

nr 2

SERWIS INFORMACYJNY UZALEŻNIENIA

2026

SPIS TREŚCI

DIAGNOSTYKA

JEDNA DIAGNOZA TO ZA MAŁO: JAK BUDOWAĆ ZINTEGROWANE
LECZENIE ZABURZEŃ HAZARDOWYCH, UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI
PSYCHOAKTYWNYCH I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
Łukasz Wieczorek. 1

PRAWO

PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Katarzyna Syroka-Marczewska. 5

PRAWNE MOŻLIWOŚCI IZOLACJI OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ
Aneta Mikołajczyk. 9

BADANIE

ROZPOWSZECHNIENIE I WYBRANE UWARUNKOWANIA UŻYWANIA SUBSTANCJI
PSYCHOAKTYWNYCH I NAPOJÓW ENERGETYZUJĄCYCH PRZEZ UCZNIÓW
KLAS IV-VIII
Karolina Appelt, Maria Deptuła, Karina Porębska, Beata Ziółkowska. 12

ESPAD 2024 – POLSKA NA TLE EUROPY
Janusz Sierosławski. 17

PROFILAKTYKA

PROGRAM GADKI JAKO NARZĘDZIE PROFILAKTYKI WYKORZYSTYWANIA
SEKSUALNEGO DZIECI
Katarzyna Poniatowska. 22

PROGRAM FRED – ROZMOWY, KTÓRE MOGĄ ZMIENIĆ KIERUNEK
Robert Rejniak. 26

KONFERENCJA

MŁODZIEŻ 2025: MNIEJ ALKOHOLU I PAPIEROSÓW, WIĘCEJ PROBLEMÓW
PSYCHICZNYCH I CYFROWYCH ZAGROŻEŃ
Patrycja Guevara-Woźniak. 31

Wydawca:
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel. 22 641 15 01
e-mail: kcpu@kcpu.gov.pl; www.kcpu.gov.pl

Redaktorka naczelna: dr Patrycja Guevara-Woźniak

Zespół redakcyjny: Aneta Zdunek, Katarzyna Kulesza

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska (KCPU),
dr Artur Malczewski (KCPU), Bartosz Kehl (KCPU),
dr hab. Łukasz Wieczorek, dr Magdalena Rowicka, Adam Nyk

Redakcja:
Fundacja ETOH – Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji
i Terapii Uzależnień

ul. Mszczonowska 6
01-254 Warszawa
tel. 22 836 80 80

e-mail: etoh@etoh.edu.pl; siu@etoh.edu.pl; www.etoh.edu.pl

Egzemplarz bezpłatny
Nr 2 (114) 2026 r.
Numery bieżące na stronie:
www.etoh.edu.pl/serwis-informacyjny-uzaleznienia

Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816

JEDNA DIAGNOZA TO ZA MAŁO: JAK BUDOWAĆ ZINTEGROWANE LECZENIE ZABURZEŃ HAZARDOWYCH, UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Łukasz Wieczorek

Zakład Socjologii i Zdrowia Publicznego

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Celem artykułu jest omówienie najważniejszych barier związanych z leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi, zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych oraz innymi problemami psychicznymi, a także przedstawienie praktycznych rozwiązań umożliwiających bardziej zintegrowane podejście terapeutyczne.

Wprowadzenie

W ostatnich latach coraz więcej badań wskazuje, że zaburzenia hazardowe rzadko występują jako izolowany problem zdrowotny. Osoby zgłaszające się po pomoc z powodu hazardu często jednocześnie doświadczają zaburzeń związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a także depresji, zaburzeń lękowych, problemów emocjonalnych czy trudności w funkcjonowaniu społecznym. Podobnie pacjenci podejmujący leczenie uzależnień lub korzystający z pomocy psychiatrycznej mogą przejawiać symptomy problemowego hazardu, które pozostają nierozpoznane i nie są uwzględniane w planie terapeutycznym (Lorains i wsp., 2011; Cowlishaw i wsp., 2012). Zjawisko współwystępowania zaburzeń nie jest wyjątkiem od reguły, lecz często stanowi typowy obraz kliniczny pacjenta zgłaszającego się po pomoc.

Dotychczasowe badania pokazują, że osoby z zaburzeniami hazardowymi znacznie częściej niż populacja ogólna nadużywają alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, a współwystępowanie problemów psychicznych może dotyczyć znacznego odsetka pacjentów lecznictwa uzależnień (Petry, 2006; Potenza i wsp., 2002). Lorains i współpracownicy (2011) oszacowali, że średnio 28,1% osób z problemowym i patologicznym hazardem nadużywa alkoholu, natomiast badania prowadzone wśród pacjentów lecznictwa uzależnień wskazują, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych może dotyczyć od kilkunastu do nawet kilkudziesięciu procent osób podejmujących terapię (Cowlishaw i wsp., 2012). Jednocześnie współwystępowanie różnych problemów nie oznacza prostego sumowania objawów. Zaburzenia mogą wzajemnie na siebie oddziaływać, wzmacniać się i tworzyć złożony mechanizm utrwalający trudności pacjenta (Wieczorek, Dąbrowska 2020).

Picie alkoholu może zwiększać impulsywność i sprzyjać graniu, granie może nasilać napięcie psychiczne i prowadzić do sięga-

nia po substancje psychoaktywne, natomiast współistniejące zaburzenia nastroju mogą utrudniać utrzymanie motywacji do leczenia i zwiększać ryzyko nawrotów (Lister i wsp., 2015; Barnes i wsp., 2015). Opisywane jest również zjawisko wzajemnego podtrzymywania problemów, w którym jedno zachowanie problemowe może nasilać drugie lub prowadzić do zastępowania jednego uzależnienia innym (Zack i wsp., 2005).

Pomimo tego system opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień nadal często funkcjonuje według modelu skoncentrowanego na pojedynczej diagnozie. Pacjent z problemowym hazardem trafia do jednej placówki, a zaburzenia psychiczne bywają leczone równolegle lub pozostają poza systemem pomocy. Taka organizacja opieki może prowadzić do fragmentaryzacji procesu terapeutycznego, opóźnionej diagnozy oraz sytuacji, w której część problemów pacjenta pozostaje niezauważona. W praktyce klinicznej obserwuje się również zjawisko nieujawniania części trudności przez samych pacjentów. Jeżeli osoby zgłaszające się po pomoc mają przekonanie, że dana placówka zajmuje się wyłącznie jednym rodzajem problemów, mogą ograniczać informacje dotyczące innych obszarów funkcjonowania. W konsekwencji leczenie obejmuje jedynie najbardziej widoczny objaw, pomijając czynniki podtrzymujące problem (Cowlishaw i wsp., 2014).

Leczenie skoncentrowane wyłącznie na jednym zaburzeniu może prowadzić do szeregu niekorzystnych konsekwencji. Należą do nich częstsze nawroty, przedwczesne kończenie terapii, trudności w utrzymaniu efektów leczenia czy zastępowanie jednego zachowania problemowego innym (Aragay i wsp., 2015; Wieczorek, Dąbrowska, 2020). Dla profesjonalistów pracujących w psychiatrii, lecznictwie uzależnień oraz ochronie zdrowia oznacza to konieczność odejścia od myślenia o pacjencie przez pryzmat pojedynczej diagnozy i zwrócenia większej uwagi na wzajemne relacje między współwystępującymi problemami.

Metodologia badania

W badaniu zastosowano podejście jakościowe, które pozwala na pogłębione poznanie doświadczeń i opinii profesjonalistów pracujących z pacjentami doświadczającymi współwystępowania różnych problemów zdrowotnych. Materiał badawczy obejmował analizę literatury przedmiotu oraz wywiady indywidualne z osobami zaangażowanymi w proces diagnostyki i leczenia. Analizowano między innymi kwestie związane z dostępnością świadczeń, organizacją leczenia, trudnościami diagnostycznymi, potrzebami terapeutycznymi oraz rekomendacjami dotyczącymi poprawy jakości opieki. Zebrany materiał pozwolił na identyfikację najważniejszych barier systemowych oraz określenie kierunków zmian sprzyjających bardziej zintegrowanemu modelowi leczenia.

Wyniki

Barier w dostępie do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami

Analiza materiału badawczego wskazuje, że jedną z najważniejszych trudności dotyczących leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi, zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz innymi problemami psychicznymi jest fragmentaryzacja systemu pomocy. W praktyce pacjenci często trafiają do placówek skoncentrowanych na jednym problemie zdrowotnym, podczas gdy ich trudności mają charakter wielowymiarowy i wzajemnie na siebie oddziałują.

Profesjoniści: Taka osoba często gdzieś po drodze ginie i przychodzi znowu do tego swojego psychiatry, który znowu zapisuje leki na schizofrenię i problem uzależnienia jest zaniedbany, więc to musi być zintegrowany system, czyli w jednej placówce, najlepiej w jednym zespole terapeutycznym. (LW2207202222)

Respondenci zwracali uwagę, że obecny model organizacyjny nie sprzyja równoczesnemu rozpoznawaniu i leczeniu współwystępujących problemów. W wielu przypadkach pomoc koncentruje się na dominującym objawie, który był bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do placówki. Oznacza to, że pacjent podejmujący leczenie uzależnienia od alkoholu może nie być rutynowo diagnozowany pod kątem problemowego hazardu, natomiast osoba zgłaszająca się z powodu zaburzeń hazardowych może nie otrzymać pogłębionej diagnozy dotyczącej współistniejących zaburzeń psychicznych.

Profesjoniści: Najczęściej w Polsce to tak wygląda, że tam stawiają diagnozy lekarze, które jakby są potrzebne do przyjęcia pacjenta przez nas. Także lekarz wie, że musi być takie i takie rozpoznanie, żeby pacjent został do nas przyjęty, bo my mamy też taki kontrakt z NFZ.

Także najczęściej ograniczają się do tego. Ja myślę, że też nie doszukują się, nie diagnozują dodatkowych uzależnień. Jest alkohol, a pacjent chce iść tam do ośrodka krótkoterminowego, gdzie leczą alkoholików, to lekarze dają takie rozpoznanie. Bo nawet często jest tak, że mamy tutaj pacjentów uzależnionych od narkotyków, ale ustalili z lekarzem, że idą do nas, to dają uzależnienie od alkoholu. Czy nawet sami pacjenci kłamią, że piją nałogowo, żeby do nas przyjść. Chyba jeszcze nigdy nie widziałam skierowania z rozpoznaniem, czy z informacją, notatką jakąż odnośnie hazardu. Jak już, to taka F19.2 albo F-ka alkoholowa i ewentualnie F-ka dotycząca schizofrenii, no bo to jest ważne, żebyśmy o tym wiedzieli. I to jest taki bardziej kanon. (MK2906202214)

Wyniki badania pokazują również, że trudności diagnostyczne wynikają nie tylko z ograniczeń systemowych, ale także z zachowań samych pacjentów. Profesjonaliści wskazywali, że osoby korzystające z pomocy często nie ujawniają wszystkich problemów podczas pierwszych kontaktów z placówką. Część respondentów podkreślała, że pacjenci mają tendencję do zgłaszania wyłącznie trudności postrzeganych przez nich jako najbardziej nasilone lub społecznie nie akceptowane. W efekcie część zaburzeń pozostaje niezidentyfikowana i ujawnia się dopiero w późniejszych etapach terapii.

Profesjoniści: My nie mamy w ogóle czystych hazardzistów. I myślę sobie, że w związku z tym, że mamy profil chemicznych uzależnień, to możliwe też, myślę, że tak jest, że nie dodiagnozowujemy hazardu, nie dopytujemy, nie sprawdzamy. Bo ktoś może też mieć na przykład alkohol, chorobę psychiczną plus hazard. I my ten hazard traktujemy po macoszemu. (LW170320223)

Szczególne znaczenie przypisywano również niewystarczającej liczbie narzędzi przesiewowych oraz braku rutynowych procedur pozwalających na identyfikację współwystępujących zaburzeń. Profesjonaliści wskazywali, że diagnoza często opiera się na indywidualnym doświadczeniu terapeuty lub lekarza, a nie na ustandaryzowanym postępowaniu. Powoduje to ryzyko przeoczenia części trudności oraz ogranicza możliwość kierowania pacjentów do odpowiednich form pomocy.

Profesjoniści: Wywiad lekarski jest wywiadem teoretycznie ustrukturyzowanym, są zasady zbierania badania psychiatrycznego. Natomiast lekarze go stosują na wycucie, to znaczy według doświadczenia. Nie jest to kwestionariusz, który ma strukturę taką, jak na przykład testy psychometryczne, czy socjologiczne. Podobnie jest z badaniem psychologicznym. Natomiast bez wątpienia

są narzędzia psychometryczne, które mogą to zdiagnozować, lecz one są zazwyczaj w zwykłym badaniu psychiatrycznym nieużywane, bo po prostu brakuje na to czasu. Przykładowo ambulatoryjnie na pierwszorazowego pacjenta jest 45 minut, to nie ma na to czasu, żeby wykonywać testy psychometryczne. Nawet te przeznaczone dla lekarzy. W związku z czym zazwyczaj prosi się psychologa o diagnozę osobowości, zasobów, intelektu i to robią psychologowie. Natomiast rzadko jest wychwytywany w związku z tym hazard, bo jakby nie ma świadomości, nigdy się nie prosi o badanie w kierunku hazardu. (LW140420229)

Wyniki badania wskazują również na znaczenie czynników związanych z personelem i organizacją pracy. Respondenci zwracali uwagę na ograniczone doświadczenie części specjalistów w zakresie diagnozy i terapii współwystępowania zaburzeń oraz brak jasno określonych standardów postępowania. Dotyczyło to szczególnie diagnozowania problemowego hazardu oraz rozpoznawania współistniejących problemów psychicznych.

W opinii uczestników badania obecny system kształcenia i doskonalenia zawodowego nie zapewnia wystarczającego przygotowania do pracy z pacjentami prezentującymi złożony obraz kliniczny. Podkreślano potrzebę rozwijania kompetencji dotyczących prowadzenia diagnozy całościowej, pracy motywacyjnej oraz uwzględniania mechanizmów wzajemnego oddziaływania różnych problemów zdrowotnych.

Potrzeba bardziej zintegrowanych podejść

Respondenci wielokrotnie wskazywali, że leczenie współwystępujących zaburzeń powinno mieć charakter równoległy i obejmować różne obszary funkcjonowania pacjenta. Zdaniem uczestników badania model polegający na kierowaniu pacjenta kolejno do różnych specjalistów nie zawsze odpowiada rzeczywistym potrzebom osób korzystających z pomocy.

Profesjoniści: Jakąś odpowiedzią na potrzeby osób z uzależnieniami i chorych psychicznie czy z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi są centra zdrowia psychicznego, gdzie na jednym terenie, w ramach jednego zespołu terapeutycznego można to zintegrować, czyli zatrudnić nie tylko psychiatrę, nie tylko pielęgniarkę, terapeutę środowiskowego czy psychoterapeutę, ale też psychoterapeutę uzależnień. (LW2207202222)

Podkreślano potrzebę opracowania programów terapeutycznych poruszających jednocześnie kwestie zaburzeń hazardowych, używania substancji psychoaktywnych oraz problemów psychicznych. Wśród szczególnie istotnych elementów wymieniano indywidualizację oddziaływań, wykorzystanie

metod opartych na dialogu motywującym, zwiększanie motywacji do leczenia oraz rozwijanie kompetencji pozwalających pacjentowi skuteczniej radzić sobie z trudnymi emocjami.

Istotnym elementem procesu terapeutycznego wskazywanym przez respondentów było zaangażowanie rodziny i najbliższego otoczenia pacjenta. Rodzina może stanowić ważny zasób wspierający proces zdrowienia poprzez wzmacnianie motywacji do leczenia, monitorowanie zmian oraz wspieranie pacjenta w codziennym funkcjonowaniu.

Jednocześnie zwracano uwagę, że brak odpowiedniej wiedzy dotyczącej mechanizmów uzależnienia i współwystępujących zaburzeń może utrudniać proces leczenia. Dlatego podkreślano potrzebę obejmowania członków rodzin działaniami edukacyjnymi oraz rozwijania form wsparcia kierowanego do osób bliskich.

Profesjoniści: Jeśli jest to możliwe, to oczywiście, że najlepiej jest włączyć rodzinę od początku, żeby ta osoba miała wsparcie i dobre warunki do zdrowienia. Żeby wszyscy wiedzieli, co tam się dzieje i dlaczego się tam dzieje. Ale nie zawsze to jest możliwe z wielu powodów. I z powodu rodziny, a czasem z powodu samego pacjenta, który się boi. (LW220320225)

Sygnały ostrzegawcze współwystępowania zaburzeń – na co zwrócić uwagę podczas pierwszego kontaktu z pacjentem?

Współwystępowanie zaburzeń hazardowych, używania substancji psychoaktywnych i problemów psychicznych nie zawsze ujawnia się wprost podczas pierwszej wizyty. Pacjenci często zgłaszają tylko jeden dominujący problem, podczas gdy inne trudności pozostają ukryte. Poniższe sygnały mogą sugerować konieczność pogłębienia diagnozy:

- częste nawroty, mimo wcześniejszych prób leczenia;
- duże wahania nastroju, drażliwość lub impulsywność;
- utrzymujące się problemy finansowe nieadekwatne do deklarowanych wydatków;
- trudności rodzinne i konflikty interpersonalne;
- problemy ze snem, nasilony stres lub objawy lękowe;
- unikanie rozmowy o wydatkach, czasie wolnym lub aktywnościach internetowych;
- zgłaszanie silnego napięcia emocjonalnego lub poczucia pustki;
- pojawianie się nowych zachowań problemowych po ograniczeniu wcześniejszego uzależnienia;
- częste zmiany motywacji do leczenia lub przedwczesne kończenie terapii;
- rozbieżności pomiędzy deklaracjami pacjenta a informacjami uzyskiwanymi od bliskich.

Należy pamiętać, że pojedynczy sygnał nie musi oznaczać współwystępowania zaburzeń, jednak występowanie kilku z nich jednocześnie powinno skłaniać do pogłębienia diagnozy.

Pytania przesiewowe dla praktyka – trzy minuty, które mogą zmienić kierunek leczenia

Krótkie pytania zadawane podczas pierwszego kontaktu mogą pomóc we wcześniejszym rozpoznaniu współwystępujących problemów.

Dotyczące hazardu:

- Czy zdarzało się Panu/Pani wydawać na gry lub zakłady więcej pieniędzy niż początkowo planowano?
- Czy podejmował(a) Pan/Pani próby ograniczenia grania, które kończyły się niepowodzeniem?
- Czy granie powodowało konflikty rodzinne lub problemy finansowe?

Dotyczące używania substancji:

- Czy używa Pan/Pani alkoholu lub innych substancji, aby zmniejszyć napięcie lub poprawić nastrój?
- Czy zdarza się używać ich częściej niż wcześniej?
- Czy bliscy zwracali uwagę na ten problem?

Dotyczące funkcjonowania psychicznego:

- Czy w ostatnich tygodniach częściej doświadczają Pan/Pani obniżonego nastroju lub lęku?
- Czy pojawiły się trudności ze snem, koncentracją lub codziennym funkcjonowaniem?
- Czy ma Pan/Pani poczucie utraty kontroli nad którymś obszarem swojego życia?

Pytania te nie zastępują pełnej diagnozy, ale mogą stanowić punkt wyjścia do dalszej rozmowy i zwiększać prawdopodobieństwo wcześniejszego rozpoznania współwystępujących problemów zdrowotnych.

Model zintegrowanego postępowania w placówce – od leczenia pojedynczych objawów do opieki skoncentrowanej na pacjencie

Wyniki badania pokazują, że trudności związane z leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami nie wynikają wyłącznie z charakterystyki samych pacjentów. Istotne znaczenie mają również rozwiązania organizacyjne oraz sposób projektowania procesu terapeutycznego. Leczenie oparte na pojedynczej diagnozie może prowadzić do sytuacji, w której część problemów pozostaje niezidentyfikowana lub jest traktowana jako mniej istotna. Tymczasem współwystępujące zaburzenia tworzą wzajemnie oddziałujący na siebie układ, dlatego skuteczna pomoc wymaga bardziej zintegrowanego podejścia.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można zaproponować model postępowania obejmujący pięć podstawowych etapów, które mogą zostać wdrożone zarówno w placówkach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, jak i innych miejscach udzielających świadczeń osobom z problemami psychicznymi i uzależnieniami.

Pierwszym etapem powinno być rutynowe prowadzenie badań przesiewowych, dotyczących współwystępujących problemów zdrowotnych. Niezależnie od głównego powodu zgłoszenia się pacjenta, wskazane jest zadawanie pytań odnośnie do grania hazardowego, używania substancji psychoaktywnych oraz obecności objawów psychicznych, takich jak

obniżenie nastroju, lęk czy problemy ze snem. Wczesne rozpoznanie dodatkowych trudności może ograniczyć ryzyko przeoczenia istotnych problemów klinicznych.

Drugim elementem jest przeprowadzenie pogłębionej diagnozy całościowej. W praktyce oznacza to odejście od skupiania się wyłącznie na dominującym objawie i próbę zrozumienia wzajemnych relacji pomiędzy poszczególnymi problemami. Istotne staje się ustalenie, które zaburzenia pojawiły się wcześniej, jakie funkcje pełnią poszczególne zachowania oraz czy jedno z zaburzeń nie wzmacnia lub nie podtrzymuje drugiego. Trzecim etapem powinno być opracowanie wspólnego planu terapeutycznego uwzględniającego wszystkie rozpoznane problemy. Zamiast kierowania pacjenta do kilku niezależnych systemów leczenia bardziej korzystne może być prowadzenie równoległych oddziaływań terapeutycznych, obejmujących zarówno problem uzależnienia lub hazardu, jak również współistniejące trudności psychiczne. Szczególne znaczenie może mieć wykorzystanie metod opartych na dialogu motywacyjnym, terapii poznawczo-behawioralnej oraz działań wzmacniających kompetencje emocjonalne pacjentów.

Czwartym elementem jest włączenie rodziny i najbliższego otoczenia do procesu leczenia. Członkowie rodzin często jako pierwsi obserwują zmiany w zachowaniu pacjenta, a ich wsparcie może wpływać na utrzymanie motywacji do terapii i ograniczenie ryzyka nawrotów. Wymaga to jednak zapewnienia rodzinie odpowiedniej wiedzy dotyczącej mechanizmów uzależnień i współwystępujących zaburzeń.

Piątym etapem jest systematyczne monitorowanie efektów leczenia. W przypadku współwystępujących problemów poprawa funkcjonowania w jednym obszarze nie zawsze oznacza poprawę ogólnego stanu pacjenta. Regularna ocena zmian dotyczących zachowań hazardowych, używania substancji, stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego pozwala wcześniej identyfikować trudności i odpowiednio modyfikować plan terapii.

Pacjenci nie trafiają do gabinetów z pojedynczą diagnozą. Trafiają z historią życia, w której problemy psychiczne, uzależnienia i zachowania ryzykowne często wzajemnie się przenikają i wzmacniają. System leczenia powinien odpowiadać na tę złożoność, koncentrując się na pacjencie i jego potrzebach, a nie wyłącznie na pojedynczych kategoriach diagnostycznych. Skuteczność pomocy zależy nie tylko od stosowanych metod terapeutycznych, ale również od zdolności systemu do holistycznego podejścia i postrzegania pacjenta jako całości.

Artykuł powstał na podstawie wyników projektu naukowego pt. „Zaburzenia hazardowe współwystępujące z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi. Rozpowszechnienie i standardy leczenia. Akronim: ZHWW 2021-22”. Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

1. Aragay, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S., Garrido, G., Anisul Islam, M., Menchón, J.M., & Vallès, V. (2015). Pathological gambling: Understanding relapses and dropouts. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.009>
2. Barnes, G.M., Welte, J.W., Tidwell, M.C., & Hoffman, J.H. (2015). Gambling and substance use: Co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *International Gambling Studies*, 15(1), 55–71. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.990396>
3. Cowlshaw, S. (2014). *Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment*. Victorian Responsible Gambling Foundation.
4. Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Article CD008937. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
5. Lister, J.J., Milosevic, A., & Ledgerwood, D.M. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 47, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.021>
6. Lorains, F.K., Cowlshaw, S., & Thomas, S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498.
7. Petry, N.M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101(Suppl. 1), 152–160.
8. Potenza, M.N., Fiellin, D.A., Heninger, G.R., Rounsaville, B.J., & Mazure, C.M. (2002). Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of General Internal Medicine*, 17(9), 721–732.
9. Wiczorek, Ł., & Dąbrowska, K. (2020). Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 25(4), 350–356. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1704078>
10. Zack, M., Stewart, S.H., Klein, R.M., Loba, P., & Fragopoulos, F. (2005). Contingent gambling-drinking patterns and problem drinking severity moderate implicit gambling-alcohol associations in problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(3), 325–354. <https://doi.org/10.1007/s10899-005-3102-z>

PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Katarzyna Syroka-Marczewska

W artykule przyjrzymy się praktycznym i prawnym aspektom dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych: ramom prawnym, sposobom udostępniania dokumentacji oraz problemom zgłaszanych do Rzecznika Praw Pacjenta.

Wprowadzenie

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej ma kluczowe znaczenie w opiece zdrowotnej, szczególnie istotne w przypadku osób zmagających się z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, dla których dostęp do pełnej i rzetelnej dokumentacji może mieć przełożenie na skuteczność leczenia, ciągłość opieki oraz ochronę prawnej i społecznej pozycji pacjenta. Zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych (art. 23 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, dalej: u.p.p.). Udostępnianie dokumentacji medycznej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach stanowi realizację prawa podmiotowego pacjenta do ochrony zdrowia zagwarantowanego na podstawie art. 68 ust. 1 Konstytucji.

Ponadto, dane dotyczące pacjenta zawarte w dokumentacji medycznej obejmują informacje ściśle związane z prywatną sferą życia jednostki i dlatego podlegają ochronie prawnej zgodnie z art. 47 Konstytucji.

W praktyce dokumentacja medyczna służy m.in. bieżącemu prowadzeniu terapii. Jednocześnie pełni funkcję archiwizacyjną, utrwalając historię zdrowia i leczenia pacjenta w czasie, uwzględniając wcześniejsze hospitalizacje, zastosowane procedury oraz zaordynowane leki i ich dawki, co ułatwia ocenę skuteczności wcześniejszych interwencji medycznych. W dokumentacji zawarte są także elementy prognostyczne: zalecenia terapeutyczne oraz rokowania. Gromadzi ona dane diagnostyczne niezbędne do postawienia i weryfikacji rozpoznania, a tym samym wspiera proces diagnostyczny poprzez umożliwienie monitorowania stanu pacjenta w kolejnych etapach opieki. Z perspektywy organizacyjnej i rozliczeniowej dokumentacja potwierdza zakres i sposób udzielonych świadczeń oraz termin.

¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2026, poz. 26.

Dokumentacja medyczna pełni też funkcję prawną i dowodową — stanowi istotny materiał w postępowaniach sądowych. Zwrócił na to uwagę także Rzecznik Praw Pacjenta, podkreślając w sprawozdaniu, że wartość prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej wykracza poza wymiar czysto medyczny, ponieważ zawarte w niej informacje są wykorzystywane w toku postępowań przed organami administracji publicznej czy sądami³. Natomiast w ocenie Sądu Apelacyjnego w Krakowie dokumentacja medyczna stanowi kluczowy środek dowodowy, pozwalając na rekonstrukcję dotychczasowego procesu diagnostycznego i leczniczego⁴.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Jak już wspomniano, każdy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (np. szpital) udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta z uzależnieniem duże znaczenie ma odnotowywanie w dokumentacji medycznej wszystkich istotnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o przebiegu tego procesu⁵. Wymogi co do treści dokumentacji medycznej określone zostały w art. 25 u.p.p. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji medycznej znajdują się m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶.

Tworzenie i prowadzenie dokumentacji medycznej wiąże się również z przetwarzaniem danych dotyczących pacjenta.

Z uwagi na ich wrażliwy charakter (szereg z nich należy do kategorii danych dotyczących zdrowia, o których mowa w art. 4 pkt 15 RODO⁷) oraz dla zagwarantowania bezpieczeństwa pacjenta i ochrony jego prywatności, ustawodawca w sposób enumeratywny wskazał cele, dla realizacji których dane te mogą być przetwarzane oraz sformułował zamknięty katalog podmiotów uprawnionych do wykonywania operacji na danych pacjenta⁸. Zgodnie z art. 24 ust. 2 u.p.p. dane pacjentów mogą być przetwarzane w celu: ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

Formy dostępu do dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej może być realizowane w różnych formach. Zgodnie z art. 27 u.p.p. udostępnienie dokumentacji medycznej może nastąpić:

- 1) do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów⁹, odpisów¹⁰ lub kopii¹¹;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej¹²;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Należy podkreślić, że to pacjent ma prawo wyboru formy udostępnienia dokumentacji medycznej z uwagi na zaspokojenie swoich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i życia¹³.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku¹⁴ wskazał, że „prawo wglądu” do dokumentacji medycznej obejmuje rów-

² Na rolę dokumentacji medycznej zwrócił uwagę m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z 5 sierpnia 2020 r., I UK 50/19 (LEX nr 3225110), Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 21 lutego 2019 r., III AUa 401/17 (LEX nr 2733458), Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z 14 maja 2014 r., III AUa 1810/13 (LEX nr 1469282).

³ Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, s. 30, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2020-rok>, dostęp z dnia 08.06.2026 r.

⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie – I Wydział Cywilny z dnia 12 kwietnia 2023 r., I ACa 1220/21.

⁵ M. Gąska, Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jako warunek bezpieczeństwa pacjenta w procesie leczniczym, *Ius et Administratio*, nr 1/2021 (44).

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U.2024.798. Ponadto do aktów wykonawczych regulujących tematykę dokumentacji medycznej należą także w szczególności: rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Dz.U.2022.1957; rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Dz.U.2022.1659.

⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

⁸ M. Gąska, *op.cit.*

⁹ Wyciąg jest to skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej (art. 3 ust.1 pkt 8 u.p.p.).

¹⁰ Odpis jest to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem (art. 3 ust.1 pkt 9 u.p.p.).

¹¹ Kopia jest to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu) – art. 3 ust. 1 pkt. 10 u.p.p.

¹² Definicja środków komunikacji elektronicznej zawarta jest w ustawie z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 1513).

¹³ T. Zimna, Głos do wyroku NSA z dnia 8 września 2016 r., II OSK 1134/16, LEX 2016.

¹⁴ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z 24 września 2015 r., LEX nr 1955923.

niez możliwość utrwalenia jej treści przez osobę uprawnioną — zarówno przez sporządzenie notatek, jak i za pomocą własnego sprzętu elektronicznego, np. telefonu. Sąd podkreślił, że prawo pacjenta (lub osoby przez niego upoważnionej) do zapoznania się z dokumentacją nie ogranicza się jedynie do biernego wglądu; obejmuje także praktyczne możliwości kopiowania informacji w celu zabezpieczenia danych niezbędnych do dalszego leczenia, dochodzenia praw czy kontaktów z innymi instytucjami. W praktyce orzeczenie to oznacza, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien umożliwić pacjentowi lub osobie upoważnionej wykonanie notatek lub zrobienie zdjęć dokumentów, o ile nie stoi temu na przeszkodzie uzasadnione zagrożenie dla tajemnicy medycznej bądź inne przewidziane prawem ograniczenia. Ograniczenia te muszą mieć konkretne podstawy prawne i być proporcjonalne — nie mogą sprowadzać prawa wglądu do fikcji poprzez arbitralne zakazy utrwalania treści dokumentacji.

Każda z form udostępniania dokumentacji medycznej niesie ze sobą konkretne korzyści i ograniczenia, szczególnie ważne dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych — od zapewnienia poufności i bezpieczeństwa danych po praktyczne aspekty korzystania z dokumentów w kontaktach z instytucjami leczniczymi, sądami czy organami pomocy społecznej.

Podmioty upoważnione do dostępu do dokumentacji medycznej

Na mocy art. 26 ust. 1 u.p.p. pacjent może realizować przyznane prawo osobiście, przez przedstawiciela ustawowego (np. rodzica) bądź inną osobę upoważnioną. Upoważnienie powinno być jasne co do zakresu i formy działania, a podmiot udzielający świadczeń ma prawo żądać potwierdzenia tożsamości i treści upoważnienia. Warto jednak pamiętać, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może żądać od osób upoważnionych przez pacjenta do dostępu do jego dokumentacji medycznej, aby to upoważnienie zostało potwierdzone urzędowo lub notarialnie. W praktyce możliwość upoważnienia przez pacjenta z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej umożliwia elastyczne zabezpieczenie interesów pacjenta, zwłaszcza gdy wymagana jest szybka wymiana informacji. Warto pamiętać, że przy wykonywaniu praw przez osoby trzecie obowiązuje obowiązek zachowania tajemnicy medycznej oraz ochrona danych osobowych pacjenta.

Jeżeli pacjent umiera, wówczas po jego śmierci dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia¹⁵ lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co do zasady dokumenta-

cja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.). Sprzeciw złożony przez pacjenta lub osobę bliską powinien zostać dołączony do dokumentacji medycznej. Jeżeli został zgłoszony ustnie, wówczas ten fakt także powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

Warto wskazać, że uprawnienie do uzyskania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta osoba bliska uzyskała na mocy ustawy z 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw¹⁶. W poprzednio obowiązującym stanie prawnym, jeśli pacjent nie upoważnił za życia innej osoby (także członka najbliższej rodziny) do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to taka osoba nie miała dostępu do dokumentacji medycznej także po jego śmierci¹⁷. Zmiany w tym zakresie obowiązują od 9 lutego 2019 r.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na udostępnienie wyraża sąd (chodzi o tzw. sąd spadku, czyli sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy, a jeżeli jego miejsca zwykłego pobytu w Polsce nie da się ustalić, sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część)¹⁸. Zgoda na udostępnienie dokumentacji zmarłego pacjenta jest wydawana w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Gdy osoba wykonująca zawód medyczny ma uzasadnione wątpliwości co do tego, czy wnioskodawca rzeczywiście jest osobą bliską, może zwrócić się do sądu o wyjaśnienie tej kwestii. Przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie określają szczegółowo metod weryfikacji statusu osoby bliskiej, wobec czego w praktyce dopuszczalne jest korzystanie z różnych dowodów i środków odpowiednich dla konkretnej sprawy. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta pomocne mogą być informacje zawarte w dokumentacji medycznej (np. dane o stanie rodzinnym) oraz dane adresowe, o ile zostały w niej umieszczone.

Sprzeciw pacjenta wyrażony za życia wobec udostępnienia dokumentacji może zostać uchylony wyłącznie w dwóch sytuacjach: gdy udostępnienie jest niezbędne do dochodzenia roszczeń z tytułu śmierci pacjenta (odszkodowanie lub zadośćuczynienie) albo gdy jest konieczne dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. O ewentualnym przełamaniu

medycznej (zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 marca 2019 r., VII SA/Wa 1527/18, LEX nr 3074256).

¹⁶ Ustawa z 6.12.2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2019. poz. 150.

¹⁷ D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 78 i n.

¹⁸ K. Syroka-Marczewska, Dostęp osoby bliskiej do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, *Acta Iuridica Resoviensia*, t. 43, nr 125 (2023).

¹⁵ W ocenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, prawo osób upoważnionych do dokumentacji medycznej jest więc prawem pochodnym od prawa przysługującemu pacjentowi. Zatem upoważnienie przez pacjenta konkretnej osoby do udostępnienia jej dokumentacji medycznej ma taki skutek, że w przypadku śmierci pacjenta osoba upoważniona wstępuje w jego prawa w zakresie udostępnienia dokumentacji

sprzeciwu decyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym, który może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji i sprecyzować zakres tego udostępnienia.

Koszty dostępu do dokumentacji medycznej

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest **bezpłatne**. Ponadto warto pamiętać, że od 4 maja 2019 r. pierwsza kopia dokumentacji medycznej musi być udostępniana pacjentowi przez podmiot leczniczy za darmo¹⁹. Bez wątpienia zmiana ta wprowadziła istotne ułatwienie w dostępie do informacji o stanie zdrowia i leczeniu. Z punktu widzenia pacjenta z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych bezpłatny pierwszy egzemplarz likwiduje barierę finansową w dochodzeniu praw, ułatwia kontynuację leczenia u innych świadczeniodawców oraz dostęp do dokumentów potrzebnych w postępowaniach sądowych czy administracyjnych. Jak słusznie zauważył Rzecznik Praw Pacjenta „złożenie wniosku o udostępnienie po raz pierwszy dokumentacji medycznej nie wymaga dopełnienia żadnych dodatkowych formalności, w szczególności osoba uprawniona nie musi podawać podstawy prawnej, z której wynika nowa zasada udostępniania dokumentacji medycznej. To po stronie placówek medycznych leży obowiązek przestrzegania prawa pacjenta do dokumentacji medycznej – nie mogą one wprowadzać w swoich regulacjach wewnętrznych dodatkowych obowiązków po stronie pacjentów niż te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa”²⁰.

Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie może przekraczać:

- 0,002 przeciętnego wynagrodzenia za jedną stronę wyciągu albo odpisu;
- 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej,
- 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia za udostępnienie na informatycznym nośniku danych.

Stawki dotyczą przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Wysokość opłaty uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest obciążona tym podatkiem.

Naruszenie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej

Przykłady naruszeń prawa pacjenta z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych do dokumentacji medycznej to w szczególności niekompletne lub powierzchowne zapisy (brak informacji o terapii, dawkach leków, interwencjach kryzysowych), niewydanie dokumentacji osobie upoważnionej przez pacjenta lub duże opóźnienia w jej udostępnieniu, przekazanie danych osobowych osobom nieuprawnionym (ryzyko stygmatyzacji), odmowa sporządzenia kopii lub uniemożliwienie wglądu w miejscu udzielania świadczeń, nieusunięcie błędów po zgłoszeniu takowych przez pacjenta oraz utrudnienia w dostępie do dokumentacji elektronicznej z powodu braku interoperacyjności systemów.

Należy w tym kontekście zwrócić uwagę, że podmioty udostępniające dokumentację medyczną nie mogą żądać wskazania celu jej udostępnienia ani ograniczać możliwości złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej wyłącznie do określonych godzin. Zdarzają się przypadki, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych uzależniają udostępnienie dokumentacji medycznej od zgody osoby decyzyjnej, najczęściej kierującej placówką czy też od zgody konkretnego lekarza pracującego w placówce, co jest działaniem nieuprawnionym. W przypadku takich naruszeń pacjent z uzależnieniem (lub osoba przez niego upoważniona) może złożyć skargę do Rzecznika Praw Pacjenta. Warto pamiętać, że postępowanie przed RPP jest bezpłatne.

Zakończenie

Prawo pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej stanowi emanację prawa do informacji o stanie zdrowia oraz jest jednym z kluczowych aspektów prawa człowieka do prywatności²¹.

Prawo do dokumentacji medycznej dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych ma charakter nie tylko proceduralny, lecz przede wszystkim praktyczny. Jeżeli dochodzi do naruszeń w tym zakresie pacjent lub osoba upoważniona ma do dyspozycji środki ochrony, w tym skargę do Rzecznika Praw Pacjenta czy drogę sądową (postępowanie cywilne, karne lub administracyjne).

Ostatecznie zapewnienie prawidłowego dostępu do dokumentacji wymaga współpracy pacjentów, personelu medycznego i instytucji nadzorczych: tylko wtedy dokumentacja będzie realnym narzędziem poprawy jakości opieki zdrowotnej i ochrony praw osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

¹⁹ <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawdz-w-jaki-sposob-mozna-pozyskac-dokumentacje-medyczna>, dostęp: 8.06.2026 r.

²⁰ <https://www.gov.pl/web/rpp/dokumentacja-medyczna-w-zycie-weszly-wazne-zmiany> dostęp z dnia 08.06.2026 r.

²¹ D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, ABC, 2010, s. 122 za: G. Ladrowska, Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej, *Prawo i Medycyna* 2012, nr 1, s. 15.

PRAWNE MOŻLIWOŚCI IZOLACJI OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ

Aneta Mikołajczyk

Stowarzyszenie „Niebieska Linia”, Biuro Rzecznika Praw Dziecka

Do skutecznego zatrzymania przemocy domowej oprócz środków zapobiegawczych, karnych, obowiązków probacyjnych ustawodawca dołączył także środki ochrony osób pokrzywdzonych przemocą, w tym rozszerzając katalog istniejących zapisów o cywilnoprawne środki ochrony. Niniejszy artykuł zawiera omówienie najważniejszych rozwiązań prawnych w tym zakresie.

Wprowadzenie

Przemoc domowa jest współcześnie postrzegana jako złożony problem społeczny, wymagający współpracy instytucjonalnej oraz specjalistycznej wiedzy osób udzielających wsparcia. Początkowo izolacja osoby stosującej przemoc od osoby jej doznającej była możliwa wyłącznie w ramach postępowania karnego, poprzez środki zapobiegawcze, karne lub obowiązki probacyjne, które okazały się niewystarczające z uwagi na ich funkcję oraz przewlekłość postępowania. Należy przy tym podkreślić, że przemoc domowa nie stanowi odrębnego przestępstwa, choć może wypełniać znamiona różnych czynów zabronionych.

W konsekwencji wprowadzono zmiany legislacyjne ukierunkowane na wzmocnienie ochrony osób doznających przemocy. Od 2010 r. do systemu prawnego wprowadzano cywilnoprawne środki izolacyjne, zaś od 2020 r. policja i Żandarmeria Wojskowa uzyskały uprawnienia do natychmiastowego, czasowego usunięcia osoby stosującej przemoc (OSP) z miejsca wspólnie zajmowanego z osobą jej doznającą (ODP). Zakres tych środków został rozszerzony w 2023 r. o zakazy zbliżania się, kontaktowania oraz wstępu do określonych miejsc. Środki te mają charakter czasowy i podlegają kontroli sądowej, tworząc system ochrony niezależny od postępowania karnego.

Przemoc domowa – definicja legalna

Najskuteczniejszą reakcją na przemoc domową jest natychmiastowe zapewnienie osobie doznającej przemocy bezpieczeństwa poprzez skuteczne odizolowanie jej od osoby stosującej przemoc, co znajduje bezpośrednie oparcie w art. 53 Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej. Zapewnienie ochrony stwarza warunki do dalszych działań zmierzających do trwałej zmiany sytuacji ODP.

Cywilnoprawne środki ochrony, stosowane przez policję, Żandarmerię Wojskową oraz sąd rejonowy – wydział cywilny, opierają się na ustaleniu faktu wystąpienia przemocy domowej.

Definicja legalna tego zjawiska, zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej (dalej: ustawa) i obejmuje cztery przesłanki: umyślność, naruszenie prawa, wystąpienie przewagi (fizycznej, psychicznej lub ekonomicznej) oraz skierowanie przemocy wobec osoby mieszkającej się w definicji osoby doznającej przemocy.

Konstrukcja definicji *osoby doznającej przemocy domowej*, *osoby stosującej przemoc domową* oraz *świadka* ma charakter wzajemnie powiązany.

Definicja osoby doznającej przemocy domowej (ODP) obejmuje zamknięty katalog osób pozostających z osobą stosującą przemoc w relacjach wskazanych w ustawie, niezależnie od wspólnego zamieszkiwania, co dotyczy również dzieci. Małoletni może być uznany za osobę doznającą przemocy niezależnie od relacji prawnej czy faktycznej z osobą stosującą przemoc.

Za osobę stosującą przemoc domową (OSP) ustawodawca uznaje wyłącznie osobę pełnoletnią, co wyklucza możliwość stosowania wobec małoletnich środków przewidzianych ustawą. Jednak rozwiązanie to pozostaje w ścisłym związku z uprawnieniami policji i Żandarmerii Wojskowej¹ do zatrzymania, wydania nakazu i zakazu, zakazu zbliżania, zakazu kontaktowania oraz zakazu wstępu. Uznanie osoby małoletniej za osobę stosującą przemoc oraz zastosowanie wobec niej tych środków byłoby sprzeczne z porządkiem prawnym, w szczególności z zasadami wykonywania władzy rodzicielskiej i obowiązkiem zapewnienia dziecku opieki i wychowania.

Środki prawnokarne

Analizując instrumenty prawne, przysługujące organom ścigania w zakresie izolowania osoby stosującej przemoc, należy zauważyć, że osoba doznająca przemocy często nie składa zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa na jej szkodę przez

¹ W dalszej części opisywane będą uprawnienia i zadania policji w związku z wydawaniem ww. środków z uwagi na to, że uprawnienia Żandarmerii Wojskowej w tym zakresie są analogiczne (art. 18, art. 18a i art. 18aa ustawy o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych) i ograniczoną objętość artykułu.

osobę bliską ani nie podejmuje współpracy z organami ścigania, co może prowadzić do niewszczęcia postępowania przygotowawczego lub braku podstaw do zastosowania środków natychmiastowej izolacji.

Zgodnie z art. 249 § 1 kpk celem środków zapobiegawczych jest przede wszystkim zabezpieczenie prawidłowego toku postępowania, a jedynie wyjątkowo zapobieżenie popełnieniu nowego, ciężkiego przestępstwa. W postępowaniu przygotowawczym mogą one być stosowane wyłącznie wobec osoby, której przedstawiono zarzuty, i tylko przy istnieniu wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu. W sprawach dotyczących przemocy domowej przesłanki te często nie są spełnione, gdyż postępowania nierzadko kończą się odmową wszczęcia lub umorzeniem na wczesnym etapie, co istotnie ogranicza ich ochronną funkcję.

Po wniesieniu aktu oskarżenia około 80% spraw kończy się wyrokiem skazującym, najczęściej z karą pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Dopiero na tym etapie możliwe jest zastosowanie środków karnych, takich jak zakaz kontaktowania się lub zbliżania do pokrzywdzonego czy nakaz opuszczenia wspólnie zajmowanego lokalu. Przy czym zakazy te mogą być połączone z dodatkowymi obowiązkami lub kontrolowane w systemie dozoru elektronicznego. Środki te są jednak stosowane po zakończeniu postępowania rozpoznawczego, co ogranicza ich znaczenie w sytuacjach wymagających natychmiastowej ochrony.

W razie orzeczenia nakazu opuszczenia lokalu za przestępstwa określone w rozdziałach XXV i XXVI Kodeksu karnego sąd obligatoryjnie orzeka również zakaz zbliżania się do pokrzywdzonego, określając minimalną odległość oraz termin wykonania nakazu. Zakaz kontaktowania się obejmuje wszelkie formy nawiązywania kontaktu, także pośrednie i realizowane z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. W przypadku warunkowego umorzenia postępowania sąd może nałożyć na sprawcę obowiązki określone w art. 72 § 1 pkt 1–3, 5–6b, 7a lub 7b kk. Natomiast przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary sąd obligatoryjnie, a w razie orzeczenia środka karnego – fakultatywnie, nakłada co najmniej jeden z obowiązków probacyjnych przewidzianych w art. 72 § 1 kk.

Orzekając obowiązek powstrzymania się od kontaktowania lub zbliżania się do pokrzywdzonego albo innych osób, sąd określa minimalną odległość, jaką skazany ma obowiązek zachować. Z kolei w razie nałożenia obowiązku opuszczenia lokalu wspólnie zajmowanego z pokrzywdzonym w przypadku przestępstwa popełnionego z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej wobec osoby najbliższej, sąd określa sposób kontaktu skazanego z pokrzywdzonym. Praktyka orzecznicza wskazuje na **niskie wykorzystanie** tych **środków – około 20% (Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za lata 2014–2022)**.

W konsekwencji prawnokarne środki izolacji osoby stosującej przemoc nie zapewniają szybkiej ani wystarczającej ochrony

osobie jej doznającej, zwłaszcza wobec długotrwałości postępowania karnego, które przeciętnie przekracza rok. Z tego względu, niezależnie od narzędzi prawa karnego, rozwinęto środki ochrony o charakterze cywilnoprawnym.

Środki ochrony

W aktualnym stanie prawnym można wyróżnić następujące środki ochrony:

- nakaz natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia lub zakaz zbliżania się do tego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia;
- zakaz zbliżania się do osoby doznającej przemocy na określonej odległość;
- zakaz kontaktowania się z osobą doznającą przemocy;
- zakaz wstępu i przebywania na terenie szkoły, placówki, obiektu sportowego, miejsca pracy lub innego miejsca, w którym osoba doznająca przemocy zwykle lub regularnie przebywa – przy czym sąd może rozszerzyć zakres tego zakazu na teren innego miejsca, gdzie zwykle lub regularnie przebywa ODP.

Co do zasady, środki ochrony wydawane są przez policjanta podczas interwencji podejmowanej we wspólnie zajmowanym mieszkaniu lub jego bezpośrednim otoczeniu, jednak mogą zostać zastosowane również na podstawie informacji o stosowaniu przemocy domowej. Art. 15ab ust 1 pkt 2 ustawy o Policji przewiduje otwarty katalog podmiotów uprawnionych do przekazania takiej informacji, w tym osobę doznającą przemocy, kuratora sądowego czy pracownika pomocy społecznej. Równocześnie w § 3 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”: nakładają na osoby wszczynające procedurę (podmioty wymienione w art. 9a ust. 11-11d ustawy) obowiązek podejmowania działań interwencyjnych, w szczególności poprzez informowanie policji lub Żandarmerii Wojskowej o okolicznościach uzasadniających zastosowanie środków izolacyjnych. Ustawodawca nie przewidział wymogów formalnych co do takiego zawiadomienia, jednak w praktyce zasadne jest zwięzłe przedstawienie stanu faktycznego, wskazanie danych osobowych oraz jednoznaczne określenie żądania, z uwzględnieniem okoliczności istotnych z punktu widzenia kwestionariusza szacowania ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

Policjant, podejmując decyzję o wydaniu środków ochrony, dokonuje oceny ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia ODP, odrębnie wobec osoby dorosłej i dziecka. Jeżeli policja nie wyda środków ochrony, możliwe jest złożenie wniosku do sądu cywilnego, który może je zastosować zarówno w trybie przedłużenia, jak i niezależnie od działań policji. Uprawnienie to przysługuje ODP, prokuratorowi oraz Rzecznikowi Praw Dziecka i Rzecznikowi Praw Obywatelskich.

Środki ochrony są natychmiast wykonalne, mogą być stosowane łącznie i obowiązują co do zasady przez 14 dni, chyba

że zostaną przedłużone przez sąd lub w sprawie zostanie zastosowany środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania. Oznacza to, że może istnieć zakaz zbliżania się do mieszkania i nakaz natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania, a także środek zapobiegawczy wynikający z art. 275a kpk. Procedury te mogą zostać uruchomione także podczas nieobecności osoby stosującej przemoc, a w przypadku jej zatrzymania – bezpośrednio po zwolnieniu. Doręczenie środków następuje niezwłocznie, a jeśli okaże się niemożliwe, przepisy przewidują doręczenia zastępcze – art. 15 ad ustawy o Policji.

Ponadto, zakaz zbliżania się i nakaz opuszczenia mieszkania są doręczane do prokuratury i zawiadamia się zespół interdyscyplinarny, a w przypadkach dotyczących małoletnich również sąd opiekuńczy. Policja co najmniej trzykrotnie kontroluje przestrzeganie tych środków ochronnych ODP, a ich naruszenie stanowi wykroczenie określone w art. 66b kw.

Natomiast OSP jest zobowiązana wskazać policji aktualne miejsce pobytu i dane kontaktowe oraz może jednorazowo, w obecności policjanta i po uzgodnieniu terminu z ODP, zabrać swoje rzeczy. Jest ona jednak zobowiązana pozostawić klucze do wspólnie zajmowanego mieszkania i pomieszczeń w bezpośrednim otoczeniu w tym właśnie mieszkaniu. OSP przysługuje również zażalenie do sądu rejonowego, wnoszone w terminie trzech dni i podlegające niezwłocznemu rozpoznaniu.

Działania sądu cywilnego

Przepisy art. 11a i 11aa ustawy wprowadzają cywilnoprawne środki ochrony osoby doznającej przemocy, oparte na izolacji osoby – sprawcy krzywdzenia, które mogą być stosowane przez sąd cywilny zarówno niezależnie od działań policji oraz jako kontynuacja wydanych wcześniej środków. Art. 11a ust. 2 ustawy rozszerza możliwość zastosowania nakazu lub zakazu także w przypadku, kiedy strony aktualnie nie zamieszkują wspólnie lub pobyt OSP ma charakter okresowy. Natomiast ust. 3 ustanawia zasadę ponoszenia kosztów utrzymania mieszkania przez osobę pełnoletnią, która w nim pozostaje, z wyjątkiem przypadków istnienia obowiązku alimentacyjnego po stronie OSP. Regulacje te tworzą spójny mechanizm ochrony cywilnoprawnej, podporządkowany priorytetowi bezpieczeństwa ODP.

Ustawodawca w art. 560²–560¹² kpc stworzył odrębny, wyspecjalizowany tryb postępowania cywilnego w sprawach przeciwdziałania przemocy. Ich zasadniczym celem jest zapewnienie szybkiej, skutecznej i elastycznej ochrony osoby doznającej przemocy, przy jednoczesnym zachowaniu gwarancji procesowych osoby, wobec której stosowane są środki. Ponadto została wprowadzona możliwość inicjowania postępowania na urzędowych formularzach, co ma istotne znaczenie dla dostępności ochrony prawnej i ograniczenia ba-

rier formalnych. Równocześnie szczególny nacisk położono na szybkość postępowania – sąd obowiązany jest rozpoznać wnioski w terminie jednego miesiąca, a w razie potrzeby przy dokonywaniu doręczeń może korzystać z pomocy policji lub Żandarmerii Wojskowej.

Istotnym elementem regulacji jest natychmiastowa skuteczność i wykonalność postanowień, które mogą być wykonywane i modyfikowane niezależnie od ich zaskarżenia i prawomocności, w razie zmiany okoliczności sprawy. Przepisy szczegółowo określają również obligatoryjne elementy treści postanowień, w tym obszar opuszczenia, minimalną odległość zakazu zbliżania czy zakres zakazu kontaktowania się, co wpływa na ich skuteczność w praktyce.

Na uwagę zasługują także rozwiązania dotyczące zabrania rzeczy i zwierząt domowych przez osobę zobowiązaną do opuszczenia mieszkania. Ustawodawca przewidział w tym zakresie odrębne, szybkie postępowanie, wyraźnie rozdzielając kwestie ochrony przed przemocą od sporów o własność mienia.

Środki te obowiązują bez ograniczeń czasowych do momentu ich zmiany lub uchylecia – art. 11ab ustawy.

Podsumowanie

Regulacje dotyczące środków izolacji osoby stosującej przemoc tworzą spójny system ochrony, łączący działania interwencyjne organów z rozstrzygnięciami sądu cywilnego. Model ten umożliwia zarówno natychmiastową reakcję w sytuacji zagrożenia, jak i dalsze zabezpieczenie osoby doznającej przemocy, niezależnie od przebiegu postępowania karnego. Kluczowe znaczenie ma rzetelna ocena ryzyka oraz szybkie zastosowanie adekwatnych środków, przy nadrzędnym priorytecie bezpieczeństwa ODP. Skuteczność systemu zależy w istotnym stopniu od kompetencji osób podejmujących czynności, w szczególności zdolności do rzetelnej oceny zagrożenia dla życia lub zdrowia oraz doboru środków odpowiadających rzeczywistej skali grożącego niebezpieczeństwa utraty zdrowia i/lub życia.

Bibliografia:

- Prusinowska M.A. (2025). Cywilne nakazy ochrony – od teorii do praktyki sądowej. *Dziecko krzywdzone. Teoria badania, praktyka* Vol 24, No 3.
- Sprawozdania z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za 2022 rok, 2021 rok, 2020 rok, 2019 rok, 2018 rok, 2017 rok, 2016 rok, 2015 rok, 2014 rok, 2013 rok, 2012 rok i 2011 rok.
- Spurek S. (2023). *Przeciwdziałanie przemocy domowej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” (2020), *Wyprawa PoMoc. Poradnik dla osób doznających przemocy*, Warszawa.
- Wrona G. (2024). *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa.

ROZPOWSZECHNIENIE UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I NAPOJÓW ENERGETYZUJĄCYCH PRZEZ UCZNIÓW KLAS IV–VIII¹

WYNIKI OGÓLNOPOLSKIEGO BADANIA Z WYKORZYSTANIEM WYSTANDARYZOWANYCH SKAL DIAGNOSTYCZNYCH DIAGMATIC

Maria Deptuła, Karolina Appelt, Beata Ziółkowska, Karina Porębska

W artykule przedstawiono wyniki badania rozpowszechnienia palenia papierosów (w tym e-papierosów), picia alkoholu i upijania się w dwóch grupach: uczniów klas IV–VI i VII–VIII. W starszej grupie badano także częstotliwość picia napojów energetyzujących, używania marihuany oraz leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarza. Głównym celem jest porównanie rozpowszechnienia tych zachowań ryzykownych w grupie młodszej i starszej oraz przedstawienie powiązań między nimi w każdej z tych grup.

Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież jest zachowaniem ryzykownym znajdującym się od dawna w polu uwagi naukowców i praktyków zajmujących się profilaktyką rozumianą jako ochrona zdrowia i rozwoju młodego pokolenia. Dzięki Badaniom Mokotowskim² prowadzonym co cztery lata od 1984 roku wśród uczniów z trzech warszawskich dzielnic mamy unikalną wiedzę o trendach w zakresie zachowań ryzykownych i wybranych czynnikach z nimi powiązanych w grupie 15-latków zamieszkujących w dużym mieście obserwowanych od ponad 40 lat. Dysponujemy też systematycznie gromadzoną od 1990 roku wiedzą o zachowaniach zdrowotnych i ryzykownych oraz ich uwarunkowaniach wśród uczniów 11-, 13- i 15-letnich (ostatnio także 17-letnich), prowadzonych na próbach ogólnopolskich w ramach międzynarodowych badań zdrowia i zachowań zdrowotnych, znanych pod nazwą HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)³. Od roku 1995 mamy też dane dotyczące zachowań ryzykownych 15/16- i 17/18-latków dzięki projektowi ESPAD – Europejski Program Badań Szkolnych

nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków⁴. Dostępne są także wyniki badań prowadzonych przez różne zespoły, ale nie tak cyklicznie, jak wymienione wyżej i zwykle obejmujące mniejsze lub ograniczone terytorialnie próby.

Procedura i zmienne w badaniach własnych

Badania zrealizowano w pierwszej połowie roku szkolnego 2024/2025 na próbie reprezentatywnej dla uczniów posługujących się językiem polskim ($n = 3\,598$ uczniów)⁵ z 50 ogólnodostępnych szkół publicznych z uwzględnieniem wszystkich województw. Anonimowe badania przeprowadzono za pisemną zgodą rodzica lub opiekuna prawnego oraz ustną zgodą ucznia, przy pomocy przeszkolonych ankierów, ale w obecności nauczyciela z danej szkoły. Zastosowano metodę CASI (Computer-Assisted Self Interviewing) korzystając z cyfrowego kwestionariusza ankiety, który był udostępniany osobie badanej przez badacza na tablecie poprzez chmurowy System Ankiet Diagmatic.

¹ Zachowania ryzykowne związane z odżywianiem przedstawiono w numerze 1/2026 Serwisu Informacyjnego Uzależnienia, natomiast wyniki dotyczące problemowego używania Internetu oraz stosowania cyberprzemocy zostaną opublikowane w kolejnych numerach tego pisma.

² Badania początkowo prowadzone w dzielnicy Mokotów, obecnie obejmują także Wilanów i Ursynów są wielkim osiągnięciem zespołu w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pracującego najpierw pod kierunkiem dr Barbary Wolniewicz-Grzelak a obecnie dr hab. Krzysztofa Ostaszewskiego.

³ Badania zainicjowała i przez wiele lat kierowała nimi prof. dr hab. Barbara Woynarowska w Instytucie Matki i Dziecka, a kontynuował je zespół kierowany przez dr hab. Joannę Mazur.

⁴ Prowadzi je systematycznie co cztery lata na próbach ogólnopolskich dr Janusz Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

⁵ W tym artykule prezentowane są analizy wykonane na danych uzyskanych od uczniów wypełniających kwestionariusze w języku polskim: w grupie młodszej było to 2180 uczniów, a w starszej 1418. Szczegółowy opis doboru próby i organizacji badań znajduje się w *Raporcie z realizacji badań nad czynnikami chroniącymi, czynnikami ryzyka i zachowaniami ryzykownymi w klasach IV–VIII wykonanych na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej* napisanym przez autorki tego artykułu w roku 2025. Jest on dostępny na stronie KCPU <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2026/02/RAPORT-z-realizacji-badan-nad-czynnikami-chroniacymi-czynnikami-ryzyka-i-zachowaniami-ryzykownymi-w-klasach-IV-VIII.pdf>

Po zakończeniu badań każda uczennica i każdy uczeń otrzymał pisemną informację o miejscach, w których może uzyskać pomoc, jeśli odczuwa lęk, smutek, martwi się o siebie lub o kolegę/koleżankę albo ma problemy, których nie potrafi samodzielnie rozwiązać.

Przyjęto, że zachowania ryzykowne są efektem interakcji między czynnikami chroniącymi i czynnikami ryzyka⁶. Ich przejawianie niesie ryzyko dla zdrowia i prawidłowego rozwoju jednostki (Ostaszewski, 2014). W klasach IV-VI badano palenie papierosów (w tym e-papierosów), picie alkoholu i upijanie się w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. W klasach VII-VIII badano ponadto picie napojów energetyzujących w ciągu ostatniego tygodnia, używanie marihuany w ciągu całego życia oraz używanie leków uspokajających i nasennych bez wskazań medycznych w ciągu ostatniego pół roku poprzedzającego badanie⁷.

Wyniki badań własnych

W dalszej części artykułu znajdują się kolejno wyniki badań dotyczące zachowań ryzykownych i ich wzajemnych związków. W każdym przypadku prezentujemy wyniki dotyczące uczniów młodszych (klasy IV-VI) i starszych (klasy VII-VIII).

Rozpowszechnienie zachowań ryzykownych w badanej próbie

Rysunek 1 ilustruje odsetki badanych, którzy w podanym okresie – ostatnich 30 dni przed badaniem – nie palili papierosów

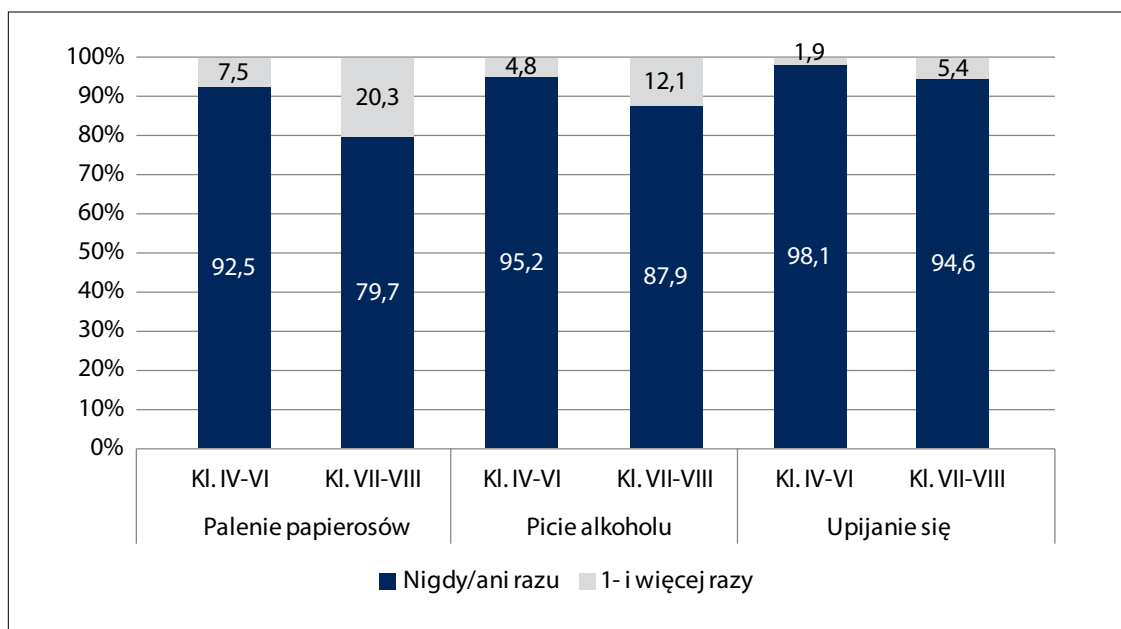
(w tym e-papierosów), nie pili alkoholu, nie upili się ani razu oraz wszystkich tych, którzy zrobili to jeden raz lub więcej.

Najbardziej rozpowszechnionym zachowaniem ryzykownym w każdej z porównywanych grup jest palenie papierosów, a najmniej upijanie się. Odsetek nieprzejawiających danego zachowania w ciągu ostatniego miesiąca w starszej grupie jest w każdym przypadku niższy niż w grupie młodszej. Analizy statystyczne⁸ wykazały, że w grupie młodszych uczniów dziewczęta w czasie brany tu pod uwagę częściej nie paliły papierosów, nie piły alkoholu i nie upijały się, a różnice między nimi i chłopcami były statystycznie istotne. Natomiast w starszej grupie płeć nie różnicowała tych zachowań.

W młodszej grupie wiekowej stwierdzono istotne statystycznie różnice między klasami IV, V i VI w zakresie palenia papierosów – w starszych klasach było mniej uczniów niepalących niż w młodszych.

W młodszej grupie wiekowej stwierdzono istotne statystycznie różnice między klasami IV, V i VI w zakresie palenia papierosów – w starszych klasach było mniej uczniów niepalących niż w młodszych. Odnotowano także istotne statystycznie różnice w zakresie picia alkoholu, ale tylko między IV a VI klasą. Nieistotne statystycznie były różnice między

Rysunek 1. Palenie papierosów, picie alkoholu i upijanie się w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem w klasach IV-VI i VII-VIII.



⁶ Opis badanych czynników chroniących i czynników ryzyka oraz ich związków z prezentowanymi tu zachowaniami ryzykownymi zostanie zamieszczony w kolejnych numerach tego czasopisma.

⁷ Pytania do badania tych zachowań ryzykownych zaczerpnięto z badań HBSC (Dzielska, Okulicz-Kozaryn, 2023) z wyjątkiem pytania dotyczącego używania leków, które opracował zespół prowadzący Badania Mokotowskie (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983).

⁸ Szczegółowy opis analiz znajduje się w rozdziale 4 Raportu z realizacji badań nad czynnikami chroniącymi, czynnikami ryzyka i zachowaniami ryzykownymi w klasach IV-VIII wykonanych na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej (Deptuła i in., 2025).

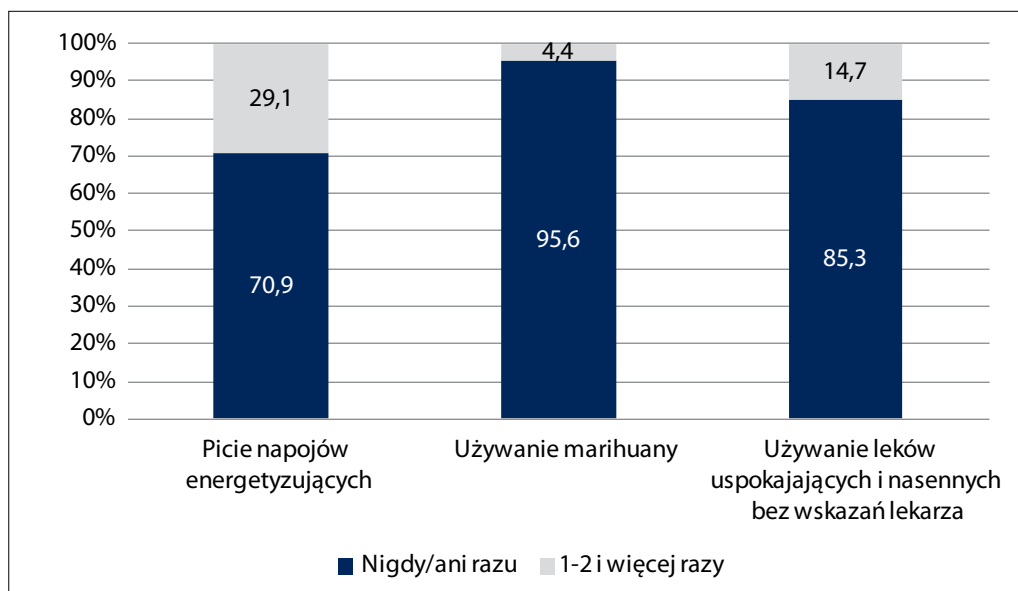
klasami w tej grupie w zakresie upijania się, ale należy pamiętać, że to zachowanie ryzykowne podejmuje niewielki odsetek uczniów tych klas. Nie stwierdzono także istotnego zróżnicowania w przypadku żadnej z tych zmiennych między klasą VII i VIII.

Istotne statystycznie są natomiast różnice w zakresie palenia papierosów, picia alkoholu i upijania się między grupą młodszą i starszą. To uczniowie klas VII-VIII rzadziej utrzymywali abstynencję nikotynową i alkoholową oraz częściej upijali się niż uczniowie klas IV-VI.

Uczniowie klas VII-VIII rzadziej utrzymywali abstynencję nikotynową i alkoholową oraz częściej upijali się niż uczniowie klas IV-VI.

Na rysunku 2 przedstawiono wyniki badań dotyczące picia napojów energetyzujących, używania marihuany oraz leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarza przez uczniów klas VII i VIII.

Rysunek 2. Picie napojów energetyzujących w ciągu ostatniego tygodnia przed badaniem, używanie marihuany kiedykolwiek w życiu, stosowanie leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarza w czasie od września minionego roku do dnia badania w klasach VII-VIII.



Ze względu na to, że okres uwzględniony w pytaniach dotyczących używania tych substancji jest różny, nie można porównywać poszczególnych zachowań ryzykownych między sobą. Sprawdzono jedynie czy klasa, do której uczęszczają badani lub płeć różnicuje badanych ze względu na używanie tych substancji. Analizy statystyczne danych⁹ wykazały, że uczniowie klas VII i VIII nie różnią się istotnie w zakresie przejawiania żadnego z tych zachowań ryzykownych.

⁹ Patrz rozdz. 4 Raportu z realizacji badań nad czynnikami chroniącymi, czynnikami ryzyka i zachowaniami ryzykownymi w klasach IV-VIII wykonanych na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej (Deptuła i in., 2025).

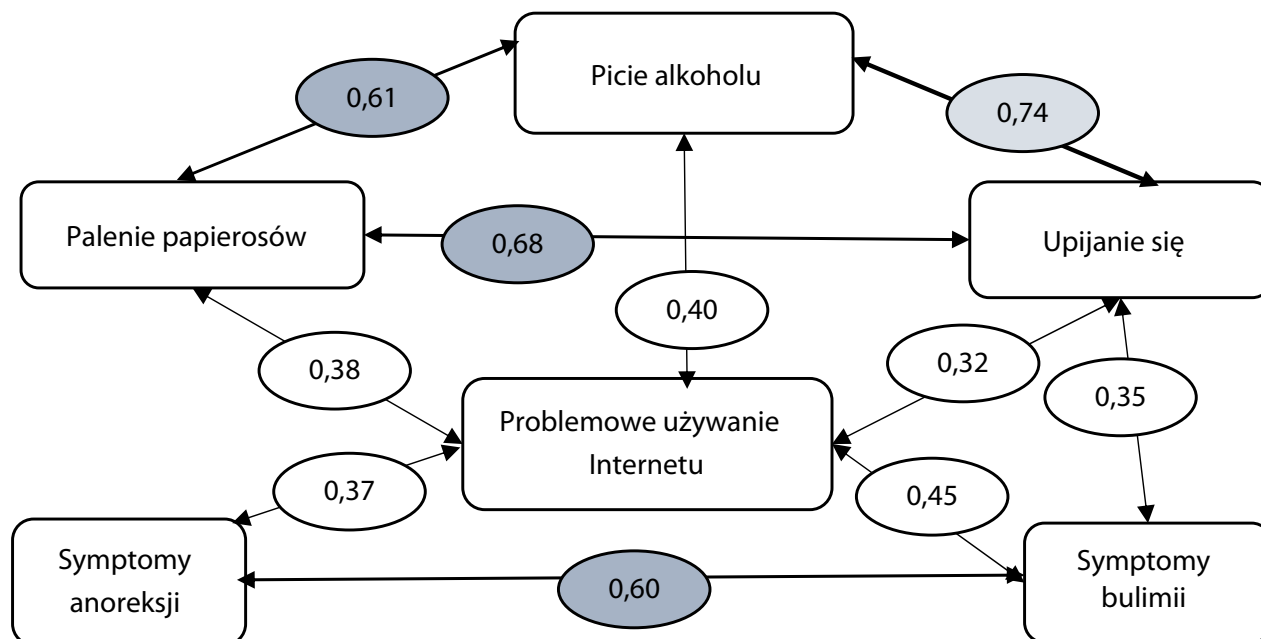
Odnotowano jednak istotne statystycznie różnice między dziewczętami i chłopcami w zakresie dwóch spośród tych zachowań. Dziewczęta częściej deklarowały nieużywanie marihuany w dotychczasowym życiu niż chłopcy (w kl. VII używało marihuany 1,3% dziewcząt i 6% chłopców, a w kl. VIII używało jej 3,6% dziewcząt i 7,1% chłopców). Natomiast dziewczęta częściej od chłopców deklarowały używanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza (w grupie dziewcząt 18% w kl. VII i 23,8% w kl. VIII używało tych leków bez wskazań lekarza i tylko 8,9% i 7,3% chłopców).

Związki między poszczególnymi zachowaniami ryzykownymi w klasach IV-VI

Na rysunku 3 zilustrowano wyniki analizy korelacji zachowań ryzykownych między sobą.

Wszystkie współczynniki korelacji widoczne na rysunku są dodatnie, co oznacza, że wzrostowi częstotliwości jednego z zachowań towarzyszy wzrost częstotliwości drugiego. Korelacja bardzo wysoka występuje między piciem alkoholu i upijaniem się. Korelacje wysokie odnotowano

między symptomami anoreksji i symptomami bulimii oraz między paleniem papierosów, upijaniem się i piciem alkoholu. Warto zwrócić uwagę na fakt, że problemowe używanie Internetu wiąże się z każdym badanym zachowaniem ryzykownym, ale są to korelacje przeciętne. Z większością badanych zachowań (w tej grupie uczniów) wiąże się też upijanie się, jednak związki te mają bardziej zróżnicowany charakter.

Rysunek 3. Wzajemne związki zachowań ryzykownych w grupie uczniów klas IV-VI, N=2180.

Legenda: grubość strzałki i kolor tła elipsy, w której znajduje się wartość współczynnika korelacji ilustrują siłę związku między zachowaniami ryzykownymi¹⁰. Najgrubsza strzałka i jaśniejszy niebieski kolor elipsy oznaczają korelację bardzo wysoką, strzałka nieco cieńsza i ciemniejsze niebieskie tło elipsy oznaczają korelację wysoką, a najcieńsze strzałki i białe tło elipsy zarezerwowano dla korelacji przeciętnej (umiarkowanej). Na rysunku nie zmieszczono korelacji słabych i nikłych ze względu na ich niewielką moc predykcyjną. Wszystkie korelacje są statystycznie istotne.

Związki między poszczególnymi zachowaniami ryzykownymi w klasach VII-VIII

Na rysunku 4 przedstawiono wyniki analiz korelacji dla zachowań ryzykownych w grupie starszych uczniów. Wszystkie korelacje, podobnie jak w młodszej grupie badanych, są dodatnie, co oznacza, że wzrostowi jednego zachowania towarzyszy wzrost drugiego. Zwraca uwagę „pajęczyna” bardzo wysokich korelacji między paleniem papierosów, piciem alkoholu, upijaniem się i używaniem marihuany. Wyjątkiem jest palenie papierosów i picie alkoholu, gdzie korelacja jest wysoka. Układ wysokich korelacji tworzą natomiast takie zachowania ryzykowne jak picie napojów energetyzujących i picie alkoholu, upijanie się, palenie papierosów i używanie marihuany. Wysoka korelacja wystąpiła też między symptomami anoreksji i symptomami bulimii. Pozostałe korelacje między zachowaniami ryzykownymi są przeciętne.

Jeśli wziąć pod uwagę liczbę związków, jakie tworzy dane zachowanie ryzykowne z pozostałymi, to upijanie się koreluje z 7 innymi zachowaniami ryzykownymi, a z 6 zachowaniami ryzykownymi korelują palenie papierosów, picie alkoholu, picie napojów energetyzujących, używanie leków uspokajających i nasennych bez wskazań medycznych oraz używanie marihuany. Stosowanie cyberprzemocy tworzy przeciętnie

silne korelacje z 5 spośród badanych w tej grupie wiekowej zachowań ryzykownych.

Porównując korelacje zachowań ryzykownych między sobą w młodszej i starszej grupie badanych, można powiedzieć, że do tej samej kategorii korelacji wysokich należą w obu grupach palenie papierosów i picie alkoholu, symptomy anoreksji i symptomy bulimii. Natomiast bardzo wysoka korelacja w obu grupach dotyczy picia i upijania się.

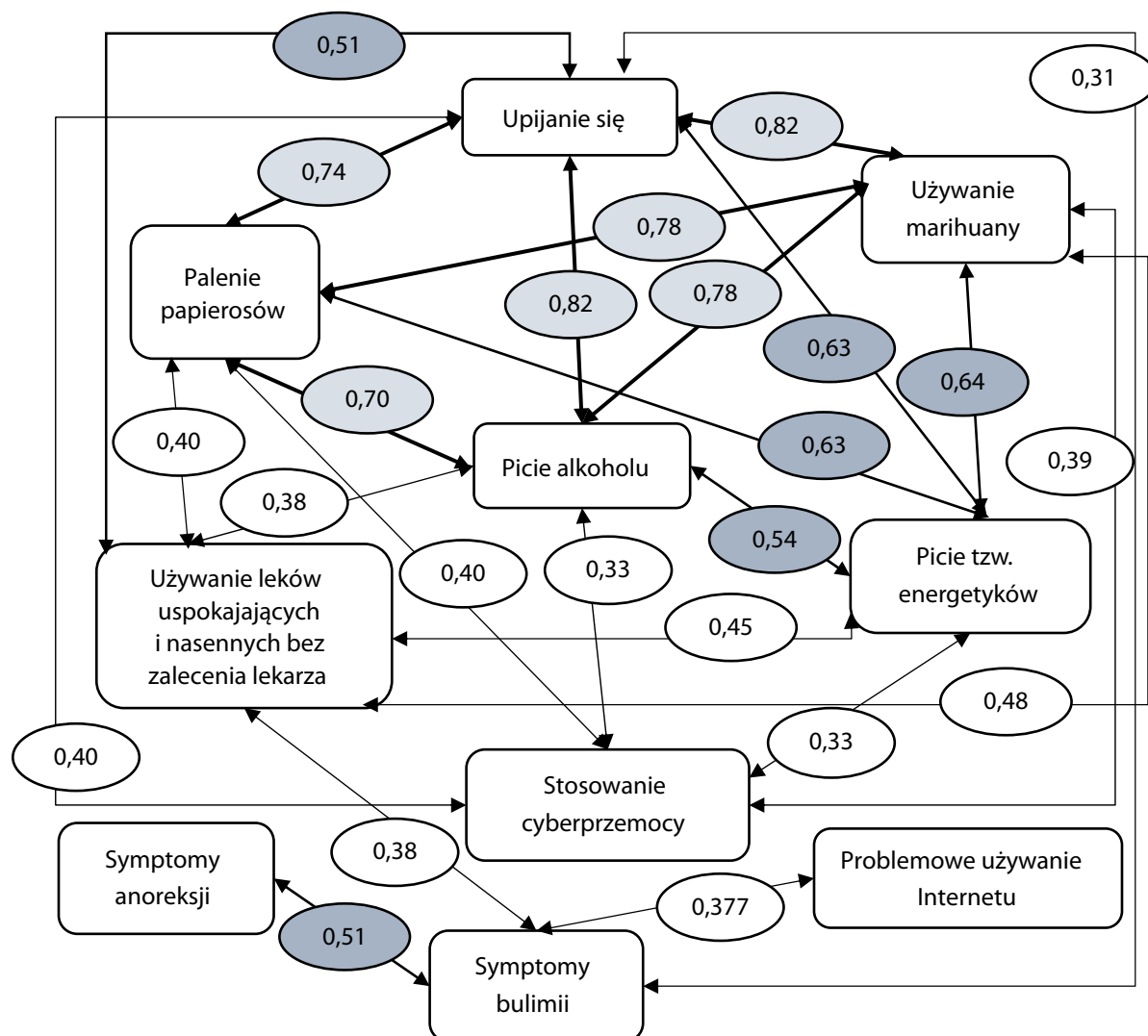
Kolejną substancją psychoaktywną stosunkowo często używaną (przede wszystkim przez dziewczęta) są leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarza.

Rezultaty badań w obu grupach wiekowych potwierdzają wagę zaleceń dotyczących traktowania zachowań ryzykownych polegających na używaniu substancji psychoaktywnych, jako wspólnego problemu w ramach oddziaływań profilaktycznych.

Sugestie dla praktyki profilaktycznej

W klasach IV-VI konieczne jest zwiększenie intensywności oddziaływań zmniejszających ryzyko palenia papierosów. Sięganie po nikotynę dotyczy największego odsetka badanych i wiąże się z trzema na pięć badanych zachowań ryzykownych.

¹⁰ Interpretację współczynników korelacji przyjęto za Andrzejem Staniszem (2006, s. 293): $r_{xy} = 0$ – zmienne nie są skorelowane; $0 < r_{xy} < 0,1$ korelacja nikła; $0,1 \leq r_{xy} < 0,3$ korelacja słaba; $0,3 \leq r_{xy} < 0,5$ korelacja przeciętna; $0,5 \leq r_{xy} < 0,7$ korelacja wysoka; $0,7 \leq r_{xy} < 0,9$ korelacja bardzo wysoka; $0,9 \leq r_{xy} < 1$ korelacja prawie pełna.

Rysunek 4. Wzajemne związki zachowań ryzykownych w grupie uczniów klas VII-VIII, N=1418.

Legenda: grubość strzałki i kolor tła elipsy, w której znajduje się wartość współczynnika korelacji ilustrują siłę związku między zachowaniami ryzykownymi. Najgrubsza strzałka i jaśniejszy niebieski kolor elipsy oznaczają korelację bardzo wysoką, strzałka nieco cieńsza i ciemniejsze niebieskie tło elipsy oznaczają korelację wysoką, a najcieńsze strzałki i białe tło elipsy zarezerwowano dla korelacji przeciętnej (umiarkowanej). Na rysunku nie zmieszczono korelacji słabych i nikłych ze względu na ich niewielką moc predykcyjną. Wszystkie przedstawione korelacje są statystycznie istotne.

W klasach VII-VIII substancją używaną przez najwyższy odsetek uczniów jest picie napojów energetyzujących. Należy zwrócić uwagę na to, że badania były prowadzone już po wprowadzeniu zakazu sprzedaży napojów energetyzujących osobom nieletnim, a jednak prawie 30% badanych używało ich w ciągu ostatniego tygodnia przed badaniem (nie badaliśmy tego zachowania w młodszej grupie). Wysoki jest też odsetek uczniów palących papierosy w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, a zachowanie to wiąże się z sześcioma na dziesięć badanych zachowań ryzykownych. Kolejną substancją psychoaktywną stosunkowo często używaną (przede wszystkim przez dziewczęta) są leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarza.

Chociaż profilaktyka polega przede wszystkim na wzmacnianiu czynników chroniących i osłabianiu wpływu czynników ryzyka oraz dotyczy wielu zachowań ryzykownych jednocześnie,

warto mieć na uwadze zachowania najbardziej rozpowszechnione w danej grupie wiekowej oraz zwracać uwagę na zróżnicowanie zagrożeń ze względu na płeć.

Bibliografia:

- Deptuła M., Ziółkowska B., Appelt, K., Porębska, K. (2025). *Raport z realizacji badań nad czynnikami chroniącymi, czynnikami ryzyka i zachowaniami ryzykownymi w klasach IV-VIII wykonanych na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej*. Fundacja Diagmatic.
- Dzielska, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2023). Używanie substancji psychoaktywnych i picie napojów energetyzujących przez młodzież w wieku 11-15 lat. Wyniki badań HBSC 2021/2022. *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 4 (104), 35-40.
- Stanisz, A. (2006). *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1. Statystyki podstawowe*. StatSoft Polska Sp. z o.o.

ESPAD 2024 – POLSKA NA TLE EUROPY

Janusz Sierosławski

Pracowania Badań i Inicjatyw Społecznych, Warszawa

Wyniki badania potwierdzają ułożenie polskich nastolatków w środkowych strefach europejskiego rankingu rozpowszechnienia używania alkoholu i narkotyków. Jedynie pod względem używania nowych substancji psychoaktywnych oraz leków uspokajających i nasennych należymy do czołówki, co od wielu lat stanowi wyzwanie dla profilaktyki. Trendy w Polsce w większości nie odbiegają od trendów europejskich. Porównanie trendów alkoholowych w Polsce i na Litwie pokazuje niewykorzystaną szansę ograniczenia problemu picia przez młodzież w naszym kraju.

Badania ankietowe młodzieży szkolnej na temat używania substancji psychoaktywnych prowadzono w niektórych krajach Europy już na początku XX stulecia. Jedne z pierwszych badań szkolnych w Europie zrealizowano na ziemiach polskich w Bochni w 1912 r. Krąg państw podejmujących takie badania poszerzył się znacznie w drugiej połowie poprzedniego stulecia. Wyniki badań prowadzonych w poszczególnych krajach, nawet jeśli układały się w analogiczne ciągi czasowe, to porównywalność między krajami była daleka od satysfakcjonującej. Stosowano różne metodologie, posługiwano się nieporównywalnymi kwestionariuszami, obejmowano badaniami różne grupy wiekowe. W gronie badaczy zaczęto dostrzegać potrzebę wypracowania europejskiego standardu, który pozwoliłby czerpać korzyści z porównywania trendów w różnych krajach.

Naprzeciw tym potrzebom pod koniec lat osiemdziesiątych XX w. wyszła inicjatywa Szwedzkiej Agencji Badań nad Alkoholem i Narkotykami (CAN). Dzięki tej inicjatywie, w ramach Komitetu Ekspertów ds. Epidemiologii Narkomanii Grupy Pompidou (Rada Europy), ukonstytuowała się grupa badaczy, którzy przystąpili do opracowania standaryzowanej metodologii badań szkolnych nad używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież, zwłaszcza narkotyków i alkoholu.

Metodologia badań ESPAD

Pierwsza edycja porównywalnych, reprezentatywnych badań szkolnych według tej metodologii przypadła na 1995 r. Taki był początek badań ESPAD – Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków. ESPAD przyjęło formułę bezterminowego programu realizowanego przez zespół badaczy, do których należą prawa autorskie i oni także są odpowiedzialni za znalezienie funduszy na realizację badania w swoich krajach.

Badania ESPAD w Polsce były finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), zaś od ostatniej edycji przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Jedynie w 1995 r. badanie ogólnopolskie finansowało Ministerstwo Edukacji

oraz rząd Szwecji. Program z założenia był i jest otwarty na włączenie badaczy z innych krajów europejskich.

Przedmiotem tego artykułu są porównania wybranych wyników uzyskanych w Polsce ze średnią europejską oraz wynikami z innych krajów uczestniczących w badaniu.

Badanie ESPAD zostało pomyślane jako narzędzie monitorowania zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – zarówno tych legalnych, jak alkohol, tytoń czy leki uspokajające oraz nasenne, jak i nielegalnych, czyli narkotyków. W badaniu poruszano kwestie dostępności substancji, a także postaw wobec ich używania. W połowie poprzedniej dekady tematyka badania została na stałe rozszerzona o zachowania ryzykowne z obszarów gier hazardowych oraz nowych technologii (internet, media społecznościowe, gry online).

Wyniki badań mają dostarczać danych do kreowania i ewaluacji polityki wobec substancji psychoaktywnych oraz szeroko rozumianej profilaktyki uzależnień, adresowanej do młodzieży nie tylko w poszczególnych krajach, ale i na poziomie europejskim.

Dla każdej rundy badania ESPAD tworzony jest międzynarodowy protokół. Na jego podstawie każdy z krajów opracowuje szczegółowy plan badania. Wstępne wersje tych planów są dyskutowane na spotkaniach regionalnych w gronie badaczy z kilku krajów.

Na międzynarodowy protokół badania składają się:

- wzory narzędzi badawczych (kwestionariusz dla uczniów oraz raport z badania w klasie),
- schemat baz danych,
- zasady doboru próby,
- zasady realizacji badań w szkołach,
- zasady przepływu danych oraz ich przetwarzania,
- wzór raportu krajowego z realizacji badania.

Zasady zawarte w protokole badania są częściowo formułowane na dość ogólnym poziomie, pozostawiając poszczególnym krajom pewną elastyczność w ich wdrażaniu. Naturalnym ograniczeniem pełnej, szczegółowej standaryzacji są m.in. zróżnicowanie systemów szkolnych, odmienne tradycje badawcze, dostępność i jakość danych stanowiących podstawę doboru próby, szeroko pojęty kontekst kulturowy, dostępne środki finansowe na realizację badań.

Koordinacja europejska projektu ESPAD spoczywa na barkach pochodzącego z wyborów Komitetu Sterującego, który czuwa także nad wdrażaniem protokołu oraz ogólnie nad metodologiczną poprawnością badania¹.

Kwestionariusz składa się z podstawowego zestawu pytań z zestawami gotowych odpowiedzi do wyboru oraz tematycznych zestawów opcjonalnych o podobnej konstrukcji. Ponadto, każdy z krajów ma prawo dodać swoje specyficzne pytania, ale w trosce o porównywalność wyników, powinny być one umieszczone na końcu kwestionariusza.

Alkohol

Napoje alkoholowe to najbardziej rozpowszechniona używka w Europie, zarówno w społeczeństwie dorosłych mieszkańców kontynentu, jak również wśród niepełnoletnich. W 35 krajach z 37 uczestniczących w badaniu większość uczniów, mimo młodego wieku, zna już smak alkoholu, tzn. piła go chociaż raz w czasie swojego dotychczasowego życia. Jedynie na Islandii takich uczniów jest 41%, a w Kosowie 29%. W pozostałych krajach odsetek ten jest silnie zróżnicowany i przyjmuje wartości od 91% na Węgrzech i 90% w Danii, do 56% w Szwecji i 54% w Norwegii. Średnia wartość tego wskaźnika dla wszystkich krajów to 76%. Polska z wynikiem 71% znajduje się nieco poniżej średniej.

Pierwsze doświadczenia alkoholowe można traktować, jak interpretują to niektórzy psychologowie, jako wypełnienie zadania rozwojowego. Nie są to zachowania w pełni bezpieczne, bowiem generują ryzyko takich konsekwencji jak na przykład wypadek czy utrata kontroli na swoimi poczynaniach. Jednak w większości przypadków, jeśli nie są powtarzane, służą jedynie zaspokojeniu ciekawości i nie rodzą poważnych negatywnych skutków. Odpowiedź na pytanie o picie kiedykolwiek w życiu może dotyczyć jedynie pojedynczego incydentu ulokowanego w przeszłości, stąd nie jest to trafny wskaźnik aktualnego picia.

Wskaźnikiem trafniej określającym aktualne zachowania alkoholowe jest odpowiedź na pytanie o picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Wyniki polskiego ESPAD w tym zakresie fałsyfikują spotykany niekiedy stereotyp o szczególnym rozpiciu rodzimej młodzieży, przynajmniej, jeśli państwa europejskie przyjmiemy jako układ odniesienia. Zestawienie odsetków uczniów ze wszystkich krajów uczestniczących w projekcie badawczym ESPAD w 2024 r., którzy pili napoje alkoholowe w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, przekonuje, iż

uczniowie z naszego kraju lokują się znacznie poniżej średniej. Polska w rankingu krajów wedle tego wskaźnika zajmuje, na 37 krajów, 26 miejsce (czyli 11 miejsce od końca). Na pierwszym miejscu od wielu lat znajduje się Dania, gdzie 68% uczniów piło jakiś napój alkoholowy w czasie ostatnich 30 dni. W pierwszej trójce znajdujemy jeszcze Niemcy (62%) i Austrię (60%). Dwa kraje o najniższym wskaźniku to Islandia (12%) oraz Kosowo (14%). Warto zauważyć, że przed tymi dwoma krajami lokuje się Litwa (24%). Bardzo niski wskaźnik w Kosowie związany jest z islamem, jako dominującą religią, wyznawaną przez 95% mieszkańców, która wymaga pełnej abstynencji. Bardzo niski odsetek konsumentów alkoholu tak na Islandii, jak i na Litwie są efektem polityki wobec alkoholu w tych krajach.

Wzorem picia szczególnie niebezpiecznym, zwłaszcza dla młodzieży, jest epizodyczne nadmierne picie, międzynarodowo nazywane z angielskiego „binge drinking”, czyli nadmierne spożycie przy jednej okazji. W badaniu podjęto próbę oszacowania rozpowszechnienia picia w ten właśnie sposób. Za obiektywną miarę takiego wzoru picia przyjęto wprowadzenie do organizmu co najmniej 5 standardowych drinków przy jednej okazji. Jeden taki drink został zdefiniowany jako szklanka/butelka/puszka piwa (ok. pół litra) lub szklanka/butelka/puszka cydru (ok. 0,33 litra), lub szklanka/butelka gotowej mieszanki napoju alkoholowego z bezalkoholowym – tzw. alcopop (ok. 0,33 litra), lub kieliszek wina (ok. 15 cl), lub kieliszek wódki albo innego napoju spirytusowego (ok. 4 cl), względnie szklanka koktajlu alkoholowego.

Wskaźnikiem „binge drinking” zastosowanym do porównań międzynarodowych było picie w taki sposób chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Pod względem tego wskaźnika polska młodzież znajduje się także poniżej średniej, która dla wszystkich krajów wynosi 30%, zaś dla Polski 29% (taką samą wartość odnotowuje także Malta). Najwyższym rozpowszechnianiem odznacza się Dania (55%), a dalej są Niemcy (49%) oraz Austria (48%). Najniższe odsetki spotykamy na Islandii (9%) oraz w Kosowie (16%).

Porównanie najwyższych oraz najniższych wartości każdego z dwóch analizowanych wskaźników ujawnia skalę zróżnicowania rozpowszechnienia picia przez młodzież między krajami naszego kontynentu. Sugeruje też, że na czele rankingu znajdują się kraje o liberalnej polityce wobec alkoholu.

Od analizy obrazu picia alkoholu przez młodzież w 2024 r. jeszcze bardziej pouczająca wydaje się eksploracja, już trzydziestoletnich, trendów w tym zakresie. Dane zestawione na rycinie 1 umożliwiają porównanie trendów dwóch analizowanych dotychczas wskaźników na poziomie naszego kraju oraz w skali europejskiej.

Pierwszy wskaźnik, tzn. aktualne picie napojów alkoholowych, podlegał podobnej dynamice w Polsce, jak na poziomie średniej europejskiej. W 1995 r. jego wartość w naszym kraju była nieznacznie niższa niż średnia, później w przypadku większości edycji ESPAD okazała się niemal identyczna. Do 2003 r. obserwowaliśmy tendencję wzrostową, później zastąpił ją trend spadkowy. Większa różnica pojawiła się dopiero w 2024 r., kiedy to

¹ Od początku realizacji programu, do połowy poprzedniej dekady, funkcję europejskiego koordynatora ESPAD pełniła Szwedzka Rada ds. Informacji o Alkoholu i Narkotykach (the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs – CAN), zaś koordynację oraz opracowywanie raportu europejskiego finansował rząd Szwecji. Od 2015 r. tę rolę przejęło Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), obecnie Agencja Unii Europejskiej ds. Narkotyków (the European Union Drugs Agency – EUDA). ESPAD pozostaje programem niezależnych badaczy, ale wspieranym finansowo i organizacyjnie przez EUDA.

odsetek pijących nastolatków w Polsce przyjął wartość o 5 punktów procentowych niższą niż średnia europejska.

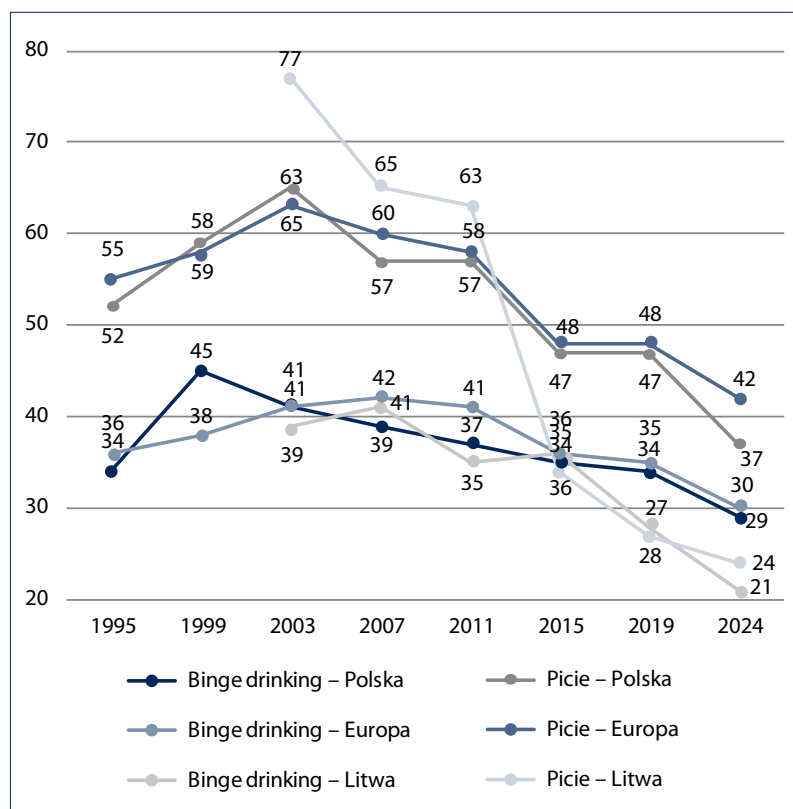
W przypadku drugiego wskaźnika, tj. incydentalnego nadmiernego picia, trendy w Polsce i średnia na kontynencie do 2015 r. przebiegały odmiennie. W Polsce, po silnym skoku w 1999 r., ten wskaźnik przyjął najwyższą wartość, by do 2024 r. systematycznie spadać. W skali Europy odnotowujemy słaby trend wzrostowy do 2007 r. i spadkowy do 2024 r. Oba trendy spotkały się zatem w 2015 r., od którego to roku wskaźnik dla Polski i średnia europejska przyjmują niemal identyczną wartość. Analiza wyników badań ESPAD realizowanych w krajach europejskich już od bez mała 30 lat może dostarczyć dowodów na skuteczność strategii ograniczania dostępności napojów alkoholowych w zmniejszaniu rozpowszechnienia picia. Wyniki badań zrealizowanych w ramach wspólnego programu z dbałością o porównywalność, zarówno w czasie, jak i w przestrzeni, mogą posłużyć do quasi-eksperymentalnego schematu analizy, przybliżającego interpretację przyczynowo-skutkową. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku porównania serii czasowych 2003-2024 dwóch wskaźników rozpowszechnienia picia napojów alkoholowych w Polsce i na Litwie.

Porównanie trendów w Polsce i na Litwie

Analiza odsetków uczniów, którzy pili napoje alkoholowe w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem ujawnia w obu krajach trend spadkowy, który na Litwie jest znacznie silniejszy niż w Polsce. W latach 2003-2024 odsetek ten na Litwie zmniejszył się o 53%, zaś w Polsce tylko o 36%. Jeszcze w 2003 r. proporcja pijących na Litwie była o jedną piątą większa niż w Polsce, zaś już w 2015 r. sytuacja się odwróciła. Wartość tego wskaźnika okazała się o 40% większa w Polsce niż na Litwie, zaś w 2024 r. przewaga Polski nad Litwą wzrosła do 56%. Warto zauważyć, iż trend spadkowy w Polsce ma charakter bardziej równomierny niż na Litwie, gdzie największy spadek odnotowuje się między 2011 r. i 2015 r.

Do podobnych wniosków prowadzi analiza serii czasowych drugiego wskaźnika, czyli rozpowszechnienia incydentalnego nadmiernego picia w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. W tym przypadku także mamy do czynienia z trendem spadkowym, tyle że słabszym w Polsce niż na Litwie. W latach 2003-2024 wartość tego wskaźnika w Polsce zmniejszyła się o 29%, zaś na Litwie aż o 46%. Natomiast w latach 2003-2015 tempo spadku w Polsce i na Litwie było podobne, jednak od 2019 r. szybkość zmniejszania się tego wskaźnika na Litwie znacznie przewyższyła rejestrowany w Polsce. W efekcie odsetek doświadczających incydentalnego nadmiernego picia

Rycina 1. Picie napojów alkoholowych oraz epizodyczne picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych).



w 2024 r. wynoszący na Litwie 21% okazał się o 8% wyższy niż notowany w Polsce (29%).

Dobór Litwy do porównań nie jest przypadkowy. W tym kraju po jego wejściu do Unii Europejskiej w 2004 r. podjęto reformę polityki alkoholowej. Przełomowym był rok 2008, nazwany rokiem trzeźwości, kiedy wprowadzono wiele ograniczeń dostępności napojów alkoholowych, takich jak podniesienie akcyzy na alkohol czy obostrzenia w kwestii reklamy. W kolejnych latach wprowadzano nowe ograniczenia oraz rozszerzano zakres istniejących. Na początku poprzedniej dekady pojawiły się pierwsze strefy wolne od spożywania alkoholu, a ich liczba i zakres zwiększały się w następnych latach, zwłaszcza od 2015 r. Natomiast od 2010 r. zaczęto stopniowo zwiększać opodatkowanie alkoholu. Kolejne lata przynosiły dalsze podwyżki, m.in. w 2017 i 2019 r.

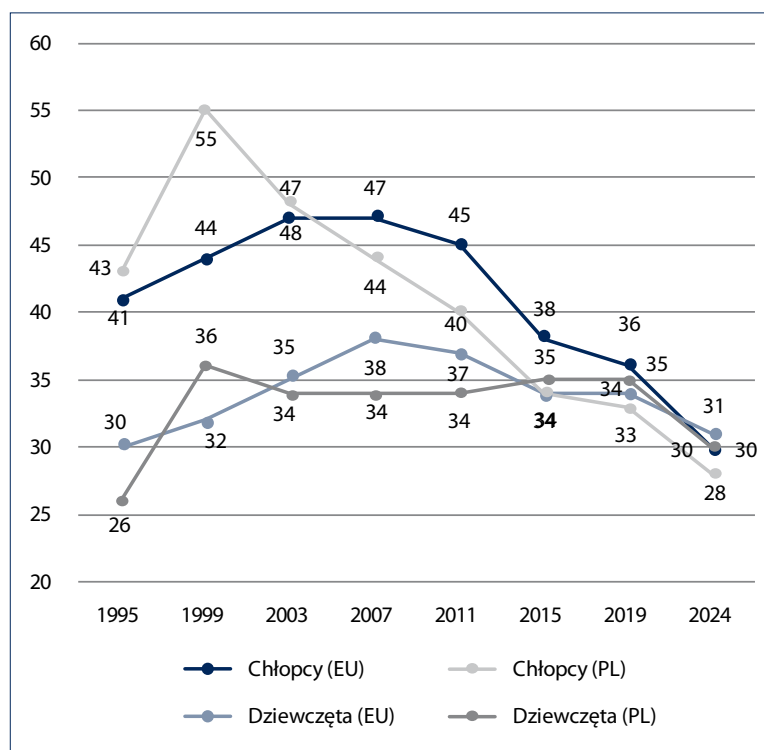
W 2014 r. wprowadzono ograniczenia, co do godzin sprzedaży alkoholu. Od tego czasu obowiązują okresowe zmiany i zaostrzenia. W 2014 r. i 2018 r. zaostrzano obowiązujące od 2008 r. przepisy dotyczące ograniczeń reklamy alkoholu, aby wyeliminować promocję alkoholu w mediach i przestrzeni publicznej. W roku 2014 wprowadzono surowsze kary, gdy litewski parlament przyjął nowe przepisy zwiększające sankcje dla sprzedawców i konsumentów łamiących prawo. W 2016 r. podniesiono minimalny wiek upoważniający do zakupu napojów alkoholowych z 18 lat na 20 lat.

W wyniku tej ewolucji Litwa należy obecnie do grona krajów z najbardziej restrykcyjną polityką alkoholową. Nieste-

ty o Polsce nie można tego powiedzieć. W czasie, gdy Litwa stopniowo i konsekwentnie ograniczała dostępność alkoholu, w Polsce nie notujemy żadnych istotnych zmian w tym zakresie. Jedyne, co wprowadzono, to w 2022 r. dziesięcioprocentową podwyżkę podatku akcyzowego na napoje alkoholowe oraz począwszy od 2023 r. jego coroczne pięcioprocentowe powiększanie. Wbrew oczekiwaniom, nie wpłynęło to jednak w dłuższej perspektywie czasowej na zmniejszenie dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych, bowiem wzrost ich ceny nie nadążył za wzrostem zarówno inflacji, jak i dochodów ludności.

Porównanie trendów na Litwie i w Polsce dostarcza mocnych argumentów za skutecznością strategii redukcji dostępności alkoholu, wpisując się w podejście polityki opartej na dowodach. Warto zatem podkreślić, iż gdyby w Polsce, równie konsekwentnie jak na Litwie, przykładano się do ograniczania dostępności alkoholu, można by osiągnąć znacznie więcej na polu obniżenia rozpowszechnienia picia, zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej.

Rycina 2. Epizodyczne picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wg płci (odsetki badanych).



Tradycyjnie, jednym z czynników najsilniej różnicujących zachowania alkoholowe była płeć. Niegdyś w Polsce alkohol to była domena głównie mężczyzn. Podobnie rzecz się miała także u nastolatków. Jak można to wyczytać z ryciny 2, w 1995 r. odsetek chłopców, którzy pili jakiś napój alkoholowy w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wynoszący 43% był o niemal dwie trzecie wyższy niż analogiczny odsetek dziewcząt (26%). Jednak już w 1999 r. ta proporcja zmniejszyła się do połowy. Stało się tak za sprawą większego wzrostu rozpowszechnienia

picia u dziewcząt niż u chłopców. Proporcja ta zwiększyła się u uczennic o 38% do poziomu 36%, podczas gdy u chłopców o 28% do poziomu 55%. Kolejne lata przyniosły jednostajny spadek odsetka aktualnych konsumentów alkoholu wśród chłopców do poziomu 28%. Wśród dziewcząt natomiast do 2019 r. możemy mówić o stabilizacji, zaś w 2024 r. o spadku, jednak o mniejszej skali niż w przypadku chłopców. W efekcie już w 2015 r. doszło do zrównania się dziewcząt z chłopcami, zaś w kolejnych latach zaznaczyła się przewaga dziewcząt.

Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne

Gdy w grę wchodzi substancje nielegalne, w Polsce – podobnie jak w zdecydowanej większości krajów uczestniczących w badaniu – znaczącym rozpowszechnianiem odznacza się jedynie przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz. Doświadczenia z innymi narkotykami są udziałem znacznie mniejszych frakcji młodzieży szkolnej.

W badaniu z 2024 r. średnie rozpowszechnienie używania przetworów konopi chociaż raz kiedykolwiek w życiu wyniosło 12%. Polscy uczniowie ułożyli się powyżej tej średniej z wynikiem 15%. Jednak daleko im do najwyższych wskaźników notowanych w Czechach (24%) oraz Liechtensteinie (23%). Te dwa kraje wyraźnie odróżniają się od kolejnych: Słowacja (19%) oraz Słowenia, Włochy i Estonia – wszystkie 18%. Najniższe frakcje uczniów, którzy zebrali doświadczenia z używaniem marihuany lub haszyszu spotykamy w Mołdawii i Gruzji (po 3%) oraz Rumunii i Wyspach Owczych (po 5%).

Gorszej sytuacja wygląda, gdy analizie poddamy aktualne używanie marihuany lub haszyszu, czego wskaźnikiem jest użycie przynajmniej raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Polskich uczniów spełniających ten warunek było w 2024 r. 7%, przy średniej dla wszystkich krajów wynoszącej 5%. Najwyższym wskaźnikiem charakteryzuje się Liechtenstein (10%). Cztery kraje usytuowane między tym krajem a Polską, to Włochy i Słowenia (po 9%) oraz Czechy i Niemcy (po 8%). Najniższe rozpowszechnienie obserwujemy w Mołdawii, Gruzji, Rumunii oraz na Wyspach Owczych. Wynosi ono tylko 1%.

Warto zauważyć, iż o ile doświadczenie używania przetworów konopi zebrane kiedykolwiek w życiu powinny stanowić wyraźny sygnał ostrzegawczy ewentualnych problemów, to aktualne należy traktować jako obecne zagrożenie. Raczej nie należy demonizować podjęcia pojedynczych prób, jeśli zabraknie kontynuacji. Stąd gorsza pozycja Polski na tle Europy w zakresie wskaźnika aktualnego używania wydaje się budzić niepokój.

Jak ilustruje to rycina 3, oba wskaźniki, zarówno sięgania kiedykolwiek w życiu po marihuanę lub haszysz, jak i aktualnego używania tych substancji w naszym kraju, podlegały do

2007 r. podobnej dynamice jak ich średnie wartości dla wszystkich krajów. Startowaliśmy z poziomów poniżej średniej, doganiając ją niejako w kolejnych edycjach. Od 2011 r. trzeba odnotować odmiennosc trendów w naszym kraju oraz średniej europejskiej – wówczas w 2011 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźników, a w skali europejskiej – praktycznie stabilizacja.

Pytanie dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, pojawiło się w ESPAD po raz pierwszy w 2015 r. Już wtedy Polska młodzież z wynikiem 10% znalazła się wraz z Estonią na pierwszym miejscu, gdy w grę wchodziło używanie kiedykolwiek w życiu, przy średniej dla wszystkich krajów wynoszącej 4%. W 2019 r. w Polsce analogiczny odsetek spadł do 7%, a pierwsze miejsce zajęła Estonia z wynikiem 9%, drugie zaś Monako (8%). Takim samym, jak Polska, siedmioprocentowym rozpowszechnieniem cieszyły się Czechy, Irlandia, Łotwa oraz Litwa. W 2024 r. Polska, mimo dalszego spadku wskaźnika do 6%, znowu znalazła się na czele rankingu krajów uczestniczących w badaniu. Drugie miejsce zajęła Słowenia, także z sześcioprocentowym rozpowszechnieniem. Najniższy, jednoprocentowy, wskaźnik obserwujemy w Niderlandach, Liechtensteinie, Mołdawii oraz na Wyspach Owczych.

Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza

Pod względem używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza polska młodzież od pierwszej edycji ESPAD lokowała się w ścisłej czołówce badanych krajów. Już w 1995 r. spośród 14 krajów Polska znalazła się na pierwszym miejscu z odsetkiem 18% uczniów, którzy kiedykolwiek w życiu sięgnęli po takie leki. Na drugim miejscu z wynikiem 11% uplasowały się Czechy i Dania. Najniższe rozpowszechnienie odnotowano w Norwegii – poniżej 3%. Średnia dla wszystkich 14 krajów wyniosła 7%. W kolejnych edycjach ESPAD owa średnia wahała się między 6% a 8% przy liczbie krajów zwiększającej się stopniowo do 37.

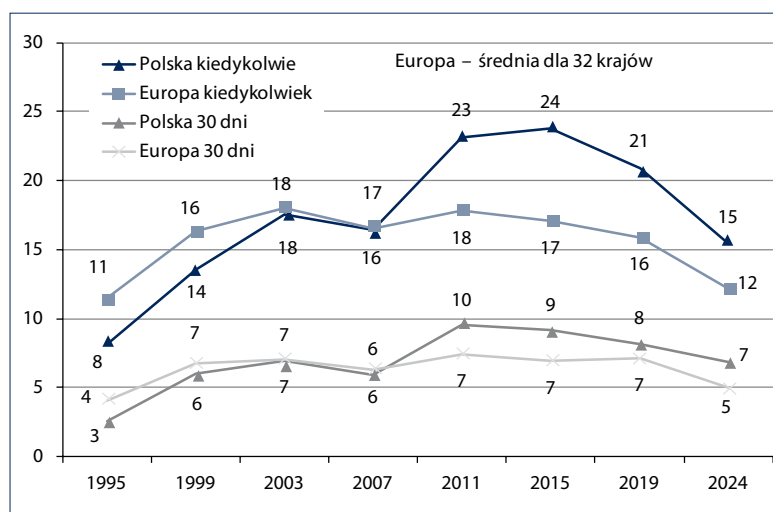
W naszym kraju wyniki także układały się we względnie stały trend naznaczony fluktuacjami w granicach 15-18%. Do 2015 r. Polska utrzymywała się na pierwszym miejscu, natomiast w 2019 r. na czoło wysunęły się Łotwa (21%) i Litwa (20%), zaś Polska znalazła się na trzecim miejscu z wynikiem 15% (takim samym, jaki uzyskała Estonia). W 2024 r. najwyższe rozpowszechnienie odnotowujemy na Litwie (22%), zaś na drugim miejscu lokuje się Polska (18%).

Wnioski, rekomendacje i zastrzeżenia

Zaprezentowane porównania międzynarodowe skłaniają do sformułowania kilku wniosków i rekomendacji.

Polska młodzież na tle innych krajów w zakresie picia alkoholu nie wyróżnia się niczym szczególnym, lokując się

Rycina 3. Używanie przetworów konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych).



blisko średniej dla wszystkich krajów uczestniczących w badaniu. Trochę wyższą pozycję zajmuje, gdy w grę wchodzi incydentalne nadmierne picie, co zdaje się sugerować kierunek sprofilowania profilaktyki alkoholowej adresowanej do młodzieży. Doświadczenia litewskie dostarczają mocnych argumentów na rzecz skuteczności ograniczania dostępności alkoholu, także gdy w grę wchodzi picie przez młodzież. W naszym kraju pozostaje jeszcze wiele do zrobienia w tym obszarze.

W kwestii używania przetworów konopi, zwłaszcza podejmowania pierwszych doświadczeń z nimi, znajdujemy przesłanki świadczące o skuteczności naszej obecnej strategii profilaktycznej. Może o tym świadczyć obserwowany w Polsce w ostatnich latach trend spadkowy, silniejszy niż średnio w Europie. Trend ten w Polsce został zapoczątkowany na znacznie wyższym poziomie niż średnio w Europie, ale obecnie odsetek sięgających po marihuanę lub haszysz w naszym kraju niewiele już odbiega od średniej europejskiej.

Wyzwaniem pozostaje używanie przez młodzież leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza oraz nowych substancji psychoaktywnych, w czym przodujemy w Europie. To pierwsze wyzwanie towarzyszy nam od 30 lat, zaś to drugie jest relatywnie nowe, bowiem pojawiło się dopiero w poprzedniej dekadzie. Sprostanie im powinno znaleźć się wśród priorytetów szeroko rozumianej profilaktyki.

Bibliografia:

Sierosławski J., Sierosławska U. (2025). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r. (ESPAD)*, Warszawa: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Sierosławski J., Sierosławska U. (2020). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. (ESPAD)*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

PROGRAM GADKI JAKO NARZĘDZIE PROFILAKTYKI WYKORZYSTYWANIA SEKSUALNEGO DZIECI

Katarzyna Poniatowska

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Współczesne badania wskazują, że skuteczna profilaktyka wykorzystywania seksualnego dzieci wymaga podejścia systemowego, obejmującego zarówno wzmacnianie zasobów dziecka, jak i jego środowiska społecznego. Jednym z takich programów są „GADKI – Program wzmacniania bezpieczeństwa dzieci”, opracowany przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę, ujęty w oficjalnej bazie programów rekomendowanych dostępnej na stronie www.programyrekomendowane.pl.

Wykorzystywanie seksualne dzieci (WSD) jest jednym z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa dzieci, a jednocześnie zjawiskiem w dużej mierze ukrytym. Choć dane europejskie i krajowe wskazują na wysoką skalę problemu, większość przypadków nigdy nie zostaje ujawniona ani zgłoszona, szczególnie gdy sprawcą jest osoba znana dziecku, a przemoc rozwija się stopniowo w relacji zależności. To istotne wyzwanie dla edukacji i ochrony dzieci.

Współczesne podejścia naukowe podkreślają, że skuteczna ochrona dzieci wymaga działań profilaktycznych opartych na dowodach – zarówno wzmacniania kompetencji dzieci, jak i budowania bezpiecznych środowisk, gdzie przemoc jest trudniejsza do ukrycia. W tym kontekście szczególne znaczenie mają **programy profilaktyki uniwersalnej**, które uczą dzieci rozpoznawania zagrożeń, stawiania granic oraz szukania pomocy, a jednocześnie angażują dorosłych w tworzenie warunków sprzyjających bezpieczeństwu. Jednym z takich programów są „GADKI – Program wzmacniania bezpieczeństwa dzieci” (www.gadki.fdds.pl), opracowany przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Program ten stanowi praktyczną odpowiedź na współczesne modele profilaktyki WSD i jest przeznaczony dla dzieci, ich opiekunów oraz edukatorów. W 2026 r. program GADKI uzyskał rekomendację na poziomie 1 (program obiecujący) w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Program został również ujęty w oficjalnej bazie programów rekomendowanych dostępnej na stronie: www.programyrekomendowane.pl.

Definicja i kontekst teoretyczny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, wykorzystywanie seksualne dzieci obejmuje angażowanie dziecka w aktywność seksualną:

- której nie jest w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody,
- i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób,
- i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa.

WSD może występować zarówno w relacji dorosły–dziecko, jak i dziecko–dziecko, jeżeli zachodzi nierównowaga sił wynikająca z różnic rozwojowych, wieku lub zależności. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby¹.

W polskim prawie wykorzystywanie seksualne obejmuje wszelkie czynności seksualne podejmowane wobec dzieci poniżej 15. roku życia. Może ono przybierać formę działań z kontaktem fizycznym (*contact sexual abuse*), ale także działań bez kontaktu fizycznego, które mimo to mają charakter seksualny (*non-contact sexual abuse*)². Jeśli podejrzewamy, że dziecko młodsze niż 15-letnie doświadczyło wykorzystania seksualnego, zgodnie z art. 240 Kodeksu karnego mamy obowiązek powiadomienia prokuratora lub policję. Niedopełnienie tego obowiązku jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3.

Dane Komisji Europejskiej pokazują, że WSD doświadczyło co piąte dziecko w Europie³. Na poziomie krajowym skalę problemu przedstawiają m.in. dane z raportu „Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023” Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, wskazując, że 8% dzieci (badani w wieku 13-17 lat) doświadczyło wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym, a 26% bez kontaktu fizycznego⁴.

Według danych udostępnionych przez policję, dotyczących art. 200 k.k. (seksualne wykorzystanie małoletniego) w 2022 r. wszczęto 3 235 postępowań, a liczba stwierdzonych przestępstw z tego artykułu wyniosła 1 606. Te dane mają jednak istotne ograniczenia i nie odzwierciedlają skali problemu.

¹ Wytyczne WHO [za: Sajkowska, M. (2002). Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1, 5–28.].

² Włodarczyk, J. (2022). Wykorzystywanie seksualne dzieci. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 324–339) Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

³ European Parliamentary Research Service. (2024). Study on child participation in EU political and democratic life. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2024/762472/EPRS_IDA\(2024\)762472_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2024/762472/EPRS_IDA(2024)762472_EN.pdf) (dostęp: 1.06.2026).

⁴ Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, Sz. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Dotyczą bowiem sytuacji, które zostały ujawnione, zgłoszone organom ścigania i ostatecznie udowodnione w procedurze prawnej. Istotny element w przypadku ujawniania wykorzystywania seksualnego dzieci, a przez to i widoczności zjawiska w danych urzędowych, stanowi społeczna gotowość na ujawnienie danego problemu społecznego. Dzieci wykorzystywane seksualnie zazwyczaj o tym nie mówią lub mówią w sposób ostrożny i szczególny dla siebie pod względem rozwoju czy konkretnego doświadczenia/sytuacji. Wiele dzieci nie ujawnia wykorzystania seksualnego w trakcie doświadczania krzywdzenia, a bardzo duża część nie mówi o tym nikomu przez całe swoje dzieciństwo. To powód podkreślający wagę edukacji osób dorosłych, pracujących z dziećmi, by nie tylko potrafili działać profilaktycznie, ale też wiedzieli, jak zareagować w sytuacji podejrzenia wykorzystania seksualnego. **Należy pamiętać, że to nie dziecko ma „skutecznie poinformować”, ale to my, dorośli, musimy stworzyć bezpieczną przestrzeń i zauważyć, że dzieje się krzywda.** Osoby działające w systemie ochrony, ale też opiekunowie powinni być przygotowani, by móc w sposób profesjonalny wychwycić subtelne sygnały, stworzyć dziecku bezpieczne warunki do mówienia i zabezpieczyć to wyznaczenie tak, by nie zostało ono zniekształcone przez presję otoczenia⁵.

Badania kryminologiczne i psychologiczne wskazują, że sprawcy rzadko działają w sposób nagły i przypadkowy. Dominującą strategią jest proces stopniowego uwodzenia (groomingu), polegający na budowaniu relacji zaufania, wprowadzaniu tajemnic oraz manipulacji emocjonalnej. Mechanizm ten jest spójny z ustaleniami literatury, według których WSD częściej jest wynikiem relacji i procesów społecznych niż „jednorazowego aktu przemocy”⁶. Model czterech barier Davida Finkelhora z 1986 roku pokazuje, że wykorzystanie seksualne dziecka nie jest zdarzeniem przypadkowym, tylko procesem, w którym sprawca musi pokonać kolejne przeszkody.

Pierwszą barierą jest motywacja sprawcy. Oznacza to, że musi on mieć powód, by skrzywdzić dziecko – może to być pobudzenie seksualne skierowane na dziecko, ale też potrzeba kontroli, bliskości czy rozładowania napięcia. Gdy występuje tylko motywacja, a nie są spełnione dodatkowe warunki, to na tym etapie proces może się zakończyć.

Druga bariera to wewnętrzne hamulce sprawcy, czyli wszystko to, co powstrzymuje go przed działaniem – normy moralne, empatia wobec dziecka, lęk przed konsekwencjami. Żeby doszło do wykorzystania, sprawca musi te hamulce osłabić, na przykład poprzez usprawiedliwianie swojego zachowania albo minimalizowanie jego znaczenia.

Trzecia bariera ma charakter zewnętrzny. Chodzi o sytuację dziecka – obecność innych dorosłych, nadzór, struktury społeczne. Sprawca musi znaleźć lub stworzyć okoliczności, w których ma dostęp do dziecka i nie zostanie zauważony. Dlatego w przypadku przemocy seksualnej często obserwujemy proces izolowania dziecka.

Czwarta bariera to opór samego dziecka. Dzieci mogą reagować niepokojem, sprzeciwem, próbą ucieczki czy ujawnienia sytuacji. Sprawcy stosują różne strategie, by ten opór osłabić – od manipulacji i budowania relacji, po groźby czy wzbudzanie poczucia winy. Model Finkelhora jest ważny, bo pokazuje też punkty interwencji. Każda z tych barier może zostać wzmocniona – poprzez edukację dzieci, wzmacnianie ich kompetencji, budowanie czujności dorosłych i wzmacnianie norm społecznych. Dzięki temu zwiększamy szansę, że do wykorzystania nie dojdzie.

Skutki WSD i uzasadnienie podejścia profilaktycznego

W literaturze naukowej WSD uznawane jest za czynnik wysokiego ryzyka w rozwoju zaburzeń psychicznych i trudności psychospołecznych. Badania pokazują związek pomiędzy doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie a występowaniem depresji, zaburzeń lękowych, PTSD, zachowań auto-agresywnych i prób samobójczych. Istotnie częściej obserwuje się również nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych⁷. Zależności te potwierdzają także polskie badania dotyczące negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE'S)⁸.

Powyższe konsekwencje nie muszą się stać rzeczywistością wielu dzieci. Pomimo powszechnie obowiązującej fatalistycznej narracji, nie jesteśmy bezradni wobec zjawiska, jakim jest wykorzystanie seksualne dzieci. Często w społeczeństwie pokutuje mit, że sprawcami są predatorezy, którzy zawsze byli, są i będą. Nie ma armii, która wyruszyłaby na walkę o ochronę dzieci i tropiła każdego potencjalnego sprawcę. W tej kwestii **potrzebujemy podjęcia działań systemowych, a profilaktyka powinna opierać się na najnowszych badaniach i koncepcjach psychologicznych.**

⁵ Włodarczyk, J. (2014). Rola backlashu w instytucjonalizacji problemu wykorzystywania seksualnego dzieci. Analiza przypadku Stanów Zjednoczonych pod koniec XX wieku. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(1), 33–50.

⁶ Włodarczyk, J. (2022). Wykorzystywanie seksualne dzieci. W: M. Sajakowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 324–339). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

⁷ Guiney, H., Caspi, A., Ambler, A., Belsky, J., Kokaua, J., Broadbent, J., Cheyne, K., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Righarts, A., Thomson, W., Moffitt, T., & Poulton, R. (2022). Childhood sexual abuse and pervasive problems across multiple life domains: Findings from a five-decade study. *Development and psychopathology*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/s0954579422001146>

Fergusson, D., McLeod, G., & Horwood, L. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*, 37 9, 664–74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>

Rapsey, C., Scott, K., & Patterson, T. (2019). Childhood sexual abuse, poly-victimization and internalizing disorders across adulthood and older age: Findings from a 25-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 244, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.095>

⁸ Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). *Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students*. Empowering Children Foundation/Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Współczesne podejścia do zdrowia publicznego podkreślają, że konsekwencje nie dotyczą wyłącznie jednostki, ale generują długofalowe koszty społeczne (m.in. dla systemu ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej). Z tego względu profilaktyka WSD powinna być traktowana jako element polityki zdrowotnej i społecznej, a nie jedynie kwestia działań interwencyjnych wobec ujawnionych przypadków.

W podejściu do zdrowia publicznego profilaktykę ujmuje się na trzech poziomach:

- profilaktyka uniwersalna: zapobieganie przemocy zanim wystąpi (np. edukacja dzieci i dorosłych, tworzenie bezpiecznych środowisk, standardy ochrony małoletnich),
- profilaktyka selektywna: wczesne rozpoznawanie sygnałów ryzyka i szybka reakcja,
- profilaktyka wskazująca: ograniczanie konsekwencji przemocy oraz zapobieganie jej powtórzeniu.

W tym ujęciu szczególną rolę odgrywa profilaktyka uniwersalna, ponieważ zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy poprzez wzmacnianie zasobów dzieci i dorosłych oraz budowanie środowisk o wysokim poziomie ochrony.

Profilaktyka WSD to zestaw działań planowanych i celowych, mających na celu zapobieganie występowaniu wykorzystywania seksualnego wobec dzieci zanim ono nastąpi. Opiera się na kilku filarach:

- identyfikowaniu i eliminowaniu czynników ryzyka sprzyjających wykorzystywaniu seksualnemu,
- wzmacnianiu czynników ochronnych (np. wiedzy, świadomości, umiejętności u dzieci i dorosłych),
- promowaniu bezpiecznych środowisk rodzinnych, szkolnych i społecznych,
- zmianie postaw społecznych i norm kulturowych, które mogą pośrednio sprzyjać ryzyku wykorzystywania⁹.

Model zintegrowany Smallbone'a, Marshalla i Wortleya jako podstawa profilaktyki WSD

Badania naukowe dostarczają rosnącej liczby dowodów na skuteczność edukacyjnych działań profilaktycznych w ograniczaniu skali WSD. Metaanalizy, obejmujące wiele badań ewaluacyjnych z całego świata, wykazały, że programy uczące dzieci rozpoznawania ryzykownych sytuacji, odmawiania, zgłaszania niepokojących zachowań oraz zwiększające świadomość dotyczącą granic cielesnych i prawa do nietykalności mają istotną statystycznie skuteczność w zwiększaniu wiedzy i umiejętności samoobrony, a także wiedzy na temat alarmowania i zgłaszania się po pomoc, co może mieć przełożenie na ograniczanie zjawiska wykorzystywania seksualnego.

Wyniki badań pokazują, że programy te nie zawsze prowadzą do bardzo dużych zmian w zachowaniu, ale przynoszą istotne statystycznie efekty w zakresie wzrostu kompetencji ochron-

nych. Szczególnie podkreśla się znaczenie wielokrotnego powtarzania treści oraz angażowania rodziców, co zwiększa trwałość efektów i wzmacnia środowiskowe czynniki ochronne¹⁰.

Jednym z ważniejszych podejść teoretycznych, które integruje perspektywę kliniczną i kryminologiczną, jest model profilaktyki WSD zaproponowany przez Smallbone'a, Marshalla i Wortleya (2008). W tym modelu jednym z podstawowych obszarów oddziaływania są osoby pokrzywdzone lub potencjalnie pokrzywdzone oraz osoby z ich środowiska: rodzice, opiekunowie i nauczyciele.

Kluczowa jest koncepcja dwóch ścieżek:

- 1) Tworzenie bezpiecznych środowisk (mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy).

Większość przypadków WSD przebiega według pewnego schematu, który można nauczyć się rozpoznawać. To podejście zbieżne z teoriami zmniejszania okazji do przestępstwa (*situational crime prevention*), zgodnie z którymi przemoc częściej występuje tam, gdzie środowisko sprzyja jej ukryciu, a sprawca ma dostęp do potencjalnego dziecka, które chce skrzywdzić, bez ryzyka ujawnienia. Można to osiągnąć poprzez skuteczny nadzór rodzicielski, monitoring i zaangażowanie czy tworzenie standardów ochrony w miejscach, w których przebywają dzieci (np. standardów ochrony małoletnich).

- 2) Wzmacnianie odporności dziecka (wzmacnianie zasobów dziecka, zmniejszanie ryzyka podatności).

Druga ścieżka koncentruje się na budowaniu zasobów dziecka oraz wzmacnianiu czynników ochronnych. Związana jest z adekwatnymi praktykami rodzicielskimi, ciepłem, zaangażowaniem. Podstawowym czynnikiem ochronnym jest bezpieczna więź między dzieckiem a rodzicem. Wiedza ta pozwala na rozpoznawanie zagrażających sytuacji i alarmowanie o nich, poznanie własnych granic i podstaw ich ochrony. Dodatkowo pomaga ocenić, kim jest bezpieczny dorosły oraz jakie osoby zaufane z otoczenia dziecka należy poinformować o trudnościach i sytuacjach zagrażających.

Model Smallbone'a, Marshalla i Wortleya (2008) zakłada więc, że skuteczna profilaktyka nie może opierać się wyłącznie na edukowaniu dzieci lub wyłącznie na działaniach instytucjonalnych czy środowiskowych – konieczne jest równoczesne wzmacnianie dwóch ścieżek¹¹.

Program GADKI jako praktyczna realizacja modelu dwóch ścieżek

Program GADKI Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę stanowi przykład profilaktyki WSD, która wprost odpowiada na założenia modelu Smallbone'a, Marshalla i Wortleya. Program nie jest skonstruowany jako narzędzie interwencji wobec ujaw-

⁹ https://safekidsthive.org/wp-content/uploads/2025/08/Primary-prevention-of-harmful-sexual-behaviors-by-children-and-young-people-a-systematic-review-and-narrative-synthesis.pdf?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 1.06.2026).

¹⁰ Del Campo i Fávero, 2020; Finkelhor, 2009; Topping i Barron, 2009.

¹¹ Daro, D., Cohn Donnelly, A. (2004). Zapobieganie krzywdzeniu dzieci: osiągnięcia i wyzwania. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 4 (9), 40–58.; Finkelhor, D. (2009). Przeciwdziałanie wykorzystywaniu seksualnemu dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 4 (29), 7–36.

nionych przypadków, lecz jako działania wzmacniające bezpieczeństwo dziecka zanim dojdzie do przemocy.

GADKI bazują na podejściu, zgodnie z którym kluczowym mechanizmem ochronnym jest rozwijanie kompetencji dziecka oraz budowanie relacji z dorosłym, w której możliwe jest ujawnienie trudnych doświadczeń. Program jest skierowany do dzieci w wieku 4–12 lat oraz do ich opiekunów i edukatorów.

Rdzeniem programu jest akronim GADKI, zawierający pięć zasad:

- G – gdy mówisz nie, to znaczy nie.
- A – alarmuj, gdy potrzebujesz pomocy.
- D – dobrze zrobisz, mówiąc o tajemnicach, które cię niepokoją.
- K – koniecznie pamiętaj, że twoje ciało należy do ciebie.
- I – intymne części ciała są szczególnie chronione.

Każda z zasad pełni funkcję profilaktyczną, odpowiadającą mechanizmom wykorzystywania seksualnego:

Zasady G i K wzmacniają świadomość granic oraz prawa do odmowy. Jest to istotne w kontekście badań wskazujących, że sprawcy często stopniowo testują granice dziecka.

Zasada A odnosi się do kluczowego elementu profilaktyki wtórnej – wczesnego alarmowania i szukania pomocy. Program wskazuje dziecku, że w sytuacji zagrożenia ma prawo zwrócić się do dorosłych i że ujawnienie nie jest „zdradą”, lecz zachowaniem ochronnym.

Zasada D bezpośrednio odpowiada na mechanizm manipulacji i izolowania dziecka poprzez tajemnice. W literaturze grooming opisuje się jako proces, w którym tajemnica staje się narzędziem kontroli i budowania zależności. Uczenie dzieci rozróżniania tajemnic „dobrych” i „wzbudzających niepokój” stanowi więc jeden z elementów prewencyjnych.

Zasada I wzmacnia wiedzę o ochronie intymności, co wpisuje się w nurt programów edukacyjnych rozwijających rozumienie cielesności oraz norm bezpieczeństwa w sposób dostosowany do wieku.

Program udostępniany jest w formule otwartej i zawiera scenariusze zajęć dostosowane do trzech grup wiekowych:

- 4–6 lat („Gadki z Gadkiem”).
- 7–9 lat („Gadki z Maksem”).
- 10–12 lat („Gadki z Wiki”).

Zajęcia trwają od 45 do 90 minut i mogą być realizowane w warunkach szkolnych i przedszkolnych przy wykorzystaniu standardowych zasobów organizacyjnych. Najważniejszym elementem programu, który nie może ulegać modyfikacji są trzy założenia:

- Praca z filmami edukacyjnymi.
- Praca z akronimem GADKI.
- Współpraca z rodzicami.

Zachowanie tych trzech składowych jest niezbędne, żebyśmy mogli zrealizować założenia programu. Pozostałe elementy

mogą być dostosowywane do potrzeb podmiotu. Ważnym założeniem jest cykliczność – rekomenduje się powtarzanie zajęć co roku, ale do treści można wracać częściej, w dowolnych momentach. Z perspektywy badań nad skutecznością programów profilaktycznych jest to rozwiązanie zgodne z ustaleniami metaanaliz, które wskazują, że powtarzalność i wielokrotna ekspozycja zwiększają utrwalenie kompetencji ochronnych.

Do dyspozycji edukatora lub rodzica są inne bezpłatne materiały udostępnione na stronie www.gadki.fdds.pl. W trzech różnych zakładkach – dla dzieci, rodziców i nauczycieli/edukatorów, poza filmikami można znaleźć m.in.: kolorowanki, wizytówki bezpieczeństwa do uzupełnienia z dzieckiem, filmiki dla profesjonalistów i rodziców, plakaty, ulotki, broszury, przewodnik dla rodziców i opiekunów „Jak wzmacniać bezpieczeństwo dziecka i ochronić je przed wykorzystywaniem seksualnym?” i inne. Cyklicznie organizowane są również lekcje online „Gadki z Maksem” i „Gadki z Wiki”, skierowane do dwóch starszych grup wiekowych. Program GADKI silnie akcentuje rolę rodziców i opiekunów. Jest to element spójny z założeniami modelu dwóch ścieżek, w którym relacja dziecka z dorosłym stanowi kluczowy czynnik ochronny.

Zaangażowanie rodziców wzmacnia środowiskowe bezpieczeństwo dziecka poprzez zwiększenie czujności i gotowości dorosłych do reagowania oraz zwiększa szansę ujawnienia przemocy poprzez budowanie atmosfery zaufania i normalizowanie rozmów o granicach.

Program zakłada, że profilaktyka WSD nie powinna opierać się wyłącznie na przekazie skierowanym do dzieci, lecz wymaga współodpowiedzialności dorosłych, którzy tworzą warunki sprzyjające ochronie.

Podsumowanie

Współczesne badania wskazują, że skuteczna profilaktyka wykorzystywania seksualnego dzieci wymaga podejścia systemowego, obejmującego zarówno wzmacnianie zasobów dziecka, jak i jego środowiska społecznego. Model Smallbone’a, Marshalla i Wortleya podkreśla konieczność działań realizowanych równolegle w dwóch obszarach: ograniczania okazji do przemocy poprzez budowanie bezpiecznych środowisk oraz wzmacniania odporności dziecka poprzez rozwój kompetencji ochronnych i relacji z dorosłymi.

Program GADKI stanowi przykład narzędzia profilaktyki uniwersalnej, które operacjonalizuje te założenia w formie praktycznych i atrakcyjnych materiałów edukacyjnych. Poprzez proste zasady, powtarzalny przekaz oraz włączenie rodziców, program wzmacnia czynniki ochronne i ogranicza skuteczność mechanizmów stosowanych przez sprawców. W tym ujęciu GADKI można uznać za spójną z teorią i badaniami propozycję działań profilaktycznych wobec WSD, możliwą do wdrażania w środowiskach edukacyjnych i rodzinnych.

PROGRAM FRED – ROZMOWY, KTÓRE MOGĄ ZMIENIĆ KIERUNEK

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii

Program *FreD goes net* powstał w Niemczech w 2000 roku, a obecnie są przeszkoleni realizatorzy programu pod nadzorem KCPU w ponad 130 miastach w Polsce. Wysoką skuteczność jego oddziaływania i oparcie na podstawach naukowych potwierdza wpisanie na listę programów rekomendowanych (programyrekomendowane.pl), a także wyniki badania ewaluacyjnego przeprowadzonego w latach 2018-2019 na 352 uczestnikach programu z 25 placówek w całej Polsce.

Kacper i Miłosz siedzieli ukryci w zaciemionym kącie paringu galerii handlowej. Co prawda powinni być w szkole, ale dzień zapowiadał się dla nich wyjątkowo źle – dwie prace klasowe, w tym jedna z matematyki, skutecznie odebrały im motywację do pójścia na lekcje. Od dłuższego czasu coraz bardziej tracili kontakt ze szkołą. Pogarszały się ich oceny, relacje z nauczycielami stawały się napięte, a frustracja i poczucie porażki zaczynały dominować w codzienności. Coraz częściej pili piwo, czasem palili marihuanę. Tego dnia Kacper zdobył dwie puszki alkoholu, a Miłosz przyniósł lukę z „ziołem”. Gdy zaczęli ją przypalać między zaparkowanymi samochodami, niespodziewanie pojawił się patrol policji. Chwilę później byli już wylegitymowani, przewiezieni na komisariat, badani alkoholem i narkotestem. Wezwano rodziców, a sprawa została skierowana do sądu rodzinnego ze względu na demoralizację niepełnoletnich.

Dlaczego dziś potrzebujemy wczesnej interwencji?

Takie sytuacje nie należą dziś do rzadkości. Każdego dnia w Polsce dziesiątki młodych ludzi trafiają do szkolnych pedagogów, policyjnych radiowozów, izb przyjęć czy sądów rodzinnych z powodu alkoholu, marihuany, syntetycznych katynonów, leków lub mieszania różnych substancji psychoaktywnych. Coraz częściej problem dotyczy nie tylko okazjonalnego używania alkoholu, lecz także nowych form eksperymentowania – vapingu, wciągania „kryształów”, środków pobudzających czy substancji kupowanych przez internet. Niepokojące jest również to, że wielu nastolatków nie postrzega tych zachowań jako szczególnie ryzykownych. Marihuana bywa traktowana jako „coś normalnego”, alkohol jako obowiązkowy element spotkań towarzyskich, a syntetyczne substancje jako szybki sposób na poprawę nastroju, energii lub redukcję napięcia.

Wielu młodych ludzi funkcjonuje dziś pod ogromną presją psychiczną. Problemy emocjonalne, przeciążenie szkolne,

kryzysy rodzinne, samotność, trudności w relacjach, zaburzenia nastroju czy lękowe sprawiają, że substancje psychoaktywne stają się dla części z nich formą doraźnego radzenia sobie z rzeczywistością. Jednocześnie dorośli – rodzice, nauczyciele czy przedstawiciele instytucji – często stają przed trudnym pytaniem: jak reagować? Z jednej strony pojedynczy incydent używania substancji może wydawać się niewystarczający, by kierować nastolatka do intensywnej terapii uzależnień. Z drugiej jednak strony pozostawienie takiej sytuacji bez reakcji może prowadzić do utrwalania ryzykownych zachowań i stopniowego pogłębiania problemów.

Program FreD powstał po to, aby docierać do młodych ludzi na etapie pierwszych incydentów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – zanim rozwinie się uzależnienie.

Właśnie w tej przestrzeni **między brakiem reakcji a pełnowymiarowym leczeniem szczególnego znaczenia nabiera wczesna interwencja**. Program FreD powstał po to, aby docierać do młodych ludzi na etapie pierwszych incydentów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – zanim rozwinie się uzależnienie, zanim pojawią się poważne konsekwencje zdrowotne, prawne czy społeczne. To propozycja profesjonalnej, ale jednocześnie partnerskiej pomocy skierowanej do nastolatków eksperymentujących z substancjami, którzy często po raz pierwszy zostali zauważeni przez szkołę, policję, rodziców lub inne instytucje. FreD nie opiera się na straszeniu, moralizowaniu czy etykietowaniu młodego człowieka. Jego celem jest zatrzymanie procesu eskalacji ryzyka, uruchomienie refleksji oraz stworzenie przestrzeni do rozmowy o wyborach, emocjach i konsekwencjach zachowań.

Czym właściwie jest program FreD goes net?

Program powstał w Niemczech w 2000 r. jako odpowiedź na coraz częściej pojawiający się problem młodych ludzi, którzy trafiali do policji, szkoły lub innych instytucji po pierwszych incydentach związanych z alkoholem czy narkotykami, ale jednocześnie nie spełniali kryteriów uzależnienia i nie wymagali jeszcze intensywnego leczenia. Sama nazwa FreD pochodzi od niemieckiego określenia *Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten*, co można przetłumaczyć jako „wczesna interwencja wobec osób po raz pierwszy zauważonych w związku z używaniem narkotyków”.

Skuteczność programu sprawiła, że FreD zaczął szybko rozwijać się również poza Niemcami. W latach 2007–2010 zrealizowano europejski projekt „FreD goes net” (*FreD tworzy sieć*), do którego przystąpiło 17 krajów europejskich. Dzięki temu możliwe było stworzenie wspólnych standardów pracy, szkolenie realizatorów oraz adaptowanie programu do lokalnych systemów profilaktyki i pomocy młodzieży. W Polsce program wdrażano od 2008 r. – początkowo pilotażowo w Bydgoszczy i Bartoszycach. Obecnie są przeszkoleni realizatorzy programu FreD pod nadzorem KCPU w ponad 130 miastach w Polsce. Program jest realizowany jako rekomendowany i stał się ważnym elementem systemu profilaktyki oraz wczesnej reakcji wobec młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne.

FreD jest programem tzw. wczesnej, krótkiej interwencji.

Oznacza to działanie skierowane do młodych ludzi znajdujących się na etapie eksperymentowania lub wczesnego, szkolnego używania substancji psychoaktywnych. Uczestnikami programu są najczęściej osoby w wieku **13–19 lat**, które zostały po raz pierwszy przyłapane na używaniu alkoholu, marihuany, leków lub innych substancji psychoaktywnych.

Bardzo ważne jest podkreślenie, że uczestnicy FreD nie są osobami z problemem uzależnienia. To młodzi ludzie, którzy dopiero eksperymentują, podejmują zachowania ryzykowne lub zaczynają używać substancji w sposób mogący prowadzić do poważniejszych problemów. Właśnie dlatego moment wczesnej interwencji ma tak ogromne znaczenie. Z perspektywy teorii zmiany jest to często etap tzw. prekontemplacji – młody człowiek nie widzi jeszcze problemu, minimalizuje ryzyko lub traktuje swoje zachowania jako „normalne”. Jednocześnie jest to okres największej szansy na zatrzymanie procesu wchodzenia w uzależnienie, zanim pojawią się trwałe konsekwencje zdrowotne, społeczne czy prawne.

Podstawowym celem programu nie jest straszenie uczestników ani wymuszanie abstynencji. **FreD ma przede wszystkim pobudzić młodego człowieka do refleksji** nad własnym używaniem substancji, dostarczyć rzetelnej wiedzy dotyczącej skutków zdrowotnych i prawnych oraz wzmocnić motywację do bardziej odpowiedzialnych decyzji. Program realizowany jest zazwyczaj w formie krótkiej interwencji

obejmującej jedną sesję indywidualną oraz osiem godzin zajęć grupowych.

Dlaczego FreD działa inaczej niż wiele tradycyjnych działań profilaktycznych?

Filozofia programu wyraźnie odróżnia go od wielu tradycyjnych działań profilaktycznych. FreD nie jest terapią uzależnień, nie jest także formą kary czy moralizowania. **Fundamentem programu jest dialog motywujący** – podejście oparte na partnerstwie, empatii i szacunku dla autonomii uczestnika. Realizatorzy nie występują w roli „sędziów” oceniających zachowanie młodych ludzi, lecz **starają się stworzyć atmosferę rozmowy i refleksji**. Uczestnik traktowany jest jako ekspert od własnego życia, a **zadaniem prowadzących jest pomoc w dostrzeżeniu zależności między używaniem substancji a jego zdrowiem, relacjami, szkołą czy przyszłością**.

To podejście znacząco różni się od wielu tradycyjnych oddziaływań profilaktycznych, które często opierają się na przekonywaniu, ostrzeganiu lub wywieraniu presji na młodego człowieka. Dorośli, kierując się troską, uruchamiają często tzw. odruch naprawczy – próbują mówić nastolatkowi, co powinien zrobić, jak powinien się zachowywać i dlaczego musi przestać używać substancji. Paradoksalnie takie działania bardzo często wywołują opór, bunt lub wycofanie. Młody człowiek zaczyna bronić swoich zachowań, minimalizować problem albo zamyka się na rozmowę. W dialogu motywującym opór nie jest traktowany jako „zła wola” czy brak motywacji, lecz jako sygnał, że sposób komunikacji nie odpowiada aktualnej gotowości uczestnika do zmiany i powoduje rozdźwięk w relacji pomagania.

FreD odchodzi więc od modelu, w którym specjalista „wie lepiej”, a młody człowiek ma jedynie podporządkować się zaleceniom. Program opiera się na współpracy dwóch ekspertów – realizatora posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie profilaktyki oraz uczestnika, który najlepiej zna własne życie, emocje, środowisko i powody swoich zachowań. Taka relacja zwiększa poczucie bezpieczeństwa i pozwala rozmawiać nie tylko o samych substancjach, ale również o trudnościach, napięciu, relacjach czy potrzebach stojących za używaniem. Podstawy programu osadzone są w koncepcjach psychologicznych i pedagogicznych. Jednym z ważnych źródeł inspiracji jest teoria salutogenezy Aarona Antonovsky’ego, koncentrująca się nie na deficytach i „zepsuciu” młodego człowieka, lecz na jego zasobach, możliwościach i poczuciu sprawstwa. FreD pomaga uczestnikom spojrzeć na własną sytuację nie jak na etykietę „trudnego nastolatka”, ale jak na wyzwanie, z którym można sobie poradzić.

Program wykorzystuje również Transteoretyczny Model Zmiany – Prochaski i DiClemente. Zakłada on, że zmiana nie następuje nagle pod wpływem jednego zakazu czy wykładu, ale jest procesem przechodzenia przez różne etapy. Większość uczestników FreD znajduje się początkowo w fazie pre-

kontemplacji lub kontemplacji – nie widzą jeszcze problemu albo są ambiwalentni wobec zmiany. Dlatego zamiast dawać gotowe recepty, realizatorzy pomagają wydobywać wewnętrzną motywację i wzmacniać refleksję nad własnymi wyborami. Istotnym elementem programu jest właśnie praca na ambiwalencji – naturalnym wewnętrznym konflikcie młodego człowieka pomiędzy przyjemnymi efektami używania substancji a pojawiającymi się konsekwencjami. Nastolatki często jednocześnie widzą korzyści i koszty swoich zachowań. Alkohol czy marihuana mogą dawać chwilowe odprężenie, poczucie przynależności do grupy lub odreagowanie napięcia, ale równocześnie zaczynają powodować konflikty, problemy szkolne, ryzykowne sytuacje czy kontakt z policją. Zadaniem realizatora nie jest przekonanie uczestnika, że „wszystko jest złe”, ale **pomoc w samodzielnym zobaczeniu tej rozbieżności**.

Proces ten można porównać do symbolicznej wagi – po jednej stronie znajdują się **korzyści wynikające z używania substancji, po drugiej koszty oraz potencjalne zyski wynikające ze zmiany**. Dzięki odpowiednio prowadzonym rozmowom młodzi ludzie zaczynają sami dostrzegać, że ich wybory mają konsekwencje wpływające na relacje, szkołę, sport, hobby, zdrowie czy poczucie własnej wartości.

Jak wygląda udział młodej osoby w programie?

Po rozmowie wstępnej kandydat zostaje zakwalifikowany do zajęć grupowych. Atmosfera zajęć również znacząco odbiega od tego, czego młodzież często doświadcza w szkole, sądzie czy podczas policyjnej interwencji. Realizatorzy dbają o stworzenie bezpiecznej i możliwie swobodnej przestrzeni – uczestnicy witani są po imieniu, mogą napić się wody, kawy czy herbaty, podczas przerw pojawia się muzyka, a rozmowa prowadzona jest bez oceniania i zawstydzania. Dla wielu młodych ludzi bywa to pierwsze doświadczenie spotkania z dorosłym, które nie zaczyna od wykładu, krytyki czy straszenia konsekwencjami.

W praktyce dialog motywujący wykorzystuje **pytania otwarte**, które pomagają zatrzymać się i spojrzeć na własne życie z szerszej perspektywy:

- Co tak naprawdę zyskujesz dzięki używaniu?
- Co wydarzyło się w Twoim życiu, że jesteś tutaj?
- Jaka jest Twoja motywacja do udziału w zajęciach?
- Co sprawiło, że mimo wszystko zdecydowałeś się przyjść na te zajęcia?

Zamiast moralizowania czy ostrzegania, realizatorzy **stosują odzwierciedlenia** pokazujące uczestnikowi, że jest słuchany i rozumiany.

Kiedy młody człowiek mówi: *Wszyscy biorą, tylko ja miałem pecha i mnie złapali*, realizator nie wdaje się w kłótnię ani nie wygłasza wykładu. Może odpowiedzieć: *Masz poczucie, że zostałeś potraktowany niesprawiedliwie, bo inni robią podobne rzeczy, a konsekwencje spadły właśnie na ciebie*.

Takie podejście obniża napięcie i pozwala budować relację opartą na współpracy zamiast walki. Dzięki temu uczestnicy programu często kończą zajęcia z większym poczuciem sprawczości, lepszym rozumieniem własnych zachowań oraz przekonaniem, że posiadają zasoby potrzebne do radzenia sobie z trudnościami bez konieczności sięgania po substancje psychoaktywne.

Ta filozofia sprawia, że FreD bywa dla wielu młodych ludzi pierwszym doświadczeniem rozmowy o używaniu substancji bez straszenia, zawstydzania i etykietowania. Dzięki temu **program staje się nie tylko interwencją profilaktyczną, ale często także początkiem bardziej świadomego myślenia o sobie, swoich emocjach i własnych wyborach**.

Kto może skierować kandydata do programu?

Jednym z ważnych elementów programu FreD goes net jest jego dostępność i elastyczność w zakresie kierowania uczestników. Program został stworzony jako narzędzie wczesnej reakcji, dlatego możliwość skierowania młodego człowieka nie została ograniczona do jednej instytucji. Idea FreD opiera się na współpracy różnych środowisk, które mogą jako pierwsze zauważyć niepokojące sygnały związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez nastolatka.

Najczęściej **pierwszym miejscem, w którym pojawia się problem, jest szkoła**. Nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy i psychologowie szkolni obserwują zmiany w zachowaniu uczniów – pogorszenie frekwencji, konflikty, spadek motywacji do nauki czy informacje dotyczące alkoholu, marihuany lub innych substancji. W wielu przypadkach to właśnie szkoła proponuje udział w programie FreD jako formę profesjonalnej pomocy i zatrzymania eskalacji problemu. Obecnie placówki oświatowe stanowią najczęstszą ścieżkę kierowania uczestników do programu.

Program został stworzony jako narzędzie wczesnej reakcji, dlatego możliwość skierowania młodego człowieka nie została ograniczona do jednej instytucji. Idea FreD opiera się na współpracy różnych środowisk.

Rola szkół jest szczególnie ważna również dlatego, że polskie prawo oświatowe zobowiązuje placówki do prowadzenia działań wychowawczych, profilaktycznych i interwencyjnych związanych z zachowaniami ryzykownymi młodzieży. W praktyce wiele szkół poszukuje rozwiązań, które nie będą opierały się wyłącznie na karaniu ucznia. FreD staje się wtedy ważnym uzupełnieniem szkolnych działań profilaktycznych.

Drugą istotną grupą instytucji kierujących są **służby mundurowe i wymiar sprawiedliwości**. Policjanci czy strażnicy

miejscy często mają pierwszy kontakt z młodzieżą używającą alkoholu lub narkotyków podczas interwencji, kontroli czy zgłoszeń. Coraz częściej również sądy rodzinne i kuratorzy dostrzegają, że pojedynczy incydent nie zawsze wymaga wyłącznie represyjnej reakcji. Może być natomiast okazją do działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Do programu kierują także przedstawiciele **ochrony zdrowia. Lekarze, psychiatrzy dzieci i młodzieży, psycholodzy czy personel szpitalnych oddziałów ratunkowych** spotykają młodych pacjentów po zatruciach alkoholem, użyciu marihuany, leków lub syntetycznych substancji psychoaktywnych. FreD może być dla nich ważnym etapem dalszej pomocy, szczególnie wtedy, gdy problem nie ma jeszcze charakteru uzależnienia.

Istotną rolę odgrywają również **instytucje pomocy społecznej i placówki opiekuńczo-wychowawcze** – pracownicy socjalni, asystenci rodziny, świetlice socjoterapeutyczne, domy dziecka, MOW-y czy MOS-y. Osoby pracujące w tych miejscach często mają kontakt z młodzieżą szczególnie narażoną na zachowania ryzykowne i poszukują skutecznych form wczesnej interwencji.

Coraz częściej do programu zgłaszają młodych ludzi także sami **rodzice i opiekunowie**. Dla wielu rodzin jest to próba odpowiednio wczesnej reakcji – zanim eksperymentowanie z substancjami przerodzi się w poważniejszy problem. Rodzice szukają pomocy, która nie będzie opierała się wyłącznie na zakazach, konfliktach i karach, ale stworzy przestrzeń do spokojnej rozmowy z nastolatkiem.

Warto podkreślić, że skierowanie do programu może mieć zarówno charakter dobrowolny, jak i obligatoryjny. Czasem udział we FreD jest propozycją pozwalającą uniknąć dalszych konsekwencji formalnych, czasem wynika z zaleceń szkoły lub rodziców, a niekiedy stanowi element decyzji sądu rodzinnego. Niezależnie jednak od ścieżki skierowania, celem programu pozostaje stworzenie młodemu człowiekowi przestrzeni do refleksji i rozmowy, a nie wyłącznie poczucie ukarania za przekroczenie norm społecznych i nierzadko prawnych.

Doświadczenia realizatorów pokazują, że FreD najlepiej funkcjonuje tam, gdzie szkoły, policja, sądy, służba zdrowia i pomoc społeczna tworzą spójny system wczesnego reagowania wobec młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne.

Czy wczesna interwencja ma sens?

Wielu dorosłych, stykając się z problemem używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, oczekuje szybkiej i jednoznacznej zmiany. Najlepiej takiej, która sprawi, że nastolatek z dnia na dzień przestanie pić alkohol, palić marihuanę czy sięgać po inne substancje. Tymczasem programy wczesnej, krótkiej interwencji, takie jak FreD, nie opierają się na obietnicy natychmiastowej przemiany. Ich celem nie jest „naprawienie” młodego człowieka w ciągu kilku godzin zajęć, lecz uruchomie-

nie procesu refleksji i zatrzymanie mechanizmu automatycznego wchodzenia w coraz bardziej ryzykowne zachowania.

Z perspektywy rozwojowej nawet niewielka zmiana sposobu myślenia nastolatka może mieć ogromne znaczenie. Większość uczestników programu trafia do niego w fazie prekontemplacji – nie dostrzega jeszcze problemu i traktuje kontakt z policją, szkołą czy rodzicami raczej jako efekt pecha niż sygnał ostrzegawczy. Wielu młodych ludzi uważa, że „wszyscy tak robią”, a ich zachowanie nie odbiega od normy grupowej. Właśnie dlatego sukcesem wczesnej interwencji często nie jest natychmiastowa abstynencja, lecz moment, w którym uczestnik zaczyna zauważać ambiwalencję – dostrzegać zarówno korzyści płynące z używania substancji, jak i realne koszty

Z perspektywy rozwojowej nawet niewielka zmiana sposobu myślenia nastolatka może mieć ogromne znaczenie.

związane z problemami szkolnymi, konfliktami, konsekwencjami prawnymi czy napięciem w relacjach rodzinnych.

FreD wypełnia tym samym ważną „lukę systemową”. Pozwala reagować konstruktywnie w sytuacjach, które z jednej strony są zbyt poważne, by je ignorować, ale z drugiej – nie wymagają jeszcze intensywnej terapii uzależnień. Program daje możliwość zatrzymania procesu eskalacji ryzyka na etapie, kiedy młody człowiek ma jeszcze duże zasoby rozwojowe i znacznie większą szansę na zmianę swojego funkcjonowania.

O skuteczności programu świadczą również konkretne dane. W latach 2018–2019 przeprowadzono w Polsce szeroko zakrojone badanie ewaluacyjne¹ finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie KCPU). Badaniem objęto 352 uczestników z 25 placówek działających w 12 województwach. Wyniki uzyskane po sześciu miesiącach od zakończenia programu pokazały istotne pozytywne zmiany w zachowaniach i postawach młodych ludzi oraz redukcję używania.

Zaobserwowano przede wszystkim zatrzymanie eskalacji używania substancji – uczestnicy deklarowali statystycznie istotnie niższą częstotliwość sięgania po alkohol i narkotyki.

Co szczególnie ważne, część młodzieży podjęła decyzję o całkowitej abstynencji. Po sześciu miesiącach od zakończenia programu 23% osób wcześniej pijących alkohol oraz 37% używających marihuany deklarowało całkowite zaprzestanie używania tych substancji. Istotnym sukcesem programu okazało się również ograniczenie epizodów upijania się – aż 34% uczestników, którzy przed udziałem we FreD deklarowali upijanie się alkoholem, w ciągu pół roku po zakończeniu programu nie upiło się ani razu.

¹ Projekt badawczy pod kierunkiem R.Rejniaka pn. „Ewaluacja programu wczesnej interwencji FreD goes net – czynniki zmiany”.

Badanie wykazało również zmianę postaw wobec używania substancji psychoaktywnych. Wzrósł odsetek uczestników programu, którzy deklarowali, że „zdecydowanie nie” planują używać substancji w przyszłości, a także poziom postrzeganego ryzyka związanego z używaniem narkotyków. Oznacza to, że program wpływa nie tylko na zachowanie, ale także na sposób myślenia i ocenę własnych wyborów.

Badano również poziom motywacji uczestników do zmiany zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Co niezwykle interesujące, najwyższy wzrost motywacji do zmiany odnotowano w grupie młodych ludzi, którzy na początku programu wykazywali największy opór wobec zmiany. Oznacza to, że FreD okazuje się szczególnie skuteczny właśnie wobec tych uczestników, którzy początkowo przychodzą na zajęcia niechętnie, z dystansem, często przekonani, że „nie mają żadnego problemu” i uczestniczą w programie wyłącznie dlatego, że zostali do tego zobowiązani przez szkołę, rodziców lub sąd rodzinny.

Po sześciu miesiącach od zakończenia programu 23% osób wcześniej pijących alkohol oraz 37% używających marihuany deklarowało całkowite zaprzestanie używania tych substancji. Istotnym sukcesem programu okazało się również ograniczenie epizodów upijania się – aż 34% uczestników.

Doświadczenia realizatorów pokazują, że skuteczność FreD wynika przede wszystkim z jego filozofii pracy. Program nie opiera się na straszeniu, moralizowaniu czy wywoływaniu poczucia winy, ale na dialogu motywującym i budowaniu partnerskiej relacji z młodym człowiekiem. Wielu uczestników po zakończeniu zajęć zaczyna inaczej funkcjonować w szkole, rzadziej wagaruje, poprawia relacje z rodzicami i nauczycielami oraz bardziej świadomie podejmuje decyzje dotyczące własnego życia.

Bardzo istotnym wskaźnikiem jest również wysoka ocena programu przez samych uczestników. Aż 95% młodych ludzi zadeklarowało, że poleciłoby udział we FreD swoim rówieśnikom. Pokazuje to, że młodzież nie odbiera programu jako kolejnej formy kary czy „pogadanki”, lecz jako doświadczenie, w którym czuje się wysłuchana, traktowana poważnie i z szacunkiem.

Sens wczesnej interwencji polega więc na tym, że nie czekamy, aż okazjonalne używanie substancji przerodzi się w uzależnienie lub poważny kryzys życiowy. Dajemy młodemu człowiekowi szansę na zatrzymanie się, przyjrzenie własnym wyborom i uruchomienie procesu zmiany na etapie, kiedy jest ona jeszcze realnie możliwa.

Jak trafnie zauważył jeden z sędziów rodzinnych, współpracujących z programem – udział w programie FreD bywa dla nastolatka „szansą, której nie można zmarnować”.

Zakończenie

Można powiedzieć, że program FreD nie „prowadzi młodego człowieka za rękę” i nie daje prostych recept na życie. Jego siła polega na czymś innym – pomaga zatrzymać się w momencie, gdy nastolatek zaczyna schodzić na ścieżkę prowadzącą ku coraz większym problemom, i daje mu szansę, by świadomie spojrzeć na kierunek, w którym zmierza.

Rozmowy prowadzone w duchu dialogu motywującego stają się dla wielu uczestników pierwszym doświadczeniem, w którym nikt ich nie ocenia, nie zawstydza i nie próbuje zmieniać na siłę. Zamiast tego młody człowiek dostaje przestrzeń do refleksji nad własnym życiem, emocjami, wyborami i konsekwencjami swoich działań. Właśnie wtedy zaczynają pojawiać się pytania, które wcześniej często były zagłuszane przez bunt, presję grupy, napięcie czy potrzebę odreagowania.

FreD pomaga odnaleźć drogowskazy. Daje młodym ludziom swoistą mapę, która pozwala lepiej zrozumieć własne zachowania, a czasem również pierwszy w życiu kompas pomagający odróżnić kierunek prowadzący ku destrukcji, uzależnieniu i utracie kontroli od drogi dającej szansę na rozwój, bezpieczeństwo i bardziej świadome życie.

Nie każdy uczestnik programu po kilku godzinach zajęć podejmie decyzję o całkowitej abstynencji. Nie każdy od razu radykalnie zmieni swoje funkcjonowanie. Jednak wielu młodych ludzi po raz pierwszy zaczyna zastanawiać się: *Dokąd właściwie zmierzam?, Co zaczynam tracić?, Jak chciałbym, żeby wyglądało moje życie za kilka lat?* I właśnie od takich pytań bardzo często rozpoczyna się prawdziwa zmiana.

Wczesna interwencja nie daje gwarancji sukcesu. Daje jednak coś niezwykle ważnego – możliwość, by odpowiednio wcześniej zmienić kierunek, zanim ryzykowne zachowania staną się życiową pułapką, z której znacznie trudniej będzie się wydostać.

Bibliografia:

- Borsich S., Rejniak R. (2021) *Proces motywacji do zmiany w wyniku wczesnej interwencji profilaktycznej wobec młodzieży używającej substancji psychoaktywnych*, *Przegląd Pedagogiczny* nr 2.
- Miller W.R., Rollnick S. (2025), *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i rozwoju*. Wydawnictwo UJ.
- Rejniak R. (2019). *Dialog Motywujący jako metoda działania w wczesnej interwencji profilaktycznej*. *Przegląd Pedagogiczny* nr 1.
- Rejniak R. (red.). (2022). *Wczesna interwencja FreD goes net dla młodych osób używających alkoholu i narkotyków. Podręcznik dla realizatorów*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Czarno-Biała.

MŁODZIEŻ 2025: MNIEJ ALKOHOLU I PAPIEROSÓW, WIĘCEJ PROBLEMÓW PSYCHICZNYCH I CYFROWYCH ZAGROŻEŃ

Patrycja Guevara-Woźniak

Polska młodzież rzadziej niż jeszcze kilka lat temu sięga po alkohol, tradycyjne papierosy i narkotyki. Jednocześnie coraz wyraźniej ujawniają się nowe zagrożenia: pogarszająca się kondycja psychiczna, stres szkolny, przemoc rówieśnicza, problemowe korzystanie z internetu oraz rosnąca popularność hazardu online i e-papierosów. Takie wnioski płyną z ogólnopolskiego badania „Młodzież 2025”, zaprezentowanego podczas konferencji Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i Centrum Badania Opinii Społecznej. Ankieta objęto ponad 1,5 tysiąca uczniów ostatnich klas liceów, techników i szkół branżowych z całej Polski.

Co do metodologii wyboru, w raporcie możemy przeczytać, że dobór respondentów przebiegał w ten sam sposób dla obu wyróżnionych zbiorowości. Procedura składała się z dwóch etapów: losowanie szkół oraz losowanie jednego oddziału w każdej wybranej szkole.

W pierwszym etapie losowano szkoły z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby oddziałów ostatnich klas. Następnie z każdej dobranej szkoły losowano w sposób prosty jeden oddział spośród wszystkich oddziałów ostatnich klas. W przypadku szkół publicznych wykorzystano do tego celu dane o: rodzaju szkoły (liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa, technikum), województwie oraz wielkości miejscowości, w której znajduje się szkoła. Placówki niepubliczne uporządkowano względem rodzaju oraz województwa, w którym się znajdują. Schemat doboru respondentów przewidywał również zastosowanie czterech prób rezerwowych na etapie losowania szkół. Placówki rezerwowe wybierano z tych samych warstw implícite, co placówki dobrane do próby głównej. Starano się przy tym, aby jednostki pierwotnie wylosowane i rezerwowe były identyczne pod względem rodzaju, wielkości miejscowości oraz województwa. Schemat losowania próby zakładał możliwość zastępowania wyłącznie niedostępnych szkół. – *Narzędziem badawczym, i to też jest bardzo ważne, jest zawsze ankieta audytoryjna. To jest ankieta, którą uczniowie w wylosowanej klasie, bo to też jest ważne, że w wylosowanej szkole jest jeszcze później losowana jedna klasa – mówił podczas swojego wystąpienia Michał Feliksiak z CBOS – Uczniowie tej jednej wylosowanej klasy wypełniają ankietę samodzielnie w trakcie jednej godziny lekcyjnej. I jeszcze dodatkowy aspekt i zaleta tej formuły badania. Nie ma tu pośrednictwa ankietera. Przy tematach tak wrażliwych jak korzystanie z substancji psychoaktywnych, picie alkoholu, także wiele innych tematów, do których być może kłopotliwym byłoby przyznanie się ankieterowi. W tej formule wywiadu, gdy uczniowie sami zaznaczają odpowiedzi, jest to po prostu dla nich bardziej komfortowe i wydaje się, że sprzyja uzyskaniu szczerych odpowiedzi.*

Podkreślano podczas prezentacji wyników, że badanie umożliwia śledzenie długofalowych trendów. Widać w związku z tym

pewne korzystne zjawiska, ale jednocześnie bardzo wyraźnie zaznaczone są nowe problemy, które muszą skupić naszą uwagę i skłaniać do podejmowania odpowiednich działań profilaktycznych. Poszczególne fragmenty raportu zaprezentowali na czerwcowej konferencji prasowej: Michał Feliksiak (CBOS) o zdrowiu psychicznym oraz o aktywności online i problemowym korzystaniu z internetu, Daria Litwin (CBOS) o życiu szkolnym, Jan Kujawski (CBOS) o uczestnictwie w grach hazardowych, a o substancjach psychoaktywnych mówił Artur Malczewski (KCPU).

Nowe zagrożenia zmieniają obraz uzależnień

Jak podkreślali autorzy raportu, z jednej strony widać wyraźny spadek używania tradycyjnych substancji psychoaktywnych, z drugiej – narastanie zjawisk, które jeszcze kilkanaście lat temu miały marginalne znaczenie.

– *Można powiedzieć, że młodzież rzadziej sięga po tradycyjne papierosy, alkohol i narkotyki. Natomiast wyraźnie rośnie znaczenie nowych wyzwań – e-papierosów, problemowego korzystania z internetu, hazardu oraz pogarszającego się zdrowia psychicznego –* mówił podczas prezentacji wyników przedstawiciel Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Liczby rzeczywiście pokazują zmianę pokoleniową. Regularne palenie tradycyjnych papierosów deklaruje obecnie jedynie 6 proc. badanych. W 1992 r. było to 23 proc. Systematycznie maleje również odsetek młodych ludzi pijących alkohol oraz używających narkotyków. O ile jeszcze w pierwszej dekadzie XXI wieku po nielegalne substancje sięgał co czwarty respondent, dziś używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku deklaruje około 9 proc. badanych. Nie oznacza to jednak, że problem uzależnień zanika. Zmienia jedynie swoją postać.

Najbardziej widocznym przykładem są e-papierosy. Regularnie korzysta z nich już 32 proc. ankietowanych, a kolejne 16 proc. używa ich okazjonalnie. W praktyce oznacza to, że niemal połowa osiemnastolatków ma kontakt z nikotyną. Jednocześnie wśród substancji nielegalnych coraz większego

znaczenia nabierają syntetyczne stymulanty. Według ekspertów mefedron stał się dziś popularniejszy niż amfetamina czy MDMA i jest jedną z głównych przyczyn zgłaszania się młodych ludzi do leczenia z powodu uzależnienia od narkotyków. Znacznie większy niepokój, niż zmieniająca się mapa używek, budzi jednak kondycja psychiczna młodych ludzi. Po raz pierwszy autorzy badania wykorzystali standaryzowany kwestionariusz PHQ-8, służący do oceny objawów depresyjnych. Wyniki okazały się alarmujące – ponad 40 proc. respondentów wykazuje co najmniej umiarkowane objawy depresji. To ponad czterokrotnie więcej niż w populacji dorosłych Polaków. Jeszcze bardziej poruszające są odpowiedzi dotyczące myśli samobójczych. Częste ich występowanie zadeklarowało 14 proc. ankietowanych. Dziewczeta wydają się być w gorszej kondycji psychicznej. Badanie pokazuje wyraźne różnice między płciami. Dziewczeta częściej niż chłopcy odczuwają bezradność, zniechęcenie, rozdrażnienie i inne negatywne emocje. Częściej także deklarują objawy depresyjne i myśli samobójcze. Badacze zaznaczają jednak, że część różnic może wynikać z większej gotowości dziewcząt do mówienia o swoich emocjach i o tym, z czym sobie nie radzą.

– *To trend, który musi nas smucić, ponieważ kondycja psychiczna młodzieży w dalszym ciągu się pogarsza* – mówił podczas konferencji Michał Feliksiak z CBOS. Zwrócił uwagę, że podobnie niekorzystne wyniki uzyskano już podczas poprzedniej edycji badania prowadzonej po pandemii COVID-19, a obecne dane nie wskazują na poprawę sytuacji.

Analizy pokazują, że problemy psychiczne nie są zjawiskiem oderwanym od codziennych doświadczeń młodych ludzi. Silnie wiążą się z relacjami rodzinnymi, oceną własnej sytuacji materialnej oraz funkcjonowaniem w szkole. Im gorsze relacje z rodzicami i większy stres szkolny, tym częściej pojawiają się objawy depresyjne. Istotnym czynnikiem pozostaje również przemoc rówieśnicza. Ponad połowa badanych – 52 proc. – deklaruje, że doświadczyła przynajmniej jednej jej formy. Najczęściej wskazywano wykluczenie z grupy, obraźliwe wiadomości w internecie, kradzieże oraz publikowanie zdjęć lub informacji bez zgody zainteresowanego.

Niepokojące zmiany zachodzą także w świecie cyfrowym. Średni czas spędzany w internecie wzrósł z trzech godzin dziennie w 2013 r. do około pięciu godzin obecnie. Coraz więcej młodych ludzi funkcjonuje w stanie permanentnego połączenia z siecią, stale reagując na wiadomości i powiadomienia. Autorzy badania podkreślają, że około dwóch trzecich respondentów korzysta z internetu w sposób bezpieczny, jednak systematycznie rośnie grupa osób zagrożonych problemowym korzystaniem z sieci. Największe ryzyko dotyczy nastolatków spędzających online dziewięć lub więcej godzin dziennie, prowadzących transmisje internetowe, intensywnie korzystających z mediów społecznościowych oraz grających w gry sieciowe.

Kolejnym, szybko narastającym problemem jest hazard internetowy. W porównaniu z 2021 r. odsetek młodych ludzi uczestniczących w grach hazardowych wzrósł o 12 punktów procentowych i przekroczył połowę badanych.

– Obecnie możemy powiedzieć, że ponad 50% młodych ludzi gra w gry o charakterze hazardowym. Jakie to są gry? Obecnie najpopularniejsze są gry na pieniądze w internecie. W poprzednich edycjach tego badania najpopularniejszą grą było Lotto. Oczywiście ten obszar online otwiera ogromne możliwości użytkowania gier na pieniądze w internecie – mówił Jan Kujawski z CBOS – Po Lotto, kolejne miejsca zajmują zakłady bukmacherskie poza internetem, a jeszcze kolejne stacjonarne automaty do gier. Wartą zaznaczenia kwestią wydaje się płęć. Jest to istotny czynnik różnicujący udział młodzieży w grach na pieniądze, ponieważ obecnie blisko 2/3 chłopców podejmuje aktywność związaną z grami hazardowymi.

Wśród młodych graczy 14 proc. osiąga wysoki poziom ryzyka uzależnienia, a w grupie chłopców odsetek ten sięga 17 proc. Badanie pokazuje również wyraźny związek między hazardem, częstym upijaniem się i używaniem narkotyków.

Profilaktyka musi się zmienić

Wspólny wniosek ekspertów był jednoznaczny: współczesna profilaktyka nie może ograniczać się do alkoholu i narkotyków. Coraz większego znaczenia nabierają: ochrona zdrowia psychicznego, przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej, bezpieczeństwo cyfrowe, ograniczanie ryzyka hazardu online, edukacja dotycząca e-papierosów, budowanie zdrowych relacji społecznych. Zdaniem autorów raportu wyniki badania powinny skłonić do zmiany sposobu myślenia o profilaktyce.

– Skuteczna profilaktyka musi dziś wykraczać poza przeciwdziałanie używaniu alkoholu i narkotyków. Powinna obejmować także wzmacnianie zdrowia psychicznego, bezpieczeństwo cyfrowe oraz budowanie zdrowych relacji społecznych – podkreślali uczestnicy konferencji. To właśnie od skuteczności działań w tych obszarach będzie zależeć, czy korzystne tendencje dotyczące tradycyjnych uzależnień nie zostaną zniwelowane przez nowe zagrożenia, z którymi młodzi ludzie mierzą się każdego dnia. Ekspertki podkreślają, że działania powinny zaczynać się jak najwcześniej – zanim problemy zdążą się utrwalić i przerodzić w trwałe zaburzenia.

Najważniejsze wnioski z badania:

- spada używanie tradycyjnych substancji psychoaktywnych,
- wśród najczęściej używanych narkotyków coraz większą rolę odgrywają syntetyczne katynony i inne syntetyczne stymulanty,
- coraz więcej młodych ludzi doświadcza stresu szkolnego i przemocy rówieśniczej,
- ponad 40% badanych wykazuje objawy, które mogą wskazywać na depresję,
- hazard online należy do najszybciej rozwijających się form zachowań ryzykownych,
- rośnie popularność e-papierosów.

Raport dostępny jest na stronie KCPU:

<https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2026/06/Młodzież-2025-raport-1.pdf>

„Lekarzu, reaguj na przemoc!” – działanie, które może uratować życie

Lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni i inni przedstawiciele ochrony zdrowia to często pierwsze osoby, które mają możliwość dostrzec, że trafiający do nich pacjent może doznawać przemocy domowej. Tymczasem „(...) biorąc pod uwagę, to, że liczba zatrudnionych (...) w placówkach ochrony zdrowia ogółem sięgała setek tysięcy osób mających bezpośredni kontakt z potencjalnymi ofiarami przemocy domowej (...), a co za tym idzie możliwość dostrzegania już pierwszych symptomów ww. przemocy, to liczba „Niebieskich Kart” (...) była znikoma” wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli pt. „Przeciwdziałanie przemocy domowej”. To oznacza, że przedstawiciele ochrony zdrowia najrzadziej – ze wszystkich służb zobowiązanych do reagowania na przemoc – podejmują interwencje w sytuacji podejrzenia przemocy domowej. To właśnie z myślą o przedstawicielach zawodów medycznych Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przygotowało kampanię „Lekarzu, reaguj na przemoc!”. Ich reakcja może uratować życie osobom doświadczającym przemocy domowej.



Do gabinetów lekarskich często trafiają osoby z nawracającymi problemami zdrowotnymi, które mogą świadczyć, że pacjenci doświadczają przemocy domowej. Są to nie tylko wyraźne ślady na ciele, lecz także wiele dolegliwości wywołanych przez stres i zmniejszoną odporność psychiczną związaną z sytuacją domową pacjentów. Diagnoza lekarska – zarówno podstawowa, jak i specjalistyczna – powinna więc obejmować szerszy kontekst funkcjonowania pacjenta, w tym także jego sytuację rodzinną.

Lekarze oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych potrzebują rzetelnej wiedzy i wsparcia merytorycznego, by skutecznie pomagać osobom doświadczającym przemocy. Dlatego **Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przygotowało kampanię „Lekarzu, reaguj na przemoc!”**. Jej ważnym elementem jest portal internetowy lekarzureagujnaprzemoc.pl. Zawiera on praktyczne materiały edukacyjne dla lekarzy, w tym m.in. film instruktażowy pokazujący, jak rozmawiać z pacjentem, wobec którego istnieje podejrzenie, że doświadcza przemocy domowej.

Chcemy dotrzeć do lekarzy i uwrażliwić ich na problem przemocy domowej – mówi Bogusława Bukowska, dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Mimo że lekarze mają ograniczony czas na wizytę, to w przypadku podejrzenia przemocy domowej powinni przeprowadzić pogłębiony wywiad. W bezpiecznej atmosferze mogą zapytać pacjenta o jego sytuację domową i zaproponować pomoc. Dokumentacja medyczna uwzględniająca konsekwencje przemocy domowej może być także ważnym materiałem dowodowym w postępowaniach sądowych.

Najłatwiej jest zdiagnozować przemoc fizyczną, ale należy pamiętać, że pacjent może doświadczyć również przemocy psychicznej, ekonomicznej, seksualnej lub cyberprzemocy. W ramach kampanii lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia otrzymają aktualną i profesjonalną wiedzę na temat przemocy domowej, jej rozpoznawania, konsekwencji,

przepisów prawa, obowiązujących procedur interwencyjno-pomocowych, w tym procedury „Niebieskie Karty” – dodaje dyrektor Bogusława Bukowska.

Z badania „(Nie)widzialne koszty przemocy domowej w Polsce” przeprowadzonego przez Szkołę Główną Handlową oraz Niebieską Linie IPZ wynika, że koszty ponoszone przez osoby doznające przemocy oraz ich rodziny – w ciągu 2 lat od momentu zgłoszenia sprawy instytucjom zewnętrznym – mogą wynosić od około 17 tys. zł do nawet 188 tys. zł. Ostateczna wysokość zależy m.in. od czasu trwania przemocy, jej intensywności oraz skali wyrządzonych szkód.

Koszty związane ze wsparciem, leczeniem osób doznających przemocy domowej są niebagatelne. W tym kontekście można traktować przeciwdziałanie przemocy jako jeden z elementów polityki zdrowia publicznego. Im szybciej zareagujemy na przemoc, tym niższe będą jej koszty i tym większe korzyści dla zdrowia pacjentów.

Do placówek podstawowej opieki zdrowotnej w całej Polsce zostaną wysłane ulotki promujące kampanię i portal lekarzureagujnaprzemoc.pl.

Kampania „Lekarzu, reaguj na przemoc” została objęta patronatem **Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta**, a także **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**. Swoje wsparcie wyraziło także **Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**. Kampania jest organizowana na zlecenie **Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** i finansowana ze środków **Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych**.

W inicjatywach na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej praca dziennikarzy może znacząco przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa osób doświadczających przemocy. Jesteśmy przekonani, że nagłaśnianie problemu oraz wspieranie i edukowanie przedstawicieli ochrony zdrowia w tym zakresie jest nie do przecenienia. Zachęcamy Państwa do korzystania z dostępnych materiałów oraz do kontaktu pod adresem: media@lekarzureagujnaprzemoc.pl.

CODZIENNIE OKOŁO 11 MĘŻCZYZN W POLSCE ODBIERA SOBIE ŻYCIE

Wśród mężczyzn leczonych z powodu
uzależnienia od alkoholu niemal
co trzeci ma myśli samobójcze



Rozmawiajmy o zdrowiu
psychicznym mężczyzn