

**Halina Król, Bożena Zboina,
Izabela Sentkowska**

**Styl życia osób uzależnionych od
substancji psychoaktywnych**

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne,
Społeczne i Techniczne 1, 241-258

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Halina Król¹, Bożena Zboina², Izabela Sentkowska³

Styl życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Streszczenie

Celem pracy była ocena stylu życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Badania przeprowadzono w 2013 roku. Objęto nimi 70 mężczyzn w wieku 18 – 30 lat, pacjentów Oddziału Detoksykacji i Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Ciekawość (ponad 40%) i namowa kolegów (prawie 39 %) to główne przyczyny sięgania po narkotyki przez badanych. Podjęcie leczenia było spowodowane wejściem w konflikt z prawem (24,88 %) oraz nacisk ze strony rodziny lub nakaz sądowy (jednakowo blisko 23%) Badani prowadzą antyzdrowotny styl życia (około 83 %). Ponad 74 % badanych nie podejmuje żadnej formy aktywności fizycznej. Słuchanie muzyki (prawie 30 %), oglądanie TV i gra w gry komputerowe (ponad 28 %) stanowią ulubioną formę spędzania wolnego czasu. 75% odżywia się niezdrowo. Zadowolenie z prowadzonego stylu życia potwierdziło 30 % badanych. Tylko niecałe 46% ma świadomość zagrożeń wynikających z antyzdrowotnego stylu życia.

Istnieje pilna potrzeba zwiększenia świadomości wśród młodych ludzi o zagrożeniach jakie wynikają z zażywania substancji psychoaktywnych. Wskazane jest propagowanie aktywności fizycznej i zasad racjonalnego odżywiania. Konieczna jest ustawiczna edukacja na temat skutków antyzdrowego stylu życia.

Słowa kluczowe: styl życia, substancje psychoaktywne, zdrowie, choroba

The style of life of people addicted to psychoactive substances

Summary:

The aim of the project was the evaluation of the style of life of people addicted to psychoactive substances.

The research was conducted in 2013. It covered 70 men aged 18-30, the patients of the Ward of Detoxification and Addiction to Psychoactive Substances Therapy of the Independent Provincial Public Mental Health Care of Dr. Barbara Borzym in Radom. The method of diagnostic survey was used.

¹ Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

² Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

³ Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu

Couriosity (over 40%) and peer pressure (almost 39%) are the main causes of reaching for drugs by the surveyed. The treatment was caused by the conflicts with the law (24,88%) and the pressure from family or court order (similarly almost 23%). The surveyed conduct anti-health style of life (over 83%). Over 74% of the surveyed do not take up any form of physical activity. Listening to music (almost 30%), watching TV and computer games (over 28%) are favourite forms of spending free time. 75% eats unhealthily. Life satisfaction was confirmed by 30% of the surveyed. Only nearly 46% is aware of the dangers resulting from the anti-health style of life. There is an urgent need of rising the awareness of dangers concerning psychoactive substances among young people. Active forms of spending free time and healthy style of life are suggested. There is a need of constant education concerning the dangers of anti-health style of life.

Key- words: Style of life, psychoactive substances, health, illnesses

Wstęp

Narkomania – to jeden z najbardziej bulwersujących opinii publiczną problemów społecznych. Obcość kulturowa zjawiska, często dramatyczne konsekwencje brania narkotyków, zagrożenie dla dzieci i młodzieży są głównymi przyczynami reakcji społecznej, gdzie dominuje lęk i odrzucenie. Jednocześnie, mimo wielu wysiłków w zakresie edukacji społecznej, stan wiedzy na temat narkotyków i narkomani pozostawia wiele do życzenia. Mimo iż większość ludzi postrzega narkomanię w kategoriach choroby, to nadal w świadomości społecznej pokutuje wiele mitów i uprzedzeń.

Pojęcie narkomanii jest pojęciem niejednoznacznym. Najczęściej jest ono stosowane do oznaczania dwóch rodzajów sytuacji związanych z używaniem substancji chemicznych. W wąskim zakresie określenie to dotyczy przyjmowania substancji opiatowych. Natomiast w sensie szerokim oznacza nałogowe używanie różnych substancji psychoaktywnych prowadzących do uzależnienia⁴.

Według ustawy antynarkotykowej – narkomania polega na „stałym lub okresowym używaniu, w celach nie medycznych, środków odurzających lub

⁴ H. Haak, *Przymusowe leczenie narkomanów*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2000.

substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać uzależnienie”⁵.

Początki zażywania narkotyków sięgają tysiący lat wstecz. W różnych kulturach narkotyki zażywane były z różnych powodów, tj. religia, relaks oraz łagodzenie bólu. Terminologia dotycząca stylu życia, jakości życia a także innych rozumianych potocznie w podobny sposób pojęć, takich jak warunki życia, poziom życia, standard życia, stopa życiowa czy sposób życia nie została w Polsce odpowiednio zdefiniowana. Powoduje to często zamieszanie i utrudnia porównywanie między sobą wyników badań⁶.

Panuje pogląd, że definicja stylu życia nie jest jednoznacznie określona, gdyż zależy od „perspektywy podmiotu podejmującego problem”⁷.

Styl życia (ang. *life style*) można traktować jako ogólną charakterystykę aktywności grupy lub jednostki, na podstawie której można odróżnić działania i wartości tej grupy (lub jednostki) od działań i wartości innych grup (lub jednostek)⁸. Z. Pietrasiński wyróżnia m.in. wytwórczy, konsumpcyjny, twórczy czy hedonistyczny styl życia.

Styl życia definiowany jest również jako „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom, lub jako codzienne zachowania, specyficzne dla danej jednostki lub zbiorowości. Zakłada się, iż styl życia kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania bardzo szeroko pojętych warunków życia oraz indywidualnych wzorów

⁵ Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz. U. 1997 nr 75 poz. 468.

⁶ T. Borys, P. Rogala (red.), *Jakość życia na poziomie lokalnym - ujęcie wskaźnikowe*, Wyd. UNDP, Warszawa 2008.

⁷ A. Bańka, *Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy*, [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, Wyd. Gemini, Poznań 1994.

⁸ Z. Pietrasiński, *Sam sięgaj do psychologii*, Wyd. WSiP, Warszawa 1996.

zachowań, zdeterminowanych przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy osobiste jednostek”⁹.

A. Siciński stwierdza, że styl życia „znamienny dla pewnej zbiorowości ludzkiej jest charakterystycznym dla tej zbiorowości - sposobem bycia - w społeczeństwie”¹⁰. A. Adler definiował styl życia, jako swoisty sposób bycia (postrzeganie świata, preferowane wartości, przejawianie motywów i zainteresowań)¹¹. Mimo że zajmował się typologią stylu życia w zależności od rodzaju osobowości (dominująca, społeczna, unikająca), zaznaczał, że styl życia zależy również od środowiska, w którym jednostka się wychowała.

Wydaje się, że nie można mówić o jednolitym środowiskowym stylu życia. Istotny jest charakter miejsca - inny styl życia prowadzą mieszkańcy miasta przemysłowego, a inny mieszkańcy miasta nastawionego na turystykę i rekreację. Styl życia jest też zróżnicowany w zależności od dzielnicy – ponieważ osoby o podobnym stylu życia mają zbliżone preferencje, będą osiedlać się w podobnych rejonach. Wreszcie styl życia zależy od wieku, dochodu, zawodu, klasy społecznej, wykształcenia lub pochodzenia.

W potocznym użyciu jest termin *lifestyle*, który określa działania marketingowe (modę, technologie) dotyczące sposobu życia konsumentów, spójności wyglądu, sposobu myślenia itp.¹². Drugim z terminów jest *way of life*, który może być rozumiany jako styl życia pewnej grupy (np. „*american way of life*”), ale w istocie oznacza “sposób, w jaki człowiek podąża w życiu”.

Inne pojęcia związane ze stylem życia to *pace of life*, określające sposób życia pod względem tempa życia i liczby wykonywanych aktywności

⁹ Z. Słońska, M. Misiura, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1999.

¹⁰ A. Siciński, *Przemiany we współczesnej Polsce*, Wyd. PWN, Warszawa 2009.

¹¹ A. Adler, *The Individual Psychology*, Harper Perennial, New York 1986.

¹² A. Wierczak, *Styl w formie*, Wyd. Press, Warszawa 2008.

oraz *activity patterns*, czyli wzorce aktywności. Całościowa przestrzeń życia została nazywana przez psychologów „*life span*”¹³.

Styl życia istotnie wpływa na zdrowie lub chorobę człowieka. Według WHO „zdrowie jest stanem pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brakiem choroby czy niepełnosprawności”. Zdrowie nie jest stanem lecz procesem polegającym na adaptacji do zaistniałych w określonym czasie wymagań wewnętrznych i zewnętrznych.

Do podstawowych podsystemów zdrowia zalicza się :

- zdrowie fizyczne – prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów
- zdrowie psychiczne – zdolność do logicznego myślenia, rozpoznawania uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, depresją i lekami
- zdrowie społeczne – zdolność do utrzymania prawidłowych relacji z innymi ludźmi i pełnienia ról społecznych
- zdrowie duchowe – u niektórych ludzi związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, a u innych z ich osobistym credo, zasadami zachowania i sposobami utrzymania wewnętrznego spokoju.

Na stan zdrowia ma wpływ wiele niezależnych czynników, które oddziałują również na siebie nawzajem. Są to m.in. uwarunkowania genetyczne, środowisko życia i pracy (ekologia, gospodarka, polityka, finanse, klimat psychologiczny), zachowanie (styl życia: odżywianie, aktywność fizyczna, dbanie o zdrowie, spędzanie czasu wolnego, radzenie sobie ze stresem).

Przez pojęcie „choroba” rozumie się reakcję organizmu na działanie czynnika zewnętrznego, który przekracza zdolności obronne organizmu. Predyspozycje do zdrowia lub choroby mogą wynikać z osobowości. Na osobowość człowieka składa się wiele czynników, m.in. sposób wyznaczania i

¹³ Macmillan English Dictionary. <http://www.macmillandictionary.com> 2010

realizowania celów, układania relacji z innymi ludźmi, radzenia sobie ze stresem.

Zdrowie stanowi podstawową wartość dla każdego człowieka, wartość coraz bardziej uświadamianą i docenianą w miarę wzrostu ogólnej kultury zdrowotnej społeczeństwa. Pojęcie „zachowania zdrowotne” jest terminem trudnym do zinterpretowania. E. Mazurkiewicz uważa, że zachowania zdrowotne „są to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy) w dziedzinie zdrowia (...) jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym; jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych itp.”¹⁴.

Jednym ze szkodliwych dla zdrowia zjawisk jest stres, który wg H. Sely'ego, stanowi sumę wszystkich nieswoistych skutków działania różnych czynników, jakie mogą oddziaływać na ustrój człowieka¹⁵. Mogą być to czynniki przykre, np. ból, gniew, zmęczenie, wstyd lub przyjemne: satysfakcja, miłość, radość. J. Strelau uważa, że stres „to stan, na który składają się silne negatywne emocje oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne przekraczające normalny poziom adaptacji”¹⁶.

Do najbardziej znanych i rozpowszechnionych sposobów pokonania stresu należą: prozdrowotny styl życia, pozytywne myślenie i pozytywne nastawienie do samego siebie, techniki relaksacyjne.

Według WHO uzależnienie lekowe jest to „psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a lekiem, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania leku w sposób ciągły lub okresowy, w celu

¹⁴ E. Mazurkiewicz, *Podstawy wychowania zdrowotnego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2003.

¹⁵ P. Brzozowski, *Teoria i technika pomiaru kontroli i wzmocnień*, PWN, Warszawa 1995.

¹⁶ Ibidem.

doświadczenia jego wpływu na psychikę, a niekiedy, aby uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi leku. Osoba może być uzależniona od więcej niż jednej substancji”¹⁷.

Wyróżniamy uzależnienie psychiczne, fizyczne, społeczne.

Według P. Zimbardo *uzależnienie fizyczne* to „proces, w którym organizm adaptuje się do danego środka i uzależnia się od niego. *Uzależnienie psychiczne* określa jako niepoahamowaną potrzebę przyjmowania danego środka. Pragnienie jego zażycia staje się centralnym problemem w myśleniu człowieka, który „pożąda go” za wszelką cenę”¹⁸. Według Cz. Cekiery *uzależnienie społeczne* wiąże się z zażywaniem narkotyków w grupie ludzi (np. subkulturze młodzieżowej)¹⁹.

Uzależnienie może dotyczyć między innymi narkotyków. *Narkotyk* z greckiego *narkotikus* – „oszałamiający” to „substancja pochodzenia roślinnego lub otrzymywana syntetycznie, powodująca (w zależności od dawki) uspokojenie, uśmierzenie bólu, odurzanie, euforię, sen, nadużywanie jej prowadzi do narkomanii”²⁰.

Według M. Rolnej narkotyki dzieli się na trzy podstawowe grupy:

1. Substancje działające opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy.
2. Środki o oddziaływaniu na ośrodkowy układ nerwowy.
3. Substancje powodujące wywołanie zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego²¹.

Narkomani przejawiają szereg charakterystycznych dla uzależnienia i stylu życia cech osobowościowych. Do najbardziej typowych należą: brak

¹⁷ K. Chmielewska, H. Furga-Baran, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*, SPPiP „Wspólna”, Warszawa 2001; *Encyklopedia Popularna PWN*, Wyd. 19, Warszawa 1985.

¹⁸ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 2001.

¹⁹ Cz. Cekiery, *Profilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, KUL, Lublin 1993.

²⁰ Kopaliński Wł. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wyd. PWN, Warszawa 1971.

²¹ M. Rolna, *Jak nie zostać narkomanem*, KARAN, Warszawa 1999.

świadomości, trudności w podejmowaniu decyzji, niska samoocena, zaburzenia emocjonalne, słabe rozeznanie oraz nieumiejętność rozwiązywania problemów. Ponadto wielu z nich ma braki w umiejętnościach edukacyjnych, zawodowych, społecznych i interpersonalnych, coraz częściej też notuje się głębokie deficyty w dziedzinie przyswajania wiedzy²².

Uzależnieni nie uświadamiają sobie, nie dostrzegają lub nie biorą pod uwagę wpływu własnego zachowania na innych oraz wpływu innych na nich samych. Jedni nie potrafią się zastanowić nad konsekwencjami własnego postępowania, inni potrafią, ale celowo tego nie robią, tłumiąc wątpliwości, myśląc o czymś innym lub zachowując się w sposób impulsywny.

Osoby te wykazują brak rozeznania, zwłaszcza z zakresu rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i oceny konsekwencji własnego zachowania. Trudności te korelują z brakiem panowania nad impulsami i niezdolnością odraczania gratyfikacji, a więc cechami upośledzającymi zdolność oceny sytuacji (myślenia w kategoriach przyczynowo-skutkowych) lub przeszkadzają w korzystaniu z niej²³.

Osoby uzależnione prawie zawsze mają negatywny obraz siebie. Mają problemy z prawidłowym postrzeganiem siebie jako ludzi, którzy coś sobą przedstawiają i jako członków społeczeństwa. Typowa osoba uzależniona nie darzy siebie szacunkiem, a także negatywnie ocenia swoje postępowanie moralno-etyczne i relacje rodzinne. Jej niska samoocena wiąże się nierozzerwalnie z antyspołecznym lub amoralnym zachowaniem, a często również z braniem narkotyków. Uzależnionym trudno siebie lubić i cenić ze względu na to, kim byli i ze względu na postrzegany u siebie brak samokontroli. Wielu już wcześniej, jeszcze zanim zaczęło brać narkotyki, miało niską samoocenę.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

Człowiek o niskiej samoocenie, uzależniony, narkoman patrzący na świat i myślący o tym, że jest on dla niego nieprzychylny, aby przypodobać się grupie wchodzi w relacje, które pozornie zapewnią mu bezpieczeństwo i jakąś przynależność.

Na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych składają się następujące etapy:

- Detoksykacja – usunięcie toksycznej substancji (narkotyku) z organizmu.
- Terapia indywidualna i grupowa – stanowi podstawowy element kuracji we wszystkich placówkach lecznictwa odwykowego. Jej celem jest ułatwienie pacjentowi nabycie tych umiejętności, które będą mu pomagać w zachowaniu trzeźwości oraz w długotrwałym procesie zdrowienia.

Według J. Mellibrudy, głównym celem działania terapeutycznego jest wzmocnienie zaufania do siebie i innych oraz wzrost poczucia godności własnej²⁴.

Podstawowym problemem uzależnionych są nawroty choroby, z zasady połączone z ponownym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W tej trudnej drodze dochodzenia do życia w trzeźwości pomocą służą placówki i ośrodki dla narkomanów z całą gamą programów terapeutycznych.

P. Karpowicz dokonuje podziału tych placówek na:

1. Placówki pierwszego kontaktu
2. Placówki stacjonarne
 - a. ośrodki o programie krótkoterminowym
 - b. ośrodki o programie długoterminowym
3. Oddziały dzienne

²⁴ J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.

4. Opieka środowiskowa, socjoterapia
5. Programy post rehabilitacyjne
6. Hotele²⁵.

W placówkach pierwszego kontaktu osoby zgłaszające się otrzymują pomoc z zakresu poradnictwa i konsultacji. Mają możliwość nawiązania bezpośredniego indywidualnego kontaktu z terapeutą lub psychologiem.

W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych oprócz punktów konsultacyjnych, poradni i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i nielicznych oddziałów dziennych najbardziej rozwinięty i najbogatszy w doświadczenia jest system opieki stacjonarnej krótko- i długoterminowej.

Wykorzystanie metody społeczności terapeutycznej w leczeniu osób uzależnionych uważa się dzisiaj za wydarzenie przełomowe i absolutnie rewolucyjne. W Europie pierwsze profesjonalne wspólnoty terapeutyczne wzorowane na amerykańskim Daytopie powstały w 1970 r. w Wielkiej Brytanii, w 1972 r. w Holandii. W Polsce pierwsza wspólnota terapeutyczna MONAR powstała w 1978 r. w Głuskowie.

Dotychczasowe doświadczenia w wykorzystaniu społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień wskazują jednoznacznie na ogromny potencjał tkwiący w strukturze i atmosferze tych wspólnot, który sprzyja zdrowieniu osób uzależnionych, niedostosowanych społecznie z objawami zaburzeń zachowania czy deficytów psychicznych²⁶.

²⁵ P. Karpowicz, *Kultura współczesna a narkotyki. Przyczynki do zrozumienia fenomenu młodzieżowej narkomanii*, „Problemy Narkomanii” 2001;4;13-22.

²⁶ G. Leon de, *Spoleczność terapeutyczna*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylu życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Problem uzależnienia od narkotyków w głównej mierze dotyczy osób młodych. Dlatego istotne jest poznanie przyczyn sięgania po narkotyki, ale także ukierunkowania młodych osób na walkę z nałogiem.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono w 2013 roku na Oddziale Detoksykacji i Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu. Na oddziale prowadzone jest leczenie somatyczne, psychiatryczne, świadczone jest poradnictwo dla osób uzależnionych, psychoterapia indywidualna oraz psychoterapia grupowa dla osób uzależnionych.

Badaniem objęto 70 mężczyzn w wieku od 18-30 lat, mieszkających zarówno w mieście, jak i na wsi, w różnych rejonach Polski.

Otrzymane wyniki badań poddano analizie ilościowej i jakościowej. Dokonano obliczeń statystycznych z użyciem nieparametrycznego testu Chi-kwadrat χ^2 .

Wyniki

Spośród 70 osób objętych badaniami najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 20 lat (37,14 %). Dość liczną grupę stanowili badani w wieku 25 lat (32,86%). Pozostała grupa to osoby w wieku 18 lat (17,14%), 30 lat (7,14%) i w wieku 26 lat (5,71%).

Wśród badanych zdecydowaną grupę stanowiły osoby pochodzące z miasta - 82,86%. Pozostali (17,14%) mieszkali w środowisku wiejskim. Ponad 74% badanych posiadało wykształcenie średnie, pozostali jednakowo po 11,43% wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe. Tylko niecałe 3%

badanych legitymowało się wykształceniem wyższym. Zdecydowany odsetek badanych sięgał po narkotyki w wieku 15 lat (74,29%) i 16 lat (14,29%).

W opinii badanych skala zjawiska narkomanii jest bardzo duża. Taką opinię wyraziło ponad 74% badanych.

Główną przyczyną sięgania po narkotyki przez samych badanych jest ciekawość (40,26%) i namowa kolegów (38,96%). W dalszej kolejności podane były problemy w szkole (11,04%), oraz w domu (9,74%).

Za najczęstszą przyczynę sięgania po narkotyki badani uznali ucieczkę od problemów (18,66%) i ciekawość (18,08%). W dalszej kolejności podawano nudę (16,91%), samotność (15,74%), trudności rodzinne, brak zajęcia (jednakowo po 12,25%) oraz chęć imponowania innym (6,12%).

Stwierdzono, że badani najchętniej podejmują leczenie detoksykacyjne w szpitalu (27,31%). Z terapii w warunkach ambulatoryjnych skorzystało ponad 21% badanych.

Najbardziej motywujące do podjęcia leczenia przez badanych były konflikty z prawem (około 24%) oraz rodzina i sąd (jednakowo blisko 23%). Własne przekonanie o konieczności podjęcia leczenia wyraziło tylko 15% badanych.

Badani stwierdzili, że głównym motywem podjęcia leczenia przez osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych jest nakaz sądowy (ponad 37%).

Analizując skuteczność leczenia narkomanii, aż 88,57% osób badanych uważa ją za „mało” skuteczną.

Stwierdzono, że 38,57% badanych uważa relacje z rodziną za trudne do określenia. Jednakowo (ponad 24%) określa je skrajnie jako „bardzo dobre” i „złe”.

Analiza badań wykazała, że ponad 57% badanych określa sytuację ekonomiczną swojej rodziny jako „dobrą” i „bardzo dobrą”. Pozostali uważają, że jest „zła”(22,86%) a nawet „bardzo zła”(20%).

Osoby objęte badaniem uznały, że prowadzą antyzdrowotny styl życia (82,86%).

Za zdrowy styl życia badani uznali dobre samopoczucie (29,09%), właściwe odżywianie (23,03%), systematyczną aktywność fizyczną (9,09%) i wszystkie wymienione razem (38,79%).

Z analizy badań wynika, że 74,28% badanych nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej, 11,43% „rzadko”, zaś 14,29% „raz w tygodniu”.

Największą przeszkodą w uprawianiu sportu stanowi dla badanych brak czasu (27,83%). Jako drugą przyczynę badani wymieniają brak finansów 23,48%, następnie brak motywacji 20,87% i nadmierny wysiłek fizyczny 20,87%.

Najchętniej wolny czas badani spędzają słuchając muzyki (blisko 30%), oglądając TV (około 29%), na gry komputerowe (ponad 28%) oraz na sen (11,22%).

Ponad 82% badanych zjada 3 posiłki dziennie, 2 posiłki zjada 11,43% badanych, zaś 5 posiłków tylko 5,71% badanych. Jeden ciepły posiłek w ciągu dnia spożywa „zawsze” 86% badanych.

Stwierdzono, że badani chętnie spożywają jedzenie typu fast-food uznając, że „nie ma czasu na nic innego” (75%). Jednakowo po 12,50% korzysta z takiego jedzenia „rzadko” lub dlatego, że są „smaczne i tanie”.

Z badań wynika, że blisko 53% badanych spożywa posiłki w zależności od godziny powrotu do domu. Ponad 35% badanych spożywa posiłki wtedy „kiedy ma na to ochotę”, zaś jedzenie o stałych godzinach w ciągu dnia deklaruje jedynie 11,43% badanych.

Stwierdzono, że niecałe 46% badanych odżywia się niezdrowo i nie jest aktywna fizycznie. Świadome poczucie zagrożenia zdrowia wynikające ze złego odżywiania i braku aktywności fizycznej podaje 31,43% badanych. Zupełnie nie zwraca na to uwagi 14,29% badanych. Zadowolenie z prowadzonego stylu życia wyraża 30% badanych.

Przeprowadzona za pomocą nieparametrycznego testu χ^2 analiza wybranych zależności związanych ze stylem życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wykazała jedynie taką zależność pomiędzy sytuacją ekonomiczną badanych a poziomem ich wykształcenia ($\chi^2=10,129 > \chi^2_{0,05;3}=7,81$).

Dyskusja

Celem pracy była ocena stylu życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Badaniami objęto grupę 70 mężczyzn uzależnionych od środków psychoaktywnych. Zdecydowana część badanych zamieszkuje środowisko miejskie (prawie 83%). Zdecydowany odsetek badanych legitymuje się wykształceniem średnim (74,28%). Najliczniejszą grupę badanych stanowią osoby w wieku 20 lat (37,14%) i 25 lat (32,86%). Okres inicjacji narkotykowej badanych rozpoczął się w wieku 15 lat (74,29%). Zatem proces uzależnienia od substancji psychoaktywnych rozpoczyna się w młodym wieku i jest procesem postępującym. W opinii badanych zakres zjawiska narkomanii jest bardzo duży (74,29%).

Stwierdzono zróżnicowane przyczyny sięgania po narkotyki, głównie: ciekawość (40,26 %) i namowa kolegów (38,96 %).

Silna chęć posiadania narkotyku, potrzeba upodobniania się do grupy rówieśniczej oraz podniesienie swojego statusu w oczach otoczenia bardzo często sprowadza uzależnionych na drogę przestępstwa. Stąd też motywacja

badanych do leczenia w dużej mierze stymulowana jest z zewnątrz²⁷. Badani przyznali, że głównym powodem podejmowanego leczenia są konflikty z prawem (24,88%) i jednakowo po 22,97% podejmuje leczenie spowodowane naciskiem ze strony rodziny lub nakazem sądowym. Niestety tylko niewiele ponad 15% podaje, że podejmuje leczenie z własnej woli.

Leczenie i pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych zawsze sprawia wiele trudności, co wynika z charakteru choroby. Uzależnienie jest przewlekłe postępującym zaburzeniem, przebiegającym najczęściej pod postacią remisji (okresy abstynencji) i nawrotów (aktywne używanie)²⁸.

W opinii badanych skuteczność leczenia narkomanii jest mała (ponad 88%).

Badani nie potrafili określić swoich relacji z rodziną (ponad 38%), a powyżej 24% uważa je za „złe”. Tylko niewiele ponad 24% badanych określiła te relacje jako „bardzo dobre”. Należy przypuszczać, że relacje z rodziną osób uzależnionych są zaburzone.

Przeprowadzone badania wykazały, że osoby nimi objęte uważają sytuację ekonomiczną swoich rodzin za „dobrą” (ponad 38%), a nawet „bardzo dobrą” (ponad 18%). Jednak pozostali uznali ją za „złą” (ponad 22%), a nawet „bardzo złą” (20%).

Stwierdzono, że badani prowadzą antyzdrowotny styl życia (prawie 83%). Ponad 74% badanych nie podejmuje żadnej formy aktywności fizycznej, a główną tego przyczyną jest brak czasu (ponad 28%). Najchętniej lubią słuchać muzyki (prawie 30%), oglądać TV i grać w gry komputerowe (ponad 28%).

Badani zjadają głównie 3 posiłki dziennie (ponad 83%), a 86% spożywa zawsze ciepły posiłek w ciągu dnia. Jednak preferują jedzenie typu fast-food twierdząc, że nie mają czasu na nic innego (75%), oraz że są smaczne i tanie

²⁷ K. Chmielewska, H. Furga-Baran, *op. cit.*; *Encyklopedia...op.cit.*, P. Zimbardo, *op. cit.*, Cz. Ciekiera, *op. cit.*

²⁸ Cz. Ciekiera, *op. cit.*

(ponad 12%). Badani uważają, iż nie odżywiają się zdrowo i nie są aktywni fizycznie (ponad 45%)²⁹. Zadowolonych ze swojego stylu życia jest tylko 30% badanych.

Wnioski:

1. Badani prowadzą antyzdrowotny styl życia.
2. Głównym powodem sięgania przez badanych po narkotyki jest ucieczka od problemów oraz ciekawość.
3. Osoby badane najchętniej wolny czas spędzają biernie słuchając muzyki, oglądając TV lub przy komputerze. Wskazane jest zwiększenie aktywności fizycznej.
4. Niezbędna jest edukacja zdrowotna badanych odnośnie znaczenia prawidłowego odżywiania się.
5. Konieczna jest edukacja osób uzależnionych na temat skutków antyzdrowotnego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Adler A., *The Individual Psychology*, Harper Perennial, New York 1986.
2. Bańka A., *Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy*, [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, Wyd. Gemini, Poznań 1994.
3. Borys T., Rogala P.(red.), *Jakość życia na poziomie lokalnym - ujęcie wskaźnikowe*, Wyd. UNDP, Warszawa 2008.
4. Brzozowski P., *Teoria i technika pomiaru kontroli i wzmocnień*, PWN, Warszawa 1995.
5. Cekiera Cz., *Profilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, KUL, Lublin 1993.

²⁹ A. Adler, *op. cit.*; A. Wiczerzak, *op. cit.*, E. Mazurkiewicz, *op. cit.*, P. Brzozowski, *op. cit.*

6. Chmielewska K., Furga-Baran H., *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*, SPPiP „Wspólna”, Warszawa 2001.
7. De Leon G., *Spółeczność terapeutyczna*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
8. *Encyklopedia Popularna PWN*, Wyd. 19, Warszawa 1985.
9. Haak H., *Przymusowe leczenie narkomanów*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2000.
10. Karpowicz P., *Kultura współczesna a narkotyki. Przyczynki do zrozumienia fenomenu młodzieżowej narkomanii*, „Problemy Narkomanii” 2001;4;13-22.
11. Kopaliński Wł. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wyd. PWN, Warszawa 1971.
12. *Macmillan English Dictionary*. <http://www.macmillandictionary.com> 2010
13. Mazurkiewicz E., *Podstawy wychowania zdrowotnego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2003.
14. Mellibruda J., Sobolewska- Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
15. Pietrański Z., *Sam sięgaj do psychologii*, Wyd. WSiP, Warszawa 1996.
16. Rolna M., *Jak nie zostać narkomanem*, KARAN, Warszawa 1999.
17. Siciński A., *Przemiany we współczesnej Polsce*, Wyd. PWN, Warszawa 2009.
18. Słońska Z., Misiura M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1999.
19. *Ustawa z dn. 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. Nr 75 poz. 468)
20. Wieczerek A., *Styl w formie*, Wyd. Press, Warszawa 2008.
21. Zimbardo P., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 2001.

