

Raport z badania

**Diagnoza dotycząca wzorów konsumpcji
alkoholu w województwie lubelskim**

Realizacja Sp. z o.o.
Ul. Kolbaczewska 6a,
02-879 Warszawa

Warszawa, sierpień 2015

na podstawie wyników badań wykonanych przez:



Realizacja Sp. z o.o.
Ul. Kolbaczevska 6A
02-879, Warszawa
www.realizacja.com.pl

na zlecenie:

Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie

Autorzy raportu:
dr n. med. Marta Zagdańska
Grażyna Pol
Krzysztof Sikora
Maciej Orłowski

Zgodnie z Umową zawartą w kwietniu 2015 r. pomiędzy Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Lublinie (Zamawiający), a firmą Realizacja Sp. z o.o. (Wykonawca) Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia projektu Raportu Końcowego z badania.

Raport Końcowy, zgodnie z zapisami Opisu Przedmiotu Zamówienia (SOPZ) zawiera następujące elementy:

1. Spis treści
2. Wstęp
3. Wprowadzenie teoretyczne
4. Opis koncepcji badania
5. Opis metodologii badania
6. Wyniki badania wraz z ich analizą
7. Wnioski i rekomendacje
8. Aneks zawierający spis tabel, źródeł oraz wzór narzędzi badawczych.

| | |
|---|-----|
| Spis skrótów..... | 4 |
| 1. Wstęp..... | 4 |
| 2. Wprowadzenie teoretyczne | 6 |
| 2.1. Uwarunkowania społeczno-demograficzne spożywania alkoholu..... | 6 |
| 2.2. Problemy społeczne wynikające ze spożywania alkoholu..... | 13 |
| 2.3. Definicja i czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu..... | 14 |
| 2.4. Postawy społeczne wobec alkoholu i osób go spożywających..... | 18 |
| 2.5. Wpływ działań i ofert promocyjnych na wzory konsumpcji..... | 20 |
| 2.6. Wpływ kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi na zmianę wzorów konsumpcji..... | 21 |
| 3. Opis koncepcji badania | 24 |
| 4. Metodologia badania | 25 |
| 4.1. Moduł PAPI..... | 25 |
| 4.2. Dobór próby do techniki PAPI..... | 25 |
| 4.3. Schemat realizacji badania | 28 |
| 4.4. Hipotezy badawcze | 28 |
| 4.5. Narzędzia badawcze | 29 |
| 5. Wyniki badania..... | 31 |
| 5.1. Charakterystyka badanej zbiorowości..... | 31 |
| 5.2. Samooceńca zdrowia fizycznego | 37 |
| 5.3. Częstość spożywania alkoholu | 38 |
| 5.4. Ryzykowne spożywanie alkoholu przy jednej okazji oraz kontekst picia..... | 53 |
| 5.5. Dzieciństwo | 57 |
| 5.6. Osoby pijące w otoczeniu respondentów..... | 59 |
| 5.7. Wpływ innych osób pijących na respondentów..... | 63 |
| 5.8. Diagnozowanie problemów z alkoholem | 65 |
| 5.9. Stereotypy..... | 68 |
| 5.10. Opinie mieszkańców na temat alkoholu | 73 |
| 5.11. Ocena kampanii społecznych | 88 |
| 6. Weryfikacja hipotez badawczych..... | 90 |
| 7. Podsumowanie wyników i wnioski..... | 92 |
| 8. Rekomendacje..... | 99 |
| 9. Narzędzia badawcze | 110 |

| | |
|---|-----|
| 9.1. Kwestionariusz ilościowy..... | 110 |
| 9.2. Scenariusz Zogniskowanego Wywiadu Grupowego..... | 132 |
| Streszczenie..... | 136 |
| Spis tabel..... | 138 |
| Spis wykresów..... | 139 |

SPIS SKRÓTÓW

GOPS – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

MOPR – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie PKJPA – *właśc.* Program Kontroli Jakości Pracy Ankieterów; program wdrożony przez OFBOR, służący przestrzeganiu i upowszechnianiu na polskim rynku badań standardów pracy ankietera; do programu przystąpiły poszczególne instytuty badawcze członkami PKJPA mogą też być klienci zamawiający badania.

MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej

PAPI – wywiad przy pomocy ołówka i papieru (ang. Paper and Pencil Interviewing).

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

PUP – Powiatowy Urząd Pracy

Wykonawca – Realizacja Sp. z o.o.

Zamawiający – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

1. WSTĘP

Niniejszy raport stanowi prezentację wyników badania zrealizowanego wiosną 2015 roku przez firmę Realizacja Sp. z o.o. na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie. Celem badania była diagnoza wzorców konsumpcji alkoholu w województwie lubelskim, na tle rezultatów wcześniejszych pomiarów o zasięgu ogólnopolskim.

Kraje europejskie od lat stanowią czołówkę państw o największym spożyciu alkoholu na świecie¹. Europejski Raport Zdrowia z 2012 roku wskazuje spożycie alkoholu jako ważny czynnik warunkujący częstotliwość problemów zdrowotnych². Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że aż 6,5% zgonów w Europie ma związek z konsumpcją alkoholu (w statystykach tych uwzględnia się również zgony z powodu chorób towarzyszących, takich jak marskość wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy). Ponadto, nadużywanie napojów alkoholowych stanowi jeden z głównych czynników ryzyka wielu chorób przewlekłych. Alkohol przyczynia się również do nieodwracalnych szkód zdrowotnych u dzieci i młodzieży. Jego konsumpcja niesie ze sobą większe ryzyko wypadków (w tym również komunikacyjnych i mających miejsce w środowisku pracy), nieprawidłowości w życiu rodzinnym (istotnie zwiększa narażenie na wystąpienie przemocy psychicznej i fizycznej), a także popełnienia wykroczenia lub przestępstwa.

Przytoczone powyżej tendencje europejskie pokrywają się z prawidłowościami obserwowanymi w Polsce. Większość danych na temat wzorców picia alkoholu wśród osób powyżej 18. roku życia ma jednak charakter ogólnopolski. Brak jest natomiast wiedzy, opartej o wyniki badań empirycznych (tzw. evidence based knowledge), dotyczącej specyfiki województwa lubelskiego. Zidentyfikowanie wspomnianej luki stało się przyczynkiem do realizacji projektu badawczego o lokalnym charakterze.

W pierwszym etapie prac nad projektem dokonano przeglądu dostępnej literatury i materiałów źródłowych. Zidentyfikowano dotychczasowe podejścia metodologiczne i zebrano materiał porównawczy. Wynik wspomnianej analizy danych zastanych przedstawiono w rozdziale 2. Kolejne fragmenty raportu poświęcono opisowi koncepcji (rozdział 3) i metodologii badania (rozdział 4). Rozdział 5 stanowi szczegółową prezentację wyników z ilościowej części badania. Kolejne części poświęcono weryfikacji hipotez badawczych (rozdział 6), wnioskom (rozdział 7) i sformułowaniu rekomendacji opartych o zgromadzony materiał empiryczny (rozdział

¹ Raport pobrany ze strony: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>

² Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. WHO Regional Office for Europe. www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/24772/EuropejskiRaport-Zdrowia-2012.pdf

8). Do raportu dołączone zostały również narzędzia badawcze (tj. kwestionariusz PAPI i scenariusz FGI) (rozdział 9).

2. WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Alkohol i powiązane z nim problemy stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia i dobrostanu psychicznego społeczeństw. Jednocześnie jest on produktem, który odgrywa ważną rolę w różnych sferach życia publicznego – gospodarce, polityce, kulturze i relacjach społecznych³. Dane przytaczane w licznych badaniach pokazują, iż liczba pijących Polaków systematycznie rośnie. Niepokojące są również zmiany w tzw. kulturze spożycia oraz narastająca częstość problemów związanych z używaniem lub nadużywaniem alkoholu^{4, 5, 6}. W kolejnych podrozdziałach przedstawione zostaną kluczowe zagadnienia dotyczące konsumpcji alkoholu: uwarunkowania społeczno-demograficzne spożycia, problemy społeczne wynikające z konsumpcji, definicja i czynniki ryzyka uzależnienia, postawy społeczne wobec alkoholu i osób go spożywających, wpływ działań i ofert promocyjnych na wzory konsumpcji, a także rola kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi w modyfikowaniu wzorów konsumpcji.

2.1. Uwarunkowania społeczno-demograficzne spożywania alkoholu

Zdaniem ekspertów, Polska wyróżnia się na tle Europy wyjątkową dostępnością alkoholu (blisko 200 000 zarejestrowanych punktów sprzedaży, relatywnie niskie opłaty akcyzowe)⁷. Przekłada się to zarówno na wysokie odsetki osób spożywających alkohol, jak i znaczne wskaźniki problemów związanych z używaniem alkoholu.

³ Jedynak M. Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. [w:] Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne. Pstrąg D (red). Wyd UR, Rzeszów 2014

⁴ Frąckowiak, M., Motyka, M., Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu, Hygeia Public Health, 50(2), 2015

⁵ Jastrun, E., Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce, Świat Problemów, 4/159, 2006

⁶ Raport „Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce” pobrany ze strony:
http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%20%20metody_poprMFdc.pdf

⁷ Moskalewicz J. Polityka wobec alkoholu, Trzeba szukać pomysłów na akceptowane społecznie ograniczanie dostępności do alkoholu. Świat Problemów 12, 2009.

Obserwowany w najnowszych badaniach odsetek pijących Polaków waha się od 72% (badanie zrealizowane w 2008 roku na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na ogólnopolskiej, losowej próbie adresowej liczącej 1075 osób i reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców Polski) do 84% (badanie zrealizowane w 2012 roku dla Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków liczącej 3999). Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2010 roku, uwzględniający 194 kraje członkowskie organizacji wskazuje, że przeciętny Europejczyk powyżej 15. roku życia wypija średnio 6,2 litra czystego alkoholu rocznie^{8, 9}. W Polsce analogiczny wskaźnik wynosi 12,5. Było on niższy jedynie od wartości obserwowanych w następujących państwach: Białoruś (17,5 l), Mołdawia (16,8 l), Rosja (15,1 l.), Czechy (13 l.), Słowacja (13 l.). Jeżeli wyłączymy ze statystyk Polaków zachowujących abstynencję, wskaźnik wypijanego rocznie czystego alkoholu wzrośnie aż do 24,2 litra, co oznacza, że Polska pod względem ilości alkoholu wypijanego przez osoby pijące znajduje się w ścisłej i niechlubnej czołówce, tuż za Kazachstanem i Mołdawią. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia pijący Polak przyjmuje 50 gramów spirytusu dziennie (dla porównania Kazach 54, a Rosjanin tylko 48). Polacy piją głównie piwo (55% czystego alkoholu pochodzi z piwa), rzadziej trunki wysokoprocentowe takie jak wódka, samogon, whisky (36% konsumpcji), a najrzadziej wino (tylko 9%)¹⁰.

Nieco odmienne szacunki dotyczące średniego spożycia czystego alkoholu na jednego mieszkańca prezentuje Główny Urząd Statystyczny. Z raportów GUS wynika, że w analogicznym okresie, spożycie (wyliczone w oparciu o dane dotyczące alkoholu wprowadzonego do obrotu w naszym kraju) oscylowało wokół 9 litrów rocznie na

⁸ Dane za rok 2010 opublikowane w raporcie dostępnym na stronie:

http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_levels/total_adult_percapita/en/

⁹ Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się wskaźnikiem konsumpcji określanym jako „Adult Per Capita”, który jest wyliczany na podstawie informacji dotyczących sprzedaży i produkcji alkoholu w danym kraju (w tym również alkoholu pochodzącego ze źródeł nielegalnych). Przytoczone dane nie są pochodną deklaracji uzyskanych wprost od mieszkańców w ramach badań sondażowych.

¹⁰ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/consumption_total/atlas.html oraz ze strony http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_levels/total_adult_percapita/en/

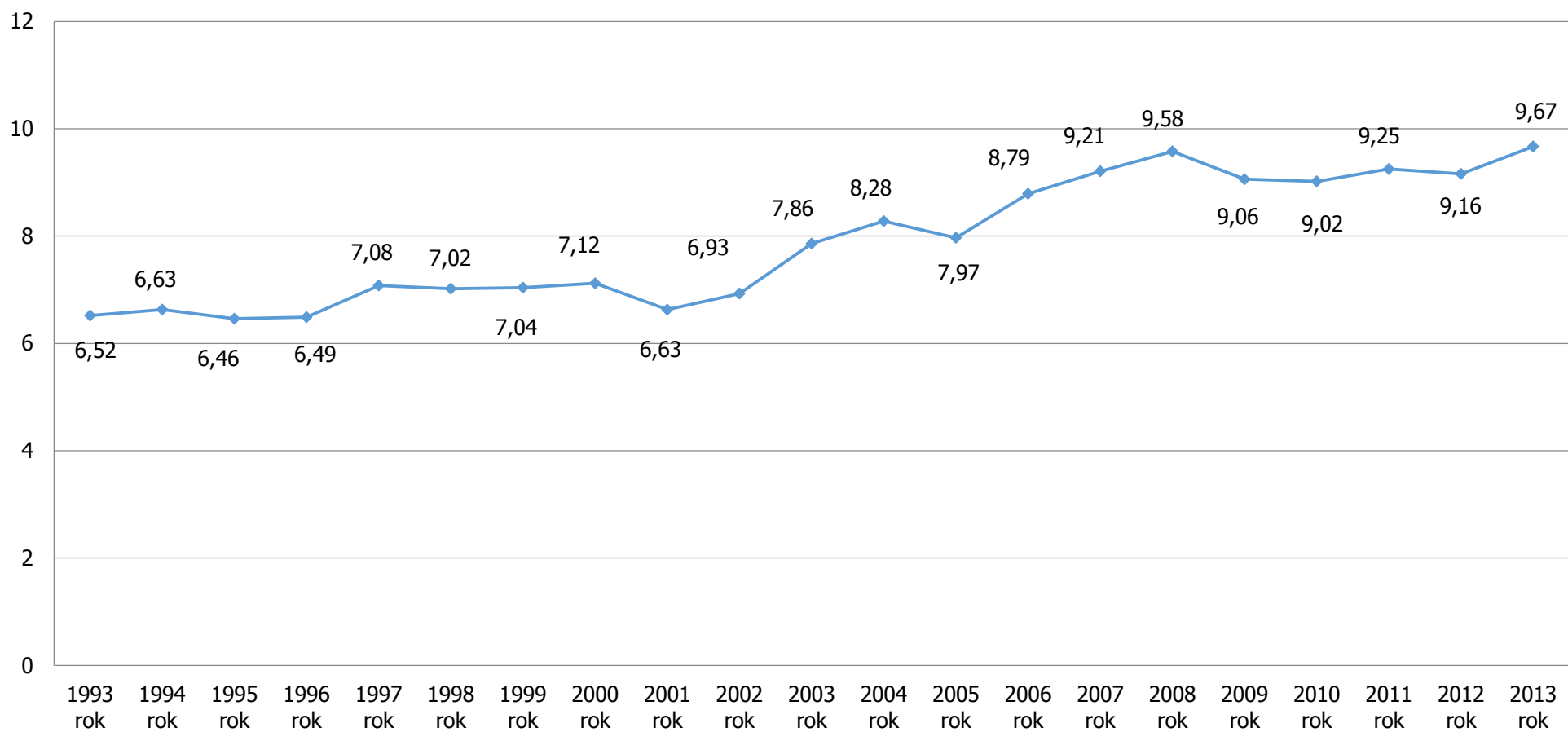
osobę¹¹. Niepokojąca wydaje się być dynamika konsumpcji alkoholu obserwowana na przestrzeni lat w naszym kraju. Przytoczony poniżej Wykres 1 obrazuje systematyczny wzrost litrażu alkoholu wypijanego rocznie przez statystycznego Polaka.

Konsekwencją omówionych tendencji jest znaczna liczba osób kwalifikowanych jako doświadczających problemów wynikających z używania alkoholu. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacuje, że liczba Polaków uzależnionych od alkoholu waha się od 600 000 do 800 000. Dalsze 2-3 miliony mieszkańców naszego kraju spełnia kryteria rozpoznania tzw. picia szkodliwego (por. definicje zaprezentowane w Rozdziale 2.3.). Niemal drugie tyle osób żyje w tzw. rodzinach alkoholowych i codziennie doświadcza skutków picia najbliższych.

Główny Urząd Statystyczny alarmuje, że Polacy przeznaczają na alkohol znaczną część swojego domowego budżetu. W 2011 roku na alkohol i papierosy przeznaczono aż 6,4% budżetu gospodarstw domowych. Łącznie spożytkowano na ten cel 59 398 milionów złotych. Szczególnie niepokojący jest systematyczny wzrost wydatków na omawianą kategorię produktów. Warto również podkreślić, że obserwowane różnice pomiędzy poszczególnymi porównywanymi podgrupami są bardzo nieznaczne – najwięcej wydają osoby pracujące (2,8%), renciści (2,7%) i samozatrudnieni (2,6%), najmniej rolnicy i emeryci (po 2,5%). Dynamikę sprzedaży detalicznej alkoholu obrazuje Wykres 2.

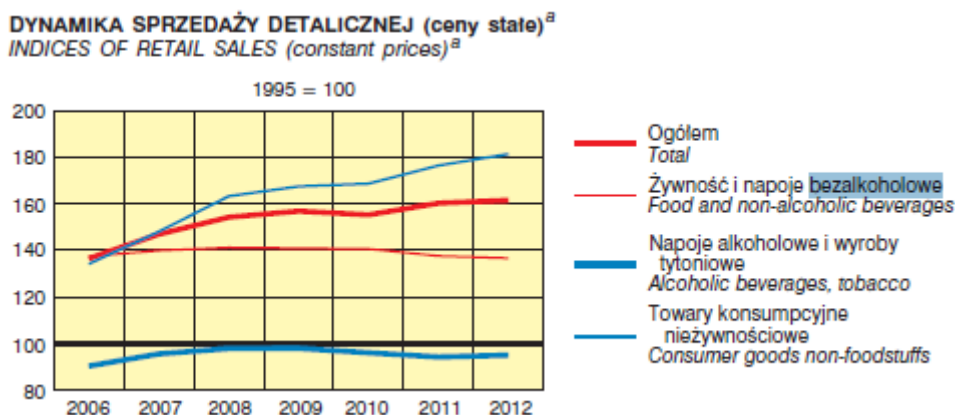
¹¹ Obserwowane różnice są w znacznej mierze pochodną sposobu wyliczania wskaźników prezentowanych przez różne instytucje.

Wykres 1. Średnie spożycie na jednego mieszkańca w litrach 100% alkoholu¹²



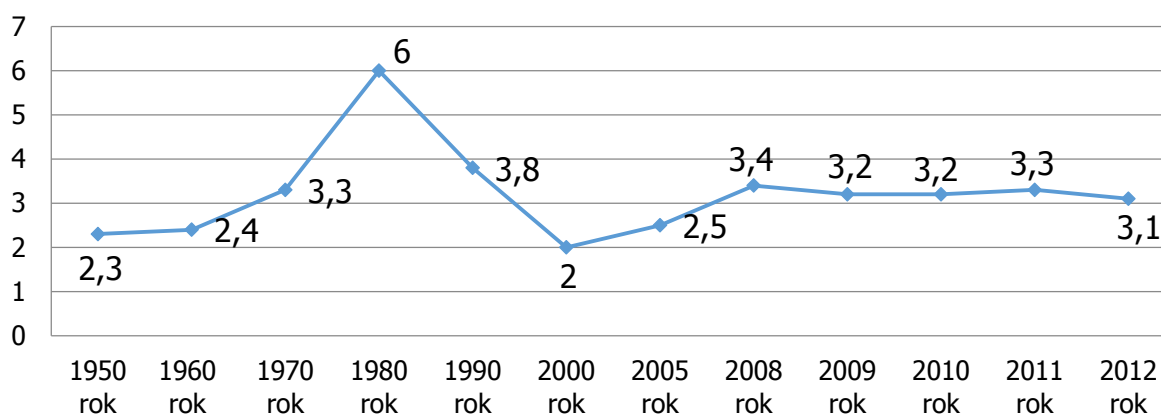
¹² <http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/spozycie-alkoholu> dane pobrane w dniu: 23.07.2015

Wykres 2. Dynamika sprzedaży detalicznej alkoholu



W tym miejscu warto również zaprezentować dane dotyczące konsumpcji wódek, likierów i innych wysokoprocentowych alkoholi w przeliczeniu na 100% w litrze w udziale rocznym na jednego mieszkańca Polski (w oparciu o dane sprzedażowe i statystyki pochodzące od producentów). Wbrew obiegowym opiniom, nie obserwuje się wyraźnych tendencji spadkowych w spożyciu napojów z omawianej grupy. Po wyraźnym spadku popularności w okolicach roku 2000, w ostatnich latach spożycie wysokoprocentowych alkoholi utrzymuje się na wyrównanym i relatywnie wysokim poziomie (por. Wykres 3).

Wykres 3. Konsumpcja wódek, likierów i innych napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% w litrze, w udziale rocznym na jednego mieszkańca (wg. GUS)¹³



¹³ H. Dmochowska (red.), MAŁY ROCZNIK STATYSTYCZNY POLSKI 2013, Główny Urząd Statystyczny, ZAKŁAD WYDAWNICTW STATYSTYCZNYCH, 2013

Najnowsze dane Państwowe Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych¹⁴ wskazują, że 9% konsumentów napojów alkoholowych wypija aż 43% całego wypijanego alkoholu. Tymczasem osoby pijące najmniej (tj. mniej niż 1,2 litra alkoholu rocznie) konsumują jedynie 8% spożywanych napojów alkoholowych. Tak znaczna koncentracja spożycia w oczywisty sposób przekłada się na poważne problemy zdrowotne, społeczne i ekonomiczne najbardziej aktywnych konsumentów. Najwięcej pijących jest wśród osób między 30 a 44 rokiem życia (86,9%) oraz w kategorii wiekowej 45-59 lat (81%). Niepokojąco wysoki jest odsetek pijących wśród adolescentów i młodych dorosłych – pije aż 70,9% Polaków w wieku 15-29 lat. Podane dane dotyczą okresu 12 miesięcy poprzedzających pomiar.

Mężczyźni wypijają średnio 4,5 razy więcej alkoholu niż kobiety i stanowią zdecydowaną mniejszość wśród abstynentów. Po napoje alkoholowe najczęściej sięgają panowie:

- pomiędzy 30., a 39. rokiem życia,
- posiadający wykształcenie zasadnicze zawodowe,
- bezrobotni, niewykwalifikowani robotnicy lub pracownicy zajmujący szeregowie stanowiska,
- mieszkający w miastach o wielkości 50 000 – 500 000 mieszkańców,
- rozwiedzeni,
- nie deklarujący się jako wierzący i praktykujący,
- negatywnie oceniający swoją sytuację materialną¹⁵.

¹⁴ Przytoczone dane pochodzą z badania zrealizowanego w 2008 roku na zlecenie PARPA, raport pobrano ze strony: http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%20%20metody_poprMFdoc.pdf

¹⁵ Przytoczone dane pochodzą z badania zrealizowanego w 2008 roku na zlecenie PARPA, raport pobrano ze strony: http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%20%20metody_poprMFdoc.pdf

Nieco odmienna jest charakterystyka kobiet najczęściej sięgających po alkohol. Są to najczęściej panie:

- pomiędzy 18 a 39 rokiem życia,
- panny,
- z wyższym wykształceniem,
- zamieszkujące miasta powyżej 50 000 mieszkańców
- uczące się, prowadzące dom, zajmujące samodzielne stanowiska lub zatrudnionych jako pracownice umysłowe (choć bez wyższego wykształcenia),
- nie deklarujące się jako wierzące i praktykujące,
- pozytywnie oceniające swoją sytuację materialną¹⁶.

Ciekawym uzupełnieniem przytoczonych danych są wyniki prezentowane w najnowszym raporcie TNS przygotowanym dla Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy na podstawie badania zrealizowanego w 2012 roku na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków liczącej 3999. Przytoczony projekt badawczy ujawnił niepokojąco wysoki odsetek spożywających alkohol wśród najlepiej wykształconych Polaków (90%). Ponadto, wykazał największy odsetek pijących w grupie respondentów w wieku 18 – 25 lat (94%). Najmniejszą liczbę abstynentów odnotowano w miastach liczących powyżej 100 000 mieszkańców oraz wśród reprezentantów wsi. Co ciekawe, ponadprzeciętne spożycie alkoholu cechuje województwa pomorskie, kujawski-pomorskie, zachodnio-pomorskie, dolnośląskie, opolskie i małopolskie¹⁷. W regionie centralnym (tj. Lubuskie, Wielkopolskie, Łódzkie i Mazowieckie) obserwuje się wyraźnie niższe spożycie. Tymczasem, przeciętne spożycie odnotowane w województwie lubelskim nie odbiega od średniej.

¹⁶ Przytoczone dane pochodzą z badania zrealizowanego w 2008 roku na zlecenie PARPA, raport pobrano ze strony: http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%20%20metody_poprMFdoc.pdf

¹⁷ Przytoczone dane pochodzą z badania zrealizowanego w 2012 roku na zlecenie Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy, raport pobrano ze strony: Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 roku. Raport z badania. <http://old.pijodpowiedzialnie.pl/tns/pdf/raport.pdf>

2.2. Problemy społeczne wynikające ze spożywania alkoholu

Picie alkoholu odbywa się najczęściej w przestrzeni społecznej (tj. w określonych miejscach i czasie, a także w otoczeniu innych osób). Z tego względu konsekwencje spożywania napojów alkoholowych dotyczą nie tylko osobę, która sięga po butelkę, ale również ludzi znajdujących się w jej bliższym i dalszym otoczeniu (w tym zarówno bliskich, jak i osoby postronne).

Społeczne koszty picia alkoholu obejmują:

- Pogorszenie kondycji psychofizycznej i funkcjonowania społecznego dorosłych żyjących wspólnie z osobą pijącą,
- Agresja i przemoc w rodzinie,
- Skłonność do zachowań ryzykownych,
- Problemy rozwojowe i zmarnowane szanse życiowe dzieci wzrastających w rodzinach z problemem alkoholowym,
- Długotrwałą i/lub ciężką chorobę (psychiczną lub somatyczną),
- Bezrobocie i wykluczenie społeczne,
- Cierpienie ofiar wypadków i przestępstw,
- Straty ekonomiczne (np. związane z wydatkami na alkohol, wypadkami, przestępstwami, kosztami leczenia i terapii),
- Wzrost przestępczości,
- Wykluczenie społeczne, a nawet bezdomność,
- Wzrost liczby wypadków (w tym komunikacyjnych i w miejscu pracy),
- Nietrzeźwość w miejscach publicznych (zakłócenia porządku i nagabywanie, wykroczenia, nietrzeźwość w miejscu pracy),

- Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa obywateli¹⁸.

Wymienione negatywne efekty picia alkoholu mogą mieć charakter doraźny lub długofalowy. W skali globalnej szacuje się, że Unia Europejska przeznaczająca około 1,5% PKD (w 2003 roku wyliczono tę kwotę na blisko 125 mld euro) na opiekę zdrowotną, leczenie i prewencję, przestępczość, wypadki drogowe, absencję w pracy, obniżoną wydajność, bezrobocie i przedwczesną umieralność będące wynikiem konsumpcji alkoholu. Również w Polsce, rosnące spożycie alkoholu niesie za sobą wyraźny wzrost częstości tzw. wskaźników szkód alkoholowych. Zaliczamy do nich, między innymi, choroby wątroby, zatrucia alkoholem czy występowanie zaburzeń psychicznych. W 2011 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych oraz profilaktyki i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zarejestrowanych było 170 000 osób cierpiących z powodu zaburzeń spowodowanych użyciem alkoholu (nie są tu wliczone powikłania konsumpcji alkoholu leczone na oddziałach i ambulatoriach o profilu innym, niż psychiatryczny)¹⁹. Koszty leczenia wspomnianych problemów zdrowotnych, jak również ciężar utrzymania systemu leczenia odwykowego pokrywane są z podatków obywateli. Z tego względu konsekwencje zdrowotne picia stają się ważnym problemem społecznym²⁰.

2.3. Definicja i czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu

Osoby sięgające po alkohol oczekują zwykle korzyści związanych z jego przyjęciem. Motywem picia może być chęć ucieczki od problemów, uwolnienia się od

¹⁸ Fudała, J., Dąbrowska, K., Łukowska, K., Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem. Wydawnictwo Koordynacja na Rzecz Aktywnej Integracji, 2013.

¹⁹ Dane ogólnopolskie stanowiące punkt odniesienia do wyników badania zostały pobrane ze strony Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów w kwietniu 2015 roku.

<http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf>

<http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/spozycie-alkoholu>

<http://www.parpa.pl/index.php/analizy-badania-raporty/statystyki>

<http://www.parpa.pl/index.php/20-badania-analizy-raporty-art/850-wyniki-ogolnopolskich-badan-ankietowych-zrealizowanych-w-2005-r-na-zleczenie-panstwowej-agencji-rozwiazywania-problemow-alkoholowych-przez-pbs-w-sopocie?a=1&cv=1>

²⁰ Moskalewicz J. Polityka wobec alkoholu, Trzeba szukać pomysłów na akceptowane społecznie ograniczenie dostępności do alkoholu. Świat Problemów 12, 2009.

napięcia i poprawienia sobie nastroju. Wiele osób sięga po alkohol z powodów „społecznych”, tj. w towarzystwie, w związku z konkretną okazją i wydarzeniem. Inni decydują się na spożywanie napojów alkoholowych w poszukiwaniu przyjemności i ze względu na ich walory smakowe. Literatura przedmiotu charakteryzuje trzy główne niepożądane wzorce konsumpcji alkoholu. Zaliczamy do nich picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu. Przy czym, osoby z pierwszej grupy przyjmują nadmierne ilości alkoholu jednorazowo, łącznie i w określonym czasie. W ich przypadku konsumpcja nie niesie natychmiastowych negatywnych konsekwencji. Skutki ryzykownego picia mogą pojawić się w przyszłości, jeśli dotychczasowe, negatywne przyzwyczajenia związane z piciem zostaną utrzymane. Picie szkodliwe charakteryzuje się wystąpieniem szkód zdrowotnych (np. marskość wątroby), fizycznych (np. uszkodzenia ciała w czasie wypadków pod wpływem alkoholu), psychicznych (np. zespoły depresyjne wtórne wobec intensywnego picia) lub społecznych (np. ograniczenie kontaktów towarzyskich, osłabienie więzi rodzinnych) przy braku typowych objawów uzależnienia od alkoholu.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia (ICD 10) definiuje uzależnienie od alkoholu jako zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami²¹. Do rozpoznania potrzebne jest stwierdzenie występowania trzech z poniższych objawów w czasie ostatniego roku:

- a. silna potrzeba (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu,
- b. trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem:
 - upośledzenie kontroli rozpoczęcia picia (np. powstrzymywania się od picia przed piciem),
 - upośledzenie kontroli nad długością trwania picia (np. ograniczania picia do jednego dnia),

²¹ Na podstawie informacji zamieszczonych na stronie: <http://www.icd10.pl>

- upośledzenie kontroli nad ilością wypitego alkoholu (np. konieczność picia do dna butelki),
- c. stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowania dawki alkoholu, przejawiający się charakterystycznym zespołem abstynencyjnym, albo picciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany, eter) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
- d. występowanie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami (są one nieraz tak duże, że mogłyby spowodować śmierć osoby nieuzależnionej),
- e. postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrót do normy po wypiciu,
- f. picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości (np. świadomość możliwości uszkodzenia wątroby czy wystąpienia stanów depresyjnych po dłuższych okresach picia).

Zarówno obserwacje kliniczne, jak i badania epidemiologiczne pokazują, że wzorce sięgania po alkohol mogą na przestrzeni życia wielokrotnie ulegać zmianom. Tylko niektóre osoby spośród pijących ryzykownie i/lub szkodliwie rozwiną uzależnienie od alkoholu. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że pacjenci u których postawiono wspomnianą diagnozę mają niewielkie szanse na powrót do tzw. pica kontrolowanego, które niesie ze sobą niewielkie ryzyko szkód²².

Autorzy nowoczesnych koncepcji etiologii uzależnienia od alkoholu zgodnie podkreślają, że jest to zaburzenie warunkowane wieloczynnikowo²³. Wywołuje je zwykle szereg nakładających się na siebie czynników biologicznych (np. podatność genetyczna, uszkodzenia OUN), psychologicznych (np. deficyt praktycznych

²² Frackowiak, M., Motyka, M., Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu, Hygeia Public Health, 50(2), 2015

²³ Mellibruda, J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu, Alkoholizm i Narkomania, 3(28), 1997.

umiejętności życiowych, chwiejność i niedojrzałość emocjonalna) i środowiskowych (np. silny stres, osłabienie relacji interpersonalnych, naciski środowiskowe na picie alkoholu). Najnowsze badania pokazują, że wystąpienie pojedynczego elementu obciążającego nie prowadzi do wystąpienia objawów chorobowych. Przy czym, wpływ i znaczenie poszczególnych bodźców w przypadku konkretnego pacjenta jest trudny do przewidzenia.

Dotychczas dowiedziono, iż czynniki genetyczne wpływają na podatność jednostki na uzależnienie od alkoholu²⁴. Wydaje się, że uzależnienie jest przekazywane na gruncie rodziny – tj. dzieci wychowywane w domu z tzw. „problemem alkoholowym” znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka uzależnienia. Nie udało się jednak jednoznacznie rozstrzygnąć jakie czynniki (genetyczne czy środowiskowe) odgrywają kluczową rolę w etiologii choroby. Wielu autorów dowodzi kluczowej roli tzw. dziedziczenia społecznego (tj. skłonności do powielania w dorosłym życiu wzorców obserwowanych w okresie dzieciństwa rodzinie pochodzenia). Inni wskazują na podwyższone ryzyko uzależnienia od alkoholu obserwowane w grupie dzieci pochodzących z domów abstynenckich. W tym wypadku zagrożenia upatruje się w braku właściwych i akceptowalnych społecznie modeli picia.

Badania amerykańskie sugerują, że brak zaangażowania i wsparcia rodzicielskiego w okresie adolescencji i wczesnej młodości może skutkować większą podatnością na zespół uzależnienia od alkoholu. Ryzyko to jest szczególnie nasilone, jeśli towarzyszy mu zwiększona presja rówieśnicza związana z konsumpcją („moda na upijanie się”, „picie dla towarzystwa lub w celu podniesienia swojego statusu w grupie”). Warto podkreślić, że wczesne sięgnięcie po alkohol również istotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia w przyszłości alkoholizmu. Eksperci alarmują, że znaczna dostępność napojów alkoholowych może prowadzić do wzrostu rozpowszechnienia uzależnienia. Łatwo dostępny alkohol staje się niejako substancją psychoaktywną pierwszego wyboru – sięganie po nią jest tanie, nie zagrożone sankcjami prawnymi i nie wymagające żadnych specjalnych zbiegów. Wspomniany kontekst sprzyja ekscesywnemu picu (ang. *binge drinking*), czyli upijaniu się w dni

²⁴ Frąckowiak, M., Motyka, M., Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu, *Hygeia Public Health*, 50(2), 2015

wolne od pracy. Zjawisko to jest coraz bardziej popularne w populacji młodych, wykształconych dorosłych zamieszkujących duże miasta.

Uzależnienie od alkoholu często współwystępuje z innymi chorobami i zaburzeniami psychicznymi (np. depresją, zaburzeniami lękowymi, schizofrenią, ADHD, PTSD). Tego rodzaju sytuacja jest przez psychiatrów określana mianem „podwójnej diagnozy”. Badacze i klinicyści mają jednak zwykle poważne problemy ze wskazaniem jednostki chorobowej o pierwotnym charakterze. Zgromadzone dane empiryczne potwierdzają, że występowanie zaburzeń emocjonalnych stanowi czynnik ryzyka alkoholizmu²⁵. Rozwinięcie objawów zespołu uzależnienia od alkoholu może być również konsekwencją przeżytego doświadczenia (doświadczeń) traumatycznych lub nadużycia seksualnego bądź emocjonalnego (szczególnie jeśli mają one miejsce w okresie wczesnego dzieciństwa). Liczne badania wskazują, że osoby będące ofiarami lub świadkami przemocy psychicznej lub fizycznej (w szczególności długotrwałej, nasilonej i niepodlegającej kontroli) są bardziej podatne na alkoholizm.

Ważną grupą ryzyka alkoholizmu są środowiska, w których obserwuje się nadreprezentację problemów alkoholowych. Warto również dodać, że do grup ryzyka uzależnienia od alkoholu kwalifikuje się mężczyźni wypijających rocznie powyżej 10 litrów czystego alkoholu. Analogiczny wskaźnik w wypadku kobiet wynosi 7,5 litra.

2.4. Postawy społeczne wobec alkoholu i osób go spożywających

Badania przeprowadzane cyklicznie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazują, że nadmierne picie i uzależnienie to, w opinii Polaków, jeden z najważniejszych problemów społecznych, zarówno na poziomie kraju, jak i na poziomie lokalnym. Przy czym badani wciąż posługują się licznymi stereotypami związanymi z alkoholem i jego konsumentami. Przede wszystkim, wierzą w mniejszą szkodliwość słabszych alkoholi (tj. piwa i wina). Ponadto coraz liczniejsza grupa mieszkańców Polski dopuszcza inicjację alkoholową młodzieży, która nie ukończyła 18. roku życia. Tego rodzaju nastawienie jest blisko dwukrotnie częstsze

²⁵ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012

wśród osób, które same piły przed osiągnięciem pełnoletniości. Wyraźnie widać również, iż chłopcy są traktowani bardziej liberalnie, niż dziewczęta (większe przyzwolenie na picie alkoholu przed „osiemnastką” i próbowanie mocnych alkoholi). Do pozytywów można zaliczyć zmianę postawy sprzedawców w stosunku do młodzieży chcącej kupić alkohol. Systematycznie rośnie częstość sprawdzania prawa do zakupu alkoholu a także odmów sprzedania nieletnim napojów alkoholowych (najnowszy wskaźnik osiągnął wartość 26%).

Systematycznie poprawia się natomiast świadomość zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu w czasie ciąży. Niemal wszyscy badani Polacy wiedzą, że picie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może negatywnie odbić się na zdrowiu ich nienarodzonych dzieci (95%). Przyszłe matki coraz rzadziej przyznają się do picia w ciąży (12% w 2008 roku vs 16,5% w 2005 roku). Przy czym, wyjaśnienie etiologii tej zmiany wymaga dalszych badań (nie jest jasne czy mamy do czynienia z rzeczywistą modyfikacją postaw w kierunku prozdrowotnych, czy też dochodzi do zafałszowania odpowiedzi w związku z rosnącą presją społeczną). Podobną tendencję obserwujemy w odniesieniu do osób prowadzących pojazdy w stanie nietrzeźwości. Odsetek Polaków przyznających się do tego typu zachowań spada systematycznie od 2002 roku. W najnowszym badaniu nieznacznie przekroczył 1%. Dla porównania, wartość analogicznego wskaźnika w 2002 roku była blisko czterokrotnie wyższa. W świetle przytoczonych danych niepokoi fakt, iż co czwarty respondent był, w ciągu roku poprzedzającego pomiar, świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu. Wspomniany wskaźnik jest stabilny, tj. jego wartość nie zmieniła się w porównaniu z wcześniejszymi falami badania realizowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych²⁶.

²⁶ Przytoczone dane pochodzą z badań zrealizowanych w 2005 (PBS) i 2008 (CEBOS) roku na zlecenie PARPA

2.5. Wpływ działań i ofert promocyjnych na wzory konsumpcji

Działania w obszarze promocji alkoholu i napojów alkoholowych reguluje artykuł 13 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁷. Przepisy te zostały istotnie zmodyfikowane w 2002 roku znacznie ograniczając możliwość reklamy napojów alkoholowych²⁸. Ich celem jest ochrona zdrowia konsumentów przed nadużywaniem alkoholu, poprzez ograniczenie dostępu do alkoholu osobom nieletnim i minimalizowanie wpływu reklamy na świadomość młodych ludzi. W obecnym kształcie ustawa zabrania na terenie Polski promocji napojów alkoholowych²⁹, z wyjątkiem piwa, którego reklama dozwolona jest jedynie po spełnieniu licznych warunków dotyczących zarówno jej treści³⁰, jak i sposobów dystrybucji³¹. Wspomniane obwarowania prawne nie obejmują materiałów reklamowych lokowanych w punktach sprzedaży alkoholu (tj. w hurtowniach, wydzielonych stoiskach i sklepach z alkoholem, a także lokalach prowadzących sprzedaż alkoholu przeznaczonego do spożycia w miejscu sprzedaży).

Warto podkreślić, że Polacy nie są entuzjastami obowiązujących przepisów i dość niechętnie akceptują całkowity zakaz reklamowania wyrobów alkoholowych³². Obserwowane w ostatniej dekadzie wskaźniki poparcia dla pełnej legalizacji akcji promocyjnych oscylują wokół 30% w przypadku napoi spirytusowych i blisko 50%

²⁷ www.isap.sejm.gov.pl

²⁸ http://www.parpa.pl/download/Przepisy_dotyczące_reklamy_alkoholu_w_Europie_i_w_Polsce.pdf

²⁹ Przepisy zabraniają również reklamy oraz promocji produktów i usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego.

³⁰ Reklama piwa jest dopuszczalna pod warunkiem, że nie jest kierowana do małoletnich i ich nie przedstawia, nie łączy spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami, nie zawiera stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, stymulujące, uspokajające lub stanowi sposób rozwiązywania konfliktów osobistych, nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu, nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego picia w sposób negatywny, nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na ich jakość, a także nie wywołuje skojarzeń z atrakcyjnością seksualną, relaksem lub wypoczynkiem, nauką lub pracą, sukcesem zawodowym lub życiowym.

³¹ Reklama piwa nie może być prowadzona w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6.00 a 20.00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy, na kasetach wideo i innych nośnikach; w prasie młodzieżowej i dziecięcej; na okładkach dzienników i czasopism; na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy, chyba że 20% powierzchni reklamy zajmować będą widoczne i czytelne napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim, a także przy udziale małoletnich.

³² Jastrun, E., Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce, Świat Problemów, 4/159, 2006.

w przypadku piwa. I choć odsetek zwolenników restrykcyjnych ograniczeń systematycznie rośnie, nadal pozostają oni w mniejszości (stanowiąc odpowiednio nie więcej, niż 45% i 33% dorosłych Polaków)³³. Badani są zdecydowanie bardziej skłonni dostrzegać wpływ reklamy alkoholu na wzorce konsumpcji młodzieży. Wyraźnie bagatelizują natomiast oddziaływanie promocji alkoholu na osoby dorosłe³⁴.

Eksperti ostrzegają, że ostatnie lata przyniosły widoczny wzrost zagrożeń związanych z alkoholem i wynikających z jego dynamicznej promocji i rosnącej dostępności³⁵. Wciąż jednak brakuje systematycznych badań naukowych eksplorujących związek pomiędzy reklamą i działaniami marketingowymi, a wzorcami konsumpcji napojów alkoholowych w Polsce. Doniesienia zagraniczne mają raczej pesymistyczny wydźwięk. Wynika z nich, między innymi, iż umieszczane na materiałach promocyjnych rozpowszechnianych przez producentów informacji o szkodliwości alkoholu nie przekłada się na rzeczywistą zmianę zachowań i postaw³⁶. Może być rozumiane jedynie w kategoriach sposobu zwiększenia świadomości zagrożeń płynących z nadużywania napojów alkoholowych.

2.6. Wpływ kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi na zmianę wzorów konsumpcji

Kampanie społeczne definiuje się jako narzędzie promowanie właściwych idei, postaw i zachowań. Są one sposobem upowszechniania zdrowego trybu życia i wzmacniania zachowań prozdrowotnych, przy jednoczesnym zniechęcaniu do działań negatywnie rzutujących na kondycję psychofizyczną jednostek i społeczeństw³⁷. Akcje promocyjne i informacyjne są metodą kształtowania pożądanych postaw rekomendowaną zarówno przez Światową Organizację Zdrowia, jak i Komisję

³³ Przytoczone dane pochodzą z badań zrealizowanych w 2005 (PBS) i 2008 (CEBOS) roku na zlecenie PARPA

³⁴ Jastrun, E., Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce, Świat Problemów, 4/159, 2006.

³⁵ Frąckowiak, M., Motyka, M., Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu, Hygeia Public Health, 50(2), 2015.

³⁶ Raport International Center of Alcohol Policies pobrany ze strony: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=K0nlocEnKTY%3D&tabid=75>

³⁷ Piekutowska, S., Kanicka, M., Pogorzelska, P., Charkiewicz, A., E., Kanicki, T., Szpak, A., Rola kampanii społecznych w promowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu wśród studentów białostockich uczelni, Hygeia Public Health, 48(4), 2013.

Europejską³⁸. Organizacje te postulują poddawanie działań promocyjnych systematycznej ewaluacji, w oparciu o obserwacje organizatorów, badania ankietowe i wywiady bezpośrednie z uczestnikami/ beneficjentami³⁹. O skuteczności kampanii najczęściej wnioskuje się na podstawie zauważalności i zrozumienia przekazu, a także zmiany poziomu wiedzy, postaw i zachowań zdrowotnych. Ewaluacje powinny być prowadzone w taki sposób by umożliwić wykrycie związków przyczynowo skutkowych pomiędzy elementami kampanii, a poszczególnymi wskaźnikami efektu⁴⁰.

Liczba kampanii społecznych ukierunkowanych na przeciwdziałanie alkoholizmowi systematycznie rośnie^{41,42}. Powodem wzrostu zainteresowania tego rodzaju działań, jest postrzeganie tego rodzaju działań jako łatwych organizacyjnie i nieskomplikowanych⁴³. Celem akcji promujących pożądane postawy względem alkoholu jest zwykle dostarczenie wiedzy w konkretnym obszarze (np. związku alkoholu z przemocą domową czy bezpieczeństwem na drodze lub dostępności wsparcia dla borykających się z problemem alkoholowym), zachęcenie do odpowiedzialnych wyborów i zachowań, a także zniechęcenie do decyzji postrzeganych jako niewłaściwe. W ocenie ekspertów dotychczasowe kampanie społeczne dotyczące omawianej tematyki miały ograniczoną efektywność⁴⁴. Wśród przyczyn niedostatecznej skuteczności przekazu wskazuje się, między innymi, nietrafnie wytypowane grupy docelowe, jednorazowy charakter (brak działań cyklicznych i/ lub długofalowych), nieadekwatność językową stosowanych komunikatów, nadmiernie częste stosowanie przekazu wzbudzającego strach.

³⁸ Piekutowska, S., Kanicka, M., Pogorzelska, P., Charkiewicz, A., E., Kanicki, T., Szpak, A., Rola kampanii społecznych w promowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu wśród studentów białostockich uczelni, *Hyegia Public Health*, 48(4), 2013.

³⁹ Piasecka A. Skuteczność prozdrowotnych kampanii społecznych. *Perspektywa Public Relations (w:) Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Jacennik B. VIZJA PRESS&IT, Warszawa 2010.

⁴⁰ Jacennik B. Konceptcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 19, 2000.

⁴¹ Piekutowska, S., Kanicka, M., Pogorzelska, P., Charkiewicz, A., E., Kanicki, T., Szpak, A., Rola kampanii społecznych w promowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu wśród studentów białostockich uczelni, *Hyegia Public Health*, 48(4), 2013.

⁴² Pietruszka-Pandey, M. Błędy w kampaniach dotyczących problemów alkoholowych, *Świat Problemów*, 12(4), 2013.

⁴³ Pietruszka-Pandey, M. Błędy w kampaniach dotyczących problemów alkoholowych, *Świat Problemów*, 12(4), 2013.

⁴⁴ Pietruszka-Pandey, M. Błędy w kampaniach dotyczących problemów alkoholowych, *Świat Problemów*, 12(4), 2013.

Warto podkreślić, że doświadczenia międzynarodowe (w szczególności w obszarze informowania o negatywnych skutkach prowadzenia samochodu w stanie nietrzeźwości) wskazują, iż kampanie emitowane w środkach masowego przekazu mogą przyczynić się do realnej zmiany postaw odbiorców. Znajdują one odzwierciedlenie w wartościach obserwowanych wskaźników efektu (np. zmniejszeniu liczby wypadków związanych z alkoholem, spadku częstości prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, a także ograniczeniu kosztów społecznych i ekonomicznych). Co ciekawe, efektywność wspomnianych działań jest niezależna od treści przekazu (a konkretnie od tego czy koncentruje się on wokół prawnych konsekwencji czy też negatywnych następstw społecznych i zdrowotnych). Przy czym, warunkiem powodzenia akcji informacyjnych w mediach jest realizowanie ich w ścisłej współpracy z agencjami transportowymi, policją, służbami miejskimi, producentami i sprzedawcami.

Reasumując, wydaje się, że kampanie społeczne ukierunkowane na przeciwdziałanie alkoholizmowi powinny być rozumiane w kategoriach narzędzi wspierających kompleksowe programy prewencyjne dedykowane poszczególnym grupom ryzyka⁴⁵. Powyższe podejście znajduje potwierdzenie w wynikach badań, które pozwoliły zidentyfikować najbardziej efektywne strategie kształtowania pożądanych postaw w różnych grupach odbiorców⁴⁶.

⁴⁵ Pietruszka-Pandey, M. Błędy w kampaniach dotyczących problemów alkoholowych, Świat Problemów, 12(4), 2013.

⁴⁶ Raport International Center of Alcohol Policies pobrany ze strony: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=K0nlocEnKTY%3D&tabid=75>

3. OPIS KONCEPCJI BADANIA

Celem projektu, zgodnie z OPZ, jest ocena wzorów konsumpcji alkoholu, określenie problemów społecznych, które mogą się wiązać z piciem napojów alkoholowych oraz określenie postaw społecznych wobec alkoholu i osób go spożywających.

Do celów szczegółowych zaliczamy:

1. Ogólna charakterystyka spożycia napojów alkoholowych w województwie lubelskim
2. Identyfikacja uwarunkowań społeczno-demograficznych spożywania alkoholu
3. Określenie problemów społecznych wynikających ze spożywania alkoholu
4. Określenie czynników prowadzących do uzależnienia od alkoholu
5. Ocena skali występowania problemu uzależnień od alkoholu w opinii mieszkańców
6. Opis zagrożeń wynikających z uzależnienia od alkoholu zarówno w aspekcie jednostkowym jak i społecznym
7. Określenie postaw społecznych wobec alkoholu i osób go spożywających
8. Ocena wpływu działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów na wzory konsumpcji
9. Oszacowanie wpływu kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi na zmianę wzorów konsumpcji

4. METODOLOGIA BADANIA

Badanie zostało zrealizowane techniką osobistego wywiadu kwestionariuszowego (PAPI). Badanie składa się z dwóch modułów:

- **ilościowego**, o dedykowanym charakterze,
- **jakościowego**, zrealizowanego w formie zogniskowanego wywiadu grupowego.

Tabela 1. Moduły badania

| Oznaczenie modułu badawczego | Technika realizacji badania | Liczebność próby badawczej | Charakterystyka badanych osób |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---|
| Moduł 1. | Wywiady kwestionariuszowe PAPI | 1000 | Mieszkańcy województwa lubelskiego |
| Moduł 2. | Zogniskowany Wywiad Grupowy (FGI) | 1 | Terapeuci, psychologzy, psychiatrzy, specjaliści terapii uzależnień |

4.1. Moduł PAPI

Wywiad kwestionariuszowy PAPI jest techniką badań „face to face”, z bezpośrednim udziałem ankietera. Pytania czytane są przez ankietera, który jednocześnie zapisuje odpowiedzi respondentów na papierowej wersji kwestionariusza wywiadu. Respondenci rozmawiając z ankieterem, którego mają przed sobą, czują się silnie zmotywowani do udzielania rzetelnych odpowiedzi.

4.2. Dobór próby do techniki PAPI

Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej grupie mieszkańców województwa lubelskiego. W niniejszym badaniu wzięło udział tysiąc mieszkańców, którzy zostali dobrani do badania w sposób losowy. Metoda losowania polegała na podziale na warstwy (jednorodne pod względem interesujących nas cech), całej różnorodnej zbiorowości. Losowanie z poszczególnych warstw odbywało się według określonych kryteriów warstwowania. Warstwą w niniejszym badaniu był powiat, klasy wielkości miejscowości, płeć oraz kohorta wiekowa, co pokazują tabele: Tabela 2 Tabela 3.

Tabela 2. Podział mieszkańców na powiaty

| Powiat | Liczba mieszkańców | Procent | Liczebność |
|-------------------|--------------------|----------------|-------------|
| Bialski | 113304 | 5,24% | 50 |
| Biłgorajski | 103285 | 4,78% | 50 |
| Chełmski | 79672 | 3,69% | 35 |
| Hrubieszowski | 67225 | 3,11% | 30 |
| Janowski | 47316 | 2,19% | 25 |
| krasnostawski | 66597 | 3,08% | 30 |
| Kraśnicki | 98865 | 4,58% | 45 |
| Lubartowski | 90009 | 4,17% | 40 |
| Lubelski | 149066 | 6,90% | 70 |
| Łęczyński | 57624 | 2,67% | 25 |
| Łukowski | 109369 | 5,06% | 50 |
| m. Biała Podlaska | 57885 | 2,68% | 30 |
| m. Chełm | 65634 | 3,04% | 30 |
| m. Lublin | 346987 | 16,06% | 160 |
| m. Zamość | 65494 | 3,03% | 30 |
| Opolski | 61999 | 2,87% | 30 |
| Parczewski | 36016 | 1,67% | 20 |
| Puławski | 116170 | 5,38% | 50 |
| Radzyński | 60921 | 2,82% | 30 |
| Rycki | 58099 | 2,69% | 25 |
| Świdnicki | 72960 | 3,38% | 35 |
| Tomaszowski | 87149 | 4,03% | 40 |
| Włodawski | 39585 | 1,83% | 20 |
| Zamojski | 109282 | 5,06% | 50 |
| Suma | 2160513 | 100,00% | 1000 |

W losowaniu zastosowano warstwowanie terytorialne obejmujące podział na powiaty oraz klasy wielkości miejscowości według GUS (9 klas):

- Klasa 1 - wieś
- Klasa 2 – miasto do 10 tys.
- Klasa 3 – miasto 10-20 tys.
- Klasa 4 – miasto 20- 50 tys.
- Klasa 5 – miasto 50 – 100 tys.
- Klasa 6 – miasto 100 – 200 tys.
- Klasa 7 - miasto 200 – 500 tys.
- Klasa 8 – miasto 500 – 1 mln
- Klasa 9 – Warszawa.

Ze względu na przyjęty sposób warstwowania nie we wszystkich województwach i podregionach występują jednostki należące do poszczególnych klas. W województwie lubelskim nie występują miejscowości z klasy 8 i 9 oraz z klasy 6.

Tabela 3. Podział próby PAPI ze względu na klasę wielkości miejscowości

| Klasa wielkości miejscowości | Liczba mieszkańców | Procent | Liczebność |
|------------------------------|--------------------|-------------|-------------|
| 7 | 346987 | 16% | 160 |
| 5 | 189013 | 9% | 90 |
| 4 | 246086 | 11% | 110 |
| 3 | 125328 | 6% | 60 |
| 2 | 94611 | 4% | 40 |
| 1 | 1158488 | 54% | 540 |
| Suma | 2160513 | 100% | 1000 |

Tabela 4. Podział próby PAPI ze względu na płeć respondenta⁴⁷

| Płeć | Mężczyźni | Kobiety |
|------------|-----------|---------|
| Liczba | 1049802 | 1115849 |
| Procent | 48% | 52% |
| Liczebność | 480 | 520 |

⁴⁷ Dane pochodzą z Banku Danych Lokalnych GUS dla województwa lubelskiego

Tabela 5 Podział próby PAPI ze względu na wiek⁴⁸

| Kohorta wiekowa | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ | Suma |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Liczba ludności | 213979 | 346199 | 296380 | 278340 | 299156 | 327759 | 1761813 |
| Udział w próbie | 12,1% | 19,7% | 16,8% | 15,8% | 17,0% | 18,6% | 100,0% |
| Liczebność | 122 | 196 | 168 | 158 | 170 | 186 | 1000 |

4.3. Schemat realizacji badania

Proces badawczy zorientowany na realizację postawionych celów badawczych składał się z następujących etapów:

Etap I. Analiza danych zastanych oraz przygotowanie narzędzi badawczych

- Analiza desk research obejmowała: informacje z dostępnych źródeł np.: publikacji naukowych, raportów z badań, baz danych
- Opracowanie metodologii badania i przygotowanie narzędzi badawczych – kwestionariuszy badań ilościowych i scenariusza zogniskowanego wywiadu grupowego

Etap II. Badanie ilościowe

- Sondaż przeprowadzony z mieszkańcami województwa lubelskiego (N=510)

Etap III. Badanie jakościowe

- FGI z terapeutami, psychologami, psychiatrami i specjalistami terapii uzależnień

4.4. Hipotezy badawcze

Na podstawie analizy danych zastanych sformułowano hipotezy dotyczące spożycia napojów alkoholowych w województwie lubelskim. Stwierdzenia te stały się przedmiotem wyjaśnienia w ramach właściwego badania terenowego.

1. Mężczyźni częściej nadmierne spożywają alkohol niż kobiety.
2. Wraz ze wzrostem wykształcenia mężczyzny ilość wypijanego alkoholu spada.
3. Wraz ze wzrostem wykształcenia kobiety ilość wypijanego alkoholu wzrasta
4. Osoby aktywne zawodowo rzadziej spożywają alkohol niż osoby bezrobotne i nieaktywne zawodowo.

⁴⁸ Dane z corocznego raportu dotyczącego struktury demograficznej województw, raport na dzień 30 czerwca 2013 roku, dane z GUS.

5. Wraz ze wzrostem wieku spada ilość spożywanego alkoholu.
6. Wraz ze spadkiem dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym wzrasta spożycie alkoholu.

4.5. Narzędzia badawcze

Jednym z kluczowych założeń badania była możliwość odniesienia uzyskanych wyników do istniejących danych ogólnopolskich. Z tego względu kwestionariusz do badania został przygotowany w oparciu o materiał zgromadzony na etapie analizy danych zastanych. Przegląd dostępnych źródeł ujawnił, że we wcześniejszych badaniach dominowały dwa podejścia do szacowania ilości wypijanego alkoholu.

Pierwsze z nich określane mianem metody „ostatniej okazji” polega na zadawaniu respondentom serii pytań dotyczących ostatniej sytuacji picia napojów alkoholowych. Następnie analizuje się liczbę dni, które upłynęły od momentu ostatniej konsumpcji do chwili przeprowadzenia wywiadu oraz wielkość spożycia (tj. ilość wypitego alkoholu). Zakłada się przy tym, że indywidualny przeciętny okres pomiędzy okazjami picia danego rodzaju napojów alkoholowych jest dwukrotnie dłuższy, niż czas jaki upłynął od ostatniej okazji w chwili realizacji pomiaru. Wyliczona w ten sposób częstość picia oraz wielkość jednorazowej konsumpcji stanowią podstawę oszacowania ilości alkoholu spożywanego w ciągu roku. Wskaźniki otrzymane dla równych rodzajów napojów alkoholowych są następnie standaryzowane z uwzględnieniem zawartości czystego alkoholu. Zaprezentowany sposób estymacji był przez szereg lat stosowany w badaniach realizowanych przez Polską Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Obecnie traci on jednak na popularności. W najnowszych projektach badawczych coraz częściej wykorzystuje się technikę „częstotliwość – ilość”. Bazuje ona na założeniu, że ostatnia okazja może odbiegać od typowych dla danej osoby wzorów spożycia alkoholu. W omawianym typie badań respondenci są pytani o przeciętą ilość alkoholu danego rodzaju wypijaną przez nich przy jednej okazji. Dodatkowo badani deklarują jak często zdarzyło im się pić dany rodzaj alkoholu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających spotkanie z ankieterem. Wyliczona w ten sposób suma stanowi podstawę oszacowania indywidualnej ilości wypijanego alkoholu. Wyniki kalkulacji są następnie standaryzowane z uwzględnieniem procentowej zawartości czystego alkoholu.

Niniejsze badanie wpisuje się w aktualne trendy szacowania ilości wypijanego alkoholu. Zastosowano w nim podejście „częstotliwość – ilość”. Dodatkowo w kwestionariuszu znalazły się bloki pytań dotyczących następujących kwestii: okoliczności spożywania alkoholu, indywidualnego ryzyka picia szkodliwego, doświadczeń rodzinnych związanych z alkoholem (w tym również w okresie dzieciństwa respondentów), kontaktu z osobami spożywającymi alkohol i problemów z tym związanych, stereotypów i opinii na temat alkoholu, znajomości instytucji udzielających wsparcia terapeutycznego osobom uzależnionym, działań promocyjnych koncernów i firm sprzedających alkohol, a także kampanii społecznych poświęconych tej tematyce. W puli zastosowanych pytań kwestionariuszowych znalazła się krótka skala diagnozująca problemy wynikające z konsumpcji alkoholu (RAPS)⁴⁹, a także wybrane fragmenty Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI)⁵⁰. Finalna wersja kwestionariusza stanowi załącznik do niniejszego raportu (Rozdział 9.1).

W jakościowej części badania wykorzystano autorski scenariusz, który powstał we współpracy z Zamawiającym i omawia następujące zagadnienia: omówienie celów i zasad spotkania, charakterystyka doświadczeń zawodowych ekspertów, problemy społeczne wynikające ze spożycia alkoholu, czynniki prowadzące do uzależnienia, wpływ działań koncernów monopolowych, skala problemów związanych z alkoholem w województwie lubelskim, stereotypy dotyczące alkoholu, omówienie wniosków z badania. Pełny zestaw dyspozycji dla moderatora prowadzącego zogniskowaną dyskusję grupową stanowi załącznik do niniejszego raportu (Rozdział 9.2).

⁴⁹ W badaniu zastosowano polską wersję krótkiej skali do oceny problemów z alkoholem – RAPS (Rapid Alcohol Problems Scale). Jest to narzędzie służące do diagnostyki przesiewowej pod kątem picia szkodliwego. Właściwości narzędzia zostały szerzej opisane na stronie: <http://arg.org/news/rapid-alcohol-problems-screen-raps-can-help-clinicians-assess-patients/>

⁵⁰ W badaniu zastosowano wybrane serie pytań (diagnozujące picie szkodliwe i dotyczące dzieciństwa respondentów) pochodzące z polskiej adaptacji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego CIDI. Narzędzie to jest rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia do badań epidemiologicznych w psychiatrii. Więcej informacji można uzyskać za pośrednictwem strony internetowej: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/>

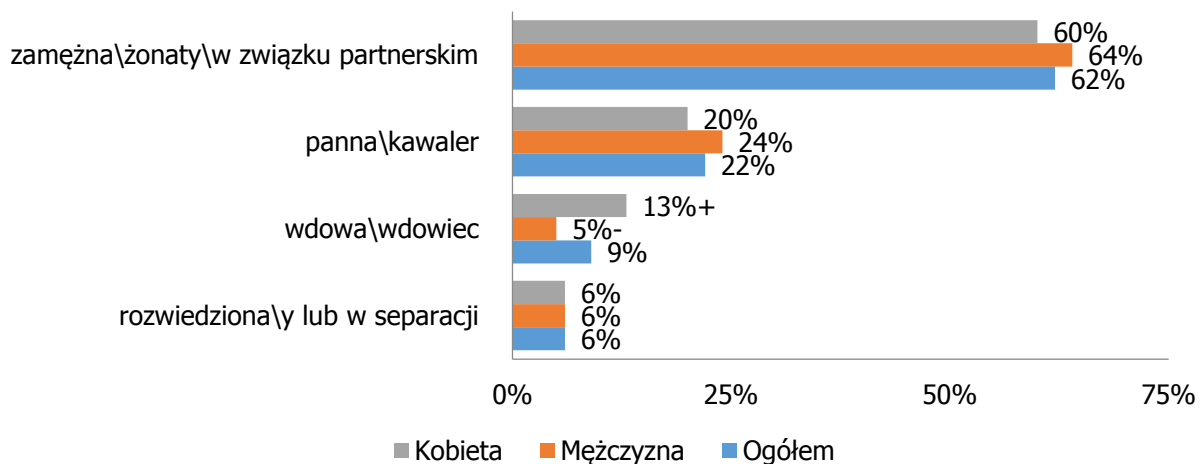
5. WYNIKI BADANIA

Prezentowane w poniższym rozdziale wyniki badania dotyczą charakterystyki spożycia alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego. Analiza i interpretacja zgromadzonego materiału badawczego została sporządzona w oparciu o odpowiedzi respondentów na pytania zawarte w kwestionariuszu wywiadu, podzielone na odrębne pod względem problematyki bloki tematyczne.

5.1. Charakterystyka badanej zbiorowości

W niniejszym badaniu większość respondentów żyło w związkach małżeńskich lub partnerskich (62%). Kawalerem bądź panną było 22% badanych, 9% stanowili wdowcy lub wdowy. Osoby rozwiedzione bądź w separacji stanowiły 6% próby. Wykres 4 przedstawia strukturę badanych rodzin pod względem stanu cywilnego.

Wykres 4. Stan cywilny (N=1009)⁵¹

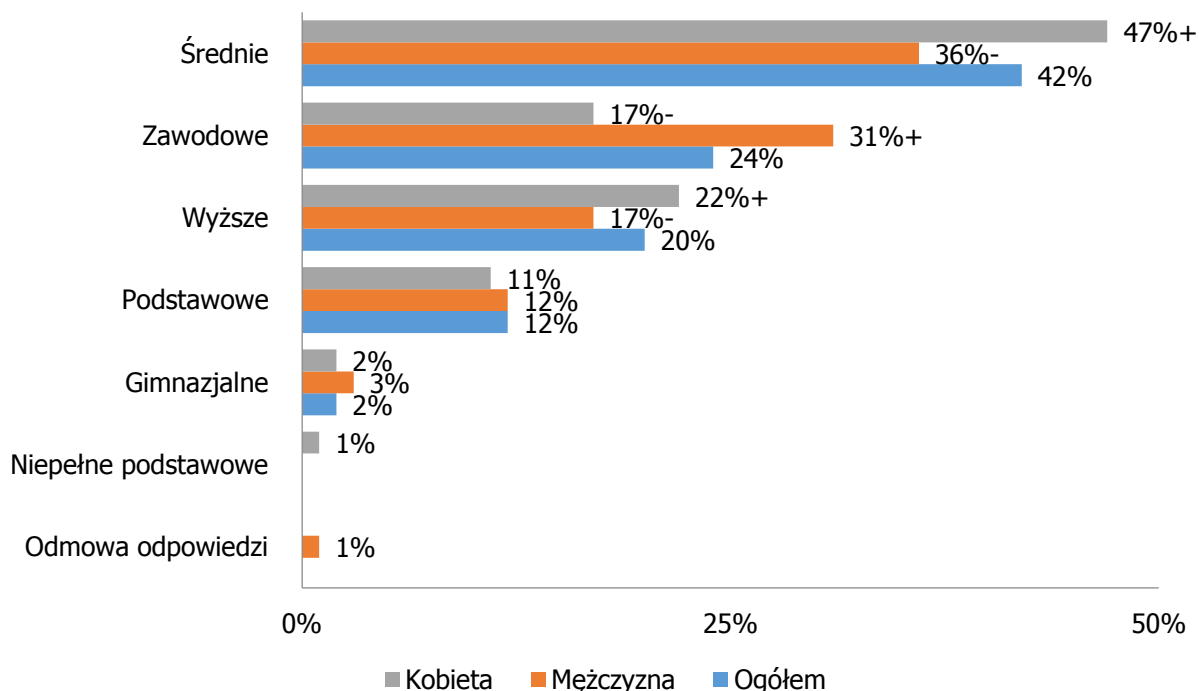


Badani charakteryzują się w większości wykształceniem średnim (42%) oraz zawodowym (24%). Trzecią grupą pod względem liczebności stanowią osoby z wykształceniem wyższym (20%). Wśród badanych najmniej znalazło się osób z wykształceniem podstawowym (12%) oraz gimnazjalnym (2%).

⁵¹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 5 prezentuje rozkład wykształcenia wśród badanych z uwzględnieniem zmiennej płeć.

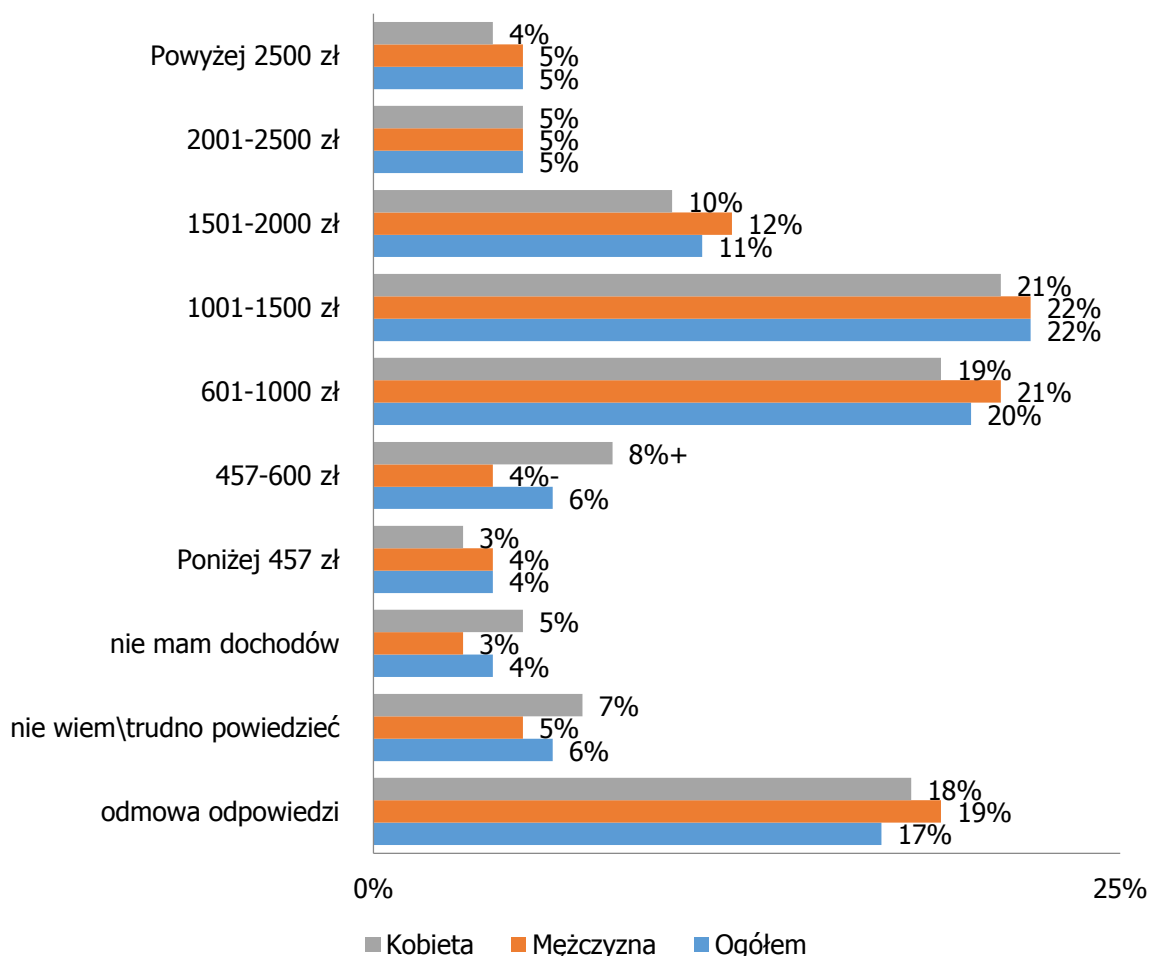
Wykres 5. Wykształcenie respondentów w podziale na płeć (n=1009)⁵²



Najliczniejszą grupę badanych stanowią osoby, których przeciętne miesięczne dochody przypadające na jedną osobę w gospodarstwie domowym mieszczą się w przedziale od 1001 do 1500 zł (22%), drugą pod względem liczebności grupę stanowią osoby, zamieszkujące gospodarstwa domowe, w których dochód na osobę mieści się w przedziale od 601 a 1000 zł (20%), a trzecią osoby z gospodarstw o dochodzie na osobę od 1501 do 2000 zł (11%). Co dwudziesta badana osoba należy do gospodarstw domowych, w których dochód na osobę przewyższa 2500 zł. Warto zauważyć, że niemal co piąty badany odmówił udzielenia odpowiedzi na to pytanie, a co dziesiąta osoba nie potrafiła wskazać dochodu lub go nie posiadała (por. Wykres 6).

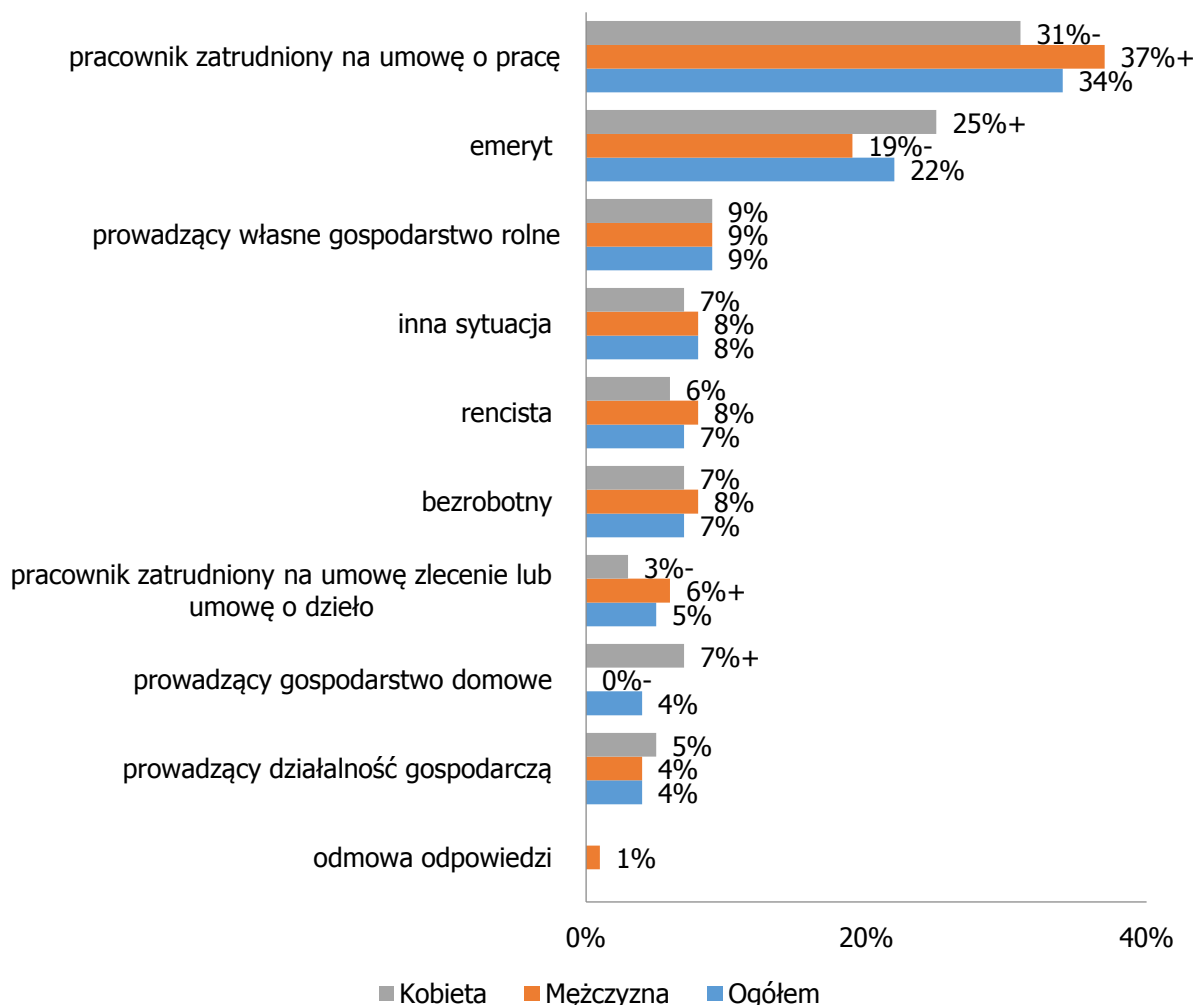
⁵² +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 6. Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym (N=1009)



Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn najliczniejszą grupę stanowią osoby zatrudnione na umowę o pracę (34%), choć odsetek ten wśród mężczyzn jest istotnie wyższy niż wśród kobiet. Może to być spowodowane późniejszym przechodzeniem mężczyzn na emeryturę. Emeryci to druga pod względem wielkości i równa niemal jednej czwartej wszystkich badanych. Największe dysproporcje między płciami odnotowano wśród osób prowadzących gospodarstwo domowe (4% ogółu), wśród kobiet odsetek ten wyniósł 7%, a wśród mężczyzn nie odnotowano takich deklaracji (por. Wykres 7).

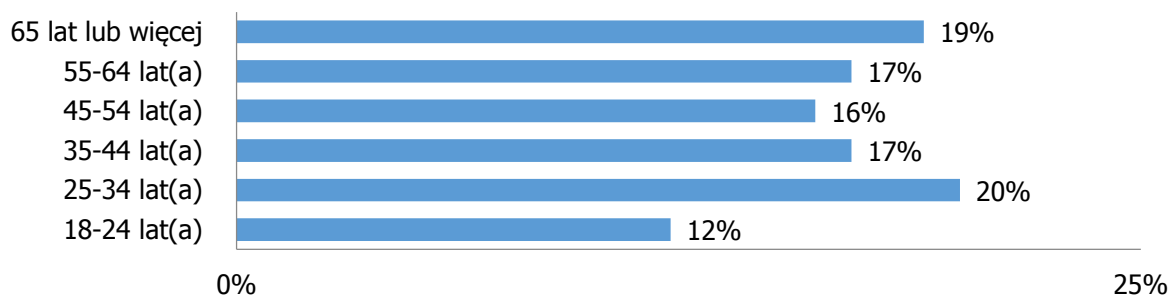
Wykres 7. Status zawodowy (N=1009)⁵³



Co piąta biorąca udział w badaniu osoba była w wieku 25-34 lat. Drugą pod względem liczebności była grupa wiekowa 65 lat lub więcej (19%). Trzecią grupę stanowiły osoby w wieku 55-64 lata (17%). Wyniki prezentuje Wykres 8.

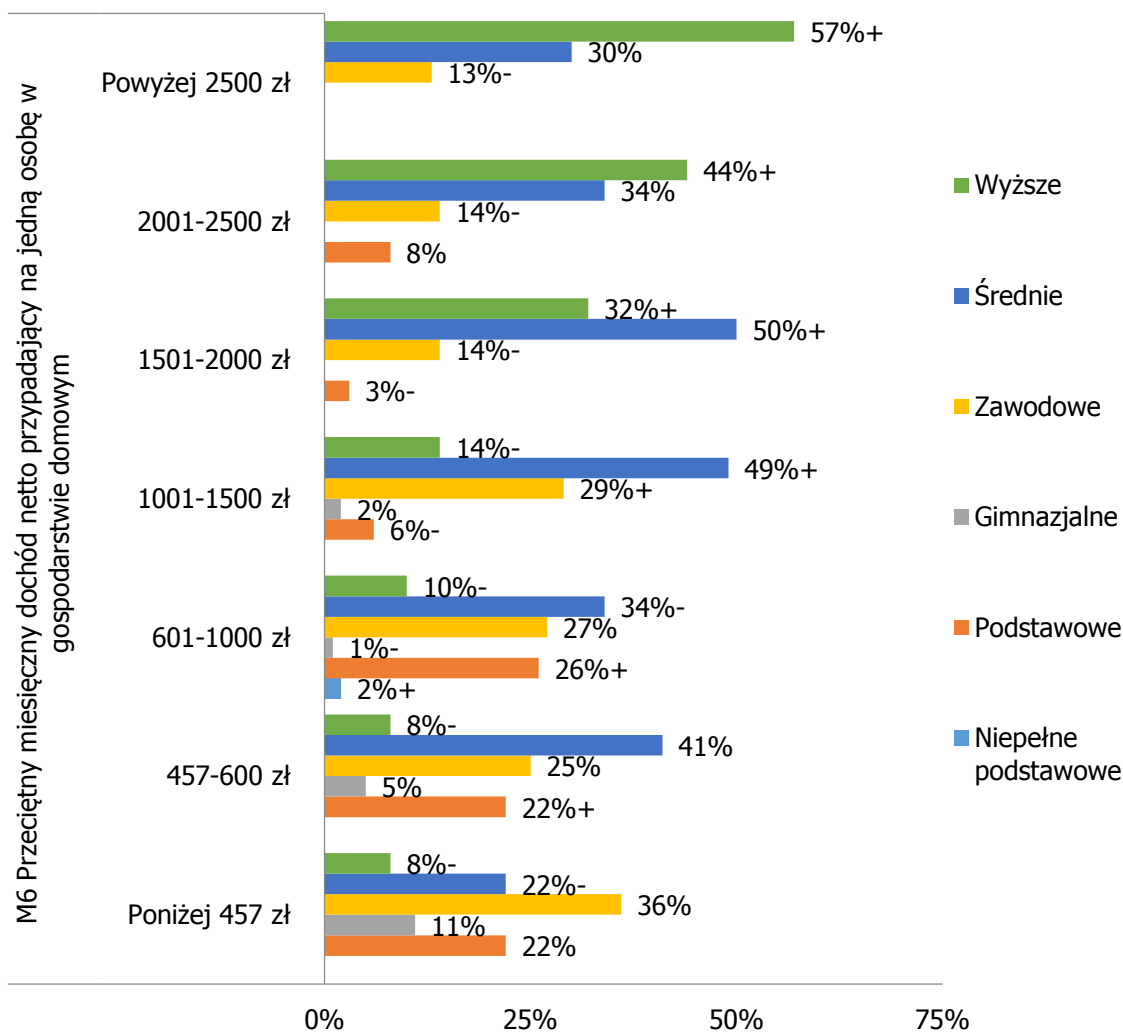
⁵³ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 8 Wiek respondentów (N=1009)



Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta również przeciętny dochód na osobę w gospodarstwie domowym. U ponad połowy osób z wykształceniem wyższym dochód na osobę w gospodarstwie przekracza 2500 zł. Wśród osób z wykształceniem zawodowym ten odsetek sięga jedynie 13%. Nie odnotowano takiego dochodu na osobę w gospodarstwach osób z wykształceniem podstawowym oraz gimnazjalnym. Gospodarstwa z dochodem na osobę nie przekraczającym 457 zł odnotowano w ponad jednej trzeciej gospodarstw osób z wykształceniem zawodowym, co piątym gospodarstwie osób z wykształceniem średnim i podstawowym oraz niemal co dziesiątym gospodarstwie osób legitymujących się wyższym wykształceniem (por. Wykres 9).

Wykres 9. Status zawodowy w zależności od wykształcenia (n=1009)⁵⁴

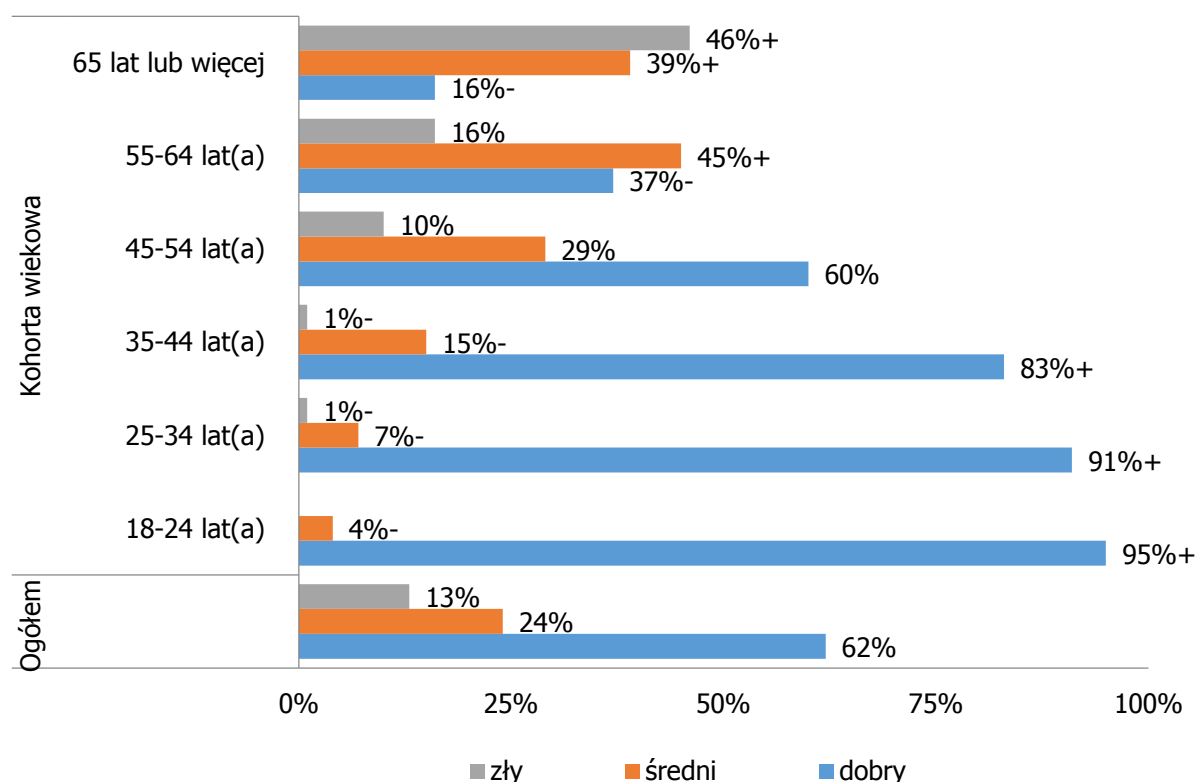


5.2. Samoocena zdrowia fizycznego

Niemal dwie trzecie badanych uważa stan swojego zdrowia fizycznego za dobry lub bardzo dobry. Co czwarty badany klasyfikuje go jako średni, a nieco ponad dziesiąty uważa go za zły lub bardzo zły. Samopoczucie badanych znacznie się różni w poszczególnych kohortach wiekowych. Wśród młodych osób zdecydowana większość, ponad 90% badanych, uważa swój stan zdrowia za dobry. Wśród osób po 64 roku życia odsetek ten wynosi jedynie 16% (por. Wykres 10).

⁵⁴ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 10. Stan swojego zdrowia fizycznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy(N=1009)⁵⁵



5.3. Częstość spożywania alkoholu

Piwo dominuje jako rodzaj alkoholu spożywanego z większą częstotliwością. Jeden, dwa razy w tygodniu spożywa je 20% badanych, podczas gdy wino i napoje spirytusowe z taką częstotliwością spożywa 2% badanych. Wśród alkoholi spożywanych w mniejszej częstotliwości – od jednego razu w miesiącu do jednego razu w roku – dominuje wódka i inne napoje wysokoprocentowe. Niemal połowa badanych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy nie piła wina, ponad jedna trzecia nie spożywała napojów spirytusowych, a ponad jedna czwarta piwa. Ponadto 13% badanych nigdy nie piło wina, a odpowiednio 8% i 9% piwa i napojów spirytusowych (por. Wykres 11).

Mężczyźni częściej spożywają piwo i napoje spirytusowe. Wśród osób, które nie piły tego typu alkoholu w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy oraz w ogóle nigdy nie

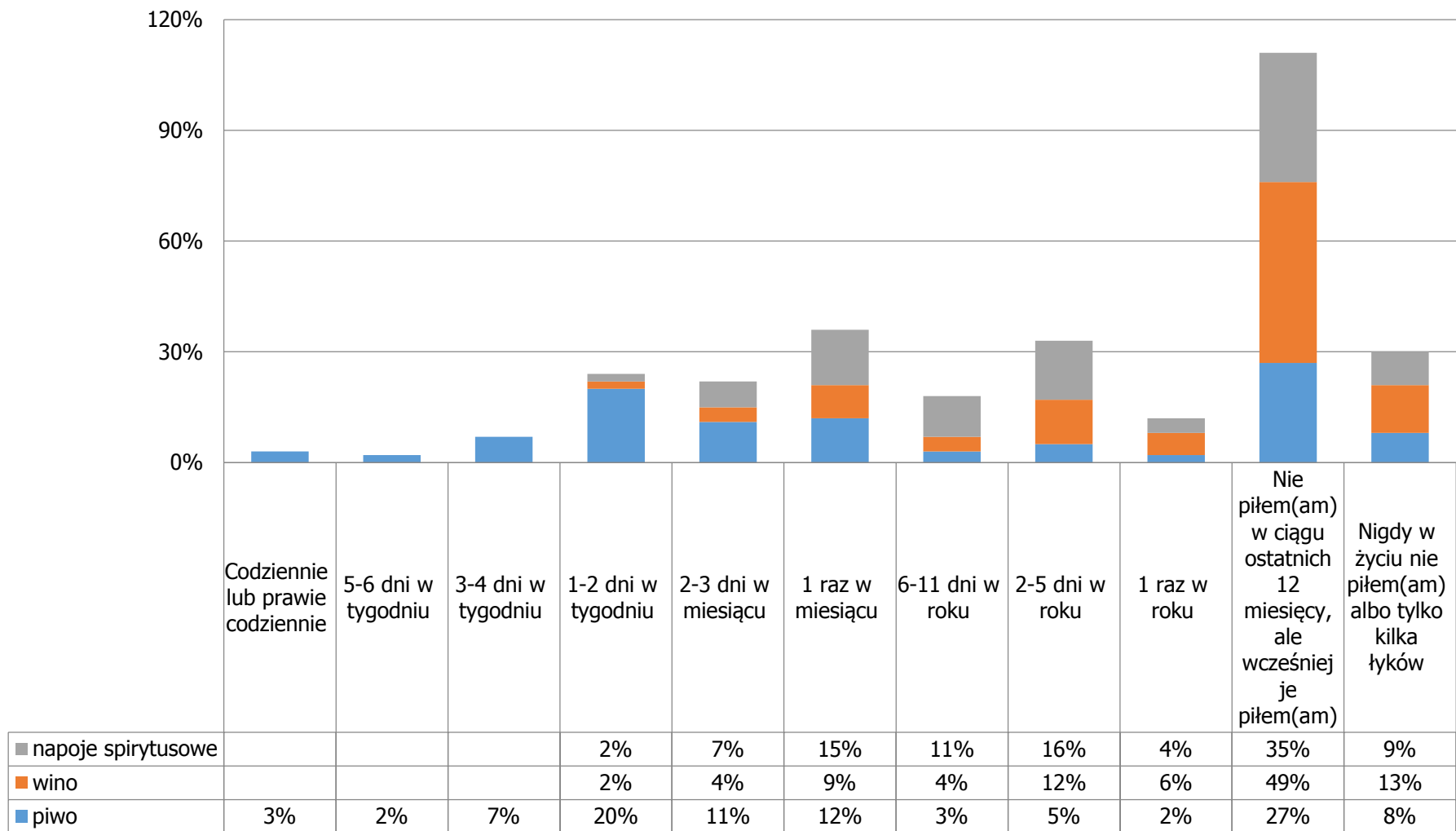
⁵⁵ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

próbowały znacznie częściej odnotowano kobiety. Wśród osób pijących wino przeważają kobiety. Jedna piąta respondentek pije je co najmniej raz w miesiącu.

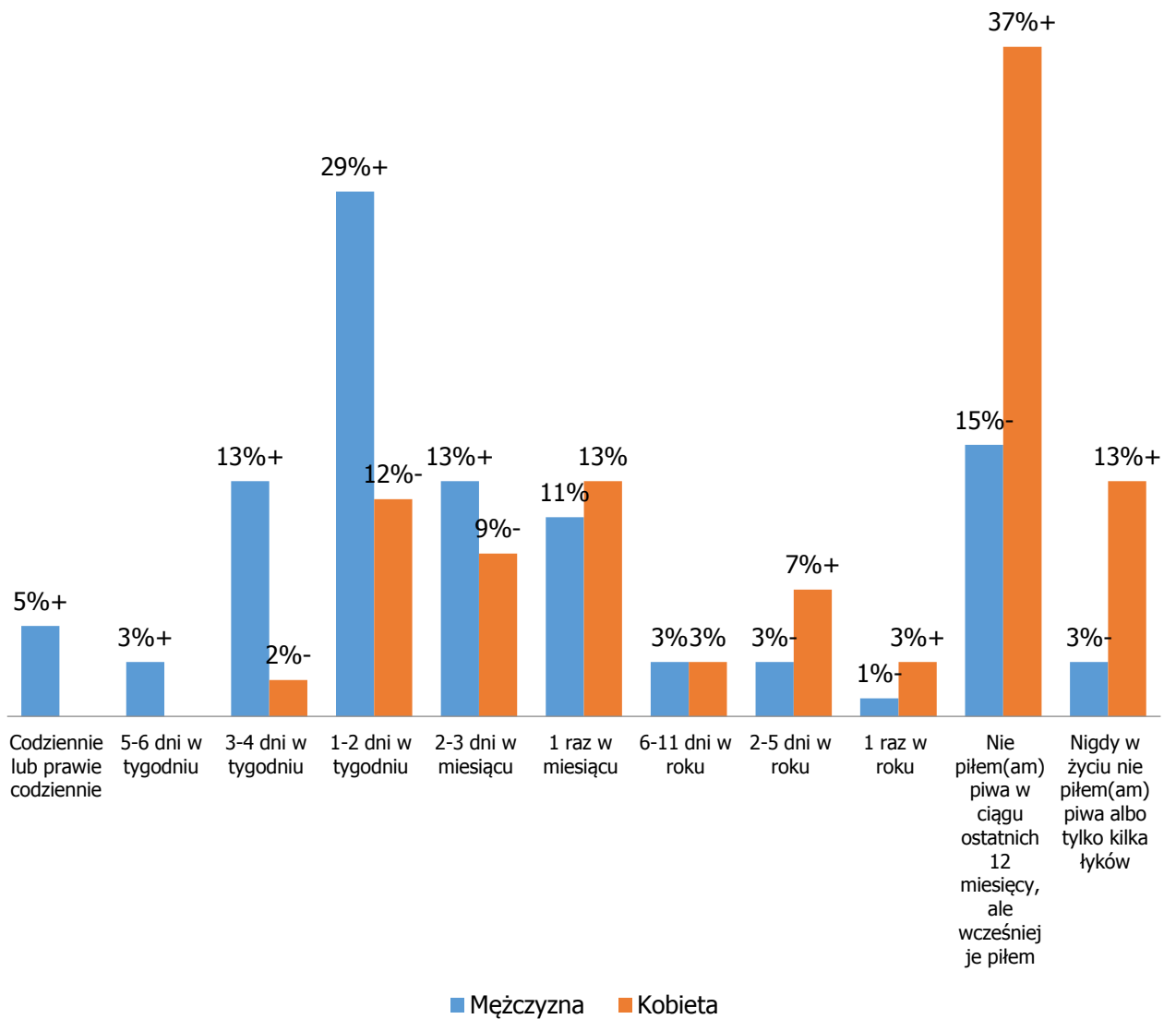
Osoby z wykształceniem podstawowym nieco rzadziej niż pozostali piją alkohol. Może to wynikać z faktu, że ten poziom wykształcenie częściej charakteryzuje osoby starsze, które dodatkowo z racji wieku i stanu zdrowia silniej ograniczają spożywanie napojów alkoholowych. Wino istotnie częściej spożywają osoby z wykształceniem wyższym. Piwo najczęściej piją respondenci z wykształceniem zawodowym. Najrzadziej alkohol piją osoby z wykształceniem podstawowym (por. Tabela 6).

Ilość czystego alkoholu spożywanego podczas jednej okazji jest najwyższa wśród mężczyzn z wieku pomiędzy 35 a 44 rokiem życia, posiadających wykształcenie wyższe. Spożycie alkoholu przy jednej okazji wzrasta pomiędzy 18 rokiem życia by osiągnąć najwyższe wartości w kohorcie wiekowej 35-44 po czym spada i ma najniższe wartości wśród osób w wieku powyżej 65 roku życia. Ilość spożywanego alkoholu (w mililitrach) przedstawia Wykres 15.

Wykres 11. Częstość picia piwa, wina i napojów spirytusowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009)

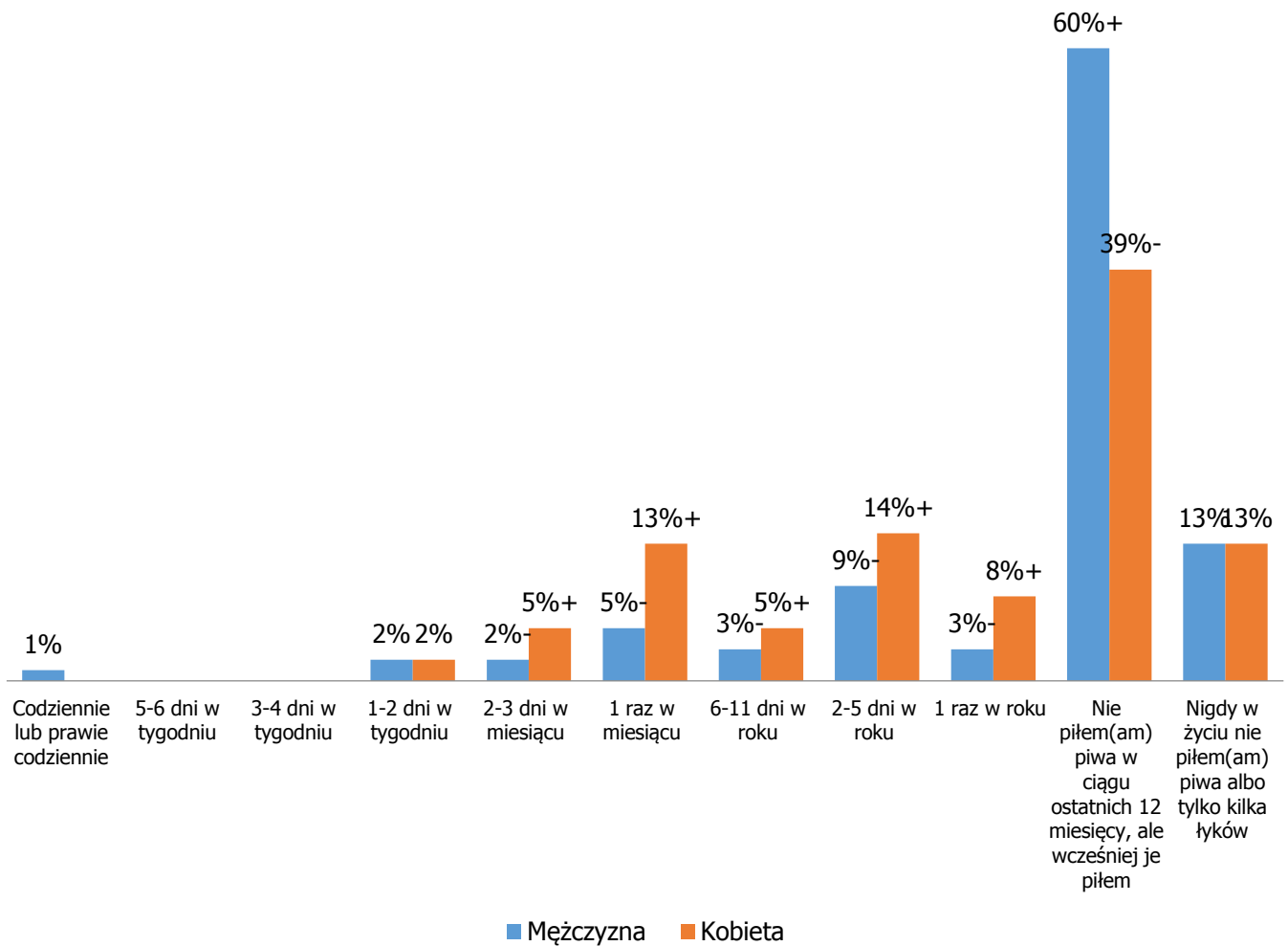


Wykres 12. Częstość picia piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009)⁵⁶



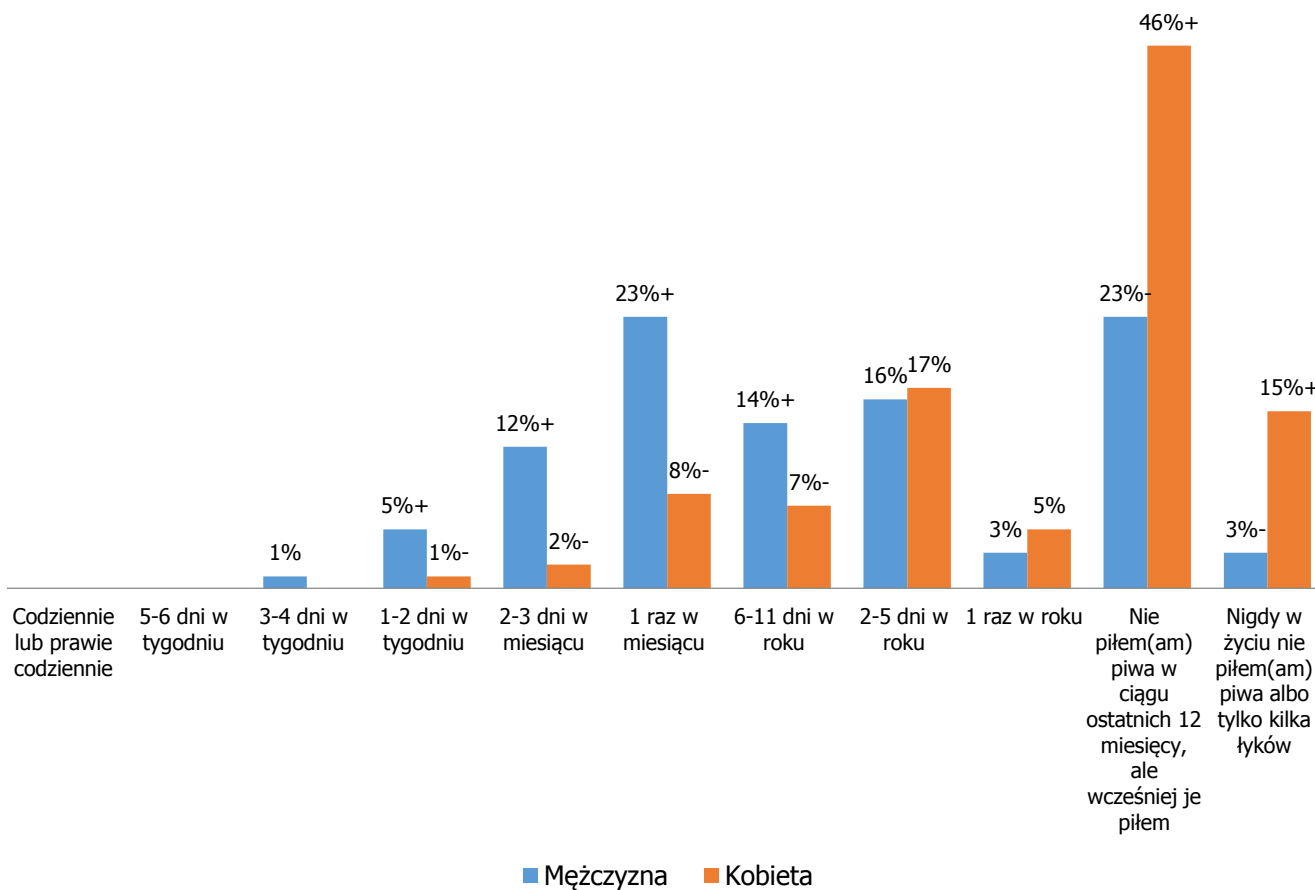
⁵⁶ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 13. Częstość picia wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009)⁵⁷



⁵⁷ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 14. Częstość picia napojów spirytusowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009)⁵⁸



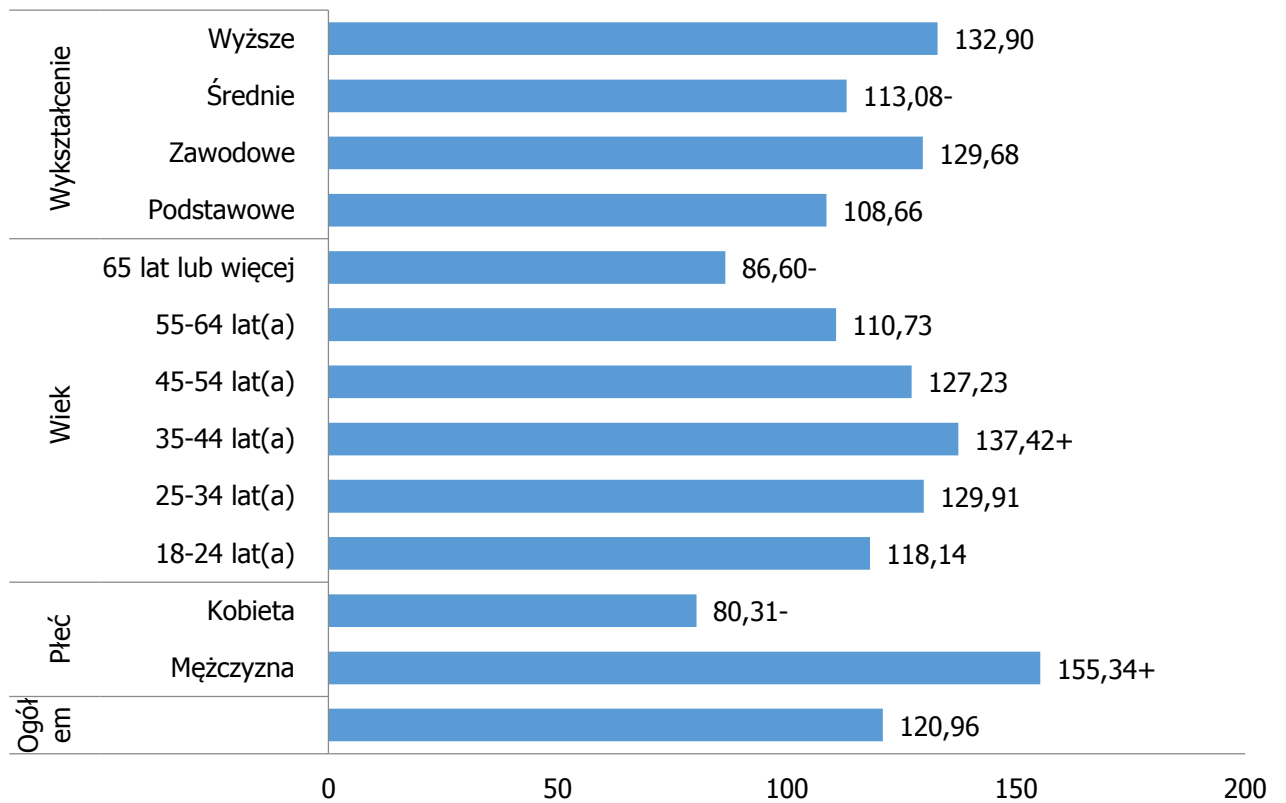
⁵⁸ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Tabela 6. Częstość picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób z różnym wykształceniem (N=1009)⁵⁹

| | Piwo | | | | Wino | | | | Napoje spirytusowe | | | |
|---|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|--------------------|----------|---------|--------|
| | Podstawowe | Zawodowe | Średnie | Wyższe | Podstawowe | Zawodowe | Średnie | Wyższe | Podstawowe | Zawodowe | Średnie | Wyższe |
| Codziennie lub prawie codziennie | 2% | 4% | 3% | 2% | 1% | | | 1% | | | | 1% |
| 5-6 dni w tygodniu | 2% | 4%+ | 1% | 1%- | | | | 1% | | | | |
| 3-4 dni w tygodniu | 3%- | 12%+ | 6% | 6% | | | 0% | 1% | 1% | | 0% | 1% |
| 1-2 dni w tygodniu | 12%- | 21% | 20% | 24% | 1% | 2% | 2% | 6%+ | 1%- | 6%+ | 1%- | 3% |
| 2-3 dni w miesiącu | 8% | 9% | 12% | 14% | 1%- | 2% | 4% | 8%+ | 3%- | 6% | 7% | 10% |
| 1 raz w miesiącu | 8% | 8%- | 14% | 17%+ | | 3%- | 13%+ | 15%+ | 12% | 18% | 14% | 15% |
| 6-11 dni w roku | 3% | 3% | 3% | 3% | 2% | 1%- | 5% | 8%+ | 3%- | 13% | 12% | 11% |
| 2-5 dni w roku | 3% | 3%- | 7%+ | 6% | 8% | 7%- | 14% | 17%+ | 11%- | 16% | 17% | 19% |
| 1 raz w roku | 1% | 2% | 2% | 4% | 3% | 3%- | 6% | 10%+ | 1%- | 2% | 4% | 7% |
| Nie piłem(am) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale wcześniej je piłem | 47%+ | 25% | 23%- | 20%- | 64%+ | 64%+ | 45%- | 27%- | 48%+ | 32% | 34% | 31% |
| Nigdy w życiu nie piłem(am) albo tylko kilka łyków | 12% | 10% | 9% | 3%- | 20%+ | 16% | 11% | 6%- | 18%+ | 6%- | 10% | 4%- |
| Odmowa odpowiedzi | | | | 1% | | | | 2% | 1% | | | 1% |
| Baza (N=) | 146 | 238 | 420 | 198 | 146 | 238 | 420 | 198 | 146 | 238 | 420 | 198 |

⁵⁹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 15. Ilość czystego alkoholu spożytego podczas jednej okazji⁶⁰



Średnią ilość czystego alkoholu spożywanego w ciągu roku w rozbiciu na różne czynniki prezentuje

⁶⁰ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 16. Średnie spożycie wyliczono poprzez przyjęcie, że piwo zawiera 5% alkoholu, wino – 12,5% a wódka i inne napoje spirytusowe – 40%. Wartości te zostały pomnożone poprzez częstość spożycia poszczególnych rodzajów alkoholu.

Wśród kobiet z wykształceniem podstawowym odnotowano najwyższe średnie spożycie alkoholu (6,6 litra czystego alkoholu). Kobiety z wykształceniem zawodowym spożywają znacznie mniej alkoholu. Wskaźnik rocznego spożycia przyjmuje w tej grupie kobiet najniższą wartość - 1,4 litra czystego alkoholu - by następnie wzrastać wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia.

Wśród mężczyzn z wykształceniem podstawowym odnotowano najniższe średnie spożycie (3,9 litra czystego alkoholu). Mężczyźni z wykształceniem zawodowym, inaczej niż ma to miejsce wśród kobiet spożywają średniorocznie najwięcej alkoholu (11,4 litra czystego alkoholu).

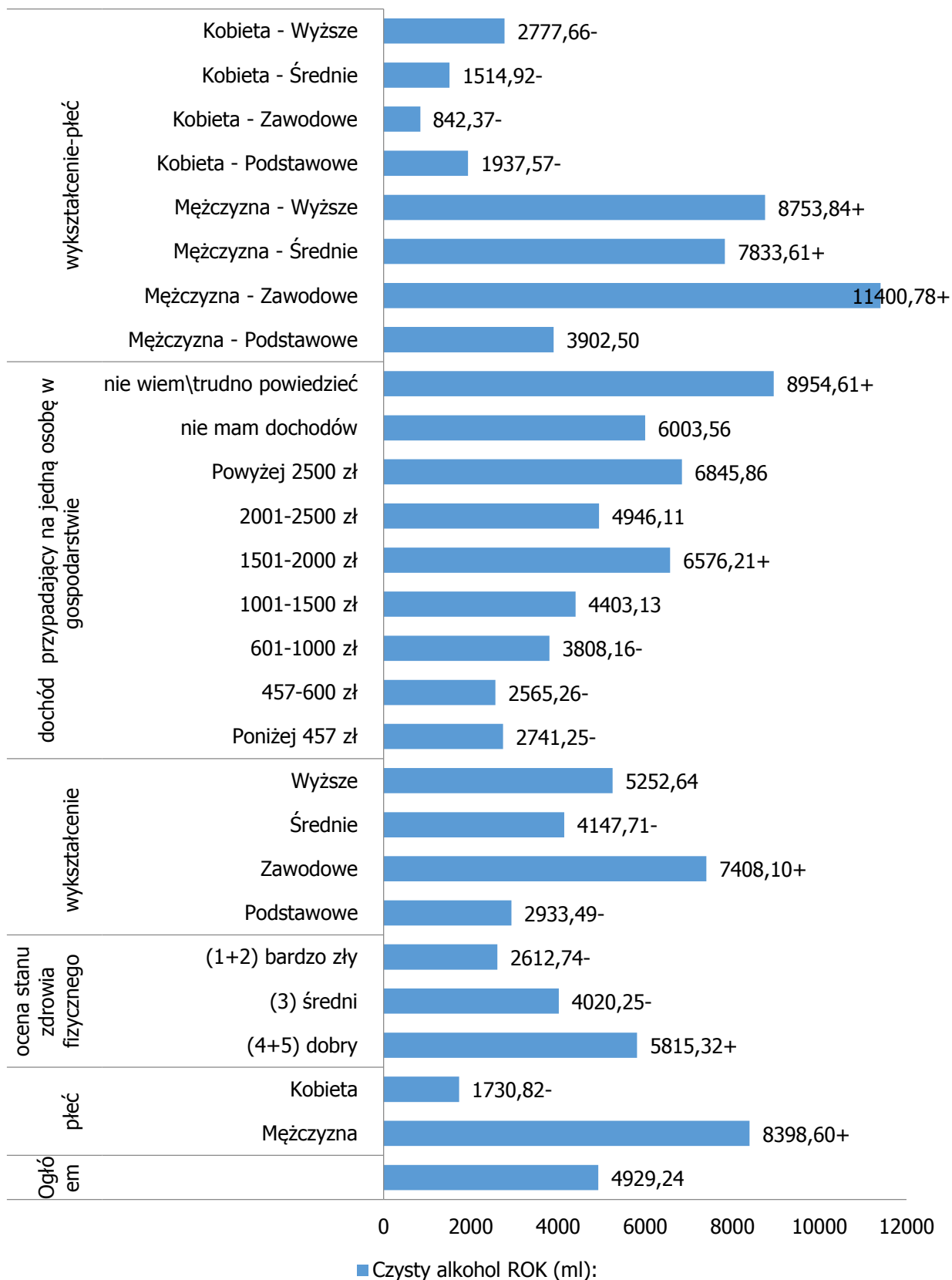
Wraz ze wzrostem dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym wzrasta średnie roczne spożycie alkoholu by wysoką wartość osiągnąć w grupie respondentów z dochodem w przedziale 1501 – 2000 zł na osobę a następnie spaść w grupie dochodowej 2001 – 2500 zł i ponownie zacząć wzrastać. Najwyższe średnie spożycie alkoholu (11,8 litra czystego alkoholu) odnotowano, wśród respondentów, którzy odmówili wskazania dochodu.

Analizując spożycie czystego alkoholu z wyłączeniem grupy osób niepijących najwyższe roczne spożycie alkoholu odnotowano w grupie osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły (7,6 litra czystego alkoholu), a najniższe (4,8 litra czystego alkoholu) wśród tych respondentów którzy określają swój stan zdrowia jako średni. Przy włączeniu do analiz osób, które w przeciągu ostatnich dwunastu miesięcy nie sięgnęły po alkohol, proporcje ulegają zmianie. Wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, spożycie alkoholu jest najniższe i wynosi średnio 2,6 litra czystego alkoholu Wykres 17. Wyniki świadczą, że wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły jest duża grupa osób spożywających znaczne ilości alkoholu oraz znaczna liczba osób nie pijących w ogóle.

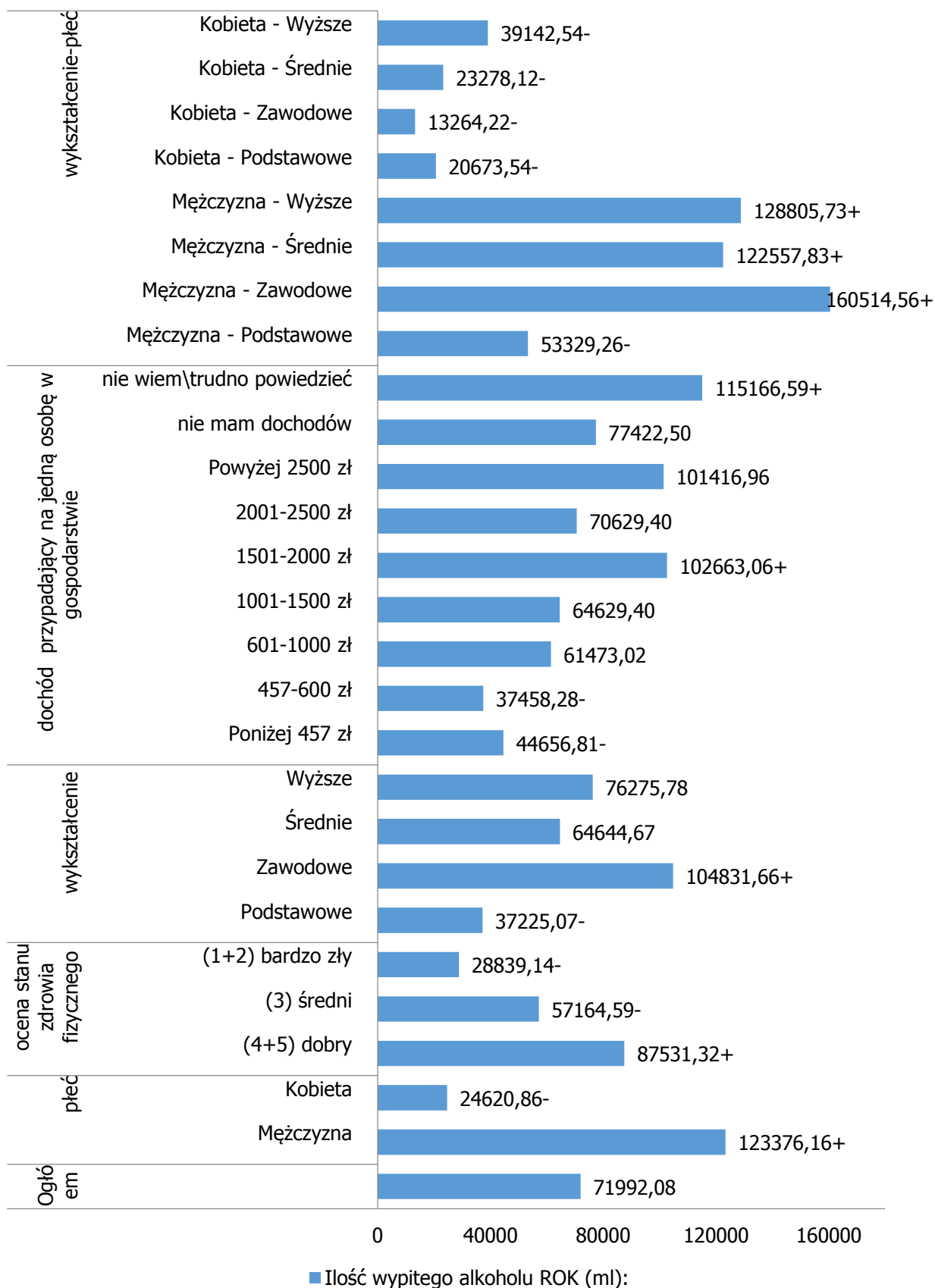
Znaczne różnice w średnim rocznym spożyciu alkoholu odnotowano pomiędzy kobietami, a mężczyznami. Wśród kobiet spożycie alkoholu jest zdecydowanie niższe niż u mężczyzn. Osoby, które piją codziennie lub prawie codziennie to najczęściej bezrobotni. Wśród osób pijących 3-4 razy w tygodniu 15% stanowią zatrudnieni na umowę o dzieło lub zlecenie oraz rolnicy. Jedna czwarta zatrudnionych na umowę o pracę, jedna trzecia zatrudnionych na umowę zlecenie lub o dzieło oraz ponad jedna trzecia prowadzących działalność gospodarczą pije alkohol 1-2 razy w tygodniu. Stosunkowo rzadko piją emeryci oraz osoby prowadzące gospodarstwo domowe.

Spośród osób deklarujących spożywanie alkoholu conajmniej 1-2 razy w tygodniu ponad jedna trzecia pije alkohol w domu. Jedna czwarta tej grupy pije go z przyjaciółmi. Jedna piąta osób pijących z taką częstotliwością spożywa go w samotności (Wykres 19).

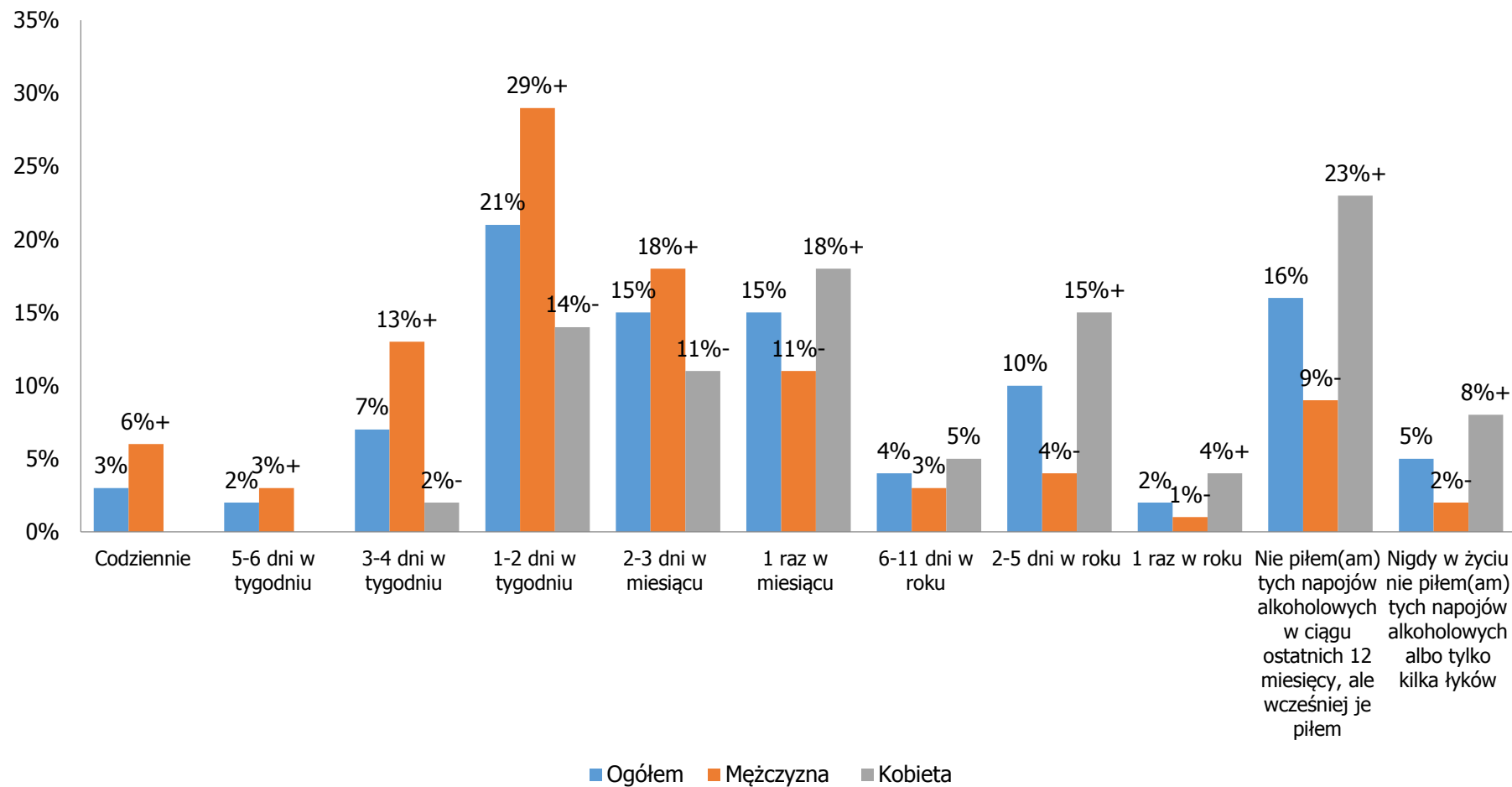
Wykres 16. Średnia ilość czystego alkoholu spożytego podczas roku (wraz z osobami niepijącymi)



Wykres 17. Średnia ilość alkoholu spożytego podczas roku (wraz z osobami niepijącymi)

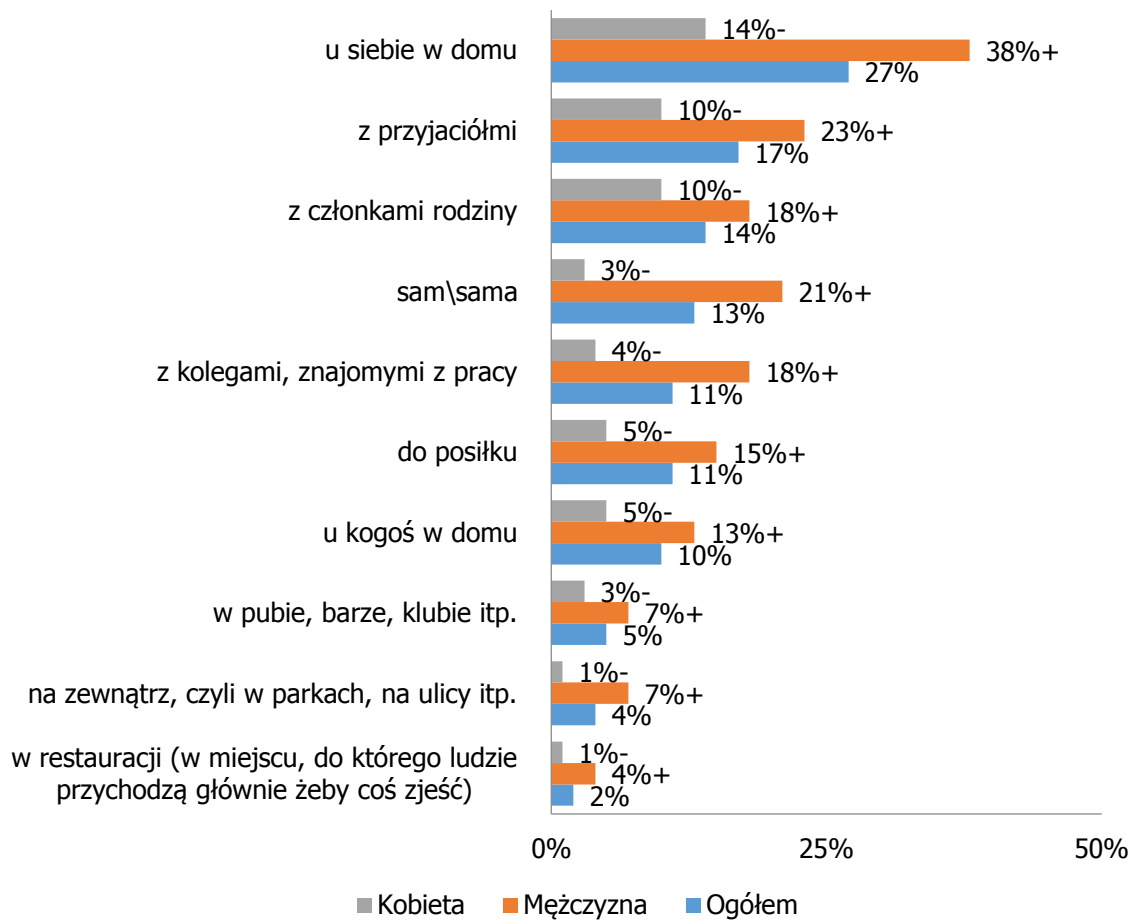


Wykres 18. Częstość picia jakiegokolwiek napoju alkoholowego, bez względu na jego rodzaj, w ciągu ostatnich 12 miesięcy?⁶¹



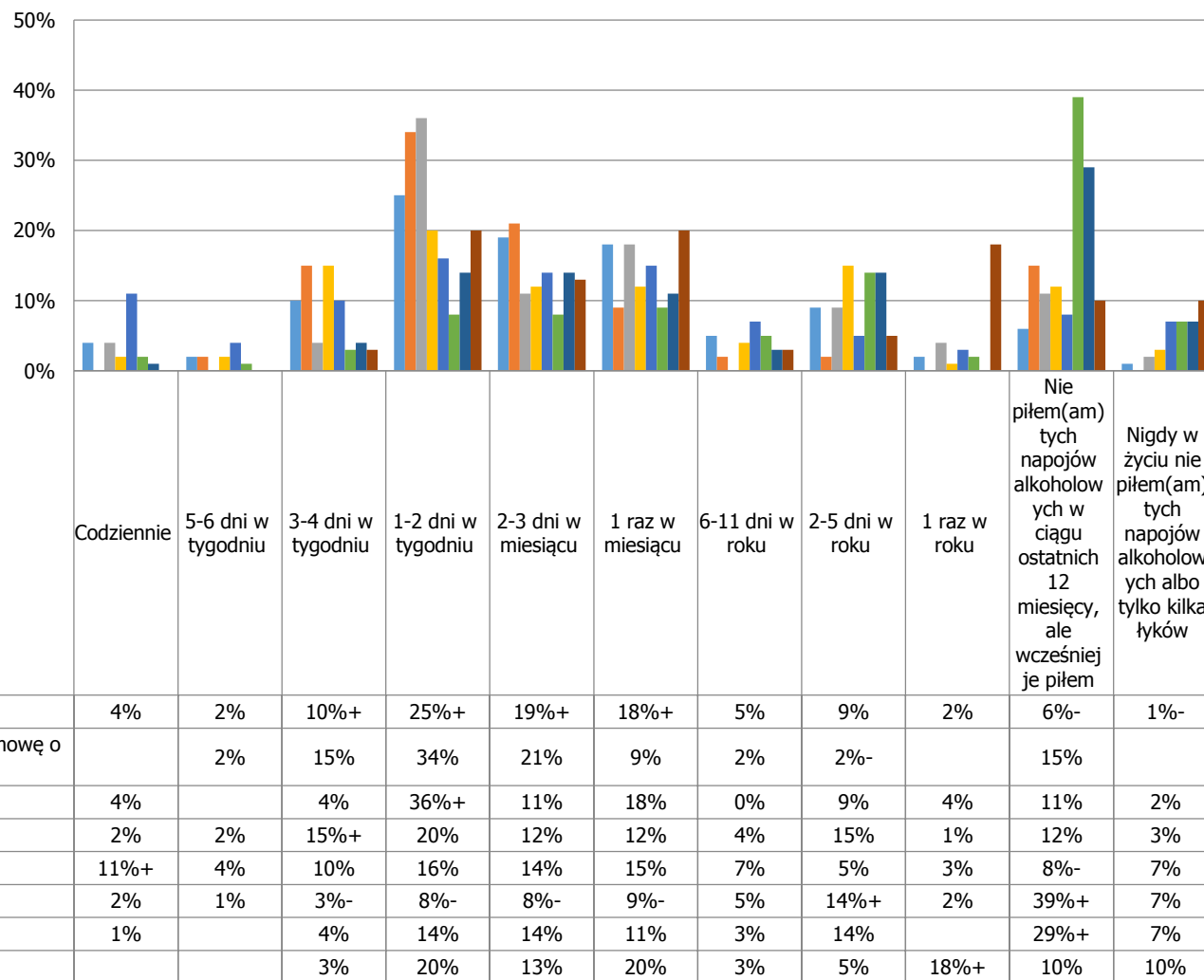
⁶¹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 19. Spożywanie alkoholu przynajmniej 1 - 2 dni w tygodniu (N=793)⁶²



⁶² +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 20. Częstość picia jakiegokolwiek napoju alkoholowego, bez względu na jego rodzaj w zależności od sytuacji zawodowej (N=1009)⁶³



⁶³ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

5.4. Ryzykowne spożywanie alkoholu przy jednej okazji oraz kontekst picia

W tej sekcji badania nie pytaliśmy o „naturalne” jednostki sprawozdawcze takie jak kieliszki butelki czy puszki ale wprowadzamy pojęcie „standardowej porcji” alkoholu, która odpowiada 10 gramom 100% alkoholu. W polskich warunkach jedna standardowa porcja to 250 ml piwa lub 100 ml wina lub 30 ml napojów spirytusowych takich jak wódka.

Sześćdziesiąt gramów czystego alkoholu (sześć standardowych porcji), które stanowi umowny próg ryzykownego picia⁶⁴ dla mężczyzn to około :

- 187,5 ml 40% napoju spirytusowego (np. wódki lub whisky), co może być zaokrąglone do sześciu 30 ml kieliszków wódki;
- 600 ml wina; 12,5% co jest równoznaczne z sześcioma kieliszkami wina o pojemności 100 ml każdy;
- 1500 ml (1,5 litra) piwa o zawartości alkoholu 5% może być wyrażone jako trzy szklanki, kufle, butelki lub puszki piwa o pojemności 0,5 litra.

Czterdzieści gramów czystego alkoholu (cztery standardowe porcje), które stanowi umowny próg ryzykownego picia dla kobiet to około:

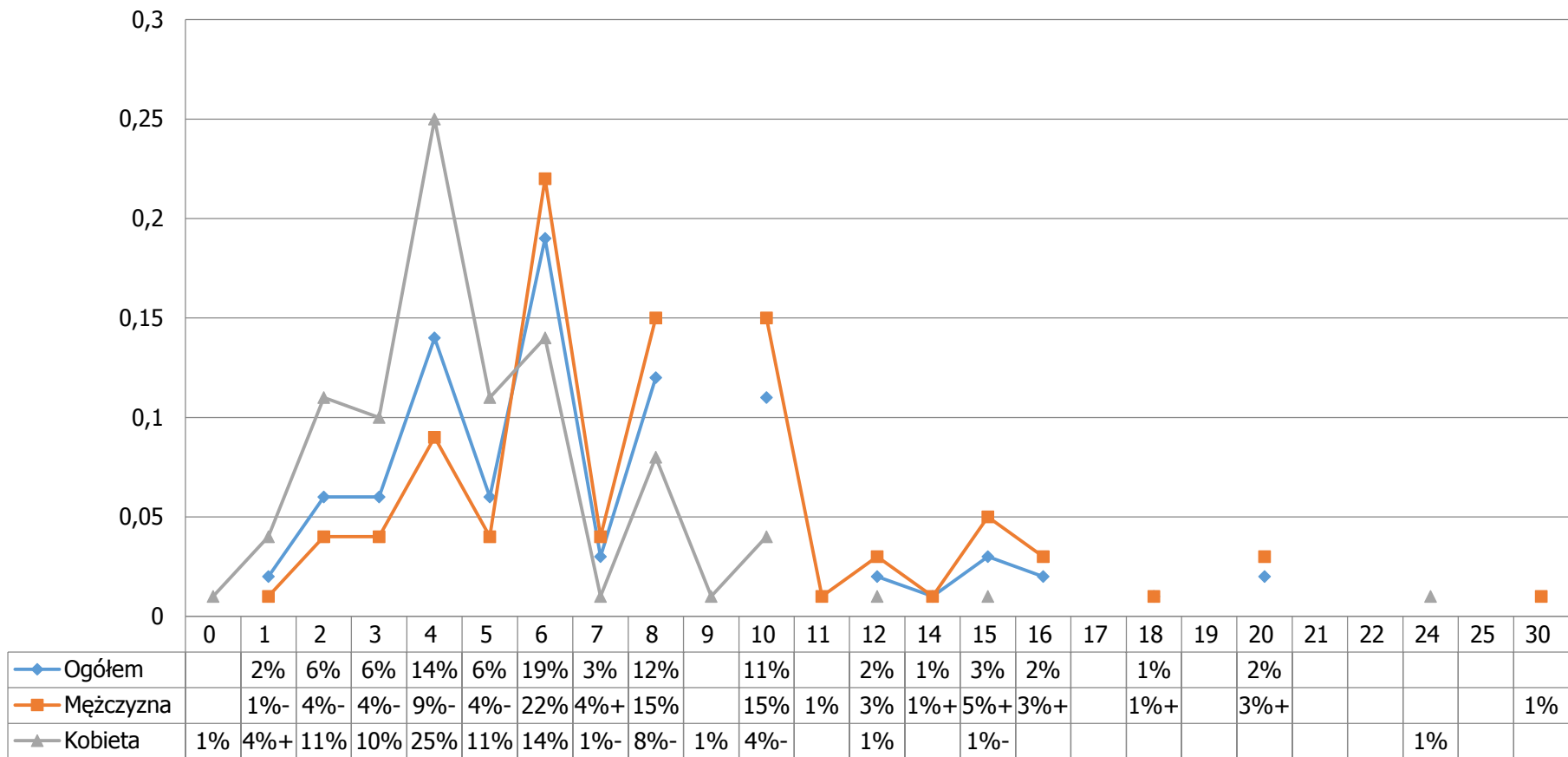
- 125 ml 40% napoju spirytusowego (np. wódki lub whisky), co może być zaokrąglone do czterech 30 ml kieliszków wódki;
- 400 ml wina; 12,5% co jest równoznaczne z czterema kieliszkami wina o pojemności 100 ml każdy;
- 1000 ml (1 litr) piwa o zawartości alkoholu 5% może być wyrażone jako dwie szklanki, kufle, butelki lub puszki piwa o pojemności 0,5 litra.

Niemal trzem czwartym mężczyzn i ponad dwóm trzecim kobiet zdarzyło się w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy spożyć liczbę porcji alkoholu odpowiadających co najmniej umownemu progowi ryzykownego picia (por. Wykres 21).

Alkohol najczęściej spożywany jest przez respondentów u siebie w domu, lub u kogoś znajomego. Respondenci, którzy spożywają alkohol co najmniej raz w miesiącu najczęściej piją go z przyjaciółmi lub członkami rodziny (por. Wykres 22 i Wykres 23).

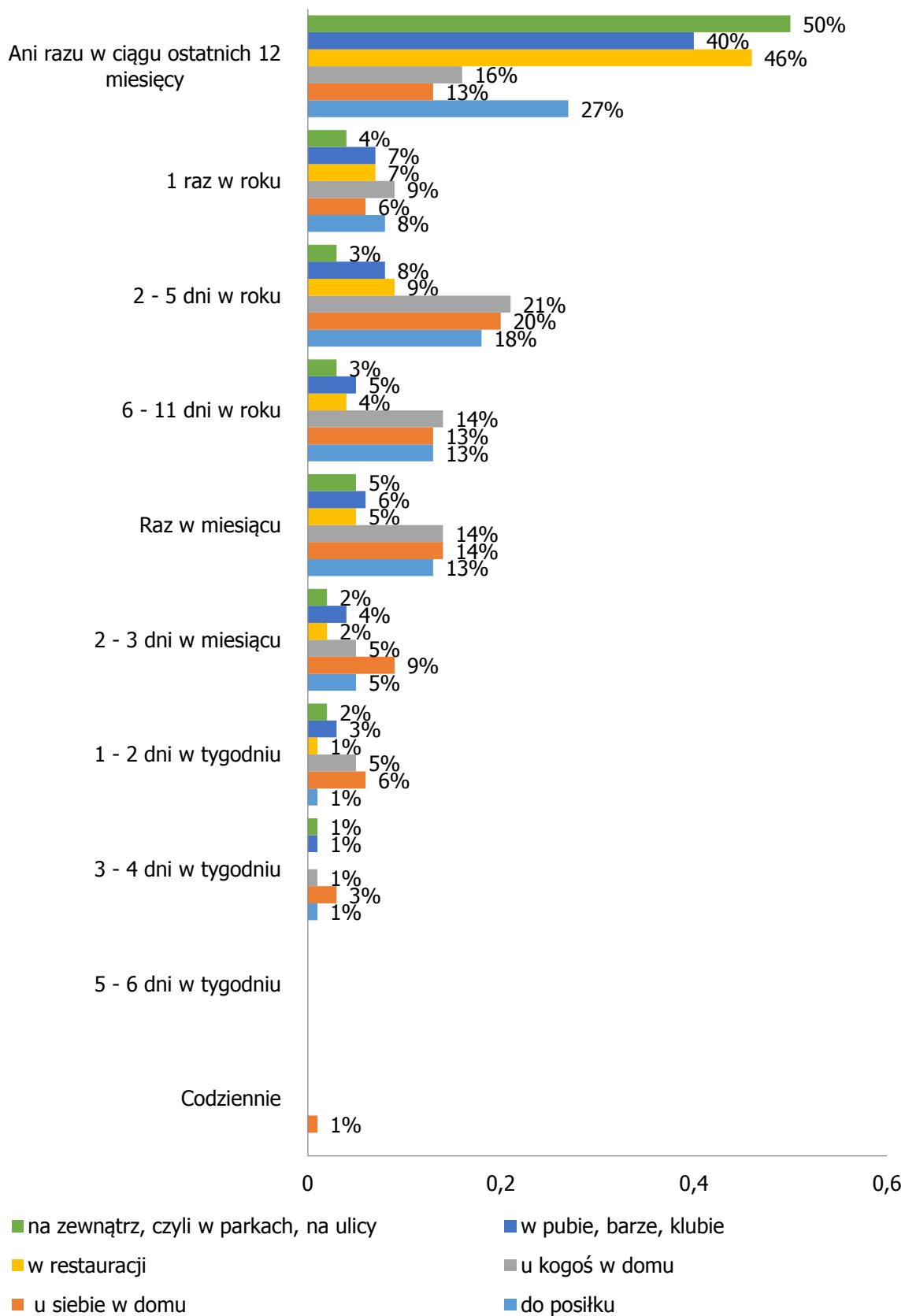
⁶⁴ <http://www.wyhamujwpore.pl/Articles/view/24/Limity-spozycia>

Wykres 21. Największa liczba standardowych porcji napojów alkoholowych, jakie wypitych przy jednej okazji w ciągu ostatnich 12 miesięcy⁶⁵

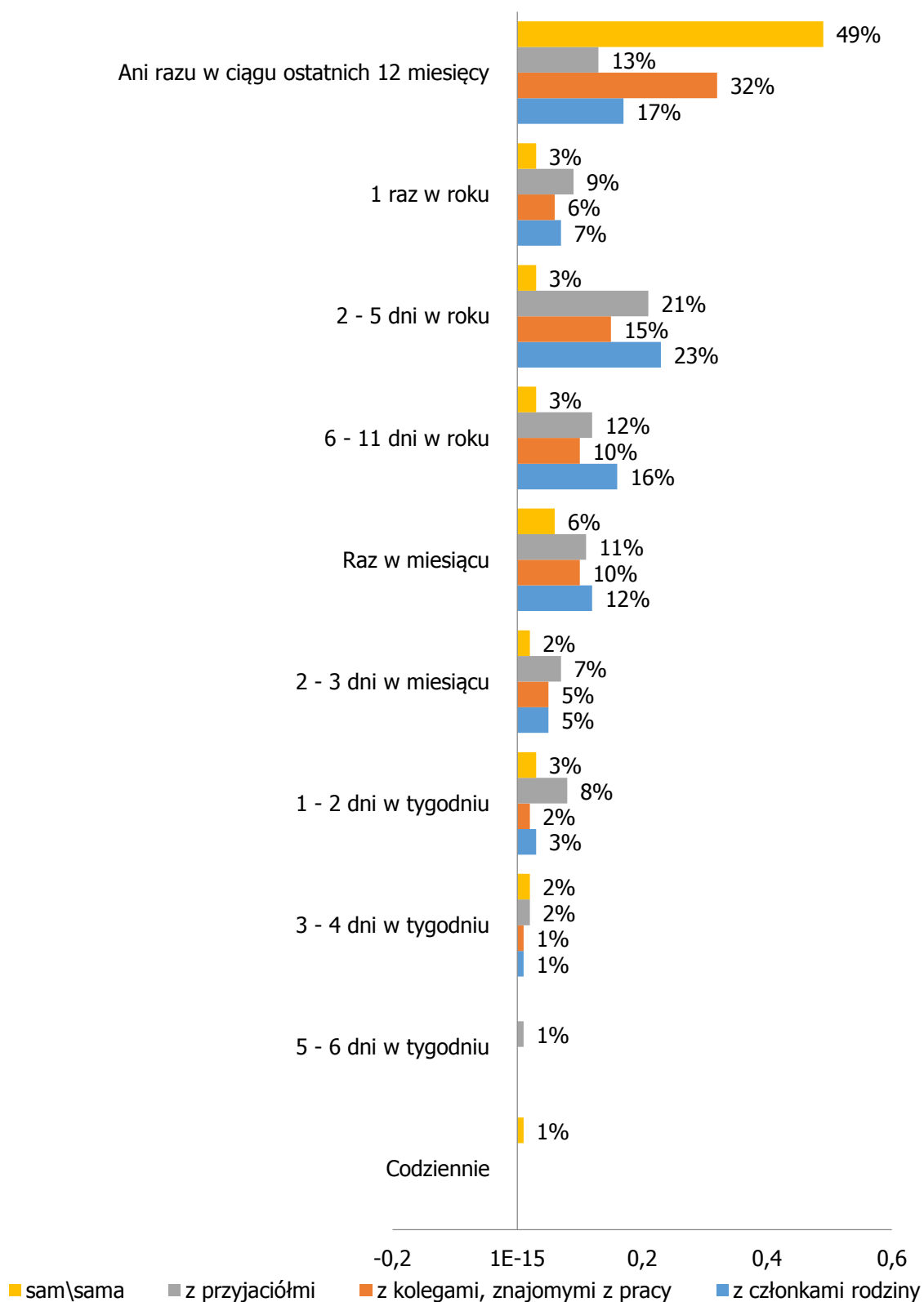


⁶⁵ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

**Wykres 22. Częstość picia co najmniej sześciu\czterech standardowych porcji alkoholu –
miejsce (N=463)**



Wykres 23. Częstość picia co najmniej sześciu\czterech standardowych porcji alkoholu – osoby (N=463)



5.5. Dzieciństwo

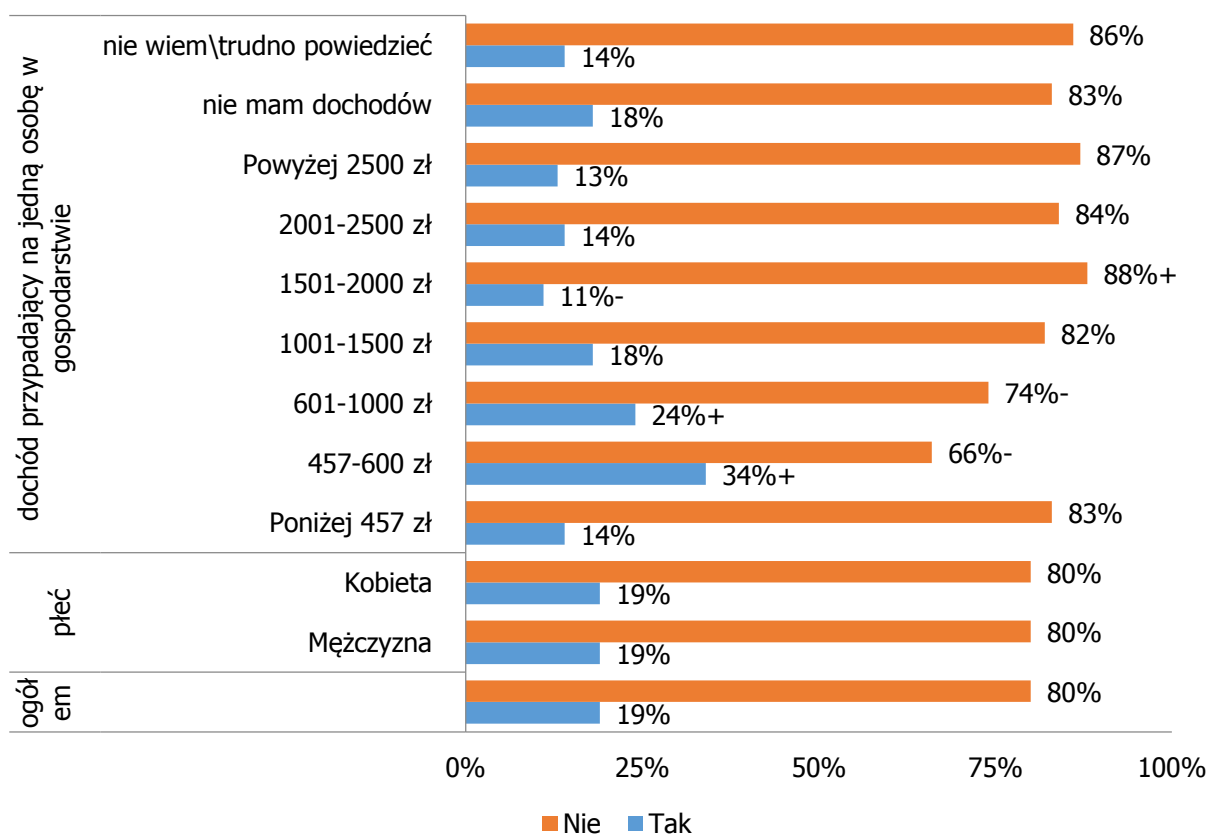
Pytania z tej sekcji miały na celu poznanie poziomu narażenia respondenta w jego latach dziecinnych na szkodliwe konsekwencje picia kogoś z domowników. Niemal co piąty badany wskazuje, że w dzieciństwie mieszkał z osobą, która miała problem z alkoholem. Wśród respondentów z niższym dochodem na osobę w gospodarstwie istotnie częściej odnotowano obecność w rodzinie pierwotnej osób mających problemy z alkoholem (por. Wykres 25). W zdecydowanej większości osobą, z którą mieszkał respondent, a która miała problem z alkoholem był ojciec (75%) oraz rodzeństwo (19%). Ponadto kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni deklarują, że zachowanie tej osoby miało na nią duży wpływ – twierdzi tak cztery piąte kobiet i dwie piąte mężczyzn (Wykres 26).

Znaczny odsetek (19%) mieszkańców województwa lubelskiego wychowywał się w domu dotkniętym problemem alkoholowym. Z tego powodu psychoedukacja i pomoc terapeutyczna kierowane do osób dorosłych, które w dzieciństwie doświadczyły picia członków najbliższej rodziny, powinny być traktowane jako niezbędny element profilaktyki problemów alkoholowych. Specjaliści biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym podkreślali istotę edukacji nie tylko dorosłych ale również dorastających, młodzieży.

- 1. System pedagogiczny jest pod tym względem bardzo osłabiony. Pedagodzy lubują się w tym, żeby tego nie widzieć w szkołach. To nie jest chętny problem. Wylewa się już przy jakimś dramacie najczęściej.*
- 2. Szkoły mają coraz więcej takich zajęć – wychowanie bez przemocy, język żyrafa. Dużo jest na temat tego, jak sobie radzić z emocjami. My nie musimy ich uczyć o alkoholizmie. To jest jeden element, ale drugi element to jest to, żeby oni zdobywali umiejętności przyjmowania krytyki, wyrażania krytyki, odmawiania, radzenia sobie z uczuciami. Słyszałam, że jest taka kampania Rzecznika Praw Dziecka, że „dbaj o swoje miejsce w grupie, że nie musisz mieć głupich pomysłów”, coś takiego. To jest coś, co można robić – dawać dzieciom umiejętności radzenia sobie właśnie z uczuciami, otwartego wyrażania tego, co się dzieje.*

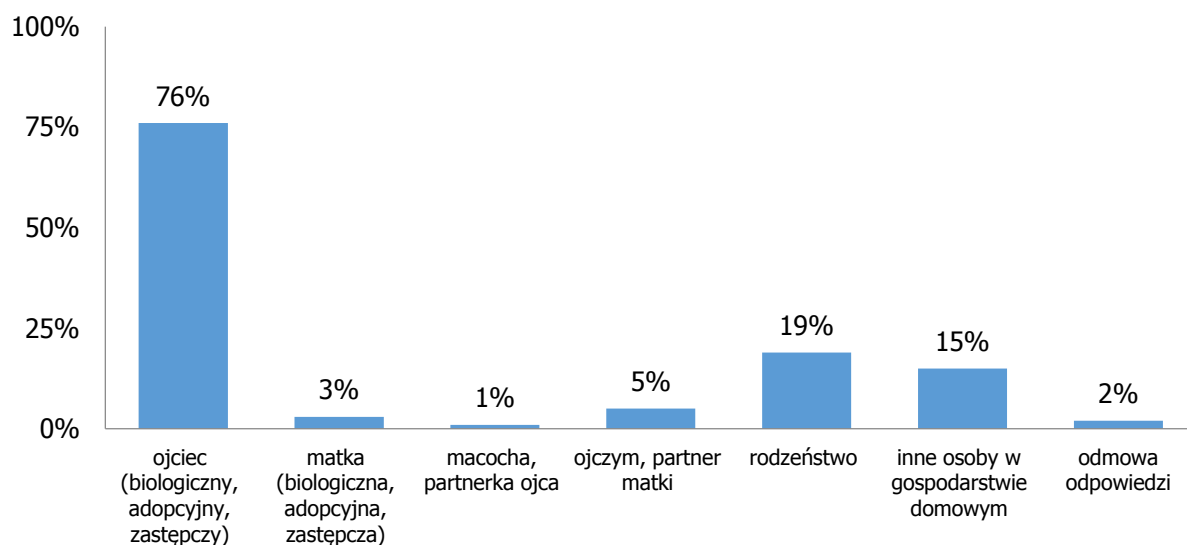
[Omawiane są możliwości edukacji młodych ludzi w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym, jako przykład podany jest program znany pod nazwą „Szkoła dla rodziców”] (...) *Tak naprawdę to prawie nikt nie ma uprawnień w Lublinie. Kilka osób, na palcach można policzyć, kto skończył, kto ma uprawnienia. To są mocne uprawnienia, to się dłużej robi, żeby w ogóle szkolić, żeby robić taką szkołę dla rodziców, bo to nie jest normalne spotkanie przed zebraniem i mówienie o szkodach i zagrożeniach, jakie płyną ze spożywania alkoholu, to jest rekomendowany program, to jest bardzo trudne.*

Wykres 24. Czy ktoś, z kim Pan(i) mieszkał(a) będąc dzieckiem lub nastolatkiem, miał problemy z alkoholem? (N=1009)⁶⁶

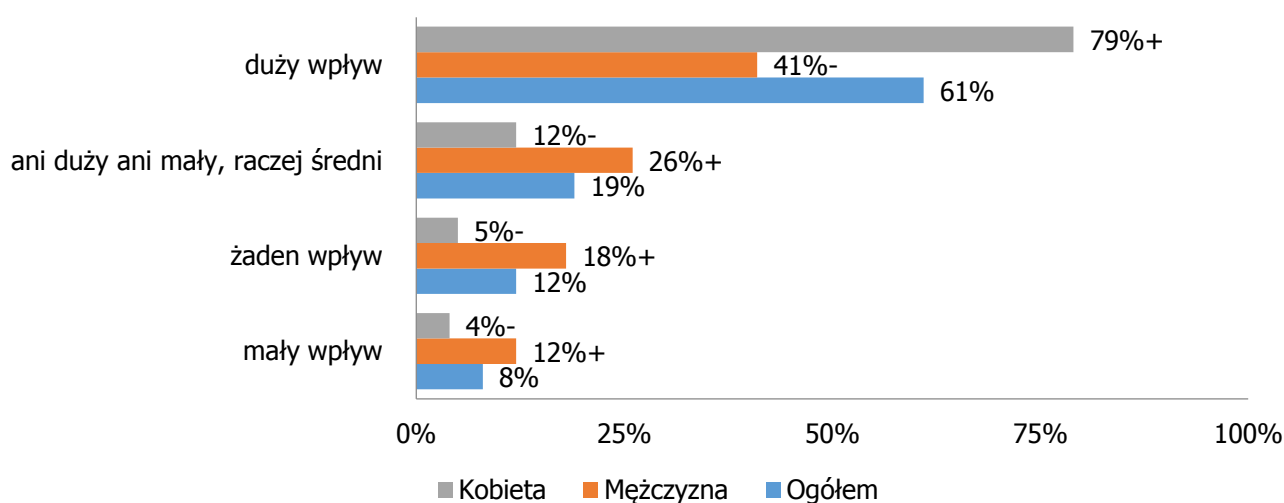


⁶⁶ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 25. Osoba, z którą mieszkał respondent będąc dzieckiem lub nastolatkiem, która miała problemy z alkoholem (N=191)



Wykres 26. Czy picie tej osoby miało wpływ na stosunek do alkoholu prezentowany przez respondenta? (N=191)⁶⁷



5.6. Osoby pijące w otoczeniu respondentów

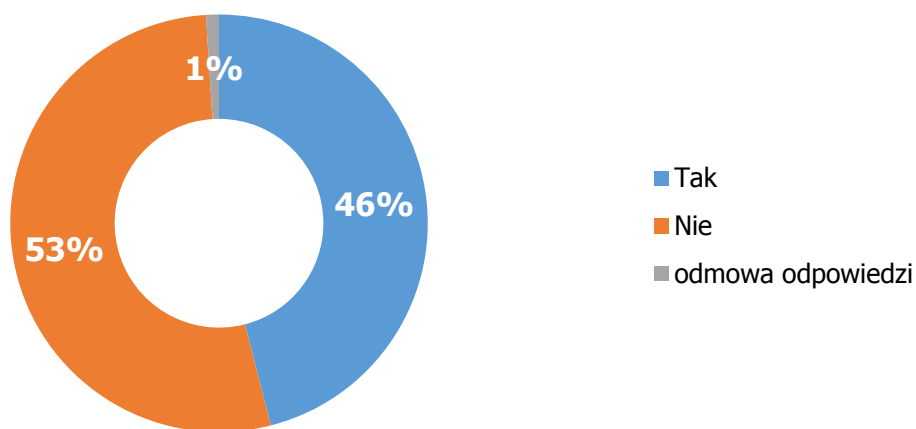
W tej sekcji pytano o inne znaczące osoby, które piją nadmiernie. Respondent, który potwierdza, że zna taką osoby/osobę, proszony był o wyjaśnienie, kim one dla niego są, a następnie ocenę, w jakim stopniu został dotknięty ich piciem.

⁶⁷ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

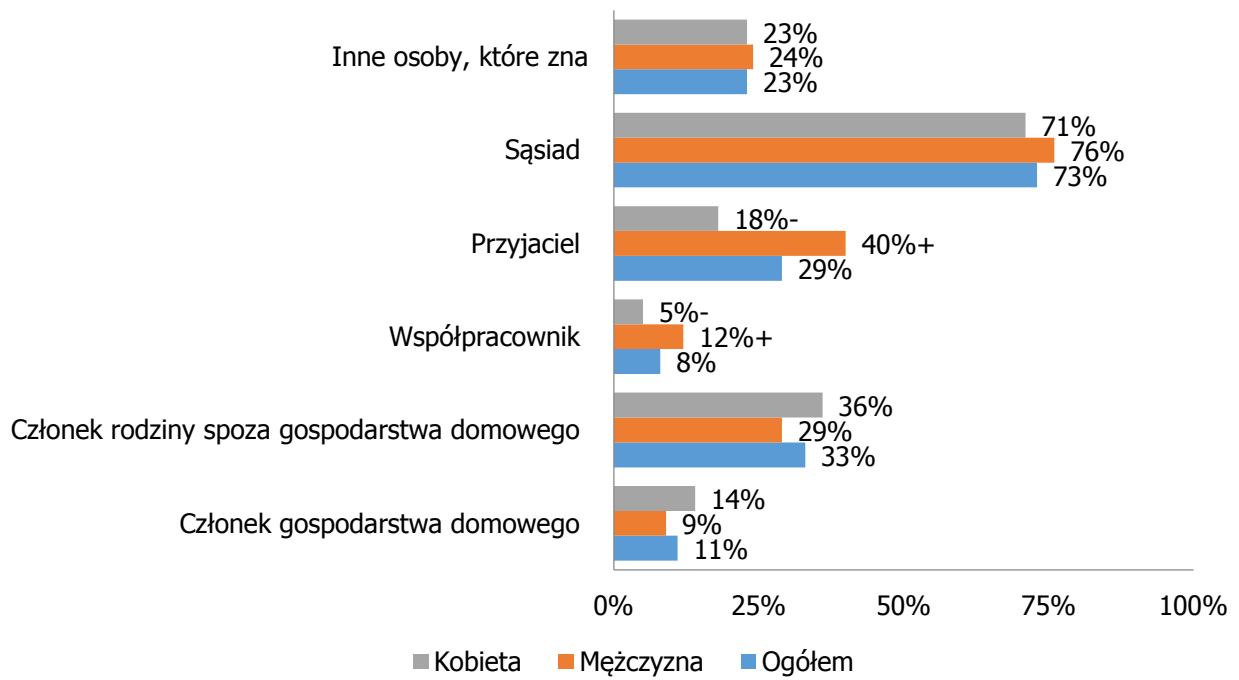
Niemal połowa respondentów deklaruje, że zna kogoś, kogo uważa za nadmiernie pijącego. Kobiety nieco częściej wskazują, że tymi osobami jest ktoś z gospodarstwa domowego lub dalszej rodziny. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarują, że tą osobą jest przyjaciel, współpracownik lub sąsiad.

Respondentom zadano również pytania odnoszących się do różnych problemów i zakłóceń spowodowanych przez picie innych osób. Jeśli respondent został dotknięty jakimś wskazanym problemem, miał ocenić, w jakim stopniu oraz ustalić, czy źródłem problemu były nieznane osoby czy też ktoś kogo on zna. Niemal jedna trzecia badanych (31%) wskazała, że w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy co najmniej jeden, dwa razy drażnili ich ludzie, którzy pod wpływem alkoholu wymiotowali, oddawali mocz lub śmiecili. Ponadto 17% respondentów zostało 1-2 razy obudzonych w nocy przez kogoś, kto znajdował się pod wpływem alkoholu, a 14% zostało wyzwanych lub obrażonych w inny sposób, a kolejne 12% zostało wciągniętych do poważnej kłótni.

Wykres 27. Czy zna kogoś, kogo uważa za nadmiernie pijącego lub kto przynajmniej czasami pije za dużo? (N=1009)

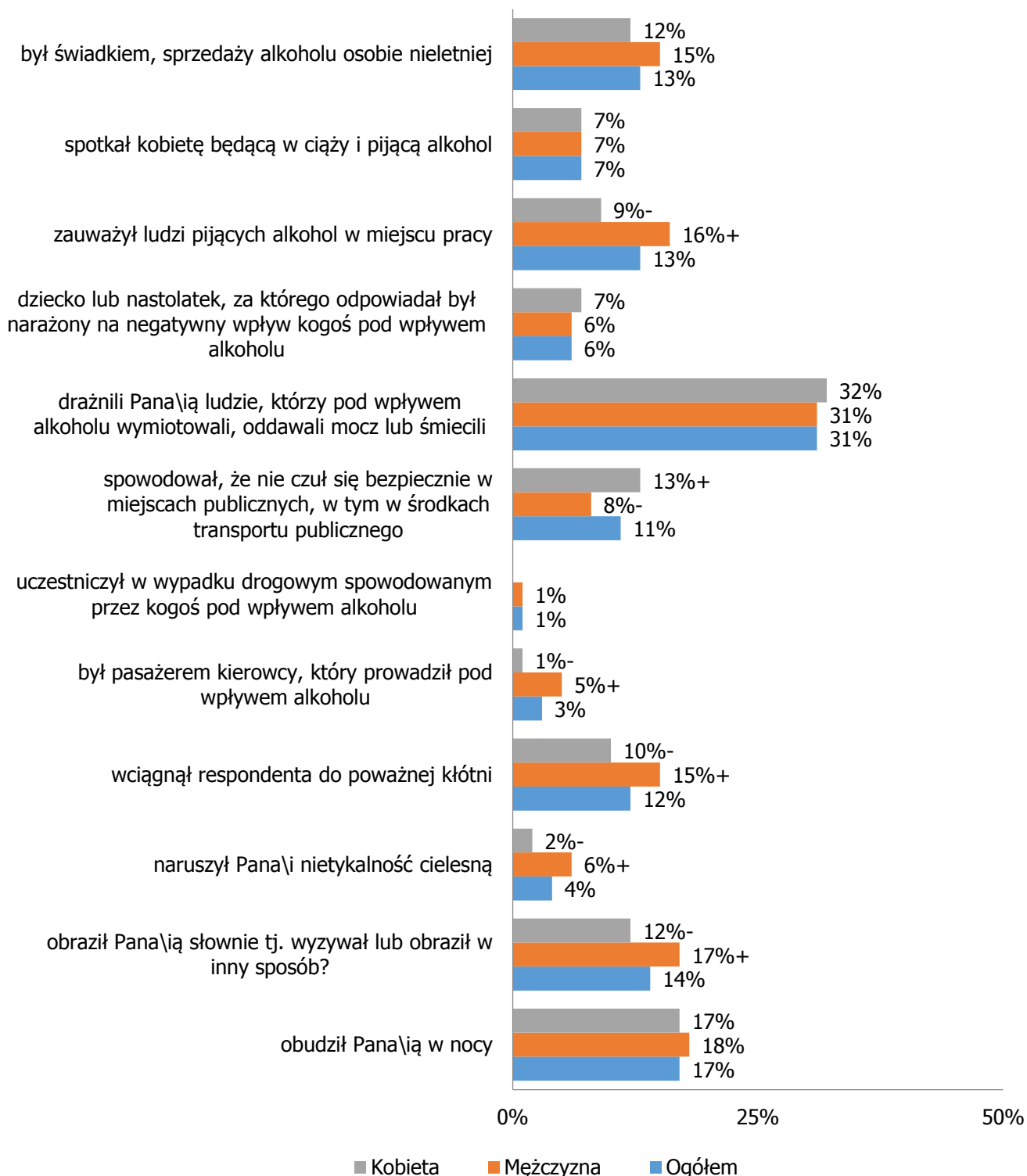


Wykres 28. Kim były te osoby? (N=464)⁶⁸



⁶⁸ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 29. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (ktoś pod wpływem alkoholu) ...- co najmniej 1-2 razy (N=485)⁶⁹



⁶⁹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

5.7. Wpływ innych osób pijących na respondentów

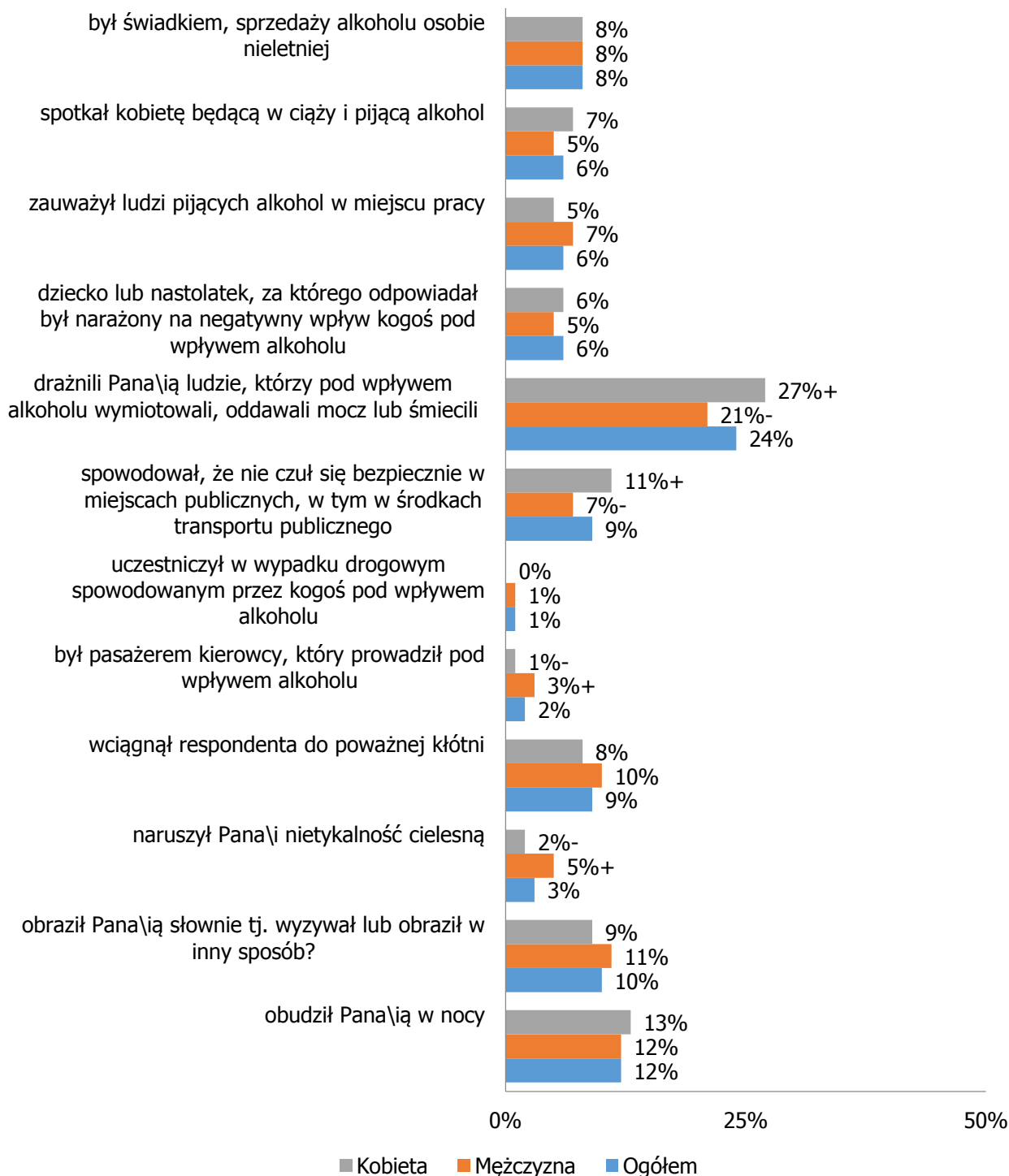
Co najmniej średni wpływ zachowań osób znajdujących się pod wpływem alkoholu na respondenta deklaruje od 1% respondentów - w przypadku uczestniczenia w wypadku drogowym spowodowanym przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu - do niemal jednej czwartej badanych w przypadku niedogodności spowodowanym śmieceniem, wymiotowaniem lub oddawaniem moczu przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu.

Jednym z najpoważniejszych problemów społecznych związanych ze spożywaniem alkoholu jest kierowanie pojazdów mechanicznych pod jego wpływem. Specjaliści biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym wskazali na kilka poważnych trudności, na jakie natrafiają osoby, będące świadkami takiej sytuacji. Wskazują również na potrzebę analizy dotyczącej powodu z jakiego osoby nie zgłaszają, nie reagują na jazdę innych pod wpływem alkoholu.

- 1. Moja córka właśnie zadzwoniła ostatnio i zgłosiła się pani dyspozytorka, po czym przekierowała do policji i mówi „proszę pana, kobieta całą sobotę piła, w niedzielę od rana cały czas siedzi i pije, jest godzina po 17-tej, wsiadła i jedzie takim i takim samochodem tu i tu”. „A co Pani myśli? Że jest może na wydmuchu?”.*
 - I zbagatelizowali.*
 - I koniec. Takie bagatelizowanie. „Dobrze, to może wyślemy jakiś patrol”.*
 - Który oczywiście nie pojechał.*
 - Albo za godzinę.*
 - Ta kobieta już sobie pojedzie.*
- 2. Nie chcą reagować, bo potem, wie pan, różnie to jest z naszymi instytucjami różnymi, są później jako świadkowie, 100 razy się chodzi na różne sprawy, ktoś się odwołuje, potem jest ciężko, nie pójdzie pan raz i drugi, bo czasami naprawdę nie można pójść, to zaraz 500 zł dostaje się kary, mandat. Jest straszny kłopot.*
- 3. A kto to jest ten ktoś [osoba prowadząca pod wpływem alkoholu]? Czy to siada brat, żona, czy ktoś obcy? Tu nie ma rozróżnienia. Może być przełożony z pracy. I jak on zareaguje? Albo ojcu co powie? Zadzwoni na policję, że ojciec jedzie po pijaku? To jest inaczej, jak ktoś obcy. Natomiast takie sytuacje z obcym człowiekiem to się pewnie dużo rzadziej zdarzają.*

- Tak, dlatego ja te 38% to bym dokładniej przeanalizował, dlaczego nie zareagowali, z jakiego powodu.

Wykres 30. Deklarowany co najmniej średni wpływ zachowań osób znajdujących się pod wpływem alkoholu na respondenta (N=384)⁷⁰



⁷⁰ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

a. **Diagnozowanie problemów z alkoholem**

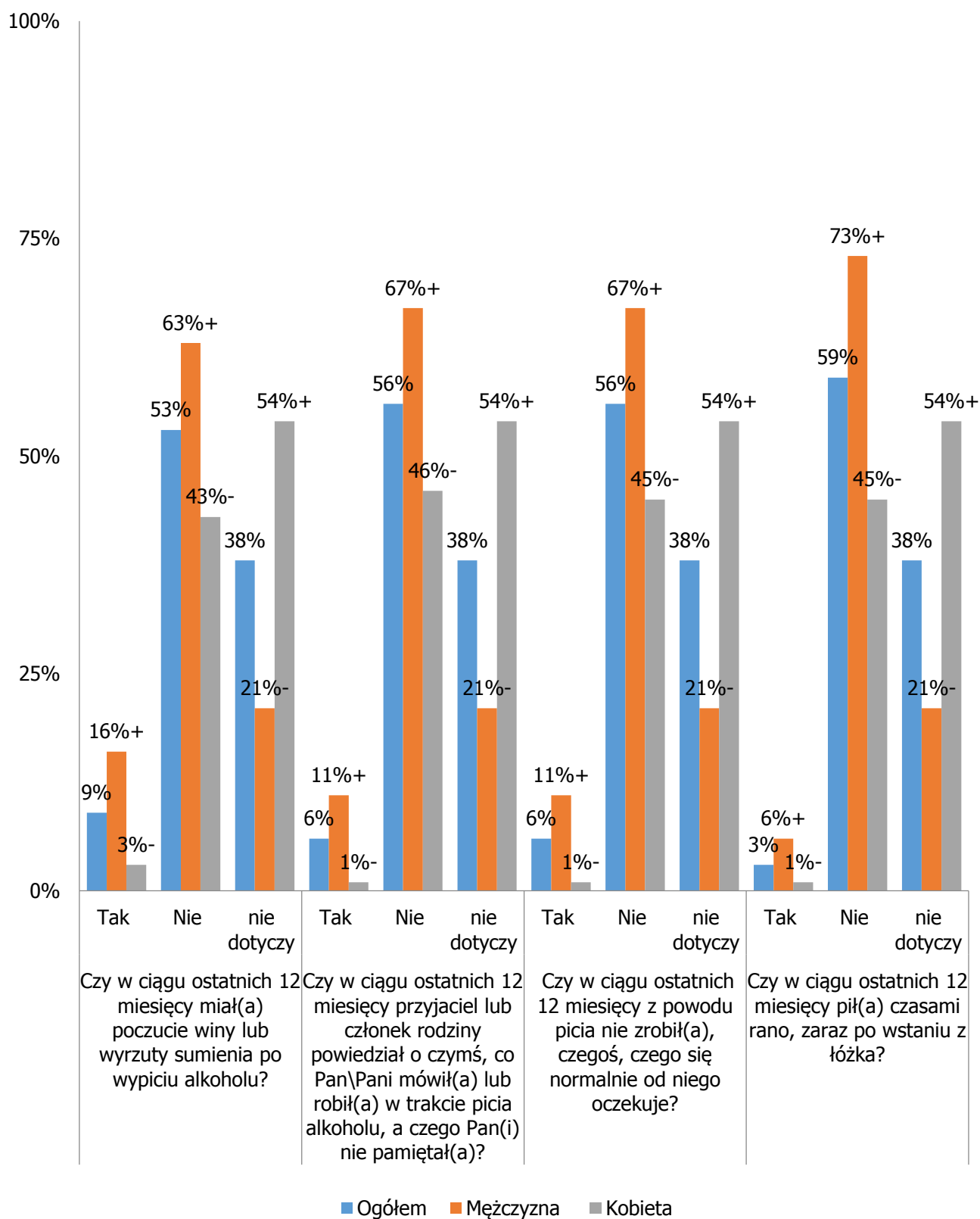
Sekcja RAPS została opracowana jako krótkie narzędzie diagnostyczne do badań przesiewowych. Składa się z czterech prostych pytań. Odnotowano istotnie statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami mężczyzn i kobiet. Mężczyźni częściej niż kobiety potwierdzali w szybkiej diagnozie możliwość występowania problemu alkoholowego. Wyrzuty sumienia po wypici alkoholu miało 16% mężczyzn i 9% kobiet. Ponad co dziesiątemu mężczyźnie członek rodziny lub przyjaciel powiedział o czymś co respondent mówił lub robił w trakcie picia, a czego on nie pamiętał. Taka sytuacja dotyczyła również 6% badanych kobiet. Takiemu samemu odsetkowi mężczyzn (11%) i kobiet (6%) zdarzyło się nie zrobić w wyniku spożywania alkoholu, czegoś, czego zwykle się od nich oczekuje. Ponadto 6% mężczyzn i 3% kobiet zdarzyło się napić alkoholu zaraz po wstaniu z łóżka.

Pytania z bloku CIDI służyły pierwotnie jako jeden z elementów stosowanych przy diagnozie klinicznej. Kilka pytań będących częścią tej diagnozy znalazło się w kwestionariuszu.

Picie alkoholu wpływało na naukę lub pracę 4% badanych, a 5% badanych deklaruje, że ich picie powoduje powtarzające się kłótnie z rodziną, przyjaciółmi lub współpracownikami. Za prowadzenie samochodu lub wykonywanie innych czynności pod wpływem alkoholu zostało zatrzymanych lub aresztowanych 1% badanych mężczyzn (por. Wykres 31).

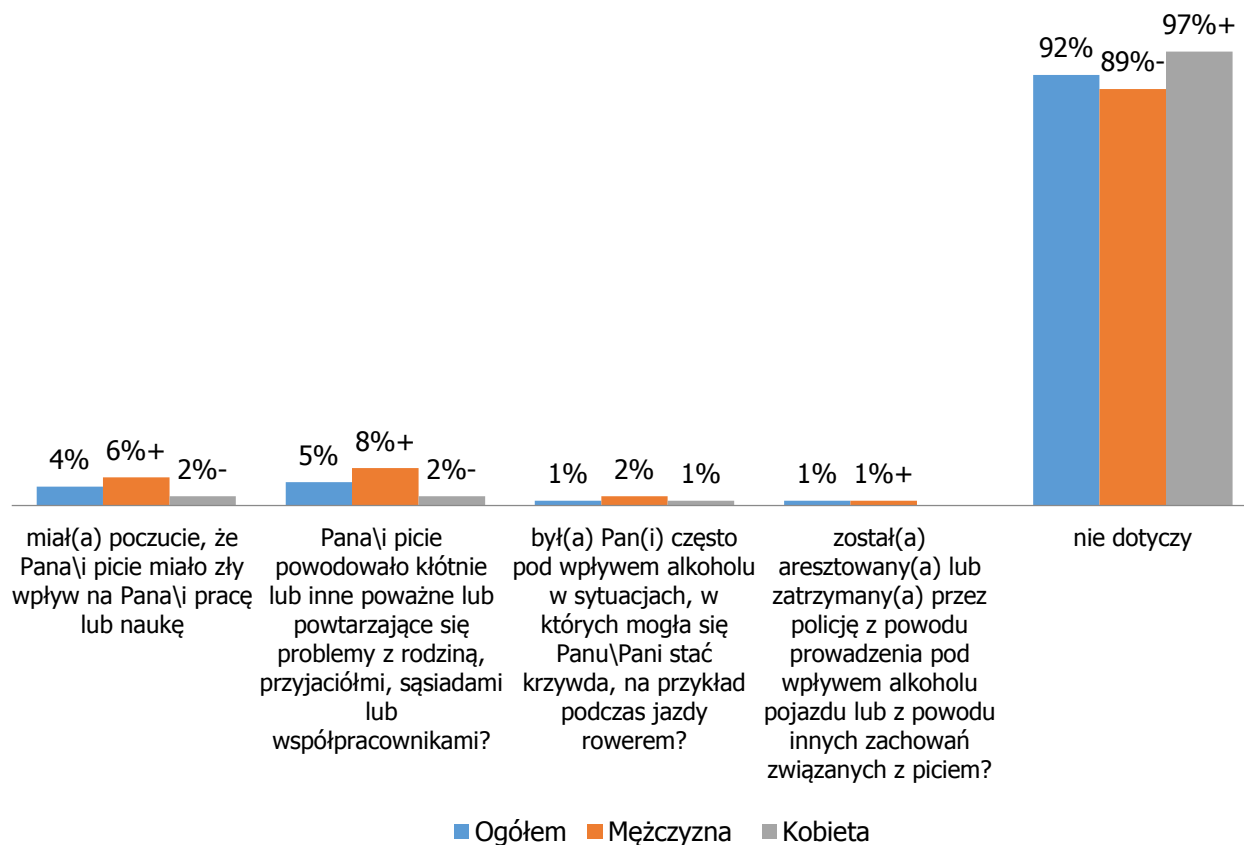
Ponad połowa badanych (56%) deklaruje, że po raz pierwszy napiło się alkoholu przed osiemnastym rokiem życia. Co trzeci badany zrobił to mając osiemnaście lat, kolejne 5% rok później. Mężczyźni nieco częściej niż kobiety po raz pierwszy pili jakiś napój alkoholowy przed osiemnastym rokiem życia.

Wykres 31. Szybka diagnoza problemów alkoholowych (N=1009)⁷¹



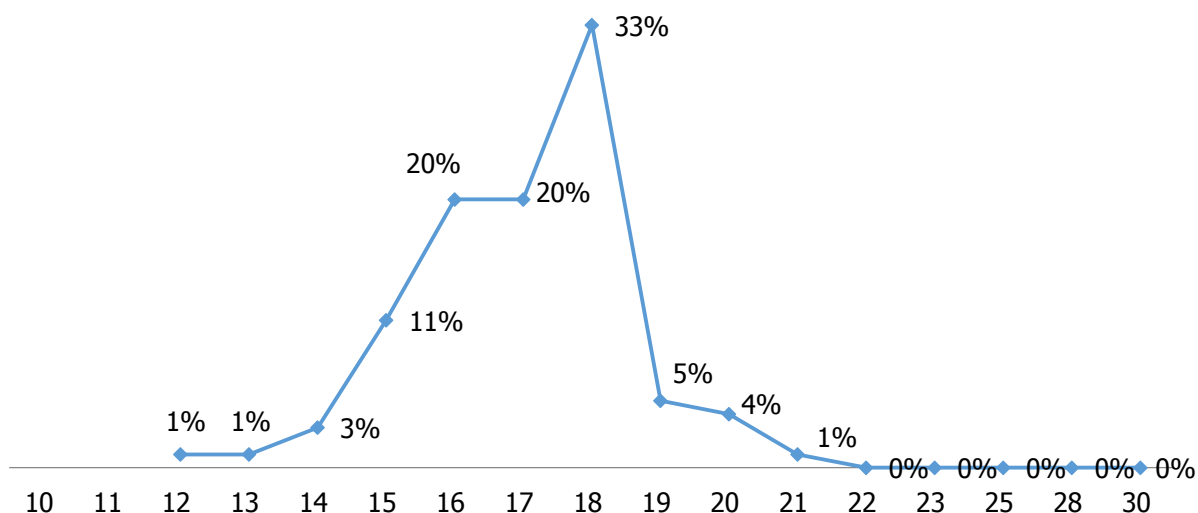
⁷¹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 32. Elementy złożonego międzynarodowego wywiadu diagnostycznego - CIDI (N=667)⁷²

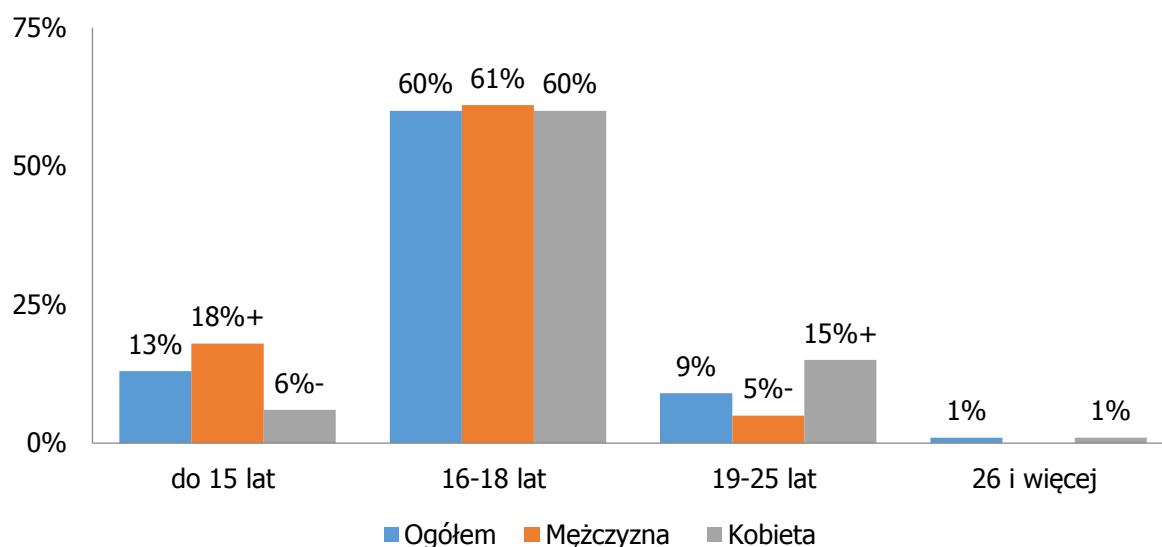


⁷² +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 33. Wiek inicjacji alkoholowej (N=555)



Wykres 34. Wiek inicjacji alkoholowej w podziale na płeć (N=555)⁷³



b. Stereotypy

Stereotyp rozumiany jako konstrukcja myślowa, zawierająca komponent poznawczy, emocjonalny i behawioralny, zawierająca uproszczone, przeświadczenie dotyczące różnych zjawisk. Stereotyp przyjęty może być przez jednostkę w wyniku własnych obserwacji, przejmowania poglądów innych osób, wzorców przekazywanych przez społeczeństwo, może być także wynikiem procesów emocjonalnych (na przykład

⁷³ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

przeniesienia agresji). Stereotypy mogą być negatywne, neutralne lub pozytywne, chociaż najczęściej spotyka się wyobrażenia negatywne⁷⁴.

Katalog zaprezentowanych stereotypów został przygotowany na podstawie informacji zawartych w Portalu Pomocy Psychologicznej⁷⁵. Grupami istotniej częściej niż pozostali zgadzającymi się ze stwierdzeniami mającymi charakter stereotypów są mężczyźni oraz osoby po 65 roku życia. Podobnie istotnie częściej zgadzają się ze stereotypowymi stwierdzeniami osoby określające swój stan zdrowia jako zły, oraz osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Niemal połowa badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że alkoholizm jest problemem słabej woli. Najmniej osób (ogółem 11% badanych) zgodziło się ze stwierdzeniem, że pijąc 3-4 piwa dziennie nie ryzykuje swojego zdrowia.

O stereotypy zapytano również specjalistów biorących udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym. Wskazywali oni, że jako wyznacznik tego czy mężczyzna uległ chorobie alkoholowej stereotypowo uznaje się, czy przynosi on wypłatę do domu:

1. *Chłop ciężko pracuje i ma prawo sobie wypić od czasu do czasu. Co się stanie, że wypije? Nie bije mnie, dzieci, nie rozbija się. Wypłatę przynosi, pracuje. Tak, bo inni to stoją, a on się nie włóczy, przyjdzie do domu.*
2. *Ludzie rozróżniają poziom destrukcji na podstawie tego, czy on potrafi zapewnić utrzymanie rodzinie. Jak wypełnia obowiązki swoje (...) z tego jest rozliczany, z takich obowiązków, a z tego, czy pije, to nie. Mamy przecież przykłady w literaturze, że pije, no trudno. On jest rozliczany z innego obszaru.*

Ponadto, przedstawiciele władzy, policja odbierana jest, zdaniem specjalistów, nie jako partner, ktoś kto pomaga, lecz jako przeciwnik, ktoś przed kimś trzeba pomóc się schronić.

1. *Ostatni przykład, który słyszałam – jechał mężczyzna młody przez jakąś miejscowość, spowodował wypadek, nic wielkiego się nie stało, że tak powiem, ale pół wsi wyleciało „panie, pił pan? Schować pana?”. To jest ta świadomość właśnie.*

⁷⁴ <https://pl.wikipedia.org> pobrane w dniu: 30 lipca 2015

⁷⁵ <http://www.psychotekst.pl/> informacje pobrane w kwietniu 2015 roku

Zdaniem specjalistów działań naprawczych nie podejmują również przedstawiciele zakładów pracy.

1. (...) [Chcieliśmy przeprowadzić] *takie szkolenia w zakładach pracy na temat szkodliwości spożywania alkoholu. Proszę sobie wyobrazić, że osoba, która była zainteresowana, chciała złożyć, nie złożyła, bo się żaden zakład pracy nie zgodził. Jeden duży zakład pracy w Lublinie się zgodził, gdzie można było wejść i porozmawiać z pracownikami. Nikt nie chciał. „A po co mi taki kłopot? Absolutnie. Pani napisze, że to jest mój zakład, ja pieczętkę postawię, Jezu, zaraz będę miał BHP, Sanepid, to, tamto, owamto”.*

Tabela 7. Stereotypy - odpowiedzi twierdzące na wskazane stwierdzenia – płeć, wiek (N=1009)⁷⁶

| | Ogółem | Płeć | | Wiek (w latach) | | | | | |
|--|--------|-----------|---------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| | | Mężczyzna | Kobieta | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65 lat lub więcej |
| Alkoholizm jest problemem słabej woli, wystarczy mocno sobie postanowić i pociąg do alkoholu minie | 44% | 46% | 43% | 43% | 44% | 42% | 41% | 48% | 48% |
| Alkoholik to człowiek z marginesu, upijający się codziennie | 28% | 28% | 27% | 27% | 21%- | 22% | 25% | 29% | 41%+ |
| Piwo jest mniej szkodliwe niż wódka | 32% | 40%+ | 24%- | 37% | 26%- | 30% | 30% | 31% | 37% |
| Pijąc dużo, ale tylko w weekendy nie ryzykujemy uzależnieniem | 13% | 16%+ | 10%- | 11% | 11% | 13% | 11% | 15% | 17% |
| Sen przyspiesza spalanie alkoholu | 35% | 42%+ | 28%- | 38% | 30% | 35% | 31% | 40% | 36% |
| Alkohol jest dobrym środkiem relaksacyjnym | 32% | 39%+ | 25%- | 33% | 29% | 34% | 35% | 32% | 30% |
| Alkohol jest dobrym lekarstwem na bezsenność | 20% | 23%+ | 17%- | 20% | 20% | 18% | 24% | 20% | 17% |
| Pijąc 3-4 piwa dziennie nie ryzykuje swojego zdrowia | 11% | 15%+ | 8%- | 6%- | 12% | 10% | 12% | 14% | 12% |
| Mężczyźni piją więcej i są bardziej narażeni na uzależnienie | 39% | 40% | 38% | 41% | 33% | 33% | 36% | 40% | 51%+ |
| Problemy alkoholowe dotyczą wyłącznie osób o niższym statusie socjoekonomicznym. | 12% | 13% | 11% | 9% | 9% | 10% | 11% | 12% | 18%+ |
| Odmowa odpowiedzi | 24% | 23% | 25% | 29% | 26% | 23% | 23% | 22% | 21% |
| Baza (N=) | 1009 | 484 | 525 | 123 | 201 | 168 | 158 | 172 | 187 |

⁷⁶ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Tabela 8. Stereotypy - odpowiedzi twierdzące na wskazane stwierdzenia – stan zdrowia fizycznego, wykształcenie, (N=1009)⁷⁷

| | Stan zdrowia fizycznego | | | Wykształcenie | | | |
|--|-------------------------|------------|-----------|---------------|----------|---------|--------|
| | (4+5) dobry | (3) średni | (1+2) zły | Podstawowe | Zawodowe | Średnie | Wyższe |
| Alkoholizm jest problemem słabej woli, wystarczy mocno sobie postanowić i pociąg do alkoholu minie | 44% | 44% | 47% | 45% | 48% | 43% | 42% |
| Alkoholik to człowiek z marginesu, upijający się codziennie | 25%- | 31% | 35%+ | 40%+ | 35%+ | 24%- | 17%- |
| Piwo jest mniej szkodliwe niż wódka | 30% | 31% | 40%+ | 34% | 38%+ | 29% | 29% |
| Pijąc dużo, ale tylko w weekendy nie ryzykujemy uzależnieniem | 11%- | 16% | 18% | 16% | 16% | 10%- | 13% |
| Sen przyspiesza spalanie alkoholu | 34% | 34% | 40% | 35% | 40%+ | 31%- | 37% |
| Alkohol jest dobrym środkiem relaksacyjnym | 33% | 31% | 26% | 34% | 37%+ | 27%- | 36% |
| Alkohol jest dobrym lekarstwem na bezsenność | 21% | 23% | 12%- | 19% | 20% | 19% | 24% |
| Pijąc 3-4 piwa dziennie nie ryzykuje swojego zdrowia | 10% | 10% | 19%+ | 18%+ | 17%+ | 7%- | 8% |
| Mężczyźni piją więcej i są bardziej narażeni na uzależnienie | 38% | 37% | 50%+ | 51%+ | 39% | 37% | 34% |
| Problemy alkoholowe dotyczą wyłącznie osób o niższym statusie socjoekonomicznym. | 11% | 12% | 16% | 20%+ | 14% | 9%- | 9% |
| Odmowa odpowiedzi | 25% | 23% | 20% | 25% | 19%- | 26% | 24% |
| Baza (N=) | 627 | 241 | 134 | 146 | 238 | 420 | 198 |

⁷⁷ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

5.10. **Opinie mieszkańców na temat alkoholu**

Ponad dwie trzecie badanych uznało, że liczba punktów w których sprzedaje się alkohol w okolicy zamieszkania respondentów jest w sam raz, nie za duża, nie za mała. Jednocześnie połowa badanych uważa, że godziny w których otwarte są punkty posiadające koncesję na sprzedaż alkoholu zwiększają jego dostępność, a jedna trzecia badanych uważa, że nie mają one wpływu na dostępność alkoholu.

Zdaniem badanych dla młodzieży poniżej osiemnastego roku życia nabycie alkoholu nie jest specjalnie trudne. Za bardzo lub dość łatwy do nabycia uznało go 63% badanych. Nieco ponad co piątemu badanemu zdarzyło się dostrzec, że ktoś pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu. W tej sytuacji aż 38% badanych nie zareagowało w żaden sposób. Jedynie 21% badanych nie wsiadło do samochodu, a 19% zaproponowało, że poprowadzi. Co dwudziesty respondent (5%) wezwał policję.

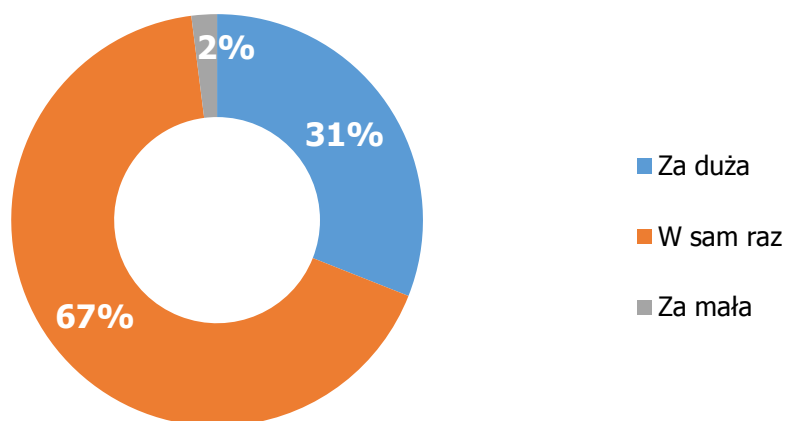
Jednocześnie za jedno z największych zagrożeń jakie niesie dla społeczeństwa spożywanie alkoholu przez niektóre jednostki uznano właśnie powodowanie wypadków drogowych pod wpływem alkoholu (55% badanych). Wyższy odsetek, miała jedynie przemoc w rodzinie - 65%. Dodatkowo 35% badanych uważa, że zagrożeniem, jakie wzmaga się poprzez spożywanie alkoholu przez niektóre osoby, jest wzrost przestępczości.

Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu młodemu osobom, różni się w zależności od spożywanego trunku i płci młodego człowieka. Większość badanych uważa, że piwna wina i wódki można dać spróbować młodzieży pomiędzy 16 a 18 rokiem życia. Przy czym istotnie częściej respondenci wskazywali, że dziewczętom nie powinno się w ogóle zezwalać na spożywanie wódki - 16% badanych - podczas gdy chłopcom nie zezwoliliby w ogóle na picie napojów spirytusowych 13% badanych.

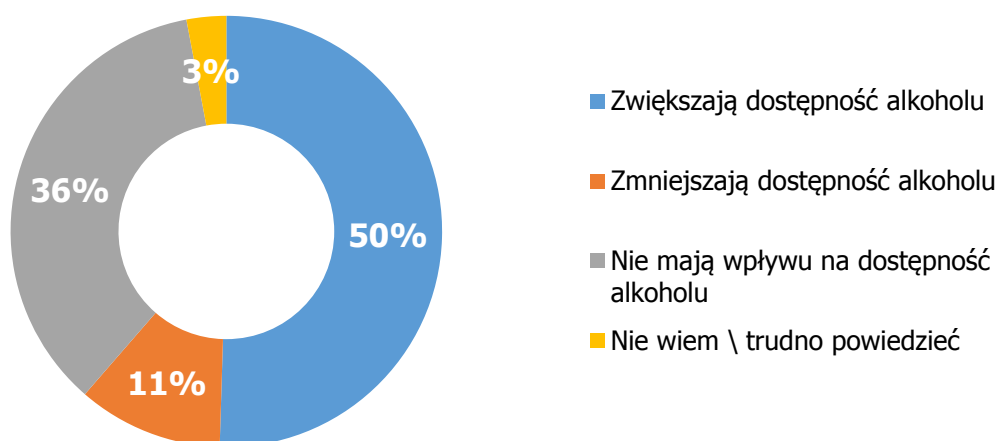
Badani mężczyźni nieco częściej niż kobiety charakteryzują się liberalnym podejściem do spożywania alkoholu przez osoby nieletnie (wykresy 42 i 43). Dziewczętom na spożywanie piwa w wieku 16-18 lat pozwoliłoby 71% mężczyzn i 56% kobiet. Na wypicie wina zgodziłoby się 70% mężczyzn i 55% kobiet. Wódkę mogliby wypić w wieku 16-18 lat zdaniem 59% mężczyzn i 43% kobiet. Chłopcom na

wypicie piwa w wieku 16-18 lat zezwoliłoby 73% badanych mężczyzn i 58% kobiet. Zdaniem 71% mężczyzn i 56% kobiet wino może wypić chłopak w wieku 16-18 lat. Na wypicie przez chłopca w tym wieku wódki zgodziłoby się 61% mężczyzn i 45% kobiet.

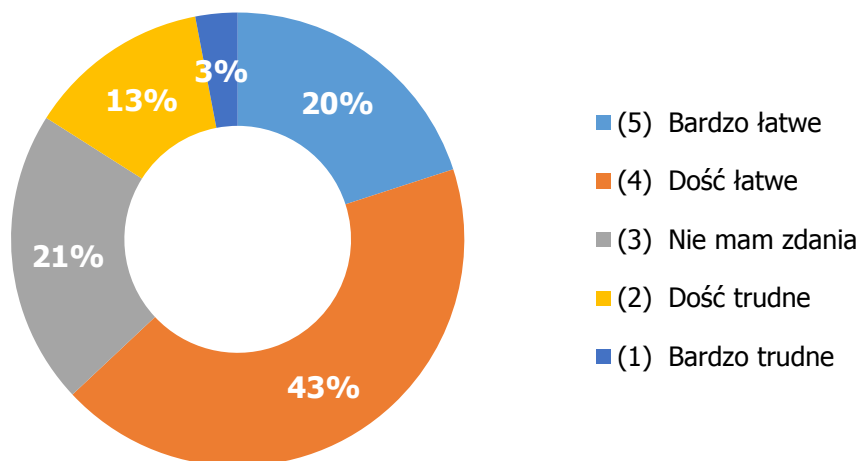
Wykres 35. Liczba punktów, w których sprzedaje się alkohol, jest w Pan(i) okolicy (N=1009)



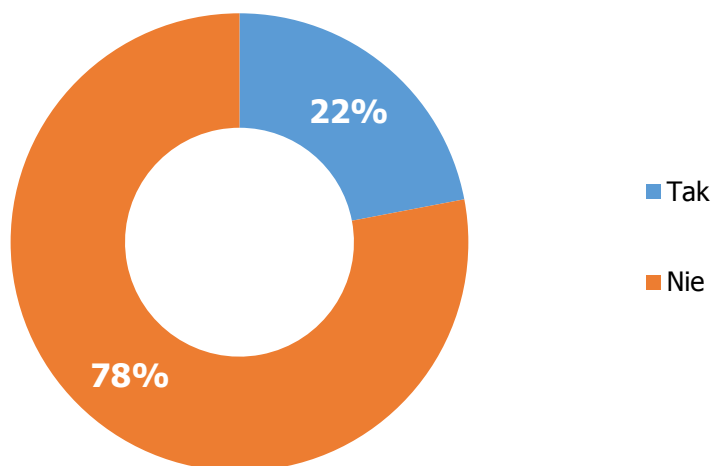
Wykres 36. Godziny otwarcia punktów, w których sprzedaje się alkohol, Pan(i) zdaniem (N=1009)



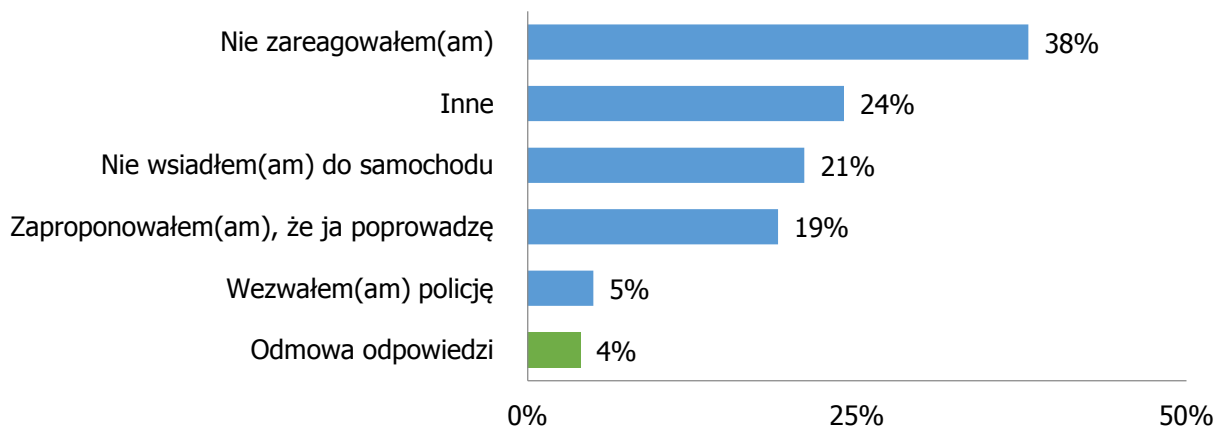
Wykres 37. Jak Pan(i) sądzi, czy dla młodzieży poniżej osiemnastego roku życia nabycie alkoholu w sklepie jest... (N=1009)



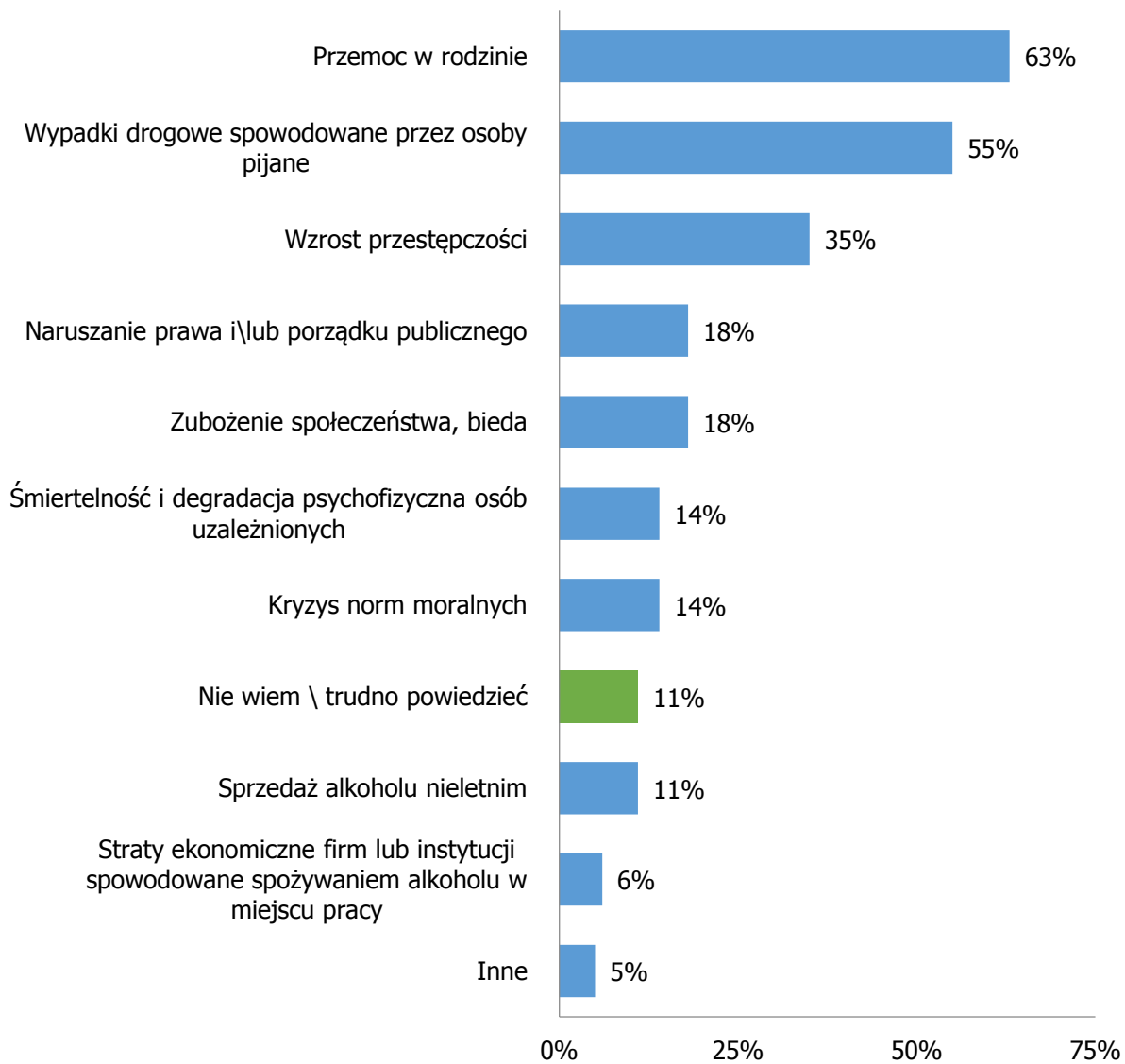
Wykres 38. Czy zdarzyło się Panu(i) zauważyć, że osoba pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu? (N=1009)



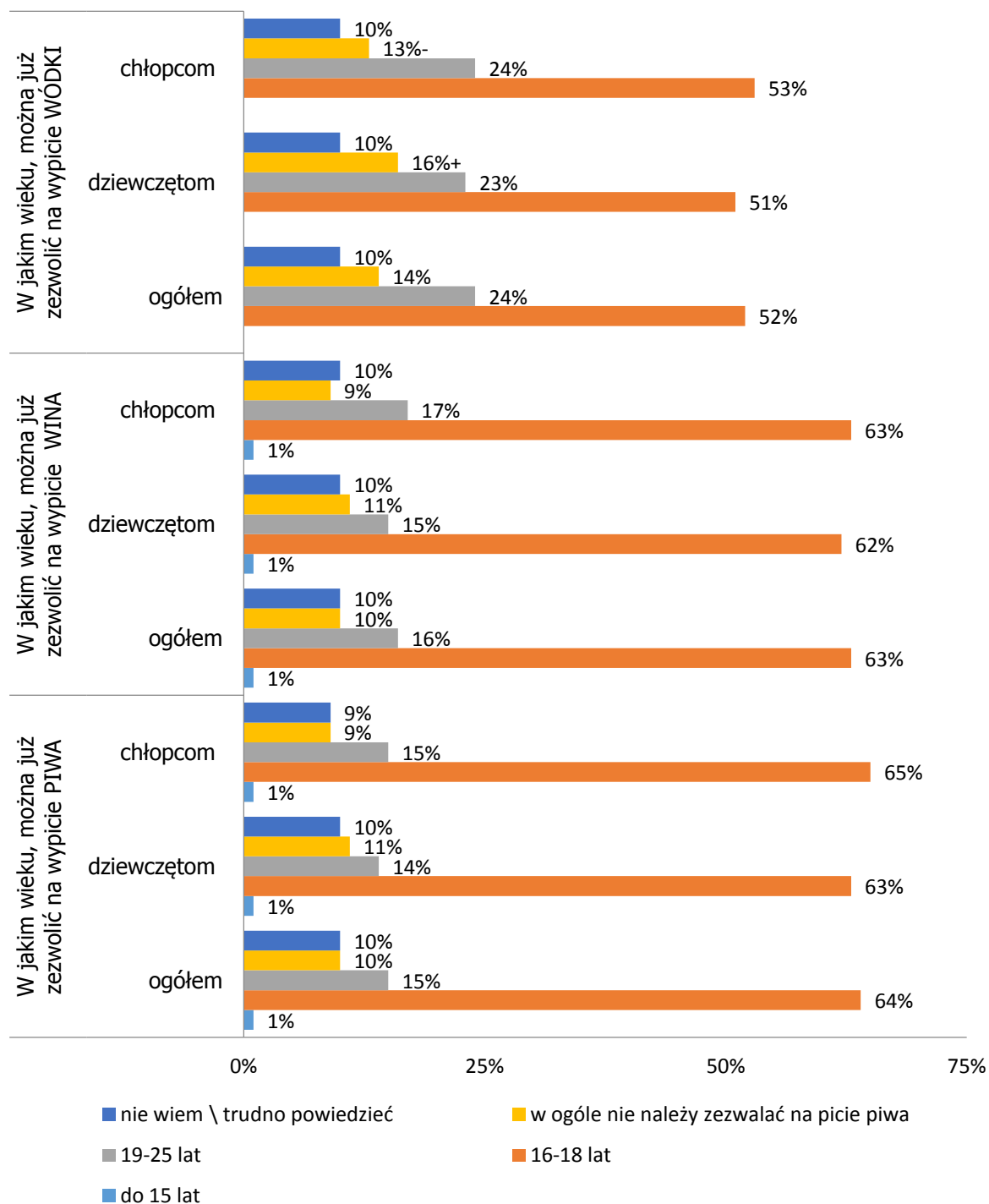
Wykres 39. Reakcja respondentów na sytuację, w której osoba pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu (N=220)



Wykres 40. Największe zagrożenia dla społeczeństwa związane z nadużywaniem alkoholu przez niektóre osoby? (N=1009)

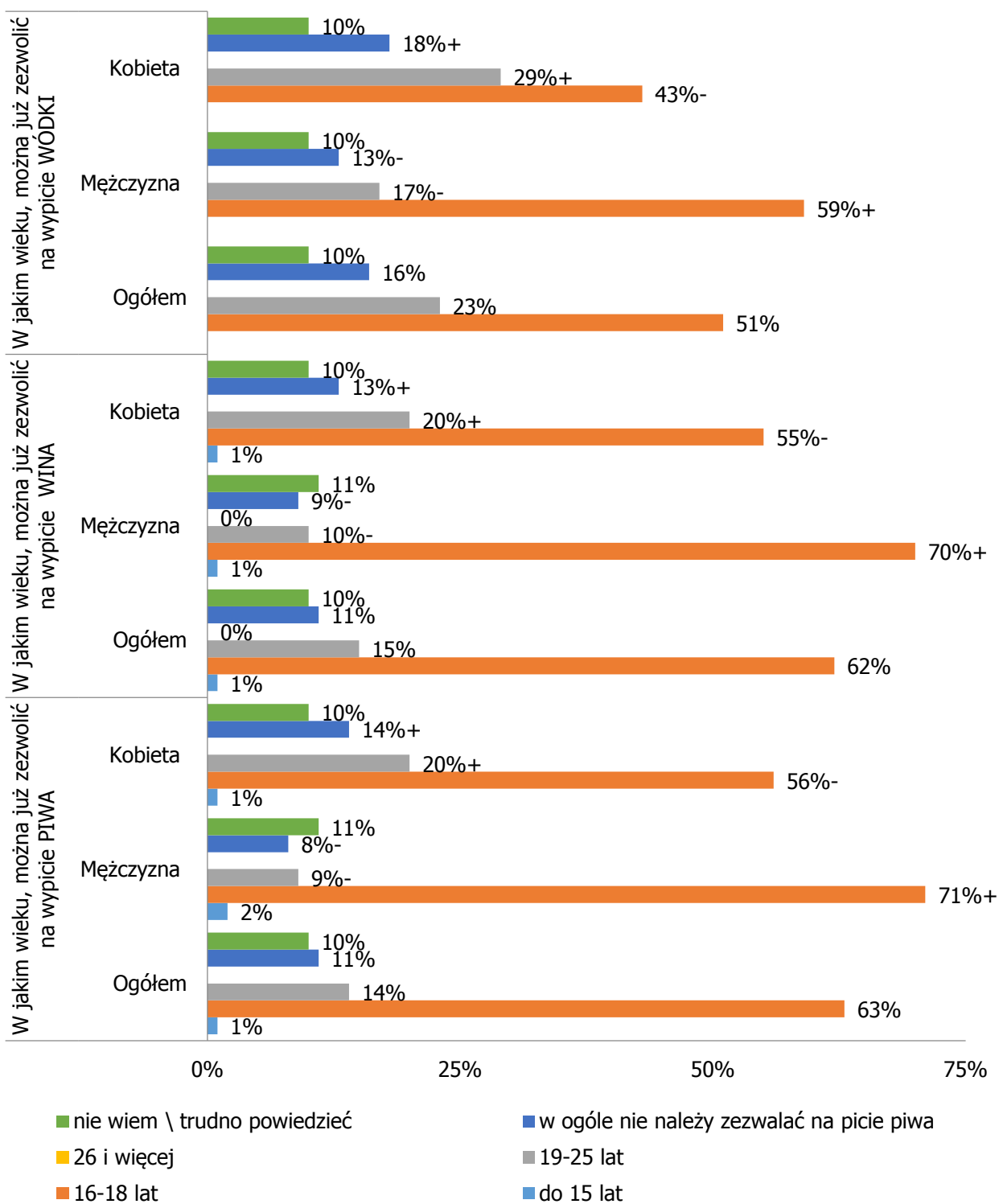


Wykres 41. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu młodym osobom (N=2018)⁷⁸



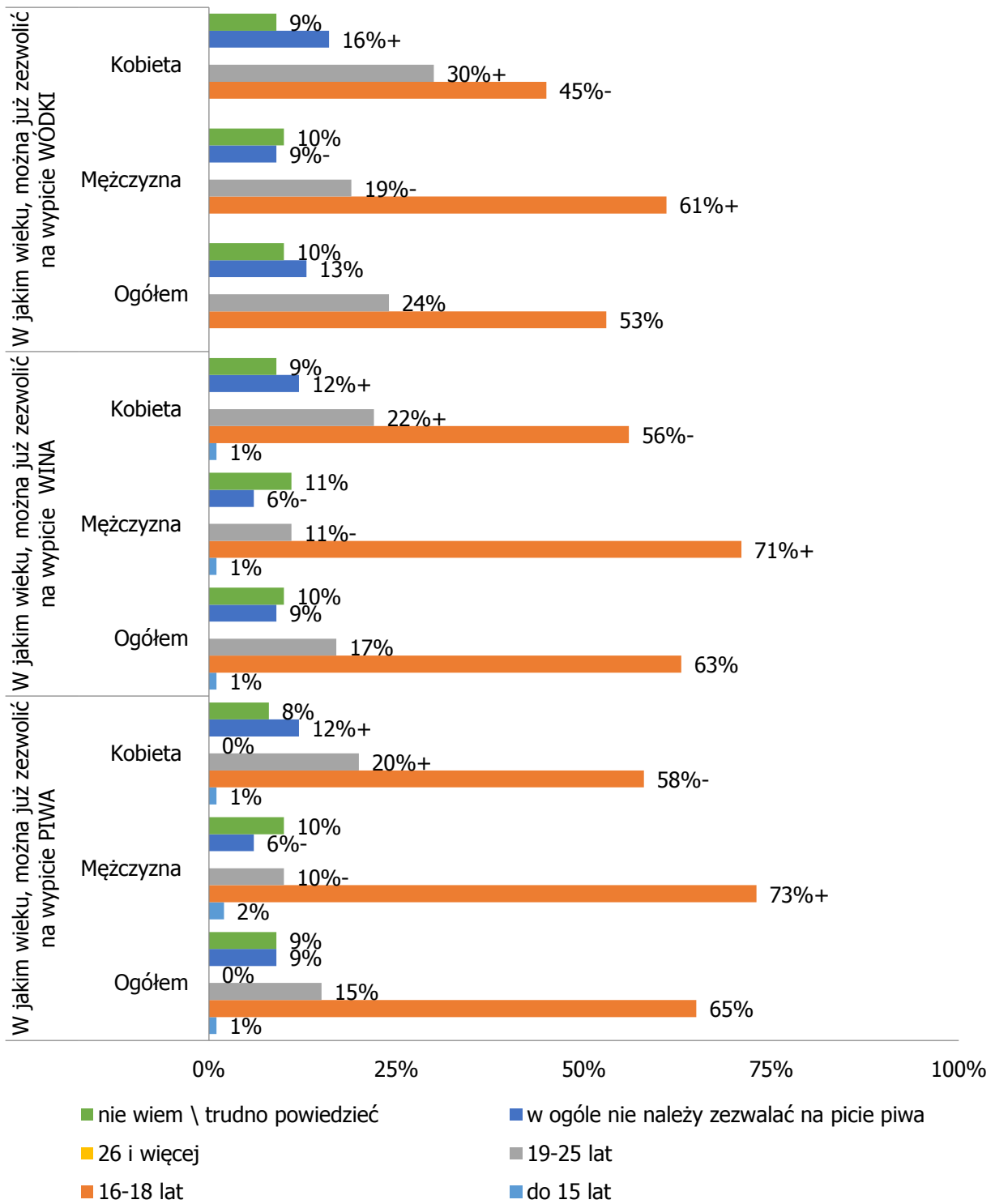
⁷⁸ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 42. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu dziewczętom – w zależności od płci respondenta (N=1009)⁷⁹



⁷⁹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 43. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu chłopcom – w zależności od płci respondenta (N=1009)⁸⁰



⁸⁰ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Ponad połowa badanych (54%) spontanicznie wskazała wspólnotę Anonimowych Alkoholików, jako instytucję udzielającą pomocy osobom z problemem alkoholowym. Niemal co piąty badany znał grupę wsparcia lub klub abstynenta (19%) oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (19%). Kościół lub związek wyznaniowy wskazało 17% badanych, a Policję lub Straż Miejską 16% badanych. Jako organizację skutecznie udzielającą pomocy osobom z chorobą alkoholową jedna trzecia badanych wskazała Wspólnotę AA, 10% za efektywne uznało kluby abstynenta i grupy wsparcia, a kościół i związki wyznaniowe są skuteczne zdaniem 7% badanych, Policja i Straż Miejska zdaniem 6% a samodzielne zakłady opieki zdrowotnej zdaniem jedynie 5% badanych. Te ostatnie są zdaniem badanych mało skuteczne. Świadczy o tym wysoki poziom rozpowszechnienia i duża znajomość instytucji, występujące jednocześnie z niską oceną skuteczności pomocy osobom cierpiącym na chorobę alkoholową.

Co interesujące specjaliści biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym podkreślali, że wysokiej rozpoznawalności wspólnoty AA towarzyszy niska świadomości czym ona jest. Jak wskazują nie rzadkie są przypadki mylenia organizacji pozarządowych z instytucjami samorządowymi i ośrodkami zdrowia. Ponadto biorący udział w wywiadzie grupowym bardzo nisko oceniali współpracę z lekarzami.

- 1. Bardzo dużo ludzi do mnie przychodzi i mówią, że on się leczył w przychodni AA. Tak mówią – przychodni AA. I ja tłumaczę, ale oni nie rozróżniają. I być może wspólnota Anonimowych Alkoholików takie oceny zyskała, bo mówią „przychodnie AA”.*
- 2. Jeżeli chodzi o SP ZOZ-y samodzielne, ludzie nie kojarzą zupełnie.*
- 3. „doktory” nie chcą, bo wszystko wiedzą, najlepiej się znają i nie chcą się w ogóle w tym zakresie edukować. (...) To jest strasznie ciężka grupa zawodowa, do której można dotrzeć i z którą można współpracować. Ja nie mówię o wszystkich generalnie, ale raczej tak. Próbowaliśmy nieraz ich ściągnąć, nawet obiecywaliśmy, że jakieś punkty zdobędą, tylko żeby*

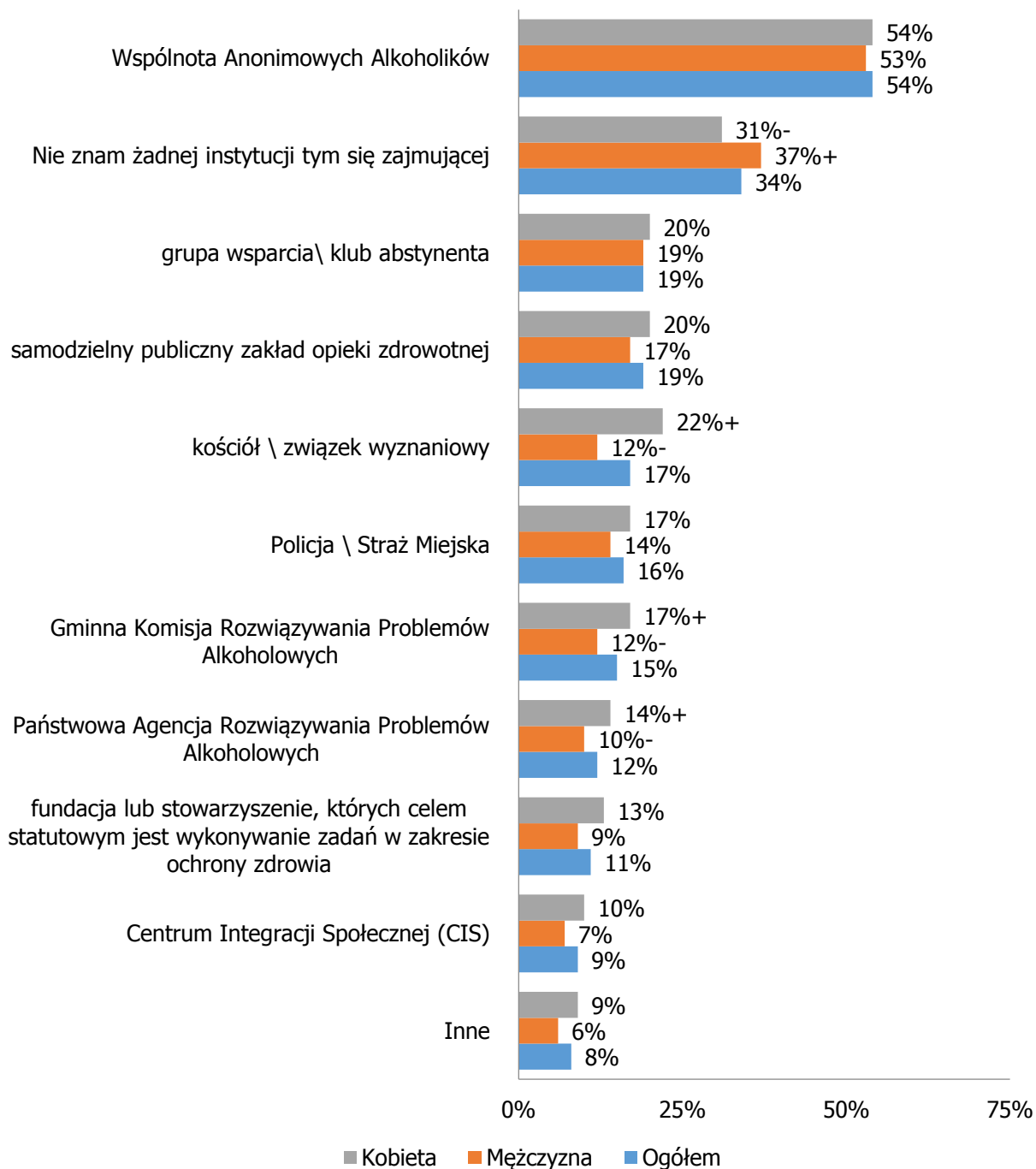
przyszli na szkolenie, na konferencję, bo ważne były rzeczy. (...) Tak, strasznie trudna grupa zawodowa, naprawdę straszna.

4. *Ja notuję, jak składają wnioski o leczenie odwykowe, to notuję, kto podpowiedział. Lekarz się bardzo rzadko zdarza. Jedno takie wskazanie na rok, na 300 wniosków. Znajomi proponują, terapeuci, dzielnicowy, a lekarz to rzadko.*
5. *Tak samo dotyczy to przemocy. Ja muszę to powiedzieć, ale to jest porażające, jak chirurdzy na Izbie Przyjęć przymykają oczy na wszystkie objawy przemocy i różnych spraw związanych z piciem. I tak samo lekarze POZ też często nie zgłaszają.*

Zdaniem specjalistów, jeśli, ktoś będzie poszukiwał pomoc zostanie w różnych organizacjach prawidłowo pokierowany. Jako kanał komunikacyjny, który pracuje nie prawidłowo wskazano księży.

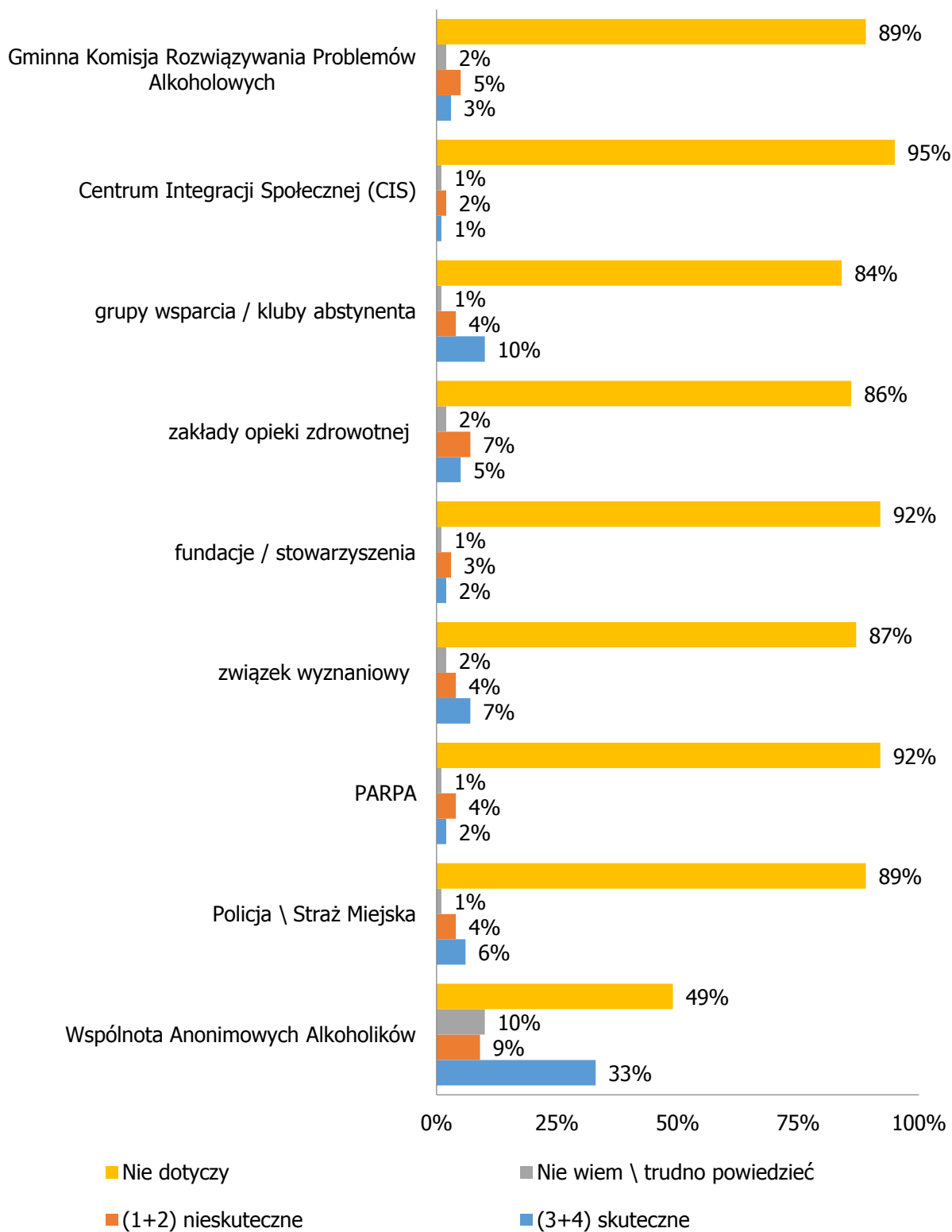
1. *Uważam, że wiedza jest i jak ktoś będzie chciał, to sobie wszystko znajdzie, bo pójdzie do urzędu, do MOPR-u, sąsiada zapyta, kolegę.*
2. *(...) księży trzeba doinformować. Ja uważam, że to jest bardzo ważne, jeżeli chodzi o województwo lubelskie. To jest taki kanał, który jest niedoinformowany.*
3. *Ksiądz nie musi mieć specjalistycznej wiedzy, ale w ramach pokuty może udzielać takiej konkretnej... [nieskończone zdanie].*

Wykres 44. Znajomość instytucji zajmujących się pomocą osobom z problemem alkoholowym (N=1009)⁸¹



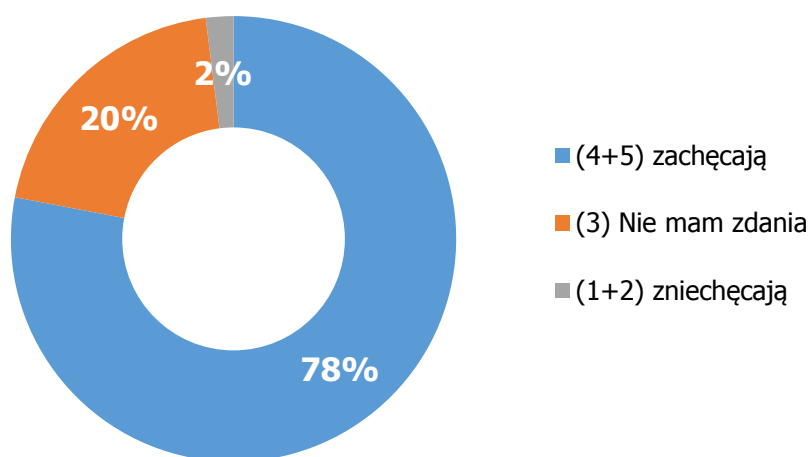
⁸¹ +/- oznaczone statystycznie istotne różnice od ogółu (poziom istotności 95%)

Wykres 45. Ocena skuteczności pomocy udzielanej osobom z problemem alkoholowym przez wybrane instytucje (N=1009)

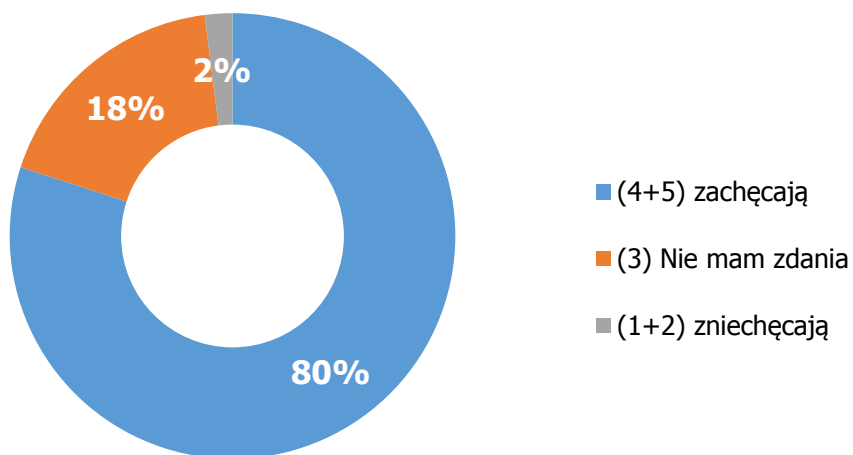


Zdecydowana większość badanych (78%) postrzega działania promocyjne klubów i lokali sprzedających alkohol jako zachęcające do jego spożywania. Podobnie skutecznie oceniane są działania koncernów alkoholowych. Działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu przez 74% badanych zostały uznane za zachęcające. Młodzież zostaje w ten sposób zachęcana do spożywania alkoholu zdaniem 77% badanych. W ocenie respondentów, podobnie zachęcająco działa obniżka cen alkoholu. Mniej więcej co piąty respondent nie ma zdania co do skuteczności działań firm i koncernów zajmujących się sprzedażą alkoholu. Znikomy odsetek badanych uważa zabiegi tych firm za zniechęcające do spożywania alkoholu.

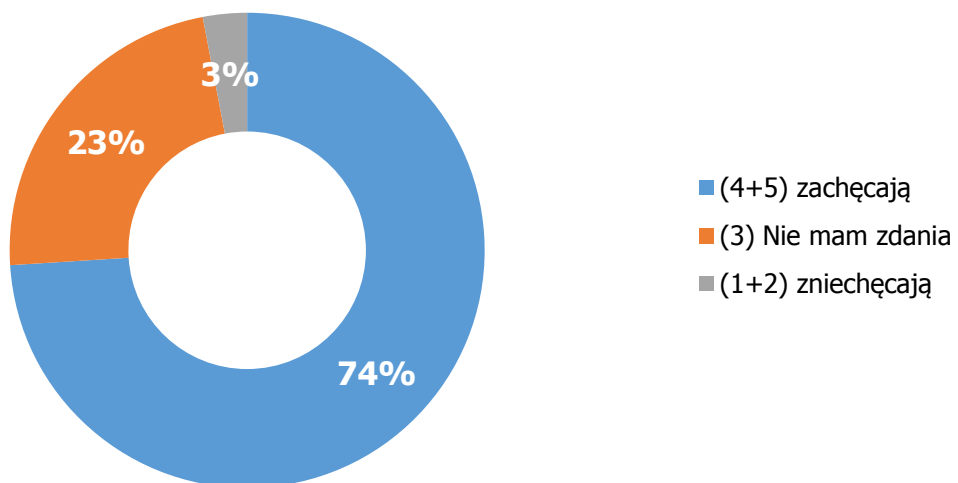
Wykres 46. W jakim stopniu, działania promocyjne klubów i lokali sprzedających alkohol, zachęcają do jego spożywania? (N=1009)



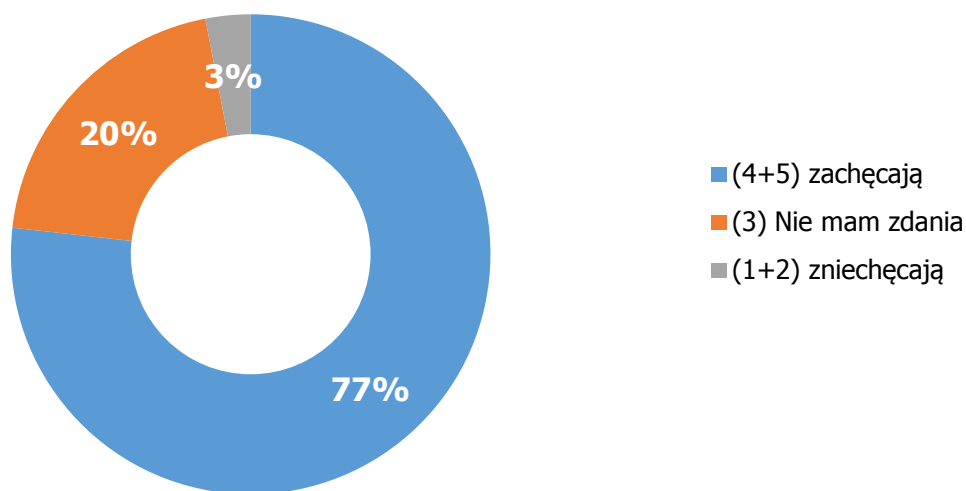
Wykres 47. W jakim stopniu, działania promocyjne koncernów alkoholowych, zachęcają do jego spożywania? (N=1009)



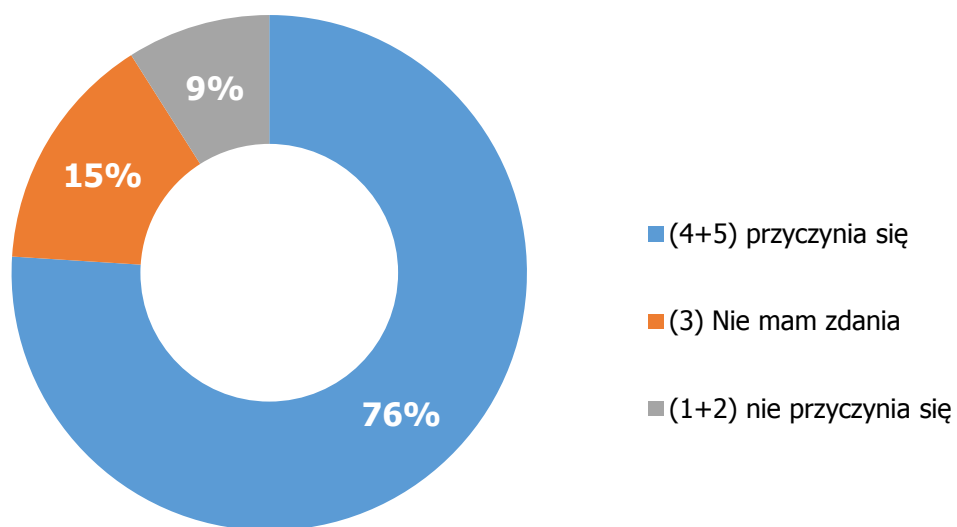
Wykres 48. W jakim stopniu, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają do jego intensywnego spożywania? (N=1009)



Wykres 49. W jakim stopniu, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają młodzież do spożywania alkoholu? (N=1009)



Wykres 50. W jakim stopniu, obniżka cen alkoholu, przyczynia się do wzrostu jego spożycia? (n=1009)



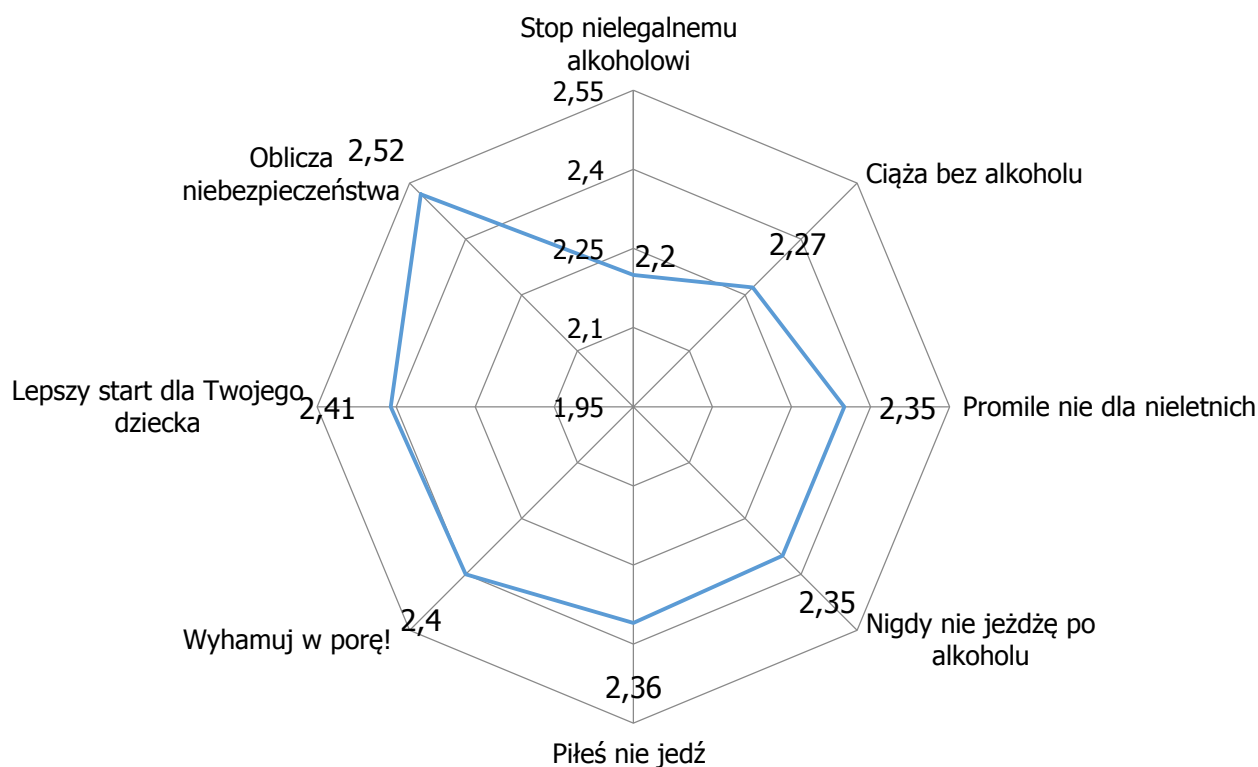
5.11. Ocena kampanii społecznych

Największy odsetek badanych znał kampanię „Nigdy nie jeżdżę po alkoholu” oraz „Piłeś nie jedź”, odpowiednio 58% i 56% badanych. Niemal co trzeci badany zadeklarował znajomość kampanii pod nazwą „Cięża bez alkoholu”. W wyniku zetknięcia się z przekazem kampanii niewielu respondentów zmieniło stosunek do spożywania alkoholu. W przypadku kampanii o niskiej rozpoznawalności, średnie oceny skuteczności wyrażane na czteropunktowej skali (gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się zmienił”, a 4 oznacza „zdecydowanie się nie zmienił”) wahają się od 2,2 (kampania „Stop nielegalnemu alkoholowi”) do 2,52 (kampania „Oblicza niebezpieczeństwa”). Średnie oceny akcji promocyjnych, które rozpoznała co najmniej połowa badanych kształtują się na poziomie 2,3.

Wykres 51. Znajomość kampanii społecznych mających przeciwdziałać alkoholizmowi



Wykres 52. Ocena skuteczności kampanii społecznych – średnie



Specjaliści biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym zgadzali się z niską oceną skuteczności kampanii, która ich zdaniem jest spowodowana przymusem ich realizacji.

1. *W ogóle celowość tych kampanii to trzeba przemyśleć (...)*
2. *W ogóle jest sens przeprowadzania takich kampanii? To chyba takie samozadowolenie, że myśmy coś zrobili, zrobiliśmy kampanię i już.*
3. *To jest praca od podstaw, praca nad rodziną, nad podstawami, a kampania to może być jakimś tam uzupełnieniem.*
4. *Ale myślę, że to jest brak pomysłu na jakąś taką działalność.*
5. *Ja to powiem ogólnie – należałoby zlikwidować Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przekazać całą tę działalność na samorząd, na województwa, żeby to niezależne było, żeby nie było takiej czapli, która organizuje kampanie, narzuca wzorce, jak ma co wyglądać*

6. WERYFIKACJA HIPOTEZ BADAWCZYCH

Na etapie przygotowania projektu badawczego i analizy danych zastanych postawiono szereg hipotez dotyczących postrzegania zwyczajów picia alkoholu. Większość z kwestii postulowanych w hipotezach była dyskutowana wcześniej, na etapie omawiania poszczególnych zagadnień. W niniejszym rozdziale hipotezy te zostaną wymienione i podsumowane, jako że stanowią rekapitulację wcześniej przedstawianych wniosków.

Tabela 9. Weryfikacja hipotez

| Hipoteza | Badanie pełnoletnich mieszkańców województwa lubelskiego | Wniosek |
|--|---|--------------------|
| Mężczyźni częściej nadmierne spożywają alkohol niż kobiety | Tak, odpowiedzi na pytania z bloku RAPS i CIDI oraz informacje o częstotliwości spożywania alkoholu potwierdzają tę hipotezę. | HIPOTEZA PRAWDZIWA |
| Wraz ze wzrostem wykształcenia mężczyzny ilość wypijanego alkoholu spada. | Mężczyźni z wyższym wykształceniem piją więcej alkoholu niż ci posiadający wykształcenie średnie i więcej niż ci posiadający wykształcenie podstawowe | HIPOTEZA FAŁSZYWA |
| Wraz ze wzrostem wykształcenia kobiety ilość wypijanego alkoholu wzrasta | Kobiety z wykształceniem podstawowym piją najwięcej, lecz wśród kobiet z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym tendencja wzrostowa jest utrzymana | HIPOTEZA PRAWDZIWA |
| Osoby aktywne zawodowo rzadziej spożywają alkohol niż osoby bezrobotne i nieaktywne zawodowo. | Większy procent osób bezrobotnych pije częściej niż osoby zatrudnione, natomiast duża liczba pracujących pije systematycznie w podczas dni wolnych od pracy. Emeryci, renciści oraz osoby prowadzące gospodarstwo domowe piją z mniejszą częstotliwością niż osoby pracujące i bezrobotne | HIPOTEZA FAŁSZYWA |
| Wraz ze wzrostem wieku spada ilość spożywanego alkoholu. | Potwierdza to analiza ilości alkoholu spożytego przez osoby w różnym wieku | HIPOTEZA PRAWDZIWA |
| Wraz ze spadkiem dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym wzrasta spożycie alkoholu | Brak jednoznacznej tendencji potwierdza wykres 15 i 16 | HIPOTEZA FAŁSZYWA |

7. PODSUMOWANIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Podsumowując wyniki badania należy przyjąć:

W obszarze samoocena zdrowia fizycznego:

1. Mieszkańcy województwa lubelskiego oceniają swój stan zdrowia umiarkowanie pozytywnie. Większość badanych określiła swoją kondycję jako dobrą lub bardzo dobrą (62%). Dalsze 24% klasyfikuje swoje zdrowie jako średnie. Niemal co 10. respondent przyznał, że jest w złym lub bardzo złym stanie.
2. Samoocena stanu zdrowia wyraźnie spada z wiekiem. Wśród osób poniżej 44 roku życia zdecydowana większość deklaruje zadowolenie ze swojego zdrowia fizycznego (83%). Zaniepokojenie budzi natomiast znaczne obniżenie samooceny kondycji fizycznej po 55 roku życia – 37% wskazań dobre lub bardzo dobre.

WNIOSEK: *Samoocena zdrowia fizycznego po 55 roku życia budzi zaniepokojenie.*

3. Zaobserwowano związek pomiędzy średnią ilością czystego alkoholu spożywaną w ciągu roku a kondycją fizyczną. Osoby, które oceniły swój stan zdrowia najlepiej (tj. jako dobry lub bardzo dobry) wypijają zdecydowanie więcej, niż respondenci z pozostałych podgrup.
4. Wśród osób najgorzej oceniających swoją kondycję fizyczną obserwuje się nieco wyższą częstość fałszywych przekonań związanych z pićm. W szczególności dotyczą one: mniejszej szkodliwości piwa, niż wódki, brakiem ryzyka związanego z wypijaniem 3-4 piw dziennie, większej skłonności mężczyzn do uzależnienia, pozytywnego wpływu snu na spalanie alkoholu, postrzegania alkoholizmu w kategoriach słabej woli, brakiem ryzyka uzależnienia u osób pijących weekendowo, powiązania alkoholizmu z niższym statusem socjoekonomicznym.

WNIOSEK: *Ocena stanu zdrowia jest silnie skorelowana z wiekiem. Wydaje się, że właśnie wiek badanych jest czynnikiem, który warunkuje ilość spożywanego alkoholu i stereotypowe postrzeganie jego konsumpcji wśród osób o słabszej kondycji fizycznej.*

W obszarze częstość spożywania alkoholu:

5. Piwo jest alkoholem spożywanym najczęściej (i przy tzw. codziennych okazjach) podczas, gdy picie wina i wódki jest zarezerwowane na sytuacje wyjątkowe. Blisko $\frac{1}{3}$ badanych zadeklarowało picie piwa częściej, niż raz w tygodniu. Analogiczny wskaźnik dla wina i wódki był identyczny i wynosił 2%.
6. Po piwo istotnie częściej sięgali w minionym roku mężczyźni (82% mężczyźni vs 50% kobiety). Co więcej, połowa z nich piła omawiany napój co najmniej raz w tygodniu (dla porównania w grupie kobiet wskaźnik osiągnął 14%).
7. Kobiety znacznie częściej sięgają po wino (52% vs 27%), przy zwykle robią to wyłącznie w wyjątkowych okazjach. Tylko 2% pań pije wino co najmniej raz w tygodniu.
8. Tylko 39% kobiet i aż 74% mężczyzn piło w minionym roku napoje spirytusowe. Mężczyźni sięgają po tego rodzaju alkohole z wyraźnie większą częstotliwością, niż kobiety.
9. Mężczyźni spożywają blisko dwukrotnie większą ilość czystego alkoholu w czasie jednej okazji picia. Panowie wypijają rocznie 5 razy więcej czystego alkoholu, niż panie.
10. Częstość picia u kobiet jest zdecydowanie niższa.

WNIOSEK: *Zgodnie z przewidywaniami mężczyźni i kobiety prezentują odmienne wzorce picia.*

11. Największą częstość picia obserwuje się wśród osób legitymujących się wykształceniem zawodowym (41% badanych pijących raz w tygodniu lub częściej). Mieszkańcy województwa lubelskiego z wyższym i średnim wykształceniem sięgają po omawiany alkohol ze zbliżoną częstością – niemal $\frac{1}{3}$ z nich pije piwo co najmniej raz w tygodniu. Najrzadziej spożywają piwo osoby z wykształceniem podstawowym (19% z nich sięga po piwo raz w tygodniu lub częściej).
12. Wino jest wyraźnie częściej spożywane przez osoby z wykształceniem wyższym, zaś po napoje spirytusowe najczęściej sięgają przedstawiciele wykształcenia zawodowego.
13. Nie obserwuje się wyraźnych różnic pod względem ilości czystego alkoholu spożywanego w czasie jednej okazji przez osoby reprezentujące odmienne poziomy

wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym i zawodowym piją jednorazowo nieznacznie więcej, niż pozostali.

14. Zdecydowanie najwyższe roczne spożycie czystego alkoholu obserwuje się wśród osób z wykształceniem zawodowym (konkretnie w podgrupie mężczyzn). Warto podkreślić, że w podgrupie kobiet analogiczny wskaźnik jest najwyższy wśród pań z wykształceniem wyższym.

15. Alkohol jest najczęściej spożywany we własnym domu, z przyjaciółmi lub rodziną. Niemal co 10 badany potwierdza samotne picie (takie zachowania wyraźnie częściej cechują mężczyzn). Picie w restauracjach, barach i klubach należy do rzadkości. Podobnie rzadko badani przyznawali się do spożywania alkoholu na zewnątrz, np. w parkach lub na ulicy.

WNIOSEK: *Wydaje się, że konsumpcja alkoholu w lokalach ma marginalne znaczenie, mieszkańcy województwa lubelskiego preferują picie w domach (własnych lub należących do rodziny i znajomych).*

16. Osoby bezrobotne istotnie częściej piją alkohol codziennie. Rolnicy i zatrudnieni na stałe częściej, niż pozostałe grupy zawodowe sięgają po napoje alkoholowe od 3 do 4 razy w tygodniu (co oznacza picie również w dni pracujące). Co więcej, w grupie etatowych pracowników obserwujemy częstsze, niż przeciętnie konsumowanie alkoholu 1 lub 2 razy w tygodniu. Taką częstotliwością częściej piją również prowadzący własną działalność.

WNIOSEK: *Istnieje relatywnie duża grupa osób zatrudnionych na etacie i rolników, którzy piją również w dni pracujące.*

W obszarze ryzykowne spożywanie alkoholu i kontekst picia:

17. Niemal $\frac{3}{4}$ mężczyzn i ponad $\frac{2}{3}$ kobiet zdarzyło się w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy spożyć liczbę porcji alkoholu odpowiadających co najmniej umownemu progowi ryzykownego picia.

WNIOSEK: *Obserwowany wskaźnik częstości ryzykownego picia jest bardzo wysoki (zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet).*

W obszarze dzieciństwo:

18. Niemal co piąty badany wskazuje, że w dzieciństwie mieszkał z osobą, która miała problem z alkoholem. Tego rodzaju doświadczenie odnotowano istotnie statystycznie częściej w rodzinach z niższym dochodem na osobę. Alkoholu nadużywali najczęściej ojcowie badanych.

WNIOSEK: *Znaczny odsetek mieszkańców województwa lubelskiego dorastał w domu dotkniętym problemem alkoholowym.*

19. Niemal połowa badanych oceniła, że problemy alkoholowe członka rodziny miały silny wpływ na ich stosunek do alkoholu (41%). Przy czym, kobiety przyznają się do tego istotnie częściej (79%).

WNIOSEK: *Doświadczenia z dzieciństwa mają wpływ na późniejsze przekonania i postawy.*

W obszarze osoby pijące w otoczeniu i ich wpływ na respondentów:

20. Niemal połowa respondentów deklaruje, że zna kogoś, kogo uważa za nadmiernie pijącego.

21. Kobiety nieco częściej wskazują, że tymi osobami jest ktoś z gospodarstwa domowego lub dalszej rodziny. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarują, że tą osobą jest przyjaciel, współpracownik lub sąsiad.

22. Badani wskazywali na znaczną uciążliwość zachowań osób znajdujących się pod wpływem alkoholu. Do najczęstszych skarg należały: rozdrażnienie zachowaniem osób, które pod wpływem alkoholu wymiotowały, oddawały mocz lub śmieciły, bycie obudzonym w nocy przez osobą pod wpływem alkoholu, a także bycie zwyzywanym lub obrażonym przez osobę nietrzeźwą.

23. Niepokojący wydaje się wysoki odsetek szczególnie niepożądanych zachowań pod wpływem alkoholu obserwowanych w otoczeniu przez respondentów (tj. picia przez kobiety w ciąży (7%), picia w miejscu pracy (13%), sprzedaży alkoholu nieletnim (13%), a także fakt iż niemal co 10. badany nie czuł się bezpiecznie w związku z zachowaniem osób nietrzeźwych.

WNIOSEK: *Badani mają znaczny kontakt z osobami nadmiernie pijącymi, które zakłócają ich spokój i poczucie bezpieczeństwa.*

W obszarze picie problemowe:

24. Mniej, niż 10% badanych obserwuje u siebie symptomy mogące świadczyć o picu problemowym. Mężczyźni częściej niż kobiety potwierdzali w szybkiej diagnozie możliwość występowania problemu alkoholowego.
25. Do najczęściej potwierdzanych objawów zaliczamy wyrzuty sumienia, zwracanie uwagi na problem picia przez członków rodziny, niedopełnienie ważnych obowiązków.
26. Niemal wszyscy respondenci zadeklarowali, że nie dotyczą ich typowe symptomy uzależnienia, o które pyta w wywiadzie specjalista uzależnień. Tylko 5% badanych przyznało, że picie przyczynia się do kłótni i problemów rodzinnych. Dalsze 4% zadeklarowało, że alkohol ma wpływ na ich pracę lub naukę.

WNIOSEK: *Relatywnie niewielka liczba osób potwierdza symptomy mogące świadczyć o picu problemowym. W zestawieniu z omówionymi wcześniej obiektywnymi wskaźnikami picia ryzykownego, wynik ten może wskazywać na niedostateczny wgląd we własny stan psychiczny i nieadekwatną ocenę ryzyka związanego z picciem.*

27. Blisko $\frac{3}{4}$ respondentów sięgnęło po alkohol po raz pierwszy pomiędzy 16. a 18. rokiem życia. W przypadku dalszych 16% badanych inicjacja alkoholowa nastąpiła przed 16. rokiem życia.
28. Warto podkreślić, że w grupie osób wcześnie sięgających po alkohol (tj. przed 16 rokiem życia) jest istotnie statystycznie więcej chłopców. Jednocześnie rozkład płci w grupie inicjującej picie między 16, a 18 rokiem życia jest bardzo wyrównany.

WNIOSEK: *Zdecydowana większość mieszkańców województwa lubelskiego przechodzi inicjację alkoholową przed osiągnięciem wieku, w którym wolno legalnie nabyć alkohol.*

W obszarze stereotypy na temat alkoholu:

29. Stereotypowe myślenie o alkoholu częściej cechuje mężczyzn, osoby powyżej 65 roku życia, określające swój stan zdrowia jako zły, legitymujące się wykształceniem podstawowym i zawodowym.
30. Najsilniej zakorzenione jest postrzeganie alkoholu jako problemu słabej woli, a także przeświadczenie o większej podatności mężczyzn na uzależnienie.

WNIOSEK: *Wiedza dotycząca alkoholu jest wciąż niedostateczna, w szczególności wśród osób starszych i słabiej wykształconych.*

W obszarze opinie mieszkańców na temat alkoholu:

31. W ocenie respondentów, dostępność alkoholu w województwie lubelskim jest znaczna. W szczególności niepokojąca jest łatwość z jaką napoje alkoholowe mogą nabyć osoby poniżej 18. roku życia.

WNIOSEK: *Niepokojąca jest nadmierna dostępność alkoholu dla osób nieletnich.*

32. Nieco ponad co piątemu badanemu zdarzyło się dostrzec, że ktoś pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu. W tej sytuacji aż 38% badanych nie zareagowało w żaden sposób. Jedynie 21% badanych nie wsiadło do samochodu, a 19% zaproponowało, że poprowadzi. Co dwudziesty respondent (5%) wezwał policję.

WNIOSEK: *Kierowanie samochodem w stanie nietrzeźwości wciąż stanowi ważny problem społeczny. Alarmująca jest również postawa osób postronnych będących świadkiem prowadzenia samochodu przez osobę po spożyciu.*

33. Akceptowalny wiek inicjacji alkoholowej mieści się w przedziale 16 -18 lat. Przy czym, akceptacja spożywania wódki i napojów spirytusowych jest nieco mniejsza w przypadku dziewcząt. Mężczyźni są nieco bardziej liberalni w kwestii picia przez osoby nieletnie.

WNIOSEK: *Akceptowalny wiek inicjacji alkoholowej pokrywa się w znacznym stopniu z realnym wskaźnikiem wieku pierwszych eksperymentów z alkoholem. Obserwowana zbieżność może świadczyć o relatywnie efektywnej kontroli społecznej wobec osób młodych.*

34. Wspólnota Anonimowych Alkoholików jest najbardziej znaną instytucją udzielającą pomocy uzależnionym. Badani oceniają ją również jako najbardziej skuteczną.
35. Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej uzyskały bardzo niskie oceny efektywności, przy jednoczesnym znacznym poziomie rozpoznawalności tych placówek, jako świadczących pomoc alkoholikom.

WNIOSEK: *Wizerunek dostępnych instytucji świadczących pomoc wymaga dalszych badań. Negatywna opinia dotycząca samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej może być czynnikiem zniechęcającym do podjęcia leczenia.*

W obszarze kampanie społeczne:

36. „Nigdy nie jeżdżę po alkoholu” i „Piłeś nie jedź” to najbardziej rozpoznawalne kampanie społeczne w województwie lubelskim.
37. Niewielki odsetek badanych zmienił swój stosunek do alkoholu w wyniku zetknięcia się z przekazem wspomnianych akcji.

WNIOSEK: *Efektywność kampanii społecznych jest niedostateczna.*

Konsumpcja alkoholu ma wpływ na funkcjonowanie psychiczne, jak i fizyczne zarówno jednostek i ich najbliższego otoczenia społecznego. Konsekwencje spożywania alkoholu są wielowymiarowe i dotyczą zwykle osobę pijącą, jej rodzinę, przyjaciół, współpracowników, znajomych oraz osoby postronne. Szkody wynikające z nadużywania alkoholu mają wymiar indywidualny, jak i populacyjny. Obejmują one zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe i w miejscu pracy, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie. Stąd konieczność podjęcia szeroko zakrojonych działań ukierunkowanych na zapobieganie i rozwiązywanie problemów alkoholowych, które będą dopasowane do specyficznych potrzeb konkretnej społeczności lokalnej. Podstawę rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi. Określa ona kierunki polityki państwa, a także wyznacza podmioty odpowiedzialne za jej realizację. Obowiązujący system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych bazuje na programach obejmujących trzy poziomy administracji: gminny, wojewódzki i krajowy.

Rekomendacje opracowane na podstawie wyników niniejszego badania obejmują zestaw działań i rozwiązań, które mają na celu zmniejszenie i eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych wśród mieszkańców województwa lubelskiego, a także ograniczenie tzw. szkód związanych z alkoholem. Prezentowane badanie pozwoliło zidentyfikować następujące obszary problemowe:

- **wysoki wskaźnik picia ryzykownego i nadmierne spożycie alkoholu wśród zidentyfikowanych grup ryzyka;**
- **wysoki wskaźnik narażenia na kontakt i konsekwencje problemów alkoholowych w domu rodzinnym;**
- **niedostateczna ochrona dzieci i młodzieży (w tym nadmierna dostępność alkoholu dla tej grupy oraz powszechna akceptacja inicjacji alkoholowej przed ukończeniem 18. roku życia);**

- **brak dostatecznej wiedzy i niepożądane postawy w konfrontacji z zachowaniami problemowymi wynikającymi z konsumpcji alkoholu (w tym w szczególności brak pożądanych postaw dotyczących kierowania pojazdami w stanie nietrzeźwości);**
- **znaczną dostępność alkoholu i wysoką efektywność działań promocyjnych producentów i sprzedawców napoi alkoholowych;**
- **niska skuteczność dotychczasowych kampanii społecznych w obszarach związanych z alkoholem;**
- **negatywny wizerunek samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej jako placówek udzielających pomocy osobom doświadczającym problemów alkoholowych;**

Dane dotyczące spożycia alkoholu w województwie lubelskim mieszczą się w granicach średniej krajowej. Obserwowane na Lubelszczyźnie trendy związane z konsumpcją alkoholu nie odbiegają od prawidłowości opisywanych w całym kraju. Obecnie realizowane działania powinny objąć zarówno profilaktykę dedykowaną zidentyfikowanym grupom ryzyka, jak i rozwiązywanie problemów będących wynikiem spożycia napojów alkoholowych. Do grup podwyższonego ryzyka ujawnionych w badaniu zaliczamy mężczyzn, osoby z wykształceniem zawodowym i bezrobotnych, a w szczególności:

- **mężczyzn pomiędzy 35. a 44. rokiem życia,**
- **mężczyzn z wykształceniem zawodowym,**
- **mężczyzn z wykształceniem wyższym,**
- **kobiety z wykształceniem podstawowym,**
- **kobiety z wykształceniem wyższym,**
- **młodych dorosłych tj. osoby pomiędzy 18. a 35. rokiem życia,**
- **bezrobotni,**
- **rolnicy,**
- **osoby zatrudnione na umowę o dzieło lub zlecenie,**

Wyraźnie widać, że problem nadmiernego spożycia częściej dotyczy mężczyzn, w szczególności z wykształceniem zawodowym i w średnim przedziale wiekowym. Właśnie na tej grupie warto obecnie skoncentrować

działania profilaktyczne (zarówno o charakterze selektywnym, jak i wskazującym), terapeutyczne oraz niwelujące negatywne skutki ich picia. Ze względu na podwyższone ryzyko przemocy domowej towarzyszącej nadmiernemu spożyciu, konieczne jest również zapewnienie właściwej ochrony i wsparcia ich rodzinom (w tym dzieciom).

Dalszych eksploracji wymaga wysokie spożycie alkoholu wśród mężczyzn i kobiet z wyższym wykształceniem. Tego rodzaju pogłębione badania, obejmujące zarówno osoby z grupy ryzyka, jak i ekspertów ds. uzależnień, mogłyby stać się podstawą opracowania strategii profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowej dopasowanej do potrzeb i specyfiki omawianej grupy docelowej. Warto podkreślić, że u osób z wyższym statusem edukacyjnym często obserwuje się ponad przeciętnie rozwinięte mechanizmy obronne (głównie zaprzeczanie, racjonalizacja) zabezpieczające przed konfrontacją z problemem alkoholowym. Osoby te w trosce o własny wizerunek mogą unikać korzystania z oferty placówek jednoznacznie kojarzonych z terapią uzależnień. W początkowych fazach problematycznego picia optymalnym rozwiązaniem dla tej grupy docelowej może być korzystanie z warsztatów i konsultacji nastawionych na zwiększanie wglądu psychologicznego, radzenie sobie z napięciem emocjonalnym i konstruktywne rozwiązywanie sytuacji problemowych.

Osoby młode (tj. poniżej 35. roku życia) cechuje niepokojąco wysokie spożycie. Niepożądane wzorce spożycia z młodości z czasem ulegają usztywnieniu i niosą ze sobą liczne negatywne konsekwencje. **Konieczne jest podjęcie działań modelujących ograniczenie spożycia alkoholu w tej grupie** (a w szczególności epizodów wypijania bardzo dużych ilości alkoholu w czasie jednej okazji), **a także promujących pożądane poglądy i postawy wobec alkoholu.** W związku z bardzo wysokimi wskaźnikami bezrobocia wśród młodych ludzi zamieszkujących województwo lubelskie **istnieje pilna potrzeba nawiązania szeroko zakrojonej współpracy w celu umożliwienia im wejścia i utrzymania się na rynku pracy.** Zarówno niniejsze, jak i wcześniejsze badania pokazują, że stałe zatrudnienie stanowi ważny czynnik ochronny nadużywania alkoholu i wynikających z niego problemów.

Niniejsze badanie potwierdziło częstsze nadużywanie alkoholu w grupie osób bezrobotnych. Zagadnienie to nie było jednak szerzej eksplorowane. Wcześniejsze doniesienia (w tym również publikacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) dowodzą istnienia silnego związku pomiędzy uzależnieniem od alkoholu, bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym i przemocą w rodzinie. **Podstawą planowania strategii zapobiegania i rozwiązywania problemów alkoholowych wśród bezrobotnych mieszkańców województwa lubelskiego powinna być analiza dostępnych opracowań i rekomendacji, a także ścisła współpraca pomiędzy lokalnymi ekspertami ds. uzależnień i bezrobocia.**

Jednym z aspektów eksplorowanych w badaniu jest **wysoki wskaźnik narażenia na kontakt i konsekwencje problemów alkoholowych w domu rodzinnym**. Wykazano, że znaczny odsetek mieszkańców województwa lubelskiego wychowywał się w domu dotkniętym problemem alkoholowym. Tego rodzaju doświadczenia niosą ze sobą poważne i długotrwałe konsekwencje psychologiczne (w tym również syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika, skłonność do wchodzenia w relacji noszące cechy współuzależnienia). Nadużywanie alkoholu często wiąże się z przemocą domową. Nierzadko model rodziny pochodzenia dotkniętej problemem alkoholowym zostaje (mniej lub bardziej świadomie) odtworzony w kolejnym pokoleniu. **Z tego powodu psychoedukacja i pomoc terapeutyczna kierowane do dorosłych, którzy w dzieciństwie doświadczyli picia członków najbliższej rodziny powinny być traktowane jako niezbędny element profilaktyki problemów alkoholowych.** Pozwala ona przepracować trudne doświadczenia z dzieciństwa, zmodyfikować aktualne relacje i wytworzyć bardziej konstruktywne mechanizmy radzenia sobie w sytuacjach szczególnego obciążenia emocjonalnego.

Tego rodzaju wsparcie powinno być kierowane zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn. Przy czym, na podstawie zgromadzonych danych (wspartych doświadczeniami klinicznymi), można przypuszczać, że panie mają nieco większy poziom otwartości i gotowości szukania pomocy w związku z rodzinnymi problemami alkoholowymi (przeszłymi i obecnymi). Teorie systemowe w terapii rodzin

i małżeństw dowodzą, iż zmiana postaw jednego z członków systemu rodzinnego może być impulsem do rozpoczęcia procesu uzdrawiania relacji pomiędzy pozostałymi osobami. W tej sytuacji warto podejmować wysiłki mające na celu pozyskanie do współpracy terapeutycznej tego z członków rodziny, który w danym momencie jest najbardziej zmotywowany i chętny do samorozwoju. **Wydaje się zatem wskazane podejmowanie działań mających na celu identyfikację osób potencjalnie zainteresowanych uzyskaniem pomocy, a następnie oferowanie im adekwatnego wsparcia terapeutycznego.** Wsparcie to powinno być mieć charakter **kompleksowy** (tj. obejmować szeroki wachlarz usług - interwencję kryzysową, diagnozę psychologiczną, psychoedukację, psychoterapię, konsultacje psychiatryczne, warsztaty samorozwoju, grupy wsparcia), **długofalowy i łatwo dostępny**. Niezbędnym jego elementem jest prowadzenie działań informacyjnych na temat aktualnej oferty, a także promocyjnych minimalizujących zjawisko stygmatyzacji.

Niniejsze badanie wykazało, że **ochrona dzieci i młodzieży jest niedostateczna**. Respondenci przyznali, że młodzi ludzie są narażeni na działania promocyjne koncernów i firm produkujących alkohol. Ponadto, mechanizmy uniemożliwiające osobom niepełnoletnim zakup alkoholu są nieszczelne. Skuteczne działania w omawianym obszarze wymagają ścisłego współdziałania różnych służb i instytucji (w tym policji, straży miejskiej, handlowców, restauratorów, szkół i samorządów). **Kampanie społeczne (zarówno prowadzone w mediach, jak i punktach sprzedaży) informacyjne (kierowane zarówno do rodziców, jak i uczniów) nie przyniosą zamierzonych efektów, jeśli nie będą wsparte systematyczną, konsekwentną i sprawną egzekucją obowiązującego prawa.**

Badanie wykazało zbieżność pomiędzy akceptowanym i rzeczywistym wiekiem inicjacji alkoholowej. Zgromadzone dane uniemożliwiają przeprowadzenie wnioskowania o charakterze przyczynowo skutkowym. Pogłębienie rozumienia obserwowanego związku wymaga dalszych badań. Prawdopodobna jest jednak hipoteza, iż mechanizmu kontroli społecznej wobec młodych ludzi spożywających alkohol są dostatecznie sprawne (tj. otoczenie, w którym dorasta młody człowiek

efektywnie zabezpiecza go przed eksperymentowaniem z alkoholem poniżej wieku powszechnie uznanego za dopuszczalny). **Oznacza to, że w celu podwyższenia wieku inicjacji alkoholowej należy podjąć działania zmierzające do przesunięcia w górę obecnie obowiązującej umownej granicy 16 lat.** Konieczne jest również konsekwentne egzekwowanie obowiązujących przepisów dotyczących handlu i promocji alkoholu, prowadzenie kampanii informacyjnych i działań edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do młodzieży i jej rodziców. Istotne jest by edukacja nie została ograniczona do przekazywania suchych faktów dotyczących zagrożeń związanych z alkoholem. **Zamiast tego warto podejmować wielopłaszczyznowe działania ukierunkowane na kształtowanie postaw asertywnych, rozwiązywanie konfliktów z rówieśnikami, wzmacnianie samoceny, poprawę kompetencji komunikacyjnych, treningi radzenia sobie ze stresem i wsparcie indywidualnych zainteresowań. Do przydatnych form pracy z rodzicami zaliczamy warsztaty umiejętności rodzicielskich, indywidualne sesje konsultacyjne z psychologiem i grupy wsparcia.** Wspomniane aktywności powinny mieć atrakcyjną, angażującą i nowoczesną formę, dopasowaną do realiów i potrzeb adresatów. Z pewnością wymaga to stałych nakładów na doksztalcenie kadry pedagogicznej i psychologicznej pracującej z młodzieżą i jej rodzicami.

Ochrona dzieci nienarodzonych wiąże się z koniecznością minimalizowania odsetka kobiet, które piją alkohol w czasie ciąży. Efektywność tego rodzaju działań jest wypadkową poglądów i postaw społecznych (np. świadomości szkodliwości picia alkoholu w ciąży, aktywnie wyrażanego braku akceptacji dla kobiet, które piją alkohol będąc w ciąży) oraz sprawności działania podmiotów wyznaczonych do realizacji profilaktyki i interwencji w omawianym obszarze (np. służby zdrowia, opieki społecznej, policji, straży miejskiej). Zarejestrowany odsetek osób mających kontakt z kobietami pijącymi alkohol podczas ciąży jest niepokojąco wysoki. **Zagadnienie to wymaga dalszych badań w celu potwierdzenia skali zjawiska, a także wskazania grup ryzyka. Konieczne jest również eksplorowanie przyczyn picia w ciąży i potencjalnych metod profilaktyki w tym obszarze.** Zgromadzenie trafnego i rzetelnego materiału

empirycznego jest warunkiem opracowania efektywnych strategii minimalizowania zjawiska spożywania alkoholu przez kobiety spodziewające się dziecka.

Niniejsze badanie wykazało **brak dostatecznej wiedzy i niepożądane postawy mieszkańców Lubelszczyzny w konfrontacji z zachowaniami problemowymi wynikającymi z konsumpcji alkoholu (w tym w szczególności brak pożądanых postaw dotyczących kierowania pojazdami w stanie nietrzeźwości)**. Problemy te są najczęstsze w populacji osób starszych i słabiej wykształconych. Działania informacyjne powinny być adresowane do wspomnianych grup docelowych. Analiza materiałów źródłowych wykazuje, że trwała modyfikacja nastawień i postaw jest procesem trudnym i czasochłonnym. Efektywność klasycznych działań informacyjnych i kampanii społecznych jest umiarkowana i kosztowna. **Mają one szanse powodzenia jedynie wówczas, gdy ich przekaz, forma i kanał dystrybucji jest właściwie dopasowany do potencjalnych odbiorców. Z tego względu warto zadbać o to by przyszłe akcje informacyjne planowane w regionie zostały prawidłowo przygotowane.** Wstępne założenia i projekty materiałów promocyjnych powinny być skonsultowane z ekspertami z dziedziny profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz specjalistami w obszarze wizerunku i reklamy. Ważnym etapem budowania przekazu informacyjnego jest faza wstępnego testowania założeń i koncepcji kampanii w ramach badań jakościowych zrealizowanych z przedstawicielami grup docelowych. **Aktualne badanie zidentyfikowało następujące obszary, na które warto kłaść nacisk w ramach przyszłych działań informacyjnych: prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu i reakcje na nietrzeźwość kierowców, szkodliwość picia w ciąży, reagowanie na sprzedaż alkoholu nieletnim, postrzeganie alkoholizmu jako choroby, która wymaga leczenia, podnoszenie świadomości dotyczącej mechanizmów prowadzących do uzależnienia, a także szkodliwość alkoholi niskoprocentowych** (przy czym, kampanie dedykowane mężczyznom powinny ogniskować się wokół piwa, zaś kobietom należy przekazywać informacje dotyczące wina).

Działaniom informacyjnym powinno towarzyszyć zwiększenie dostępności i promocja szeroko pojętego rozwoju umiejętności psychologicznych, w tym postawy asertywnej, kompetencji komunikacyjnych, radzenia sobie z stresem, unikania agresji. Celem wspomnianych, długofalowych oddziaływań ma być zwiększenie efektywności obywateli w konstruktywnym radzeniu sobie z codziennymi trudnościami (w tym uciążliwościami wynikającymi ze spożywania alkoholu przez osoby trzecie), a także zachęcenie ich do poszukiwania nowych rozwiązań i sposobów reagowania. **Inwestycja w samorozwój przyczynia się do wzmocnienia społeczeństwa obywatelskiego. Tym samym wzmacnia naturalne i pożądane mechanizmy regulacji społecznej na poziomie lokalnym** (np. troskę sąsiedzka, chęć niesienia pomocy, umiejętne wyrażanie sprzeciwu wobec zachowań naruszających dobro innych). **Warto przy tym podkreślić, że osoby które podejmują wysiłek samorozwoju poprzez swoją codzienną postawę mają wtórny wpływ na otoczenie** poprzez modelowanie poprawnych zachowań i wzorców.

Mieszkańcy województwa lubelskiego zadeklarowali, że najczęściej stykają się z osobami nadmiernie pijącymi, które są im dobrze znane (wskazywano głównie na sąsiadów, przyjaciół i członków rodziny). W wielu przypadkach oznacza to, że opisywane przez respondentów niedogodności wynikające z nadmiernego spożycia alkoholu przez te osoby mają charakter stały lub powtarzalny. Stała relacja, zaangażowanie emocjonalne, zależność (fizyczna, emocjonalna lub materialna), niemożność fizycznego odseparowania się od osoby nadużywającej alkoholu zakłócają ocenę sytuacji i utrudniają adekwatne reagowanie na nią. Taki stan rzeczy rodzi frustrację i uczucie bezsilności. W dłuższej perspektywie może prowadzić do niepożądanych zachowań i postaw – obojętności wobec ewidentnych zakłóceń porządku i zagrożenia bezpieczeństwa, a także odpowiadania agresją lub uległością wobec nietrzeźwych. **Mając na uwadze zarysowane mechanizmy psychologiczne konieczne jest zapewnienie mieszkańcom efektywnego wsparcia właściwych służb (tj. policji, straży miejskiej, opieki społecznej, służby zdrowia), a także dostępu do interwencji kryzysowej i doradztwa specjalistycznego (psychologicznego, prawnego, medycznego).** Kluczową kwestią jest zadbanie o to by jednostka doświadczająca negatywnych konsekwencji

picia innych osób nie była pozostawiona bez wsparcia i pobawiona wiedzy na temat możliwych strategii działania. **W ramach dostępnych środków warto tworzyć punkty interwencji kryzysowej dysponujące aktualizowanymi na bieżąco bazami kontaktów do lokalnie działających instytucji świadczących pomoc.** Optymalnym rozwiązaniem jest opieranie działania punktów interwencyjnych o interdyscyplinarne zespoły w skład, których wchodzi psychologowie, terapeuci uzależnień, pracownicy socjalni, prawnicy i lekarze (w tym również psychiatrzy).

Zgromadzone dane wskazują na **znaczną dostępność alkoholu i wysoką efektywność działań promocyjnych producentów i sprzedawców napoi alkoholowych działających** na terenie województwa lubelskiego. Jednocześnie obserwowano relatywnie niskie rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu w restauracjach, barach i klubach. Mieszkańcy badanego regionu wyraźnie preferują spożywanie alkoholu w domach (własnych lub należących do rodziny lub znajomych). **Oznacza to, że wszelkie działania mające na celu ograniczenie dostępności napojów alkoholowych powinny koncentrować się wokół sklepów, stoisk i hurtowni z alkoholem.** Deklaracje respondentów wskazują, że pożądaną byłaby zmiana godzin otwarcia punktów sprzedaży (nie zaś ich całkowita likwidacja).

Prezentowane badanie ujawniło **niską skuteczność dotychczasowych kampanii społecznych w obszarach związanych z alkoholem.** Wynik ten jest spójny z obserwacjami przytoczonymi we wstępie teoretycznym niniejszego raportu. Zgromadzone dane są niedostateczne by jednoznacznie wskazać przyczyny niepowodzenia konkretnych akcji. **Konieczne jest wnikliwe przeanalizowanie raportów z ewaluacji poszczególnych kampanii i wyciągnięcie wniosków, które pozwolą w przyszłości lepiej planować przekaz kierowany do mieszkańców za pośrednictwem mediów. Warto również położyć nacisk na sformułowanie wytycznych metodologicznych dotyczących ewaluacji planowanych kampanii społecznych w województwie lubelskim.** Użytecznym rozwiązaniem jest zbudowanie bazy wskaźników, które będą stanowiły punkt odniesienia w ocenie kolejnych akcji informacyjnych. Tego typu działanie jest powszechną praktyką w odniesieniu do komercyjnych kampanii reklamowych.

Niepokój budzi powszechność **negatywnego wizerunku, działających w regionie, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej** udzielających pomocy osobom doświadczającym problemów alkoholowych. Omawiane zagadnienie wymaga dalszej eksploracji i uwagi. W oczywisty sposób wypowiedzi respondentów nie mogą stanowić podstawy do formułowania diagnozy kondycji placówek leczniczych. Przekonania na temat niskiej efektywności i jakości usług mogą jednak zniechęcać potencjalnych pacjentów do poszukiwania wsparcia. **Dlatego konieczne jest ustalenie przyczyn obecnego stanu rzeczy i podjęcie adekwatnych i dopasowanych do potrzeb działań naprawczych.** Warto dołożyć starań, by lekarze pierwszego kontaktu i interniści zapoznali się z trendami epidemiologicznymi w województwie lubelskim (w tym zidentyfikowanymi w niniejszym badaniu grupami szczególnego ryzyka nadużywania alkoholu). **Niezbędne jest wsparcie lekarzy w zdobywaniu wiedzy i umiejętności diagnozowania ryzykownego i szkodliwego picia, motywowaniu do podjęcia specjalistycznych konsultacji, a także efektywnego prowadzenia krótkich interwencji w związku z nadużywaniem alkoholu.**

W tym miejscu warto również podkreślić, konieczność wdrażania efektywnych strategii przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Niniejsze badanie nie było nastawione na eksplorację zagadnień związanych z nadużywaniem siły wobec innych członków rodziny. Z tego względu brak jest podstaw empirycznych do opracowania konkretnych i szczegółowych wytycznych w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Wdrażanie niniejszych rekomendacji powinno pozostać w zgodzie ze szczegółowymi wytycznymi opracowanymi przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla poszczególnych poziomów administracyjnych i okresów realizacyjnych.

Reasumując, należy przyjąć iż działania profilaktyczne i nastawione na rozwiązywanie problemów alkoholowych nie mogą mieć charakteru jednorazowego i doraźnego. Wysiłki warto koncentrować wokół rozwiązań długofalowych i systemowych, tj. angażujących różne poziomy administracyjne. Aktywność nie może ograniczać się do kampanii promocyjnych i informacyjnych. Konieczne jest

nastawienie na przełamanie negatywnych wzorców międzypokoleniowych i środowiskowych (np. poprzez terapię i interwencję kryzysową), a także i wzmacnianie pożądanych przekonań i postaw (np. poprzez dawanie szans rozwojowych w obszarze szeroko rozumianych kompetencji psychologicznych). Warunkiem powodzenia mechanizmów wdrażanych w różnych obszarach, jest nieustanna inwestycja w podnoszenie kwalifikacji (w tym również umiejętności psychologicznych) pracowników służb i instytucji zaangażowanych w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych (np. psychologów, specjalistów ds. terapii uzależnień, terapeutów, lekarzy, pielęgniarki, policjantów, strażników miejskich, pracowników socjalnych, nauczycieli, pedagogów). Warto również wspierać praktyczną realizację idei odpowiedzialnego biznesu (np. poprzez promocję firm przestrzegających szerokokorozumianych przepisów dotyczących sprzedaży i konsumpcji alkoholu).

9.1. Kwestionariusz ilościowy

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

Dzień dobry. Nazywam się (...) i jestem Ankieterem ośrodka badania opinii publicznej Realizacja Sp. z o.o.. Na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie nasza firma realizuje badanie mieszkańców województwa lubelskiego na różne społeczne tematy.

Wszystkim uczestnikom badania gwarantujemy pełną poufność, prosząc w zamian o szczerze odpowiedzi oraz o poświęcenie Nam nieco czasu i uwagi. Uzyskane od Państwa informacje zostaną wykorzystane jedynie do celów badawczych.

SCREENER

S1. [ANKIETER: zaznacz płeć Respondenta]

Mężczyzna → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

Kobieta → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

S2. Proszę powiedzieć, które urodziny obchodził(a) Pan(i) ostatnio?

[ANKIETER: zaznaczyć właściwy przedział i **sprawdź z Formularzem Doboru**]

poniżej 18 lat → *zakończyć wywiad*

18-24 lat(a) → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

25-34 lat(a) → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

35-44 lat(a) → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

45-54 lat(a) → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

55-64 lat(a) → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

65 lat lub więcej → **SPRAWDZIĆ Z FORMULARZEM DOBORU**

odmowa odpowiedzi → *zakończyć wywiad*

JEŻELI RESPONDENT SPEŁNIA KRYTERIA DOBORU – PRZEPROWDZIĆ WYWIAD ZASADNICZY

KWESTIONARIUSZ ZASADNICZY

Blok I. Ogólna charakterystyka konsumpcji alkoholu

WB_1. KARTA 1. Jak ocenił(a)by Pan(i) stan swojego zdrowia fizycznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|-----------------|
| 1 | bardzo dobry |
| 2 | raczej dobry |
| 3 | Średni |
| 4 | raczej zły |
| 5 | bardzo zły |
| 6 | Brak odpowiedzi |

Blok II. BSQF

BSQF_1. KARTA 2. Jak często pił(a) Pan(i) piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|---|
| 01 | Codziennie lub prawie codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Nie piłem(am) piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale wcześniej je piłem → przejdź do BSQF_3 |
| 11 | Nigdy w życiu nie piłem(am) piwa albo tylko kilka łyków → przejdź do BSQF_3 |
| 12 | Odmowa odpowiedzi → przejdź do BSQF_3 |

BSQF_2.KOLOROWA KARTA ALKOHOLE - PIWA. Ile butelek, puszek ew. szklanek piwa pił(a) Pan(i) przeciętnie w ciągu jednego dnia, kiedy pił(a) Pan(i) piwo w czasie ostatnich 12 miesięcy?

[ANKIETER: zaznacz kod cyfrowy przy wybranej pojemności i wpisz ilość w kratkach]

[ANKIETER: Respondent powinien wybrać jedną najbardziej odpowiednią jednostkę sprawozdawczą dla jego/jej zużycia → patrz Opis badania dla Ankietera]

| | | Liczba |
|---|---------------------|-----------|
| 1 | 0,25 litra (250 ml) | I _ I _ I |
| 2 | 0,33 litra (330 ml) | I _ I _ I |
| 3 | 0,50 litra (500 ml) | I _ I _ I |
| 4 | brak odpowiedzi | |
| 5 | nie dotyczy | |

BSQF_3. KARTA 2. Jak często pił(a) Pan(i) wino w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|---|
| 01 | Codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Nie piłem(am) wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale wcześniej je piłem → przejdź do BSQF_5 |
| 11 | Nigdy w życiu nie piłem(am) wina albo tylko kilka łyków → przejdź do BSQF_5 |
| 12 | <i>Odmowa odpowiedzi</i> → przejdź do BSQF_5 |

BSQF_4. KOLOROWA KARTA ALKOHOLE - WINA. Ile kieliszków ew. butelek wina pił(a) Pan(i) przeciętnie w ciągu jednego dnia, kiedy pił Pan wino w czasie ostatnich 12 miesięcy?

[ANKIETER: zaznacz kod cyfrowy przy wybranej pojemności i wpisz ilość w kratkach]

[ANKIETER: Respondent powinien wybrać jedną najbardziej odpowiednią jednostkę sprawozdawczą dla jego/jej zużycia → patrz Opis badania dla Ankietera]

| | Liczba |
|---|-------------------------------|
| 1 | 0,10 litra (100 ml) I _ I _ I |
| 2 | 0,15 litra (150 ml) I _ I _ I |
| 3 | 0,20 litra (200 ml) I _ I _ I |
| 4 | 0,70 litra (700 ml) I _ I _ I |
| 5 | <i>brak odpowiedzi</i> |
| 6 | <i>nie dotyczy</i> |

BSQF_5. KARTA 2. Jak często pił(a) Pan(i) napoje spirytusowe (np. wódkę, gin, whisky, brandy) w ciągu ostatnich 12 miesięcy? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|--|
| 01 | Codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Nie piłem(am) napojów spirytusowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale wcześniej je piłem → przejdź do F1 |
| 11 | Nigdy w życiu nie piłem(am) napojów spirytusowych albo tylko kilka łyków → przejdź do F1 |
| 12 | <i>Odmowa odpowiedzi</i> → przejdź do F1 |

BSQF_6. KOLOROWA KARTA ALKOHOLE - WÓDKI. **Ile kieliszków ew. butelek wódki lub innych napojów spirytusowy pił(a) Pan(i) przeciętnie w ciągu jednego dnia, kiedy pił(a) Pan(i) napoje spirytusowe w czasie ostatnich 12 miesięcy?**

[ANKIETER: zaznacz kod cyfrowy przy wybranej pojemności i wpisz ilość w kratkach]

[ANKIETER: Respondent powinien wybrać jedną najbardziej odpowiednią jednostkę sprawozdawczą dla jego/jej zużycia → patrz Opis badania dla Ankietera]

| | | Liczba |
|---|---------------------|-----------|
| 1 | 0,03 litra (30 ml) | I _ I _ I |
| 2 | 0,05 litra (50 ml) | I _ I _ I |
| 3 | 0,10 litra (100 ml) | I _ I _ I |
| 4 | 0,20 litra (200 ml) | I _ I _ I |
| 5 | brak odpowiedzi | |
| 6 | nie dotyczy | |

[ANKIETER: SCHOWAĆ KOLOROWĄ KARTĘ ALKOHOLE, TAK BY BYŁA POZA ZASIĘGIEM WZROKU RESPONDENTA]

F1. KARTA 2. **Podsumowując, jak często pił(a) Pan(i) jakiegokolwiek napój alkoholowy, bez względu na jego rodzaj, nawet w małych ilościach, w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|---|
| 01 | Codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Nie piłem(am) tych napojów alkoholowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale wcześniej piłem(am) → przejdź do CH_1 |
| 11 | Nigdy w życiu nie piłem(am) tych napojów alkoholowych albo tylko kilka łyków → przejdź do CH_1 |
| 12 | Odmowa odpowiedzi → przejdź do CD_1 |

[ANKIETER: SPRAWDŹ CZY ZAZNACZONA CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA W F1 NIE JEST MNIEJSZA NIŻ W PYTANIACH **BSQF_1, BSQF_3, BSQF_5**.

JEŚLI RESPONDENT PODAŁ W PYTANIU **F1** (PODSUMOWUJĄCYM CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA JAKIEGOKOLWIEK ALKOHOLI) MNIEJSZĄ CZĘSTOTLIWOŚĆ NIŻ W PYTANIACH O KONKRETNE TYPY ALKOHOLI, DOPYTAJ JESZCZE RAZ RESPONDENTA.

KARTA 3. Kolejne pytania dotyczą okoliczności, w jakich pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

| | Codziennie | 5 – 6 dni w tygodniu | 3 – 4 dni w tygodniu | 1 – 2 dni w tygodniu | 2 – 3 dni w miesiącu | Raz w miesiącu | 6 – 11 dni w roku | 2 – 5 dni w roku | 1 raz w roku | Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Odmowa odpowiedzi | Nie dotyczy |
|--|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|-------------------|------------------|--------------|--|-------------------|-------------|
| CD_1. Jak często pił(a) Pan(i) do posiłku? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| CD_2. Jak często pił(a) Pan(i) [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź w każdym wierszu] | | | | | | | | | | | | |
| a) u siebie w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| b) u kogoś w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) w restauracji (w miejscu, do którego ludzie przychodzą głównie żeby coś zjeść) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) w pubie, barze, klubie itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| e) na zewnątrz, czyli w parkach, na ulicy itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| CD_3. Jak często pił(a) Pan(i) [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź w każdym wierszu] | | | | | | | | | | | | |
| a) z członkami rodziny | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| b) z kolegami, znajomymi z pracy | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) z przyjaciółmi | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) sam/sama | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |

UWAGA: KOLEJNE PYTANIA Z BLOKU RSOD ZADAWANE SĄ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI RESPONDENTA. PROSZĘ ZWRÓCIĆ UWAGĘ NA INSTRUKCJĘ PRZED KAŻDYM Z PYTAŃ

[ANKIETER: UWAGA! Pytanie RSOD_1 zadaj jeśli w S1 odp. 1 – **MĘŻCZYZNA**]

RSOD_1. KARTA SZEŚĆ STANDARDOWYCH PORCJI ALKOHOLU Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy wypił Pan przy jednej okazji co najmniej sześć standardowych porcji napojów alkoholowych, czyli co najmniej sześć ćwierćlitrowych szklanek piwa, inaczej mówiąc 1,5 litra piwa lub sześć 100 ml kieliszków wina (tzn. 600 ml czyli niecała butelka wina) czy sześć 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (tzn. 180 ml), względnie ich kombinacji?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|---|
| 01 | Codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy → przejdź do CH_1 |
| 11 | Odmowa odpowiedzi |

[ANKIETER: UWAGA! Pytanie RSOD 1a zadaj jeśli w S1 odp. 2 – **KOBIETA**]

RSOD_1a. KARTA CZTERY STANDARDOWE PORCJE ALKOHOLU Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy wypła Pani przy jednej okazji co najmniej cztery standardowe porcje napojów alkoholowych, czyli co najmniej cztery ćwierćlitrowych szklanek piwa, inaczej mówiąc 1 litr piwa lub cztery 100 ml kieliszki wina (tzn. 400 ml czyli nieco ponad połowę butelki wina) czy cztery 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (tzn. 120 ml), względnie ich kombinacji?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|---|
| 01 | Codziennie |
| 02 | 5 – 6 dni w tygodniu |
| 03 | 3 – 4 dni w tygodniu |
| 04 | 1 – 2 dni w tygodniu |
| 05 | 2 – 3 dni w miesiącu |
| 06 | 1 raz w miesiącu |
| 07 | 6 – 11 dni w roku |
| 08 | 2 – 5 dni w roku |
| 09 | 1 raz w roku |
| 10 | Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy → przejdź do CH_1 |
| 11 | Odmowa odpowiedzi |

[ANKIETER: UWAGA! Pytanie RSOD 4, RSOD 5, RSOD 6, RSOD 7 zadaj jeśli w S1 odp. 1 – **MEŹCZYZNA**]

RSOD_4. KARTA JEDNA STANDARDOWA PORCJA ALKOHOLU. Ile wynosi największa liczba standardowych porcji napojów alkoholowych, jakie Pan wypił przy jednej okazji w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jedna standardowa porcja to ćwierć litra (250 ml) piwa lub jeden 100 ml kieliszek wina, lub jeden 30 ml kieliszek wódki lub innego napoju spirytusowego.

Liczba standardowych porcji

97. Nie dotyczy

KARTA 3. Kolejne pytania dotyczą okoliczności, w jakich wypił Pan co najmniej sześć standardowych porcji napojów alkoholowych tzn. co najmniej sześć ćwierćlitrowych szklanek piwa, inaczej mówiąc 1,5 litra piwa lub sześć 100 ml kieliszków wina (tzn. 600 ml czyli niecała butelka wina) czy sześć 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (tzn. 180 ml), względnie ich kombinacji w czasie ostatnich 12 miesięcy.

| | Codzien nie | 5 – 6 dni w tygodni u | 3 – 4 dni w tygodni u | 1 – 2 dni w tygodni u | 2 – 3 dni w miesiąc u | Raz w miesiąc u | 6 – 11 dni w roku | 2 – 5 dni w roku | 1 raz w roku | Ani razu w ciągu ostatnic h 12 miesiąc y | Odmow a odpowie dzi | Nie dotycz y |
|--|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|---|------------------------------|--------------------|
| RSOD_5. Jak często pił Pan co najmniej sześć standardowych porcji do posiłku? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| RSOD_6. Jak często pił Pan co najmniej sześć standardowych porcji: [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | | | | | | | | | | | |
| a) u siebie w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| a) u kogoś w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) w restauracji (w miejscu, do którego ludzie przychodzą głównie żeby coś zjeść) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) w pubie, barze, klubie itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| e) na zewnątrz, czyli w parkach, na ulicy itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| RSOD_7. Jak często pił Pan co najmniej sześć standardowych porcji: [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | | | | | | | | | | | |
| a) z członkami rodziny | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| b) z kolegami, znajomymi z pracy | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) z przyjaciółmi | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) sam | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |

[ANKIETER: UWAGA! Pytanie RSOD 4a, RSOD 5a, RSOD 6a, RSOD 7a zadaj jeśli w S1 odp. 2 – **KOBIETA**]

RSOD_4a. KARTA JEDNA STANDARDOWA PORCJA ALKOHOLU. Ile wynosi największa liczba standardowych porcji napojów alkoholowych, jakie Pani wypija przy jednej okazji w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jedna standardowa porcja to ćwierć litra (250 ml) piwa lub jeden 100 ml kieliszek wina, lub jeden 30 ml kieliszek wódki lub innego napoju spirytusowego.

Liczba standardowych porcji 97. Nie dotyczy

KARTA 3. Kolejne pytania dotyczą okoliczności, w jakich wypija Pani co najmniej cztery standardowe porcje napojów alkoholowych tzn. co najmniej cztery ćwierćlitrowe szklanki piwa, inaczej mówiąc 1litr piwa lub cztery 100 ml kieliszków wina (tzn. 400 ml czyli nieco ponad połowę butelki wina) czy cztery 30 ml kieliszki wódki lub innego napoju spirytusowego (tzn. 120 ml), względnie ich kombinacji w czasie ostatnich 12 miesięcy:

| | Codziennie | 5 – 6 dni w tygodniu | 3 – 4 dni w tygodniu | 1 – 2 dni w tygodniu | 2 – 3 dni w tygodniu | Raz w miesiącu | 6 – 11 dni w roku | 2 – 5 dni w roku | 1 raz w roku | Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Odmowa odpowiedzi | Nie dotyczy |
|---|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|-------------------|------------------|--------------|--|-------------------|-------------|
| RSOD_5a. Jak często piła Pani co najmniej cztery standardowe porcje do posiłku? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| RSOD_6a. Jak często piła Pani co najmniej cztery standardowe porcje: [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | | | | | | | | | | | | |
| a) u siebie w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| a) u kogoś w domu | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) w restauracji (w miejscu, do którego ludzie przychodzą głównie żeby coś zjeść) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) w pubie, barze, klubie itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| e) na zewnątrz, czyli w parkach, na ulicy itp. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| RSOD_7a. Jak często piła Pani co najmniej cztery standardowe porcje? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | | | | | | | | | | | | |
| a) z członkami rodziny | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| b) z kolegami, znajomymi z pracy | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| c) z przyjaciółmi | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| d) sam | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |

CH_1. Czy ktoś, z kim Pan(i) mieszkał(a) będąc dzieckiem lub nastolatkiem, miał problemy z alkoholem?[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|---|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie → przejdź do HD_1 |
| 3 | <i>Odmowa odpowiedzi</i> → przejdź do HD_1 |

CH_1a. Jeżeli tak, czy:[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź przy każdym podpunkcie]

| | Tak | Nie | <i>Odmowa odpowiedzi</i> |
|--|------------|------------|--------------------------|
| a) był to ojciec (biologiczny, adopcyjny, zastępczy) | 1 | 2 | 3 |
| b) była to matka (biologiczna, adopcyjna, zastępcza) | 1 | 2 | 3 |
| c) była to macocha, partnerka ojca | 1 | 2 | 3 |
| d) był to ojczym, partner matki | 1 | 2 | 3 |
| e) było to rodzeństwo | 1 | 2 | 3 |
| f) były to inne osoby w Pana gospodarstwie domowym | 1 | 2 | 3 |

CH_2. KARTA 8. Czy picie tej osoby miało wpływ na Pana/Pani stosunek do alkoholu? Czy ten wpływ był duży czy mały a może żaden?[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|----------------------------------|
| 1 | duży wpływ |
| 2 | ani duży ani mały, raczej średni |
| 3 | mały wpływ |
| 4 | żaden wpływ |
| 5 | <i>Odmowa odpowiedzi</i> |

HD_1. Następne pytania ponownie obejmują ostatnie 12 miesięcy i będą dotyczyć ludzi, którzy być może są wśród Pana/Pani bliskich lub znajomych i których uważa Pan(i) za nadmiernie pijących lub którzy przynajmniej czasami piją za dużo. Czy zna Pan(i) kogoś, kogo uważa Pan za nadmiernie pijącego lub kto przynajmniej czasami pije za dużo?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Tak → przejdź do HD_2 |
| 2 | Nie → przejdź do pyt. COM_1 |

Zadam Panu/Pani teraz kilka pytań na temat różnych problemów, które mogą się pojawić z powodu picia innych ludzi. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy...

[ANKIETER: Jeśli respondent wskaże kody 2 lub 3 w części A, to zadać od razu pytania z części B i C dla danego stwierdzenia.]

| | | | | | |
|---|---|--|----------------|---|-------------|
| HD_2. Kim były te osoby? Czy był to... ? [ANKIETER: Odczytać kolejne osoby z HD_2. Jeśli respondent odpowie twierdząco „Tak” zadać od razu do tej kategorii pytanie HD_2_2] | | [ANKIETER: Zadaj jeśli w pytaniu HD_2 wskazano odpowiedź 1 – tak.] HD_2_2. KARTA 10. W jakim stopniu picie tej osoby miało na Pana negatywny wpływ? Czy ten wpływ był duży czy mały, a może żaden? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | | |
| HD_2a_1. Członek gospodarstwa domowego | 1 | Tak → przejdź do HD_2a_2 | HD_2a_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do HD_2b_1 | | 2 | Mały wpływ |
| HD_2b_1. Członek rodziny spoza gospodarstwa domowego | 1 | Tak → przejdź do HD_2b_2 | HD_2b_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do HD_2c_1 | | 2 | Mały wpływ |
| HD_2c_1. Współpracownik | 1 | Tak → przejdź do HD_2c_2 | HD_2c_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do HD_2d_1 | | 2 | Mały wpływ |
| HD_2d_1. Przyjaciół | 1 | Tak → przejdź do HD_2d_2 | HD_2d_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do HD_2e_1 | | 2 | Mały wpływ |
| HD_2e_1. Sąsiad | 1 | Tak → przejdź do HD_2e_2 | HD_2e_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do HD_2f_1 | | 2 | Mały wpływ |
| HD_2f_1. Inne osoby, które Pan(i) zna – proszę sprecyzować [ANKIETER: zapisać jakie to osoby?] | 1 | Tak → przejdź do HD_2f_2 | HD_2f_2 | 1 | Duży wpływ |
| | 2 | Nie → przejdź do COM | | 2 | Mały wpływ |
| | | | | 3 | Żaden wpływ |

| Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. . . ? | Ile razy? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | B. Kim była ta osoba? Można zaznaczyć więcej niż jedną opcję [ANKIETER: zaznacz <u>wszystkie</u> wskazane odpowiedzi] | | C. Czy miało to na Pana duży czy mały wpływ? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | |
|---|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------|
| COM_1. ktoś pod wpływem alkoholu obudził Pana/ią w nocy? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_2 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_2. ktoś pod wpływem alkoholu obraził Pana/ią słownie tj. wyzywał lub obraził w inny sposób? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_3 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_3. ktoś pod wpływem alkoholu naruszył Pana/i nietykalność cielesną? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_4 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_4. ktoś pod wpływem alkoholu wciągnął Pana/ią do poważnej kłótni? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_5 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_5. Był(a) Pan(i) pasażerem kierowcy, który prowadził pod wpływem alkoholu? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_6 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_6. Uczestniczył(a) Pan(i) w wypadku drogowym spowodowanym przez kogoś pod wpływem alkoholu? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_7 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_7. ktoś pod wpływem alkoholu spowodował, że nie czuł(a) się Pan(i) bezpiecznie w miejscach publicznych, w tym w środkach transportu publicznego? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_8 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_8. drażnili Pana/ią ludzie, którzy pod wpływem alkoholu wymiotowali, oddawali mocz lub śmiecili? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_9 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_9. dziecko lub nastolatek, za którego Pan(i) odpowiada był narażony na negatywny wpływ kogoś pod wpływem alkoholu? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_10 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy...? | A. Ile razy? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | B. Kim była ta osoba? Można zaznaczyć więcej niż jedną opcję [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | | C. Czy miało to na Pana duży czy mały wpływ? [ANKIETER: zaznacz <u>jedną</u> odpowiedź] | |
|---|--|--|---|--------------------------------------|--|--------|
| COM_10. Zauważył(a) Pan(i) ludzi pijących alkohol w miejscu pracy? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_11 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_11. spotkał(a) Pan(i) kobietę będącą w ciąży i pijącą alkohol? | 1 | Ani razu → przejdź do COM_12 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |
| COM_12. był(a) Pan(i) świadkiem, sprzedaży alkoholu osobie nieletniej? | 1 | Ani razu → przejdź do RAPS_1 | 1 | Członek Pana/i gospodarstwa domowego | 1 | Duży |
| | 2 | 1-2 razy | 2 | Inne osoby, które Pan(i) zna | 2 | Średni |
| | 3 | Co najmniej 3 razy | 3 | Obca osoba | 3 | Mały |

[ANKIETER: UWAGA! Blok RAPS **zadać osobom**, które piły jakikolwiek alkohol częściej niż 6 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w pytaniu F1 wskazano jedną z odpowiedzi z kodami 1-7.

Pozostali (pyt F1=8-11) przejść do pytania ST1 w Bloku VIII STEREOTYPY.

Blok VI. RAPS

Chciałbym/Chciałabym teraz zadać Panu/i jeszcze kilka pytań dotyczących Pana/i picia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

| Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy: | Tak | Nie |
|--|------------|------------|
| RAPS_1. Miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po wypiciu alkoholu? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| RAPS_2. przyjaciel lub członek Pana/Pani rodziny powiedział Panu/Pani o czymś, co Pan/Pani mówił(a) lub robił(a) w trakcie picia alkoholu, a czego Pan(i) nie pamiętał(a)? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| RAPS_3. Z powodu picia nie zrobił(a) Pan(i), czegoś, czego się normalnie od Pana/Pani oczekuje? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| RAPS_4. Pił(a) Pan(i) czasami rano, zaraz po wstaniu z łóżka? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |

| KARTA 13. <u>W ciągu ostatnich 12 miesięcy:</u> | 1-2 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Co najmniej 3 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Nie dotyczy |
|--|---|---|--------------------|
| [ANKIETER: zadaj Jeżeli RAPS_1. = 1 TAK] RAPS_1_1. Ile razy miał Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po wypiciu alkoholu? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 | 3 |
| [ANKIETER: zadaj Jeżeli RAPS_2. =1 TAK] RAPS_2_1. Ile razy przyjaciel lub członek Pana/i rodziny powiedział Panu/i o czymś, co Pan(i) mówił(a) lub robił(a) w trakcie picia alkoholu, a czego Pan(i) nie pamiętał(a)? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 | 3 |
| [ANKIETER: zadaj Jeżeli RAPS_3. =1 TAK] RAPS_3_1. Ile razy z powodu picia nie zrobił(a) Pan(i), czegoś, czego się normalnie od Pana/Pani oczekuje? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 | 3 |
| [ANKIETER: zadaj Jeżeli RAPS_4. = 1 TAK] RAPS_4_1. Ile razy pił(a) Pan(i) czasami rano, zaraz po wstaniu z łóżka? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 | 3 |

Blok CIDI Zadać osobom, które piły jakikolwiek alkohol częściej niż 6 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w pytaniu F1 wskazano jedną z odpowiedzi z kodami 1-7.
Pozostali (pyt F1=8-11) przejść do pytania ST1 w Bloku VIII STEREOTYPY.

Blok VII. CIDI

Kolejne pytania dotyczą problemów, których mógł/mogła Pan(i) doświadczyć z powodu picia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

| | Tak | Nie |
|--|-----|-----|
| CIDI_1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) poczucie, że Pana/i picie miało zły wpływ na Pana/i pracę lub naukę (np. opuszczenie pracy, zajęć w szkole; utrata pracy; porzucenie szkoły) [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| CIDI_2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzało się tak, że Pana/i picie powodowało kłótnie lub inne poważne lub powtarzające się problemy z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami lub współpracownikami? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| CIDI_4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzało się tak, że był(a)Pan(i) często pod wpływem alkoholu w sytuacjach, w których mogła się Panu/Pani stać krzywda, na przykład podczas jazdy rowerem, prowadzenia samochodu, obsługiwania maszyny lub w innych okolicznościach? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |
| CIDI_5. Czy został(a) Pan(i) aresztowany/aresztowana lub zatrzymany/zatrzymana przez policję z powodu prowadzenia pod wpływem alkoholu pojazdu lub z powodu innych zachowań związanych z piciem? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź] | 1 | 2 |

CIDI 18. Kolejne pytania dotyczą picia napojów alkoholowych, takich jak piwo czy wino oraz mocniejszych alkoholi na przykład wódki, ginu, koniaku, whiskey, likierów, a także koktajli zawierających alkohol. Ile miał(a) Pan(i) lat, kiedy po raz pierwszy pił(a)Pan(i) jakiś napój alkoholowy?

[ANKIETER: wpisz wiek w latach]

I__I__I lat

95. nigdy

96. odmowa odpowiedzi

97. Nie wiem

[ANKIETER: ZADAĆ WSZYSTKIM]

Blok VIII. STEREOTYPY

ST1. **Proszę wyobrazić sobie osobę nadużywającą alkohol a następnie opisać ją w trzech zdaniach.**

[ANKIETER: zapisz dokładnie odpowiedź respondenta]



.....
.....
.....

ST2. **Proszę wskazać, które ze stwierdzeń, Pan(i) zdaniem, są zgodne z prawdą:**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź w każdym podpunkcie]

| | Prawda | Falsz |
|--|--------|-------|
| Alkoholizm jest problemem słabej woli, wystarczy mocno sobie postanowić i pociąg do alkoholu minie | 1 | 2 |
| Alkoholik to człowiek z marginesu, upijający się codziennie | | |
| Piwo jest mniej szkodliwe niż wódka | | |
| Pijąc dużo, ale tylko w weekendy nie ryzykujemy uzależnieniem | 1 | 2 |
| Sen przyspiesza spalanie alkoholu | 1 | 2 |
| Alkohol jest dobrym środkiem relaksacyjnym | 1 | 2 |
| Alkohol jest dobrym lekarstwem na bezsenność | 1 | 2 |
| Pijąc 3-4 piwa dziennie nie ryzykuje swojego zdrowia | 1 | 2 |
| Mężczyźni piją więcej i są bardziej narażeni na uzależnienie | 1 | 2 |
| Problemy alkoholowe dotyczą wyłącznie osób o niższym statusie socjoekonomicznym. | 1 | 2 |

Blok IX. OPINIE MIESZKAŃCÓW NA TEMAT ALKOHOLU

O1. **Jak Pan(i) sądzi, liczba punktów, w których sprzedaje się alkohol, jest w Pan(i) okolicy:**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|-----------|
| 1 | Za duża |
| 2 | W sam raz |
| 3 | Za mała |

O2. **Jak Pan(i) sądzi, godziny otwarcia punktów, w których sprzedaje się alkohol, Pan(i) zdaniem:**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--|
| 1 | Zwiększają dostępność alkoholu |
| 2 | Zmniejszają dostępność alkoholu |
| 3 | Nie mają wpływu na dostępność alkoholu |
| 4 | Nie wiem / trudno powiedzieć |

O3. KARTA 14. **Jak Pan(i) sądzi, czy dla młodzieży poniżej osiemnastego roku życia nabycie alkoholu w sklepie jest:**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|----------------|
| 1 | Bardzo łatwe |
| 2 | Dość łatwe |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Dość trudne |
| 5 | Bardzo trudne |

O3a. Czy zdarzyło się Panu/Pani zauważyć, że osoba pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu?

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie → przejdź do pyt. O4 |

O3b. W jaki sposób zareagował/a Pan/Pani na tą/te sytuację/e?

[ANKIETER: Nie czytaj odpowiedzi. Zaznacz wszystkie wskazane odpowiedzi]

| | |
|---|--|
| 1 | Nie wsiadłem/wsiadłam do samochodu |
| 2 | Zaproponowałem/zaproponowałam, że ja poprowadzę |
| 3 | Wezwałem/wezwałam policję |
| 4 | Nie zareagowałem/zareagowałam |
| 5 | Inne jakie? [ANKIETER: zapisać odpowiedź respondenta] |
| 6 | Odmowa odpowiedzi |

O4. Jakie Pana/Pani zdaniem są największe zagrożenia dla społeczeństwa związane z nadużywaniem alkoholu przez niektóre osoby?

[ANKIETER: Nie czytaj odpowiedzi. Zaznacz wszystkie wskazane odpowiedzi]

| | |
|----|---|
| 01 | Zubożenie społeczeństwa, bieda |
| 02 | Kryzys norm moralnych |
| 03 | Przemoc w rodzinie |
| 04 | Wzrost przestępczości |
| 05 | Śmiertelność i degradacja psychofizyczna osób uzależnionych |
| 06 | Naruszanie prawa i/lub porządku publicznego |
| 07 | Wypadki drogowe spowodowane przez osoby pijane |
| 08 | Straty ekonomiczne firm lub instytucji spowodowane spożywaniem alkoholu w miejscu pracy |
| 09 | Sprzedaż alkoholu nieletnim |
| 10 | Inne jakie? [ANKIETER: zapisać odpowiedź respondenta] |
| 11 | Nie wiem / trudno powiedzieć |

O5. W jakim wieku, zdaniem Pana/Pani, można już zezwolić na wypicie dziewczętom:

[ANKIETER: Odczytaj osobno trzy podpunkty]

| | | |
|----|-------|---|
| a. | piwa | I _ I _ I lat 6. w ogóle nie należy zezwalać na picie piwa 7. nie wiem / trudno powiedzieć |
| b. | wina | I _ I _ I lat 6. w ogóle nie należy zezwalać na picie wina 7. nie wiem / trudno powiedzieć |
| c. | wódki | I _ I _ I lat 6. w ogóle nie należy zezwalać na picie wódki 7. nie wiem / trudno powiedzieć |

O6. W jakim wieku, zdaniem Pana/Pani, można już zezwolić na wypicie chłopcom:*[ANKIETER: Odczytaj osobno trzy podpunkty]*

| | | |
|----|-------|---|
| a. | piwa | I__I__I lat <i>6. w ogóle nie należy zezwalać na picie piwa 7. nie wiem / trudno powiedzieć</i> |
| b. | wina | I__I__I lat <i>6. w ogóle nie należy zezwalać na picie wina 7. nie wiem / trudno powiedzieć</i> |
| c. | wódki | I__I__I lat <i>6. w ogóle nie należy zezwalać na picie wódki 7. nie wiem / trudno powiedzieć</i> |

O7. Proszę powiedzieć, jakie zna Pan(i) instytucje udzielające pomocy osobom z problemem alkoholowym?*[ANKIETER: Nie czytaj odpowiedzi. Zaznacz wszystkie wskazane odpowiedzi]*

| | |
|----|--|
| 01 | <i>samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej</i> |
| 02 | <i>fundacja lub stowarzyszenie, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia</i> |
| 03 | <i>kościół / związek wyznaniowy</i> |
| 04 | <i>Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</i> |
| 05 | <i>Policja / Straż Miejska</i> |
| 06 | <i>Wspólnota Anonimowych Alkoholików</i> |
| 07 | <i>grupa wsparcia/ klub abstynenta</i> |
| 08 | <i>Centrum Integracji Społecznej (CIS)</i> |
| 09 | <i>Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</i> |
| 10 | <i>Inne jakie? [ANKIETER: zapisać odpowiedź respondenta]</i> |
| 11 | <i>Nie znam żadnej instytucji tym się zajmującej</i> |

08. KARTA 15. Proszę powiedzieć, jak Pan(i) ocenia skuteczność pomocy udzielanej osobom z problemem alkoholowym przez:

[ANKIETER: Zapytaj osobno o każdą instytucję wymienioną w pytaniu 07.]

| | | 1 Zdecydowa nie skuteczne | 2 Raczej skuteczne | 3 Raczej nie skuteczne | 4 Zdecydowani e nieskuteczne | 5 Nie dotyczy | 6 Nie wiem / trudno powiedzieć |
|----|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------|---|
| 01 | samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 02 | fundacja lub stowarzyszenie, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 03 | kościół / związek wyznaniowy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 04 | Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 05 | Policja / Straż Miejska | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 06 | Wspólnota Anonimowych Alkoholików | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 07 | grupa wsparcia/ klub abstynenta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 08 | Centrum Integracji Społecznej (CIS) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 09 | Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Inne jakie? [ANKIETER: zapisać odpowiedź respondenta] | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

O9. KARTA 16. **Proszę powiedzieć, w jakim stopniu, Pana/Pani zdaniem, działania promocyjne klubów i lokali sprzedających alkohol, zachęcają do jego spożywania?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--------------------------|
| 1 | Zdecydowanie zachęcają |
| 2 | Raczej zachęcają |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Raczej zniechęcają |
| 5 | Zdecydowanie zniechęcają |

O9a. KARTA 16. **Proszę powiedzieć, w jakim stopniu, Pana/Pani zdaniem, działania promocyjne koncernów alkoholowych, zachęcają do jego spożywania?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--------------------------|
| 1 | Zdecydowanie zachęcają |
| 2 | Raczej zachęcają |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Raczej zniechęcają |
| 5 | Zdecydowanie zniechęcają |

O10. KARTA 16. **Proszę powiedzieć, w jakim stopniu, Pana/Pani zdaniem, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają do jego intensywnego spożywania?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--------------------------|
| 1 | Zdecydowanie zachęcają |
| 2 | Raczej zachęcają |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Raczej zniechęcają |
| 5 | Zdecydowanie zniechęcają |

O11. KARTA 16. **Proszę powiedzieć, w jakim stopniu, Pana/Pani zdaniem, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają młodzież do spożywania alkoholu?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--------------------------|
| 1 | Zdecydowanie zachęcają |
| 2 | Raczej zachęcają |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Raczej zniechęcają |
| 5 | Zdecydowanie zniechęcają |

O12. KARTA 17. **Proszę powiedzieć, w jakim stopniu, Pana/Pani zdaniem, obniżka cen alkoholu, przyczynia się do wzrostu jego spożycia?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Zdecydowanie się przyczynia |
| 2 | Raczej się przyczynia |
| 3 | Nie mam zdania |
| 4 | Raczej się nie przyczynia |
| 5 | Zdecydowanie się nie przyczynia |

O13. Proszę powiedzieć, jakie zna Pan(i) kampanie społeczne, mające na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi?

[ANKIETER: Nie czytaj odpowiedzi. Zaznacz wszystkie wskazane odpowiedzi]

| | |
|----|---|
| 01 | Ogólnopolska kampania edukacyjna "Lepszy start dla Twojego dziecka" |
| 02 | Kampania "Piłeś nie jedź" |
| 03 | Stop nielegalnemu alkoholowi |
| 04 | "Wyhamuj w porę!" |
| 05 | Promile nie dla nieletnich |
| 06 | Oblicza niebezpieczeństwa |
| 07 | Nigdy nie jeżdżę po alkoholu |
| 08 | Ciąża bez alkoholu |
| 09 | Inne jakie? [ANKIETER: zapisać odpowiedź respondenta] |
| 10 | Nie znam żadnej |

[ANKIETER: przed zadaniem pytania O14 zaznacz odpowiedź „Tak” dla kampanii wskazanych w pytaniu O13. Następnie zadaj pytanie dla wszystkich pozostałych kampanii.]

O14. KOLOROWA KARTA KAMPANIE SPOŁECZNE. Proszę powiedzieć, z którą z tych kampanii społecznych spotkał(a) się Pan(i)? [ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź przy każdej kampanii]

| | | Tak | Nie |
|---|------------------------------------|-----|-----|
| 1 | "Lepszy start dla Twojego dziecka" | 1 | 2 |
| 2 | "Piłeś nie jedź" | 1 | 2 |
| 3 | Stop nielegalnemu alkoholowi | 1 | 2 |
| 4 | "Wyhamuj w porę!" | 1 | 2 |
| 5 | Promile nie dla nieletnich | 1 | 2 |
| 6 | Oblicza niebezpieczeństwa | 1 | 2 |
| 7 | Nigdy nie jeżdżę po alkoholu | 1 | 2 |
| 8 | Ciąża bez alkoholu | 1 | 2 |

O15. KARTA 18. Proszę powiedzieć czy w wyniku zetknięcia się z przekazem kampanii zmienił się Pana/Pani stosunek do spożywania alkoholu?

[ANKIETER: Zapytaj o każdą kampanię znaną respondentowi ->wskazane w O13 lub odpowiedź „Tak” w O14]

| | | 1 Zdecydowanie się zmienił | 2 Raczej się zmienił | 3 Raczej się nie zmienił | 4 Zdecydowanie się nie zmienił | 5 Nie dotyczy | 6 Nie wiem/trudno powiedzieć |
|---|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|
| 1 | "Lepszy start dla Twojego dziecka" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | "Piłeś nie jedź" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | Stop nielegalnemu alkoholowi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | "Wyhamuj w porę!" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | Promile nie dla nieletnich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | Oblicza niebezpieczeństwa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Nigdy nie jeżdżę po alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | Ciąża bez alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Chciał(a)bym zadać Panu(i) kilka pytań dotyczących Pana(i) i Pana(i) rodziny. Służą one do zbadania, czy w opiniach i poglądach na badane tematy występują różnice między kobietami i mężczyznami, osobami w różnym wieku, o różnym wykształceniu, itp. Pytania te są bardzo ważne i służą do statystycznego opracowania wyników.

M1. KARTA M1. Proszę określić Pana/Pani sytuację zawodową?

[ANKIETER: zaznaczyć wszystkie odpowiedzi]

| | |
|----|---|
| 01 | pracownik zatrudniony w firmie, przedsiębiorstwie na umowę o pracę, |
| 02 | pracownik zatrudniony na umowę zlecenie lub umowę o dzieło |
| 03 | prowadzący działalność gospodarczą na własny rachunek, właściciel/współwłaściciel firmy |
| 04 | prowadzący własne gospodarstwo rolne/ właściciel lub współwłaściciel gospodarstwa rolnego |
| 05 | bezrobotny |
| 06 | emeryt |
| 07 | rencista |
| 08 | prowadzący gospodarstwo domowe |
| 09 | inna sytuacja [ANKIETER: zapisać jaka?] |
| 10 | odmowa odpowiedzi |

M3. Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?

[ANKIETER: odczytaj kafeterię, zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|--|
| 1 | panna/kawaler |
| 2 | zameżna/żonaty / w związku partnerskim |
| 3 | rozwidziona/y lub w separacji |
| 4 | wdowa/wdowiec |
| 5 | Odmowa odpowiedzi |

M5. Jakiego posiada Pan/ Pani wykształcenie?

[ANKIETER: odczytaj kafeterię, zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|---|---------------------|
| 1 | Niepełne podstawowe |
| 2 | Podstawowe |
| 3 | Gimnazjalne |
| 4 | Zawodowe |
| 5 | Średnie |
| 6 | Wyższe |
| 7 | Odmowa odpowiedzi |

M6. KARTA M6. **Proszę spojrzeć na kartę i wskazać jaki jest przeciętny miesięczny dochód netto (czyli na „rękę”) przypadający na jedną osobę w Pana/Pani gospodarstwie domowym?**

[ANKIETER: zaznacz jedną odpowiedź]

| | |
|----|-----------------------------------|
| 01 | Poniżej 457 zł |
| 02 | 457-600 zł |
| 03 | 601-1000 zł |
| 04 | 1001-1500 zł |
| 05 | 1501-2000 zł |
| 06 | 2001-2500 zł |
| 07 | Powyżej 2500 zł |
| 08 | <i>nie mam dochodów</i> |
| 09 | <i>nie wiem trudno powiedzieć</i> |
| 10 | <i>odmowa odpowiedzi</i> |

Dziękuję to były już wszystkie pytania ankiety!

9.2. Scenariusz Zogniskowanego Wywiadu Grupowego

Wstęp (5 minut)

Standardowe wprowadzenie: Przedstawienie ogólnych informacji na temat badania, jego celów i przebiegu, wyjaśnienie czym jest poufność. Przedstawienie się moderatora. Przedstawienie techniki, za pomocą której realizowane jest badanie. Prośba do uczestników, aby brali czynny udział w dyskusji, wypowiadanie bez skrepowania swoich opinii, nawet gdy są one różne od opinii pozostałych uczestników spotkania. Informacja o długości spotkania.

Proponowane wprowadzenie:

Moderator

Dzień dobry,

Nazywam się Jestem pracownikiem ośrodka badań opinii publicznej Realizacja i prowadzę badania na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie w ramach projektu pod nazwą: Diagnoza wzorów konsumpcji alkoholu w województwie lubelskim.

Celem naszego badania jest:

- 1. Uwarunkowania społeczno-demograficzne spożywania alkoholu;*
- 2. Określenie problemów społecznych wynikających ze spożywania alkoholu;*
- 3. Określenie czynników prowadzących do uzależnienia od alkoholu;*
- 4. Skala występowania problemu uzależnień od alkoholu w opinii mieszkańców;*
- 5. Zagrożenia wynikające z uzależnienia od alkoholu zarówno w aspekcie jednostkowym, jak i społecznym;*
- 6. Określenie postaw społecznych wobec alkoholu i osób go spożywających;*
- 7. Wpływ działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów itp. Na wzory konsumpcji.*

W naszej dyskusji pojawi się wiele pytań i odpowiedzi. Chciał(a)em powiedzieć, że wszystkie Państwa odpowiedzi są bardzo cenne i dlatego proszę, abyście nie czuli się skrepowani moją obecnością i opiniami innych uczestników. Jesteście ekspertami i Państwa opinie posłużą nam do opracowania wzbogacenia wniosków z badania. Moja rola będzie polegała na poprowadzeniu naszej dyskusji tak, aby każdy z Was miał możliwość swobodnego wyrażenia swojej opinii na poruszany temat. Po naszej dyskusji sporządzą raport badawczy, w którym znajdą się Wasze spostrzeżenia, opinie, potrzeby. Dlatego niezbędne jest rejestrowanie naszego spotkania, aby żadna z Państwa odpowiedzi mi nie umknęła podczas sporządzania raportu. Materiał wykorzystany zostanie jedynie przeze mnie w celu opracowania raportu. Nie zostanie wykorzystany w żadnym, innym celu. Nie zostanie również rozpowszechniony i opublikowany. W tej sali – za lustrem weneckim -znajdują się urządzenia rejestrujące obraz i dźwięk.

Przedstawienie się uczestników dyskusji: imię, wiek, kilka słów o sobie.

Informacje ogólne (5 minut)

Celem jest zebranie ogólnych informacji na temat doświadczenia i przebiegu pracy zawodowej respondenta.

Chciał/abym /łbym byśmy porozmawiali o Państwa pracy. Co najbardziej w niej Państwo lubią? Co jest dla Państwa najtrudniejsze w pracy?

Celem jest zebranie poglądów i wiedzy ekspertów na tematy będące przedmiotem badania

Jakie są Państwa zdaniem problemy społeczne wynikające ze spożywania alkoholu? Dlaczego takie?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jakie są Państwa zdaniem czynniki prowadzące do uzależnienia od alkoholu? Dlaczego takie?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jaki jest Państwa zdaniem wpływ ofert promocyjnych koncertów alkoholowych, lokali, klubów itp. na wzory konsumpcji? Proszę powiedzieć, jak działania promocyjne np. klubów, dyskotek dotyczące darmowych degustacji alkoholu, darmowej konsumpcji alkoholu w określonych godzinach lub dniach tygodnia, np. Studenckie czwartki, Ladies night, itp. przyczyniają się do sposobów spożywania alkoholu? Czy tego typu działania mogą być przyczyną zmian wzorów konsumpcji różnych grup społecznych? Dlaczego?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jaka jest Państwa zdaniem skala występowania problemu uzależnień od alkoholu wśród mieszkańców województwa lubelskiego? Na czym opierają Państwo swoje zdanie?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jakie są zagrożenia dla osób pijących wynikające z uzależnienia od alkoholu? Które z nich uważają Państwa za najbardziej szkodliwe? Dlaczego właśnie te?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jakie są zagrożenia dla środowiska w którym funkcjonuje osoba uzależniona od alkoholu? Jakie są zagrożenia dla całego społeczeństwa?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Jakie stereotypy dotyczące alkoholu i osób go spożywających są obecne w społeczeństwie? jaki jest wpływ stereotypów na wzorce konsumpcji? Czy stereotypy pomagają, czy przeszkadzają w działaniach profilaktycznych? jakie są postawy wobec pijących alkohol kobiet i mężczyzn?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Opinie wstępne o raporcie z badania (45 min)

Celem tej części wywiadu jest zgromadzenie informacji na temat wniosków z badania ilościowego.

Prezentacja wstępnej wersji raportu z badania i wniosków z badania (około 7 minut)

Teraz chciał/abym /łbym żebyśmy porozmawiali li chwilę na temat wniosków płynących z badania.

Czy wnioski są zgodne z obserwacjami płynącymi z Państwa pracy zawodowej?

Jak sądzicie co jest mocną stroną raportu? Dlaczego właśnie to?

Jak sądzicie co jest jego słabą stroną? Dlaczego właśnie to?

Czy jest coś z czym się nie zgadzacie? Jeśli tak, dlaczego?

Czy informacje zawarte w raporcie są one dla Państwa użyteczne? Co decyduje o ich użyteczności? Co sprawia, że nie są one przydatne?

I Runda: Swobodne wypowiedzi uczestników FGI

II Runda: Dyskusja moderowana

III Runda: Podsumowania i indywidualne konkluzje uczestników FGI.

IV Runda: Zebranie i uporządkowanie przedstawionych informacji i przedyskutowanych wniosków. Generalizacja i ostateczne konkluzje.

Podsumowanie (5 minut)

Skonkludowanie grupowego wywiadu fokusowego (FGI) przez moderatora i prośba o ew. uwagi i komentarze uczestników FGI.

Podziękowanie za udział w badaniu.

Zapewnienia o umieszczeniu zebranych opinii i konkluzji w ostatecznym raporcie z badania oraz wzięcie ich pod uwagę podczas formułowania wniosków i rekomendacji z badania.

Podziękowanie i zakończenie wywiadu

Wstęp

Alkohol i powiązane z nim problemy stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia i dobrostanu psychicznego społeczeństw. Jednocześnie jest on produktem, który odgrywa ważną rolę w różnych sferach życia publicznego – gospodarce, polityce, kulturze i relacjach społecznych⁸². Dane przytaczane w licznych badaniach pokazują, iż liczba pijących Polaków systematycznie rośnie. Niepokojące są również zmiany w tzw. kulturze spożycia oraz narastająca częstość problemów związanych z używaniem lub nadużywaniem alkoholu

Cele

Celem projektu, była ocena wzorów konsumpcji alkoholu, określenie problemów społecznych, które mogą się wiązać z piciem napojów alkoholowych oraz określenie postaw społecznych wobec alkoholu i osób go spożywających. Do celów szczegółowych zaliczono:

1. Ogólną charakterystykę spożycia napojów alkoholowych w województwie lubelskim;
2. Identyfikację uwarunkowań społeczno-demograficznych spożywania alkoholu;
3. Określenie problemów społecznych wynikających ze spożywania alkoholu;
4. Określenie czynników prowadzących do uzależnienia od alkoholu;
5. Ocena skali występowania problemu uzależnień od alkoholu w opinii mieszkańców
6. Opis zagrożeń wynikających z uzależnienia od alkoholu zarówno w aspekcie jednostkowym jak i społecznym;
7. Określenie postaw społecznych wobec alkoholu i osób go spożywających
8. Ocena wpływu działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów na wzory konsumpcji;
9. Oszacowanie wpływu kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi na zmianę wzorów konsumpcji.

⁸² Jedynak M. Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. [w:] Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne. Pstrąg D (red). Wyd UR, Rzeszów 2014

Metoda

Badanie zostało zrealizowane techniką osobistego wywiadu kwestionariuszowego (PAPI). Badanie składa się z dwóch modułów: ilościowego, na próbie n=1000 wywiadów oraz jakościowego, zrealizowanego w formie zogniskowanego wywiadu grupowego.

Wnioski

- 1. Ocena stanu zdrowia jest silnie skorelowana z wiekiem. Wydaje się, że właśnie wiek badanych jest czynnikiem, który warunkuje ilość spożywanego alkoholu i stereotypowe postrzeganie jego konsumpcji wśród osób o słabszej kondycji fizycznej.*
- 2. Konsumpcja alkoholu w lokalach ma marginalne znaczenie, mieszkańcy województwa lubelskiego preferują picie w domach (własnych lub należących do rodziny i znajomych).*
- 3. Obserwowany wskaźnik częstości ryzykownego picia jest bardzo wysoki zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet.*
- 4. Relatywnie niewielka liczba osób potwierdza symptomy mogące świadczyć o picciu problemowym. W zestawieniu z omówionymi wcześniej obiektywnymi wskaźnikami picia ryzykownego, wynik ten może wskazywać na niedostateczny wgląd we własny stan psychiczny i nieadekwatną ocenę ryzyka związanego z picciem.*
- 5. Zdecydowana większość mieszkańców województwa lubelskiego przechodzi inicjację alkoholową przed osiągnięciem wieku, w którym wolno legalnie nabyć alkohol.*
- 6. Kierowanie samochodem w stanie nietrzeźwości wciąż stanowi ważny problem społeczny. Alarmująca jest również postawa osób postronnych będących świadkiem prowadzenia samochodu przez osobę po spożyciu.*
- 7. Akceptowalny wiek inicjacji alkoholowej pokrywa się w znacznym stopniu z realnym wskaźnikiem wieku pierwszych eksperymentów z alkoholem. Obserwowana zbieżność może świadczyć o relatywnie efektywnej kontroli społecznej wobec osób młodych.*
- 8. Wizerunek dostępnych instytucji świadczących pomoc wymaga dalszych badań. Negatywna opinia dotycząca samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej może być czynnikiem zniechęcającym do podjęcia leczenia.*

SPIS TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Moduły badania | 25 |
| Tabela 2. Podział mieszkańców na powiaty..... | 26 |
| Tabela 3. Podział próby PAPI ze względu na klasę wielkości miejscowości | 27 |
| Tabela 4. Podział próby PAPI ze względu na płeć respondenta..... | 27 |
| Tabela 5 Podział próby PAPI ze względu na wiek | 28 |
| Tabela 6. Częstość picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób z różnym wykształceniem (N=1009)..... | 44 |
| Tabela 8. Stereotypy - odpowiedzi twierdzące na wskazane stwierdzenia – płeć, wiek (N=1009)..... | 71 |
| Tabela 9. Stereotypy - odpowiedzi twierdzące na wskazane stwierdzenia – stan zdrowia fizycznego, wykształcenie, (N=1009) | 72 |
| Tabela 10. Weryfikacja hipotez | 91 |

| | |
|---|----|
| Wykres 1. Średnie spożycie na jednego mieszkańca w litrach 100% alkoholu | 9 |
| Wykres 2. Dynamika sprzedaży detalicznej alkoholu | 10 |
| Wykres 3. Konsumpcja wódek, likierów i innych napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% w litrze, w udziale rocznym na jednego mieszkańca (wg. GUS) | 10 |
| Wykres 4. Stan cywilny (N=1009) | 31 |
| Wykres 5. Wykształcenie respondentów w podziale na płeć (n=1009) | 33 |
| Wykres 6. Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym (N=1009) | 34 |
| Wykres 7. Status zawodowy (N=1009) | 35 |
| Wykres 8. Wiek respondentów (N=1009) | 36 |
| Wykres 9. Status zawodowy w zależności od wykształcenia (n=1009) | 37 |
| Wykres 10. Stan swojego zdrowia fizycznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009) | 38 |
| Wykres 11. Częstość picia piwa, wina i napojów spirytusowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009) | 40 |
| Wykres 12. Częstość picia piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009) | 41 |
| Wykres 13. Częstość picia wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009) | 42 |
| Wykres 14. Częstość picia napojów spirytusowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (N=1009) | 43 |
| Wykres 15. Ilość czystego alkoholu spożytego podczas jednej okazji | 45 |
| Wykres 16. Średnia ilość czystego alkoholu spożytego podczas roku (wraz z osobami niepijącymi) | 48 |
| Wykres 17. Średnia ilość alkoholu spożytego podczas roku (z wyłączeniem osób niepijących) | 49 |
| Wykres 18. Częstość picia jakiegokolwiek napoju alkoholowego, bez względu na jego rodzaj, w ciągu ostatnich 12 miesięcy? | 50 |
| Wykres 19. Spożywanie alkoholu przynajmniej 1 - 2 dni w tygodniu (N=793) | 51 |
| Wykres 20. Częstość picia jakiegokolwiek napoju alkoholowego, bez względu na jego rodzaj w zależności od sytuacji zawodowej (N=1009) | 52 |
| Wykres 21. Największa liczba standardowych porcji napojów alkoholowych, jakie wypitych przy jednej okazji w ciągu ostatnich 12 miesięcy | 54 |
| Wykres 22. Częstość picia co najmniej sześciu\czterech standardowych porcji alkoholu – miejsce (N=463) .. | 55 |
| Wykres 23. Częstość picia co najmniej sześciu\czterech standardowych porcji alkoholu – osoby (N=463) | 56 |
| Wykres 24. Czy ktoś, z kim Pan(i) mieszkał(a) będąc dzieckiem lub nastolatkiem, miał problemy z alkoholem? (N=1009) | 58 |
| Wykres 25. Osoba, z którą mieszkał respondent będąc dzieckiem lub nastolatkiem, która miała problemy z alkoholem (N=191) | 59 |
| Wykres 26. Czy picie tej osoby miało wpływ na stosunek do alkoholu prezentowany przez respondenta? (N=191) | 59 |
| Wykres 27. Czy zna kogoś, kogo uważa za nadmiernie pijącego lub kto przynajmniej czasami pije za dużo? (N=1009) | 60 |

| | |
|---|----|
| Wykres 28. Kim były te osoby? (N=464)..... | 61 |
| Wykres 29. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (ktoś pod wpływem alkoholu) ...- co najmniej 1-2 razy (N=485) | 62 |
| Wykres 30. Deklarowany co najmniej średni wpływ zachowań osób znajdujących się pod wpływem alkoholu na respondenta (N=384)..... | 64 |
| Wykres 31. Szybka diagnoza problemów alkoholowych (N=1009)..... | 66 |
| Wykres 32. Elementy złożonego międzynarodowego wywiadu diagnostycznego - CIDI (N=667)..... | 67 |
| Wykres 33. Wiek inicjacji alkoholowej (N=555)..... | 68 |
| Wykres 34. Wiek inicjacji alkoholowej w podziale na płeć (N=555)..... | 68 |
| Wykres 35. Liczba punktów, w których sprzedaje się alkohol, jest w Pan(i) okolicy (N=1009)..... | 74 |
| Wykres 36. Godziny otwarcia punktów, w których sprzedaje się alkohol, Pan(i) zdaniem (N=1009)..... | 74 |
| Wykres 37. Jak Pan(i) sądzi, czy dla młodzieży poniżej osiemnastego roku życia nabycie alkoholu w sklepie jest... (N=1009)..... | 75 |
| Wykres 38. Czy zdarzyło się Panu(i) zauważyć, że osoba pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu? (N=1009)..... | 75 |
| Wykres 39. Reakcja respondentów na sytuację, w której osoba pod wpływem alkoholu wsiada za kierownicę samochodu (N=220)..... | 76 |
| Wykres 40. Największe zagrożenia dla społeczeństwa związane z nadużywaniem alkoholu przez niektóre osoby? (N=1009)..... | 77 |
| Wykres 41. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu młodym osobom (N=2018) ... | 78 |
| Wykres 42. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu dziewczętom – w zależności od płci respondenta (N=1009)..... | 79 |
| Wykres 43. Wiek w jakim wieku respondenci zezwoliliby na spożycie alkoholu chłopcom – w zależności od płci respondenta (N=1009)..... | 80 |
| Wykres 44. Znajomość instytucji zajmujących się pomocą osobom z problemem alkoholowym (N=1009)..... | 83 |
| Wykres 45. Ocena skuteczności pomocy udzielanej osobom z problemem alkoholowym przez wybrane instytucje (N=1009)..... | 84 |
| Wykres 46. W jakim stopniu, działania promocyjne klubów i lokali sprzedających alkohol, zachęcają do jego spożywania? (N=1009)..... | 85 |
| Wykres 47. W jakim stopniu, działania promocyjne koncernów alkoholowych, zachęcają do jego spożywania? (N=1009)..... | 86 |
| Wykres 48. W jakim stopniu, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają do jego intensywnego spożywania? (N=1009)..... | 86 |
| Wykres 49. W jakim stopniu, działania promocyjne firm zajmujących się sprzedażą alkoholu, zachęcają młodzież do spożywania alkoholu? (N=1009)..... | 87 |
| Wykres 50. W jakim stopniu, obniżka cen alkoholu, przyczynia się do wzrostu jego spożycia? (n=1009)..... | 87 |
| Wykres 51. Znajomość kampanii społecznych mających przeciwdziałać alkoholizmowi..... | 88 |
| Wykres 52. Ocena skuteczności kampanii społecznych – średnie..... | 89 |