

Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych

Phases of illicit drug use and alcohol consumption among adolescents and young adults

Krzysztof Bobrowski

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Abstract – Introduction. The aim of the study is to analyse differences between groups being in different stages of drug use (occasional use, problem use and dependence) in terms of alcohol consumption, demographic profile and other selected variables.

Method. Questionnaire survey and interviews identifying stages of drug use were conducted among adolescents and the young adults aged 13 to 24 years (63% men, $n = 1350$), who used illegal drugs at least once in the past year. Respondents lived in 58 randomly chosen localities in Poland and were included by snowball sampling. Data were collected by trained drug prevention and therapy specialists.

Results. The regression analyses showed that frequent combined alcohol and drug use increases ($OR = 3$) the probability of problem drug use or dependence. Frequency of drug use in the past year was the strongest factor differentiating stages of drug use ($OR > 40$). Other significant variables included: number of different drugs used, number of different problems resulting from alcohol, cannabis and other drugs use, as well as demographic variables such as size of home community and professional status. Inhabitants of smaller communities (up to 200 thousands), as well as unemployed and those who do not attend school were at a higher risk of problem drug use.

Key words: phases of drug use, risk factors, adolescents, young adults

Streszczenie – Wstęp. Celem pracy jest analiza różnic pomiędzy grupami osób, znajdujących się w różnych fazach używania narkotyków (używanie okazjonalne, problemowe i uzależnienie), w zakresie picia alkoholu, charakterystyki demograficznej i innych wybranych zmiennych.

Metoda. Badania ankietowe i wywiady, diagnozujące fazy używania, prowadzono wśród młodzieży i młodych dorosłych w wieku 13–24 lata (63% mężczyzn, $n = 1350$), którzy w ciągu roku poprzedzającego badania używali nielegalnych substancji psychoaktywnych. Respondenci byli pozyskiwani metodą „kuli śniegowej” w 58 losowo wybranych miejscach w Polsce. Badania prowadzili przeszkoleni specjaliści profilaktyki i terapii uzależnień.

Praca w całości finansowana ze środków budżetowych na naukę w 2007 roku w ramach projektu statutowego IPiN pt. „Wzory i konsekwencje używania przetworów konopi i innych narkotyków przez dorastających”, temat nr 501-102-27.

Wyniki. Wyniki analiz regresji pokazały, że częste łączenie picia alkoholu i używania narkotyków znacząco zwiększało (iloraz szans = 3) prawdopodobieństwo używania problemowego lub uzależnienia od narkotyków. Najsilniejszym czynnikiem różnicującym kolejne fazy używania była częstość używania narkotyków w ostatnim roku (iloraz szans przekraczał 40). Istotne znaczenie miały także inne zmienne: liczba różnych używanych substancji, liczba problemów wynikających z używania konopi lub innych narkotyków i z picia alkoholu oraz zmienne demograficzne: wielkość miejscowości zamieszkania i status zawodowy badanych. Większe ryzyko problemowego używania narkotyków lub uzależnienia mieli mieszkańcy mniejszych miejscowości – do 200 tys. mieszkańców oraz osoby nieuczące się i niepracujące.

Słowa kluczowe: fazy używania substancji psychoaktywnych, czynniki ryzyka, młodzież, młodzi dorośli

WSTĘP

Poznawanie rozwoju zaangażowania części młodych ludzi w używanie substancji psychoaktywnych absorbuje badaczy od ponad 30 lat. Szczególnie ważne i wciąż aktualne w tym obszarze są prace Kandel, rozwijane także przez innych autorów (1). Jest ona autorką koncepcji (Gateway Drug Hypothesis) obrazującej różne możliwe, empirycznie potwierdzone, „ścieżki” w historii używania substancji psychoaktywnych (2). Typowa sekwencja zdarzeń opisywana w tej koncepcji to rozpoczynanie używania od substancji legalnych, jak alkohol czy tytoń, następnie sięganie po marihuanę i w dalszej kolejności – po inne nielegalne substancje, takie jak kokaina czy heroina.

Z upływem czasu powstawały nieco odmienne koncepcje, bazujące na opracowaniach Kandel, na przykład model Collins (3). Podjęto w nim próbę bardziej szczegółowej analizy początków używania. Szczególnie akcentowana w tym modelu była rola upijania się na drodze do sięgania po nielegalne substancje psychoaktywne.

Modele teoretyczne oraz dane empiryczne opisują ważną prawidłowość: w historii rozwoju zaangażowania w używanie substancji psychoaktywnych raczej dominuje zwiększanie się intensywności używania określonej substancji oraz liczby substancji, dołączanie kolejnych, niż ograniczanie, rezygnacja z jednych substancji na rzecz innych. Mówiąc inaczej, picie alkoholu zwiększa nie tylko ryzyko częstszego picia alkoholu w przyszłość i upijania się, ale także używania marihuany i innych nielegalnych substancji (4, 5, 6). Koncepcje powstające w USA mogą mieć pewne zastosowanie do opisu sytuacji polskiej młodzieży, sięgającej po substancje psychoaktywne. Potrzebne są jednak rodzime badania w tym obszarze. Nieco inaczej wygląda bowiem scena narkotykowa w różnych krajach. Substancją obecną wyraźnie na polskim rynku narkotykowym jest amfetamina, natomiast mniej popularne niż w USA jest używanie kokainy (7, 8). Badania w tym obszarze mogą mieć także istotne znaczenie dla kształtowania polityki prewencyjnej i opracowania programów profilaktycznych (9).

Prezentowana praca, podobnie jak cztery równoległe publikowane, powstała w efekcie analizy materiału badawczego, zebranego w związku z opracowywaniem

testów przesiewowych, odnoszących się do problemowego używania przetworów konopi indyjskich oraz innych narkotyków (10). Dane obejmowały dwa źródła informacji: odpowiedzi badanych na pytania ankietowe dotyczące częstości używania różnych substancji i problemów z tym związanych oraz rezultaty wywiadów, ukierunkowanych na diagnozę zaawansowania badanych w używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych. W efekcie tej diagnozy określano fazę używania, to znaczy, czy używanie danej, nielegalnej substancji psychoaktywnej miało charakter okazjonalny, problemowy, czy też było to uzależnienie.

Głównym celem prezentowanej pracy jest analiza różnic pomiędzy grupami osób znajdujących się w różnych fazach używania narkotyków w zakresie picia alkoholu, charakterystyki demograficznej i innych wybranych zmiennych. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy grupy osób badanych, wyróżnionych ze względu na fazy używania nielegalnych substancji, różnią się znacząco pod względem stylu picia alkoholu: częstości picia, upijania się, częstości picia alkoholu i jednoczesnego używania nielegalnych substancji psychoaktywnych?
2. Jaki jest związek pomiędzy fazami używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a liczbą różnych substancji, częstością ich używania oraz liczbą problemów wynikających z ich używania?
3. Czy grupy badanych, wyróżnionych ze względu na fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, różnią się między sobą pod względem charakterystyki demograficznej obejmującej: wiek, płeć, status społeczno-zawodowy i wielkość miejscowości zamieszkania?

METODA

Dobór badanej grupy

Osoby badane dobierano metodą „kuli śnieżowej”. Polega ona na inicjowaniu badań terenowych w określonym miejscu (lub miejscach) i wskazywaniu kolejnych respondentów przez osoby, które same wcześniej uczestniczyły w badaniu. Losowo dobierano miejscowości, w których inicjowane miały być badania. Założono, że dobranych zostanie 100 miejsc, a w każdym z nich będą zrealizowane badania z szesnastoma osobami w wieku 13–18 lat, o zróżnicowanych doświadczeniach w używaniu marihuany lub innych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Procedurę tę przeprowadzono na podstawie danych GUS o liczbie i wielkości miast i gmin. Losowano miejscowości z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby mieszkańców (oznacza to, że im większa miejscowość, tym więcej razy mogła zostać włączona do próby). W efekcie wyłoniono 58 miejscowości z 15 województw. W wylosowanej puli nie znalazła się żadna miejscowość z województwa świętokrzyskiego. Większość miejscowości (dokładnie 42) włączono do próby jedynie raz, ale duże miasta reprezentowane były kilkakrotnie. Na przykład Warszawa – 8 razy, co oznaczało konieczność objęcia badaniami 108 młodych warszawiaków.

W pięciu wylosowanych miejscowościach nie udało się znaleźć realizatorów badań. Dwie z tych miejscowości zostały zastąpione innymi miejscami z danego regionu o podobnej liczbie mieszkańców.

Ogółem zbadano 1350 osób, które w okresie 12 miesięcy poprzedzających badania przynajmniej raz używały jakichkolwiek nielegalnych substancji psychoaktywnych. Część osób została wyszukana przez realizatorów badań na terenie szkół, klubów, osiedli, na ulicach, podwórkach lub poprzez prywatne kontakty (26%). Wszystkie te osoby proszono o umożliwienie kontaktu z innymi potencjalnymi uczestnikami badań. W efekcie, metodą „kuli śniegowej”, dobrano większość próby (60%). Ponadto około 10% stanowiły osoby zgłaszające się do poradni lub ośrodków udzielających pomocy w związku z używaniem substancji psychoaktywnych (10). Braki danych na temat sposobu naboru dotyczyły niespełna 4% osób badanych.

Procedura badań

Realizatorami badań byli licencjonowani terapeuci uzależnień oraz osoby współpracujące z ośrodkami, pomagającymi młodzieży w związku problemami dotyczącymi używania substancji psychoaktywnych, takimi jak MONAR, Kuźnia, Karan, AD, Sedno czy poradnie uzależnień ZOZ. W sumie pozyskano do współpracy 80 osób z 43 ośrodków w całym kraju.

Po przedstawieniu celu badań, zapewnieniu o poufności i anonimowości oraz uzyskaniu zgody, realizatorzy prosili osoby badane o wypełnienie ankiety, a następnie przeprowadzali z nimi wywiad diagnostyczny, w oparciu o instrukcję oraz specjalnie przygotowany arkusz. Celem wywiadu było określenie, czy używanie substancji psychoaktywnych ma charakter okazjonalny, problemowy, czy też osobę badaną można określić jako uzależnioną.

Liczebność badanej próby

W analizach jakościowych wywiadów diagnostycznych podstawowa liczebność próby wynosiła 1344, ponieważ dane uzyskane od sześciu osób były bardzo niekompletne.

W analizach ilościowych wykluczono dane dalszych 24 osób z powodu sprzeczności pomiędzy danymi ankietowymi na temat używania substancji psychoaktywnych a danymi z wywiadów diagnostycznych. Pierwszy rodzaj sprzeczności to sytuacja, gdy w ankiecie pojawiała się informacja o używaniu określonych, nielegalnych substancji, a w diagnozie respondent był określany jako osoba nieużywająca substancji w ostatnim roku. Powody takich rozbieżności nie są znane. Osoba prowadząca badania mogła nie dopytać o szczegóły dotyczące używania różnych substancji, badani mogli udzielać niewłaściwych odpowiedzi w ankiecie, informując o używaniu substancji w okresie wcześniejszym, niż 12 miesięcy poprzedzających badanie, co zweryfikować mógł dopiero wywiad. Drugi rodzaj sprzeczności to sytuacja odwrotna: respondent podawał w ankiecie, że nie używał substancji, a w wyniku wywiadu ustalono, że używał (czasem nawet diagnozowano uzależnienie). Były to przypadki podawania fałszywych informacji w ankiecie, ale także badani nieco inaczej mogli rozumieć definicję „używania” niż autorzy

badania. Ostatecznie podstawowa liczebność próby wynosiła 1320. W części analiz (opisanych w równoległej publikowanej pracy Ostaszewskiego) wykluczono osoby w wieku 20 i więcej lat, a więc takie, których wiek wyraźnie przekraczał zakładaną wstępnie w badaniach górną granicę 18 lat (21 osób).

Narzędzia badawcze, wskaźniki

Ankieta wypełniana na początku badania zawierała 14 pytań opisujących częstość używania różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, 8 pytań opisujących częstość picia alkoholu i upijania się oraz trzy pytania dotyczące używania alkoholu razem z narkotykami (pytania zaczerpnięte z kwestionariusza ESPAD). Z reguły każde z tych pytań miało 7 kategorii odpowiedzi, np. nie używał, 1–2 razy, do 40 i więcej razy (w ostatnim roku). Kilkadziesiąt pozostałych pozycji kwestionariusza opisywało różnorodne negatywne konsekwencje i problemy, wynikające z używania narkotyków, marihuany lub alkoholu. Badani określali jedynie, czy w ciągu ostatniego roku doświadczali (bądź też nie) określonych problemów i nie badano w tym obszarze częstotliwości występowania poszczególnych problemów.

Na podstawie pytań ankietowych skonstruowano kilka złożonych wskaźników, charakteryzujących używanie narkotyków:

- częstość używania narkotyków w ostatnim roku – w przypadku używania kilku substancji była to wartość maksymalna, odpowiadająca najczęściej używanej substancji (zakres wartości skali od 1 do 40 i więcej razy);
- liczba różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych używanych w ostatnim roku – wskaźnik sumował liczbę substancji, których używanie badani potwierdzali w ankiecie (niezależnie od częstości używania, zakres wartości od 1 do 11);
- liczba różnych problemów doświadczanych w ostatnim roku z powodu używania marihuany, zakres wartości od 0 do 21;
- liczba różnych problemów doświadczanych w ostatnim roku z powodu używania innych niż marihuana narkotyków – zakres wartości od 0 do 21.

Główne wskaźniki charakteryzujące picie alkoholu były następujące:

- częstość upijania się w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu (zakres wartości skali od 0 do 40 i więcej razy);
- częstość picia alkoholu w ostatnim roku razem z używaniem narkotyków – maksymalna wartość z odpowiedzi na dwa pytania: o częstość używania alkoholu razem z marihuaną oraz alkoholu z innym narkotykiem (zakres j.w.);
- liczba różnych problemów doświadczanych w ostatnim roku z powodu picia alkoholu – zakres wartości od 0 do 14.

Pozostałe wskaźniki picia alkoholu:

- częstość picia alkoholu w ostatnim roku i miesiącu
- częstość picia piwa, wina i wódki w ostatnim miesiącu (zakres wartości skal od 0 do 40 i więcej razy);
- „binge drinking” – częstość picia w ostatnim miesiącu pięciu lub więcej „drinków” z rzędu (zakres od 0 do 10 i więcej).

Ankieta oraz arkusz diagnostyczny zawierały także pewną pulę danych socjo-demograficznych, charakteryzujących respondentów: płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania (mierzoną liczbą mieszkańców) oraz uczęszczanie do szkoły i/lub podejmowanie pracy zarobkowej. W obliczeniach statystycznych wszystkie wskaźniki zmiennych miały postać dychotomiczną: wiek z podziałem do 16 r.ż. i powyżej, wielkość miejscowości zamieszkania z podziałem według mediany na mniejsze i większe miejscowości (powyżej 200 tys. mieszkańców) oraz status zawodowy – wskaźnik obejmował dwie kategorie osób, które uczyły się lub pracowały oraz te, które ani nie uczyły się ani nie pracowały.

Wywiady, prowadzone z uczestnikami według przyjętych założeń, stanowiły odrębną część badań, miały być niezależne od danych ankietowych i opierały się na informacjach udzielanych ustnie przez osoby badane. Każda osoba w wyniku wywiadu otrzymywała dwie diagnozy: pierwsza określała stopień zaawansowania w używaniu marihuany, a druga dotyczyła innych substancji psychoaktywnych. Kryteria diagnostyczne opisano precyzyjnie w instrukcji dla realizatorów badań.

Używanie narkotyków w sposób okazjonalny definiowane było jako względnie rzadkie, w stosunkowo niewielkich ilościach i nie prowadzące do powstania szkód zdrowotnych lub społecznych (11).

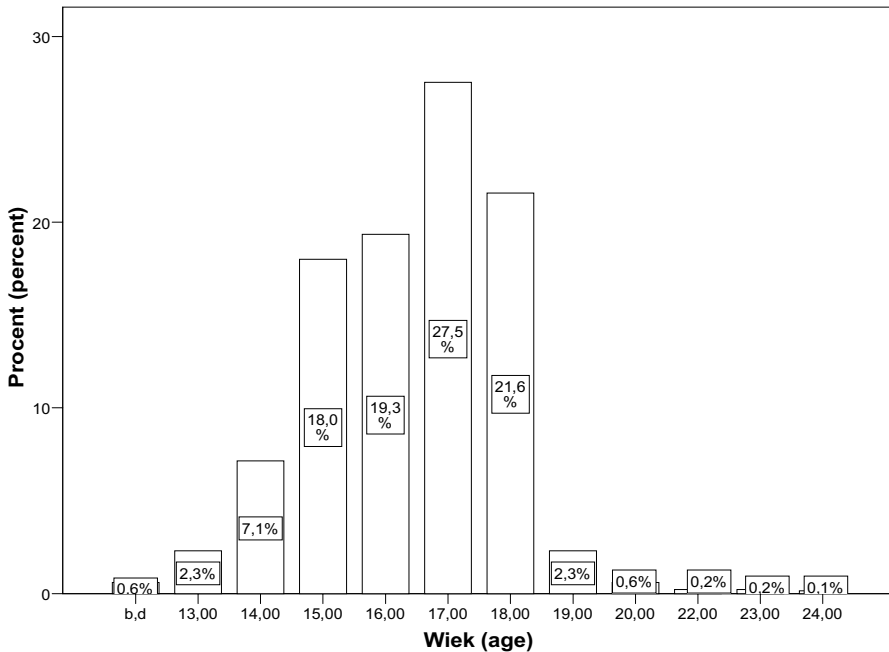
Używanie problemowe oznaczało używanie na tyle ważne dla nastolatka, że prowadzące do zmian w jego stylu życia i orientacji życiowej. Dla postawienia diagnozy problemowego używania narkotyku konieczne było współwystępowanie dwóch czynników: używanie substancji psychoaktywnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz wystąpienie zmiany związanej z używaniem substancji w relacjach z otoczeniem lub w wymiarze psychofizycznym, a więc: w relacjach z osobami bliskimi lub przyjaciółmi, w szkole, pojawienie się problemów z wymiarem sprawiedliwości, finansowych, dotyczących snu lub jedzenia, upośledzenie kontroli własnego zachowania, zmiany w funkcjonowaniu poznawczym (12).

Uzależnienie diagnozowano natomiast na podstawie kryteriów ICD-10 i oznaczało wystąpienie przynajmniej trzech z sześciu przejawów zespołu uzależnienia (silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji, upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem, fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego, wzrost tolerancji, silne pochłonięcie sprawą przyjmowania substancji, uporczywe przyjmowanie substancji pomimo szkodliwych następstw).

Na podstawie dwóch diagnoz dotyczących używania marihuany oraz używania innych narkotyków skonstruowano jeden, ogólny wskaźnik zaawansowania w używaniu nielegalnych substancji psychoaktywnych. Dla danej osoby określał zawsze wyższą fazę używania z tych dwóch składowych. Jeśli na przykład uzależnieniu od marihuany towarzyszyło problemowe lub okazjonalne używanie innych substancji, wtedy ogólny wskaźnik określał fazę używania jako uzależnienie.

Charakterystyka badanej grupy

Najliczniej reprezentowani byli w próbie młodzi mieszkańcy z województw śląskiego i mazowieckiego (odpowiednio 13 i 12% badanej próby). Nieco mniejsze grupy badanych (8,5 i 10,5%) pochodziły z terenów dolnośląskiego, lubelskiego,



Rys. 1.
Rozkład wieku w badanej próbie (N = 1344)
Age distribution within the study group (N = 1344)

łódzkiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego. Znaczące liczebnie reprezentacje miały jeszcze województwa: małopolskie (6,7%), wielkopolskie (3,1%), opolskie (2,5%) i warmińsko-mazurskie (2,2%). Najmniejsze odsetki badanych odnotowano w przypadku województw podkarpackiego, podlaskiego i zachodnio-pomorskiego (poniżej 1,5%).

W próbie dominowały liczebnie osoby pochodzące z dużych miast, liczących powyżej 200 tysięcy mieszkańców, które stanowiły ponad 40% badanej grupy. Warto w tym miejscu zauważyć, że w ogólnej populacji polskiej, według danych GUS, odsetek ten jest dwukrotnie mniejszy i wynosi ok. 20% (13). W badanej próbie stosunkowo mało było mieszkańców wsi i małych miast (razem ok. 29%). Tymczasem w ogólnej populacji polskiej sami tylko mieszkańcy wsi stanowią ponad 1/3.

Zgodnie ze wstępnymi założeniami objęto badaniami przede wszystkim osoby w wieku 13–18 lat (95,8%, rys. 1). Najliczniejsza przy tym była grupa 17-latków (28%), a stosunkowo mało liczne grupy 13 i 14-latków (razem 9,4%). W próbie znalazły się także osoby starsze, niż wstępnie zakładano, w wieku 19–24 lata (3,5%).

W całej przebadanej grupie 1344 osób znajdowało się niemal dwukrotnie więcej mężczyzn (63,1%) niż kobiet (36,5%), przy czym pięć osób nie określiło swojej płci w ankiecie.

Status społeczno-zawodowy związany był z wiekiem osób badanych. Ponad 90% badanej grupy to uczniowie, spośród których większość uczęszczała do szkół

ponadgimnazjalnych (57%). Niespełna 5% badanych podejmowało pracę zarobkową. Z reguły były to prace dorywcze (4%), a kilka osób było zatrudnionych w ramach umowy o pracę. Ponad 3% badanych ani nie uczęszczało do szkoły ani nie zajmowało się (nawet okresowo) pracą.

Analizy statystyczne

W pierwszym etapie analizowano różnice pomiędzy grupami osób znajdujących się w różnych fazach używania ze względu na zmienne socjodemograficzne oraz pozostałe zmienne charakteryzujące picie alkoholu oraz używanie innych substancji psychoaktywnych. Ze względu na charakter tych zmiennych (porządkowe i binarne) stosowano na tym etapie testy: chi-kwadrat oraz testy U Mann-Whitney i H Kruskal-Wallis (nieparametryczne odpowiedniki testu t-Studenta i analizy wariancji).

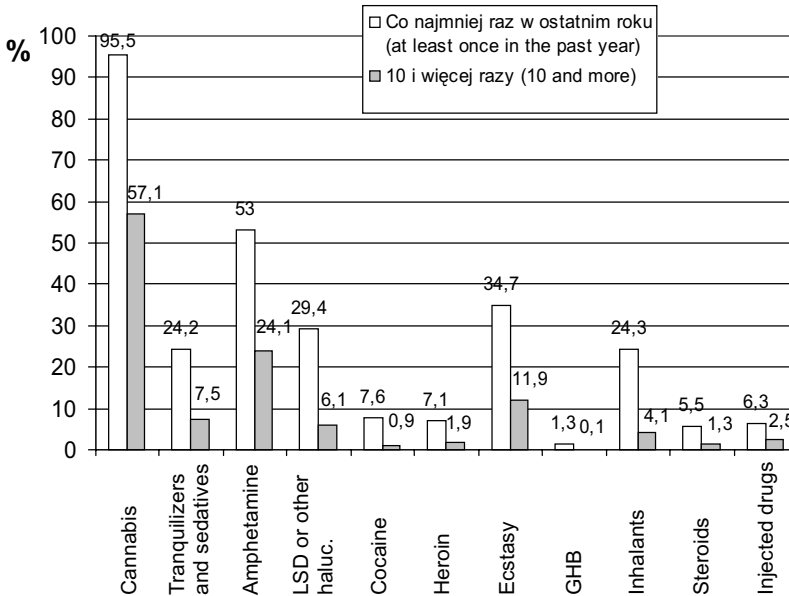
W drugim etapie zastosowano wielozmiennowe, hierarchiczne analizy regresji logistycznej, których celem było zidentyfikowanie zmiennych w największym stopniu wyjaśniających różnice pomiędzy grupami osób badanych, znajdujących się w różnych fazach używania narkotyków. W analizach tych uwzględniono wszystkie zmienne socjodemograficzne. Pozostałe zmienne mierzone były na skalach o różnej liczbie kategorii – od 7 do 21. Przed wprowadzeniem ich do analiz sprawdzono je wszystkie do postaci zawierającej trzy kategorie (kierując się rozkładem każdej zmiennej). Zabieg ten, z jednej strony, uniezależnił porównanie mocy predykcyjnej zmiennych od różnic w skali pomiarowej. Z drugiej strony, uzyskane wyniki stały się bardziej klarowne, łatwiejsze do interpretacji. Dotyczyło to zmiennych charakteryzujących używanie narkotyków oraz głównych wskaźników opisujących picie alkoholu.

WYNIKI

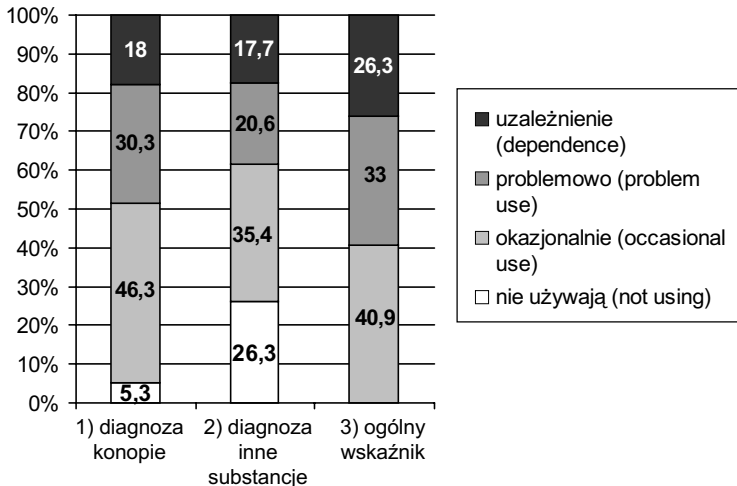
Picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych w badanej grupie

Według danych ankietowych około 80% respondentów (spośród 1320) piło alkohol w okresie 30 dni poprzedzających badanie. Wszystkie te osoby piły w tym okresie piwo, około 50% – wódkę, a 1/3 – wino. Ponad połowa badanych potwierdziła, że co najmniej raz upiła się w okresie 30 dni poprzedzających badanie, a w okresie ostatnich 12 miesięcy doświadczała problemów związanych z piciem alkoholu. Najczęściej występujące problemy to: kłótnia lub sprzeczka (37%) oraz bójki (22%), problemy z rodzicami (26%), zniszczenie rzeczy lub ubrania (20%).

Dane ankietowe informują także o rozpowszechnieniu używania w ostatnim roku innych substancji psychoaktywnych (rys. 2). Najczęściej używana była marihuana (95%), następnie amfetamina (53%), ekstazy (35%), halucynogeny (29%), substancje wziewne oraz środki uspokajające i nasenne (po ok. 24%). Pozostałe substancje psychoaktywne używane były przez o wiele mniejsze odsetki badanych (6–8%).



Rys. 2.
Rodzaje narkotyków używanych w badanej grupie; N = 1320
Drug consumption within the study group (N = 1320)



Rys. 3.
Rozkłady wyników diagnoz dotyczących używania konopi, innych substancji oraz diagnoza ogólna – niezależna od używanej substancji
Drug consumption stages by type of drug: 1) cannabis, 2) other substances, 3) general indicator

Wywiady diagnostyczne dostarczyły informacji o stopniu zaawansowania badanych w używaniu substancji psychoaktywnych (rys. 3). I tak, około 18% badanej grupy stanowiły osoby uzależnione od marihuany, podobna część to uzależnieni

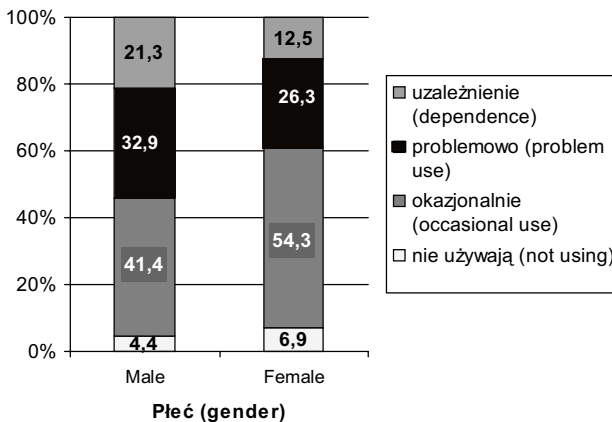
od innych substancji. W fazie problemowego używania marihuany było ok. 30% badanych, a w przypadku innych substancji – 21%. Okazjonalni użytkownicy marihuany to 46%, innych substancji – 35%.

Większość badanych (ok. 68%) używała oprócz marihuany także innych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Jeśli analizujemy rozkłady faz używania, niezależnie od rodzaju używanej substancji, wtedy wyniki wywiadów przedstawiają się następująco: uzależnieni – 26%, problemowi użytkownicy – 33% i okazjonalni – 41%.

Zmienne demograficzne a fazy używania narkotyków

Wśród mężczyzn, w porównaniu z kobietami, a także w grupie starszych osób badanych (powyżej 16 r.ż.), w porównaniu z młodszymi oraz wśród mieszkańców mniejszych miejscowości (poniżej 200 tys.), w porównaniu z mieszkańcami dużych miast – częściej diagnozowano uzależnienie i problemowe używanie substancji psychoaktywnych (tab. 1). Największe różnice dotyczyły statusu zawodowego badanych: w grupie osób nieuczących się i niepracujących aż 83% to osoby z diagnozą uzależnienia, podczas gdy wśród pozostałych – uczących się lub pracujących – osoby uzależnione stanowiły 1/4.

Analizowano także związki pomiędzy zmiennymi demograficznymi i fazami używania konopi oraz fazami używania innych nielegalnych substancji. Zidentyfikowano tylko jedną istotną różnicę. Relatywnie mniej kobiet, w porównaniu z mężczyznami, było uzależnionych i mniej używało konopi problemowo (rys. 4). Tego typu różnice ze względu na płeć nie występowały w przypadku faz używania innych substancji niż konopie. Czynnikiem decydującym o takich wynikach może być po prostu inna częstość używania konopi w zależności od płci. Jak sprawdzono, mężczyźni z badanej grupy używali konopi średnio blisko 20 razy w ostatnim roku, natomiast kobiety zdecydowanie mniej często – około 12 razy, czyli przeciętnie raz w miesiącu.



Rys. 4.

Rozkład wyników diagnoz dotyczących używania konopi indyjskich a płeć ($\chi^2 = 31,8$; $p < 0,001$)
Cannabis consumption stages by gender ($\chi^2 = 31,8$; $p < 0,001$)

Tabela 1.

Relacje pomiędzy zmiennymi demograficznymi a fazami używania substancji psychoaktywnych
 Stage of drug use by sociodemographic characteristics

Zmienne <i>Variables</i>	Kategorie <i>Categories</i>	Faza używania <i>Stage of drug use</i>			Chi ²
		Okazjonalne <i>Occasional use</i>	Problemowe <i>Problem use</i>	Uzależnienie <i>Dependence</i>	
Płeć <i>Gender</i>	Mężczyźni (<i>Men</i>) n = 834	36,3%	34,9%	28,8%	18,226**
	Kobiety (<i>Women</i>) n = 481	48,2%	29,5%	22,2%	
Wiek <i>Age</i>	Do 16 lat (<16 years old) n = 616	46,8%	31,2%	22,1%	18,840**
	> 16 lat (> 16 years old) n = 697	35,6%	34,4%	30,0%	
Wielkość miejscowości zamieszkania <i>Size of community</i>	Do 200.000 (<200.000) n = 743	37,3%	34,3%	28,4%	8,373*
	>200.000 n = 577	45,1%	31,0%	23,9%	
Status zawodowy <i>Professional status</i>	Nie uczy się i nie pracuje (<i>does not attend school & unemployed</i>) n = 47	2,1%	14,9%	83,0%	81,526**
	Pozostali (<i>others</i>) n = 1273	42,1%	33,5%	24,4%	

** – $p < 0,001$; * – $p < 0,05$

Picie alkoholu a fazy używania narkotyków

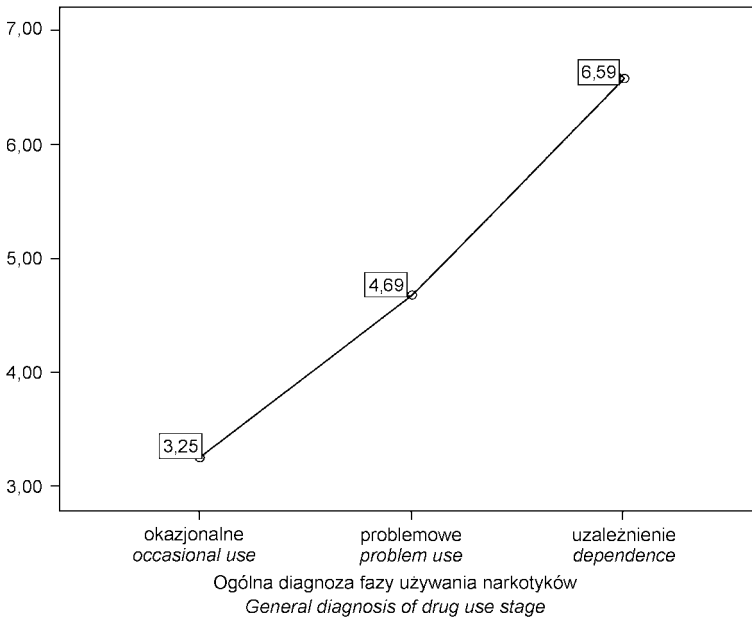
Grupy osób badanych, znajdujących się w różnych fazach używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, istotnie różniły się w zakresie wszystkich wskaźników opisujących picie alkoholu (tab. 2). Większemu zaawansowaniu w używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych towarzyszyło częstsze picie alkoholu i upijanie się. Na przykład picie alkoholu w ostatnich 30 dniach: w fazie okazjonalnego używania średnia częstość picia wynosiła ponad 3 razy, w fazie problemowego używania – 4,7, a w fazie uzależnienia badani pili alkohol średnio 6,6 razy (rys. 5). Wartości statystyki „z” i odpowiadające im poziomy istotności obliczone w teście U Mann-Whitney świadczą o istotnym statystycznie zróżnicowaniu pod względem częstości picia alkoholu grup osób badanych, wyróżnionych ze względu na fazy używania, a więc zarówno okazjonalnych i problemowych użytkowników narkotyków, jak i osób uzależnionych (tab. 2). Z kolei wartość chi-kwadrat w teście

Tabela 2.
 Relacje pomiędzy zmiennymi opisującymi picie alkoholu a ogólną diagnozą faz używania narkotyków
 Drinking patterns by drug use stage

Wskaźniki opisujące picie alkoholu <i>Indicators of alcohol drinking</i>	Fazy używania narkotyków <i>Stages of drug use</i>	N	Średnie* <i>Means*</i>	Używanie okazjonalne vs problemowe <i>Occasional use vs problem use</i>		Używanie problemowe vs uzależnienie <i>Problem use vs dependence</i>		Porównanie wszystkich trzech faz <i>Comparison of all three stages</i>	
				Test U Mann-Whitney		Test U Mann-Whitney		Test H Kruskal-Wallis	
				Z	P	Z	P	Chi ²	P
Picie alkoholu – ostatnie 12 miesięcy <i>Alcohol drinking – past 12 months</i>	Okazjonalne <i>Occasional</i>	531	15,9567	-5,634	,000			82,249	,000
	Problemowe <i>Problem</i>	432	21,1505			-3,715	,000		
	Uzależnienie <i>Dependence</i>	343	25,4052						
Picie alkoholu – ostatnie 30 dni <i>Alcohol drinking – past 30 days</i>	Okazjonalne	525	3,2533	-5,060	,000			57,207	,000
	Problemowe	424	4,6910			-2,790	,005		
	Uzależnienie	333	6,5946						
Picie piwa – ostatnie 30 dni <i>Beer drinking – past 30 days</i>	Okazjonalne	532	3,8045	-5,411	,000			57,703	,000
	Problemowe	432	5,7153			-2,379	,017		
	Uzależnienie	343	7,8717						
Picie wina – ostatnie 30 dni <i>Wine drinking – past 30 days</i>	Okazjonalne	503	,6302	-3,705	,000			42,207	,000
	Problemowe	414	1,1787			-2,995	,003		
	Uzależnienie	327	2,9572						
Picie wódki – ostatnie 30 dni <i>Vodka drinking – past 30 days</i>	Okazjonalne	511	1,0098	-4,272	,000			47,051	,000
	Problemowe	412	1,8107			-2,866	,004		
	Uzależnienie	328	3,3079						

Wskaźniki opisujące picie alkoholu <i>Indicators of alcohol drinking</i>	Fazy używania narkotyków <i>Stages of drug use</i>	N	Średnie* <i>Means*</i>	Używanie okazjonalne vs problemowe <i>Occasional use vs problem use</i>		Używanie problemowe vs uzależnienie <i>Problem use vs dependence</i>		Porównanie wszystkich trzech faz <i>Comparison of all three stages</i>	
				Test U Mann-Whitney		Test U Mann-Whitney		Test H Kruskal-Wallis	
				Z	P	Z	P	Chi ²	P
Upijanie się (5> drinków z rzędu) – ostatnie 30 dni <i>Binge drinking – past 30 days</i>	Okazjonalne	533	1,5141	–5,890	,000			63,686	,000
	Problemowe	431	2,4385			–2,077	,038		
	Uzależnienie	340	3,0794						
Upicie się – ostatnie 30 dni <i>Alcohol intoxication – past 30 days</i>	Okazjonalne	516	,9360	–6,316	,000			85,628	,000
	Problemowe	420	1,7167			–3,447	,001		
	Uzależnienie	336	3,6429						
Upicie się – ostatnie 12 miesięcy <i>Alcohol intoxication – past 12 months</i>	Okazjonalne	535	5,0636	–7,422	,000			148,463	,000
	Problemowe	432	8,3912			–5,555	,000		
	Uzależnienie	343	14,2362						
Alkohol razem z narkotykami – ostatnie 12 miesięcy <i>Combined alcohol and drug use – past 12 months</i>	Okazjonalne	533	2,0488	–14,402	,000			457,340	,000
	Problemowe	433	8,4988			–10,254	,000		
	Uzależnienie	346	19,4884						
Liczba różnych problemów wynikających z picia alkoholu <i>Number of problems resulting from alcohol drinking</i>	Okazjonalne	537	1,1415	–5,945	,000			126,253	,000
	Problemowe	434	1,9747			–5,672	,000		
	Uzależnienie	349	3,2837						

* Kategorie odpowiedzi na pytania o częstość picia alkoholu i upijania się miały postać przedziałów: 1–2, 3–5 ... 40 razy lub więcej. Średnie wyliczono przyjmując dolne wartości przedziałów wyróżniane w kategoriach odpowiedzi, tzn. 1, 3 40.



Rys. 5.

Częstość picia alkoholu (ostatnie 30 dni) a fazy używania narkotyków
 Frequency of alcohol consumption (past 30 days) by stage of drug use

H Kruskal-Wallis stanowi miarę zróżnicowania wszystkich trzech grup wyróżnionych ze względu na fazy używania narkotyków. Najwyższe wartości tej statystyki dotyczą trzech wskaźników: częstości picia alkoholu razem z używaniem narkotyków, liczby problemów wynikających z picia alkoholu oraz częstości upijania się w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W związku z tym możemy powiedzieć, że w zakresie tych właśnie wskaźników najbardziej różnią się grupy znajdujące się w kolejnych fazach używania nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Sprawdzono, że dla obrazu związków pomiędzy fazami używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a piciem alkoholu nie ma istotnego znaczenia to, czy analizujemy fazy opisujące używanie konopi indyjskich czy też fazy używania innych narkotyków. Z tego powodu prezentowane są dalej wyniki dla ogólnego wskaźnika, który opisuje fazy używania niezależnie od rodzaju substancji psychoaktywnej.

Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych a fazy używania narkotyków

Wszystkie zmienne charakteryzujące używanie substancji (w ostatnim roku), a więc: częstość używania, liczba różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych, liczba różnych problemów wynikających z używania konopi i innych narkotyków, w istotny sposób (na poziomie $p < 0,001$) różnicowały grupy okazjo-

nalnych i problemowych użytkowników oraz osób uzależnionych. Jak można było przypuszczać, najwyższe wartości wskaźników opisujących używanie odnotowano w grupie osób uzależnionych, istotnie niższe – w grupie problemowych użytkowników, a najniższe – wśród osób okazjonalnie używających nielegalnych substancji psychoaktywnych (tab. 3).

Analizy regresji

W pierwszym etapie w hierarchicznej analizie regresji logistycznej wyjaśniano różnice pomiędzy okazjonalnym a problemowym używaniem narkotyków lub uzależnieniem, a w drugim etapie – pomiędzy uzależnieniem a pozostałymi fazami używania.

Wyniki pierwszego etapu analiz wskazują, że zmienną najsilniej różnicującą osoby używające narkotyków okazjonalnie i problemowo jest częstość używania narkotyków (tab. 4). Częstość w przedziale 10–39 razy w roku zwiększała ryzyko problemowego używania narkotyków ponad 4-krotnie. Natomiast jeśli wynosiła 40 razy lub więcej w ciągu roku, wtedy to ryzyko było około 20-krotnie większe.

Kolejną pod względem znaczenia zmienną wyjaśniającą była liczba różnych problemów wynikających z używania narkotyków w ostatnim roku. Jeśli badani wymieniali 6 lub więcej problemów, wtedy prawdopodobieństwo, że zostaną zdiagnozowani jako problemowi użytkownicy lub uzależnieni wzrastało 17-krotnie. Mniejsze, ale istotne znaczenie miała liczba różnych problemów związanych z używaniem przetworów konopi (iloraz szans osiągał wartość 6).

W równaniu regresji istotnym czynnikiem okazała się liczba używanych substancji. Jeśli nie była to jedna, lecz dwie–trzy substancje, prawdopodobieństwo problemowego używania wzrastało 2,5-krotnie, a przy jeszcze większej liczbie substancji – nawet 3,5-krotnie. Podobne znaczenie miało picie alkoholu. Jeśli badani łączyli używanie narkotyku z piciem alkoholu 10 lub więcej razy w ciągu roku, to szanse problemowego używania wzrastały 3-krotnie.

Spśród czterech zmiennych demograficznych istotna w równaniu regresji była tylko jedna: wielkość miejscowości zamieszkania. Mieszkańcy mniejszych miejscowości, poniżej 200 tys. ludności, w porównaniu z mieszkańcami większych miast, częściej byli diagnozowani jako problemowi użytkownicy narkotyków lub osoby uzależnione.

W drugim etapie obliczeń regresji analizowano czynniki różnicujące grupę osób uzależnionych od pozostałych grup, czyli okazjonalnych i problemowych użytkowników narkotyków (tab. 5). Wyniki, podobnie jak w poprzedniej analizie, wskazują na istotne znaczenie wszystkich czterech zmiennych charakteryzujących używanie narkotyków, ale w tym przypadku nieporównanie większe znaczenie miała częstość używania narkotyków. Jeśli badani używali ich 40 razy lub więcej w ostatnim roku, wtedy ryzyko diagnozy uzależnienia wzrastało 42 razy. Ponadto w równaniu regresji znalazła się jedna zmienna dotycząca alkoholu – liczba różnych problemów wynikających z picia (co najmniej 3 problemy) oraz jedna zmienna demograficzna – tym razem status zawodowy: większe ryzyko diagnozy uzależnienia (blisko 6 razy) związane było z niepodejmowaniem ani pracy ani nauki.

Tabela 3.

Relacje pomiędzy zmiennymi charakteryzującymi używanie narkotyków w ostatnim roku a ogólną diagnozą używania substancji
Drug consumption and drug-related problems by stages of drug use

Wskaźniki opisujące używanie narkotyków w ostatnim roku <i>Indicators of drug use in the past year</i>	Fazy używania narkotyków <i>Stages of drug use</i>	N	Średnie* <i>Mean*</i>	Używanie okazjonalne vs problemowe <i>Occasional use vs problem use</i>		Używanie problemowe vs uzależnienie <i>Problem use vs dependence</i>		Porównanie wszystkich trzech faz <i>Comparison of all three stages</i>	
				Test U Mann-Whitney		Test U Mann-Whitney		Test H Kruskal-Wallis	
				Z	P	Z	P	Chi ²	P
Liczba różnych problemów wynikających z używania konopi <i>Number of problems resulting from cannabis use</i>	okazjonalne <i>occasional</i>	537	1,3035	-16,019	,000			487,284	,000
	problemowe <i>problem</i>	434	4,8986			-8,234	,000		
	uzależnienie <i>dependence</i>	349	7,7851						
Liczba różnych problemów wynikających z używania narkotyków <i>Number of problems resulting from drug use</i>	okazjonalne	537	1,0391	-18,327	,000			672,465	,000
	problemowe	434	4,8318			-12,508	,000		
	uzależnienie	349	9,3266						
Częstość używania narkotyków* <i>Frequency of drug use*</i>	okazjonalne	537	7,5121	-17,184	,000			666,110	,000
	problemowe	434	22,8318			-12,418	,000		
	uzależnienie	349	35,7278						
Liczba różnych używanych narkotyków <i>Number of used drugs</i>	okazjonalne	537	1,7132	-13,638	,000			451,273	,000
	problemowe	434	2,8825			-10,560	,000		
	uzależnienie	349	4,4756						

* Kategorie odpowiedzi na pytania o częstość używania narkotyków miały postać przedziałów: 1–2, 3–5 ... 40 razy lub więcej.
Średnie wyliczono przyjmując dolne wartości przedziałów wyróżniane w kategoriach odpowiedzi, tzn. 1, 3, 40.

Tabela 4.

Używanie okazjonalne versus problemowe i uzależnienie. Wyniki hierarchicznej analizy regresji logistycznej, krokowej ze statystyką Walda (N = 1295)
 Occasional versus problem use and dependence. Results of an hierarchic logistic regression analysis applying Wald statistic (N = 1295)

Charakterystyka modelu <i>Profile of the model</i>	Model poprawnie klasyfikuje 86,7% przypadków <i>The model correctly predicts stage attribution for 86,7% of the study group</i>				
	Wald	Poziom istotności p	Iloraz szans OR	Przedział ufności 95% dla IS 95% C.I. for OR	
				Dolna granica Bottom	Górna granica Upper
Zmienne objaśniające (kategorie referencyjne w nawiasie) <i>Explanatory variables (reference categories in parenthesis)</i>					
Wielkość miejscowości zamieszkania (200.000 i więcej mieszkańców) <i>Size of community (200.000 inhabitants and more)</i>					
do 200.000	4,338	,037	1,488	1,024	2,162
to 200.000					
Liczba różnych problemów wynikających z używania narkotyków* <i>Number of problems resulting from drug use</i>					
(0)	65,029	,000			
1-5	16,042	,000	2,601	1,629	4,152
6>	64,881	,000	16,935	8,507	33,711
Liczba różnych problemów wynikających z używania konopi* <i>Number of problems resulting from cannabis use</i>					
(0)	30,561	,000			
1-5	5,480	,019	1,749	1,095	2,793
6>	30,262	,000	5,973	3,160	11,292
Częstość używania narkotyków* <i>Frequency of drug use</i>					
(1-9)	108,455	,000			
10-39	48,916	,000	4,265	2,840	6,403
40>	99,662	,000	20,150	11,174	36,337
Liczba różnych używanych narkotyków* <i>Number of used drugs</i>					
(1)	23,241	,000			
2-3	17,974	,000	2,501	1,637	3,822
4>	16,276	,000	3,432	1,885	6,247
Częstość używania narkotyków razem z alkoholem* <i>Frequency of combined alcohol and drug use</i>					
(0)	11,485	,003			
1-9	3,456	,063	1,521	,977	2,366
10>	11,379	,001	3,012	1,587	5,715
Stała Constans	163,121	,000	,020		

* w ostatnim roku (in a past year)

Tabela 5.

Uzależnienie versus używanie okazjonalne i problemowe. Wyniki hierarchicznej analizy regresji logistycznej, krokowej ze statystyką Walda (N = 1295)

Dependence versus occasional and problem use. Results of an hierarchic logistic regression analysis applying Wald statistic (N = 1295)

Charakterystyka modelu <i>Profile of the model</i>	Model poprawnie klasyfikuje 85,3% przypadków <i>The model correctly predicts stage attribution for 85,3% of the study group</i>				
	Wald	Poziom istotności p	Iloraz szans OR	Przedział ufności 95% dla IS 95% C.I. for OR	
				Dolna granica <i>Bottom</i>	Górna granica <i>Upper</i>
Zmienne objaśniające (kategorie referencyjne w nawiasie) <i>Explanatory variables (reference categories in parenthesis)</i>					
Status zawodowy (pozostali) nie uczą się i nie pracują <i>Professional status (others) does not attend school & unemployed</i>	11,776	,001	5,535	2,083	14,709
Liczba różnych problemów wynikających z picia alkoholu* Number of problems resulting from alcohol drinking					
(0)	8,235	,016			
1-2	,262	,609	1,127	,713	1,783
3>	7,462	,006	1,788	1,178	2,713
Liczba różnych problemów wynikających z używania narkotyków* <i>Number of problems resulting from drug use</i>					
(0)	44,878	,000			
1-5	4,187	,041	2,334	1,036	5,257
6>	23,983	,000	7,696	3,401	17,417
Liczba różnych problemów z powodu używania marihuany* <i>Number of problems resulting from cannabis use</i>					
(0)	5,972	,050			
1-5	1,486	,223	1,483	,787	2,792
6>	5,131	,024	2,029	1,100	3,744
Częstość używania narkotyków* <i>Frequency of drug use</i>					
(<9)	105,699	,000			
10-39	15,326	,000	8,255	2,869	23,750
40>	50,752	,000	42,213	15,075	118,207
Liczba różnych używanych narkotyków* <i>Number of used drugs</i>					
(1)	24,439	,000			
2-3	,015	,902	,964	,535	1,735
4>	8,511	,004	2,430	1,338	4,413
Stała Constans	93,585	,000	,002		

* w ostatnim roku (in a past year)

DYSKUSJA

Przeprowadzone analizy wskazują, że grupy osób badanych, wyróżnionych ze względu na fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, różnią się znacząco w zakresie wszystkich wskaźników opisujących picie alkoholu. Im większe było zaawansowanie w używanie narkotyków, tym częstsze było picie alkoholu, większa liczba problemów wynikających z picia oraz częstsze sięganie po alkohol w trakcie używania innych substancji psychoaktywnych. W analizach regresji, gdy kontrolowano wiele różnych zmiennych, mieszanie alkoholu z narkotykami oraz liczba problemów wynikających z picia pozostawały istotnymi czynnikami różnicującymi grupy badanych pod względem zaawansowania w używanie narkotyków. Jednak dominującym czynnikiem różnicującym te grupy okazała się częstość używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Bardzo częste używanie ponad 40-krotnie zwiększało ryzyko uzależnienia. W istotny sposób różnicowało także używanie okazjonalne i problemowe.

Tego rodzaju wyniki nie zaskakują. Na podstawie wielu badań (4, 5, 6) częstość używania substancji od dawna jest wyróżniana jako szczególnie silny czynnik ważny dla późniejszego używania i problemów z nim związanych.

Mniejsze, ale także istotne znaczenie miało sięganie po różne rodzaje substancji psychoaktywnych. Jeśli badani używali więcej niż jedną substancję psychoaktywną, wiązało się to z 2,5-krotnym wzrostem ryzyka problemowego używania substancji psychoaktywnych, w porównaniu z sytuacją, gdy używano tylko jednej substancji.

Istotne były także związki pomiędzy zmiennymi demograficznymi a fazami używania: używanie problemowe i uzależnienie częściej było przypadłością: mężczyzn, osób żyjących w miejscowościach do 200 tys. mieszkańców, starszych (powyżej 16 r.ż.) oraz osób niepodejmujących nauki lub pracy. Jednak w analizach regresji pozostały istotne tylko dwie zmienne: wielkość miejscowości zamieszkania oraz niepodejmowanie pracy ani nauki. Przypomnijmy, że w grupie osób nieaktywnych zawodowo i edukacyjnie aż 83% stanowiły osoby uzależnione. W związku z tym można przypuszczać, że ten swoisty brak aktywności może być prostą konsekwencją stanu uzależnienia, który często powoduje „wypadanie” z różnych ról społecznych, trudności w wypełnianiu zawodowych obowiązków czy też zaburzenia procesu uczenia się. Z drugiej strony, problemy w nauce mogą być czynnikiem sprzyjającym angażowaniu się w używanie substancji psychoaktywnych (6, 14) i w konsekwencji – uzależnieniu. Kwestię tę być może rozstrzygną równolegle prowadzone analizy jakościowe wywiadów diagnostycznych.

Wyniki dotyczące znaczenia wielkości miejscowości zamieszkania znajdują pewne potwierdzenie w badaniach Sierosławskiego „Studenci 2004” (15). Najwyższe rozpowszechnienie używania jakiegokolwiek nielegalnej substancji w ostatnim roku zidentyfikowano w grupie studentów, wywodzących się z miast liczących 50–200 tys. mieszkańców, a najniższe – wśród studentów z dużych miast (ponad 200 tys.).

Być może więc uzyskane w naszych badaniach wyniki mówią o realnie istniejącej, środowiskowej specyfice używania narkotyków. Inna hipoteza wyjaśniająca dotyczy określonego doboru naszej badanej próby. W mniejszych miejscowościach metodą „kuli śniegowej” może być łatwiej docierać do osób używających narkotyków problemowo i uzależnionych ze względu na ograniczoną liczebnie populację.

W prezentowanych badaniach zidentyfikowano dość liczne grupy osób uzależnionych od marihuany i takich, które doświadczały różnorodnych problemów wynikających z tego faktu. Wyniki te stoją w sprzeczności z obiegowymi opiniami na temat znikomej szkodliwości lub wręcz nieszkodliwości używania marihuany oraz poglądu mówiącego, że marihuana nie uzależnia. Powszechność używania przetworów konopi pozwala sformułować hipotezę, że podobnie jak w modelach Kandel czy Collins, mogą one być pierwszą używaną nielegalną substancją, która zwiększa ryzyko sięgania po następne (3, 16). Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań, najlepiej podłużnych, które pozwoliłyby na śledzenie zmian w używaniu substancji psychoaktywnych w ciągu kilku czy kilkunastu lat. W przyszłych, rodzimych badaniach nad ścieżkami rozwoju używania substancji wśród młodzieży, warto zwrócić także uwagę na rolę picia alkoholu, a także na znaczenie kolejnych po marihuanie, najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych substancji – amfetaminy i ekstazy. Wyniki badań na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej 16–18-latków (ESPAD) potwierdzają podobny obraz popularności tych substancji i są pod tym względem zbieżne z naszymi danymi (8).

Nie mamy dostatecznych dowodów, że badana próba, choć liczna i ogólnopolska, była reprezentatywna dla populacji polskiej młodzieży używającej narkotyków. Możliwości uogólniania wyników pozostają więc ograniczone. Nie stanowiła tu większego problemu dysproporcja płci w badanej próbie – również w próbach reprezentatywnych mamy około dwukrotnie więcej użytkowników nielegalnych substancji wśród mężczyzn niż wśród kobiet (8). Problem polega na specyficznym, celowym doborze próby oraz jej demograficznym „skrzywieniu”. W naszej próbie była zbyt mało liczna reprezentacja mieszkańców małych miejscowości, a zbyt liczna – dużych miast, powyżej 200 tys. mieszkańców. Istniały także dysproporcje w reprezentacji poszczególnych grup wiekowych. Ponadto metoda „kuli śniegowej” nie była zbyt efektywna. Osoby wyszukane przez realizatorów średnio wskazywały jedynie 2–3 następnych uczestników badań.

Niewątpliwą jednak zaletą prezentowanych badań była rzadko spotykana możliwość zestawienia wyników badań ankietowych z wynikami wywiadów, ukierunkowanych na diagnozę zaawansowania w używanie substancji psychoaktywnych.

Wnioski

1. Picie alkoholu może spełniać istotną, pośredniczącą rolę w rozwoju problemów związanych z używaniem narkotyków. Im bardziej osoby badane były zaawansowane w używanie narkotyków, tym częstsze było picie alkoholu, większa

- liczba problemów, wynikających z picia oraz częstsze sięganie po alkohol w trakcie używania innych substancji psychoaktywnych.
2. Problemowe używanie narkotyków i uzależnienie częściej dotyka mieszkańców mniejszych miejscowości (do 200 tys. mieszkańców) oraz osoby niepodjemujące nauki lub pracy. Być może właśnie do tych grup społecznych należy przede wszystkim kierować działania zapobiegawcze.
 3. Wyniki przeprowadzonych badań stoją w sprzeczności z obiegowymi opiniami na temat znikomej szkodliwości używania marihuany oraz z poglądem mówiącym, że marihuana nie uzależnia. Zidentyfikowano liczne grupy osób zarówno uzależnionych od marihuany, jak i problemowych jej użytkowników.

PIŚMIENNICTWO

1. Kandel DB, Faust R (1975) Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 923–932.
2. Kandel DB (red.) (2002) *Stages and Pathways of Drug Involvement. Examining the Gateway Hypothesis*. New York: Cambridge University Press.
3. Collins LM (2002) Using latent transition analysis to examine the gateway hypothesis. W: Kandel DB (red.) *Stages and Pathways of Drug Involvement*. New York: Cambridge University Press, 223–253.
4. Labouvie E, White HR (2002) Drug sequences, age of onset, and use trajectories as predictors of drug abuse/dependence in young adulthood. W: Kandel DB (red.) *Stages and Pathways of Drug Involvement*. New York: Cambridge University Press, 19–43.
5. Newcomb MD, Felix-Ortiz M (1992) Multiple protective factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 280–296.
6. Bobrowski K (2003) Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 1, II, VII, 91–104.
7. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE (2005) Monitoring the Future – national survey results on drug use, 1975–2004. I: Secondary school students (NIH Publication No. 05-5727), 680.
8. Sierosławski J (2006) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r.* (uzyskano 15.01.2008 r. ze strony <http://www.narkomania.gov.pl/>)
9. Botvin GJ, Scheier LM, Griffin KW (2002) Preventing the onset and developmental progression of adolescent drug use. Implications of gateway hypothesis. W: Kandel DB (red.) *Stages and Pathways of Drug Involvement*. New York: Cambridge University Press, 115–138.
10. Okulicz-Kozaryn K (2007) Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe używanie marihuany” (PUM) dla dorastających. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16 (2), 105–111.
11. Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K (2005) Po czym poznać, czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie czy problemowo? *Remedium*, nr specjalny, 24–25.
12. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Brykczyńska C, Pisarska A (2008) Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 4, 391–411.
13. Główny Urząd Statystyczny (2007) *Rocznik Demograficzny 2007* (uzyskano 15.01.2008 r. ze strony internetowej http://www.stat.gov.pl/gus/45_3697_PLK_HTML.htm).
14. Jessor R (1987) Problem behaviour theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331–342.

15. Sierosławski J (2005) *Studenci 2004. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów*. (uzyskano 15.01.2008 r. ze strony internetowej <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/24>)
16. Kandel DB, Yamaguchi K (2002) Stages of drug involvement in the U.S. population. W: Kandel DB (red.) *Stages and Pathways of Drug Involvement*. New York: Cambridge University Press, 65–89.

Adres do korespondencji
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. (022) 4582 887
e-mail: kbob@ipin.edu.pl

otrzymano 28.05.2008
przyjęto do druku 19.11.2008