

WSKAZÓWKI DLA SAMORZĄDÓW GMINNYCH DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

**STANOWIĄCYCH ELEMENT GMINNEGO PROGRAMU
PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH I PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII**

Piotr Stefan Jabłoński

*Dyrektor Krajowego Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom*

I. Informacje prawne

- a) Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw wprowadziła do programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii zadania dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym.

*Art. 4[1] 2. Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych, który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. **Elementem gminnego programu mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym.** (...)*

Jednocześnie w art. 4[1]1 zawężono zakres tych działań do prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym. Oznacza to zatem na przykład, że nie ma możliwości sfinansowania terapii uzależnień behawioralnych w ramach ww. programów.

Art. 4[1]1 Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują:

1(...)

3) *prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;*

- b) Dodatkowo w omawianej wyżej sytuacji użyte w art. 4 [1] ust. 2 zdanie „Elementem gminnego programu mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym” należy interpretować przez pryzmat zadań określonych w art. 4 [1] ust. 1, **a więc jako wzmocnienie wyrażonej w art. 4[1] ust. 1 pkt 3 normy, zgodnie z którą do zadań gminy w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma należeć także prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej i szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym**”.

II. Dane epidemiologiczne¹

Biorąc pod uwagę krótki czas na diagnozę i wdrożenie nowych przepisów, przedstawiamy Państwu kilka danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań (czynników ryzyka i czynników chroniących) tzw. uzależnień behawioralnych. Pragniemy także zwrócić uwagę, że sposób prowadzenia lokalnych diagnoz nie musi oznaczać prowadzenia obszernych badań ilościowych. W małych społecznościach lokalnych być może stosowniejszą formą diagnozy będą badania jakościowe (rekomendowane także do stosowania w miastach), takie jak wywiady czy obserwacje, w przypadku większych społeczności można przeprowadzać badania ilościowe na losowo wybranych reprezentatywnych próbach. W każdej natomiast gminie diagnoza powinna uwzględniać statystyki oraz informacje z instytucji zajmujących się/reagujących na problemy uzależnień, takich jak np. Policja, pomoc społeczna, placówki leczenia uzależnień i szkoły.

Populacja 15+

c) Hazard

W 2019 roku osoby grające w czasie ostatnich 12 miesięcy na pieniądze stanowiły 37,1% populacji osób w wieku powyżej 15. roku życia. W porównaniu do wyniku uzyskanego w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2015 roku, odsetek ten wzrósł o 2,9 punktu procentowego. Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdraпки (16,3%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%). Spośród wszystkich grających, 32,8% Polaków gra bez ryzyka powstania problemów, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia, 0,9% – poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (zagrożenie patologicznym hazardem). Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na ok. 27 tys. osób. W poprzedniej edycji badania, w 2015 roku, liczbę grających patologicznie szacowano na 34 051 osób, co oznacza, że w ciągu tego okresu nastąpił spadek o blisko 20%. W porównaniu z poprzednim badaniem spadła także częstość grania na pieniądze wśród ogółu Polaków, przy czym największe spadki częstości grania nastąpiły w przypadku gier na automatach. Liczba grających codziennie lub kilka razy w tygodniu spadła z 31,4% do 8,8%, co prawdopodobnie należy wiązać z efektem nowelizacji ustawy hazardowej, która miała miejsce w 2017 roku i ograniczyła możliwość uprawiania hazardu, między innymi grania na – powszechnie kiedyś dostępnych – automatach z tzw. niskimi wygranymi. Porównując cechy społeczno-demograficzne można najogólniej wnioskować, że częściej grają na pieniądze mężczyźni niż kobiety; ludzie młodzi w wieku 18–34 lata; mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi; ludzie dobrze wykształceni niż słabo wykształceni; zarabiający lepiej niż zarabiający gorzej; ludzie oceniający swoją sytuację materialną jako dobrą, niż ludzie oceniający ją jako złą.

d) Internet

Trzy czwarte Polaków powyżej 15. roku życia deklaruje korzystanie z internetu. W stosunku do pomiaru z 2012 roku nastąpił przyrost odsetka o prawie 13 punktów procentowych. Przeważająca większość korzystających z sieci (98,0%) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z internetu. Problem z uzależnieniem od internetu (wymienienie bywa stosowane określenie „problemowe użytkowanie internetu – PUI”) dotyczy obecnie 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z internetu. W liczbach bezwzględnych jest to – szacunkowo – ok. 465 tys. osób. Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25. roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni.

e) Zakupy

Poziom zagrożenia kompulsywnymi zakupami notuje się na podobnym poziomie co w latach ubiegłych. Symptomy kompulsywnego kupowania w 2019 roku wykazywało 3,7% populacji Polaków w wieku powyżej 15. roku życia, co w liczbach bezwzględnych można oszacować na ponad milion osób. W stosunku do roku 2015 notuje się nieznaczny spadek liczby osób zagrożonych. Zjawisko kompulsywnego kupowania różnicuje przede wszystkim wiek – dotyczy ono w głównej mierze ludzi młodych. Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 25-34 lata, choć w stosunku do poprzedniego pomiaru zjawisko kompulsywnego kupowania wyraźnie nasiliło się wśród ludzi bardzo młodych (15-17 lat). Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, na kompulsywne zakupy bardziej narażone są kobiety niż mężczyźni. W grupie zagrożonych mężczyzn najwięcej jest chłopców w wieku od 15 do 17 lat, zaś w grupie kobiet – osoby od 25 do 34 lat. Wyniki badania wskazują także na współwystępowanie uzależnień behawioralnych – osoby przejawiające symptomy uzależnienia od zakupów częściej

niż niezagrożeni wykazują także objawy innych problemów behawioralnych. Więcej niż jedna piąta tej grupy to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; więcej niż co siódmy jest zagrożony uzależnieniem od internetu.

f) Praca

W 2019 roku prawie jedna dziesiąta Polaków powyżej 15. roku życia (9,1%) miała problem z uzależnieniem od pracy. Zarówno uzależnienie, jak i zagrożenie uzależnieniem dotyka przede wszystkim młodych dorosłych, poniżej 35. roku życia, w szczególności osoby w wieku 25-34 lata. Istotnym czynnikiem ryzyka są różne aspekty aktywności zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, natomiast czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest pełnienie funkcji kierowniczych, odpowiedzialność za pracę innych osób lub kierowanie projektami. Wyniki badania z 2019 roku, podobnie jak w poprzednich badaniach, wskazują, że na poziomie ogólnym w badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w podobnym stopniu.

Zjawisko uzależnień behawioralnych w grupie młodzieży szkolnej

a) Granie w gry hazardowe²

W gry hazardowe, czyli takie, w których można wygrać lub przegrać pieniądze, chociaż raz, kiedykolwiek w życiu grało 18,2% badanych piętnasto-szesnastolatków oraz 21,4% siedemnasto-osiemnastolatków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% uczniów z młodszej kohorty i 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy odsetka badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu, oraz tych, którzy robili to w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się dopiero w 2019 roku. W obu badanych kohortach rozpowszechnienie grania w gry hazardowe jest większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

W młodszej kohorcie uczniowie, których wg wyników testu przesiewowego LIE/BET³ można było zaliczyć do grona graczy problemowych, stanowili 1,3% badanych, zaś w starszej – 1,2%.

b) Media społecznościowe⁴

W badaniu ESPAD zawarto też pytania dotyczące korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype oraz grania w gry na urządzeniach elektronicznych (komputer, smartfon, konsola, gry wideo). Analiza typowego dnia nauki szkolnej młodszej badanej grupy (15-16 lat) pokazuje najliczniejszą podgrupę badanych, która korzysta z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (30,1%), mniej osób poświęca na tę aktywność ok. 4-5 godzin (20,2%). W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie podgrupy badanych: podgrupa korzystająca ponad 6 godzin dziennie (26,4%) oraz korzystająca ok. 2-3 godziny (24,6%). W starszej grupie wiekowej, w typowym dniu nauki w szkole, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (33,7%) lub około 4-5 godzin dziennie (20,4%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (27,2%), około 4-5 godzin dziennie (25,7%) lub 6 godzin i więcej (25,2%). Czas spędzamy w internecie nie jest wskaźnikiem świadczącym o uzależnieniu, natomiast jest sygnałem ostrzegawczym wymagającym analizy i monitorowania ze strony rodziców. Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z mediów społecznościowych, zwłaszcza w przypadku młodszej grupy wiekowej.

Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. W młodszej grupie 44,0% badanych twierdzi, że spędza za

dużo czasu w tych mediach, około 40,9% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tę aktywność za dużo czasu. Co szósty (17,4%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie rozkład odpowiedzi jest podobny – analogiczne odsetki wynoszą 46,4%, 35,9% oraz 13,4%.

c) Gry cyfrowe⁵

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier wideo na urządzeniach elektronicznych, takich komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 21,7% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tę aktywność za dużo czasu, 17,1% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,0% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są niższe, 14,0% uczniów uważa, że spędza za dużo czasu na graniu, takiego zdanie jest 16,5% ich rodziców, a 6% ma zły humor, gdy nie może grać.

d) Czas spędzany w internecie⁶

Od pierwszych edycji badania „Nastolatki 3.0” obserwowany jest stały wzrost liczby godzin przeznaczonych przez młodzież na korzystanie z internetu. Obecnie nastolatki spędzają w sieci średnio 4 godziny i 50 minut dziennie (2014 roku – 3 godziny 40 minut⁷, 2018 roku – 4 godziny 12 minut⁸). W dni wolne od zajęć szkolnych czas ten wydłuża się średnio do 6 godzin i 10 minut. Co szósty nastolatek w dni wolne (16,9%) intensywnie korzysta z internetu w godzinach nocnych (po godzinie 22:00). Rodzice nie doszacowują czasu, jaki ich nastoletnie dzieci spędzają w internecie, oraz nie kontrolują korzystania z sieci w godzinach nocnych. W opinii rodziców ich dzieci korzystają z sieci średnio 3 godziny i 38 minut. Jedynie 1,8% rodziców wskazuje, że ich dzieci korzystają z internetu w czasie przeznaczonym na sen (po 22:00).

e) Inicjacja internetowa⁹

Badania wskazują, że młodszy uczniowie rozpoczynają samodzielne korzystanie z internetu (bez nadzoru rodziców) wcześniej niż ich starsi koledzy. Średnia inicjacji internetowej w szkole podstawowej wynosi 6 lat i 8 miesięcy. Uczniowie szkół średnich (17 l.) deklarują, iż zaczęli samodzielnie używać internetu w wieku – 8 lat. W 2016 roku średnia ta wynosiła 9 lat 5 miesięcy¹⁰. Niektóre dzieci rozpoczynają samodzielne użytkowanie internetu mając zaledwie 4 lata (4,6%). Dzieci coraz wcześniej otrzymują własne urządzenia z dostępem do internetu. Największy odsetek uczniów (40,7%) deklaruje, że pierwszy telefon z dostępem do internetu otrzymało w wieku 9 -10 lat, jednak co piąty nastolatek wskazuje, że już w wieku 7-8 lat miał do dyspozycji telefon z dostępem do sieci (20,5%). Biorąc pod uwagę mobilność takiego urządzenia, można zakładać niekontrolowany dostęp do urządzeń cyfrowych umożliwiających łączenie się z internetem nawet w grupie bardzo małych dzieci.

f) Problemowe użytkowanie internetu (PUI)¹¹

Co trzeci nastolatek (33,6%) ma objawy problemowego użytkowania internetu (PUI), a trzech na stu – osiąga bardzo wysokie wskaźniki problemów (3,2%). Wyniki w poszczególnych podskalach (zjawisko mierzono testem E-SAPS18) wskazują, że najsilniejszymi komponentami PUI są tolerancja (eskalacja częstości i/lub wielkości bodźca) oraz objawy somatyczne spowodowane użytkowaniem smartfona (ból w nadgarstku lub karku, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, zmęczenie, niewyspanie). 64,1% badanych nastolatków przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę korzystania stale ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej, niż zamierzali. Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. 37,9% młodych ludzi podejmuje zakończone niepowodzeniem próby ograniczania korzystania z telefonu, 26,1% z powodu używania go zaniedbuje zaplanowane czynności lub obowiązki. Kategorię nastolatków, która relatywnie najmocniej jest obciążona problematycznym użytkowaniem internetu, są dziewczęta uczęszczające do szkoły ponadpodstawowej.

Co ciekawe, na rzecz możliwości dłuższego spędzania czasu w internecie co trzeci nastolatek (30,6%) byłby gotów zrezygnować z udziału w nabożeństwie, a co piąty z odrabiania lekcji i nauki (23,2%). 27% byłoby w stanie zrezygnować z oglądania telewizji, 20,6% z dodatkowych zajęć pozaszkolnych, 19,7% z wywiązywania się z obowiązków domowych, a 13,4% ze sportu i aktywności fizycznej.

Rodzice mają świadomość problemu, lecz nie mają dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i internet stały się częścią życia ich dzieci. Czterech na pięciu rodziców wskazuje, że ich dziecko powinno mniej korzystać ze swojego telefonu/smartfona (79,6%), jednak większości przypadków rodzice nie doszacowują skali problemu w poszczególnych wskaźnikach PUI np.: tolerancja, wycofanie, objawy somatyczne. Przykładowo tylko 14,8% rodziców dostrzega, że ich dziecko ma problemy w funkcjonowaniu bez smartfona (przyznaje się do tego 31,0% nastolatków), a 26,2% zauważyło nieudane próby ograniczania korzystania z telefonu przez dziecko (takie próby podejmuje 37,9% nastolatków).

Korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci

W badaniach CBOS w 2019 roku po raz pierwszy uwzględniona została kwestia kontaktu małych dzieci z internetem poprzez blok pytań adresowanych do rodziców bądź opiekunów dzieci w wieku 1-5 lat. Z deklaracji rodziców wynika, że z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12. a 23. miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut. Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku, można jednak zauważyć, że najmłodsze dzieci (12–23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2–5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci. Najwięcej badanych mających dzieci poniżej 6. roku życia wykorzystuje urządzenia mobilne do zajęcia czasu nudzącym się podopiecznym. Rzadziej stosuje się je po to, aby dzieci uspokoić, a jeszcze rzadziej, by je za coś nagrodzić lub skłonić do zjedzenia posiłku. Rodzice dzieci w wieku od 2 do 5 lat wyraźnie częściej niż opiekunowie młodszych wprowadzają urządzenia przenośne w celu gratyfikacji oraz niwelowania nudy. Ta ostatnia motywacja – oferowania dzieciom smartfonów i tabletów jako sposobu na nudę – jest najsilniej skorelowana z czasem, jaki spędzają one przed mobilnymi ekranami.

Powyższe dane korespondują z badaniami pod nazwą „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat”¹² przeprowadzonymi przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Badanie wykazało, że nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych, takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Wiek dziecka jest skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym więcej z nich korzysta z urządzeń mobilnych. Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. Większość dzieci korzysta z urządzeń mobilnych z dostępem do internetu (75%). Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad 1 godzinę dziennie. Podobnie jak w badaniu CBOS większość dzieci korzysta wyłącznie z treści adresowanych do dzieci (88%). Badania potwierdzają także sytuacje, w których dzieci mają dostęp do urządzeń mobilnych: rodzice najczęściej umożliwiają korzystanie dzieciom podczas podróży, posiłków i podczas toalety; traktują dostęp do urządzenia mobilnego jako nagrodę, oferują je dzieciom, kiedy się nudzą, płaczą lub marudzą.

III. Propozycje dla samorządów gminnych

Edukacja publiczna

Celem edukacji publicznej w zakresie zdrowia jest dostarczanie informacji i wiedzy na dany temat, kształtowanie świadomości zdrowotnej odbiorców i motywacji do dbania o zdrowie oraz, jeśli zajdzie taka potrzeba, poszukiwanie pomocy.

a) Społeczne postrzeganie problemu

Wyniki pierwszego badania w 2012 roku¹³ wskazały, że **problem uzależnień behawioralnych w porównaniu z uzależnieniami chemicznymi w opinii społecznej ma znacznie mniejszą wagę**. Funkcjonujący w społeczeństwie obraz uzależnień behawioralnych w dużym stopniu oparty był na stereotypach. Hazard postrzegano jako „rozrywkę dla bogatych”, a hazardzistę jako człowieka zamożnego (a przynajmniej mającego pieniądze na grę), o słabym charakterze, a przy tym szukającego silnych wrażeń. W odczuciu społecznym tzw. zakupoholizm to przypadłość przede wszystkim zamożnych, niepracujących kobiet, rozrzutnych, spędzających czas w sklepach, mających słaby charakter, a przy tym próżnych i lekkomyślnych. Siecioholizm natomiast określano jako zjawisko pokoleniowe, któremu sprzyja młody wiek. Uzależnieni od internetu to, zdaniem Polaków, przede wszystkim ludzie młodzi, bez obowiązków, realizujący za pośrednictwem internetu swoją potrzebę kontaktów społecznych lub posiadania przyjaciół. Jeśli chodzi o uzależnienie od pracy, część badanych wskazywała, że praca jako uzależnienie jest w ogóle trudna do zaakceptowania i podawali w wątpliwość istnienie takiego zjawiska; odnotowano raczej aprobatę dla osób poświęcających się pracy. **Brak postrzegania uzależnień behawioralnych w kategoriach problemów wymagających pomocy korespondował z negatywnymi opiniami badanych na temat ewentualnego leczenia tego rodzaju zaburzeń ze środków publicznych**. Społeczeństwo chętniej zgadza się na finasowanie terapii osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków niż od czynności. Ostatni pomiar w 2019 roku wskazuje na powolną zmianę w dostrzeganiu zagrożeń wynikających z uzależnień behawioralnych, jednak nadal tylko hazard ma w odbiorze społecznym „ciężar gatunkowy” zbliżony do uzależnień o charakterze chemicznym. Pozostałe zachowania problemowe postrzegane są jako zdecydowanie mniej niebezpieczne.

b) Upowszechnianie wiedzy

W kontekście przywołanych wyżej wyników badań jednym z zadań gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych powinno być **upowszechnianie wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie/dystrybuowanie materiałów informacyjno-educacyjnych oraz prowadzenie kampanii społecznych**. Jest to jedno z zadań wskazanych do realizacji przez m.in. jednostki samorządu terytorialnego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 w celu operacyjnym 2. Profilaktyka uzależnień w części „uzależnienia od zachowań (uzależnienia od zachowań). W ramach edukacji publicznej warto promować istniejące już strony internetowe dotyczące tej problematyki np. www.uzaleznieniabehawioralne.pl, www.anonimowihazardzisci.org

c) Testy przesiewowe¹⁴

W edukacji publicznej mogą być wykorzystywane testy przesiewowe. Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest **wykrycie zaburzeń na wcześniejszym etapie rozwoju i umożliwienie podjęcia leczenia**, co zapobiega wystąpieniu poważniejszych następstw zaburzenia w przyszłości. Badania pokazują, że testy przesiewowe są skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych. **Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia**. Dzięki wykorzystaniu testów przesiewowych możliwe jest postawienie

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych

(PGSI) (Ferris, Wynne 2001)

0 – nigdy, 1 – czasem, 2 – w większości przypadków, 3 – prawie w każdym przypadku

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

1. stawiając ryzykował/a Pan/Pani więcej, niż w rzeczywistości mógł/a Pan/Pani sobie na to pozwolić?

0 – 1 – 2 – 3 –

2. musiał/a Pan/Pani stawiać wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji?

0 – 1 – 2 – 3 –

3. wracał/a Pan/Pani innego dnia, aby spróbować się odegrać?

0 – 1 – 2 – 3 –

4. pożyczał/a Pan/Pani pieniądze lub sprzedawał/a coś, aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe?

0 – 1 – 2 – 3 –

5. odczuwał/a Pan/Pani, że granie może być Pana/Pani problemem?

0 – 1 – 2 – 3 –

6. czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem w tym stres i lęk?

0 – 1 – 2 – 3 –

7. ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?

0 – 1 – 2 – 3 –

8. czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?

0 – 1 – 2 – 3 –

9. miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?

0 – 1 – 2 – 3 – **Interpretacja wyniku:** Wynik 7 punktów lub powyżej może wskazywać na hazard problemowy.

wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. W USA na podjęcie leczenia decyduje się niecałe 10% osób z zaburzeniami hazardowymi. Z kolei według badania przeprowadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiejś formy leczenia.

IV. Profilaktyka adresowana do dzieci i młodzieży

a) Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Punktem wyjścia dla działań profilaktycznych zarówno w obszarze używania substancji psychoaktywnych, jak i zagrożeń uzależnieniami behawioralnymi jest wiedza o czynnikach chroniących i o czynnikach ryzyka. Duża grupa takich czynników jest wspólna dla większości uzależnień behawioralnych (np. nałogowy hazard, sicioholizm, zakupoholizm, uzależnienie od gier wideo) oraz dla tradycyjnych zachowań ryzykownych (np. używanie substancji psychoaktywnych, przemoc, wykroczenia).

Na podstawie wielu badań za czynniki chroniące uznaje się:

- pozytywne relacje z istotnymi osobami z najbliższego otoczenia, w tym z rodzicami lub opiekunami oraz z rówieśnikami i innymi ważnymi osobami (np. posiadanie naturalnego mentora), kontrola rodzicielska, ale i zaangażowanie rodziców w życie dziecka, ciepło, silne więzi rodzinne, jasne zasady i standardy zachowania, poczucie zaufania i wsparcia,
- cechy i własności indywidualne młodego człowieka (np. towarzyskie usposobienie i zrównoważony temperament), pozytywny obraz siebie (samoocena), kompetencje psychospołeczne,
- jakość szkolnictwa (np. pozytywny klimat szkoły, wysoka jakość nauczania),
- zasoby pozarodzinnego otoczenia społecznego i miejsca zamieszkania (wsparcie wspólnoty religijnej, zorganizowane zajęcia pozaszkolne, bezpieczne sąsiedztwo, dostęp do pomocy itd.).

Do wspólnych czynników ryzyka należą:

- brak wsparcia ze strony rodziców i konflikty w rodzinie,
- silna potrzeba mocnych wrażeń,
- impulsywność i skłonność do ryzyka,
- niska samoocena,
- niepowodzenia w nauce szkolnej,
- słaba więź ze szkołą,
- deficyty w umiejętnościach radzenia sobie ze stresem lub trudnymi emocjami.

Poza uniwersalnymi czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi są również specyficzne w przypadku każdego z uzależnień behawioralnych. Na przykład czynnikami ryzyka nałogowego hazardu są zniekształcenia poznawcze w ocenie szansy na wygraną w grze losowej, predyspozycje do poszukiwania mocnych wrażeń, niska samoocena, deficyty funkcji poznawczych, rówieśnicy, którzy uprawiają gry hazardowe, łatwa dostępność do gier hazardowych, zaniedbania w sprawowaniu opieki rodzicielskiej, reklama konsumpcyjnego stylu życia. Ryzyko problemowego korzystania z internetu jest związane z takimi czynnikami, jak: niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia nastroju, lęk, nieśmiałość, nadpobudliwość psychoruchowa, niewłaściwy monitoring zachowań dziecka w internecie, zaburzenia zachowania i nadużywanie substancji psychoaktywnych. W piśmiennictwie podkreśla się ponadto, iż w przypadku problemowego używania

internetu istotnymi czynnikami ryzyka są nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny (np. niewłaściwy monitoring zachowań dziecka) oraz deficyty relacji rodziców z dzieckiem¹⁵.

b) Wiodące strategie profilaktyczne

Do skutecznych strategii zapobiegania uzależnieniom behawioralnym (podobnie jak w innych zachowaniach ryzykownych młodzieży) należą: rozwijanie kompetencji psychospołecznych dzieci i młodzieży oraz rozwijanie kompetencji wychowawczych rodziców i opiekunów. Ponadto do specyficznych działań profilaktycznych, które zostały uznane za skuteczne, należą: obniżenie pozytywnych oczekiwań związanych z używaniem internetu/graniem w gry hazardowe, korygowanie zniekształceń poznawczych związanych z graniem w gry hazardowe (w tym obszarze ważne jest dostarczanie wiedzy na temat matematycznego prawdopodobieństwa). Realizowane w szkołach programy powinny uwzględniać ww. skuteczne strategie profilaktyczne i być realizowane przez profilaktyków rozumiejących specyfikę pracy z młodzieżą/rodzicami, nie zaś przez osoby do tego nieprzygotowane. Natomiast do nieskutecznych form profilaktycznych należą prelekcje i pogadanki z udziałem byłych hazardzistów. Podobnie sam przekaz wiedzy o objawach zachowania nałogowego nie spowoduje, że młodzież nie będzie narażona na tego rodzaju zachowania. Więcej o skutecznych strategiach profilaktycznych oraz budowie programów na stronie www.programyrekomentowane.pl

c) Strategie informacyjne

Do strategii uzupełniających, czyli wykorzystywanych **łącznie ze strategiami wiodącymi** należy przekaz wiedzy. W tym zakresie w odniesieniu do zagrożeń behawioralnych możliwa jest np. realizacja zajęć edukacyjnych dla rodziców na temat zasad korzystania przez dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z internetu i wskazanie im, jak poprzez wprowadzanie określonych zasad i monitorowanie ograniczyć ryzyko problemowego użytkowania. Podobnie uzasadnione jest przekazanie dzieciom i młodzieży instrukcji, jak używać internetu w sposób bezpieczny i jak zachować zdrową równowagę między korzystaniem z technologii (w internecie i poza nim) a innymi aktywnościami. Więcej informacji oraz materiałów edukacyjnych do wykorzystania m.in. w szkołach znajduje się na stronie <https://akademia.nask.pl> oraz www.dzieckowsieci.pl

Warto upowszechniać także informacje o działającej infolinii **800 100 100**. To **bezpłatna i anonimowa pomoc telefoniczna** i online dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji m.in. w zakresie cyberprzemocy i zagrożeń związanych z nowymi technologiami. Linia czynna od poniedziałku do piątku, w godzinach 12.00-15.00; www.800100100.pl

V. Szkolenia

Na kwestię podnoszenia kompetencji zwraca uwagę Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 w celu operacyjnym 2. Profilaktyka uzależnień w części „Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom”. Znajduje się tam zadanie „Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień”. Poniżej znajduje się przykładowa lista różnych grup zawodowych, które w swojej pracy mogą spotykać się z tematem uzależnień/zagrożeń behawioralnych i dla których w ramach gminnych programów można organizować szkolenia.

1. Nauczyciele i pedagodzy/psycholodzy pracujący w placówkach oświatowych, wychowawczych oraz w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.
2. Profilaktycy.
3. Terapeuci z placówek leczenia uzależnień.

4. Konsultanci w punktach konsultacyjnych. Punkty konsultacyjne nie mogą być miejscem diagnozy i leczenia, ale mogą poszerzyć swoją ofertę o udzielanie konsultacji i informacji w zakresie uzależnień behawioralnych.
5. Pracownicy socjalni i asystenci rodzinni. Służby społeczne, pracując z rodziną, powinny posiadać wiedzę z zakresu różnych problemów, które mogą tam wystąpić, a jednym z nich mogą być uzależnienia behawioralne czy problemowe użytkowanie internetu/gier przez dzieci i młodzież.
6. Kuratorzy sądowi.
7. Lekarze p.o.z. i lekarze psychiatrzy. Zarówno rodziny osób uzależnionych, jak i sami uzależnieni mogą poszukiwać pomocy w związku z różnymi dolegliwościami somatycznymi i psychicznymi, których źródłem może być hazard lub inne zaburzenia czynnościowe.
8. Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Gminne komisje, po pierwsze biorą udział w pracach nad gminnym programem, którego elementem są uzależnienia behawioralne, a po drugie, prowadząc rozmowy motywujące do podjęcia leczenia odwykowego, mogą spotkać się z sytuacją, kiedy osoba zobowiązana jednocześnie problemowo uprawia hazard. Jakkolwiek nie jest to przesłanka do uruchomienia odrębnej procedury, to w przypadku tego rodzaju ustaleń warto przekazać stosowną informację zwrotną klientowi i motywować go do poszukiwania pomocy również z powodu hazardu.
9. Grupy robocze ds. przeciwdziałania przemocy; podobnie jak gminne komisje mogą spotkać się z klientami stosującymi przemoc i jednocześnie z jakimś uzależnieniem behawioralnym.
10. Pracownicy kasyn i zakładów bukmacherskich, w tym szkolenie pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z graczem (sprzedawców, krupierów, kolektorów) z zakresu odpowiedzialnej gry. Ustawa o grach hazardowych wymaga, aby podmiot prowadzący działalność w zakresie gier hazardowych wdrożył regulamin odpowiedzialnej gry. W ich opracowaniu, a także przestrzeganiu, mogą być pomocne szkolenia z zakresu uzależnień behawioralnych¹⁶.

Przypisy

- ¹ Raport z badań CBOS (2019), „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących od hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019”.
- ² Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1880417.
- ³ Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Sierosławski J. (2021), „Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz Kwestionariusz LIE/BET”, Serwis Informacyjny Uzależnienia, nr 1, s. 25-31.
- ⁴ Patrz przypis 2.
- ⁵ Jak wyżej.
- ⁶ Lange R. (2021), „Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów”, Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy (online: <https://thinkstat.pl/publikacje/nastolatki-3-0-raport-z-ogolnopolskiego-badania-uczniow-2021-r>; dostęp z dn. 20.01.2022).
- ⁷ Tanaś M. (red.) (2016), „Nastolatki wobec internetu”, Warszawa: NASK – Instytut Badawczy (online: https://akademia.nask.pl/publikacje/Nastolatki_wobec_internetu_.pdf; dostęp z dn. 20.01.2022).
- ⁸ Bochenek M., Lange R. (2019), „Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów”, Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy (online: <https://thinkstat.pl/publikacje/nastolatki-3-0-edycja-2019>; dostęp z dn. 20.01.2022).
- ⁹ Jak wyżej.
- ¹⁰ Kamieniecki W., Bochenek M., Lange R. (red.) (2017), „Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów”, Warszawa: NASK – Instytut Badawczy (online: https://akademia.nask.pl/publikacje/Raport_z_badania_Nastolatki_3_0.pdf; dostęp z dn. 20.01.2022).
- ¹¹ Patrz przypis 7.
- ¹² Rowicka M. (2020), „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat”, raport z badania (online: [file:///C:/Users/kbnpn/Downloads/RaportAPS%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/kbnpn/Downloads/RaportAPS%20(3).pdf)).
- ¹³ Raport z badań CBOS (2012), „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych” (online: <https://www.kbnpn.gov.pl/portal?id=1768880>).
- ¹⁴ Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Sierosławski J. (2021), „Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz Kwestionariusz Lie/Bet”, Serwis informacyjny Uzależnienia, nr 1, s. 25-31.
- ¹⁵ Ostaszewski K., Pisarska A. (2016), „Profilaktyka nałogów behawioralnych” (w: Habrat B. (red.), Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane zaburzenia uprawiania hazardu, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, file:///C:/Users/admin/AppData/Local/Temp/IPIN_Uzaleznienia%20calosc.pdf (data pobrania 31.01.2022).
- ¹⁶ Link do publikacji adresowanej do firm oferujących gry hazardowe: https://www.fundacja-inspiratornia.pl/_files/ugd/e80288_da-ea0b2fd82486d97b113e271a8cd63.pdf (data pobrania 31.01.2022).

Wytyczne zostały opracowane przez zespół Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i skonsultowane z ekspertami z zakresu profilaktyki i badań w składzie:

1. Anna Borkowska, Zespół Edukacji i Szkoleń, Akademia NASK
2. Sylwester Lewandowski, Urząd Miasta Grudziądz
3. dr hab. Krzysztof Ostaszewski, Instytut Psychiatrii i Neurologii
4. Sławomir Pietrzak, Fundacja Pozytywnej Profilaktyki
5. dr Magdalena Rowicka, Akademia Pedagogiki Specjalnej
6. Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii
7. dr hab. Łukasz Wieczorek, Instytut Psychiatrii i Neurologii
8. Rafał Zwoliński, Urząd Miasta Bydgoszczy