz prezentowanych w literaturze, choć nie zawsze dotyczą one osób podejmujących terapię substytucyjną (Chodkiewicz, 2001).

**Pytanie szczegółowe:** *Jak osoby badane oceniają siebie samych (samoocena) i poczucie własnej skuteczności?*

Do zasobów istotnych z punktu widzenia przystosowania społecznego, zalicza się zasoby podmiotowe, m.in. samoocenę (Niewiadomska, 2010; Kieszkowska, 2012) oraz poczucie własnej skuteczności (Juczyński, 2000; Łaguna, 2015).

Niewątpliwie zasób osobisty, jakim jest samoocena, ma wpływ na realizowanie zadań w ramach podejmowanego przez osoby uzależnione leczenia substytucyjnego. W prezentowanych badaniach w grupie osób uzależnionych odnotowano niestety niski poziom samooceny. Daje to podstawy do przypuszczeń, że badani, to osoby słabo przystosowane społecznie: skupione na sobie, niewierzące we własne możliwości i nieusatysfakcjonowane swoją aktywnością w środowisku. Przegląd badań dotyczących samooceny osób

nieprzystosowanych społecznie potwierdza, że zazwyczaj prezentują one bardziej negatywny obraz własnej osoby (Szymanowska, 2006; Wysocka, Ostafińska-Molik, 2016).

Poczucie własnej skuteczności związane jest z zaangażowaniem w zachowania prozdrowotne i proces leczenia (Warnecke, Baum, Peer, Goreczny, 2014). W badaniach poczucia własnej skuteczności u osób uzależnionych większość wyników wskazuje na wysoki jego poziom, co sugeruje, że najprawdopodobniej są osobami umiejętnie korzystającymi z własnych zasobów, dzięki czemu skuteczniej zaspokajają swoje potrzeby. Osiągnięte rezultaty można uznać za satysfakcjonujące, gdyż jak twierdzą J. Chodkiewicz (2005) oraz R. M. Kadden, M. D. Litt, E. Kabela-Cormier i N. M. Petry (2007) poczucie własnej skuteczności stanowi predyktor utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione.

**Pytanie szczegółowe:** *Jakie wsparcie uzyskują osoby badane od członków rodziny, partnerów i środowiska pozarodzinnego?*

Wsparcie społeczne jest czynnikiem szczególnie istotnym przy uwzględnieniu zdolności człowieka w procesie radzenia sobie z problemami. Korzystnie oddziałuje ono również na zdrowie, w tym także proces rehabilitacji (Knoll, Schwarzer, 2012; Wrześniewski, Włodarczyk, 2012). Osoby posiadające gęstą sieć społeczną, rzadziej łamią abstynencję (Havassay, Hall, Wassermann, 1991). Analiza danych uzyskanych z badań empirycznych wykazała, że uczestnicy badań są umiarkowanie przekonani o dostępności wsparcia społecznego w ich środowisku. Czują się oni w większości akceptowani przez członków najbliższej rodziny i są gotowi zwrócić się o pomoc zarówno materialną, jak i rzeczową do rodziców, partnerów, rodzeństwa oraz do osób niespokrewnionych, najczęściej do znajomych i przyjaciół oraz specjalistów psychoterapii uzależnień. Wsparcie społeczne było przedmiotem badań m.in. J. Żulewskiej-Sak i K. Dąbrowskiej (2005), które potwierdziły, że czynniki społeczne, w tym brak wsparcia ze strony otoczenia, to jedna najczęstszych barier uniemożliwiająca przezwyciężenie uzależnienia.

**Pytanie szczegółowe:** *W jakim stopniu miejsce leczenia substytucyjnego różnicuje badane osoby?*

Otrzymane w ramach przeprowadzonych badań wyniki, pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez. Na podstawie analizy dotychczasowych badań sformułowano pierwszą hipotezę o występowaniu istotnych różnic w zasobach osobistych w badanych grupach. Przyjęto założenie, że w grupie osób leczonych substytucyjnie na terenie województwa śląskiego odnotuje się istotnie niższy poziom zasobów, niż w grupie osób podejmujących

terapię substytucyjną na terenie województwa mazowieckiego. W analizach ujęto następujące zasoby badanych osób: samoocenę, poczucie własnej skuteczności, postrzegane wsparcie społeczne oraz leczenie substytucyjne wraz z dotychczasowym przebiegiem uzależnienia. Hipoteza ta częściowo została potwierdzona na podstawie porównania wyników badań osób uzależnionych podejmujących leczenie substytucyjnie na terenie województwa mazowieckiego i województwa śląskiego. Przeprowadzone badania osób leczonych substytucyjnie na terenie dwóch badanych województw wykazały zróżnicowanie w zakresie dziesięciu aspektów:

- a) rodzaju substancji użytej podczas inicjacji narkotykowej,
- b) częstości zażywania narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego,
- c) doświadczenia wypadku lub zranienia oraz napaści na skutek zażywania substancji psychoaktywnych,
- d) pobytu w szpitalu w związku z zażywaniem narkotyków,
- e) spożywania alkoholu w ostatnich 12 miesiącach leczenia substytucyjnego,
- f) długości leczenia substytucyjnego,
- g) poczucia zrozumienia i doświadczenia przejawów niechęci przez kadrę terapeutyczną placówki leczenia substytucyjnego,
- h) zmian, które należy wprowadzić w programie leczenia substytucyjnego,
- i) korzyści wynikających z obecnego leczenia substytucyjnego,
- j) kontaktów towarzyskich utrzymywanych przez osoby pozostające w leczeniu substytucyjnym.

W powyższych aspektach bardziej rozwinięte zasoby posiadają osoby uzależnione z województwa mazowieckiego. Można to tłumaczyć tym, że w województwie mazowieckim jest większa dostępność do leczenia substytucyjnego. Osoby uzależnione mają stosunkowo duży wybór różnych ofert terapeutycznych i mogą zdecydować się na taką, która najbardziej odpowiada ich aktualnym potrzebom i możliwościom.

**Pytanie szczegółowe:** *W jakim stopniu długość leczenia substytucyjnego różnicuje badane osoby?*

W drugiej hipotezie założono, że dłuższe leczenie substytucyjne przyczynia się do znacznego wzrostu zasobów osobistych osób uzależnionych. Hipoteza ta częściowo została potwierdzona na podstawie porównania wyników badań osób uzależnionych od opioidów, które uczestniczyły w leczeniu substytucyjnym 5 lat i powyżej 5 lat. Przeprowadzona analiza wykazała występowanie różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi grupami w zakresie:

- wieku badanych osób;
- stanu cywilnego;
- rodzaju substancji zażywanej podczas inicjacji narkotykowej;
- presji związanej z zażywaniem narkotyków;
- czasu trwania uzależnienia;
- problemów z przyjaciółmi powstałych na skutek zażywania narkotyków;
- spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
- miejsca leczenia substytucyjnego (województwa);
- poczucia zrozumienia przez kadre terapeutyczną w placówce leczenia substytucyjnego;
- subiektywnej oceny treningu asertywności;
- długości związku z partnerem.

Wbrew przyjętemu założeniu, okazało się, że osoby leczone substytucyjnie krócej, posiadają większy potencjał zasobów osobistych. Może świadczyć to o pewnym marazmie osób uzależnionych leczonych substytucyjnie dłużej (powyżej 5 lat), czy też zgodzie na to, jak będzie wyglądało ich życie, bez podejmowania działań na rzecz poprawy własnego losu. Na podstawie uzyskanych wyników można zatem stwierdzić, że dłuższe leczenie substytucyjne osób uzależnionych przynosi spodziewane efekty, ale w ograniczonym wymiarze. Jest to zgodne ustaleniami niektórych autorów, m.in. B. Habrata, K. Chmielewskiej, H. Baran-Furgi, B. Kęszyckiej i E. Taracha (2002) oraz A. Kobusa (2006).

Badania z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza do analizy dokumentów i wystandaryzowanych narzędzi badawczych wśród dziesięciu osób leczonych substytucyjnie pozwoliły odpowiedzieć na sformułowane pytania szczegółowe.

**Pytanie szczegółowe:** *Jaka jest historia używania substancji psychoaktywnych i leczenia substytucyjnego badanych osób?*

Uzyskane dane wskazują, że większość uczestników badań to osoby, które dokonały inicjacji narkotykowej w wieku adolescencji, pomiędzy 13 a 16 rokiem życia poprzez zażycie marihuany. Zdecydowana większość badanych zmaga się z uzależnieniem narkotykowym niemal 22 lata. Tak długi staż uzależnienia z pewnością przyczynił się do podejmowania przez badane osoby uzależnione różnorodnych form terapii. Najczęstszą formą leczenia była detoksykacja, z której badane osoby korzystały średnio blisko dziesięć razy w ciągu całego życia. Oznacza to, że charakteryzują się one wczesną inicjacją narkotykową i długim okresem trwania

w uzależnieniu narkotykowym, co może być czynnikiem zagrażającym procesowi zdrowienia badanych osób.

Dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób wskazuje na popularność leczenia substytucyjnego. z tego typu oferty terapeutycznej badane osoby korzystały najczęściej dwa lub więcej razy. Średnia długość leczenia substytucyjnego wyniosła ponad 9 lat. Najczęściej przyjmowanym przez badane osoby substytutem był metadon, w dawce 80 mg na dobę. Większość badanych osób w trakcie aktualnego leczenia substytucyjnego, kilkakrotnie łamała abstynencję narkotykową i alkoholową. Uzyskane wyniki w pewnym stopniu potwierdzają badania A. Kotwasa, P. Zabielskiej i B. Karakiewcz (2020). Autorzy stwierdzili bowiem, że ponad połowa osób badanych leczonych substytucyjnie zażywała substancje psychoaktywne. Nie są to optymistyczne wyniki, gdyż mogą świadczyć o tym, że osoby podejmujące leczenie substytucyjne zastępują uzależnienie - innym, odmiennym od pierwotnego. Dodatkowo uzyskane w trakcie niniejszych badań dane wskazują, że osoby uzależnione nieregularnie lub sporadycznie korzystały z psychoterapii w miejscu leczenia substytucyjnego. Podobne wyniki w tym zakresie uzyskali J. Pach, A. Kamenczak, J. Chrostek-Maj i Z. Foryś (2001), z których wynika, że osoby w terapii substytucyjnej w większości nie korzystały z systematycznej psychoterapii w miejscu leczenia. Niewątpliwie dla osób uzależnionych taki wynik nie jest korzystny. Nieregularne uczestnictwo w sesjach terapeutycznych może skutkować brakiem postępów w leczeniu, a w efekcie końcowym - wiązać się z nawrotem uzależnienia. Można zatem przypuszczać, że leczenie substytucyjne, które niewątpliwie stanowi istotny zasób osobisty, dla osób uzależnionych, nie zakończy się pozytywnie.

**Pytanie szczegółowe:** *Jakim poziomem samooceny cechują się badane osoby?*

Samoocena była jedną ze zmiennych analizowaną w badaniach. Analiza wyników stenowych w grupie badanych osób uzależnionych wykazała, że u ośmiu badanych samoocena była na niskim poziomie, a u dwóch na poziomie przeciętnym. Żadna z osób biorących udział w badaniach nie charakteryzowała się wysokim poziomem samooceny. Wyniki te wskazują, że osoby uzależnione mogą mieć trudności z podejmowaniem trudnych zadań, posiadają również większą tendencję do zachowań niezgodnych z przyjętymi zasadami współżycia społecznego w sytuacji niepowodzenia. Co w konsekwencji może doprowadzić osoby uzależnione do braku akceptacji społecznej i wykluczenia społecznego. Uzyskane dane są zgodne z wynikami badań E. Morawieckiej (2009), wskazującymi na istotnie niższą samoocenę osób uzależnionych w porównaniu do osób nieuzależnionych. Analizując uzyskane dane warto rozważyć, czy niski poziom samooceny badanych osób może wynikać z działań terapeutycznych niedostosowanych

do indywidualnych potrzeb osób uzależnionych, a w konsekwencji nie wywołujących trwałych zmian u osób pozostających w leczeniu substytucyjnym.

**Pytanie szczegółowe:** *Jakim poziomem własnej skuteczności cechują się badane osoby?*

Poczucie własnej skuteczności było kolejną zmienną analizowaną w badaniach. Uzyskane wyniki wskazują, że pięć osób uzależnionych charakteryzowało się przeciętnym poczuciem własnej skuteczności, a trzy niskim. Wysoki poziom poczucia własnej skuteczności dotyczył jedynie dwóch osób uzależnionych. Oznacza to, że osoby uzależnione w trakcie leczenia substytucyjnego prawdopodobnie umiarkowanie wierzą we własne siły i możliwości, a w związku z tym, rzadko podejmują działania zmierzające do zmiany swojej sytuacji życiowej oraz nie angażują się silnie w realizację określonych celów w trakcie terapii. Wykazano, że poczucie własnej skuteczności ma związek z zaangażowaniem w zachowania prozdrowotne oraz proces leczenia (Warnecke, Baum, Peer, Goreczny, 2014), związane jest również z obniżeniem intensywności zażywania substancji psychoaktywnych i utrzymywaniem abstynencji (Chodkiewicz, 2006; Hser, 2007; Levin, Ilgen, Moos, 2007). W związku z powyższym, uzyskane wyniki wzbudzają umiarkowany optymizm.

**Pytanie szczegółowe:** *Jakim nasileniem postrzeganego wsparcia społecznego w zakresie: wsparcia materialnego, wsparcia z przynależności, wsparcia samooceniającego, wsparcia wartościującego i ogólnym cechują się badane osoby?*

Wsparcie społeczne może stanowić czynnik uodparniający lub/i mieć charakter buforowy (Dumont, Provost, 1999; Cieślak, Eliaż, 2004). To znaczy może skutkować nasileniem zasobów osobistych człowieka w zakresie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi lub wiązać się z jego ochroną przed występowaniem różnego rodzaju dysfunkcji (Pytka, 2001). W przypadku osób uzależnionych każdy rodzaj wsparcia jest ważny i potrzebny. Przeprowadzone analizy pozwoliły na rozpoznanie poziomu wsparcia społecznego, jako jednego z istotnych zasobów u badanych osób uzależnionych. Analiza uzyskanych z badań danych wykazała, że sytuacja badanych osób uzależnionych w aspekcie postrzeganego wsparcia społecznego jest stosunkowo dobra. Badane osoby najniższe wyniki uzyskały w zakresie wsparcia samooceny, mierzonej poprzez porównywanie siebie z innymi osobami, a najwyższe w zakresie wsparcia wartościującego, czyli postrzeganej dostępności pozytywnego porównywania się z innymi osobami. Odczuwane wsparcie uznawane jest za potencjalny wyznacznik ryzyka wystąpienia nawrotów u osób uzależnionych - im wyższy poziom wsparcia społecznego, tym mniejsze ryzyko ponownego sięgnięcia po substancje psychoaktywne

(Havassy, Hall, Wassennan, 1991). Można zatem przypuszczać, że badane osoby uzależnione obarczone są średnim ryzykiem powrotu do zażywania narkotyków.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na rozpoznanie zasobów osobistych u badanych osób, pamiętając, że osoby uzależnione stanowią grupę zróżnicowaną. Zasoby badanych osób przedstawiono w formie graficznej (tabela 197).

**Tabela 197. Zasoby osobiste badanych osób (n=224 i n=10)**

<b>ZASOBY OSÓB UZALEŻNIONYCH n=224</b>	<b>ZASOBY OSÓB UZALEŻNIONYCH n=10</b>
Determinacja w działaniach zmierzających do poprawy własnego zdrowia (podjęcie leczenia substytucyjnego)	Determinacja w działaniach zmierzających do poprawy własnego zdrowia (podjęcie leczenia substytucyjnego)
Partner/partnerka nieuzależniona lub uzależniona utrzymująca abstynencję	Partner/partnerka
Potomstwo	Potomstwo
Wykształcenie średnie	Wykształcenie średnie
Miejsce zamieszkania - miasto powyżej 500 tys.	Miejsce zamieszkania - miasto powyżej 500 tys.
Niski wskaźnik prób leczenia substytucyjnego	Pełna zdolność do czynności prawnych
Motywacja do zmiany (podjęcia leczenia substytucyjnego) podyktowana decyzją własną	Niekarałość
Umiarkowana dawka leku substytucyjnego	Negatywny wynik obecności wirusa HIV w organizmie
Dostrzeżenie istotnej roli terapii indywidualnej w procesie leczenia	Brak myśli samobójczych
Negowanie potrzeby zmian w programie leczenia substytucyjnego	Umiarkowana dawka leku substytucyjnego
Dostrzeżenie korzyści wynikających z podjętego leczenia substytucyjnego	Przeciętny poziom poczucia własnej skuteczności



Poczucie zrozumienia przez kadrę terapeutyczną w miejscu leczenia substytucyjnego	Przeciętny poziom spostrzeganego wsparcia społecznego
Wsparcie społeczne pochodzące od: partnera, rodzeństwa, rodziców, znajomych i przyjaciół oraz specjalistów psychoterapii uzależnień	
Dobre relacje z matką	
Posiadanie rodzeństwa nie zażywającego narkotyków i dobre z nim relacje	
Poczucie akceptacji przez najbliższą rodzinę	
Optymizm w postrzeganiu przyszłości	
Wysoki poziom poczucia własnej skuteczności	
Udane życie seksualne	

Źródło: opracowanie własne.

Z zaprezentowanych danych wynika, że osoby uzależnione posiadają szereg zasobów, mogących sprzyjać utrzymywaniu abstynencji i chronić je przed nawrotem uzależnienia.

Przeprowadzona analiza uzyskanych danych wykazała również, że badane osoby mogą być narażone na nawrót uzależnienia z powodu licznych czynników społeczno-demograficznych oraz psychologicznych. Czynniki ryzyka przedstawiono w tabeli 198.

**Tabela 198. Czynniki ryzyka nawrotu uzależnienia u badanych osób (n=224 i n=10)**

<b>CZYNNIKI RYZYKA n=224</b>	<b>CZYNNIKI RYZYKA n=10</b>
Występowanie uzależnień w rodzinie generacyjnej	Występowanie uzależnień w rodzinie generacyjnej
Brak zatrudnienia	Brak zatrudnienia
Brak możliwości samodzielnego mieszkania	Brak możliwości samodzielnego mieszkania
Współistniejące zaburzenia psychiczne (depresja, zaburzenia osobowości, schizofrenia)	Współistniejące zaburzenia psychiczne (depresja)
Długi okres trwania w uzależnieniu (16-20 lat)	Długi okres trwania w uzależnieniu (21 lat i więcej)
Liczne, nieskuteczne próby leczenia uzależnienia (detoksykacja, terapia stacjonarna, terapia ambulatoryjna)	Liczne, nieskuteczne próby leczenia uzależnienia, w tym terapii substytucyjnej
Zażywanie substancji psychoaktywnych w trakcie leczenia substytucyjnego	Nieregularne korzystanie z psychoterapii w miejscu leczenia substytucyjnego
Kontakty towarzyskie z osobami zażywającymi różne substancje psychoaktywne	Wielokrotne łamanie abstynencji narkotykowej i alkoholowej w trakcie leczenia substytucyjnego
Niski poziom samooceny	Niski poziom samooceny

Źródło: opracowanie własne.

Z wysokim ryzykiem nawrotu w uzależnieniach wiążą się konkretne czynniki wyzwalające i cechy indywidualne osoby uzależnionej. Jak wynika z zaprezentowanych danych, badane osoby leczone substytucyjnie narażone są na wystąpienie nawrotu uzależnienia, pomimo podjętego leczenia substytucyjnego.

Przeprowadzone badania upoważniają do sformułowania, ważnych z psychopedagogicznego punktu widzenia, zaleceń badawczych i praktycznych.

1. Zasadne wydaje się sporządzenie pogłębionej diagnozy problemowej osoby uzależnionej na samym początku leczenia substytucyjnego. Diagnoza ta powinna obejmować zasoby wewnętrzne, które okazują się znaczące w procesie zmian, co potwierdzają niniejsze badania. Ustalone deficyty mogą przyczyniać się do braku widocznych efektów podejmowanych oddziaływań terapeutycznych, a w konsekwencji braku postępów w leczeniu substytucyjnym.
2. Proponuje się także, aby jednym z podstawowych celów terapii substytucyjnej stało się podwyższenie zarówno ogólnej samooceny i poczucia własnej skuteczności osób uzależnionych, jak i poszczególnych wymiarów tych zasobów. W tym celu należy wyposażyć osoby zawodowo związane z lecznictwem substytucyjnym w kompetencje z tym związane, a edukacja przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień, ale także terapeutów innych nurtów powinna być zorientowana na wspieranie poczucia własnej skuteczności oraz wzmacnianie poziomu samooceny u osób uzależnionych.
3. Zaleca się, aby oferta terapeutyczna skierowana do osób uzależnionych od opioidów była bardziej zróżnicowana i wielowymiarowa, gdyż analiza uzyskanych wyników wskazuje, że na wystąpienie nawrotu u osób podejmujących leczenie substytucyjne ma wpływ wiele różnych zmiennych, które powinny być uwzględnione w procesie terapeutycznym.
4. Postuluje się, aby realizowane zajęcia i warsztaty terapeutyczne były dopasowane nie tylko do potrzeb i zainteresowań osób uzależnionych, ale przede wszystkim do ich możliwości. Warto nadmienić, że niski potencjał podmiotowy osoby podejmującej leczenie substytucyjne, może decydować o braku skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych. Inne potrzeby będzie miała osoba podejmująca leczenie substytucyjne, w wieku 25 lat, a inne osoba, która ukończyła lat 60.
5. Ważną kwestią jest zwrócenie uwagi na rozpoznanie czynników chroniących podczas projektowania oddziaływań terapeutycznych wobec osób leczonych substytucyjnie, gdyż wszystkie one (indywidualne i środowiskowe) wzmacniają ogólny zdrowotny potencjał człowieka oraz odporność na działanie czynników ryzyka związanych z zażywaniem narkotyków.

6. Specjalistom psychoterapii uzależnień brakuje konkretnych narzędzi do oceny skuteczności leczenia substytucyjnego. Zatem należałoby opracować dla specjalistów realizujących terapię z osobami uzależnionymi, rzetelny i obiektywny kwestionariusz do oceny skuteczności takiego leczenia.
7. Realizowane programy leczenia substytucyjnego powinny być poddawane regularnej ewaluacji i modyfikacji niezbędnej do uzyskania jak najlepszych wyników leczenia wśród osób uzależnionych.
8. W świetle zaprezentowanych wniosków zasadnym jest także postulat dotyczący umocnienia kontaktów osób uzależnionych z rodziną pochodzenia oraz prokreacyjną, gdyż pełnią one istotną rolę w procesie leczenia uzależnień i readaptacji społecznej.
9. Warto promować w środowisku zasadę współpracy między instytucjami i organizacjami społecznymi działającymi na rzecz osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w leczeniu substytucyjnym w celu lepszego przepływu komunikacji, a w efekcie przygotowania lepszej oferty pomocowej skierowanej do osób uzależnionych. Specjaliści psychoterapii powinni koordynować takie działania w celu zwiększenia ich efektywności. Warto podkreślić, że specjalista psychoterapii działający w pojedynkę, mimo ogromnego zaangażowania oraz posiadanych kompetencji nie jest w stanie zaradzić wszystkim problemom, z którymi borykają się osoby uzależnione.
10. Warto podjąć działania mające na celu propagowanie wiedzy na temat podtrzymującego leczenia substytucyjnego wśród pracowników socjalnych, lekarzy – zwłaszcza POZ oraz w szerszym społeczeństwie, w celu wzmocnienia mechanizmów wsparcia społecznego, przełamywania stereotypów i lęku przed osobami, które podjęły leczenie substytucyjne. Można w tym celu zorganizować kampanię społeczną wskazującą, że człowiek leczony substytucyjnie to osoba, która podobnie jak ludzie nieuzależnieni, może pełnić różne role społeczne, m.in. małżonka, ojca, pracownika.
11. Zasadnym wydaje się dokonywanie oceny skuteczności leczenia substytucyjnego nie tylko poprzez ocenę powrotu do zażywania substancji psychoaktywnych przez osoby uzależnione, ale przede wszystkim w oparciu o aspekty dotyczące: właściwego pełnienia ról społecznych (np. partnera, rodzica, sąsiada), aktywności zawodowej, prawidłowego funkcjonowanie w środowisku lokalnym, posiadanych kompetencji i kwalifikacji zawodowych, zainteresowań, umiejętności

konstruktywnego spędzania czasu wolnego oraz umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów z osobami nieuzależnionymi.

12. W podmiotach leczenia substytucyjnego brakuje zaangażowania ludzi uzależnionych w proces tworzenia systemu pomocy skierowanego do nich samych. Oferowane formy wsparcia wynikają z interpretacji potrzeb osób uzależnionych przez kadrę terapeutyczną i niestety często są niezgodne z zapotrzebowaniem na wsparcie ze strony zainteresowanych, co utrudnia leczenie uzależnienia od narkotyków. Tym samym zasadne i użyteczne wydaje się uwzględnienie osób podejmujących terapię substytucyjną w konstruowaniu programów terapeutycznych.
13. W trakcie badań odnotowano wyższy poziom zasobów osobistych u osób leczonych substytucyjnie na Mazowszu. Takie wnioski skłaniają do konkluzji, że w podmiotach leczenia substytucyjnego w województwie mazowieckim warto podejmować działania przede wszystkim w zakresie budowania i wzmacniania kapitału adaptacyjnego człowieka. Działania te powinny koncentrować się głównie na zwiększaniu odporności na stres i umiejętności wykorzystania odpowiednich zasobów do radzenia sobie z sytuacyjnymi trudnymi m.in. nawrotem uzależnienia.
14. Z uwagi na zdiagnozowany w trakcie badań wyższy poziom zasobów osobistych badanych leczonych substytucyjnie poniżej 5 lat, zasadnym wydaje się, aby aktywność specjalistów skierowana do tych osób, koncentrowała się na ułatwianiu godzenia ról zawodowych i rodzinnych m.in. poprzez wprowadzenie rozwiązań dotyczących bardziej elastycznego czasu i form oddziaływań terapeutycznych, przy jednoczesnym zwiększeniu dostępu do specjalistów. Istotne znaczenie mają tutaj nie tylko psychoterapeuci i psychiatrzy, ale także pracownicy socjalni, którzy współpracują ze środowiskiem lokalnym i mogą w sposób znaczący przyczynić się do osiągnięcia pożądaných rezultatów terapeutycznych.

Badania wśród osób leczonych substytucyjnie są prowadzone niezmiernie rzadko, gdyż w Polsce mało jest placówek świadczących leczenie substytucyjne, a także kierownicy jednostek leczniczych z dużą dozą ostrożności podchodzą do prowadzenia badań przez osoby z zewnątrz (nawet, jeśli posiadają kwalifikacje psychoterapeuty uzależnień). Dodatkowym utrudnieniem jest niechęć i sceptycyzm samych osób uzależnionych do udziału w badaniach. Tym samym przeprowadzone badania, oparte między innymi na możliwości nieograniczonego zapoznania się z dokumentacją medyczną badanych, pozwoliły na bliższe poznanie osób

uzależnionych od opioidów pozostających w terapii substytucyjnej. Co więcej, przeprowadzone badania nie ograniczały się jedynie do wskazania zasobów osób uzależnionych, ale umożliwiły również dokonanie porównań międzygrupowych.

Przeprowadzone badania ujawniły ich ograniczenia oraz dalsze perspektywy badawcze. Badaniami objęto tylko dwa województwa, wśród których jedno ma najwyższy wskaźnik dostępności do leczenia substytucyjnego, a drugie niskie parametry dostępu do terapii substytucyjnej. W przedstawionych badaniach nie uwzględniono województw, w których dostępność do podtrzymującego leczenia substytucyjnego kształtuje się na średnim poziomie. Być może włączenie tych województw do badań umożliwiłoby zebranie materiału, pozwalającego na wskazanie poziomu zasobów osobistych u osób uzależnionych w województwach o przeciętnym poziomie dostępności terapii substytucyjnej.

Co więcej, badania wśród części osób uzależnionych realizowane były w pierwszych miesiącach po złagodzeniu obostrzeń związanych z pandemią Covid-19, co mogło mieć wpływ zarówno na ocenę realizowanego w tamtym czasie leczenia substytucyjnego, jak i subiektywną oceną zasobów osobistych, szczególnie samooceny i poczucia własnej skuteczności.

Z pewnością warto byłoby przeprowadzić badania longitudinalne które umożliwiłyby obserwacje metamorfozy, jaka zachodzi w osobach uzależnionych w czasie trwania terapii substytucyjnej pod względem zasobów osobistych.

Warto byłoby również w dalszych poszukiwaniach empirycznych skupić się na bardziej szczegółowej analizie zasobów osobistych osób uzależnionych, uwzględniając m.in. poczucie koherencji, poziom nadziei, religijność, radzenie sobie w sytuacjach trudnych, czy preferowane wartości. Ich uwzględnienie w przyszłych badaniach wymagałoby wykorzystania dodatkowych narzędzi badawczych, być może nawet opracowania autorskiego narzędzia o wysokich wskaźnikach psychometrycznych.

Niewątpliwie wartościowych danych dostarczyłyby analizy porównawcze poziomu zasobów osób leczonych substytucyjnie i osób po zakończonej terapii substytucyjnej, co pozwoliłoby odpowiedzieć na pytanie, na ile osoby uzależnione od opioidów są szczególne pod względem posiadanych zasobów osobistych. Należy jednak zwrócić uwagę, że realizacja takich badań mogłaby się okazać bardzo trudna, przede wszystkim ze względu na dostęp do grupy badawczej. Po pierwsze, leczenie substytucyjne z założenia u osób uzależnionych winno trwać przez całe życie (WHO, 2009), a po drugie - placówki leczenia substytucyjnego nie monitorują losów osób uzależnionych już po terapii, gdyż nie dysponują opracowanymi narzędziami do tego celu.

Podsumowując, biorąc pod uwagę złożoność podjętej problematyki badawczej, zasadnym wydaje się kontynuowanie dalszych badań nad określaniem znaczenia zasobów osobistych dla kontynuowania terapii substytucyjnej i utrzymywania abstynencji w grupie kobiet i mężczyzn uzależnionych od opioidów.

## **Bibliografia**

- Abucewicz, M. (2012). *Narkomania – problem społeczny w perspektywie konstruktywistycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75-86.
- Akhter, A. (2013). Relationship between substance use and self-esteem. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 4(2), 65-79.
- Anastazi, A., Urbina, S. (1999). *Testy psychologiczne*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Ajrouch, K. J. (2007). Social support. W: G. Fink (red.), *Encyclopedia of stress. Second Edition* (s. 538-542). New York: Academic Press.
- Alavi, H. R. (2011). The Role of Self-esteem in Tendency towards Drugs, Theft and Prostitution. *Addiction and Health*, 3(3-4), 119-24.
- Alder, H., Heather, B., (2000). *NLP w 21 dni*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Apanowicz, J. (2002). *Metodologia ogólna*. Gdynia: Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej Bernardinum.
- Aronson, E., Akert, R., Wilson, T. (1997). *Psychologia społeczna – serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Augustynek, A. (2011). *Jak walczyć z uzależnieniami?* Warszawa: wydawnictwo Difin.
- Avants, S. K., Margolin, A., Sindelar, J. L., Rounsaville, B. J., Schottenfeld, R., Stine, S., Cooney, N. L., Rosenheck, R. A., Li, S., Kosten, T. R. (1999). Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: a comparison of clinical efficacy and cost. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 27-33.
- Baładynowicz, A. (2012). Podmiotowość osoby i dobro wspólne w procesie reintegracji społecznej a system probacji. W: W. Ambrozik, A. Kieszkowska (red.), *Tożsamość grupowa dewiantów, a ich reintegracja społeczna* (s. 23-40). Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.



- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bańka, A. (2016). *Poczucie samoskuteczności. Konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej*. Poznań – Warszawa: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, NFDK.
- Baran-Furga, H. (2001). *Picie alkoholu przez pacjentów uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie metadonem*. Niepublikowana rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Baran-Furga, H., Chmielewska, K. (1999). *Uzależnienia – obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Baran-Furga, H., Steinbarth-Chmielewska, K. (2008). Zasady farmakoterapii uzależnień od opiatów, środków sedatywnych, psychostymulujących, kanabinoli i halucynogenów. W: W. Kostowski, Z. S. Herman (red.), *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii. Tom II* (s. 649-664). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Baran-Furga, H., Steinbarth-Chmielewska, K. (2012). Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 51-86). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Baumann, K. (2005). Świadomość samego siebie. *Edukacja i Dialog*, 10, 27-31.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Becker, H. S. (2009). *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Becker-Pestka, D., Dubis, M., Różyńska, S. (2018). *Rodzina dysfunkcyjna i patologiczna w przestrzeni życiowej młodych dorastających*. Wrocław: Wydawnictwo Exante.
- Best, D., Gossop, M., Marsden, J., Farrell, M., Strang, J. (1997). Time od day of methadone consumption and illicit heroin use. *Drug and Alcohol Depend.* 49(1) 49-54.
- Best, D., Harris, J., Gossop, M., Farrell, M., Finsch, E., Noble, A., Strang, J. (2000). Use of non-prescribed methadone and other illicit drugs during methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review*, 19(1), 9-16.

- Billings, A. G., Moos, R. H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8(3), 205–218.
- Bisaga, A., Wojnar, M. (2012). Farmakologiczne leczenie uzależnień. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 145-169). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Błachut, M., Badura-Brzoza, K., Jarzab, M., Gorczyca, P., Hese, R. T. (2013). Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych. *Psychiatria Polska*, 47(2), 335–352.
- Blume, A.W., Schmalings, K. B., Marlatt, A.G. (2003). Predictors of change in binge drinking over a 3-month period. *Addictive Behaviors*, 28(5), 1007-1012.
- Bourdeau, I., Desrosiers, J., Gosselin, S. (2008). Predictors of reintegration to normal living in older adults discharged from an intensive rehabilitation program. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 267-274.
- Branden, N. (2012). *6 filarów poczucia własnej wartości*. Łódź: Wydawnictwo Feeria.
- Bukowska, B. (2013). Leczenie osób uzależnionych od narkotyków. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 462-483). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bukowska, B. (2018). *Ocena możliwości podniesienia jakości opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od opioidów poprzez poprawę dostępu do podtrzymującego leczenia substytucyjnego*. Niepublikowana rozprawa na stopień naukowy doktora. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- Burgess, R. (red.) (1980). *Field Research: a Sourcebook and Field Manual*. London: Allen and Unwin.
- Burwell, R., Chen, C. P. (2008). Positive psychology for work-life balance: a new approach in treating workaholism. W: R. J. Burke, C. L. Cooper (red.), *The long working hours culture: Causes, consequences and choices* (s. 295–313). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Bussey, K., Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676–713.
- Carr, A. (2009). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Carrieri, M.P., Amass, L., Lucas, G.M., Vlahov, D., Wodak A., Woody, G. E. (2006). Buprenorphine use: the international experience. *Clinical Infectious Diseases*, 43(4), 197–215.

Cekiera, C. (1999). *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Chaplin, T. M., Hong, K., Bergquist, K., Sinha, R. (2008). Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1242-1250.

Charmast, J. (2020). Nakłady NFZ na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Programy leczenia substytucyjnego. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1(89), 22-30.

Chmielewska, K., Baran-Furga, H. (2006). *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna”.

Chodkiewicz, J. (2001). Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 14 (2), 277–287.

Chodkiewicz, J. (2005). Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (1), 39–45.

Chodkiewicz, J. (2006). Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej - przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria*, 3(3), 105-111.

Chodkiewicz, J. (2006b). Zasoby osobiste a występowanie nawrotów u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień* (s.175-185). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Chodkowski, Z. (2017). Zarys charakterystyki komunikacji interpersonalnej, możliwe zakłócenia i bariery. *Kultura – Przemiany – Edukacja*, 5, 282-294.

Cholewińska, G., Puławska-Popielarz, K., Gąsiorowski, J. (2013). Standardy opieki medycznej i psychoterapeutycznej dla pacjenta z infekcją HIV, uzależnionego od dożylnych środków odurzających. W: A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska, A. Wiercińska-Drapało, B. Knysz, M. Inglot, A. Szymczak (red.), *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS* (s. 418- 431). Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.

Chomczyńska-Rubacha, M., Rubacha, K. (2013). *Test Poczucia Skuteczności. Opracowanie teoretyczne i psychometryczne Pracowni Narzędzi Badawczych Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN*. Warszawa-Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

- Chrostek-Maj, J. (2008). Zadania leczenia substytucyjnego. Proponowane cele i struktura leczenia uzależnień opiatowych. W: J. Chrostek-Maj, G. Wodowski (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007* (s. 69-87). Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- Cierpiałkowska, L., Chodkiewicz, J. (2020). *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 106-122). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieślak, R., Eliaz, A. (2012). Wsparcie społeczne a osobowość. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 68-90). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (2000). Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: A. Bartosik (red.), *Typologia Alkoholizmu* (s. 50-64). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Cobb, S. (1976), Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., Underwood, L. G. (2000). Social Relationships and Health. W: S. Cohen, B. H. Gottlieb, L. G. Underwood (red.), *Social Support Measurement and Intervention: a Guide for Health and Social Scientists* (s. 3-28). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., Hoberman, H. M. (1985). Measuring the Functional Components of Social Support. W: I. G. Sarason, B. R. Sarason (red.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (s. 73-94). Martinus Nijhoff Publishers. Dordrecht/Boston/Lancaster.
- Connolly, S. (2003). *Warto wiedzieć. Heroina*. Warszawa: Wydawnictwo Visioner.
- Cooper, M. L. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., Hickman, M. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ*, 341, c5475.
- Corty, E., Ball, J. C., Mayers, C. P. (1988). Psychological symptoms in methadone maintenance patients: Prevalence and change over treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 776-777.
- Czerw, A. (2010). *Optymizm. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Darke, S., Degenhardt, L., Mattick, R. (2007). *Mortality amongst illicit drug users*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dąbrowska, K. (2007). Potrzeby pacjentów leczenia uzależnień dotyczące relacji z terapeutami w oczach pacjentów i terapeutów. *Alkoholizm i Narkomania*, 20(4), 377-394.
- De Maeyer, J., Nieuwenhuizen, Ch., Bongers, I. L., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2013). Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: a latent class analysis. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 342-350.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364–380.
- De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., Broekaert, E. (2011). a good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1244–1257.
- De Leon, G. (2003). *Spółeczność terapeutyczna. Teoria. Model. Metoda*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Di Chiara, G. (1999). Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European Journal of Pharmacology*, 375, 13-30.
- Donny, E. C., Brassier, S. M., Bigelow, G. E., Stitzer, M. L., Walsh, S. L. (2005). Methadone doses of 100 mg or greater are more effective than lower doses at suppressing heroin selfadministration in opioid-dependent volunteers. *Addiction*, 100, 1496-1509.
- Dubiel, E. (2016). Strategia redukcji szkód w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i alkoholu. *Polish Journal of Social Rehabilitation*, 11/2016, 63-81.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651.
- Dumont, M., Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Jouth and Adolescence*, 28 (3), 343-363.
- Dymkowski, M. (1993). *o samowiedzy i powstawaniu siebie*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M., Gomes, C., Vinocur, D., Spevack, T. (2007). Intimate partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments: implications for IPV and HIV screening. *Emergency Medicine Journal*, 24(4), 255–259.
- Elkader A., Sproule, B. (2005). Buprenorphine. Clinical pharmacokinetics in the treatment of opioid dependence. *Clinical Pharmacokinetics*, 44(7), 661–680.
- EMCDDA. (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2021). *European Drug Report 2021: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2022). *European Drug Report 2022: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erickson, C. K. (2019). *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Evren, C., Cetin, R., Durkaya, M., Dalbudak, E. (2010). Clinical Factors Associated with Relapse in Male Alcohol Dependents During Six-Month Follow-up. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 14-22.
- Farrell, M., Wodak, A., Gowing, L. (2012). Maintenance drugs to treat opioid dependence. *BMJ*, 344, e2823.
- Feelemyer, J., Jarlais, D., Arasteh, K., Abu, S. (2012). Retention of participants in medication-assisted programs in low- and middle-income countries: an international systematic review. *Addiction*, 36, 521-529.
- Fila-Jankowska, A. (2009). *Samoocena autentyczna. Co ukrywamy sami przed sobą*. Warszawa: Academica SWPS.
- Filipkowski, J., Gerymski R. (2020). Jacy ludzie mogą liczyć na wsparcie? Ciemna triada i konwersacyjna niebezpośredniość jako predyktory wsparcia społecznego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia*, 33(2), s. 253-269.
- Fortuna, P. (2012). *Pozytywna Psychologia Porażki. Jak z cytryn zrobić lemoniadę*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Franken, R. E. (2013). *Psychologia motywacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Franks, P., Campbell, T. L., Shields, C. G. (1992). Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Social Science & Medicine*, 34(7), 779-788.

- Fudalej, S. Wojnar, M. (2016). Wpływ leczenia substytucyjnego na funkcjonowanie społeczne i stan zdrowia osób uzależnionych od opioidów. *Psychiatria*, nr 13(4), 219–223.
- Fudala, P. J., Johnson, R. E. (2006). Development of opioid formulations with limited diversion and abuse potential. *Drug Alcohol Dependence* 83(1), 40–47.
- Fullerton, C. A., Kim, M., Thomas C. P., Lyman, D. R., Montejano, L.B., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (2), 146–157.
- Gaebel, W., Zielasek, J., Reed, G. M. (2017). Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska*, 51(2), 169–195.
- Gałecki, P., Szulc, A. (2023). *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11*. Tom 2. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Gamble, S. A., Conner, K. R., Talbot, N. L., Yu, Q., Tu, X. M., Connors, G. J. (2010). Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 71-77.
- Gąsiorowski, J. (2018). Substytucja jako metoda pomocy osobom z problemem narkotykowym. *Serwis Informacyjny. Uzależnienia*, 3(83), 32-34.
- Gaś, Z. (1992). *Wspólnota terapeutyczna w leczeniu uzależnień*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji Masz Szansę.
- Galanter, M., Kleber, H. D. (2008). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment 4th edition*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gerrig, R. J., Zimbardo, P. G. (2006). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gibson, A., Degenhardt, L., Mattick, R. P., Ali, R., White, J., O'Brien, S. (2008). Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addiction*, 103, 462-468.
- Giraudon I., Hedrich D., Duffell E., Kalamara E., Wiessing L. (2016). Hepatitis C virus infection among people who inject drugs: epidemiology and coverage of prevention measures in Europe. W: *Hepatitis C among drug users in Europe. Epidemiology, treatment and prevention* (s. 17-30). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gnitecki, J. (1993). *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*. Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Zielonej Górze.
- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L.R., Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55(3), 259–265.

- Gossop, M. (1997). (red.). *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61,8, 807-816.
- Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Theory*, 18(5), 494-510.
- Gryn, K. (2010). Dostępność programów leczenia substytucyjnego. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1(49), 20-23.
- Grzegołowska-Klarkowska, H. (2001). Samoobrona przez samooszukiwanie się. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guerreschi, C. (2010). *Nowe uzależnienia*. Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- Gumułka, W. S. (2008). Opioidowe leki przeciwbólowe. W: W. Kostowski, Z. S. Herman (red.), *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii. Tom II* (s. 194-226). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Guzik, M. (2005). *Podstawy metodologiczne prac promocyjnych*. Warszawa: Fundacja Studiów i Badań Edukacyjnych.
- Górna, K., Jaracz, K., Rybakowski, J. (2012). *Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Habrat, B. (2012). Leki stosowane w leczeniu substytucyjnym. W: J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria. Tom III. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne* (s. 168-174). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Habrat, B. (2018). Opioidy. W: M. Jarema (red.), *Uzależnienia i substancje psychoaktywne w praktyce lekarza POZ* (s. 39-52). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Habrat, B. (2007). *Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych*. W: A. Bilikiewicz, (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 238-269). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Habrat, B., Steinbarth-Chmielewska, K., Baran-Furga, H. (2017). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W: J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.). *Psychiatria. Tom II* (s. 157-194). Wrocław: Edra Urban & Partner.



- Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Kęszycka, B., Taracha, E. (2002). Subiektywna ocena jakości życia przez pacjentów uzależnionych od opiatów przed przyjęciem, po 6 miesiącach i po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegląd Lekarski*, 59(4-5), 351-354.
- Hammersley, M., Atkinson, P. (2020). *Metody Badań terenowych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235–246.
- Heinz, A. J., Epstein, D. H., Schroeder, J. R., Singleton, E. G., Heishman, S. J., Preston, K. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: Measurement validation and potential relationships. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 355-364.
- Hendy, H. M, Black, P., Can, S. H., Fleischut, A., Aksen, D. (2018). Opioid Abuse as Maladaptive Coping to Life Stressors in U.S. Adults. *Journal of Drug Issues*, 48 (4), 560–571.
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hipisz, K. (2014). *Psychoedukacja: asertywność, stres, emocje, samoocena, komunikacja interpersonalna*. Warszawa: Wydawnictwo Raabe.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-24.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holt, L. J., Kranitz, L. S., Cooney, N. L. (2013). Zindywidualizowana ocena problemu. Ocena czynników poznawczych i behawioralnych. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 131-148). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Holt, J. L., Litt, M. D., Cooney, N. L. (2012). Prospective Analysis of Early Lapse to Drinking and Smoking Among Individuals in Concurrent Alcohol and Tobacco Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 561-572.
- Hołyst, B. (1996). *Narkomania. Problemy prawa i kryminologii*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- House, J. S. (1981). *Work, stress, and social support*. London: Addison – Wesley.

- Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: Findings from a 33-year follow-up study. *Journal of Addictive Diseases*, 26(1), 51-60.
- Huflejt-Łukasik, M. (2010). *Ja i procesy samoregulacji. Różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hulse, G. K., Milne, E., English, D. R., Holman C. D. (1998). Assessing the relationship between maternal opiate use and neonatal mortality. *Addiction*, 93, 1033-1042.
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104(8), 1281-1290.
- Iniewicz, G. (2005). Self-esteem and its relations with self-image in female adolescents suffering from anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 39(4), 719-729.
- IPiN. (2018). *Dane z lecznictwa ambulatoryjnego. Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2016 roku. Formularz Mz-15*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Jabłoński, P. (2008). O rozwoju substytucji w Polsce. Wspomnienia i perspektywy. W: J. Chrostek-Maj, G. Wodowski (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007* (s. 9-17). Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- Jabłoński, P. (2012). Politoksykomania. W: M. Jędrzejko, P. Jabłoński (red.). *Narkotyki i środki zastępcze (zjawisko, zagrożenia, profilaktyka)* (s. 115-118). Warszawa – Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jabłoński, P., Jędrzejko, M. (2012). Problemy definicyjne i pojęciowe. W: M. Jędrzejko, P. Jabłoński (red.), *Narkotyki i środki zastępcze (zjawisko, zagrożenia, profilaktyka)* (s. 19-26). Warszawa-Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jakubik, A., Kowaluk, B. (1997). Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(26), 89-103.
- Janusz, B., Burzyński, J., Furgał, M., De Barbaro, B., Gdowska, K. (2010). O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatria Polska*, Tom XLIV (1), 5-11.
- Jaworska-Obłój, Z., Skuza, B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 29(3), 733-746.
- Jelonkiewicz, I. (2020). O psychologii pozytywnej – między światłem i cieniem. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1, 12–26.
- Jędrzejko, M. (2012). Narkomania – zjawisko wielowymiarowe. W: M. Jędrzejko, P. Jabłoński (red.). *Narkotyki i środki zastępcze (zjawisko, zagrożenia, profilaktyka)* (s. 7-17). Warszawa – Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

- Jędrzejko, M. (2012b). Narkomania i nowe uzależnienia – konteksty i problemy. W: M. Jędrzejko, P. Jabłoński (red.), *Narkotyki i środki zastępcze (zjawisko, zagrożenia, profilaktyka)* (s. 123-130). Warszawa – Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko, M. (2018a). Mechanizmy uzależnienia – od eksperymentu do ciężkiej choroby. W: M. Jędrzejko, T. Białas, Z. Stańczak (red.). *Narkotyki, dopalacze, nowe środki psychoaktywne. Co warto wiedzieć? Jak chronić dzieci i młodzież?* (s. 97-120). Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA.
- Jędrzejko, M. (2018b). Mechanizmy uzależnienia – od eksperymentu do ciężkiej choroby. W: M. Jędrzejko, Z. Stańczak (red.), *Narkotyki i dopalacze. Co powinni wiedzieć rodzice?* (s. 91-124). Warszawa: Wydawnictwo Bellona.
- Jędrzejko, M. (2015). Ważne informacje o narkotykach i dopalaczach. W: M. Z. Jędrzejko, T. Zagajewski, T. Zagajewski (red.), *Rozpoznawanie zachowań narkotykowych. Podstawy pomocy przedmedycznej* (s. 71-84). Pułtusk - Warszawa: Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko, M., Jabłoński, P., Korczak, J. (2008). Próba diagnozy problemu narkotykowego w Polsce. Przestępczość narkotykowa. W: M. Jędrzejko (red.), *Narkotyki. Vademecum* (s. 13-26). Warszawa: Fundacja Pedagogium.
- Jędrzejko, M., Janusz, M., Walancik, M. (2013). *Zachowania ryzykowne i uzależnienia. Zjawisko i uwarunkowania*. Warszawa – Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej.
- Jędrzejko, M., Kowalewska, A. (2008). Substancje psychoaktywne a zdrowie – problemy definicyjne i przedmiotowe. W: M. Jędrzejko (red.), *Narkotyki. Vademecum* (s. 27-43). Warszawa: Fundacja Pedagogium.
- Jędrzejko, M., Kowalewska, A. (2008). Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka. W: M. Jędrzejko (red.), *Narkotyki. Vademecum* (s. 79-103). Warszawa: Fundacja Pedagogium.
- Jędrzejko, M., Kowalewska, A. (2009). Narkomania wybrane pojęcia i definicje. W: M. Jędrzejko (red.), *Narkomania, spojrzenie wielowymiarowe* (s. 19-63). Pułtusk – Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko, M., Kowalski, M. (red.). (2016). *Narkotyki i dopalacze. Zjawisko. Zagrożenia. Rozpoznawanie zachowań. Profilaktyka*. Warszawa-Milanówek: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

- Jędrzejko, M., Neroj, A., Kowalewska, A., Wojcieszek, K. (2009). Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych. W: M. Jędrzejko (red.), *Narkomania, spojrzenie wielowymiarowe* (s. 65-140). Pułtusk – Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko, M., Netczuk-Gwoździewicz, M. (2013). Psychospołeczne uwarunkowania narkomanii w środowisku młodzieży. W: M. Jędrzejko, M. Netczuk-Gwoździewicz (red.), *Pułapki współczesności. Człowiek wobec uzależnień. Wybrane problemy* (s. 91-104). Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko, M., Rosik, B., Koziński, J. (2016). Etiologia polskich problemów narkotykowych – przyczyny i konsekwencje uzależnień. W: M. Jędrzejko, M. Kowalski (red.), *Narkotyki i dopalacze. Zjawisko. Zagrożenia. Rozpoznanie zachowań. Profilaktyka* (s. 207-216). Warszawa – Milanówek: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jones, H. E., Fielder, A. (2015). Neonatal abstinence syndrome: Historical perspective, current Focus, future directions. *Preventive Medicine*, 80, 12-17.
- Johnson, R. E., Jaffe, J. H., Fudala, P. J. (1992). a controlled trial of buprenorphine treatment for Opioid Dependence. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2750-2755.
- Johnsen, E., Herringer, L. G. (1993). a note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal Psychology*, 127(1), 73-77.
- Juszczyk, S. (2005). *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo ŚWSZ im. gen. Jerzego Ziętka.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 4, 11-23.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z., Szamborska, J., Jędrzejczyk, A. (1992). Treatment effectiveness predictors in patients with alcohol dependency. *Psychiatria Polska*, 26(5), 411-420.
- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kaczmarek, A., Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*, 51(4), 317-321.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1220-1236.
- Kadden, R. M., Litt, M. D. (2011). The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120–1126.

- Kamiński, A. (1974). Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej. W: R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej* (s. 49-79). Wrocław: Ossolineum PAN.
- Karlińska, A. (2015). *Iniekcijni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin. Raport końcowy*. Warszawa: Fundacja Redukcji Szkód.
- Karpowicz, P. (2002). *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?*. Białystok: Wydawnictwo Kreator.
- Kaszyński, H., Bronowski, P., Maciejewska, O. (2019). Praca socjalna z osobami doświadczonymi choroby psychicznej – uwagi praktyczne. W: P. Bronowski, H. Kaszyński, O. Maciejewska (red.), *Kryzys psychiczny: odzyskiwanie zdrowia, wsparcie społeczne, praca socjalna* (s. 129-137). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Kawula, S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Problemy opiekuńczo-wychowawcze*, 1, 6-7.
- KBPN. (2013). *Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2013*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- KBPN. (2017). *Narkomania. Gdzie szukać pomocy? Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym*. Warszawa: Wydawnictwo Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- KBPN. Lista programów leczenia substytucyjnego. <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107094> (dostęp z dnia 18.06.2019).
- KBPN. (2018). *Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2018*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- KBPN. (2019). *Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2019*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- KBPN. (2020). *Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2020*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Cialdini, R. B. (2002). *Psychologia społeczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1–26.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1569-1605.

- Kernis M. H., Goldman B. M. (2006). Assessing stability of self-esteem and contingent self-esteem. W: Kernis M. H. (red.), *Self-esteem Issues and Answers* (s. 77-85). New York: Psychology Press.
- Kieszkowska, A. (2012). *Inkluzyjno-katalaktyczny model reintegracji społecznej skazanych. Konteksty resocjalizacyjne*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Kirenko, J., Sarzyńska, E. (2010). *Bezrobocie. Niepełnosprawność. Potrzeby*. Lublin. Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J., Boczkowska, M. (2017). *Bezrobocie. Zachowania zdrowotne. Uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kiwerski, J. (2005). Współczesne poglądy na rehabilitację. W: J. Kiwerski (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 26-37). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kleber, H. D. (1998). Ultrarapid opiate detoxification. *Addiction*, 93(11), 1629-1633.
- Klingemann, J., Moskalewicz, J. (2017). Potrzeby pacjentów polskiego systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Perspektywa pacjentów oraz terapeutów. *Alcoholism and Drug Addiction*, 30(4), 249-278.
- Kmiecik-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38(1/2), 201-214.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2012). „Prawdziwych przyjaciół...”. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 29-48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kobus, A. (2003). Substytucyjna terapia metadonowa. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień* (s. 163-173). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Koczurowska, J. (2012). Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 183-198). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (tom 2, s. 561-600). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konecki, K. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kooyman M. (2002). *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kos, A. (2018). Osoba uzależniona od narkotyków. Klient jak każdy inny? W: E. Grudziewska, M. Sędzicki (red.), *Praktyka pracy socjalnej* (s. 46-62). Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Kos, A. (2021). Metody pracy socjalnej z osobami uzależnionymi. W: E. Grudziewska (red.), *Praca socjalna z osobami w kryzysie bezdomności, opuszczającymi jednostki penitencjarne, uzależnionymi* (s. 109-152). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Kosek-Nita, B. (2008). Problem narkomanii wśród młodzieży gimnazjalnej w aspekcie profilaktycznych oddziaływań. W: A. Czerkawski, A. Nowak (red.), *Wybrane zagadnienia patologii społecznej - implikacje empiryczne* (s. 77-84). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kostandy, H. W. (2020). Substance Use Disorder and Self Esteem: Self Esteem in Substance Use Disorder Clients in Recovery. *Texila International Journal of Public Health*, 8(1), 54-60.
- Kostowski, W. (2006). Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(2), 139-168.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Kotwas, A., Zabielska, P., Karakiewicz, B. (2020). Charakterystyka osób biorących udział w terapii substytucyjnej. W: A. Kułak-Bejda, N. Waszkiewicz (red.), *Współczesny wymiar uzależnień* (s. 384- 410). Białystok: Wydawnictwo Duchno.
- Kozhimannil, K. B., Graves, A. J., Levy, R., Patrick, S. W. (2017). Nonmedical Use of Prescription Opioids Among Pregnant U.S. Women. *Women's Health Issues*, 27, 308-315.
- Krajewski, M. (2020). *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego*. Płock: Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica.
- Kranitz, L. S., Holt, L. J., Cooney, N. L. (2013). Zindywidualizowana ocena problemu. Ocena klienta w szerszej perspektywie. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 149-163). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Krauz, A. (2012). Globalne i społeczne skutki zagrożenia narkomanią. Przeciwdziałania prawne Polski i Europy. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, 1, 151-163.
- Krawczyk, P., Święcicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria Polska*, 54(1), 7–20.
- Kreek, M. J. (2000). Methadon – related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909(1), 186-216.
- Kreek, M. J., Borg, L., Ducat, E., Ray, B. (2010). Pharmacotherapy in the Treatment of Addiction: Methadone. *Journal Addict Diseases*, 29(2), 200-216.

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Krupa, A., Bargiel-Matusiewicz, K., Hofman, G. (2005). Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 18(1-2), 57-69.
- Krzysztośzek, Z. (1977). *Uwarunkowania, założenia i metody badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Kuba, A., Wawrzyniak, Z., Zalewska-Kaszubska, J. (2014). Metadonowa terapia substytucyjna w opinii pacjentów programu metadonowego z województwa łódzkiego — skuteczność, korzyści, problemy. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(1), 55–65.
- Kulas, H. (1986). *Samoocena młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kulka, Z., Świątkiewicz, G., Zieliński, A. (1998). Psychiczne i somatyczne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 3(32), 321-329.
- Kwan, V. S. Y., Mandisodza, A. N. (2007). Self-esteem: On the relation between conceptualization and measurement. W: C. Sedikides, S. J. Spencer (red.), *The self* (s. 259–282). New York: Psychology Press.
- Kwiek, M. (2015). Międzypokoleniowa ruchliwość społeczna. Szkolnictwo wyższe a drabina edukacyjna i zawodowa w Polsce. *Nauka i Szkolnictwo Wyższe*, 2(46), 171-201.
- Lachowicz-Tabaczek, K., Śniecińska, J. (2013). Samoocena jako monitor zdolności do działania i radzenia sobie: nowe spojrzenie na źródła i funkcje samooceny. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Drogi rozwoju psychologii wrocławskiej. Tom jubileuszowy z okazji 45-lecia studiów psychologicznych na Uniwersytecie Wrocławskim* (s. 247-265). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., Haupt, A. L. (1995). The Role of Low Self Esteem in Emotional and Behavioral Problems: Why is Low Self-Esteem Dysfunctional? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(3), 297–314.
- Lewtak K., Smolińska J. (2011). Uogólnione poczucie własnej skuteczności a zachowania antyzdrowotne lekarzy rodzinnych na przykładzie palenia tytoniu. *Przeгляд Epidemiologiczny*, 65, 115–121.



- Levin, C., Ilgen, M., Moos, R. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 108–113.
- Lindsey, A.M., Yates, B.C. (2004). Social support: Conceptualization and measurements instruments. W: M. Frank-Stromborg, S. J. Olsen (red.), *Instruments for clinical health-care research* (s. 164-199). Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Lintzeris, N., Mitchell, T. B., Bond, A. J., Nestor, L., Strang, J. (2007). Pharmacodynamics of diazepam co-administered with methadone or buprenorphine under high dose conditions in opioids dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 187-194.
- Lisowska, E. (2011). Aspekty diagnozy problemów uzależnieniowych młodzieży. W: I. Pufal-Struzik (red.), *Młodość a patologie i zagrożenia społeczne* (s. 93-100). Kielce: Wydawnictwo: Wszechnica Świętokrzyska.
- Locke, E. A., Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Łaguna, M. (2015). Zasoby osobiste jako potencjał w realizacji celów. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(1), 5-15.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia społeczna*, 02(04), 164-176.
- Łukasik, I. M. (2013). *Poczucie własnej skuteczności we współpracy z grupą. Eksperyment pedagogiczny w przestrzeni akademickiej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Łukaszewski, W. (1974). *Osobowość: Struktura i funkcje regulacyjne*. Warszawa: PWN.
- Łuszczzyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych - dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łuszczzyńska, A., Cieślak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of social support. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 18(3), 227-244.
- Łuszczzyńska, A., Kowalska, M., Schwarzer, R., Schutz, U. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich właściwościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 3(44), 17-27.
- Łobocki, M. (2011). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., Degenhardt, L., Hickman, M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e5945.

- Madden, A., Lea, T., Bath, N., Winstock, A. R. (2008). Satisfaction guaranteed? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 671–678.
- Maisto, S. A., Carey, K. B., Bradizza C. M. (2003). Społeczna teoria uczenia się. W: K. E. Leonard, H. T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s.133-208). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Makara-Studzińska, M. (2012). Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień od środków psychoaktywnych. W: A. Kurzeja (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Od teorii do praktyki terapeutycznej* (s. 13-33). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Malczewski, A. (2013a). Iniekcyjne używanie narkotyków w Polsce. *Remedium*, 11(248), 30–31.
- Malczewski, A. (2013b). Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek w 2012 roku – wyniki badań. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2, 12-18.
- Malczewski, A. (2020a). Narkotyki, nowe substancje psychoaktywne i problemy związane z substancjami psychoaktywnymi – Raport KBPN. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1(89), 39-47.
- Malczewski, A. (2020b). Problem narkotyków i narkomanii na świecie – najnowsze raporty organizacji międzynarodowych. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 3(91), 35-42.
- Malczewski, A. (2021). Skala zjawiska używania narkotyków i „dopalaczy” oraz związane z nimi problemy. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 4(96), 42-47.
- Malczewski, A., Kidawa, M. (2010). Używanie substancji psychoaktywnych w populacji generalnej – wyniki badania z 2009 roku. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3(51), 26-30.
- Maremmani, I, Pacini, M., Lovrecic, M., Lubrano, S., Perugi, G. (2003). Agonist Opioid Maintenance – Usefulness in Treatment of Comorbid Psychiatric Diseases. W: H. Waal, E. Haga (red.). *Maintenance Treatment of Heroin Addiction* (s. 221-227). Oslo: Cappelen Forlag.
- Markowitz, F. E., Beth, A., Greenberg, J. S. (2011). Stigma, Reflected Appraisals and Recovery Outcomes in Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 74 (2), 144-165.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.
- Marzec-Tarasińska, A. (2001). Środowisko rodzinne w percepcji młodzieży zażywającej środki odurzające. W: R. Kwiecińska, M. J. Szymański (red.), *Młodzież a dorośli: napięcia między socjalizacją a wychowaniem* (s. 620-641). Kraków: Akademia Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej.

- Maszke, A. W. (2008). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Mattick, R. P., Hall, W. (1996). Are detoxification programs effective? *Lancet*, 347(1), 97-100.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002207.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., Kahler, C. W. (2004). Alcoholics Anonymous and Relapse Prevention as Maintenance Strategies After Conjoint Behavioral Alcohol Treatment for Men: 18-Month Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 870–878.
- McGill, T. (2007). *Przewyciężyć uzależnienie. Poradnik dla rodziców*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- McKay, J. R., Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Treating Alcoholism As a Chronic Disease. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 356-370.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C, O'Brien, C. P, Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- Merton, R. K. (1982). *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mikołajczyk, B. (2014). Grupy samopomocowe jako formy wsparcia w wychodzeniu z uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W: K. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Praca socjalna z osobą uzależnioną i jej rodziną*. Wybrane problemy (s. 271–284). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Miller, R. W., Forchimes, A. A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Modrzyński, R. (2012). Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(4), 417-426.
- Modrzyński, R. (2017). *Abstynencja czy ograniczenie picia? Znaczenie zasobów w przewidywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia*. Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.
- Modrzyński, R. (2018). Teoria Zachowania Zasobów Stevana E. Hobfolla a przewidywanie utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 31(2), 147-170.

- Mohamed, S. M., Hassan, S. S., Abdelmonem, R. M. (2022). Relationship between Self-Efficacy, Social Support and Treatment Motivation among Addict Patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 2(1), 106-113.
- Moos, R. H., Moos, B. S. (2005). Paths of entry into Alcoholics Anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29, 1858-1868.
- Moos, R. H., Schaefer, J. A., (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. W: Goldberger, L., Breznits, S. (red.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Nawe York: The Free Press.
- Morawiecka, E. (2009). „Ja” uzależnione: źródło słabości czy siły? Obraz siebie osób uzależnionych od alkoholu – analiza porównawcza. W: I. Pufal-Struzik, (red.), *Oblicza „Ja”*. *Ja twórcze, aspirujące, zwielokrotnione, wyczerpane, noetyczne, zagrożone patologią* (s. 175 – 184). Lublin: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B. S., Kahler, C. W., Frey, R. M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 768–777.
- Moskalewicz, J., Dąbrowska, K., Habrat, B., Langiewicz, W., Sierosławski, J., Świątkiewicz, G. (2005). *Optymalny model zaspokojenia potrzeb leczniczych osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red). (2012). *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*”. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Moskalewicz, J., Klingemann, J., Stokwiczewski, J. (2015). *Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Moskalewicz, J., Ward, J., Thom, B. (2009). Quantities, quality, cost and sources. W: I. Eisenbach-Stangl, J. Moskalewicz, B. Thom (red.), *Two worlds of drug consumption in late modern societies* (247–280). Vienna: Ashgate.
- Moskowitz, G.B. (2009). *Zrozumieć siebie i innych. Psychologia poznania społecznego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mounteney, J., Griffiths, P., Sedefov, R., Noor, A., Vicente, J., Simon, R. (2016). The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015. *Addiction*, 111, 34-48.

- Mruk, C. J. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Mudyń, K. (2003). Czy można mieć zasoby, nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 63-77). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Murray, S. L., Rose, P., Bellavia, G. M., Holmes, J. G., Kusche, A. G. (2002). When rejection stings: how self-esteem constrains relationship-enhancement processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 556–573.
- Nalaskowska, M., Cierpiątkowska, L. (2014). Funkcjonowanie społeczne i psychiczne pacjentów uzależnionych od opiatów uczestniczących w terapii metadonowej – doniesienie z badań podłużnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 27, 237–254.
- Nauta, M. M., Kahn, J. H., Angell, J. W., Cantrelli, E. A. (2002). Identifying the antecedent in the relation between career interests and self-efficacy. Is it one, the other, or both? *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 290–301.
- Neiss, M. B., Sedikides, C., Stevenson, J. (2006). Genetic influences on level and stability of self-esteem. *Self and Identity*, 5, 247–266.
- Niebrzydowski, L. (1989). *Psychologia wychowawcza, samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Niemczyk, E. (2009). Przewidywanie efektywności własnych działań u osób z wysoką i niską samooceną w zadaniach o różnym stopniu kontrolowalności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 110-125.
- Niewiadomska, I. (2010). Znaczenie zasobów psychospołecznych w procesie resocjalizacji. W: L. Pytka, B. M. Nowak (red.), *Problemy współczesnej resocjalizacji* (s. 57-66). Warszawa: Wydawnictwo Pedagogium.
- Niewiadomska, I., Chwaszcz J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej?* Lublin: Drukarnia TEKST spółka jawna Emilia Zonik i wspólnicy.
- Nordfjaern, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329.
- Norris, F. H., Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498–511.
- Nowak, S. (2011). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Ogińska-Bulik, N. (2004). *Psychologia nadmiernego jedzenia: Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Oleś, P. K., (2005). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Oliveto, A., Kosten, T. (1997). Buprenorphine. W: S. Stine, T. Kosten (red.), *New treatments for opioid dependence* (s. 254-267). New York: Guilford Press.
- Palka, S. (2006). *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Opora, R., Breska, R. (2018). Charakterystyka pacjentów przerywających stacjonarną terapię uzależnień uzyskana na podstawie analizy dokumentów medycznych. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 21(1), 199-218.
- Pach, J., Kamenczak, A., Chrostek-Maj, J., Foryś, Z. (2001). Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku leczenia substytucyjnego. *Przegląd Lekarski*, 4(58), 240-244.
- Palka, S. (2006). *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Parran, T. V., Adelman, C. A., Merkin, B., Pagano, M. E., Defranco, R., Ionescu, R. A., Mace, A. G. (2010). Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 56-60.
- Pierzchała, K. (2009). Wpływ rodziny i środowiska na życie człowieka. W: K. Pierzchała, Cz. Cekiera (red.), *Człowiek a patologie społeczne* (s. 65-68). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Pilch, T., Bauman, T. (2010). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Piralishvili, G., Gamkrelidze, I., Nikolaishvili, N., Chavchanidze, M. (2012). Evaluation of the quality of life (WHOQOL-BREF) among methadone and suboxone substitution state program patients and healthy volunteers in Georgia. *Georgian Medical News*, 213, 44-47.
- Pollack, H., Heimer, R. (2004). The impact and cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in preventing HIV and hepatitis C. W: J. Jager, W. Limburg, M. Kretzschmar, M. Postma, L. Wissing, (red.), *Hepatitis and injecting drug use: impact, costs and policy options* (s. 345-367). Lisbon: Office for official publications of the European Communities.
- Pommersbach, J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, 31(2), 503-524.

- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Elementy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Pospiszyl, I. (2008). *Patologie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pospiszyl, I. (2012). *Patologie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pospiszyl, I. (2021). *Patologie społeczne i problemy społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Puri, B. K., Treasaden, I. H. (2014). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków - Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Pytka, L. (2001). Resocjalizacja – anachronizm, utopia czy nowe wyzwanie socjopedagogiczne? W: B. Urban (red.), *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka* (s. 219-232). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rachowska, E. (2012). Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 127-141). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Radomska, M., Bisaga, A., Popik, P. (2000). Współczesne metody farmakoterapii w uzależnieniu opiatowym. *Przeгляд Lekarski*, 57(10), 509-518.
- Reblin, M., Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201-205.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rea, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.
- Reykowski, J. (1970). *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych.
- Reykowski, J. (1975). Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 762-826). Warszawa: PWN.
- Reykowski, J. (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. Warszawa: PWN.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology Medical*, 46(2), 225–236.

- Robinson, T. E., Berridge, K. C. (2001). Incentive - sensitization and addiction. *Addiction*, 96, 103-114.
- Rogała-Obłąkowska, J. (2000). *Przyczyny narkomanii*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rogowska-Szadkowska, D. (2008). Zakażenia HIV, uzależnienia i metadon. W: J. Chrostek-Maj, G. Wodowski (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007* (s. 9-17). Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. New York: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.
- Rymaszewska, J., Dobrzyńska, E., Kiejna, A. (2006). Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(2), 99–104.
- Salata, B., Toczek-Wasiak, A., Kluczna, A., Dzierżanowski, T. (2022). Zaburzenia seksualne u mężczyzn spowodowane stosowaniem opioidów. *Medycyna Paliatywna*, 14(2), 72–80.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296–305.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102(2), 216-225.
- Saunders, B., Allsop, S. (1997). Nawroty — polemika. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (s. 205-226). Warszawa: PARPA.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247.
- Scherrer, V., Preckel, F. (2019). Development of motivational variables and self-esteem during the school career: a meta-analysis of longitudinal studies. *Review of Educational Research*, 89(2), 211–258.
- Schmitt, D.P., Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642.
- Schwartz, R. P., Jaffe, J. H., Highfield, D. A., Callaman, J. M., O'grady, K. E. (2007). a randomized controlled trial of interim methadone maintenance: 10-month follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 30-36.



- Schwartz, R.P., Kelly S.M., Gryczynski, J. (2015). Heroin use, HIV-risk, and criminal behavior in Baltimore: findings from clinical research. *Journal Addictive Diseases*, 34, 151–161.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia*, (s. 175-205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (s. 163–196). Buckingham: Open University Press.
- Schwarzer, R., Knoll, N., Rieckmann, N. (2004). Social support. W: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology* (s. 158–181). Oxford: Blackwell Publishing.
- Seligman M. E. P. (2010). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman, M. E. P, Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo.
- Serafin, P. (2017). *Stosowanie i doświadczanie przemocy przez osoby uzależnione od opioidów lub alkoholu*. Niepublikowana rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17-32). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H. (2012a). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.). *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla – polskie doświadczenia* (s. 65-80). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H. (2012). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. o dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 49-67). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11-28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shiffman, S. (1997). Problemy pojęciowe w badaniach nad nawrotami. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (s. 125-149). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

- Sieniawska, A., Charmast, J. (2011). *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2010/2011*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych.
- Sierosławski, J. (2012). Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(4), 347–356.
- Sierosławski, J. (2017). Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 3(79), 38-43.
- Sierosławski, J., Malczewski, A., Misiurek, A., Strzelecka, A., Jędruszek, Ł., Leszczyńska, M. (2015). Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania. W: *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych* (s. 195-275). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii/Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Singer, J. E., Lord, D. (1984), The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. W: A. Baum, S. E. Taylor, J. E. Singer (red.), *Handbook of Psychology and Health. Volume IV, Social Psychological aspects of health*, (s. 269-277). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Siuda, P. (2016). Ankieta internetowa: zalety i wady – rekapitulacja. W: P. Siuda (red.), *Metody badań online* (s. 28-81). Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Katedra.
- Skrodzka, A., Kowalczyk, K. (2020). Analiza zachowań ryzykownych młodzieży. W: A. Kułak-Bejda, N. Waszkiewicz (red.), *Współczesny wymiar uzależnień* (s. 50-63). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Smoktunowicz, E., Cieślak, R., Żukowska, K. (2013). Rola wsparcia społecznego w kontekście stresu organizacyjnego oraz zaangażowania w pracę. *Studia Psychologiczne*, 51(4), 25-37.
- Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: the psychological functions of self - esteem and cultural worldviews. W: L. Berkovitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 24), (93-159). New York: Academic Press.
- Soyka, M. (2009). Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten-Ergebnisse zur Zwei-Jahres-Katamnese und Prädiktion des Behandlungsergebnisses. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 11(3), 115–128.
- Soyka, M., Schmidt, P. (2009). Outpatient alcoholism treatment--24-month outcome and predictors of outcome. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 29, 4-15.

- Stajduhar, K. I., Funk, L., Shaw, A. L., Bottorff, J. L., Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: an exploratory descriptive study. *International Journal of Drug Policy*, 20(4), 309–316.
- Steinbarth-Chmielewska, K. (2008). Substytucja w praktyce leczenia osób uzależnionych od opiatów. W: J. Charmast, K. Steinbarth-Chmielewska, M. Gaszyńska, M. Minałto, J. Lewandowska, G. Wodowski (red.), *Dobre praktyki w dziedzinie redukcji szkód* (s. 11-26). Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga, H. (2008). Klinika i farmakoterapia uzależnień od opiatów i środków psychostymulujących. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 24(1), 33-42.
- Stephens, R. S., Wertz, J.S., Roffman, R.A. (1995). Self-efficacy and marijuana cessation: a construct validity analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1022-1031.
- Stępień, E., Kocoń, K., Jakubowska, L., (2004). *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Przegląd badań z lat 1997–2002*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Stewart, S. H. (2018). Uzależnienie i diagnoza. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 92-102). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Stover, M. W., Davis, J. M. (2015). Opioids in pregnancy and neonatal abstinence syndrome. *Semin Perinatol*, 39, 561-565.
- Strang, J., Groshkova, T., Metrebian, N. (2012). *New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Strzelecki, J. (2018a). Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień cz. I. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 2(81), 26-32.
- Strzelecki, J. (2018b). Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień cz. II. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 2(82), 28-30.
- Swift, R., Leggio, L. (2018). Farmakoterapia wspomagająca w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 287-309). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Szczepańska, Ł. (2008). Metadon: uzależnienie czy kuracja? W: J. Chrostek-Maj, G. Wodowski (red.), *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie 2000-2007* (s. 133-147) . Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.

- Szczepańska, Ł., Chrostek-Maj, J., Jenner, B. (2005). Kompetencje społeczne w ocenie pacjentów w terapii metadonowej na tle zróżnicowanych uwarunkowań. *Przegląd Lekarski*, 62 (6), 382-386.
- Szluz, B. (2006). Wokół pojęcia pomocy i wsparcia społecznego. W: Z. Frączek, B. Szluz (red.), *Koncepcje pomocy człowiekowi w teorii i praktyce* (s. 123–131). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Szmatka, J. (1974). Modele pojęciowe w teorii roli społecznej. *Studia Socjologiczne*, 1, 73-97.
- Szpitalak, M., Polczyk, R. (2015). *Samooceńca. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sztumski, J. (2020). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Szukalski, B. (2005). *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Szukalski, B. (2012). Charakterystyka środków psychoaktywnych. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 35-50). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Szulc, M. (2017). Zmiana poczucia koherencji i poczucia własnej skuteczności u osób uzależnionych od narkotyków, leczących się w społeczności terapeutycznej. *Alkoholizm i Narkomania*, 30 (3), 185-204.
- Szymanowska, A. (2006). Czynniki sprzyjające i utrudniające readaptację społeczną recydywistów. W: H. Machel, M. Paliwoda, M. Spryszyńska (red.), *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Polsce – w poszukiwaniu skuteczności*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Szymborski, K. (2007). Zakochani we własnej wartości. *Charaktery*, 5, 42-43.
- Świątkiewicz, G., Bujalski, M. (2010). Społeczne koszty ponoszone przez warszawskich konsumentów narkotyków. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2(50), 27-31.
- Tatarsky, A. (red.). (2002). *Harm Reduction Psychotherapy. A New Treatment for Drug and Alcohol Problems*. United States: Jason Aronson.
- Teesson, M., Degenhardt, L., Hall, W. (2005). *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Inowrocław: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Terelak, J. F. (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz - Warszawa: Oficyna Wydawnicza Branta.
- The Office of National Drug Control Policy (ONDCP). (1999). *Policy Paper: Opioid Agonist Treatment*. Washington: ONDCP.

- Thoits, P. A. (2011). Resisting the Stigma of Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 74 (1), 6-28.
- Trucco, E., Smith Connery, H., Griffin, M., Greenfield, S. (2007). The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent Men and Women. *The American Journal of Addictions*, 16(2), s. 85-92.
- Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 357–367.
- Tyszka, Z. (1995). Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa. W: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna* (s. 137-154). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- UNODC. (2020). *World Drug Report 2020*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC. (2021). *World Drug Report 2021*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Vielva, I., Iraurgi, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96 (2), 297-303.
- Vocci, F. J., Acri, J., Elkashef, A. (2005). Medication development for addictive disorders: the state of the science. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1432-1440.
- Wanat, W. (2006). *Narkotyki i narkomania*. Warszawa: Wydawnictwo Iskry.
- Walsh, S. L., Eissenberg, T. (2003). The clinical pharmacology of buprenorphine extrapolating from the laboratory to the clinic. *Drug Alcohol Depend*, 70(2),13-27.
- Walton, M. A, Blow, F. C, Bingham, C.R., Chermack, S.T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627-642.
- Ward, J., Mattick, R. P., Hall, W. (1998). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: OPA.
- Warnecke, A. J., Baum, C. B., Peer, J. R., Goreczny, A. J. (2014). Intercorrelations between individual personality factors and anxiety. *College Student Journal*, 48, 23–33.
- Weissman, M. M., Slobetz, F., Prusoff, B., Mezritz, M., Howard, P. (1976). Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone In the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1434–1438.
- Whittaker, J. K., Garbarino, J. (1983). *Social Support Networks*. New York: Aldine.

- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Preventing Suicide. a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. Geneva: World Health Organisation.
- Wieczorek, Ł. (2020a). Używanie substancji psychoaktywnych przez problemowych użytkowników narkotyków i zagrożenia z tym związane. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1(89), 34-38.
- Wieczorek, Ł. (2020). Style życia problemowych użytkowników narkotyków. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 2(90), 33-38.
- Wild, T. C., Wolfe, J. (2013). Badanie procesu terapii uzależnień: rola niespecyficznych czynników terapii. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 41-62). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Winiarski, M. (1999). Od opieki do wsparcia społecznego. *Problemy opiekuńczo-wychowawcze*, 5, 3-8.
- Wojcieszek, K. (2019). Czynniki społeczno-kulturowe w profilaktyce szkolnej. W: R. Porzak (red.), *Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce* (s. 37-48). Lublin: Wydawnictwo Fundacji Masz Szansę.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Wojciszke, B., Doliński, D. (2016). Psychologia społeczna. W: D. Doliński, J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2* (s. 294 - 447). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojnar, M. (2018a). Konsekwencje zdrowotne używania nowych opioidów. W: M. Wojnar (red.), *Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia oraz Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Wojnar, M. (2018b). Nowe opioidy dostępne na rynku. W: M. Wojnar (red.), *Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia oraz Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

- Wojnar, M., Brower, K. J. (2010). Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 105-125). Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Wojnar, M., Ślufarska, A., Jakubczyk, A. (2006). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), s. 379-395.
- Wojnar, M., Ślufarska, A., Klimkiewicz, A. (2007). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkoholizm i Narkomania*, 20(1), s. 81-102.
- Wojnarska, A., Osińska, M. (2020). Poziom poczucia własnej skuteczności a zasoby osobiste i społeczne osób skazanych. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 39(4), 173-192.
- Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Wójcik, M. (2010). Badania odbiorców programu substytucyjnego. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4(52), 31-35.
- Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (2012). Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 170–189). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wysocka, E., Ostafińska-Molik, B. (2016). Wybrane determinanty polaryzacji samooceny w grupie wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych i Socjoterapeutycznych. *Resocjalacja Polska*, 12, 119-144.
- Yee, A., Loh, H. S., Hisham Hashim, H. M., Ng, C. G. (2014). The prevalence of sexual dysfunction among male patients on methadone and buprenorphine treatments: a meta-analysis study. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 22-32.
- Yin, R. K., (2014). *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Yoshino, A, Kato, M. (1996). Prediction of 3-year outcome of treated alcoholics by an empirically derived multivariate typology. *American Journal of Psychiatry*, 153, 829–830.
- Zajączkowski, K. (2003). *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Zalewska-Kaszubska, J. (2018). Metadon czy buprenorfina? Wybór terapii substytucyjnej u kobiet w ciąży uzależnionych od opioidów. *Acohol Drug Addict*, 31(3), 213-224.
- Zalewska-Kaszubska, J. (2017). Buprenorfina: alternatywa dla metadonu w terapii substytucyjnej uzależnienia od opioidów. *Farmacja Polska*, 73(1), 44-49.

Zanis, D. A., McClellan, T., Alterman, A. I., Cnaan, R. A. (1996). Efficacy of enhanced outreach counseling to reenroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1095–1096.

Zarzycka, D., Śpila, B., Wrońska, I., Makara-Studzińska, M. (2010). Analiza walidacyjna wybranych aspektów Skali Oceny Wsparcia Społecznego - Interpersonal Support Evaluation List - 40 v. General Population (ISEL-40 v. GP). *Psychiatria*, 7(3), 83-94.

Zedler, B.K., Mann, A.L., Kim, M.M., Amick, H.R., Joyce, A.R., Murrelle, E.L., Jones, H.E. (2016). Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child. *Addiction* 111(12), 2115–2128.

Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Żulewska-Sak, J., Dąbrowska, K. (2005). Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza. *Alkoholizm i Narkomania*, 18(3), 63-77.

### **Wykaz aktów prawnych**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 poz. 368).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2023 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 poz. 1265).

Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997 Nr 75 poz. 468).

Ustawa z dnia 28 września 2022 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2022 poz. 2241).

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2023 poz. 1939).



## Spis tabel

<b>Tabela 1.</b> Zgony z powodu narkotyków w latach 2010-2018.....	29
<b>Tabela 2.</b> Zmienne zależne i wskaźniki.....	76
<b>Tabela 3.</b> Zmienne niezależne i wskaźniki.....	77
<b>Tabela 4.</b> Placówki, w których realizowano badania właściwe z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.....	87
<b>Tabela 5.</b> Placówki, w których realizowano badania właściwe z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu i wystandaryzowanych narzędzi badawczych.....	90
<b>Tabela 6.</b> Płeć badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	94
<b>Tabela 7.</b> Wiek badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	94
<b>Tabela 8.</b> Miejsce zamieszkania badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	95
<b>Tabela 9.</b> Wykształcenie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	96
<b>Tabela 10.</b> Stan cywilny badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	97
<b>Tabela 11.</b> Sytuacja zawodowa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	98
<b>Tabela 12.</b> Liczba dzieci badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	100
<b>Tabela 13.</b> Subiektywna ocena zadowolenia z sytuacji finansowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	101
<b>Tabela 14.</b> Subiektywna ocena przyczyn zażywania narkotyków przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	104
<b>Tabela 15.</b> Poglądy badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim na temat ludzi uzależnionych od narkotyków.....	105
<b>Tabela 16.</b> Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	106
<b>Tabela 17.</b> Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	106

<b>Tabela 18.</b> Sytuacje, podczas których badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim doświadczyły presji zażycia narkotyków ze strony znajomych.....	107
<b>Tabela 19.</b> Częstość korzystania przez badane osoby realizujące terapię substytucyjną w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z leczenia na oddziale detoksykacyjnym.....	109
<b>Tabela 20.</b> Częstość korzystania przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z poradni leczenia uzależnień.....	109
<b>Tabela 21.</b> Częstość korzystania przez badane osoby realizujące terapię substytucyjną w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z leczenia na oddziale dziennym..	110
<b>Tabela 22.</b> Częstość korzystania przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z terapii w ośrodku stacjonarnym.....	111
<b>Tabela 23.</b> Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	112
<b>Tabela 24.</b> Częstość zażywania narkotyków do momentu podjęcia aktualnej terapii przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	113
<b>Tabela 25.</b> Uczestnictwo w bójkach badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	113
<b>Tabela 26.</b> Wypadek lub zranienie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	114
<b>Tabela 27.</b> Samooleczenie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	115
<b>Tabela 28.</b> Powtarzanie klasy przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	115
<b>Tabela 29.</b> Problemy w relacji z rodzicami badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	116
<b>Tabela 30.</b> Problemy w relacji z przyjaciółmi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	117
<b>Tabela 31.</b> Problemy w relacji z partnerem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	117

<b>Tabela 32.</b> Problemy z policją badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	118
<b>Tabela 33.</b> Doświadczenie napaści badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowane zażywaniem narkotyków.....	119
<b>Tabela 34.</b> Pobyt w szpitalu badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim spowodowany zażywaniem narkotyków.....	119
<b>Tabela 35.</b> Spożywanie alkoholu przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w trakcie ostatnich 12 miesięcy.....	120
<b>Tabela 36.</b> Liczba podejmowanych terapii substytucyjnych przez badane osoby leczone w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	122
<b>Tabela 37.</b> Elementy kluczowe decyzji własnej, które skłoniły badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej.....	123
<b>Tabela 38.</b> Długość uczestnictwa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w obecnej terapii substytucyjnej.....	124
<b>Tabela 39.</b> Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	125
<b>Tabela 40.</b> Dawka metadonu przyjmowanego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	125
<b>Tabela 41.</b> Dawka buprenorfiny przyjmowanej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	126
<b>Tabela 42.</b> Cechy, którymi zdaniem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim powinien charakteryzować się specjalista psychoterapii uzależnień.....	127
<b>Tabela 43.</b> Poczucie zrozumienia przez kadrę terapeutyczną przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	128
<b>Tabela 44.</b> Doświadczenie przejawów niechęci przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim ze strony prowadzących terapię...	129
<b>Tabela 45.</b> Subiektywna ocena osób najbardziej pomocnych w miejscu terapii wśród badanych leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	130
<b>Tabela 46.</b> Subiektywna ocena terapii indywidualnej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	131

<b>Tabela 47.</b> Subiektywna ocena terapii grupowej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	132
<b>Tabela 48.</b> Subiektywna ocena treningu asertywności przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	133
<b>Tabela 49.</b> Subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	133
<b>Tabela 50.</b> Subiektywna ocena treningu motywacyjnego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	134
<b>Tabela 51.</b> Subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	135
<b>Tabela 52.</b> Subiektywna ocena zajęć psychoedukacyjnych przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	135
<b>Tabela 53.</b> Zmiany, które zdaniem badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim należy wprowadzić w placówce terapeutycznej..	136
<b>Tabela 54.</b> Subiektywna ocena przyczyn przedwczesnej rezygnacji z terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	137
<b>Tabela 55.</b> Subiektywna ocena korzyści wynikających z terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	138
<b>Tabela 56.</b> Subiektywna ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	139
<b>Tabela 57.</b> Subiektywna ocena czynników najbardziej pomocnych w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	140
<b>Tabela 58.</b> Optymizm w postrzeganiu przyszłości przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	141
<b>Tabela 59.</b> Subiektywny poziom samooceny badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	143
<b>Tabela 60.</b> Subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	145
<b>Tabela 61.</b> Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z matką.....	147

<b>Tabela 62.</b> Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z ojcem.....	148
<b>Tabela 63.</b> Liczba rodzeństwa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	149
<b>Tabela 64.</b> Relacje badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim z rodzeństwem.....	150
<b>Tabela 65.</b> Palenie tytoniu przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	151
<b>Tabela 66.</b> Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	152
<b>Tabela 67.</b> Zazywanie narkotyków przez rodzeństwo badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	153
<b>Tabela 68.</b> Gotowość badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do zwrócenia się o pomoc materialną (finansową, rzeczową) do rodzeństwa.....	154
<b>Tabela 69.</b> Poczucie akceptacji badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim przez rodzinę.....	155
<b>Tabela 70.</b> Posiadanie partnera życiowego przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	156
<b>Tabela 71.</b> Długość pozostawania badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim w związku z partnerem życiowym.....	157
<b>Tabela 72.</b> Partnerzy życiowi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	158
<b>Tabela 73.</b> Wykształcenie partnerów życiowych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	159
<b>Tabela 74.</b> Wiedza aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	160
<b>Tabela 75.</b> Subiektywna ocena życia seksualnego badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	161
<b>Tabela 76.</b> Utrzymywanie kontaktów towarzyskich przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	163
<b>Tabela 77.</b> Kontakty przyjacielskie badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	164

<b>Tabela 78.</b> Częstość spotkań badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim ze znajomymi w celach towarzyskich.....	165
<b>Tabela 79.</b> Preferowany przez badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim rodzaj kontaktu ze znajomymi.....	166
<b>Tabela 80.</b> Subiektywna ocena relacji ze znajomymi badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	167
<b>Tabela 81.</b> Palenie tytoniu przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	168
<b>Tabela 82.</b> Spożywanie alkoholu przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	169
<b>Tabela 83.</b> Zażywanie narkotyków przez znajomych badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	170
<b>Tabela 84.</b> Subiektywne postrzeganie osób do których zdaniem badanych leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne.....	171
<b>Tabela 85.</b> Płeć badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	177
<b>Tabela 86.</b> Wiek badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	178
<b>Tabela 87.</b> Miejsce zamieszkania badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	179
<b>Tabela 88.</b> Wykształcenie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	180
<b>Tabela 89.</b> Stan cywilny badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	181
<b>Tabela 90.</b> Sytuacja zawodowa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	182
<b>Tabela 91.</b> Liczba dzieci badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	184
<b>Tabela 92.</b> Subiektywna ocena zadowolenia z sytuacji finansowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	185
<b>Tabela 93.</b> Subiektywna ocena przyczyn zażywania narkotyków przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	187
<b>Tabela 94.</b> Poglądy badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego na temat osób uzależnionych od narkotyków.....	188
<b>Tabela 95.</b> Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	189
<b>Tabela 96.</b> Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	190

<b>Tabela 97.</b> Sytuacje, podczas których badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego doświadczyły presji zażycia narkotyków ze strony znajomych.....	191
<b>Tabela 98.</b> Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości terapii substytucyjnej z leczenia na oddziale detoksykacyjnym.....	193
<b>Tabela 99.</b> Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego z poradni leczenia uzależnień.....	194
<b>Tabela 100.</b> Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości terapii substytucyjnej z leczenia na oddziale dziennym.....	195
<b>Tabela 101.</b> Częstość korzystania przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego z terapii w ośrodku stacjonarnym.....	195
<b>Tabela 102.</b> Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	196
<b>Tabela 103.</b> Częstość zażywania narkotyków do momentu podjęcia aktualnej terapii przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	197
<b>Tabela 104.</b> Uczestnictwo w bójkach badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	197
<b>Tabela 105.</b> Wypadek lub zranienie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	198
<b>Tabela 106.</b> Samookaleczenie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	199
<b>Tabela 107.</b> Powtarzanie klasy przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	199
<b>Tabela 108.</b> Problemy w relacji z rodzicami badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	200
<b>Tabela 109.</b> Problemy w relacji z przyjaciółmi badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	200
<b>Tabela 110.</b> Problemy w relacji z partnerem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	201
<b>Tabela 111.</b> Problemy z policją badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	202
<b>Tabela 112.</b> Doświadczenie napaści badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowane zażywaniem narkotyków.....	202
<b>Tabela 113.</b> Pobyt w szpitalu badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego spowodowany zażywaniem narkotyków.....	203

<b>Tabela 114.</b> Spożywanie alkoholu przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego w trakcie ostatnich 12 miesięcy.....	204
<b>Tabela 115.</b> Liczba terapii substytucyjnych podejmowanych przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	205
<b>Tabela 116.</b> Elementy kluczowe decyzji własnej, które skłoniły badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej.....	207
<b>Tabela 117.</b> Miejsce aktualnej terapii badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	208
<b>Tabela 118.</b> Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	209
<b>Tabela 119.</b> Dawka metadonu przyjmowanego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	209
<b>Tabela 120.</b> Dawka buprenorfiny przyjmowanej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	210
<b>Tabela 121.</b> Cechy, którymi zdaniem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego powinien charakteryzować się specjalista psychoterapii uzależnień.....	211
<b>Tabela 122.</b> Poczucie zrozumienia ze strony kadry terapeutycznej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	212
<b>Tabela 123.</b> Doświadczenie przejawów niechęci ze strony prowadzących terapię przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	213
<b>Tabela 124.</b> Subiektywna ocena osób najbardziej pomocnych w placówce terapeutycznej wśród badanych o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	214
<b>Tabela 125.</b> Subiektywna ocena terapii indywidualnej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	215
<b>Tabela 126.</b> Subiektywna ocena terapii grupowej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	215
<b>Tabela 127.</b> Subiektywna ocena treningu asertywności przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	216
<b>Tabela 128.</b> Subiektywna ocena treningu komunikacji interpersonalnej przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	217
<b>Tabela 129.</b> Subiektywna ocena treningu motywacyjnego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	217
<b>Tabela 130.</b> Subiektywna ocena treningu zapobiegania nawrotom przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	218



<b>Tabela 131.</b> Subiektywna ocena zajęć psychoedukacyjnych przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	219
<b>Tabela 132.</b> Zmiany, które zdaniem badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego należy wprowadzić w placówce terapeutycznej.....	220
<b>Tabela 133.</b> Subiektywna ocena przyczyn przedwczesnej rezygnacji z terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	221
<b>Tabela 134.</b> Subiektywna ocena korzyści wynikających z terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	222
<b>Tabela 135.</b> Subiektywna ocena powodów utrudniających utrzymywanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	223
<b>Tabela 136.</b> Subiektywna ocena czynników najbardziej pomocnych w utrzymywaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu terapii substytucyjnej wśród badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	224
<b>Tabela 137.</b> Optymizm w postrzeganiu przyszłości przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	225
<b>Tabela 138.</b> Subiektywny poziom samooceny badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	227
<b>Tabela 139.</b> Subiektywna ocena poziomu poczucia własnej skuteczności badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	228
<b>Tabela 140.</b> Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z matką...	229
<b>Tabela 141.</b> Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z ojcem...	230
<b>Tabela 142.</b> Liczba rodzeństwa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	231
<b>Tabela 143.</b> Relacje badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego z rodzeństwem.....	232
<b>Tabela 144.</b> Palenie tytoniu przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	233
<b>Tabela 145.</b> Spożywanie alkoholu przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	234
<b>Tabela 146.</b> Zażywanie narkotyków przez rodzeństwo badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	235
<b>Tabela 147.</b> Gotowość badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego do zwrócenia się o pomoc materialną (finansową, rzeczową) do rodzeństwa.....	236

<b>Tabela 148.</b> Poczucie akceptacji badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego przez rodzinę.....	237
<b>Tabela 149.</b> Posiadanie partnera życiowego przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	238
<b>Tabela 150.</b> Długość pozostawiania badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego w związku z partnerem życiowym.....	239
<b>Tabela 151.</b> Partnerzy życiowi badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	240
<b>Tabela 152.</b> Wykształcenie partnerów życiowych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	241
<b>Tabela 153.</b> Wiedza aktualnego partnera życiowego o uzależnieniu badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	242
<b>Tabela 154.</b> Subiektywna ocena życia seksualnego badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	242
<b>Tabela 155.</b> Utrzymywanie kontaktów towarzyskich przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	244
<b>Tabela 156.</b> Kontakty przyjacielskie badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	245
<b>Tabela 157.</b> Częstość spotkań badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego ze znajomymi w celach towarzyskich.....	246
<b>Tabela 158.</b> Preferowany przez badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego rodzaj kontaktu ze znajomymi.....	247
<b>Tabela 159.</b> Subiektywna ocena relacji badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego ze znajomymi.....	248
<b>Tabela 160.</b> Palenie tytoniu przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	249
<b>Tabela 161.</b> Spożywanie alkoholu przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	249
<b>Tabela 162.</b> Zażywanie narkotyków przez znajomych badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	250
<b>Tabela 163.</b> Subiektywne postrzeganie osób do których zdaniem badanych o różnej długości leczenia substytucyjnego warto zwrócić się z prośbą o wsparcie emocjonalne.....	251
<b>Tabela 164.</b> Czynniki chroniące badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego przed nawrotem.....	253

<b>Tabela 165.</b> Płeć badanych osób (n=10).....	257
<b>Tabela 166.</b> Wiek badanych osób (n=10).....	258
<b>Tabela 167.</b> Miejsce zamieszkania badanych osób (n=10).....	258
<b>Tabela 168.</b> Wykształcenie badanych osób (n=10).....	259
<b>Tabela 169.</b> Stan cywilny badanych osób (n=10).....	259
<b>Tabela 170.</b> Podstawowe źródło utrzymania badanych osób (n=10).....	260
<b>Tabela 171.</b> Liczba dzieci badanych osób (n=10).....	260
<b>Tabela 172.</b> Sytuacja mieszkaniowa badanych osób (n=10).....	261
<b>Tabela 173.</b> Współistniejące zaburzenia psychiczne badanych osób (n=10).....	262
<b>Tabela 174.</b> Myśli samobójcze badanych osób (n=10).....	262
<b>Tabela 175.</b> Zakażenie wirusem HIV badanych osób (n=10).....	263
<b>Tabela 176.</b> Odbywanie kary pozbawienia wolności przez badane osoby (n=10).....	264
<b>Tabela 177.</b> Występowanie uzależnień chemicznych w rodzinie generacyjnej badanych osób (n=10).....	264
<b>Tabela 178.</b> Wiek inicjacji narkotykowej badanych osób (n=10).....	265
<b>Tabela 179.</b> Rodzaj substancji psychoaktywnej użytej podczas inicjacji narkotykowej badanych osób (n=10).....	266
<b>Tabela 180.</b> Czas trwania w uzależnieniu narkotykowym badanych osób (n=10).....	266
<b>Tabela 181.</b> Liczba dotychczas podejmowanych prób leczenia uzależnienia przez badane osoby (n=10).....	267
<b>Tabela 182.</b> Liczba podejmowanych przez badane osoby terapii substytucyjnych (n=10)...	269
<b>Tabela 183.</b> Czas trwania leczenia substytucyjnego badanych osób (n=10).....	269
<b>Tabela 184.</b> Rodzaj substytutu przyjmowanego przez badane osoby (n=10).....	270
<b>Tabela 185.</b> Dawka przyjmowanego przez badane osoby metadonu (n=10).....	270
<b>Tabela 186.</b> Dawka przyjmowanej przez badane osoby buprenorfiny (n=10).....	271
<b>Tabela 187.</b> Regularność korzystania z psychoterapii w miejscu leczenia substytucyjnego przez badane osoby (n=10).....	271
<b>Tabela 188.</b> Częstość łamania abstynencji narkotykowej w trakcie leczenia substytucyjnego przez badane osoby (n=10).....	272
<b>Tabela 189.</b> Częstość łamania abstynencji alkoholowej przez badane osoby w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	272
<b>Tabela 190.</b> Poziom samooceny badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	274

<b>Tabela 191.</b> Samoocena badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	275
<b>Tabela 192.</b> Poziom poczucia własnej skuteczności badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	277
<b>Tabela 193.</b> Poczucie własnej skuteczności badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	278
<b>Tabela 194.</b> Wsparcie społeczne badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	280
<b>Tabela 195.</b> Wartości średnie i zróżnicowanie w ramach podskal skali oceny wsparcia społecznego badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	281
<b>Tabela 196.</b> Poszczególne itemy wsparcia społecznego badanych osób uzależnionych w trakcie leczenia substytucyjnego (n=10).....	282
<b>Tabela 197.</b> Zasoby osobiste badanych osób (n=224 i n=10).....	296
<b>Tabela 198.</b> Czynniki ryzyka nawrotu uzależnienia u badanych osób (n=224 i n=10).....	298

## Spis wykresów

<b>Wykres 1.</b> Liczba osób w leczeniu substytucyjnym w latach 2010-2020.....	42
<b>Wykres 2.</b> Sytuacja mieszkaniowa badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	99
<b>Wykres 3.</b> Współwystępujące zaburzenia psychiczne badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	102
<b>Wykres 4.</b> Dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób leczonych substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim.....	108
<b>Wykres 5.</b> Czynniki, które skłoniły badane osoby leczone substytucyjnie w placówkach w województwie mazowieckim i śląskim do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej.....	122
<b>Wykres 6.</b> Sytuacja mieszkaniowa badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	183
<b>Wykres 7.</b> Współistniejące zaburzenia psychiczne badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	186
<b>Wykres 8.</b> Dotychczasowy przebieg leczenia badanych osób o różnej długości leczenia substytucyjnego.....	192
<b>Wykres 9.</b> Czynniki, które skłoniły badane osoby o różnej długości leczenia substytucyjnego do podjęcia aktualnej terapii substytucyjnej.....	206

## **Spis rycin**

<b>Rycina 1.</b> Przebieg realizacji badań.....	92
---	----

## **Aneks**

Załącznik 1 – Autorski kwestionariusz ankiety dla osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w leczeniu substytucyjnym

### **ANKIETA**

Szanowni Państwo,  
uzależnienie od opioidów to kwestia indywidualna. Jego konsekwencje są bardzo dotkliwe. Dotykają różnych ludzi. Celem ankiety jest zebranie informacji na temat używania substancji psychoaktywnych, leczenia substytucyjnego, samooceny, poczucia własnej skuteczności i wsparcia społecznego. Ankieta jest **anonimowa**, a otrzymane wyniki posłużą wyłącznie do celów naukowych - przygotowania pracy doktorskiej.  
Będę wdzięczna za udzielenie odpowiedzi, zgodnych ze stanem faktycznym.

### **I UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH**

**Pytanie 1. Jak Pan(i) myśli, dlaczego ludzie sięgają po narkotyki?**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 2. Co Pan(i) sądzi o ludziach zażywających narkotyki?**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 3. Ile miał(a) Pan(i) lat, kiedy po raz pierwszy spróbował(a) narkotyków?**

**Jaki to był narkotyk?**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

.....  
.....

**Pytanie 4. Czy był(a) Pan(i) kiedyś w sytuacji, gdy znajomi wywierali presję, aby użył(a) Pan(i) narkotyków?**

a) tak *(proszę opisać to zdarzenie)*

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

b) nie

**Pytanie 5. Czy z powodu używania narkotyków korzystał(a) Pan(i) wcześniej z profesjonalnej pomocy?**

*(Proszę wpisać odpowiedź w odpowiedniej rubryce)*

Typ usługi	Tak	Nie	Ile razy?
Oddział detoksykacyjny			
Leczenie ambulatoryjne (poradnia, punkt konsultacyjny)			
Program substytucyjny ambulatoryjny			
Oddział dzienny			
Ośrodek stacjonarny			
Inny typ leczenia <i>(Proszę wpisać jaki?)</i> ..... .....			

**Pytanie 6. Jak długo regularnie przyjmował(a) Pan(i) narkotyki przed podjęciem obecnego leczenia substytucyjnego?**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 7. Jak często przyjmował(a) Pan(i) opioidy przed podjęciem obecnego leczenia substytucyjnego?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) kilka razy w ciągu dnia
- b) raz dziennie
- c) kilka razy w tygodniu
- d) raz w tygodniu
- e) kilka razy w miesiącu

**Pytanie 8.** Czy z powodu zażywania narkotyków zdarzyły się Panu(i) następujące sytuacje?

(Proszę postawić „+” w odpowiednim miejscu)

	Tak, jeden raz	Tak, więcej niż jeden raz	Nie, ani razu
<b>Bójka</b>			
<b>Wypadek lub zranienie</b>			
<b>Samookaleczenie</b>			
<b>Powtarzanie klasy</b>			
<b>Problemy z rodzicami</b>			
<b>Problemy z przyjaciółmi</b>			
<b>Problemy z partnerem</b>			
<b>Problemy z policją</b>			
<b>Zostałeś napadnięty/ okradziony</b>			
<b>Pobył w szpitalu lub na SOR?</b>			
<b>Inne</b> (proszę napisać jakie?) ..... ..... .....			

**Pytanie 9.** Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) jakiegokolwiek napoje alkoholowe?

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- codziennie lub prawie codziennie
- 3 – 4 dni w tygodniu
- 1 – 2 dni w tygodniu
- 2 – 3 dni w miesiącu
- 1 raz w miesiącu
- rzadziej niż 1 raz w miesiącu
- nie piłem alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chociaż kiedyś piłem

## II LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

**Pytanie 1.** Jakie czynniki skłoniły Pana/ią do podjęcia obecnego leczenia substytucyjnego?

(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- decyzja własna
- presja rodziny
- nakaz sądowy
- inne (proszę napisać jakie?)  
.....



**Pytanie 2.** Jeżeli była to decyzja własna, jakie elementy uznał(a)by Pan(i) za najistotniejsze w jej podjęciu?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 3.** Jak długo uczestniczy Pan(i) w obecnej terapii substytucyjnej?

*(Proszę podać liczbę miesięcy)*

.....

**Pytanie 4.** Jaki rodzaj substytutu Pan(i) przyjmuje?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) Metadon
- b) Buprenorfina

**Pytanie 5.** Jaką dawkę substytutu Pan(i) przyjmuje?

*(Proszę wpisać dawkę substytutu)*

.....

**Pytanie 6.** Jakie cechy specjalisty psychoterapii uzależnień są dla Pana(i) najważniejsze?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 7.** Czy czuje się Pan(i) rozumiany(a) przez prowadzących terapię w placówce leczenia substytucyjnego?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 8. Czy spotkał się Pan(i) z przejawami niechęci ze strony prowadzących terapię w placówce leczenia substytucyjnego?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 9. Do kogo z placówki leczenia substytucyjnego Pana(i) zdaniem warto zwrócić się, gdy pojawi się problem?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) terapeuty
- b) osoby z grupy pacjentów
- c) całej społeczności terapeutycznej
- d) nie ma takiej osoby
- e) lekarza psychiatry
- f) pielęgniarki
- g) inne osoby*(proszę napisać jakie?)* .....

**Pytanie 10. Które elementy programu placówki leczenia substytucyjnego są według Pana(i) najtrudniejsze w realizacji, najbardziej przydatne i najmniej przydatne w leczeniu uzależnienia?**

*(Proszę wstawić „x” w odpowiednim miejscu)*

Elementy programu placówki, które są:	Najtrudniejsze w realizacji	Najbardziej przydatne	Najmniej przydatne
Terapia indywidualna			
Terapia grupowa			
Trening asertywności			
Trening komunikacji interpersonalnej			
Trening motywacyjny			
Trening zapobiegania nawrotom			
Zajęcia psychoedukacyjne			
Inne <i>(Proszę wpisać jakie?)</i> .....			

**Pytanie 11. Co Pan(i) zdaniem należy zmienić w placówce leczenia substytucyjnego?**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

.....

.....

.....

**Pytanie 12.** Jakie przyczyny Pana(i) zdaniem powodują przedwczesną rezygnację z leczenia substytucyjnego?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 13.** Jakie korzyści przyniosła Panu(i) obecna terapia substytucyjna?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 14.** Co Pana(i) zdaniem może najbardziej utrudniać utrzymanie abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 15.** Co Pana(i) zdaniem może najbardziej pomóc w utrzymaniu abstynencji narkotykowej po zakończeniu leczenia substytucyjnego?

*(Proszę napisać odpowiedź)*

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

**Pytanie 16.** Udział w leczeniu substytucyjnym może przyczynić się do powstania zmian w postrzeganiu otaczającego świata. Proszę ocenić, na ile zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: „Optymistycznie patrzę w przyszłość”?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

### III SAMOOCENA, POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI, WSPARCIE SPOŁECZNE

**Pytanie 1. Jak ocenia Pan(i) poziom własnej samooceny?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie wysoko
- b) raczej wysoko
- c) przeciętnie
- d) raczej nisko
- e) zdecydowanie nisko

**Pytanie 2. Jak ocenia Pan(i) poziom własnej skuteczności?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie wysoko
- b) raczej wysoko
- c) przeciętnie
- d) raczej nisko
- e) zdecydowanie nisko

**Pytanie 3. Czy czuje się Pan(i) akceptowany(a) przez rodzinę?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 4. Jak ocenia Pan(i) swoje relacje z matką i ojcem?**

*(Proszę postawić „+” w odpowiednim miejscu)*

	zdecydowanie dobre	raczej dobre	raczej złe	zdecydowanie złe	trudno powiedzieć	nie mam takiej osoby/nie żyje
<b>Z matką</b>						
<b>Z ojcem</b>						

**Pytanie 5. Czy ma Pan(i) rodzeństwo?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) tak *(proszę wpisać liczbę rodzeństwa: .....)*
- b) nie → proszę przejść do pytania numer 9

**Pytanie 6. Jak ocenia Pan(i) swoje relacje z rodzeństwem?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) bardzo dobrze
- b) raczej dobrze
- c) raczej źle
- d) zdecydowanie źle
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 7. Czy ktoś z Pana(i) rodzeństwa?**

(Proszę postawić „+” w odpowiednim miejscu)

	tak	nie	nie wiem
pali papierosy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pije alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
używa narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pytanie 8. Gdyby istniała taka potrzeba, czy zwrócił(a)by się Pan(i) do brata lub siostry o pomoc materialną (finansową, rzeczową)?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) tak
- b) nie
- c) trudno powiedzieć
- d) nie mam rodzeństwa/ nie żyją

**Pytanie 9. Czy ma Pan(i) partnera życiowego?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) tak
- b) nie → proszę przejść do pytania numer 15

**Pytanie 10. Jak długo trwa ten związek?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) krócej niż 6 miesięcy
- b) od 6 miesięcy do 1 roku
- c) powyżej 1 roku (proszę napisać ile lat?) .....

**Pytanie 11. Pana(i) partner jest osobą?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) uzależnioną, utrzymującą abstynencję od narkotyków i alkoholu
- b) uzależnioną, utrzymującą abstynencję od narkotyków i nie utrzymującą abstynencji od alkoholu
- c) uzależnioną, utrzymującą abstynencję od alkoholu i nie utrzymującą abstynencji od narkotyków
- d) uzależnioną, nieutrzymującą abstynencji od narkotyków i nie utrzymującą abstynencji od alkoholu
- e) nieuzależnioną

- f) inne (proszę napisać jakie?).....  
.....  
.....

**Pytanie 12. Jakie wykształcenie posiada Pana(i) obecny Partner?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) podstawowe lub niższe
- b) zasadnicze zawodowe
- c) średnie
- d) pomaturalne
- e) wyższe zawodowe
- f) wyższe magisterskie

**Pytanie 13. Czy powiedział(a) Pan(i) obecnemu partnerowi o swoim uzależnieniu?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) tak, na początku związku lub przed wejściem w związek
- b) tak, po pewnym czasie
- c) nie
- d) inne (proszę napisać jakie?)  
.....

**Pytanie 14. Jak ocenia Pan(i) własne życie seksualne?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) zdecydowanie udanie
- b) raczej udanie
- c) raczej nieudanie
- d) zdecydowanie nieudanie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 15. Czy utrzymuje Pan(i) kontakty towarzyskie?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 16. Czy wśród osób z którymi utrzymuje Pan(i) kontakty są takie, które nazwał(a) by Pan(i) przyjacielskimi?**

(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 17. Jak często widuje się Pan(i) ze znajomymi?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) codziennie
- b) kilka razy w tygodniu
- c) mniej więcej raz w tygodniu
- d) kilka razy w miesiącu (2 – 3 razy)
- e) mniej więcej raz w miesiącu
- f) kilka razy w roku
- g) rzadziej niż kilka razy w roku
- h) prawie w ogóle lub w ogóle
- i) nie mam znajomych

**Pytanie 18. Jakiego typu kontakty towarzyskie Pan(i) preferuje?**

*(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*

- a) spotkania osobiste
- b) kontakty przez Internet
- c) kontakty przez telefon
- d) kontakty listowne
- e) inne *(proszę napisać jakie?)* .....
- .....
- .....

**Pytanie 19. Jak ocenia Pan(i) swoje relacje ze znajomymi?**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie dobrze
- b) raczej dobrze
- c) raczej źle
- d) zdecydowanie źle
- e) trudno powiedzieć

**Pytanie 20. Jak wielu Pana(i) znajomych:**

*(Proszę postawić „+” w odpowiednim miejscu)*

	żaden	jeden	połowa	większość	wszyscy
pali papierosy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pije alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
używa narkotyków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pytanie 21.** Przypuśćmy, że czuje się Pan(i) smutny, przygnębiony, chciał(a)by z kimś porozmawiać i otrzymać wsparcie emocjonalne.

**Do kogo by się Pan(i) zwrócił(a)?**

*(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*

- a) mąż, żona, partner, partnerka
- b) rodzice
- c) teściowie
- d) rodzeństwo
- e) inny krewny Pana(i) lub współmałżonka
- f) znajomy/znajoma, przyjaciel/przyjaciółka
- g) sąsiad/sąsiadka
- h) ksiądz lub inna osoba duchowna
- i) lekarz rodzinny
- j) terapeuta
- k) grupa samopomocy
- l) ktoś inny
- m) nie ma takiej osoby/ do nikogo
- n) inne (jakie?).....

**Dane osobiste:**

**1. Płeć**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) kobieta
- b) mężczyzna

**2. Wiek**

*(Proszę napisać odpowiedź)*

.....

**3. Miejsce zamieszkania**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) wieś
- b) małe miasto do 50 tys.
- c) miasto do 200 tys.
- d) miasto 200-500 tys.
- e) miasto powyżej 500 tys.

**4. Wykształcenie**

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) podstawowe lub niższe
- b) zasadnicze zawodowe
- c) średnie
- d) policealne
- e) wyższe zawodowe
- f) wyższe magisterskie



## 5. Stan cywilny

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) kawaler/ panna
- b) żonaty/ zamężna
- c) rozwiedziony/ rozwiedziona
- d) wdowiec/ wdowa
- e) w separacji
- f) związek nieformalny

## 6. Jaka jest Pana(i) sytuacja zawodowa?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) pracuję zawodowo
- b) jestem bezrobotny, zarejestrowany w UP
- c) jestem bezrobotny, niezarejestrowany w UP
- d) jestem rencistą
- e) zajmuję się domem
- f) uczę się/ studiuje
- g) inna sytuacja

## 7. Z kim Pan(i) mieszka?

*(Można zaznaczyć więcej, niż jedną odpowiedź)*

- a) mieszkam sam
- b) żoną/mężem
- c) dzieckiem/dziećmi
- d) ojcem
- e) matką
- f) bratem/braćmi
- g) siostrą/siostrami
- h) dziadkiem lub babcią (obydwojgiem)
- i) innymi krewnymi
- j) osobami niespokrewnionymi

## 8. Czy posiada Pan(i) dzieci?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) tak *(proszę napisać ile? ..... )*
- b) nie

## 9. Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojej sytuacji finansowej?

*(Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

- a) zdecydowanie tak
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie
- e) trudno powiedzieć

**10. Czy występują u Pan(i) problemy dotyczące zdrowia psychicznego?**

*(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*

- a) zaburzenia osobowości
- b) depresja
- c) mania
- d) depresja i mania
- e) schizofrenia
- f) inne (proszę napisać jakie?).....
- g) nie dotyczy

**11. Miejsce leczenia substytucyjnego**

.....

*Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety!*

## KWESTIONARIUSZ DO ANALIZY DOKUMENTÓW

<b>DANE SOCJODEMOGRAFICZNE</b>	
<b>1. Płeć:</b>	a) kobieta b) mężczyzna
<b>2. Wiek:</b>	.....
<b>3. Miejsce zamieszkania:</b>	a) wieś b) miasto do 50 tys. c) miasto do 200 tys. d) miasto od 200 do 500 tys. e) miasto powyżej 500 tys.
<b>4. Wykształcenie*:</b>	a) podstawowe lub niższe b) zawodowe c) średnie d) wyższe
<b>5. Stan cywilny:</b>	a) kawaler, panna b) żonaty, zamężna c) rozwiedziony, rozwiedziona d) wdowiec, wdowa e) w separacji f) związek nieformalny

<p><b>6. Podstawowe źródło utrzymania:</b></p>	<p>a) wynagrodzenie za pracę  b) przychody z własnej działalności gospodarczej  c) praca dorywcza  d) pomoc rodziny  e) emerytura  f) renta inwalidzka  g) zasiłek dla bezrobotnych  h) pomoc społeczna, jakie świadczenie?.....  i) inne źródła, jakie?.....</p>
<p><b>7. Liczba dzieci:</b></p>	<p>.....</p>
<p><b>8. Sytuacja mieszkaniowa*:</b></p>	<p>a) mieszkanie samodzielne  b) wspólnie z rodziną  c) wspólnie z żoną/mężem  d) wspólnie z partnerką/partnerem  e) bezdomny  f) inna sytuacja, jaka?.....</p>
<p><b>9. Ubezłasnowolniony:</b></p>	<p>a) całkowicie  b) częściowo  c) nie dotyczy</p>
<p><b>10. Choroba zasadnicza:</b></p>	<p>a) uzależnienie od opioidów  b) inne, jakie?.....</p>
<p><b>11. Zaburzenia psychiczne współistniejące:</b></p>	<p>a) depresja  b) zaburzenia lękowe  c) zaburzenia osobowości  d) brak zaburzeń współistniejących  e) inne, jakie?.....</p>

<p><b>12. Myśli samobójcze:</b></p> <p><b>13. Zakażenie wirusem HIV:</b></p> <p><b>14. Kara pozbawienia wolności:</b></p> <p><b>15. Występowanie uzależnień chemicznych w rodzinie generacyjnej:</b></p>	<p>a) występują b) nie występują</p> <p>a) tak b) nie</p> <p>a) tak, odbywał karę pozbawienia wolności b) nie, nie odbywał kary pozbawienia wolności</p> <p>a) tak - kogo dotyczy: ojciec/matka b) nie</p>
--	--

### UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

<p><b>1. Wiek inicjacji narkotykowej i rodzaj narkotyku:</b></p> <p><b>2. Długość trwania uzależnienia:</b></p>	<p>Wiek:.....</p> <p>a) marihuana b) amfetamina c) heroina d) inna substancja, jaka?.....</p> <p>Ile lat:.....</p>
---	--

<p><b>3. Dotychczas podejmowane próby pokonania nałogu narkotykowego. Rodzaj podjętego leczenia, ile razy:</b></p>	<p>a) oddział detoksykacyjny - ile: b) poradnia leczenia uzależnień - ile: c) program leczenia substytucyjnego - ile: d) oddział dzienny -ile: e) ośrodek stacjonarny - ile: f) inne, jakie? - ile:</p>
<p><b>LECZENIE SUBSTYTUCYJNE</b></p>	
<p><b>1. Skierowanie na leczenie substytucyjne wydane przez:</b></p> <p><b>2. Liczba dotychczas podejmowanych prób leczenia substytucyjnego:</b></p> <p><b>3. Czas trwania aktualnego leczenia substytucyjnego:</b></p> <p><b>4. Aktualnie przyjmowany lek substytucyjny:</b></p> <p><b>5. Dawka przyjmowanego leku substytucyjnego:</b></p>	<p>a) bez skierowania b) poradnię zdrowia psychicznego c) poradnię leczenia uzależnień d) szpitalny oddział detoksykacyjny e) inne, jakie?.....</p> <p>Ile razy:.....</p> <p>Ile lat:.....</p> <p>a) metadon b) buprenorfina</p> <p>Ile mg:.....</p>

<p><b>6. Regularność korzystania z psychoterapii w placówce leczenia substytucyjnego:</b></p> <p><b>7. Łamanie abstynencji narkotykowej w trakcie leczenia substytucyjnego:</b></p> <p><b>8. Łamanie abstynencji alkoholowej w trakcie leczenia substytucyjnego:</b></p>	<p>a) tak, korzysta regularnie b) tak, korzysta nieregularnie c) tak, korzysta sporadycznie d) nie korzysta z psychoterapii</p> <p>a) tak, jeden raz b) tak, więcej niż jeden raz c) nie zdarzyło się</p> <p>a) tak, jeden raz b) tak, więcej niż jeden raz c) nie zdarzyło się</p>
<p><b>INNE ISTOTNE INFORMACJE</b></p>	
<p><b>Uwagi:</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

\*Kategorie dotyczące wykształcenia i sytuacji mieszkaniowej powstały w oparciu o arkusz historii choroby stosowany w szpitalu psychiatrycznym, w którym przeprowadzono badania.